

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**KOMUNIKACE S PACIENTEM SENIOREM NA
NEUROCHIRURGICKÉM ODDĚLENÍ V NEMOCNICI
ČESKÉ BUDĚJOVICE, A.S.**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

6. 5. 2010

Autor práce:

Petra Voldřichová

Vedoucí práce:

Mgr. Lenka Motlová

ABSTRAKT

Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním, a to především mezi dvěma či více lidmi. Často se také uvádí, že jde o způsoby nebo prostředky, které pomáhají ke spojení (dorozumění). Lékaři a zdravotní sestry všeobecně přiznávají komunikační potíže v určitých specifických náročných situacích, někteří z nich se však domnívají, že jsou díky své výchově, schopnostem a vzdělání dobrými zprostředkovateli, tj. dobrými komunikátory. Naopak pacienti senioři se vyjadřují o komunikačních dovednostech zdravotnických pracovníků spíše nepříznivě a projevují nespokojenost nad průběhem vzájemného dorozumívání.

Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem komunikují lékaři a zdravotní sestry s pacienty seniory na neurochirurgickém oddělení. Dalším cílem bylo dále zjistit, jaké způsoby komunikace vyhovují pacientům seniorům hospitalizovaným na neurochirurgickém oddělení. Pro realizaci výzkumné části byl zvolen kvalitativní typ výzkumu - metoda dotazování, technika polořízených rozhovorů a zároveň byla využita metoda dotazování pomocí dotazníků s otevřenými otázkami. Výzkumný soubor tvořilo 20 zdravotnických pracovníků (lékařů i zdravotních sester) a 5 pacientů neurochirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Výsledky výzkumu ukázaly velmi zajímavé skutečnosti v komunikaci s pacienty seniory. Z výzkumu vyplynulo, že senioři hospitalizovaní na neurochirurgickém oddělení upřednostňují verbální formu komunikace - tato forma komunikace jim nejvíce vyhovuje. Taktéž zdravotnický personál uvedl, že většinou verbální komunikaci používá - v některých případech ji doplňují o komunikaci neverbální, především gesta a tón hlasu.

Tato práce by mohla být využita jako zpětná vazba v oblasti komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty seniory, hospitalizovanými na neurochirurgickém oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s.

ABSTRACT

Communication is generally defined as a transfer of information via various signals and means: orally, in writing, by facial expressions, gestures and other non-verbal behaviour, in particular between two or among several people. It is also often stated to involve the manners or the means facilitating connection (understanding). Doctors and nurses generally admit communication difficulties in certain specific demanding situations but some of them believe that they are good mediators, i.e. good communicators, due to their upbringing, abilities and education. By contrast, senior patients often find the communication skills of medical workers rather unsatisfactory and show dissatisfaction with the course of intercommunication.

The objective of the research part of the bachelor thesis was to ascertain the manner how doctors and nurses communicate with senior patients in the neurosurgical ward. Another objective was to ascertain which manners of communication are suitable for senior patients hospitalized in the neurosurgical ward. The research part was implemented through a qualitative research – the inquiring method using the technique of semi-directed interviews and the inquiring method using questionnaires with open-end questions. The research set consisted of 20 medical workers (doctors and nurses) and 5 patients of the neurosurgical ward of Nemocnice České Budějovice, a.s.

The results of the research have revealed very interesting facts in respect of the communication with senior patients. It followed from the research that the seniors hospitalized in the neurosurgical ward prefer verbal communication – this form of communication is the most convenient for them. The medical staff also stated that they mostly used verbal communication – in some cases supplemented with non-verbal communication, in particular with gestures and the tone of the voice.

This thesis could be used as a feedback in the area of communication between the medical workers and the senior patients hospitalized in the neurosurgical ward of Nemocnice České Budějovice, a.s.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci „Komunikace s pacientem seniorem na neurochirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.“ jsem vypracovala samostatně s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2010

.....
Petra Voldřichová

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala především vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Lence Motlové za odborné a cenné rady, trpělivost, srdečný přístup a oporu. Děkuji všem respondentům, kteří mi poskytli rozhovor a tím mi byli ochotni věnovat svůj čas a sdělit mi své názory a zkušenosti. Dále děkuji primáři MUDr. Vladimíru Chloubovi, že souhlasil s tím, abych mohla na neurochirurgickém oddělení zrealizovat svůj výzkum.

OBSAH

1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Geriatrie a gerontologie	10
1.2 Geriatrie	11
1.3 Stáří	11
1.3.1 Délka lidského života.....	13
1.3.2 Střední délka života	13
1.3.3 Průměrná délka života	14
1.4 Psychologie stáří	14
1.4.1 Modely vyrovnání se stářím	15
1.5 Proměny ve stáří	15
1.6 Životní změny ve stáří	17
1.6.1 Odchod do důchodu	17
1.6.2 Smrt partnera a změna rodinného života	17
1.6.2.1 Péče rodiny a vlastní domácnost.....	18
1.6.3 Změna bydliště.....	19
1.6.4 Příprava na stáří	20
1.7 Zdravotní stav seniorů	21
1.7.1 Základní choroby ve stáří	21
1.7.1.1 Smyslové poruchy.....	22
1.7.1.2 Deprese	22
1.7.1.3 Úrazy a pády	23
1.8 Obor neurochirurgie	24
1.8.1 Historie oboru	24
1.8.2 Neurochirurgické oddělení Nemocnice v Českých Budějovicích, a.s.	25
1.8.3 Pacienti neurochirurgického oddělení	27
1.9 Komunikace ve zdravotnictví	28
1.9.1 Prvky komunikace (nejen) ve zdravotnictví - kdo komunikuje.....	29
1.9.2 Kdy komunikovat	30
1.9.3 Kde komunikovat.....	30

1.10	Verbální a neverbální komunikace	31
1.10.1	Neverbální komunikace	31
1.10.2	Verbální komunikace	33
1.10.3	Komunikační zóny	34
1.11	Zásady komunikace s pacientem	34
1.11.1	Komunikace s pacientem seniorem	35
1.11.2	Komunikace s agresivním pacientem	36
1.11.3	Komunikace s pacientem s úzkostnou poruchou	37
1.11.4	Komunikace s rodinou pacienta	37
2.	CÍL A HYPOTÉZA	39
2.1	Cíl práce	39
2.2	Hypotéza	39
3.	METODIKA	41
3.1	Metody a techniky sběru dat	41
3.2	Výzkumný soubor	42
3.3	Realizace výzkumu	43
4.	VÝSLEDKY VÝZKUMU	44
4.1	Výsledky dotazníkového šetření	44
4.2	Výsledky rozhovorů s pacienty neurochirurgického oddělení	62
4.2.1	Případová studie 1	62
4.2.2	Případová studie 2	64
4.2.3	Případová studie 3	66
4.2.4	Případová studie 4	68
4.2.5	Případová studie 5	70
5.	DISKUZE	73
5.1	Diskuze k dotazníkovému šetření	73
5.2	Diskuze k případovým studiím s pacienty	79
6.	ZÁVĚR	83
7.	KLÍČOVÁ SLOVA	84
8.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	85

9. PŘÍLOHY	87
9.1 Příloha 1.....	88
9.2 Příloha 2.....	89
9.3 Příloha 3.....	94
9.4 Příloha 4.....	96
9.5 Příloha 5.....	97

ÚVOD

V současné době velmi významným způsobem vzrůstá počet seniorů v populaci. Stárnutí celé populace má samozřejmě dopad na ekonomiku státu, zdravotnictví i většinu dalších oblastí. Senioři se tedy stávají stále více součástí našeho všedního každodenního života a velmi často se stávají terčem různých diskuzí. Každý z nás by si měl ale uvědomit, že senioři nám mohou být velmi přínosní svými životními zkušenostmi, radami a životními postoji. Přesto mám pocit, že je vztah k těmto lidem rozdílný především mezi jednotlivými generacemi. Vždyť se stačí jen podívat kolem sebe a můžeme slyšet jen posmívačné řeči dospívající generace, která seniory jen zesměšňuje. Čím více člověk dospívá a stárne, tím více si uvědomuje, jak moc jsou senioři pro něj potřební. Jsou zdrojem zkušeností, postojů a životních rad a především jsou také našimi rodiči či prarodiči. Nikdo z nás by si nepřál, aby s „našimi“ seniory někdo mluvil ošklivě či snad velmi hrubě.

Téma práce jsem si vybrala proto, že jsem chtěla zjistit, jakým způsobem probíhá komunikace s pacientem seniorem ve zdravotnickém zařízení na neurochirurgickém oddělení, kde sama již několik let pracuji. Bylo pro mě velmi podstatné zjistit, jak se při komunikaci pacienti senioři cítí a jak hodnotí komunikaci se zdravotnickým personálem. Chtěla jsem přesvědčit sebe sama, že komunikace se seniorem není vždy tak „ošklivá“ a ponižující, jak jsem měla možnost již poznat. Proto, abych, mohla svůj výzkum skutečně dobře vyhodnotit, bylo potřeba spolupracovat také se zdravotnickým personálem, s mými kolegy. Jsem přesvědčena, že jsem v rámci výzkumu mohla vyhodnocovat velmi upřímné odpovědi, plné životních zkušeností nejen ze strany seniorů, ale také ze strany zdravotnických pracovníků. Domnívám se, že kvalita vztahů mezi zdravotnickým personálem a pacienty seniory má na průběh léčby nebo pobytu ve zdravotnickém zařízení velmi významný vliv.

V této práci jsem se tedy snažila zjistit názor pacientů seniorů hospitalizovaných na neurochirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. na způsoby komunikace. Tyto zjištěné skutečnosti jsem se pomocí komparativní analýzy pokusila zhodnotit s odpověďmi, které mi poskytl zdravotnický personál.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Geriatrie a gerontologie

Vznik tohoto oboru byl podmíněn potřebou zabývat se problematikou stáří v návaznosti na narůstající počet starých lidí. V současné době totiž celosvětově dochází k masivnímu nárůstu podílu starých lidí v populaci. Pohledem do historie si lze ale povšimnout, že tomu není tak dlouho, kdy nebylo dožití se vyššího věku něčím výjimečným. Potřeba věnovat se problematice stáří dala možnost rozvoji samostatného vědní oboru gerontologie, tj. vědy o stárnutí a stáří (15).

Název gerontologie je odvozen od řeckého slova géron = starý člověk a logos = nauka. Často je gerontologie členěna na několik velmi důležitých částí.

Gerontologie experimentální zkoumá mechanismus biologického procesu stárnutí buněk, tkání, orgánů a v neposlední řadě také studuje procesy biologického a psychologického stárnutí člověka (5).

Gerontologie sociální shrnuje sociální dopady stárnutí a stáří člověka. Současně si také všímá společenských a sociálních faktorů, které proces stárnutí ovlivňují a dále zjišťuje sociální potřeby starých a stárnoucích lidí. V posledních letech se zabývá také prevencí stárnutí a jeho rizik s cílem udržet praktickou soběstačnost (5).

Gerontologie klinická se zabývá studiem zvláštností chorob, diagnostikou a léčbou chorob u starých lidí. Taktéž bývá nazývána geriatrií. V České republice je samostatným vědním oborem od roku 1982 (5).

Gerontopsychiatrie. Neméně důležitou součástí vědních oborů gerontologie a geriatrie je také psychiatrie, která předkládá vysvětlení řady duševních poruch typických pro stáří. S přibývajícím věkem populace totiž roste počet duševních poruch a jejich léčba má svá specifika. Pozornost těmto poruchám věnuje obor zvaný gerontopsychiatrie (13).

1.2 Geriatrie

Geriatrie je obor, který se zabývá chorobami stáří. Z jejího hlediska rozeznáváme dva typy stárnutí a vlastního stáří. Jde o:

- a) fyziologický typ stárnutí - je normální součástí života (dlouhověcí lidé, neboli zdraví senioři);
- b) stárnutí předčasné - kalendářní věk je nižší než věk funkční (5).

Kalendářní věk je určen dnem narození a je nedostatečným kritériem k určení reálného stupně stárnutí. Změny fyziologických funkcí a jejich zhoršení je samozřejmě závislé na věku. Počet starších osob, které vyžadují nutnou pomoc, či asistenci při zvládnání základních životních potřeb se zvyšuje v závislosti na jejich rostoucím počtu v populaci. Mezi základní činnosti vyžadující asistenci patří např. chůze, koupání, oblékání, přesun z lůžka do křesla, krmení, procházky a další domácí aktivity (např. nákupy, vaření nebo hospodaření s penězi (5).

1.3 Stáří

Oblastí zájmu gerontologie a geriatrie je stáří, ale co je to stáří? Kdo jsou staří lidé?

Stáří označuje pozdní fáze přirozeného průběhu života. Jedná se o projev a důsledek funkčních změn, probíhajících různou rychlostí. Tyto projevy vedou k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp. Ten je dán vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými, včetně sebehodnocení a přijetí určité role (18).

Kalendářní stáří se většinou jednoznačně vymezuje, ale nepostihuje zcela jasně rozdíly mezi lidmi. Dokonce i věková hranice se stále posouvá, neboť se prodlužuje očekávaná doba dožití a průběžně se zlepšuje zdravotní a funkční stav nově stárnoucích generací. Za počátek stáří je dnes vesměs považován věk 65 let a o vlastním stáří se hovoří až od věku 75 let, který je považován za zlomový bod. V závislosti na demografickém vývoji byl v 60. letech navržen pojem „mladí senioři“ pro věk 55 - 74

let a „staří senioři“ pro 75 a více let. Z tohoto pojetí stáří je odvozeno i současné orientační členění stáří:

- a) 65 - 75 let: mladí senioři - problematika penzionování, volného času, aktivit, seberealizace;
- b) 75 - 84 let: staří senioři - problematika adaptace, tolerance zátěže, specifické stonání, osamělost;
- c) 85 a více let: velmi staří senioři - problematika soběstačnosti a zabezpečení (12).

Sociální stáří postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Sociální stáří ukazuje společné zájmy i rizika seniorů, k nimž patří např. adaptace v penziencech, ztráta společenské prestiže, osamělost nebo například pokles životní úrovně. Za počátek sociálního stáří se obvykle považuje okamžik nároku na starobní důchod či skutečný odchod do důchodu. Proti tradičnímu pojetí stáří a odchodu do důchodu se dnes stále častěji objevují koncepty celoživotního vzdělávání, celoživotního osobnostního rozvoje a celoživotní seberealizace. Sociální věk tedy zahrnuje rozmanité stránky sociálního života jedince. Je dán sociálními rolemi, které člověk zastává ve společnosti (12).

Biologickým stářím se označuje konkrétní míra změn daného jedince. Každý člověk stárne již od svého narození, zároveň je však nutno dodat, že každý člověk stárne „jinak“. Nejčastějším měřítkem stáří je ale kalendářní věk (matriční, chronologický věk), jehož výhodou je jednoznačnost - je odvozen o data narození. Důležitý je ovšem také skutečný (biologický) věk, který nemusí vždy odpovídat kalendářnímu věku - někdo prostě „na svůj věk nevypadá“, a to jak v pozitivním, tak i v negativním významu těchto slov (12).

Psychologické stáří je podmíněno především přirozenými funkčními změnami v průběhu stárnutí, individuálními osobnostními rysy, reakcí jedince na stáří. Zde hraje významnou roli také tzv. subjektivní věk, čili to, jak starý se člověk cítí.

I přes tyto různé ukazatele stáří stanovila Světová zdravotnická organizace (WHO) základní klasifikaci vyššího věku a rozděluje jej do několika period trvajících 15 let:

- 45 - 59 let = střední (zralý věk);
- 60 - 74 let = vyšší věk (rané stáří);
- 75 - 89 let = stařecký věk neboli senium (vlastní stáří);
- 90 let a výše - dlouhověkost (5).

Proces stárnutí je procesem zákonitým a fyziologickým, tudíž se mu nikdo živý nemůže vyhnout. Zde je potřeba zdůraznit, že stárnutí a stáří není nemoc, ale přirozený fyziologický proces. Je samozřejmě pochopitelné, že lidé chtějí žít dlouho a stejně tak dlouho si přejí být zdraví a především soběstační (5).

Proces stárnutí je proces, který probíhá od početí, ale za jeho skutečný projev je považován teprve pokles některých funkcí, který nastává v okamžiku dosažení sexuální dospělosti. Jde tedy o velmi složitý komplex dějů, které se vzájemně prolínají a podmiňují (12).

1.3.1 Délka lidského života

O tom, jak dlouho bude konkrétní člověk žít, rozhoduje mnoho faktorů. Zásadním limitem je genetická výbava a dále pak způsob života (např. stravovací a hygienické návyky, stav životního prostředí, aj.). Genetické dispozice nemůže člověk nijak ovlivnit ani přizpůsobit, ale způsob života si může vhodně uspořádat tak, aby pozitivně ovlivnil svou délku života (5).

1.3.2 Střední délka života

Střední délka života, či výstižnější výraz očekávaná délka života je demografický údaj, odvozovaný z tzv. úmrtnostních tabulek. Střední délka života je tedy demografický ukazatel, který udává počet let, kterých se pravděpodobně dožije dítě narozené v daném roce. Do tohoto ukazatele se promítají všechny faktory, které působí na zdravotní stav, především kvalita životního prostředí, výživa, životní styl, zdravotní péče a mnoho dalších (23).

Velmi důležité je si uvědomit, že věk sám ovlivňuje zbývající délku života, tzn. že počínaje časnou dospělostí, je riziko smrti přímo úměrné věku. V praxi toto znamená, že účinnost některých lékařských zákroků ve stáří klesá. Je tedy možné předpokládat, že

v budoucnu by neměli lidé umírat před dosažením stáří. Úmrtí v mladším věku lze označovat jako tzv. odvrátitelné (17).

1.3.3 Průměrná délka života

Po dlouhá staletí byla průměrná délka života krátká, a to i přes to, že v každé době žili staří a dokonce velmi staří lidé. Výpovědní hodnota průměrné délky života je sporná, neboť se jedná o prostý statistický údaj, získaný tím, že jsou sečteny roky, které prožili všichni zemřelí a děleny jejich počtem (5).

Pohledem do historie, lze zjistit, že se průměrná délka života zvyšovala od věku 25 let (období Řecka a Říma) přes věk 50 let (období 40.let 19 stol.) až po současných 78,1 let pro ženy a 71,5 let pro muže. Na nízké hodnotě průměrného věku se především podílela vysoká kojenecká i dětská úmrtnost a vysoká úmrtnost lidí středního věku, způsobená infekčními chorobami a úrazy. Mnoho lidí se také nedožilo svého vlastního stáří, protože zemřeli v důsledku hladomoru a válečných stavů (5).

Dnes je považována hodnota průměrné délky život za významný ukazatel prosperity státu. Vzhledem k tomu, že se život moderních lidí stále zkvalitňuje, je nárůst počtu stárnoucích a starých lidí v populaci zcela evidentní (5).

1.4 Psychologie stáří

Osobnost každého člověka je nutno posuzovat jako psychologický celek. Osobnost zůstává většinou zachována, obvykle se mění jen některé funkční schopnosti osobnosti. Některé charakteristické rysy získávají na důležitosti nebo upadají ve své intenzitě. Téměř u každého člověka dochází ke změně hodnot a cílů nebo ke změně pořadí potřeb. Někdy také změny motivace mohou vysvětlovat, proč starý člověk nedělá to či ono obvyklým způsobem nebo proč některé potřeby a věci jsou v popředí jeho zájmu, či proč se vrací k některým dřívějším zájmům. Může převládat také touha po soukromí a pohodlí (17).

Stáří je nevyhnutelnou součástí každého živého tvora. Ale zůstává nevyřešeným rébusem, jak se s ním vyrovnat, jak jej unést nebo lépe řečeno jak se na něj připravit (17).

1.4.1 Modely vyrovnání se stářím

- a) *Konstruktivní model.* Člověk se smířil s faktem stárnutí a stáří a přiměřeně k věku realizuje své plány a cíle. Je soběstačný a má vysokou schopnost se přizpůsobit. Je schopný navazovat osobní vztahy s ostatními lidmi a především nezapomíná na svou budoucnost.
- b) *Závislost.* Člověk je poměrně vyrovnaný, vzdal se své práce a v klidu odešel do důchodu. Tento stupeň vyrovnání ale směřuje do budoucna k pasivitě - „ať se ostatní postarají“.
- c) *Obranný postoj.* Tento postoj je charakteristický pro lidi, kteří něco v životě „znamenali“ - byli profesionálně i společensky úspěšní. Stále ještě jsou soběstační a velmi často odmítají pomoc, aby ukázali, že nejsou závislí, pomoc nepotřebují, protože vlastně nejsou ani staří. K přijetí stáří jsou nuceni teprve novými okolnostmi kolem nich.
- d) *Nepřátelství.* Lidé žijí v ústraní, hrozí jim izolace a především dávají najevo svůj odpor vůči stáří - vůči okolí reagují nevrlo mrzutostí. Závidí mladým lidem a jsou vůči nim nepřátelští.
- e) *Sebenenávist.* Lidé jsou nepřátelští vůči sobě samým. Zanedbávají společenské styky, cítí se osamělí a zbyteční. Nezávidí mladým jejich mládí, protože mají pocit, že už dost užili života. Netouží po tom, aby mohli svůj život znovu prožít. Málokdy mívají koníčky, jsou nepraktičtí a rádi přehánějí svou tělesnou a duševní neschopnost (16).

Stáří není nemoc. Nejde tedy o to, aby se lékaři a všichni odborníci snažili „uzdravit stáří“, ale aby pomáhali seniorům žít (16).

1.5 Proměny ve stáří

Proces stárnutí provázejí změny, které mají zásadní význam pro posouzení toho, co je ve stáří přirozené a normální a co již představuje jistou míru patologie. Při setkání s lidmi stejného věku, je dobré si povšimnout, že lidé ve stejné věkové kategorii

nevyhlížejí stejně - liší se vzhledem, zachovanými schopnostmi i celkovým zdravotním stavem (17).

V průběhu stárnutí je možné pozorovat na člověku fyzické změny, které jsou často označovány jako fenotyp stáří. Jedná se například o změny tělesné výšky, která se s věkem snižuje. Dále se jedná o změny tělesné hmotnosti, kdy ubývá aktivní tělesná hmota a přibývá tuk a vazivo. Další fyzické změny se projevují např. změnou výrazu obličeje, změnou postoje a chůze, zhoršením zraku a sluchu či dokonce chuti (12).

Současně si lze všimnout také změn poznávacích (kognitivních) schopností - klesají tzv. výkonové křivky. Seniora lze někdy přirovnat ke zpomalenému filmu. Tento pokles se projevuje zvláště v zátěžových situacích, např. při složitějším jednání - např. se jedná o prodlužování procesu rozhodování, způsobů reakcí na podněty, změny pozornosti nebo změny povahové. Postupné oslabování psychických funkcí lze však do určité míry kompenzovat (např. zvýšenou opatrností nebo zpomalením tempa) (16).

Také v oblasti paměti a učení jsou patrné změny. Zhoršuje se zejména krátkodobá paměť, starší vzpomínky zůstávají zachovány, ale mohou být již zkresleny. Obtížně se vybavují některé názvy, hůře se udržují v paměti nové poznatky, ale staré vzpomínky se mohou stále výrazněji vybavovat. Začíná se objevovat nižší koncentrace pozornosti.

Inteligence měřená běžnými testy klesá. S věkem klesá tempo a starší lidé proto podávají horší výkon v časově limitovaných úkolech a tudíž výsledky těchto IQ testů jsou do značné míry tímto ovlivněny (16).

