

Senior v ambulantním režimu

Adéla Kročová

Bakalářská práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Adéla Kročová
Osobní číslo: H19034
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Senior v ambulantním režimu

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti ambulantní péče o seniory.
Příprava metodiky kvantitativního šetření.
Formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace šetření technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

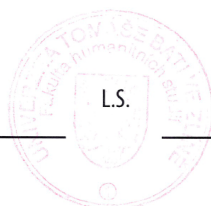
Seznam doporučené literatury:

- BEDNAŘÍK, A. a M. ANDRÁŠIOVÁ. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2288-2.
- ČEVELA, R., Z. KALVACH a L. ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
- KALVACH, Z., Z. ZADÁK, R. JIRÁK a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0102-3.
- MEINER, S. E. *Gerontologic Nursing*. Fifth Edition. Maryland Heights, Missouri: Elsevier mozby, 2015. ISBN 978-0-323-26602-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ondřej Vávra**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

.....

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

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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Cílem bakalářské práce „Senior v ambulantním režimu“ je popsat metodiku komunikace se seniory v ambulantním režimu a zhodnotit míru informovanosti zdravotních sester v této problematice. V teoretické části jsou uvedeny základní informace o způsobech komunikace se seniorem, praktická část se zabývá dotazníkovým šetřením informovanosti respondentů o dané problematice. Výsledky dotazníkového šetření, zjišťují, na kolik je teoretická stránka problematiky užívána v praxi. V závěru je poukázáno na obecný nedostatek informovanosti o této problematice.

Klíčová slova: senior, komunikace, ambulantní péče, zlepšení komunikace

ABSTRACT

The aim of the bachelor thesis "Senior in outpatient mode" is to describe the methodology of communication with seniors in outpatient mode and evaluate the level of awareness of nurses in this area. The theoretical part provides basic information about the methods of communication with the senior, the practical part deals with a questionnaire survey of respondents' awareness of the issue. The results of the questionnaire survey find out how much the theoretical aspects of the issue is used in practice. In conclusion, a general lack of information on this issue is pointed out.

Keywords: senior, communication, outpatient care, communication improvement

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Ondřeji Vávrovi za cenné připomínky, rady a hlavně za trpělivost k obsahu mé práce a způsobu jejího zpracování.

Děkuji celé své rodině, za psychickou a finanční oporu a hlavně mému příteli, který byl mou velkou psychickou oporou při celém studiu a hlavně tou největší v posledním ročníku. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří si udělali čas a vyplnili můj dotazník. Na závěr bych chtěla poděkovat Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, za umožnění studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 SENIORSKÝ VĚK	11
1.1 ZÁKLADNÍ POJMY	11
1.2 ASPEKTY STÁRNUTÍ	13
1.3 DETERMINANTY ZDRAVÍ A KVALITY ŽIVOTA VE STÁŘÍ	14
1.4 ZDRAVÍ	15
1.5 NEGATIVNÍ DŮSLEDKY STÁŘÍ	17
2 KOMUNIKACE	19
2.1 KOMUNIKACE	19
2.2 VERBÁLNÍ A NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE	22
2.3 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ	24
3 KOMUNIKACE SE SENIORY	26
3.1 PŘEKÁŽKY V KOMUNIKACI SE SENIORY	29
3.2 ANALÝZA SLOVNÍ KOMUNIKACE	32
3.3 ZVLÁDÁNÍ PROBLÉMOVÝCH SITUACÍ SE SENIORY	32
3.4 CHYBY PŘI KOMUNIKACI SE SENIOREM	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
4 METODIKA VÝZKUMU	37
4.1 HLAVNÍ A DÍLČÍ CÍLE	37
4.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR	37
4.3 CHARAKTERISTIKY VÝZKUMNÉHO SOUBORU	38
5 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝZKUMU	41
6 DISKUZE	58
6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	60
6.2 LIMITY VÝZKUMU	60
ZÁVĚR	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	65
SEZNAM GRAFŮ	66
SEZNAM TABULEK	67
SEZNAM PŘÍLOH	68

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá tématem senior v ambulantním režimu. Toto téma jsem si vybrala, protože se zajímám o problematiku komunikace se seniory. Komunikace je v životě velmi důležitá a bohužel na tu se seniory se neklade velký důraz, proto jsem se chtěla dozvědět jak správně komunikovat a poté zjistit, jak je to s komunikací se seniory u jiných zdravotnických pracovníků, kteří pracují v ambulanci.

Populace stárne a nemocnice i ambulance, se čím dál tím více plní lidmi v seniorském věku, dochází k tomu, že se seniory potřebujeme více a více komunikovat. Velmi často se stává, že nekomunikujeme správným způsobem, protože senioři potřebují individuální přístup. Jsme netrpěliví, máme pocit, že ztrácíme čas, když čekáme na odpověď seniora, ale i on má právo na přístup, který si zaslouží. Je taky důležité si uvědomit, s jakým seniorem právě komunikujeme a tomu se poté přizpůsobit. Ve velké míře je velmi těžké komunikovat se seniory. Tématem mé bakalářské práce jsem se chtěla zabývat z toho důvodu, že jsem absolvovala odbornou praxi, která mi umožnila pozorovat to, jak sestry s pacienty v seniorském věku komunikují. I já se v mnoha případech mohla přesvědčit, že je to opravdu těžké. Není to tak, že by všechny sestry komunikovaly nesprávně, jen si musíme uvědomit, že komunikace se seniorem je náročná a není pro každého. Díky tomu, že jsem viděla tohle chování převážně v nemocnicích, chtěla jsem zjistit, zda tomu tak je i v ambulanci.

Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část má 3 kapitoly, které se věnují seniorskému věku, kde obecně popisují seniorský věk, komunikaci obecně, její rozdělení a komunikaci, která se používá ve zdravotnictví. Nakonec jsem zvolila název kapitoly komunikace se seniory, kde popisují jak komunikaci se seniory, tak i její překážky, analýzu komunikace, zvládání náročných situací se seniory a chyby při komunikaci. Praktická část zkoumá, zda jsou sestry řádně informované o komunikaci se seniorem a zda se v této problematice více vzdělávají. Dále vyhodnocuji zodpovězené otázky, jejichž výsledky poté zobrazuji v tabulkách, případně v grafech. Dále mám zpracovanou diskuzi o výsledcích dotazníkového šetření, které je doplněno doporučením pro praxi.

Hlavním cílem práce je zjistit, zda jsou sestry, které pracují v ambulantním režimu, informovány o metodách komunikace se seniorem.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SENIORSKÝ VĚK

Celosvětově je zaznamenáno stárnutí populace a to, ve vyspělých i rozvojových zemích. Jedním ze znaků stárnutí populace je snížená porodnost a naopak zvýšené stárnutí obyvatelstva. Díky demografickému trendu stárnutí populace musíme klást důraz na péči o seniory, což se vyžaduje zaměřit na nové typy sociálních, zdravotnických, edukačních a jiných služeb (Hudáková, Majerníková, 2013).

V této době je ve společnosti postoj ke starým lidem jiný než dříve. Staří lidé byli uctíváni nebo dokonce oslavováni. Nyní je to často výsměch, neochota, opovržení a dokonce i odpor. Ale jsou tady lidé, kteří seniory uznávají a chtějí jim pomoci, ale pomoc bývá někdy přehnaná a díky tomu bývá jejich hrdost zraňována a úcta ohrožena (Erikson, 2015).

Tím, že člověk přestane být zaměstnán, tím zrání a růst nekončí, i když si to lidé myslí. Je tomu naopak. Staří lidé se většinou bojí, co je čeká. Stačí je jen předem připravit, ale musíme začít ještě před samotným začátkem důchodu. Když lidé odcházejí do penze, tak se říká, že jsou ve třetí fázi života, ve které dochází ke sjednocení osobnosti. V této fázi jsou moudřejší a jejich moudrost není závislá na inteligenci. Ovšem s moudrostí se nenarodíme, ale získáváme ji v průběhu života (Křivohlavý, 2011).

1.1 Základní pojmy

„Základními pojmy seniorské problematiky jsou stáří, stárnutí (involuce), kvalita života, křehkost, gerontologie a geriatric“ (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 19).

Stáří je poslední vývojovou fází, která ukončuje lidský život. Je projevem a důsledkem involučních změn a vede k obrazu, který je označován jako fenotyp stáří. Ten je přizpůsobován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem a vlivem psychosociálních změn. Stařecký vzhled a stav je udělen biologickou involucí a genetikou. Dá se ovlivnit zvláště výživou, pohybovou i mentální aktivitou nebo naopak pasivitou. Psychický stav je velmi důležitý, většinou by senior měl mít nějakou motivaci a představu o vlastním stáří. Aby se senior necítil odstrčen, jsou důležité vlivy fyzického i sociálního prostředí včetně společenského (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

Stárnutí je bio-psycho-sociálně-spirituální proces, který se týká přirozeně involučních a adaptačních změn (Čevela, Čeledová a Kalvach a kol., 2014).

Proces stárnutí je disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní, je zčásti geneticky kódovaný a zčásti rozvíjen chybami, různými poruchami a náhodnými jevy. Morfologicky jde o

fyziologickou, věkově obvyklou atrofii, funkčně o zhoršování vlastností. Také vidíme pokles rezerv, úbytek funkcí, zhoršování reakcí i pružnosti regulací, změnu biorytmů, do které patří například změna melatoninu a spánku, hromadění chyb a deficitů. Involuční změny souvisejí a prolínají se s chorobnými změnami a také s projevy životního stylu. Máme dvě hlavní teorie stárnutí. První jsou teorie stochastické. Tyto teorie se domnívají, že děje spojené se stárnutím jsou náhodné a že s plynoucím časem přibývá opotřebenosti, poškození, poruch, selhání buněčného řízení, chyb a celovztažného uspořádání organismu. Druhé teorie se nazývají nestochastické, kde se naopak zabývají tím, že stárnutí je především geneticky předurčeno a programováno (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

Aby měl senior klidné a hezké stáří, musíme se zaměřit i na jeho kvalitu života, která ve stáří hraje velkou roli. Závisí na fyzickém zdraví, psychickém fungování a emocionálním prožívání. Kvalita se nedá nijak změřit, protože je subjektivní a individuální. Znázorňuje rozpor mezi očekáváními a realitou, taky možnostmi a skutečností, ale můžeme jej ovlivnit adekvátní ošetrovatelskou intervencí (Hudáková, Majerníková, 2013).

Kvalita života seniorů se neodvíjí od jednoho dne nebo měsíce, ale je výsledkem celoživotního procesu. Senioři nejvíce strádají v sociální oblasti, ne každý má totiž to štěstí mít kolem sebe lidi, kteří se o něj postarají. Není samozřejmost, že rodina, kterou mají, se o ně postará, a proto lidé v důchodovém věku končí v sociálních zařízeních, kde sociální vyžití sice najdou, ale není to zvykem u všech. Může se stát, že najdeme zařízení, která nemají takovou možnost nebo prostě nechtějí takové věci dělat a to z různých důvodů. Někdo je životem tak znechucený, že se sociálně izoluje a potom je těžší a těžší mu dopřát sociálního vyžití, které taky potřebuje. Je to potom o dost náročnější, když se takoví lidé dostanou do špatných zařízení (Mühlpachr, 2017).

Mezi příznaky geriatrické křehkosti patří pocity vyčerpání, kontinuální pokles váhy, slabost, pomalá chůze a nízká fyzická aktivita. Jsou to předzvěsti toho, že se po nějaké době může zhoršit zdraví, také pohyblivost, objeví se vyšší nemocnost a blíží se smrt (Thorová, 2015).

Pokud senior prožije nějakou somatickou událost a není dost silný, může vést až k psychické odezvě, k závratnosti, k nestabilitě, pádu, upoutání na lůžko, ztrátě soběstačnosti, k rozvoji dekubitů, případně k smrti. Nemusí jít jen o somatickou událost, ale může to být i sociální událost, která dokáže s psychikou seniora dobře zacloumat a dochází až k depresi nebo delirantnímu stavu. Kritéria pro zjištění somatické křehkosti jsou například větší váhový úbytek za posledních 12 měsíců, nechutenství. Sarkopenie, která se

projevuje úbytkem svalové hmoty a síly. Hodnotí se i pomalá chůze a únava s hypomobilitou. Geriatrické křehkosti můžeme předejít tím, že budeme dodržovat prevenci. Do prevence patří zachování příjmu potravy, především bílkovin, silové cvičení, kde se zaměřuje na svaly dolních končetin pro zachování mobility a stability, motivace starších lidí, účinná intervence bolesti a další (Čevela, Čeledová a Kalvach a kol., 2014).

Gerontologie je věda, která se zaměřuje na zákonitosti, příčiny, projevy stárnutí, problematiku života starých lidí a života ve stáří. Gerontologii dělíme do 3 okruhů, gerontologie experimentální, klinická a sociální. Gerontologie experimentální se zaměřuje na procesy a příčiny stárnutí, zabývá se tím, proč a jak živé organizmy stárnou. Je zaměřena na biologii a její součástí je psychologie, která se zabývá změnami psychiky a schopností v průběhu stárnutí i ve stáří. Gerontologie klinická je zaměřena na zvláštnosti zdraví a jeho podpory ve stáří, zvláště na funkční zdraví, involuční pokles potenciálu zdraví, diseases model, diagnostiku, léčení, prevenci a rehabilitaci ve stáří. Může se označovat jako geriatric. Gerontologie sociální se specializuje na existencialismus a život ve stáří, vztahy mezi seniory, společností a stárnutí společnosti. Má celou řadu aspektů jako jsou například aspekty demografické, politické, ekonomické, technické a další. Základem jsou však aspekty demografické, nástup dlouhověké společnosti, sociálně ekonomická situace starých lidí, společenské prostředí, sociologická problematika a mnoho dalších (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

Geriatric je obor, který se zabývá seniory a zaměřuje se na jejich zdravotní a funkční stav. Všeobecné lékařství je hlavním oborem v geriatrici, kterým se prolíná hlavně neurologie, gerontopsychologie, rehabilitace a ošetrovatelství. Geriatrická péče je různorodá a rozděluje se na akutní, chronickou, paliativní, preventivní, ambulantní a taky lůžkovou (Kalvach, Zadák a Jiráček a kol., 2008).

1.2 Aspekty stárnutí

Jako vstup do stáří se považuje věk 65 let, avšak největší změny se začínají vyskytovat u lidí ve věku nad 75let. V souvislosti s chronickou chorobou narůstá i potřeba zvýšené ošetrovatelské péče a rehabilitace u pacientů. Konkrétní zdravotní potíže se tedy prolínají s problémy psychosociálními (Hudáková, Majerníková, 2013).

Stáří není synonymem pro nemoc, ale jedná se o přirozený biologický proces. Zdravotní rizika se sice s věkem zvyšují, ale tyto problémy nemusí nutně znamenat, že by se senior

stal neschopným. Seniori jsou označováni za polymorbidní pacienty, ale sestra by to měla považovat za normu pro populaci (Menier, 2015).

Biologické stárnutí je jeden z aspektů stárnutí. Mluvíme o biologickém věku člověka, ale senior se může cítit z psychologického hlediska, že je mu o něco méně nebo naopak o něco více let než mu skutečně je (Křivohlavý, 2011).

Biologické stáří je dáno involučními změnami a také poklesem potencionálního zdraví. Biologické stáří nemůžeme přesně stanovit, protože neexistují přesná měřítka a procesy jsou prolínány s chorobnými změnami. Člověk se v průběhu stárnutí mění, zaznamenány jsou změny jako například změna postavy, postoj, vlasů, pokožky, chrupu a také chování. Senior na sobě může vnímat, že mu ubývá fyzická síla, uvědomuje si kolik mu je. Potenciál zdraví je důležitým faktorem biologického stáří (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

Kalendářní stáří se odvíjí ode dne, kdy se člověk narodí, až po den kdy zemřel. Neodvíjí se od involučních změn ani od sociálních rolí. Rozlišujeme ho na rané stáří, kde jedince můžeme nazývat mladým seniorem, které je vymezeno rozpětím od 60 až do 74let, vlastní stáří neboli senium trvá od 75let do 89let a dlouhověkost, která počíná od 90. roku života. Dále máme členění, kde seniory rozdělujeme na mladé, staré a velmi staré (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

1.3 Determinanty zdraví a kvality života ve stáří

Determinanty zdraví a kvality života dělíme do dvou skupin. Máme přímé a nepřímé. Nepřímé determinanty zdraví působí obecně a zprostředkovaně svými důsledky. Patří mezi ně kulturní tradice, pořadí hodnot ve společnosti včetně významu a zrovnoprávnění jednotlivce, hodnoty života a zdraví, společensko-ekonomická vyspělost dané společnosti a politicko-ekonomický systém. U přímých determinantů je to naopak, tyto působí přímo na člověka. Zde najdeme například genetické dispozice, životní prostředí a jeho způsob, ale také dostupnost a kvalitu zdravotnických služeb (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

Ve stáří nám záleží na kvalitě života a funkčním zdraví. Máme několik faktorů, které se na nich podílejí. V okruhu funkčního zdraví je rozdělujeme na dvě skupiny, přítomnost funkčně závažných chorob a potencionální zdraví. Do funkčně závažných chorob řadíme genetické dispozice, úroveň prevence a také úroveň a dostupnost zdravotní péče, do které patří geriatrická vstřícnost a poučenost zdravotnických služeb, povahy a úrovně

negraduální výuky geriatric a další. Do potencionálního zdraví zařazujeme zdatnost, odolnost, adaptaci organismu a míru involuce, dále zde řadíme genetickou dispozici a životní způsob, do kterého zařazujeme stravování, pohybové aktivity, kouření, alkoholismus a jiné závislosti na drogách (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

Prostředí je jeden z nejdůležitějších vlivů. Prostředí a životní styl tvoří více jak polovinu vlivu na zdraví a to nejen ve stáří, ale v každém věku života. Nepříznivý vliv má stres, který obecně způsobuje různé nemoci a člověk se necítí komfortně. Příčiny mohou být různé, například zhoršená materiální situace nebo sociální izolace. Zvláště u seniorů, pro které může být sociální izolace šok, nastává tehdy, jakmile vstoupí do důchodu a přestanou se potkávat s lidmi v práci, přestávají navštěvovat ve velkém počtu kulturní akce, nechodí tolik do divadel, kin atd. Ovšem každý senior se na to dívá jinak, je to individuální proces, který pro nás může být nepochopitelný, pro ně dostačující a pohodlný (Čevela, Čeledová a Kalvach a kol., 2014).

1.4 Zdraví

„Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nikoli pouhá nepřítomnost nemoci nebo postižení“ (WHO, 1992). *„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“* (WHO, 1946). Tato definice znamená, že zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nikoliv pouhá nepřítomnost nemoci nebo postižení.

