

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**Pedagogická fakulta**

**Katedra antropologie a zdravovědy**

Lucia Rajčániová

V. ročník – kombinované studium

Obor: Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy

**Etika komunikace v ošetrovatelské péči seniorů**

**Diplomová práce**

**Vedoucí práce: doc. RNDr. Lubomír Krejčovský, CSc.**

Olomouc 2010

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci napsala samostatně, pod odborným vedením doc. RNDr. Lubomíra Krejčovského, CSc. a konzultantky PhDr. et Mgr. Jitky Tomanové, Ph.D. a použila jen uvedenou literaturu.

V Olomouci dne.....2010

.....

Děkuji doc. RNDr. Lubomíru Krejčovskému, CSc. za odborné vedení diplomové práce a poskytnutí velmi cenných rad. Současně děkuji za výpomoc s formální úpravou práce.

Děkuji PhDr. et Mgr. Jitce Tomanové, Ph.D. za odbornou konzultaci diplomové práce, poskytnutí cenných rad a materiálových podkladů.

## Obsah

<b>1. Úvod .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Cíle a úkoly práce .....</b>	<b>7</b>
2.1. Hlavní cíl práce .....	7
2.2. Dílčí úkoly práce.....	7
<b>3. Teoretické poznatky .....</b>	<b>8</b>
3.1 Etika obecně.....	8
3.2 Historický vývoj etiky .....	10
3.3 Ošetrovatelská etika.....	13
3.3.1 Historie ošetrovatelské etiky.....	14
3.3.1.1 Počátky ošetrovatelské etiky.....	14
3.3.1.2 Vývoj ošetrovatelské etiky.....	15
3.3.1.3 Zrod Československého ošetrovatelství.....	16
3.3.2 Etické jednání v ošetrovatelství .....	17
3.3.3 Etika a právo v ošetrovatelství.....	18
3.4 Komunikace .....	19
3.4.1 Sociální komunikace.....	19
3.4.2 Verbální komunikace .....	20
3.4.3 Neverbální komunikace .....	22
3.5 Etika komunikace zdravotních sester se seniory .....	25
3.5.1 Stáří.....	25
3.5.1.1 Příprava na stáří .....	27
3.5.1.2 Biologické stárnutí.....	28
3.5.1.3 Psychické stárnutí .....	29
3.5.1.4 Umírání a smrt .....	30
3.5.2 Komunikace v ošetrovatelské péči seniorů.....	32
3.5.2.1 Faktory ovlivňující komunikaci zdravotních sester se seniory.....	33
3.5.2.2 Časté chyby v komunikaci se seniory.....	35
3.5.2.3 Jak komunikovat se seniory? .....	37
3.5.2.4 Komunikace s umírajícím.....	38
3.5.2.5 Komunikace s příbuznými seniorů .....	39

<b>4. Metodika práce .....</b>	<b>41</b>
4.1 Charakteristika probandů.....	41
4.2 Charakteristika nemocnic .....	41
4.3 Metodika a organizace výzkumu .....	42
4.4 Statistické zpracování dat .....	44
4.4.1 Statistické zpracování dat nemocnice Český Těšín, a.s.....	44
4.4.2 Statistické zpracování dat nemocnice Třinec-Podlesí, a.s. ....	46
<b>5. Výsledky.....</b>	<b>49</b>
5.1 Dotazník část A.....	50
5.1.1 Výsledky dotazníku části A .....	51
5.1.2 Shrnutí výsledků části A .....	64
5.2 Dotazník část B .....	64
5.2.1 Výsledky dotazníku části B .....	66
5.2.2 Shrnutí výsledků části B .....	80
5.3 Dotazník část C .....	81
5.3.1 Výsledky dotazníku část C .....	82
5.3.2 Shrnutí výsledků části C .....	88
5.4 Diskuse.....	89
<b>6. Závěr .....</b>	<b>91</b>
<b>7. Souhrn, Summary .....</b>	<b>94</b>
<b>8. Literatura .....</b>	<b>96</b>
8.1 Použitá literatura .....	96
8.2 Internetové odkazy.....	98
<b>9. Přílohy</b>	
9.1 Příloha 1. Práva pacientů	
9.2 Příloha 2. Kodex sester	
9.3 Příloha 3. Florence Nightingalová	
9.4 Příloha 4. Alice Masaryková	
9.5 Příloha 5. Dotazník	
<b>10. Anotace</b>	

# 1. Úvod

Téma diplomové práce má přiblížit problematiku komunikace zdravotních sester s hospitalizovanými seniory. Senioři obecně jsou spolu s dětmi a mentálně znevýhodněnými občany nejvíce ohroženou skupinou ve společnosti. Často se stávají terčem psychického v horším případě fyzického násilí. Je to způsobeno tím, že senioři působí bezbranným dojmem v důsledku vyššího věku, zhoršených kognitivních funkcí a obranných reakcí.

Téma diplomové práce jsem si zvolila z toho důvodu, že je mi blízké. Pracuji jako zdravotní sestra na Kardiochirurgické jednotce intenzivní péče 9 let. Klienty tvoří z velké části právě senioři.

V současné době zvládají zdravotní sestry v nemocnicích velké množství odborné práce. Perfektně ovládají obecné ošetrovatelské postupy, přípravu a provádění odborných ošetrovatelských výkonů. Nedílnou součástí jejich náplně práce je dokumentace, které je v posledních letech opravdu hodně. Každá činnost se musí naplánovat, zapsat, nejlépe odlišnou barvou, aby byla dokumentace přehledná. Právě množství práce, odborných úkonů, nedostatek času na osobní, empatický kontakt s klientem je hlavní příčinou neetické komunikace s klienty obecně. Ať už se jedná o komunikaci verbální či neverbální.

Cílem diplomové práce je zjistit, které evalvační a devalvační prvky se nejčastěji vyskytují v komunikaci zdravotních sester z pohledu hospitalizovaných klientů. Jejich míru zátěže na ně v případě devalvačních prvků, míru příjemnosti v případě evalvačních prvků. Výzkum byl prováděn v nemocnici v Třinec-Podlesí a. s. a nemocnici v Českém Těšíně, a.s., kde většina zdravotních sester, ale i místních klientů používá v komunikaci slezské nářečí. Předpokládáme, že pro klienty jiných okresů může toto nářečí působit v komunikaci devalvačně. Na tento problém je zaměřena poslední část výzkumného dotazníku.

Práce je rozdělena na část teoretickou, která se zamýšlí nad pojmy etika, ošetrovatelská etika a jejich historií. Přibližuje stáří jako přirozený biologický proces, který čeká každého z nás se svými negativy, ale i pozitivy. Hledá faktory, chyby, ovlivňující komunikaci zdravotních sester se seniory. Současně nabízí možnosti, jak vhodně s nimi komunikovat a čeho se v komunikaci vyvarovat. V praktické části jsou analyzovány výsledky dotazníkového průzkumu.

## **2. Cíle a úkoly práce**

### **2.1. Hlavní cíl práce**

- zjistit úroveň komunikace zdravotních sester z pohledu hospitalizovaných seniorů

### **2.2. Dílčí úkoly práce**

- zjistit, které evalvační prvky se v komunikaci zdravotních sester nejčastěji vyskytují z pohledu hospitalizovaných seniorů (v dotazníku položky A11 - A20)
- zjistit, které devalvační prvky se v komunikaci zdravotních sester vyskytují nejčastěji z pohledu hospitalizovaných seniorů (v dotazníku položky A1 - A10)
- zjistit, které evalvační prvky vnímají hospitalizovaní senioři jako nejpříjemnější (v dotazníku položky B11 - B20)
- zjistit, které devalvační prvky v komunikaci vnímají hospitalizovaní senioři jako nejvíc nepříjemné (v dotazníku položky B1 - B20)
- zjistit, zda slezské nářečí působí jako devalvační prvek v komunikaci zdravotních sester a hospitalizovaných seniorů (v dotazníku položky C1 - C7)
- na základě výsledků analýzy uvést doporučení pro ošetrovatelskou praxi

## 3. Teoretické poznatky

### 3.1 Etika obecně

Pojem **etika** vychází z řeckého slova **ethos**, což v překladu znamená mrav, obyčej. Proto můžeme definovat etiku jako vědu o mravnosti, vědu o mravním jednání, které je v lidském životě správné a vede k lepšímu životu (Bureš, 1991).

Předmětem etiky je morálka, kterou můžeme charakterizovat jako soubor příkazů a mravních norem, které jsou ve společnosti dodržovány, o kterých se ve společnosti nediskutuje, protože jsou součástí běžného života každého z nás, např. zapnutí bezpečnostního pásu v autě (právní normy), podání ruky při pozdravu (zvykové normy), uvolnění místa seniorům v dopravním prostředku (mravní normy). Mravní normy vyplývají z chápání určitých mravních hodnot a jejich hierarchie. Mravní hodnoty jimiž se v životě společnost řídí, neustále podléhají vnější (sociální) a vnitřní (svědomí) kontrole. Děje se tak historicky od počátku lidstva. Každá kultura v minulosti i současnosti má svá pravidla a normy, která považuje za správné. Přijetím norem, zvyků, ideálů, obyčejů jedincem posiluje jeho identitu vůči společnosti, v níž žije (Jankovský, 2003).

Anzenbacher (1994, s. 13-16) říká: „Morálku v běžné řeči vystihuje mnoho slov, tzv. mravní slova (dobré - špatné, spravedlivé - nespravedlivé, věrnost - zrada). Těmto slovům rozumíme a běžně je používáme. Současně předpokládáme, že jim rozumí a požívají je i ostatní lidé. Mluvíme o *předporozumění mravní skutečnosti*. Díky předporozumění máme konzistentní a shodné vědění o významu mravních slov, ty se stávají komunikativní a můžeme používat mravní jazykové hry“.

Prvky předporozumění (Anzenbacher, 1994):

- **mravní hodnocení** – prvotně hodnotíme vlastní jednání i jednání druhých osob jako dobré nebo špatné, schvalujeme jej nebo odmítáme. Druhotně mravně posuzujeme i osoby, říkáme, že jsou dobré - špatné, svědomité - nesvědomité. Sociální útvary, např. poměry v instituci, jsou taky výsledkem jednání a mohou být utvářeny jednáním. Mravní hodnocení se týká vždy něčeho specificky lidského.
- **svědomí** – hodnotíme-li jednání druhých předpokládáme, že ví, co je dobré, a proto dobro koná. Ví taky co je špatné, a proto se zlu vyhýbá. Toto uvědomění si dobra a zla a jednání podle tohoto uvědomění označujeme jako svědomí.



- **dobrovolnost** – při mravním hodnocení druhých vycházíme z toho, že se ostatní svobodně, dobrovolně rozhodli pro určité jednání, i když mohli jednat jinak. Na základě toho sebe a ostatní chválíme, kritizujeme, pokládáme za vinné, nevinné.
- **odpovědnost** – odpovědní za své činy jsme v té chvíli, kdy rozumně ospravedlníme své jednání, proč jsme jednali takovým způsobem.
- **sociální zřetel** – morální posuzování osob a činů se týká vztahu vlastních potřeb a zájmů k potřebám a zájmům druhých lidí. Vychází z uvědomění si, že:
  - a) všichni lidé jsou si rovnocenní
  - b) každý člověk má své vlastní potřeby a zájmy
- **vlastní hodnota** – mravní hodnocení člověka se liší od jiných vlastností (inteligentní, vzdělaný, zámožný). Úzce se dotýká hodnoty a důstojnosti člověka ve vztahu k druhým.

## 3.2 Historický vývoj etiky

Již od svého vzniku lidstvo hledalo vysvětlení nad nevysvětlitelnými jevy, kterým chtěli „přijít na kloub“, zajímali se o svou budoucnost a osud. Tyto začátky lidského bádání, vysvětlování si jevů nazýváme tzv. mýtické období. Je to doba uctívání bohů, jejichž moc se projevovala a cítila v běžném životě člověka. Mýty se předávaly z generace na generaci, neměly vlastního autora a vyprávěly se ve formě eposů (Jankovský, 2003).

Rozvoj etiky jde ruku v ruce s rozvojem řecké filosofie do 6. stol. př. n. l. Slovo **filosofie** je odvozeno z řeckého *filó* (miluj) a *sofia* (moudrost). V současné době je definována jako **ucelený světový názor**. Ze starověké filosofie se oddělily mladší vědní disciplíny (matematika, dějepis, lékařství), které se zabývají určitými problémy, zatímco filosofie se zabývá problémy obecně. Jednotlivé vědní disciplíny využívají poznatky obecné filosofie a naopak (Jankovský, 2003).

Historický vývoj pojetí etiky závisel na společenských poměrech, filozofických názorech a školách v daném období. Etika jako vědní obor se zrodila v antickém Řecku, kde byla součástí učení všech starořeckých filozofických škol. Učení těchto škol vycházelo z přesvědčení, že cílem lidského snažení je **eudaimonie** (osobní štěstí). Tyto školy jsou nazývány **eudaimonické**.

Patřily zde školy:

- Milétská škola – její stoupenci hledali pralátku jako jediný počátek všeho. Hlavním představitelem byl Hérakleitos z Efezu (Bureš, 1991).
- Kyrénská škola – stoupenci této školy viděli smysl života v prožívání slasti, kterou má člověk ovládat, ne být jí ovládán. Hlavním představitelem byl Aristippos z Kyrene.
- Cynická škola – hlavní podmínkou štěstí je skromnost. Její stoupenci odmítali rozkoš a rodinné svazky. Hlavním představitelem byl Antisthénés.
- Epikurejská škola – příznivci epikurejské školy věřili, že vše je hmotné a pomíjivé, proto je třeba užít si slasti ve formě fyzického a psychického klidu, zdraví, vyloučení bolestí. Hlavním představitelem byl Epikuros.
- Stoická škola – stoikové tvrdí, že smyslem života každého člověka je život ve shodě s přírodou, tzv. ctnost. Tvrdí, že v naší moci jsou pouze naše prožitky a naše duše. Vše ostatní (naše tělo, sláva, zdraví, bolest) není v naší moci, jsou nepodstatné. S tím souvisí stav ataraxia (duševní klid) jehož dosáhneme, když budeme lhostejní ke všemu co přichází z vnějšku. Hlavním představitelem byl Zenon z Kytie.

- Sokratova škola – Sokrates tvrdí, že existuje jednání, které je dobré, a proto musí být dodržováno. Toto jednání nazývá dobrem. Jednání se nemusí shodovat s jednáním společnosti. To, co je dobré, je třeba realizovat. Byl přesvědčen, že člověk nemůže nekonat dobro, pokud ho zná. Sokratovo učení po jeho smrti učil Platón. Sokratovým a Platónovým žákem byl Aristoteles jenž je považován za „otce logiky“. Tvrdil, že pro dosažení blaženosti musí člověk žít dobrým životem a dobře jednat.

Tyto etické školy se řadí k subjektivním etikám. Je to **eudaimonismus egoistický**, který zdůrazňuje jednotlivce jako kritérium mravního posuzování a jeho individuální blaženost bez ohledu na ostatní.

Mnohem později vznikaly **eudaimonismy altruistické (sociální)**. Braly v potaz blaženost vlastní, ale i druhých.

Mezi ně patřily:

- Empirická etika – 16. stol. n. l., zkušenostní etika. Zdůrazňovala předpoklady lidského jednání a jejich platnost. Logicky zde byla omezena svoboda, dobrovolnost lidského jednání, rozlišování dobra a zla nemá smysl. Právě tím se liší od prvků předporozumění. Hlavní představitelé jsou F. Bacon, J. Locke.
- Utilitaristická etika – největší štěstí pro co největší počet lidí. Hlavním smyslem této etiky je dosahování užitku pro jednotlivce a společnost. Představitelé utilitaristické etiky byli J. Bergam, J. S. Mill. Tato etika vychází z těchto principů:
  - princip důsledků – jednání musíme posuzovat ne podle záměru, ale podle důsledků
  - princip hédonismu – dobrem samo o sobě je libost a štěstí, zlem je utrpení a bolest
  - princip užitečnosti – užitečnost a prospěšnost následků je kritériem pro posuzování jednání (milosrdná lež)
  - sociální princip – mravně dobré jednání je to, které zajistí dobro co největšímu počtu jedinců
- Pragmatická etika – 19. stol. n. l., mravné jednání je to, jehož výsledek je prakticky účelný, zkušenost potvrdí kladný výsledek. Hlavní představitelé W. James, J. Dawey.
- Kantova etika kategorického imperativu – klade důraz na lidskou morální autonomii. Zdrojem morálky je rozumový zákon bez ohledu na lidské sklony, motivy libosti a nelibosti. Kategorický imperativ neváže příkaz na žádný další účel, např.: Nesmíš lhát! Je třeba se učit! Lidská morálka je podle Kanta autonomní a člověk svobodná

bytost plnící mravní zákon uložený mu rozumem. Představitelem této etiky byl I. Kant.

- Náboženská etika – hledá etické principy na základě náboženského přesvědčení. Charakteristickým znakem náboženství je zbožnost, posvátnost. Je nazývána **transcendentální etika**, protože vidí nejvyšší hodnoty lidského života v „nejvyšším cíli“, ke kterému směřuje veškeré lidské počínání a kterému se zodpovídáme za své jednání.
- Křesťanská etika – má nejvyšší postavení u nás. Jejím principem je víra v jediného Boha, láska k němu a bližnímu. Hlavní požadavky na jednání a chování křesťanů jsou zapsány v Desateru přikázání, jehož dodržování má zaručit věčnou blaženost po smrti. Jedním z představitelů byl A. Aurelius – sv. Augustin (Goldman, Cichá, 2004).

### 3.3 Ošetrovatelská etika

Odbornou ošetrovatelskou péči provádějí středoškolsky nebo vysokoškolsky vzdělané zdravotní sestry, porodní asistentky nebo jiní odborně vzdělaní pracovníci.

Práce zdravotních sester zahrnuje péči o klienty všech věkových skupin, různých náboženských vyznání, kulturních odlišností. Tyto skutečnosti musí zdravotní sestry ve své práci respektovat bez zaujatosti a vlastního přesvědčení. To vše v kombinaci s nemocí a jejími nepříjemnými příznaky a momentálním psychickým rozpoložením hospitalizovaných klientů. Na druhé straně hraje důležitou roli momentální nálada, zdravotní a tělesný stav zdravotních sester, vztahy v kolektivu a vztah k práci. To vše může aktuálně ovlivnit péči zdravotních sester o klienty.

Ošetrovatelství spojuje profesionalitu s humanizačními nároky, protože nemocní jsou ohrožení na životě, nesoběstační a závislí na pomoci druhých. Proto můžeme říct, že předmětem ošetrovatelské etiky je holistická péče o klienty, která vede ke zlepšení jejich zdravotního stavu a života (Fišerová, rok neuveden).

Cíle ošetrovatelské etiky vycházejí z cílů programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny do 21. století“ a profesionální role zdravotních sester.

Cíle ošetrovatelské etiky (Fišerová, rok neuveden, s. 11):

- humanizace mezilidských vztahů mezi zdravotní sestrou a nemocným, mezi zdravotními sestrami, lékaři a zdravotními sestrami, ošetřujícím personálem a příbuznými nemocných
- usměrněné chování a jednání při profesionálních ošetrovatelských úkonech, se záměrem porozumět člověku, pochopit tíživost jeho situace a podle možností mu pomoci
- vhodným způsobem usilovat o uspokojení terapeutických, psychických, sociálních, kulturních, duchovních a jiných potřeb nemocných.

Těchto ošetrovatelských cílů dosáhneme pouze systematickou péčí o nemocné, kterou zajišťují zdravotnická, sociálnězdravotnická zařízení a následná kvalitní domácí péče.

### 3.3.1 Historie ošetrovatelské etiky

#### 3.3.1.1 Počátky ošetrovatelské etiky

U zrodu ošetrovatelské etiky stála Florence Nightingale (Příloha 3), která zformulovala první etické zásady ošetrovatelek v přístupu k nemocným. Snažila se prosadit ošetrovatelství jako autonomní povolání. Ve své knize *Notes on Nursing* (1860) zdůrazňuje vlastnosti sester jako jsou důvěryhodnost, spolehlivost, svědomitost, střídmost a počestnost. Měly by mít úctu ke svému povolání, protože dar života je plně vložen do jejich rukou (Kutnohorská, 2007).

Přestože byla z vlivné anglické rodiny, nikdy se neprovdala. Svůj život obětovala nemocným a péči o ně. V roce 1853 se stala vedoucí Ústavu pro péči o nemocné šlechtičny v Londýně. Proslavila ji péče o raněné vojáky během Krymské války, které navštěvovala i v noci. Proto byla nazývána „paní s lampou“. Starala se i o sociální pohodu raněných vojáků. Měla zásluhu na tom, že dostávali nemocenské dávky. Zavedla systém, který umožnil vojákům posílat peníze domů svým rodinám. Díky její zprávě z války o stavu vojenských nemocnic zřídila vláda dvě vojenské nemocnice s koupelnami, jídelnou, kuchyní, kotelnou, pekárnu, vlastní pracovnou sester, záchody a ventilací, což nebylo v té době běžné. Byla konzultantkou pro péči o raněné a nemocné vojáky v občanské válce v USA, francouzsko-pruské válce, ve válce v Egyptě, Súdánu a Jižní Africe. Její nejznámější publikací jsou *Zápisky o ošetrovatelství a Zápisky o šestinedělí v nemocnici*. Byla iniciátorem a hlavním organizátorem Britské asociace sester (1887) ([www.nemjbc.cz](http://www.nemjbc.cz)).

