



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra Ošetřovatelství

Bakalářská práce

Komunikace se seniory v ambulantních zařízeních

Vypracoval: Gabriela Jirsíková
Vedoucí práce: Mgr. Klára Kubartová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Teoretická východiska

Stáří je neodmyslitelnou součástí a etapou každého života. V současné době stárnutí nabralo nový směr, od stárnutí individuálního se pozornost přesouvá ke stárnutí celospolečenskému. Stárnutí obyvatelstva ovlivňuje všechny oblasti života, nevyjímaje zdravotnictví.

Sestra se ve své ošetrovatelské praxi stále častěji setkává se seniory, a tím jsou na ni kladeny i specifické požadavky. Měla by znát biopsychosociální zvláštnosti seniorské populace a snažit se je respektovat. Zvláštní pozornost zaujímá samotná komunikace, která se stává základem dorozumívacího procesu. Komunikace v rámci profese sestry vyžaduje zcela zvláštní dovednosti, které se následně odrážejí v kvalitě vzájemného vztahu mezi sestrou a seniorem nejenom v lůžkových zařízeních, ale také v ambulantní sféře. Komunikační dovednosti z hlediska klinické praxe rozdělujeme na komunikační dovednosti verbální povahy, které se uplatňují při formulaci sdělení pacientovi, a komunikační dovednosti neverbální povahy, kam řadíme např. naslouchání nebo schopnost empatie. Správně vedeným rozhovorem, vědomostmi a využíváním komunikačních dovedností má sestra možnost získat informace, pozitivně ovlivnit seniora, edukovat jej, motivovat a přesvědčit ho ke vhodné spolupráci. I na ambulancích se komunikace stává nezbytnou, nezvratnou a náročnou disciplínou.

Cíle práce

Cílem práce bylo zmapovat komunikaci sester se seniory v ambulantních zařízeních a odhalit komunikační bariéry ze strany sester při komunikaci se seniory na ambulancích. Byly zvoleny tyto výzkumné otázky: Jak vnímají senioři komunikaci sester s nimi v ambulantních zařízeních? Jaké komunikační bariéry se objevují mezi seniory a sestrami na ambulancích?

Použitá metodika

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metoda. Technikou sběru dat byl polostandardizovaný rozhovor, obsahující 8 základních otázek. Výzkumný soubor tvořilo 8 respondentů – seniorů z českokrumlovského a prachatického okresu. Věkové rozmezí respondentů bylo 65 až 80 let. Rozhovory probíhaly s jejich souhlasem v soukromí jejich domovů a byly zcela anonymní. Jednotlivé rozhovory byly nahrávány na diktafon a poté písemně přepsány a analyzovány. Výsledky byly následně rozděleny do kategorií a podkategorií.

Výsledky

Z analýzy dat vzniklo celkem 5 kategorií: sestra na ambulanci, verbální komunikace sester na ambulanci, neverbální komunikace sester na ambulanci, komunikační bariéry a aspekty ovlivňující komunikaci na ambulanci. 3 kategorie jsou dále rozpracovány do podkategorií, které hlouběji analyzují názory respondentů. Jednotlivé kategorie a podkategorie jsou zpracovány do schémat pro lepší přehlednost.

Z výsledků je patrné, že na výzkumné otázky byly získány potřebné odpovědi a došlo tak ke splnění předem stanovených cílů. Respondenti popsaly své představy o sestře pracující na ambulanci a ohodnotily sestry na ambulancích tak, jak se s nimi ve skutečnosti setkávají. Dále byly zjištěny poznatky o verbální a neverbální komunikaci v ambulancích a odhaleny bariéry vznikající při komunikaci.

Závěr

Z výzkumu vyplývá, že seniory velmi zajímá otázka komunikace mezi nimi a sestrou na ambulanci. Z rozhovorů a osobních setkání je však patrné, že pohled na komunikaci na ambulanci také velmi ovlivňují charakterové vlastnosti a životní postoje seniorů. Senioři mají tendenci často srovnávat sestry na lůžkových odděleních se sestrami na ambulancích. Sestry na ambulancích hodnotí především jako milé, příjemné a kvalitně komunikující zdravotníky. Setkávají se také s negativními vlastnostmi sester na ambulancích, ale větší měrou u nich převažují pozitivní vlastnosti. Ve svých

odpovědích často používali slovo „*hodná sestra*“, které v podstatě charakterizuje osobnost i komunikaci sestry pracující na ambulanci.

Na základě výzkumného šetření lze konstatovat, že komunikace na ambulancích je na velmi dobré úrovni, přestože se zde objevují komunikační bariéry. Těmi jsou podle seniorů hlavně odměřené chování sester a neustrojený vzhled sestry. Ze strany seniorů, kteří byli osloveni pro tuto bakalářskou práci, je to hlavně nedoslýchavost, ale ani tento problém nevnímají nijak negativně, protože nemají strach zeptat se na podávané informace, na jejich zopakování či vysvětlení. Ze strany sester se jim dostává slušná a srozumitelná odpověď. Významným a zajímavým aspektem, který byl zjištěn z rozhovorů se seniory, je prostředí ambulance a vztah lékaře a sestry pracujících na ambulanci. Je to hlavně prostředí čekáren a jejich častá přeplněnost a tím i čekání na vyšetření, jež pak negativně ovlivňuje komunikaci na ambulanci. Vztah lékaře a sestry vnímají jako velmi důležitý a velmi těžko oddělují osobu lékaře od celkového vnímání ambulance a prostředí v ní. Podle seniorů se vztah sestry a lékaře podílí na celkové pohodě a atmosféře ambulance.

Výsledky této práce mohou posloužit všem sestrám, které chtějí zkvalitnit svoji práci v oblasti komunikace a to nejenom sestrám pracujícím v ambulantních zařízeních. Práci mohou využít také studenti, kteří se na profesi sestry připravují.

Klíčová slova

Senior, sestra, komunikace, ambulance, ošetřovatelství

Abstract

Theoretical Foundations

Aging is an essential part and stage in everyone's life. In present time, aging has taken a new direction, from aging on individual level, the attention shifts to the aging on society-wide level. Population aging affects all areas of life, including the health care.

The nurse in her nursing practice meets with seniors more frequently, and therefore specific requirements are imposed on her practice. She should know the biopsychosocial curiosities of senior population and try to respect them. Special attention occupies communication itself, which becomes the basis of intercommunication process. Communication within the nursing profession requires very specific skills, which are then reflected in the quality of the relationship between the nurse and senior, not only in inpatient institutions, but also in the ambulances (further read: outpatient department). Communication skills from the point of view of clinical practice are divided on the verbal communication skills, which are applied for example during the formulation of communication with the patient, and the nonverbal communication skills, which includes for example listening or ability to empathy. By properly guided interview, knowledge and use of communication skills the nurse can obtain information, influence senior positively, educate him, motivate and persuade him to a good cooperation. Even on ambulance communication becomes necessary, irreversible and demanding discipline.

Aims of the study

The aim was to explore communication with seniors in the ambulances and to detect the communication barriers during communication process with seniors in the ambulances. Following research questions were chosen: How seniors perceive nurses communication with them in the ambulances? What communication barriers occur between seniors and nurses in the ambulances?

The used methodology

I have chosen a qualitative methodology for my research. Data collection technique was semi-structured interview, containing eight basic questions. The research group consisted of 8 respondents - seniors from Český Krumlov and Prachatice district. The age range of respondents was 65-80 years. Interviews were carried out with their consent, in the privacy of their homes and were completely anonymous. Individual interviews were recorded on a tape recorder and then transcribed and analyzed. The results were then divided into categories and subcategories.

Results

From the analysis of the data have arisen 5 categories: nurse in the ambulance, verbal communication of nurses in the ambulance, nonverbal communication of nurses in the ambulance, communication problems and barriers and the aspects influencing communication in the ambulance. Three categories are further elaborated into subcategories that deeply analyze respondents' views. Single categories and subcategories are processed into schemes for better clarity.

The results show that on the research questions were obtained answers that we need and we have met predetermined objectives. The respondents described their visions of nurses working in the ambulance and evaluated nurses in the ambulances as they actually meet them. Furthermore, there were discovered findings on verbal and non-verbal communication in the ambulances and identified emerging issues and barriers in communication.

Conclusion

The research shows that seniors are very interested in the issue of communication between them and the nurse in the ambulance. From interviews and personal meetings, it is evident that the view of communication in the ambulance is also greatly influenced by the traits and attitudes of seniors themselves. Seniors often tends to compare nurses from inpatient institutions towards the nurses in ambulances. Nurses

in the ambulances are evaluated primarily as a kind, pleasant and well communicating health professionals. They also meet with the negative qualities of nurses in the ambulances, but still there are more positive qualities. In their answers respondents frequently used such words as “good nurse” which essentially characterizes the personality and even communication attitude of nurses working in the ambulance.

Based on the research, it can be stated, that the communication in ambulances is on very good level, although sometimes there are problems and communication barriers. These are, according to the respondents, caused mainly by aloof behavior of nurses and their untidy appearance. From the side of seniors, who were approached for this bachelor thesis it is mainly hearing loss, but even this problem they do not perceive in any negative way, because they are not afraid to ask for the information given, on their repetition or explanation. From the side of nurses, a senior receives decent and understandable answer. An important and interesting aspect that has been identified from interviews with seniors is the environment of the ambulance and the relationship between doctor and nurse working there. It is mainly environment of waiting rooms and its frequent overcrowding and thus waiting for the examination, which negatively affects communication in the ambulance. Seniors perceive relation between doctors and nurses as very important and it is very difficult to separate the person of the doctor from the overall perception of the ambulance and its environment. According to seniors – respondents, the relationship between nurses and doctors is deeply involved in the overall well-being and atmosphere of the ambulance.

The results of this study can serve to all nurses, who want to improve their work in the field of communication, not only nurses working in the ambulances. The work can also bring benefits to students who are preparing for this profession.

Keywords

Senior, nurse, communication, ambulance, nursing

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma „Komunikace se seniory v ambulantních zařízeních“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce.

Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V českých Budějovicích dne 5.5.2014

.....

Gabriela Jirsíková

Poděkování

Děkuji své vedoucí bakalářské práce **Mgr.Kláře Kubartové** za odborné, trpělivé a metodické vedení práce a za cenné rady. Všem respondentům děkuji za ochotu při poskytnutí rozhovoru.

Obsah

1	SOUČASNÝ STAV	12
1.1	SENIOR A STÁRNUTÍ.....	12
1.1.1	Tělesné (biologické) změny u seniorů	13
1.1.2	Psychické změny u seniorů.....	15
1.1.3	Sociální změny ve stáří	16
1.1.4	Senior a ageismus	18
1.2	AMBULANTNÍ ZAŘÍZENÍ	18
1.3	VZTAH SESTRA - PACIENT	20
1.4	KOMUNIKACE	22
1.4.1	Komunikace se seniory	25
1.4.2	Komunikační bariéry	30
2	CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
2.1	Cíl práce	33
2.2	Výzkumné otázky	33
3	METODIKA	34
3.1	Popis metodiky výzkumu.....	34
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	35
4	VÝSLEDKY	37
4.1	Identifikace výzkumného souboru.....	37
4.2	Kategorizace.....	38
4.2.1	Kategorie Sestra na ambulanci	38
4.2.1.1	Podkategorie Představy o sestře na ambulanci	39
4.2.1.2	Podkategorie Pozitivní vlastnosti sestry na ambulanci.....	41
4.2.1.3	Podkategorie Negativní vlastnosti sestry na ambulanci	43
4.2.2	Kategorie Verbální komunikace sester na ambulanci	45
4.2.2.1	Podkategorie Oslovování	45
4.2.2.2	Podkategorie Podávání informací.....	46
4.2.3	Kategorie Neverbální komunikace sester na ambulanci.....	47
4.2.4	Kategorie Komunikační bariéry na ambulanci	48
4.2.5	Kategorie Aspekty ovlivňující komunikaci na ambulanci	50

	4.2.5.1 Podkategorie Prostředí.....	50
	4.2.5.2 Podkategorie Vztah sestra – lékař.....	51
5	DISKUSE.....	52
6	ZÁVĚR.....	58
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	60
8	PŘÍLOHY.....	64

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 SENIOR A STÁRNUTÍ

Slovo senior lze chápat jako člověk v letech, starý člověk, stařec...V naší společnosti platí, že za seniora začne být člověk považován při přechodu z pracovního procesu do důchodu. Zcela mylně je za starého člověka považován každý, kdo se ocitl v sociální roli starobního důchodce, protože samotné stáří je velmi individuální a hranice přechodu z dospělosti do stáří je u každého člověka rozdílná (1).

Stárnutí a stáří je fyziologickou součástí života lidí, zvířat, rostlin. Stáří představuje vyvrcholení celého životního cyklu jedince (2). Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonností jedince a jež kulminují v terminálním stádiu a ve smrti (3). Stárnutí je individuální proces probíhající do jisté míry rozdílně u jednotlivých lidí. Přesto existují určité rysy, které stáří charakterizují (4). Každý z nás se rodí s určitými dispozicemi a to, jak bude reagovat na situace ve svém životě, je ovlivněno jeho genetickými předpoklady, životními zkušenostmi i prostředím, ve kterém žije. Změny způsobené stářím se projevují v rovině tělesné, psychické i sociální (5).

Stárnutí a stáří se věnuje obor gerontologie. Název je odvozen od řeckého slova gerón = starý člověk, stařec a logos = nauka. Gerontologie experimentální se zabývá mechanismem biologického procesu stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů a samozřejmě studuje také procesy biologického a psychologického stárnutí člověka. Sociální gerontologie tematizuje sociální dopady stárnutí a stáří. Současně si všímá i společenských a sociálních faktorů, které proces stárnutí ovlivňují. Gerontologie klinická se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří i specifických aspektů léčby starých lidí. Bývá též nazývána geriatrií (6).

Při periodizaci lidského života se nejčastěji vychází z kalendářního věku, nazývaného také matriční nebo chronologický. Kalendářní věk však vůbec nemusí

odpovídat věku biologickému. Výhodou kalendářního vymezení stáří je jeho jednoznačnost a jednoduchost.

V 60. letech minulého století stanovila WHO jako hraniční stáří věk 60 let. Dále se stáří dělí na tři období:

- 60 – 74 let – ranné stáří
- 75 – 89 let - vlastní stáří
- 90 let a více – dlouhověkost (2).