Citové prožívání ve stáří je jiné než v produktivním věku. Emoce jsou labilnější - starý člověk snadno podléhá dojetí. Zvýšené sebezpozorování může vést k přecitlivělosti až hypochondrii. Senior se špatně adaptuje na změny, a tudíž se nerad rozhoduje.

Všechny tyto změny však neznamenají vždy pokles k horšímu. Často zůstávají zachovány jazykové dovednosti a slovní zásoba. U seniorů stoupá odolnost a trpělivost vůči životním a pracovním stereotypům, dokonce bývají více stálí v názorech a vztazích.

1.6 Životní změny ve stáří

1.6.1 Odchod do důchodu

Jedním z velmi důležitých momentů, který znamená konec jednoho období a začátek dalšího období v životě, je odchod do důchodu. Každý člověk se s touto přelomovou situací vyrovnává jinak. Pro někoho není odchod do důchodu snadný, protože je plný nejistot a pro druhého znamená období odpočinku, věnování se rodině a sama sobě.

Jedná se o situaci, která je velmi podobná např. dospívání - nelze se již ohlížet za minulostí, ale zároveň ani nikdo neví, co přijde v budoucnosti. Je zde akorát ten rozdíl, že dospívání člověka připravuje na dospělost, zatímco důchod může představovat pro mnoho lidí odchod ze života dospělých a vstup do stáří. Odchodem do důchodu se mění identita každého člověka - předtím byl inženýr, lékař, právník, učitel, vědec a nyní důchodce. Tuto realitu je potřeba přijmout a především se s ní vyrovnat. Odchod do důchodu nutí každého člověka k novému uspořádání životního rytmu, životních stereotypů a zároveň také ztrácí každodenní kontakt s lidmi ze zaměstnání. V době pracovních aktivit byl jeho čas řízen prací, ale v důchodu si musí svůj čas zorganizovat sám. Důchodový věk může také znamenat pro mnoho lidí čas, který mohou využít k realizaci plánů a představ, ke kterým nemohli až do této doby přistoupit (16).

1.6.2 Smrt partnera a změna rodinného života

Jednou z nejtěžších zkoušek, se kterou se lidé musí ve stáří vyrovnat, je partnerova smrt. Partner, jenž zůstává opuštěn, pociťuje roztržení - jedna jeho bytost umírá. Mnoho těchto vdov či vdovců po smrti svého partnera smutné období překonají a jsou schopni jít dál a znovu žít. Jiní už své bolestivé rány nedokáží zahojit. Nejen, že jim odešel partner, ale zároveň jim také postupně odcházejí stejně staří přátelé. V těchto případech přichází úmrtí velmi brzo po sobě (16).

Již během aktivního pracovního života a v období zralé dospělosti se promítá do života lidí celá řada velkých změn a životních událostí. Jedná se především o odchod dětí z domova. Manželé se tedy ocitají opět sami bez dětí, pouze jeden s druhým. Nalézají novou životní rovnováhu. Je to změna, která může manžele sblížit a upevnit

jejich vztahy nebo naopak může vyprovokovat skryté či existující konflikty. Dokonce i v dlouholetých manželstvích dochází k tomu, že si na sebe manželé znovu zvykají a znovu se učí organizovat a trávit spolu volný čas. Někteří starší občané začínají mít opět pocit užitečnosti, když se stanou prarodiči - babičky hlídají vnoučata a dědečkové, zase vědí, co dělat, když syn potřebuje pomoci se zahradou nebo domem. Ztráta rodičovské role bývá kompenzována novou rolí prarodiče (16).

1.6.2.1 Péče rodiny a vlastní domácnost

Velmi výraznou snahou v životě seniora, je snaha udržet si co nejdéle svou domácnost. Toto je ve většině i přáním mladší generace, ale mnohé domácnosti seniorů by nemohli bez pomoci mladé generace vůbec fungovat. Každý senior hraje ve své rodině svou úlohu - očekává zájem o svou osobu a někdy je schopen se i ve vyšším věku zajímat o problémy rodiny (16).

V naší společnosti existuje určitá „tradice“ materiální pomoci starých lidí mladším generacím. Ve světě mladí lidé s materiální pomocí rodičů a prarodičů moc nepočítají, spíše je finanční pomoc seniorů brána jako pomoc ageismu (18).

Žije-li starý člověk sám, ocitá se v sociální izolaci. Také vícegenerační soužití nese často různé nesnáze. Rodina, která se stará o svého starého, mnohdy nemocného a ne zcela již soběstačného příslušníka někdy pocítuje materiální a psychické nároky - může klesat její aktivita, brzdí se plány nebo se začínají projevovat napjaté vztahy mezi ostatními příslušníky. Problémy u vícegeneračních rodin mohou vyplývat z odlišných názorů na životní hodnoty a styl, na výchovu dětí a nesrovnalosti mohou být také ve vymezení teritorií ve společné domácnosti. Obě generace mohou trádat nedostatkem klidu a soukromí.

Velmi častou překážkou péče o rodinného příslušníka - seniora bývají důvody ekonomické. Dnešní společnost poskytuje v určitých směrech lepší podmínky než dříve při poskytování péče v období nesoběstačnosti seniorů (např. se jedná o lepší techniku, nové zdravotnické či kompenzační pomůcky a materiály, léky). Ženy středního věku se nejčastěji stávají pečovatelkami, ale ještě v tomto produktivním věku mají svá zaměstnání, a proto pro ně může být velmi problematické zaměstnání opustit a věnovat se tak celodenní péči o nesoběstačného seniora (23).

Úlohou společnosti by tedy mělo být motivovat rodinu morálně, legislativně, ekonomicky a sociálně. Společnost by měla vytvořit dostatečné spektrum i kapacitu sociálních služeb, které by pomáhaly rodině plnit funkci péči o seniora v domácím prostředí (23).

1.6.3 Změna bydliště

Seniora často dovedou změny v jeho životě také ke změně dosavadního bydliště. Toto rozhodnutí může velmi významně ovlivnit např. odchod dětí z domova, snížení příjmů způsobené odchodem do důchodu nebo také např. zhoršení hybnosti, event. zhoršení zdravotního stavu. Často odcházejí do různých zařízení sociální péče a ve většině případů si uvědomují, že je to již do konce jejich života. Opouští svůj dosavadní domov a znamená to pro ně rozloučit se s minulostí a se vším, co jim tvořilo dosavadní život/domov. Je to změna, která bývá mnohem horší, přichází-li náhle a člověk se na ni nestihne dostatečně připravit nebo s ní dokonce nesouhlasí. S rostoucím věkem nabývá lokalita bydliště na významu nejen jako známé prostředí, ale také sociálním směrem se zvyšuje jeho význam. U starých občanů se totiž velmi výrazně vyskytuje strach ze změn a tento je velmi častou příčinou neochoty se přestěhovat. Opakem je otázka seniorů, kteří se ze svých starých zástaveb stěhují, i když třeba pod tlakem, do nových a moderních bytů na sídlištích. Tito lidé si velmi rychle a většinou dobře přisvojí život v nových podmínkách (16).

Otázkou tedy zůstává kdy, jakým způsobem a zda-li vůbec se snažit starého člověka přestěhovat a v závislosti na jeho potřebách mu takto měnit jeho dosavadní místo bydliště. Vyskytují se ovšem tací, kteří raději přenechají své bydlení pro mladé a přestěhují se právě do různých zařízení sociální péče. Pro klienty těchto zařízení se jedná o změnu velmi psychicky náročnou a záleží tedy na všech zaměstnancích, jak jim pomohou a usnadní překonávání tohoto těžkého období (16).

Všechny tyto uvedené změny každého člověka velmi traumatizují a často nastolují období smutku, kdy se snaží s novou situací vyrovnat, případně na ni zareagovat. Každý pracovník a především pak zdravotník, pracující v různých typech těchto zařízení, by

proto měl znát stádia smutku a umět zhodnotit danou situaci, aby mohl svému klientovi adekvátně pomoci.

1.6.4 Příprava na stáří

„Na úspěšnou cestu do stáří se musíme dobře připravit“, říká Vladimír Pacovský (19).

Proti normálnímu stárnutí nelze bojovat. Čas nezastavíme. Ale je nutno alespoň občas myslet na budoucnost a včas se na ni připravit. S vlastním stářím bychom se měli předem dohodnout. Vynasnažit se utvořit si reálnou představu.

„...všichni víme, že jednou budeme staří, ale mnozí se chovají tak, jako by nevěřili, že jednou to bude jiné než nyní. Stáří je pak zaskočí zcela nepřipravené. Ale jsou lidé, kteří mají ze stáří strach, sužuje je představa o nutných nemocech, bezmoci, chudobě...“ (19).

Příprava na stáří je osobní záležitostí každého z nás. Každý jsme jiný, dědíme odlišné vlastnosti, liší se naše životní dráhy, sociální situace i zdravotní stav, a proto je nutné převzít osobní odpovědnost za vlastní budoucnost. Nikdo z nás nemá jen tělesnou schránku, ale také psychickou schránku a především žije v určitém sociálním prostředí, a proto by příprava na stáří měla zahrnovat všechny tyto oblasti. K přípravě na stáří dochází v podstatě od početí do smrti - příprava na stáří je vlastně celoživotní záležitostí. Sklízíme plody života trpké nebo sladké (19).

Největší úsilí v přípravě na stáří vyvíjí každý člověk kolem padesáti let. Lidé sice ještě pracují, ale stoupá jejich zájem o výdělek vzhledem k výši důchodu, zajímají se o různé formy důchodového připojištění. Nezanedbatelným faktorem je i pohoda na dosavadním pracovišti, které je považováno za poslední. Nelze podceňovat ani rodinné zázemí. Zajímají se také o mezigenerační vztahy - často totiž mají pocit opuštěného hnízda po odchodu dětí z rodiny. Nesmírně důležité je posilování mimopracovních společenských kontaktů, včetně sousedských vztahů, aby nedošlo k osamění a izolaci.

Pacovský uvádí, že příprava na stáří je jedním z pomyslných „léků proti věku“. Je tedy velmi důležité, kdy se lék začne užívat, tak aby stáří nikoho nepříjemně nepřekvapilo. Všichni si přejí spokojené stáří, ale jen málokteří jsou si vědomi, že pro to musí oni sami a včas něco udělat (19).

1.7 Zdravotní stav seniorů

Zdraví ovlivňuje všechny aspekty života ve vyšším věku a ve stáří. Spoluurčuje kvalitu života, postavení starých lidí v rodině i ve společenském životě. Zdraví ve stáří má však jiné dimenze než v předchozích letech.

Každého seniora považujeme za zdravého v tom případě, není-li přítomna zjevná choroba nebo obtěžující symptom. Považuje-li se sám za zdravého a je spokojen s kvalitou svého života. S přibývajícím věkem se však snižuje počet lidí, kteří jsou zdraví (16).

Zjišťovat zdravotní stav osob vyššího věku je obtížnější než u mladší populace, kde jsou k dispozici údaje o pracovní neschopnosti (16). Nemocnost osob vyššího věku je sledována především z *rutinních zdravotnických statistik a zdravotnické dokumentace*, které jsou relativně nejspolehlivější a nejdostupnější. Jde především o hlášení úmrtnosti, nemocnosti nebo příčiny hospitalizace. Nemocnost se dále získává také z přímých lékařských prohlídek a také ze sociologických šetření (22).

1.7.1 Základní choroby ve stáří

Zvláštnost průběhu chorob ve stáří je typickým znakem stárnutí, resp. stáří. Ve většině případů se jedná o výskyt několika chorob současně (multiborbidita) a bývá tudíž postiženo několik orgánů najednou. Následné choroby pak mohou vyvolávat řetězovou reakci a mívají sklon ke vzniku komplikací. Důležité je vědět, že choroby ve stáří se nikdy nevyhojí beze zbytku (16).

Zvýšený věk s sebou přináší tedy hromadění chronických nemocí. Mezi nejčastější patří úrazy, postižení pohybového/kloubního systému, respirační nemoci, nemoci trávicího ústrojí a poruchy smyslových orgánů (sluchu, zraku), onemocnění kardiovaskulárního systému, duševní poruchy a v neposlední řadě také endokrinní onemocnění (především diabetes mellitus). Při rozpoznávání a léčbě těchto onemocnění musí lékaři věnovat pozornost nejen poruše způsobené nemocí, ale také funkčním ztrátám. Konečně, cílem je to, aby tyto ztráty co nejméně ovlivňovaly životní styl a minimalizovali závislost na dalších osobách (16).

Velmi typické pro období stáří je, že mezi komplikující faktory patří nejen následky a příznaky onemocnění samotných, ale také nežádoucí účinky různých léků či důsledky léčebných postupů. Dochází tedy k situacím, kdy se jen po velmi pečlivém zvážení všech okolností a vyšetření, podaří odhalit skutečně prvotní příčinu onemocnění. Ve stáří se také velmi často objevuje jev, kdy se typické a očekávané příznaky onemocnění neprojeví vůbec - nemá žádné symptomy, tzn. objevuje se asymptomatický průběh onemocnění.

Diagnostické a operační výkony představují pro seniory značnou zátěž a jsou velmi těžce snášeny (16).

1.7.1.1 Smyslové poruchy

Seniory všeobecně nejvíce ohrožují poruchy paměti a ztráta duševních schopností. Velice často říkají: „nemám strach ze smrti, ale z demence“.

Paměť lze rozdělit na několik druhů. Jedná se o paměť důležitou pro zapamatování si faktů a příběhů (deklarativní) a paměť, díky které nezapomeneme naučené dovednosti (procedurální). Podle délky trvání paměti ji můžeme rozdělit na paměť krátkodobou a paměť dlouhodobou. Pokud má člověk potíže se zapamatováním si např. telefonních čísel nebo pracovních úkolů, je velmi pravděpodobné, že jeho mozek stárne (16).

Zejména ve velmi vysokém věku dochází ke zhoršení sluchu a zraku. Takto nemocné seniory je potřeba vždy řádně vyšetřit a příčinu onemocnění řešit vhodnými kompenzačními pomůckami.

Důležité je také vědět, že seniorům často slábne také chuť a čich a proto je třeba této situaci věnovat pozornost při přípravě jídla. Tato situace bývá opředena mýtem, že staří lidé mají mít nekořeněnou stravu, ale opak je pravdou. Strava by měla být v těchto případech naopak dostatečně výrazná.

1.7.1.2 Deprese

Jak jsem již uvedla je období stáří mnohdy spojeno velkými či menšími ztrátami a tomu často bývají přidruženy následné deprese s přetrvávajícími depresivními stavy.

Deprese jsou častým onemocněním ve středním věku a velmi častým onemocněním ve věku seniorském. Dochází k chorobným změnám nálad, k dlouhodobému smutku, špatným náladám jejichž důvod není zřejmý. Smutek a špatná nálada by měla vždy trvat jen určitou dobu, ale jestliže přetrvávají dlouhodobě a jsou provázeny doprovodnými projevy, nejedná se již o normální stav, ale o onemocnění. Deprese jsou onemocněním závažným a jejich následky mohou být často fatální, neboť nemocné vedou obvykle až k suicidálním pokusům. Převážná většina starších osob rozpozná toto hrozící nebezpečí a věnuje více pozornosti na diagnostiku deprese a ve většině ani nepodceňují léčebné postupy (7).

Podezření vzniku deprese by měla vyslovit lékaři také rodina seniora či profesionální tým, který se o něj stará. Tito lidé mohou totiž nejlépe posoudit příznaky depresí (7).

1.7.1.3 Úrazy a pády

Úrazy a pády jsou u osob ve vyšším věku závažným postižením, obzvlášť jedná-li se o osobu s poruchou mobility a stability. Náhodné pády jsou příčinou úrazů, včetně smrtelných nejen v České republice. Průzkumy ukázaly v USA alespoň 1x ročně upadne více než 30% lidí starších 65 let, a více než 50% ve věku nad 75 roků. V České republice zapříčinily pády ve věku nad 75 let následné úmrtí u 60% mužů a 75% žen. Tato skutečnost se v současné době snižuje v důsledku změn léčebných postupů (např. výměna kyčelních kloubů) (16).

K pádům dochází nejčastěji v prostorách, kde se senioři nejdéle zdržují, tj. v domácnostech nebo v ústavních prostředích. V posledních letech nabývají na významu také dopravní úrazy seniorů jako chodců či jiných účastníků dopravního provozu. Stejně jako u pacientů mladších je možné pozorovat jednak poranění měkkých tkání (svalů, šlach, krevní výrony, ...) a jednak poškození kostí (zlomeniny). Ve stáří se častěji vyskytuje osteoporóza (řídnutí kostí), úbytek kostní tkáně a kosti jsou proto lomivější a křehčí než v mladším věku (7).

Pády a následné úrazy jsou ovlivněny nejen příčinami vnitřními, které jsou ovlivněny zdravotní stavem seniora, účinky léků, alkoholem, ale také vnějšími

příčinami, mezi které je možno zařadit např. nevhodnou obuv, kluzkou podlahu, námrazy, kabely, schodiště atd. Pády jsou specifickým a závažným problémem stáří (7).

V souvislosti s přicházejícími chorobami ve stáří je velmi důležité nepodceňovat prevenci. Univerzální lék proti stárnutí neexistuje, ale existuje několik faktorů, které je možno ovlivnit v boji proti stárnutí.

- a) zdravý životní styl - správná výživa, fyzická aktivita, přiměřená konzumace alkoholu, nekouření;
- b) maximálně využívat nefarmakologické přístupy k léčbě;
- c) udržovat sociální vazby a přátele;
- d) udržet smysl pro životní cíl (16).

1.8 Obor neurochirurgie

Neurochirurgie je samostatný lékařský vědní obor, který se především zabývá chirurgickou léčbou onemocnění a poranění centrální a periferní nervové soustavy. S tím samozřejmě souvisí i to, že se neurochirurgie řadí mezi obory operační, ale podstata onemocnění a diagnostické metody ji přibližují nejvíce k oboru neurologie (14).

1.8.1 Historie oboru

Neurochirurgie má stejně jako každý jiný obor svou neméně důležitou historii, respektive prošla od svého zrodu obrovským vývojem v oblasti diagnostiky i operativy. Dříve prováděné trepanace lebky (vyvrtání otvoru do kosti lebky) Egypťany a Inky jsou jako první zdokumentované operační výkony na světě a nelze je označovat za neurochirurgii, přestože zde byly nalezeny i potřebné prehistorické trepanační nástroje. Léčebné zákroky při úrazech hlavy popisuje až Hippokrates z ostrova Kós - zakladatel vědeckého lékařství. Jeho učebnicové dílo s názvem „O úrazech hlavy“ obsahuje jeho zkušenosti při ošetření zlomenin lebky. Již tehdy tvrdil, že poranění na pravé straně hlavy bývá spojené s ochrnutím na protilehlých končetinách a dokonce objevil, že

poranění na levé straně vedle poruchy pohybu na pravostranných končetinách mohou být provázena ztrátou řečových schopností (20).

Teprve až v době na konci 19.století došlo k dovršení takového stupně poznání anatomické skladby nervové soustavy, že je skutečně možno již mluvit o chirurgických výkonech. První mozkový nádor byl odoperován ve skotském městě Glasgow na konci 19. století a první spinální nádor, utlačující míchu, byl operován v Londýně v témže období. Za zakladatele tohoto velmi významného oboru je považován H.W.Cushing, který se od počátku 20. století zaměřoval na neurochirurgii, pro kterou vytvořil klasickou operační techniku - pomocí svorek a elektrokoagulace (14).

Prudkým rozvojem technických možností v diagnostice i operativě se dočkala neurochirurgie významného rozvoje jako samostatného lékařského oboru. Začala se zavádět mikrochirurgická operační technika, bez které není jakákoliv neurochirurgická operační léčba myslitelná. V době šedesátých a sedmdesátých let se začíná v tomto oboru objevovat první krok k lepší diagnostice a to novým prvkem CT a MR přístrojů. Vlivem těchto stále se zdokonalujících technologií se původně celistvý obor rozštěpil na stále užší specializované obory - cévní, dětskou, spinální, stereotaktickou, endoskopickou neurochirurgii či neurochirurgii periferních nervů (20).

Vývoj oboru v samostatný lékařský obor, který býval dříve součástí obecné chirurgie přispěl k zlepšení osudu pacienta (14). Požadavkem dnešní moderní neurochirurgie je, aby ani po nejobtížnější operaci nebyl pacient významně neurologicky poškozen. Neurologický stav pacienta by neměl být horší než před operací, i když se mohou vyskytnout a určitě platí určité výjimky. Úspěšnost operační léčby v současné neurochirurgii nespočívá zdaleka jen v technicky perfektně provedené práci, ale minimálně také ve správné předoperační rozvaze a zvolené operační taktice (20).

1.8.2 Neurochirurgické oddělení Nemocnice v Českých Budějovicích, a.s.

Neurochirurgické oddělení v Nemocnici v Českých Budějovicích, a.s. je jedním z nejmladších oddělení, které v nemocnici fungují. Jeho krátká historie sahá do října roku 1986, kdy byla vyčleněna 3 lůžka z tehdejšího velmi rozsáhlého chirurgického oddělení. O neurochirurgické pacienty na těchto lůžkách se staral pouze nově

ustanovený primář s vrchní sestrou. O několik let později bylo potřeba tento počet rozšířit, neboť se stále více zvyšoval počet pacientů, kteří vyžadovali neurochirurgickou intervenci. Došlo tedy k tomu, že byl počet 3 lůžek zvýšen na 12 lůžek a byl přijat nový lékař (současný primář neurochirurgického oddělení). Nově vzniklé oddělení neurochirurgie tedy začalo disponovat 10 lůžky standardních pokojů a 2 lůžky na pooperačním pokoji. Těchto 10 standardních lůžek bylo později rozšířeno na 16 lůžek a přijat byl další lékař (11).

Do roku 2002, fungovalo neurochirurgické oddělení ve vyčleněných prostorách chirurgického oddělení a poté bylo opět rozšířeno a zároveň přestěhováno do nových prostor. V novém prostředí bylo vytvořeno pro pacienty s neurochirurgickou diagnózou celkem 26 lůžek z toho 5 lůžek na pokoji JIP s kompletním monitoringem životních funkcí. V takovém počtu lůžek funguje neurochirurgické oddělení dodnes, jen se poněkud zvýšil počet personálu. V současnosti pracuje na tomto oddělení primář, 8 lékařů neurochirurgů a 1 lékařka neuroložka, která provádí neurofyziologické stimulační nervů při velmi náročných operacích. Z ostatního personálu je zde zaměstnáno 20 zdravotních sester - z toho 2 staniční sestry a jedna vrchní sestra, 4 sanitárky a 1 sekretářka (4).

Operační léčba je zajištěna na dvou operačních sálech. Oba sály jsou vybaveny mozkovou a páteřní navigací, která umožňuje operátorovi cílenou a přesnou orientaci v mozku a v kostěných strukturách páteře. K dispozici mají operatři na obou sálech operační mikroskopy. Bezpečnost náročných operací na centrálním nervovém systému zajišťuje přístroj monitorující neurologické funkce (4).

Neurochirurgické oddělení zajišťuje pro pacienty celého jihočeského regionu léčbu onemocnění centrálního nervového aparátu, periferních nervů a páteře. Současně s léčbou nádorových intrakraniálních expanzí (rostoucích útvarů), ošetřuje spontánní i úrazové krvácení, která ohrožují centrální nervový systém. Na oddělení je prováděna také kompletní operační léčba degenerativních onemocnění celé páteře včetně jejích poranění (4).

