

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Bc. Petra Velecká

**Komunikace všeobecných sester a zdravotnických asistentů
s pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Romana Klášterecká, Ph.D.

Olomouc 2014

ANOTACE

Název práce: Komunikace všeobecných sester a zdravotnických asistentů s pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci

Název práce v AJ: Communication of Nurses and Medical Assistants with Patients with Dementia in Parkinson's Disease

Datum zadání: 15. 1. 2013

Datum odevzdání: 10. 7. 2014

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Bc. Velecká Petra

Vedoucí práce: Mgr. Romana Klášterecká, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Cílem diplomové práce bylo zjistit míru dodržování komunikačních zásad všeobecných sester a zdravotnických asistentů s pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci na neurologické klinice Fakultní nemocnice Olomouc.

Diplomová práce přibližuje téma Parkinsonovy nemoci, demence, demence u Parkinsonovy nemoci, zásady komunikace s pacientem se syndromem demence a vztah komunikace a empatie v ošetrovatelské péči.

V rámci kvantitativního výzkumného šetření byl použit třísložkový dotazník, který se skládal z dotazníku vlastní konstrukce, Eysenckova standardizovaného dotazníku IVE a demografických údajů. Kvalitativní šetření bylo realizováno prostřednictvím testu nedokončených vět. Nástroje, pro výzkumné šetření, byly sestaveny podle Desatera komunikace s pacientem se syndromem demence, vytvořeného Národní radou osob se zdravotním postižením ČR. Respondenty byli jak všeobecné sestry

a zdravotničtí asistenti, tak i pacienti s mírným stupněm demence u Parkinsonovy nemoci neurologické kliniky Fakultní nemocnice Olomouc. Ve výzkumné části práce jsem se pokusila také o srovnání výpovědí z obou výzkumných šetření.

Výsledky kvantitativního šetření neukázaly souvislost mezi stupněm vzdělání, naplňováním komunikačních zásad, souvislost s mírou empatie a naplňováním komunikačních zásad. Pacienti v kvalitativním šetření poukázali na skutečnost, že většina komunikačních zásad dodržována byla, přesto se však vyskytly zásady, které nebyly dodržovány či respektovány. Ze srovnání obou šetření vyplynuly podobné výsledky, jako v kvalitativním výzkumu, a to, že některé zásady byly dodrženy a naplněny a některé zásady dodrženy nebyly.

Abstrakt v AJ:

The aim of the diploma thesis was to determine the level of fulfilment of the communication principles by nurses and medical assistants with patients with dementia in Parkinson's disease at the Neurological Clinic of the University Hospital in Olomouc.

The work describes the theme of Parkinson's disease, dementia, dementia in Parkinson's disease, principles of communication with patients with syndrome of dementia and the relationship between communication and empathy.

A three-component questionnaire was used within the quantitative research, consisting of a tailored questionnaire, Eysenck standardised questionnaire of impulsivity and demographic data. The qualitative research survey was carried out by the incomplete sentences test. The tools for the research survey were selected according to the "10 Principles of Communication with Patients with Syndrome of Dementia", created by the Czech National Disability Council. The respondents included nurses and medical assistants as well as patients with a mild degree of dementia in Parkinson's disease of the Neurological Clinic at the University Hospital in Olomouc. In the research part of the work I also tried to compare information obtained from both executed surveys.

The results of the quantitative research showed no correlation between the level of education and the fulfilment of the communication principles, and between the level of empathy and the fulfilment of the communication principles. Patients in the qualitative survey pointed out that most communication principles were

respected, but still, some of the principles were not fulfilled or respected. Comparison of both surveys revealed similar results, as in qualitative survey that the respected and fulfilled certain principles, but some of the principles were not fulfilled or respected.

Klíčová slova v ČJ:

Parkinsonova nemoc, demence, demence u Parkinsonovy nemoci, komunikace, zásady komunikace, empatie

Klíčová slova v AJ:

Parkinson's disease, dementia, dementia in Parkinson's disease, communication, communication principles, empathy

Rozsah: 106 str., 9 str. příloh

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 10. 7. 2014

.....

Petra Velecká

Děkuji Mgr. Romaně Klášterecké, Ph.D za odborné vedení mé práce, za její obětavost a spolupráci. Dále bych chtěla poděkovat také Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D a Mgr. et Mgr. Janu Chrastinovi, Ph.D. za obětavost, spolupráci a poskytnutí mnoha cenných rad k výzkumné části diplomové práce. Rovněž děkuji Mgr. Jiřímu Vévodovi, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování údajů.

Ráda bych také poděkovala své rodině a svým blízkým za podporu a trpělivost při zpracování diplomové práce a při studiu.

OBSAH

ÚVOD	9
1 PARKINSONOVA NEMOC	12
1.1 Epidemiologie Parkinsonovy nemoci	12
1.2 Symptomatika v jednotlivých stádiích Parkinsonovy nemoci	13
1.3 Léčba Parkinsonovy nemoci	13
2 DEMENCE	16
2.1 Symptomatologie demencí.....	16
2.2 Dělení demencí	17
2.3 Demence u Parkinsonovy nemoci.....	18
2.4 Diagnostika demence	19
2.5 Léčba demence.....	20
2.6 Ošetrovatelská péče o pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci	22
3 KOMUNIKACE	24
3.1 Verbální komunikace	25
3.2 Neverbální komunikace	25
3.3 Komunikace psaním.....	27
3.1 Komunikace v ošetrovatelské péči.....	27
3.2 Poruchy komunikace u Parkinsonovy nemoci	28
3.3 Komunikace s pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci	30
4 EMPATIE A KOMUNIKACE	33
4.1 Vztah empatie a komunikace v ošetrovatelské péči.....	33
5 VÝZKUMNÁ ČÁST	35
5.1 Cíle výzkumu a hypotézy.....	35
5.2 Metodika výzkumného šetření	37
6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO ŠETŘENÍ.....	46
6.1 Interpretace výsledků k cíli č. 1	46
7 TŘÍDĚNÍ A ANALÝZA KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ.....	50
7.1 Třídění dat.....	51
7.2 Výsledky analýzy testů nedokončených vět	51

8 SROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO A KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ	57
8.1 Proces úpravy dat pro srovnání jednotlivých šetření	57
8.2 Srovnání subjektivních názorů zkoumaných souborů respondentů kvalitativního a kvantitativního šetření	58
9 DISKUZE.....	65
ZÁVĚR	74
BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE	77
SEZNAM ZKRATEK	93
SEZNAM OBRÁZKŮ	94
SEZNAM TABULEK	95
SEZNAM GRAFŮ	96
SEZNAM PŘÍLOH.....	97

ÚVOD

„Ujdi míli v botách někoho jiného, nebo si alespoň, dříve než se vyjádříš k jeho chování, usilovně snaž představit, jaké to asi je, být v jeho kůži.“

Jitka Zgola

Komunikace, která je základním kamenem vztahu sestra-pacient, je považována za zásadní proces v identifikaci známek, příznaků a problémů, které mají vliv na zdravotní stav pacienta (Sheldon, Barrett, Ellington, 2006, 141; Britto, Samperiz, 2009, s. 81). Komunikační dovednosti jsou již dlouho uznávány jako důležitý prvek ošetrovatelství, neboť efektivní komunikace má zásadní význam pro kvalitu ošetrovatelské praxe. I přesto, že jsou sestry uznávány v komunikačních dovednostech, komunikace v ošetrovatelské péči je i nadále problémová. Trénink komunikačních dovedností sester je důležitým cílem odborného rozvoje a vzdělávání, v rámci ošetrovatelské profese (Mullan, Kothe, 2010, s. 374).

Verbální komunikace mezi sestrami a osobami s demencí může být náročná, zvláště při provádění ošetrovatelských úkonů. Vzhledem k závažnosti a široké škále postižení, které vznikají v důsledku demence, může být péče o pacienty náročná. Pro osoby pečující o nemocné s demencí představují jazykové a komunikační poruchy jednu z nejvýznamnějších změn v poskytování péče o osoby s demencí. Komunikační deficity mohou mít významné důsledky pro každodenní činnost nemocných (Christenson, Buchanan, Houlihan, Wanzek, 2011, s. 48).

Reakce pacienta na emocionální strádání je formou komunikace, která podněcuje k pochopení a podpoře ze strany sestry. Vyžaduje se, aby sestry i jiní zdravotničtí pracovníci přiměřeně reagovali na potřeby pacientů. Komunikace může být velmi nepříznivě ovlivněna, pokud sestra nedokáže rozpoznat pacientovu potřebu empatie, nesprávně interpretuje emoce nebo vůbec nereaguje na pacientovo emoční strádání. Nedostatečné nebo nevhodné empatické cítění sester může mít za následek neuspokojivou komunikaci a nenaplněné očekávání pacienta, které pak zvyšují jeho úzkost. Sestry, ale i jiní zdravotničtí pracovníci, kteří dokáží být empatičtí, jsou pacienty vnímány jako více důvěryhodní (Wittenberg – Lyles et al., 2012, s. 31).

Pro nastudování problematiky a zpracování teoretické části práce byla použita následující vstupní studijní literatura:

BERLIT, P. 2007. *Memorix neurologie*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2007. 447 s. ISBN 978-80-247-1915-3.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., a kol. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2011. 528 s. ISBN 978-80247-3976-2.

REKTOR, I., a kol. 2003. *Centrální poruchy hybnosti v praxi = Movement disorders*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 196 s. ISBN 80-7254-418-7.

ROTH, J., a kol. 2009. *Parkinsonova nemoc*. 4., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 222 s. ISBN 978-80-7345-178-3.

RŮŽIČKA, E., a kol. 2000. *Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 293 s. Extrapyramidová onemocnění; 1. ISBN 80-7262-048-7.

RŮŽIČKA, E., a kol. 2002. *Dyskinetické syndromy a onemocnění*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 320 s. Extrapyramidová onemocnění; 2. ISBN 80-7262-154-8.

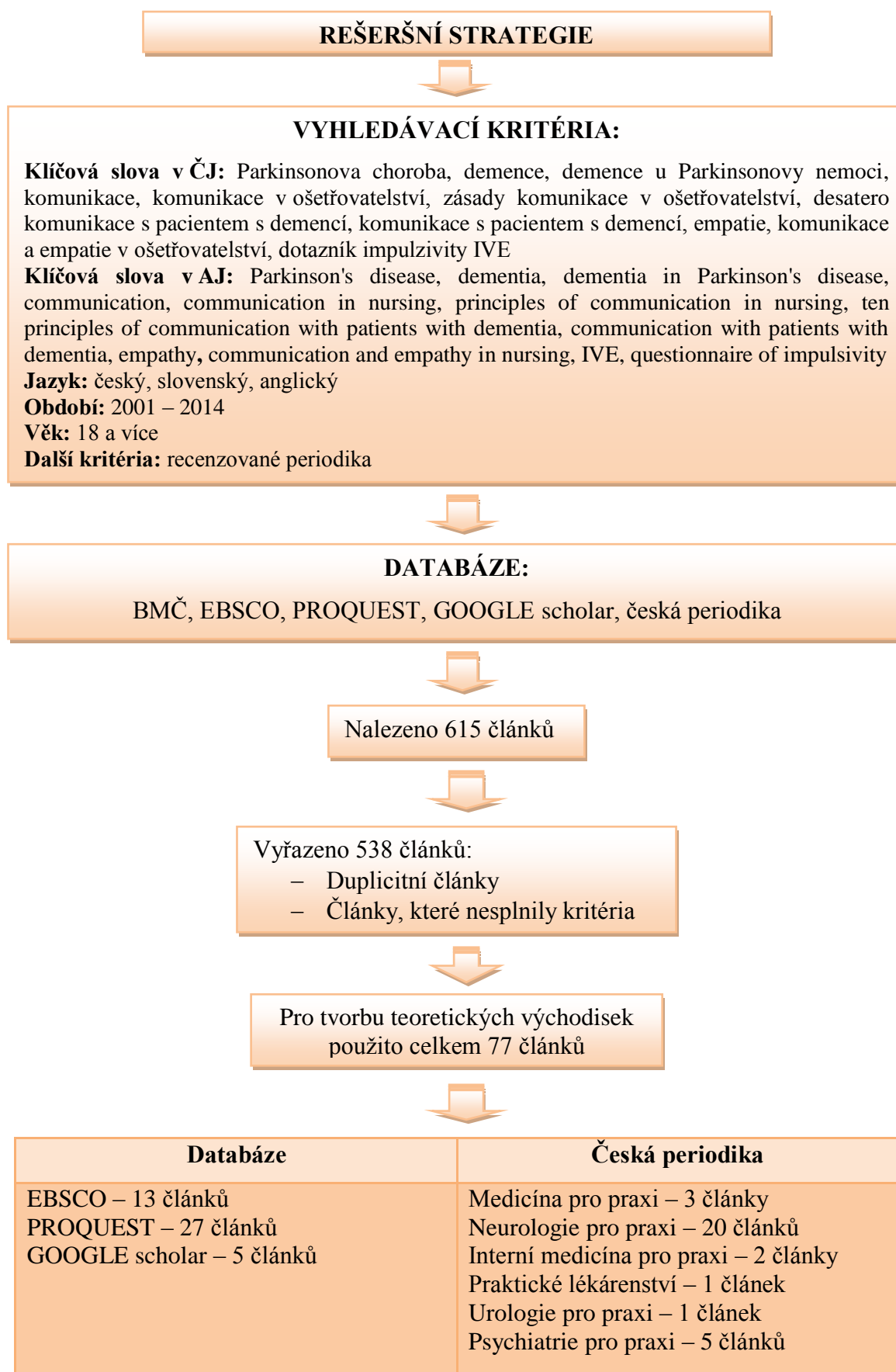
PIDRMAN, V. 2007. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 183 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1490-5.

JIRÁK, R., a kol. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 164 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6.

ZAMIŠKOVÁ, G., P. RESSNER, J. DLOUHÁ, D. ŠIGUTOVÁ. 2010. Poruchy řeči u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2010, roč. 11, č. 2, s. 12 - 16 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/02/10.pdf>

VIZUS.CZ. PARKINSON společnost o. s. *Společnost Parkinson*. [online]. Praha: Společnost Parkinson, © 2013. [cit. 2013-01-07]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/>

Obrázek 1 - Schéma postupu rešeršní strategie



1 PARKINSONOVA NEMOC

Parkinsonova nemoc (dále jen "PN") se řadí mezi chronické neurodegenerativní onemocnění. Dle Kollárové a kol., je PN druhým nejčastějším neurodegenerativním onemocněním, na prvním místě je Alzheimerova choroba (Kollárová, Ressner, Kaňovský, 2007, s. 357). Patří k významným otázkám oboru neurologie a denně se jí zabývají neurologové po celém světě. PN popsal v roce 1817 anglický lékař James Parkinson ve svém díle „O obrně třeslavé“ (Menšíková, Kaňovský, Hlušík, 2013, s. 111). Od svého poznání až do současnosti je PN předmětem neustálého zkoumání, zvláště v oblasti terapie. U nemocných s PN dochází k degenerativnímu úbytku neuronů v pars compacta substantia nigra ve středním mozku (Kollárová, Ressner, Kaňovský, 2007, s. 357). Etiologie vzniku PN je z 80 % neznámá, v 10 % hrají svou roli genetické faktory a v 10 % může vzniknout z jiného neurodegenerativního onemocnění (Ressner, 2012, s. 126).

1.1 Epidemiologie Parkinsonovy nemoci

PN mohou trpět jak muži, tak i ženy ve věku 60 - 65 let, ale může se manifestovat i ve středním věku. Autoři Hojdarová a kol. udávají fakt, že více než 1 % populace ve věku nad 60 let je postiženo PN, naopak Kollárová a kol. tvrdí, že více než 1 % populace trpící PN je až ve věku nad 65 let. Dále také tito autoři uvádí, že nemocných s PN ve věku nad 85 let je v ČR až 4 – 5% (Hojdarová, Vinšová, Dušek., 2013, s. 13; Kollárová, Ressner, Kaňovský, 2007, s. 357). Dle Hojdarové a kol. je v ČR asi 10 – 15 tisíc nemocných s PN (Hojdarová, Vinšová, Dušek., 2013, s. 13). Podle Svátové může PN postihnout i osoby mladší 45 let a ve vzácných případech i osoby ve 20 letech (Svátová, 2010, s 205).

1.2 Symptomatika v jednotlivých stádiích Parkinsonovy nemoci

Autoři Dostál a Bareš popisují typickou triádu projevů PN. Jedná se o klidový třes, bradykinezi a rigiditu. Tyto symptomy se vyskytují v počátečním stádiu PN. Postupně se však přidávají další příznaky, například posturální poruchy (Dostál, 2013, s. 28; Bareš, 2008, s. 96). Autoři Ulmanová, Růžička, Ressner a Svátová se shodují na projevech PN. Uvádí základní příznaky PN motorické, neboli tzv. Parkinsonský syndrom. Ty jsou charakterizovány bradykinezí, rigiditou, tremorem a posturálními poruchami (Ulmanová, Růžička, 2007, s. 60; Ressner, 2012, s. 126; Svátová, 2010, s. 205). Naopak autoři Roth a Havránková popisují tzv. kardiální tetradu symptomů PN. Jedná se o třes, rigiditu, akinezi a posturální poruchy (Roth, Havránková, 2008, s. 33). K již zmíněným motorickým symptomům se mohou, v pozdější fázi PN, přidat také non-motorické symptomy (Roth, Havránková, 2008, s. 33). Autoři Roth a Havránková, Bočková, Rektorová, Baláž a Novák se shodují na výskytu právě těchto non-motorických symptomů. Tyto symptomy mohou ve velké míře ovlivňovat kvalitu života nemocného v pozdějších fázích PN (Roth, Havránková, 2008, s. 33; Bočková, 2011, s. 28; Rektorová, 2007, s. 291; Baláž, Novák, 2012, s. 101). Mezi non-motorické příznaky PN řadíme sensorické příznaky (např. hyposmii, poruchu kontrastní senzitivity), senzitivní příznaky (parestézii, bolest), poruchy spánku a bdělosti (insomnií, syndrom neklidných nohou), vegetativní poruchy (inkontinenci, obstipaci, úbytek na váze, dermatické změny, ortostatickou hypotenzi, aj.), psychiatrické příznaky (demenci, depresi, motorické zpomalení, apatie nebo naopak impulzivní jednání, aj.) (Roth, Havránková, 2008, s. 33).

1.3 Léčba Parkinsonovy nemoci

Farmakologická léčba

Zlatým standardem léčby PN je podávání prekurzoru dopaminu, čímž je Levodopa (L-dopa) (Ulmanová, Růžička, 2007, s. 60). Léčení tímto prekurzorem bylo zahájeno v 60. letech 20. století. L-dopa je považována za nejefektivnější léčbu PN. Podává

se ve formě tablet či kapslí a v kombinaci s jiným přípravkem. L – dopa má také nežádoucí účinky, hlavně na počátku léčby a při zvyšování dávek. Patří mezi ně nevolnost, ortostatická hypotenze, extrasystoly a zažívací obtíže (Rektor, 2009, s. 340; Ulmanová, Růžička, 2007, s. 60). Autoři Rektor, Kaňovský a kol. se však shodují na vyčkávání s podáváním L-dopy až do pokročilé fáze PN (Rektor, 2009, s. 340; Kaňovský a kol., 2006, s. 34). Po několika letech lze u pacienta pozorovat komplikace spojené s léčbou L-dopou. Kaňovský a Farníková, stejně jako Kaňovský a kol., zmiňují komplikace ve smyslu přestavby dopaminergních receptorů a zkracování efektu dávek (Kaňovský, Farníková, 2010, s. 246; Kaňovský a kol., 2006, s. 108). Dochází ke zhoršování parkinsonských symptomů jak motorických, tak i non-motorických, ve smyslu psychických poruch (Rektor, 2009, s. 342).

Prostředky, kterými se zahajuje léčba PN v počátečním stádiu, jsou inhibitory monoaminoxidázy B (MAO-B). Rektor, Kaňovský a kol., Ulmanová a Růžička se shodují na tom, že je léčba selegilinem vhodná na počátku PN, neboť má mírný symptomatický efekt a u pacientů oddaluje léčbu L-dopou. Může negativně působit v souvislosti s kardiálním onemocněním a psychickými poruchami u pacientů. Je zde také velké riziko závislosti na léčbu (Rektor, 2009, s. 344; Kaňovský a kol., 2006, s. 32; Ulmanová, Růžička, 2007, s. 60). Rektor tvrdí, že podávání této léčby je již na ústupu (Rektor, 2009, s. 344). Podle Kaňovského a kol. je vhodnější terapií rasagilin, který lze podávat i v pokročilém stádiu PN a nemá již takové množství nežádoucích účinků jako předešlý selegilin (Kaňovský a kol., 2006, s. 32).

Dalšími využívanými prostředky v léčbě počátečního stádia PN jsou anticholinergika. Dle Kaňovského a kol. jsou to nejstarší léčiva využívané pro léčbu PN (Kaňovský a kol., 2006, s. 32). Mají nevýhodu ve větším množství nežádoucích účinků, proto se nemohou podávat pacientům starších 60 let. Jejich použití je v dnešní době spíše výjimečné (Kaňovský a kol., 2006, s. 32; Ulmanová, Růžička, 2007, s. 60).

V počátečním stádiu lze podávat také antagonisty dopaminu, jak tvrdí Kaňovský a kol. (Kaňovský a kol., 2006, s. 34). Pomocí těchto preparátů je možné oddálení používání L-dopy. Tím i pozdějšího stádia PN se zhoršením motorickými symptomů (Rektor, 2009, s. 342).

Dle Rektora je také velmi důležité dbát o léčbu přidružených problémů, které jsou spojeny s léčbou PN. Jedná se především o deprese, vegetativní příznaky jako

obstipace, ortostatická hypotenze, poruchy spánku a erektilní dysfunkce (Rektor, 2009, s. 344).

Chirurgická léčba

Na chirurgické léčbě PN se shodují Rektor, Masopust a Vališ. Spočívá v lezionální chirurgii, kde se provádí stereotaktická talamotomie nebo pallidotomie (Rektor, 2009, s. 342; Masopust, Vališ, 2004, s. 155). Velmi uznávanou chirurgickou léčbou je hluboká mozková stimulace (DBS – deep brain stimulation), při které dochází k zavedení elektrod do oblasti bazálních ganglií (Baláž, 2013, s. 229).

Rehabilitační léčba

Nepostradatelnou součástí terapie PN je také rehabilitace. Dle Ressnera a Šigutové jsou rehabilitace a farmakoterapie propojeny, tvoří tak komplex v terapii PN (Ressner, Šigutová, 2001, s. 31). Rehabilitace pozitivně ovlivňuje motoriku, psychický a emoční stav pacienta (Ressner, Šigutová, 2001, s. 31).

2 DEMENCE

„*Demence je syndrom zahrnující jak kognitivní poruchy, tak poruchy chování a poruchy soběstačnosti*“ (Holmerová, Vaňková, 2009, s. 111). Krombholz přirovnává demenci k tiché epidemii současné doby a udává, že počet lidí s demencí je v ČR asi 150 – 200 tisíc. Naopak Holmerová, Mátlová, Vaňková a Jurašková tvrdí, že osob, žijících s demencí v ČR, je 100-130 tisíc (Krombholz, 2011, s. 196; Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 139). Ressler a kol. konstatují, že demence postihuje 1 % populace ČR. Ve věku nad 65 let je postiženo 5-20 % populace (Ressler a kol., 2011, s. 140). Hort, Vyhnálek a Bojar udávají skutečnost, že každoročně se diagnostikuje 10 nových případů demence na 1000 lidí. U lidí nad 85 let se každoročně vyskytuje až 90 nových případů demence na 1000 lidí. Demence bude mít, podle Horta, Vyhnálka a Bojara, v budoucnu vzestupnou tendenci, což je dáno stárnutím populace (Hort, Vyhnálek, Bojar, 2005, s. 324). Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, Ressler a kol. se shodují na definici demence jako syndromu, který se vyskytuje v důsledku poškození mozku vlivem neurodegenerativních změn, vaskulárních změn nebo toxických změn (Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 140; Ressler a kol., 2011, s. 140). Hort, Vyhnálek a Bojar definují demenci jako přítomnost poruchy paměti nebo přítomnost poruchy některé z dalších kognitivních funkcí, jako například afázie, apraxie či přítomnost poruchy některé z exekutivních funkcí. Tyto poruchy by se měly projevovat v každodenním životě člověka (Hort, Vyhnálek, Bojar, 2005, s. 324).