1.1.1 Tělesné (biologické) změny u seniorů

Tělesné změny se týkají většiny orgánových soustav a jejich orgánů. Nejvíce nápadné jsou na kůži nebo pohybovém systému, které zřetelně vidíme. Mění se vzhled člověka, často dochází k poklesu výšky, hmotnosti a svalové hmoty. U starších lidí se snižuje pohyblivost, mění se držení těla a zhoršuje se koordinace pohybů. Kostí jsou křehčí, hrozí osteoporóza a zlomeniny. Kůže ztrácí pružnost, ztenčuje se, vyskytují se vrásky. Vlasům ubývá vlasový pigment, šediví a ztenčují se a v důsledku úbytku vlasových folikul vypadávají. Ochlupení řídne a nehty rostou pomaleji (1). Dále biologické změny probíhají v: *kardiovaskulárním systému*, kde klesá pracovní kapacita srdce, dochází ke snížení elasticity cév a ke snížení průtoku krve prakticky všemi systémy a orgány. Narůstá prevalence významných rizikových faktorů ischemické choroby srdeční. V *respiračním systému* klesá respirační schopnost plic, pokles vitální plicní kapacity způsobuje jednak snížená výkonnost hrudního svalstva, někdy se vyskytuje obezita, někdy deformity hrudníku a páteře. Klesá čistící schopnost řasinkovitého epitelu, proto se mohou častěji vyskytnout záněty dýchacích cest. Změny v *trávicím systému* začínají ztrátou dentice, což vede k poruše rozměňování potravy se všemi důsledky včetně malnutrice (4). Snižuje se tvorba slin, trávicích enzymů, je zpomalená motilita orgánů trávicí trubice, oslabená peristaltika může být doprovázena zácpou. Vlivem atrofických změn Langerhansonových ostrůvků ve slinivce břišní často dochází k výskytu „stařecké“ formy cukrovky /diabetes mellitus/(2). V *pohlavním a vylučovacím systému* dochází k degenerativním změnám mužských pohlavních orgánů,

probíhají však velmi pomalu. U žen jsou tyto změny velmi výrazné a objevují se po menopauze. Vlivem hormonálních změn dochází u žen k poruchám metabolismu kostí ve smyslu urychlení a vzniku osteoporózy skeletu. Rovněž vzniká atrofie sliznic močového systému projevující se snížením uretrálního tlaku, což v kombinaci s povolením dna pánevního a poklesem dělohy vede často k inkontinenci (4). Sexuální aktivita seniorů je velmi individuální. Láska, sexualita a vztahy ve stáří nejsou nic zavrženíhodného a ani vyjímečného. V *nervovém systému* se snižuje rychlost vedení vzruchů v periferním nervovém systému, hovoříme o sníženém psychomotorickém tempu (2). Ve stáří pravidelně přicházejí sensorické poruchy – zhoršení zraku, sluchu i chuti. Myšlení starších lidí může být pomalejší a může být přítomna tzv. benigní stařecká zapomnětlivost. To vše mohou být důsledky přirozené involuce centrálního nervového systému. Součástí normálního stáří však není demence, ta je vždy důsledkem onemocnění, které poškozuje mozkovou tkáň. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba, zejména ve vysokém věku stoupá prevalence demencí vaskulárních. Dalším významným onemocněním je deprese, která je ve stáří častá a probíhá často nepoznána, maskována různými somatickými příznaky(4).

Fyziologické stárnutí je přijímáno většinou jako nezbytná skutečnost. Podstatné je, že je zachována praktická soběstačnost. Pokud je proces stárnutí komplikován nemocí či více nemocemi, hovoříme o polymorbiditě, pak je praktická soběstačnost ohrožena nebo přechodně či dokonce trvale ztracena. Ztráta soběstačnosti je pocíťována jako trýzeň, pokud je starý člověk schopen vzhledu do své situace (6).

Zhoršování orgánových funkcí a adaptačních schopností a vzrůst chronických a degenerativních chorob podmiňuje odlišnosti v symptomatologii i v průběhu nemocí ve stáří a ovlivňuje i terapeutickou hodnotu a účinek podávaných léčiv. Stárnoucí a starý organismus může odlišně reagovat na běžně užívaná léčiva, zvyšuje se výskyt polékových reakcí a nežádoucích účinků léků (7). Základním požadavkem na farmakoterapii ve stáří je jednoduchost, účelnost a účinnost. Polypragmazie je předepsání někdy i značného množství léků najednou od různých lékařů, kteří navzájem o preskripci nevědí. Ve vyšším věku může být často riziková a neúčinná, mnohdy také

škodlivá (8).

1.1.2 Psychické změny u seniorů

Stárnutí zahrnuje různé změny psychiky, které se s rostoucím věkem mohou objevovat u každého člověka individuálně (2). Psychika starého člověka se ve většině případů odvíjí od souboru vlivů, které vznikaly a na člověka působily již od dětství a po celou další část života se utvářely, proplétaly a vzájemně na sebe působily (1). Mezi psychickými změnami a projevy ve stáří existují značné rozdíly. Jednoduše lze říci, že dochází ke zhoršení kognitivních (poznávacích) funkcí, tedy vnímání, pozornosti, paměti, představ, myšlení. Může klesat pružnost myšlení či psychická vitalita. Nezměněna zůstává slovní zásoba, jazykové dovednosti, způsob vyjadřování myšlenek, intelekt. Některé psychické pochody naopak zaznamenávají zlepšení, např. vytrvalost, trpělivost, schopnost úsudku, rozvaha (2). U seniorů se projevují negativní vlastnosti a do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti. „Psychické změny v kombinaci se sociálními změnami ztěžují seniorům adaptaci na nové prostředí.“(5, s.12).

Také v oblasti paměti a učení jsou patrné změny. Zhoršuje se zejména krátkodobá paměť, tj. starý člověk si hůře pamatuje nové události. Starší vzpomínky zůstávají zachovány, ale mohou být emočně i obsahově zkresleny (9).

Intelektové schopnosti zůstávají dobře zachovány do nejpokročilejšího stáří. S věkem sice klesá schopnost nacházení nových řešení, rychlého zvládnání neznámých situací a problémů (tzv. fluidní inteligence), zachována však zůstává tzv. krystalizovaná inteligence, která využívá k řešení problémů zkušenosti a zažitá schémata. Při učení je třeba respektovat zhoršenou všímavost – staří lidé potřebují ve srovnání s mladými k zapamatování stejného objemu informací větší počet opakování, což má význam při edukování geriatrických pacientů (10).

Ani oblast citového života nezůstává beze změn. Staří lidé mohou být více plačtiví. U patologických typů osobnosti se objevuje rychlé střídání nálad – emoční labilita. U některých jedinců je výrazná úzkost, strach (o život, z pádů, ze samoty apod.), může se objevit i depresivní naladění seniora (2). Starý člověk se špatně

adaptuje na změny, rovněž se nerad rozhoduje. Uvedené změny v citovém prožívání spolu se sníženou schopností komunikovat v závislosti na zhoršení sluchu a zraku vedou k tomu, že se starý člověk může ocitnout v sociální izolaci, což způsobuje pocity osamělosti, méněcennosti, zbytečnosti (9). U zdravých a vitálních seniorů se emoční labilita zpravidla neobjevuje (2).

Ve stáří se můžeme setkat s psychickými poruchami, které se vyskytují v jakémkoli věku. Nacházíme také ty poruchy, jež se v souvislosti s věkem opětovně dekompenzují. Existují také specifické choroby typické pro starší osoby. Jedním z nejvýznamnějších je demence. Ta s sebou přináší celou řadu zdravotních komplikací, jež mohou být v určitém momentě dokonce závažnější a nemocného více ohrožující než původní primární diagnóza. Demence je klinický syndrom, jehož hlavním příznakem je porucha intelektu. Je nezbytné si uvědomit, že úpadek duševních schopností je příznak základní, nikoliv však jediný. Demenci je nezbytné chápat jako soubor tří velkých skupin příznaků: *porucha intelektu*, která zahrnuje postupnou ztrátu rozumových, hodnotících, myšlenkových a dalších funkcí především šedé hmoty mozkové, *poruchy chování a psychické poruchy* ve stáří zahrnující neklid, agitovanost, nespavost, noční i denní bloudění, přítomnost halucinací, deprese, úzkosti a mohou způsobovat velké komunikativní a další problémy v jeho sociálním prostředí a narušení aktivit denního života. To vše vede až k neschopnosti pohybu, neschopnosti komunikace s okolím a plné závislosti na druhých (11).

1.1.3 Sociální změny ve stáří

Sociální stárnutí velmi úzce souvisí s odchodem do starobního důchodu. Je to jedna ze zásadních změn v životě, která člověka může ovlivnit v negativním i pozitivním slova smyslu. Končí role pracujícího člověka, který svou pracovní činností vytváří hodnoty pro obyvatelstvo a celý stát. Starší člověk získává novou roli důchodce, který naopak dostává od státu penzi. Penzionování s sebou nepřináší pouze změny v sociálních rolích, mění se i ekonomická situace seniorů. Někteří lidé se na penzionování těší, plánují různé aktivity, na které dosud neměli čas. Jsou připraveni na

nový život, který jim uspokojí mnohá očekávání. Mnozí však nevědí, co dělat s volným časem a pokud nejsou schopni naplnit den smysluplnými činnostmi, může se objevit nuda, přemítání o smyslu života, pocit neuspokojených potřeb a další negativní emoce (2).

V důsledku bio-psycho-sociálních změn často dochází k vyčleňování starších lidí ze společnosti. Vznikají problémy s navazováním nových přátelských i partnerských vztahů. Strach z osamělosti a opuštěnosti se ve stáří zvyšuje (5). Velkou sociální změnou je také odchod do domova pro seniory, nemocnice nebo jiného zařízení, kdy stárnoucí člověk ztrácí soukromí a vlastní domov (1). Ti, kteří žijí doma v rodině, mají více plánů do budoucnosti a žijí relativně šťastně. Naproti tomu senioři žijící v domovech pro seniory upadají často do letargie, nezájmu a sociální izolace (5). Starší lidé odcházející do různých zařízení sociální péče si ve většině případů uvědomují, že je to do konce života. Opustit svůj dům nebo byt znamená rozloučit se s minulostí, se vším, co tvořilo dosavadní život. Tato změna je mnohem horší, pokud přichází náhle a člověk na ni není dostatečně připraven nebo s ní dokonce nesouhlasí (9).

Staří lidé mohou ke společenskému vývoji přispívat zcela jedinečným způsobem nejen vzhledem ke svým, často draze zaplaceným zkušenostem, ale i pro schopnost hodnocení společenských událostí ze širší perspektivy, než jaká je dopřána mladším. Vztahy staršího člověka k druhým lidem se sice mění, ale nikdy docela nezanikají. Většina starých lidí si také zachovává svá pouta k manželskému partnerovi, ke svým dětem a k jejich rodinám, k přátelům a sousedům, i když s pokračujícím věkem jich ubývá a starý člověk se častěji musí vyrovnávat s odchodem nebo ztrátou nejbližších, musí ztráty kompenzovat novými vztahy a více se soustředí sám na sebe (3). Bezpochyby jednou z největších zkoušek, se kterou se staří lidé musí vyrovnávat, je partnerova smrt. Mnoho vdov a vdovců nakonec smutné období překoná a může začít znovu žít, ale u některých lidí se rána už nezahojí (9).

1.1.4 Senior a ageismus

V současné době stárnutí nabralo nový rozměr, od stárnutí individuálního se pozornost přesouvá ke stárnutí celospolečenskému. Proces demografického stárnutí, jež je charakterizováno zvyšováním podílu seniorů, se stává společným problémem dotýkající se především Evropy (12). Stárnutí populace se ve vyspělých zemích stává zdravotnickou prioritou. Z hlediska pečujících profesí je podstatné, že dochází k výraznému přibývání velmi starých lidí ve věku 85 a více let (10). Rostoucí počet starších lidí bude pravděpodobně klást stále větší nároky na zdravotní služby, na přístup k účinným zdravotnickým zákrokům. Demografické stárnutí populace způsobuje, že se do popředí stále více dostává fenomén ageismu – věkově podmíněné diskriminace, jejíž podstatou je stereotypizace, předsudky, negativní postoj myslí vůči seniorům. Ageistický přístup, který diskriminuje seniory, postihuje ve velké míře i sféru zdravotnictví. Pokorná dokonce uvádí, že se v ošetrovatelské péči ageistické postoje vyskytují častěji než v běžné populaci, protože zdravotníci, kteří se o seniory starají, považují jejich problémy za běžné a projevy stárnutí za typické pro všechny dlouhověké osoby (12).

Ageismus se v ošetrovatelské péči může manifestovat různými způsoby: omezení diagnosticko-terapeutické péče, ovlivňování v rozhodování o následné péči, nereálné hodnocení schopností seniora, neadekvátní sociální interakce, infantilizace v jednání a chování (používání zdrobnělin), nesprávná identifikace potřeb (12). Ageismus v komunikaci – typické je oslovení „*babi, dědo*“. Nikdo nemá právo takto oslovovat osoby vyššího věku kromě blízkých příbuzných. Tato oslovení nepatří do profesionální etiky pečovatele a zástupců všech pomáhajících profesí (2).

1.2 AMBULANTNÍ ZAŘÍZENÍ

Podle Haškovcové je ambulance ordinace pro nemocné lidi, kteří jsou schopni chůze a jejichž onemocnění nevyžaduje hospitalizaci. Větší část diagnostiky i léčby

probíhá v ambulancích, což je pro zdravotnictví levnější a pro občany příjemnější. S označením ambulance se setkáváme také v nemocnicích – jde o místo, kde se přijímají pacienti k nemocničnímu pobytu a kde je poskytována specializovaná péče (např. kardiologická, hematologická či gynekologická ambulance) (8).

Ambulantní péči popisuje Předpis č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) viz. Příloha 1.

Ambulantní péče jako taková se zařazuje do primární péče, tj. péče na úrovni prvního kontaktu. Je komplexem činností zahrnujících podporu zdraví, prevenci, vyšetřování, léčení, rehabilitaci a ošetřování v blízkém prostředí každého občana. Ambulantní péče se dále dělí na všeobecnou a specializovanou, která je poskytována v odborných ambulancích např. neurologických, psychiatrických aj. (13). Zařízení ambulantní péče mohou být jak zdravotnickými zařízeními státu, obcí, tak zařízení zřizovaná a provozovaná soukromými subjekty, tj. fyzickými či právníckými osobami (14).

Ošetřovatelská péče v ambulancích je součástí koncepce ošetřovatelství. Ošetřovatelskou péčí se rozumí soubor činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi (15).

Sestra na ambulanci zajišťuje mnoho různorodých činností. Aby svou práci dobře a kvalitně zvládala, musí splňovat určité požadavky a to je profesní odbornost, komunikační a organizační schopnosti, samostatnost, odpovědnost, technicko-administrativní dovednosti. Na ambulanci zajišťuje mnoho činností. Reguluje příjem a pořadí nemocných, zakládá a vyhledává jejich dokumentaci, asistuje lékaři při vyšetřování, maří fyziologické funkce, provádí odběry krve, moči, natočení EKG, aplikuje léky, udržuje čistotu a úklid ordinace a pomůcek v ní, komunikuje s pacienty a jejich příbuznými a ostatními spolupracovníky, objednává nemocné na vyšetření, provádí zápisy do zdravotnické dokumentace a do počítače, doplňuje zdravotnický materiál. Hlavní náplní práce sestry je práce v rozsahu odborné způsobilosti, a to bez odborného dohledu a bez indikace, nebo v souladu se stanovenou diagnózou, péče

ošetřovatelská a léčba pacientů podle diagnózy a indikace lékaře. Poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy, dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, poskytuje pacientovi informace v souladu se svou způsobilostí, případně mu tlumočí pokyny lékaře, edukuje pacienty, případně jejich blízké (16).