V rámci cévního programu zajišťuje neurochirurgické oddělení Nemocnice v Českých Budějovicích, a.s. prevenci mozkových mrtvic. Součástí tohoto programu jsou operace na cévách zásobující mozek a také cévní spojky (mozkové bypassy), které zlepšují prokrvení mozku.

Pomocí velmi užitečného zařízení - neuroendoskopu, jsou prováděny operace v mozkovém komorovém systému (4).

1.8.3 Pacienti neurochirurgického oddělení

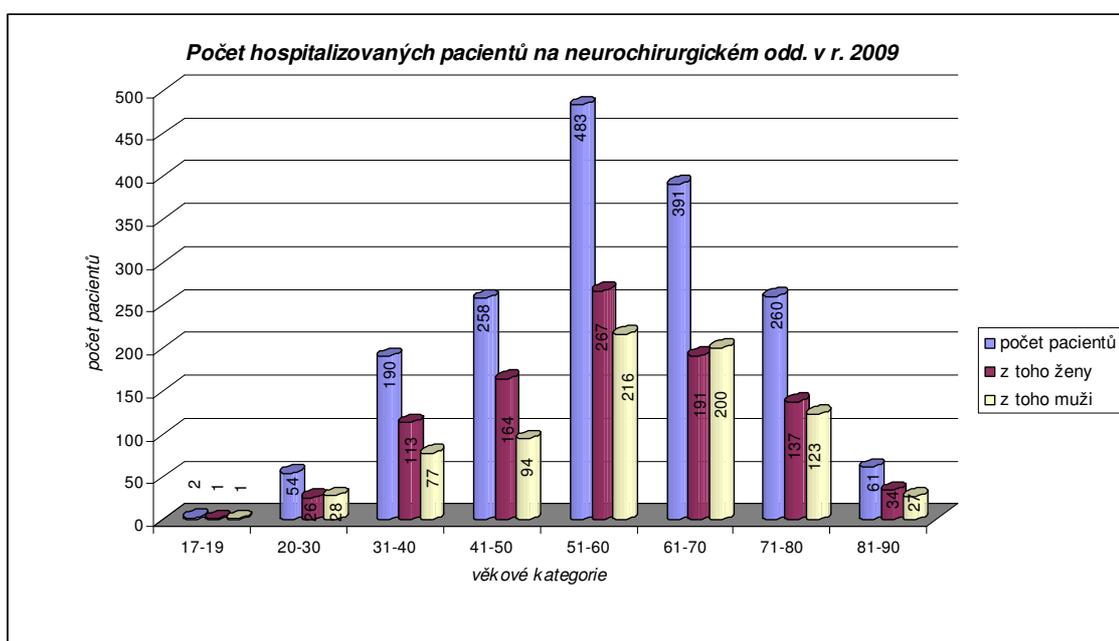
Pacientů, kteří jsou hospitalizováni na neurochirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. rok od roku přibývá. Od počtu několik desítek operací v prvních letech tehdy nového oboru a s tím spojených jen několik málo desítek hospitalizovaných pacientů, se dnes dostáváme k vcelku vysokým číslům. Za rok 2009 bylo na neurochirurgickém oddělení hospitalizováno celkem 1699 pacientů a ambulantně bylo ošetřeno cca 8000 pacientů (11). Tento výsledek je způsobem velmi rozsáhlou geografickou oblastí, které neurochirurgické oddělení poskytuje svou odbornou péčí - od hranic s plzeňským krajem až po hranice s krajem Vysočina a na druhé straně od hranic středočeského kraje až po státní hranice s Rakouskem.

Skladba pacientů, kteří bývají hospitalizováni na neurochirurgickém oddělení, je velmi různorodá. Od pacientů nejmladších, tzn. od 18 let jsou zde hospitalizovány všechny věkové kategorie, až po naše nejstarší občany - cca 80-85 let (11).

Pacienti senioři ve věku od 61-70 let se řadí na druhou příčku z celkového počtu hospitalizovaných pacientů. Senioři věkové kategorie od 71-80 let jsou na čtvrtém místě a senioři od 80 let jsou celkově na šestém místě z celkového počtu hospitalizovaných pacientů (9). Pacienti z těchto věkových kategorií přichází na neurochirurgii především ze spádových oblastí svého bydliště. Jedná se o pacienty buď žijící ještě ve svých domácnostech, nebo pacienty hospitalizované v ústavních zařízeních a v neposlední řadě se také jedná o pacienty, kteří mají svůj nynější domov v ústavech sociální péče či domovech pro seniory. Poslední jmenovanou skupinou jsou pacienti, kteří bývají často ve velmi špatném ba často i kritickém stavu, proto komunikace s takovými pacienty je velmi, velmi náročná. Pacienti bývají často náladoví, přivyklí na svůj určitý režim a každé takové narušení byť jen krátkodobou hospitalizací je pro ně velmi náročné. Jsou

vytržení ze svých teritorií a najednou se ocitají v úplně neznámém světě, který v nich vyvolává zmatenost a paniku. S těmito lidmi je potřeba velmi dlouze a pomalu rozmlouvat, je potřeba, aby získali pocit bezpečí a našli důvěru ve zdravotnickém personálu neurochirurgického oddělení a byli pak schopni spolupráce při léčbě své nemoci. Je potřeba si také v této souvislosti uvědomit, že opravdu někteří jedinci svou cestu zpět již nenajdou, protože zde, v tom cizím prostředí a pod tíhou vážného onemocnění často umírají.

Graf č.1. - Počet hospitalizovaných pacientů na neurochirurgickém oddělení



Zdroj: Interní materiál (statistika) neurochirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

1.9 Komunikace ve zdravotnictví

Komunikace znamená poskytovat zprávy, sdílet informace, vyměňovat si myšlenky a vyjadřovat se takovým způsobem, aby si účastníci vzájemně porozuměli. Ve zdravotnickém zařízení je komunikace především výměnou informací, které se týkají zdraví a péče mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Tyto informace mohou být velmi rozmanité - například verbální, neverbální, psané, mluvené nebo formální (21).

Kvalitní zdravotnická péče je bez komunikace mezi zdravotníkem a pacientem (a zároveň bez komunikace mezi zdravotníky navzájem) nemyslitelná. Vzájemný komunikační vztah zdravotníka a pacienta by měl být rovnocenný. Po profesní stránce je ale tento vztah do jisté míry nevyvážený - zdravotník je z hlediska své pracovní pozice autoritou. Může proto komunikaci s pacientem řídit, usměrňovat a rozhodovat o její formě i obsahu.

Komunikace ve zdravotnictví je velmi specifická. V běžném životě zpravidla komunikace podléhá kontrole - řídí se určitými pravidly, normami. Ve zdravotnictví se naučená pravidla boří - zdravotníci vstupují do komunikačních vztahů s pacienty a zároveň je žádají k tomu, aby se např. svlékli a odhalili intimní část svého těla. Ptají se pacientů na velmi citlivá témata, dotýkají se nejrůznějších částí těla a dokonce jim provádějí bolestivé úkony. Z těchto důvodů je důležité, aby zdravotnický personál vytvořil atmosféru pohody a bezpečí a aby s pacientem navázali vztah založený na úctě a respektu. Dobrá komunikace s pacientem jim umožní získat jej ke spolupráci k léčbě (21).

1.9.1 Prvky komunikace (nejen) ve zdravotnictví - kdo komunikuje

Každý člověk komunikuje - každý z nás komunikuje bez ohledu na projevy různých omezení. Lidé se odlišují od sebe zejména svou povahou a chováním - každý z nás je jiný, je originál. Zdravotnický personál je na tom stejně. Má sice společné profesní zaměření, ale jinak je každý jedinečnou a neopakovatelnou osobností. Jednotlivci se pak od sebe odlišují např. věkem, schopnostmi, dovednostmi nebo pracovištěm (21).

Také pacienti jsou navzájem rozlišni - společné mají jen to, že mají každý nějaký zdravotní problém. Jinak jsou to také jedinečné a neopakovatelné bytosti, které jsou naprosto odlišné - mají své různé životní příběhy, zkušenosti nebo se nachází v různých životních situacích.

Ve vztahu zdravotníci a pacienti jsou obě strany aktéry komunikace, ale každý se nachází v odlišných rolích. Pro zdravotníky je nemoc a léčba nemocí běžná, normální - je to součást jejich praxe. Pro pacienta je ale každá nemoc velmi osobní záležitostí. Může se cítit ohrožen, znejistěn tím, co ho čeká, vyžaduje pozornost, laskavost,

pochopení a maximální péči. To všechno také pacient od zdravotnického personálu očekává. Pacienti, kteří přicházejí do zdravotnického zařízení, mají určitá očekávání. Nejsou-li jejich očekávání naplněna, reagují často velmi podrážděně (21).

1.9.2 Kdy komunikovat

Komunikovat je možné téměř kdykoliv a kdekoliv, velmi ale záleží na vhodném načasování, které může významným způsobem průběh komunikace ovlivnit. V některých případech je tedy vhodné komunikaci odložit nebo dokonce přerušit a pokračovat až za příznivějších okolností. Některá sdělení potřebují svůj čas, a pokud tedy přijdou příliš brzy nebo naopak pozdě mohou vyvolávat zcela opačnou reakci, než bylo původně zamýšleno, komunikace může být tzv. kontraproduktivní. Každý by měl při komunikaci posoudit (zdravotníci především), zda je příjemce informace (pacient) připraven na přijímání informací a zda je také vhodný čas pro dané téma. Pokud totiž není pacient ochoten nebo schopen komunikovat, nemusí být komunikace efektivní. S tím do jisté míry souvisí také tzv. kontinuální aspekt, tzn. co situačně i dějově komunikaci předcházelo. Každému se může v profesním i osobním životě stát cokoliv, co ho poněkud „vyvede z míry“ a poznamená celou následující komunikaci (21).

Subjektivním aspektem při komunikaci, je vnímání času každým člověkem jinak - každý vnímá čas svým vlastním způsobem. Např. nemocnice a další jiná zdravotnická zařízení mají svůj jakýsi zvláštní časoprostor - čas zde plyne pacientům jinak, než by to tomu venku a zároveň jinak plyne čas pacientům a jinak zdravotnímu personálu.

1.9.3 Kde komunikovat

S vhodným načasování správné komunikace úzce souvisí také prostředí, ve kterém ke komunikaci dochází. Nejen, že komunikace může probíhat v různých prostředích, ale také v různých situacích, v různých vztazích nebo v různých kontextech. Rozdílná je komunikace mezi zdravotníky, mezi pacientem a sestrou či lékařem nebo mezi pacienty navzájem. Jiná bude komunikace mezi zdravotním personálem a pacientem na různých odděleních, např. na ARO, na pediatrii, onkologii, dokonce i na různých místech daného oddělení (na ambulancích, na vyšetřovnách nebo na chodbách).

Bez ohledu na to, kde se nakonec bude realizovat, by měla komunikace zdravotníků s pacientem probíhat v dobře nastoleném vztahu (21). Na rozdíl od jiných povolání v pomáhajících profesích hraje vztah mezi zdravotníkem a jeho pacientem velmi podstatnou roli (16).

1.10 Verbální a neverbální komunikace

V jakékoliv komunikaci nejde jen o slova - lidská komunikace probíhá na dvou úrovních. Slovní (verbální) a mimoslovní (neverbální) komunikace. V některých případech lidské komunikace může docházet k situaci, kdy neverbální komunikaci může zcela nahradit komunikaci verbální (především v situacích, kdy postačuje mimika nebo gesta). Verbální komunikace bez neverbální neexistuje. I v situaci, kdy člověk ví, že ho posluchač nevidí, doprovází svůj projev gesty a mimikou (1).

1.10.1 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace doprovází komunikaci verbální - ilustruje slovní sdělení, podtrhuje je nebo dokonce zesiluje jeho účinek. Neverbální komunikace pomáhá kontrolovat naše verbální sdělení - neustále sledujeme očním kontaktem situaci a ověřujeme si, zda všechno probíhá, tak jak má, resp. tak jak bychom si představovali. Neverbální komunikaci tedy tvoří především *řeč těla* (výrazy obličeje, pohledy do očí, pohyby těla, postoje, vzdálenost v prostoru, doteky), *intenzita, tón a barva hlasu, rychlost mluvy nebo přestávky v řeči* (21).

Neverbální komunikace je méně kontrolovatelná, protože symbolika pohybů, gest a mimiky je všeobecně málo známá. Může odhalit, že nejsou řečená slova upřímná, že se řečník snaží druhého oklamat nebo že něco předstírá. Pokud se tedy všichni naučíme dobře rozeznat projevy neverbální komunikace, budeme schopni se dozvědět i to, co nám slova zakrývají.

Zvláštní formou neverbální komunikace je *vzhled a úprava zevnějšku*. Například zdravotnická uniforma (ať lékařská či sesterská) je symbolem jisté pozice a tedy i kompetence v určité situaci. Zdravotničtí pracovníci, kteří nejsou adekvátně upravení nebo dokonce oblečení, vzbuzují v pacientech jistou míru pochyb až nejistoty. Pacienti velmi citlivě vnímají neverbální komunikaci zdravotnického personálu. Všimají si

daleko více toho, co dělají a jak se chovají, než toho co říkají. Z toho je tedy zřejmé, že je velmi důležité, aby zdravotničtí pracovníci uměli ovládat neverbální „jazyk“ komunikace (21).

Neméně významným prostředkem neverbální komunikace je *oční kontakt* a s tím související *postavení* dvou osob při komunikaci (čím větší averzi k sobě lidé mají, tím větší je i jejich vzdálenost - udržují od sebe patřičný odstup). Pohled z očí do očí je mimořádně emočně nabitý kontakt a nikdo tuto situaci nevydřít příliš dlouho. Nicméně lékař by měl být takovému způsobu komunikace k dispozici kdykoliv, kdy to pacient potřebuje. Pokud zdravotnický personál hovoří s pacientem, není vždy nutné, aby neustále hleděli na pacienta, je však důležité, aby si uvědomovali, kam se dívají, když pacient mluví a pokud možno aby směr očního pohybu řídili (21).

Vzájemné postavení v komunikaci je významným prvkem komunikace, který může ukazovat jednak na to, jak jsou si účastníci blízcí a jednak na to, v jakém hierarchickém uspořádání je jejich vztah. Postoj dvou naprosto cizích lidí (např. na autobusové zastávce) je označován jako tzv. nekomunikace. Jedná se o největší vzdálenost dvou neznámých lidí, kteří sice spolu nekomunikují přímo, ale sledují jeden druhého a z vyhodnocení těchto signálů často mění i své chování - vzájemně se přiblíží či oddálí (21).

Dotek je další formou neverbální komunikace a v mnohých situacích může být pro pacienty velmi uklidňující (především ve stresových situacích). Fyzický kontakt je projevem zájmu o druhého člověka a zároveň můžeme dotykem snadno překonat jakoukoliv jazykovou nebo věkovou bariéru (21).

Mezi významné prostředky neverbální komunikace patří *mimika* - tzn. aktivitu celého obličejového svalstva. V aktivitě obličejového svalstva lze totiž velmi dobře poznat rozpor mezi slovním a neslovním vyjádřením nesouhlasu, pochyb či obav, radost, smutek, štěstí, strach. Zdravotník by tedy měl umět tyto signály rozpoznat a umět na ně reagovat. Například v diagnostice bolesti u dětí (mnohdy nejen u dětí) se uplatňují některé podoby z Ponk Bakerovy škály (viz příloha), která představuje řadu výrazu od radosti a pohody až po zoufalství. (8) Pacienti mají za úkol vybrat si z předložených tváří tu, která podle nich co nejpřesněji odpovídá jejich současnému

prožitku bolesti. Tyto škály se používají především proto, že řada pacientů se domnívá, že lékař či sestra jsou schopni odhadnout stupeň jejich bolesti, a proto o ni vůbec nemluví (8).

Stejně jako mimickou aktivitu obličeje sleduje zdravotnický personál u pacienta, sleduje také pacient jejich mimický projev. A totéž platí také o gestikulaci. Nejvýznamnější jsou v každém případě ruce, ale důležité je také celé držení těla (21).

1.10.2 Verbální komunikace

Verbální komunikace je sdělování zpráv a informací prostřednictvím slov a řeči. Pro plynulou a bezproblémovou verbální komunikaci je velmi důležité volit správná slova - slova volit velmi pečlivě s ohledem na situaci. K velkým problémům může docházet právě pro špatně zvolená slova, slova mnohoznačná nebo slova velmi odborná. Zdravotničtí pracovníci mnohdy volí vysoce odborné termíny, které jsou pro ně (nikoliv však pro pacienty) naprosto přirozené a „normální“. Komunikace s pacientem, který nerozumí všem sdělovaným odborným pojmům (přesto že se tváří, že všechno chápe) neplní svůj účel (21).

Součástí celého komunikačního procesu, který neznamena pouze „mluvit“, jsou také určité zákonitosti, které by si každý zdravotník při komunikaci s pacientem měl uvědomit. Pro správně vedenou komunikaci musí všichni zdravotničtí pracovníci (8):

- a) Vědět, co chtějí říct a rozhodnout se, kdy informací sdělí - tzn. umět odhadnout správný čas pro předání informace.
- b) Umět vybrat správné místo pro sdělení a umět rozhodnout jak nejlépe informaci sdělí.
- c) Umět jednoznačně a srozumitelně vysvětlit sdělované skutečnosti, které jsou pro ně jasné, ale pro pacienta jasné být nemusí.
- d) Umět přizpůsobit tempo a tón řeči vůči pacientovi.
- e) Sledovat a zaznamenávat reakce pacienta - všimnout se např. jeho projevů zmatků, hněvu či úzkosti.
- f) Brát v úvahu pocity pacienta a umožnit mu, aby se mohl v dostatečné míře vyjádřit.
- g) Udržovat v přiměřené míře oční kontakt s pacientem.

- h) Svým projevem nedráždit pacienta.
- i) Kontrolovat, zda pacient informaci přijal a pochopil (8).

1.10.3 Komunikační zóny

Každý člověk vnímá kolem svého těla vymezený prostor, který je označován jako „osobní zóny“. Tyto zóny lze rozdělit do čtyř vrstev podle vzdálenosti od povrchu těla:

- a) *Veřejná zóna* (3-9 m) - zóna, ve které se ocitáme, pokud se účastníme např. různých přednášek. Přednášející má ve svém zorném úhlu více osob.
- b) *Společenská zóna* (1-3 m) - v této zóně se pohybujeme např. při nakupování, při jednání na úřadech nebo v zaměstnání.
- c) *Osobní zóna* (0,5-1 m) - do této zóny si pouštíme blízké lidi, rodinu či přátele. Jsme blízko a vnímáme jejich vůně.
- d) *Intimní zóna* (0-0,5 m) - nejdůležitější zóna, kterou si člověk chrání jako své vlastnictví. Pouští sem pouze své nejbližší. Každý zdravotnický pracovník by si měl uvědomit, že při výkonu svého povolání narušuje tuto intimní zónu a mnohdy do ní vstupuje bez předchozího upozornění (21).

1.11 Zásady komunikace s pacientem

Vzhledem k tomu, že se jedná o komunikaci mezi dvěma či více subjekty a ve zdravotnictví pak v první řadě mezi pacientem a zdravotnickým personálem, je důležitým pravidlem to, že musí komunikace *probíhat v obou směrech* - nesmí být jednosměrná. Z toho je zřejmé, že pokud se pacienta např. lékař dotazuje - či zpětně dotazuje - dává mu tím najevo, že mu porozuměl a vše správně pochopil. Součástí správné komunikace je také *shrnutí* právě sdělených *informací* - tzn. stručně zopakovat co se lékař či sestra od pacienta dozvěděli. Stejná zásada platí také v opačném směru komunikace - tzn. v případech, kdy je pacientovi něco sdělováno - dotazem se ověřuje, zda pacient informaci slyšel a zda ji porozuměl (21).

Umět naslouchat pacientovi, je také velmi nezbytnou dovedností zdravotnického personálu. V časové tísní během rozhovoru je často zdravotnický personál nucen mluvit rychleji než pacient a to může velmi znepríjemnit průběh dalšího vývoje komunikace. Umět klást otázky a umět naslouchat, by měla být dovednost každého zkušeného

zdravotníka. Komunikace s pacientem by se tedy neměla omezovat pouze na postupy (tzn. objektivní vyšetření, operace, laboratorní vyšetření), ale měla by vytvářet atmosféru důvěry a spolupráce.

Další důležitou zásadou pro plnohodnotnou komunikaci je *umět klást otevřené otázky*, které dovolují nemocnému vysvětlit, co prožívá a jak hodnotí svůj zdravotní stav. Lékař či sestra by měli umět *vcítit se* (empatie) do role pacienta - v tomto případě se nejedná o soucit, ale jde o to, umět si představit, *jak by se cítil v situaci, v níž je nyní pacient a co by on sám v takové situaci potřeboval* (8).

1.11.1 Komunikace s pacientem seniorem

Při komunikaci se seniorem se přidávají k obecným komunikačním problémům specifické potíže. Senior může trpět poruchou vnímání, poruchou sluchu, chorobami psychiatrickými nebo různými neurologickými onemocněními s poruchou řeči.

Součástí komunikace se starým člověkem, který trpí některým z uvedených onemocnění je *naslouchání*. Senior, zvláště když je unavený komunikuje jen velmi pomalu. Potřebuje tedy delší dobu na to, aby sdělenému obsahu porozuměl, dobře ho slyšel a především našel svou odpověď, kterou bude moci vyjádřit slovy. Možností, jak komunikovat s tímto člověkem, je přizpůsobit se jeho rytmu. Důležité je tedy udělat si pro takovou komunikaci dostatek času. Pokud na něho budeme chvátat nebo budeme vyžadovat, aby svá slova několikrát zopakoval (protože nemluví dost hlasitě), dotyčný znervózní nebo rovnou celou komunikaci vzdá (21).

Také při komunikaci se seniorem se velmi výrazně používají prostředky neverbální komunikace. Tyto prostředky se vždy použijí v závislosti na konkrétním druhu komunikace. Při komunikaci např. s nedoslýchavým člověkem je potřeba více se na celý proces komunikace soustředit, sledovat tvář druhého, mluvit na něho pomalu a zřetelně. Při komunikaci hraje velmi významnou roli přímý zrakový kontakt - pacient potřebuje vždy vidět zdravotnickému pracovníkovi do tváře a naopak.

Důležitou součástí neverbální komunikace se starým člověkem je také dotek. I senioři oceňují nejběžnější kontakt, kterým je podání ruky. Tím, že pacienta např.

zdravotní sestra pohladí po ruce, položí mu ruku na ramena, případně vezme jeho ruku do svých, posiluje pacientovu důvěru.

V okamžicích, kdy personál ve zdravotnických zařízeních neví jak reagovat na pacientova slova nebo neví co říci, může mlčet. Také mlčení může být někdy výmluvnější než všechna slova. Stejně tak i pohled do tváře vyjádří mnohdy víc než slova, je pravdivější, protože slovy můžeme vyjádřit cokoli, ale pohledem se klame hůř (21).