### 3.3.1.2 Vývoj ošetrovatelské etiky

S rozvojem ošetrovatelství se ošetrovatelská etika dále rozvíjela. V 19. století byly sestry zcela podřízeny lékařům a jejich činnost vycházela čistě z jeho instrukcí a ordinací. Práce zdravotních sester vycházela čistě z poslušnosti a loajálnosti k lékaři. Loajalita zdravotních sester vůči lékaři posilovala víru nemocného v lékaře a tím i posílení a udržení zdraví. Náznak pochyb zdravotních sester vůči lékařovým rozhodnutím mohl způsobit pacientovu nedůvěru a tím i zhoršení zdravotního stavu. Aby se tomu zabránilo, zdravotní sestry poslušně plnily příkazy lékařů a jejich ordinace. Loajalitu sestry zachovávaly, i když se lékař mýlil. Zdravotní sestry s nemocnými neprobíraly ani medicínské záležitosti z důvodu možného nedorozumění nebo pochybám ze strany nemocných. Během 19. století vznikaly první etické kodexy, které charakterizovaly etické vlastnosti zdravotních sester. Těmi se řídily jak v profesním životě, tak v životě soukromém. Vlastnosti jako trpělivost, křesťanská láska, loajálnost, čistota, víra, odvaha, bezúhonnost, obětavost, spravedlnost a moudrost musela mít každá žena, která chtěla být dobrou zdravotní sestrou. Studentky byly vychovávány přísně s vojenskou disciplínou v souladu s etickým kodexem. Ty, jejichž soukromý život byl nepřikladný, byly ze studia vyloučeny.

Teprve ve 20. století po 2. světové válce se vznikem feministických hnutí dochází k většímu ocenění ženských profesí. Se zvyšujícími se nároky na zdravotní a ošetrovatelskou péči dochází k osamostatňování se zdravotních sester z vlivu lékaře. Zvyšuje se úroveň vzdělání zdravotních sester, je jim umožněno vysokoškolské vzdělání, odborné kvalifikační kurzy. Díky ošetrovatelskému výzkumu a odbornému výzkumu vznikají nové poznatky, ošetrovatelské teorie a modely. Postavení zdravotních sester se stává v medicíně čím dál více autonomní. V dnešní době mají jiné kompetence než před 100 lety. Jsou více samostatné, jsou schopny se v určitých případech a v rámci možností samy rozhodovat, současně jsou za své činy a rozhodnutí plně odpovědné. Vztah zdravotních sester a lékařů je na partnerské úrovni (Lemon 3, 1997).

Sestra svým souborem hodnot, norem a motivů, které mají být respektovány, stojí často někde mezi protichůdnými hledisky a očekáváními. Měla by se s tím samostatně vypořádat, ale k tomu je nezbytná spolupráce s ostatními a jejich pochopení, což není jednoduché a vede často k silnému pocitu bezmoci (Lemon 3, 1997. s. 24-25).

### **3.3.1.3 Zrod Československého ošetřovatelství**

Základy československého ošetřovatelství položila Alice Masaryková (Příloha 4). V roce 1919 založila Československý červený kříž (ČSČK), kde byla dvacet let předsedkyní a také Vyšší sociální školu. Zde se vzdělávali pracovníci pro práci v terénu. Od roku 1920 spravovala Českou ošetřovatelskou školu, aktivně podporovala vzdělání ošetřovatelek a financování školy ([www.czech.cz](http://www.czech.cz)).



### 3.3.2 Etické jednání v ošetrovatelství

Chce-li zdravotní sestra vykonávat svou práci s láskou, má mít i vlastnosti, na které nesmí zapomenout při péči o nemocné. Tyto vlastnosti se formují v každém z nás od útlého věku v rodině, ve škole, v kolektivu až do dospělosti, kdy je přenášíme do své profese a soukromého života. Z etického hlediska jsou u zdravotních sester klíčovými vlastnostmi schopnost komunikace a empatie.

Komunikace má být vstřícná, s opravdovým zájmem, kdy sestra s taktem a srozumitelnou formou informuje, dokáže se zájmem a empatií vyslechnout nemocného. Samozřejmostí jsou pozdrav a poděkování.

Empatií máme na mysli vcítění se do problému druhého. To neznamená plakat, když pláče nemocný, smát se, když se směje on. Vcítění se znamená projevit zájem o problém nemocného na profesionální úrovni, snažit se pochopit, proč se cítí momentálně špatně, snažit se najít společné možné řešení problémů (Fišerová, rok neuveden).

Mnozí autoři se opírají o sedm vlastností, které má mít zdravotní sestra (Goldman, Cichá, 2004):

- znalosti a dovednosti - sestra má mít kvalifikované vzdělání a to dále prohlubovat. Musí umět spojit teorií s praxí.
- trpělivost – sestra má být trpělivá v komunikaci, v provádění ošetrovatelských úkonů, které jsou mnohdy zdlouhavé
- schopnost víry – nemyslíme tím náboženskou víru, ale víru v uzdravení nemocného, ve zlepšení jeho zdravotního stavu
- poctivost – dobrá sestra nepodvádí. Svou práci provádí přesně podle ordinací lékaře, podle standardů ošetrovatelské péče. Nevynechá žádný úkon v péči o nemocného, ať už je odborný (aplikace injekce), nebo obecný (očista dutiny ústní) jen z důvodu, že se jí nechce.
- skromnost – sestra se nikdy nepovyšuje, i když je v postavení nadřízeného, má vyšší vzdělání. Současně je šetrná, neplýtvá materiálem, vždy s ohledem na nemocné.
- naděje – sestra svým optimismem dokáže povzbudit pacienty i v náročných situacích
- odvaha – dobrá sestra jedná vždy ve prospěch nemocného. Své jednání umí obhájit a je za něj odpovědná. Uznává autoritu, postavení nadřízených, ale ne slepě. Je-li to ku prospěchu nemocného, jedná i přes posměch ostatních kolegů (Haškovcová, 2000).

### 3.3.3 Etika a právo v ošetrovatelství

Etické požadavky na práci zdravotních sester jsou v České republice a jiných zemích vyjádřeny v Etických kodexech sester. První etický kodex zabývající se tímto tématem je „Promise“ vypracovaný Florence Nightingelovou v roce 1893. Etické kodexy slouží ošetrovatelskému personálu k sebekontrolě své práce, popisují skutečnost, že sestry chápou důvěru, kterou k nim nemocní mají a přijímají odpovědnost, která z ní vyplývá, poskytují směrnice profesionálních vztahů. Popisují postavení sestry ve vztahu k nemocnému jako jeho zástupkyni, která obhajuje jeho práva. Současně vyjadřují postavení sester ke spolupracovnícům jako kolegyním, k ošetrovatelské profesi jako loajální zaměstnankyně a ke společnosti jako zástupkyně zdravotnických služeb (Lemon 3, 1997).

Mezinárodní rada sester přijala v roce 1953 Kodex sester, který byl v roce 1982 upraven a dodnes slouží jako mezinárodní návod k etickému chování sester (Příloha 2). Vychází z něj všechny národní a lokální kodexy.

Nejen etické kodexy řídí činnost zdravotních sester a vůbec zdravotního personálu. Z části ji ovlivňují i Práva pacientů. Ta jsou jakousi morální zárukou, že s nemocným bude zacházeno s úctou a důstojností. Dávají nemocnému možnost se rozhodovat o možných vyšetřeních, léčebných úkonech. Vyjadřují rovnocenný vztah nemocný - ošetřující personál. Nemocný již není bytost podřízená lékaři, která musí poslouchat jeho příkazy. V roce 1990 podala Haškovcová návrh Centrální etické komisi, aby byl i u nás vypracován a zveřejněn etický kodex práv pacientů. Dne 25. 2. 1992 CEK MZ ČR (Centrální etická komise ministerstva zdravotnictví České republiky) definovala a zveřejnila definitivní verzi Práv pacientů (Haškovcová, 1994; Haškovcová, 1996), (Příloha 1).

## 3.4 Komunikace

### 3.4.1 Sociální komunikace

Člověk je společenská bytost. Žije ve společnosti, jíž je součástí a k životu s ostatními lidmi potřebuje informace sdělovat a naopak od jiných informace přijímat. Komunikaci využívá v rodině, v práci, při zábavě a jiných běžných denních činnostech. Je součástí procesu socializace a personalizace. Socializací rozumíme začleňováním jedince do společnosti. Procesy, které utvářejí osobnost jako jedinečnou bytost, nazýváme personalizace (Kristová, 2004).

Jednotlivé složky v komunikaci jsou:

- komunikátor – člověk, který informace sděluje jedné osobě, skupině lidí
- komunikant – člověk, kterému sdělovaná informace patří
- komuniké – obsah zprávy, informace. Jsou to myšlenky, názory, emoce postoje, potřeby.
- komunikační kanál – je cesta, kterým je informace přenášena. Dělíme ho podle toho, zda při sdělování a přijímání informací dochází k přímému kontaktu a to na bezprostřední a na zprostředkovaný.
  - zprostředkovaný komunikační kanál zajišťuje přenos informací bez přímého kontaktu komunikátora a komunikanta. Cesta přenosu informací je telefonická (telefon), písemná (dopis), vizuální (letáky, nástěnky), audiovizuální (audiokazety), elektronická (internet).
  - bezprostřední komunikační kanál zajišťuje přenos informací přímým kontaktem komunikátora s komunikantem. Může být verbální, neverbální, skutky, činy.

Součástí komunikace je zpětná vazba. Bez ní by nebyla komunikace smysluplná. Pomocí ní zjišťujeme, zda nám komunikant porozuměl, jak přijal sdělenou informaci. Komunikace probíhá v kontextu, určeném významem verbálních a neverbálních informací. Znamená to, že ta samá slova a gesta mohou znamenat něco jiného, pokud je používáme v odlišných souvislostech (Kristová, 2004. s. 15-16).

Člověk používá tři druhy komunikace: verbální, neverbální a paralingvistickou.

### 3.4.2 Verbální komunikace

Verbální (slovní) komunikace znamená dorozumívání se slovy nebo jinými znaky jazykového systému (Vybíral, 2005. s. 106). Patří sem i samomluva, mluvená řeč v záznamníku, diktafonu apod. Verbální komunikaci doplňuje paralingvistická komunikace, což je akustika mluveného slova, která doplňuje smysl a význam řečového projevu. Mezi paralingvistické projevy patří srozumitelnost řeči, stylistika, síla hlasu, intonace, výšková poloha hlasu, rychlost slovního projevu, pomlčky.

Verbální komunikaci spoluvytvářejí (Venglářová, 2006):

- situační kontext – je to situace, za níž komunikace probíhá. Při rozhovoru zdravotní sestry může být komunikace ovlivněna strachem, bolestí nebo aktuálními mentálními schopnostmi nemocného.
- vnitřní dispozice jedince – každý člověk je osobnost. Individuální je i naše schopnost komunikace, které se učíme v rodině a používáme ji během života.
- motivace komunikovat – zvláště v ošetrovatelské péči si vyžaduje komunikace ochotu a zájem komunikovat. Dáme-li hned na začátku najevo nezájem o komunikaci, její rozvoj a následná spolupráce s nemocným bude velmi problematická.

Řeč má několik funkcí. **Informační funkce** pomáhá informovat komunikanta o něčem. Předává zprávu, zpřesňuje informace. **Instruktažní funkci** využíváme při popisu nějaké činnosti, kterou chceme druhého naučit. **Persuazivní funkci** využíváme, chceme-li někoho přesvědčit o něčem, co je pro něj důležité. Příkladem může být zdravotní sestra vysvětlující nemocnému s diabetem, proč je nutné dodržovat dietní režim. **Sbližovací a utužující funkce** pomáhají vytvářet vztah mezi osobami. Nemusí to být intimní vztah mezi mužem a ženou, ale důvěrný vztah mezi zdravotní sestrou a nemocným, kamarádský vztah mezi dvěma přáteli. Každý vztah je nadále rozvíjen a utužován vzájemnou spoluprací (Kristová, 2004).

V ošetrovatelské péči jsou pro dobrou komunikaci, navázání důvěrného vztahu a vzájemnou spolupráci s nemocným důležité určité komunikační dovednosti a to naslouchání, empatie, projev porozumění, výklad, zájem, podpora a rady (Kristová, 2004):

- Naslouchání – aktivní naslouchání znamená „slyšet“ osobní význam, který řeč pro mluvčího má a současně „slyšet“ i význam, který je za vědomým významem hovořícího (Vybíral, 2005. s. 123). Aktivním nasloucháním dáváme najevo,

že chápeme a rozumíme člověku, se kterým komunikujeme. Naslouchat můžeme třemi způsoby (Venglářová, 2006):

- ušima – slyšíme slova, tón řeči, její rychlost a pomlky
  - očima – vidíme výraz obličeje druhého člověka, postoj, gesta
  - srdcem – zapojujeme do komunikace emoce
- Empatie – vcítění se do emočního rozpoložení druhé osoby. Má složku emoční a racionální. Je důležitá v ošetrovatelské péči, kde nemocné doprovázejí bolest a strach. Zde zdravotní sestry mohou dát najevo, že s pacientem cítí. Nemohou vědět, jak velký strach a jak velkou bolest cítí, ale jsou s ním. Pokud je to vhodné, mohou jej chytit za ruku, pohladit. Pro rozvíjení empatie je důležité se věnovat tomu, co nemocný říká, sledovat vlastní pocity během rozhovoru. Současně jsme k nemocnému tolerantní, nesoudíme ho a akceptujeme ho.
  - Projev porozumění – empatie nám pomáhá porozumět člověku, který nám něco sděluje. Porozumění dáváme najevo přikývnutím hlavy, zopakováním několika slovy, které nám druhý řekl ve formě otázky nebo jako konstatování, shrnutím sděleného obsahu ve zkrácené formě apod.
  - Výklad – provedený s citem a ve vhodnou chvíli pomáhá nemocnému objasnit souvislosti a vztahy, kterých si nebyl vědom. Pomáhá mu porozumět sobě a jeho situaci (Beran, 1997. s. 24). Správně provedený výklad nemocného uvolní a navede ho ke spolupráci, naopak výklad provedený netaktně a v nesprávnou dobu může mít iatropsychoapatogenní<sup>1</sup> vliv.
  - Zájem, podpora – zájem o komunikaci dáváme najevo neverbálními prvky jako je přikývnutí hlavou, úsměv, navázáním očního kontaktu apod. Podpora je postoj důležitý v kritických životních situacích jako jsou například nemocní s onkologickým onemocněním. Je to postoj, který vyjadřuje, že jsme tady pro druhého.
  - Rady – rady v komunikaci využíváme opatrně. Zdravotní sestra může dát radu nemocnému při řešení somatických problémů, např. jaká jsou dietní opatření při určitých druzích onemocnění, jak dodržovat správnou životosprávu. Má o těchto informacích přehled a patřičné vzdělání. Rady pro psychologické problémy znamenají pomoc nemocnému zorientovat se v jeho životní situaci, aby sám našel řešení. Nedáváme hotové rady.

---

<sup>1</sup> **Iatropatogenie**- poškození pacienta lékařem. Vzniklo z řeckých slov **iatros**-lékař, **gennan**-tvořit. Pro poškození pacienta sestrou se používá výraz **sororigenie**. Základem je latinské slovo **soror**-sestra. Část **genie** je řecká. (Kutnohorská, 2007. s. 61).

### 3.4.3 Neverbální komunikace

Neverbální komunikaci nazýváme zjednodušeně řeč těla. Slovní komunikaci vnímáme ušima a přijímáme holá fakta. Neverbální komunikaci vnímáme očima, čichem a sluchem. Vyjadřujeme jí naše emoce, momentální psychické rozpoložení, postoje a nálady. Často ji používáme nevědomě k podpoření verbální komunikace. Je-li verbální a neverbální komunikace ve vzájemném souladu, jsou kongruentní. Jestliže verbálně sdělované informace nepodpoříme neverbální komunikací jsou ve vztahu inkongruentním (Venglářová, 2006).

#### Mimika

Dorozumívání mimikou označujeme jako řeč obličeje. Používáme k ní obličejové svaly. Horní částí tváře vyjadřujeme psychické napětí, dolní částí tváře zase pozitivní emoce. Mimikou sdělujeme i kulturní projevy (např. zdvořilostní úsměv) a instrumentální pohyby (výraz tváře při zívání) (Kristová, 2004. s. 28-29).

Mimikou vyjadřujeme primární lidské emoce:

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

#### Proxemika

Jde o komunikaci prostřednictvím vzdálenosti, kterou mezi sebou komunikující mají. Každý člověk má své teritorium, které určuje, odkud a kam je „můj“ prostor a kde je „tvůj“. Teritoriem je celková dynamika pohybu při komunikaci. Prostorovou vzdálenost, kterou zaujímáme při komunikaci, dělíme na horizontální a vertikální. **Horizontální rovinu** měníme odstoupením od druhého při komunikaci, čímž mu dáváme najevo nezájem, nesouhlas. Naopak, přiblížením ke druhé osobě během komunikace vyjádříme zájem o druhého. **Vertikální rovina** vyjadřuje vztah, který zaujímáme ke druhému podle úrovně výšky našich očí. Jsou-li naše oči výš než oči druhé osoby, působíme dominantně,

naopak, jsou-li naše oči níže, působíme submisivně. Rovnocenný vztah při komunikaci vyjádříme pouze, když jsou naše oči v jedné rovině.

Proxemické zóny:

- intimní: 10-30 cm,
- osobní: 30-120 cm,
- sociální (společenská): 120-360
- veřejná: 3,6-7,6 m (Kristová, 2004. s. 26).

## **Haptika**

Komunikace pomocí dotyků. V sociální komunikaci se jedná nejčastěji o stisk ruky. Pomocí něj se seznamujeme, vítáme, zdravíme. Vyjadřujeme jím postoj k druhé osobě jako dominance, submisivita a rovnost.

Zásady pro správné podání ruky:

- čistá ruka
- úsměv (5 sekund)
- zrakový kontakt
- správný způsob podání ruky
- přiměřený stisk ruky
- přiměřená délka stisku ruky (6 sekund)
- vhodné postavení (tváří v tvář, horní polovina těla mírně předkloněná)
- přiměřená proxemika

Další prvky haptiky jsou objetí, letmý dotek, pohlazení, položení ruky na rameno i některé agresivní prvky jako pohlavek, píchnutí prstem, odstrčení.

V ošetrovatelské péči je haptika nejčastěji lokalizována na oblast hlavy, dlaň a hřbet ruky, rameno. Jde-li o místa intimní, je nutné o tom dopředu nemocného informovat.

## **Posturologie**

Řeč pomocí postoje lidského těla. Základní polohy posturologie - vestoje, vsedě, vleže. V sociální komunikaci je vhodné, když oba aktéři komunikace sedí. V případech jako nemocný - sestra je vhodné si k ležícímu nemocnému sednout na židli, zmírní se pocit dominance sestry snížením úrovně očí. Do posturologie patří naklonění těla, poloha hlavy, končetin.

## **Kinetika**

Komunikace pohyby celého těla, horních a dolních končetin, jednotlivých částí těla. Zahnuje rychlost, prostorovost, trvání, ohraničení, soulad pohybu.

## **Gesta**

Pohyby, kterými sdělujeme. Pomocí gest doplňujeme verbální projev a tím ho činíme srozumitelnější, nebo použijeme pouze gesto, když je považujeme za srozumitelnější než verbální projev. Gesta opět vycházejí z našeho vědomí, např. vztyčený palec charakterizuje naši spokojenost, úspěch. To jsou gesta vědomá. Gesta mohou vycházet také z našeho podvědomí, jsou to gesta nevědomá, např. zakrytí úst dítěte jestliže nám lhalo. Gesta však všichni lidé nechápu stejně. Zde nemáme na mysli odlišné kultury, ale lidé nemocní, s oslabenými kognitivními funkcemi, mohou chápat jednotlivá gesta odlišně. Je proto důležité vycházet z kontextu aktuální komunikace a situace .

## **Pohledy**

V sociální komunikaci nesmí chybět komunikace pohledem. Není nic nepříjemnějšího než situace, kdy je k nám komunikující otočen zády a hrabe se v papírech. Oční kontakt nemá být příliš dlouhý, mohl by vyvolat nejistotu, ale i příliš krátký vyjadřující opovržení. Nevhodné je zvedat oči „v sloup“. Naše oči komunikují zaměřením pohledu, četností pohledů, rozšířením či zúžením zorniček, mrkáním, tvarem a pohybem obočí. Pohyby očí jsou součástí kinetiky.

## **Úprava zevnějšku**

Vlastní vzhled člověka je jeho vizitkou. Nejedná se pouze o čistotu těla, oblečení, perfektní účes, manikuru, ale i o úpravu vnějšího prostředí např. pracovního místa, kanceláře. V nemocnici sestry udržují v čistotě lůžko nemocného, jídelní stůl, jeho pyžamo a samotného nemocného jako osobu. To vše přispívá k dobrému dojmu nemocných, ale i jejich příbuzných (Kristová, 2004).