Definice zdraví, kterou uvádí WHO, bývá kritizována, protože je natolik všeobecná, že v ní konkrétně nenajdeme, co zdraví znamená. Řídit se touto definicí je obtížné a někdy i nerealizovatelné v péči o pacienta (Ayers, Visser, 2015)

Zdraví, ale taky nemoc, se nedá přesně definovat. Zdraví je důležité pro všechny a je jednou z nejdůležitějších hodnot v každém věku, v každé době a v každé kultuře. Zdraví je zkrátka důležité proto, abychom byli spokojeni a naplnili jsme své životní tužby. Každý ho vnímá jinak, například lékaři označují za zdravého člověka toho, kdo netrpí žádnou nemocí. Pro sociologa je zdravý člověk ten, který dokáže dobře fungovat ve všech sociálních rolích (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Až ve stáří si senioři začnou uvědomovat, že se dějí změny v jejich zdraví a až poté uznají, že rady, které jim byli poskytnuty od starší generace, učitelů a rodičů, byly opravdu užitečné a pravdivé (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

Na nemoc každý člověk reaguje jinak. Nemoc můžeme chápat tak, že máme narušenou jednu a více z našich bio-psycho-sociálních potřeb. „*Nemoc má tedy svůj aspekt biologický, psychický a společenský. V rámci komplexního pojetí je nutno chápat, že nemoc bude vnímána a prožívána zcela jinak nemocným člověkem a jinak zdravotníkem*“ (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 132).

Nemoc narušuje obvyklý způsob života a u seniorů obzvlášť. Jejich tělo může vypadat zdravě, ale potom přijde nemoc a nemají už tolik sil bojovat s nemocí a tím se prodlužují doby uzdravení. Nemoc není jen o tom, že tělo nezvládne s nemocí bojovat, ale také o tom, že nemoc může narušovat nebo měnit mezilidské vztahy. V momentu, kdy člověk potřebuje oporu, potřebuje také utěšit. Pokud se tak nestane, může se prodloužit doba léčení. Naopak jsou situace, kdy senior zjišťuje, že díky nemoci si ho rodina začne všimnout. U této situace se může stát, že si senior začne vsugerovávat příznaky nemocí, které by mohly zaujmout rodinu. Je dost pravděpodobné, že poté dojde k častějšímu kontaktu s rodinou, který si senior nově více vyžaduje (Zacharová, 2017).

V momentě kdy nemocný prožívá svou nemoc, označujeme to za subjektivní pocit, nikoliv objektivní. Máme autoplastický obraz nemoci, který se v psychologii používá jako objasnění subjektivního prožívání nemoci. V něm jsou zahrnuty složky senzitivní, do kterých zařazujeme místní bolesti a obtíže, dále složka volná, která zjišťuje úsilí odolávání nemoci a aktivní usilování o uzdravení. Mezi další složky zařazujeme složku emociální, racionální a emotivní. Zde hodnotíme, zda má pacient úzkost, strach, naději a znalosti o nemoci, o její léčbě, ale také prevenci. Tyto složky nejsou brány jednotlivě, ale jako celek, protože se vzájemně prolínají. Nemoc a problémy, které máme, každý prožívá jiným způsobem, proto vztah prožívání mezi subjektivním a objektivním zjištěním není jasný a nedá se přesně říci, zda všichni budeme reagovat stejně na identickou situaci. Autoplastický obraz nemoci je podmíněn rázem onemocnění, do kterého patří chronicita nebo akutnost nemoci (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011).

Rozlišujeme několik postojů k nemoci, například normální postoj nebo bagatelizující postoj. Bagatelizující postoj je charakterizován podceňováním závažnosti svého stavu. Mezi další postoje patří repudiační, disimulační, nozofobií, hypochondrický, nozofilní a účelový. Dále zde máme postoj tzv. agravace, kdy nemocný přehání své příznaky z jakéhokoliv důvodu. Senior může mít takový postoj díky tomu, že hledá kontakt mezi lidmi. Simulace znamená, že nemocný předstírá vědomě svou nemoc a její příznaky a dělá to proto, aby využil různé příspěvky na pomůcky nebo dosáhl na invalidní důchod.

Simulace má podobný význam jako disimulace. Hlavní rozdíl je ten, že nemocný nepředstírá více příznaků, ale předstírá, že je zdravý. S disimulací je spojená repudiac, neboli nevědomá disimulace. (Zacharová, 2017)

Zdravotníci často věří jen objektivnímu znaku nemoci a subjektivním příznakům nedávají takovou váhu. Obvykle vnímají nemoc jako soubor objektivně zjistitelných příznaků, proto se může stát, že pacienty neberou jako lidi, kteří mají problém, ale vidí je jako soubor chorobných příznaků. Může to být profesionální zdatnost, avšak na druhou stranu se na tento postoj může nahlížet i jako na profesionální deformaci. Důležité je, aby zdravotník považoval subjektivní příznaky za stejně důležité jako objektivní a při celkovém zhodnocení je nebral na lehkou váhu. Subjektivní pocity neboli prožitky jsou velmi důležité, a je potřeba je vyslechnout, dát jim dostatečnou důležitost. Pokud se tak nestane, může dojít k psychologickému nepochopení pacienta ze strany zdravotníka. Pokud si to zdravotník neuvědomuje, nemůžeme mluvit o psychologickém přístupu k nemocnému (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011).

1.5 Negativní důsledky stáří

Mezi negativní důsledky stáří patří například demence a deprese. Demence se neprojevuje u všech seniorů, ale často doprovází stáří, má patologický původ. Díky demenci, se lidé v seniorském věku, nedokážou sami o sebe postarat a jsou plně závislí na pomoci rodiny, ošetřovatelek a jiných. Populace stárne a s ní přibývají staří lidé, kteří trpí demencí. Deprese se u seniorů taktéž vyskytuje a je také poměrně častým průvodcem stáří. O depresivním syndromu seniora se ale tak často nemluví, jako v případě mladých lidí. Pokud nastane situace, kdy senior chodí často k praktickému lékaři a trpí častými somatickými stesky, může za tím být depresivní onemocnění. Díky neznalosti rodin seniori s depresemi končívají v zařízeních nebo domovech pro seniory, protože rodiny si myslí, že se tam bude mít lépe, jelikož tam nebude sám. Ale není tomu tak, právě v domovech pro seniory se objevuje deprese u seniorů několikanásobně častěji (Thorová, 2015).

Nesmíme opomenout, že je stále více lidí, kteří se nedokážou srovnat s odchodem do důchodu, ztrátou blízké osoby, nudou, zdravotními problémy, nespavostí, pocitem bezvýznamnosti a osamocením. Více a více lidí tuto situaci řeší alkoholem. Dříve bylo zvykem, že mezi ty, kteří nadměrně konzumovali alkohol, byli hlavně muži, ale v dnešní době tomu tak již není. Dnes to nejsou jen muži, ale také ženy, a to ve větším počtu než tomu bylo dříve. V žádném věku není pro naše zdraví alkohol vhodný, ale v seniorském

věku škodí víc, protože organismus alkohol neodbourává tak, jako u lidí v mladším věku (Thorová, 2015).

Z psychologického hlediska jsou senioři skupinou, kterou je jednoduché podvést nebo zneužít, proto si ji vybírají různí podvodníci, díky kterým zažívají špatné zacházení či zneužití. Lidé, kteří jsou pachateli takových činů, nemusí být jen lidé, které senior nezná, ale často to jsou členové rodiny, jako třeba dcera/vnučka nebo syn/vnuk, také ošetřovatelky nebo sestry v zařízeních, dokonce i partner nebo partnerka. Do forem týrání zařazujeme například psychické týrání, které je jedním z nejčastějších. Materiální a finanční zneužívání, i fyzické týrání je velmi časté. Příčiny agresivního chování seniora potom nemusí být tak jednoznačné, jak se může na první pohled zdát. Senior se necítí bezpečně a to se může projevit třeba agresivním chováním. Může dojít až k patologickému chování, které se projevuje osobní zanedbaností bez schopnosti nadhledu. Nazýváme to jako stařeckou zanedbanost, ale oficiálně je používán název Diogenův syndrom. Zařazujeme sem zanedbávání hygieny, hromadění odpadků, věcí či zvířat. (Thorová, 2015).

2 KOMUNIKACE

Komunikace je jak pro nás, tak pro seniory jednou z nejdůležitějších potřeb. Hlavně ve zdravotnictví, kdy potřebujeme vědět o tom co nám je, co se s námi bude dít nebo na jaké půjdeme vyšetření a jak bude probíhat. Důležité je i pro naši důvěru k personálu a pro náš vnitřní klid. Dokonce pokud dokážeme s pacientem/seniorem vhodným způsobem komunikovat, můžeme tím ovlivnit všechny aspekty léčebného procesu, do kterého patří i dobrý pocit pacienta a jeho spokojenost s léčbou (Ptáček, Bartůnek a kol., 2011).

Pokud komunikujeme se seniorem, je důležité, abychom mu naslouchali. Pokud dokážeme naslouchat, tak se lépe dokážeme vcítit do situace nebo problému, který teď prožívá nebo který ho trápí už dlouho. Pokud v něm dokážeme probudit důvěru, může dojít k vymizení některých problémů nebo se tak započne řešení problému. Pokud chceme, aby naše komunikace byla úspěšná, musíme dát najevo empatii. Empatie nevzniká v průběhu našeho povídání nebo vyjadřování se k problému, ale vzniká ještě předtím, než začneme mluvit, protože empatie se odehrává většinu času v tichu. Nemusí to znamenat, že se zcela vcítíme do kůže toho druhého, ale znamená to stát při něm a vnímat svět z jeho pohledu (Basu, Faust, 2013)

2.1 Komunikace

Komunikaci můžeme chápat tak, že je procesem, kde dojde k předávání informací mezi dvěma či více lidmi. Je brána jako základ lidských vztahů. Můžeme ji chápat jako proces sdělování, přenosu a výměny významů a hodnot v oblasti informací. Komunikace má jednotlivé články, součástí je komunikátor, kódování, zpráva, prostředek. Komunikátor je ten, který má důvod proč komunikaci začít, ví, s jakým záměrem komunikaci zahajuje, má myšlenky a také informace. Kódování je proces, kdy se převedou komunikátorovi myšlenky do uspořádaného kompletu symbolů. Zpráva je výsledek celého kódovacího procesu a prostředek je nositelem vzniklé zprávy (Pokorná, 2010).

Sociální komunikace má svou strukturu, do které patří komunikátor, komunikant, komuniké, komunikační jazyk a komunikační kanál. Komunikátor je ten, kdo začíná celou komunikaci. Vysílá zprávu druhé osobě nebo více lidem. Jako druhý v pořadí je komunikant, pro kterého jsou informace určené, přijme informaci, kterou dekóduje. Je důležité, aby komunikant byl v psychické pohodě, protože jeho vnímání může být právě ovlivněno prožitky, ale komunikant zkrátka může změnit informaci tak, aby se obrátila buď v jeho prospěch, dostala nové záměry a vlastní cíle. Dále máme komuniké, do kterého

zařazujeme obsah zprávy, informace, názory, myšlenky, potřeby, postoje, ale také problémy a emoce v podobě vyslaných verbálních a neverbálních symbolů. Předávat komunikační zprávu umožňuje komunikační jazyk. Ne vždy si totiž rozumíme, co ten druhý říká, proto důležitou roli zde hraje proces kódování a dekódování. Cestou přenosu informací je komunikační kanál. Při komunikaci tváří v tvář, vzniká přímý kontakt a to verbálně, neverbálně, či prostřednictvím skutků a činů. Komunikační kanál, který se zprostředkuje, představuje nepřímý kontakt. Mezi nejčastější příklady patří kontakt telefonický, písemný, vizuální, audiovizuální a elektronický (Zacharová, 2017).

Pokud komunikujeme s druhým člověkem nebo více lidmi, tak se všichni podílíme na tom, že komunikaci spoluvytváříme a ovlivňujeme, jsme její součástí a přispíváme k ní. Díky naší komunikaci můžeme pozorovat i mezilidské vztahy, které ovšem nejsou vždy tak viditelné. Není to jen o přenosu dat, ale jde také o sebe prezentaci a sebe potvrdování. Jde o vyjádření postojů k předmětu, o sdělení směrem k příjemci, dále jde o různou úroveň nekomplikování a komplikování, ovlivňování a působení. Můžeme ji tak označit jako dorozumívání se. Potřebujeme ji ke správnému a efektivnímu sebevyjadřování nebo k přenosu informací (Zacharová, 2016).

Lidskou komunikaci dělíme na tři části. Tyto části se zaměřují na aspekty, které ovlivňují naši komunikaci a to tak, že dochází k nesprávnému šíření informace a k nesprávnému pochopení. Jedna z částí se nazývá syntax, je náplní teorie informací a zaměřuje se na problém s předáváním informací, kódů, kanálů, ruchů a redundance, což znamená nadbytek zpráv. Je to nauka, která se především zabývá mluvnickou stavbou vět, souvětím a skladbou. Další část je sémantika, která se zabývá významem používaných symbolů. Každá zpráva by měla mít sémantickou hodnotu. Sémantika také může být chápána jako disciplína, která se zabývá studiem vztahů mezi formou a významem znaků a jednotlivých slov. Třetí část se nazývá pragmatický aspekt komunikace, který klade důraz na chování, kdy forma chování může ovlivnit jednotlivé aktéry komunikačního procesu. V komunikačním procesu se díváme na průběžný a konečný dopad komunikace na jednání a chování toho, kdo vysílá informaci a kdo ji přijímá. Všechny tři části jsou na sebe vázány a jsou ve vzájemném vztahu (Arnold, Underman Boggs, 2019).

Komunikace má svůj účel, který nazýváme funkcí. Podle toho jakou komunikaci zrovna vedeme, rozlišujeme účel. Pokud chceme jen informaci předat nebo sdělit druhému člověku nebo více lidem, je účel komunikace informativní. Pokud k informaci přidáme ještě vysvětlení například nějakého postupu, návodu nebo popisu, mluvíme o instruktivním

účelu komunikace. Pokud komunikujeme tak, že chceme někomu vštípit svůj názor a změnit názor jedince, který informaci přijímá, nazýváme tento účel jako přesvědčovací. V případě, kdy je náš záměr přesvědčit, ale za účelem motivace nebo posílení sebevědomí, jedná se o funkci posilovací nebo motivační. Jestliže chceme pobavit, rozesmát a vytvořit pocit pohody, označujeme tuhle funkci jako zábavnou. Mezi další funkce zařazujeme socializační a společensky integrující, funkci osobní identity, poznávací, svěřovací a únikovou. Často může jít o skryté instruování nebo přesvědčování a to i tam, kde je promluva nabízena jako informativní. Mnohdy si toho ani nevšimneme, ale jsou lidi, kteří s námi manipulují, i když to není na první pohled znát. Naopak to můžou vidět ti, kteří se nezúčastnili dané komunikace a jsou takzvaně nestranní pozorovatelé. Nemají žádnou roli v dané komunikaci, a tak mají lepší nadhled na to, jak co vyzní nebo kdo, co a jak myslí nebo za jakým účelem opravdu komunikaci vede. Někteří se můžou více zaměřit na formu a ne na obsah a kladou důraz na zdvořilost a spisovnost (Zacharová, 2016).

Pokud chceme komunikovat nebo komunikujeme s lidmi, je to vždycky za nějakým účelem a zároveň tím plníme nějakou funkci. Může jich být i více najednou, ale pokud chceme komunikovat určitým způsobem, označujeme to jako komunikační styl, který spojuje účel, způsob i okolnosti mezilidského komunikování. Komunikaci rozlišujeme podle účelu a průběhu. Patří mezi ně styl konvenční, konverzační, operativní, vyjednávací i osobní. Pokud chceme, aby komunikace byla krátká a byla jen na bázi pozdravů a nedůležitých vět, použijeme konvenční styl. U tohoto stylu nebývají emoce. K snadné výměně konvekcí můžou přispět normy chování a dovednosti. K základům zdravého komunikování patří konverzační styl. Konverzační styl je specifický výměnou zajímavých informací, ale také názorů, ale může si vybrat tento styl konverzace také proto, že se chceme pouze pobavit, přijít na jiné myšlenky, které nás mohou potěšit. Propojovat ho můžeme i se stylem konvenčním, ale záleží na situaci. Předpokladem pro úspěšnou konverzaci je symetrický vztah mezi všemi, kteří jsou součástí konverzace, která bývá doprovázena příjemnými pocity, emoční bilancí bývá mírně pozitivní. Pokud je komunikace účelná a jsou v ní jasně vymezené role, pozice a kompetence a najdeme v ní rozdělené role tak, že je jeden nadřazený a druhý podřízený, mluvíme o stylu operativním. Znakem je oboustranná korektnost a zdvořilost, emoce jsou ve formálním stylu a nejsou přehnané, ale naopak uměřené. Tento styl je hlavně využíván u složek integrovaného záchranného systému, ale můžeme ho využít i při běžném povolání mezi zaměstnanci v rozdílných pozicích. Pokud jsou všechny zúčastněné strany v rovnováze, jedná se o

vyjednávací styl. Vyjednávací styl je významnou, ale také náročnou dovedností. Tento styl není pro každého, a proto je důležité, aby účastníci měli tuhle komunikační dovednost. Vždy jsou dvě strany a tento styl využíváme tehdy, kdy je nezbytné se na něčem dohodnout nebo něco rozhodnout. Osobní a někdy až intimní styl se liší tím, že dochází k uspokojování lidských potřeb a tužeb. Velkou roli tady hrají emoce a tím má tento styl jedinečnost, protože v žádném jiném stylu se nedávají tak najevo, jako v tomto. Důležitá je tu především důvěra, naslouchání a empatie (Zacharová, 2016).

2.2 Verbální a neverbální komunikace

Verbální komunikace je komunikace řečí a jazykem. Je to klasický rozhovor mezi dvěma nebo více lidmi, kde dochází k vzájemné výměně informací, názorů, ale taky zkušeností. Máme různé způsoby, kterými můžeme verbální komunikaci využít a to buď přímou nebo zprostředkovanou, mluvenou nebo psanou, živou nebo reprodukovanou. Je taky nezbytnou součástí pro sociální život (Zacharová, 2016).