K sestře v ambulantních zařízeních patří přívětivost, pochopení, laskavost. Má být odborně erudovaná, lidská, má mít empatii. Velký důraz je kladen na schopnost komunikace. Dobrá a zkušená sestra je ochotna komunikovat se svými pacienty, vyslechnout je a poradit jim. Někdy se stává prostředníkem mezi lékařem a pacientem (17). O kvalitě zdravotnické ambulance rozhoduje i funkční komunikace mezi lékařem a sestrou; jde samozřejmě o bazální předpoklad optimálního chodu ordinace. Je prokázáno, že případné poruchy a „šumy“ v této sféře jsou pacientem velmi citlivě vnímány a odrážejí se v míře jeho spokojenosti (18). Podstatnou roli hraje také dostupnost ambulance, prostředí ambulantního zařízení a také estetické a pozitivně působící prostředí v čekárně. Zde pak velmi významnou roli hraje sestra a její kontakt s pacienty v čekárně (19).

1.3 VZTAH SESTRA - PACIENT

Mezi povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem, patří i povolání sestry. Tato profese má svou odbornost, tj. sumu vědomostí a dovedností, které je třeba si pro její výkon osvojit. Velmi podstatnou roli hraje ještě další prvek – lidský vztah mezi pomáhajícím a jeho klientem, tj. mezi sestrou a pacientem. Pacient potřebuje věřit své sestře a cítit lidský zájem. Hlavním nástrojem sestry je její osobnost, která je nepochybně podstatnou složkou její profese (20).

Vztah sestry a pacienta nebude nikdy zcela rovnoprávný. Proto je důležité věnovat pozornost tomu, jak posílit pozici pacienta. K tomu, aby sestra mohla v tomto ohledu pacientovi pomoci, musí sama mít dostatek autonomie a autority. O pacienty je

nutné pečovat takovým způsobem, aby se mohli svobodně rozhodovat. To vyžaduje určitý respekt k pacientům. Je důležité, že pacienti, zejména na začátku vztahu se sestrou, jí musí zcela důvěřovat., i když jí neznají. Přestože se v posledních letech zdůrazňuje partnerský vztah, jsou pacienti alespoň v počátcích vztahu vždy v nevýhodě s ohledem na míru znalostí a informací o svém zdravotním stavu, a jsou tedy okolnostmi v postatě nuceni věřit, že o ně bude dobře postaráno. Vztah sestra – pacient je terapeutický vztah, ve kterém pacientovi umožníme, aby řešil své problémy, uchoval si svou jedinečnost a poučil se ze svých zkušeností. Sestra k tomu potřebuje dovednosti, jakými je vnímavost, podpora sebevědomí pacienta, uvědomění se jedinečnosti pacienta, zachování mlčenlivosti, dar neodsuzovat, rozvíjet důvěryhodnost a empatii a schopnost pomoci pacientovi. Velmi důležitá je také schopnost dobré komunikace verbální a neverbální (21).

Základem dobrého vztahu k pacientovi je morální odpovědnost, spočívající v tom, že kromě právní zodpovědnosti na sebe sestra přijímá i odpovědnost, jež vychází z lidského vztahu. Zde je kromě znalostí a dodržování standardů a postupů lege artis důležitá také ochota konfrontovat hodnoty vlastní s hodnotami pacienta a uvědomit si, nakolik její vlastní hodnoty mohou ovlivnit péči o konkrétního pacienta. To pro sestry vůbec nemusí být jednoduché. Některé vztahy mohou být komplikované, pro sestry může být těžké nechat se vtáhnout do životního příběhu pacienta, vnímat jeho utrpení, těžkosti, osud. Složitě mohou být také vztahy, kdy sestra posuzuje hodnoty a životní styl pacienta v zrcadle svých vlastních hodnot (21).

V geriatrii kvalitní ošetrovatelská péče sehrává významnou úlohu v uskutečňování intervencí medicínskými a psychologickými prostředky s cílem zlepšit život a zdravotní stav seniorů. Jde o profesionální interakci a kultivovaný přístup sestry. Při psychosociálním působení a denním kontaktu jde především o posilování sebeúcty, pocitu jistoty, bezpečí a o pozitivní přijímání seniora. Mezi základní formy psychologického působení na seniory patří i oblast sociální interakce a vhodného dorozumívání se. Sociální komunikace se starým člověkem není jednoduchá, vyžaduje nejen trpělivost, ale i dostatečnou profesionální způsobilost a kvalitní přípravu. I když

stáří není považováno za nemoc, ale za přirozený fyziologický proces, je nutno mít na mysli, že jej provázejí nemoci a společně pak dochází k celkové změně osobnosti člověka (22).

V profesní kompetenci sestry se předpokládá nejen zájem, ale také poznatky o zvláštностech vyššího věku. Psychologické působení však může být cílené pouze tehdy, jestliže se opírá o paradigma fyziologického, zdravého člověka, znalosti celé životní dráhy seniora, přístup ke starému pacientovi jako lidské osobnosti, znalosti vztahu k hodnotám, lidem, k sobě samému a k budoucnosti. Ve vztahu k seniorům jde především o posilování sebeúcty, pocitu jistoty, bezpečí a pozitivního přijímání seniora. Základem sociální interakce a komunikace při práci se starými lidmi by mělo být správné oslovení člověka, které posiluje jeho sebeúctu, seniora chránit před projevy pohrdání, odmítání a zesměšňování, rozhovor vést trpělivě s ohledem na zrakové a sluchové možnosti, vyjadřovat se srozumitelně, ujistit se, senior správně rozuměl, uplatňovat individuální přístup a schopnost a ochota nechat seniora hovořit a diskutovat i o tématech, která ho tíží a kterým se obvykle většina lidí vyhýbá (23).

Skutečně nejefektivnější cestou, jak s pacientem-seniorem navázat dobrý vztah, jak snadno a rychle získat potřebné informace (např. při zjišťování anamnézy) a pochopit zkušenost s nemocí je aktivní naslouchání a pozorování seniora, jeho neverbálních a verbálních projevů. Ignorování nebo devalvace seniorovy zkušenosti může komplikovat celkové posuzování jeho situace, ohrozit budování dobrého vztahu a blokovat účinnou komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem (24).

1.4 KOMUNIKACE

Obecná komunikace je zjednodušeně chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více subjekty. Znamená prakticky základ všech lidských vztahů. Jde o proces sdělování (také sdílení), přenosu a výměny významů a hodnot, zahrnující nejen oblast informací, ale také další projevy a výsledky lidské aktivity, jako jsou zboží,

formy chování, umělecké výtvořy apod. Studium lidské komunikace se dostalo do popředí zájmu zhruba od poloviny 20.století zejména díky rozvoji informačních a komunikačních technologií, který zasahuje do všech oblastí lidské činnosti, a tak také do oblasti ošetrovatelství a zdravotnictví (25).

Komunikace je nepostradatelným prostředkem v životě. Využíváme ji v každé životní situaci (26). V běžném životě zpravidla komunikace podléhá sociální kontrole – řídí se určitými pravidly, normami, etiketou apod. (24).

Ošetrovatelská praxe klade schopnost interakce a komunikace s nemocnými a spolupracovníky na významné místo. Zdravotník používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s nemocným (27). Umění správné komunikace vyžaduje určité předchozí vědomosti, zkušenosti, dovednosti a vlastně celoživotní učení. I zdravotničtí pracovníci na sobě musí neustále pracovat, aby jejich komunikace byla nejen dobrá, ale stále lepší a lepší (24).

V komunikaci informujeme druhého o našem vztahu k němu, ale i o svých pocitech, očekáváních, o našich hodnotách, motivech, cílech a přáních. Vše můžeme vyjádřit pomocí mluveného nebo psaného projevu, tj. verbálně neboli slovně, nebo informace sdělujeme neverbálně, to je mimoslovně neboli mluvou těla (27).

Verbální komunikace je charakterizována jako využívání slov jako symbolů a znaků neboli kódů nejen k předávání informací, ale i myšlenek, sdílení zkušeností a zážitků, validaci (ověření) mínění druhých a vnímání vysílaných symbolů a vnímání okolního světa (25). Specificky lidským prostředkem komunikace je řeč, která má bezprostřední vazbu na myšlení (28).

Neverbální komunikaci nazýváme někdy řečí těla. Často zprostředkuje pocity člověka lépe než slova, protože neverbální projevy si uvědomujeme méně než verbální (27). Neverbální komunikace je velmi rychlá, funguje prakticky okamžitě při spatření druhé osoby (28). Může někdy dokonce zcela nahradit komunikaci verbální, obvykle ale verbální komunikaci doprovází (24). Neverbální komunikace neboli komunikace beze slov – viděná, mimoslovní (z lat. verbum = slovo, non = ne) je tedy nejčastěji

charakterizována a definována jako komunikace nepoužívající slov. Je vývojově (fylogeneticky) starší a existovala dávno předtím, než se vyvinula řeč (25). Do neverbální komunikace patří *posturologie*, někdy bývá označována jako posturika, je charakterizována jako řeč našich fyzických postojů. Postoj vyjadřuje polohu a postoj těla, nohou a rukou apod. *Mimika*, kdy je člověk schopen výrazy obličeje, pohyby tváře, především úst, očí, nosu sdělovat druhým lidem svůj vnitřní psychický stav, emocionální skutečnosti, náladu či afekt. *Gestikulace* jsou pohyby rukou = „řeč“ rukou, které jsou v sociální interakci dvou lidí zásadně důležité a to hlavně pro lidi s komunikačními problémy např. lidé s poruchami sluchu. *Haptika* je komunikace pomocí doteku. Jde o bezprostřední kontakt s druhým člověkem např. podání ruky, poplácávání, pohlazení apod. *Vizika* je řeč očí, zrakový kontakt, který vyjadřuje sdělení pohledem. Je obvykle úplně prvním prostředkem navázání kontaktu mezi dvěma lidmi. Při sdělovacích možnostech pohledu záleží, kam je veden, na délce pohledu, četnosti, úhlu pootevření očních víček, těkání očima, a také na tvaru a pohybu obočí, průměru zornice, tvaru vrásek okolo očí apod. *Proxemika* neboli sdělování přiblížením a oddálením, vzdálenost od partnera. Vzdálenost mezi dvěma osobami je v proxemice hodnocena z hlediska horizontální a vertikální vzdálenosti. *Paralingvistika* zahrnuje sílu, intenzitu, zabarvení a intonaci hlasu, plynulost a rychlost řeči a jiné znaky jakými jsou oděv, vůně - čichová komunikace, výtvořiny lidské činnosti (27).

„Obecně máme tendenci verbální komunikaci připisovat větší význam než komunikaci neverbální, protože je ve verbální komunikaci obsažena věcnost – onen informační obsah sdělení. Jednotlivé druhy komunikace „ jdou však ruku v ruce“, obvykle se vzájemně doplňují; slova jsou doprovázena gesty, výrazem obličeje, jsou podtržena určitým tónem řeči apod.“ (24,s.38).

Komunikace je zdrojem všech emocí, které prožíváme – příjemných i nepříjemných. Je zdrojem radosti, spokojenosti, ale i stresů. Její základní pravidla platí pro každou oblast lidské činnosti a chování. Odlišnosti lze však najít v profesních sférách – vyskytují se zde specifické požadavky. To platí i pro komunikaci ve zdravotnictví, kde se komunikace stává klíčovým nástrojem v péči o nemocné (24).

1.4.1 Komunikace se seniory

Potřeba komunikovat se v obecné rovině u jedinců vyššího věku ve srovnání s ostatními osobami neliší. Komunikace v geriatрии se však vyznačuje některými znaky, které ovlivňují výběr komunikačních prostředků, metod a postupů k porozumění. Stejně jako v běžné komunikaci při poskytování péče se i zde vyskytují čtyři hlavní potřeby: 1/ potřeba sociálního kontaktu a interakce; 2/ potřeba vysvětlení a potvrzení, ujištění; 3/ potřeba rady, podpory a edukace; 4/ potřeba komfortu a útěchy, ujištění a uklidnění (25). V souladu s respektováním odlišností v období stáří je nezbytné přizpůsobení komunikačních technik schopnostem a dovednostem naslouchajícího. Zejména u seniorů zdůrazňují všechny dostupné odborné zdroje zaměřené na problematiku gerontologie a geriatрии aspekt individuality. Při hodnocení jednotlivého seniora je nutno zmínit dva hlavní sledované činitele – kalendářní a biologické stáří – věk (25).

Úkolem sestry je, aby uměla pomoci seniorovi rozumět tomu, co se s ním a kolem něj děje. Využívá k tomu prvky jak neverbální, tak verbální /používání srozumitelného jazyka bez zbytečných odborných výrazů/, tak činy. Důležité je pomoci starším pacientům s aktivním přístupem k životu i v nemoci, umět je povzbudit, účinně motivovat a poradit jim (29). K hlavním psychologickým postojům při komunikaci se seniory patří přistupovat profesionálně k osobnosti starého člověka, přistupovat k němu individuálně na základě psychosociální anamnézy, respektovat změny v psychických funkcích v průběhu stárnutí a nemoci, volit vhodné formy komunikace k získání důvěry a vytvoření příznivého emočního klimatu, uplatňovat nedirektivní přístup a poskytovat pravdivé informace (27). Další specifika komunikace se staršími lidmi jsou respektovat identitu pacienta a důsledně jej oslovovat jménem nebo odpovídajícím titulem, důsledně se vyhybat infantilizaci (zdětinšťování) starého člověka, respektovat princip zpomalení psychomotorického tempa a zhoršenou pohyblivost a stabilitu, chránit seniory před

časovým stresem. K usnadnění komunikace je nutné zdržovat se v zorném poli seniora a udržovat oční kontakt, nezvyšovat zbytečně hlas a jakoukoliv pomoc vždy nabízet, ale nevnucovat (24).

Důležitou součástí komunikačního procesu u seniorů je naslouchání (9). Naslouchání neznamena jen slyšet, znamená především plně chápat a porozumět. Aktivní naslouchání je naslouchání a porozumění pocitům – vcítit se, vycítit, vytušit, rozpoznat, porozumět, pochopit (27). V naslouchání druhému člověku mohou bránit (z hlediska vzdálenosti v prostoru) dvě různé situace – jsme-li moc blízko nebo příliš daleko. Můžeme být od něj fyzicky příliš vzdálení, takže ho pořádně neuslyšíme. Chceme-li po něm, aby věci několikrát zopakoval, dotyčný znervózní nebo to vzdá. Moc vzdálení jsme také tehdy, když si neuděláme dost času, který starý člověk k rozhovoru potřebuje. Na významu nabývá i dotekový kontakt. I senior ocení nejběžnější dotekový kontakt, kterým je podání ruky. Tím, že pacienta pohladíme po ruce, položíme mu ruku na ramena, případně vezmeme jeho ruku do svých, posilujeme pacientovu důvěru (9).