## 3.5 Etika komunikace zdravotních sester se seniory

### 3.5.1 Stáří

Stáří je závěrečnou etapou lidského vývoje. Je přirozenou součástí života každého jedince a bývá doprovázeno různými tělesnými a psychickými změnami. Nelze přesně určit, kdy je člověk považován za starého, protože první příznaky stárnutí se projevují u každého jedince nerovnoměrně. Někteří lidé po sedmdesátém roce jsou čiperní, aktivní, mají své koníčky a záliby. Postrádají viditelné známky stárnutí jako jsou vrásky, šedivé vlasy, stařecké pigmentové skvrny na kůži. Mnohdy jsou nemocní, ale snaží se svou situaci brát s nadhledem a optimismem. Naopak jsou lidé, kteří jsou v padesáti letech unaveni životem, nic je nezajímá. Tvář mají posetou vráskami, vlasy jsou šedivé a prořídle. Proto je obtížné určit, kdy přichází to pravé stáří se svými pozitivy a negativy. Z části je to dáno dědičností, z části osobností a povahou člověka. Velký vliv mají i životní události, které nejsou vždy příznivé (Stuart-Hamilton, 1999).

Nejčastěji se lidský věk člení podle chronologického (kalendářního) věku (Čížková, 2005, s. 129, cit. podle Příhoda, Ontogeneze lidské psychiky):

- 1) senescence od 60 do 75 let
- 2) kmetství od 75 do 90 let
- 3) patriarchum od 90 let

Toto členění stáří na etapy vysvětluje rozdílnost tempa a intenzity involučních pochodů. V období senescence je organismus člověka ještě v relativně dobrém stavu. Bereme v úvahu zdravého člověka. Obranný schopnost člověka je na dobré úrovni. V období kmetství dochází k intenzivnějším involučním změnám, snižuje se i obranný schopnost organismu. V tomto období je patrný odklon od materiálních hodnot k duchovním, od extroverze k introverzi, od altruismu k egocentrismu. Patriarchum je období, kdy lidé přicházejí o své blízké, manžele, manželky, přátele. Je to období výrazné osamocení, rezignace a očekávání blízkého konce (Čížková, 2005).

Světová zdravotnická organizace (WHO) zavedla jednotně různé věkové stupně stárnutí (Čížková, 2005):

- 1) stárnoucí od 60 do 74 let
- 2) starý od 75 do 89 let

### 3) stařecký od 90 let

Se stářím souvisí stárnutí. Je to proces, který doprovází člověka od jeho narození až do smrti. Lidské tělo roste a dospívá do období dospělosti, poté se růst zastaví. První příznaky stárnutí můžeme pozorovat okolo třiceti let, kdy klesá síla svalů, kostní tkáň ztrácí svou pružnost, opotřebovává se chrup a ubývá vlasů (Čížková, 2005. s. 131). Stárnutí je rychlejší a viditelnější po šedesátém roce života. Můžeme ho rozdělit na stárnutí normální a předčasné. Předčasné stárnutí se vyskytuje u malé skupiny lidí a je důsledkem poruchy biologického vývoje, alkoholismu, užívání drog, dlouhodobého psychického a fyzického přetěžování člověka. Dochází k předčasnému řídnutí kostí, kornatění cév, šedivění, ztrátě vlasů a předčasné smrti člověka.

### 3.5.1.1 Příprava na stáří

Teorii výchovy a vzdělávání k přípravě na stáří se zabývá **gerontopedagogika**. Učí stárnoucí populaci jak se připravit na stáří a jeho příznaky. Podává informace o sociální a zdravotnické problematice ve stáří. Pomáhá stárnoucím vyrovnat se se stárnutím a spokojeně si ho užívat (Čížková, 2005).

Funkce gerontopedagogiky (Čížková, 2005):

- preventivní – zdůrazňuje začít s výchovou a vzděláváním ke stáří brzo, nejméně deset let před odchodem do důchodu, aby byla účinná
- anticipační – spočívá v podání takových rad, informací, znalostí, způsobů chování, které stárnoucího dobře na stáří připraví a usnadní proces stárnutí
- posilovací – klade za důležité najít si koníčka, zájmy, které geronta udrží ve stáří aktivního
- rehabilitační – nabádá udržet si vyvážený a plnohodnotný život i po odchodu do důchodu.

Výchova a vzdělávání ke stáří by měly začít asi kolem čtyřiceti let a v padesáti letech je vhodné připravovat stárnoucí lidi na ekonomické změny. Předpenzijní kurzy jsou vhodné nejméně dva roky před odchodem do důchodu.

S přípravou na stáří je vhodné zmínit pojem aktivní stáří. Aktivita totiž mobilizuje fyzickou a psychickou stránku osobnosti člověka. Staří lidé, kteří nemají žádné zájmy, koníčky ať už fyzické nebo psychické, mají sklon k uzavírání se do sebe, sebelítosti, přemýšlení nad chorobami, smrtí. Zhoršuje se jejich duševní prožívání, mají pocit osamocení, připadají si neužiteční a na světě bezvýznamní. Naopak senioři vykonávající po odchodu do důchodu nějakou zájmovou činnost, přiměřenou jejich věkovým schopnostem a dovednostem, si připadají užiteční ve společnosti. Jsou odolnější apatii, nepřemýšlejí nad každým „píchnutím“. Udržují sociální kontakty, jsou nuceni mnohdy navazovat nové přátelské vztahy a ty udržovat, to znamená i lépe dbát o svůj zevnějšek. Dá se říci, že tato skupina lépe snáší stáří s jeho pozitivními, ale i stinnými stránkami. Proto je vhodné, aby každý člověk už během života se na toto období připravil udržováním přátelských vztahů, zúčastňováním se společenských aktivit a pěstováním koníčků (Čížková, 2005).

### 3.5.1.2 Biologické stárnutí

Biologické stárnutí se projevuje opotřebením jednotlivých orgánových soustav a jejich sníženou funkcí, úbytkem jejich funkcí a vyčerpáním buněčných rezerv.

Nejčastějším příznakem je snížení tělesné hmotnosti a tím i změna tělesných proporcí. Současně s degenerativními změnami chrupavek a atrofií kostí dochází ke snížení výšky postavy. S těmito a dalšími změnami na pohybovém aparátu souvisí i zpomalená chůze, celkový pohyb, reakce starého člověka na různé podněty. Snižuje se činnost žláz s vnitřní sekrecí, elasticita orgánů, počet neuronů. Mění se vzhled kůže, která je suchá, tenká, svráštělá. Je snížen kožní turgor. Typickým příznakem jsou charakteristické pigmentace na nekrytých částech kůže. Dochází k řídnutí a vypadávání vlasů. Časté jsou poruchy spánku – insomnie, což je subjektivní pocit zhoršené kvality či délky spánku (Jarošová, 2006. s. 23). V oběhovém systému se objevuje ischemická choroba srdeční, která je častou příčinou infarktu myokardu. Srdce má snížené výkonnostní maximum. Plíce bývají postiženy v kombinaci s kardiovaskulárním onemocněním. Nepřehlédnutelný je fakt dlouhodobého kouření a jeho důsledky na funkci plic. Výraz obličeje seniorů se mění v důsledku vypadávání zubů a nošení zubní protézy. Objevuje se snížení čelisti a poklesnutí brady. Nos se postupně zašpičatuje, ztenčuje se horní ret a prodlužuje se ušní boltec. Dochází ke zhoršení činnosti smyslových orgánů jako sluchu, zraku, hmatu, chutí, čichu, zhoršení termoregulace a tím i zhoršení reakce na nové situace (Čížková, 2005).

### 3.5.1.3 Psychické stárnutí

Nejčastější psychickou změnou jsou poruchy rozumových schopností z důvodu organických změn centrální nervové soustavy. Projevují se zhoršením krátkodobé paměti, dlouhodobá paměť je zachována. Vyskytují se pomlky v řeči. To znamená, že senior nedokončí větu, vyprávění. Se zhoršením paměti souvisí narušení porozumění novým informacím. Schopnost učení je zhoršena. Starý člověk neztrácí schopnost se učit, ale tato schopnost se snižuje. Myšlení seniorů se vrací do minulosti, lpí na dříve osvojených úsudcích, ubývá nápaditost a abstraktní myšlení. Staří lidé jsou méně odolní vůči zátěžovým situacím z důvodu změn v nervové soustavě, ztrácí se orientace na budoucnost. Dochází k projevům osobnostních vlastností, které člověk ve středním věku života potlačoval. Příkladem může být měnící se šetrnost na lakotu, energičnost ve výbušnost apod. Změny zaznamenáváme i v emocionální oblasti. Senioři nebývají tak bezprostřední jako v mládí. Své místo ve stáří má i sexualita. Ta je mnohými mladými odsuzována, zvláště dětmi, které byly vychovány příliš pruděrně. Sexualita ve stáří jako samotný akt nemá velký význam, avšak pohlazení, něžné slovo přispívá k lepšímu sebehodnocení. Tělesná blízkost je výrazem něhy, citové blízkosti, poskytuje člověku pocit bezpečí. Častou překážkou sexuality bývá těžká nemoc nebo úmrtí partnera (Čížková, 2005).

### 3.5.1.4 Umírání a smrt

*„Smrt patří k životu tak jako narození. Chůze se uskutečňuje jak zvedáním, tak i pokládáním nohy.“*

*Rabíndranáth Thákur<sup>2</sup>*

Smrtí končí každý lidský život. Dříve bylo běžné, že lidé umírali doma v péči svých blízkých. V dnešní době je to spíše ojedinělý případ. Blízká rodina, která pečuje o umírajícího, bývá často pracovně zaneprázdněna, nedokáže se odborně postarat o umírajícího, nebo prostě nesnese pohled na mnohdy trpícího nemocného. Častými pocity pečující rodiny je bezmoc, zoufalství z toho, že nemohou pomoci. Mnohdy se objevuje i psychické a tělesné vyčerpání, vyžaduje-li péče o umírajícího neustálou přítomnost a péči. Musíme podotknout, že mnozí lidé v terminálním stádiu života mají porušené kognitivní funkce, mohou mít halucinace, které se projevují neustálým křikem, naříkáním, pády z lůžka při případném útěku nemocného. To vše a mnoho jiných faktorů je častou příčinou toho, že se příbuzní uchýlí k předání umírajících do ústavní péče. Je na zvážení každého z nás, má-li dost sil postarat se o umírajícího blízkého. Velmi důležitou se jeví potřeba, aby poslední dny života umírajících lidí byly spojeny s pocity lásky a sounáležitosti. Aby proces smíření se smrtí nezanechal negativní stopy u pozůstalých (deprese apod.).

Stáří a stárnutí je poslední etapou života člověka před smrtí. Jak uvádí Křivohlavý (2002. s.155) P. Tornier (1981) se domnívá, že přijetí (akceptace) stárnutí jako zcela přirozeného jevu v průběhu života člověka je nejlepší přípravou na přijetí smrti a umírání jako konečné fáze biologického života vůbec.

Lidé reagují na blížící se smrt různě. Elizabeth Kübler-Rossová popsala pět fází umírání (Jarošová, 2006):

1. šok, popření a izolace – žádný umírající si nechce připustit, že se smrt týká jeho. Přesvědčují se, že lékaři se spletli. Je to těžké období. Nemocní mohou odmítat léčbu, přestat komunikovat. Je důležité umírajícím dát čas na vstřebání této informace, ale současně být oporou v obzvlášť těžké chvíli.

---

<sup>2</sup> **Rabíndranáth Thákur** – bengálský básník, prozaik, dramatik, reformátor a filosof. Byl hlasatelem sblížení Východu a Západu, propagátorem indického kulturního dědictví, bojoval proti kolonialismu a válkám. V r. 1901 založil školu v níž spojoval Indické a Evropské kulturní tradice a výchovné metody. Chtěl sociální rovnost, stavěl se na stranu chudého rolnictva, odsuzoval kastovní systém (home.tiscali.cz).

2. zlost – je to stádium projevu hněvu, agrese proti tomu, co se děje. Lidé mohou být naštvaní na zdravé lidi, hledají si každou záminku, aby mohli dát najevo svou nespokojenost, např. málo slané jídlo, příliš teplý čaj apod.
3. smlouvání – pro toto stádium je charakteristické slibovat, dát vše za uzdravení. Objevuje se snaha smířit se s příbuznými.
4. deprese – období deprese se projevuje smutkem, uvědoměním si, že už nestihnu to, co jsem měl naplánované, pláčem. Důležité pro příbuzné je poskytnout umírajícímu emocionální podporu, i když je i pro ně toto období těžké.
5. přijetí (akceptace) – umírající si uvědomí, že smrt čeká každého člověka a nalézá vnitřní klid a mír. Často se snaží povzbudit své příbuzné, zařídí si poslední věci – co potřeboval, co měl v plánu.

Stádia umírání se individuálně mění. Některá se mohou opakovat. U každého z nás probíhají jinak intenzivně a dlouho. Záleží také na tom, zda umírá mladý člověk, který má rodinu, nezaopatřené děti nebo senior, který během svého dlouhého života ztratil své blízké, přátele. „Snáz“ se umírá člověku obklopenému blízkou rodinou, která mu je oporou než člověku osamocenému, jehož poslední dny života doprovázejí zdravotničtí pracovníci.

### 3.5.2 Komunikace v ošetrovatelské péči seniorů

Seniorský věk má svá úskalí v komunikaci s okolím. Je to dáno zhoršením smyslových funkcí, kognitivních funkcí, nemocí, egoisticky zaměřeným uvažováním. Chceme-li se seniory komunikovat měli bychom znát, jaké otázky si senioři kladou. Mají chuť si vůbec povídat? Ve většině případů ano. Zvláště senioři žijící aktivním životem jsou zvyklí na společnost. Blízkost a zájem druhé osoby potřebují i senioři osamocení, zvláště jsou-li hospitalizováni v ústavním zařízení. Pomineme-li zdravotnická témata v komunikaci zdravotních sester s hospitalizovanými seniory, zjišťujeme, že je zajímavá mnoho různých témat k rozhovoru. Co může seniory zajímat? Například otázky: Jak se vyrovnat se závěrečnou fází života, s myšlenkou na smrt, která nemusí být v brzké době, ale k seniorskému věku patří? Jak se vypořádat s úbytkem sil? Jak zvládnout odchod do důchodu a jaký smysl dát životu po něm? Jak aktivně prožít stáří? Jak se bránit ageismu<sup>3</sup>, současně co udělat proti tomu, abych nebyl zahořklý vůči mladým, zdravým generacím? Co udělat proto, abych byl dobrým dědou, babičkou?.

Existují témata, o kterých staří lidé rádi mluví. Patří sem vzpomínky na minulost, zvláště na významné události jejich života. Vzpomínky patří i ke střednímu věku života, kdy žili naplno. Uvažují o tom, co by udělali, kdyby mohli. Vyprávějí, jak se žilo kdysi. Mají rádi, když se jich někdo zeptá na radu. Na některá z těchto témat by si měla zdravotní sestra udělat čas, neřeší-li zrovna nějaký zdravotní problém či úkon. Senior bude mít pocit, že je o něj projeven opravdový zájem a rád se sestrou spolupracuje, nemluvě o psychologickém účinku popovídání si „jen tak“ (Pláňava, 2005).

---

<sup>3</sup> **Ageismus** – diskriminace starších lidí, předsudky mladší společnost vůči stáří (Tošnerová, 2002 s.7).



### 3.5.2.1 Faktory ovlivňující komunikaci zdravotních sester se seniory

V komunikaci se seniory musí mít sestra na paměti, že mnozí z nich mají porušeny kognitivní funkce různého rozsahu a intenzity. V počátečních fázích si tyto poruchy senioři uvědomují a mohou reagovat podrážděně, nepřiměřeně, depresivním rozladěním, úzkostí a někdy i verbální či fyzickou agresí. Komunikace se seniory je složitá v tom, že si sestra musí ověřit zda jejím pokynům dotyčný porozuměl a zapamatoval si je, zda informace, které od nemocného získala, jsou pravdivé. Velmi často je nutná spolupráce s rodinou nemocného.

Někteří senioři mají problém vyjádřit své požadavky, problémy. Někteří dokáží pochopit jen jednoduché instrukce a předat základní informace. Významným faktorem je aktuální psychický stav nemocného, nemoc, emocionální labilita (Pokorná, 2008).

Ze sociálních činitelů má svůj význam postoj rodiny a blízkých, izolace, sociální maladaptace a ageismus ve společnosti. Tento již zmiňovaný termín znamená předsudky mladší společnosti vůči stáří nebo také diskriminaci starších lidí. Může se projevovat upřednostňováním mládí (Tošnerová, 2002 s. 7, cit. podle Palmore, 1990):

*Mladí mohou chybovat či být pomalí bez nálepky, že jsou nemohoucí či senilní.*

*Mladí mohou být popudliví a nepříjemní bez toho, že by byli označováni jako podivínští nebo potrhlí.*

Za zdroje ageismu jsou považovány strach ze smrti (smrt ve společnosti vzbuzuje strach, je bezprostředně spjatá se stářím), důraz na mládí a krásu (staří lidé jsou ve společnosti ignorováni), vidina nízkého ekonomického potenciálu (staří lidé jsou společností odchodem do důchodu vnímáni jako neproduktivní), způsob, jak je zjišťován stav společnosti vedoucí k ageismu (špatně kontrolovatelné studie) (Tošnerová, 2002).

Nejčastější faktory, které ovlivňují komunikaci zdravotních sester se seniory ukazuje tabulka 1.

**Tabulka 1. Faktory ovlivňující komunikaci se seniory (Pokorná, 2008 s. 84)**

<b>Fyzické faktory</b>	<b>Psychické faktory</b>	<b>Sociální faktory</b>
Smyslové poruchy	Autoplastický obraz nemoci	Kulturní společenské normy
Poruchy paměti	Premorbidní osobnost	Ageismus ve společnosti
Poruchy hybnosti	Emocionální labilita	Postoje rodiny a blízkých
Poruchy pozornosti	Úzkostnost, depresivnost	Možnost izolace
	Aktuální psychický stav nemocného	Sociální maladaptace

### 3.5.2.2 Časté chyby v komunikaci se seniory

V komunikaci zdravotních sester se seniory se objevují chyby, kterým se oni nemohou nebo neumí bránit. Mnohdy ani neumí rozeznat odchylku od normálu. Poznají-li ji, mnohdy raději mlčí ze strachu, aby si nerozhněvali zdravotní sestru, chtějí mít klid apod.

Pokorná (2008, s. 85 – 87) uvádí tyto nejčastější chyby v komunikaci zdravotních sester s hospitalizovanými seniory:

- komunikační manipulace – nejčastěji se zdravotní sestry dopouští kognitivní a emocionální manipulace. V praxi se to projevuje používáním odborných termínů, latinských názvů, kterým senior nerozumí, zvláště když to není bývalý zdravotník. Také používání slov, které mají zcela konotativní úroveň. Příkladem může být slovo solidní, které však pro staré lidi znamená slušný, poctivý, pro mladé jako odpovídající představám tzv. cool. V medicíně slovo solidní znamená pevný (např. solidní útvar, nádor – je pevný, na rozdíl od cysty vyplněné tekutinou).
- nedostatečná autenticita sdělení – chyby se objevují v nesouladu mezi mluveným slovem a projevy neverbální komunikace
- devalvační chování – je to chování, které poškozuje nemocného. Projevuje se neochotou, ironizováním, ztrapňováním, familiárním oslovováním (babi, dědo), upřednostňováním jiných nemocných před daným člověkem, křik, neodpovídání na pozdrav, ignorací nemocného, podceňováním, zesměšňováním, odkládáním řešení problémů nemocného, komunikace na úrovni dítěte - zvedněte ručičku, pícheme včeličku apod. Opakem devalvačního chování je chování **evalvační**, které je v komunikaci žádoucí. Projevuje se zdravením, odpovídáním na pozdrav, zájmem o nemocného a jeho problémy. Sestra komunikuje a spolupracuje s nemocným jako s rovnocenným partnerem, nekřičí, oslovuje nemocného jeho titulem, příjmením, křestním jménem. Problematiku oslovování je nutno vždy zkontrolovat s nemocným, zvláště nabídne-li nám tykání. Zdravotní sestra si musí uvědomit, zda nemocný nemá poruchu kognitivních funkcí, a proto ani neví, komu tykání nabídl. Jedná-li se o dlouhodobě nemocného klienta, který nám nabídne tykání, který ochotně spolupracuje, je na zvážení sestry, zda nemocnému vyhoví. Jako vhodná se jeví alternativa vykání s oslovováním křestním jménem.
- jednosměrnost komunikace – problémem je příliš mnoho informací, které si není nemocný schopen zapamatovat. Sestra si neověří, zda jí rozuměl, zda si zapamatoval

sdělené informace. Je vhodné nemocnému základní informace v bodech napsat, (např. datum příští kontroly, postup, jak použít inzulínové pero apod.).

- autoritativní přístup – projevuje se poučováním, pokyny a omezeními. Příkladem může být typ věty: „Bude to takto, protože tak se to dělá a je to osvědčené!“
- zkracování času ke kontaktu s nemocným – zdravotní sestry jsou ve své profesi zavaleny prací často z důvodu nedostatku personálu, příliš velkého množství dokumentace. S tím souvisí i nedostatečně připravené prostředí ke komunikaci s velkým množstvím rušivých vlivů.
- přenos vlastních zkušeností do komunikace s ostatními seniory – častou zkušeností je přenos představ do komunikace se seniory na základě pozitivních nebo negativních zkušeností zdravotních sester, které získaly během svého života a podle kterých komunikují v soukromém životě se seniory, rodinou, sousedy. Příkladem může být věta: „Paní na příjmu se náramně podobá mé tchýni, to zas bude něco!“
- předpoklad omezení schopností klienta v důsledku stáří – lidé mají většinou představu, že se stářím jsou spojeny nemoci, poruchy smyslových, intelektových, pohybových funkcí. Proto je běžné, že sestry svou pomoc častěji vnucují než nabízejí, přestože to není nutné. Jen je potřeba dát seniorům dostatek času k vykonání nějaké činnosti (ranní toaleta, užití léků).