Při verbální komunikaci je důležité, aby si lidé rozuměli, aby mluvili stejným jazykem a aby jeden k druhému cítili potřebu společně dohodnutého porozumění významům slov. Díky tomu se minimalizují nežádoucí konotace a také se minimalizují sémantické rozdíly při denotaci. Pokud se chceme dorozumívat, musíme k tomu použít slova, je ale dobré se nejdříve i trochu zamyslet nad tím co vypustíme z úst. Právě potom může dojít porozumění, ale i k neporozumění. Úplným základem porozumění a neporozumění je to, že záleží na skladbě účastníků komunikace, záleží na jejich vůli domluvit se a porozumět si navzájem. (Suchánková, 2013)

Máme různé typy lidí, kteří se chovají jinak při řešení složitých situací. Člověk, který se snaží dosáhnout svého cíle, se neohlíží na druhé, zastává názor, že účel světí prostředky. Potřebuje k naplnění svých potřeb využít manipulaci a agresivní komunikaci, například pomocí zastrašování, hodnocení, popíráním reality a vyvoláváním pocitu viny v druhých. Dále používá sarkasmus, přiděluje příkazy a pokyny. Zařazujeme sem i člověka, který chce hlavně zachovat s druhými vztah, touží být přijat a být mezi oblíbenými. Potřeby druhých upřednostňuje nad svými potřebami. Jeho verbálním projevem je, že se přehnaně omlouvá, znevažuje svůj názor a často používá výplňová slova, dlouhé nesouvislé věty nebo popírá svou hodnotu. A nakonec jsou tu lidé, kteří si stojí za tím, že kdo nic nedělá, tak ten nic nezkaží. Jiná skupina se charakterizuje tím, že se cítí často bezradně a bezmocně, jak se

říká „hází flintu do žita“. Představa něco řešit je pro ni moc složitá a proto čeká, až se problém vyřeší sám (Lošťáková, 2020).

Neverbální komunikace je všechno to, co vyjadřujeme beze slov nebo tím konverzaci doplňujeme. Můžeme ji také nazývat jako řeč těla. Nesmíme zapomenout, že i neverbální projevy můžou ukázat, jaký vztah máme mezi sebou a komunikujícím v mezilidské interakci. Můžeme tím i ukázat, že nás konverzace nezajímá nebo naopak můžeme vidět unuděnou tvář my a poté tak změnit směr konverzace. (Zacharová, 2017).

Jednou z funkcí neverbální komunikace je například to, abychom podpořili řeč nebo ji nahradili, vyjádřili emoci nebo interpersonální postoj, do kterého patří pochybování nebo naléhavost sdělení. Nejčastěji různými výrazy vyjadřujeme emoci, která je jedna z nejčastějších projevů této komunikace. Základním prostředkem je tedy mimika, kdy při rozhovoru s druhým člověkem můžeme použít mračení, vypláznutí jazyka, smích a jiné. Naopak velmi důležitým prostředkem je postavení těla a proxemika, což znamená vzdálenost lidí, kteří jsou zapojeni do konverzace. Rozlišujeme několik zón, ta nejbližší je zóna intimní, v druhé zóně se začíná zhruba na 120 centimetrech. Tuto zónu využíváme u svých přátel a známých. Třetí zónu využíváme, když mluví nadřizený s podřizeným nebo když hovoříme s kolegy v zaměstnání, říká se jí společenská. Poslední čtvrtá zóna začíná na 360 centimetrech a je to zóna, kterou používáme, když mluvíme s cizími lidmi, umožňuje nám se pohybovat důstojně, říká se jí zóna veřejného prostoru. Nejenom zóny nám můžou pomoci při určování úspěšné konverzace, ale taky můžeme pozorovat, jakým způsobem dotyčný stojí nebo sedí. Ruce můžou také určovat určitou bariéru. Pokud máme konverzaci formálního stylu, může to být i stisk ruky, který nevytvoří určitou hierarchii. Výraz v očích se považuje za nejdůvěryhodnější způsob konverzace beze slov. Skrze oči můžeme vyčíst emoce a to buď špatné, do kterých zařadíme smutek, nezáměr druhého a zlobu. Z očí můžeme vyčíst taky dobré emoce a to je třeba pravdomluvnost, upřímnost, zájem (Suchánková, 2013).

Stejně jako u verbální, tak i neverbální komunikace máme různé typy lidí, kteří se v různých krizových situacích chovají jinak. Lidé, kteří se snaží dosáhnout svého cíle a neohlíží se na druhé, při neverbálních projevech narušují osobní prostor druhých, mají upřený oční kontakt, ukazují prstem, zatínají pěsti a netrpělivě popocházejí. Lidé, kteří chtějí hlavně zachovat s druhými vztah, využijí v krizové situaci odvrácení pohledu nebo se dívají do země, mají svěšená ramena, povolené držení těla a ruce pod stolem, hrají si s prsty nebo nějakými šperky, co právě na sobě mají (Lošťáková, 2020)

2.3 Komunikace ve zdravotnictví

Komunikace ve zdravotnictví je jedna z nejdůležitějších disciplín. Pokud jde pacient na nějaký zákrok a nebude informován, může dojít ještě k většímu stresu. Nevědomost je totiž jeden z největších strachů. Důležité je, aby komunikace byla správná. Dovednost komunikovat s pacientem je pro zdravotníky součástí profesionálního vybavení. V případě, že ji zdravotník nemá, měl by zvažovat, zda je pro něj tahle práce vhodná. Pokud s pacientem komunikujete, je pravděpodobné, že se více otevře a že si ve vás vybuduje důvěru. Nemoc, odloučení od rodiny nebo nemožnost pracovat může být jeden z následků zhoršení komunikace u pacienta. V komunikaci máme specifika, která se využívají u nemocného dítěte, u pacienta se závažným onemocněním, u pacienta s handicapem, u pacientek v oblasti ženského lékařství a další (Zacharová, 2017).

Sestra, ale i doktor musí brát zřetel na to, že první dojem bývá důležitý a nejsilnější, přetrvává také nejdéle. Proto bychom měli dbát na to, aby byl první dojem co nejlepší. Primární je působit sympaticky, ale taky nesmíme zapomenout na to, abychom vyvolali zájem o naši osobu, to znamená působit důvěryhodně, srdečně, atraktivně, vzbuzovat pozitivní pocit a náklonnost. Sympatie je specifická přátelskostí, zdvořilostí, tolerancí, uvolněností a rovnoprávností. Opakem sympatie je antipatie, která charakterizována nezájmem, chladem, uzavřeností, odpudivostí, nezdvořilostí a uzavřeností (Mikulaščík, 2010).

U pacienta nemůžeme vždy počítat s tím, že je vždy v psychické pohodě, protože jsou situace, kdy může být v náročné situaci a je více citlivý. V tento moment musí být naše komunikace citlivá a obezřetná. Pokud si neuvědomujeme, že forma naší komunikace zásadně ovlivňuje pacienta, může docházet k jeho neúmyslnému matení. Potom může vnímat, že je nepochopený nebo odmítnutý. Naopak ho můžeme ovlivnit tím, že mu poskytneme pocit pomoci a respektu. Z toho vyplývá, že v závislosti na typu komunikace můžeme působit způsobem terapeutickým nebo traumatizujícím. Nejde vést rozhovor oběma způsoby, vždy je jen jeden, kterým komunikujeme. Máme čtyři fáze komunikační interakce, které potřebujeme využívat, abychom byli nápomocní ve směrech, které se našeho oboru týkají. První fáze se zaměřuje na to, abychom rozuměli svým verbálním a neverbálními projevy a uměli je řídit správným směrem. To, jaký člověk je a jakou důvěru si k němu druhý vytvoří, záleží na tom, co a jak říká. Důležité je tomu rozumět a umět přizpůsobit své chování. Druhá fáze nám říká, že v komunikaci musíme umět řídit rozhovor s pacientem tak, abychom neplnili jen své cíle, ale i potřeby pacienta. Je to

potřeba, aby byl rozhovor efektivní. Třetí fáze je umět zachytit komunikační projevy pacienta a porozumět jim. Hlavní je, abychom neignorovali pacientovi potřeby, které jsou spjaty s nemocí, ale i ty které s nemocí spojeny nejsou a pacient je považuje za velmi důležité. Pokud se stane, že budeme ignorovat tyhle potřeby, může to mít dopad na efektivitu léčení, kdy dochází až k odrazení pacienta od léčby. Poslední fáze je umět vhodně reagovat na pacientovi projevy. Při rozhovoru je prvním krokem porozumění pacientovi a druhým krokem je to, aby on viděl, že mu rozumíme, což ovlivňuje zlepšení psychického zvládnání nemoci a fyzické symptomy. Porozumění nám napomáhá se více vcítit do kůže pacienta, dokážeme tím pádem pochopit jeho chování a jeho pocity. Každá fáze je pro úspěšný rozhovor důležitá, nejde jednu fázi přeskočit, protože pacient má v nás svou oporu a potřebuje si vybudovat důvěru, kterou k ošetřujícímu personálu potřebuje cítit (Bednařík, Andrašiová, 2020).

Každý pacient je jiný a potřebuje individuální přístup, proto s různými zvláštnostmi musíme počítat a hlavně je musíme respektovat. Ve zdravotnictví má hlavní význam komunikace lékař – pacient. Není jednotvárná, ale mnohotvárná a taky je ovlivňována v jejím průběhu mnoha faktory. Málokdy se stane, že pacientem je doktor, a tak mají lékař a pacient symetrické sociální vztahy. Většinou je pacient ten, kdo do zdravotnictví nevidí a jde tedy o sociální vztah asymetrický. Je to dáno různým stupněm vědomostí, kdy lékař je odborníkem a dává najevo pocit moci. Lékaři často mluví odborným jazykem, proto se dost často stává, že pacient nerozumí a dochází k nedorozumění a k nespokojenosti. Čím více toho pacient ví a rozumí sděleným informacím, tím více může spolupracovat. Rozlišujeme 2 roviny interakce a to mezi pacientem a lékařem. První je rovina profesionální a druhá je sociální a psychosociální. Někdy to u pacienta vypadá tak, že toho chce po lékaři moc, ale někdy jen chce, aby ho někdo vyslechl a porozuměl mu nebo aby on porozuměl lékaři a věděl co s ním je. Může být spousta důvodů, proč pacienti chodí do ordinace nebo taky do nemocnice, ale existuje zde možnost, kdy přijdou do ambulance proto, že nemají žádnou sociální oporu a tohoto pocitu se jim dostane právě u lékaře (Zacharová, 2017).

3 KOMUNIKACE SE SENIORY

Skutečnost je, že senior je dospělý člověk a taky by se s ním tak mělo komunikovat a to i tehdy, když má omezenou soběstačnost nebo má závažný syndrom, omezující jeho autonomii. Sem patří například demence. Pokud se podíváme na starší generace narozené před válkou, tak jejich postoj byl o poznání méně kritický, než u generace, která byla narozena lehce po válce. Tato generace se umí lépe prosazovat, ale je celkově náročnější a kritičtější vůči poskytované péči. Také doktora berou spíše jako partnera, který jim pomáhá pečovat o své zdraví. (Ptáček, Bartůněk, 2011)

V každé komunikaci se seniorem bychom se měli vždy přizpůsobit jeho stavu. Ovlivnit komunikaci můžou přidružená onemocnění seniora nebo znevýhodnění. Musíme správně vyhodnotit situaci a zvolit takové tempo řeči, aby mu vyhovovala, takovou hlasitost, kterou uslyší a porozumí tomu, co říkáme. Musíme také upravit slovník, který může být odlišný u starší generace. Někdy nám chybí v rozhovoru trpělivost, ale u seniorů je velmi důležitá a to nejen v komunikaci, ale taky v pohyblivosti. Pokud zaznameneáme, že nám senior nerozumí, musíme rychle reagovat, zeptat se zda všemu rozuměl a udělat krátkou rekapitulaci, abychom si sami ověřili, že nás slyší, vnímá a chápe situaci (Hauke, 2014).

U takzvaných zdravých seniorů nepotřebujeme nějaké zvláštní techniky, které by byly založené na změnách kognitivních funkcí, ale i oni potřebují určitý čas na to, aby komunikace byla efektivní. Jedná se o respektování principu zpomalení. Potřebu komunikovat s ostatními mají všichni lidé, ať jsou to malé děti, mladší lidé a taky starší lidé. Problém přijde v momentu, kdy senior nebo starší člověk, komunikuje s člověkem, který nemá čas, pochopení ani trpělivost, která je v jejich případě potřeba (Pokorná, 2011).

Komunikace v téhle skupině se vyznačuje určitými potřebami. „*Potřeba sociálního kontaktu a interakce. Potřeba vysvětlení a potvrzení, ujištění. Potřeba rady, podpory a edukace. Potřeba komfortu a útěchy, ujištění a uklidnění*“ (Pokorná, 2011, s. 82)

Výběr sdělovacích prostředků by měl být zvolen pro každého individuálně. Pokud přijímáme a předáváme zprávy, máme několik faktorů, které ovlivňují naše sdělení a mezi ně řadíme také rychlost předávání, kterou vůči seniorům musíme přizpůsobit. Měli bychom požadovat zpětnou vazbu, abychom zhodnotili, zda mluvíme srozumitelně a zda je správně porozuměno tomu, co říkáme. Vyhodnotit správný čas, kdy je vhodné říci důležitou informaci nebo ji naopak podat v psané formě, aby byla kdykoliv seniorovi k dispozici. Pokud je délka rozhovoru delší než dokážeme udržet pozornost, doplnit bychom ho měli

podáním i v písemné formě, která bude vždy po ruce a může tak pomoci ke zdůraznění důležitých informací. Nedojde tak ke zkreslení nebo opomenutí. Zdůraznění informací můžeme udělat několika způsoby, například barevným zvýrazněním, podtrhnutím nebo velkými písmeny. Pokud máme více účastníků při sdělování, například je-li přítomen rodinný příslušník seniora, je to pro nás prospěch, protože v domácí péči nás může nahradit a informace zopakovat. Organizační omezení je výsledkem hodnocení a to hodnocení, které je spojené s náklady se zajištěním předávání komuniké (Myerscough a Ford, 1996).

Obecně rozlišujeme dva typy bariér v komunikaci a to je interní a externí. Interní bariéry vyplývají ze schopnosti a dovednosti jedince, zaměřuje se na jeho prožívání a na zdravotní stav. Mezi interní bariéry řadíme obavy z neúspěchu, negativní emoce například strach a zlost, bariéry postoje, nepřipravenost nebo nemoc. Externí bariéry jsou dány zevním prostředím. Patří mezi ně vyrušení jinou osobou, vizuální rozptylování, ruch z okolí, neschopnost naslouchání nebo komunikační zahlcení. Komunikační bariera může vzniknout i v případě, kdy se stane senior neoblíbeným pacientem. Moc se to nezmiňuje, ale každá sestra ví, že někdo patří mezi ty oblíbené a naopak někdo mezi ty méně oblíbené. Je to normální, ale nesmíme to dát najevo nebo zanedbávat péči o seniora jen díky tomu, že patří mezi ty neoblíbené. Komunikace by měla splňovat správnou strukturu jak u seniora oblíbeného, neoblíbeného, tak i u vysoce postaveného. U dalšího dělení máme několik příkladů, kdy může nastat problém a to například tehdy, kdy senior má poškozené zrakové funkce nebo poškození sluchu. Mezi další problémy patří potíže s orientací a zmateností, poruchy řeči a poruchy, které vzniknou jako následek cévní mozkové příhody. Jednodušší dělení zohledňuje změny psychických funkcí a kognitivní oblasti, anatomické a fyziologické změny v průběhu stárnutí nebo taky změny v oblasti životní orientace, kreativity a emocionální oblasti (Pokorná, 2010).

V případě komunikaci se seniorem, se řídíme 10 pravidly. První popisuje to, že seniora oslovujeme jménem nebo titulem. Oslovení „babi“ nebo „dědo“ jsou ponižující a senioři je nevyžadují. V druhém bodě se zmiňuje, že zdětinšťování starého člověka neprovádíme za žádných okolností. Myslíme na to, že senior je dospělý člověk a ne dítě. Ani pokud trpí demencí, není tohle oslovení na místě, volíme spíše body a události, které si pamatuje. Ve třetím bodě, je popsáno, že při komunikaci se seniory a při jejich ošetřování chráníme důstojnost. Pozorujeme pacienta a snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů. Do čtvrtého bodu patří, že respektujeme zpomalení seniora a snažíme se chránit před časovým stresem, počítáme s tím a vymežíme

si více času při ošetřování. Zpomalení psychomotorického tempa a zhoršenou pohyblivost do tohoto bodu také zařazujeme. Pátý bod říká, že pokud sdělujeme složitější nebo zvláště důležité termíny, do kterých řadíme například termíny vyšetření, přípravu na ně nebo užívání léků, musíme je několikrát zdůraznit, napíšeme na papír nebo zvýrazníme v lékařské zprávě, kterou lékař poskytne. V rámci šestého bodu je zdůrazněno, že musíme aktivně a taktně ověřit, zda senior netrpí poruchou sluchu a zraku. Po vyhodnocení uzpůsobíme komunikaci tak, aby byla úspěšná. Sedmý bod vysvětluje, že k usnadnění komunikace je důležité být v zorném poli seniora, mluvíme tak, aby to bylo pro něj srozumitelné, udržujeme oční kontakt. Pokud během komunikace zjistíme pochybnosti, ověříme správné využití pomůcek. Další bod popisuje, že bez ověření nedoslýchavosti hlas nezesilujeme. Musíme si uvědomit, že ve stáří se sluch zhoršuje a pokud sdělujeme nějakou důležitou, ale i jakoukoliv informaci, dáváme pozor na hluk v okolí, například nepřekřikujeme jiný hovor nebo jiný hluk a naopak se ho snažíme odstranit. Devátý bod, se zaměřuje na dopomoc při pohybu, kterou nevnučujeme a umožníme používání opěrných pomůcek, mezi které patří hole a chodítka. V posledním bodě je třeba dbát na podporu soběstačnosti pacienta, nikoliv předčasně předpokládat její ztrátu a tím způsobenou imobilizaci. (VZP, 2022).

Každý nemocný, který trpí nějakými příznaky nemoci, má na začátku svých potíží nejen obtíže a bolesti, ale také obavy a strach. Dokud nenavštíví svého lékaře, mají v sobě naději, že to není tak hrozné a brzy to přejde. V momentě, kdy to přeroste v nesnesitelné příznaky a nemocný jde k lékaři, má v sobě obavy a strach, ale pořád malou naději na to, že to není nic tak hrozného. Věří, že mu nejen bude poskytnuta úleva, ale že se v krátkém časovém úseku uzdraví a vrátí se k životu, který prožíval před nemocí (Haškovcová, Pavlicová, 2013).

Při běžné komunikaci sestry se seniorem sestra nemusí řešit žádné obtížné situace a budou jí stačit základní instrumenty a to je vlídnost a snaha nemocnému pomoci a vyslechnout ho. V průběhu komunikace musí rozlišit komunikační roviny. Dává si pozor na to, jak se chová, jak si myslí, že se chová a jak její chování hodnotí okolí. Sestra by měla naslouchat nemocnému, který ji v ten moment pozoruje, a když vidí, že mu naslouchá, buduje si k ní důvěru. Sestra, pokud naslouchá, poté dokáže přijít na aktuální potřebu seniora. Pokud se tak nepodaří, dochází k nedorozumění a to poměrně často (Haškovcová, Pavlicová, 2013).