V komunikaci se seniorem dbáme na zachování důstojnosti (29). Snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů např. v kognitivní oblasti (30). Důstojnost pacienta je závažnou prioritou při poskytování zdravotní péče, kdy je na ni kladen důraz právě u křehkých geriatrických pacientů s chronickými zdravotními problémy. K častým formám ponižování důstojnosti geriatrických pacientů při komunikaci patří nerespektování pacientovi vůle, nerespektování pacientova soukromí, nerespektování pacientova studu, odnímání jeho osobitosti, nevhodné oslovování, nedostatečná komunikace až zvěcnění starého člověka, obecné podceňování schopností starého člověka (10).

Současné ošetřovatelství je samostatný vědní obor opírající se o nejnovější vědecké poznatky a vychází rovněž z vlastního ošetřovatelského výzkumu. Ošetřovatelská péče se tak stává v mnoha případech péčí, která nejen podporuje léčebný proces, ale je terapeutická. To vyžaduje také vysokou profesionalitu poskytované péče o seniory a holistický přístup. Na seniora se pohlíží jako na bio-psycho-sociální jednotku

se všemi jeho tělesnými, psychickými a sociálními potřebami. K výrazné sociální potřebě seniora patří potřeba komunikace a pocit akceptace vlastní osobnosti. Ne všichni senioři mohou komunikovat verbálně, proto je náročným úkolem pro sestru pochopit potřeby těchto lidí, porozumět jim a poskytnout jim profesionální a zároveň humánní péči, která vychází z jejich potřeb (31). Nové koncepty a modely péče předkládají nové způsoby komunikace a poskytování odborné péče založené na důkazech a prověřené praxi (32).

Psychobiografický model německého profesora Erwina Böhma je ošetrovatelský model mezinárodně uznávaný a v současnosti využívaný i v naší zemi v oblasti geriatrické a gerontopsychiatrické péče. Je zaměřen na podporu schopnosti sebepečer starých a zmatených lidí a na způsoby, jak co nejdéle tuto schopnost uchovat či navrátit a to principem oživení zájmu seniora oživením jeho psychiky. Psychobiografický model se snaží o rozšíření úhlu pohledu na člověka seniora, který je v tomto modelu vnímán především jako člověk se svou biografickou historií (32). Biografie nabízí nová pole působnosti pro tzv. reaktivizační péči a je pomocným nástrojem pro individuální komunikaci. Lze ji přirovnat k životopisu, kdy klient vypráví o sobě a svém životě. Toto osobní vyprávění sestře umožňuje zjistit, co senior v rámci péče potřebuje. Tedy nejen ošetrovatelskou péči, ale také úpravu prostředí, respektování své osobnosti, návyků a rituálů, co má rád a co mu naopak vadí apod. Na základě toho lze zahájit reaktivizační péči, která má za úkol kompenzovat disharmonii duševního života seniora a pomáhat mu nacházet opěrné body v jeho vnitřním i zevním světě (33)

Znalost biografie umožňuje pochopit chování a reakce seniora a je tudíž také důležitým prvkem bazálně stimulující péče (31). Koncept bazální stimulace se orientuje na oblasti komunikace, vnímání a mobilizace zachovalých schopností člověka a jejich úzké propojení. Základem bazálně stimulující péče je respekt jeho autonomie. Pro sestru znamená rozšíření jejích kompetencí v rámci ošetrovatelského procesu a výrazně přispívá ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče. Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nezákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání. Cílenou stimulací uložených

vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost, a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost seniorů. Každý má vzhledem k svému momentálnímu stavu vědomí jiný požadavek na komunikaci se svým okolím, což koncept zohledňuje, a tím poskytuje profesionální, individuální, efektivní, terapeutickou a humánní ošetrovatelskou péči (31).

Koncept vychází z poznatků pedagogiky, fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie a ošetrovatelství. Základním principem konceptu je zprostředkovat člověku vjemy ze svého těla a stimulací vnímání organismu mu umožnit lépe vnímat okolní svět a následně s ním navázat komunikaci. Kontinuální stimulace smyslových orgánů umožňuje vznik nových dendritických spojení v mozku a novou neuronální organizaci v jeho určitých regionech. Techniky konceptu se člení na *prvky základní stimulace* a těmi jsou somatická, vestibulární a vibrační stimulace a na *nástavbovou stimulaci*, to je optická, auditivní, taktilně-haptická, olfaktorická a orální stimulace (34). Koncept využívá možnosti komunikovat pomocí doteků a klade velký důraz na kvalitu doteků i na jiné prvky nonverbální komunikace. Dotýkat se je základní lidská schopnost. Doteky se k nemocnému, ale i zdravému seniorovi dostává spousta impulzů ze zevního prostředí, ale také on může pomocí doteků komunikovat s okolím. Doteky mají v životě člověka různé role i význam (31).

Další významnou metodou, která umožňuje kvalitní a vhodnou komunikaci se seniory je metoda validace, kterou vytvořila Naomi Feil, americká gerontoložka a sociální pracovnice. Je určena pečujícím osobám a ukazuje, jak vhodným způsobem komunikovat s dezorientovanými lidmi nebo lidmi s demencí a podporovat je. Cílem validace ale není zlepšovat zdravotní stav velmi starých dezorientovaných lidí. Jde spíše o to, aby se změnil přístup pečujících osob, aby se dokázaly vcítit do osobní reality dezorientovaného člověka a přizpůsobily tomu své chování a jednání (35). Validace je dorozumivací systém využívající specifické techniky, které redukuje stresové zatížení demenčního člověka i ošetřujícího personálu a pomáhají zkvalitňovat soužití, komunikaci a spolupráci mezi seniorem, rodinnými příslušníky a sestrou. Validace je chápána nejen jako pragmatické opatření vyplývající z praktické práce; podle N.Feil je

to přístup k pochopení. Skládá se z kombinace třech prvků, které lze ve stručnosti charakterizovat pojmy: poslání – postoj – technika. Jeden prvek sám o sobě validaci nepředstavuje, pouze jejich vzájemná kombinace ji dělá jedinečnou a odlišitelnou od jiných ošetřovatelských a terapeutických přístupů. Ukazuje se, že sestra tak dokáže a je schopna pochopit a respektovat pocity a individuální životní situace seniora s demencí. Sestra praktikující validaci neodsuzuje, ale akceptuje moudrost starých lidí, uznává a chápe jejich cíle, které jsou odlišné od cílů mladých (36). K základním principům validace patří přistupovat ke každému seniorovi jako k osobnosti a akceptovat ho takového, jaký je, nesnažit se soudit a měnit jeho chování, nýbrž snažit se plnit individuální potřeby, které mohou být určitým jednáním vyjadřovány. Empaticky naslouchat a tím vzbuzovat důvěru, zmírňovat strach a navracet důstojnost. Pomoci vyjádřit pocity, překonávat nevyřešené problémy (které mohou být z dávné minulosti) a snažit se být otevřeni bolestivým pocitům, které chtějí staří lidé vyjádřit.

Metoda validace není žádnou léčebnou metodou či terapií. Snaží se poukázat na to, že každé chování, i to pro sestru v dané chvíli nepochopitelné, má svůj důvod a že když bude reagovat jiným způsobem, než jsme běžně zvyklí, tak může předcházet vypjatým situacím, podráždění na straně staršího člověka i dotčenosti na straně sestry. Díky validačnímu přístupu je možné dosáhnout uvolnění atmosféry a navázat oční kontakt, učit se správně zacházet s vlastními pocity a reakcemi. Naomi Feil zdůrazňuje: „*Metoda validace podporuje velmi starého člověka, aby dosáhnul svých cílů, ne těch našich.*“ (35).

Další důležitou složkou komplexní péče o seniory představuje celostní koncept smyslové aktivizace. Jeho autorkou je Lore Wehner žijící ve Štýrsku. Smyslová aktivizace je tedy pojem, který lze chápat jako „vedení do pohybu“ za účasti veškerých smyslů. Pozitivní výsledek smyslové aktivizace je vytvoření motorické, kognitivní, verbální, skutečně komplexní činnosti. Využitím smyslové aktivizace se impulzy ze smyslových orgánů nervovými drahami přivedou do mozku. Tam se uspořádají, uloží a připojí k předchozím získaným informacím. Trénuje se schopnost vyrovnat se s běžnými každodenními úkony (činnostmi), umožní se vyvolat slova, příhody, představy

a emocionální dojmy, a tak se zase povzbudí možnost najít zapomenutá slova. Člověk s demencí tak opět dostává možnost komunikace – a to komunikace komplexní, všemi smysly a systémy. V oblasti komunikačního procesu má smyslová aktivizace mnoho cílů, k nimž patří napomáhat schopnosti komunikovat, napomáhat možnosti komunikovat nebo ji vytvořit, napomáhat vytvářet verbální i neverbální vyjadřovací schopnosti, napomáhat schopnosti hovořit a nalézat slova, rozšiřovat slovní zásobu.

Podpora a procvičování smyslových funkcí přináší seniorovi nejen příjemný pocit, ale zároveň jsou pro něj formou prožití času. K procvičování smyslů připojuje senior i fyzickou aktivitu, což slouží k udržení jeho soběstačnosti při běžných denních činnostech (37).

1.4.2 Komunikační bariéry

V literatuře jsou popisovány různé bariéry komunikaci se seniory. V obecné rovině lze bariéry v komunikaci rozdělit na interní a externí. Interní bariéry vyplývají ze schopností a dovedností jedince, jeho prožívání a zdravotního stavu, jsou to např. negativní emoce (strach, zlost), nepřipravenost, fyzické nepohodlí, nemoc, či bariéry postoje (xenofobie). Externí bariéry jsou dány zevním prostředím, jeho uspořádáním atd. Je to např. hluk, šum, vyrušení jinou osobou, vizuální rozptylování, neschopnost naslouchat, komunikační zahlcení (25). K nejběžnějším bariérám komunikace se seniory patří somatické bariéry – bolest, demence, poruchy sluchu, zhoršená funkce zraku, problémy spojené s poruchou řeči, potíže s orientací a zmateností, únava; psychické bariéry – prožívání strachu, úzkosti, stres; dále pak nedůvěra ke zdravotníkovi a neochota hovořit na intimní téma např. popsání vztahů v rodině, sexuální život, finanční situaci apod. (2).

Úkolem sestry při komunikaci se starými lidmi je zjistit rozsah omezení a nalézt vhodnou a přijatelnou metodu komunikace (29).

Při komunikaci se seniorem s demencí výrazně platí, že je třeba si vytvořit pro

komunikaci dobré podmínky. Zjistíme, co senior právě dělá a teprve, když si budeme jisti, že nás vnímá, můžeme začít komunikovat (9). Mluvíme srozumitelně, pomalu, v krátkých větách, v hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, používáme výrazy seniorovi známé a přiměřené. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí, aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda senior našim informacím správně porozuměl. Využíváme nonverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u seniora, dáváme jasně najevo, že odcházíme a zopakujeme, zda jen na chvíli, nebo zda konzultace skončila. Seniora nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem (10). Při všem, co společně děláme, člověka s demencí povzbuzujeme, dáváme mu najevo, co dělá správně. Lepší než obecná pochvala je výsledná konkrétní zpětná vazba (9). Zejména u seniorů s Alzheimerovou demencí je důležité ujistit se, zda nám věnuje pozornost a až poté v rozhovoru pokračujeme. Dáváme mu dostatek času, aby mohl reagovat. Tón hlasu volíme jemný a klidný a snažíme se působit pozitivně (38).

Poruchy zraku u seniorů způsobují veliký komunikační deficit, protože právě zrak umožňuje lidem vidět mluvčího a jeho výraz obličeje a gesta. Při nesprávně vedené komunikaci se často cítí izolovaný a zranitelný. Úlohou sestry je vytvořit dobré podmínky pro orientaci seniora a omezením rušivých podnětů mu umožnit soustředit se na sluchové vnímání (29). Důležité je navázat kontakt se seniorem jako první, vždy se představit a uvést svoji funkci. Předem seniora o všem informujeme, vše slovně komentujeme i podání ruky, které nahrazuje vizuální kontakt. I přes poruchu zraku je důležité s postiženým seniorem udržovat oční kontakt. Pokud je zrakově postižený senior v čekárně ambulance, je vhodné mu sdělit, že o něm víme a ujistit ho, že ho později zavoláme (24).

Poruchy sluchu představují ve stáří častou poruchu. Ztráta sluchu omezuje komunikaci seniora se svým okolím a negativně ovlivňuje kvalitu života. Zejména v oblasti psychické a sociální. Může vést až k sociální izolaci seniora. Seniori často nedoslýchavost tají z důvodu studu nebo ji považují za něco, co ke stáří běžně patří a

není třeba o tom mluvit. Je nutné, aby sestra postupovala citlivě, zachovala důstojnost seniora a pomohla mu přijmout zhoršení funkce smyslu. K zásadám komunikace se seniorem se zhoršeným sluchem patří: hovořit pomalu v kratších větách, ne v rozvinutých souvětích; zřetelně artikulovat; hovořit nahlas, avšak nekřičet; být trpělivý, dát mu čas na odpověď a chválit ho za spolupráci (2). Kontakt s neslyšícím je zapotřebí udržovat přímým pohledem z očí do očí, dobré je využívat výrazy obličeje a gesta rukou (10).

Zvláštní skupinou seniorů, kdy jsou na sestru kladeny vyšší nároky při komunikaci, jsou senioři postiženi Parkinsonovou chorobou. Nemoc se vyznačuje převážně poruchami hybnosti, svalovou ztuhlostí, poruchou rovnováhy a třesem. Ve tváři seniora s Parkinsonovou chorobou se objevuje méně výrazů vlivem pomalých či neúplných svalových pohybů a komunikace se tak stává obtížnější. Může se projevit nezřetelnou řečí, což přispívá k nelehké komunikaci s ostatními. Pro sestru to znamená, že vhodně zvolenou komunikací výrazně přispívá ke zkvalitnění jeho života (39).

1 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zmapovat komunikaci sester se seniory v ambulantních zařízeních

Cíl 2: Odhalit komunikační bariéry ze strany sester při komunikaci se seniory
v ambulantních zařízeních

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak vnímají senioři komunikaci sester s nimi v ambulantních zařízeních?
2. Jaké komunikační bariéry se objevují mezi seniory a sestrami v ambulancích?