2.1 Symptomatologie demencí

Demence se projevuje poškozením kognitivní funkce, mezi které patří vnímání, pozornost a řeč, schopnost motivace a následného jednání neboli exekutivní funkce. Snižuje se úroveň inteligence. Narušené bývají také činnosti běžného života nemocných s demencí. Například prožívání emocí, spánek i chování. Tyto poruchy následně vedou k nesoběstačnosti, závislosti na druhých osobách a institucionalizaci

nemocných (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 11 – 12). Pidrman se shoduje s autory Jiráčkem, Holmerovou, Borzovou a kol., kteří uvádějí, že v důsledku demence dochází k narušení paměti, myšlení, orientace, řeči, učení, apod. (Pidrman, 2007, s. 83; Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 11 – 12). Také Christenson, Buchanan, Houlihan a Wanzek ve své práci uvádí, že při demenci dochází k poklesu kognitivních funkcí v důsledku změn mozkových funkcí. Christenson et al. tvrdí, že ačkoli jsou některé příčiny demence reverzibilní, mnoho jiných příčin je nevratných (např. Alzheimerova choroba, vaskulární demence, frontotemporální demence, demence s Lewyho tělísky). Tyto nevratné příčiny demence mají za následek progresivní degeneraci široké škály kognitivních schopností (např. učení, paměť, jazyk). Demenci také často doprovází řada poruch chování (např. verbální či fyzické násilí), které zasahují do každodenního života. U těchto pacientů dochází k postupnému zhoršování stavu až po úplnou nesoběstačnost v každodenních činnostech a také v osobní péči, například koupání či oblékání (Christenson, Buchanan, Houlihan, Wanzek, 2011, s. 47-48). Holmerová a Vaňková uvádí tzv. "ABC demence", kdy A znamená narušení soběstačnosti v aktivitách denního života, B jsou behaviorální a psychické poruchy a C označuje kognitivní poruchu (Holmerová, Vaňková, 2009, s. 111).

2.2 Dělení demencí

Pidrman dělí demence na čtyři formy: demence atroficko – degenerativní, vaskulární, sekundární a smíšené. Autor také uvádí procentuální zastoupení jednotlivých forem. Atroficko – degenerativní demence tvoří až 60 % a nejčastějším zástupcem je Alzheimerova choroba. Počet vaskulárních demencí nepřesahuje 20 % a nejčastější demencí z této skupiny je multiinfarktová. Sekundární demence tvoří 10 % všech demencí a smíšené demence představují 10 – 15 % (Pidrman, 2007, s. 83). Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. naopak uvádějí dělení demencí na atroficko – degenerativní a symptomatické neboli sekundární, do kterých zahrnují demence vaskulární a ostatní, například infekční, proteinové, metabolické (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 19 – 20). Holmerová a Vaňková používají také jiné rozdělení demencí, a to na demence neurodegenerativní, jejichž nejčastějšími

zástupci jsou Alzheimerova demence, Parkinsonova choroba s Lewyho tělísky a Frontotemporální degenerace, dále demence vaskulární, demence jako následek poškození mozku a skupinu příznaků, podobných demenci neboli tzv. pseudodemence, do níž řadí např. hypotyreózy, deprese a další onemocnění (Holmerová, Vaňková, 2009, s. 111). Krombholz dělí demence také poněkud odlišným způsobem, a to na skupinu neurodegenerativních demencí a vaskulárních demencí. Do skupiny neurodegenerativních demencí patří Amyloidopatie, jejímž zástupcem je Alzheimerova choroba, Synukleinopatie, do které řadí demenci s Lewyho tělísky a Parkinsonovu demenci, Tauopatie, která obsahuje frontotemporální atrofie, kortikobazální degenerace a další (Krombholz, 2011, s. 197-199).

2.3 Demence u Parkinsonovy nemoci

Jesse, Lehnert, Jahn, Parnetti, Soininen, et al. tvrdí, že prevalence PN, se zvyšuje s věkem. Až u 50 % parkinsoniků dochází k úbytku kognitivních funkcí, a tím k mírným kognitivním poruchám již v raných fázích. Tyto mírné poruchy předpovídají vývoj demence, která se může vyskytnout v dlouhodobém horizontu až u 80 % pacientů s PN. Pacienti s PN mají zhruba o 6 - krát vyšší riziko rozvoje demence než zdraví jedinci. Syndrom demence se obvykle vyvíjí po cca 8 až 10 letech (Jesse, Lehnert, Jahn, Parnetti, Soininen, et al., 2012, s. 1).

Dle Jiráka, Holmerové, Borzové a kol. mají lidé s Parkinsonovou demencí často narušenou pozornost, soustředěnost, zpomalené myšlení a psychomotorické tempo, jsou apatičtí, mají poruchu exekutivních funkcí, tzn. neschopnost řešit problémy nebo úkoly, práce s myšlenkami atd. Pacienti s Parkinsonovou demencí mají problém provozovat aktivity sami, aktivitu zahájí, ale až po vyzvání či povzbuzení. Dále se mohou vyskytovat poruchy nálady, smyslové halucinace či bludy. Autoři tvrdí, že stádium demence, u Parkinsonovy choroby, bývá spíše lehké až střední (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 140 - 141).

Farmakologická terapie demence u Parkinsonovy choroby se řeší pomocí inhibitorů cholinesterázy (IChE), stejně jako u ostatních demencí. Poruchy kvalitativního vědomí (halucinace, bludy) se řeší buďto omezením podávání antiparkinsonik, které se mohou také podílet na těchto poruchách, nebo antipsychotiky, které ale musí zabraňovat

regresi motorických příznaků PN. Depresivní stavy se léčí pomocí antidepresiv (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 141).

2.4 Diagnostika demence

Diagnostika demence je, stejně jako i diagnostika jiného onemocnění, proces, který se skládá z několika fází. Jirák, Holmerová a Borzová a kol. zmiňují anamnézu, která by měla být na počátku diagnostiky každého onemocnění. Anamnéza je velmi důležitá, neboť již v jejím průběhu můžeme objevit prvotní příznaky demence (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 25). Pidrman poukazuje na opomíjení včasných příznaků demence, jimiž je snaha jedince zamaskovat onemocnění. Jednání jedince s demencí není pro okolí nijak nepřiměřené. Projevy demence jsou chybně přikládány stáří, dochází k diskriminaci nemocného, zanedbání péče praktickým nebo jiným lékařem (Pidrman, 2007, s. 83). Dále by mělo následovat vyšetření běžných vitálních funkcí a laboratorních parametrů nemocného (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 25). Následně by měl být pacient podroben různým screeningovým testům a orientačním vyšetřením. Holmerová, Vaňková, Hort a kol. se shodují na skutečnosti, že nejvyužívanějšími a základními testy v diagnostice závažnosti demence je MMSE (Mini Mental State Examination) dle Folsteina a test hodin (Holmerová, Vaňková, 2009, s. 111; Hort, Vyhnálek, Bojar, 2005, s. 324). Rektorová uvádí další testy, jimiž se hodnotí narušení soběstačnosti nemocného. Je to test základních denních činností (ADL) nebo test instrumentálních aktivit (IADL) (Rektorová, 2011, s. 37). Holmerová a kol. předkládají další testy k posuzování kognitivních funkcí, a to Grober Buschke Free and Cued Recall Test, sedmiminutový vyhledávací test (MoCA – Montreal Cognitive Assessment), Adenbrookský kognitivní test (ACE-R). K hodnocení behaviorálních nebo psychologických poruch se používají, avšak pouze experimentálně, NPI (Neuropsychiatric Inventory) či BEHAVE-AD (Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 140 – 141). Jirák, Holmerová, Borzová a kol. udávají Weschlerovu škálu paměti, která se využívá například k testování paměti, logického myšlení, orientace, zrakového vnímání ad. Dále testy řeči, čtení, psaní, počítání (WAB - Western Aphasia Battery), test plynulosti řeči, test prostorového vnímání, test kreslení dráhy a Stroopův test k posouzení pozornosti.

V diagnostice demence se využívají také zobrazovací metody (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 25 - 28). Autoři Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., Pidrman a Rektorová se shodují na důležitosti zobrazovacích vyšetřovacích metod. Za nejdůležitější se považují computerová tomografie, magnetická rezonance, SPECT a PET, které informují o míře průtoku krve mozky a EEG vyšetření (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 28; Pidrman, 2007, s. 87; Rektorová, 2011, s. 37). Hort, Vyháněk a Bojar popisují využití tzv. biomarkerů v časné diagnostice demence. Biomarkery mají za úkol zachytit neuropatologické změny demence, stanovit demenci v její časné fázi a průběžně monitorovat její vývoj (Hort, Vyháněk, Bojar, 2005, s. 326).

2.5 Léčba demence

Farmakologická

Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. a Pidrman dělí farmakologickou léčbu demence na kognitivní a nekognitivní. Kognitivní farmakoterapie působí na příčinu demence nebo na její mechanismy. Nekognitivní farmakoterapie ovlivňuje související poruchy (například poruchy chování) (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 88; Pidrman, 2007, s. 112).

U většiny demencí (Alzheimerova demence, demence s Lewyho tělísky, smíšené a vaskulární demence) a také u Parkinsonovy demence je používána nebo již prokázána léčba inhibitory cholinesteráz (IChE) (Pidrman, 2007, s. 112). Účinkem IChE je zvýšení nízké hladiny acetylcholinu, cholinacetyltransferázy a acetylcholinesterázy, které zprostředkují transmissi v CNS. Látka acetylcholin velmi ovlivňuje paměťové funkce. IChE jsou v dnešní době léky první volby. K zástupcům IChE patří donepezil (Aricept), rivastigmin (Exelon), galantamin (Reminyl) (Pidrman, 2007, s. 202; Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 88; Sheardová a kol., 2009, s. 28). Další látkou používanou v léčbě demence je memantin (Ebixa), který působí na glutamátový systém. Dle Jiráčka a kol. a Pidrmana má neuroprotektivní účinky, pozitivně působí na nervové buňky a chrání je před škodlivými látkami (Pidrman,

2007, s. 204; Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 88). V léčbě demence se může uplatnit také podpůrná léčba, která zahrnuje léčbu nootropními látkami. Dle Pidrmana se využívá přípravek Ginkgo Biloba (Tanakan, Tebokan), který zefektivňuje oksylíčení CNS, piracetam (Geratam), vazodilatancia, antiagregancia antikoagulancia u vaskulárních demencí, anebo také vitamin E, který napomáhá uvolňování kyslíkových radikálů, které se podílí na neurodegenerativních procesech (Pidrman, 2007, s. 204; Pidrman, 2007, s. 127).

V rámci nekognitivní léčby, která ovlivňuje poruchy chování, spánku nebo nálady se využívají antipsychotika, antidepresiva, anxiolytika a hypnotika (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 88; Pidrman, 2007, s. 205).

Nefarmakologická léčba

Do celého komplexu terapie demence patří také nefarmakologická složka. V rámci nefarmakologické terapie se využívají různé metody, techniky a aktivity. U rozvinutých demencí to může být programová aktivita, což je přesně stanovený denní harmonogram neboli diurnální rytmus, který je pro pacienty s demencí velmi podstatný. Mohou se využívat také individualizované aktivity nebo tzv. naučený postup (návody pro pacienta s demencí, jak a co má provádět podle jeho zvyklostí nebo rituálů). Mezi další využívané techniky či metody patří procvičování paměti, arteterapie, muzikoterapie, reminiscenční terapie neboli práce se vzpomínkami pacienta s demencí, pohybová a taneční terapie, ergoterapie, terapie pomocí zvířat, snoezelen neboli smyslová terapie. Mezi přístupy k pacientům s demencí patří reflektivní podpora (bazální stimulace, habilitační terapie), orientace v realitě, validace neboli respektování člověka s demencí) (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 91 - 98; Mařhová, 2012, s. 133).

2.6 Ošetrovatelská péče o pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci

Dle Webstera je velmi zásadní, aby byl pacient s demencí kvalitně posouzen sestrou, a to již na začátku hospitalizace. Royal College of Nursing identifikovala řadu klíčových problémů a potřeb, které je třeba vzít v úvahu v péči o pacienty s demencí v nemocnicích. Patří mezi ně prostředí pro péči o pacienty s demencí, komunikace s pacienty s demencí, péče o pacienty v deliriu, léčba bolesti, posouzení pacientů s demencí, správné postupy péče, podávání jídla a pití, rehabilitační a podpůrná terapie, efektivní multidisciplinární a týmová práce (Royal College of Nursing, 2010 in Webster, 2011, s. 88). Specifickou rolí sestry je zachytit komplexní potřeby pacientů s demencí, s přihlédnutím na oblast fyzickou, psychickou a sociální. Další klíčovou rolí sestry je zajistit, že budou zjišťovány a zaznamenány názory a přání pacientů s demencí a jejich blízkých. Častým problémem v oblasti posuzování pacientů může být standardizovaný model či rámec, který může vést k nedostatečnému informování sestry, což vede k tomu, že se sestra zabývá spíše dokončením posouzení než pacientem. Proces hodnocení se tak stává mechanickým "zaškrťáváním políček". Zkušená sestra však nespolehá výhradně na standardizovaný rámec pro posuzování pacientů, ale vytváří si obraz na základě technických znalostí a na důkazech založených na zkušenosti. Sestry využívají celé řady různých typů znalostí při provádění hodnocení pacientů s demencí, což zahrnuje porozumění životu pacienta, biologickému a psychickému vývoji, procesu stárnutí, zdravotním problémům pacienta, komorbiditám a pacientově léčbě. Hodnocení pacientů je fúze dovedností a znalostí, které charakterizují odbornou zdravotní sestru a umožňují jí, aby se smysluplně zapojila do holistické péče (Webster, 2011, s. 89).

Velmi široce používaným termínem je "osoba – těžiště péče". Tento pojem objasňuje terapeutický vztah mezi sestrou, pacientem s demencí a jeho rodinou. Potenciál zdravotních sester neboli "pomáhání" se skrývá v podstatě vztahu, který sestra rozvíjí s pacientem. McCormack tvrdí, že pacienti s demencí potřebují podpořit jejich hodnoty, pacienti s demencí by měli mít hluboké lidské postavení, uznání a pochopení spolupráci s pečovateli a záruku, že veškerá rozhodnutí o péči a činnostech je založena na důvěře a opravdovosti. Vztahu, sestry s pacientem s demencí, může být dosaženo pouze tehdy, pokud se sestry v praxi naučí rozumět potřebám pacientů s demencí, zahájí pozitivní pomoc pacientům a udrží či zlepší tzv. "well being" v centru péče

založené na rozhodnutí a akci (Webster, 2011, s. 90; McCormack, 2003, s. 202 - 203). Webster zdůrazňuje, že respekt k soukromí a důstojnosti pacienta je také velmi důležitý. Pacient má právo na nezveřejnění informací, které jsou pro něj soukromé. Také je důležité vědět, které informace si pacient přeje odtajnit. Brown, Nolan a Davies stanovuje soubor šesti propojených pocitů, které jsou oporou vztahu sestry – pacient. Patří sem například pocit bezpečí, sounáležitosti, kontinuity - vytváření vazeb mezi minulostí, přítomností a budoucností, cílevědomost, pocit úspěchu - dosažení smysluplných a hodnotných cílů a pocit významu (Brown, Nolan, Davies, 2007, s. 657).

3 KOMUNIKACE

Zaletel et al. charakterizují komunikaci jako hlavní formu sociální interakce, která je definována jako vzájemné interpersonální působení (Zaletel et al., 2012, s. 94). Dle Rata et al. se lidskou komunikací rozumí komplexní a dynamický jev, který může být definován jako vztah, jehož prostřednictvím se mohou lidé vzájemně pochopit a pomocí něhož mohou mezi sebou kontinuálně vyměňovat odlišné kódované informace (Rata et al., 2012, s. 371). Grover udává, že lidskou komunikaci lze nejlépe popsat jako obousměrný probíhající proces, ve kterém osoba nebo osoby stimulují význam nebo smysl informace v mysli jiné osoby nebo osob, prostřednictvím verbálních nebo neverbálních zpráv. Odesílatel informace musí efektivně předat zprávu příjemci, tzn. interpretovat nebo dekodovat (Grover, 2005, s. 177). Xu, Staples a Shen definují komunikaci jako vzájemný proces mezi dvěma nebo více lidmi, kteří správně interpretují informace skrz verbální či neverbální prostředky. Xu, Staples, Shen a Zaletel et al. rozdělují komunikaci na verbální a neverbální (Xu, Staples, Shen, 2012, s. 292; Zaletel a kol., 2012, s. 94). Zacharová charakterizuje komunikaci jako základní podmínku pro vytváření mezilidských vztahů (Zacharová, 2008, 588). Britto a Samperiz dělí komunikaci na písemnou, mluvenou a neverbální. Verbální komunikaci definují jako použití slov pro zprostředkování zprávy, neverbální komunikaci charakterizují jako komunikaci prostřednictvím neverbálních prostředků, jako je výraz obličeje a řeči těla (Britto, Samperiz, 2009, s. 80). Podle Janouška je verbální komunikace základní složkou, ale není jedinečná (Janoušek, 2007, s. 49). Stejně tak Chambers tvrdí, že interaktivní komunikace zahrnuje využití dovedností neverbální a zároveň i verbální komunikace. Zprávy jsou odesílány prostřednictvím verbální a neverbální dráhy, a to na jazykové, fyziologické a akustické úrovni. Posluchač neboli aktivní účastník komunikace, posílá zpětnou vazbu verbálním či neverbálním způsobem jinému posluchači. Úspěšná interaktivní komunikace vyžaduje dobré schopnosti v osmi oblastech, jimiž jsou sluch, zrak, paměť, pozornost, loajlnost v komunikaci, oční kontakt, sebeuvědomění a povědomí (Chambers, 2003, s. 874). Grover naopak udává základní komunikační dovednosti jako poslouchání, kladení otevřených otázek, kladení uzavřených otázek, objasnění informace,

parafrázování, použití komunikačních frází, tzv. "zprostředkovatelů", neverbální komunikace, ticho a naslouchání (Grover, 2005, s. 178).

3.1 Verbální komunikace

Dle Zaletela et al. se verbální komunikace projevuje pouze prostřednictvím slov (Zaletel et al., 2012, s. 94). Mikuláščík popisuje verbální komunikaci jako komunikaci slovní, zprostředkovanou jazykem. Verbální komunikace je nepostradatelná v sociálním životě člověka a je nevyhnutelným předpokladem myšlení. Nemožnost verbální komunikace vede k deprivaci člověka. Verbální komunikace je vždy doplňována neverbální, tyto dvě složky se nedají od sebe odloučit. Mluvená neboli ústní komunikace dává možnost ihned reagovat, vyjádřit názor, diskutovat s jiným komunikátorem (Mikuláščík, 2010, s. 98). Zacharová tvrdí, že při verbální komunikaci s pacientem je potřeba zřetelně vyjadřovat uzavřené i otevřené otázky, které by měly být jednoduché a srozumitelné. Při příchodu a odchodu bychom, podle Zacharové, měli pacienta vždy pozdravit a vhodně oslovit. Všechny informace by také měly být pro pacienta srozumitelné. Sestra by měla na pacienta mluvit pomalu, přiměřeně hlasitě, jasně, srozumitelně a neodborně, tzn. s vynecháním žargonu, cizích slov a odborných výrazů. Sestra by si měla po rozhovoru s pacientem potvrdit, pomocí zpětné vazby, zda pacient všemu rozuměl a pochopil informace (Zacharová, 2008, s. 589).

3.2 Neverbální komunikace

Xu, Staples a Shen uvádí, že neverbální komunikace sester je rovněž významná pro kvalitu ošetrovatelské péče, neboť kromě slovní výpovědi je důležitý také způsob, jak sestra předá informaci neverbálně, tedy gesty vlastního těla (Xu, Staples, Shen, 2012, s. 293). Preston tvrdí, že neverbální zprávy mohou podporovat či zasahovat do verbálních zpráv. Dále uvádí, že neverbální prvky komunikace obvykle vznikají mimovolně. Preston také informuje o skutečnosti, že pokud mluvíme či posloucháme,

naše pozornost je zaměřena na slova, nikoli na řeč těla, náš úsudek se však zaměřuje na oba aspekty. Publikum zpracovává současně jak verbální, tak neverbální informace (Preston, 2005, s. 83). Zaletel et al. jsou toho názoru, že se neverbální komunikace skládá z 59% z pohybů těla a asi ze 41% z vokalizace. I když se mohou objevit oba druhy komunikace současně, většina veškeré komunikace (cca 90 %) je neverbální (Zaletel et al., 2012, s. 94). Britto a Samperiz určují techniky neverbální komunikace, jimiž jsou odezírání, znakový jazyk, mimika, kreslení, psaní, aj. (Britto, Samperiz, 2009, s. 81). Dyche naopak určuje prvky jako pohled z očí do očí, držení těla, výraz obličeje, oblečení a úprava (Dyche, 2007, s. 1035). Stickley ve své práci popisuje model neverbální komunikace SOLER, podle Gerarda Egana, jako pomůcku pro výuku neverbální komunikace a komunikačních dovedností ve vzdělávání sester (Stickley, 2011, s. 395). Vysvětlení zkratk je následovné:

- S ("přímo") - posluchač sedí přímo u klienta, přednostní pozice je naproti klientu. Klienti se mohou v této pozici cítit ohroženi, proto úhel židlí může být efektivnější.
- O ("Otevřená pozice") – doporučena je otevřená pozice, tzn. nohy nebo ruce se nekříží.
- L ("přiklánět se k druhému") – mít zájem o to, co druhá osoba říká.
- E ("Oční kontakt") - úplný kontakt očí se nedoporučuje, jsou vhodnější občasné přestávky v kontaktu mezi očima klienta a sestry.
- R ("Relax") – je doporučeno nepůsobit nervózně.

(Stickley, 2011, s. 396).

Další model, který byl vyvinut, se nazývá SURETY, neboli „Záruka“. Tento model byl doplněn ještě o použití dotyku při komunikaci a intuici (Stickley, 2011, s. 397).

Dle Stickley, Britta a Samperize mají sestry v neverbální komunikaci s pacienty velké nedostatky, které si žádají odbornou přípravu v dané oblasti (Stickley, 2011, s. 396; Britto, Samperiz, 2009, s. 81).