3.1 Překážky v komunikaci se seniory

Překážky mohou být všeobecného rázu a týkají se jak komunikující sestry, tak i seniora se kterým právě komunikuje. Máme vnější a vnitřní vlivy, mezi které patří i sdělování příliš tichým hlasem, kdy je příčinou praktická překážka. Další překážka je jazyková, která je dána nesrozumitelností, příliš velkou rychlostí, kdy si senior nestíhá uvědomit, co sestra říká nebo mluvení v dlouhých větách s množstvím důležitých informací. Do této překážky zařazujeme, že sestra mluví jiným mateřským jazykem jako senior. Pokud nejsme my ani senior emotivně naladěni, stane se to, že soustředěnost klesá. Velkou roli hrají fyzické překážky, do kterých patří bolesti, únava, nedostatek spánku nebo smyslovými poruchami (Zacharová, 2016)

Z pohledu sestry se vyskytují překážky, mezi které řadíme nejasné a nepřesné informace, postoje a názory, polopravdivé informace, únik od tématu nebo vyhýbání se určité problematice. Problém vznikne tehdy, pokud se vzájemně mezi sebou neposlouchají a mají takzvanou dvoukolejnost v komunikaci. Dále je v komunikaci překážka, když sestra v komunikaci manipuluje a strká do kouta nebo se dokonce vysmívá, mluví v dvojsmyslech nebo seniora uráží. Další překážkou v komunikačním procesu je neochota vyslechnout seniora. Zařadíme sem i to, že na něj nemá dost času nebo to, že mu vnucuje vlastní návody na řešení problému, o které mnohdy senior ani nestojí. Bezobsažná komunikace dává najevo, že sestra neví a neposlouchá seniora, co vykládá nebo jaký problém má. To u něj může vyvolat lhostejnost, uzavřenost a poté dochází k tomu, že přestává se zdravotníky spolupracovat. Často nastává chvíle, kdy senior nechce komunikovat ze strany své a to v případě, že nemůže, nechce nebo neumí. Pod pojmem „neumí“ si můžeme představit, že může být senior cizinec a naši řeč neumí, tudíž nám ani nerozumí, co mu říkáme. Když se nám naskytne situace, kdy senior nechce komunikovat, může to být z důvodu bolesti, strachu, úzkosti, únavy, ale taky hraje roli nedůvěra k sestře, hospitalismus, narušená komunikační schopnost – koktavost. Pokud sestra zvládne tuhle překážku, posunuje ji to celkově v komunikaci dál, pacient v ní má důvěru (Zacharová, 2016).

Abychom mohli vnímat zvuky z okolí, potřebujeme mít sluch. Sluch nám umožňuje mezi sebou komunikovat a vnímat okolní svět. Pro lidi, kteří dobře slyší je nepředstavitelné, že někdo slyší hůře nebo vůbec. Umíme si sami představit, když občas něco neslyšíme, když někdo mluví potichu nebo mluví nesrozumitelně, jak je to pro nás stresující a naštveme se. Tito lidé, ale zůstanou navždy neslyšící nebo se jim stárím nebo nějakým jiným faktorem

začne sluch zhoršovat. Lidi s poruchou sluchu rozdělujeme na nedoslýchavé, se zbytky sluchu a na neslyšící. Senior, pokud ztratí sluch v průběhu života nebo vlivem stáří, tak se s postupnou ztrátou špatně vyrovnává. Stává se, že to co mu bylo sděleno, nepochopí ve správném kontextu, protože odpověď neslyšel nebo ji neslyšel celou, protože nedoslýchá. Dochází pak k nedorozumění nebo dokonce ke konfliktu, kterému můžeme předejít a to tím, že mu položíme otázku, která bude vyžadovat zpětnou vazbu. Máme zásady, které nám umožňují v několika bodech vždy připomenout, jak máme s těmito seniory mluvit. Musíme mluvit přirozeně a pomalu, čelem k neslyšícímu, nesmíme jíst, pít, kouřit nebo žvýkat, jelikož potom není jasné, zda žvýkáme nějaké jídlo nebo mluvíme. Vyhnout bychom se měli podpírání brady, dávání rukou před pusou nebo dávání jiných předmětů přes pusou jako například šátek, rouška a tak dále. Hlasitost rozhovoru by neměla příliš vysoká, protože se senior může rozzlobit, ale taky ne moc slabá, protože to potom nic neuslyší. Vybereme si stranu, kde lépe slyší a tam mluvíme přiměřeným tónem. Předem minimalizujeme všechny ruchy, aby byl v místnosti klid a žádný hluk neodváděl pozornost seniora. Vždy mluví jen jeden a vzájemně se nikdo nepřekřikuje, mluvíme z očí do očí. Co je ale nejdůležitější, je trpělivost, bez které se komunikace se seniorem neobejde. Pokud chceme oslovit seniora nebo člověka se sluchovým postižením, dáváme si pozor na dotek ze zadu, který v něj vyvolá leknutí, podráždění a až nahněvanou reakci. Pokud zahajujeme konverzaci dotykem, máme dva způsoby, jak to provedeme. První je, že pokud pacienta známe, dotýkáme se ho v oblasti vnějšího stehna. Druhý je, že pokud ho neznáme, dotýkáme se v oblasti ramene a horní části paže (Kalábová, 2013).

Pokud se narodíme se slepotou, dokážeme s tím žít, ale pokud přijdeme během života o zrak je to těžké se tomu přizpůsobit, ale záleží v jaké míře poškození je. Zrak jako takový se významně podílí na naší představě. Máme škálu, která rozděluje závažnost forem očních vad a to od lehčích forem, přes znevýhodnění se zbytky zraku až k nevidomým. Pokud nemáme nějaký ze smyslů, vždy to kompenzujeme jiným. Například u slepoty kompenzujeme zvýšeným sluchovým a hmatovým vnímáním. Zrakové znevýhodnění se projeví v oblastech zrakového vnímání a to je zraková ostrost, schopnost vnímat za různého osvětlení, zorné pole nebo barvocit (Venglářová, Mahrová, 2006).

I tady máme zásady, které se při komunikaci se seniory s poruchou zraku musí dodržovat. Pokud nám senior vejde do místnosti, je důležité, abychom se mu představili, kdo jsme a nejlépe to spojili s pevným dotykem na rameno či loket, dokáže se tak lépe orientovat, kde stojíte. Musíme použít přesné výrazy, pokud chceme, aby něco udělal. Pokud děláme

nějaký ambulantní výkon, musíme mu do detailu popsat, co děláme, protože jiní to vidí, ale on si to třeba nedokáže ani představit. Klademe na to důraz zvláště u výkonu, který se mu ještě nikdy nedělal. Pokud je to možné, nechte ohmatat předmět, se kterým budeme výkon provádět, pacient se uklidní. Vždy mluvíme narovinu a komunikujeme se seniorem s poruchou zraku a ne s jeho doprovodem, je přece taky člověk, ale o svůj zrak přišel nebo pomalu přichází. Projevovat soucit v nadměře není na místě. Pokud potřebujete odejít, informujte ho o tom a rozlučte se dotykem jako při příchodu. Nesmíme zapomenout zapojit další zachované smysly a použít například Braillovo písmo (Klevetová, 2017).

Další z častých překážek v komunikaci se seniory je demence. Demence snižuje některé z kognitivních funkcí nebo je úplně vyřadí. Pokud k nám takový senior přichází, volíme takový přístup, který určíme podle stupně projevů. Převážně v nich zůstávají silné vzpomínky a emoční prožitky, které se stále opakují. Informace, které má, jsou spojeny s pocitem, který už dříve prožil a pokud přijde nějaká podobná situace, reaguje na ni stejně emočně, ačkoliv si tuto souvislost neuvědomuje. Existují určité zásady komunikace se seniory s demencí. Nejdříve bychom měli zjistit informace o stupni a typu demence. Oslovujeme je tak, jak jsou zvyklí, někteří vyžadují, aby byli oslovováni svými tituly, dosaženými pracovními i společenskými úspěchy. Mluvíme v jednoduchých větách, srozumitelně a v pomalejším tempu, používáme hlubší hlas, protože je účinný a ohleduplný. Vyvarujeme se vychrlení informací a informace dávkujeme postupně a vždy by měl pacient do ambulance chodit s doprovodem, aby nedošlo k záměně informací a také z důvodu kontroly pacienta. Pokud děláme nějaký výkon, vše řádně vysvětlíme a zároveň opakujeme, kde se senior nachází a jaké je aktuálně datum. Dáváme nemocnému čas na vyjádření, i když třeba výkon odmítá. Musíme se vyhýbat otázkám typu: „Co děláte?“, „Zapomněl jste...“, „Už jsem vám to říkala...“. Musíme se také přizpůsobit rozhovoru, i když se může zdát nesmyslný. Hlavně na pacienta nesmíme křičet, musíme si uvědomit, že pokud má senior demenci, tak za to nemůže, takže trpělivost je na prvním místě. Tento přístup není otázkou pouze komunikace s pacientem s demencí, ale je to tak obecně s přístupem ke každému člověku a hlavně k seniorům. Potřebují specifický přístup, ale musíme dbát na to, aby v nich nevznikl pocit, že se s nimi zachází jako s dětmi, jsou dospělí lidé a na to nesmíme zapomínat (Klevetová, 2017).

3.2 Analýza slovní komunikace

Komunikace jako taková tvoří podstatnou část sociálního života člověka. Při analýze konverzace bychom se měli zaměřit na to, v jakém prostředí se člověk rozhodne začít rozhovor. Taky vnímáme, co říká nebo jak mluví, jakou má intonaci hlasu a s kým mluví. Dále si všímáme, zda konverzace, kterou používá, je podobná komunikaci s různými lidmi v různých prostředích, jestli se časem proměňuje a jestli náhodou konverzace něco nemaskuje nebo se nesnaží odvádět pozornost od jiných obsahů. Zaměřujeme se také na to, jestli se díky komunikaci rozvíjí vztah nebo konverzace mezi jedinci nebo jestli chce jedinec udělat konverzaci na někoho dojem. Může nás ale taky zajímat i další souvislosti a to třeba jaký má dotyčný humor, co plní nebo signalizuje, ale taky typ a význam narážek, které senior používá. Tato analýza se zabývá tím, jak zkoumat každodenní konverzaci, ale měli bychom dávat také zřetel na tuto analýzu, jelikož mnohdy do ambulance chodí pravidelně, například každý den nebo každý týden. Je potřeba vnímat komunikaci, abychom případně odhalili změny a mohli je dále řešit (Vybíral, 2009).

Analýza komunikační události, kdy promluvu vytváříme ve třech úrovních, které jsou v souladu s pravidly jazyka, se záměrem, který máme, s odhadovaným účinkem, které jsou zaměřovány na konkrétního příjemce. Schéma komunikační výměny poukazuje, jak osoba, která nám něco sděluje, čerpá z hlubších vrstev psychiky, naopak poukazuje na příjemce, jak ukládá to, co slyšela. Mohou nastat případy, kdy příjemce sice slyší, ale nevnímá toho druhého, přejde na jiné myšlenky, bohužel osoba, která sděluje svůj problém, to vycítí a v konverzaci už nepokračuje. Dále může nastat situace, kdy příjemce sice vnímá, ale nepřemýšlí o smyslu toho, co mu senior sděluje. Může nastat situace, kdy slyšené končí na rovině, kdy příjemce pochopil smysl konverzace nebo problém podle svého, ale už nepátrá po tom, jak to druhý jedinec myslel (Vybíral, 2009).

3.3 Zvládání problémových situací se seniory

Máme automatické myšlenky, které vychází z naší myšlenkové představy. Tyto myšlenky, jsou vyvolány naší emocí a podle toho jak jsme emočně laděni, dáváme do naší odpovědi určitý náboj. U komunikace se seniorem nebo i s jiným člověkem, má každý své automatické myšlenky a proto často dochází ke konfliktu. Každý hájí svůj názor, postoj i myšlenky. Problém může vzniknout i tehdy, kdy celkově zdravotníci kritizují a nevhodně hodnotí způsob jednání a chování seniorů. Jsou svým způsobem sobečtí a mají svou představu nabízeného řešení, které ale nemusí být vhodné pro všechny a ne každý člověk ji

přijme. Dále při konfliktu vzniká komunikační nesoulad a nepochopení, kdy ani jeden z účastníků komunikace nezná příčinu, proč se to stalo nebo proč to došlo až sem. Důležité je, abychom při práci se seniory nezapomněli na to, že jako jiný dospělý člověk má stejná práva, pouze v některých situacích může pomaleji reagovat, ale nikdy to není důvod k tomu, aby naše reakce byla zbytečně přeháněna. Automatická myšlenka je sice ovlivněna tím, jak se cítíme, ale při práci s lidmi bychom se měli naučit tyto myšlenky ovládat nebo je nepřehánět. Senior má ve zvyku se na vše ptát několikrát nebo naopak se nezeptat vůbec proto, aby nevznikla problémová situace. Je vhodné využití neverbálních prvků. V tento moment budeme mít alespoň jistotu v tom, že senior nic nezapomene a nebude se několikrát opakovat nebo to, na co se nezeptal, může vyhledat například v letáčku nebo z informací, které mu napíšeme na papír, či zvýrazníme v lékařské zprávě (Klevetová, 2017).

Při komunikaci se seniory máme určité zlovyky, které nemusí být pro seniora tak příjemné, jak si myslíme. Často odsuzujeme způsob chování a nevěnujeme pozornost tomu, co senior dělá, zbytečně ho potom okřikujeme nebo ho opravujeme v tom, co měl a neměl říkat. Zní to výhrůžně a senior se nám potom může zcela uzavřít. Dále ubezpečujeme, že se nic neděje, že například náš výkon ho bolet nebude. Ač to může být myšleno v dobrém slova smyslu, stává se, že u seniora může být navozen pocit samoty nebo ohrožení bezpečí. Pokud nadměrně používáme slovo „ne“, vzbuzuje to odpor a obranu vůči zdravotníkům. Důležité je vycítit situaci, kdy senior pomoc opravdu potřebuje. Pokud hledáme a řešíme problém, který není, vyvoláme tak zlost a smutek. Neměli bychom moralizovat a kritizovat způsob reakcí seniora. Toto všechno bychom dělat neměli z důvodu získání důvěry seniora. Když se nám senior otevře, lépe se nám s ním spolupracuje a můžeme ho lépe pochopit. Pokud neznáme odpověď na položenou otázku, vždy je lepší uznat svou chybu, protože nikdo není dokonalý a máme právo neznat odpověď. Co bychom tedy měli dělat, aby byla naše komunikace správná? Je to jednoduché, postačuje, abychom se zájmem naslouchali tomu, co senior skutečně říká, nehodnotili jej a ani nekritizovali nebo dokonce nekáráli. Je třeba si uvědomit, že pokud je senior nemocný, tak se nezlobí na nás, ale na situaci, která nastala. Měli bychom se naučit bez agrese odpovídat a nestydět se vyjádřit své kladné i záporné pocity. Také je důležité si umět odpočinout, vyčistit si hlavu, ať se náš negativní stav poté neodráží v naší práci, jelikož by se nikomu nelíbilo, kdyby se k němu, ať už jakýkoliv člověk, choval zle (Klevetová, 2017).

Mezi problémové situace patří i to, když k nám do ambulance přijde agresivní senior. Projevuje se tak, že při komunikaci s námi zvyšuje hlas, vidíme celkový tělesný neklid, mává rukama, kritizuje nás a obviňuje nás. Agresivita je spojena s emocemi, které jsou velmi silné, důvodem může být to, že chrání sami sebe. Pokud je na nás senior agresivní, tak se může stát, že si vyhodnotí, že našim chováním ohrožuje jeho potřeby. Agresivita je motivována hněvem, proto je důležité hněv zastavit, aby nedošlo k agresivnímu chování. Reagovat bychom neměli další agresivitou, to agresivitu jen stupňuje a dostali bychom se do začarovaného kruhu. Co taktéž nesmíme, je seniora uklidňovat svými protiargumenty, jelikož má potom stejnou reakci, jako kdybychom na něj křičeli. Pod vlivem emocí není totiž schopen vnímat a vyhodnocovat to, co mu říkáme. Další věci, které bychom mu neměli říkat, protože taktéž nepomůžou, je například to, že ho budeme napomínat za své chování, protirečit si a vyvracet jeho důvody, odmítat pocity které má. Toto jednání je nevhodné a neoprávněné. Reagovat musíme tak, abychom seniora uklidnili a to například tím, že ho necháme, aby vyjádřil svůj názor a hněv, který právě má. Dáváme mu najevo, že se mu snažíme porozumět, porozumět jeho důvodům, tomu, s čím byli hněv i agrese spojeny, co je vyvolalo. Reagujeme empaticky a hlavně s porozuměním. Pokud tohle všechno pomůže, můžeme přejít ke konverzaci, která se týká tématu, které ho rozčílilo, snažíme se najít řešení, které by mu nejvíce vyhovovalo a problém vyřešit (Bednařík, Andrášiová, 2020).

3.4 Chyby při komunikaci se seniorem

Žádná komunikace není stoprocentně bezchybná a to jak u seniorů, tak i u jiných věkových kategorií. Starý člověk ale ne vždy dokáže rozpoznat nebo se dokonce adekvátně bránit odchylkám od normy v komunikačním stylu nebo je identifikovat. Jedna z možností je, že se může vyskytovat komunikační manipulace, kdy se jedná zároveň kontraproduktivní komunikaci, která je charakterizována tím, že tento typ komunikace nevede k vzájemnému porozumění. V této komunikaci dochází ke kognitivní a emocionální manipulaci, používá se odborná terminologie nebo názvy, které dříve mohly mít odlišný význam než dnes. Nejdůležitější je tedy to, že pokud vedeme rozhovor se seniorem, musíme mu to říci tak, aby dané informace rozuměl správným způsobem a ne zkresleným. Další chyba, kterou děláme při rozhovoru, je takzvaná nedostatečná autenticita sdělení, což znamená odlišnost mezi verbálními a neverbálními prvky komunikace. Ne vždy to, co říkáme, vyzní tak, jak to myslíme. Senior si všímá verbálních i neverbálních projevů, které mohou vyznít opět

trochu jinak, než je myšleno. Musíme mluvit nahlas, aby nás senior slyšel, ale nesmíme to přehánět, aby nás vnímal (Pokorná, 2011).