1 METODIKA

3.1 Popis metodiky výzkumu

Pro výzkumnou část bakalářské práce jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Kvalitativní analýzu dat jsem zpracovala pomocí odborné literatury. Analýza dat v kvalitativním přístupu je odlišná od analýzy v kvantitativním přístupu, kde se aplikují předem řízené kategorie k datům podle pevných pravidel. Kvalitativní analýza a interpretace dat je hledání významových vztahů mezi nimi a spojování deskriptivních kategorií do logických celků (40).

Výzkumné šetření probíhalo v měsíci únor a březen 2014. Údaje byly získávány formou polostrukturovaného rozhovoru, byla použita metoda dotazování. „Rozhovor je možno definovat jako systém verbálního kontaktu mezi tazatelem a dotazovaným s cílem získat informace prostřednictvím otázek, které klade tazatel.“(41, s.88).

Oslovení respondenti souhlasili s tím, že rozhovory mohou být nahrávány na diktafon. Byli ubezpečeni, že rozhovory zůstanou zcela anonymní a diskrétní. Byli informováni o tom, že skutečnosti získané z rozhovorů budou použity pro účely bakalářské práce a byli seznámeni s jejím tématem.

Nahrané rozhovory byly posléze přepsány, vytištěny a metodou tužka a papír byly následně kódovány do jednotlivých kategorií a podkategorií. Jednotlivé kategorie a podkategorie jsou zpracovány do přehledných schémat. Jednotlivé rozhovory s respondenty byly očíslovány. Na tyto jednotlivá čísla je odkazováno v textu, např. R5 (respondent 5). Komentáře pod kategoriemi a schémata obsahují i citace jednotlivých respondentů bez lingvistické úpravy.

K rozhovorům bylo připraveno celkem 8 otázek, které respondenti dopředu neznali. Celé znění otázek je zobrazeno v příloze 2.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl vytvořen 8 respondenty – seniory z českokrumlovského a prachatického okresu. Věkové rozmezí seniorů je od 65 let do 80 let. Na připravené otázky odpovídalo 6 žen a 2 muži. Získat respondenty pro rozhovor nebylo obtížné, všichni oslovení ochotně souhlasili. Všichni senioři, kteří tvořili skupinu respondentů, jsou lidé orientovaní časem, místem i dobou. Jsou soběstační a mobilní. Nemají žádné projevy demence ani poruchy chování. Nemají výrazné oční vady, pouze někteří z nich trpí nedoslýchavostí. Vzhledem k věku a chorobám stáří navštěvují pravidelně několik ambulancí a svého praktického lékaře.

Jména všech respondentů jsou smyšlená z důvodu zachování anonymity.

Respondentka č. 1 je paní Anna, 71 let, vdova, je vyučená. Skoro celý život pracovala jako ošetřovatelka v Domově důchodců. Svoji práci měla ráda. Rozhovor probíhal v jejím rodinném domě, kde žije s rodinou syna. Trval zhruba 1 hodinu a půl, do debaty se nakonec zapojila i rodina paní Anny, bylo zajímavé slyšet názory na ambulantní péči i od mladších ročníků. Paní Anna byla velmi sdílná a komunikativní, atmosféra byla přátelská a veselá.

Respondent č. 2 je pan Jan, 65 let. Má středoškolské vzdělání. Z oslovených respondentů je nejmladší. Během života vystřídal několik zaměstnání. Na otázky odpovídal věcně a stručně. Rozhovor probíhal v příjemné atmosféře v soukromí jeho bytu, trval cca 30 minut.

Respondentka č. 3 je paní Eva, 70 let, je vyučená. Celý život pracovala manuálně. Paní Eva je vdaná, s mužem žije spokojeně celý život. Rozhovor probíhal v jejich třípokojovém bytě v přátelské atmosféře, trval hodinu. Paní Eva na otázky odpovídala ochotně, ale často odbíhala od tématu otázky.

Respondentka č. 4 je paní Marie, 73 let, má středoškolské vzdělání. Celý život pracovala ve školství. Paní Marie je rozvedená, ale žije spokojeně v malé garsonce v Domě s pečovatelskou službou. Rozhovor trval 45 minut, atmosféra byla klidná a přátelská, paní Marie odpovídala ochotně a s přehledem. Bylo poznat, že ji téma rozhovoru velmi zaujalo.

Respondentka č. 5 je paní Jaroslava, 72 let, vdova, je vyučená. Celý život pracovala manuálně, svůj život neměla lehký, ale přesto je to milá a vlídná dáma. Rozhovor probíhal u kávy v milé a přátelské atmosféře jejího třípokojového bytu. Na otázky odpovídala stručně, více musela být k odpovědím motivována. Rozhovor trval 30 minut.

Respondentka č. 6 je paní Věra, 80 let, vdova, má středoškolské vzdělání. Paní Věra je nejstarší oslovenou respondentkou, ale přesto je to stále velmi vitální a činorodá dáma. Celý život pracovala ve zdravotnictví jako sestra. Její odpovědi tedy více korespondovaly s jejími zkušenostmi a znalostmi. Rozhovor probíhal v příjemné atmosféře jejího rodinného domku, kde žije se svým synem. Rozhovor trval, dvě hodiny, protože paní Věra jej zpestřovala a doplňovala historkami ze své praxe.

Respondentka č. 7 paní Ludmila a **respondent č. 8** pan Miroslav jsou manželé, rozhovor tedy probíhal s oběma najednou. Paní Ludmile je 73 let, má středoškolské vzdělání, celý život pracovala jako sestra. Panu Miroslavovi je také 73 let, má středoškolské vzdělání, pracoval jako stavař. Oba byli velmi pohodoví a veselí, celý rozhovor probíhal v přátelské atmosféře a trval 1 hodinu 20 minut.

1 VÝSLEDKY

4.1 Identifikace výzkumného souboru

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentů

Respondent 1	Anna	věk 71 let	vyučená
Respondent 2	Jan	věk 65 let	středoškolské vzdělání
Respondent 3	Eva	věk 70 let	vyučená
Respondent 4	Marie	věk 73 let	středoškolské vzdělání
Respondent 5	Jaroslava	věk 72 let	vyučená
Respondent 6	Věra	věk 80 let	středoškolské vzdělání
Respondent 7	Ludmila	věk 73 let	středoškolské vzdělání
Respondent 8	Miroslav	věk 73 let	středoškolské vzdělání

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka znázorňuje číslo respondenta, jeho jméno, věk a dosažené vzdělání. Věkové rozmezí seniorů je od 65 let do 80 let. Respondenty tvoří 6 žen a 2 muži. 5 respondentů má středoškolské vzdělání, 3 respondenti jsou vyučeni.

4.2 Kategorizace

Tabulka 2 Přehled kategorií a podkategorií

Kategorie	Podkategorie
1. Sestra na ambulanci	a) Představy o sestře na ambulanci b) Pozitivní vlastnosti sestry na ambulanci c) Negativní vlastnosti sestry na ambulanci
2. Verbální komunikace sester na ambulanci	a) Oslovení b) Podávání informací
3. Neverbální komunikace sester na ambulanci	
4. Komunikační bariéry na ambulanci	
5. Aspekty ovlivňující komunikaci na ambulanci	a) Prostředí b) Vztah sestra - lékař

Zdroj: vlastní výzkum

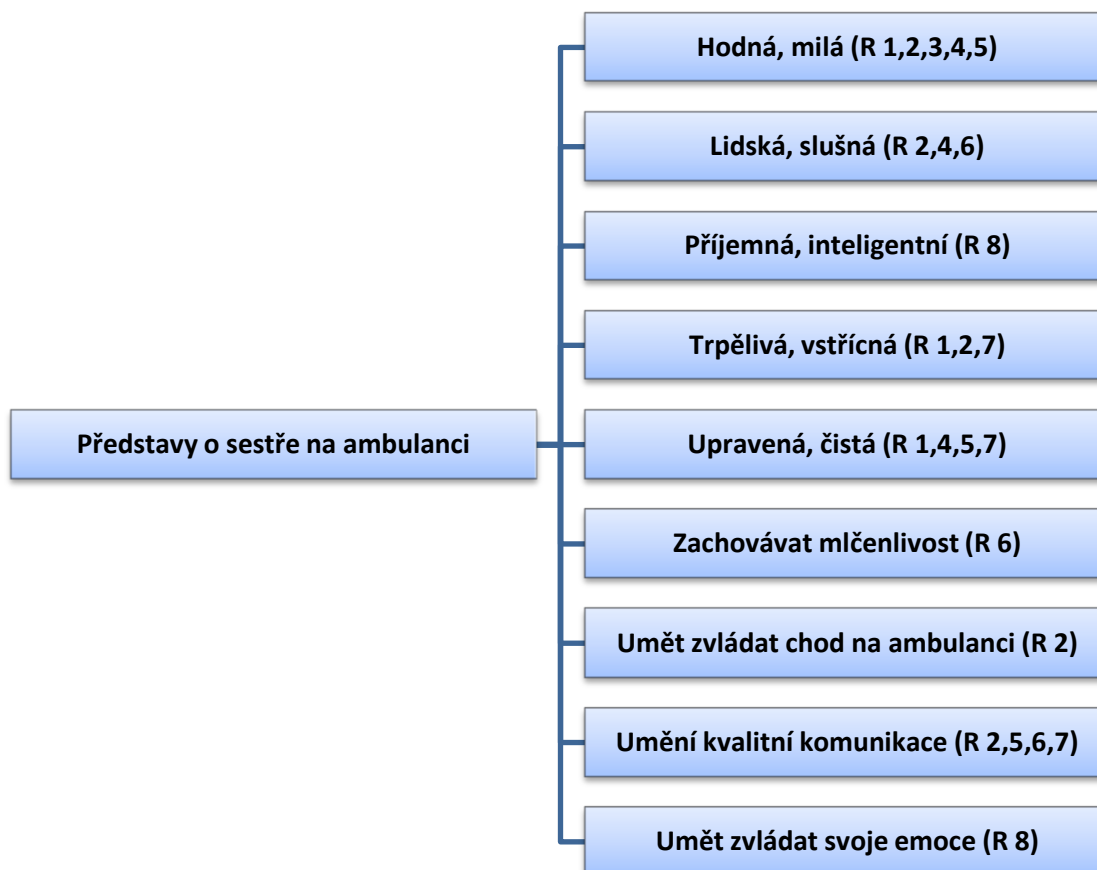
4.2.1 Kategorie Sestra na ambulanci

Kategorie „Sestra na ambulanci“ obsahuje tři oblasti, které se objevovaly v odpovědích respondentů. Respondenti v odpovědích vyjadřovali své názory na to, jakou představu mají o sestřích na ambulanci a jaké pozitivní a negativní vlastnosti mají sestry na ambulanci.

Jednotlivé podkategorie jsou rozpracovány v následujících schématech. U jednotlivých odpovědí jsou uvedena čísla respondentů, kteří zmiňovali odpovědi v jednotlivých oblastech.

4.2.1.1 Podkategorie Představy o sestře na ambulanci

Schéma 1 Představy o sestře na ambulanci



Zdroj: vlastní výzkum

Na tomto schématu je znázorněno, jaké představy mají senioři o sestře pracující na ambulanci. Ve svých názorech vyjadřovali, jaké by měla mít sestra na ambulanci vlastnosti a dovednosti. Milou a hodnou sestru si představuje 5 respondentů. „*Hodná, aby mi udělala to, co potřebuju (R5)*. K dalším vlastnostem, které považují senioři u sester na ambulanci za důležité, jsou slušnost, lidskost, vstřícnost a trpělivost.“ *„Ale hlavně musí být lidská, milá a trpělivá.“ (R2)*. Pro jednoho respondenta je důležité, aby

byla sestra inteligentní. „*Jinak by měla být hlavně příjemná a inteligentní.*“ (R8)

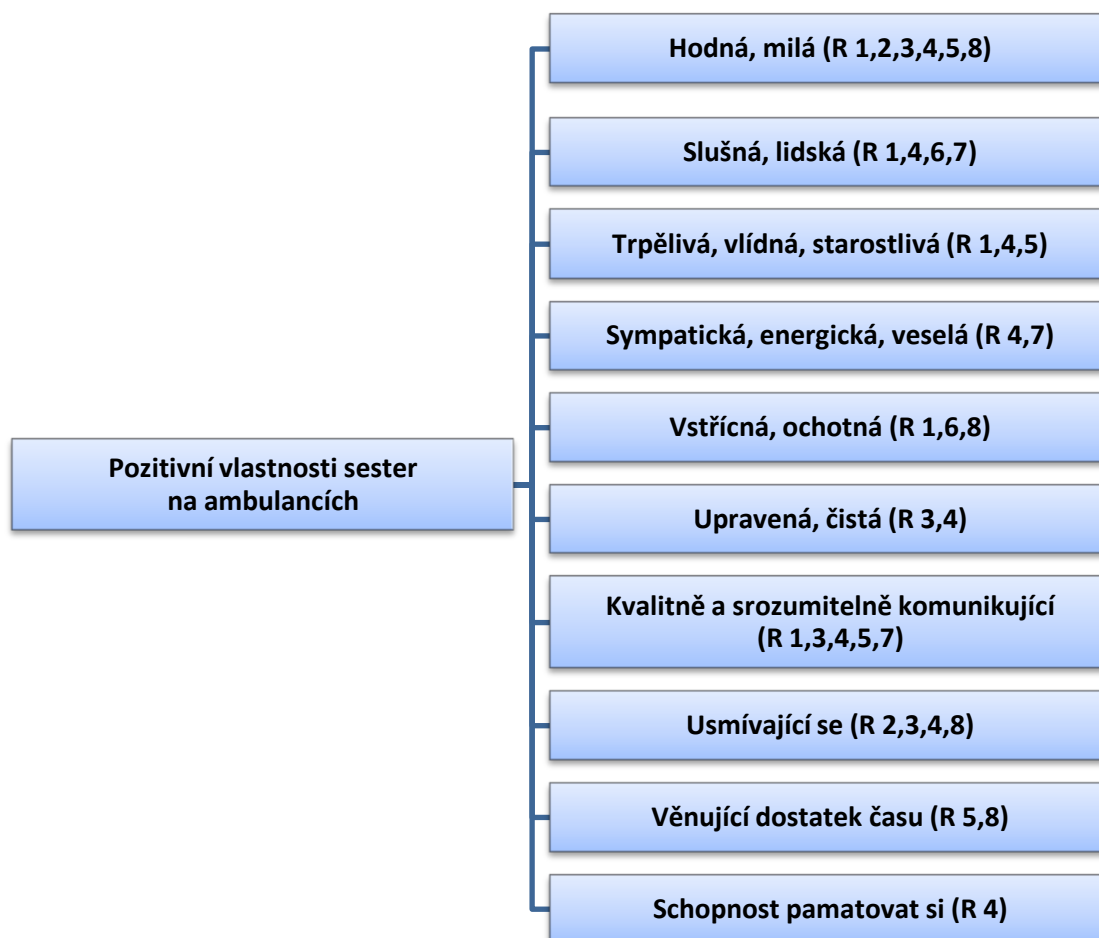
Nejenom kvalitní charakterové vlastnosti považují senioři za důležité, ale i celkový vzhled a úprava zevnějšku má pro ně význam. 4 respondenti uvedli, že sestra na ambulanci má být čistá a upravená. „*Dneska nemusí mít stejnokroje, ale musí být upravená, na tom záleží.*“ (R1). „*Záleží na tom, jak sestřička vypadá, jak je oblečená... Upravená a milá sestra, to tak má být...*“ (R5). „*Dříve jim to víc slušelo, to jo, ale hlavní je, aby byla sestřička čistá.*“ (R7)

Dále se respondenti v představách o sestře na ambulanci zmiňovali také o komunikačních dovednostech. Tři respondenti považují umění kvalitní komunikace za důležité. „*Měla by být vstřícná vůči těm lidem a pokud jsou nějaké problémy, tak jim to vysvětlit, i když je to někdy těžký. Pokud to jde, tak by se vždycky s lidma měla nějak rozumně domluvit.*“ (R7). „*Abych jí rozuměla.*“ (R5). K dalším dovednostem podle seniorů patří zachovávat mlčenlivost, zvládat chod na ambulanci a umět zvládat své emoce. „*Měla by se chovat k pacientovi slušně, měla by mu vysvětlit řádně to, co se kolem něj děje, měla by zachovat mlčenlivost, neměla by mu před dalšíma lidma sdělovat jakékoliv informace, které se týkají jeho osoby.*“ (R6). „*Neměla by se nechat vytočit.*“ (R8).