3.3 Komunikace psaním

Písemná komunikace je, dle Jefferies, Johnson a Nicholls, popisována jako permanentní, prostorově vázaná, a statická (Jefferies, Johnson, Nicholls, 2012, s. 130). Mikuláščík také definuje písemnou komunikaci jako trvalou. Dle autora se psaný text považuje za více uvážený, je opakem mluvené řeči, která bývá spíše improvizací. U psané formy komunikace se více dbá na správnost gramatiky a stylistiky napsaného textu. Výhodou psané komunikace může být přesnost při tvorbě textu, předání psaného textu jiné osobě v totožné formě, vedení záznamu o textu a jeho kontrola (Mikuláščík, 2010, s. 243 - 244). Dle Mascle jsou dobré písemné komunikační dovednosti nezbytné pro sestry, neboť odborná způsobilost a výkonnost jsou pevně spojeny s komunikační kompetencí (Mascle, 2013 s. 216). Troxler, Vann a Oermann konstatují, že písemné komunikační dovednosti jsou v ošetrovatelské péči důležité. Sestry dokumentují péči o pacienty, komunikují mezi sebou a pracovníky z jiných pracovišť formou psaní, vytváří edukační materiály pro pacienty, rozvíjí organizační politiku a vytváří materiál pro různé publikace (Troxler, Vann, Oermann, 2011, s. 280). Jefferies, Johnson a Nicholls uvádí, že ke sdělování informací o pacientech v ošetrovatelské péči dochází v rámci dvou médií, a to ústní nebo psanou formou. Písemná komunikace odkazuje na využití písemných pramenů pro sdělování informací o pacientovi, kterou je například ošetrovatelská dokumentace, jejímž cílem je poskytnout trvalý záznam o ošetrovatelské péči o pacienty (Jefferies, Johnson, Nicholls, 2012, s. 13).

3.1 Komunikace v ošetrovatelské péči

Podle Lahodové je komunikace důležitou součástí ošetrovatelství (Lahodová, 2005, s. 217). Zacharová konstatuje, že se komunikace v ošetrovatelské péči projevuje vzájemnou interakcí mezi sestrou a pacientem. Sestra realizuje roli komunikátorky ve vztahu k pacientovi. Úspěšná komunikace s pacientem je, podle Zacharové, důležitou složkou ošetrovatelského procesu (Zacharová, 2008, s. 588). Sheldon, Barrett, Ellington a Zacharová se shodují na faktu, že schopnost komunikace zdravotní sestry a pacienta je důležitou součástí každodenní ošetrovatelské praxe (Sheldon,

Barrett, Ellington, 2006, s. 141; Zacharová, 2008, s. 588). Komunikace je základním kamenem vztahu sestra-pacient (Sheldon, Barrett, Ellington, 2006, s. 141). Xu, Staples a Shen uvádí, že efektivní komunikace je rozhodující pro bezpečnou a účinnou péči o pacienta (Xu, Staples, Shen, 2012, s. 292). Britto a Samperiz konstatují, že komunikace sester s pacienty je považována za zásadní proces v identifikaci známek, příznaků a problémů, které mají vliv na zdravotní stav pacienta (Britto, Samperiz, 2009, s. 81). Efektivní komunikace je tedy velmi důležitá pro zajištění bezpečné a účinné péče o pacienty. Mottarm tvrdí, že problémy, týkající se komunikace a přístupu zdravotníků k pacientům, tvoří nejvíce hlášených stížností (Mottarm, 2010, s. 24). Mullan a Kothe vysvětlují, že komunikační dovednosti jsou již dlouho uznávány jako důležitý prvek ošetrovatelství, neboť efektivní komunikace má zásadní význam pro kvalitu ošetrovatelské praxe (Mullan, Kothe, 2010, s. 374). Autoři uvádí, že jsou sestry uznávané v komunikačních dovednostech, přesto však je komunikace v ošetrovatelské péči i nadále problémová. Podle Mullan a Kothe je trénink komunikačních dovedností sester důležitým cílem odborného rozvoje a vzdělávání v rámci ošetrovatelské profese (Mullan, Kothe, 2010, s. 374). Zacharová taktéž tvrdí, že podmínkou kvalitní ošetrovatelské péče by měla být účinná a správná komunikace s pacienty. Sestra by, podle Zacharové, měla mít dostatečné vědomosti a znalosti, komunikační dovednosti, schopnost naslouchat pacientovi sluchem i zrakem, měla by být empatická a trpělivá. Sestra by měla také ctít a respektovat pacientovu důstojnost a autonomii (Zacharová, 2008, s. 588).

3.2 Poruchy komunikace u Parkinsonovy nemoci

Poruchy hlasu, řeči a psaní

Zamišková a kol. charakterizují řeč jako proces komunikace mezi sebou pomocí slov nebo neverbálně (Zamišková, 2010, s. 112). Podle Zamiškové a kol. má bradykineze, rigidita a tremor, které se vyskytují u pacientů s PN, dopad i na jejich řeč (Zamišková, 2010, s. 112). Gant et al. konstatují, že komunikační deficity jsou u PN běžné. Autoři také tvrdí, že hlasové i řečové dysfunkce se mohou u pacientů projevit brzy. Podle Ganta et al. se změny v řeči a hlasu vyskytují až u 80-90 % pacientů (Gant et al., 2014,

s. 110). Rovněž také Jaywant a Pell konstatují, že PN je onemocnění charakterizované přítomností pohybových abnormalit, včetně dysfunkce svalstva nezbytného pro produkci řeči. Svalová ztuhlost a bradykineze přispívají k nepravidelnému proudění vzduchu a tlak vzduchu na vokální aparát zmenšuje podporu dechu. Díky pokleslé stabilitě hrtanu se snižuje rozsah pohybu v hrtanu, rtů, čelisti a jazyka. Tyto fyziologické deficity mohou mít závažné negativní dopady na srozumitelnost řeči, artikulaci, prozodii a rychlost řeči (Jaywant, Pell 2010, s. 49). Jaywant a Pell uvádí, že dysfluence, neboli porucha plynulosti řeči, může bránit pravidelnému toku hlasu, který může znít jako váhavý nebo kolísavý. Často je také pozorováno koktání a opakování slabik u pacienta s PN. Podle Ganta et al. mají změny hlasu a řeči dopad na psychosociální oblast, včetně vnímání sama sebe, sebeúcty pacienta a také ovlivňují interakci pacienta (Gant et al., 2014, s. 110). Zamišková konstatuje, že pacienti, kteří trpí PN a mají problémy v oblasti hlasu a řeči, mohou být ohroženi nebo úplně omezeni v jejich kontaktu s okolím. Pacienti tak nemohou vykonávat běžné aktivity jako nakupování, cestování, administrativní vyřizování aj. Zamišková také tvrdí, že pacient s poruchou řeči může být někdy na veřejnosti stigmatizován jako dementní či méně inteligentní (Zamišková, 2010, s. 112).

Autorka také uvádí skutečnost, že vlivem PN dochází k poškození motorické složky tvorby řeči, kterou nazýváme dysartrie (Zamišková, 2010, s. 112). Zamišková, Fonville et al. a Graaff et al. se shodují na definici dysartrie, což je souhrnný název pro skupinu poruch řeči, konkrétně narušení výslovnosti, řeči, artikulace, respirace, rezonance a fonace, kdy příčinou může být řada vrozených nebo získaných strukturálních anomálií, které ovlivňují hlasivkový trakt, ale také omezení způsobené poškozením centrální nervové soustavy (Zamišková, 2010, s. 112; Fonville, et al., 2008, s. 1545; Graaff, et al., 2009, s. 295). Fonville et al. klasifikují dysartrie jako ochablé, spastické, ataktické, hypokinetické, choreatické, dystonické, nebo smíšené (Fonville, et al., 2008, s. 1545). Hartelius et al. dělí dysartrie v závislosti na stupni na mírné, střední nebo těžké (Hartelius, 2007, s. 11).

Pokud je tedy narušena motorická stránka řeči u pacientů s PN, můžeme mluvit o hypokinetické dysartrii, která může u pacienta s PN dosáhnout lehkého, středního až těžkého stupně. Pozorovatelné poruchy řeči se vyskytují spíše u těžšího stupně PN a jejich závažnost kolísá také v závislosti na medikaci nebo aktuálním fyzickém či psychickém stavu pacienta. V symptomatologii hypokinetické dysartrie se mohou

vyskytnout rigidita, tremor, bradikineze, akineze, freezing, hezitace, které jsou vázány na symptomy PN (Zamišková, 2010, s. 114). Ramig, Fox a Sapir konstatují, že poruchy řeči a hlasu mohou být způsobeny také například neobvyklým sensorickým zpracováním, porušenou schopností započít motorickou odpověď aj. (Ramig, Fox, Sapir, 2008, s. 300). Hypokinetická dysartrie se vyskytuje ve třech oblastech patologických poruch. Oblast fonorespirace řeší problematiku tvorby hlasu, koordinaci svalů potřebných k tvorbě hlasu (hrtanové, respirační), sílu, rozsah, výšku hlasu a poruchy jako hypofonie (pokles síly hlasu), dysfonie (narušení hlasové kvality), hypernazalitu (narušení hlasového zvuku). Oblast faciokineze se zabývá správnou artikulací, žvýkáním, polykáním, mimikou, tedy pohyby svalů v orofaciální oblasti a poruchami jako hypomimie (omezení mimiky v obličeji, narušení výrazu v obličeji), maskovitý vzhled obličeje, dyskineze a dystonie orofaciálního svalstva. Pokud pacient nemůže vůbec artikulovat, můžeme hovořit o anarthrii. Oblast fonetiky řeší zvukovou stránku řeči, kde se mohou vyskytnout poruchy artikulace (porušená výslovnost souhlásek), poruchy prozodie (poruchy přízvuku, hlasové melodie, tempa, pauzy) a poruchy plynulosti řeči (pasilalie – opakování slabik nebo celých slov, hezitace – neúmyslné pauzy v projevu) (Zamišková, 2010, s. 114 - 115).

Poruchy písma se, podle Zamiškové, projevují v podobě mikrografie, což je postupně zmenšování písma, které se postupem času stává nečitelné a nekvalitní (Zamišková, 2010, s. 115).

3.3 Komunikace s pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci

Juvé – Udina et al. konstatují, že komunikace ve vztahu sestra-pacient je nedílnou součástí každodenní ošetrovatelské praxe, základnou pro posílení terapeutických vazeb k dosažení výsledků u pacienta. V rámci tohoto vztahu je komunikace multidimenzionální interakce, která zahrnuje proces odesílání, přijímání a rozpoznání zpráv a pocitů k vyjádření obav, odhodlání a podpory důvěry. Existují modely komunikace sestry s pacientem, mezi které patří komunikace ve volném čase, neformální komunikace potřebná k budování vztahu, spontánní komunikace s pacientem, na úkol orientovaná komunikace, léčebná a na potřeby pacienta orientovaná komunikace. Tyto modely zahrnují použití různých komunikačních

strategií, jako je vysvětlení, klidný přístup, objasnění, naslouchání, odvedení pozornosti, použití humoru, zlepšení zpětné vazby, udržování očního kontaktu a dotyk. Chování komunikujících sester zahrnuje také empatii, respekt, pomalý klidný přístup beze spěchu, zajištění soukromí, důvěry, pochopení a reakce na potřeby pacientů (Juvé – Udina, et al., 2014, s. 66).

Podle Jiráka, Holmerové a Borzové a kol. je v komunikaci s pacientem s demencí důležitý příjemný, trpělivý, klidný, empatický přístup. Velmi podstatné je zachovávat důstojnost pacienta s demencí. Pacient by měl pociťovat bezpečí a jistotu. Měli bychom se vyhnout zdůrazňování nedostatečnosti, nepohyblivosti, nedokonalosti a nesoběstačnosti pacienta a spíše bychom jej měli podporovat, ctít důstojnost a ubezpečovat. Pacient by měl cítit lásku, bezpečí, sounáležitost, všímavost, zájem o komunikaci, měla by mu být dána možnost seberealizace (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 108). Podle autorů je důležitá jednoduchá verbální i neverbální komunikace. Verbální komunikace by měla být věcná a krátká, informace by měly být prezentovány v oznamovacích větách nebo jasných a konkrétních otázkách. Velmi podstatná je klidná a pomalá řeč. Neverbální komunikace by měla být přiměřená a názorná. Při komunikaci by měl být odstraněn šum a další rušivé podněty, rozhovor by měl být veden v zorném poli pacienta, s pohledem do jeho obličeje. Je vhodné názorně ukazovat na předměty či části těla pacienta. Pacientovi se musíme snažit porozumět a vhodně a smysluplně rozvíjet dialog (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 109 - 113).

Christenson, Buchanan, Houlihan a Wanzek tvrdí, že verbální komunikace mezi sestrami a osobami s demencí může být náročná, zvláště při provádění ošetrovatelských úkolů (Christenson, Buchanan, Houlihan, Wanzek, 2011, s. 47). Vzhledem k závažnosti a široké škále postižení, které vznikají v důsledku demence, může být péče o pacienty náročná. Pro sestry představují jazykové a komunikační poruchy jednu z nejvýznamnějších změn v poskytování péče o osoby s demencí. Komunikační deficity mohou mít významné důsledky pro každodenní činnosti nemocných, a to zejména s ohledem na jejich dokončení. Úspěšné absolvování každodenních činností vyžaduje, aby pacient vyhověl příkazům sester. Z důvodu jazykového postižení nemusí být pokyny správně pochopeny a mohou být pro pacienta obtížně proveditelné. Kromě toho sestry často používají příkazy, které jsou

pro pacienty nepřesné a nejasné (Christenson, Buchanan, Houlihan, Wanzek, 2011, s. 48).

Podle Haberstroh et al. demence stále více snižují schopnost pacienta komunikovat s okolím, což může být jedním z důvodů, proč se pacienti s demencí cítí být vyloučení ze společnosti, které vede k postupné sociální izolaci, apatii a utrpení člověka. Kvalitu života pacientů s demencí velmi ovlivňují komunikace a sociální vztahy. Narušené chování a komunikační deficit pacientů s demencí může významně přispět k zátěži na pečující osobu, která však může správnými komunikačními dovednostmi ovlivnit pacientovo narušené chování. Podle Haberstroh et al. je problematice komunikace s demenčním pacientem věnována stále velmi malá pozornost (Haberstroh et al., 2011, s. 405).

Young et al. zdůrazňují komunikaci jako cílovou oblast ve zlepšení péče o pacienty s demencí. Young et al. zdůrazňují neuspokojivé komunikační dovednosti a praktiky v péči o pacienty s demencí. Účinná a vhodná komunikace s pacientem s demencí může zlepšit kvalitu života pacientům, snížit stresové situace, zlepšit pracovní morálku, uspokojení z práce a snížit vysokou míru fluktuace u sester. Model CPAM (Communicative Predicament of Aging Model) určuje zkušenosti pacientů s demencí s komunikací s ošetřujícím personálem a stanovuje je jako komunikační problémy. Ty jsou charakterizovány jako komunikační postupy. Patří sem přehnaná výška tónu hlasu a intonace, používání zdvořilých, zjednodušená gramatika, nedostatečné naslouchání, nedostatečná pozornost při komunikaci a nezájem. Model CEM (Communication Enhancement Model) zase naopak určuje komunikační zásady jako klidný tón, používání uzavřených otázek, vhodné použití doteku, opakování informací pacientovi, použití jiné formulace a opravy v rozhovoru a naslouchání pacientovi s demencí. Young et al. konstatují, že v současné době jsou k dispozici rady, komunikační nástroje a vzdělávací programy, ale chybí teoretický rámec pro uchopení těchto rad a zásad (Young et al., 2011, s. 1004 – 1007).

4 EMPATIE A KOMUNIKACE

Empatie je, dle autorů Baron – Cohena a Wheelwrighta, důležitá schopnost, která umožňuje být v souladu s myšlenkami druhého člověka, předvídat jeho chování a zažít emoce vyvolané jeho emocemi. Pomocí empatie můžeme efektivně komunikovat v sociálním světě (Baron-Cohen, Wheelwright, 2004, s. 163). Dle Smitha se pojem empatie týká vnímavosti a pochopení duševního stavu druhého člověka (Smith, 2006, s. 3). McHenry et al. definují empatii jako kognitivní vlastnost, která zahrnuje schopnost porozumět vnitřním pocitům pacientů a vyjádřit toto porozumění komunikací verbální nebo neverbální (McHenry, Parker, Baile, Lenzi, 2012, s. 1074). Gülsüm říká, že empatie je schopnost vnímat smysl a pocity druhého, dát druhé osobě najevo vnímání těchto pocitů. Podle autora existuje mnoho definic empatie, ale většina má základ v definici Rogerse, který popisuje empatii jako stav vnímání vnitřního rámce druhé osoby, s přesností a emocionálními prvky (Rogers, 1975 in Gülsüm, 2006, s. 249). Baron - Cohen a Wheelwright nahlíží na empatii ze dvou pohledů, a to jako na emoční a kognitivní. Autoři pojmají oba pohledy jako nezbytné pro definování empatie. Ve většině případů nejde tyto dva druhy empatií oddělit. Emoční empatie je podle autorů definována jako emocionální reakce pozorovatele na emoční jednání druhé osoby, zatímco kognitivní empatie je definována jako vcítění se do duševního stavu druhého jedince (Baron-Cohen, Wheelwright, 2004, s. 164).

4.1 Vztah empatie a komunikace v ošetrovatelské péči

Ruyiyuan, Leili a Mingyi identifikují empatii v ošetrovatelské péči jako základ kvalifikovaného ošetrujícího personálu. Empatie podle autorů znamená porozumění ošetrovatelského personálu emocím pacientů (Ruyiyuan, Leili, Mingyi, 2012, s. 75-76). Wittenberg – Lyles et al. naopak definují empatii jako pochopení situace a pocitů pacienta, schopnost porozumění, komunikace a pomoc pacientovi v jeho situaci. Autoři konstatují, že reakce pacienta na emocionální strádání je forma komunikace, která podněcuje k pochopení a podpoře ze strany sestry. Vyžaduje se, aby sestry

a lékaři přiměřeně reagovali na potřeby pacientů. Komunikace může být také velmi nepříznivě ovlivněna, pokud sestra a lékař nedokážou rozpoznat potřeby empatie pacienta, nesprávně interpretují emoce nebo vůbec nereagují na pacientovo emoční strádání. Nedostatečné nebo nevhodné empatické citění sester a lékařů může mít za následek neuspokojivou komunikaci a nenaplněné očekávání pacienta, což pak zvyšuje jeho úzkost. Wittenberg – Lyles et al. také tvrdí, že sestry a lékaři, kteří dokáží být empatičtí, jsou pacienty vnímáni jako více důvěryhodní (Wittenberg – Lyles et al., 2012, s. 31).

Naopak Juvé – Udina et al. tvrdí, že sestry mají schopnost regulovat svou pracovní zátěž, zároveň efektivně komunikovat s pacienty v krátkých rozhovorech při poskytování denních úkolů a doba, ve které se uskutečňuje osobní péče o pacienta s demencí, poskytuje ideální možnosti pro komunikaci sestry s pacientem (Juvé – Udina et al., 2014 s. 66). Avšak Tejero poznamenal, že delší interakce mezi sestrou a pacientem má významně vyšší pravděpodobnost k vytvoření pouta, sblížení a zjištění více informací (Tejero, 2010, s. 611). Základní empatická komunikace byla, podle Juvé – Udina et al., identifikována jako nezbytný předpoklad pro poskytování ošetrovatelské péče, protože může přispět k vytvoření základu pro terapeutický vztah a jeho absence brání v efektivním poskytování péče o pacienty (Juvé – Udina et al., 2014 s. 66).

Empatie je dovednost, která má zásadní funkci v interpersonálních vztazích, komunikaci a v budování důvěry mezi sestrami a pacienty. Bylo však zjištěno, že úroveň empatie sester je nízká nebo střední. Také vyplývá, že až 80 % sester nevyvíjí empatii se svými pacienty (Gülsüm, 2006, s. 248).

5 VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumné šetření diplomové práce na téma „Komunikace všeobecných sester a zdravotnických asistentů s pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci“ bylo provedeno formou kvantitativního a kvalitativního šetření. Kvantitativní šetření bylo realizováno pomocí dotazníku vlastní konstrukce a standardizovaného dotazníku impulzivitu podle Eysencka. Kvalitativní šetření bylo uskutečněno prostřednictvím projektivní techniky nedokončených vět.

5.1 Cíle výzkumu a hypotézy

Cílem výzkumného šetření bylo: **zmapovat komunikaci všeobecných sester a zdravotnických asistentů neurologické kliniky Fakultní nemocnice Olomouc s pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci**. Tento hlavní cíl byl rozdělen do dílčích cílů:

Cíl č. 1: Zjistit míru dodržování komunikačních zásad u všeobecných sester a zdravotnických asistentů s pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci, ve vztahu k dosaženému vzdělání a míře empatie.

Cíl č. 2: Zjistit subjektivní názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na dodržování komunikačních zásad všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty.

Cíl č. 3: Srovnat subjektivní názory zkoumaných souborů respondentů na dodržování komunikačních zásad.

Cíl č. 1 byl formulován do statistických hypotéz:

H₁₀: Neexistuje signifikantní vztah mezi stupněm vzdělání a dodržováním komunikačních zásad.

H1_A: Existuje signifikantní vztah mezi stupněm vzdělání a dodržováním komunikačních zásad.

H2₀: Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou empatie a dodržováním komunikačních zásad.

H2_A: Existuje signifikantní vztah mezi mírou empatie a dodržováním komunikačních zásad.

Cíl č. 2 byl rozdělen do dalších dílčích cílů:

Cíl č. 2.1: Zjistit názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na dodržování zásad verbální komunikace všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty.

Cíl č. 2.2: Zjistit názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na dodržování zásad neverbální komunikace všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty.

Cíl č. 2.3: Zjistit názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na faktory ovlivňující vzájemnou komunikaci pacientů se všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty.

Tyto cíle byly formulovány do výzkumných otázek:

Výzkumná otázka č. 1: Jaký je názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na dodržování zásad verbální komunikace všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty?

Výzkumná otázka č. 2: Jaký je názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na dodržování zásad neverbální komunikace všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty?

Výzkumná otázka č. 3: Jaký je názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na faktory ovlivňující vzájemnou komunikaci pacientů se všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty?

5.2 Metodika výzkumného šetření

Měřicí nástroj

Kvantitativní šetření

V rámci realizace kvantitativního výzkumného šetření byl sestaven dotazník, který se skládal ze tří částí. První část tvořil dotazník vlastní konstrukce, v druhé části byl použit standardizovaný Eysenckův dotazník IVE a třetí část obsahovala čtyři položky týkající se demografických údajů.

První část kvantitativního šetření, tedy dotazník vlastní konstrukce, byl vytvořen podle návodu - "**Desatera komunikace s pacienty se syndromem demence**", který v roce 2006 zpracovala Národní rada osob se zdravotním postižením České republiky. Desatero komunikace obsahuje celkem deset pokynů, které by měl člověk pečující o osobu s demencí dodržovat. Prostřednictvím dotazníku byla zjištěna míra dodržování komunikačních dovedností a znalostí všeobecných sester a zdravotnických asistentů. Dotazník obsahoval 40 uzavřených položek. Své odpovědi zaznamenávali respondenti pomocí Likertovy škály, s jejímž prostřednictvím lze přesně změřit postoje respondentů. Likertova sedmi bodová škála obsahovala hodnoty od 0 do 7, kdy číslo 0 bylo označením pro postoj "nikdy nebo vůbec" a číslo 7 znamenalo postoj "stále či vždy". Do baterie otázek jsem zařadila také tzv. "lži" položky. Tyto "lži" položky měly ukázat, zda se respondenti nenadhodnocují a nedělají se "lepšími". "Lživými" položkami v dotazníku byly: č. 11, 14, 17, 20, 24, 29, 32, 36 a 39.

Ke každému bodu, z Desatera komunikace s pacienty se syndromem demence, se vztahovaly tyto položky:

- Položky č. 1 – 3 se vztahují k bodu č. 1
- Položky č. 4 – 6, 12, 27 a 30 se vztahují k bodu č. 2
- Položky č. 7 – 9 se vztahují k bodu č. 3
- Položky č. 15 – 16 a 21 se vztahují k bodu č. 4
- Položky č. 13 a 18 - 19 se vztahují k bodu č. 5
- Položky č. 10, 26 a 28 se vztahují k bodu č. 6
- Položky č. 31, 34 – 35 a 37 se vztahují k bodu č. 7
- Položka č. 25 se vztahuje k bodu č. 8

- Položky č. 22 – 23 a 33 se vztahují k bodu č. 9
- Položky č. 38 a 40 se vztahují k bodu č. 10

Poznámka: Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence je uveden v příloze **P 1**.