Komunikace pacienta ve zdravotnických zařízeních, probíhá nejčastěji prostřednictvím zdravotní sestry, mnohdy se více svěří sestře než lékaři. Celkově se vyskytují problémy, které brání k další komunikaci nebo dokonce k důvěře mezi sestrou a seniorem. Patří mezi ně například nedostatek informací o léčbě, prevenci nebo alternativních způsobech léčby. Jednou z nejčastějších chyb v komunikaci bývá neprofesionalita zdravotnického personálu, která je vyjádřena například nesrozumitelností podaných informací, ochoty a zájmu vyslechnout nemocného nebo nevlídností mnohdy danou osobními problémy zdravotnického personálu. Jednání s pacientem je určitou formou dovednosti. Na základě míry zvládnutí této dovednosti poté pacient informuje své nejbližší, ale i širší okolí o daném zdravotnickém zařízení, z čehož poté vzniká pověst zdravotnického zařízení. Profesionalita a empatie sestry zásadním způsobem ovlivňuje formu pověsti. Je třeba s pacientem hovořit otevřeně, vést rovnocenný dialog a poskytovat dostatečné množství informací nejen o aktuálním stavu, ale také o možnostech prevence atd. (Zacharová, 2016).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

Pro tuto bakalářskou práci byla vybrána metoda kvantitativního šetření, která byla zpracována prostřednictvím dotazníku v elektronické formě. Otázky, které byly použity v dotazníku, jsou originálně zkonstruovány. Do dotazníku bylo zkonstruováno 26 otázek. První část se věnuje demografickým otázkám, mezi které patří pohlaví, věk, délka praxe ve zdravotnictví, nejvyšší dosažené vzdělání a druh ambulance, ve které sestra pracuje. Druhá část se zaměřuje na určení času s nejvyšší četností seniorů, také se zaměřuje na doprovod seniora při návštěvě ambulance. Třetí část je věnována komunikaci, komunikační strategii a uzpůsobení komunikace zdravotnického personálu se seniory se smyslovou vadou. Třetí část zkoumá, zda sestry mají dostatek informací o komunikaci se seniorem, zda se samy vzdělávají v této problematice a zda jim je umožněno absolvovat kurzy nebo další vzdělávání v oblasti této problematiky.

4.1 Hlavní a dílčí cíle

Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda jsou sestry, které pracují v ambulantním režimu, informovány o metodách komunikace se seniorem.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit specifika v komunikaci se seniorem

Dílčí cíl č. 2: Zjistit druhy technik při komunikaci se seniorem

Dílčí cíl č. 3: Zjistit postupy při komunikaci se seniorem, který trpí smyslovou vadou

4.2 Výzkumný soubor

Dotazník byl vytvořen pomocí online aplikace Survio. Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na respondenty, sestry, které pracují v ambulantním režimu, kde se senioři vyskytují. Dotazníkové šetření probíhalo 3 týdny a bylo poskytováno prostřednictvím skupin sester, které jsou vytvořeny v internetové službě Facebook. Dále byl dotazník rozeslán cíleně sestrám, které v ambulantním režimu pracují. Celkem bylo sesbíráno 103 dotazníků, žádný dotazník nebyl vyřazen. Získaná data z kvantitativního výzkumu byla zpracována v Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word. Tabulky a grafy byly popsány v Microsoft Office Excel a následně vloženy do bakalářské práce.

4.3 Charakteristiky výzkumného souboru

Otázka č. 1: Jste?

Tabulka 1 Četnosti pohlaví respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	7	6,8 %
Žena	96	93,2 %
Celkem	103	100 %

Komentář: Z grafu č. 1, můžeme vidět, že většina respondentů jsou ženy. Z celkového počtu respondentů což je 103, bylo 96 žen (tj. 93,2 %) a 7 mužů (tj. 6,8 %).

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tabulka 2 Věk respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
19-30	43	41,7 %
31-40	28	27,2 %
41-50	17	16,5 %
51-60	15	14,6 %
60 a více	0	0 %
Celkem	103	100 %

Komentář: Z celkového počtu respondentů jich nejvíce uvedlo věk v rozmezí 19-30, bylo to celkem 43 respondentů (tj. 41,7 %), věk 31-40 let uvedlo 28 respondentů (tj. 27,2 %), ve věku 41-50 let bylo 17 respondentů a věk v rozmezí 51-60 let uvedlo 15 respondentů. Věk 60 a více let neuvedl žádný z respondentů.

Otázka č. 3: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka 3 Délka praxe ve zdravotnictví

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně, než 5 let	29	28,2 %
6-10	28	27,2 %
11-15	20	19,4 %
16-20	12	11,7 %
21 a více	14	13,6 %
Celkem	103	100 %

Komentář: V grafu č. 3 můžeme vidět, že nejvíce respondentů uvedlo délku praxe ve zdravotnictví méně než 5 let a to 29 (tj. 28,2 %), o jednoho respondenta méně odpovědělo,

že jeho délka praxe je 6-10 let, celkem šlo o 28 respondentů (tj. 27,2 %). Dále zde vidíme, že praxi 11-15 let mělo 20 respondentů (tj. 19,4 %), 21 a více let praxe uvedlo 14 respondentů (tj. 13,6 %) a nejméně respondentů odpovědělo, že jejich délka praxe je 16-20 let, celkem šlo o 12 respondentů (tj. 11,7 %).

Otázka č. 4: Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 4 Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední zdravotnická škola	30	29,1 %
Vyšší odborná zdravotnická škola	30	29,1 %
Vysoká škola (Bc.)	36	35 %
Vysoká škola (Mgr.)	7	6,8 %
Celkem	103	100 %

Komentář: Z grafu č. 4 můžeme vyčíst, že nejvíce respondentů uvedlo jako jejich nejvyšší dosažené vzdělání vysokou školu, zakončenou titulem Bc. a to 36 respondentů (tj. 35 %). Stejný počet respondentů uvedl, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je střední zdravotnická škola nebo vyšší odborná zdravotnická škola a to shodně 30 respondentů v obou případech (tj. 29,1 %). Nejméně respondentů uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání vysokou školu, zakončenou titulem Mgr. a to 7 respondentů (tj. 6,8 %).

Otázka č. 5: V jaké ambulanci pracujete?

Tabulka 5 Druh ambulance

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ambulance praktického lékaře	26	25,2 %
Interní ambulance	29	28,2 %
Chirurgická ambulance	22	21,4 %
Ortopedická ambulance	4	3,9 %
Oční ambulance	6	5,8 %
Jiné	16	15,5 %
Celkem	103	100 %

Komentář: Největší počet respondentů uvedl, že pracuje v interní ambulanci a to 29 respondentů (tj. 28,2 %), dále odpovědělo 26 (tj. 25,2 %) respondentů, že pracuje v ambulanci praktického lékaře, 22 (tj. 21,4 %) respondentů odpovědělo, že pracuje v chirurgické ambulanci. Nejméně respondentů uvedlo, že pracuje v ortopedické

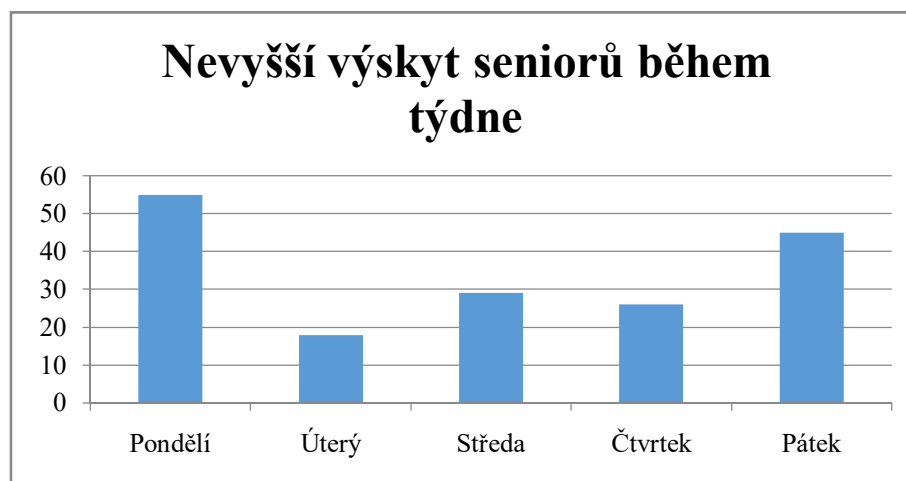
ambulanci a to 4 respondenti (tj. 3,9 %) a v oční ambulanci a to 6 respondentů (tj. 5,8 %). 16 respondentů uvedlo jako odpověď jiné: 4 z nich pracují v kardiologické ambulanci, po dvou respondentech uvádělo, že pracují v diabetologické ambulanci, revmatologické ambulanci, plicní ambulanci a neurologické ambulanci a po jednom respondentovi pracuje v gynekologické ambulanci, dermatovenerologické ambulanci, zubní ambulanci a traumatologické ambulanci.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝZKUMU

Otázka č. 6: Ve které dny zaznamenáváte nejvyšší výskyt seniorů ve Vaší ambulanci?

Tabulka 6 Nejvyšší výskyt seniorů během týdne

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pondělí	55	31,8 %
Úterý	18	10,4 %
Středa	29	16,8 %
Čtvrtek	26	15 %
Pátek	45	26 %
Celkem	103	100 %



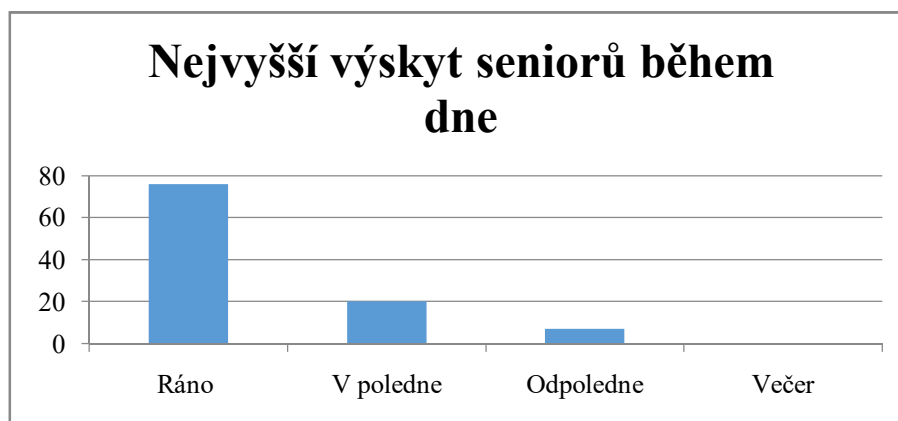
Graf 1 Nejvyšší výskyt seniorů během týdne

Komentář: Na tuto otázku bylo umožněno respondentům vybrat více odpovědí. Graf č. 1 ukazuje, že nejvyšší výskyt seniorů bývá obvykle v pondělí, uvedlo tak 55 (tj. 31,8%) respondentů, dále se více senioři v ambulancích vyskytují v pátek, odpovědělo tak 45 (tj. 26%) respondentů. Naopak nejméně respondentů odpovědělo, že se senioři vyskytují v ambulancích hlavně v úterý, odpovědělo tak 18 (tj. 10,4%) respondentů. 29 (tj. 16,8%) respondentů uvedlo, že nejvíce seniorů se vyskytuje v ambulancích ve středu a 26 (tj. 15%) respondentů uvedlo nejvyšší výskyt seniorů ve čtvrtek.

Otázka č. 7: Ve kterých hodinách se senioři nejvíce vyskytují, ve Vaší ambulanci?

Tabulka 7 Nejvyšší výskyt seniorů během dne

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ráno	76	73,8 %
V poledne	20	19,4 %
Odpoledne	7	6,8 %
Večer	0	0 %
Celkem	103	100 %



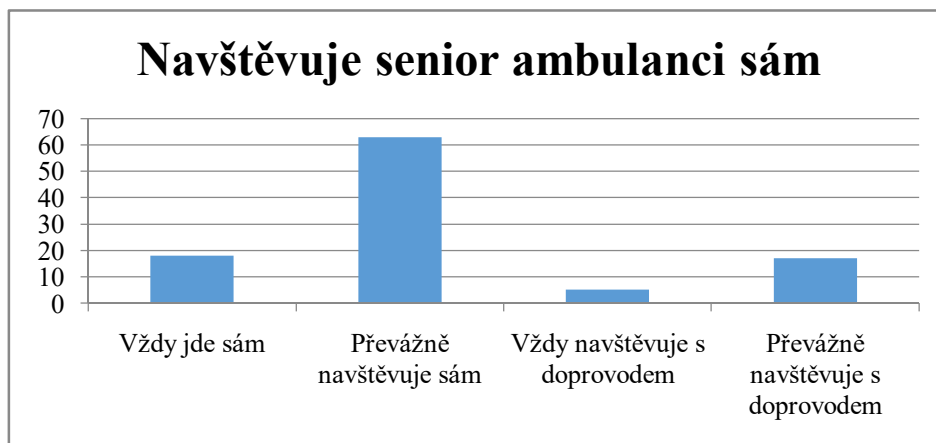
Graf 2 Nejvyšší výskyt seniorů během dne

Komentář: Z grafu č. 2 můžeme vyčíst, že nejvyšší výskyt seniorů během dne je ráno, uvedlo tak 76 (tj. 73,8 %) respondentů. 20 (tj. 19,4 %) respondentů uvedlo, že výskyt seniorů je nejvyšší v poledne a 7 (tj. 6,8 %) odpoledne. Žádný z respondentů neuvedl, že nejvyšší výskyt je večer.

Otázka č. 8: Navštěvuje senior ambulanci sám nebo má s sebou doprovod?

Tabulka 8 Navštěvuje senior ambulanci sám

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vždy jde sám	18	17,5 %
Převážně navštěvuje sám	63	61,2 %
Vždy navštěvuje s doprovodem	5	4,9 %
Převážně navštěvuje s doprovodem	17	16,5 %
Celkem	103	100 %



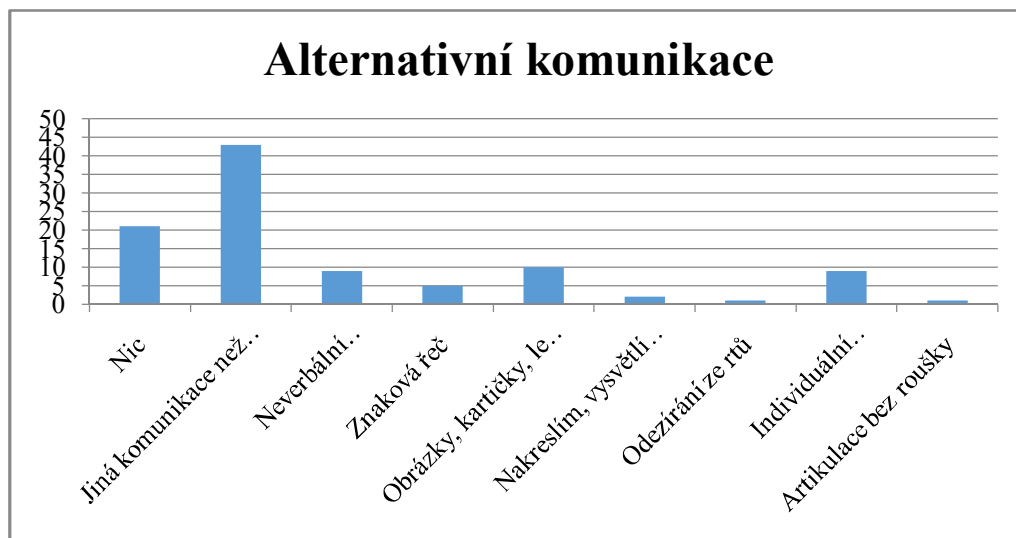
Graf 3 Navštěvuje senior ambulanci sám

Komentář: Celkem 63 (tj. 61,2 %) respondentů uvedlo, že senior navštěvuje ambulanci převážně sám. 18 (tj. 17,5 %) respondentů uvedlo, že senior jde vždy sám a 17 (tj. 16,5 %), že ambulanci navštěvuje převážně s doprovodem. Nejméně respondentů uvedlo, že senior ambulanci navštěvuje vždy s doprovodem a to 5 (tj. 4,9 %).

Otázka č. 9: Co si vybavíte pod pojmem alternativní komunikace?

Tabulka 9 Alternativní komunikace

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nic	21	20,4 %
Jiná komunikace, než verbální	43	41,7 %
Neverbální komunikace	9	8,7 %
Znaková řeč	5	4,9 %
Obrázky, kartičky, letáčky	10	9,7 %
Nakreslím, vysvětlím, rukama, mimikou	2	1,9 %
Odezírání ze rtů	1	1 %
Individuální komunikace	9	8,7 %
Artikulace bez roušky	1	1 %
Celkem	103	100 %



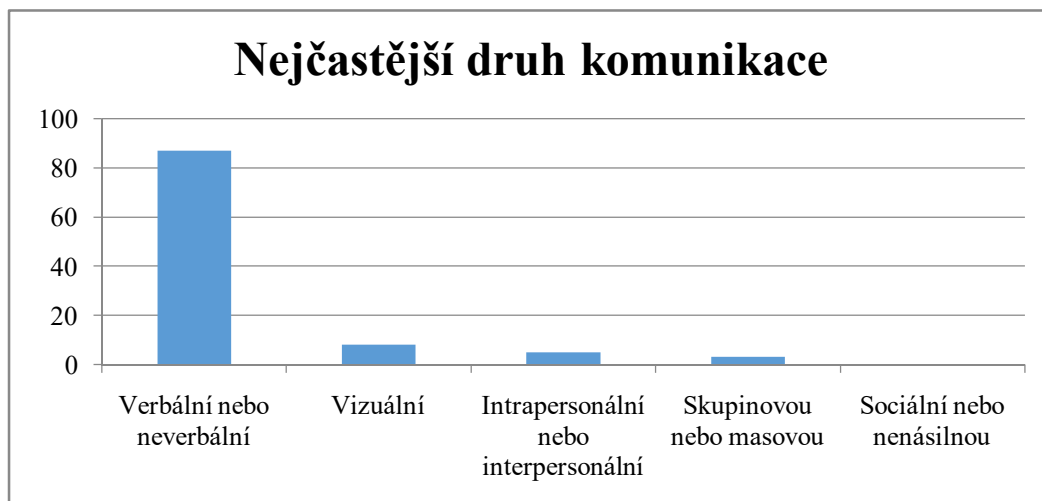
Graf 4 Alternativní komunikace

Komentář: Tato otázka se zaměřovala na alternativní komunikaci, respondenti odpovídali formou otevřené odpovědi. Na základě podobnosti sesbíraných odpovědí byla vytvořena tabulka výše uvedených referenčních odpovědí. Nejvíce respondentů, 43 (tj. 41,7 %), uvedlo, že si pod pojmem alternativní komunikace představuje jinou komunikaci, než verbální. Celkem 21 (tj. 20,4 %) respondentů uvedlo, že si nepředstavuje nic. 10 (tj. 9,7 %) respondentů uvedlo, že pod tímto pojmem si představuje využití obrázků, kartiček a letáčků. Dále 9 (tj. 8,7 %) respondentů uvedlo, že si myslí, že alternativní komunikace je neverbální komunikace a dalších 9 (tj. 8,7 %) si myslí, že je to individuální komunikace. 5 (tj. 4,9 %) respondentů odpovědělo, že za alternativní komunikaci považuje znakovou řeč. 2 (tj. 1,9 %) respondenti odpověděli, že jako alternativní komunikaci vnímají komunikaci nonverbální. Dvě odpovědi s nejmenším zastoupením byly artikulace bez roušky a znaková řeč, každou z nich si zvolil pouze jeden z respondentů (tj. 1 %).

Otázka č. 10: Jaký druh komunikace u seniorů nejčastěji používáte?