1.11.2 Komunikace s agresivním pacientem

Agrese znamená velmi nízkou toleranci k psychické zátěži či bolesti. Projevuje se především afektivním mnohdy až násilným a život ohrožujícím chováním. Nejčastějším spouštěcím podnětem k agresi bývají obavy z bolestivého zákroku, z vývoje celého onemocnění a mnoha další znevýhodnění, která nemoc pacientovi přináší. Agresivní lidé často jednají také pod vlivem různých psychotropních látek, drog nebo alkoholu, které mu ruší zábrany a schopnost sebekontroly. Také lidé s duševními poruchami se mohou chovat rovněž agresivně - často útočí schizofrenici, paranoidní pacienti, drogově závislí pacienti nebo také velmi úzkostní pacienti (1).

Agresivní pacient se může projevovat například zvýšeným neklidem, který lze velmi dobře upozorovat z jeho neverbální komunikace - nervózně popochází, kope do prostoru i do předmětů, tluče předměty o stůl, silně gestikuluje celými pažemi. Také v obličeji je možné pozorovat rostoucí rozrušení, člověk vnímá stále se zvyšující hlas a často jsou v této řeči slyšet také vulgarismy, urážky či dokonce výhrůžky. Takto agresivní pacient velmi zřídka akceptuje osobní zónu zdravotníka - ve této fázi narušení osobní zóny již hrozí nebezpečí například napadení (1).

Velmi významnou roli v komunikaci s tímto agresivním pacientem hraje hlas lékaře i zdravotní sestry. Je důležité, aby hlas, kterým zdravotník k pacientovi mluví, byl klidný, vlídný, vyrovnaný, tišší a nepříjemnou situaci je dobré zvládnout pomocí pomalých pohybů a gest. V této situaci by si měl zdravotník udržovat bezpečnou vzdálenost, respektovat svůj osobní prostor a především by měl myslet na to, aby měl blízko únikovou cestu. Důležité je, aby se zdravotník nenechal v žádném případě vyprovokovat a aby se nebál omluvit, pokud bude příčina jeho hněvu oprávněná.

Komunikaci také velmi usnadní to, když se pokusíme ihned na počátku zjistit, co takové agresivní chování vyprovokovalo, resp. co bylo jejím spouštěcím momentem. Vhodné tedy je zareagovat rychlými otázkami po příčině těchto emocí (1).

1.11.3 Komunikace s pacientem s úzkostnou poruchou

Příčinnou úzkosti může být nejen povahový rys člověka, ale také například přehnaná obava o vlastní zdraví, strach z bolesti, ze smrti, z budoucnosti nebo také strach o rodinu a její finanční zabezpečení. Během komunikace s úzkostným pacientem je potřeba mluvit vlídným a přesvědčivým hlasem, pomalou a srozumitelnou řečí. Každý zdravotník by se měl vyhnout jakémukoliv okřikování nebo napomínání a naopak by měl užívat klidná slova. Úzkostný člověk potřebuje vnímat pozorné naslouchání od osoby, se kterou mluví, potřebuje vysvětlit své obtíže a očekává vyjádření naděje, že budou navzájem hledat společnou řeč (1).

Nezbytnou součástí komunikace s tímto pacientem je velmi dlouho, soustředěně, bez přerušování naslouchat a mlčky vydržet i tiché, pomalu plynoucí a třeba i nedokončené věty nebo eventuální velmi dlouhé odmlky (9).

Vhodné je použít například následující věty: „ráda vám pomůžu, když mi všechno v klidu řeknete“ nebo „posad'te se klidně, popovídáme si“ atd. (1).

1.11.4 Komunikace s rodinou pacienta

Také komunikace s rodinou je důležitou součástí komunikace zdravotnického personálu s pacientem, resp. s jeho rodinou. Ve většině zdravotnických zařízení představuje komunikace s rodinou pacienta nejnáročnější komunikační „úkol“. Nicméně také příbuzní pacienta představují pro zdravotníky důležité komunikační partnery. Zejména první a poslední kontakt s rodinou nemocného hraje v celém komunikačním procesu velmi významnou roli. První kontakt je jedinečnou možností jak získat rodinu pacienta k bližší spolupráci v péči o jejich rodinného příslušníka. Na druhé straně je stejně důležitý také poslední kontakt zdravotníků s příbuznými pacientů. Jeho průběh ovlivní to, zda nemocný a jeho rodina odcházejí ze zdravotnického zařízení spokojení a s pocitem, že se o jejich blízkého staral profesionální personál nebo zda

odejdou plni hořkosti, zoufalství a hněvu. Příbuzní jsou zkrátka neopomenutelnými aktéry komunikace ve zdravotnictví (21).

Důležité je ale připomenout, že komunikace s rodinnými příslušníky nemocného je do značné míry upravena v Informovaném souhlasu pacienta, ve kterém dává souhlas komu a za jakých okolností se mohou informace poskytnout (21).

2. CÍL A HYPOTÉZA

2.1 Cíl práce

Cílem teoretické části práce je popsat stárnutí a stáří, zásady a specifikace komunikace se seniory.

Prvním cílem praktické části práce je zjistit, jakým způsobem komunikují lékaři, a zdravotní sestry s pacienty seniory na neurochirurgickém oddělení.

Druhým cílem praktické části práce je zjistit, jaké způsoby komunikace vyhovují pacientům seniorům hospitalizovaným na neurochirurgickém oddělení.

2.2 Hypotéza

Pro praktickou část práce byla využita kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu.

H1: Zdravotní sestry na Neurochirurgickém oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. používají více neverbální komunikaci než lékaři.

Před zahájením kvalitativního výzkumu byla stanovena výzkumná otázka „Pacientům seniorům hospitalizovaným na neurochirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. nejvíce vyhovuje verbální komunikace.“

Operacionalizace pojmů

Komunikace - sdělování informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků, jde o spojení mezi dvěma subjekty

Způsob komunikace - v rámci výzkumu se rozumí způsob používání verbální či neverbální komunikace.

Neurochirurgické oddělení - výzkum byl prováděn na neurochirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Veškeré dotazy a zpracované výsledky se tedy vztahují pouze k tomuto oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Pacient senior - pro účely výzkumu jsou pacienty seniory označováni pacienti, kteří byli v době výzkumu hospitalizováni na neurochirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a odpovídali věkové kategorii nad 70 let.

3. METODIKA

3.1 Metody a techniky sběru dat

K provedení výzkumu a stanovení hypotéz byly použity následující metody a techniky sběru dat: polořízený rozhovor, obsahová analýza dokumentů, sekundární analýza dat, komparativní analýza a dotazník. Využita byla kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu.

Kvalitativní výzkum je označován za pružný typ výzkumu, kdy na začátku jsou vybrány základní výzkumné otázky, které se však mohou během výzkumu nebo sběru dat měnit či doplňovat (6). Polořízený rozhovor byl určen pro seniory starší 70 let, kteří byli hospitalizováni na neurochirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Rozhovor zahrnoval 28 otázek, které byly předem připravené (příloha č. 3). Každý rozhovor trval 25-30 minut v závislosti na komunikačních dovednost každého seniora a zároveň byly jejich odpovědi zapisovány do připraveného záznamového archu (uloženy v mém archivu). Pacientům jsem předem vysvětlila, o jaký výzkum se bude jednat a k jakým účelům bude použit. Pacienti, kteří spolupracovali na polořízených rozhovorech, byli též poučeni, že se jedná o zcela anonymní rozhovor, jehož výsledky budou použity pouze pro potřebu mé práce. Všichni spolupracující pacienti vyslovili souhlas se zpracováním svých odpovědí podpisem do předem připraveného písemného souhlasu (příloha č. 1). Podepsané souhlasy s rozhovory jsou uloženy v mém archivu. Pacienti při rozhovorech vždy perfektně spolupracovali a byli velmi ochotní a vstřícní. Rozhovorů jsem uskutečnila celkem pět, které jsem vyhodnocovala formou případových studií.

Původně jsem zamýšlela využít také metody kvalitativního výzkumu i při sběru dat od zdravotnického personálu (od lékařů i zdravotních sester), ale při podrobném průzkumu prostředí a situace jsem raději zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Důvodem pro změnu ve výzkumu bylo, že polořízené rozhovory nebylo možno (z časových důvodů) se zdravotnickým personálem provést. K ověření stanovené hypotézy byla použita metoda dotazování, technika dotazníku, který byl určen pro zdravotnický

personál neurochirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., respektive pro zdravotní sestry a lékaře. Dotazník obsahoval 25 otázek (příloha č. 2).

K vyhodnocení výsledků z dotazníků byly použity tabulky a grafy. Otevřené otázky byly vyhodnoceny slovně. Obsahová analýza dokumentů, sekundární analýza dat a komparativní analýza byly použity pro zpracování teoretické části práce.

3.2 Výzkumný soubor

Pro účely kvalitativního výzkumu jsem vedla polořízené rozhovory s pěti pacienty hospitalizovanými na neurochirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Všech 5 pacientů seniorů bylo z věkové kategorie nad 70 let. Kvalitativní výzkum byl realizován v období leden - březen 2010. Pacienti senioři byli vybíráni s přihlédnutím k jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu a diagnóze.

Pro účely kvantitativního výzkumu jsem provedla výzkum metodou dotazování. Dotazníky byly určeny pro lékaře i zdravotní sestry pracující na neurochirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Výzkumu se účastnilo celkem 6 lékařů (5 mužů a 1 žena) a 14 zdravotních sester. Zdravotní sestry, které se zúčastnily výzkumu, byly ve věkové kategorii 21-30 let (8x), 31-40 let (5x) a ve věkové kategorii 51-60 let (1x). Lékaři byli ve věkové kategorii 21-30 let (1x), 31-40 let (3x), 41-50 let (1x) a v kategorii 51-60 let (1x) a mají všichni vysokoškolské vzdělání. Zdravotní sestry mají středně odborné vzdělání s maturitou (8x), vyšší odborné vzdělání (1x) a vysokoškolské vzdělání má 5 zdravotních sester.

3.3 Realizace výzkumu

Rozhovory s pacienty seniory byly provedeny na neurochirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Vzhledem ke zdravotnímu stavu některých pacientů nebylo možné provést rozhovor jinde než na pokoji, který většinou sdíleli s dalšími dvěma pacienty. S pacienty seniory, kteří se mohli pohybovat bez problému, a jejich zdravotní stav jim to dovolil, byl rozhovor proveden v soukromí v jedné z vyšetřovacích místností neurochirurgického oddělení. Rozhovorů bylo provedeno 5, neboť vzhledem k velmi krátké době hospitalizace a především vzhledem k zdravotnímu stavu pacientů na tomto oddělení, nebylo možné uskutečnit polořízený rozhovor s větším počtem pacientů seniorů. Kvalitativní výzkum byl realizován v období leden - březen 2010.

Pro zdravotnický personál bylo připraveno a rozdáno celkem 29 dotazníků, zpět se vrátilo 21 dotazníků, ze kterých byl 1 vyřazen pro nesprávné vyplnění. Správně vyplněných dotazníků bylo 20, návratnost tedy byla 69 %. Vysokou návratnost lze odůvodnit tím, že jsem dotazníky předala osobně vrchní sestře oddělení, u které jsem si je po dokončení výzkumu opět vyzvedla. Vrchní sestra dohlédla, aby bylo dotazníků vyplněno co nejvíce. Výzkumu se zúčastnilo celkem 6 lékařů (5 mužů a 1 žena) a 14 zdravotních sester.

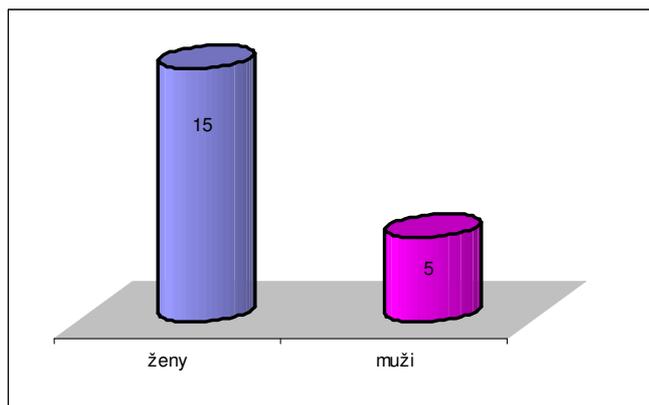
Výzkum byl proveden po předchozím písemném souhlasu primáře neurochirurgického oddělení (uložen v mém archivu).

4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka č.1. - **Pohlaví**

Graf č.2. - **Složení respondentů (zdravotnického personálu) podle pohlaví**

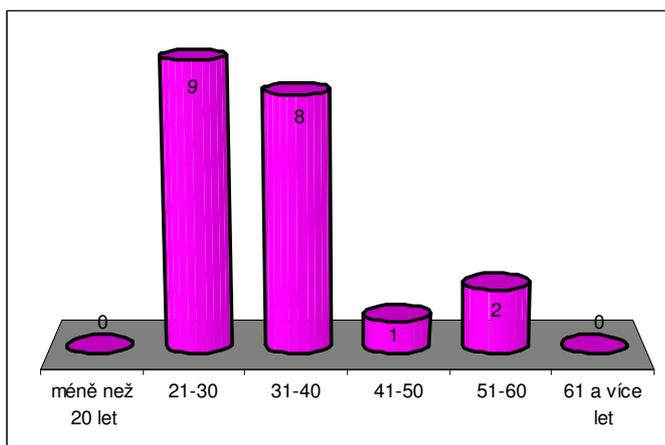


Zdroj: vlastní výzkum

Respondenty zdravotnického personálu tvořilo 15 žen a 5 mužů. Z 15 žen bylo 14 zdravotních sester a 1 lékařka a z 5 mužů byli všichni lékaři.

Otázka č.2. - **Věk**

Graf č.3. - **Složení respondentů (zdravotnického personálu) podle věku**

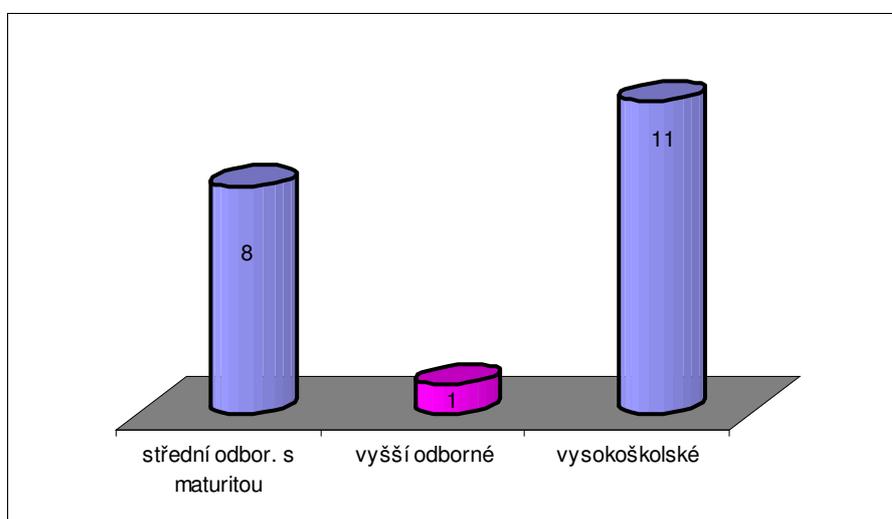


Zdroj: vlastní výzkum

Ze zdravotnického personálu nebyl nikdo ve věkové kategorii méně než 20 let, 9 respondentů bylo ve věkové kategorii 21-30 let (z toho bylo 8 zdravotních sester a 1 lékař), 8 respondentů bylo ve věkové kategorii 31-40 let (z toho bylo 5 zdravotních sester a 3 lékaři), 1 z věkové kategorie 41-50 let (1 lékař), 2 respondenti z věkové kategorie 51-60 let (z toho byla 1 zdravotní sestra a 1 lékař) a ve skupině 61 a více let nebyl žádný respondent.

Otázka č. 3. - Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf č.4 - Složení respondentů podle vzdělání

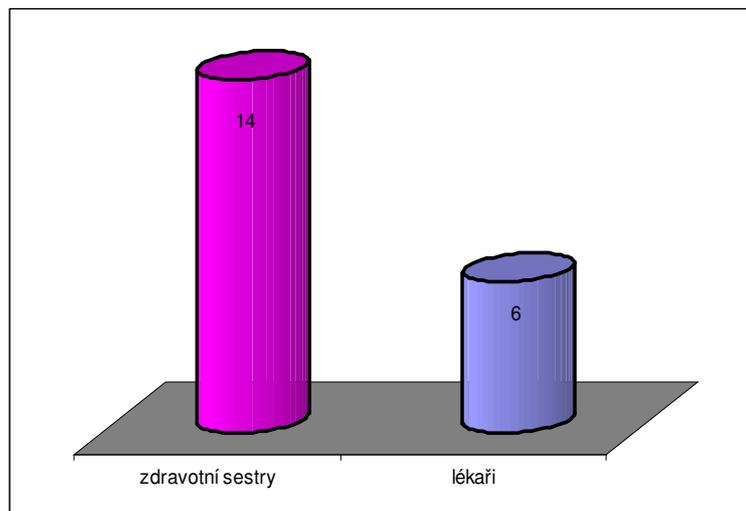


Zdroj: vlastní výzkum

Zdravotních sester se vzděláním středně odborným s maturitou bylo 8, s vyšším odborným vzděláním byla 1 zdravotní sestra. Vysokoškolské vzdělání mělo 11 respondentů (z toho bylo 6 lékařů a 5 zdravotních sester).

Otázka č. 4. - **Pracovní pozice**

Graf č.5 - **Složení respondentů podle pracovních pozic**



Zdroj: vlastní výzkum

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 14 zdravotních sester a 6 lékařů.

Otázka č. 5. - **Jak dlouho již pracujete na neurochirurgickém oddělení?**

Tato otázka byla otevřená, takže odpovědi byly proto velmi různé. Časové rozmezí zaměstnání zdravotních sester či lékařů na neurochirurgickém oddělení je od nejmenšího, tzn. od půl roku po nejvyšší, tj. 24 let. Délku zaměstnání zdravotního personálu lze podle odpovědí tedy rozdělit následovně:

Tab. č.1. - Délka zaměstnání zdravotních sester a lékařů

délka zaměstnání	zdravotní sestry	lékaři
méně než 1 rok	4	1
do 5 let (včetně)	5	2
do 10 let (včetně)	3	1
do 15 let (včetně)	0	0
do 20 let (včetně)	1	1
nad 20 let	1	1

Zdroj: vlastní výzkum

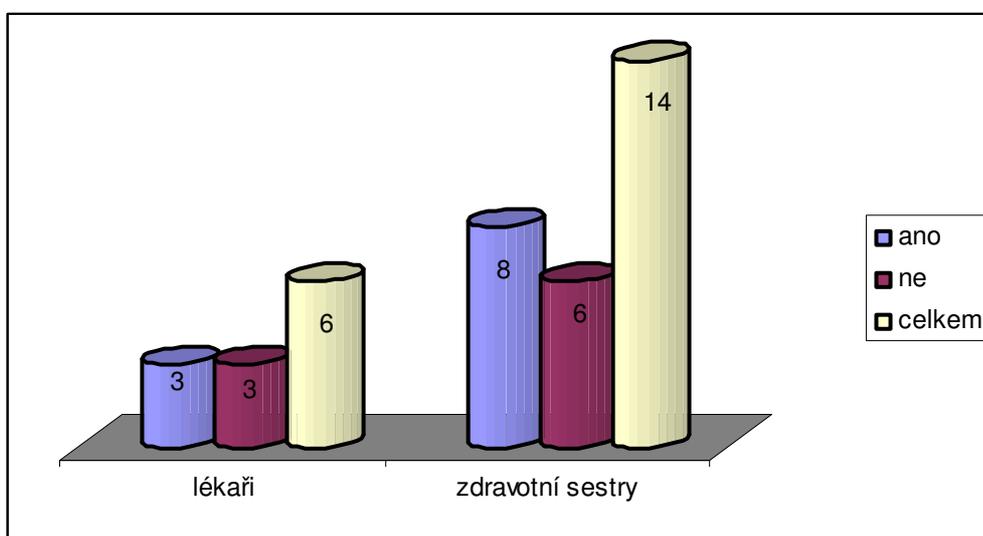
Otázka č. 6. a 7. - Kolik času denně trávíte komunikací s pacienty a v jakých situacích nejčastěji komunikujete s pacienty?

Polovina dotazovaných lékařů (3x) se shodla a uvedla, že komunikací s pacienty tráví přibližně 2 hodiny denně. Dva z lékařů uvedli, že někdy tráví komunikací s pacienty více času - záleží na potřebě pacientů. V této souvislosti lékaři uvedli, že nejčastěji s pacienty komunikují při jejich příjmu na oddělení k hospitalizaci (6x), při ambulantních aktivitách (3x), při vizitách (4x) a především při vysvětlování zdravotního stavu a následného léčebného a operačního postupu.

Zdravotní sestry uvedly, že komunikují s pacienty téměř nepřetržitě po celou svou pracovní směnu. Přesný počet hodin se liší podle toho, v jakém pracovním režimu zdravotní sestry pracují - zda v 8 hodinové pracovní směně anebo ve 12 hodinové pracovní směně. V souvislosti s celkovou délkou komunikace s pacientem zdravotní sestry uvedly, že nejčastěji s pacientem komunikují při ranních úpravách lůžek, při vizitách, při příjmu pacienta, při veškerých ošetrovatelských činnostech - konkrétně při hygieně, při podávání jídla, při stravování, při podávání léků, při vyšetřeních. Dále pak zdravotní sestry uvedly, že komunikují s pacienty také před operací, při přípravách na operaci a především po operaci - při poskytování pooperační ošetrovatelské péče.

Otázka č. 8. - **Myslíte si, že věnujete pacientovi dostatek času při komunikaci?**

Graf č. 6 - **Myslíte si, že věnujete pacientovi dostatek času při komunikaci?**



Zdroj: vlastní výzkum

Lékaři odpověděli na tuto otázku velmi shodně - 3 lékaři se domnívají, že věnují pacientům dostatek času při komunikaci a 3 lékaři se domnívají, že bohužel pacientovi dostatek času nevěnují. Důvodem odpovědi NE je, že jsou velmi vytíženi operačními aktivitami a především velmi náročnou administrativní činností. Jeden z lékařů dokonce uvedl, že se domnívá, že je na neurochirurgickém oddělení kladen větší důraz na dokumentaci a administrativní činnosti než na komunikaci s pacientem.

Zdravotní sestry odpověděly 8x ano a 6x odpověděly ne. Ty, které odpověděly, že nevěnují dostatek času pacientovi při komunikaci, uvedly, že se nemohou komunikaci věnovat více z důvodu velkého množství administrativy a dalších jiných navazujících povinností.