Druhou část dotazníkového šetření tvořil standardizovaný Eysenckův dotazník IVE, který zjišťuje míru empatie, impulzivity a dobrodružnosti jedince. Osobnostní dotazník IVE obsahuje 54 uzavřených otázek. Odpovědi na otázky jsou dichotomické – ano/ne. Dotazník impulzivity se skládá ze tří škál - **impulzivita, dobrodružnost a empatie**. Škála pro měření impulzivity obsahuje 19 otázek, škála pro hodnocení odvahy obsahuje 16 otázek a škála pro měření empatie obsahuje také 19 otázek (Caci et al., 2003, s. 382). Škála pro měření empatie zjišťuje osobnostní faktor, tedy míru empatie. Co nejkvalitnější výsledky zajistila rychlá odpověď první myšlenky, kterou respondent měl v okamžiku položení otázky. Dotazníky byly vyhodnocovány pomocí speciální šablony pro vyhodnocování a skórování. Maximální dosažený počet bodů v tomto šetření mohl být 19, minimální počet bodů 0.

Ve třetí části dotazníkového šetření byly respondentům pokládány otázky týkající se demografických údajů. Položky byly uzavřené (jedna dichotomická a jedna polytomická) a dvě otevřené.

Poznámka: Vzor dotazníku je uveden do přílohy **P 2**.

Kvalitativní šetření

V rámci kvalitativního šetření byla realizována projektivní technika nedokončených vět. Projektivní techniky a metody slouží k vyjádření různých reakcí, dojmů a skrytých postojů u respondentů. Díky projektivním metodám lze vyjádřit emoce, postoje, motivaci, sympatie či odpor k něčemu nebo někomu a názory respondenta (Vysekalová, Mikeš, s. 137, 2009). Test nedokončených vět vlastní konstrukce byl stejně jako dotazník, navržen podle "**Desatera komunikace s pacienty se syndromem demence**", jež vytvořila Národní rada osob se zdravotním postižením České republiky v roce 2006. Rozhovor obsahoval celkem 19 nedokončených vět ve 2 oblastech:

- A. verbální komunikace,
- B. neverbální komunikace:
 - a) mimika,
 - b) oční kontakt,
 - c) dotek,
 - d) pohyby

Poznámka: Vzor rozhovoru uveden do přílohy **P 3**

Předvýzkum kvalitativního šetření

Předvýzkum byl realizován se dvěma respondenty. Záměrem bylo zjistit, zda je test nedokončených vět pro respondenty dostatečně srozumitelný a zda formulace nedokončených vět jasná a jednoznačná pro jejich následné dokončení. Z předvýzkumu vyplynul fakt, že formulace nedokončených vět byla pro oba respondenty jasná a srozumitelná.

Charakteristika zkoumaného souboru respondentů

Kvantitativní šetření

Pro výběr vzorku respondentů byly stanoveny tyto kritéria:

- ženy a muži
- zaměstnanci lůžkové a ambulantní části neurologické kliniky FN Olomouc:
 - zdravotničtí asistenti,
 - všeobecné sestry se středoškolským vzděláním,
 - všeobecné sestry vyšším odborným vzděláním,
 - všeobecné sestry s prvním stupněm vysokoškolského vzdělání (Bc.),
 - všeobecné sestry s druhým stupněm vysokoškolského vzdělání (Mgr.),
 - všeobecné sestry s doktorským vzděláním (Ph.D),
- souhlas respondentů s výzkumným šetřením.

Do výzkumného šetření se začlenilo celkem 26 (100 %) respondentů. Z tohoto počtu se dotazníkového šetření zúčastnilo všech 26 (100 %) respondentů.

Interpretace demografických údajů respondentů

Ke statistickému zpracování bylo třeba získat údaje respondentů, jako věk, délka praxe a dosažené vzdělání.

Věkový průměr respondentů bylo 36, 2 let, věkové rozpětí bylo 20 – 59 let. Průměrná hodnota délky praxe bylo 15,9 a rozpětí délky praxe bylo 0,5 – 39 let. Údaje znázorňuje tabulka 1.

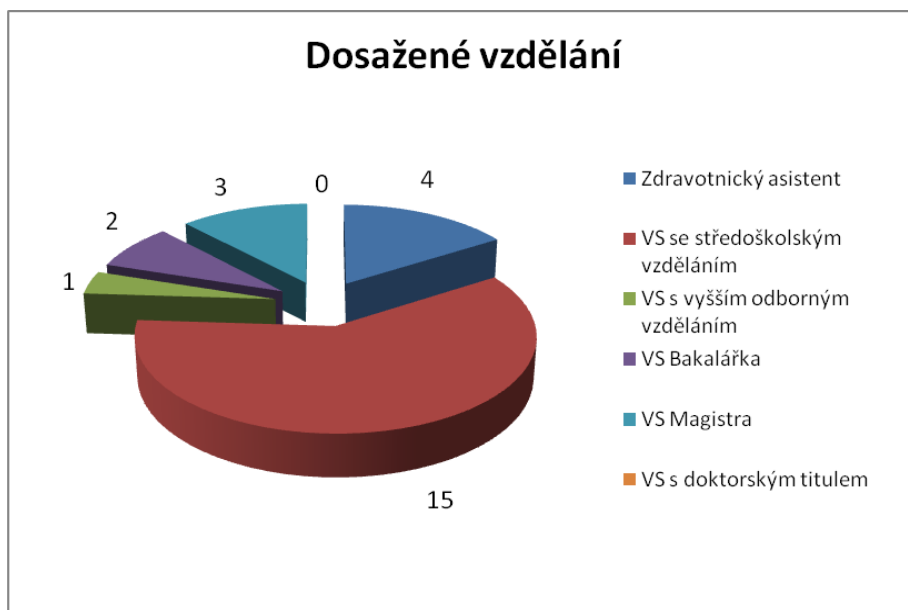
Tabulka 1- Věk a délka praxe respondentů

	průměr	medián	modus	střední hodnota	rozptyl	min.	max.
Věk	36,2	37,5	41	36,2	93,4	20	59
Délka praxe	15,9	16	22	15,9	109,5	0,5	39

Výzkumného šetření se zúčastnili 4 (16 %) zdravotničtí asistenti, 15 (60 %) všeobecných sester se středoškolským vzděláním, 1 (4 %) všeobecná sestra s vyšším odborným vzděláním, 2 (8 %) všeobecné sestry s prvním stupněm vysokoškolského vzdělání (Bc.) a 3 (12 %) všeobecné sestry s druhým stupněm vysokoškolského vzdělání. Všeobecných sester s doktorským vzděláním bylo 0 (0 %). Údaje jsou uvedeny v tabulce 2 a grafu 1.

Tabulka 2 - Dosažené vzdělání

Dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Zdravotnický asistent	4	16,00 %
VS se středoškolským vzděláním	15	60,00 %
VS s vyšším odborným vzděláním	1	4,00 %
VS Bakalářka	2	8,00 %
VS Magistra	3	12,00 %
VS s doktorským titulem	0	0 %
Celkem	26	100 %

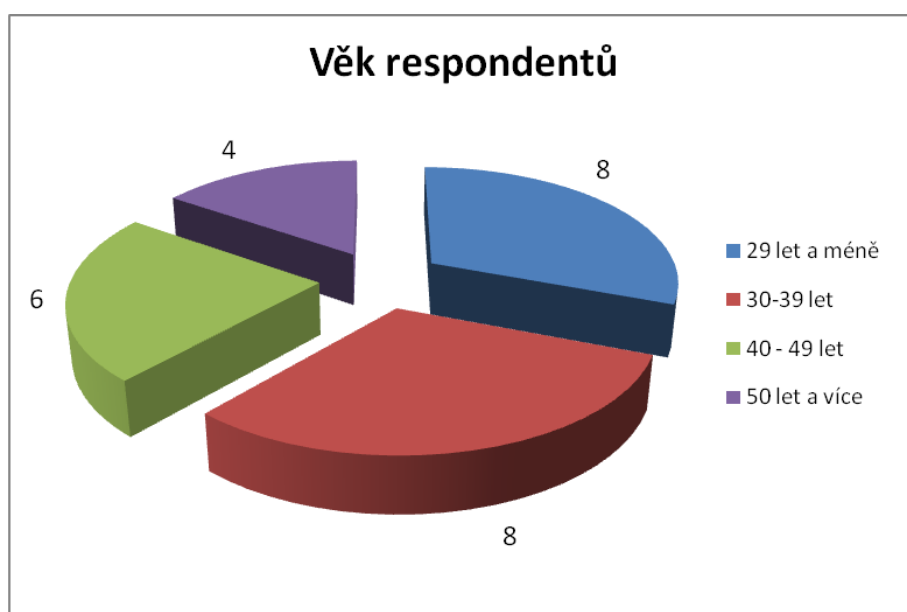


Graf 1- Dosažené vzdělání

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 8 (30,77 %) respondentů ve věkové skupině 29 let a méně, 8 (30,77 %) respondentů ve věkové skupině 30 – 39 let, 6 (23,08 %) respondentů ve věkové skupině 40 – 49 let a 4 (15,38 %) respondentů ve věkové skupině 50 a více let. Údaje jsou uvedeny v tabulce 3 a grafu 2.

Tabulka 3 - Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
29 let a méně	8	30,77 %
30 – 39 let	8	30,77 %
40 – 49 let	6	23,08 %
50 let a více	4	15,38 %
Celkem	26	100 %



Graf 2 - Věk respondentů

Co se týká délky praxe, výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 8 (30,77 %) respondentů v kategorii 9 a méně let, 8 (30,77 %) respondentů v kategorii 10 - 19 let, 7 (26,92 %) respondentů v kategorii 20 - 29 let a 3 (11,54 %) respondenti v kategorii 30 – 39 let. Údaje jsou uvedeny v tabulce 4 a grafu 3.

Tabulka 4 - Délka praxe respondentů

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
9 a méně let	8	30,77 %
10 – 19 let	8	30,77 %
20 – 29 let	7	26,92 %
30 – 39 let	3	11,54 %
Celkem	26	100 %



Graf 3 - Délka praxe respondentů

Kvalitativní šetření

Pro výběr vzorku respondentů byly stanoveny tyto kritéria:

- pacienti s mírným stupněm demence u Parkinsonovy nemoci,
- věk pacientů – 18 a více let,
- pacienti komunikující s personálem,
- pacienti hospitalizovaní na neurologické klinice FN Olomouc,
- souhlas pacienta s poskytnutím rozhovoru.

Výzkumného šetření se zúčastnili celkem 4 respondenti – pacienti s diagnózou demence u Parkinsonovy nemoci v mírném stupni, ve věku od 65 do 80 let.

Sběr dat

Kvantitativní šetření

Třísložkový dotazník dostali k vyplnění zaměstnanci jednotlivých oddělení a také ambulance neurologické kliniky FN Olomouc. Všichni postupovali dle stanovených kritérií. Výzkumné šetření probíhalo od 12. února 2014 do 28. února 2014. Rozdáno bylo celkem 26 dotazníků a stejný počet byl vrácen zpět. Realizace dotazníkového šetření byla schválena Mgr. Martinem Šamajem, MBA, náměstkem nelékařských oborů a Mgr. Světloušou Fišarovou, vedoucí odboru nelékařské péče FN Olomouc, dne 11. února 2014.

Poznámka: Kopie žádosti o umožnění vykonání výzkumného šetření v rámci závěrečné práce je uvedena v příloze **P 4**.

Kvalitativní šetření

Kvalitativní šetření bylo realizováno s pacienty s mírným stupněm demence u Parkinsonovy nemoci, hospitalizovanými na neurologické klinice FN Olomouc. Vhodné respondenty doporučily staniční nebo jiné všeobecné sestry na neurologických odděleních FN Olomouc. Šetření bylo uskutečněno ve formě projektivní techniky nedokončených vět, při jehož realizaci bylo postupováno tak, že se respondentům postupně předčítaly nedokončené věty a oni tyto věty doplňovali první myšlenkou, která je po položení nedokončené věty napadla. Odpovědi respondentů se po každém vyslovení řádně zapisovaly na speciální formulář. Výzkumné šetření bylo realizováno

v době od 20. února 2014 do 4. dubna 2014 a zúčastnili se jej celkem čtyři respondenti, kteří odpovídali stanoveným kritériím. Šetření bylo uskutečněno na pokojích respondentů, při dodržení nejvyšší možné míry soukromí. Rozhovory trvaly asi 20 – 30 minut, dle aktuálního stavu respondenta. Test nedokončených vět absolvovali čtyři respondenti, z tohoto počtu byly tři testy analyzovány a jeden test byl vyřazen z důvodu jeho neúplného dokončení.

Metody zpracování dat

Kvantitativní šetření

Získané údaje z dotazníkového šetření byly vloženy do tabulky Microsoft Office Excel 2007 a poté statisticky zpracovány ve statistickém programu SPSS 19 Base. Statické zpracování bylo realizováno ve spolupráci s Mgr. Jiřím Vévodou, Ph.D. a Mgr. Šárkou Ježorskou, Ph.D. Pro zjištění vztahu mezi jednotlivými proměnnými byl použit Pearsonův korelační koeficient. Hladina významnosti byla 0,05.

Kvalitativní šetření

Získané údaje z kvalitativního šetření byly přepsány do textového editoru Microsoft Office Word 2007 a poté bylo realizováno jejich kódování. Klád se důraz na přesný a doslovný přepis testů nedokončených vět.

6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO ŠETŘENÍ

6.1 Interpretace výsledků k cíli č. 1

Cíl č. 1: Zjistit míru dodržování komunikačních zásad u všeobecných sester a zdravotnických asistentů s pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci ve vztahu k dosaženému vzdělání a míře empatie.

H₁₀: Neexistuje signifikantní vztah mezi stupněm vzdělání a naplněním komunikačních zásad.

H_{1A}: Existuje signifikantní vztah mezi stupněm vzdělání a naplněním komunikačních zásad.

Pro zjištění cíle č. 1 byl použit tříslóžkový dotazník, který se skládal z dotazníku vlastní konstrukce, pro zjištění míry naplnění komunikačních zásad všeobecných sester a zdravotnických asistentů (dále jen "VS a ZA"), dále z dotazníku impulzivity podle Eysencka (IVE), konkrétně škály empatie a z demografických údajů.

Dotazník vlastní konstrukce obsahoval 40 otázek a byl zaměřen na získání míry dodržování komunikačních zásad VS a ZA. Respondenti své postoje určovali na Likertově škále od 0 do 7. Průměrné celkové skóre naplnění komunikačních zásad činilo 112,65.

Pomocí Eysenckova dotazníku IVE, jsem určila skóre míry empatie VS a ZA. Standardizovaný dotazník se skládal z 19 otázek. Respondenti odpovídali dichotomickými odpověďmi "ano nebo ne". Průměrná hodnota míry empatie VS a ZA byla 14,57.

Celkové i průměrné hodnoty míry naplnění komunikačních zásad a empatie jsou uvedeny v tabulce 5.

Tabulka 5 - Míra naplnění komunikačních zásad a míra empatie

	Celkové skóre	Průměrné celkové skóre
KOM	5529	112,65
IVE	379	14,57

KOM – Míra naplňování komunikačních zásad

IVE – Míra empatie

Komentář k tabulce 6:

Pro zjištění vztahu mezi mírou vzdělání a naplněním komunikačních zásad byl použit Pearsonův korelační koeficient, jehož zpracování je uvedeno v příloze **P 5**. Bylo zjištěno, že výsledné $r = -0,303_{p0,05}$. Neexistuje tedy signifikantní vztah mezi mírou vzdělání a dodržováním zásad komunikace.

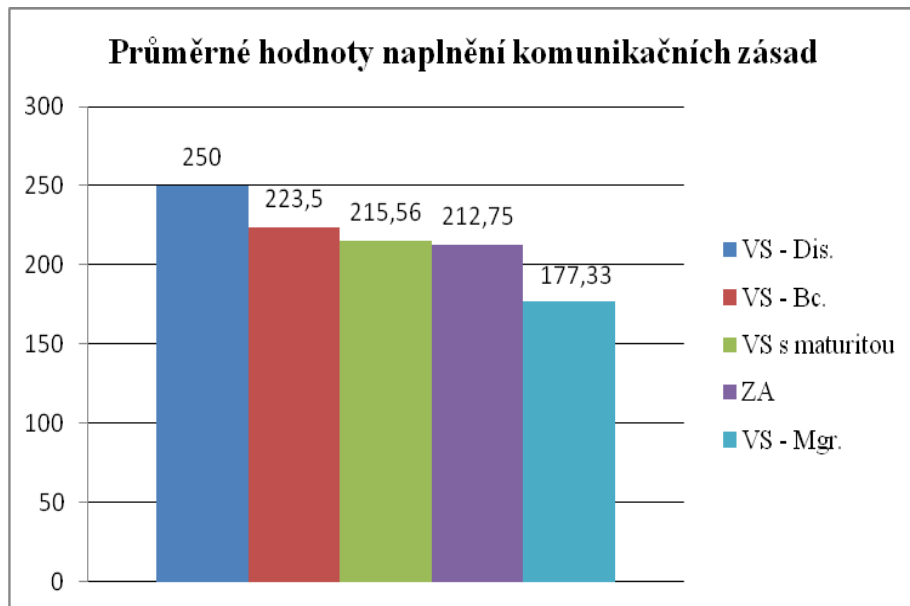
Průměrné hodnoty naplňování komunikačních zásad jsou uvedeny v jednotlivých kategoriích dosaženého vzdělání v Tabulce 6. Grafické znázornění je k dispozici v grafu 4.

Tabulka 6 - Vliv vzdělání na naplňování komunikačních zásad

Dosažené vzdělání	N (%)	KOM_x	Minimum	Maximum	Medián	Směrodatná odchylka
Zdravotnický asistent	4 (16 %)	212,75	193	233	212,5	15,97
VS se středoškolským vzděláním	15 (60 %)	215,56	145	244	224	25,00
VS s vyšším odborným vzděláním	1 (4 %)	250	250	250	250	0
VS Bakalářka	2 (8 %)	223,50	213	234	223,5	10,50
VS Magistra	3 (12 %)	177,33	169	188	175	7,93

N – počet respondentů

KOM_x – průměrné hodnoty naplnění komunikačních zásad



Graf 4- Průměrné hodnoty naplnění komunikačních zásad

Hypotéza se nepotvrdila, byla přijata nulová hypotéza.

H₂₀: Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou empatie a naplněním komunikačních zásad.

H_{2A}: Existuje signifikantní vztah mezi mírou empatie a naplněním komunikačních zásad.

Komentář k tabulce 7 a 8:

Pro zjištění vztahu mezi mírou empatie a naplněním komunikačních zásad byl použit Pearsonův korelační koeficient, jehož zpracování je uvedeno v příloze **P 6**. Výsledkem korelace bylo $r = 0,243_{p0,05}$. Neexistuje tedy signifikantní vztah mezi mírou vzdělání a dodržování zásad komunikace. Byla přijata nulová hypotéza.

Průměrné hodnoty naplňování komunikačních zásad jsou uvedeny v tabulce 7, průměrné hodnoty empatie jsou zaneseny v tabulce 8. Grafické znázornění je uvedeno v grafu 5.

Tabulka 7 - Průměrná hodnota naplnění komunikačních zásad

	N (%)	KOM _x	Minimum	Maximum	Medián	Směrodatná odchylka
BM_x	26 (100 %)	212,65	145	250	221,5	25,52

BM_x – výzkumný soubor celkem

N – počet respondentů

KOM_x – průměrná hodnota naplnění komunikačních zásad

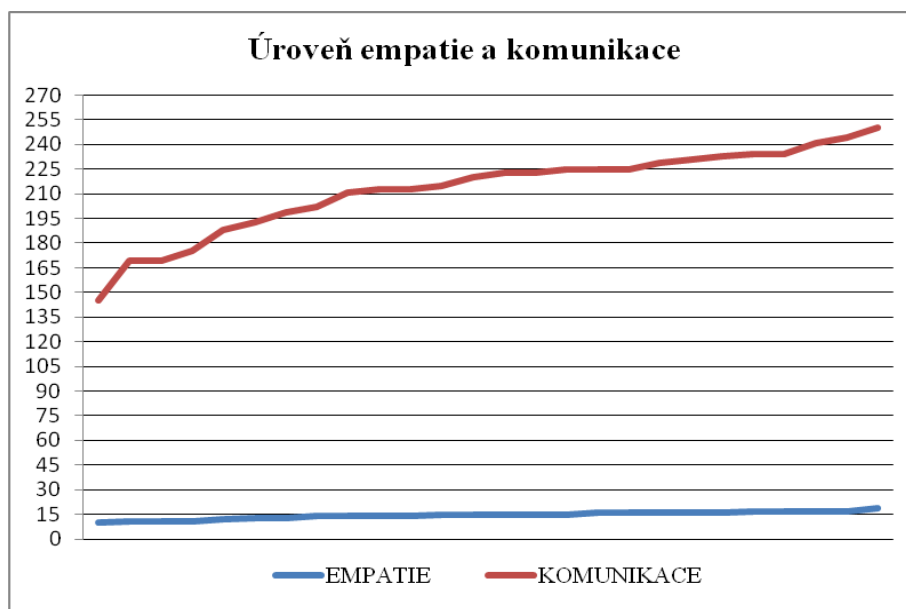
Tabulka 8 - Průměrná hodnota empatie

	N (%)	IVE _x	Minimum	Maximum	Medián	Směrodatná odchylka
BM_x	26 (100 %)	14,57	10	19	15	2,20

BM_x – výzkumný soubor celkem

N – počet respondentů

IVE_x – průměrná hodnota empatie



Graf 5 - Úroveň empatie a komunikace

Hypotéza se nepotvrdila, byla přijata nulová hypotéza.

7 TŘÍDĚNÍ A ANALÝZA KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ

Cíl č. 2: Zjistit subjektivní názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na dodržování komunikačních zásad všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty.

Cíl č. 2 byl rozdělen do dalších dílčích cílů:

Cíl č. 2.1: Zjistit názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na dodržování zásad verbální komunikace všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty.

Cíl č. 2.2: Zjistit názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na dodržování zásad neverbální komunikace všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty.

Cíl č. 2.3: Zjistit názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na faktory ovlivňující vzájemnou komunikaci pacientů se všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty.

Tyto dílčí cíle byly formulovány do výzkumných otázek:

Výzkumná otázka č. 1: Jaký je názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na dodržování zásad verbální komunikace všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty?

Výzkumná otázka č. 2: Jaký je názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na dodržování zásad neverbální komunikace všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty?

Výzkumná otázka č. 3: Jaký je názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na faktory ovlivňující vzájemnou komunikaci pacientů se všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty?

7.1 Třídění dat

Nejdříve byla zjištěná data připravena pro jejich analýzu. Dále se provedl přepis zjištěných údajů a pokračovalo se procesem kódování. Při kódování se datové úseky pojmenovávají určitým názvem či označují kódem (Skutil, 2011, s. 218). Bylo vytvořeno několik symbolů, které se dále třídili metodou vytváření trsů, což je sjednocení dat do skupin podle jejich podobných znaků – překryvů (Miovský, 2006, s. 221). Jednotlivá data se členily do kategorií.

Vytvořené kategorie byly následující:

- Verbální komunikace
- Neverbální komunikace
- Faktory ovlivňující komunikaci

7.2 Výsledky analýzy testů nedokončených vět

Výzkumná otázka č. 1:

Jaký je názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na dodržování zásad verbální komunikace všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty?