Tabulka 10 Nejčastější druh komunikace

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Verbální nebo neverbální	87	84,5 %
Vizuální	8	7,8 %
Intrapersonální nebo interpersonální	5	4,9 %
Skupinovou nebo masovou	3	2,9 %
Sociální nebo nenásilnou	0	0 %
Celkem	103	100 %



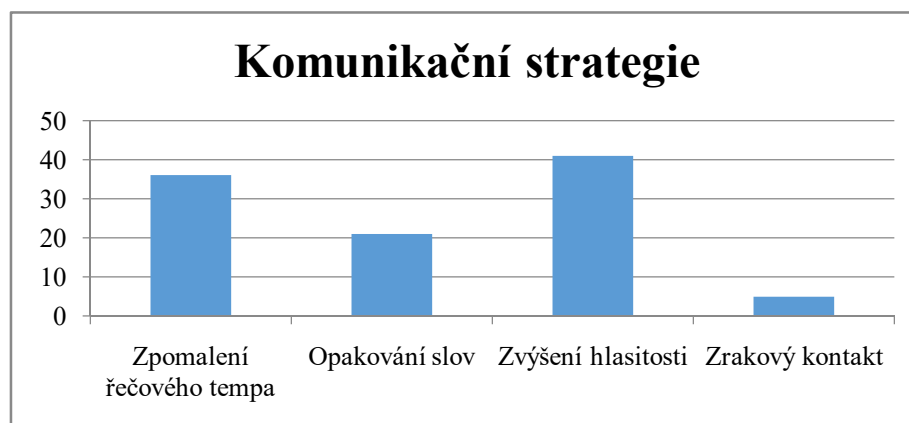
Graf 5 Nejčastější druh komunikace

Komentář: V grafu můžeme vidět, že nejvíce respondentů, 87 (tj. 84, 5 %), v komunikaci se seniory používá verbální nebo neverbální komunikaci, dále 8 (tj. 7,8 %) respondentů využívá vizuální komunikaci, 5 (tj. 4,9 %) respondentů označilo, že využívá intrapersonální nebo interpersonální komunikaci, 3 (tj. 2,9 %) respondenti uvedli, že používají komunikaci skupinovou nebo masovou. Žádný z respondentů neoznačil, že používá sociální nebo nenásilnou komunikaci.

Otázka č. 11: Jakou komunikační strategii využíváte během komunikace se seniorem?

Tabulka 11 Komunikační strategie

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zpomalení řečového tempa	36	35 %
Opakování slov	21	20,4 %
Zvýšení hlasitosti	41	39,8 %
Zrakový kontakt	5	4,9 %
Celkem	103	100 %



Graf 6 Komunikační strategie

Komentář: Z grafu č. 6 lze vyčíst, že respondenti nejvíce vybírali jako komunikační strategii zvýšení hlasitosti, bylo jich celkem 41 (tj. 39,8 %). 36 (tj. 35 %) respondentů označilo jako odpověď zpomalení řečového tempa, 21 (tj. 20,4 %) respondentů zvolilo opakování slov a nejméně, což bylo 5 (tj. 4,9 %) respondentů označilo jako komunikační strategii zrakový kontakt.

Otázka č. 12: Pokud k vám do ambulance přijde senior, snažíte se uzpůsobit druh komunikace tak, aby ji rozuměl?

Tabulka 12 Uzpůsobení druhu komunikace

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	98	95,1 %
Ne	2	4,9 %
Celkem	103	100 %



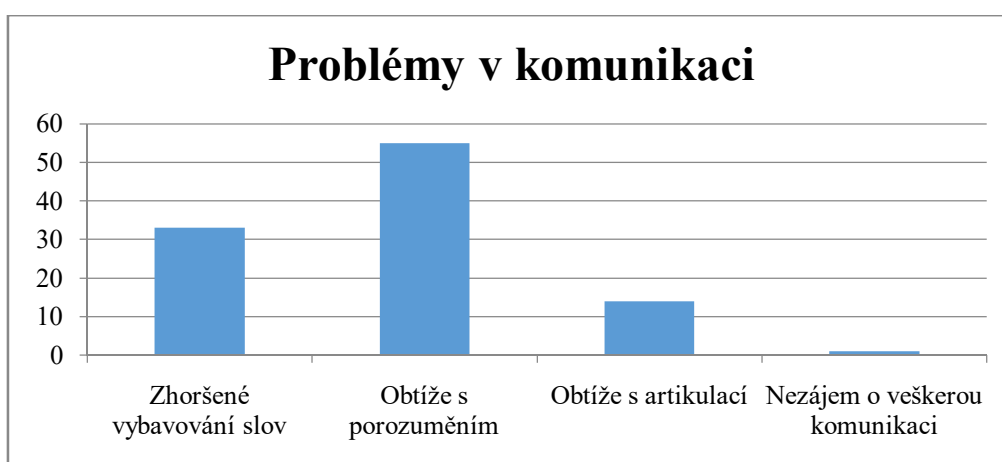
Graf 7 Uzpůsobení druhu komunikace

Komentář: Z grafu lze vyčíst, že nejvíce respondentů označilo jako odpověď, že se snaží uzpůsobit jejich druh komunikace se seniory, celkem jich tak odpovědělo 98 (tj. 95,1 %). Pouze 2 (tj. 4,9 %) respondenti odpověděli, že se nesnaží uzpůsobit svou komunikaci se seniory.

Otázka č. 13: Ve kterých oblastech mají senioři největší problémy?

Tabulka 13 Problémy v komunikaci

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zhoršené vybavování slov	33	32 %
Obtíže s porozuměním	55	53,4 %
Obtíže s artikulací	14	13,6 %
Nezájem o veškerou komunikaci	1	1 %
Celkem	103	100 %



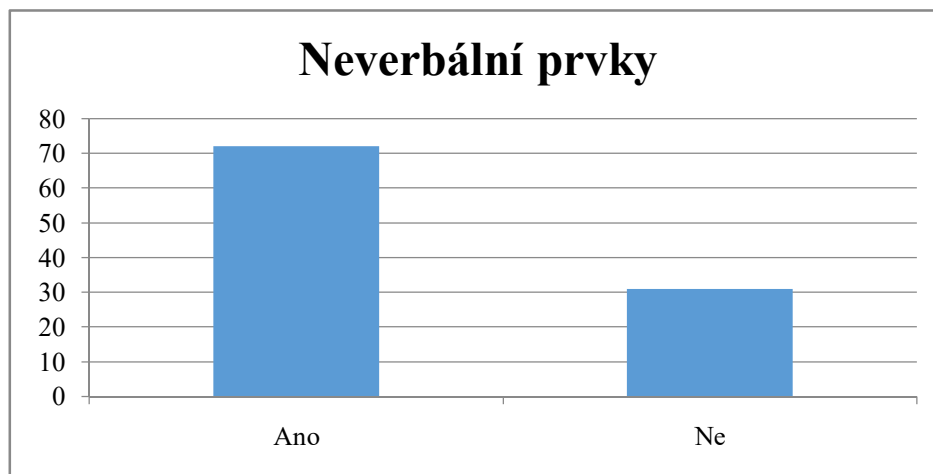
Graf 8 Problémy v komunikaci

Komentář: Celkem 55 (tj. 53,4 %) respondentů se domnívalo, že nejvíce mají senioři problém v oblasti porozumění, 33 (tj. 32 %) respondentů uvedlo, že nejvíce mají problém se zhoršením vybavování slov. Obtíže s artikulací zvolilo 14 (tj. 13,6 %) respondentů a pouze 1 (tj. 1 %) respondent si zvolil jako odpověď nezájem o veškerou komunikaci.

Otázka č. 14: Využíváte pro zkvalitnění komunikace se seniorem neverbální prvky?

Tabulka 14 Neverbální prvky

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	72	69,9 %
Ne	31	30,1 %
Celkem	103	100 %



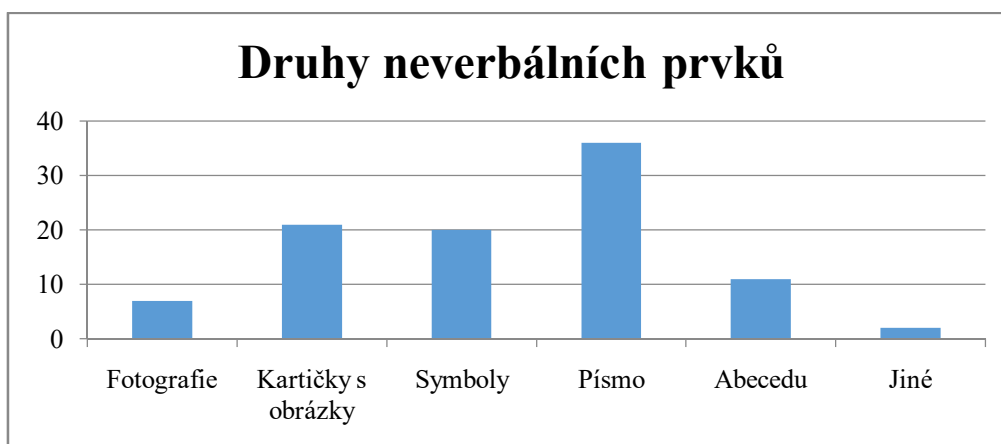
Graf 9 Neverbální prvky

Komentář: Tato otázka byla zaměřena na to, zda respondenti používají neverbální prvky v komunikaci. 72 (tj. 69,9 %) respondentů odpovědělo, že používají neverbální prvky a 31 (tj. 30,1 %) respondentů odpovědělo, že neverbální prvky nepoužívají.

Otázka č. 15: Pokud ano, vyberte, které neverbální prvky používáte?

Tabulka 15 Druhy neverbálních prvků

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fotografie	7	7,2 %
Kartičky s obrázky	21	21,6 %
Symboly	20	20,6 %
Písmo	36	37,1 %
Abecedu	11	11,3 %
Jiné	2	2,1 %
Celkem	97	99,9 %



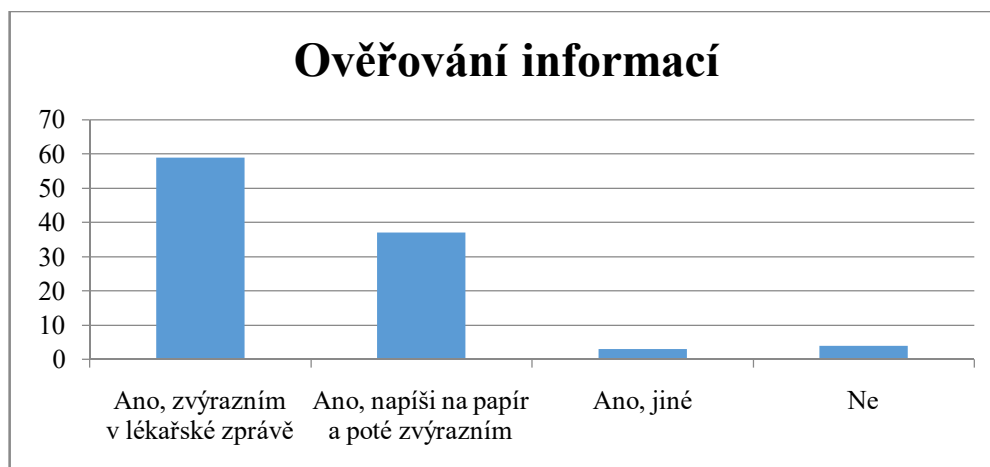
Graf 10 Druhy neverbálních prvků

Komentář: Tato otázka v dotazníku byla povinná jen pro ty respondenty, kteří odpověděli v předchozí otázce kladně („ano“). Respondenti v této otázce mohli zvolit i více než jednu odpověď. V největším množství případů respondenti uvedli, že používají jako neverbální prvek písmo, celkem 36 (tj. 37,1 %) odpovědí bylo označeno. Dále respondenti uvedli, že využívají kartičky s obrázky, celkem 21 (tj. 21,6 %) odpovědí bylo takto označeno. 20 (tj. 20,6 %) respondentů uvádí symboly. 11 (tj. 11,3 %) odpovědí bylo zaznamenáno u abecedy a 7 (tj. 7,2 %) odpovědí označovalo fotografie. Ve 2 (tj. 2,1%) byla označena možnost „jiné“. Mezi tyto odpovědi patřila jako první mimika, gesta a odezírání a druhá odpověď byla, že respondenti využívají letáky.

Otázka č. 16: Ověřujete si, že senior rozumí složitějším nebo zvláště důležitým informacím, např. termíny vyšetření, přípravu na vyšetření aj.? A jak?

Tabulka 16 Ověřování informací

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, zvýrazním v lékařské zprávě	59	57,3 %
Ano, napíši na papír a poté zvýrazním	37	35,9 %
Ano, jiné	3	2,9 %
Ne	4	3,9 %
Celkem	103	100 %



Graf 11 Ověřování informací

Komentář: 4 (tj. 3,9 %) respondenti odpověděli, že ověřování informací nevyužívají vůbec. Naopak 59 (tj. 57,3 %) respondentů uvedlo, že si ověří, zda senior všemu rozumí a poté mu zvýrazní důležité informace v lékařské zprávě. 37 (tj. 35,9 %) respondentů také využívá ověření informací, ale důležité informace napíše na papír a poté je zvýrazní. 3 (tj. 2,9 %) respondenti také ověřují informace, které seniorovi podají, ale dále je nezvýrazňují,

ani nenapíší. Tito respondenti si zvolili volbu „jiné“, kde uvedli, že se seniora ještě dotáží, zda všemu rozumí nebo mu informace opakují do té doby, dokud si je senior nezapamatuje.

Otázka č. 17: Potřebují senioři více času na sestavení odpovědi?

Tabulka 17 Čas na sestavení odpovědi

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	76	73,8 %
Ne	27	26,2 %
Celkem	103	100 %



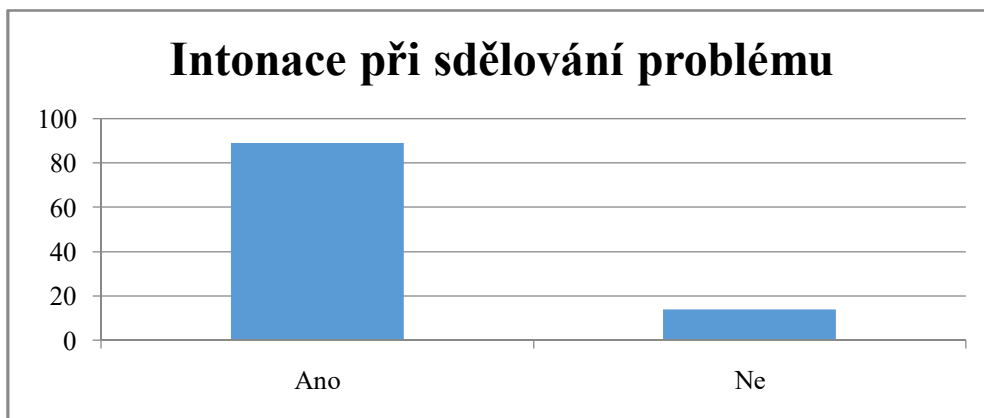
Graf 12 Čas na sestavení odpovědi

Komentář: Z grafu č. 12 můžeme vyčíst, že 76 (tj. 73,8 %) respondentů pozoruje, že senioři potřebují na sestavení odpovědi více času. 27 (tj. 26,2 %) respondentů na seniorech nepozoruje, že by potřebovali více času na sestavení odpovědi.

Otázka č. 18: Vnímáte hlasovou intonaci seniora při sdělování jeho problému?

Tabulka 18 Intonace při sdělování problému

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	89	86,4 %
Ne	14	13,6 %
Celkem	103	100 %



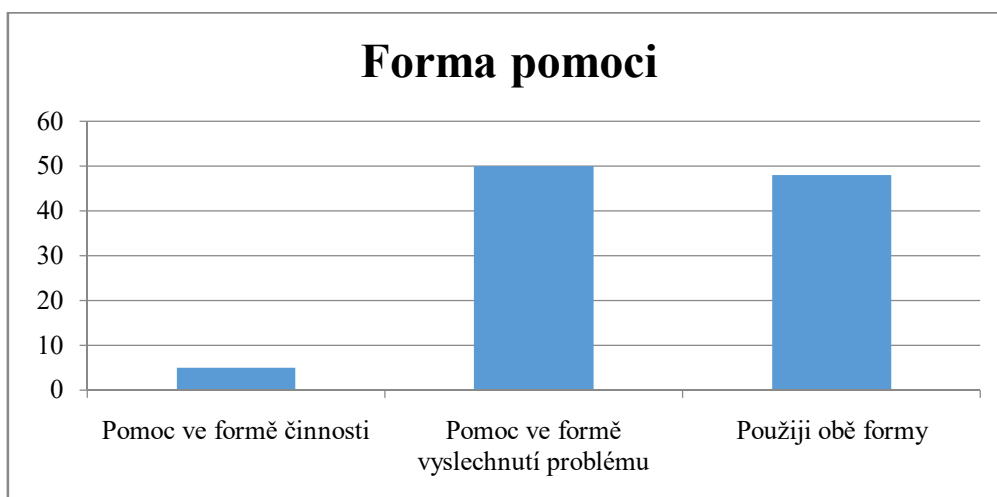
Graf 13 Intonace při sdělování problému

Komentář: 89 (tj. 86,4 %) respondentů vnímá hlasovou intonaci seniora při sdělování problému. 14 (tj. 13,6 %) respondentů hlasovou intonaci nevnímá.

Otázka č. 19: Pokud má senior problém, dáváte přednost pomoci ve formě činnosti nebo dáte přednost jen vyslechnutí problému?

Tabulka 19 Forma pomoci

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pomoc ve formě činnosti	5	4,9 %
Pomoc ve formě vyslechnutí problému	50	48,5 %
Použijí obě formy	48	46,6 %
Celkem	103	100 %



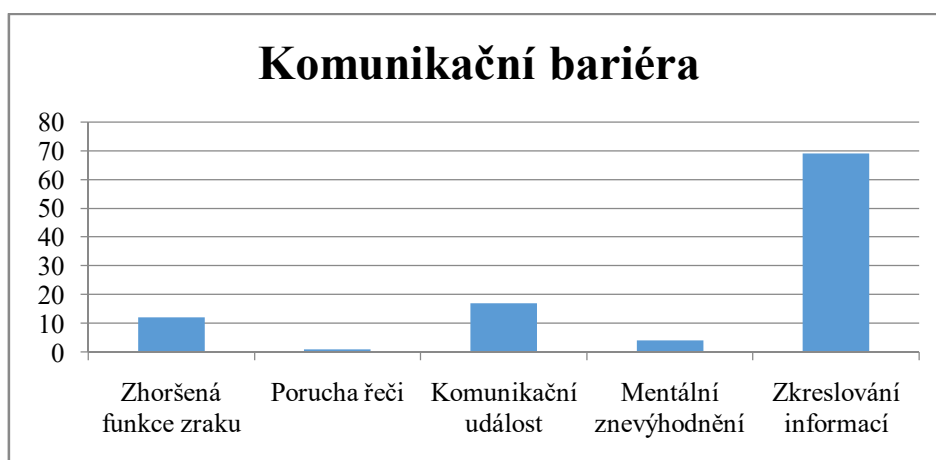
Graf 14 Forma pomoci

Komentář: Celkem 50 (tj. 48,5 %) respondentů uvedlo, že pokud senior sděluje nějaký problém, poskytne mu pomoc ve formě vyslechnutí. Jen 5 (tj. 4,9 %) respondentů odpovědělo, že poskytne pomoc ve formě činnosti a 48 (tj. 46,6 %) respondentů by poskytlo jak pomoc ve formě vyslechnutí problému, tak pomoc ve formě činnosti.