4.2.1.2 Podkategorie Pozitivní vlastnosti sestry na ambulanci

Schéma 1 Pozitivní vlastnosti sestry na ambulanci

Toto schéma znázorňuje pozitivní vlastnosti sester na ambulancích, s kterými se senioři setkali a vyjádřili je ve svých odpovědích.



Zdroj: vlastní výzkum

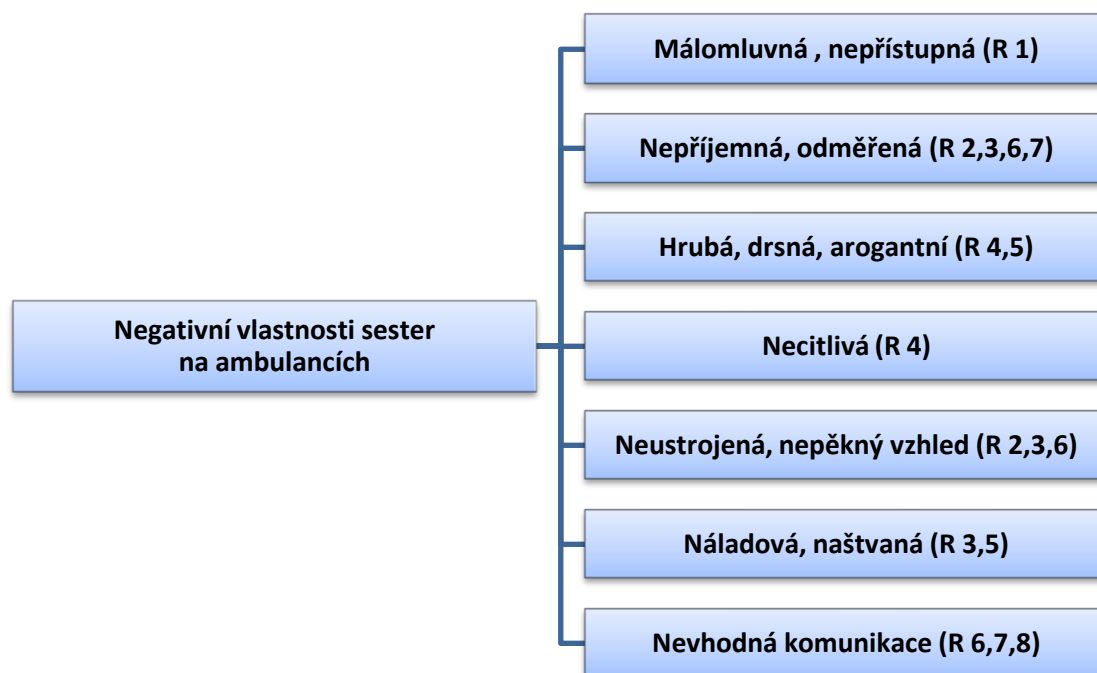
Odpovědi respondentů týkající se pozitivních charakterových vlastností sester na ambulancích byly rozmanité a všichni respondenti se s kvalitními vlastnostmi sester setkali. Nejvíce jich zmiňovalo milou, slušnou, hodnou a usmívající se sestru, kvalitně

komunikující. „Sestřička“ kam jezdím na internu, je moc hodná. Když potřebuju objednat, tak je moc ochotná.“ (R1.) „Většina sestřiček na ambulancích se usmívá.“ (R2). „Prostě když tomu nerozumím, tak mi to vždycky vysvětlí.“ (R3). „Já osobně můžu říct, že zkušenosti mám dobré, ke mně jsou sestry většinou milé a slušné.“ (R4). Zajímavý byl názor jedné respondentky, která ocenila schopnost sestry pamatovat si ji. „Je pro mě milé, když si pamatuje moje jméno, to pak cítím k ní takovou důvěru a nemám obavu si s ní povídat“ (R4). Dva respondenti pak zmínili, že jim sestry při komunikaci věnují dostatek času. „Při komunikaci mi věnují dostatek času, já jsem spokojená.“ (R5). „Sestry mi věnují dostatek času, to nemůžu říct, že ne.“ (R8). Mezi další vlastnosti, které senioři považují za pozitivní, pak patří energická, veselá, vstřícná, vlídná, starostlivá a sympatická sestra. „Taky jsem zažila zmalovanou sestřičku, ale zase měla jiné přednosti, byla sympatická a taková energická.“ (R4). Mezi přednosti sester na ambulanci řadí senioři také vzhled a úpravu. „Dříve nosily víc šaty, teď spíš kalhoty a nějakou blůzu. Ale bývají upravené a čisté.“ (R3).

4.2.1.3 Podkategorie Negativní vlastnosti sestry na ambulanci

Schéma 3 Negativní vlastnosti sestry na ambulanci

Toto schéma znázorňuje negativní vlastnosti sester na ambulancích, s kterými se senioři setkali a vyjádřili je ve svých odpovědích.



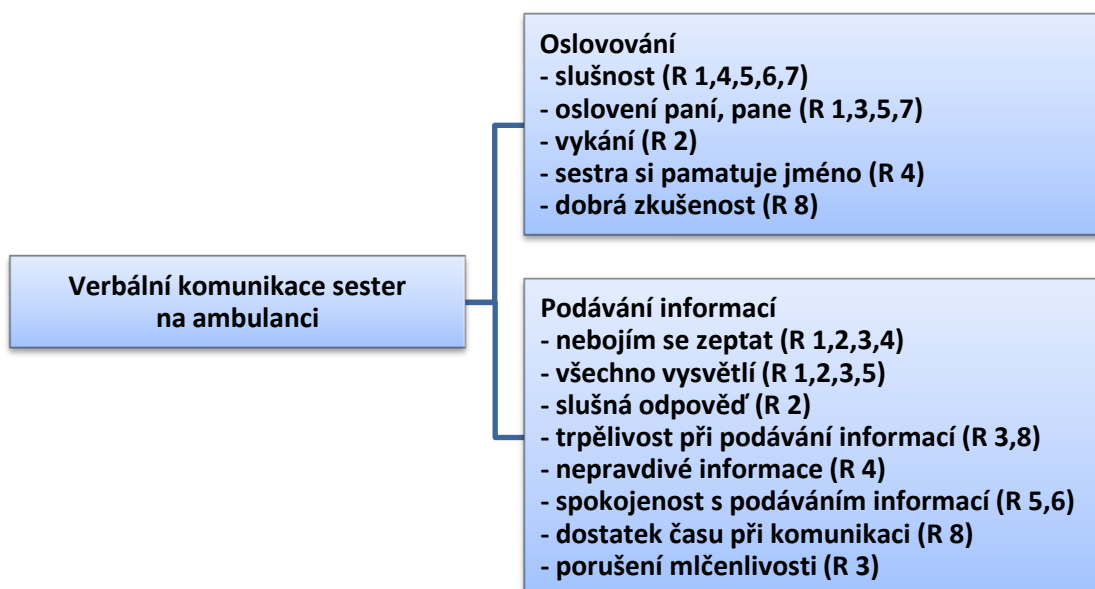
Zdroj: vlastní výzkum

Na tomto schématu je vidět, jaké negativní vlastnosti sester na ambulancích vyjadřovali respondenti. Všichni oslovení respondenti uvedli minimálně jednu negativní vlastnost. Tři respondenti se na ambulancích setkali s nepříjemnou sestrou a tři se sestrou, která nebyla upravená či byla nevhodně oblečená. „*Taky jsem zažil nepříjemnou sestru, ale občas každý máme blbej den...*“ (R2). „*Dost nepříjemné sestry jsou na mamografu.*“ (R7). „*A byla i nevhodně oblečená, koukaly jí špeky z trika a měla krátkou sukni až moc.*“ (R6). „*Dřív, co u nás byla ta sestra, ta byla nevhodně oblečená, měla minisukni, byla tlustá, vůbec na ní nebyl hezký pohled.*“ (R3). Z analýzy rozhovorů dále vyplývá i to, že senioři posoudili negativní vlastnost sestry z pohledu komunikace. „*Asi*

to dělá ta rutinní práce, myslím, že je to nebaví, tam teda ta komunikace vážne.“(R 7).
Dále respondenti odkryli aroganci, necitlivost, odměřenost, nadřazenost, náladovost a hrubost až drsné chování sester na ambulancích. *“...kolikrát koukám kolem a ty sestřičky k těm lidem, co nemůžou rychleji reagovat, tak jim tak odsekávají, jsou hrubé. ...Mám tedy negativní zkušenost z mamografu, tam je tak hrubá a necitlivá sestra, ...je tak necitlivá k lidem a drsná.“(R4).*

4.2.2 Kategorie Verbální komunikace sester na ambulanci

Schéma 4 Verbální komunikace sester na ambulanci



Zdroj: vlastní výzkum

V kategorii Verbální komunikace sester na ambulanci vyjadřovali respondenti svůj názor na to, jak s nimi sestry na ambulanci komunikují slovně. Schéma mapuje odpovědi respondentů. První část schématu znázorňuje, jak respondenti vnímají oslovování jejich osoby a druhá část specifikuje názor na slovní komunikaci sester.

4.2.2.1 Podkategorie Oslovování

Připravená otázka k rozhovorům a tomuto tématu zněla: „*Jakou máte zkušenost s oslovováním vaší osoby ze strany sester na ambulanci?*“ Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že senioři jsou spokojeni s oslovováním jejich osoby a že oslovování na ambulancích je na velmi dobré úrovni. Sestry jsou slušné, vykají a oslovují seniory paní, pane. „*Všude mě oslovují slušně, to bych lhala, kdybych říkala něco jiného.*“ (R1).

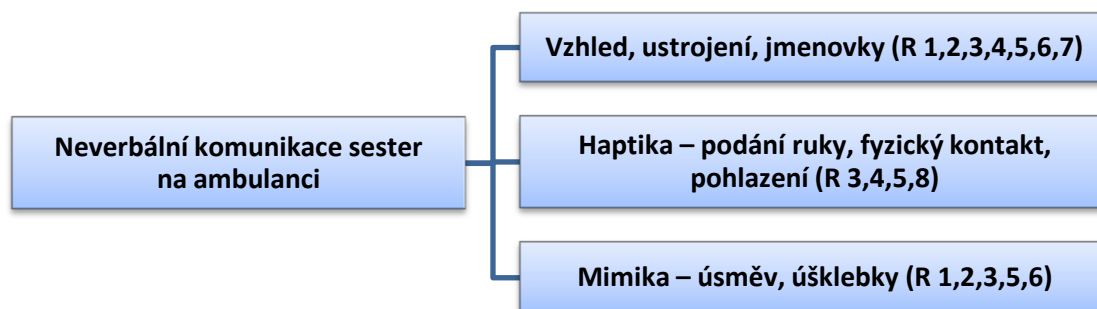
„Oslovují mě paní...takže slušně. Nikdy se mi nestalo, že by mi řekli nějak nevhodně.“(R3). „Vždycky mě slušně osloví paní, nemůžu říct nic špatného. Moje jméno vyslovují krásně.“(R5). Respondentka č. 5 dokonce uvedla, že v ní vzbuzuje důvěru, když si sestra pamatuje její jméno. „Vždycky mě oslovují slušně a jak jsem už říkala, když si pamatuje sestřička moje jméno, mám k ní větší důvěru.“

4.2.2.2 Podkategorie Podávání informací

V této podkategorii jsou uvedeny názory respondentů na slovní komunikaci sester s nimi. Ze schématu je patrné, že ve větší míře jsou odpovědi kladné. Pouze dva respondenti zmínili horší stránku komunikace a to porušení mlčenlivosti a nepravdivost informace. „A potom nám v čekárně všem pacientkám říkali, jak to dopadlo. To myslím není dobré, protože jedna paní tam začala plakat.“(R3). „Jednou jsem se jí ale zeptala na odběry, že bych chtěla nabrat krev na kontrolu kvůli srdci a ona mi řekla, že jenom za 10 let. A to si myslím, že neříkala pravdu.“(R4). Jako pozitivní zkušenosti dále jeden respondent uvedl, že mu sestry věnují při komunikaci dostatek času a vždy se dočká slušné odpovědi a trpělivosti. „Věnují mi dostatek času, to nemůžu říct, že ne. A musím říct, že jsou trpělivé.“(R8). „Vždycky se mi dostane slušná odpověď. Jak od doktora, tak od sester.“(R2). Nejvíce respondentů se shodlo, že se v ambulancích nebojí zeptat na podávané informace. Pokud těmto informacím nerozumí, zeptají se a dočkají se vysvětlení. „Víte, to já když něčemu nerozumím, tak se zeptat nebojím, jsem přece pacient a oni jsou odborníci, co mi to mají vysvětlit...Na tý interně, tam ta sestřička je opravdu hodná a trpělivá, ta mi všechno vždycky vysvětlí.“(R1). „Když něco potřebuju vysvětlit nebo něčemu nerozumím, nebojím se zeptat.“(R2). „Já těm informacím nikdy moc nerozumím. Já tomu houby rozumím, ale když se zeptám, tak mi to vždycky vysvětlí.“(R3). „Vždycky mi všechno ochotně vysvětlí.“(R5). Dva respondenti projevíli spokojenost se slovní komunikací. „Vždycky, když jsem byla někde vyšetřená, tak jsem s tou sestrou, která mi měla ty informace předat, tak jsem byla spokojená. Všemmu jsem většinou porozuměla a když jsem něco nevěděla, tak jsem zeptala a odpověděli mi a byli slušní.“(R6).