Verbální komunikace

V procesu třídění dat se vyskytlo několik názorů na naplňování verbálních komunikačních zásad u VS a ZA. Podstatný byl názor respondentek na **verbální projev VS a ZA, odchod VS a ZA z pokoje pacienta, popis určité části těla pacienta, používání dlouhých vět, neporozumění informace pacientem**. K této kategorii se vyjádřily všechny 3 respondentky.

Respondentky se vyjádřily k problematice **verbálního projevu VS a ZA**. Podle odpovědí **první** respondentky byl verbální projev **obvyklý, běžný a neodborný**.

Druhá respondentka hodnotila projev jako **srozumitelný a pomalý**. Třetí respondentka uvedla, že projev byl také **běžný a neodborný**.

Respondentka č. 1: „...normálně, přirozeně.“, „... mluví srozumitelně, většinou jí rozumím.“

Respondentka č. 2: „...tak abych jí rozuměla.“, „... mluví pomalu a srozumitelně.“

Respondentka č. 3: „...normálně.“, „... mluví neodborně, abych tomu rozuměla.“

Na zásadu **informování pacienta při odchodu VS a ZA z pokoje, vyšetřovny či ambulance** neměly respondentky stejný názor. **První** respondentka udávala, že často ani **neregistruje odchod VS a ZA z pokoje**. **Druhá** respondentka hovořila o **pasivitě VS a ZA** ve vztahu k odchodu z pokoje. Podle respondentky VS a ZA neučiní žádné verbální gesto při odchodu z pokoje. Naopak **třetí** respondentka udávala **aktivitu VS a ZA** při odchodu z pokoje. Respondentka neřekla přímo skutečnost, že sestra učiní gesto při odchodu z pokoje, ale udala, že **před odchodem zopakuje informace týkající se například medikace**.

Respondentka č. 1: „...odejde, že o tom ani nevím.“

Respondentka č. 2: „...neudělá nic.“

Respondentka č. 3: „...řekne mně, co mám dělat, např. že si mám vzít ty léky.“

Respondentky se vyjadřovaly také k problematice **popisu určité části těla VS a ZA**. **Všechny** respondentky dokončily větu ve stejné formulaci, a to tak, že VS a ZA popisují část těla pacienta pouze verbálně.

Respondentka č. 1: „...mluví o tom.“

Respondentka č. 2: „...tak o tom mluví.“

Respondentka č. 3: „...tak mluví například o zádech.“

Respondentkám byla položena otázka na **používání dlouhých vět** při komunikaci s VS nebo ZA. **První** respondentka dodala, že jí nevádí, pokud VS a ZA použijí dlouhou větu, pokud však nemluví rychle. **Druhá** respondentka poprosí VS a ZA o zopakování informace. **Třetí** respondentce použití dlouhé věty taktéž nevádí.

Respondentka č. 1: „...*tak mně to nevadí, pokud nemluví rychle.*“

Respondentka č. 2: „...*poprosím jí, aby větu zopakovala.*“

Respondentka č. 3: „...*tak mně to nevadí.*“

Velmi důležité je, jak VS a ZA reagují v případě, že pacient **neporozuměl jejich informaci**. První respondentka tvrdí, že VS a ZA **zopakují informaci**. Pokud se jedná o použití odborného názvu, žargonu či fráze, VS a ZA jej v případě nepochopení **vysvětlí**. Druhá respondentka hodnotí skutečnost tak, že VS a ZA **informaci zopakují**, ale není tomu tak pokaždé. Respondentka poprosí VS a ZA o **vysvětlení odborného výrazu**, ale pouze v případě, pokud mají dobrou náladu. Třetí respondentka udává **zopakování informace** VS a ZA v případě neporozumění nebo pokud nerozumí nějakému výrazu, **zeptá se**.

Respondentka č. 1: „...*zopakuje to.*“, „... *vysvětlí mně ho.*“

Respondentka č. 2: „...*tak to někdy zopakuje a někdy zase ne.*“, „... *nechám si to vysvětlit, pokud má dobrou náladu.*“

Respondentka č. 3: „...*tak mně to zopakuje.*“, „... *zeptám se jí na to.*“

Výzkumná otázka č. 2:

Jaký je názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na dodržování zásad neverbální komunikace všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty?

Neverbální komunikace

V procesu třídění dat se vyskytlo několik názorů na naplňování neverbálních komunikačních zásad VS a ZA. Respondentky hodnotily **vnímání bolesti, úzkosti a strachu pacienta VS a ZA, mimiku, oční kontakt, dotek a pohyby**. K této kategorii se vyjádřily všechny 3 respondentky.

Ve třech nedokončených větách se zjišťovalo, jaký mají respondentky názor na **vnímání bolesti, úzkosti a strachu pacientů VS a ZA**. Zájem byl o reakci VS a ZA, pokud zpozorují bolest, úzkost, strach nebo depresi u pacienta. První a třetí respondentka uvedla, že si VS a ZA všímají bolesti u pacienta, zjišťují, co jej bolí

a snaží se jej povzbudit. Respondentky také konstatovaly, že si VS a ZA všimají úzkosti a strachu u pacienta. Snaží se jej přivést na jiné myšlenky, povzbudit jej a odstranit jeho strach. **Druhá** respondentka naopak konstatovala, že si VS nebo ZA většinou nevšimnou, že ji trápí bolest a dále uvedla, že jen málokterá VS nebo ZA ji podpoří, když má úzkost nebo strach.

Vnímání bolesti pacienta VS a ZA:

Respondentka č. 1: „...zeptá se mě, co mě bolí.“

Respondentka č. 2: „...většinou si nevšimne.“

Respondentka č. 3: „...řekne mě něco hezkého, aby mě povzbudila.“

Vnímání úzkosti a strachu u pacienta VS a ZA:

Respondentka č. 1: „...snaží se mně ho zbavit.“

Respondentka č. 2: „...podpoří mě, ale jenom málokterá.“

Respondentka č. 3: „...přivede mě na jiné myšlenky, vymluví mně to, utěší mě.“

Mimiku VS a ZA hodnotila **první** a **třetí** respondentka jako **nedůležitou**. **Druhá** respondentka hodnotila mimiku jakou **velmi důležitou a pro ni potřebnou**.

Respondentka č. 1: „...nemusí sestra mít, pokud jí rozumím.“

Respondentka č. 2: „...pro mě znamená velmi mnoho, potřebuji odezírat.“

Respondentka č. 3: „...nejsou pro mě důležité.“

Dále se respondentky vyjadřovaly k **očnímu kontaktu**. Názory všech respondentek se zde lišily. **První** respondentka odpověděla, že VS a ZA **nevyužívají** oční kontakt, pokud nemusí. **Druhá** respondentka uvedla, že pro ni je velmi **důležitý** oční kontakt a **třetí** respondentka hodnotí oční kontakt jako **nedůležitý**. K očnímu kontaktu se úzce pojí také komunikace v zorném poli. **Respondentka č. 1** hodnotí situaci, kdy VS a ZA není v jejím zorném poli, jako **nepříjemnou**. **Druhá** respondentka se cítí nejistá, pokud někoho přímo nevidí. **Třetí** respondentka hodnotí setrvávání v zorném poli jako **nedůležité**.

Respondentka č. 1: „...sestry většinou nemají, pokud nemusí.“, „...tak se cítím nepříjemně.“

Respondentka č. 2: „...je pro mě velmi důležitý.“, „...tak nevím, zda to, co říká, myslí doopravdy nebo ne.“

Respondentka č. 3: „...pro mě není důležitý.“, „...jsem z toho nervózní.“

Respondentky měly také svůj názor na **dotek** VS a ZA. **První** respondentka uvedla skutečnost, že dotek je pro ni **nedůležitý**. Naopak **druhá** respondentka jej hodnotila jako **potřebný** a pro **třetí** respondentku je dotek **milým gestem** VS a ZA.

Respondentka č. 1: „...nemusím mít.“

Respondentka č. 2: „...potřebuji.“

Respondentka č. 3: „...je milý, když to sestra myslí vážně.“

Respondentky v této kategorii hodnotily také **prudké pohyby** VS a ZA při práci. Respondentky **č. 2 a 3** se shodly ve svých odpovědích, kde uvedly, že prudké pohyby pro ně **nejsou problémem**, naopak pro respondentku **č. 1** jsou prudké pohyby **nepříjemné**.

Respondentka č. 1: „...není to příjemné.“

Respondentka č. 2: „...tak mě to nevadí.“

Respondentka č. 3: „...tak mě to nevadí.“

Výzkumná otázka č. 3:

Jaký je názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na faktory ovlivňující vzájemnou komunikaci pacientů se všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty?

Faktory ovlivňující komunikaci s pacienty

V procesu třídění dat se vyskytly následující **faktory: nedostatek času VS nebo ZA, nezáměr VS nebo ZA o komunikaci a nálada VS nebo ZA**. K této kategorii se vyjádřily všechny 3 respondentky.

Respondentky měly dokončit větu, která měla zjistit, zda se v jejich komunikaci s VS nebo ZA vyskytuje nějaké **omezení**. **Respondentka č. 1** uvedla fakt, že v komunikaci s VS nebo ZA registruje **nezájem o porozumění informací** a tím nezájem o další komunikaci, naopak **respondentka č. 3** uvedla, že ji v komunikaci nejvíce omezuje **nedostatek času VS nebo ZA**. **Respondentka č. 2** neměla v této oblasti komunikace s VS nebo ZA **žádné obtíže**.

Respondentka č. 1: „...*když mně sestra neporozumí a odejde.*“

Respondentka č. 3: „...*nedostatek času sester.*“

Dalším faktorem, který se vyskytl v procesu třídění dat, byla **nálada** VS nebo ZA. **První** respondentka zkonstatovala, že na oddělení **nejsou** VS nebo ZA, kteří by měli **negativní náladu**. **Třetí** respondentka v dokončené větě uvedla, že se na oddělení **spíše nevyskytují** VS nebo ZA, kteří by měli **negativní náladu** nebo svoji **negativní náladu** před pacientem **neprojevují**. Odpověď **druhé** respondentky byla **nejednoznačná**, proto jsem ji dále **nerozvedla**.

Respondentka č. 1: „...*tady není.*“

Respondentka č. 2: „...*mě negativně naladí.*“

Respondentka č. 3: „...*je málokterá nebo to nedává najevo.*“

8 SROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO A KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ

Pro porovnání názorů VS a ZA a pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na dodržování komunikačních zásad a zjištění, zda tento zdravotnický personál doopravdy dodržuje jednotlivé zásady komunikace, byla použita technika okometrického srovnání, pro srovnání je stanoven následující cíl:

Cíl č. 3: Srovnat subjektivní názory zkoumaných souborů respondentů kvalitativního a kvantitativního šetření na dodržování komunikačních zásad.

Okometrické srovnání se realizovalo pomocí průměrných hodnot výpovědí VS a ZA v první části tří složkového dotazníku, ve kterém se zjišťovala míra dodržování zásad komunikace s pacientem s demencí u Parkinsonovy nemoci pomocí Likertovy škály od 0 do 7 a celkového počtu výpovědí pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci v jednotlivých nedokončených větách v testu nedokončených vět.

8.1 Proces úpravy dat pro srovnání jednotlivých šetření

Nejdříve byl proveden proces kódování, kdy se datové úseky nedokončených vět pojmenovávaly kódem (Skutil, 2011, s 218). Bylo tak vytvořeno 18 kódů, které se rozdělovaly do následujících kategorií:

- Verbální komunikace: 8 kódů
- Neverbální komunikace: 6 kódů
- Faktory ovlivňující komunikaci: 4 kódy

Následně se vyřadily 4 kódy pro nízkou četnost, která činila pouze 1 výpověď.

Nakonec byla vypočtena průměrná hodnota všech výpovědí na jednotlivé položky v prvních částech dotazníku, které se shodovaly s kódy.

8.2 Srovnání subjektivních názorů zkoumaných souborů respondentů kvalitativního a kvantitativního šetření

Počet výpovědí v jednotlivých kódech a průměrné hodnoty výpovědí na jednotlivé položky z dotazníku se okometricky srovnávaly.

Komentář k tabulce 5:

Tabulka 5 ukazuje tři srovnávané zásady, zakotvené v bodě č. 2 Desatera komunikace s pacientem se syndromem demencí.

Jednou z uvedených zásad je snaha o pozitivní výraz neboli naladění VS a ZA. Průměrná hodnota výpovědí VS a ZA v položce č. 6, je 6,1, což odpovídá hodnotě 6 - 7 na Likertově škále uvedené v dotazníku. Lze tedy konstatovat, že VS a ZA hodnotí svou pozitivní náladu v péči o pacienty v průměru 6 - 7. Patientky udávají absenci negativní nálady VS a ZA ve dvou výpovědích, není však zcela zřejmé, zda VS a ZA usilují o pozitivní výraz tak, jako se sami hodnotí.

Druhou srovnávanou zásadou bodu č. 2 je komunikace v zorném poli pacienta. Průměrná hodnota výpovědí VS a ZA v položce č. 27, je 5,7, což na Likertově škále činí číslo 5 – 6. Patientky neudávají v této problematice přímý protikladný názor, ale z jejich výpovědí lze usoudit, že VS a ZA nezůstávají v zorném poli pacientů. Z výsledků lze konstatovat rozpor mezi jednotlivými soubory respondentů.

Třetí srovnávaná zásada je omezování prudkých pohybů VS a ZA. Průměrná hodnota výpovědí VS a ZA v položce č. 30, je 5,5. Na Likertově škále je to hodnota 5 – 6. Patientky neuvádějí přímý opak, ale lze z jejich výpovědí usoudit, že VS a ZA neomezují prudké pohyby v péči o pacienty. Z výsledků lze usuzovat rozpor mezi jednotlivými soubory respondentů.

Poznámka: V této problematice se objevily kódy: nezájem VS a ZA o komunikaci a nedostatek času VS a ZA. Pro nedostatečný počet výpovědí však nemohly být zařazeny pro provedení srovnání.

Tabulka 9 - srovnání - Bod č. 2

Bod č. 2: Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.			
Dotazník/Otázka č.	Průměrná hodnota	Kód	Počet odpovědí
6. Snažím se být pozitivně naladěná	6,1	Absence negativní nálady u ZA/VS	2
27. Omezuju v komunikaci s pacientem přecházení a dbám o to, abych co nejvíce zůstával/a v jeho zorném poli	5,7	Komunikace v zorném poli pacienta	3
30. Vyhýbám se prudkým pohybům v komunikaci s pacientem	5,5	Prudké pohyby VS a ZA	3

Komentář k tabulce 6:

Tabulka 6 ukazuje dvě srovnávané zásady, zakotvené v bodě č. 3 Desatera komunikace s pacientem se syndromem demence.

První z uvedených zásad je srozumitelná komunikace s VS a ZA s pacientem. Průměrná hodnota výpovědí VS a ZA v položce č. 7, je 6,4, což odpovídá hodnotě 6 - 7 na Likertově škále uvedené v dotazníku. Lze tedy konstatovat, že VS a ZA hodnotí svou komunikaci s pacienty jako srozumitelnou, v průměru na 6. - 7. stupni. Patientky se celkem ve třech výpovědích shodují na faktu, že VS a ZA komunikují srozumitelnou řečí. Z výsledků lze usoudit, že VS a ZA téměř vždy komunikují s pacienty srozumitelně.

Druhou srovnávanou zásadou bodu č. 3 je používání krátkých vět v komunikaci s pacientem. Průměrná hodnota výpovědí VS a ZA v položce č. 8, je 6,4, což na Likertově škále činí číslo 6 – 7. VS a ZA tedy hodnotí používání krátkých vět v komunikaci s pacienty na stupni 6 – 7, tj. téměř vždy. K této položce byla v dotazníku sestavena také tzv. lživá položka č. 14, prostřednictvím které mělo být zjištěno, zda se VS a ZA ve svých odpovědích nenadhodnocují. Průměrná hodnota této položky je 5,1, což je nižší stupeň než u nelživé položky. Patientky neudávají v této otázce přímý protikladný názor, ale lze ze všech jejich výpovědí usoudit, že VS a ZA nepoužívají krátké věty, spíše však dlouhé.

Tabulka 10 – srovnání - Bod č. 3

Bod č. 3: Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.			
Dotazník/Otázka č.	Průměrná hodnota	Kód	Počet odpovědí
7. S pacientem mluvím srozumitelně	6,4	Srozumitelná řeč	3
8. V komunikaci s pacientem používám krátké věty	6,4	Používání dlouhých vět	3

Komentář k tabulce 7:

Zásada vyplývající z bodu č. 4, Desatera komunikace s pacientem se syndromem demence, je absence odborných výrazů, frází a žargonu v komunikaci s pacientem. Průměrná hodnota výpovědí VS a ZA v položce č. 15, je 5,1, což odpovídá hodnotě 5 - 6 na Likertově škále uvedené v dotazníku. Lze tedy konstatovat, že VS a ZA hodnotí svou komunikaci bez používání odborných výrazů, frází a žargonu, v průměru na 5. - 6. stupni. K této položce byla v dotazníku sestavena také tzv. lživá položka č. 20, prostřednictvím níž mělo být zjištěno, zda se VS a ZA ve svých odpovědích nenadhodnocují. Průměrná hodnota této položky činí 2,9, což ukazuje na fakt, že v předchozí, nelživé položce, měli VS a ZA tendence nadhodnotit dodržování této zásady o více než dva stupně. Pacientky se naopak shodují celkem ve všech výpovědích na faktu, že VS a ZA komunikují s pacienty bez používání odborných výrazů, frází a žargonu. Z výpovědí patientek lze usoudit, že VS a ZA komunikují s pacienty bez použití odborných výrazů, frází a žargonu.

Tabulka 11 - srovnání - Bod č. 4

Bod č. 4: V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům. Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené.			
Dotazník/Položka č.	Průměrná hodnota	Kód	Počet odpovědí
15. Vyhýbám se v komunikaci s pacientem odborným výrazům, frázím a žargonu	5,07	Absence odborných slov v komunikaci s pacientem	3

Komentář k tabulce 8:

Tabulka 8 ukazuje dvě srovnávané zásady, zakotvené v bodě č. 5 Desatera komunikace s pacientem se syndromem demence.

První z uvedených zásad je vhodná komunikace VS a ZA s pacientem, když hovoří o určité části jeho těla. Průměrná hodnota výpovědí VS a ZA v položce č. 19, je 5,8, což odpovídá hodnotě 5 - 6 na Likertově škále uvedené v dotazníku. Lze tedy konstatovat, že VS a ZA hodnotí tuto zásadu v průměru na 5. - 6. stupni. K této položce byla v dotazníku sestavena také tzv. lživá položka č. 24, prostřednictvím níž mělo být zjištěno, zda se VS a ZA ve svých odpovědích nenadhodnocují. Průměrná hodnota této položky je 4,2, což i zde naznačuje nadhodnocení VS i ZA o více než jeden stupeň. Pacientky se také celkem ve třech výpovědích přesně shodují na faktu, že pokud VS a ZA hovoří s pacienty o určité části těla, pouze o ní mluví a neukazují na ni. Z výsledků lze usoudit, že pokud VS a ZA komunikují s pacienty o určité části těla, ale neukazují na ni. Z výsledků lze usuzovat rozpor mezi jednotlivými soubory respondentů.

Druhou srovnávanou zásadou bodu č. 5 je zopakování informace, pokud není pacienty správně pochopena. Průměrná hodnota výpovědí VS a ZA v položce č. 13, je 5,6, což na Likertově škále činí číslo 5 – 6. VS a ZA tuto zásadu v komunikaci s pacienty na stupni 5 – 6. Pacientky se celkem ve všech třech výpovědích shodují na faktu, že VS a ZA dodržují tuto zásadu komunikace. Z výsledků lze tedy usoudit, že VS a ZA opakují informaci, pokud není pacienty správně pochopena.

Tabulka 12 - srovnání - Bod č. 5

Bod č. 5: 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.			
Dotazník/Položka č.	Průměrná hodnota	Kód	Počet odpovědí
19. Pokud pacientovi popisují určitou část těla, ukazují na ni	5,8	Popis těla	3
13. Pokud informaci znova opakují, použijí jinou formulaci nebo jiná slova	5,6	Zopakování informace VS/ZA	3

Komentář k tabulce 9:

Zásada vyplývající z bodu č. 6, Desatera komunikace s pacientem se syndromem demence, je průběžné ověřování informací, neboli tzv. zpětná vazba VS a ZA v komunikaci s pacientem. Průměrná hodnota výpovědí VS a ZA v položce č. 10, je 6, což odpovídá hodnotě 6 na Likertově škále uvedené v dotazníku. Lze tedy konstatovat, že VS a ZA průběžně ověřují informace v průměru na 6. stupni Likertovy škály. Pacientky se ve všech výpovědích shodují na skutečnosti, že VS a ZA dodržují zásadu ověřování informací. Z výsledků lze usoudit, že VS a ZA si téměř vždy ověřují informace předávané pacientům.

Tabulka 13 - srovnání - Bod č. 6

Bod č. 6: Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na papír. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění, používáme dotek.			
Dotazník/Položka č.	Průměrná hodnota	Kód	Počet odpovědí
10. Průběžně ověřuji, zda pacient pochopil informaci	6	Ověřování informací VS/ZA	3

Komentář k tabulce 10:

Tabulka 10 ukazuje dvě srovnávané zásady, zakotvené v bodě č. 7, Desatera komunikace s pacientem se syndromem demence.

První z uvedených zásad je vnímání neverbálních projevů bolesti pacientů VS a ZA. Průměrná hodnota výpovědí VS a ZA v položce č. 37, je 6, což odpovídá hodnotě 6 na Likertově škále uvedené v dotazníku. Lze tedy konstatovat, že VS a ZA hodnotí tuto zásadu v průměru na 6. stupni Likertovy škály. K této položce byla v dotazníku sestavena také tzv. lživá položka č. 39, prostřednictvím níž mělo být zjištěno, zda se VS a ZA ve svých odpovědích nenadhodnocují. Průměrná hodnota této položky je 4, což je nižší o dva stupně než u nelživé položky. Pacientky se celkem ve dvou výpovědích shodují na faktu, že VS a ZA jsou vnímavé k neverbálním projevům bolesti u pacientů. Z výsledků lze usoudit, že VS a ZA dodržují tuto zásadu komunikace.

Druhou srovnávanou zásadou bodu č. 3 je vnímání neverbálních projevů úzkosti a strachu pacientů VS a ZA. Průměrná hodnota výpovědí VS a ZA v položce č. 36, je 6, což na Likertově škále činí číslo 6. VS a ZA tedy hodnotí vnímání neverbálních projevů úzkosti a strachu u pacientů na stupni 6, tj. téměř vždy. Patientky se celkem ve dvou výpovědích shodují na faktu, že VS a ZA jsou vnímavé k neverbálním projevům úzkosti a strachu u pacientů. Z výsledků lze usoudit, že VS a ZA dodržují tuto zásadu komunikace.

Poznámka: V rámci bodu č. 7 se s respondentkami – pacientkami řešila také problematika mimiky a doteku. Z důvodu nedostatečného počtu výpovědí nemohlo být provedeno srovnání.