Otázka č. 20: Co podle Vás nepatří do komunikační bariéry?

Tabulka 20 Komunikační bariéra

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zhoršená funkce zraku	12	11,7 %
Porucha řeči	1	1 %
Komunikační událost	17	16,5 %
Mentální znevýhodnění	4	3,9 %
Zkreslování informací	69	67 %
Celkem	103	100 %



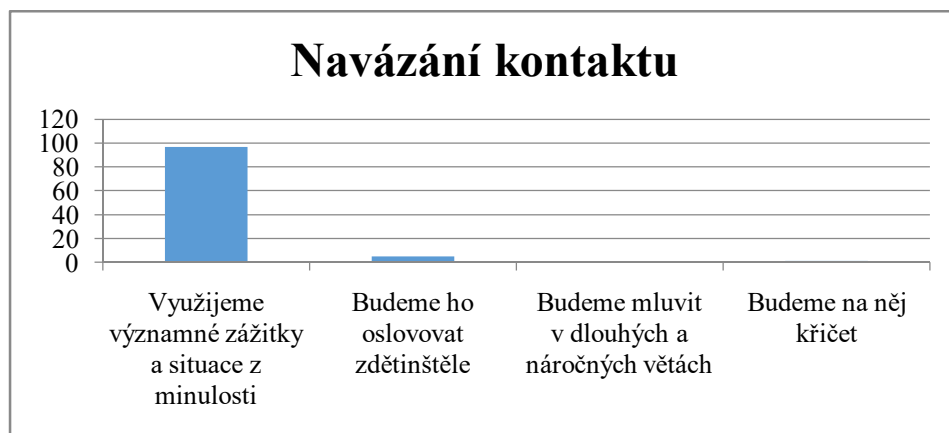
Graf 15 Komunikační bariéra

Komentář: Tato otázka měla na výběr právě jednu odpověď, zjišťovali jsme zde, zda respondenti vědí, co nepatří do komunikační bariéry. 69 (tj. 67 %) respondentů odpovědělo, že do komunikační bariéry nepatří komunikační událost, 17 (tj. 16,5 %) uvedlo, že do komunikační bariéry nepatří komunikační událost. 12 (tj. 11,7 %) respondentů označilo, že komunikační bariérou není zhoršená funkce zraku, 4 (tj. 3,9 %) respondenti označili mentální znevýhodnění a 1 (tj. 1 %) respondent označil poruchu řeči.

Otázka č. 21: Pokud do ambulance přijde senior s demencí, jak můžete navázat kontakt s tímto seniorem?

Tabulka 21 Navázání kontaktu

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Využijeme významné zážitky a situace z minulosti	97	94,2 %
Budeme ho oslovovat zdětinštěle	5	4,9 %
Budeme mluvit v dlouhých a náročných větách	0	0 %
Budeme na něj křičet	1	1 %
Celkem	103	100 %



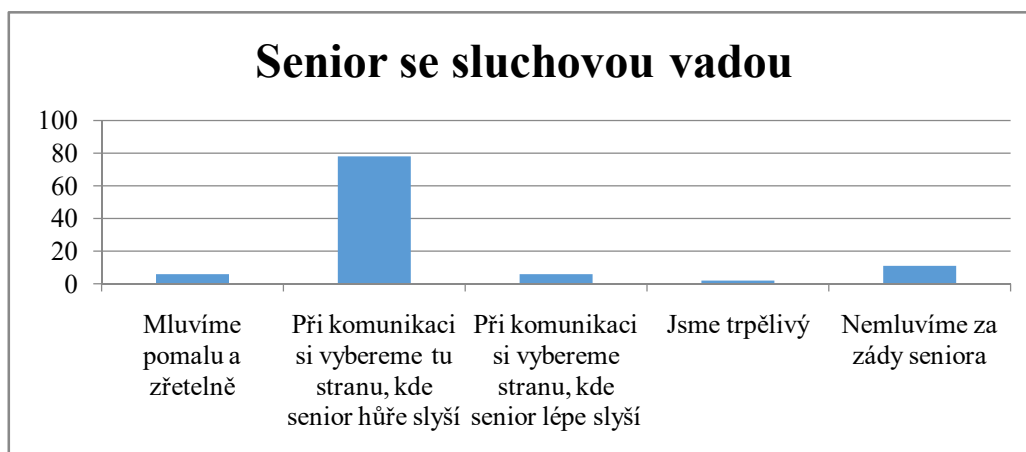
Graf 16 Navázání kontaktu

Komentář: U této otázky bylo umožněno vybrat pouze jednu odpověď. Celkem 97 (tj. 94,2 %) respondentů uvedlo, že navázání kontaktu u seniora s demencí provedeme tak, že využijeme významné zážitky a situace z minulosti. 5 (tj. 4,9%) respondentů odpovědělo, že navázání kontaktu provedeme tak, že na něj budeme mluvit zdětinštěle a 1 (tj. 1 %) respondent odpověděl, že naváže kontakt takovým způsobem, že na seniora bude křičet. Žádný z respondentů nevedl, že při navazování kontaktu se seniorem s demencí bude mluvit v dlouhých a náročných větách.

Otázka č. 22: Pokud do ambulance přijde senior se sluchovou vadou, v komunikaci neprovádíme:

Tabulka 22 Senior se sluchovou vadou

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Mluvíme pomalu a zřetelně	6	5,8 %
Při komunikaci si vybereme tu stranu, kde senior hůře slyší	78	75,7 %
Při komunikaci si vybereme stranu, kde senior lépe slyší	6	5,8 %
Jsme trpělivý	2	1,9 %
Nemluvíme za zády seniora	11	10,7 %
Celkem	103	100 %



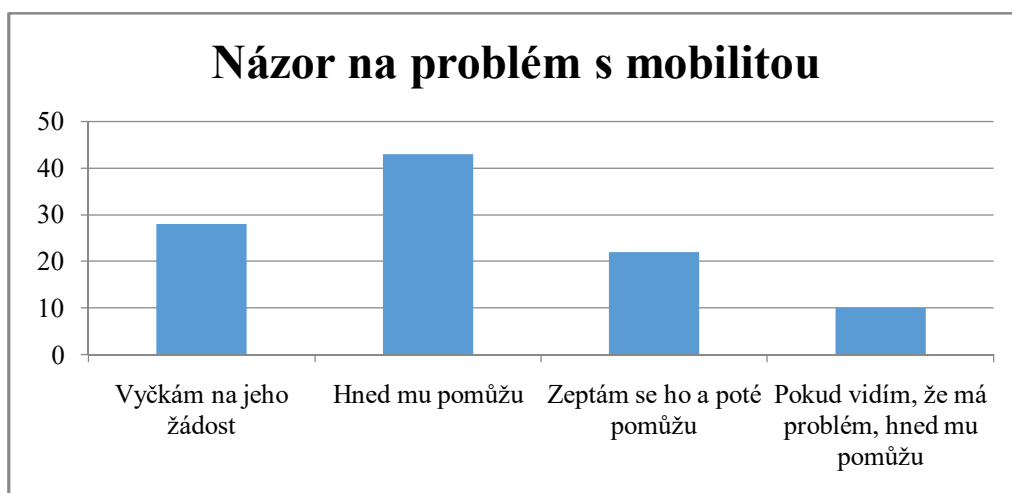
Graf 17 Senior se sluchovou vadou

Komentář: Tato otázka měla na výběr jednu odpověď. 78 (tj. 75,7 %) respondentů uvedlo, že si při v komunikaci se seniorem nevybere stranu, kde hůře slyší. 11 (tj. 10,7 %) respondentů uvedlo, že bude mluvit za zády seniora. 6 (tj. 5,8 %) respondentů uvedlo, že nebude mluvit pomalu a zřetelně a 6 (tj. 5,8 %) respondentů označilo, že si nevybereme stranu, kde senior lépe slyší. Poslední 2 (tj. 1,9 %) respondenti označili, že nebudou trpělivý při komunikaci se seniorem se sluchovou vadou.

Otázka č. 23: Jaký máte názor na situaci, kdy má senior problém s mobilitou (např. uložení na lůžko), je vhodné mu pomoci nebo naopak vyčkat na jeho žádost?

Tabulka 23 Názor na problém s mobilitou

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vyčkám na jeho žádost	28	27,2 %
Hned mu pomůžu	43	41,8 %
Zeptám se ho a poté pomůžu	22	21,4 %
Pokud vidím, že má problém, hned mu pomůžu	10	9,7 %
Celkem	103	100 %



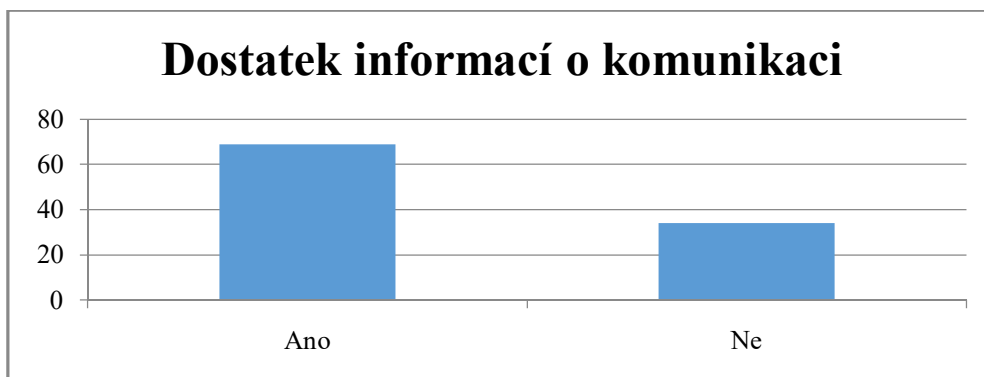
Graf 18 Názor na problém s mobilitou

Komentář: Na tuto otázku bylo možno odpovídat otevřeně. Z uvedených odpovědí, byl sestaven výběr odpovědí s nejvyšším výskytem a na základě toho výběru byly vytvořeny odpovědi se stejným nebo velmi podobným významem. Celkem 43 (tj. 41,8 %) respondentů uvedlo, že seniorovi pomůžou hned, bez jakéhokoliv dotazování seniora, zda pomoc potřebuje nebo ne. Dále 28 (tj. 27,2 %) respondentů odpovědělo, že vyčká na žádost seniora. 22 (tj. 21,4 %) respondentů odpovědělo, že se nejprve zeptají a poté pomůžou nebo nepomůžou na žádost seniora a 10 (tj. 9,7 %) z respondentů odpovědělo, že pokud vidí u seniora, že potřebuje pomoc, hned mu pomohou.

Otázka č. 24: Myslíte si, že máte dostatek informací o vhodné komunikaci se seniory a připravenost k Vaší profesi je dostatečná?

Tabulka 24 Dostatek informací o komunikaci

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	69	67%
Ne	34	33 %
Celkem	103	100 %



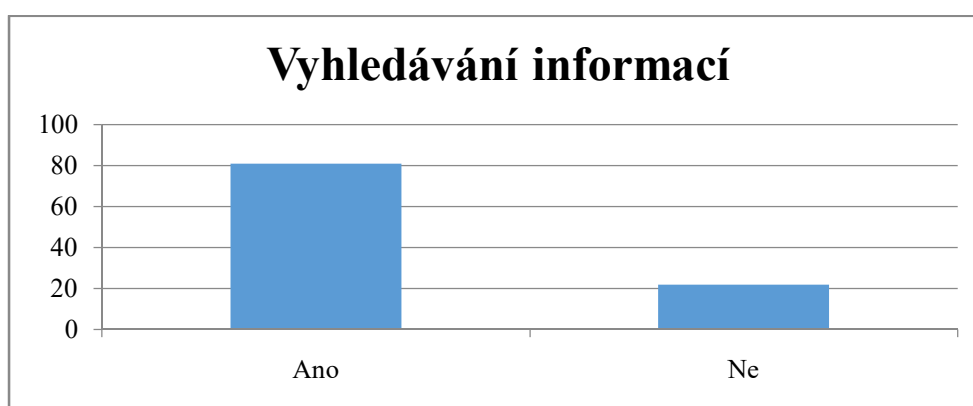
Graf 19 Dostatek informací o komunikaci

Komentář: Tato otázka u respondentů zjišťovala, zda jsou přesvědčeni, že mají dostatek informací o vhodné komunikaci se seniorem. 69 (tj. 67 %) respondentů odpovědělo, že mají dostatek informací. 34 (tj. 33 %) respondentů uvedlo, že dostatek informací o vhodné komunikaci nemá.

Otázka č. 25: Vyhledáváte si ve svém volném čase informace, které se zaměřují na komunikaci se seniory?

Tabulka 25 Vyhledávání informací

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	81	78,6 %
Ne	22	21,4 %
Celkem	103	100 %



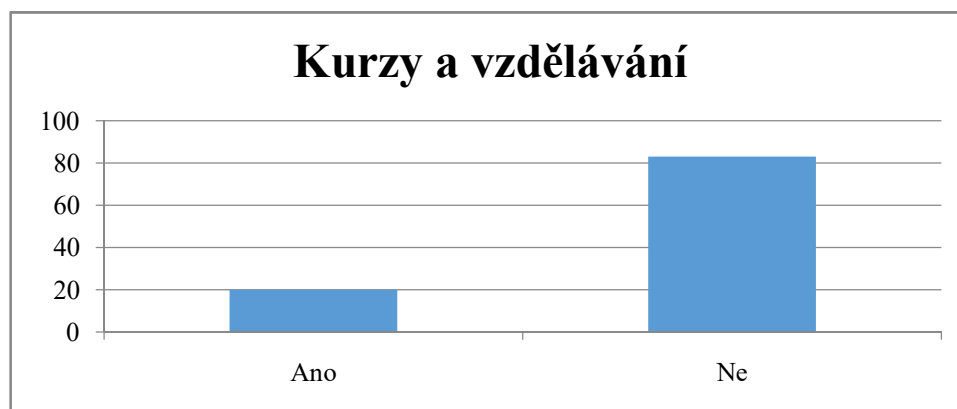
Graf 20 Vyhledávání informací

Komentář: Tato otázka u respondentů zjišťovala, zda si ve volném čase vyhledávají informace o vhodné komunikaci se seniory. 81 (tj. 78,6 %) respondentů odpovědělo, že si informace ve volném čase vyhledávají a 22 (tj. 21,4 %) respondentů odpovědělo, že informace si nevyhledávají.

Otázka č. 26: Máte možnost navštěvovat kurzy nebo další vzdělávání z oblasti komunikace se seniory?

Tabulka 26 Kurzy a vzdělávání

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	19,4 %
Ne	83	80,6 %
Celkem	103	100 %



Graf 21 Kurzy a vzdělávání

Komentář: V tomto bodě jsme zjišťovali, zda mají respondenti možnost navštěvovat kurzy nebo další vzdělávání z oblasti komunikace se seniory. Tentokrát 83 (tj. 80,6 %) respondentů zaznačilo odpověď „ne“ a 20 (tj. 19,4 %) respondentů uvedlo odpověď „ano“.

6 DISKUZE

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou sestry, které pracují v ambulantním režimu informovány o metodách, které se využívají při komunikaci se seniorem. První část dotazníku byla zaměřena na charakteristiku respondenta, kde jsme zjistili, že v ambulantní péči pracuje více žen než mužů, kdy v relativní četnosti to znamená, že žen bylo 93,2 % a mužů bylo 6,8 %. Poté jsme zjistili, že, dle výsledků dotazníku, pracuje v ambulanci více respondentů ve věku 19-30 let a to 41,7 %. Zde se můžeme pozastavit nad tím, zda nešlo o to, že dotazník byl elektronické formě, která je jako taková bližší mladším lidem. V rámci této části jsem se tázala mimo jiné i na délku praxe jednotlivých respondentů mezi nejčastější odpovědi patří, že respondenti mají méně, než 5 let praxe, odpovědělo tak 28,2 %, ale pouze o pouhé jedno procento méně respondentů odpovědělo, že mají 6-10 let praxe neboli 27,2 %. Vzdělání, které bylo u respondentů zastoupeno v nejvyšší míře, bylo vysokoškolské, ukončené titulem Bc. Obecně lze však říci, že procentuálně vyjádřeno, zastoupení středoškolského, vyššího odborného a vysokoškolského (Bc.) vzdělání bylo na velmi podobné úrovni. Zcela vybočovalo vysokoškolského vzdělání, zakončené titulem Mgr., které tvořilo pouze 6,8 % z celkového množství respondentů. Co se týče druhu ambulancí, převažovaly u respondentů, ambulance praktického lékaře, interní a chirurgické, marginální zastoupení měly naopak ambulance ortopedická a oční.

Druhá část dotazníku byla zaměřena na nejvyšší výskyt seniorů během týdne, kdy se ukázalo, že nejvíce seniori navštěvují ambulanci v pondělí tedy po víkendu, 31,8 %, a také v pátek před víkendem, 26 %. Zastoupení zbývajících dní v týdnu bylo procentuálně na velmi podobné úrovni, tyto dny však nepatřily mezi nejčastěji uváděné odpovědi. Dále jsme se zaměřili na nejvyšší výskyt seniorů během dne. Více jak polovina, 73,1 %, odpověděla, že senior ambulanci nejčastěji navštěvuje ráno, naopak žádný respondent neuvedl, že senior ambulanci navštěvuje večer. Nesmíme také opomenout na otázku, zda senior navštěvuje ambulanci sám nebo s doprovodem. Nejvíce respondentů odpovědělo, že ambulanci navštěvuje převážně sám, což znamená, že více ji navštěvuje sám a nemá s sebou žádný doprovod, ale v některých situacích chodí s doprovodem.