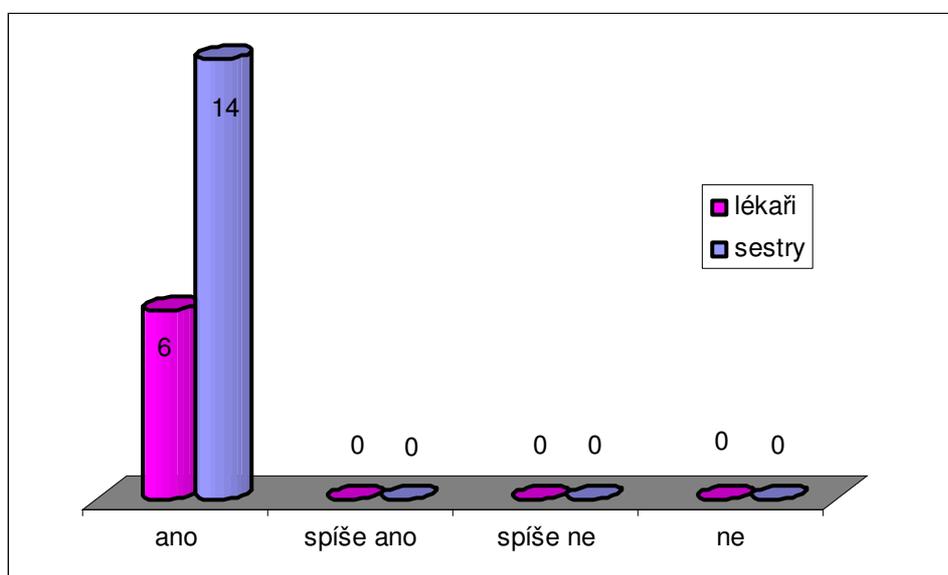
Otázka č.9 - **Na základě čeho poznáte, že pacient vše během komunikace s Vámi pochopil?**

Všichni dotazovaní lékaři (6x) uvedli, že poznají vše na základě zpětné vazby - shodli se, že vždy položí zpětně dotaz, aby se ujistili, že pacient porozuměl tomu, o čem spolu hovořili. Jeden z dotazovaných lékařů uvedl, že klade pacientům další „kontrolní otázky“ a tím si udělá rychlý obraz o jeho mentálním stavu.

Zdravotní sestry na tuto otázku odpověděly velmi podobně. Taktéž uvedly, že je pro ně velmi důležitá zpětná vazba - dotaz (8x), kterým se ujišťují, zda pacient vše dobře pochopil. Dále se sestry domnívají, že poznají pochopení obsahu komunikace s pacientem tím, že se pacient dále řídí podle toho, co mu sdělily, chová se podle jejich instrukcí (3x) a dodržuje předepsaný léčebný režim (2x). Jedna z respondentek uvedla, že si všímá také mimiky pacientů během komunikace. Je přesvědčena, že pacient, který vše pochopil, kývá na souhlas a tím vyjadřuje své pochopení.

Otázka č. 10 - **Myslíte si, že je ve vaší profesi komunikace důležitá?**

Graf č.7. - **Důležitost komunikace v profesi zdravotnického personálu.**



Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovědělo 6 lékařů a 14 zdravotních sester ANO. Ostatní možnosti odpovědí nevyužil žádný z respondentů.

Otázka č. 11. - **Co je podle vašeho názoru důležité v komunikaci mezi zdravotnickým personálem a pacientem?**

Lékaři se domnívají, že je v komunikaci s pacientem důležité srozumitelné vysvětlení problému a následného léčebného postupu (tzn. používat „laickou“ terminologii, používat krátké a jasné věty) (6x), empatie při komunikaci, jednoduché a

stručné vysvětlení (5x). Dále lékaři uvedli, že je velmi důležitý čas během komunikace s pacientem - není dobré, když lékař dává najevo, že na pacienta má málo času (4x). Velmi užitečné při komunikaci s pacientem je také odhadnout jeho osobnostní dispozice (1x).

Zdravotní sestry uvedly, že pro komunikaci s pacientem je důležitá trpělivost, schopnost empatie (12x), respekt a slušné chování k pacientovi (14x) a především vhodné prostředí (13x), ve kterém komunikace probíhá. Během komunikace považují za důležitou srozumitelnost (13x) - snaží se nepoužívat cizí slova (5x), snaží se mluvit klidně a pomalu (5x), používají vhodnou gestikulaci (2x) a také udržují s pacientem oční kontakt (1x). Jedna z respondentek uvedla, že je důležité se při komunikaci nad pacienta nenadřazovat a dávat mu tak najevo jakousi vyšší moc. Pro zdravotní sestry je také při komunikaci důležité navázat přátelský a pozitivní vztah (14x), snažit se pochopit pacienta takového, jaký je a podle toho dále vést komunikaci (2x).

Otázka č. 12 - Myslíte si, že se liší komunikace s pacientem seniorem od komunikace s pacientem mladším.

Dotazovaní lékaři (6x) se shodují a myslí si, že se liší komunikace s pacientem seniorem od komunikace s pacientem mladším. Ve 4 případech uvádí, že starší člověk může trpět různými poruchami kognitivních funkcí - např. porucha krátkodobé paměti nebo porucha sluchu, dále se u starších pacientů může vyskytovat „zabíhavé“ myšlení (1x), špatně se vyjadřují (3x), jsou mnohdy depresivně naladěni a tomuto je potřeba věnovat velkou pozornost a tudíž i komunikace s pacientem s uvedenými poruchami je jiná než s pacientem, který je naprosto v pořádku. Jeden z lékařů odpověděl, že komunikace s pacientem seniorem (nejčastěji mužem) často vyžaduje přítomnost pečující osoby, která za tohoto pacienta vše potřebné vyjádří. Dále také podotkl, že vzhledem k velmi náročnému chirurgickému oboru, je mnohdy komunikace s doprovázející nebo pečující osobou klíčová. Další z lékařů (1x) je přesvědčen, že se senioři obecně o svou diagnózu zajímají méně než pacienti mladší, kteří bývají často plni informací, čerpaných z různých zdrojů - např. z internetu. Od výše uvedeného se tedy odvíjí způsob komunikace s pacientem seniorem.

Zdravotní sestry se také domnívají, že se komunikace s pacientem seniorem liší od komunikace s pacientem mladším. Rozdíl spatřují především v tom, že s pacientem seniorem mluví více hlasitě (12x), pomalu (14x), srozumitelně (14x) nebo se snaží několikrát sdělená slova opakovat (12x). Pacient senior může být dezorientovaný a může mít zhoršené smyslové vnímání a tudíž bude s tímto pacientem jiná komunikace než s mladším pacientem (2x). Jedna ze zdravotních sester si myslí, že mladí lidé mají více sil a chuti do života a toto se pak odráží i v komunikaci se zdravotnickým personálem - chtějí více vědět a jsou pozornější k jednotlivým slovům.

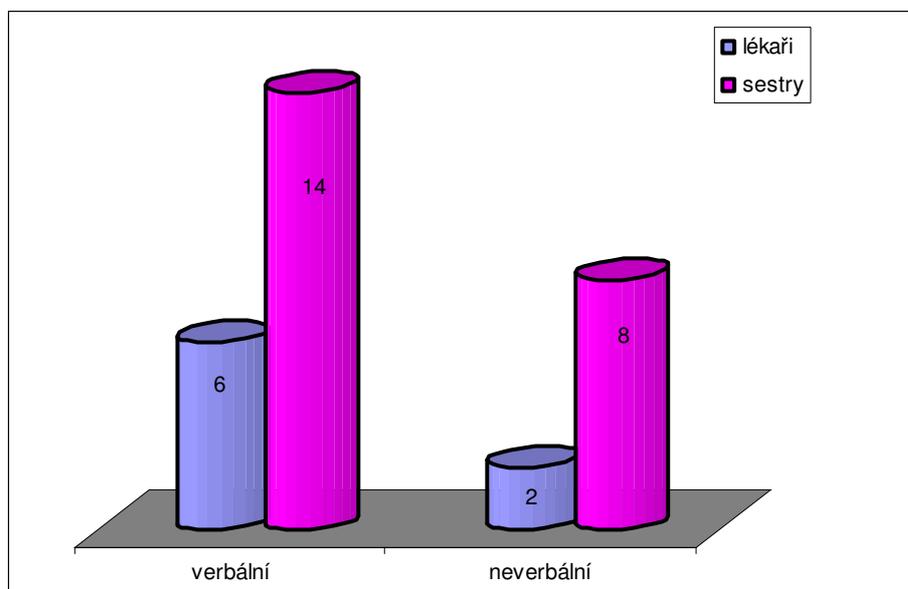
Otázka č. 13 - Přizpůsobujete svou komunikaci pacientům seniorům?

Lékaři se domnívají (6x), že přizpůsobují určitě svou komunikaci pacientům seniorům a to především tak, že mluví dostatečně hlasitě, srozumitelně, snaží se vyhýbat velmi odborným výrazům. Snaží se také méně „zabíhat“ do detailního vysvětlování, podávají pacientům jasná a krátká sdělení a snaží se především sami aktivně vést rozhovor.

Zdravotní sestry taktéž přizpůsobují svou komunikaci vůči pacientům seniorům. Snaží se brát ohledy na jejich zdravotní stav (14x), snaží se více využívat neverbální komunikace (8x) - např. využívají dotyk (6x) , hovoří s pacientem ve větší blízkosti (2x), mluví více hlasitě (8x) a především pomalu (8x). V některých případech používají při komunikaci také psaný text (1x), ve kterém pacientům sdělují jednoduché a stručné informace (6x) - např. kam a kdy se mají dostavit, co je čeká a jaký bude další ošetrovatelský postup. V této souvislosti také uvedly, že je pro ně velmi důležitá zpětná vazba (14x) - více se ptají a zjišťují, zda pacient pochopil co, mu právě sdělují.

Otázka č. 14 - **Jakou komunikaci při práci s pacientem seniorem nejčastěji používáte?**

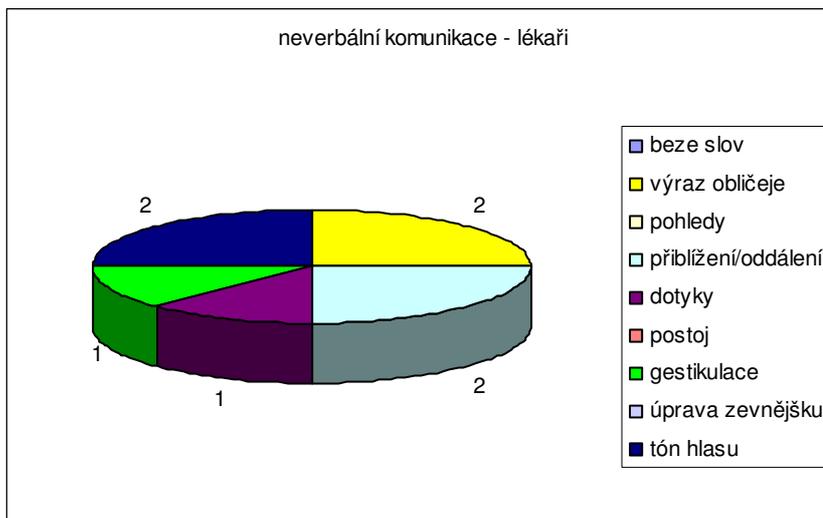
Graf č.8: **Nejčastěji forma komunikace, kterou lékaři i zdravotní sestry používají.**



Zdroj: vlastní výzkum

Verbální komunikaci s pacientem seniorem využívá celkem 6 dotazovaných lékařů a 14 sester z toho neverbální komunikaci s pacientem seniorem využívají ještě 2 lékaři a 8 sester. Konkrétní druhy neverbální komunikace jsou znázorněny v následujících grafech - zvlášť pro lékaře (graf č.9.) a zvlášť pro zdravotní sestry (graf č.10.)

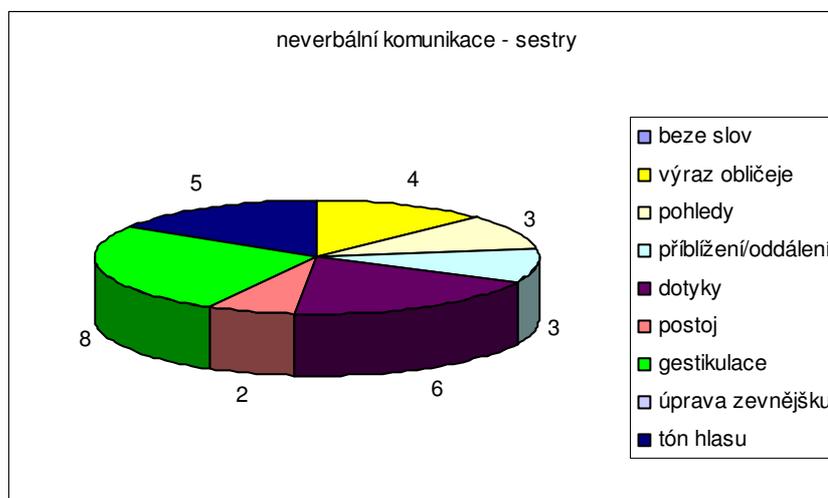
Graf č.9. - **Konkrétní druh neverbální komunikace, kterou používají lékaři.**



Zdroj: vlastní výzkum

Lékaři při komunikaci využívají ve 2 dvou případech výraz obličeje; ve dvou případech přiblížení/oddálení; ve 2 případech dotyky; v 1 případě gestikulaci a ve 2 případech využívají tónu hlasu.

Graf č.10. - **Konkrétní druh neverbální komunikace, kterou používají sestry.**



Zdroj: vlastní výzkum

Zdravotní sestry v 8 případech používají při komunikaci gestikulaci, v 5 případech používají tón hlasu; ve 4 případech výraz obličeje; ve 3 případech pohledy; ve 3 případech přiblížení/oddálení; v 6 případech dotyk a ve 2 případech využívají postoj.

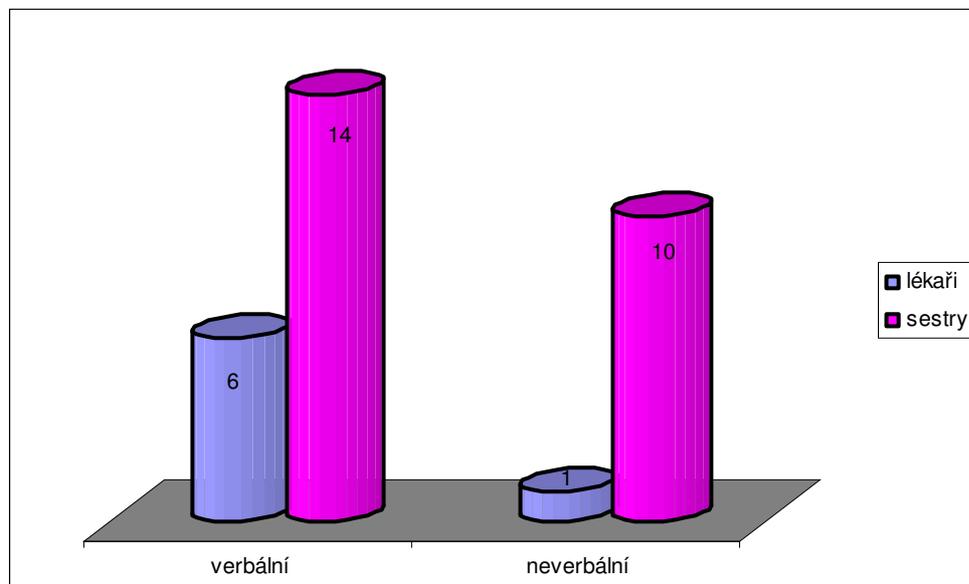
Otázka č. 15. - Myslíte si, že je neverbální komunikace s pacientem důležitá?

Lékaři si myslí, že neverbální komunikace je důležitá (5x). Uvádí, že se jedná o komunikaci „přes emoce“. Velmi důležitá je neverbální komunikace s pacientem při poškození mozkového centra (4x), u pacientů v těžkém stavu (5x) nebo u pacientů s poruchou vyjadřování a řeči (6x). Neverbální komunikaci nejčastěji používají lékaři u pacientů úzkostných či depresivních (3x). Komunikaci neverbální považují lékaři za důležitý základ pro navázání přátelského vztahu s pacientem (4x) a zároveň se domnívají, že dotyk vzbuzuje u pacienta pocit důvěry (2x). Je velmi zajímavé v této souvislosti zmínit odpověď z otázky č.14, kdy lékaři uvedli, že pouze ve 2 případech neverbální komunikaci opravdu používají.

Dotazované zdravotní sestry (14x) také považují neverbální komunikaci za důležitou, protože dodává význam tomu, co říkají (doplňuje verbální komunikaci; dotváří smysl komunikace) a hlavně mají dojem, že dodává pacientovi pocit, že má o něj personál skutečný zájem (8x) a tudíž jej berou takového jaký je (8x). Zdravotní sestry se domnívají, že neverbální komunikace navozuje bližší kontakt s pacientem (12x) a to především v případech, kdy potřebují sdělit něco nepříjemného. Tuto situaci, řeší převážně dotykem (3x) - samy se vyjadřují tak, že mnohdy postačí pacienta pohlédit po ruce nebo obejmout kolem ramen (2x). Důležitost neverbální komunikace také vidí v tom, že doplňuje vlastní mluvené slovo (3x), něco málo napoví také o osobě člověka (3x) a jeho postoji k pacientovi a v některých náročných situacích postačí pacientovi právě laskavý výraz či gesto (1x), aby dokázal lépe překonat svou bolest.

Otázka č. 16. - **Jaký druh komunikace podle vašeho názoru vyžadují pacienti (senioři) na neurochirurgickém oddělení?**

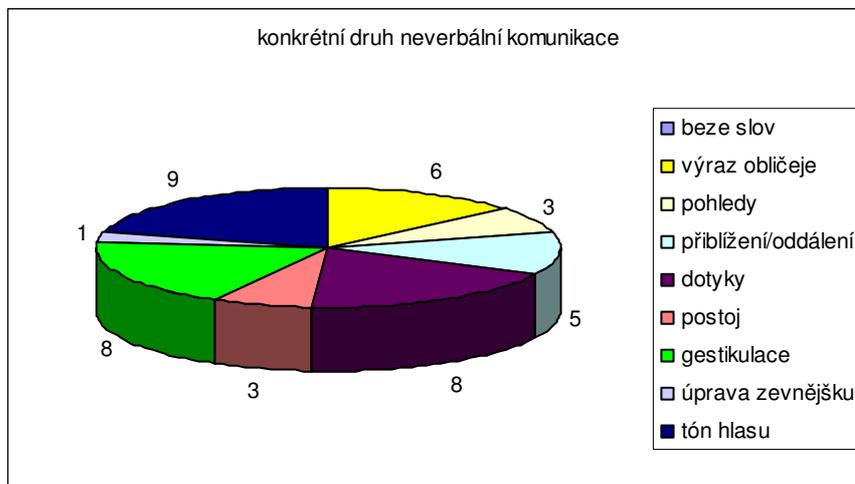
Graf č.11. - **Komunikace, kterou vyžadují pacienti hospitalizovaní na neurochirurgickém oddělení.**



Zdroj: vlastní výzkum

Výzkum ukázal, že verbální komunikaci považuje 6 lékařů za komunikaci, kterou pacienti senioři na neurochirurgickém oddělení vyžadují a taktéž se domnívá 14 zdravotních sester. 1 lékař se domnívá, že pacienti vyžadují neverbální komunikaci a stejně si myslí také 10 zdravotních sester. Konkrétní druh komunikace, kterou vyžadují, dle výzkumu, pacienti hospitalizovaní na neurochirurgickém oddělení ukazuje následující graf č.12.

Graf.č.12. - **Konkrétní druh neverbální komunikace, kterou pacienti vyžadují.**

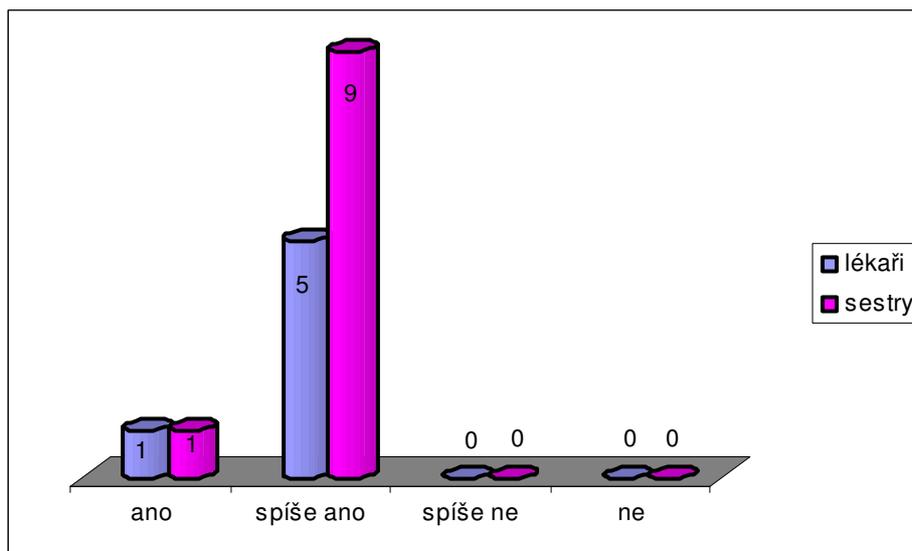


Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů si 9 myslí, že pacienti vyžadují v neverbální komunikace přiměřený tón hlasu, 6 respondentů si myslí, že se jedná o výraz obličeje, 3 respondenti - pohled; 5 respondentů je přesvědčeno o přiblížení/oddálení, 8 o dotykách, 3 o postoji, 8 o gestikulaci.

Otázka č. 17 - **Dokážete odhadnout, jak se pacient při komunikaci s vámi cítí?**

Graf č.13. - **Odhadnete, jak se pacient při komunikaci cítí?**



Zdroj: vlastní výzkum

Jeden z dotazovaných lékařů a jedna sestra se domnívají, že dokáží odhadnout, jak se pacient při komunikaci s nimi cítí. Jak se pacient cítí, spíše odhaduje 5 lékařů a 9 zdravotních sester. Z výzkumu vyplývá, že zdravotní sestry i lékaři zřejmě znají jednotlivé druhy neverbální komunikace a na základě těchto zkušeností, dokáží odhadnout subjektivní stav pacienta.

Otázka č. 18. - Ověřujete si, za pacient získané informace pochopil?

Pět z dotazovaných lékařů uvedlo, že si vždy ověřují, zda pacient získané informace pochopil, zpětnou vazbou - kladou zpětně dotazy a předkládají pacientům také informovaný souhlas, kde pacienti stvrzují svým podpisem, že vše pochopili a souhlasí s dalším léčebným postupem. Pouze jeden z lékařů uvedl, že si toto zjišťuje jen výjimečně a to pouze u vybraných pacientů - toto se děje z časových důvodů a velké pracovní vytíženosti lékaře.

Všech 14 dotazovaných zdravotních sester se shodlo, že si vždy ověřují, sdělené informace a jejich pochopení ze strany pacientů. Také si pomáhají zpětnou vazbou - kladou cílené dotazy (4x) a vyžadují odpověď podle informací, které sdělili. Dále také poznají pochopení všech vysvětlovaných informací na základě chování pacienta (4x) - chová se buď podle toho, co mu zdravotní sestry říkali či nikoliv. Pokud zdravotní sestry zjistí, že je potřeba cokoliv ještě doplnit či znovu pacientovi informace zopakovat, opakují vše znovu, dokud si nejsou jisty, že je vše v pořádku.

Otázka č. 19. - Myslíte si, že do komunikace patří dotyky?

Polovina dotazovaných lékařů (3x) si myslí, že jsou dotyky záležitostí velmi osobní a individuální a z těchto důvodů se pacientů téměř nedotýkají. Polovina (3x) lékařů si myslí, že jsou dotyky v neverbální komunikaci důležité, nicméně se jich dotýkají pouze během vyšetřování. Jen jeden z dotazovaných lékařů sdělil, že při dlouhodobé hospitalizaci je tento způsob neverbální komunikace pro pacienta velmi důležitý. Sám se snaží v těchto případech pacientů dotýkat - např. vzít je za ruku, pohladit po hlavě nebo po ruce.