### 3.5.2.3 Jak komunikovat se seniory?

Správný návod, jak komunikovat se seniory neexistuje. Osobnosti sester jsou různé, mají své soukromé problémy, které mnohdy nejdou ani při dobré vůli v práci úplně odstranit. Také osobnosti seniorů jsou rozdílné, podmíněny nemocí, různými degenerativními změnami psychiky a osobnosti. Dodržováním určitých zásad můžeme však komunikaci se seniory ulehčit a zlepšit její porozumění.

Zásady pro jednání se seniory (Pokorná, 2008. s. 88-89):

- vymezit si pro komunikaci dostatek času
- eliminace rušivých faktorů
- stanovit si cíl a smysl komunikace
- zvolit vhodnou polohu seniora i komunikátora, která je pohodlná pro oba
- projevení osobního zájmu o nemocného
- sladit verbální a neverbální složku v komunikaci
- najít vhodný komunikační klíč a komunikační techniku na základě důkladného odebrání anamnézy
- rozpoznání a respektování omezení seniorského věku
- respektovat bariéry komunikace (smyslové poruchy, poruchy paměti, hybnosti)
- akceptovat specifické problémy (deprese, návyk na alkohol)
- vzít do úvahy celoživotní historii (vzdělání, předchozí společenské uplatnění)
- nepodceňovat stesky, chovat se s úctou, příliš nepoučovat (bagatelizace symptomů může vést k nedůvěře)
- zapojit do léčby rodinu (pokud je to přání klienta)
- aktivita nemocného je vhodnější než kompletní péče
- preferovat více diskuse a méně medikace.

Základem úspěchu je srozumitelná komunikace, ve které nepoužíváme odborné výrazy, kterým senior nerozumí. Měli bychom brát v úvahu snížení krátkodobé paměti a méně pružné myšlení než ve středním věku. Se seniory bychom měli mluvit pomalu, hlasitě a často. V komunikaci se seniory je vhodné vyvarovat se užívání klišé, poskytování rad, odpovídání si na vlastní otázky, používání autoritativního přístupu, příliš jednoznačně pozitivního hodnocení, které znemožňuje nemocnému vyjádřit obavy nad svým jednáním (Pokorná, 2008).

### 3.5.2.4 Komunikace s umírajícím

V ošetrovatelské péči o seniory vyvstává také závažná otázka: jak komunikovat s umírajícími? Péče o umírajícího nám připomíná smrtelnost naši, ale i našich blízkých. Z toho může pramenit pocit úzkosti i u zdravotních sester. Je důležité, aby sestry pečující o umírající měly vyjasněn osobní postoj k umírání a smrti. Mnohdy je ošetřující personál mladý a se smrtí se ve své praxi nebo osobním životě nesetkal. Proto ani neví, jak se zachovat, o čem si povídat s nemocným v závěrečné fázi jeho života. Je opravdu těžké uspokojit všechny potřeby umírajících lidí. Umocněny jsou potřeby blízkosti, bezpečí a jistoty. Málokterý člověk chce umírat sám. V komunikaci s umírajícím je vhodné si uvědomit, ve které fázi<sup>4</sup> umírání se nemocný nachází a tomu komunikaci přizpůsobit. Verbální komunikaci s umírajícím člověkem se zdravotní sestry nesmí vyhýbat, ale ani samy od sebe o umírání hovořit. Začne-li o této problematice nemocný mluvit sám, je vhodné si udělat čas, přisednout k němu a nechat ho hovořit. Sestra by měla spíše naslouchat a vyjádřit pochopení pro jeho strach, obavy ze smrti. Současně mu dát zřetelně najevo, že je tady pro něj, že není na tuto fázi života sám. U nemocných v agonii by si sestry měly uvědomit, že je nemocný vnímá, a proto by se měly chovat k němu s úctou a respektem. V komunikaci s umírajícími se uplatňuje i neverbální komunikace. Zvláště u nemocných v posledních chvílích života. Tito lidé už jsou většinou se smrtí smířeni, jsou unaveni a komunikace jim dělá problémy. Ocení i „pouhou“ přítomnost sestry, pohlazení, držení za ruku, klidný, zúčastněný pohled do očí a trpělivost (Pokorná, 2008, Jarošová, 2006).

Své specifikum má i komunikace s pozůstalými příbuznými zemřelého. Ta vyžaduje co největší ohled a citlivost. Přijetí smrti blízkého přijímá každý jinak. Rozhovor je vhodné vést v klidu a soukromí. Sestra naslouchá pozůstalým, vysloví svou účast na jejich zármutku. Komunikace probíhá na důstojné úrovni s úctou k zemřelému (Pokorná, 2008, Jarošová, 2006).

---

<sup>4</sup> Fáze umírání (str. 30) popsala Kübler-Rossová v roce 1972 ([www.umirani.cz](http://www.umirani.cz)).

### 3.5.2.5 Komunikace s příbuznými seniorů

V komunikaci s příbuznými zaujímá sestra formální (pozdrav, představení se) a individualizovaný (ve vztahu k nemocnému) postoj. Příbuzní nemocného různým způsobem ovlivňují pohled nemocného na nemoc a léčbu. Důležité je vědět, zda senior s příbuznými žije v přátelském vztahu, zda si návštěvu dané osoby přeje apod. Návštěvy mohou mít na nemocné pozitivní vliv, jedná-li se o návštěvy, na které se nemocný těší. Jsou zprostředkovatelem novinek z rodiny, ze světa, dokážou nemocného povzbudit, podpořit, dodat odvalu a optimismus. Na druhé straně mohou mít návštěvy také negativní vliv na nemocného. Může se to projevit návštěvou lidí, kteří se dlouho neviděli a místo komunikace s nemocným komunikují mezi sebou, zatěžují nemocného svými osobními a pracovními problémy. Negativně působí i nadměrná lítost příbuzných, donáška nevhodného jídla, cigaret, alkoholu, a léků o kterých není zdravotní personál informován. Nejednou dochází u lůžka nemocného i k hádkám (Kristová, 2004).

Sestry by se v komunikaci s příbuznými měly řídit těmito zásadami (Kristová, 2004, s. 148-149):

- pozdraví a představí se
- ocení úsilí návštěvníků, protože vychází z dobré vůle („*Jsem ráda, že jste přišli navštívit paní Novákovou.*“)
- prokáže osobní zájem o nemocného a zlepšení jeho zdravotního stavu
- poučí příbuzné o vhodném způsobu komunikace s nemocným
- projeví pochopení pro starosti návštěv
- ujistí příbuzné, že se nemocnému dostává kvalitní zdravotní péče
- vhodným způsobem informuje návštěvu, jak se dnes nemocný cítí, jak spal, co potřebuje apod.
- zásadně neposkytuje informace o zdravotním stavu pacienta, prognóze, výsledcích vyšetření. To je v kompetenci lékaře a pouze osobě, kterou uvede sám nemocný. Jméno této osoby je zapsáno v chorobopise a nemocný tuto informaci potvrdí svým podpisem.
- koordinuje časovou početnost návštěv (jednotky intenzivní péče, anesteziologicko resuscitační oddělení)
- zapojuje rodinné příslušníky do lehkých úkonů (oholení klienta)
- poradí, jak vhodně zaměstnat nemocného lehkou aktivitou

- každý zákaz vztahující se na chod oddělení nebo nemocného smysluplně vysvětlí a vyváží pozitivním pokynem (zákaz návštěv pro chřipkovou epidemii)
- jedná-li se o telefonní rozhovor, odpovídá ochotně a přislíbí vyřízení pozdravu nemocnému.

V kontaktu s návštěvami nemocných se sestra může stát svědkem mnoha příjemných či nepříjemných situací. Je na zvážení sestry, jak zareaguje, ale vždy by měla mít na paměti dobro a zlepšení zdravotního stavu nemocného.



## **4. Metodika práce**

Tato část diplomové práce je zaměřena na zhodnocení výsledků dotazníkového výzkumu. Jeho cílem bylo zjistit, které evalvační a devalvační prvky se nejčastěji vyskytují v komunikaci zdravotních sester s hospitalizovanými seniory. Současně zjišťuje, zda slezské nářečí v komunikaci zdravotních sester může působit devalvačně. Charakterizuje výzkumný vzorek respondentů, nemocnic, organizaci a metodiku výzkumu.

### **4.1 Charakteristika probandů**

Pro výzkum praktické části diplomové práce jsme zvolili hospitalizované seniory ve věku od 65 let, horní hranice věku nebyla limitována. Jednalo se o pacienty, kteří byli při vědomí, plně orientovaní, schopní a ochotní samostatně nebo s dopomocí dotazník vyplnit.

### **4.2 Charakteristika nemocnic**

Výzkum byl prováděn od 9. 11. 2009 – do 30. 11. 2009 v nemocnici Český Těšín, a.s., kde se ho zúčastnilo celkem 27 pacientů na oddělení: interna B, oddělení odborné ošetrovatelské péče, oddělení následné péče, rehabilitační oddělení a od 1. 12. 2009 do 24. 1. 2010 v nemocnici Podlesí, a.s. v Třinci, kde se ho zúčastnilo celkem 78 pacientů na odděleních chirurgie 1, chirurgie 2, kardiologie 1, kardiologie 2, kardiochirurgie. Celkem se výzkumu zúčastnilo 105 hospitalizovaných seniorů.

## 4.3 Metodika a organizace výzkumu

Pro výzkum jsme zvolili metodu dotazníku, který byl rozdělen na část obecnou a speciální (Příloha 5). Obecná část dotazníku obsahuje 3 otázky, které zjišťují identifikační údaje (věk, pohlaví a nemocnici, ve které byl pacient momentálně hospitalizován). Speciální část dotazníku má tři části (A, B, C). Část A obsahuje otázky, pomocí nichž jsme zjišťovali, které devalvační a evalvační prvky chování se nejčastěji objevují v komunikaci zdravotních sester. Část B obsahuje otázky, pomocí nichž jsme zjišťovali, který typ devalvačního chování v komunikaci vnímají pacienti jako nejnepříjemnější a typ evalvačního chování, který vnímají jako opravdu příjemný a nabudí je k ochotné spolupráci se zdravotní sestrou. Výsledky částí A, B jsou uvedeny pro větší přehlednost v tabulkách. Společné výsledky obou nemocnic jsou pro jednoduchou orientaci znázorněny pomocí grafu. Část C obsahuje 7 otázek zjišťujících, zda může slezské nářečí v komunikaci zdravotních sester působit devalvačně. Jednotlivé otázky jsou vyhodnocovány samostatně.

Evalvační a devalvační prvky, na které byl zaměřen výzkum, byly vybrány na základě devítileté praxe na kardiochirurgické jednotce intenzivní péče a po prostudování odborné literatury vztahující se k řešené problematice:

KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-8063-160-3  
POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatel'ství*. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-440-2

Po zhotovení dotazníku jsme písemně oslovili managery ošetrovatelské péče nemocnice Podlesí, a.s. v Třinci, nemocnice Třinec „*Sosna*“, nemocnice Český Těšín, a.s. a domluvili se na osobní schůzce, kde jsme jim vysvětlili důvod výzkumu, jeho cíle, předložili uvedený dotazník a písemnou žádost o provedení výzkumu. Ten nám byl povolen v nemocnicích Český Těšín, a.s. a nemocnici Třinec-Podlesí, a.s. Vedení nemocnice Třinec „*Sosna*“ nám výzkum neumožnilo bez udání důvodu.

Výzkum v nemocnici v Českém Těšíně jsme prováděli v listopadu 2009 a navštívili jsme ji 4x, vždy po předchozí telefonické domluvě se staniční sestrou daného oddělení. Ta informovala zdravotní sestry, které měly ten den službu a připravila nám seznam pacientů, kteří byli ochotni vyplnit dotazník a odpovídali určené věkové skupině. Přesto výzkumný vzorek nebyl velký, protože nemocnice je zaměřena na dlouhodobě hospitalizované pacienty, kterými jsou z velké části senioři v terminálním stádiu, po cévních mozkových příhodách, ortopedických operacích apod. Z toho vyplývá,

že fluktuace klientů na odděleních není příliš častá, což neumožnilo oslovit dostatečně velký soubor respondentů v krátkém čase. Zdravotní sestry na všech odděleních byly ochotné a spolupracovaly.

Pacientům jsme se představili, vysvětlili důvod a zaměření našeho výzkumu. Po jejich souhlasu jsme jim vysvětlili jak dotazník vyplnit. Samostatně byli schopni vyplnit dotazník pouze 2 pacienti, s ostatními 25 pacienty jsme ho vyplňovali společně s nimi a to s každým zvlášť.

Výzkum v nemocnici Třinec-Podlesí, a.s. byl prováděn v prosinci 2009, kdy jsme navštívili nemocnici 4x a v lednu 2010 také 4x. Opět po předchozí telefonické domluvě se staničnými sestrami daných oddělení, které informovaly o naší návštěvě zdravotní sestry, které měly ten den službu. Připravily nám seznam pacientů, kteří odpovídali věkovému stupni, ale oslovit a požádat o vyplnění jsme je museli sami. Sestry byly ochotné a spolupracovaly, pouze na oddělení kardiologie 2 nám bylo vyčteno, že nemáme vizitku a můžeme být novináři, přestože jsme informovali staničnou sestru s časovým předstihem. V této nemocnici je fluktuace pacientů větší než v předchozím zařízení, protože pacienti, kteří vyžadují dlouhodobou péči, jsou po stabilizaci zdravotního stavu přeloženi do spádových nemocnic nebo doléčovacích zařízení.

Pacientům jsme se opět představili, vysvětlili důvod a zaměření našeho výzkumu. Vysvětlili jsme jim, jak dotazník vyplnit. Samostatně ho bylo schopno vyplnit pouze 6 pacientů, s ostatními 72 pacienty jsme vyplňovali dotazník osobně, opět s každým zvlášť.

Celkově byl výzkum z časového hlediska náročný. Ve většině případů jsme museli seniorům s vyplňováním dotazníku osobně pomoci. Bylo to nejčastěji z důvodu strachu, že „něco vyplní špatně“ a v neposlední řadě i z důvodu oslabeného zraku. Vyplnění jednoho dotazníku trvalo cca 20-25 min. Předem jsme seniory upozorňovali na počet otázek a přibližnou dobu vyplňování. V nemocnici Třinec-Podlesí, a.s. bylo patrné, že dotazníková šetření jsou tam prováděna často. Provádí je vedení nemocnice a studenti vysokých škol. Proto jsme byli vděční, že s námi senioři spolupracovali. V období před vánoci jsme zaznamenali větší množství seniorů, kteří výzkum odmítli. Předpokládáme, že nadcházející vánoční svátky v nich vyvolaly pocity lítosti a možná i osamocení.

Přestože byl dotazník anonymní, nejčastějším důvodem odmítnutí zúčastnit se výzkumu byl strach ze zneužití dat a jejich zveřejnění.

## 4.4 Statistické zpracování dat

### 4.4.1 Statistické zpracování dat nemocnice Český Těšín, a.s.

Tabulka 2 uvádí počet pacientů na odděleních nemocnice v Českém Těšíně, kteří vyplnili dotazník, odmítli spolupracovat nebo ho nemohli vyplnit ze zdravotních důvodů.

**Tabulka 2. Přehled počtu pacientů na odděleních v nemocnici Český Těšín, a.s.**

Nemocnice Český Těšín, a.s.	Vyplnilo	Odmítlo	Nebylo schopno	Celkem
<b>INT B</b>	6	0	2	8
<b>OOOP</b>	4	4	0	8
<b>ONP a RHB</b>	9	1	5	15
<b>RHB</b>	8	1	2	11
<b>Celkem</b>	<b>27</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>42</b>

Vysvětlivky: INT B – interní oddělení B

OOOP – oddělení odborné ošetrovatelské péče

ONP RHB – oddělení následné péče s rehabilitačním zaměřením

RHB – oddělení rehabilitace

Z tabulky 2 vyplývá, že v nemocnici Český Těšín, a.s. vyplnilo dotazník celkem 27 pacientů, odmítlo ho vyplnit 6 pacientů a z důvodu nepříznivého zdravotního stavu nebylo schopno dotazník vyplnit 9 pacientů. Počet potenciálních respondentů v období, kdy byl výzkum prováděn, byl 42 osob.

Tabulka 3 uvádí počet pacientů nemocnice v Českém Těšíně, a.s., kteří se zúčastnili výzkumu podle pohlaví a věku.

**Tabulka 3. Přehled pacientů rozdělených podle věku a pohlaví**

<b>Věk</b>	<b>Ženy</b>	<b>Muži</b>	<b>Celkem</b>
<b>65 – 74 let</b>	7	1	8
<b>75 – 84 let</b>	6	7	13
<b>85 – 94 let</b>	3	3	6
<b>95 a více let</b>	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>27</b>

Z tabulky 3 vyplývá, že výzkumu v nemocnici Český Těšín, a.s. se zúčastnilo celkem 16 žen a 11 mužů.

Ve věku:

**65 – 74 let** se zúčastnilo 8 pacientů

**75 – 84 let** se zúčastnilo 13 pacientů

**85 – 94 let** se zúčastnilo 6 pacientů

**95 a více let** se nezúčastnil žádný pacient.

#### 4.4.2 Statistické zpracování dat nemocnice Třinec-Podlesí, a.s.

Následující tabulka uvádí počet pacientů na odděleních, kteří vyplnili dotazník, odmítli spolupracovat nebo ho nemohli vyplnit ze zdravotních důvodů.

**Tabulka 4. Přehled počtu pacientů na odděleních v nemocnici Podlesí, a.s.**

Nemocnice Podlesí, a.s.	Vyplnilo	Odmítlo	Nebylo schopno	Celkem
<b>KCH ODD.</b>	18	0	1	19
<b>CH1</b>	9	2	2	13
<b>CH2</b>	18	3	4	25
<b>IKA1</b>	9	2	1	12
<b>IKA2</b>	24	0	2	26
<b>Celkem</b>	<b>78</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>95</b>

Vysvětlivky: KCH ODD. – oddělení kardiochirurgie

CH1 – chirurgie 1

CH2 – chirurgie 2

IKA1 – kardiologie 1

IKA2 – kardiologie 2

Z tabulky 4 vyplývá, že v nemocnici Podlesí, a.s. vyplnilo dotazník celkem 78 pacientů, odmítlo ho vyplnit 7 pacientů a z důvodu nepříznivého zdravotního stavu nebylo schopno dotazník vyplnit 10 pacientů. Počet potenciálních respondentů v období, kdy byl výzkum prováděn byl, 95 osob.

Tabulka 5 uvádí počet pacientů nemocnice Třinec-Podlesí, a.s., kteří se zúčastnili výzkumu podle pohlaví a věku.

**Tabulka 5. Přehled klientů rozdělených podle věku a pohlaví**

Věk	Ženy	Muži	Celkem
65 – 74 let	19	19	38
75 – 84 let	13	14	27
85 – 94 let	5	7	12
95 a více let	1	0	1
<b>Celkem</b>	<b>38</b>	<b>40</b>	<b>78</b>

Z tabulky vyplývá, že výzkumu v nemocnici Třinec-Podlesí, a.s. se zúčastnilo celkem 78 pacientů, z toho 38 žen a 40 mužů.

Ve věku:

**65 – 74 let** se zúčastnilo 38 pacientů

**75 – 84 let** se zúčastnilo 27 pacientů

**85 – 94 let** se zúčastnilo 12 pacientů

**95 a více let** se zúčastnil 1 pacient.

Následující tabulka ukazuje přehled všech pacientů obou nemocnic, kteří se zúčastnili výzkumu, odmítli ho, nebo se nemohli ze zdravotních důvodů zúčastnit:

**Tabulka 6. Přehled počtu všech pacientů obou nemocnic**

Nemocnice	Vyplnilo	Odmítlo	Nebylo schopno	Celkem
Nem. Český Těšín, a.s.	27	6	9	42
Nem. Třinec-Podlesí, a.s.	78	7	10	95
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>137</b>

Z tabulky 6 vyplývá, že potenciálních respondentů pro náš výzkum v daném období v obou nemocnicích bylo celkem 137. Z tohoto počtu se výzkumu zúčastnilo 105 pacientů,

odmítlo se zúčastnit 13 pacientů a z důvodu nepříznivého zdravotního stavu nebylo schopno vyplnit dotazník 19 pacientů.



## 5. Výsledky

Tato část diplomové práce podává výsledky dotazníkového šetření. Pro snadnou orientaci uvádíme každou část dotazníku A, B, C zvlášť. V částech A, B jsou výsledky jednotlivých položek dotazníku a souhrnné výsledky za obě nemocnice uvedeny v procentech. Výsledky obou nemocnic společně jsou pro větší přehlednost prezentovány pomocí grafu. V části C je zpracována každá otázka samostatně a výsledky jsou znázorněny pomocí grafů.

Při zpracování výsledků byl použit program Microsoft Excel 2003.

## 5.1 Dotazník část A

Tato část dotazníku byla zaměřena na výskyt evalvačních a devalvačních prvků, které se nejčastěji vyskytují v komunikaci zdravotních sester s hospitalizovanými seniory. Výsledky jednotlivých položek dotazníku pro každou nemocnici zvlášť jsou uvedeny v tabulkách. Jelikož naším cílem bylo zjistit nejčastěji se vyskytující evalvační a devalvační prvky v komunikaci zdravotních sester s hospitalizovanými seniory obecně, uvádíme výsledky obou nemocnic společně v tabulce 9 a 12. Pro rychlou orientaci v souhrnných výsledcích obou nemocnic je použit graf.