Ve třetí části dotazníku jsem se zaměřila na specifika v komunikaci se seniorem. Na základě výsledků z dotazníku jde vidět, že respondenti znají specifika komunikace, ale nijak zvláště jim nevěnují pozornost. Na otázku alternativní komunikace celkem odpovědělo 20,4 % respondentů, že si pod tímto druhem nic nevybavují. Nejčastěji však odpověděli, že si pod pojmem vybaví, že je to jiná komunikace, než verbální a to až 41,7

%. Tato odpověď je sice obecná, ale dá se říct, že dostačující. Z toho vyvozujeme, že více respondentů má pojetí o tom, co alternativní komunikace je. Z dotazníkového šetření lze vyhodnotit, že respondenti nejvíce využívají verbální či neverbální komunikaci, odpovědělo tak 84,5 % respondentů. Ostatní druhy komunikace byly zastoupeny méně než 10 respondenty. Sociální nebo nenásilnou komunikaci ne zvolil ani jeden z respondentů. Co se týče komunikační strategie, nejvíce respondenti využívají zvýšení hlasitosti, 39,4 %, dále pak zpomalení řečového tempa, které celkem označilo 35 % respondentů. Nejméně respondenti využívají zrakový kontakt. Nejčastěji respondenti uzpůsobí druh komunikace tak, aby senior rozuměl, o co v komunikaci jde a to až v 95,1 %. Respondenti jako největší problém v komunikaci se seniorem uvedli, že má obtíže s porozuměním, uvedlo tak 53,4 %, naopak nejméně uvádí nezáměr o veškerou komunikaci. Neverbální prvky by měly být součástí každé komunikace, což uvádí 69,9 % respondentů, kteří uvedli, že nejčastěji využijí písmo, poté kartičky s obrázky a symboly. Důležité je si informaci ověřit z dat, která jsou uvedena v grafu č. 11 Ověřování informací. Můžeme z něj vyčíst, že více jak polovina respondentů uvedla, že ověření provedou zvýrazněním v lékařské zprávě. V dotazníkovém šetření se ptáme, zda senioři potřebují více času na sestavení odpovědi, velká většina respondentů zde uvádí, že ano. Vnímání intonace při sdělování problému, je důležité k rozpoznání o jak velký problém jde nebo jak ho konkrétní senior vnímá. Většina respondentů se shodla, že senior vnímá hlasovou intonaci. U otázky formy pomoci seniorovi při vzniklém problému se respondenti zhruba rozdělili na dvě poloviny, kdy jedna volí pomoc ve formě vyslechnutí, 48,5 %, a druhá zvolila, že použije obě formy, to znamená, že si problém nejdříve vyslechnou a poté pomůžou ve formě činnosti, 46,6 %. U otázky, která se zaměřuje na komunikační bariéru, měli respondenti vybrat jednu odpověď. 67 % respondentů zvolilo jako odpověď, že do komunikační bariéry nepatří zkreslování informací. Jednou z největších příčin, způsobujících komunikační bariéry, je věk pacienta (Paskaleva, Tufkova a Popova, 2017). Z toho důvodu je třeba se specifikám komunikace se seniory podrobněji věnovat. Taktéž jako u předešlé otázky, respondenti vybírali jednu odpověď a to na otázku jak navážou kontakt se seniorem s demencí. Většina respondentů, 94,2 %, zvolilo, že využijí významné zážitky a situace z minulosti. U seniorů se sluchovou vadou, měli respondenti vybrat jednu odpověď, která není správná. V tomto případě více jak polovina volila, že při komunikaci si vybere tu stranu, kde senior hůře slyší. Poslední otázka z části číslo 3 se zaměřuje na názor respondentů, kdy odpovídají, zda pomoci seniorovi při chůzi, nasedání na lůžko nebo u jakékoliv situace, jestli je mu vhodné hned pomoci nebo vyčkat na žádost seniora. Téměř polovina uvedla, že pacientovi hned

pomůže. Druhá část respondentů uvedla, že vyčkají na jeho žádost nebo se nejdříve zeptají a poté dle potřeby pomůžou.

Čtvrtá část se zaměřuje na respondenty a jejich informovanost a edukaci. V první otázce se ptáme, zda si respondenti myslí, že mají dostatek informací o vhodné komunikaci se seniorem, kde více jak polovina, 67 %, uvedla, že dostatek informací má. Dále se zaměřujeme na to, jestli si ve svém volném čase respondenti vyhledávají informace, které se zaměřují na tuto problematiku. Zde 81% respondentů uvedlo, že ano. Poslední otázka se zabývá tím, zda mají respondenti možnost navštěvovat kurzy nebo vzdělávání v této problematice, kdy 80,6 % uvedlo, že ne.

6.1 Doporučení pro praxi

V dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že sestry převážně nemají možnost navštěvovat kurzy nebo se více vzdělávat v této problematice. Pro praxi bych doporučila, aby sestry měly možnost se více vzdělávat, měl by se tak zvýšit počet kurzů a workshopů, zaměřených na tuto problematiku.

6.2 Limity výzkumu

Sesbíraná data byla převážně výsledkem odpovědí mladší ročníků, nelze tudíž s jistotou říci, že výsledky zobrazují kompletní věkové spektrum respondentů.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou sestry, které pracují v ambulantním režimu, informovány o metodách komunikace se seniorem.

Teoretická část se zabývá problematikou seniora v ambulantním režimu. Práce je rozdělena do tří kapitol, které se nazývají seniorský věk, komunikace a komunikace se seniorem. První kapitola popisuje základní pojmy, kde bylo popsáno stáří, stárnutí, kvalita života, gerontologie a geriatrie, dále aspekty stárnutí, kde jsme rozebrali stárnutí v souvislosti s nemocemi seniora a biologické stáří a kalendářní stáří. Další podkapitola, s názvem Determinanty zdraví a kvality života ve stáří, popisovala rozdělení, kvalitu života a funkční zdraví a vlivy prostředí, dále byla v podkapitole Zdraví popsána přesná definice zdraví a nemoci, postoje k nemoci, objektivní znak nemoci a v poslední podkapitole byly definovány negativní důsledky stáří. Druhá kapitola, se zaměřuje na komunikaci obecně, její rozdělení, sociální komunikaci, účel komunikace. Druhá podkapitola se zabývá verbální a neverbální komunikací a komunikací ve zdravotnictví, kde se zaměřujeme na komunikaci mezi sestrou a pacientem. Ve třetí kapitole popisujeme komunikaci se seniory, kde se zaměřujeme na typ komunikace, vhodné sdělovací prostředky, rozdělení bariér a pravidla komunikace se seniorem. Dále se v podkapitole Překážky v komunikaci se seniory zmiňují druhy překážek, zásady komunikace a časté překážky. Dále uvádíme analýzu slovní komunikace, zvládání problémových situací se seniory a chyby při komunikaci se seniorem.

V praktické části jsme se zaměřili na zpracování dat z dotazníkového šetření, pro které bylo vybráno kvantitativní šetření. Toto šetření bylo zaměřeno na respondenty, sestry, které pracují v ambulantním režimu. Dotazník byl vytvořen v online aplikaci Survio. Byl poskytován prostřednictvím skupin sester, které jsou vytvořeny v internetové službě Facebook. Dotazník byl také cíleně zaslán sestrám, které pracují v ambulantním režimu. Konečný počet sesbíraných dotazníků byl 103 a žádný dotazník nebyl vyřazen. Vyhodnocení bylo zpracováno v programu Microsoft Word a Microsoft Office Excel.

Z dotazníku jsem zjistila, že sestry se nemají v této problematice kde vzdělávat, proto byl vytvořen návrh vzorového letáčku, který může sloužit jako upoutávka na kurz nebo workshop.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ARNOLD, Elizabeth a Kathleen UNDERMAN BOGGS, 2019. *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses*. 8. Elsevier - Health Sciences Division. ISBN 9780323544801.
- [2] AYERSOVÁ, Susan a Richard de VISSER, 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9733-5.
- [3] BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ, 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2288-2.
- [4] BASU, Andreas a Liane FAUST, 2013. *Umění úspěšné komunikace: jak správně naslouchat, řešit konflikty a mluvit s druhými lidmi*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4750-323.
- [5] ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.
- [6] ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ a Zdeněk KALVACH a kol., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.
- [7] ERIKSON, Erik, 2015. *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0786-3.
- [8] HAŠKOVCOVÁ, Helena a Jindra PAVLICOVÁ, 2013. *Ošetřovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-063-9.
- [9] HAUKE, Marcela, 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5216-7.
- [10] HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.
- [11] KALÁBOVÁ, Martina Terezie, 2013. *Rady pro komunikaci*. Praha: Diakonie ČCE. ISBN 978-80-904711-6-0.
- [12] KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK a Roman JIRÁK a kol., 2017. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- [13] KLEVETOVÁ, Dana, 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0102-3.
- [14] LOŠŤÁKOVÁ, Olga, 2020. *Empatická a asertivní komunikace: jak zvládat obtížné komunikační situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2227-1.

- [15] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3604-4.
- [16] MIKULÁŠTÍK, Milan, 2010. *Komunikační dovednosti v praxi. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2339-6.
- [17] MEINER, Sue, 2015. *Gerontologic Nursing*. Fifth Edition. Maryland Heights, Missouri: Elsevier mozby. ISBN 978-0-323-26602-4.
- [18] MÜHLPACHR, Pavel, 2017. *Kvalita života seniorů* [online]. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-260-3. Dostupné z: <https://www.pf.ujep.cz/wp-content/uploads/2020/10/08-Kvalita-%C5%BEivota-senior%C5%AF.pdf>
- [19] MYERSCOUGH, Philip Roger a Michael FORD, 1996. *Talking with Patients*. 3rd. New York: Oxford University Press. ISBN 9780192625700.
- [20] PASKALEVA, Diana, Stoilka TUFKOVA a Velichka POPOVA, 2017. Communication of Healthcare Professionals with Geriatric Patients. *Journal of Gerontology & Geriatric Research* [online]. 1-4 [cit. 2022-05-20]. Dostupné z: doi:10.4172/2167-7182.1000434
- [21] POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.
- [22] PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4739-762.
- [23] SUCHÁNKOVÁ, Hana, 2013. *Multikulturně v teorii i praxi*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem. ISBN 978-80-7414-616-9.
- [24] THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.
- [25] VYBÍRAL, Zbyněk, 2009. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-387-1.
- [26] Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením, ©2022. *VZP* [online]. [cit. 2022-05-01]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/ostatni/komunikace-s-pacienty-se-zdravotnim-postizenim/desatero-komunikace-se-seniory-geriatrickymi-pacienty-se-zdravotnim-postizenim>
- [27] WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution, 1946. *World Health Organization* [online]. New York [cit. 2022-03-05]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/governance/constitution>

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

[29] ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0155-9.

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

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Atd. A tak dále

Bc. Bakalář

Mgr. Magistr

Tj. To je

Tzv. Takzvaně

VZP Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO World Health Organization

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Nejvyšší výskyt seniorů během týdne	41
Graf 2 Nejvyšší výskyt seniorů během dne	42
Graf 3 Navštěvuje senior ambulanci sám	43
Graf 4 Alternativní komunikace	44
Graf 5 Nejčastější druh komunikace	45
Graf 6 Komunikační strategie	46
Graf 7 Uzpůsobení druhu komunikace.....	46
Graf 8 Problémy v komunikaci.....	47
Graf 9 Neverbální prvky.....	48
Graf 10 Druhy neverbálních prvků	48
Graf 11 Ověřování informací.....	49
Graf 12 Čas na sestavení odpovědi	50
Graf 13 Intonace při sdělování problému	51
Graf 14 Forma pomoci	51
Graf 15 Komunikační bariéra	52
Graf 16 Navázání kontaktu.....	53
Graf 17 Senior se sluchovou vadou.....	54
Graf 18 Názor na problém s mobilitou.....	55
Graf 19 Dostatek informací o komunikaci	56
Graf 20 Vyhledávání informací	56
Graf 21 Kurzy a vzdělávání	57

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Četnosti pohlaví respondentů	38
Tabulka 2 Věk respondentů	38
Tabulka 3 Délka praxe ve zdravotnictví.....	38
Tabulka 4 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	39
Tabulka 5 Druh ambulance.....	39
Tabulka 6 Nejvyšší výskyt seniorů během týdne.....	41
Tabulka 7 Nejvyšší výskyt seniorů během dne.....	42
Tabulka 8 Navštěvuje senior ambulanci sám	42
Tabulka 9 Alternativní komunikace.....	43
Tabulka 10 Nejčastější druh komunikace.....	44
Tabulka 11 Komunikační strategie	45
Tabulka 12 Uzpůsobení druhu komunikace	46
Tabulka 13 Problémy v komunikaci	47
Tabulka 14 Neverbální prvky	47
Tabulka 15 Druhy neverbálních prvků.....	48
Tabulka 16 Ověřování informací	49
Tabulka 17 Čas na sestavení odpovědi.....	50
Tabulka 18 Intonace při sdělování problému	50
Tabulka 19 Forma pomoci.....	51
Tabulka 20 Komunikační bariéra.....	52
Tabulka 21 Navázání kontaktu	53
Tabulka 22 Senior se sluchovou vadou.....	54
Tabulka 23 Názor na problém s mobilitou	55
Tabulka 24 Dostatek informací o komunikaci.....	55
Tabulka 25 Vyhledávání informací.....	56
Tabulka 26 Kurzy a vzdělávání	57

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

Příloha P II: Vzorový letáček

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Adéla Kročová, jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Součástí úspěšného zakončení studia je napsání bakalářské práce. Práci píši na téma Senior v ambulantním režimu. Mojí praktickou částí je dotazník, který jste nyní obdrželi. Zaměřuje se na druhy komunikace mezi sestrou a seniorem v ambulantních zařízeních.

Pokyny pro vyplnění: Údaje budou zpracovány anonymně a budou použity pouze pro výzkum v mé bakalářské práci. Prosím o vyplnění jen těch z Vás, kteří pracují v ambulantním režimu a setkávají se se seniory.

Chtěla bych Vás požádat, zda byste mohli věnovat pár minut tomuto dotazníku.

Mnohokrát Vám děkuji za Váš čas a spolupráci.

1. Jste:
 1. Muž
 2. Žena
2. Kolik je Vám let?
 1. 19–30
 2. 31–40
 3. 41–50
 4. 51–60
 5. 60 a více
3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
 1. Méně, než 5 let
 2. 6 – 10 let
 3. 11 – 15 let
 4. 16 – 20 let
 5. 21 a více
4. Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání?
 1. Střední zdravotnická škola
 2. Vyšší odborná zdravotnická škola
 3. Vysoká škola (Bc.)
 4. Vysoká škola (Mgr.)
5. V jaké ambulanci pracujete?
 1. Ambulance praktického lékaře
 2. Interní ambulance
 3. Chirurgická ambulance
 4. Ortopedická ambulance
 5. Oční ambulance
 6. Jiná

6. Ve které dny zaznamenáváte nejvyšší výskyt seniorů ve Vaší ambulanci? (Může být označeno i více dnů)
 1. Pondělí
 2. Úterý
 3. Středa
 4. Čtvrtek
 5. Pátek
7. Ve kterých hodinách se senioři nejvíce vyskytují, ve Vaší ambulanci?
 1. Ráno
 2. V poledne
 3. Odpoledne
 4. Večer
8. Navštěvuje senior ambulanci sám nebo má s sebou doprovod?
 1. Vždy jde sám
 2. Převážně navštěvuje sám
 3. Vždy navštěvuje s doprovodem
 4. Převážně navštěvuje s doprovodem
9. Co si vybavíte pod pojmem alternativní komunikace?

10. Jaký druh komunikace u seniorů nejčastěji používáte?
 1. Verbální nebo neverbální
 2. Vizuelní
 3. Intrapersonální nebo interpersonální
 4. Skupinovou nebo masovou
 5. Sociální nebo nenásilnou
11. Jakou komunikační strategii využíváte během komunikace se seniorem?
 1. Zpomalení řečového tempa
 2. Opakování slov
 3. Zvýšení hlasitosti
 4. Zrakový kontakt
12. Pokud k vám do ambulance přijde senior, snažíte se uzpůsobit druh komunikace tak, aby ji rozuměl?
 1. Ano
 2. Ne
13. Ve kterých oblastech mají senioři největší problémy?
 1. Zhoršené vybavování slov
 2. Obtíže s porozuměním
 3. Obtíže s artikulací
 4. Nezájem o veškerou komunikaci
14. Využíváte pro zkvalitnění komunikace se seniorem neverbální prvky?
 1. Ano
 2. Ne

15. Pokud ano, vyberte, které neverbální prvky používáte (Může být více označených odpovědí):
1. fotografie
 2. kartičky s obrázky
 3. symboly
 4. písmo
 5. abecedu
 6. Jiné
16. Ověřujete si, že senior rozumí složitějším nebo zvláště důležitým informacím, např. termíny vyšetření, přípravu na vyšetření aj.? A jak?
1. Ano, zvýrazním v lékařské zprávě
 2. Ano, napíši na papír a poté zvýrazním
 3. Ano, jiné _____
 4. Ne
17. Potřebují senioři více času na sestavení odpovědi?
1. Ano
 2. Ne
18. Vnímáte hlasovou intonaci seniora při sdělování jeho problému?
1. Ano
 2. Ne
19. Pokud má senior problém, dáváte přednost pomoci ve formě činnosti nebo dáte přednost jen vyslechnutí problému?
1. Pomoc ve formě činnosti
 2. Pomoc ve formě vyslechnutí problému
 3. Použiji obě formy pomoci
20. Co podle Vás nepatří do komunikační bariéry?
1. Zhoršená funkce zraku
 2. Porucha řeči
 3. Komunikační událost
 4. Mentální znevýhodnění
 5. Zkreslování Informací
21. Pokud do ambulance přijde senior s demencí, jak můžete navázat kontakt s tímto seniorem?
1. Využijeme významné zážitky a situace z minulosti
 2. Budeme ho oslovovat z dětinštěle
 3. Budeme mluvit v dlouhých a náročných větách
 4. Budeme na něj křičet
22. Pokud do ambulance přijde senior se sluchovou vadou, v komunikaci neprovádíme:
1. Mluvíme pomalu a zřetelně
 2. Při komunikaci si vybereme tu stranu, kde senior hůře slyší
 3. Při komunikaci si vybereme tu stranu, kde senior lépe slyší
 4. Jsme trpělivý
 5. Nemluvíme za zády seniora

23. Jaký máte názor na situaci, kdy má senior problém s mobilitou (např. uložení na lůžko), je vhodné mu pomoci nebo naopak vyčkat na jeho žádost?
24. Myslíte si, že máte dostatek informací o vhodné komunikaci se seniory a připravenost k Vaší profesi je dostatečná?
1. Ano
 2. Ne
25. Vyhledáváte si ve svém volném čase informace, které se zaměřují na komunikaci se seniory?
1. Ano
 2. Ne
26. Máte možnost navštěvovat kurzy nebo další vzdělávání z oblasti komunikace se seniory?
1. Ano
 2. Ne

I senior je člověk, jak s ním lépe komunikovat?



Na co se zaměříme?

Hlavní témata:

Komunikace

Komunikace se seniorem

Překážky v komunikaci se seniorem

Jak zvládat problémové situace se seniorem

Kdy? 20.6. 2022

Kde? Univerzita Tomáše Bati , U16, učebna 106

Více informací na emailu: a_krocova@utb.cz