Zdravotní sestry uvedly (6x), že je také tento způsob komunikace velmi důležitý . Domnívají se, že dotyky zpříjemňují pobyt v nemocnici (2x), vytváří příjemnější vztah mezi zdravotníky a pacienty (5x), pacient dotykem může cítit empatii a zdravotnický personál si s pacientem tak vytváří důvěrný vztah. 1 z dotazovaných zdravotních sester uvedla, že je dotyk důležitý, ale pouze jen u některých pacientů - sestra musí umět odhadnout vhodnost použití dotyku. Je potřeba, aby věnovala pozornost tomu, zda pacientovi dotyky nevadí.

Otázka č. 20. - **Znáte základní zásady komunikace se seniory?**

Čtyři z dotazovaných lékařů uvedli, že znají základní zásady komunikace se seniory. 3 lékaři byli dokonce schopni některé vyjmenovat - např. slušnost, ohleduplnost nebo pochopení. Dva lékaři uvedli, že základní zásady komunikace s pacientem seniorem neznají a během rozhovoru s pacientem se řídí spíše svou intuicí.

Zdravotní sestry (celkem 13 ze 14 dotazovaných) uvedly, že znají základní zásady komunikace se seniory. Jejich odpovědi zněly: mluvit srozumitelně (10x) a pomalu (10x), zbytečně nezahlcovat informacemi (8x), dostatek času na komunikaci (7x), krátké, jasné a výstižné pokyny, udržovat oční kontakt s pacientem, používat cizí slova jen výjimečně (7x) a nechat prostor na kladení otázek. Pouze jedna ze sester uvedla, že základní zásady komunikace s pacientem seniorem nezná.

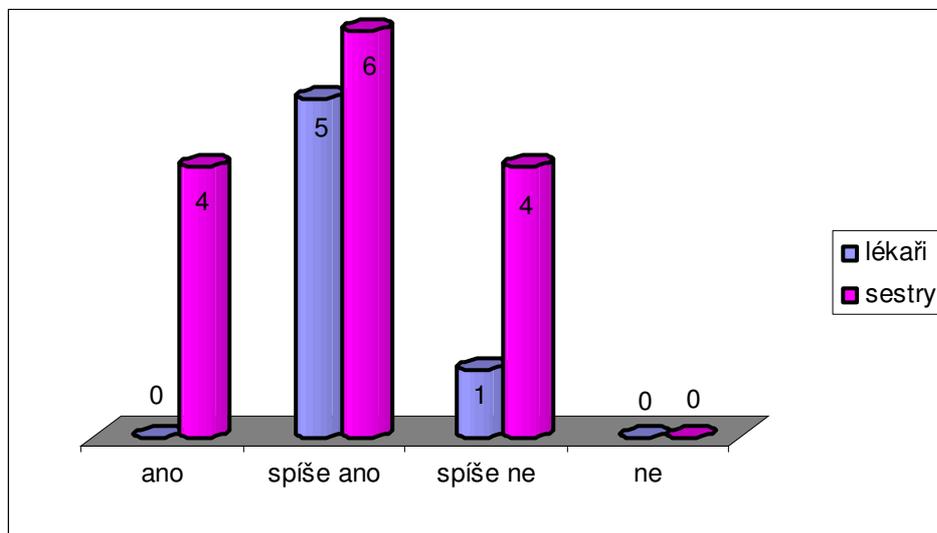
Otázka č. 21. - **Co patří mezi nejčastější chyby v komunikaci se seniory?**

Lékaři se domnívají, že nejčastější chyby v komunikaci se seniory je nadměrné používání odborné terminologie (4x), mnohdy zbytečně složité vysvětlování konkrétní problematiky (2x), časová tíseň (6x) a s tím související rychlost a nesrozumitelnost sdělení (5x). Další chybu v komunikaci se seniory vidí v tom, že sdělené informace pacientům málo opakují nebo mluví potichu (4x).

Zdravotní sestry vidí nejčastější chyby v komunikaci se seniory v používání velkého množství odborných termínů (8x), v nesrozumitelné a rychlé řeči (někdy i tiché řeči) (6x) a v nedostatku času na komunikaci. Chybu v komunikaci vidí také v její neefektivnosti ve smyslu složitého a komplikované vysvětlování pacientům (3x).

Otázka č. 22. - **Myslíte si, že pacienta při komunikaci ovlivňují bílé uniformy?**

Graf č.14. - **Jsou pacienti ovlivňováni „bílými uniformami?“**



Zdroj: vlastní výzkum

Zdravotní sestry odpověděly 4x ano, 6x spíše ano a 4x spíše ne. Lékaři odpověděli 5 spíše ano a 1x spíše ne.

Otázka č. 23 - **Myslíte si, že je potřeba něco změnit v komunikaci s pacienty seniory na neurochirurgickém oddělení?**

Lékaři se ve třech případech shodují a říkají, že by bylo dobré na neurochirurgickém oddělení mít více času na komunikaci s pacienty. Jsou velmi časově vytížení operačními výkony, a tudíž komunikace s pacienty se musí mnohdy omezit pouze na nezbytně dlouhou dobu (např. pouze při vizitách). Někteří (3x) by rádi taky změnil prostředí, ve kterém dochází ke komunikaci - mají často nedostatek soukromí. 3 lékaři uvádí, že není potřeba v komunikaci nic měnit, neboť jim prostředí i časové omezení vyhovují a mají pocit, že se celý zdravotnický tým neurochirurgického oddělení snaží komunikovat dle jejich nejlepších možností.

Zdravotní sestry se domnívají (13x), že by nejvíce chtěly řešit jeden problém, a to problém s nedostatkem času na komunikaci s pacientem - jsou všechny vytíženy náročnou administrativou a ošetrovatelskou péčí a tudíž na komunikaci zbývá čas je

mezi těmito aktivitami. Rády, by také měli lepší prostředí na komunikaci (10x) a na další předávání potřebných mnohdy i velmi citlivých či intimních informací. Velmi zajímavé jsou také odpovědi zdravotních sester, které říkají, že je potřeba zlepšit komunikaci mezi pacienty a lékaři (8x). Lékaři nemají na pacienta dostatek času a občas se stane, že je pacient tímto nevyváženým vztahem velmi znervózňován. Působí to na něho často negativně - „lékaře jsem ještě ani neviděl“, „doktoři nemají čas“ atp. Závěrem k této otázce, bych chtěla uvést slova jedné ze zdravotních sester (podle jejího hodnocení, odhaduji, že se jedná o jednu z nadřízených sester): „Myslím si, že zdravotnický personál je velmi vstřícný a k pacientům seniorům velmi ohleduplný“.

Otázka č. 24. - Účastnil/a jste se někdy nějakého semináře či školení o komunikaci?

Jeden z dotazovaných lékařů uvedl, že se účastnil kurzů o komunikaci pouze během studií. Další čtyři lékaři uvedli, že se nikdy žádného semináře či školení neúčastnili, ale měli by o nějaký zájem. Jeden lékař uvedl, že se nikdy neúčastnil takového školení a zatím by o něj ani zájem neměl.

Zdravotní sestry uvedly (7x), že se již někdy účastnily semináře či školení o komunikaci. Odpověděly shodně, že tyto semináře navštěvovaly především v době svých (v některých případech i současných) studií na VOŠ či VŠ (konkrétně uváděly semináře v rámci ZSF JČU). Konkrétní názvy těchto seminářů, které zdravotní sestry uváděly, jsou: „Komunikace ve zdravotnictví“ nebo „Komunikace se seniorem“. V ostatních sedmi případech (1/2 respondentů) uvedly, že se nikdy žádného podobného semináře či kurzu neúčastnily, ale zájem by o nějaký měly.

Otázka č. 25. - **Efektivní komunikace**

Tab. č.2. - **Hodnocení vlastní komunikace (lékaři)**

sestry	vždy	většinou	občas	nikdy
Při komunikaci s pacientem beru v úvahu aktuální stav pacienta	13	1		
Komunikuji s pacientem ve vhodném prostředí		10	4	
Vyčlením si pro pacienta čas zejména pro závažná sdělení	8	5	1	
Zvažuji vhodnost načasování závažných sdělení s ohledem na pacienta	6	8		
Poskytuji svým kolegům včas informace o pacientovi	11	3		
Poskytuji pacientovi včas potřebné informace	9	5		
Poskytuji příbuzným pacienta včas potřebné informace	2	10	1	1
Poskytuji jen ty informace, které jsou v mé kompetenci	14			
Poskytuji jen ty informace, které mám ověřené	14			

Zdroj: vlastní výzkum

Ze zjištěných výsledků vyplývá, že se lékaři většinou snaží poskytovat takové informace, které mají ověřené a vždy poskytují jen ty, které jsou v jejich kompetenci. Informace většinou poskytují nejen pacientovi samotnému, ale také rodině a příbuzným pacienta. Lékaři se dále snaží vyčlenit si na pacienta dostatek času, především chtějí-li mu sdělit některá závažná sdělení. Výzkum také skutečně potvrdil nutnost změny a vhodnosti prostředí ve vztahu ke komunikaci a sdělovaným informacím

Tab. č.3. - **Hodnocení vlastní komunikace (zdravotní sestry)**

sestry	vždy	většinou	občas	nikdy
Při komunikaci s pacientem beru v úvahu aktuální stav pacienta	13	1		
Komunikuji s pacientem ve vhodném prostředí		10	4	
Vyčlením si pro pacienta čas zejména pro závažná sdělení	8	5	1	
Zvažuji vhodnost načasování závažných sdělení s ohledem na pacienta	6	8		
Poskytuji svým kolegům včas informace o pacientovi	11	3		
Poskytuji pacientovi včas potřebné informace	9	5		
Poskytuji příbuzným pacienta včas potřebné informace	2	10	1	1
Poskytuji jen ty informace, které jsou v mé kompetenci	14			
Poskytuji jen ty informace, které mám ověřené	14			

Zdroj: vlastní výzkum

Z uvedeného vyplývá, že zdravotní sestry vždy berou ohled na aktuální zdravotní stav pacienta. Dále ze zjištěných výsledků vyplývá, že vždy poskytují jen takové informace, které jim přísluší podle kompetencí a pouze takové informace, které mají ověřené. Opět je zde uvedena nutnost změny prostředí pro vhodnou komunikaci.

4.2 Výsledky rozhovorů s pacienty neurochirurgického oddělení

4.2.1 Případová studie 1

Prvním respondentem je muž ve věku 72 let. Na neurochirurgické oddělení byl přijat na základě doporučení lékaře neurochirurga v rámci plánovaného operačního řešení onemocnění páteře. Respondent žije se svou manželkou v rodinném domku, společně se synem a jeho rodinou. V posledním zaměstnání pracoval jako truhlář a ještě i v současné době do své dílny chodí a vyrábí si jen tak pro radost.

Respondent je na neurochirurgickém oddělení hospitalizován poprvé a je zde již celkem čtvrtý den.

Nejraději komunikuje a povídá si se sestřičkami, protože přichází na pokoj každou chvíli a neustále se ho ptají, zda něco nepotřebuje. Dále respondent podotkl, že se mu se sestřičkami komunikuje lépe, protože jsou milé a hodné.

Nejčastěji se sestřičkami komunikuje na svém pokoji, kdykoliv přijdou, dále pak také při ranních vyšetřováních a převazech. S lékaři respondent moc nemluvil - jediné co uvedl, kdy mohl s lékařem hovořit, bylo při příjmu k hospitalizaci a pak také občas při velmi rychlých vizitách - „*mají málo času - jsou pořád na sále*“.

Sestřičky věnují respondentovi velmi mnoho času, kdyby to měl přepočítat na hodiny, tak by řekl, že to jsou cca 3 hodiny denně. Sám potvrzuje, že mu tento čas stačí, aby se dozvěděl vše potřebné a mohl se v klidu na vše zeptat. Na otázku kolik času mu věnují lékaři uvedl, že je to velmi málo - není schopen to spočítat na hodiny. S lékařem se většinou vidí jen při vizitách. Rád by přivítal, aby si lékař na pacienta udělal více času, ale chápe, že pracují ve velmi náročném oboru a jsou tudíž vytíženi na sto procent. Respondent také dále uvedl, že všemu co mu říkají sestřičky i lékaři rozumí. Pokud by měl jakoukoliv pochybnost, tak by se určitě zeptal.

Komunikaci v profesi zdravotní sestry i lékaře považuje rozhodně za velmi důležitou. „*Bez ní by nemohlo nic fungovat*“. Podle názoru respondenta je v komunikaci mezi zdravotnickým personálem a pacientem důležitá důvěra a slušnost. Je potřeba si najít k sobě cestu a budovat vztah na základě důvěry, i když, jak sám říká,

jde to někdy velmi těžko, neboť má pacient v nemocnici vždy k personálu respekt a mnohdy i obavy.

Sestřičky s respondentem komunikují pomalu, srozumitelně a klidně. Snaží se všechno vysvětlit a říct mu to tak, aby mu to bylo jasné. Lékaři komunikují s pacientem také srozumitelně, i když ve velkém časovém presu, tudíž jsou sdělované informace velmi rychlé.

Respondent uvádí, že sestřičky používají nejvíce verbální (ústní) komunikaci. Z neverbální komunikace nejčastěji sestřičky používají gesta, dotyky, přiblížení/oddálení se a také pohledy. *„Vždycky je příjemné když se na mě sestřička podívá milým a usměvavým pohledem. Hned je to stonání lepší“*. Lékaři nejčastěji komunikují s respondentem také verbálně. Z neverbální komunikace si pacient vzpomíná vždy jen na postoj, ve kterém lékař mluví. Bývá to postoj vcelku daleko od pacienta a je doprovázen výraznou gestikulací.

Neverbální komunikace je dle názoru respondenta důležitá. Vždy ho uklidní, když se ho sestřička či lékař dotkne (např. když mu něco chtějí ukázat) Respondent má pocit, že ho to ihned uklidní a především má pocit, že o něj má někdo zájem. Nejvíce mu ale vyhovuje komunikace verbální.

Respondent si myslí, že sestřičky dokáží odhadnout, jak se při komunikaci cítí, protože to většinou dává najevo - např. se usmívá nebo se dokonce trochu i zamračí. U lékařů si respondent není jist, zda odhadnou, jak se cítí. Neboť jak již uvedl, probíhá komunikace s lékařem ve větší vzdálenosti a měl sám respondent pocit, že se na něho lékař ani moc nedíval.

Také dotyk zahrnuje respondent do komunikace se zdravotnickým personálem. Ať už ho hodnotí jako nástroj útěchy a projevu zájmu, tak se také domnívá, že by ho nemohl ani lékař vyšetřit bez dotyku.

Výsledná známka z komunikace pro sestřičky je jednička a pro lékaře 3.

Bílé uniformy, podle jeho názoru, respondenta téměř neovlivňují. Nemá z nich strach a ani mu nepřipadají nehezké. Je dobře, že má personál bílé uniformy - *„vypadají alespoň všichni čistě a upraveně“*.

4.2.2 Případová studie 2

Druhým respondentem je muž ve věku 75 let, přeložen na neurochirurgické oddělení k revizní operaci páteře (přeložen byl z rehabilitačního oddělení). Pacient žije sám na venkově, je vdovec a dcera s rodinou za ním dochází na návštěvy - bydlí také ve stejné obci, takže k němu má blízko. Respondent naposledy pracoval jako zedník a do nedávné doby ještě stále chodil vypomáhat na stavby. Dnes už na to nemá fyzické síly, jak sám říká.

V době rozhovoru byl pacient na oddělení hospitalizován již 4 dny a jak je uvedeno v úvodu, je zde hospitalizován po druhé (za poslední měsíc).

Nejraději pacient komunikuje se sestřičkami, protože se s nimi více vidí a jsou velmi milé. S lékaři by si také velmi rád popovídal, ale bohužel ty nemůže vidět tak často. Se zdravotními sestrami komunikuje respondent nejčastěji ráno, když přijdou do pokoje a provádí první ranní činnosti u lůžka (např. stelou postel), dále také při vyšetření (např. při píchání injekcí nebo odebrání krve) a pak většinou se sestřičkami komunikuje vždy, když se objeví na pokoji a ptá se, zda něco nepotřebuje. „*Sestřičky jsou tady pořád, vůbec nás nespouští z očí*“. S lékaři je komunikace pro respondenta těžší vzhledem k tomu, že lékaři jsou s ním v kontaktu pouze při vizitách, které ale nejsou bohužel každý den. „*Ráno sem vždycky lékař vlítne, v rychlosti řekne pár slov a pak zase běží dál. Když potřebuji s lékařem mluvit, musím požádat sestřičku, aby ho za mnou poslala*.“

Z rozhovoru s pacientem vyplývá, že mu sestřičky věnují maximum času, který mají. Sám udává, že si myslí, že je to cca 20 % jejich pracovní doby, protože nemají jen jednoho pacienta, ale mají jich na starosti více a mají především ještě další aktivity, kterým se musí věnovat. Respondent uvádí, že mu čas na komunikaci se sestřičkami maximálně vyhovuje. Lékaři, dle slov respondenta, mu nevěnují tolik času jako sestřičky, protože se s nimi vidí většinou jen při vizitách. Když by lékaře potřeboval, tak by si ho nechal zavolat, takže se vyjadřuje tak, že i tento čas mu od lékařů vyhovuje.

Sdělovaným informacím od sestřiček rozumí - nevidí v tom problém. Když by něčemu nerozuměl, tak by se určitě zeptal. Lékaři občas, když mu něco vysvětlovali, mluvili velmi odborně a rychle, tudíž měl trochu s pochopením obsahu problém.

Vždycky se znovu a znovu ptal na to, čemu nerozuměl a lékař trpělivě všechno a pomalu zopakoval a poté již neměl respondent s pochopením obsahu problém.

Komunikaci v profesi lékařů i zdravotních sester považuje za důležitou, protože je to součástí běžného života každého z nás. S nikým by se respondent nemohl domluvit, kdyby nekomunikoval. Důležitou součástí komunikace mezi respondentem a zdravotnickým personálem je důvěra, úcta a také to, aby si vzájemně všichni rozuměli.

Zdravotní sestry s respondentem komunikují tak, jak on sám potřebuje - mluví s ním pomalu a srozumitelně, všechno hned vysvětlují. Občas se ale stane, že sestřička mluví moc potichu, tak se musí více ptát nebo ji požádá, aby trochu zvýšila svůj hlas. Lékaři s respondentem komunikují také slušně a srozumitelně, jen občas používají odborné termíny. Ale jak již několikrát uvedl, vždy když tomu nerozumí nebo potřebuje něco vysvětlit, zeptá se a lékaři mu informace znovu zopakují či vysvětlí.

Sestřičky používají nejvíce verbální (ústní) komunikaci, kterou také doplňují o komunikaci neverbální. Pacient/respondent si při komunikaci s nimi všímá především výrazu obličeje, pohledů, dotyků a také tónu hlasu. Zatím se neseťkal s tím, že by sestřičky mluvili např. ironicky, a to může za krátké období hodnotit sestřičky ze dvou oddělení. Lékaři používají pouze verbální komunikaci s přizpůsobením tónu hlasu. Lékaři mluví většinou všichni velmi hlasitě.

Respondent považuje neverbální komunikaci za důležitou součást komunikace, protože se cítí ihned lépe, když se personál např. usměje. Dále respondent uvádí, že při použití neverbální komunikace (např. dotyku) z něho trochu spadne strach a průběh hospitalizace je pak o něco snesitelnější. Nejvíce mu vyhovuje samozřejmě komunikace ústní, protože ihned ví, co se po něm chce a co mu personál říká.

Zdravotní sestry při komunikaci s pacientem „možná“ poznají, jak se respondent cítí, protože pokyvuje hlavou a dívá se jim do očí. Lékaři také poznají, jak se při komunikaci pacient cítí, neboť se na respondenta dívají, a tudíž vidí, jak se tváří. Z toho si pak udělají závěr, zda mu to bylo příjemné či nikoliv.

Dotyk vidí respondent, jako důležitou součást celé komunikace na oddělení. Když ví, že se personál nebojí na něho sáhnout nebo se ho dotknout, je klidnější a má pocit, že tu není jen jako pouhý další „kus“.

Z komunikace na neurochirurgickém oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s., by udělil sestřičkám známku 1 a lékařům 2. Lékaři dostali dvojku proto, že se s nimi moc nevidí a tudíž s nimi ani moc nekomunikuje.

Tohoto 75-letého respondenta v žádném případě bílé uniformy neovlivňují.

4.2.3 Případová studie 3

Třetím respondentem je muž ve věku 74 let, hospitalizovaný na neurochirurgickém oddělení pro operační řešení velmi závažného onemocnění páteře. Respondent bydlí se svou manželkou v rodinném domku v malé obci poblíž Českých Budějovic. Jako své poslední zaměstnání vykonával vedoucí funkci v jedné soukromé firmě. Respondent sám uvedl, že to bylo zaměstnání víceméně sedavé a záda ho už bolí několik let, ale nyní se to zhoršilo natolik, že postupně začal ochrnovat, proto byl přijat na neurochirurgické oddělení.

Respondent je hospitalizován na neurochirurgii poprvé a v době rozhovoru zde byl hospitalizován již dva dny.

Během těchto pouhých dvou dnů byl schopen vyjádřit, že nejraději komunikuje se sestřičkami, protože mu připadá, že jsou velmi milé, příjemné a usměvavé. S lékaři, raději moc nechce hovořit, protože má obavy, že by mu mohli sdělit nějakou nepříjemnou zprávu - kontakt s nimi tedy moc nevyhledává. Se sestřičkami měl možnost mluvit především při příjmu k hospitalizaci a pak také při dalším vyšetřování, které mu prováděly (např. mu natáčely EKG, nabíraly u krev a pak ho také doprovázely na vyšetření magnetickou rezonancí). S lékařem měl zatím tu čest mluvit pouze při příjmu, kdy mu vysvětloval, jak bude jeho léčebný postup vypadat, jak bude probíhat operace a jaké mohou být její následky - o těchto věcech s ním lékař mluvil velmi podrobně a velmi dlouho. Ale jak sám již jednou uvedl, o té doby nevyhledával raději další kontakt s lékařem - má strach.

Sestřičky respondentovi věnují maximální množství času. Při příjmu k hospitalizaci to bylo minimálně $\frac{3}{4}$ hodiny a od té doby přichází na pokoji každou chvíli. Sestřičky respondenta kontrolují, zda je vše v pořádku a zda nepotřebuje nějakou další pomoc (např. zmínil i doprovod na WC). S lékařem mluvil respondent při příjmu, kdy s ním lékař velmi pečlivě rozebíral veškeré potřebné náležitosti. Čas

strávený komunikací s lékaři i se sestřičkami mu prozatím plně vyhovuje a stačí mu. Během celé komunikace s lékařem i zdravotními sestrami pochopil respondent vše, co mu bylo sdělováno. Zřídka měl pocit, že potřebuje něco vysvětlit, a proto požádal lékaře, aby mu to zopakoval či lépe a „laicky“ vysvětlil.

Komunikaci v profesi zdravotních sester i lékařů považuje za důležitou. Respondent se domnívá, že bez komunikace by medicína nemohla dobře fungovat, protože by se lékaři nedozvěděli, kde to pacienty bolí a co je vlastně přesně trápí. Komunikace je rozhodně důležitá. Velmi důležité během komunikace s lékařem je, aby pacientům vysvětlovali možné následky operační léčby, další možnosti řešení každého onemocnění a především, aby pacientovi vysvětlili, co ho čeká a jak bude výkon probíhat. Na základě tohoto vysvětlení získal respondent představu o tom, co se s ním bude skutečně dít.