### 5.1.1 Výsledky dotazníku části A

Následující tabulky podávají přehled evalvačních prvků, se kterými se hospitalizovaní senioři setkávají často, občas nebo se nesečkali v komunikaci se zdravotními sestrami v nemocnici Český Těšín, a.s. a v nemocnici Třinec-Podlesí, a.s. Údaje pod označením  $n$  znázorňují počet seniorů, který se s daným chováním setkal, pod označením % je uveden počet seniorů v procentech. Protože je vzorek respondentů malý, uvádíme výsledky za obě pohlaví společně.

**Tabulka 7. Výskyt evalvačních prvků v komunikaci v nemocnici Český Těšín, a.s.**

Typ chování sestry	často		občas		nesetkal se		celkem	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
11.Sestra pozdraví	22	81	4	15	1	4	27	100
12.Sestra si mě všímá	20	74	6	22	1	4	27	100
13.Sestra je ochotná	21	77	6	22	0	0	27	100
14.Sestra nekřičí, mluví klidně	25	92	2	8	0	0	27	100
15.Sestra mi vyká, oslovuje mě příjmením	25	92	2	8	0	0	27	100
16.Sestra je diskrétní, neztrapňuje mě před ostatními	24	88	1	4	2	8	27	100
17.Sestra si udělá na mě čas, povzbudí mě	14	52	12	45	1	4	27	100
18.Sestra je laskavá, umí naslouchat	16	59	10	37	1	4	27	100
19.Sestra nikomu nenadržuje	24	88	2	8	1	4	27	100
20.Sestra se mnou mluví jako se svéprávným člověkem	25	92	2	8	0	0	27	100

Z výše uvedeného přehledu vyplývá, že víc než polovina seniorů hospitalizovaných v nemocnici Český Těšín, a.s. ke každé položce uvedla, že se s daným chováním u zdravotních sester setkává často. Nejčastější 3 evalvační prvky v komunikaci jsou:

- v položce 14 – sestra nekřičí, mluví klidně (92 %)
- v položce 15 – sestra mi vyká, oslovuje mě příjmením (92 %)
- v položce 20 – sestra se mnou mluví jako se svéprávným člověkem (92 %). Zde jsme měli na mysli, že sestra nepoužívá zdvořilá slova jako „hačňte si, podejte mi ručičku, píchneme včeličku...“

**Tabulka 8. Výskyt evalvačních prvků v komunikaci v nemocnici Třinec-Podlesí, a.s.**

Typ chování sester	často		občas		nesetkal se		celkem	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
11.Sestra pozdraví	71	91	7	9	0	0	78	100
12.Sestra si mě všímá	63	81	15	19	0	0	78	100
13.Sestra je ochotná	69	88	9	12	0	0	78	100
14.Sestra nekřičí, mluví klidně	77	99	1	1	0	0	78	100
15.Sestra mi vykává, oslovuje mě příjmením	57	73	21	27	0	0	78	100
16.Sestra je diskrétní, neztrapňuje mě před ostatními	76	97	2	3	0	0	78	100
17.Sestra si udělá na mě čas, povzbudí mě	19	24	58	74	1	1	78	100
18.Sestra je laskavá, umí naslouchat	25	32	52	67	1	1	78	100
19.Sestra nikomu nenadržuje	65	83	10	13	3	4	78	100
20.Sestra se mnou mluví jako se svéprávným člověkem	72	92	4	5	2	3	78	100

Z výše uvedeného přehledu vyplývá, že v osmi položkách uvedla víc než polovina seniorů hospitalizovaných v nemocnici Třinec-Podlesí, a.s., že se s daným chováním u zdravotních sester setkává často. V položkách 7 a 8 se s daným chováním setkala méně jak polovina seniorů. U obou položek většina respondentů uvedla, že se s daným chováním setkává občas. Nejčastější 3 evalvační prvky v komunikaci jsou:

- v položce 14 – sestra nekřičí, mluví klidně (99 %)
- v položce 16 – sestra je diskrétní, neztrapňuje mě (97 %)

- v položce 20 – sestra se mnou mluví jako se svéprávným člověkem (92 %). Zde jsme měli na mysli, že sestra nepoužívá zdrobnělá slova jako „hačňte si, podejte mi ručičku, píchneme včeličku...“

Srovnáme-li odpovědi obou nemocnic, nejčastější evalvační prvek v komunikaci sester se seniory je klidná řeč sester a komunikace, která dává seniorovi najevo, že je svébytná, samostatná osoba se svými právy.

Pozitivním zjištěním je, že ve většině případů více jak polovina seniorů uvedla, že se s danými evalvačními prvky setkává v komunikaci se zdravotními sestrami v obou nemocnicích často.

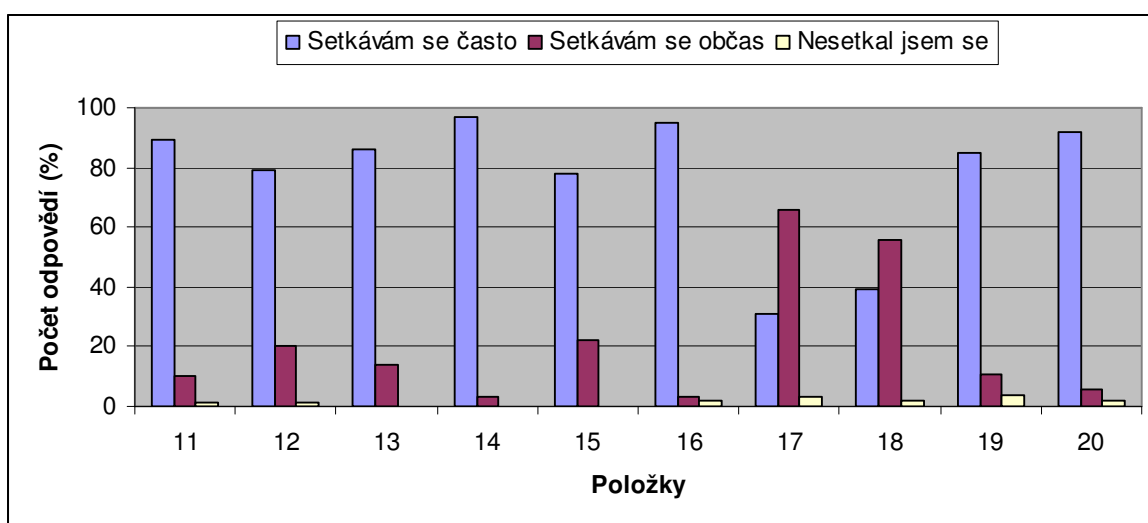
**Tabulka 9. Výskyt evalvačních prvků v komunikaci v obou nemocnicích společně**

Typ chování sester	často		občas		nesetkal se		celkem	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
11.Sestra pozdraví	93	89	11	10	1	1	105	100
12.Sestra si mě všímá	83	79	21	20	1	1	105	100
13.Sestra je ochotná	90	86	15	14	0	0	105	100
14.Sestra nekřičí, mluví klidně	102	97	3	3	0	0	105	100
15.Sestra mi vykává, oslovuje mě příjmením	82	78	23	22	0	0	105	100
16.Sestra je diskrétní, neztrapňuje mě před ostatními	100	95	3	3	2	2	105	100
17.Sestra si udělá na mě čas, povzbudí mě	32	31	70	66	3	3	105	100
18.Sestra je laskavá, umí naslouchat	41	39	62	59	2	2	105	100
19.Sestra nikomu nenadržuje	89	85	12	11	4	4	105	100
20.Sestra se mnou mluví jako se svéprávným člověkem	97	92	6	6	2	2	105	100

Tabulka 9 podává přehled evalvačních prvků, se kterými se hospitalizovaní senioři setkávají často, občas nebo se vůbec nesetkali v komunikaci se zdravotními sestrami v nemocnici Třinec-Podlesí, a.s. a nemocnici Český Těšín, a.s. společně. Údaje pod označením *n* znázorňují počet nemocných, kteří se s daným chováním setkali, současně pod označením % je uveden počet nemocných v procentech. Opět uvádíme výsledky za obě pohlaví společně.

Pro zjednodušení uvádíme výsledky pomocí grafu.

**Graf 1. Výskyt evalvačních prvků v komunikaci zdravotních sester se seniory na odděleních obou nemocnic (%)**



Graf 1 zobrazuje výsledky dotazníku části A, pomocí které jsme zjišťovali výskyt evalvačních prvků v komunikaci zdravotních sester se seniory obou nemocnic společně.

Termínem „položky“ jsou míněny položky dotazníku části A 11-20, kterými jsme očíslovali daný typ chování (Příloha 5).

Z grafu je patrné, že nejčastější 3 typy chování, se kterými se senioři z obou zařízení setkali v komunikaci se zdravotními sestrami jsou:

- v položce 14 – sestra mluví klidně, nekřičí (97 %)
- v položce 16 – sestra je před ostatními pacienty diskrétní, neztrapňuje mě (95 %)
- v položce 10 – sestra se mnou mluví jako se svéprávným člověkem (92 %)

Kromě položek 17 (sestra si na mě udělá čas, všímá si mě) a 18 (sestra je laskavá, umí naslouchat) naprostá většina klientů odpověděla, že se s danými prvky v komunikaci se zdravotními sestrami setkala často.

Očekávali jsme, že nejčastějšími evalvačními prvky v komunikaci jsou pozdrav (s tímto typem chování se často setkala 89 %) a vykání (s tímto typem chování se často setkala 78 % dotázaných). Tento předpoklad se výzkumem potvrdil jako správný.



Následující tabulky podávají přehled devalvačních prvků, se kterými se hospitalizovaní senioři setkávají často, občas nebo se vůbec nesečkali v komunikaci se zdravotními sestrami v nemocnici Český Těšín, a.s. a v nemocnici Třinec-Podlesí, a.s. Údaje pod označením *n* znázorňují počet seniorů, který se s daným chováním setkal, současně pod označením % je uveden počet seniorů v procentech. Protože je vzorek respondentů malý uvádíme výsledky za obě pohlaví společně.

**Tabulka 10. Výskyt devalvačních prvků v komunikaci v nemocnici Český Těšín, a.s.**

Typ chování	často		občas		nesetkal se		celkem	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1.Sestra mě sama nepozdraví	1	4	11	40	15	56	27	100
2.Sestra mě ignoruje	1	4	5	18	21	78	27	100
3.Sestra je neochotná, když ji o něco poprosím	2	8	9	33	16	59	27	100
4.Sestra zvyšuje hlas, někdy křičí	0	0	8	29	19	71	27	100
5.Sestra mě oslovuje babi, dědo	1	4	5	18	21	78	27	100
6.Sestra nemá čas si se mnou popovídat	7	26	13	48	7	26	27	100
7.Sestra mě před ostatními pacienty ztrapnila	0	0	2	8	25	92	27	100
8.Sestra se mnou mluví hrubě, ironicky	0	0	5	18	22	82	27	100
9.Sestra se k ostatním pacientům chová lépe než ke mně	0	0	3	11	24	89	27	100
10.Sestra se mnou mluví jak s dítětem	0	0	10	37	17	63	27	100

Z výše uvedeného přehledu vyplývá, že v devíti položkách uvedla více než polovina seniorů hospitalizovaných v nemocnici Český Těšín, a.s., že se s danými devalvačními prvky chování nesetkala. Občas se s nimi setkala méně než polovina dotázaných. Odpověď často uvedlo, jen minimum dotázaných. Výjimkou je typ chování v položce 6 (sestra nemá čas si se mnou popovídat), kterou uvedlo 26 % respondentů.

Ostatní označené devalvační prvky neuvádíme, protože jejich výskyt je podle výsledků výzkumu minimální.

**Tabulka 11. Výskyt devalvačních prvků v komunikaci v nemocnici****Třinec-Podlesí, a.s.**

Typ chování sester	často		občas		nesetkal se		celkem	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1.Sestra mě sama nepozdraví	5	6,5	45	57,5	28	36,0	78	100
2.Sestra mě ignoruje	4	5,0	30	38,5	44	56,5	78	100
3.Sestra je neochotná, když ji o něco poprosím	3	4,0	44	56,5	31	39,5	78	100
4.Sestra zvyšuje hlas, někdy křičí	2	2,5	20	25,5	56	72,0	78	100
5.Sestra mě oslovuje babi, dědo	15	19,5	41	52,5	22	28,0	78	100
6.Sestra nemá čas si se mnou popovídat	10	13,0	54	69,0	14	18,0	78	100
7.Sestra mě před ostatními pacienty ztrapnila	0	0	12	15,0	66	85,0	78	100
8.Sestra se mnou mluví hrubě, ironicky	1	1,0	11	14,0	66	85,0	78	100
9.Sestra se k ostatním pacientům chová lépe než ke mně	0	0	17	22,0	61	78,0	78	100
10.Sestra se mnou mluví jak s dítětem	3	4,0	21	27,0	54	69,0	78	100

Tabulka 11 ukazuje, že v nemocnici Třinec-Podlesí, a.s. v položkách 2, 4, 7, 8, 9, 10 uvedlo více než polovina dotázaných, že se s devalvačními prvky nesetkala. Odpověď občas uvedla víc než polovina dotázaných v položkách 1, 3, 5, 6. Odpověď často uvedlo minimum dotázaných, pouze v položkách 5, 6 bylo odpovědí víc než 10 %.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že nejčastější devalvační prvek v komunikaci v nemocnici Podlesí, a.s., je:

- v položce 5 – sestra mě oslovuje babi, dědo (19 %)
- v položce 6 – sestra nemá čas si semnou popovídat (13 %)

S ostatními prvky chování se často setkala minimum dotázaných.

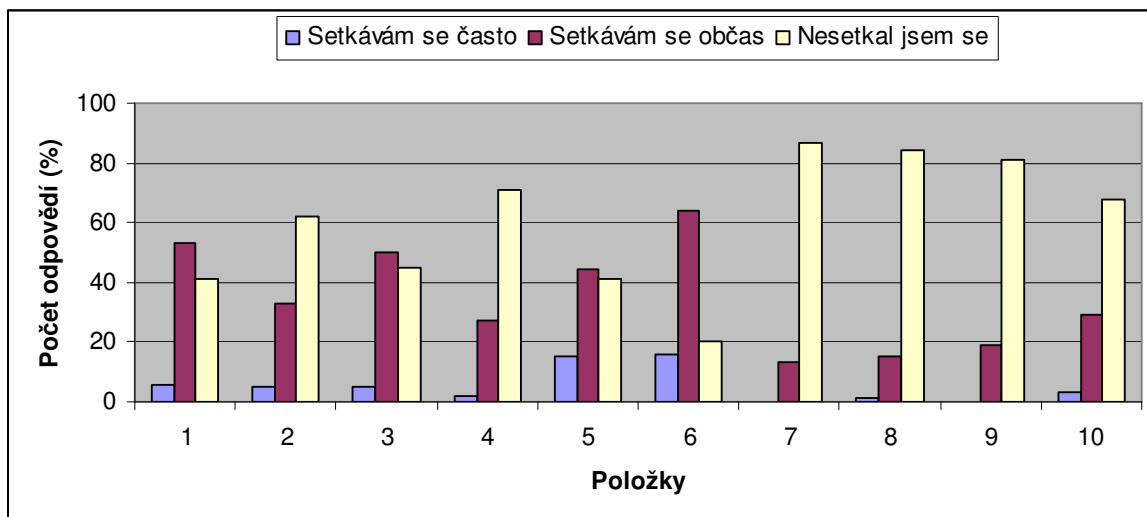
Srovnáme-li výsledky z obou nemocnic, shodují se v odpovědi, že sestra nemá čas si s nemocnými klienty popovídat.

**Tabulka 12. Výskyt devalvačních prvků v komunikaci v obou nemocnicích  
dohromady**

Typ chování sester	často		občas		nesetkal se		celkem	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1.Sestra mě sama nepozdraví	6	6,0	56	53,0	43	41,0	105	100
2.Sestra mě ignoruje	5	5,0	35	33,0	65	62,0	105	100
3.Sestra je neochotná, když ji o něco poprosím	5	5,0	44	56,5	31	39,5	105	100
4.Sestra zvyšuje hlas, někdy křičí	2	2,0	28	27,0	56	72,0	105	100
5.Sestra mě oslovuje babi, dědo	16	15,0	46	44,0	43	41,0	105	100
6.Sestra nemá čas si se mnou popovídat	17	16,0	67	64,0	21	20,0	105	100
7.Sestra mě před ostatními pacienty ztrapnila	0	0	14	13,0	91	87,0	105	100
8.Sestra se mnou mluví hrubě, ironicky	1	1,0	16	15,0	88	84,0	105	100
9.Sestra se k ostatním pacientům chová lépe než ke mně	0	0	20	19,0	85	81,0	105	100
10.Sestra se mnou mluví jak s dítětem	3	3,0	31	29,0	71	68,0	105	100

Pro zjednodušení uvádíme tyto výsledky pomocí grafu.

**Graf 2. Výskyt devalvačních prvků v komunikaci zdravotních sester na odděleních obou nemocnic (%)**



Graf 2 zobrazuje výsledky dotazníku části A, pomocí které jsme zjišťovali výskyt devalvačních prvků v komunikaci zdravotních sester se seniory obou nemocnic společně.

Termínem „položky“ jsou míněny položky dotazníku části A 1-10, kterými jsme očíslovali daný typ chování (Příloha 5).

Z grafu je patrné, že s uvedenými devalvačními prvky se většina seniorů z obou zařízení nesetkala vůbec nebo se setkala občas. Nejčastější prvky chování, se kterými se senioři v komunikaci se zdravotními sestrami setkali jsou uvedeny:

- v položce 6 – sestra nemá čas si semnou popovídat (16 %)
- v položce 5 – sestra mě oslovuje babi, dědo (15 %)

Záměrně uvádíme dvě, protože byly jediné, které uvedlo víc než 10 % seniorů. S ostatními se často setkala méně než 6 % seniorů.

Očekávali jsme, že nejčastějším devalvačním prvkem v komunikaci zdravotních sester s hospitalizovanými seniory je nedostatek času na „popovídání si“, což se výzkumem potvrdilo. Pozitivní je skutečnost, že se s daným chováním setkala pouze 16 % seniorů z celkového počtu dotázaných.

Na základě zkušeností z praxe víme, že zdravotní sestry opravdu nemají na „popovídání si“ s nemocnými čas. A proto bylo možné očekávat, že tato skutečnost

bude nejčastějším devalvačním prvkem v komunikaci zdravotních sester s klienty. Příjemně nás překvapila nízká četnost respondentů, kteří se s daným chováním setkali.

## 5.1.2 Shrnutí výsledků dotazníku - části A

Tato část dotazníku byla zaměřena na evalvační a devalvační prvky, které se nejčastěji vyskytují v komunikaci zdravotních sester s hospitalizovanými klienty. Jsme si vědomi, že náš výzkum přináší pouze orientační údaje, protože výzkumný vzorek respondentů byl malý (105 hospitalizovaných seniorů, kteří se zúčastnili výzkumu). Uvádíme výsledky obou nemocnic společně.

Z analýzy odpovědí vyplývá, že nejčastějšími evalvačními prvky v komunikaci zdravotních sester s hospitalizovanými seniory v obou nemocnicích jsou:

- sestra mluví klidně, nekřičí (97 %)
- sestra je před ostatními pacienty diskrétní, neztrapňuje mě (95 %)
- sestra se mnou mluví jako se svéprávným člověkem (92 %)

Pozitivním zjištěním bylo, že se se všemi evalvačními prvky chování setkala většina seniorů často, v některých případech občas. Sloupec: *Nesetkal jsem se*, označilo minimum seniorů.

K nejčastějším devalvačním prvkům v komunikaci zdravotních sester s hospitalizovanými seniory patří:

- sestra nemá čas si se mnou popovídat (15 %)
- sestra mě oslovuje babi dědo (16 %)

Zde je pozitivním zjištěním skutečnost, že se s těmito devalvačními prvky setkala jen malé procento seniorů z celkového počtu respondentů. Lze proto usuzovat, že komunikace zdravotních sester s pacienty v obou nemocnicích je na velmi dobré úrovni.



## 5.2 Dotazník část B

Tato část dotazníku se snaží odpovědět na otázku, které evalvační prvky v komunikaci zdravotních sester s hospitalizovanými seniory vnímají senioři jako nejpříjemnější, nabudí je k ochotné spolupráci a zároveň, které devalvační prvky v komunikaci jsou jim skutečně nepříjemné a odrazují je od spolupráce se zdravotními sestrami.

Výsledky u jednotlivých položek v dotazníku pro každou nemocnici zvlášť jsou uvedeny v procentech. Společné výsledky obou nemocnic znázorňují tabulky 15, 18. Pro jednoduchou orientaci v souhrnných výsledcích je použit graf.

Uvádíme vždy jen 3 prvky chování s nejvyšším počtem odpovědí.

### **5.2.1 Výsledky dotazníku části B**

Následující tabulky podávají přehled evalvačních prvků, které vnímají hospitalizovaní senioři jako nejvíc příjemné v komunikaci se zdravotními sestrami v nemocnici Český Těšín, a.s. a v nemocnici Třinec-Podlesí, a.s. Údaje pod označením *n* znázorňují počet nemocných, kteří se k dané položce vyjádřili, současně pod označením % je uveden počet nemocných v procentech.