Tabulka 14 - srovnání - Bod č. 7

Bod č. 7: Využíváme neverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.			
Dotazník/Položka č.	Průměrná hodnota	Kód	Počet odpovědí
34. Jsem vnímavá/ý k neverbálním projevům bolesti u pacienta	5,96	Vnímovost VS/ZA k neverbálním projevům bolesti	2
36. Jsem vnímavá/ý k neverbálním projevům úzkosti a strachu u pacienta	6	Vnímovost VS/ZA k neverbálním projevům úzkosti a strachu	2

Komentář k tabulce 11:

Zásada vyplývající z bodu č. 8, Desatera komunikace s pacientem se syndromem demence, je komunikace VS a ZA s pacientem před vzdálením se z jeho pokoje či ambulance. Průměrná hodnota výpovědí VS a ZA v položce č. 25, je 4,5, což odpovídá hodnotě 4 - 5 na Likertově škále uvedené v dotazníku. Lze tedy konstatovat, že VS a ZA hodnotí tuto zásadu v průměru na 4. - 5. stupni. K této položce byla v dotazníku sestavena také tzv. lživá položka č. 29, prostřednictvím které mělo být zjištěno, zda se VS a ZA ve svých odpovědích nenadhodnocují. Průměrná hodnota této položky činí 4,7, což ukazuje na fakt, že VS a ZA ve svých tvrzeních protirečí, tzn. stejně hodnotili zásadu oznámení pacientům o vzdálení se z jejich

blízkosti a stejně tak hodnotili lživou zásadu, že není důležité pacienty obeznámit o vzdálení se. Patientky se celkem ve dvou výpovědích shodují na faktu, že VS a ZA neinformují pacienty o svém odchodu z jejich blízkosti. Z výsledků lze usuzovat rozpor mezi jednotlivými soubory respondentů.

Tabulka 15 - srovnání - Bod č. 8

Bod č. 8: Dáme zřetelně najevo, zda odcházíme jen na chvíli nebo zda konzultace skončila.			
Dotazník/Položka č.	Průměrná hodnota	Kód	Počet odpovědí
25. Pokud se chci vzdálit z pokoje pacienta, vyšetřovny, pracovny na ambulanci, ordinace lékaře či jiné místnosti, pacienta o svém odchodu informuji	4,57	Obeznámení pacienta o odchodu VS/ZA	2

Komentář k tabulce 12:

Zásada vyplývající z bodu č. 9, Desatera komunikace s pacientem se syndromem demence, je podávání informací pacientovi během vyšetření. Průměrná hodnota výpovědí VS a ZA v položce č. 23, je 5,8, což odpovídá hodnotě 5 - 6 na Likertově škále uvedené v dotazníku. Lze tedy konstatovat, že VS a ZA dodržují tuto zásadu v průměru na 5. – 6. stupni Likertovy škály. Patientky se ve všech výpovědích shodují na skutečnosti, že VS a ZA dodržují zásadu podávání informací pacientovi během vyšetření. Z výsledků lze usoudit, že VS a ZA dodržují tuto zásadu.

Tabulka 16 - srovnání - Bod č. 9

Bod č. 9: Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Pacienty informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, během vyšetření s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.			
Dotazník/Položka č.	Průměrná hodnota	Kód	Počet odpovědí
23. Během vyšetření pacientovi popisují postup	5,8	Popisování postupu při vyšetření	3

9 DISKUZE

Diplomová práce se zabývá problematikou komunikace zdravotnických pracovníků s pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci. Zdravotnické pracovníky jsem do svého výběru respondentů konkretizovala na všeobecné sestry a zdravotnické asistenty neurologické kliniky FN Olomouc, neboť právě oni pracují s Parkinsonskými pacienty nejvíce ze všech NLZP. Celkem se do výzkumného šetření zapojilo 26 všeobecných sester a zdravotnických asistentů. Rozdáno bylo tedy 26 dotazníků a jejich návratnost byla 100 %. Do kvalitativního výzkumného šetření byli zařazeni pacienti s diagnózou demence při Parkinsonově nemoci s mírným stupněm, hospitalizovaní na lůžkových odděleních neurologické kliniky FNOL, neboť právě zde je maximální koncentrace těchto pacientů. Rozhovory byly vedeny celkem se třemi respondenty. Kvalitativní šetření probíhalo s pacienty dle zásad vedení rozhovoru.

Prvním cílem výzkumné části diplomové práce bylo **zjistit míru dodržování komunikačních zásad u všeobecných sester a zdravotnických asistentů s pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci**

Zvládání společenské komunikace v ošetrovatelské péči je, podle autorky Lahodové, nesmírně důležité. Autorka tvrdí, že bez dovednosti vhodné komunikace s pacienty, se v ošetrovatelské péči neobejdeme (Lahodová, 2005, s. 217). U pacientů s Parkinsonovou nemocí, zvláště pak u pacientů s demencí demencí u Parkinsonovy nemoci, je komunikace značně narušena a ztížena. Autoři Zamišková a kol. vidí největší problém v omezení komunikace nemocného s okolím. Kontakt pacienta s okolím může být narušen, nemocný se nemůže plnohodnotně domluvit s lidmi ve svém okolí (Zamišková a kol., 2010, s. 112). V pracovním prostředí může být komunikace zdravotních sester s pacienty velmi svázaná, nepohodlná, mnohdy také neempatická a strohá. Je to dáno tím, že v práci řeší sestry spíše pracovní záležitosti a osobní problémy své a pacientů odsouvají do ústraní (Lahodová, 2005, s. 217).

Údaje k ověření **hypotézy H1**, která byla stanovena pro zjištění cíle č. 1, byly získány prostřednictvím třídílného dotazníku, jehož první částí byl dotazník vlastní konstrukce, sestavený podle Desatera komunikace s pacientem se syndromem demence, který

vytvořila Národní rada osob se zdravotním postižením České republiky v roce 2006. Třetí část dotazníku se skládala z demografických údajů. **Ověřením hypotézy H1 bylo zjištěno, že neexistuje signifikantní vztah mezi mírou vzdělání a dodržováním zásad komunikace.** Nepotvrdila se skutečnost, že míra naplňování komunikačních zásad je vyšší u všeobecných sester s vyšším dosaženým vzděláním. Autoři Done a Thomas však tvrdí, že odborná příprava zdravotnických pracovníků pečujících o pacienty s demencí v oblasti komunikace je více než vhodná. Prokázali, že zlepšením znalostí a povědomí v oblasti komunikačních strategií se snížil stres u zdravotnických pracovníků, související s komunikačními problémy (Done, Thomas, 2001, s. 819). Broughton et al. uvedli výsledky kontrolované studie, která hodnotila profesionální poskytovatele ošetrovatelské péče, kteří se zúčastnili speciálního programu MESSAGE a RECAPS pro zdokonalování v komunikaci s pacienty s demencí. Studie ukázala významné zlepšení v oblasti komunikačních znalostí a strategií u zaměstnanců, kteří prošli školením, ve srovnání s kontrolní skupinou (Broughton, et al., 2011, s. 1442). Autoři Rubin, Balaji a Barcikowski popisují studii, která hodnotila komunikaci ve zdravotnickém zařízení. Ze studie vyplývá, že se zdravotnický personál může cítit lépe ve své práci a se svými pacienty, pokud si zlepší své komunikační dovednosti. Komunikace má podle autorů pozitivní vliv na výkon sester a pracovní spokojenost (Rubin, Balaji a Barcikowski, 2009, s. 822). Nepotvrdila se ani skutečnost, že by zdravotničtí asistenti či všeobecné sestry s nejnižším možným vzděláním měli vyšší míru naplňování komunikačních zásad. Young et al. ve své práci zdůraznili klíčovou roli komunikace, jako cílové oblasti pro zlepšení péče o pacienty s demencí. Autor dále tvrdí, že zlepšení komunikace může mít pozitivní vliv na pacienty s demencí a také na personál pečující o tyto pacienty. Účinná komunikace s pacienty s demencí může zlepšit kvalitu života, snížit stres, zlepšit pracovní kázeň a uspokojení z práce. Young et al. poukázali na studii, které se zúčastnili ošetrovatelé tzv. "laici" a profesionální ošetrovatelé. Celkem 29 sester se zúčastnilo konference týkající se komunikace s pacientem s demencí. Jak laičtí, tak profesionální ošetrovatelé se shodli na potřebě nových intervencí v oblasti komunikace. Sestry hlásily nedostatečné znalosti v komunikaci s pacienty s demencí, neuspokojivé množství doporučení, rad a nedostatečné poradenství pro oblast komunikace s pacienty s demencí (nedostatek publikací, webů, školení). Na základě těchto nedostatků vznikl model pro efektivní komunikaci, zvaný

DEMTEC, který byl vytvořen na teoretických základech. Tento model byl vytvořen jak pro laickou, tak pro profesionální komunikaci s pacienty s demencí (Young, Manthorp, Howells, Tullo, 2011, s. 1004, 1012 – 1014). Eggenberger, Heimerl a Bennett ve svém systematickém review shrnuli výsledky studií, které zjišťovaly efektivitu školení profesionálních, ale i neprofesionálních pečovatelů pečujících o pacienty s demencí, v oblasti komunikačních dovedností. Zjistili, že efektivní školení v komunikačních dovednostech má velký přínos jak pro zlepšení kvality života pacientů s demencí, tak pro pečovatele, kteří v praxi vykazovali výrazně vyšší znalosti a povědomí v komunikačních dovednostech. Profesionální pečovatelé navíc hlásili pocit větší kontroly v komunikaci s pacientem s demencí (Eggenberger, Heimerl, Bennett, 2013, s. 345, 355 – 356).

Hypotéza H2 se ověřila na základě výsledků dotazníku vlastní konstrukce a výsledků Eysenckova dotazníku impulzivitu (IVE). Po korelaci dat se **hypotéza H2 nepotvrdila a byla přijata hypotéza nulová. Bylo zjištěno, že neexistuje signifikantní vztah mezi mírou empatie a dodržováním zásad komunikace**, tzn., že vyšší míra empatie u všeobecných sester a zdravotnických asistentů nám nezajistí vyšší míru dodržování komunikačních zásad a naopak. Sorrell uvádí komunikaci, jako důležitý faktor, ovlivňující zážitek pacienta při pobytu v nemocnici. Způsob, jakým zdravotníci s pacienty komunikují, může poukázat na vyšší míru jejich empatie (Sorrell, 2010, s. 27). Stebnicki zdůraznil, že empatie je způsob bytí a forma komunikace. Pro zdravotnické pracovníky je nezbytné rozvíjet empatické dovednosti, do kterých patří pozitivní představy o sobě a o pacientech, zdravé sebepojetí, zahrnující hodnoty, které respektují ostatní lidé a kultury a schopnost naslouchat a porozumět potřebám druhých (Stebnicki in Bush, 2009, s. 26). Gülsüm ve své práci uvádí výsledky výzkumu, při kterém byla zjištěna nízká či střední úroveň empatie sester. Autor uvádí, že 71,1 % registrovaných zdravotních sester, 80 % praktických sester a 74 % zdravotnických asistentů nerozvíjeli empatii při komunikaci se svými pacienty. Autor také uvádí, že se v posledních 20 letech velmi málo vyvíjí oblast komunikačních dovedností sester. Studie empatie a komunikačních dovedností ukázaly, že je třeba vyvinout větší úsilí o zvýšení úrovně empatie a komunikace u sester pro zefektivnění péče. Vzdělání je účinné ve zvyšování empatie a komunikačních dovedností. Cílem kvantitativní studie, které se zúčastnilo 263 sester, bylo zjistit, zda má školení vliv na zvýšení empatie. Celkem 38,4 % sester mělo bakalářský titul a 61,6 % mělo

nižší úroveň vzdělání. Celkem 81,6 % se dosud podílelo na každém vzdělávacím programu v oblasti komunikace a 71 % uvedlo, že četlo i literaturu na téma komunikace. 43,7 % zúčastněných sester bylo zaměstnáno v kategorii 0-3 let, 26,8 % sester bylo zaměstnáno po dobu 4-6 let a 29,5 % bylo zaměstnáno více než 7 let. Bylo zjištěno, že sestry, které prošly školením, dosáhly určité úrovně empatie. Nebylo však zjištěno, zda sestry, které získaly předchozí vzdělávání prostřednictvím knih nebo kurzů, měly vyšší úroveň empatie. V některých studiích bylo zjištěno, že byla empatie ovlivněna vlastnostmi sester, jako například úrovní vzdělání a pracovními zkušenostmi. Jiná studie zjistila, že vyšší věk a vyšší úroveň vzdělání vedla k poklesu v naslouchání, vnímání a empatie. Může to souviset také s tím, že sestry s vyšším vzděláním a zkušenostmi předpokládají vyšší odpovědnost a více činností. V dalších studiích bylo zjištěno, že je vyšší empatie je u věkově mladých zdravotních sester, které nastoupily do nové práce, a které mají vyšší vzdělání. Mezi další faktory, které brzdí empatický přístup sester, patří: nedostatek času, nedostatek podpory od kolegů, osobnost, neuspokojení osobních potřeb, nevyřešené osobní problémy, únava, úzkost, syndrom vyhoření nebo informování pacientů (Gülsüm, 2006, s. 249-255).

Ani jedna z hypotéz se nepotvrdila, jelikož soubor respondentů, který byl použit pro statistické vyhodnocení, byl příliš malý. Při statistickém hodnocení většího souboru respondentů by se hypotézy nejspíš potvrdily. Kvantitativní šetření bylo z tohoto důvodu doplněno o kvalitativní šetření. Statistické zpracování by bylo vhodné doplnit o více proměnných, jako například věk respondentů či délka praxe respondentů.

Druhým cílem výzkumné části diplomové práce bylo **zjistit subjektivní názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na dodržování komunikačních zásad všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty**. Tento cíl byl rozdělen do dílčích cílů.

Kvalitativní šetření prokázalo spíše kladné postoje a názory respondentek na dodržování komunikačních zásad všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty. Respondentky zaujaly svůj postoj celkem ve třech oblastech komunikace, a to ve verbální komunikaci, neverbální komunikaci a oblasti faktorů, ovlivňujících komunikaci. Až na některé výjimky lze konstatovat, že všeobecné sestry a zdravotničtí

asistenti dodržují a naplňují zásady komunikace s pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na dodržování zásad verbální komunikace všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty. Zaletel et al. definuje verbální komunikaci jako dorozumívání se pomocí jazyka a řeči (Zaletel et al., 2012, s. 94). Jednou ze zkoumaných oblastí v rámci kvalitativního šetření byla verbální komunikace. Zde byly zařazeny otázky týkající se slovního projevu všeobecných sester a zdravotnických asistentů ke zjištění, jak tyto dvě skupiny zdravotnických pracovníků komunikují s pacienty a jak dodržují zásady komunikace, které jsou přesně zakotvené v Desateru komunikace. Otázky se týkaly několika důležitých zásad, a to jaká je podle pacientek verbální komunikace všeobecných sester a zdravotnických asistentů, jak verbálně probíhá informování pacienta o odchodu z jeho pokoje či ošetrovny, a jak všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti ctí zásady používání krátkých vět, správného postupu, když popisují pacientům určitou část těla a zásadu zopakování informace, pokud pacient neporozuměl.

Výsledky šetření dokládají kladné i záporné výpovědi respondentek. Zásada srozumitelné řeči a zopakování nepochopené informace je dle respondentek dodržována, ale další zásady, jako informování pacienta o odchodu z pokoje, vyšetřovny či ambulance, správný postup v případě, že všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent popisuje určitou věc pacientovi nebo používání krátkých vět, jsou pacientkami hodnoceny jako nenaplněné. Je tedy patrné, že nejsou naplňovány všechny zásady verbální komunikace všeobecných sester a zdravotnických asistentů.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na dodržování zásad neverbální komunikace všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty. Dle autorů Zaletela et al. tvoří neverbální komunikaci z 59 % pohyby těla a asi ze 41 % vokalizace. Oba tyto druhy komunikace mohou být současně prováděny, ale většina komunikace je asi z 90 % neverbální (Zaletel et al., 2012, s. 94). Dyche určil prvky neverbální komunikace, a to pohled z očí do očí, držení těla, výraz obličeje, oblečení a úprava (Dyche, 2007, s. 1035). Dle Stickley, Britta a Samperize mají sestry v neverbální komunikaci s pacienty velké nedostatky, které si žádají odbornou přípravu v dané oblasti (Stickley, 2011, s. 396; Britto, Samperiz,

2009, s. 81). Neverbální komunikace byla druhou oblastí, která byla zjišťována respondentkami prostřednictvím nedokončených vět. Otázky se týkaly neverbálního projevu všeobecných sester a zdravotnických asistentů, konkrétně dodržováním zásad komunikace v oblasti neverbální komunikace. Položky se zaměřovaly na vnímání bolesti, úzkosti a strachu pacienta všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty, používání mimiky, očního kontaktu a doteku při komunikaci s pacienty a vyhýbání se prudkým pohybům v komunikaci s pacienty.

Kvalitativní šetření dokládá, že některé zásady správné neverbální komunikace jsou naplňovány, některé však nejsou. Jednou ze zásad je vnímání neverbálního prožívání bolesti a emocionálních projevů pacientů. Juvé – Udina et al. popisují studii, prostřednictvím které zjišťovali míru komunikační a psychosociální intervence. Zjistili, že sestry nedostatečně řešily komunikační a emocionální obtíže pacientů. Juvé – Udina et al. tvrdí, že komunikace s pacientem s komunikačními potřebami byla pro zdravotní sestry, které neměly potřebné vzdělávání a odbornou přípravu v psychosociálních komunikačních strategiích, velmi náročná (Juvé – Udina et al., 2014, s. 67). Z tohoto šetření však vyplývá, že všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti jsou podle respondentek vnímaví k těmto neverbálním projevům pacientů. Komunikační zásady jako používání mimiky, očního kontaktu a doteku, nebylo možné z pohledu respondentek hodnotit. Z šetření jsou prokazatelné subjektivní názory a pocity respondentek k daným zásadám, nikoli však informace, zda jsou nebo nejsou tyto zásady naplňovány. Zásada vyhýbání se prudkým pohybům dle nepřímého vyjádření respondentek není naplňována. Je tedy opět patrné, že nejsou naplňovány všechny zásady neverbální komunikace všeobecných sester a zdravotnických asistentů.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na faktory ovlivňující vzájemnou komunikaci pacientů se všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty. Poslední část kvalitativního šetření, která byla zkoumána, byla oblast faktorů, které se mohou podílet na komunikaci a negativně ji ovlivňovat. Mezi tyto faktory patří **nedostatek času, nezájem o komunikaci a nálada všeobecných sester a zdravotnických asistentů.**

V kvalitativním šetření byly prokázány dva výroky respondentek, a to nezájem všeobecných sester a zdravotnických asistentů o komunikaci, lépe řečeno, neporozumění informaci a následný nezájem informaci znovu opakovat a vyvíjet další konverzaci s pacientkou. Druhý výrok se týkal nedostatku času všeobecných sester

a zdravotnických asistentů pro komunikaci. Jednou z hlavních zásad v komunikaci s pacientem s demencí je snaha usilovat o pozitivní výraz. Šetření ukazuje na skutečnost, že všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti nejsou negativního ladění, avšak z výsledků není zcela zřejmé, zda usilují o pozitivní výraz. Opět se prokázalo, že nejsou naplňovány všechny zásady komunikace všeobecných sester a zdravotnických asistentů.

Small et al. pracovali na podobné studii, která zjišťovala a ověřovala četnost využívání a následně účinnost deseti doporučených komunikačních strategií. Tyto strategie však byly určeny lidem s Alzheimerovou demencí a jejich pečovateli. Strategie se ve většině bodů shodují se zásadami komunikace, uvedených v desateru komunikace s pacientem s demencí. Mezi strategie patří například: eliminace rušivých a rozptylujících vlivů (TV, rádio); přistupovat k člověku pomalu a ze strany, udržovat oční kontakt; mluvit krátce v jednoduchých větách, mluvit pomalu; dávat jednu otázku nebo instrukci, používat spíše uzavřené otázky; opakovat informaci se stejnými slovy; parafrázovat informaci, vyhnout se přerušování, dát dostatek času na odpověď; podporovat diskuzi a popisu požadovaného slova. Small et al. konstatují, že každá ze strategií řeší specifické komunikační potřeby, ale zároveň se můžou navzájem ovlivňovat komplexním způsobem. Z výsledků výzkumu zjistili, že nejvíce byly naplňovány strategie: dávat jednu otázku nebo instrukci; podporovat diskuzi a popisu požadovaného slova; vyhnout se přerušování; opakovat informaci se stejnými slovy a mluvit krátce v jednoduchých větách. Jen občas byly naplňovány strategie: eliminace rušivých a rozptylujících vlivů; přistupovat k člověku pomalu a ze strany; parafrázovat informaci. Za nejvíce důležité byly považovány strategie: mluvit krátce v jednoduchých větách; dávat jednu otázku nebo instrukci; vyhnout se přerušování, dát dostatek času na odpověď a opakovat informaci se stejnými slovy. Small et al. dále tvrdí, že je důležité podporovat povědomí o komunikačních problémech, kterým čelí osoby s demencí a jejich pečovatelé. Úspěch ve vzdělávání pečovatelů závisí v první řadě na identifikaci specifických komunikačních potřeb a vyhodnocování účinnosti kompenzačních strategií zaměřených na splnění těchto potřeb (Small et al., 2003, s. 353-354, 357, 362, 365).

Analýzou kvalitativních dat získaných z rozhovorů s pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci hospitalizovaných na neurologické klinice FNOL se podařilo

zodpovědět všechny tři výzkumné otázky a tím splnit stanovené dílčí cíle kvalitativního šetření.

Značným limitem kvalitativního šetření byl nízký počet respondentů z řad pacientů s Parkinsonovou demencí, z důvodu nízkého počtu pacientů s těmito diagnózami v populaci. Větší zkoumaný soubor respondentů by jistě ovlivnil výsledky. Další limitací je nemožnost dostatečného srovnání výsledků s jinými výzkumy pro velmi mizivý počet studií v této oblasti, zaměřenými na všeobecné sestry, zdravotnické asistenty a jejich pacienty.

Třetím cílem výzkumné části diplomové práce bylo **srovnat subjektivní názory zkoumaných souborů respondentů kvalitativního a kvantitativního šetření na dodržování komunikačních zásad.** V této výzkumné části bylo provedeno srovnání výsledků kvantitativního a kvalitativního šetření. Byly vybrány stejné výpovědi, které se objevily v obou šetřeních a následně byly rozděleny do jednotlivých kategorií podle bodů v Desateru komunikace s pacientem se syndromem demence. Bylo vytvořeno 8 kategorií se 14 zásadami komunikace seřazenými do tří oblastí, a to verbální a neverbální komunikace a faktory ovlivňující komunikaci. Jednotlivé kategorie jsou totožné s body č. 2 – 9 Desatera komunikace s pacientem se syndromem demence. U každé zásady komunikace byly zjištěny počty výpovědí jednotlivých skupin respondentů, které byly dále zpracovány (výpočet aritmetické hodnoty z odpovědí v kvantitativním šetření). Zjištěné hodnoty byly na závěr srovnány.

Ze srovnání obou výzkumných šetření se potvrdila skutečnost, která vyplynula již z kvalitativního šetření, a to že všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti nedodržují všechny zásady obsažené v Desateru komunikace s pacientem se syndromem demence u Parkinsonovy nemoci. Dodrženy a naplněny byly zásady: pozitivní postoj všeobecných sester a zdravotnických asistentů; srozumitelná komunikace s pacienty; nepoužívání odborných slov v komunikaci s pacientem; zopakování nepochopené informace pacientovi; ověření, zda pacient pochopil informaci, vnímání neverbálních projevů bolesti pacienta všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty; vnímání neverbálních projevů úzkosti a strachu pacienta všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty; popisování postupu pacientovi při vyšetření. Srovnání také

ukazuje nedodržené a nenaplněné zásady komunikace, stejně jako u kvalitativního šetření: komunikace se neodehrává v zorném poli pacienta; prudké pohyby všeobecných sester a zdravotnických asistentů; používání dlouhých vět, všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti při popisu, např. určité části těla pacienta na ni neukazují; neinformování pacienta o vzdálení se z pokoje, vyšetřovny či ambulance.

Je tedy zřejmé, že všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti určité zásady vyplývající z desatera komunikace s pacientem s demencí naplňují, ale je tady několik zásad, které naplněny nebyly.