S tímto také souvisí, jakým způsobem lékaři či sestry komunikují s pacientem. S respondentem zdravotní sestry hovořily pomalu, prakticky mu ukazovaly, co je potřeba udělat nebo co budou právě provádět. Pacient má výrazným způsobem zhoršený sluch - používá naslouchátko, které si ale nepřinesl s sebou do nemocnice, takže sestřičky musí mluvit velmi hlasitě, aby všemu dobře rozuměl. Komunikace probíhá bez problému - pacient všechno chápe a rozumí jim. Komunikace s lékařem probíhala na základě stejných pravidel - mluvili velmi hlasitě, pomalu a prakticky. Dokonce i respondentovi kreslili, jak budou jednotlivé kroky operace vypadat. Pacient je velmi spokojen s komunikací se zdravotnickým personálem.

Sestřičky používají především verbální komunikaci a dále komunikují s respondentem také výrazem obličeje, dotykem a tónem hlasu. Při příchodu na oddělení si respondent také všiml jejich úpravy zevnějšku. Lékaři používají také verbální komunikaci a zvýšený tón hlasu, neboť má respondent zhoršený sluch.

Respondent dále uvádí, že neverbální komunikace je v celé komunikaci velmi důležitá, protože mu tím zvyšuje sebevědomí. Ví, že je součástí celého systému a nikdo se nad něho nepovyšuje - má příjemný pocit, že má o něho někdo zájem. „*Stačí, když se sestřička usměje a je to hned lepší.*“ Nejvíce mu ale vyhovuje komunikace verbální -

neverbální ji samozřejmě doplňuje a její součástí, ale přesto jsou pro respondenta důležitá slova.

Respondent dále také hodnotí, že sestřičky poznají, jak se cítí při komunikaci s nimi. Poznají to na základě toho, jak se pacient tváří - většinou se zamračil, když mu něco nebylo jasné nebo pokyvoval hlavou, když bylo vše v pořádku. Lékař poznal, jak se respondent tváří podle toho, jak spolupracoval při vysvětlování svého léčebného postupu a operačního zákroku. Nakonec vše respondent stvrdil podpisem do Informovaného souhlasu. Uvedl, že kdyby se tady necítil dobře nebo lékařům nevěřil, Souhlas by nepodepsal.

Také dotyk považuje respondent za důležitou součást celého procesu komunikace. Ubezpečuje pacienta o zájmu ze strany zdravotnického personálu a tím mu zvyšuje sebevědomí. Dotyk je pro pacienta důležitý také z hlediska toho, že ví, jakou končetinu při svém onemocnění ještě dobře cítí a jakou již méně.

Komunikaci na neurochirurgickém oddělení hodnotí respondent známkou 1 - pro lékaře i u zdravotní sestry.

4.2.4 Případová studie 4

Čtvrtým respondentem je žena ve věku 73 let, přijata na neurochirurgické oddělení k doplnění fixační operace páteře předním přístupem - metoda zvaná ALIF. Pacientka je vdaná a žije se svým manželem v bytě panelového domu v Českých Budějovicích. Ve svém posledním zaměstnání pracovala jako kuchařka v domově důchodců. Respondenta má tři dcery, které ji se svými rodinami pravidelně navštěvují.

Pacienta je na neurochirurgii hospitalizovaná podruhé (od první operace uběhly čtyři týdny), nyní byla přijata k doplnění fixační operace z jiného operačního přístupu. V době rozhovoru byla hospitalizována již 6 den.

Na oddělení nejraději komunikuje se sestřičkami, protože je jí komunikace s nimi příjemnější - jsou velmi milé a hodné. Mají velkou starost, aby bylo vše v pořádku - jak říká sama pacientka - „mají srdce na dlani“. Uvádí, že se sestrami komunikuje každou chvíli, zkrátka velmi často a to po celý den. Pohybují se mezi pacienty od brzkého rána, když nás přijdou vzbudit, až do pozdních nočních hodin, kdy nám popřejí dobrou noc. Krátce po operaci za ní chodili i několikrát během noci - v tu dobu probíhala

komunikace téměř nonstop. S lékaři už tak často pacientka nekomunikuje - víceméně s nimi mluvila pouze při příjmu na oddělení, pak občas při vizitách a pak také těsně po operaci, když si přišli zkontrolovat její zdravotní stav. Jinak s lékaři nemluvila - zatím neměla potřebu vyhledávat komunikaci s nimi - všechno ví a nic jiného od nich nepotřebuje.

Respondenta hodnotí, že sestřičky nejen jí ale všem pacientům věnují dostatek času při komunikaci. Má možnost si tedy všechno dobře promyslet a v případě potřeby se jich zeptat. Když by měla nějaký mimořádný problém, sestřičku by si mohla zavolat, ale raději vždy čeká, až přijdou samy na pokoj. Čas, který jim sestřičky věnují, jí maximálně vyhovuje. U lékařů vidí problém akorát v tom, že nemají tolik času, aby „ztratili pár slov“ s pacienty. Lékaři pro komunikaci s pacienty mají jen velmi málo času, což je způsobeno jejich náročným zaměstnáním. I tento, i když jen velmi krátký čas pacientce stačí, aby mohla s lékařem mluvit.

Celému obsahu sdělení, které při komunikaci říká sestřičky, rozumí, protože se nebojí jich zeptat. Pokud má nějakou pochybnost, ihned se ptá a sestřičky ochotně vysvětlují a opakují základní důležité informace. Na druhé straně při komunikaci s lékaři se snažila všemu sdělenému porozumět, ale bohužel ne vždy se jí to podařilo. Raději ani nedala najevo, že tomu nerozumí a nezeptala se, protože nechce lékaře „otrávovat“. Nechce být v tomto ohledu lékařům na obtíž.

V profesi zdravotní sestry i lékaře považuje komunikaci za velmi důležitou. Ani si nedovede představit, že by komunikace nefungovala, tak jak funguje na tomto oddělení. Už byla několikrát v nemocnici hospitalizovaná, pokaždé na jiném oddělení, takže má sama možnost srovnávat úroveň komunikace. Respondenta v této souvislosti vyjadřuje, že je na neurochirurgickém oddělení velice spokojena a komunikace je zde velmi přátelská a na velmi dobré úrovni.

V komunikaci mezi pacienty a zdravotnickým personálem je pro ni velmi důležitá pohoda a navázání přátelského vztahu. Je to pro ni důležitá psychická podpora, protože ví, že jí zdravotnický personál bere takovou jaká je. Necítí se zde být pak jen dalším člověkem, který jde na řadu či dokonce snad méněcenná.

Zdravotní sestry i lékaři s respondentkou komunikují tak, že všemu rozumí, srozumitelně a pomalu vše vysvětlují. Má sama pocit, že jim musí ubírat moc času taková náročná komunikace. Při představě, že tímto způsobem jednají s každým pacientem na oddělení, má pocit, že nemají čas ani na nic jiného.

Sestřičky i lékaři používají především verbální (ústní) komunikace. Jiné (neverbální) komunikace si pacientka nevšimla. Možná ji také používají, nicméně si těchto druhů komunikace pacientka nevšimla. Dále si respondentka myslí, že je neverbální komunikace důležitá, ale není schopna říci, proč je důležitá. Z tohoto důvodu ji také nejvíce vyhovuje verbální způsob komunikace.

Respondentka se domnívá, že sestřičky i lékaři poznají, že se cítí při komunikaci s nimi dobře, protože jim stále děkuje a vyjadřuje jim svůj vděk za to, co pro ni všichni dělají. Dalším způsobem, jak vyjadřuje své pocity při komunikaci se zdravotnickým personálem, je kývnutí hlavou či opětování úsměvu.

Z dotyku od zdravotnického personálu má vždy velkou radost. Rozhodně dotyk patří do komunikace mezi pacienty a personálem. Respondentka uvedla, že má vždycky dobrý pocit, když se jí někdo z personálu dotkne - má příjemný pocit, že si jí někdo všimne. Je ihned klidnější. Dokonce v této souvislosti pacientka uvedla, že je již na oddělení šestý den a dnes za ní přišel jeden z lékařů, který si k ní přisedl, pohladil ji po ruce a zeptal se, jak se jí daří. Tato skutečnost vyvolala v pacientce velkou vlnu emocí (při rozhovoru měla slzy v očích).

Pacientka hodnotí komunikaci zde na oddělení známkami 1 pro zdravotní sestry i 1 pro lékaře. Je velmi spokojená a během rozhovoru stále vyjadřovala slova díků.

4.2.5 Případová studie 5

Pátou respondentkou je žena ve věku 72 let, přijatá na neurochirurgické oddělení k operaci karotidy. Respondentka je vdova a bydlí ve svém rodinném domě společně s dcerou a její rodinou. V posledním zaměstnání pracovala jako účetní, ale před několika lety si chodila ještě přivydělávat a uklízela v základní škole.

Pacientka je hospitalizovaná na neurochirurgickém oddělení poprvé a v době konání rozhovoru byla hospitalizována první den.

Během příjmových pohovorů se zdravotnickým personálem se jí komunikovalo velmi dobře se sestřičkami i lékařem. Při „sesterském příjmu“ bylo povídání velmi příjemné, sestřička se usmívala a byla moc milá. S takovým jednáním se respondentka ještě nesetkala. Pacientka podotkla, že komunikace byla velmi příjemná s mladým lékařem, který ji přišel vysvětlit celý léčebný postup, způsob operaci, rizika a následky a předpoklady do budoucna. Lékař mluvil s pacientkou velmi vyrovnaně a klidně, nechal jí prostor pro dotazy. Všechno ji několikrát zopakoval, aby neměla žádné nejasnosti.

Vzhledem ke krátkodobé hospitalizaci měla zatím možnost mluvit se sestřičkami i lékařem pouze při příjmu. Sestřičky od té doby již ale několikrát přišly na pokoj, aby se ujistily, že je vše v pořádku.

Sestřičky věnovaly pacientce odhadem $\frac{3}{4}$ hodiny při příjmovém pohovoru. Respondentce tento čas postačoval - neměla potřebu více časového prostoru. Komunikaci se sestřičkami hodnotí tak, že se jí věnovaly na sto procent. I komunikace s lékařem byla na profesionální úrovni. Lékař jí věnoval odhadem 30 minut a také tato doba pacientce stačila, aby si mohla s lékařem v klidu popovídat. Rozuměla bez problému všemu, co jí lékař i sestra říkali.

Respondentka si myslí, že je komunikace důležitá nejen v profesi zdravotní sestry i lékaře, ale je také velmi důležitá pro pacienta. Pacient by se necítil spokojený, kdyby nastoupil do nemocnice, kde by se jen málo komunikovalo nebo kde by komunikace byla výrazně bagatelizována. „*Bez komunikace to prostě nejde.*“

Zdravotní sestry s respondentkou mluvily pomalu, dostatečně hlasitě, klidně a vyrovnaně. Z jejich hlasu byla slyšet úcta a respekt - respondentka z toho usuzuje, že zdravotní sestry mají svou práci zřejmě moc rády. I s lékařem probíhala komunikace velmi příjemně - lékař se soustředil na vysvětlování všech odborných pojmů a termínů, aby měla pacientka představu o tom, co ji skutečně čeká.

Nejčastěji sestřička během příjmového rozhovoru používala verbální komunikaci, kterou doplňovala ještě různými výrazy obličeje, gestikulací a úprava zevnějšku dotvářela celý perfektní komunikační proces. Lékař použil také verbální komunikaci, společně s upřímným a velmi milým výrazem v obličeji.

Pacientka se domnívá, že neverbální komunikace v každém případě patří do komunikace a je pro celou komunikaci velmi důležitá. Pacientům tak dává prostor, pro zbavení se strachu a získávají tak větší pocit důvěry. Přestože si myslí, že je neverbální komunikace důležitá, stejně jí nejvíce vyhovuje, když na ní zdravotnický personál mluví - je to velmi milý přístup.

Lékař i sestřička odhadli, jak se respondentka při komunikaci s nimi cítí, protože měla potřebu s nimi na probírané téma diskutovat. Neměla problém se zeptat a všechno jí zajímalo, takže se pořád ptala a ptala. Z toho lékař i sestra usoudili, jaký pocit z komunikace pacientka měla.

Také dotyk zahrnuje pacientka do komunikace a vidí v něm velký přínos pro pacienty. Z pacienta v tom okamžiku spadne strach či obavy a celý průběh hospitalizace je pak snesitelnější. Způsob dotyku zmínila např. - vzít pacienta za ruku nebo si k němu přisednout do postele.

Komunikaci na tomto oddělení hodnotí respondentka známkami 1 pro sestřičky a také 1 pro lékaře. Je velmi překvapená, jaký vztah má zdravotnický personál k pacientům.

5. DISKUZE

V této části bakalářské práce se věnuji zjištěným údajům, ve kterých jsem se snažila shrnout odpovědi zdravotnického personálu neurochirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. na jedné straně a pacientů tohoto oddělení na straně druhé. Celkově jsem oslovila 20 zaměstnanců neurochirurgického oddělení (6 lékařů a 14 zdravotních sester) a položený rozhovor jsem vedla s 5 pacienty, s přihlédnutím k jejich celkovému zdravotnímu stavu.

5.1 Diskuze k dotazníkovému šetření

Dobrá schopnost komunikace je vždy naším nejdůležitějším aktivem, ať už se jedná o osobní, společenský či pracovní život. Pomocí intrapersonální komunikace hovoříme sami se sebou, poznáváme nebo posuzujeme sami sebe. Pomocí interpersonální komunikace na sebe vzájemně působíme s druhými lidmi, poznáváme je a poskytujeme jim možnost, aby mohli poznat oni nás. Jedná se o poznání nových přátel, milenců či jen členů rodiny - je to vždy interpersonální komunikace, která nám umožňuje založit, udržovat či ukončit naše osobní vztahy. (3)

Z výzkumu vyplývá, že komunikací s pacienty lékaři tráví v průměru dvě hodiny denně. Domnívám se, že je to způsobeno velkým pracovním zatížením. Na lékaře jsou v tomto oboru kladeny velké požadavky, a protože se jedná o jedinou neurochirurgii v jihočeském kraji, jsou zatíženi velkým množstvím operací. Operují každý den od rána do pozdních odpoledních hodin a proto komunikace s pacientem, hospitalizovaným na oddělení, se ocitá pouze na okraji všech činností na oddělení. Zdravotní sestry tráví komunikací s pacienty již daleko více času. Časový údaj je různý podle každého konkrétního jedince. Je tedy možné říci, že zdravotní sestry neurochirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. věnují komunikaci s pacienty $\frac{3}{4}$ své pracovní doby. Domnívám se, že je to ovlivněno do značné míry jejich profesí. Nelze si představit, že by zdravotní sestra při poskytování ošetrovatelské péče pacientům, s nimi nemluvila. Komunikace je doprovází během veškerých činností, které provádí.

Lékaři mají možnost se svými pacienty hovořit většinou pouze při ambulantních aktivitách, při příjmech na oddělení či při vizitách. Nejdelsí čas, který pacientům na

komunikaci s nimi věnují je pravděpodobně při příjmech, kdy pacientům vysvětlují důvody přijetí a následný léčebný postup. Zdravotní sestry většinou komunikují s pacienty během celé směny. Den začínají úpravou lůžka u každého jednotlivého pacienta, dále pak při vizitách, převazech, podávání léků, ošetrovatelské péče a v neposlední řadě je možné také zmínit povídání si o bolesti a problémech, které pacientem cítí. Zdravotní sestry pracují na oddělení celý den, neodcházejí na sál a mohou být tedy u pacienta kdykoliv to pacient potřebuje.

V této souvislosti také z výzkumu vyplývá, že se lékaři neurochirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. domnívají (4x), že bohužel nemohou věnovat dostatek času pacientovi, neboť jsou zatíženi vysokou mírou operačních aktivit a náročnou administrativou. Stejným způsobem se vyjadřují i zdravotní sestry, které říkají, že by rády věnovaly pacientům více času, ale bohužel mají dnes takové administrativní povinnosti, že stále více musí z komunikace ubírat, aby měly dostatek času na administrativu. Všichni vrcholový manažeři z vedení společnosti stále připomínají, jak musí mít zdravotnický personál pacienta vždy na prvním místě - ano to je pravda, pacient je na prvním místě, ale stále více se stává, že se od pacienta odbíhá, aby se mohlo vše zaznamenat do dokumentace, která musí být dnes také perfektní.

Během komunikace s pacientem lékaři poznají, jak se pacientovi daří a zda pochopil celé sdělení. Pokud mají nějakou pochybnost, vždy na základě zpětné vazby (dotazem) zjišťují, zda potřebuje pacient ještě něco vysvětlit. Zpětnou vazbu při komunikaci používají také zdravotní sestry, které pomocí ní zjišťují, jak pacient pochopil sdělené informace a zda rozumí všemu, co bylo řečeno. Pokládají zpětné dotazy, pozorují, zda se pacient chová podle toho, co mu sdělili - zda dodržuje léčebný postup.

Komunikaci považují lékaři i zdravotní sestry jako součást jejich profese. Domnívají se, že v komunikaci mezi nimi a pacienty je velmi důležitá úcta a empatie, na základě, které pak může vzniknout přátelský vztah. Dle jejich názorů je také v komunikaci velmi důležité srozumitelné vysvětlování problematiky, podávat pacientům jednoduché a stručné informace, nezahlcovat je zbytečnými odbornými pojmy. Především je pro zdravotnický personál důležité, aby pacient nepoznal, že na ně

nemají tolik času, kolik by potřeboval. Důležité je pro ně také prostředí, ve kterém ke komunikaci dochází - pacient se by se měl při komunikaci cítit příjemně. Z výzkumu je možné vyvodit závěr, že klade velký význam na trpělivost, vstřícnost a především na slušné chování.

Dotazovaný zdravotnický personál (20x) se domnívá, že se liší komunikace s pacientem seniorem od komunikace s pacientem mladším. Liší se především tím, že pacient senior může trpět různými poruchami kognitivních funkcí. Tyto změny je potřeba rychle rozpoznat a snažit se pak přizpůsobit jim svůj způsob komunikace. Senioři mívají často poruchy sluchu, paměti, vnímání a proto se jim zdravotnický personál musí přizpůsobit. Přizpůsobují se jim tak, že mluví pomalu a hlasitě, v jednoduchých větách, snaží se dávat těmto pacientům jasné instrukce. Opakují sdělené informace, aby se ujistili, že je pacient slyšel a rozumí jim. V některých případech přistupují také k psané podobě komunikace.

Nejčastější formou komunikace, kterou zdravotnický personál využívá je komunikace verbální. Z neverbální komunikace kladou důraz na výraz obličeje, pohledy, dotyky, gestikulaci a také tón hlasu. Domnívám se, že je to velmi potřebné, aby personál používal také neverbální komunikaci při každém kontaktu s pacientem. Pro pacienta je tento způsob komunikace velmi důležitý, i když ne všichni senioři jsou schopni jej rozlišit či si ho vůbec všimnout (vyplývá z rozhovorů s pacienty). V této souvislosti také zdravotnický personál uvedl, že je neverbální komunikace s pacientem důležitá. Domnívají se, že přispívá k lepšímu navázání přátelského vztahu s pacientem, pacient se cítí příjemněji. Dokonce také uvádí (2x), že použitím jakékoliv konkrétní formy neverbální komunikace, z pacientů spadne strach a obavy a ihned je to znát na jejich postoji vůči svému onemocnění. Neverbální komunikace doplňuje jejich verbální projev a často pacientům pomůže s vysvětlením či pochopením nejasného.

Lékaři i zdravotní sestry jsou přesvědčeni, že pacienti senioři na neurochirurgickém oddělení vyžadují především komunikaci verbální. Je to komunikace, kterou okamžitě chápe každý. Z neverbální komunikace pacienti vyžadují (dle názorů zdravotních sester i lékařů) na prvním místě tón hlasu (9 respondentů), na druhém místě gestikulace a dotyky (8 respondentů) a na třetím místě se jedná o výraz

obličej (6 respondentů). Z dalších projevů neverbální komunikace označili přiblížení/oddálení, postoj, pohledy a úpravu zevnějšku.

Pocity, které cítí pacienti při komunikaci s lékaři i zdravotními sestrami, dokáže zdravotnický personál odhadnout. Z rozhovorů vyplynulo, že to pacienti většinou dávají najevo tím, jak se tváří - buď se usmívají nebo se mračí (vyplývá z rozhovorů s pacienty). Pacient prožívá své pocity, často přemýšlí nahlas - tím je opravdový a nejen zdravotnickému personálu, ale především sám sobě objasňuje, jak na něho konkrétní problém doléhá. (13)

Z výzkumu vyplynulo, že se lékaři i zdravotní sestry si ověřují, zda pacient během komunikace všechno pochopil. Opět se zde jedná o zpětnou vazbu - zpětným dotazem, pozorováním pacienta či podle dotazů, které pacient klade, si ověřují, zda skutečně pacient obsah sdělení pochopil. Často se stane, že poznají nepochopení tohoto obsahu tím, že pacient klade stále stejné dotazy, neřídí se podle toho, co mu bylo řečeno či snad vůbec nereaguje na sdělené informace. Jsem přesvědčena, že zjistit zda pacient pochopil obsah komunikace mezi ním a lékařem či sestrou, je klíčové pro úspěšnost celé další léčby. Každý spolupracující pacient je připraven na jakoukoliv eventualitu svého zákroku a počítá s tím, že může nastat. Naopak nespolečující pacient bývá často apatický, uzavřený a v žádném případě si nechce nikoho z personálu více připustit k tělu. Jednou z možností, proč se takto chová, je také to, že dobře nepochopil, co ho čeká a jaký je další postup. Proto si myslím, že je velmi důležité, aby zdravotnický personál zjišťoval, zda pacient pochopil sdělené informace či nikoliv.

Výzkum ukázal, že lékaři i zdravotní sestry se domnívají, že je dotyk důležitou součástí komunikace. Velmi ale záleží na odhadu konkrétního pacienta, zda je ochoten dotyk přijmout či nikoliv. Jedná se totiž o velmi osobní záležitost, s kterou je potřeba, aby konkrétní jedinec souhlasil. Pokud je pacient ochoten dotyk akceptovat, je velmi důležitý pro vytvoření přátelského vztahu. Z pacienta opadá strach a obavy, více personálu důvěřuje, cítí, že má o něho někdo zájem a dokonce více spolupracuje. Pro pacienta seniora je dotyk velmi důležitý - senior čeká na jakékoliv dotknutí, pohlazení, podání ruky či obejmutí. Dotyk pro seniora znamená zájem a přátelský vztah. Dotykem můžeme také vyjádřit podporu či souhlas s pocity nemocného. (13)

Výzkumem bylo zjištěno, že ne všichni dotazovaní lékaři (5x) i zdravotní sestry (13x) neurochirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., znají zásady komunikace s pacientem seniorem. Z těchto zásad jmenovali - mluvit hlasitě, pomalu, srozumitelně, opakování a shrnování nejdůležitějších informací, dobře artikulovat. Z dalších zásad jmenovali např. nepoužívat příliš odborné termíny - pokud jsou již použity, tak je vždy a řádně vysvětlit, nechat pacientovi prostor pro kladení otázek. Nejčastější chyby v této komunikaci s pacientem spatřují právě pak ve značném množství informací, kterými pacienty zahrnují, mnohdy také velmi rychlé tempo řeči nebo nesrozumitelnost sdělovaných informací. Jeden z lékařů a dvě zdravotní sestry také uvedli, že velmi často probíhá komunikace s doprovodem pacienta místo, aby probíhala právě s pacientem samotným. V této souvislosti je nutné podotknout, že jeden z lékařů vypověděl, že v některých případech je velmi podstatná komunikace s doprovodem či osobou pečující o pacienta. Přesto si myslím, že je potřeba dát také pacientovi prostor k tomu, aby se vyjádřil. Může takovou komunikaci (přes svůj doprovod) chápat jako jakési odstrčení, nezájem či nedůvěru.