**Tabulka 13. Evalvační prvky, které nemocní vnímají jako nejvíc příjemné a nabudí je k ochotné spolupráci v nemocnici Český Těšín, a.s.**

Typ chování	Velmi příjemné		Příjemné, rád s ní spolupracuji		Příjemné		Je mi to jedno		Celkem nemocných	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
11.Sestra pozdraví	14	52	8	29	4	15	1	4	27	100
12.Sestra si mě všímá	12	45	10	37	5	18	0	0	27	100
13.Sestra je ochotná	19	70	5	18	3	12	0	0	27	100
14.Sestra nekřičí, mluví klidně	18	67	5	18	4	15	0	0	27	100
15.Sestra mi vyká, oslovuje mě příjmením	9	33	7	26	9	33	2	8	27	100
16.Sestra je diskrétní, neztrapňuje mě před ostatními	10	37	10	37	7	26	0	0	27	100
17.Sestra si udělá na mě čas, povzbudí mě	14	52	5	18	7	26	1	4	27	100
18.Sestra je laskavá, umí naslouchat	19	70	4	15	4	15	0	0	27	100
19.Sestra nikomu nenadržuje	13	48	2	8	11	40	1	4	27	100
20.Sestra se mnou mluví jako se svéprávným člověkem	15	56	5	18	6	22	1	4	27	100

Z výsledků v tabulce je patrné, že většině respondentů je dané chování *velmi příjemné nebo příjemné a rádi s danou sestrou spolupracují*. Sloupec: *Je mi to jedno*, označilo minimum seniorů.

Z výše uvedených výsledků vyplynulo, že nejpříjemnější evalvační prvky v komunikaci jsou:

- v položce 13 – sestra mi ochotně pomáhá (70 %)
- v položce 18 – sestra je laskavá umí naslouchat (70 %)
- v položce 14 – sestra mluví klidně, nekřičí (67 %)

Přestože byl výzkumný vzorek probandů v této nemocnici velmi malý, výsledky zřetelně ukázaly, které chování je pro seniory důležité.

**Tabulka 14. Evalvační prvky, které nemocní vnímají jako nejvíc příjemné a nabudí je k ochotné spolupráci v nemocnici Třinec-Podlesí, a.s.**

Typ chování	Velmi příjemné		Příjemné, rád s ní spolupracuji		Příjemné		Je mi to jedno		Celkem nemocných	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
11.Sestra pozdraví	24	31	23	29	31	40	0	0	78	100
12.Sestra si mě všímá	20	25	29	37	29	37	0	0	78	100
13.Sestra je ochotná	19	24	27	35	32	41	0	0	78	100
14.Sestra nekřičí, mluví klidně	27	35	20	25	31	40	0	0	78	100
15.Sestra mi vykává, oslovuje mě příjmením	11	14	17	22	40	51	10	13	78	100
16.Sestra je diskrétní, neztrapňuje mě před ostatními	21	27	31	40	24	31	2	2	78	100
17.Sestra si udělá na mě čas, povzbudí mě	20	25	24	31	34	44	0	0	78	100
18.Sestra je laskavá, umí naslouchat	23	29	23	29	32	41	0	0	78	100
19.Sestra nikomu nenadržuje	19	24	18	23	26	33	15	20	78	100
20.Sestra se mnou mluví jako se svéprávným člověkem	26	33	24	31	27	35	1	1	78	100

Porovnáme-li odpovědi ve sloupcích: *Velmi příjemné, Příjemné, rád s ní spolupracuji a Příjemné*, zjistili jsme, že u žádné položky není ani polovina odpovědí. V položce 15 (sestra mi vykává, oslovuje mě příjmením) ve sloupci: *Příjemné*, odpovědělo 40 % respondentů. Proto tento typ chování můžeme považovat jako nejvíce příjemný pro klienty nemocnice Podlesí, a.s.

Pokud se zaměříme na počet odpovědí ve sloupci: *Velmi příjemé*, můžeme považovat za nejpříjemnější evalvační prvky:

- v položce 14 – sestra mluví klidně, nekřičí (35 %)
- v položce 20 – sestra semnou mluví jako se svéprávným člověkem (33 %)
- v položce 11 – sestra mě sama pozdraví (31 %)

Překvapující je, že 15 seniorů označilo položku 19 (sestra nikomu nenadržuje) ve sloupci: *Je mi to jedno*.

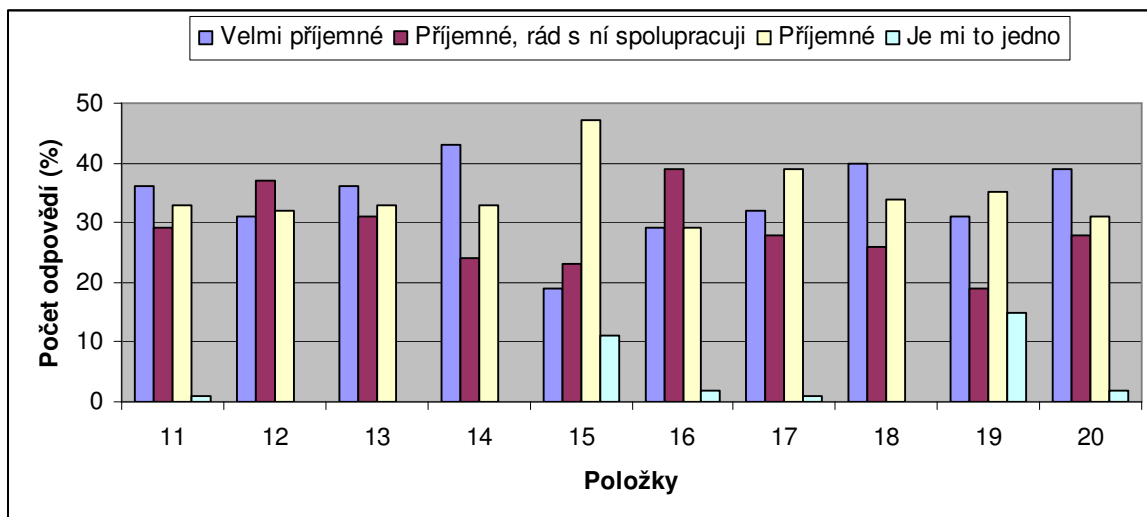
Srovnáme-li výsledky obou nemocnic, zjistíme, že se senioři shodli v položce 14 (sestra mluví klidně, nekřičí).

**Tabulka 15. Evalvační prvky, které nemocní vnímají jako nejvíc příjemné a nabudí je k ochotné spolupráci v obou nemocnicích dohromady**

Typ chování	Velmi příjemné		Příjemné, rád s ní spolupracuji		Příjemné		Je mi to jedno		Celkem nemocných	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
11.Sestra pozdraví	38	36,0	31	29,5	35	33,0	1	1,0	105	100
12.Sestra si mě všímá	32	31,0	39	37,0	34	32,0	0	0	105	100
13.Sestra je ochotná	38	36,0	32	31,0	35	33,0	0	0	105	100
14.Sestra nekřičí, mluví klidně	45	43,0	25	24,0	35	33,0	0	0	105	100
15.Sestra mi vyká, oslovuje mě příjmením	20	19,0	24	23,0	49	47,0	12	11,0	105	100
16.Sestra je diskrétní, neztrapňuje mě před pacienty	31	29,5	41	39,0	31	29,5	2	2,0	105	100
17.Sestra si udělá na mě čas, povzbudí mě	34	32,0	29	28,0	41	39,0	1	1,0	105	100
18.Sestra je laskavá, umí naslouchat	42	40,0	27	26,0	36	34,0	0	0	105	100
19.Sestra nikomu nenadržuje	32	31,0	20	19,0	37	35,0	16	15,0	105	100
20.Sestra se mnou mluví jako se svéprávným člověkem	41	39,0	29	28,0	33	31,0	2	2,0	105	100

Pro zjednodušení uvádíme tyto výsledky pomocí grafu.

**Graf 3. Evalvační prvky, které nemocní senioři vnímají jako nejvíc příjemné a nabudí je k ochotné spolupráci v obou nemocnicích dohromady**



Z grafu 3 je patrné, že u žádné položky, a to ani v jednom sloupci označených jako: *Velmi příjemné, Příjemné, rád s ní spolupracuji, Příjemné*, neodpověděla ani polovina respondentů. Podle nejvyššího počtu odpovědí v kolonce: *Příjemné* usuzujeme, že nejpříjemnějším prvkem v komunikaci se zdravotní sestrou je pro seniory položka 15 (sestra mi vyká, oslovuje mě příjmením), kterou označilo 47 % respondentů.

Nejčastěji označeny prvky chování ve sloupci: *Velmi příjemné*, jsou:

- v položce 14 – sestra nekřičí mluví klidně (43 %)
- v položce 18 – sestra je laskavá umí naslouchat (40 %)
- v položce 20 – sestra se mnou mluví jako se svéprávným člověkem (39 %)

Předpokládali jsme, že nejpříjemnějším prvkem v komunikaci zdravotních sester s hospitalizovanými klienty je položka 20 (sestra se mnou mluví jako se svéprávným člověkem), což se potvrdilo. Přestože ji v písemné formě odpovědí neoznačilo nejvíce seniorů, patří mezi první tři nejpříjemnější prvky chování zdravotních sester.

Odpověď: *Je mi to jedno*, označilo jen minimum respondentů. Tuto nabídku odpovědi označilo v položce 19 (sestra nikomu nenadržuje) 16 seniorů, což je 15 % z celkového počtu respondentů.



Následující tabulky podávají přehled devalvačních prvků, které vnímají hospitalizovaní senioři jako nejvíc nepříjemné v komunikaci se zdravotními sestrami v nemocnici Český Těšín, a.s. a v nemocnici Třinec-Podlesí, a.s. Údaje pod označením *n* znázorňují počet nemocných, kteří se k dané položce vyjádřili, současně pod označením % je uveden počet nemocných v procentech.

**Tabulka 16. Devalvační prvky, které nemocní senioři vnímají jako nejvíc nepříjemné v komunikaci se zdravotními sestrami v nemocnici Český Těšín, a.s.**

Typ chování	Velmi nepříjemné		Nepříjemné, mám špatný pocit		Nepříjemné, nevšímám si toho		Nevadí mi to		Celkem nemocných	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
11.Sestra pozdraví	6	22,0	3	11,0	9	33,5	9	33,5	27	100
12.Sestra si mě všímá	16	59,0	3	11,0	6	22,0	2	7,5	27	100
13.Sestra je ochotná	14	52,0	5	18,5	6	22,0	2	7,5	27	100
14.Sestra nekřičí, mluví klidně	22	81,5	3	11,0	2	7,5	0	0	27	100
15.Sestra mi vyká, oslovuje mě příjmením	7	26,0	1	4,0	5	18,0	14	52,0	27	100
16.Sestra je diskrétní, neztrapňuje mě před pacienty	4	15,0	4	15,0	6	22,0	13	48,0	27	100
17.Sestra si udělá na mě čas, povzbudí mě	21	77,5	3	11,0	1	4,0	2	7,5	27	100
18.Sestra je laskavá, umí naslouchat	20	74,0	4	15,0	3	11,0	0	0	27	100
19.Sestra nikomu nenadržuje	16	59,0	4	15,0	4	15,0	3	11,0	27	100
20.Sestra se mnou mluví jako se svéprávným člověkem	7	26,0	2	7,5	4	15,0	14	52,0	27	100

Z výše uvedeného přehledu je patrné, že v komunikaci jsou pro seniory nejvíc nepříjemné prvky:

- v položce 14 – sestra na mě zvyšuje hlas, křičí (81,5 %)
- v položce 17 – sestra mě před ostatními ztrapnila (77,5 %)
- v položce 18 – sestra je ke mně hrubá, ironická (74,0 %)

Překvapilo nás, že 14 respondentů uvedlo v položce 15 (sestra mě oslovuje „babi, dědo“) a v položce 20 (sestra se mnou mluví jako s malým dítětem ), že jim toto chování nevdí. Položkou 20 máme na mysli komunikaci formou zdobnělin.

K položce 15 (sestra mě oslovuje „babi, dědo“) čtyři respondenti uvedli, že sestry zapomínají při oslovování na titul, což vnímají jako nepříjemné.

Položku 16 (sestra nemá čas si semnou popovídat) označilo 13 respondentů ve sloupci: *Nevadí mi to*. Současně ústně vyjádřili pochopení pro nedostatek času z hlediska pracovního vytížení zdravotních sester.

**Tabulka 17. Devalvační prvky, které nemocní senioři vnímají jako nejvíc nepříjemné v komunikaci se zdravotními sestrami v nemocnici Třinec-Podlesí, a.s.**

Typ chování	Velmi nepříjemné		Nepříjemné, mám špatný pocit		Nepříjemné, nevšímám si toho		Nevadí mi to		Celkem nemocných	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
11.Sestra pozdraví	5	6,5	21	27,0	33	42,5	19	24,0	78	100
12.Sestra si mě všímá	18	23,0	19	24,0	38	49,0	3	4,0	78	100
13.Sestra je ochotná	34	43,5	33	42,5	11	14,0	0	0	78	100
14.Sestra nekřičí, mluví klidně	67	86,0	8	10,0	3	4,0	0	0	78	100
15.Sestra mi vyká, oslovuje mě příjmením	7	9,0	0	0	9	11,5	62	79,5	78	100
16.Sestra je diskrétní, neztrapňuje mě před pacienty	7	9,0	15	19,0	23	29,5	33	42,5	78	100
17.Sestra si udělá na mě čas, povzbudí mě	55	70,5	19	24,0	4	5,0	0	0	78	100
18.Sestra je laskavá, umí naslouchat	62	79,5	12	15,0	4	5,0	0	0	78	100
19.Sestra nikomu nenadržuje	10	13,0	29	37,0	27	35,0	12	15,0	78	100
20.Sestra se mnou mluví jako se svéprávným člověkem	24	31,0	1	1,0	11	14,0	42	54,0	78	100

Z výše uvedeného přehledu je patrné, že v komunikaci jsou pro seniory nejvíce nepříjemné prvky:

- v položce 14 – sestra na mě zvyšuje hlas, křičí (86,0 %)
- v položce 18 – sestra je ke mně hrubá, ironická (79,5 %)
- v položce 17 – sestra mě před ostatními pacienty ztrapnila (70,5 %)

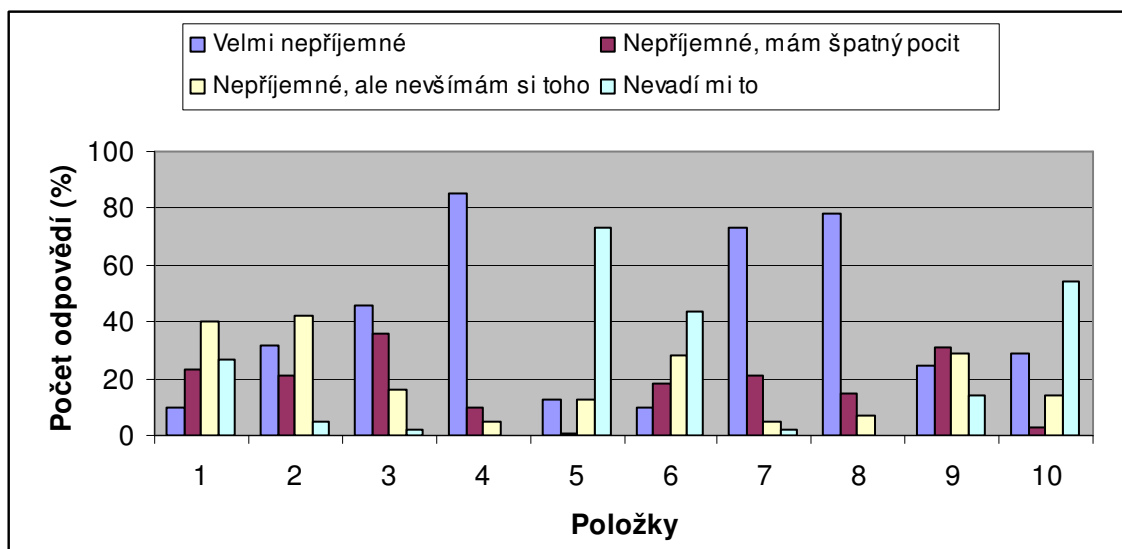
Ve sloupci: *Je mi to jedno*, označilo položku 16 (sestra mě oslovuje babi, dědo) 62 seniorů ze 78 respondentů zúčastněných výzkumu v nemocnici Třinec- Podlesí, a.s.

**Tabulka 18. Devalvační prvky, které nemocní senioři vnímají jako nejvíc nepříjemné v komunikaci se zdravotními sestrami v obou nemocnicích společně**

Typ chování	Velmi nepříjemné		Nepříjemné, má špatný pocit		Nepříjemné, nevšímám si toho		Nevadí mi to		Celkem nemocných	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
11.Sestra pozdraví	11	10,0	24	23,0	42	40,0	28	27,0	105	100
12.Sestra si mě všímá	34	32,0	22	21,0	44	42,0	5	5,0	105	100
13.Sestra je ochotná	48	46,0	38	36,0	17	16,0	2	2,0	105	100
14.Sestra nekřičí, mluví klidně	89	85,0	11	10,0	5	5,0	0	0	105	100
15.Sestra mi vyká, oslovuje mě příjmením	14	13,0	1	1,0	14	13,0	76	72,5	105	100
16.Sestra je diskrétní, neztrapňuje mě před pacienty	11	10,0	19	18,0	29	28,0	46	44,0	105	100
17.Sestra si udělá na mě čas, povzbudí mě	76	72,5	22	21,0	5	5,0	2	2,0	105	100
18.Sestra je laskavá, umí naslouchat	82	78,0	16	15,0	7	7,0	0	0	105	100
19.Sestra nikomu nenadržuje	26	25,0	33	31,5	31	29,5	15	14,0	105	100
20.Sestra se mnou mluví jako se svéprávným člověkem	31	29,5	3	3,0	15	14,0	56	53,5	105	100

Pro zjednodušení uvádíme tyto výsledky pomocí grafu.

**Graf 4. Devalvační prvky, které nemocní senioři vnímají jako nejvíce nepříjemné spolupráci v obou nemocnicích společně**



Termínem „položky“ jsou míněny položky dotazníku části B 1-10, kterými jsme očíslovali daný typ chování (Příloha 5).

Z grafu je zřejmé, že nejvíce nepříjemné devalvační prvky v komunikaci zdravotních sester s hospitalizovanými seniory jsou:

- v položce 4 – sestra na mě zvyšuje hlas, křičí (85 %)
- v položce 8 – sestra je ke mně hrubá, ironická (78 %)
- v položce 7 – sestra mě před ostatními pacienty ztrapnila (73 %)

Ve sloupci: *Nevadí mi to*, označilo položku 5 (sestra mě oslovuje babi, dědo) 76 respondentů z celkového počtu 105. Očekávali jsme, že toto oslovení působí u většiny seniorů devalvačně.

## 5.2.2 Shrnutí výsledků části B

Dotazník část - B byla zaměřena na evalvační prvky v komunikaci zdravotních sester, které vnímají hospitalizovaní senioři jako nejvíc příjemné, nabudí je k ochotné spolupráci se zdravotní sestrou a devalvační prvky v komunikaci zdravotních sester, které vnímají hospitalizovaní senioři jako nejvíc nepříjemné.

Uvádíme společné výsledky obou nemocnic.

Z výzkumu vyplynulo, že nejpříjemnější prvky v komunikaci se zdravotními sestrami pro seniory jsou:

- sestra mluví klidně, nekřičí (47 %)
- sestra je laskavá, umí naslouchat (40 %)
- sestra se mnou mluví jako se svéprávným člověkem (39 %)

Nejvíce nepříjemné prvky chování jsou pro hospitalizované seniory:

- sestra na mě zvyšuje hlas, křičí (85 %)
- sestra je ke mně hrubá, ironická (78 %)
- sestra mě před ostatními pacienty ztrapnila (73 %)

Přestože byl celkový počet respondentů malý, výsledky výzkumu ukázaly, co je pro seniory v komunikaci s okolím důležité.



## 5.3 Dotazník část C

Touto částí dotazníku jsme zjišťovali, zda může slezské nářečí v komunikaci zdravotních sester s hospitalizovanými seniory působit devalvačně.

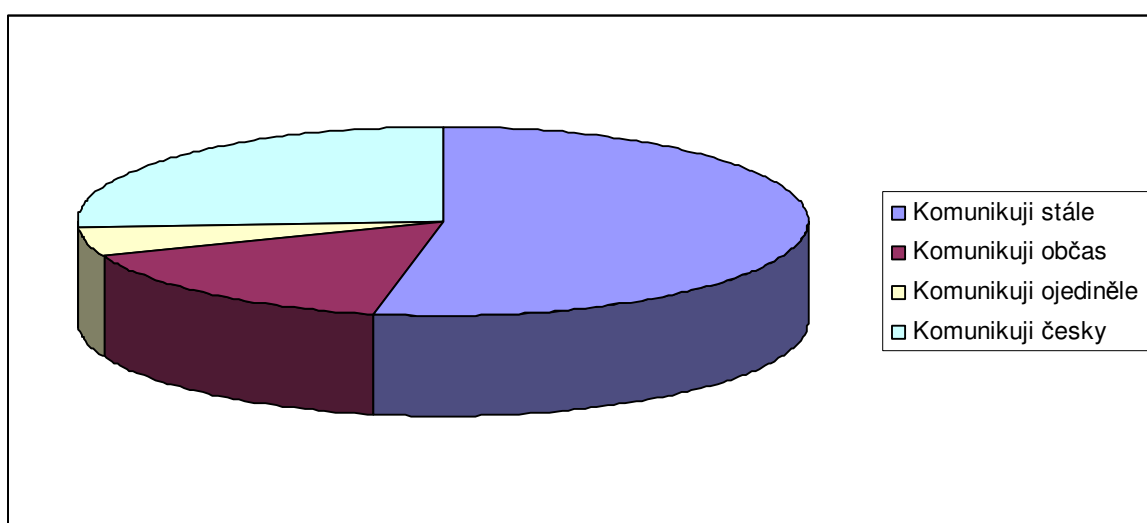
Část - C obsahovala 7 položek, které jsme vyhodnotili každou zvlášť. Vzhledem k nízkému celkovému počtu respondentů (105), kteří se zúčastnili výzkumu, uvádíme výsledky za obě nemocnice společně. Pro větší přehlednost jsou znázorněny pomocí grafů.