K tomuto cíli se nepodařilo dohledat vědecké práce či studie, které by se zabývaly stejnou či podobnou problematikou.

Záměrem výzkumné části diplomové práce bylo **zmapovat komunikaci všeobecných sester a zdravotnických asistentů neurologické kliniky FNOL s pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci** prostřednictvím výše uvedených tří cílů. Všech třech cílů bylo dosaženo.

ZÁVĚR

V rámci diplomové práce jsem měla možnost zabývat se problematikou komunikace pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci. Ačkoli je známo, že dnešní době pacientů s demencemi každoročně rapidně přibývá, není dosud zcela vyřešena otázka komunikace s těmito pacienty, co se týká správného komunikačního přístupu. Neexistuje žádný, empiricky ověřený rámec, který by přesně určoval, jak k pacientům s demencí přistupovat, jak s nimi komunikovat, jaké zásady při komunikaci s nimi používat. Většina světových studií se zabývá problematikou implantace komunikačních dovedností, zásad do praxe a následným ověřením jejich dodržování či naplňování. Musím také konstatovat, že spousta studií se zabývá komunikací s pacienty s demencemi v obecné rovině nebo demencemi Alzheimerovými, ale studií, které by se zabývaly přímo komunikací s pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci, je mizivý počet. Přitom právě u této demence je komunikace nejvíce narušena již samotnou diagnózou Parkinsonova nemoc.

Hlavním cílem této práce bylo zmapovat komunikaci všeobecných sester a zdravotnických asistentů neurologické kliniky FNOL s pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci. Dílčími cíli bylo:

1. Zjistit míru dodržování komunikačních zásad u všeobecných sester a zdravotnických asistentů s pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci, ve vztahu k dosaženému vzdělání a míře empatie.
2. Zjistit subjektivní názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na dodržování komunikačních zásad všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty.
3. Srovnat subjektivní názory zkoumaných souborů respondentů na dodržování komunikačních zásad.

V dílčím cíli č. 1 jsem zjišťovala, do jaké míry dodržují všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti komunikační zásady v ošetrovatelské péči o pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci, ve vztahu k dosaženému vzdělání a míře empatie. Hypotézy, které jsem si stanovila, nebyly přijaty. Nepotvrdil se vztah mezi stupněm dosaženého vzdělání a naplňováním komunikačních zásad ani vztah mezi mírou empatie a naplňováním komunikačních zásad. Nelze tedy říci, že by všeobecné sestry s nejvyšším možným dosaženým vzděláním naplňovaly komunikační zásady lépe,

než například zdravotničtí asistenti. Nelze však říci ani opak předchozího tvrzení, že by zdravotničtí asistenti, kteří mají nejnižší možné zdravotnické vzdělání, naplňovali komunikační zásady lépe než jiné všeobecné sestry. Statistický výsledek byl však do určité míry ovlivněn nízkým počtem respondentů, tudíž při vyšším počtu respondentů by byl výsledek pravděpodobně odlišný.

V dílčím cíli č. 2 jsem měla zjistit subjektivní názor pacientů s demencí u Parkinsonovy nemoci na dodržování komunikačních zásad všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty. V tomto případě jsem zanalyzovala výpovědi respondentek v testech nedokončených vět, které jsem poté roztřídila do skupin, tzv. trsů. Formou nedokončených vět jsem se ptala respondentek na dodržování zásad, které jsou obsaženy v Desateru komunikace s pacientem se syndromem demence. Z šetření vyšlo najevo, že všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti nedodržují všechny zásady obsažené v desateru. Mezi těmito zásadami byly například komunikace, která se neodehrává v zorném poli pacienta; prudké pohyby všeobecných sester a zdravotnických asistentů; používání dlouhých vět, všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti při popisu, např. určité části těla pacienta na ni neukazují; neinformování pacienta o vzdálení se z pokoje, vyšetřovny či ambulance.

V dílčím cíli č. 3 jsem srovnala subjektivní názory zkoumaných souborů respondentů na dodržování komunikačních zásad. Zde jsem se pokusila srovnat jednotlivé výpovědi souborů respondentů, a to jak výpovědi všeobecných sester a zdravotnických asistentů v dotazníku, tak i výpovědi respondentů. Ze srovnání se potvrdila skutečnost, která vyplynula již z kvalitativního šetření, a to že všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti nedodržují všechny zásady obsažené v desateru. Naplněny byly zásady: pozitivní postoj všeobecných sester a zdravotnických asistentů; srozumitelná komunikace s pacienty; nepoužívání odborných slov v komunikaci s pacientem; zopakování nepochopené informace pacientovi; ověření, zda pacient pochopil informaci, vnímání neverbálních projevů bolesti pacienta všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty; vnímání neverbálních projevů úzkosti a strachu pacienta všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty; popisování postupu pacientovi při vyšetření. Srovnání také ukázalo nedodržené a nenaplněné zásady komunikace, kterými byly: komunikace se neodehrává v zorném poli pacienta; prudké pohyby všeobecných sester a zdravotnických asistentů; používání dlouhých vět, všeobecné sestry a zdravotničtí

asistenti při popisu, např. určité části těla pacienta na ni neukazují; neinformování pacienta o vzdálení se z pokoje, vyšetřovny či ambulance.

Z výzkumného šetření je tedy patrné, že všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti zřejmě mají přehled nebo znalosti o zásadách správné komunikace s pacientem s demencí u Parkinsonovy nemoci, ale v praktické rovině mají ještě určité mezery a nedostatky. Bylo by vhodné vytvořit edukační materiály nejen pro všeobecné sestry a zdravotnické asistenty, ale pro veškerý personál, který s pacienty s demencí u Parkinsonovy nemoci přijde do kontaktu. Bylo by také žádoucí vytvořit oficiální seznam zásad pro komunikaci a postupy, kterými by byl personál povinen se řídit. Jednou z možností by také mohlo být zanesení oficiálního seznamu zásad komunikace s pacienty s demencí a postupů pro jejich dodržování mezi standardy ošetrovatelské péče.

Mé výzkumné šetření bych obohatila o větší soubor respondentů jak v kvantitativním, tak v kvalitativním šetření a pozměnila bych také místo realizace šetření za jiný typ instituce, např. domov pro seniory se zvláštním režimem.

BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1. BALÁŽ, M. 2013. Hluboká mozková stimulace u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2013, roč. 14, č. 5, s. 229-231 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: http://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201305-0003_Hluboka_mozkova_stimulace_u_Parkinsonovy_nemoci.php
2. BALÁŽ, M., NOVÁK, V. 2012. Nadměrná denní spavost u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2012, roč. 13, č. 2, s. 101-104 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2012/02/10.pdf>
3. BAREŠ, M. 2008. Pozdní hybné komplikace Parkinsonovy nemoci – wearing-off a další motorické fluktuace. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2008, roč. 9, č. 2, s. 96-99 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2008/02/10.pdf>
4. BARON – COHEN, S., WHEELWRIGHT, S. 2004. The Empathy Quotient: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders* [online]. 2004, vol. 34, no. 2, pp. 163-175. [cit. 2014-1-15]. ISSN 1573-3432. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/205300736/fulltextPDF/C5F9810786E4491C/PQ/1?accountid=16730>
5. BOČKOVÁ, M. 2011. Nemotorické škály u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2011, roč. 12, č. Suppl. G, s. 28-31 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/08.pdf>

6. BRITTO, F. R., SAMPERIZ, M. M. F. 2009. Communication difficulties and strategies used by the nurses and their team in caring for the hearing impaired. *Einstein* [online]. 2009, vol. 8, issue 1, pp. 80-85. [cit. 2014-1-16]. ISSN 1679-4508. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=7895618b-3516-45c0-b237-5c4e55235393%40sessionmgr4005&hid=4209>
7. BROUGHTON, M., et al. 2011. Evaluation of a caregiver education program to support memory and communication in dementia: a controlled pretest-posttest study with nursing home staff. *International Journal of Nursing Studies*. [online]. 2011, vol. 48, issue 11, pp. 1436-1444. [cit. 2014-1-15]. ISSN 0020-7489. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S0020748911002197/1-s2.0-S0020748911002197-main.pdf?_tid=f5d16c3e-d168-11e3-a53b-00000aab0f6c&acdnat=1398973628_70262a3f23b28598ff4dab3b96a86f43
8. BROWN, J., NOLAN, M., DAVIES, S. 2007. Bringing caring and competence into focus in gerontological nursing: A longitudinal, multi-method study. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2007, vol. 45, issue 5, pp. 654-667 [cit. 2014-1-15]. ISSN 0020-7489. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S0020748907000296/1-s2.0-S0020748907000296-main.pdf?_tid=54695146-024a-11e4-a00d-00000aab0f6c&acdnat=1404348079_f0ebaf953334c6e3e0e4c775a4b01531
9. BUSH, N. J. 2009. Compassion Fatigue: Are You at Risk? *Oncology nursing forum* [online]. 2009, vol. 36, no. 1, pp. 24-28 [cit. 2014-1-15]. ISSN 0190-535X. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/223116351/fulltextPDF/5659232267E54F81PQ/49?accountid=16730>

10. CACI, H., et al. 2003. Cross-Cultural Study of the Impulsiveness-Venturesomeness-Empathy Questionnaire (IVE-7). *Comprehensive Psychiatry*. [online]. 2003, vol. 44, no. 5, pp. 381-387. [cit. 2014-1-20]. ISSN 0010-440X. Dostupné z:<http://search.proquest.com/nursing/docview/1030093875/fulltextPDF/8A00706DB9064F80PQ/1?accountid=16730>
11. DONE, D. J., THOMAS, J. A. 2001. Training in communication skills for informal carers of people suffering with dementia: a cluster randomized clinical trial comparing a therapist led workshop and a booklet. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. [online]. 2001, vol. 16, issue 8, pp. 816-821 [cit. 2014-1-15]. ISSN 1099-1166. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=6601c4f8-e661-4f5f-a07c-fa31bc5b0aea%40sessionmgr110&hid=123>
12. DOSTÁL, V. 2013. Pozdní komplikace Parkinsonovy choroby. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2013, roč. 14, č. 1, s. 28-32 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/01/07.pdf>
13. DYCHE, L. 2007. Interpersonal Skill in Medicine: The Essential Partner of Verbal Communication. *Society of General Internal Medicine* [online]. 2007, vol. 22, issue 7, pp. 1035-1039 [cit. 2014-1-15]. ISSN 0884-8734. Dostupné z:<http://search.proquest.com/nursing/docview/875742321/A0CC5617517447EPQ/1?accountid=16730>
14. EGGENBERGER, E., HEIMERL, K., BENNETT, M. I. 2013. Communication skills training in dementia care: A systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International Psychogeriatrics* [online]. 2013, vol. 25, issue 3, pp. 345-358 [cit. 2014-1-16]. ISSN 1741-203X. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/1282048350/fulltextPDF?accountid=16730>

15. FONVILLE et al. 2008. Accuracy and inter-observer variation in the classification of dysarthria from speech recordings. *Journal of neurology* [online]. 2008, vol. 255, issue 10, pp. 1545-1548 [cit. 2014-1-15]. ISSN 0340-5354. Dostupné z:<http://search.proquest.com/docview/218144086/fulltextPDF/4CE5A35CD47A4C5APQ/1?accountid=16730>

16. GANT, L. M., et al. 2014. Vocalization deficits in mice over-expressing alpha-synuclein, a model of pre-manifest Parkinson's disease. *Behavioral Neuroscience* [online]. 2014, vol. 128, issue 2, pp. 110-121 [cit. 2014-1-15]. ISSN 1939-0084. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=23ecf9fe-38d2-42a2-83d2-f6f4fbbfb787%40sessionmgr115&vid=18&hid=118>

17. GROVER, S. M. 2005. Shaping Effective Communication Skills and Therapeutic Relationships at Work. *AAOHN Journal* [online]. 2005, vol. 53, issue 4, pp. 177-182 [cit. 2014-1-15]. ISSN 0891-0162. Dostupné z:<http://search.proquest.com/docview/219332503/fulltextPDF/D8E540B01B1E460BPQ/40?accountid=16730>

18. GÜLSÜM, A. 2006. Developing Empathy in Nurses: An Inservice Training Program. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. 2006, vol. 20, no. 6, pp. 249-257 [cit. 2014-1-20]. ISSN 0883-9417. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S0883941706001762/1-s2.0-S0883941706001762-main.pdf?_tid=9e20e226-fb20-11e3-a0ec-00000aacb360&acdnat=1403560506_55b5f4ff1a205220e6dcadfdb3a24f88

19. HABERSTROH, J., NEUMEYER, K., KRAUSE, K., FRANZMANN, J., PANTEL, J. 2011. TANDEM: Communication training for informal caregivers of people with dementia. *Aging & mental health* [online]. 2011, vol. 15, issue 3, pp. 405-413 [cit. 2014-1-16]. ISSN 1364-6915. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=23d0bfd5-3c7e-4b2c-9675-ae80f6c744f2%40sessionmgr112&hid=125>

20. HARTELIUS, L., ELMBERG, M., HOLM, R., LÖVBERG, A-S., NIKOLAIDIS, S. 2007. Living with Dysarthria: Evaluation of a Self-Report Questionnaire. *Folia Phoniatica et Logopaedica* [online]. 2007, vol. 60, issue 1, pp. 11-19 [cit. 2014-1-15]. ISSN 1021-7762. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/232954001/fulltextPDF/8696D8158286462D/PQ/1?accountid=16730>
21. HOJDAROVÁ, M., VINŠOVÁ, J., DUŠEK, P. 2013. Možnosti farmaceutické péče o pacienta s Parkinsonovou chorobou. *Praktické lékařství* [online]. Olomouc: Solen, 2013, roč. 9, č. 1, s. 13 – 15 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5329. Dostupné z: <http://praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2013/01/04.pdf>
22. HOLMEROVÁ, I., MÁTLOVÁ, M., VAŇKOVÁ, H., JURAŠKOVÁ, B. 2010. Demence. *Medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2010, roč. 7, č. 3, s. 139 – 144 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2010/03/11.pdf>
23. HOLMEROVÁ, I., VAŇKOVÁ, H. 2009. Demence a deprese ve vyšším věku. *Medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2009, roč. 6, č. 2, s. 111 – 114 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/02/14.pdf>
24. HORT, J., VYHNÁLEK, M., BOJAR, M. 2005. Časná stádia demence – možnosti diagnostiky a léčby. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2005, č. 6, s. 324-328 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2005/06/09.pdf>
25. CHAMBERS, S. 2003. Use of non-verbal communication skills to improve nursing care. *British journal of Nursing*. [online]. 2003, vol. 12, no. 14, pp. 874-878 [cit. 2014-1-20]. ISSN 0966-0461. Dostupné z: http://incoming-proxy.ist.edu.gr/stfs_public/physio/1%CE%BF%20%CE%88%CF%84%CE%BF%CF%82/IPE/ebdomada%202/arthra/13%2014/Non%20verbal%20communication.pdf

26. CHRISTENSON, A. M., BUCHANAN, J. A., HOULIHAN, D., WANZEK, M. 2011. Command Use and Compliance in Staff Communication With Elderly Residents of Long-Term Care Facilities. *Behavior therapy*. [online]. 2011, vol. 42, issue 1, pp. 47-58 [cit. 2014-1-15]. ISSN 1355-6177. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789410000869#>
27. IT profi s.r.o. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. *DESATERO komunikace s pacienty se syndromem demence* [online]. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, © 2010 [cit. 2013-12-07]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/354-desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence.html>
28. JANOŮŠEK, J. 2007. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 169 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1594-0.
29. JAYWANT, A., PELL, M. 2010. Listener impressions of speakers with Parkinson's disease. *Journal of the International Neuropsychological Society : JINS* [online]. 2010, vol. 16, issue 1, pp. 49-57 [cit. 2014-1-15]. ISSN 1355-6177. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/218871674/fulltextPDF?accountid=16730>
30. JEFFERIES, D., JOHNSON, M., NICHOLLS, D. 2012. Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. *Contemporary Nurse : a Journal for the Australian Nursing Profession* [online]. 2012, vol. 42, issue 1, pp. 129-138 [cit. 2014-1-15]. ISSN 1037-6178. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/1268705300/fulltextPDF/5B2F4124BB0F4161PQ/2?accountid=16730>

31. JESSE, S., LEHNERT, S., JAHN, O., PARNETTI, L., SOININEN, H., et al. 2012. Differential Sialylation of Serpin A1 in the Early Diagnosis of Parkinsons Disease Dementia: e48783. *PLoS One* [online]. 2012, vol. 7, issue 11, pp. 1-10 [cit. 2014-1-15]. ISSN 1932-6203. Dostupné z:<http://search.proquest.com/nursing/docview/1326738093/fulltextPDF/DEDFCE4C3CBE4D27PQ/1?accountid=16730>
32. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
33. JUVÉ-UDINA, M. L., PÉREZ, E. Z., PADRÉS, N. F., SAMARTINO, M. G., GARCÍA, M. R., CREUS, M. C., BATLLORI, N. V., CALVO, C. M. 2014. Basic Nursing Care: Retrospective Evaluation of Communication and Psychosocial Interventions Documented by Nurses in the Acute Care Setting. *Journal of Nursing Scholarship* [online]. 2014, vol. 46, issue 1, pp. 65-72 [cit. 2014-1-20]. ISSN 1527-6546. Dostupné z:<http://search.proquest.com/nursing/docview/1537382722/fulltextPDF/60FD576769634924PQ/1?accountid=16730>
34. KAŇOVSKÝ, P., NESTRAŠIL, I., NEVRLÝ, M., RESSNER, P. 2006. Farmakoterapie pokročilé Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2006, č. 1, s. 32 – 35 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2006/01/13.pdf>
35. KAŇOVSKÝ, P., NESTRAŠIL, I., NEVRLÝ, M., RESSNER, P. 2006. Farmakoterapie pokročilé Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2006, č. 2, s. 108 – 110 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2006/02/12.pdf>

36. KAŇOVSKÝ, P., FARNÍKOVÁ, K. 2010. Farmakoterapie pokročilé Parkinsonovi nemoci ve světle doporučených postupů. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2010, roč. 11, č. 4, s. 244 – 249 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/04/10.pdf>
37. KOLLÁROVÁ, K., RESSNER, P., KAŇOVSKÝ, P. 2007. Genetika Parkinsonovej choroby. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2007, roč. 8, č. 6, s. 357 – 359 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/06/08.pdf>
38. KROMBHOLZ, R. 2011. Nejčastější demence a jejich léčba. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2011, roč. 12, č. 3, s. 196 – 200 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/03/12.pdf>
39. LAHODOVÁ, M. 2005. Komunikace – základ péče. *Urologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2005, č. 5, s. 217 – 218 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2005/05/09.pdf>
40. MASCLE, D. D. 2013. Writing Self-Efficacy and Written Communication Skills. *Business Communication Quarterly* [online]. 2013, vol. 76, issue 2, pp. 216-225 [cit. 2014-1-20]. ISSN 1080-5699. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=23ecf9fe-38d2-42a2-83d2-f6f4fbbfb787%40sessionmgr115&hid=118>
41. MASOPUST, J., VALIŠ, M. 2004. Psychofarmakoterapie psychických komplikací Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2004, č. 3, s. 155 – 159 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/neu/2004/03/07.pdf>
42. MAŤHOVÁ, L. 2012. Canisterapie u seniorů s demencí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2012, roč. 13, č. 3, s. 133 – 135 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/03/10.pdf>

43. McCORMACK, B. 2003. A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice* [online]. 2003, vol. 9, issue 3, pp. 202 - 209 [cit. 2014-1-20]. ISSN 1440-172X. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-172X.2003.00423.x/pdf>
44. McHENRY, M., PARKER, P. A., BAILE, W. F., FLENZI, R. 2012. Voice analysis during bad news discussion in oncology: reduced pitch, decreased speaking rate, and nonverbal communication of empathy. *Supportive Care in Cancer* [online]. 2012, vol. 20, issue 5, pp. 1073 - 1078 [cit. 2014-1-16]. ISSN 0941-4355. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/940981375/fulltextPDF/A40060D667554515PQ/1?accountid=16730>
45. MENŠÍKOVÁ, K., KAŇOVSKÝ, P., HLUŠTÍK, P. 2013. James Parkinson a jeho doba. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2013, roč. 14, č. 2, s. 111 - 114 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/02/15.pdf>
46. MIKULÁŠTÍK, M. 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. 325 s. Manažer. Komunikace. ISBN 978-80-247-2339-6.
47. MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.
48. MOTTRAM, A. 2010. Book Review: Communication and interpersonal skills. *Nurse education in practice* [online]. 2010, vol. 10, issue 3, pp. 24 [cit. 2014-1-20]. ISSN 1471-5953. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/1034991161/fulltextPDF/BC4467E6FC454BCBPQ/23?accountid=16730>

49. MULLAN, B. A., KOTHE, E. J. 2010. Evaluating a nursing communication skills training course: The relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. *Nurse education in practice* [online]. 2010, vol. 10, pp. 374-378 [cit. 2014-1-20]. ISSN 1471-5953. Dostupné z:<http://search.proquest.com/docview/1034989882/fulltextPDF/66E6F8C5415E4B86PQ/1?accountid=16730>
50. PIDRMAN, V. 2007. Demence 1. část: diagnostika a diferenciální diagnostika. *Medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2007, č. 2, s. 83-88 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/02/10.pdf>
51. PIDRMAN, V. 2007. Farmakoterapie demence. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2007, roč. 8, č. 5, s. 202 – 205 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/49b54ba65c38eed320eb25c8e3398d3b.pdf>
52. PIDRMAN, Vladimír. 2007. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 183 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1490-5.
53. PRESTON, P. 2005. Nonverbal Communication: Do You Really Say What You Mean? *Journal of Healthcare Management* [online]. 2005, vol. 50, issue 2, pp. 83-86 [cit. 2014-1-16]. ISSN 1096-9012. Dostupné z:<http://search.proquest.com/nursing/docview/206728725/fulltextPDF/21BF9EC720F8433FPQ/3?accountid=16730>
54. RAMIG, L. O., FOX, C., SAPIR, S. 2008. Speech treatment for Parkinson's disease. *Expert Review of Neurotherapeutics* [online]. 2008, vol. 8, issue 2, pp. 297-309 [cit. 2014-1-15]. ISSN 1473-7175. Dostupné z:<http://search.proquest.com/docview/901346944/fulltextPDF/EC10A692C4F344EEPQ/1?accountid=16730>

55. RATĂ, G., RATĂ, B. C., RATĂ, M., MAREȘ, G., MELINTE, M. 2012. Verbal and nonverbal communication during hammer throw Training and competitions. *Ovidius University Annals, Series Physical Education and Sport / science, movement and health* [online]. 2012, vol. 12, issue 2 Supplement, pp. 370-376 [cit. 2014-1-16]. ISSN 1224-7359. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=7895618b-3516-45c0-b237-5c4e55235393%40sessionmgr4005&hid=4209>
56. REKTOR, I. 2009. Léčba Parkinsonovy choroby. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2009, roč. 10, č. 6, s. 340-346 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/06/04.pdf>
57. REKTOROVÁ, I. 2007. Psychiatrické symptomy Parkinsonovy nemoci: diagnostika a léčba. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2007, roč. 8, č. 5, s. 291-294 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/05/08.pdf>
58. REKTOROVÁ, I. 2011. Screeningové škály pro hodnocení demence. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2011, č. 12, Suppl. G, s. 37-45 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/11.pdf>
59. RESSNER, P. 2012. Parkinsonské syndromy – úvodní slovo. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2012, roč. 13, č. 3, s. 126 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2012/03/02.pdf>
60. RESSNER, P., a kol. 2011. Porucha chování a nálady u demencí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2011, roč. 12, č. 4, s. 140 – 144 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/02/07.pdf>