4.2.3 Kategorie Neverbální komunikace sester na ambulanci

Schéma 5 Neverbální komunikace sester na ambulanci



Zdroj: vlastní výzkum

Ze znaků neverbální komunikace, které respondenti ve svých odpovědích zmínili, to byla pouze mimika, haptika a vzhled sester. Z odpovědí je patrné, že vzhled a ustrojení sestry senioři vnímají nejvíce. Dva senioři dokonce zmínili jmenovku na oblečení. „Dneska nemusí mít stejnokroje, ale musí být upravená, na tom záleží. Nevadí mi ani, když mají jiné barvy oblečení. A jmenovky mají sestry v nemocnicích, to je dobrý. Já si vždycky ráda přečtu, jak se ta sestřička jmenuje.“ (R1). „Taky jsem zažila zmalovanou sestřičku, ale zase měla jiné přednosti.“ (R4). „A všechny by měli mít jmenovku, abych si mohl přečíst, jak se jmenuje.“ (R2). Dále pak seniory upoutá tvář sester. V odpovědích se objevil hlavně úsměv a úšklebky. „To jako když nemluví? No, usmívají se, jsou milé, mají toho někdy fakt dost.“ (R3). „Snad jednou jsem poznala sestru, která se chovala velmi nevhodně, dokonce se i zašklebila.“ (R6). Třetím znakem neverbální komunikace, kterou respondenti uvedli je haptika a to jak v pozitivním, tak i v negativním smyslu. Respondentka č. 3 ocenila, když ji sestra pohládila. „Taky se mi stalo, že mě i pohládila po rameni, to bylo takové milé.“ Dva respondenti zmínily podání ruky, k tomu ale na ambulancích nedochází, pouze vyjímečně. „Ruku mi nepodávají, ani lékař, to už musí být...“ (R5). „Na podání ruky já si nepotrpím, to abych si potom myl ruce, kvůli přenosu nákazy.“ (R8) V negativním smyslu se vyjádřila

respondentka č. 4, která zažila nepříjemný fyzický kontakt ze strany sestry. „*Ona tak strká do zad, bouchne do zad, podkopává nohy u toho mamografu, aby si člověk stoupl pořádně...*“

4.2.4 Kategorie Komunikační bariéry na ambulanci

Schéma 6 Komunikační bariéry na ambulanci



Zdroj: vlastní výzkum

Bariéry na ambulancích nezmínil pouze respondent č. 8. „*Já nemám žádný problém, ani z mojí strany ani ze strany sester. Řekl bych – spokojenost.*“ Ostatní respondenti vidí jeden či více problémů. Respondentka č. 5 označila za bariéru svoji nedoslýchavost. „*Jsem trochu hluchá. Stává se mi, že jim nerozumím, tak jim musím říct, aby mluvily víc nahlas.*“ Nejvíce seniorů považuje za největší obtíž dlouhé čekání v čekárnách a z toho plynoucí problémy. Respondentce č. 1 se nelíbí, že při dlouhém

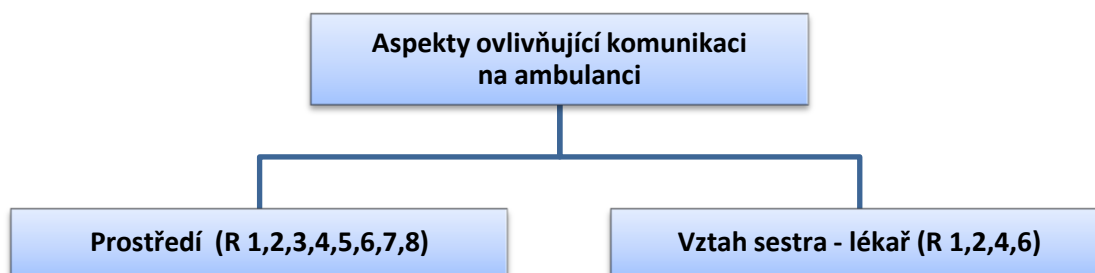
čekání neberou sestry přednostně člověka, kterému není dobře. „*A sestra nepřihlíží k tomu, když je někomu špatně. Nevezme přednostně člověka, oni pak ostatní drzkují. ...Když jsem jezdila se svojí maminkou po doktorech, té bylo vždycky špatně, sjížděla mi z vozíku, tak na to sestra nehleděla. Nikdy nás dříve nevzala.*“ To respondent č. 2 má mírnější a pozitivnější názor. „*Líbí se mi ale, že někde sestra i vyjde do čekárny a omluví se, že třeba musím čekat. A někde se i slušně zeptají, jestli třeba někoho pustí a tak.*“ Dva další respondenti se k čekání také vyjádřili. „*Všude je plno, kamkoliv s tátou přijdem. Na kardiologii, tam je pořád plno lidí, tam je to takový našťosovaný. A někdy to moje vyšetření trvá dýl, ale já za to nemůžu, lidi pak nadávají.*“ (R3). „*Převážně přeplněné čekárny. Někde mi vyhovuje, že mají objednané lidi po hodině a pak to odsejpá.*“ (R7)

Z odpovědí seniorů vyplynulo, že jeden problém ovlivňuje druhý. Odráží se to v chování sester, které na seniory nepříjemně působí, pokud je negativní. Negativní vlastnosti sester byly již zmíněny v kategorii Sestra na ambulanci, ale prolínají se i do bariér v ambulancích. „*Chápu, že třeba na chirurgické ambulanci maj každý den plnou čekárnu a tak se nestíhají ani usmát. Tam jsem byl často na převazech a tam mají opravdu plno práce, to se pak nedivím, že je některá i odměřená.*“ (R2). V této odpovědi respondent popsal i časovou vyčíženost sester. Tento respondent uvedl také bariéru studu z jeho strany, kdy měl nepříjemný pocit ze ztráty soukromí. „*A taky se stalo, že dovnitř každou chvíli přišel někdo jiný, ani nevíte, jestli je to doktor nebo zřízenec a když je člověk svlečený, tak se i stydí. Ale u nás na to sestřička i paní doktorka dbá, berou ohled na soukromí a stud člověka.*“ (R2).

Další bariéru, kterou senioři vnímají nepříjemně, je rutina. Mají pocit, že některé sestry svou práci vykonávají rutinně a to se pak odráží v jejich jednání. Vyjádřili se tak 2 respondenti. „*Chápu, že tam toho mají hodně a že je to asi rutina, ale když člověk neví, na čem je, tak by si to měla uvědomit.*“ (R4). „*Dost nepříjemné jsou na mamografu. Asi to dělá ta rutinní práce, myslím, že je to nebaví, tam ta komunikace vážne.*“ (R7).

4.2.5 Kategorie Aspekty ovlivňující komunikaci na ambulanci

Schéma 7 Aspekty ovlivňující komunikaci na ambulanci



Zdroj: vlastní výzkum

Komunikace mezi sestrou a seniorem není pouze přijímání a předávání zpráv, ale ovlivňuje ji také to, kde se komunikace odehrává a jaká je při ní atmosféra. To se projevilo i v názorech respondentů. Všimají si prostředí čekárny a samotné ambulance a vnímají, jaká je zde atmosféra. A tu dle jejich sdělení velmi ovlivňuje vztah sestry a lékaře.

4.2.5.1 Podkategorie Prostředí

K prostředí ambulančí se vyjádřili všichni respondenti. Pokud ve svých odpovědích zmiňovali čekárnu, nebyli kritičtí k jejímu vybavení, spíše řešili přeplněnost čekárny. V ambulanci si všimají i jejího vybavení. „Čekárna je na chodbě, to mi nepřijde nic moc. A všude spousta lidí. ... Jak chodím na kardiologii, tak tam je čekárna spojená ještě pro druhou ambulanci, tak tam je tak dusno, že tam jsem nemohla jednou ani dýchat. Tam mi bylo špatně, že jsem se musela jít projít. To je hrozná čekárna.“ (R1). „Prostředí na ambulancích vnímám pozitivně i tu atmosféru tam. Myslím, že když je v tý ambulanci i dost přístrojů a pěkné vybavení, tak to svědčí o tom, že ten doktor má zájem

o člověka.“(R4) „Třeba ale v Motole mi to vadilo, tam nejsou okna, to musí být hrozný pro ty doktory a sestry. ... Na ambulanci mi vadí ty blbý reklamy, který tam pořád běží.“(R8).

4.2.5.2 Podkategorie Vztah sestra – lékař

Z pohledu seniorů je pro dobrou komunikaci na ambulanci důležitý vztah lékaře a sestry. Ohodnotili jej 4 respondenti. *„To spíš pan doktor je takový mrzout. Oproti druhým sestram je taková uzavřenější. Jestli spíš ten vztah s doktorem je takový jiný.“(R1). „Tam je spíš důležité, jak ta sestra a doktor spolupracují, jak si rozumí, někdy je tam i veselo. A to oceňuju, když mají smysl pro humor, to se pak povídá veseleji a atmosféra je uvolněnější.“(R2). „Taky jsem byla u doktora, kde toho sestra moc nenamluvila, spíš jenom psala a ptal se hlavně doktor.“(R4). „Ale jinak nemám problém, vždycky jsem zažila docela milou atmosféru. Já si totiž myslím, že se to pozná i podle toho, jak je ten doktor, jestli je na sestry hodnej, zkrátka jak si v té ambulanci celkově rozumí.“(R6).*

2 DISKUZE

V této bakalářské práci na téma „Komunikace se seniory v ambulantních zařízeních“ byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat komunikaci sester se seniory v ambulantních zařízeních. Druhým stanoveným cílem bylo odhalit komunikační bariéry ze strany sester při komunikaci se seniory v ambulantních zařízeních. K těmto cílům byly stanoveny dvě výzkumné otázky: Jak vnímají senioři komunikaci sester s nimi v ambulantních zařízeních? Jaké komunikační bariéry se objevují mezi seniory a sestrami v ambulancích?

Ke zjištění informací byl zvolen kvalitativní výzkum pomocí metody hloubkového rozhovoru. Bylo osloveno 8 respondentů, 6 žen a 2 muži. Jsou to senioři z českokrumlovského a prachatického okresu. Jejich věkové rozmezí je 65 až 80 let. Všichni dotazovaní senioři jsou soběstační, orientovaní časem, místem i dobou. Netrpí žádnou poruchou chování, nemají projevy demence. Někteří z nich jsou mírně nedoslýchaví a mají vzhledem k věku drobné oční vady. Při dotazování byly nejprve zjištěny identifikační údaje respondentů - věk a dosažené vzdělání. Získané údaje jsou znázorněny v tabulce 1.

V první části výzkumného šetření jsme se zaměřili na sestru pracující na ambulanci. Zjišťovali jsme názor seniorů na sestru v pozitivním a negativním smyslu a na představu seniorů, jaká by měla být sestra pracující na ambulanci. Tato kategorie obsahuje tři oblasti, které jsou znázorněny ve schématech. Velmi často měli respondenti tendenci srovnávat ambulantní sestry se sestrami na lůžkových odděleních. Při představě seniorů (schéma 1), jaká by měla být sestra pracující na ambulanci, zazněly vlastnosti jako slušnost, lidskost, trpělivost, vstřícnost a inteligence. Sestra by měla být milá a příjemná, měla by mít schopnost nemocného uklidnit, zvládat chod na ambulanci, schopnost dobře komunikovat a jak zmínil jeden respondent „*nenechat se vytočit*“. Špatenková (2009) zmiňuje, že sestry mohou v rámci vztahu s pacientem autenticky vyjadřovat různé pocity a že pacient si přeje opravdovou, skutečnou sestru, ne „učebnicový“ příklad chladně neosobní profesionální ošetřovatelky (24). To se odráží

ve výpovědích seniorů, kteří ve většině zmínili kladné vlastnosti sester a těmi jsou ochotné, milé, slušné, vlídné, usmívající se sestry. Tyto vlastnosti znázorňuje schéma 2. V pozitivním smyslu se vyjádřily k chování sester na ambulanci tak, jak se s nimi setkávají. Věnují seniorům dostatek času, mluví srozumitelně, ochotně vysvětlí nové informace, chovají se mile a vstřícně. Nejčastěji zmiňovaným slovem v odpovědích bylo „hodná sestra“, což specifikuje celkovou kvalitu sestry z pohledu vlastností, chování i kvality komunikace. Naším výzkumem bylo zjištěno, že sestra na ambulanci ve všech oblastech svého profesního konání obecně splňuje představu seniorů o tom, jaká by měla být. To potvrzuje i názor respondentky č.3: *„Hodná a milá...no, co mám vymýšlet, když takové jsou.“*

Zacharová (2007) uvádí, že postavení zdravotní sestry je ve vztahu k nemocnému složitější, protože nemocný ji vnímá jako součást celého zdravotnického týmu, tj. v úzké spolupráci s lékařem, ale také samostatně. Sestra musí v nemocném budit důvěru ve své odborné znalosti, projevit vysokou dávku taktu a trpělivosti, je zasvěcována do problémů a starostí nemocného, jeho nálad, depresí či osobnostních zvláštností. Její role vyžaduje více porozumění, pochopení, laskavosti (27). Jak vyplynulo z odpovědí, tak ne vždy toto všechno sestry zvládají a ne vždy se dokáží ovládat. Mezi negativní vlastnosti sester na ambulanci, které upravuje schéma 3, patří arogance, nadřazenost, náladovost, odměřenost, nepřístupnost, necitlivost. Seniorům dále vadí sestra uzavřená, málomluvná, nepříjemná a někteří se setkali i s hrubou sestrou, jak slovně tak fyzicky. Dále dotazovaní sdělovali své názory na celkový vzhled a úpravu zevnějšku sester. Je to pro ně velmi důležité, protože upravená a čistá sestra má obrovský význam pro komunikaci a vyjadřuje postoj k pacientovi. Seniori se na ambulanci setkali s neupravenou a nevhodně oblečenou sestrou a shodně potvrdili, že se jim to nelíbí a celkově to u nich vzbuzuje rozporné pocity.

Další část práce byla zaměřena na komunikaci na ambulancích. Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat kvalitu verbální a neverbální komunikace se seniory a odhalit komunikační bariéry. Pokorná (2010) ve své publikaci uvádí, že v sociální interakci při poskytování péče je více zdůrazňována potřeba přesnosti, výstižnosti a

korektnosti verbálního sdělování a samozřejmě dovednosti a obratnosti v neverbálním dorozumívání zejména se specifickou skupinou pacientů, mezi něž senioři bezpochyby patří. Zdánlivě nevýznamná nepřesnost v komunikaci může mít fatální důsledky a vést k chybám ve vztahu pečující – pacient senior, ve vzájemném respektu a atmosféře důvěry (25). Tato slova velmi korespondují s výpověďmi dotazovaných seniorů, protože např. slovo důvěra bylo respondenty zmíněno. Verbální komunikace – mluvené slovo vždy provází neverbální komunikace, velmi těžko ji lze oddělovat, protože jedna ovlivňuje druhou. Vše je závislé na psychice všech účastníků komunikační situace a na okolnostech. To vyplývá i z odpovědí a osobních setkání se seniory, kteří byli do výzkumu osloveni. Protože co senior, to jiná osobnost a jiný pohled na komunikaci na ambulanci. Podstatou však je, že dobrá a zkušená sestra je ochotna komunikovat se svými pacienty, vyslechnout je a poradit jim.