### 5.3.1 Výsledky dotazníku část C

#### 1. Já osobně doma, s přáteli komunikuji ve slezském nářečí „po našem“:

- stále – tuto možnost označilo 56 dotázaných (53,0 %)
- občas – tuto možnost označilo 17 dotázaných (16,0 %)
- ojedinele – tuto možnost označilo 5 dotázaných (5,0 %)
- mluvím česky – tuto možnost označilo 27 dotázaných (26,0 %)

Graf 5. Výskyt slezského nářečí v běžné komunikaci respondentů (%)

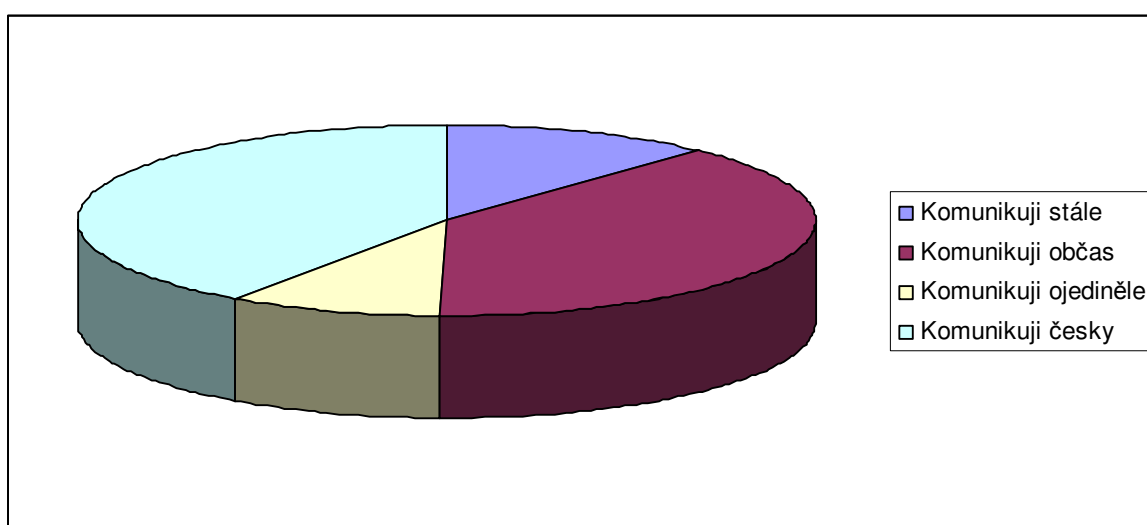


Z výsledků výzkumu vyplynulo, že více než polovina dotázaných používá slezské nářečí v běžné komunikaci. Ti, kteří označili odpověď **občas** a **ojediněle** uvedli, že jej používají pouze v komunikaci s lidmi, kteří také komunikují formou nářečí. S lidmi, kteří komunikují česky, používají také český jazyk. **Mluvím česky** označili nemocní, kteří bydlí mimo oblast Těšínského Slezska.

**2. V institucích jako jsou např. nemocnice, úřady, běžně komunikují ve slezském nářečí „po našem“:**

- stále – tuto možnost označilo 13 dotázaných (12,0 %)
- občas – tuto možnost označilo 40 dotázaných (38,0 %)
- ojediněle – tuto možnost označilo 10 dotázaných (9,5 %)
- mluvím česky – tuto možnost označilo 42 dotázaných (40,0 %)

**Graf 6. Výskyt slezského nářečí ve veřejných institucích v komunikaci respondentů (%)**

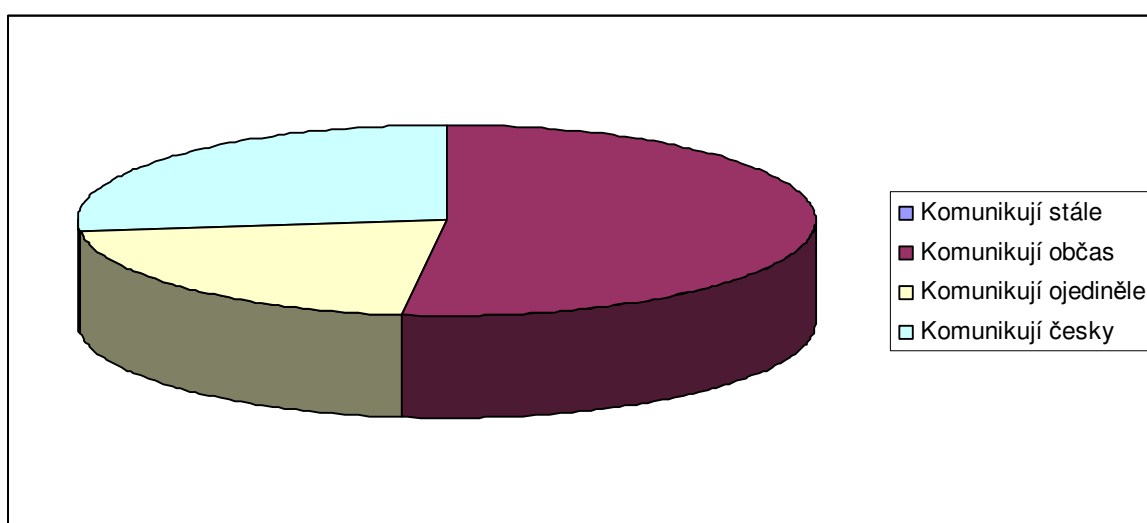


Z výsledků výzkumu vyplynulo, že většina dotázaných používá v komunikaci při jednáních v nemocnicích a úřadech český jazyk. Položku **občas** a **ojediněle** označili ti respondenti, kteří jej používají v komunikaci s lidmi, kteří s nimi také komunikují pomocí slezského nářečí. Slezské nářečí používá v běžné komunikaci ve veřejných institucích pouze 12 % z celkového množství dotázaných.

### 3. Zdravotní sestry v nemocnici komunikují s pacienty pomocí slezského nářečí „po našem“:

- stále – tuto možnost neoznačil žádný z dotázaných (0 %)
- občas – tuto možnost označilo 55 dotázaných (52,0 %)
- ojediněle – tuto možnost označilo 22 dotázaných (21,0 %)
- mluví česky – tuto možnost označilo 28 dotázaných (27,0 %)

**Graf 7. Výskyt slezského nářečí v komunikaci zdravotních sester z pohledu hospitalizovaných seniorů (%)**

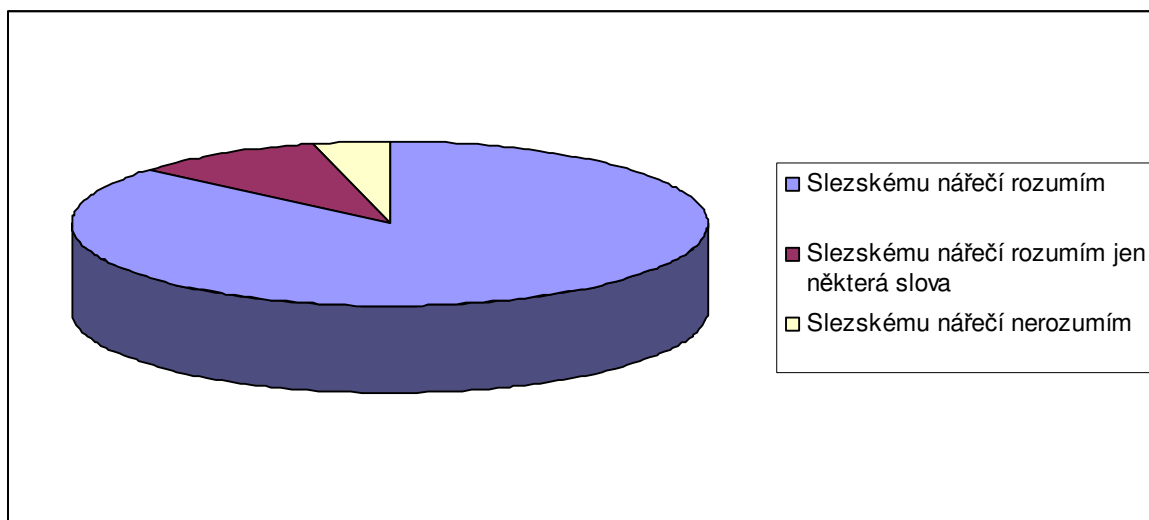


Z výsledků vyplynulo, že zdravotní sestry v komunikaci používají slezské nářečí v komunikaci **občas**. Dotázaní ústně uvedli, že tento způsob komunikace zdravotní sestry používají mezi sebou a s nemocnými, kteří slezské nářečí v komunikaci běžně používají.

#### 4.Slezskému nářečí „po našem“:

- rozumím – tuto možnost označilo 91 dotázaných (86,5 %)
- rozumím jen některá slova – tuto možnost označilo 10 dotázaných (9,5 %)
- vůbec nerozumím – tuto možnost označili 4 dotázaní (4,0 %)

**Graf 8. Počet respondentů, kteří slezskému nářečí rozumí, rozumí jen některá slova, nerozumí (%)**

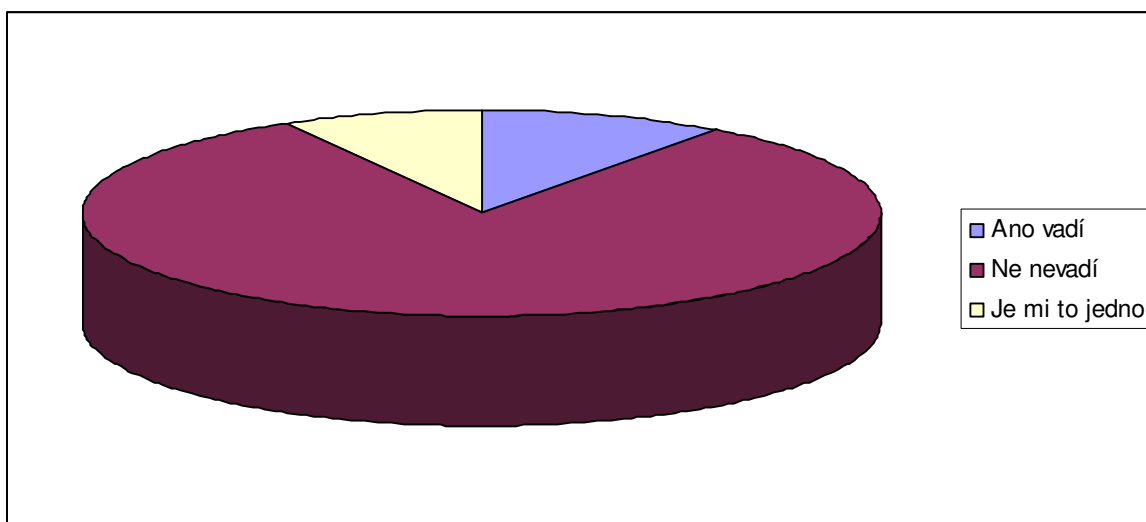


Z výsledků výzkumu vyplynulo, že většina respondentů slezskému nářečí **rozumí**. Položku „**vůbec nerozumím**“ označili dotázaní, kteří nežijí na území Těšínského Slezska.

**5. Vadí mi, když se mnou zdravotní sestry mluví slezkým nářečím „po našem“:**

- ano, vadí – tuto možnost označilo 11 dotázaných (10,0 %)
- ne, nevadí – tuto možnost označilo 86 dotázaných (82,0 %)
- je mi to jedno – tuto možnost označilo 8 dotázaných (8,0 %)

**Graf 9. Obtížnost slezského nářečí v komunikaci zdravotních sester pro hospitalizované seniory (%)**



Z výsledků výzkumu vyplynulo, že většině dotázaných seniorů slezské nářečí v komunikaci se zdravotními sestrami **nevadí**. 10 % dotázaných označilo, že jim dané nářečí v komunikaci se zdravotními sestrami **vadí**. Opět se jedná o seniory žijící mimo oblast Těšínského Slezska.

**6. V případě, že mi vadí slezské nářečí v komunikaci, požádám zdravotní sestru, aby mluvila česky:**

- ano – tuto možnost označilo 10 dotázaných
- ne (pokud ne napište proč) – tuto možnost označil 1 dotázaný

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že jedenácti dotázaným vadí slezské nářečí v komunikaci zdravotních sester. Z toho 10 dotázaných uvedlo, že zdravotní sestru požádalo, aby mluvila česky. Pouze jeden dotázaný uvedl, že zdravotní sestru nepožádal. Důvodem byl strach, aby danou sestru nerozzlobil. Pro velmi malý počet seniorů jsme nezobrazovali výsledky této položky pomocí grafu.

**7. V případě, že požádáte zdravotní sestru, aby mluvila česky:**

- sestra mi vyhoví – tuto možnost označilo 11 dotázaných
- sestra mi nevyhoví – tuto možnost neoznačil nikdo z dotázaných
- jiná odpověď

Z výzkumu vyplynulo, že **sestry vyhoví** žádosti nemocných, aby s nimi komunikovaly česky.

Položku „**jiná odpověď**“ neoznačil nikdo z dotázaných. Opět pro malý počet odpovědí jsme výsledky této položky nezobrazovali pomocí grafu.

### 5.3.2 Shrnutí výsledků části C

Dotazník část - C byla zaměřena na výskyt slezského nářečí v komunikaci zdravotních sester. Cílem bylo zjistit, zda může slezské nářečí působit jako devalvační prvek v komunikaci mezi hospitalizovaným pacientem a zdravotní sestrou.

Slezským nářečím se dorozumí v oblasti Těšínska a Třinecka asi polovina obyvatel. Je to pravděpodobně dáno skutečností, že na tomto území žijí lidé tří národností (české, polské a slovenské), které se vyskytují přibližně ve stejném poměru. Někteří dosud žijící senioři navštěvovali během světové války německou základní školu a právě některá německá slova jsou součástí slezského nářečí (bahnhof, werk, zug... apod.). Slezské nářečí se doposud zachovalo hlavně na vesnicích, kde se jím běžně komunikuje i ve veřejných institucích jako jsou obecní úřad, pošta, obchody apod.

Z výzkumu vyplynulo, že více než polovina seniorů používá v běžné komunikaci slezské nářečí. Je pro ně přirozenou součástí života. Ve veřejných institucích komunikují česky nebo pomocí nářečí podle toho, jak s nimi komunikují ostatní. Nevadí jim, když zdravotní sestry komunikují pomocí nářečí, protože mu rozumí.

Problém nastává u nemocných žijících mimo oblast Třinecka a Těšínska, kteří danému nářečí nerozumí nebo rozumí jen některým slovům. Těm slezské nářečí v komunikaci zdravotních sester vadí.

Pozitivním zjištěním výzkumu je, že všem klientům, kterým slezské nářečí v komunikaci zdravotních sester vadilo a požádali je, aby s nimi mluvily česky, zdravotní sestry vyhověly.

Podle výsledků výzkumu usuzujeme, že slezské nářečí v komunikaci zdravotních sester s hospitalizovanými seniory v daných nemocnicích může působit devalvačně, zejména u nemocných žijících mimo oblast Třinecka a Těšínska. Zvláště jestliže je nemocný nepožádá o komunikaci v češtině. Důsledkem by mohla být různá nedorozumění a neshody. Proto záleží na zdravotní sestře a jejím zhodnocením situace, aby věděla, v jaké oblasti nemocný žije a této skutečnosti přizpůsobit svůj verbální přístup k pacientovi.



## 5.4 Diskuse

Etika komunikace v ošetrovatelské péči seniorů.

Teoretická část diplomové práce je zaměřená na etiku obecně, její historický vývoj a etiku v ošetrovatelství. V kapitole o ošetrovatelské etice jsme se zmínili o Etickému kodexu zdravotních sester a Právech pacientů. Tématům komunikace a stáří jsme věnovali největší část diplomové práce. Zabývali jsme se stářím jako přirozenou součástí života, psychickými i fyzickými změnami ve stáří a přípravou na stáří. Součástí této kapitoly je i téma umírání a smrti. Závěr teoretické části jsme věnovali problematice chyb při komunikaci se seniory, faktorům, které komunikaci se seniory ovlivňují, doporučením jak se seniory komunikovat a jak komunikovat s příbuznými seniorů v ošetrovatelské péči.

Problematikou komunikace v ošetrovatelské péči se zabývají mnozí čeští i zahraniční autoři. Jako příklad uvádíme ty, z jejichž literatury jsme čerpali:

Beran, J. *Základy komunikace s nemocným*, Kristová, J. *Komunikácia v ošetrovaťelstve*, Pláňava, I. *Průvodce mezilidskou komunikací*, Pokorná, A. *Efektivní komunikační techniky*, Start-Hamilton, I. *Psychologie stárnutí*, Venglářová, M. *Komunikace pro zdravotní sestry*, Vybíral, Z. *Psychologie komunikace*.

V praktické části jsme pomocí dotazníku zjišťovali, které evalvační a devalvační prvky se nejčastěji vyskytují v komunikaci zdravotních sester s hospitalizovanými seniory, které evalvační prvky vnímají jako nejvíce příjemné a které devalvační prvky vnímají jako velmi nepříjemné. Současně jsme se zaměřili na slezské nářečí jako možný devalvační prvek v komunikaci zdravotních sester s pacienty.

Výzkum potvrdil domněnky, že pro seniory je velmi důležité a příjemné, když sestra nekřičí, je trpělivá a umí naslouchat. Důležité je komunikovat se seniory jako se svéprávnými lidmi, kteří mají své názory, zvyky a práva. Překvapilo nás, že poměrně velkému procentu seniorů nevadí oslovení „babi“ a „dědo“. Považovali jsme to původně za devalvační prvek, který bude osloveným nepříjemný.

Příjemným zjištěním bylo, že se s uvedenými evalvačními prvky v komunikaci se zdravotními sestrami setkala většina hospitalizovaných seniorů. S devalvačními prvky v komunikaci se často setkala naopak minimum hospitalizovaných seniorů.

Výzkum jsme prováděli v nemocnicích Český Těšín, a.s. a nemocnici Třinec-Podlesí, a.s., které se nacházejí na území Těšínského Slezska. Zde je užívání slezského nářečí mezi

obyvateli velmi časté. Z tohoto důvodu jsme se jím zabývali jako možným devalvačním prvkem pro ty pacienty, kteří žijí mimo oblast Těšínského Slezska, což se výzkumem potvrdilo.

Po konzultacích s managery ošetrovatelské péče v obou nemocnicích jsme zjistili, že výzkum na toto téma nebyl v uvedených ústavech ještě prováděn. Managerka ošetrovatelské péče nemocnice Český Těšín, a.s. nás požádala o poskytnutí výsledků provedeného výzkumu, přestože byl výzkumný vzorek v této nemocnici opravdu nízký. Klienty, kteří se výzkumu zúčastnili, jsme na tuto skutečnost upozornili. V nemocnici Třinec-Podlesí, a.s. výsledky výzkumu nikdo nepožadoval.

Zda byl již realizován výzkum na stejné téma v České republice nebo v zahraničí jsme z dostupných zdrojů nezjistili. Vzhledem k této skutečnosti nemáme možnost výsledky našeho výzkumu srovnat.

## 6. Závěr

Na základě výsledků výzkumu konstatujeme, že vytyčený cíl a úkoly diplomové práce byly splněny.

Pomocí dotazníkové metody jsme zjišťovali etickou úroveň komunikace zdravotních sester s hospitalizovanými seniory. Sledovaný soubor tvořili hospitalizovaní senioři nemocnice Třinec-Podlesí, a.s. a nemocnice Český Těšín, a.s. Věkovou hranici jsme stanovili od 65 let věku, horní hranice nebyla limitována. Výzkum jsme prováděli u seniorů ochotných a schopných vyplnit dotazník. Senioři byli při plném vědomí a orientovaní místem, časem a v prostoru.

Vedení obou nemocnic jsme písemně oslovili a na osobní schůzce představili důvody a zaměření našeho výzkumu. Součástí písemné žádosti byl i dotazník, pomocí kterého jsme výzkum prováděli. Managerky ošetrovatelské péče informovaly staniční sestry oddělení, kde jsme výzkum plánovali provádět a po jejich odsouhlasení jsme telefonicky potvrdili určitý termín. V drtivé většině případů jsme dotazník vyplňovali se seniory osobně, což bylo časově velmi náročné. Zjistili jsme však, že tato skutečnost měla i svá pozitiva, např. při osobním kontaktu jsme měli možnost vysvětlit respondentům případné nejasnosti. Mnozí z nich uvedli, že rozhovor s námi byl pro ně příjemným zpestřením dlouhé chvíle v nemocnici.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že etickou úroveň komunikace zdravotních sester hodnotí hospitalizovaní senioři pozitivně.