Velmi zajímavou otázkou bylo, zda si zdravotnický personál myslí, že pacienti ovlivňují jejich bílé uniformy. 15 respondentů (10 zdravotních sester a 5 lékařů) si myslí, že pacienti jsou ovlivněni bílými uniformami a naopak 5 respondentů (4 zdravotní sestry a 1 lékař) si toto nemyslí. Velmi vhodné je zde srovnání odpovědí zdravotnického personálu a pacientů - pacienti odpovídali, že je bílé uniformy nijak zvlášť neovlivňují.

V rámci komunikace na neurochirurgickém oddělení vidí zdravotnický personál důvod ke zlepšení především v tom, aby měli na komunikaci více času (13 zdravotní sestry a 3 lékaři) a mohli se jim tudíž po této stránce více věnovat. Dále by přivítali vhodnější prostředí na komunikaci (10 zdravotních sester a 3 lékaři), především co se týká soukromí. Přivítali by, kdyby měli možnost komunikovat s pacienty ve větším soukromí (10 sester a 3 lékaři), neboť ne vždy je komunikace prováděna v takovém prostředí, ve kterém mohou pacienti bez problému sdělovat své mnohdy intimní údaje.

Výzkum dále ukázal, že 8 respondentů (7 zdravotních sester a 1 lékař) se účastnilo kurzu či semináře o komunikaci pouze v době svých studií. V současné či

nedávné době na žádném takovém semináři nebyli. Zbýlých 14 respondentů se nikdy žádného podobného kurzu neúčastnilo vůbec. Všichni dotazovaní odpověděli, že by o nějaký kurz, seminář či školení měli zájem.

Na tomto místě je tedy velmi vhodné se zamyslet, zda nenabídnout seminář či školení na téma Komunikace s pacientem seniorem. Seminář by bylo vhodné zorganizovat přímo v areálu Nemocnice České Budějovice, a.s. ve spolupráci např. s odborníky ze Zdravotně sociální fakulty.

Výsledky společně s diskuzí z hodnocení vlastní komunikace zdravotních sester i lékařů je zpracována v tab. č. 2. a tab. č.3 - str. 61.

Hypotéza byla kvantitativním výzkumem potvrzena.

5.2 Diskuze k případovým studiím s pacienty

První identifikační otázka v rozhovoru s pacienty, byla otázka týkající se jejich pohlaví. Rozhovor byl uskutečněn se třemi muži a dvěma ženami. Druhá identifikační otázka se týkala věku pacientu. Všichni pacienti, se kterými jsem absolvovala polořízený rozhovor byli věku nad 70 let.

Tři pacienti byli zde, na neurochirurgickém oddělení hospitalizováni poprvé a dva z nich nikoliv. V době provádění výzkumu byli tito pacienti hospitalizováni v časovém úseku od prvního do šestého dne.

Všech šest pacientů odpovědělo, že raději komunikují se sestřičkami, protože se s nimi vidí častěji, jsou milé a vstřícné a především se pořád na něco ptají. Pouze jeden z pacientů uvedl, že stejně jako se s sstřičkami rád komunikuje také s lékaři - nevdí mu komunikace s kýmkoliv z nich.

Nejčastější situace, ve kterých mají pacienti možnost mluvit se zdravotními sestrami, jsou situace při příjmu na oddělení, kdy s nimi provádějí administrativní a sesterských příjem, dále pak při různých vyšetřeních; ráno, když sestry přijdou na pokoje, aby mohly provést úpravu lůžek a další situací, kterou pacienti uvedli, je komunikace na pokoji, když za nimi sestry přicházejí. Naproti tomu s lékaři komunikují pacienti většinou jen při příjmech na oddělení a pak také při vizitách. Tuto situaci omlouvají všichni dotazovaní pacienti, velkým operačním vytížením lékařů.

Čas, který zdravotní sestry věnují pacientům během komunikace, se podle opovědí pacientů, pohybuje v rozmezí od třiceti minut do třech hodin denně. Všichni pacienti se shodují a zároveň dodávají, že je to vlastně nepřetržitě po celou pracovní dobu zdravotních sester, ale pokud to mají vyjádřit číselně uvádějí počty hodin - max. 3 hodiny za den. Lékaři podle slov pacientů věnují méně času než zdravotní sestry, nicméně i tento čas, který si pro pacienty našli, pacientům vyhovuje na 100 %. Jak sami pacienti uvádí - lékaři jim věnují málo času, ale i to málo jim postačuje. Zde se nabízí otázka, zda pacientům tento čas opravdu stačí, nebo zda se jen styděli či báli na otázku odpovědět jinak, více otevřeně.

Všemu, co říká zdravotnický personál, pacienti rozumí. Nemají s pochopením obsahu problém. V pěti případech odpověděli pacienti, že pokud by měli sebemenší

nejasnost, určitě by se ozvali a zeptali by se, nebo by požádali lékaře, aby jim vše znovu vysvětlil. Pouze v jedné odpovědi pacientka odpověděla, že všemu také zatím porozuměla, ale pokud by s tím měla problém, nikdy by to neřekla. Nikdy by neřekla, že tomu nerozumí, či že to nechápe. Svou odpověď odůvodňuje tím, že nechce zdravotnický personál především lékaře otravovat.

Velmi důležitou součástí profese zdravotnických pracovníků, a to jak zdravotních sester, tak také lékařů, vidí pacienti v komunikaci. Jedna z patientek dokonce uvedla, že je důležitá nejen pro zdravotnický personál, ale také pro pacienty. V komunikaci vidí důležité jádro veškerého dění při hospitalizaci v ústavním zařízení. Všichni dotazovaní pacienti odpověděli souhlasně - komunikace je rozhodně důležitá v profesi zdravotních sester i lékařů.

Na otázku, co je podle názorů pacientů důležité v komunikaci mezi nimi a zdravotnickým personálem, uvedli následující: důvěra, slušnost, vysvětlení problematiky, hlasitost řeči, příjemná komunikace, úsměv, psychická podpora a pohoda. Odpověď, která ve mně vyvolala příjemné překvapení, byla odpověď, kdy mi jedna z respondentek sdělila, že během příjemné a milé komunikace z ní spadne strach a veškeré obavy. A to je, podle mého názoru, velmi podstatný poznatek, pro navázání dalších přátelských vztahů a především pro započetí úspěšné léčby.

V této souvislosti je potřeba uvést, že všemu co zdravotnický personál říká a sděluje během komunikace, všichni dotazovaní pacienti rozumí. Zdravotnický personál s nimi totiž hovoří tak, jak si během pár prvních okamžiků zjistil, že to pacienti potřebují. Mluví pomalu, srozumitelně a hlasitě. Jeden z pacientů odpověděl, že i když se mu zdá, že hovoří lékař velmi odborně a rychle, nebojí se mu říci, že by potřeboval tyto odborné termíny vysvětlit nebo zpomalit tempo řeči. Poté už je komunikace opět srozumitelná a akceptovatelná také pro laika.

Z rozhovorů s pacienty dále vyplývá, že zdravotní sestry používají především verbální komunikace. Čtyři z dotazovaných pacientů ještě uvedli, že zdravotní sestry také používají komunikaci neverbální a to především výraz obličeje, pohledy, dotyky, gestikulaci, úprava zevnějšku a tón hlasu. Lékaři také, podle sdělení pacientů, používají víceméně komunikaci verbální - všichni dotazovaní pacienti se shodli. Čtyři z nich

uvedli, že lékaři také občas používají některé prvky neverbální komunikace - např. tón hlasu, výraz obličeje, gestikulaci a postoj.

Všech pět dotazovaných pacientů si myslí, že v komunikaci je důležitá také neverbální komunikace. Uvádí, že pokud někdo ze zdravotnického personálu použije některý prvek neverbální komunikace, odebírá se komunikace ihned lepším směrem. Komunikace se stává příjemnější, pacient se cítí lépe a opadá z něj strach a obavy - uklidní ho to, protože má pocit, že má o něj někdo zájem. Dokonce jeden z pacientů odpověděl, že se mu tím zvyšuje sebevědomí. Nicméně v této souvislosti pacienti uvedli, že je to verbální komunikaci, která jim na oddělení nejvíce vyhovuje. Na dotaz, proč si to tak myslí, odpověděli, že sami někdy neumí neverbální komunikaci dobře rozpoznat.

Dotazovaní respondenti si myslí, že zdravotnický personál, jak se pacient při komunikaci s nimi cítí. Všech pět pacientů odpovědělo, že vždy dají najevo, jak se cítí. Většinou pokyvují hlavou, děkují, tváří se tak, aby lékař či sestra poznali, co cítí (mračí se nebo se usmívají). Někteří to dávají najevo svou diskuzí se zdravotnickým personálem.

Také dotyk zahrnují pacienti neurochirurgického oddělení do komunikace mezi nimi a zdravotnickým personálem. Uvádí, že bez dotyku by lékař pacienta nemohl ani vyšetřit; mají dobrý pocit, že si jich někdo všimne; jsou klidnější, protože mají pocit, že na oddělení nejsou jako další „kus“ nebo také uvádí, že jim dotyk zvyšuje sebevědomí.

Pacienti udělili v komunikaci se sestřičkami ve všech případech 1. V komunikaci s lékaři ve čtyřech případech udělili známku 1 a v jednom případě známku 3. Zámka je ovlivněna zřejmě tím, že pacient vyslovil při rozhovoru názor, že na něho lékař mluvil velmi rychle, i když srozumitelně a během komunikace se na pacienta „moc“ nedíval.

Kvalitativní výzkum byl proveden na malém počtu respondentů, přesto lze odvodit hypotézu, kterou je potřeba ověřit na větším počtu respondentů.

H: Pacienti senioři hospitalizovaní na neurochirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. upřednostňují verbální komunikaci před neverbální komunikací.

6. ZÁVĚR

Cílem teoretické části práce bylo popsat stárnutí a stáří, druhy zásady a specifika komunikace se seniory. Dále bylo cílem praktické části práce zjistit, jakým způsobem komunikují lékaři a zdravotní sestry s pacienty seniory a jaké způsoby komunikace vyhovují pacientům seniorům hospitalizovaným na neurochirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Zvolena byla kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumu.

Kvantitativním výzkumem byla hypotéza *„Zdravotní sestry na Neurochirurgickém oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. používají více neverbální komunikaci než lékaři“* potvrzena. Z kvalitativního výzkumu vyvozují následující hypotézu: *„Pacienti senioři hospitalizovaní na neurochirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. upřednostňují verbální komunikaci před neverbální komunikací.“*

Výzkum prokázal, že verbální komunikace s pacientem seniorem hospitalizovaným na neurochirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. je velmi významným prostředkem komunikace. Na tomto oddělení se setkávají pacienti s různými typy postiženími nejen mozku či pohybového aparátu, ale také pacienti s postižením řečového centra. Je proto velmi důležité, aby komunikace probíhala na profesionální úrovni a především tak, aby se pacient cítil bezpečně a dokázal i přes své postižení spolupracovat při svém léčení. Je tedy důležité, aby zdravotnický personál využíval zásady komunikace s pacientem seniorem vždy s ohledem k jeho zdravotnímu stavu. Neméně důležitá je také komunikace neverbální a proto je velmi podstatné, aby ji používaly nejen zdravotní sestry, ale aby také neverbální komunikaci používali lékaři.

Bakalářská práce přispěla ke zmapování problematiky komunikace mezi pacienty seniory a zdravotnický personálem (lékaři i zdravotními sestrami) a bude využita jako zpětná vazba v oblasti komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty seniory hospitalizovanými na neurochirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

7. KLÍČOVÁ SLOVA

Geriatric

Komunikace

Senior

Zdravotnický personál

Neurochirurgické oddělení

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ČERMÁKOVÁ, J. Komunikace s duševně nemocným pacientem. *Florence*, 2010, roč. VI., č. 3, s. 20 - 21. ISSN 1801-464X
2. *Desatera pro lepší komunikace s pacienty se zdravotním postižením* [online]. [cit. 2010-04-3]. Dostupné z: < <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/desatera-nrzp#kotva6>>.
3. DE VITO, J.A. *Základy mezilidské komunikace*. 1.vyd. Praha: Grada, 2001. 420 s. ISBN 80-7169-988-8.
4. FILIP, T. *Nemocnice České Budějovice, a.s.* [online]. České Budějovice. [cit. 2010-03-13]. Dostupné z: < <http://www.nemcb.cz/cz/departament/49/Neurochirurgicke-oddeleni.html?detail=detail&id=30>>.
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie: České ošetřovatelství, praktická příručka pro sestry*. 1.vyd. Brno: NCONZO Brno, 2006. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
6. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
7. HOLMEROVÁ, I. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. uprav.vydání. Česká alzheimerská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
8. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2.doplňené vydání. Praha: Galén, 1999. 166 s. ISBN 80-7262-032-0.
9. CHODURA, V. *Komunikace a duševní poruchy*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2000. 53 s. ISBN 80-7040-409-4
10. Interní materiál (historie) Neurochirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.
11. Interní materiál (statistika) Neurochirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.
12. KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

13. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9
14. KOZLER, P. *Základy neurochirurgie pro studující lékařství*. 1.vydání. Praha: Karolinum, 1997. 56 s. ISBN 80-7184-377-6.
15. KRAMÁŘOVÁ, N., TUČEK, J. *Gerontopsychiatrie*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 44 s. ISBN 80-7040-829-4
16. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
17. PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994. 152 s. ISBN 80-85526-32-8.
18. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990. 136 s. ISBN 80-201-0076-8.
19. PACOVSKÝ, V. Vzpomínky na budoucnost. *Zdravá rodina* [online]. 1998, č. 10, [cit. 5.9.2009]. Dostupné z: <http://www.zdrava-rodina.cz/zr/10_99/zr1098.pdf>. ISSN neuvedeno
20. SMRČKA M., PŘIBÁŇ V. a kol. *Vybrané kapitoly z neurochirurgie: pro studenty lékařské fakulty*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. 99 s. ISBN 80-210-3788-1.
21. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
22. VURM, V. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství pro studující ZSF*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zemědělská fakulta, 2000. 108s. ISBN 80-7040-411-6.
23. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 98 s. ISBN 80-246-0326-8.

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 - Souhlas s rozhovorem

Příloha 2 - Dotazník pro zdravotní sestry a lékaře

Příloha 3 - Otázky pro rozhovor s pacienty seniory na neurochirurgickém oddělení

Příloha 4 - Wonk Bakrova škála hodnocení bolesti

Příloha 5 - Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty)

9.1 Příloha 1

Souhlas s rozhovorem

V rámci bakalářské práce na téma „Komunikace s pacientem seniorem na neurochirurgickém oddělení“ bude realizován kvalitativní výzkum problematiky komunikace zdravotnického personálu se seniory. Použitou metodou bude polořízený rozhovor s pacienty. Získané informace budou zpracovány pomocí kvalitativní obsahové analýzy a následně budou zpracovány ve výzkumné části práce.

Veškeré informace a údaje získané během rozhovorů s jednotlivými respondenty jsou důvěrné a identifikační údaje, které by mohly vést k odhalení identity, budou změněny. Všechny získané informace budou použity pouze pro potřeby bakalářské práce.

Písemný souhlas:

Tímto prohlašuji, že jsem byl/la studentkou Petrou Voldřichovou řádně informována o podmínkách účasti ve výzkumu a o zachování důvěrnosti mou podaných informací. Souhlasím s poskytnutím informací studentce Petře Voldřichové, studentce 3. ročníku oboru Sociální práce ve veřejné správě Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, v rámci výzkumu k její bakalářské práci.

V Českých Budějovicích dne

.....

podpis

9.2 Příloha 2

Dotazník pro zdravotní sestry a lékaře

Dobrý den, jmenuji se Petra Voldřichová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Č. Budějovicích, bakalářského studijního oboru Sociální práce ve veřejné správě. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem: „Komunikace s pacientem seniorem na neurochirurgickém oddělení.“

Dotazník je anonymní, veškeré informace budou použity jen ke zpracování práce.

Správnou odpověď zaškrtněte v příslušném políčku, případně ji napište do připravených řádků.

Předem Vám děkuji za ochotu, spolupráci a trpělivost při vyplňování dotazníku.

1. Pohlaví:

- žena muž

2. Věk:

- méně než 20 let 31 - 40 let 51 - 60 let
 21- 30 let 41 - 50 let 61 a více let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- střední odborné s maturitou vysokoškolské
 vyšší odborné

4. Pracovní pozice:

- lékař sestra

5. Jak dlouho již pracujete na neurochirurgickém oddělení?

.....

6. Napište, kolik času denně trávíte komunikací s pacienty?

.....

7. V jakých situacích nejčastěji komunikujete s pacienty?

.....
.....
8. Myslíte si, že věnujete pacientovi dostatek času při komunikaci?

ano

ne (pokud ne - prosím, napište důvod):

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

Na základě čeho poznáte, že pacient vše během komunikace s vámi pochopil?

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

9. Myslíte si, že je ve vaší profesi důležitá komunikace?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

10. Co je podle vašeho názoru důležité v komunikaci mezi zdravotnickým personálem a pacientem?

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

11. Myslíte si, že se liší komunikace s pacientem seniorem od komunikace s pacientem mladším?

ano (pokud ano, prosím, uveďte, jak):

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

ne (pokud ne, prosím, uveďte proč):

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

12. Přizpůsobujete svou komunikaci pacientům seniorům?

ano – jak?

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

.....
 ne – proč?
.....
.....
.....

13. Jakou komunikaci při práci s pacientem seniorem nejčastěji používáte?

- verbální (ústní)
- neverbální (mimoslovní):
 - beze slov
 - výraz obličeje (mimika)
 - pohledy
 - přiblížení/oddálení
 - dotyky
 - postoj
 - gestikulace
 - úprava zevnějšku
 - tón hlasu

14. Myslíte si, že je neverbální komunikace s pacientem důležitá?

ano - proč?
.....
.....
.....

ne - proč
.....
.....
.....

15. Jaký druh komunikace podle vašeho názoru vyžadují pacienti (senioři) na neurochirurgickém oddělení?

- verbální (ústní)
- neverbální (mimoslovní):
 - beze slov
 - výraz obličeje (mimika)
 - pohledy
 - přiblížení se nebo oddálení
 - dotyky
 - postoj
 - gestikulace
 - úprava zevnějšku
 - tón hlasu

16. Dokážete odhadnout, jak se pacient při komunikaci s Vámi cítí?

ano spíše ano spíše ne ne

17. Ověřujete si, zda pacient získané informace pochopil?

ano - jak:

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

ne - proč:

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

18. Myslíte si, že do komunikace patří dotyky?

ano – proč?

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

ne – proč?

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

19. Znáte základní zásady komunikace se seniory?

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

20. Co patří mezi nejčastější chyby v komunikaci se seniory?

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

21. Myslíte si, že pacienta při komunikaci ovlivňují „bílé uniformy“?

ano spíše ano spíše ne ne

22. Myslíte si, že je potřeba něco změnit v komunikaci s pacienty seniory na neurochirurgickém oddělení?

ano – co?

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

ne – proč?

.....
.....
.....
23. Účastnil/la jste se někdy nějakého semináře či školení o komunikaci?

ano

.....
.....(prosím uveďte jeho název)

ne

pokud ne měl/a byste o tento seminář zájem?

ano

ne

24. Prosím, zaškrtněte v příslušném sloupečku odpověď na danou otázku podle toho, jak hodnotíte svou komunikaci s pacientem seniorem:

Efektivní komunikace

	vždy	většinou	občas	nikdy
Při komunikaci s pacientem beru v úvahu aktuální stav pacienta				
Komunikuji s pacientem ve vhodném prostředí				
Vyčlením si pro pacienta čas zejména pro závažná sdělení				
Zvažuji vhodnost načasování závažných sdělení s ohledem na pacienta				
Poskytuji svým kolegům včas informace o pacientovi				
Poskytuji pacientovi včas potřebné informace				
Poskytuji příbuzným pacienta včas potřebné informace				
Poskytuji jen ty informace, které jsou v mé kompetenci				
Poskytuji jen ty informace, které mám ověřené				

Zdroj: Špatenková N., Základní otázky komunikace. Galén 2009

9.3 Příloha 3

Otázky pro rozhovor s pacienty seniory na neurochirurgickém oddělení

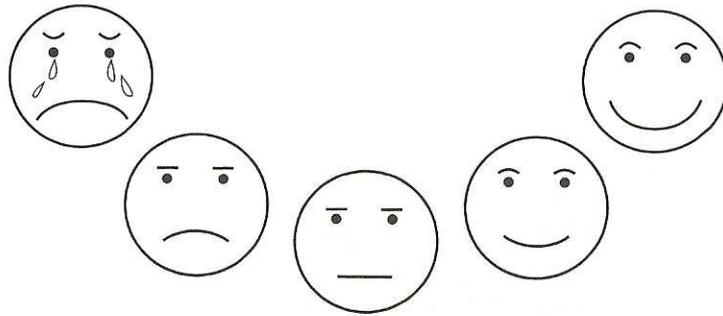
1. Pohlaví pacienta
2. Věk pacienta
3. Jak dlouho jste na neurochirurgickém oddělení hospitalizován/a? Jste tady poprvé?

4. S kým raději na neurochirurgickém oddělení komunikujete? Proč?
5. V jakých situacích nejčastěji komunikujete se sestřičkami?
6. V jakých situacích nejčastěji komunikujete s lékaři?
7. Kolik času Vám věnují sestřičky. Vyhovuje Vám to? (resp. - Myslíte, že Vám stačí?)
8. Kolik času Vám věnují lékaři? Vyhovuje Vám to? (resp. - Myslíte, že Vám stačí?)
9. Rozumíte všemu, co sestřičky říkají?
10. Rozumíte všemu, co lékaři říkají?
11. Myslíte si, že je v profesi zdravotní sestry důležitá komunikace?
12. Myslíte si, že je v profesi lékaře důležitá komunikace?
13. Co je podle vašeho názoru důležité v komunikaci mezi vámi a zdravotnickým personálem?
14. Jak s Vámi komunikují sestřičky?
15. Jak s Vámi komunikují lékaři?
16. Jakou formu komunikace použila sestřička?
 - ☒ verbální (ústní)
 - ☒ neverbální (mimoslovní):
 - ☒ beze slov
 - ☒ výraz obličeje (mimika)
 - ☒ pohledy
 - ☒ přiblížení se nebo oddálení
 - ☒ dotyky
 - ☒ postoj
 - ☒ gestikulace
 - ☒ úprava zevnějšku
 - ☒ tón hlasu

17. Jakou formu komunikace použil lékař?
 - ☒ verbální (ústní)
 - ☒ neverbální (mimoslovní):
 - ☒ beze slov
 - ☒ výraz obličeje (mimika)
 - ☒ pohledy
 - ☒ přiblížení se nebo oddálení
 - ☒ dotyky
 - ☒ postoj
 - ☒ gestikulace

9.4 Příloha 4

Wonk Bakrova škála hodnocení bolesti



HONZÁK, R. Komunikační pasti v medicíně. 2.doplňené vydání. Praha: Galén, 1999. 166 s. ISBN 80-7262-032-0.

9.5 Příloha 5

Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty):

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