61. RESSNER, P., ŠIGUTOVÁ, D. 2001. Léčebná rehabilitace u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2001, č. 1, s. 31-35 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2001/01/10.pdf>
62. ROTH, J., HAVRÁNKOVÁ, P. 2008. Vztah motorických a non-motorických symptomů Parkinsonovy nemoci: Část první. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2008, roč. 9, č. 1, s. 33-36 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2008/01/09.pdf>
63. RUBIN, G., BALAJI, R. V., BARCIKOWSKI, R. 2009. Barriers to nurse/nursing aide communication: the search for collegiality in a southeast Ohio nursing home. *Journal of Nursing Management* [online]. 2009, vol. 17, issue 7, pp. 822-832 [cit. 2014-1-20]. ISSN 1365-2834. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=87a21797-43bb-45ab-8186-6d6c15c8e5ba%40sessionmgr4003&vid=16&hid=4109>
64. RUIYUAN, G., LEILI, J., MINGYI, Q. 2012. Validation of the empathy quotient - short form among chinese healthcare professional. *Social Behavior and Personality* [online]. 2012, vol. 40, issue 1, pp. 75-84 [cit. 2014-1-22]. ISSN 0301-2212. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/926956917/fulltextPDF/58B061EF5D7B4796PQ/1?accountid=16730>
65. SHEARDOVÁ, K., a kol. 2009. Doporučené postupy pro terapii Alzheimerovy nemoci a ostatních demencí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2009, roč. 10, č. 5, s. 216 – 219 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/01/07.pdf>

66. SHELDON, L. K., BARRETT, R., ELLINGTON, L. 2006. Difficult communication in nursing. *Journal of Nursing Scholarship* [online]. 2006, vol. 38, issue 2, pp. 141-147 [cit. 2014-1-15]. ISSN 1527-6546. Dostupné z:<http://search.proquest.com/docview/236404377/fulltextPDF/113657AF5EFD49A9PQ/4?accountid=16730>
67. SKUTIL, M., a kol. 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha Portál, 2011. 254 s. ISBN 978-80-7367-778-7.
68. SMALL, J. A., GUTMAN, G., MAKELA, S., HILLHOUSE, B. 2003. Effectiveness of communication strategies used by caregivers of persons with Alzheimer's disease during activities of daily living. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* [online]. 2003, vol. 46, issue 2, pp. 353-367 [cit. 2014-1-20]. ISSN 1092-4388. Dostupné z:<http://search.proquest.com/nursing/docview/230791549/fulltextPDF/A1132E4B0F394923PQ/1?accountid=16730>
69. SMITH, A. 2006. Cognitive empathy and emotional empathy in human behavior and evolution. *The Psychological Record* [online]. 2006, vol. 56, issue 3, pp. 3-21 [cit. 2014-1-22]. ISSN 0033-2933. Dostupné z:<http://search.proquest.com/docview/212764826/fulltextPDF/4A033CFC86DC432APQ/3?accountid=16730>
70. SORRELL, J. M. 2010. The Need for Empathy in the Hospital Experience of Older Adults. *Journal of psychosocial nursing* [online]. 2010, vol. 48, no. 11, pp. 25-28 [cit. 2014-1-22]. ISSN 0279-3695. Dostupné z:<http://search.proquest.com/docview/762451767/fulltextPDF/2FE8DAC75ED94C14PQ/1?accountid=16730>

71. STICKLEY, T. 2011. From SOLER to SURETY for effective non-verbal communication. *Nurse education in practice* [online]. 2011, vol. 11, no. 6, pp. 395-398 [cit. 2014-1-16]. ISSN 14715953. Dostupné z: <http://search.proquest.com/nursing/docview/1034993428/fulltextPDF/A0CC5617517447EPQ/2?accountid=16730>
72. SVÁTOVÁ, J. 2010. Vliv Parkinsonovi nemoci na schopnost řídit motorová vozidla. *Interní medicína pro praxi*. [online]. Olomouc: Solen, 2010, roč. 12, č. 4, s. 205 – 208 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/04/08.pdf>
73. TEJERO, L. M. S. 2010. Development and validation of an instrument to measure nurse-patient bonding. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2010, vol. 47, issue 5, pp. 608-615 [cit. 2014-1-22]. ISSN 1541-6577. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S0020748909003265/1-s2.0-S0020748909003265-main.pdf?_tid=fcdb6d9a-02f0-11e4-8871-00000aacb35d&acdnat=1404419658_d8c1a59f8a4a8db027d6b2e1e7fa3c5d
74. TROXLER, H., VANN, J. C. J., OERMANN, M. H. 2011. How Baccalaureate Nursing Programs Teach Writing. *Nursing forum* [online]. 2011, vol. 46, issue 4, pp. 280-288 [cit. 2014-1-16]. ISSN 1541-6577. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=23ecf9fe-38d2-42a2-83d2-f6f4fbbfb787%40sessionmgr115&vid=10&hid=118>
75. ULMANOVÁ, O., RŮŽIČKA, E. 2007. Parkinsonova nemoc – základy terapie a diferenciální diagnostiky. *Psychiatrie pro praxi*. [online]. Olomouc: Solen, 2007, č. 2, s. 60–62 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/03.pdf>

76. VAN DER GRAAFF, M., et al., 2009. Clinical Identification of Dysarthria Types among Neurologists, Residents in Neurology and Speech Therapists. *European neurology* [online]. 2009, vol. 61, issue 5, pp. 295-300 [cit. 2014-1-15]. ISSN 0014-3022. Dostupné z:<http://search.proquest.com/docview/194919199/fulltextPDF/C1609D8A54CE4F0APQ/1?accountid=16730>
77. VYSEKALOVÁ, J., MIKEŠ., J. 2009. *Image a firemní identita*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 190 s. Expert. ISBN 978-80-247-2790-5.
78. WEBSTER, J. 2011. Improving care for people with dementia in acute hospital: the role of person-centred assessment. *Quality in ageing and older adults* [online]. 2011, vol. 12, no. 2, pp. 86-94 [cit. 2014-1-20]. ISSN 1471-7794. Dostupné z:<http://search.proquest.com/docview/890529566/fulltextPDF/40CF8D62C0194958PQ/1?accountid=16730>
79. WITTENBERG – LYLES, E., DEBRA, P. O., DEMIRIS, G., RANKIN, A., SHAUNFIELD, S., KRUSE, R. L. 2012. Conveying empathy to hospice family caregivers: Team responses to caregiver empathic communication. *Patient Education and Counseling* [online]. 2012, vol. 89, issue 1, pp. 31-37 [cit. 2014-1-22]. ISSN 0738-3991. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S0738399112001607/1-s2.0-S0738399112001607-main.pdf?_tid=7bdbb17a-fd26-11e3-bb51-00000aacb35f&acdnat=1403782928_4133899690a8b666cd7c3ceceea087eb
80. XU, Y., STAPLES, S., SHEN, J. J. 2012. Nonverbal Communication Behaviors of Internationally Educated Nurses and Patient Care. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal* [online]. 2012, vol. 26, no. 4, pp. 290-308 [cit. 2014-1-16]. ISSN 1541-6577. Dostupné z:<http://search.proquest.com/docview/1315303317/fulltextPDF/CA8512326EAC444DPQ/1?accountid=16730>

81. YOUNG, T. J., MANTHORP, CH., HOWELLS, D., TULLO, E. 2011. Developing a carer communication intervention to support personhood and quality of life in dementia. *Ageing and society* [online]. 2011, vol. 31, issue 6, pp. 1003-1025 [cit. 2014-1-20]. ISSN 1469-1779. Dostupné z: http://eprint.ncl.ac.uk/file_store/production/168061/B9071D44-E413-4746-9D9F-8B5BA93F58A1.pdf
82. ZACHAROVÁ, E. 2008. Komunikace s geriatrickým pacientem. *Interní medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2008, roč. 10, č. 12, s. 588 - 589 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/12/12.pdf>
83. ZAMIŠKOVÁ, G., RESSNER, P., DLOUHÁ, J., ŠIGUTOVÁ, D. 2010. Poruchy řeči u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2010, roč. 11, č. 2, s. 12 - 16 [cit. 2013-10-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/02/10.pdf>
84. ZALETEL, M., KOVACEV, A. N., MIKUS, R. P., KRAGEJL, L. Z. 2012. Nonverbal communication of caregivers in Slovenian nursing homes. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [online]. 2012, vol. 54, no. 1, pp. 94-101 [cit. 2014-1-15]. ISSN 0167-4943. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S0167494311000355/1-s2.0-S0167494311000355-main.pdf?_tid=fe77d4d6-d307-11e3-8346-00000aacb362&acdnat=1399151883_e2f6b59303cf650f22f4f3f50abf01aa

SEZNAM ZKRATEK

ACE-R	Addenbrooke's Cognitive Examination
ADL	Activity Daily Living
AJ	anglická jazyk
BEHAVE – AD	Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease
Bc.	Bakalář
BMČ	Bibliographia medica Čechoslovaca
CEM	Communication Enhancement Model
CNS	centrální nervový systém
CPAM	Communicative Predicament of Aging Model
ČJ	český jazyk
ČR	Česká republika
DBS	deep brain stimulation
FNOL	fakultní nemocnice Olomouc
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
IChE	inhibitory cholinesterázy
ISSN	identifikační číslo periodické publikace
IVE	Eysenckův dotazník ke zjištění míry empatie, impulzivity a dobrodružnosti
L-dopa	Levodopa
MAO-B	monoaminoxidáza B
Mgr.	Magisterský titul
MMSE	Mini Mental State Examination
MoCa	Montreal Cognitive Assessment
NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník
NPI	Neuropsychiatric Inventory
Ph.D.	vysokoškolský doktorský titul
PN	Parkinsonova nemoc
VS	všeobecná sestra
WAB	Western Aphasia Battery
ZA	zdravotnický asistent

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Schéma postupu rešeršní strategie	11
---	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1- Věk a délka praxe respondentů	40
Tabulka 2 - Dosažené vzdělání	41
Tabulka 3 - Věk respondentů.....	42
Tabulka 4 - Délka praxe respondentů	43
Tabulka 5 - Míra naplnění komunikačních zásad a míra empatie	47
Tabulka 6 - Vliv vzdělání na naplňování komunikačních zásad	47
Tabulka 7 - Průměrná hodnota naplnění komunikačních zásad	49
Tabulka 8 - Průměrná hodnota empatie	49
Tabulka 9 - srovnání - Bod č. 2	59
Tabulka 10 – srovnání - Bod č. 3	60
Tabulka 11 - srovnání - Bod č. 4	60
Tabulka 12 - srovnání - Bod č. 5	61
Tabulka 13 - srovnání - Bod č. 6	62
Tabulka 14 - srovnání - Bod č. 7	63
Tabulka 15 - srovnání - Bod č. 8	64
Tabulka 16 - srovnání - Bod č. 9	64
Tabulka 17- Desatero komunikace s pacientem se syndromem demence	98

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1- Dosažené vzdělání.....	41
Graf 2 - Věk respondentů.....	42
Graf 3 - Délka praxe respondentů.....	43
Graf 4- Průměrné hodnoty naplnění komunikačních zásad.....	48
Graf 5 - Úroveň empatie a komunikace.....	49

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P 1 - DESATERO KOMUNIKACE S PACIENTEM SE SYNDROMEM DEMENCE

PŘÍLOHA P 2 - VZOR DOTAZNÍKU

PŘÍLOHA P 3 - VZOR TESTU NEDOKONČENÝCH VĚT

PŘÍLOHA P 4 - KOPIE ŽÁDOSTI O UMOŽNĚNÍ VYKONÁNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

PŘÍLOHA P 5 - PEARSONŮV KORELAČNÍ KOEFICIENT

PŘÍLOHA P 1 - DESATERO KOMUNIKACE S PACIENTEM SE SYNDROMEM DEMENCE

Tabulka 17- Desatero komunikace s pacientem se syndromem demence

1. **Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí** (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. **Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz**, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
3. **Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.**
4. **V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům.** Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené.
5. **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.
6. **Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl**, důležité údaje píšeme navíc na papír. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění, používáme dotek.
7. **Využíváme neverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta;** jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
8. **Dáme zřetelně najevo, zda odcházíme jen na chvíli nebo zda konzultace skončila.**
9. **Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem.** Pacienty informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, během vyšetření s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.
10. **Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence,** bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. © 2010

PŘÍLOHA P 2 - VZOR DOTAZNÍKU

Vážená/ý kolegyně, kolego,

jsem studentkou 2. ročníku studijního oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech, Fakulty zdravotnických studií Univerzity Palackého v Olomouci. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který bude součástí výzkumné části mé diplomové práce na téma ***Komunikace všeobecných sester s pacienty s Parkinsonovou demencí.*** Dotazník se skládá ze dvou částí, ke každé části jsou připojeny instrukce k vyplnění dotazníku. Vyplněný dotazník vložte, prosím, do přiložené obálky. Dotazník je zcela anonymní. Získané údaje budou použity pouze v mé diplomové práci.

Děkuji Vám za ochotu a čas při vyplňování tohoto dotazníku.

Bc. Petra Velecká

Instrukce k vyplnění:

Odpověď na každou otázku doplňte křížkem do políčka ve stupnici 0 – 7, kdy 0 je označením pro postoj NIKDY, VŮBEC a 7 je označením pro STÁLE, VŽDY.

NIKDY, VŮBEC 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 STÁLE, VŽDY

Příklad:

Ot.		0	1	2	3	4	5	6	7
1.	Dbám o to, aby pacient měl správně nastaveny kompenzační pomůcky						×		

NIKDY, VŮBEC 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 STÁLE, VŽDY

Ot.	Komunikace s pacientem s Parkinsonovou	0	1	2	3	4	5	6	7
1.	Dbám o to, aby byly při komunikaci s pacientem omezeny všechny rušivé vlivy (TV, rozhlasové vysílání...)								
2.	Dbám o to, aby pacient měl správně nastaveny kompenzační pomůcky								
3.	Vždy se dopředu ujistím, zda pacient dobře slyší								
4.	Povzbuzuju pacienta vlídným zájmem								
5.	S pacientem komunikuji klidně								
6.	Snažím se být pozitivně naladěná								
7.	S pacientem mluvím srozumitelně								
8.	S pacientem mluvím pomalu								
9.	V komunikaci s pacientem používám krátké věty								
10.	Průběžně ověřuji, zda pacient pochopil informaci								
11.	Vždy jsem dobře naladěná								

12.	Jsem tolerantní a příjemný/á, pokud pacient neporozuměl některé informaci								
13.	Pokud informaci znovu opakují, použiji jinou formulaci nebo jiná slova								
NIKDY, VŮBEC 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 STÁLE, VŽDY		0	1	2	3	4	5	6	7
14.	V komunikaci s pacientem používám raději dlouhé věty, neboť jimi sdělím více informací								
15.	Vyhýbám se v komunikaci s pacientem odborným výrazům, frázím a žargonu								
16.	Vyhýbám se v komunikaci s pacientem ironii								
17.	Vždy jsem tolerantní a příjemný/á, i v případě, že pacient neporozuměl některé informaci								
18.	Používám v komunikaci s pacientem přímé pojmenování předmětů								
19.	Pokud pacientovi popisují určitou část těla, ukazují na ni								
20.	Zatím se mi nestalo, že bych v komunikaci s pacientem použil/a odborného výrazu nebo žargonu								
21.	Používám výrazy pacientovi známé a přiměřené jeho onemocnění								
22.	Během vyšetření pacienta povzbuzuji								
23.	Během vyšetření pacientovi popisují postup								
24.	Pokud pacientovi popisují určitou část těla, raději na ni neukazují. Je to nemorální a nevhodné a pacienta by to mohlo zlostit.								
25.	Pokud se chci vzdálit z pokoje pacienta, vyšetřovny, pracovny na ambulanci, ordinace lékaře či jiné místnosti, pacienta o svém odchodu informuji								
26.	Aktivně navazuji a udržuji oční kontakt s pacientem								
27.	Omezuju v komunikaci s pacientem přecházení a dbám o to, abych co nejvíce zůstal/a v jeho zorném poli								
28.	Používám dotek pro získání pozornosti či zklidnění pacienta								
29.	Pacientovi neříkám o svém odchodu z jeho pokoje, vyšetřovny, pracovny na ambulanci, ordinace lékaře či jiné místnosti, vždy to zaznamená sám								
30.	Vyhýbám se prudkým pohybům v komunikaci s pacientem								
31.	V komunikaci s pacientem používám vlastní mimiku								
32.	Nepovažuji za důležité aktivně navazovat a udržovat oční kontakt s pacientem, neboť on sám se očnímu kontaktu vyhýbá								
33.	Aktivně podporuji pacienta ve verbální komunikaci								

34.	Jsem vnímavá k neverbálním projevům bolesti u pacienta								
35.	Jsem vnímavá k neverbálním projevům deprese u pacienta								
36.	Občas přihlížím k nedůstojnému chování k pacientovi s demencí								
37.	Jsem vnímavá k neverbálním projevům úzkosti a strachu u pacienta								
38.	Aktivně chráním důstojnost pacienta s demencí								
39.	Pacient s demencí projevuje bolest pouze verbálně, nemusím tedy k němu být vnímavá								
40.	Chráním pacienta s demencí před ponižováním								

Instrukce k vyplnění:

Odpověď na každou otázku doplňte křížkem do políčka ANO nebo NE, dle Vašeho postoje. Odpovídejte rychle, příliš se nerozmýšlejte. První myšlenka bývá vždy ta správná.

1.	Bylo by Vám líto neznámého osamělého člověka?	ano	ne
2.	Jste často zainteresovaný/á na problémech svých přátel?	ano	ne
3.	Rozčilují Vás nešťastní lidé, kteří litují sami sebe?	ano	ne
4.	Máte sklon být nervóznější, když se Vám zdá, když jsou lidé	ano	ne
5.	Myslíte si, že je hloupé, když lidé pláčí štěstím?	ano	ne
6.	Mají lidé, se kterými právě trávíte čas, silný vliv na Vaši	ano	ne
7.	Dotýká se Vás hodně, když cítíte, když je některý z Vašich	ano	ne
8.	Ztotožňujete se někdy s pocity nějaké filmové, románové	ano	ne
9.	Rozruší Vás, když někoho vidíte plakat?	ano	ne
10.	Připadá Vám občas něčí smích nakažlivý?	ano	ne
11.	Dokážete se rozhodnout, aniž byste se trápil/a tím, co si o Vašem rozhodnutí myslí jiní lidé?	ano	ne
12.	Pocítíte spíš podráždění než lítost, když vidíte někoho	ano	ne
13.	Díváte se rád/a na to, jak lidé rozbalují dárky?	ano	ne
14.	Bylo by pro Vás hodně těžké oznámit někomu citlivě špatnou	ano	ne
15.	Dokáží Vás problémy Vašich přátel velmi zaujmout?	ano	ne
16.	Je Vám líto velmi nesmělých lidí?	ano	ne
17.	Jste šťastný/á, když jste mezi veselými lidmi, a smutný/á,	ano	ne
18.	Umíte se představit, jaké to musí být, když je někdo úplně	ano	ne
19.	Trápí Vás, když se druzí trápí a nevědí si rady?	ano	ne

Na závěr bych Vás chtěla poprosit o vyplnění následujících údajů:

Jste (doplňte prosím):

- žena
- muž

Váš věk (napište prosím):let

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání (doplňte prosím):

- středoškolské - všeobecná sestra
- vyšší odborné - všeobecná sestra
- vysokoškolské – Bc.
- vysokoškolské – Mgr.
- vysokoškolské – Ph.D

Délka Vaší praxe ve zdravotnictví (napište prosím):let

PŘÍLOHA P 3 - VZOR TESTU NEDOKONČENÝCH VĚT

Vážená/ý pacientko, paciente,

jsem studentkou 2. ročníku studijního oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech Fakulty zdravotnických studií Univerzity Palackého v Olomouci. Chtěla bych Vás požádat o poskytnutí informací k výzkumnému šetření, které bude součástí výzkumné části mé diplomové práce na téma ***Komunikace všeobecných sester s pacienty s Parkinsonovou demencí.*** Výzkumné šetření je zcela anonymní a získané údaje budou použity pouze ve prospěch mé závěrečné práce.

Děkuji Vám za ochotu a čas k poskytnutí informací.

Bc. Petra Velecká

Instrukce: Test nedokončených vět má 5 částí. Každá část má několik otázek. Já Vám budu klást nedokončené věty a Vy se budete snažit tyto věty dokončit dle svého postoje.

A. VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

1. V komunikaci se sestrou mě nejvíce omezuje....
2. Komunikace se sestrou je pro mě...
3. Rád/a komunikuji se sestrou, která...
4. Pozitivně naladěná sestra....
5. Negativně naladěná sestra...
6. Sestra hovoří...
7. Použije-li sestra v komunikaci se mnou příliš dlouhou větu...
8. Zjistí-li sestra, že jí nerozumím...
9. Použije-li sestra odborný výraz, žargon, nebo frázi, které nerozumím...
10. Popisuje-li mně sestra určitou část mého těla...
11. Vysvětluje-li nebo popisuje-li mně sestra nějaké vyšetření nebo výkon...
12. Odchází-li sestra z mého pokoje...

B. NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

13. Všimne-li si sestra, že mám bolesti...

14. Všimne-li si sestra, že mám obavy a strach...

a) Mimika

15. Mimika, nebo li pohyby tváře sestry

b) Oční kontakt

16. Oční kontakt sestry, nebo li pohled z očí do očí ...

17. Nevidím-li při komunikaci na sestru...

c) Dotek

18. Dotek sestry ...

d) Pohyby

19. Dělá-li sestra prudké pohyby...

PŘÍLOHA P 4 - KOPIE ŽÁDOSTI O UMOŽNĚNÍ VYKONÁNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Žádost

o umožnění vykonání výzkumného šetření v rámci závěrečné práce

Jméno a příjmení studenta/ky (žadatele/ky): Bc. Petra Velecká

Název školy/instituce: Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech

Název – téma závěrečné práce: Komunikace sester s pacienty s Parkinsonovou demencí

Vybrané pracoviště pro výzkumné šetření: Fakultní nemocnice Olomouc

Termín konání výzkumného šetření: 10. 2. - 31. 3. 2014

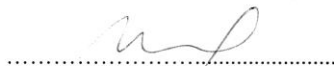
Prohlašuji, že výzkumné šetření bude provedeno dle zásad etiky výzkumu

Datum: 7. 2. 2014



podpis vedoucího závěrečné práce

Mgr. Romana Klášterecká, Ph.D.



podpis žadatele/ky (studenta/ky)

Bc. Petra Velecká

Kontakt na žadatele/ku (studenta/ku): pe.velecka@seznam.cz

Vyjádření pracoviště s provedením výzkumného šetření:

Souhlasím bez připomínek

Souhlasím po doplnění

Nesouhlasím

Datum: 11. 2. 2014

Razítko a podpis:


Mgr. Světluše Fišarová
vedoucí Odboru nelékařské péče
Fakultní nemocnice Olomouc

Mgr. Martin Šamaj, MBA
náměstek nelékařských oborů
garant za projektové a strategické řízení
Fakultní nemocnice Olomouc

PŘÍLOHA P 5 - PEARSONŮV KORELAČNÍ KOEFICIENT

Correlations

		Profese	Míra komunikace
Profese	Pearson Correlation	1	-,303
	Sig. (1-tailed)		,066
	N	26	26
Míra komunikace	Pearson Correlation	-,303	1
	Sig. (1-tailed)	,066	
	N	26	26

Correlations

		Empatie	Míra komunikace
Empatie	Pearson Correlation	1	,243
	Sig. (1-tailed)		,115
	N	26	26
Míra komunikace	Pearson Correlation	,243	1
	Sig. (1-tailed)	,115	
	N	26	26