Výsledky dotazníku části A ukázaly, že výskyt uvedených evalvačních prvků je podle většiny seniorů častým jevem v komunikaci, což je velmi povzbuzující informace. S uvedenými devalvačními prvky se senioři nesetkali často, což je opět pozitivní skutečností. Jsme si však vědomi, že některé devalvační prvky se občas v komunikaci zdravotních sester vyskytují. Vyplynulo to i z výsledků výzkumu. Je neomluvitelné, pokud se zdravotní sestra chová nepřístojně, protože má špatnou náladu nebo ji její profese nebaví. Avšak jsme si vědomi, že může nastat situace, kdy je člověk nadměrně vytížený, zvláště je-li práce náročná fyzicky i psychicky. Konkrétně ve zdravotnických zařízeních můžeme mluvit o nedostatku personálu a často i o nadměrném počtu služeb. K těmto skutečnostem je nutno přihlížet. Vždy záleží na osobnosti zdravotní sestry jak se zachová a dojde-li k nějaké devalvační situaci v komunikaci, je na místě, aby se danému člověku omluvila.

Z výsledků dotazníku části B jsme zjistili, že nejpříjemněji vnímají senioři klidnou komunikaci, kdy sestra nekřičí, nezvyšuje hlas, umí naslouchat. Důležitá je pro ně komunikace, kdy sestra bere v úvahu jejich názory, myšlenky a práva. Komunikace bez ageismu, křiku, zesměšňování. U lidí vysokoškolského vzdělání je vhodné oslovovat je titulem. Mají na něj právo. Zvláště pro seniory je důležitá úcta k jejich osobnosti a úspěchům, kterých během života dosáhli. Tím vysokoškolský titul bezesporu je.

Z výsledků dotazníku části C vyplynulo, že slezské nářečí může působit devalvačně u seniorů, kteří žijí mimo území Těšínského Slezska. Pro zdravotní sestru je důležité, aby věděla, kde hospitalizovaný žije nebo alespoň zda rozumí slezskému nářečí. Tím předejde zbytečným konfliktům a nedorozuměním v komunikaci, což může mít v ošetrovatelské péči až fatální následky. Může nastat situace, že senior nerozumí řeči sestry, ale souhlasí se vším a přikyvuje hlavou na všechno. Proto je nutné, aby si sestra ověřila, zda jejím informacím a pokynům nemocný rozumí. Je vhodné, aby zdravotní sestry s nemocnými komunikovaly česky a slezské nářečí používaly pouze v případě, že nemocný nářečí používá v běžné komunikaci a sám je v používání spisovného jazyka nejistý.

Dotazníkový výzkum přinesl užitečné informace do běžné praxe zdravotních sester, ale i mladších členů populace, kteří se se seniory setkávají a komunikují v každodenním životě. Výsledky výzkumu ukázaly, co je pro seniory v komunikaci důležité, zvláště jsou-li odkázáni na péči jiné osoby. Jejich emoce a psychický stav bývá umocněn strachem z těžké nemoci, bezmoci a smrti. V dnešní době mnozí lidé, zvláště mladá generace, má v sobě prvky ageismu. Z části je to z důvodu jejich věku, kdy jsou zdraví, netrpěliví, lépe se orientují v dnešním přetechizovaném světě a snáze se přizpůsobují novým požadavkům doby. Mají pocit, že je senioři zdržují, jsou neohrabaní a neschopní se v tomto světě orientovat. Avšak je nutno si uvědomit, že i senioři bývali zdraví, bystří a pohotiví. Jen v důsledku vyššího věku, úbytku fyzických a psychických sil, vážné nemoci, různých životních zkušeností se tyto schopnosti otupily. Je pravdou, že každý z nás je jiná osobnost, která různě snáší životní překážky a přizpůsobuje se procesu stárnutí. Neznamena to však, že jsou senioři bezbranní a neschopni dát najevo své požadavky, přání a práva.

V ošetrovatelské péči zvláště je nutno si tuto skutečnost uvědomit a přistupovat ve své profesi k seniorům s úctou a důstojností. I když se mnohdy stane odměnou kritika a věčná nespokojenost. Práce se seniory není lehká, ale stačí si představit, že na jejich

místě ležíme v nemocnici my. Odkázáni na pomoc cizích lidí, sami, bez rodiny, přátel, v bolestech, strachu a nejistotě.

## 7. Souhrn

Z výsledků dotazníkového výzkumu vyplynulo, že úroveň komunikace zdravotních sester v nemocnici Český Těšín, a.s. a nemocnici Třinec-Podlesí, a.s., hodnotí hospitalizovaní senioři pozitivně. Za nejčastěji se vyskytující evalvační prvky v komunikaci jsou považovány: klidná komunikace bez křiku, diskrétní komunikace, kdy zdravotní sestra nemocného neztrapňuje a komunikace, při níž dáváme nemocnému najevo, že je svéprávný člověk. Za nejčastěji se vyskytující devalvační prvky v komunikaci zdravotních sester senioři považují: sestra nemá čas si se mnou „popovídat“ a sestra mě oslovuje „babi“, „dědo“. Současně vyjádřili pochopení k zaneprázdněnosti zdravotních sester pro nedostatek času si s nemocnými popovídat. Nejpříjemnějším evalvačním prvkem v komunikaci je pro seniory: klidná řeč bez křiku, laskavé chování, kdy sestra umí naslouchat, komunikace při níž dávají zdravotní sestry nemocnému najevo, že je svéprávným člověkem. Nejvíce nepříjemné devalvační prvky v komunikaci zdravotních sester jsou: sestra na mě zvyšuje hlas, křičí, je ke mně hrubá a ironická, sestra mě před ostatními pacienty ztrapnila. Výskyt slezského nářečí vadí relativně malému počtu seniorů. Jedná se o seniory žijící mimo oblast Těšínského Slezska, kde se toto nářečí nevyskytuje.

## Summary

The results of the survey indicate that elderly patients perceive the communicative level of nurses in the hospitals Český Těšín, a.s. and Podlesí, a.s. positively. The most common appreciative elements in communication: are calm communication without shouting, tactful communication when a nurse does not humiliate a patient and communication treating a patient as a person with rights. The most common devaluative elements, as considered by elderly patients, are facts that nurses do not have time to have a chat with them and that they are addressed as “granny or “gramp”. At the same time they expressed understanding that nurses are too busy to have time for a chat. Elderly patients consider following qualities as the most pleasant appreciative elements in communication: speaking without shouting, kind treatment, an ability to give ear and communication without any disrespect. On the other hand the most unpleasant devaluative elements are rude and ironic behaviour of nurses towards their patients, raising of voice and humiliating

of patients. Only a handful of elderly patients resent when nurses use Silesian dialect in communication with them. Usually these patients live outside the area of Těšínské Slezsko where the dialect is spoken.

## 8. Literatura

### 8.1 Použitá literatura

ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: Zvon, 1994. 292 s. ISBN 80-7113-111-3.

BERAN, J. *Základy komunikace s nemocným*. Praha: Karolinum, 1. vyd. 1997. 72 s. ISBN 80-7184-390-3.

BUREŠ, R. *Základy etiky*. Praha: S & M, 1. vyd. 1991. 31 s. ISBN 80-900096-5-4.

ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, dotisk 2. nezm. vyd. 2005. 175 s. ISBN 80-244-0629-2.

FÍŠEROVÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 60 s. /ostatní neuvedeno/.

GOLDMAN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1. vyd. 2004. 126 s. ISBN 80-244-0907-0.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1. vyd. 1994. 230 s. ISBN 80-85824-03-5.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice*. Brno: IDV PZ, 1. vyd. 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7.

HOLOUŠOVÁ, D. *Diplomové a závěrečné práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1. vyd. 2002. 117 s. ISBN 80-244-0458-3.

JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 1. vyd. 2003. 223 s. ISBN 80-72-54-329-6.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 1. vyd. 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.

KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, spol. s r. o, 1. vyd. 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.



- KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s., 1. vyd. 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- LEMON 3 (*učební texty pro sestry a porodní asistentky*). Brno: IDV PZ, 1. vyd. 1997. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.
- POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky*. Brno: NCO NZO, 2. vyd. 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
- PLÁŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací*. Praha: Grada Publishing, a.s., 1. vyd. 2005. 148 s. ISBN 80-247-0858-2.
- STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, s. r. o., 1. vyd. 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.
- TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus, průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ústav lékařské etiky 3. LF UK, 1.vyd. 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 1. vyd. 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4.

## 8.2 Internetové odkazy

JAROŠOVÁ, Darja. *Nemocnice Jablonec nad Nisou* [online]. 19.5.2006 [cit. 2009-11-22]. Florence Nightingalová. Dostupné z www: <<http://www.nemjbc.cz/cs/o-nas/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2006/kveten-2006/florence-nightingalova.html>>.

FG Forrest, a. s. *Oficiální stránky prezidenta ČR a Pražského hradu* [online]. 2009 [cit. 2009-11-22]. Alice Masaryková - Pražský hrad. Dostupné z www: <<http://www.hrad.cz/cs/prezident-cr/prezidenti-v-minulosti/tomas-garrigue-masaryk/zajimave-odkazy/alice-masarykova.shtml>>.

R., J. *Andělský svět* [online]. 23.11.2009 [cit. 2010-02-03]. Rabíndranáth Thákur - ukázky básní. Dostupné z www: <<http://home.tiscali.cz/svjet/basne12.html>>.

[VIZUS.CZ](http://www.vizus.cz) s.r.o. *Umírání* [online]. 26.2.2009 [cit. 2010-04-27]. Doprovázení nemocných | Cesta domů. Dostupné z www: <<http://www.umirani.cz/doprovazeni-nemocnych.html>>.

*Wikipedie, otevřená encyklopedie* [online]. 3. 12. 2004 [cit. 2010-04-20]. Soubor: Florence Nightingale.png. Dostupné z www: <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Florence\\_Nightingale.png](http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Florence_Nightingale.png)>.

ŘEČINSKÝ, František. *České listy* [online]. 4.5.2009 [cit. 2010-01-18]. Alice Masaryková - Česká republika. Dostupné z www: <<http://ceskelisty.czech.cz/cz/ceske-listy/portrety-osobnosti/alice-masarykova?i=4>>

## **9. Přílohy**

# Příloha 1

## Úplný text etického kodexu Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případu akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou, musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, kdy mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Inštituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost se řídit platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen (Haškovcová, 1996, s. 25-28).

## **Příloha 2**

### **Kodex sester**

Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení.

Potřeba ošetrovatelské péče je univerzální. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: úcta k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, náboženské vyznání, barvu pleti, věk, pohlaví, politické přesvědčení a společenské postavení.

Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a společnosti a spolupracují v tom s reprezentanty jiných oborů.

### **Sestra a spoluobčan**

Sestra má v první řadě odpovědnost za občany, kteří potřebují ošetrovatelskou péči.

Při poskytování péče sestra respektuje víru jednotlivce, jeho životní zvyky a duchovní potřeby a snaží se vytvořit podmínky, které podporuje prostředí, které uznává jeho individualitu.

Sestra chrání osobní informace o nemocném, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

### **Sestra a praxe**

Sestra nese osobní odpovědnost za kvalitu poskytované ošetrovatelské péče a za udržování své kvalifikace neustálým studiem.

Sestra udržuje vysokou úroveň ošetrovatelské péče a to v každé situaci.

Sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak kvalifikaci jiných osob, když přejímá odpovědnost za určitý úkol nebo když jí pověřuje jinou osobu.

Sestra jedná ve své odborné práci tak, aby její chování přispělo k vysokému kreditu ošetrovatelského povolání.

## **Sestra a společnost**

Sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této funkci iniciativní.

## **Sestra a spolupracovníci**

Sestra udržuje vztah spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.

Sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby chránila pacienta, pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka či občana.

## **Sestra a profese**

Sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské praxe a za své odborné vzdělávání.

Sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu ošetrovatelské péče.

Sestra se zasazuje v rámci své profesní organizace o zachování spravedlivých sociálních a pracovních podmínek v ošetrovatelství (Lemon 3, 1997, s. 46-47).

### Příloha 3



Obrázek 1. Florence Nightingalová<sup>5</sup> (15.5.1820 – 13.8.1910)

---

<sup>5</sup> cs.wikipedia.org



## Příloha 4



Obrázek 2. Alice Masaryková<sup>6</sup> (3.5.1879 – 5.11.1966)

---

<sup>6</sup> [www.hrad.cz](http://www.hrad.cz)

## Příloha 5

### Dotazník

Vážená paní / pane. Jmenuji se Lucia Rajčániová a jsem studentkou 5.ročníku Univerzity Palackého, katedry Antropologie a zdravotní vědy v Olomouci. Studuji obor Učitelství Sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy. Prosím Vás o vyplnění anonymního dotazníku, jehož výsledky použiji pro svou diplomovou práci. Téma diplomové práce je Etika komunikace v ošetrovatelské péči seniorů. Zajímají mě Vaše zkušenosti s komunikací zdravotních sester s Vámi jako klienty nemocnice. Pozorně si jednotlivé otázky přečtěte a zakřížkujte odpověď nejbližší Vašemu mínění. Předem Vám děkuji za spolupráci. Lucia Rajčániová

### OBECNÁ ČÁST :

1. Vaše pohlaví:

- žena
- muž

2. Váš věk:

- 65 – 74 let
- 75 – 84 let
- 85 – 94 let
- 95 – více let

3. Momentálně jsem klientem:

- Nemocnice Podlesí
- Nemocnice Český Těšín

### SPECIÁLNÍ ČÁST :

A. Prosím, udělejte křížek v políčku, podle toho, jak často se s daným chováním sester setkáváte.

Typ chování sester	Setkávám se často	Setkávám se občas	Nesetkal jsem se
1.Sestra sama od sebe nepozdraví.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Sestra mě ignoruje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Sestra je neochotná, když ji o něco poprosím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Sestra zvyšuje hlas, někdy křičí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Sestra mě oslovuje babi, dědo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Sestra nemá čas si se mnou popovídat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Sestra mě před ostatními pacienty ztrapnila.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.Sestra se mnou mluví hrubě, ironicky.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.K ostatním pacientům se chová lépe než ke mně.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.Sestra mluví se mnou jako dítětem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Typ chování sester</b>	<b>Setkávám se často</b>	<b>Setkávám se občas</b>	<b>Nesetkal jsem se</b>
11.Sestra pozdraví.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.Sestra mě bere na vědomí, všímá si mě.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.Sestra je ochotná, když ji o něco poprosím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.Sestra mluví klidně, nekřičí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.Sestra mi vyká a oslovuje mě příjmením (paní Nováková).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.Sestra je před ostatními pacienty diskrétní, neztrapňuje mě.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.Sestra si udělá čas, aby mě vyslechla, povzbudí mě.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.Sestra je laskavá, umí naslouchat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.Sestra nikomu z pacientů nenadržuje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.Sestra se mnou mluví jako se svéprávným člověkem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B. Prosím, udělejte křížek v políčku podle toho, jak je pro Vás dané chování nepříjemné.**

1. Sestra mě sama nepozdraví.

- velmi nepříjemné
- nepříjemné, mám špatný pocit
- nepříjemné, ale nevšímám si toho
- nevadí mi to

2. Sestra si mě nevšímá, ignoruje mě.

- velmi nepříjemné
- nepříjemné, mám špatný pocit
- nepříjemné, ale nevšímám si toho
- nevadí mi to

3. Sestra je neochotná, když ji o něco požádám.

- velmi nepříjemné
- nepříjemné, mám špatný pocit
- nepříjemné, ale nevšímám si toho
- nevadí mi to

4. Sestra na mě zvyšuje hlas, křičí.

- velmi nepříjemné
- nepříjemné, mám špatný pocit
- nepříjemné, ale nevšímám si toho
- nevadí mi to

5. Sestra mě oslovuje babi, dědo.

- velmi nepříjemné
- nepříjemné, mám špatný pocit
- nepříjemné, ale nevšímám si toho
- nevadí mi to

6. Sestra nemá čas si se mnou popovídat.

- velmi nepříjemné
- nepříjemné, mám špatný pocit
- nepříjemné, ale nevšímám si toho
- nevadí mi to

7. Sestra mě před ostatními pacienty ztrapnila.

- velmi nepříjemné
- nepříjemné, mám špatný pocit
- nepříjemné, ale nevšímám si toho
- nevadí mi to

8. Sestra je ke mně hrubá, ironická.

- velmi nepříjemné
- nepříjemné, mám špatný pocit
- nepříjemné, ale nevšímám si toho
- nevadí mi to

9. Sestra se chová k ostatním pacientům lépe než ke mně.

- velmi nepříjemné
- nepříjemné, mám špatný pocit
- nepříjemné, ale nevšímám si toho
- nevadí mi to

10. Sestra se mnou mluví jako s malým dítětem(podejte mi ruku, hačňte si apod.).

- velmi nepříjemné
- nepříjemné, mám špatný pocit
- nepříjemné, ale nevšímám si toho
- nevadí mi to

11. Sestra mě sama pozdraví.

- velmi příjemné
- příjemné, rád s ní spolupracuji
- příjemné
- je mi to jedno

12. Sestra mě bere na vědomí, všímá si mě.

- velmi příjemné
- příjemné, rád s ní spolupracuji
- příjemné
- je mi to jedno

13. Sestra mi ochotně pomáhá.

- velmi příjemné
- příjemné, rád s ní spolupracuji
- příjemné
- je mi to jedno

14. Sestra mluví klidně, nekřičí.

- velmi příjemné
- příjemné, rád s ní spolupracuji
- příjemné
- je mi to jedno

15. Sestra mi vykává, oslovuje mě příjmením (paní Nováková, pane Novák).

- velmi příjemné
- příjemné, rád s ní spolupracuji
- příjemné
- je mi to jedno

16. Sestra je před ostatními pacienty diskrétní, neztrapňuje mně.

- velmi příjemné
- příjemné, rád s ní spolupracuji
- příjemné
- je mi to jedno

17. Sestra si na mě udělá čas, povzbudí mě.

- velmi příjemné
- příjemné, rád s ní spolupracuji
- příjemné
- je mi to jedno

18. Sestra je laskavá, umí naslouchat.

- velmi příjemné
- příjemné, rád s ní spolupracuji
- příjemné
- je mi to jedno

19. Sestra nikomu z pacientů nenadržuje.

- velmi příjemné
- příjemné, rád s ní spolupracuji
- příjemné
- je mi to jedno

20. Sestra se mnou mluví jako se svéprávným člověkem.

- velmi příjemné
- příjemné, rád s ní spolupracuji
- příjemné
- je mi to jedno



### C. Zakřížkujte odpověď, která je podle Vás pravdivá

1. Já osobně doma, s přáteli, komunikuji ve slezském nářečí „po našem“:
  - stále
  - občas
  - ojediněle
  - mluvím česky
  
2. V institucích jako jsou např. nemocnice, úřady, běžně komunikuji ve slezském nářečí „po našem“:
  - stále
  - občas
  - ojediněle
  - mluvím česky
  
3. Sestry v nemocnici s pacienty komunikují ve slezském nářečí „po našem“:
  - stále
  - občas
  - ojediněle
  - mluví česky
  
4. Slezskému nářečí „po našem“:
  - rozumím
  - rozumím jen některá slova
  - vůbec nerozumím
  
5. Vadí mi, když zdravotní sestry se mnou mluví slezským nářečím „po našem“.
  - ano, vadí
  - ne, nevadí
  - je mi to jedno
  
6. V případě, že mi vadí slezské nářečí v komunikaci požádám sestru, aby mluvila spisovně:
  - ano
  - ne (pokud ne, napište proč)
  
7. V případě, že požádáte sestru, aby mluvila spisovně:
  - sestra mi vyhoví
  - nevyhoví
  - jiná odpověď napište jaká –

Děkuji Vám za spolupráci.

Lucia Rajčániová

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Lucia Rajčániová
<b>Katedra:</b>	Antropologie a zdravotní PdF UP Olomouc
<b>Vedoucí práce:</b>	doc. RNDr. Lubomír Krejčovský, CSc.
<b>Rok obhajoby:</b>	2010

<b>Název práce:</b>	Etika komunikace v ošetrovatelské péči seniorů
<b>Název v angličtině:</b>	Ethics of Communication in Nursing Elderly Patients
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce je zaměřena na komunikaci zdravotních sester s hospitalizovanými seniory. Cílem je zjistit, které evalvační a devalvační prvky se v komunikaci objevují nejčastěji a zda slezské nářečí může působit jako devalvační prvek v komunikaci. Pro výzkum byla použita dotazníková metoda. Cílovou skupinou se stali hospitalizovaní senioři v nemocnici Třinec Podlesí, a.s. a nemocnice Český Těšín, a.s. Otázky v dotazníku byly zaměřeny na četnost výskytu vybraných evalvačních a devalvačních prvků v komunikaci a výskyt slezského nářečí v komunikaci zdravotních sester.
<b>Klíčová slova:</b>	Etika, verbální komunikace, neverbální komunikace, devalvace, evalvace, stáří, dotazníková metoda
<b>Anotace v angličtině:</b>	The dissertation focuses on the way nurses communicate with their elderly patients. Its goal is to identify appreciative and devaluative elements that appear in the communication most frequently, and if a silesian dialect can be considered as a devaluative element in the communication. The survey is based on a questionnaire. The target group of patients was addressed in the hospital Třinec Podlesí, a.s. and the hospital Český Těšín, a.s. The questions in the questionnaire focus on frequency of appreciative and devaluative elements and the use of silesian dialect in the communication of nurses with their patients.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Ethics, verbal communication, non-verbal communication, devaluation, appreciation, old age, questionnaire
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Práva pacientů, Kodex sester, Florence Nightingalová – obrázek, Alice Masaryková – obrázek, Dotazník
<b>Rozsah práce:</b>	98 s.
<b>Jazyk práce:</b>	český jazyk