V oblasti verbální komunikace bylo zkoumáno, jak jsou senioři oslovováni a jaký mají názor na podávání informací. Venglářová (2006) klade důraz na ochotu a vůli komunikovat. Zdůrazňuje hlasitost, rychlost řeči, intonaci, délku projevu a klade význam na rovnocennost partnerů v komunikaci. Je nezbytné ověřovat si, zda nemocný porozuměl sdělovanému a zda informacím v dostatečné míře porozuměl (29). Z analýzy odpovědí vyplynulo, že verbální komunikace na ambulancích toto všechno splňuje. Senioři jsou spokojeni s podáváním informací, rozumí jim, a pokud nechápou nebo chtějí cokoli podrobně vysvětlit, nebojí se zeptat a dočkají se slušné odpovědi. Dále byly zjišťovány formulace oslovování a i zde se senioři shodli na stejném názoru. Sestry oslovují seniory vždy slušně, žádný z nich se neseťkal s nevhodným oslovením. Sestry volí oslovení „paní, pane“.

V oblasti neverbální komunikace se už senioři nedokázali tolik vyjádřit, kladli důraz hlavně na vzhled sestry, na úsměv a fyzický kontakt. Špatenková (2009) píše, že ve výrazu tváře (mimice) se nejsilněji odráží emoční prožívání. Mimikou vyjádříme radost, smutek, strach, štěstí, neštěstí, překvapení, rozčilení, spokojenost, nezájem apod. Úsměv, pokud se používá za vhodných okolností, obvykle znamená vřelost a radost (24). Jedno přísloví říká, že nikdo není tak chudý, aby nemohl podarovat své okolí

úsměvem, a nikdo není tak bohatý, aby ho úsměv neobohatil. To potvrzují názory respondentů, kteří úsměv považují za významný projev neverbální komunikace. Setkali se i s úšklebky ze strany sester, spíše ale řešili usmívající se sestru. Při otázce na podávání ruky zazněly odpovědi záporné a to, že se s ním na ambulanci nesetkávají nebo že o podání ruky nestojí. Sestry jim ruku nepodávají, výjimečně ji podá lékař. Z oblasti haptiky popsali respondenti ještě dotek. Pohlazení považují za milé gesto, bohužel jedna respondentka zažila hrubou stránku fyzického kontaktu, a to když ji sestra pracující na mamografické ambulanci hrubě bouchla do zad, podkopávala jí nohy a strkala blíže k přístroji. Jedná se bohužel o velmi nemilou zkušenost seniorky, která popisuje negativní a nevhodnou stránku komunikace.

Respondenti kladli důraz hlavně na vzhled sester a celkovou úpravu. Špatenková (2009) popisuje vzhled a úpravu zevnějšku jako specifickou formu neverbální komunikace, kdy je podle ní sesterská uniforma symbolem jisté pozice, role, a tedy i kompetence v určité situaci. Sestra, která není adekvátně oblečena a upravena, vyvolává v pacientovi nejistotu a pochyby (24). To potvrzují názory respondentů, které korespondují s názory na vlastnosti sester. Důvěryhodná sestra je čistá, upravená a není přehnaně namalovaná. S takovými sestrami se v ambulancích setkávají, mají ale i opačné zkušenosti. Většina respondentů popsala, že se alespoň jedenkrát setkala se setrou neupravenou, kdy jim vadilo oblečení (minisukně) a obézní postava („*koukaly jí špeky zpod trika*“).

V časopise *Sestra* 06/2010 v článku „Spokojenost geriatrických pacientů s komunikací se zdravotnickým personálem“ jsou vyjmenovány nejčastější chyby v komunikaci se seniory: použití odborné terminologie, nesoulad mezi verbální a neverbální komunikací, devalvační chování, jednosměrná komunikace bez zpětné vazby, autoritativní jednání, nedostatek času, vlastní pozitivní i negativní zkušenosti zdravotníka, očekávané omezení v důsledku stáří (26). Pouze problém nedostatku času, kteří uváděli respondenti dotazovaní v této práci, se shoduje s názorem v článku. Další komunikační nedostatky jsou však rozdílné. K nejčastějším problémům a bariérám na ambulanci patří nedoslýchavost ze strany seniorů, problém studu seniorů, vnější hrubé

projevy v chování sester, problém přeplněnosti čekáren a pracovní rutina ze strany sester. Chování již bylo probráno v části, která se zaměřila na vlastnosti sester. Co však v oblasti bariér respondenti zmiňovali nejčastěji, byla přeplněnost čekáren čekajícími pacienty a od toho související problémy a časová zaneprázdněnost sester, kdy nestíhají odbavit nápor pacientů. Jak uvádí Zacharová (2007), čekárna, dlouhá doba čekání či nevhodné chování zdravotnického personálu, může značně ovlivnit názor jak na zdravotnické zařízení, tak na výsledky léčby. Nejdůležitější roli zde sehrává sestra, která zajišťuje kontakt mezi čekárnou a ambulancí, do které nemocný vstoupí. Je vhodné, aby zde pracovaly profesně zkušené sestry, vlídné a zdvořilé, které dovedou jednat s lidmi a umí pozitivně ovlivnit psychický stav pacienta (27). A právě čekání považují dotazovaní senioři za velký problém, někteří to však berou s respektem. Některým vadí, že sestry přehlíží pacienty, kterým není dobře. Dále zmiňují, že problémem je i časová zaneprázdněnost sester a velmi mnoho lidí, kteří čekají na vyšetření, ale zdůrazňují, že to nepřičítají na vrub sestrám a objednáací době, ale celému systému. K tomuto mají chápavý postoj. S tím koresponduje názor Webera (2000), který uvádí, že velmi významnou roli hraje zdravotní sestra a její kontakt s pacienty v čekárně (19).

Významným postojem seniorů, který se týká komunikačních bariér, je pohled seniorů na rutinní práci sester, která negativně ovlivňuje vztah seniorů k sestrám. Někdy se až odpoutává od lidského přístupu a může mít charakter (v některých případech i má) profesionální deformace.

Ve třetí části bakalářské práce jsme se věnovali aspektům ovlivňujícím komunikaci na ambulanci. Respondenti zmiňovali slovy atmosféra, prostředí, čekárna, přístroje, lékař, sestra... Z toho vyplývá, že jedno ovlivňuje druhé a nelze odděleně specifikovat jednotlivé aspekty. Velmi důležité pro seniory je prostředí čekárny, které již bylo vysvětleno v oblasti komunikačních bariér. Avšak i to, jak čekárna a ambulance vypadá a jaké je zde vybavení, velmi výrazně sehrává svou roli v pocitech seniorů. Respondenti se věnovali poloze čekárny, zda je na chodbě, jak je velká a jak se v ní cítí. Přístrojové vybavení ambulance pak v jejich očích vzbuzuje důvěru v lékaře a jeho péči, protože mají pocit, že lékař má zájem o zlepšení jejich zdraví. A v neposlední řadě je to

vztah lékaře a sestry, kterého si senioři všímají. Hekelová (2013) v článku „Co je to ideální ambulance“ popisuje funkční komunikaci mezi lékařem a sestrou: Jde samozřejmě o bazální předpoklad optimálního chodu ordinace. Je prokázáno, že případné poruchy a „šumy“ v této oblasti jsou pacientem velmi citlivě vnímány a odrážejí se více jeho spokojenosti (18). Tento pohled na vztah lékař – sestra potvrdil i samotný výzkum bakalářské práce. Senioři sledují a velmi citlivě vnímají vztahy mezi sestrami a lékaři na ambulancích, posuzují jejich spolupráci a porozumění mezi nimi. Výzkum ukázal, že přátelský, ohleduplný a vzájemně respektující vztah sestry a lékaře velmi výrazně ovlivňuje kvalitu poskytované péče a atmosféru na ambulanci. Tu potom respondenti popisovali jako milou, přátelskou, uvolněnou a pozitivní.

3 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat komunikaci sester se seniory na ambulancích a odhalit komunikační bariéry, které se objevují mezi seniory a sestrami na ambulancích. Na začátku byly stanoveny dvě výzkumné otázky, na které byly pomocí hloubkových rozhovorů se seniory získány odpovědi.

Z výzkumu vyplývá, že seniory velmi zajímá otázka komunikace mezi nimi a sestrou na ambulanci. Z rozhovorů a osobních setkání je však patrné, že pohled na komunikaci na ambulanci také velmi ovlivňují charakterové vlastnosti a životní postoje seniorů. Senioři mají tendenci často srovnávat sestry na lůžkových odděleních se sestrami na ambulancích. První část výzkumné části zhodnotila sestry v pozitivním i negativním smyslu tak, jak se s nimi senioři setkávají ve skutečnosti a popsala představy seniorů o sestře na ambulanci. Z pozitivního pohledu je sestra na ambulanci milá, slušná, vlídná, ochotná a usmívající se. Je také upravená a je na ni hezký pohled. Nejčastěji popisovali senioři sestru na ambulanci jako „hodnou“, což v podstatě charakterizuje celkovou osobnost a komunikační dovednosti sestry. V negativním smyslu se senioři vyjádřili jako o nadřazené, náladové, odměřené, nepřístupné a necitlivé sestře a výjimkou není bohužel ani setkání s hrubou sestrou, jejíž negativní projevy byly jak slovní tak fyzické.

Na základě výzkumného šetření lze konstatovat, že komunikace na ambulancích je na velmi dobré úrovni, přestože se zde objevují komunikační bariéry. Verbální komunikace splňuje všechny prvky kvalitní komunikace. Senioři jsou slušně oslovováni a podávaným informacím rozumí, a pokud potřebují vysvětlení, nebojí se zeptat. V oblasti neverbální komunikace upřednostňují úsměv a hlavně celkový vzhled a ustrojení sester. Co se týká komunikačních bariér na ambulancích, je těžké je přesně specifikovat. Senioři popisovali problém s nedoslýchavostí z jejich strany, stud, hrubé chování sester, přeplněnost čekáren pacienty a z toho vyplývajících problémů a pak hlavně pracovní rutinu ze strany sestry. Velký význam v komunikaci na ambulanci kladou na prostředí čekárny a ambulance a na vztah lékaře a sestry, který pak celkově

dovytváří atmosféru ambulance.

Hlavním výsledkem výzkumu této práce je, že kvalitní ošetrovatelská péče na ambulanci je nemyslitelná bez pozitivního přístupu sester k seniorům, bez dobré a kvalitní komunikace mezi sestrou a seniorem a bez profesionální a přátelské komunikace mezi lékařem a sestrou.

Výsledky této práce mohou posloužit všem sestřím, které chtějí zkvalitnit svoji práci v oblasti komunikace a poskytování péče o seniory a to nejenom sestřím pracujícím v ambulantních zařízeních. Celkově může být tato práce přínosem k pochopení specifik práce na ambulancích. Práci mohou využít také studenti, kteří se na profesi sestry připravují.

4 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1/ *Senioři a pohybová aktivita* [online]. [cit. 2014-02-14]. Dostupné z: <http://www.vemeste.cz/2011/05/seniori-a-pohybova-aktivita/>
- 2/ / MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- 3/ LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie: 2.aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
- 4/ JURAŠKOVÁ, Božena a Iva HOLMEROVÁ. Pohled na geriatrického pacinta. *Practicus: odborný časopis SVL ČSL JEP*. 2010, roč. 9, č. 2, s. 8 - 11. ISSN: 1213-8711
- 5/ DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- 6/ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie: České ošetřovatelství 10 praktická příručka pro sestry*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-363-5.
- 7/ TOPINKOVÁ, Eva a Rudolf ČERVENÝ. *Geriatric: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČSL JEP, 2010. ISBN 978-80-86998-37-4.
- 8/ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.
- 9/ MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-436-4
- 10/ KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
- 11/ PIDRMAN, Vladimír. Poruchy chování ve stáří. In: *Medi news: časopis pro lékaře*. Praha: Edukafarm, 2003, s. 268-271. ročník 2, č. 4. ISSN 1213-9866.
- 12/ *Ageismus - věkově podmíněná diskriminace* [online]. [cit. 2014-02-14]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/ageismus-vekove-podminena-diskriminace-470127>
- 13/ PLEVOVÁ, Ilona. A KOLEKTIV. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.

- 14/ *Provozování zdravotnických zařízení* [online]. [cit. 2014-02-14]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/provozovani-zdravotnickych-zarizeni-55601.html>
- 15/ *Zápisky zdravotní sestřičky: Ošetřovatelství - Věstník Ministerstva zdravotnictví* [online]. [cit. 2014-02-14]. Dostupné z: <http://vnl.xf.cz/ose/ose-vestnik2004.php>
- 16/ *Ošetřovatelský proces na interním oddělení* [online]. [cit. 2014-02-14]. Dostupné z: <http://studentem.wz.cz/ose3/ose31.html>
- 17/ VOJTÍŠKOVÁ, Jana. Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi: Časopis praktických lékařů*. 2006, roč. 3, č. 2, s. 94-96. ISSN: 1214-8687.
- 18/ HEKELOVÁ, Zuzana. Co je to ideální ambulance?. *Zdravotnické noviny*. 2013, roč. 62, č. 13, s. 2. ISSN: 0044-1996.
- 19/ WEBER, Pavel. *Minimum z klinické gerontologie: pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. ISBN 80-7013-314-7.
- 20/ KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: s předmluvou Jiřiny Šiklové*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-922-4.
- 21/ HEŘMANOVÁ, Jana a Hana SVOBODOVÁ. *Etika v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.
- 22/ *Sestra a senioři v ošetřovatelském procesu* [online]. [cit. 2014-02-14]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/sestra-a-seniori-v-oserovatelskem-procesu-456634>
- 23/ *Zvláštnosti v komunikaci se seniory* [online]. [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zvlastnosti-v-komunikaci-se-seniory-470797>
- 24/ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-599-4.
- 25/ / POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
- 26/ SOBOTKOVÁ, Petra a Renata MLČOCHOVÁ. Spokojenost geriatrických pacientů s komunikací se zdravotnickým personálem. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 6, s. 79-80. ISSN: 1210-0404.

- 27/ ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.
- 28/ JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- 29/ VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1262-8.
- 30/ JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
- 31/ FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1317-4.
- 32/ *Psychobiografický model Prof.E.Bohma* [online]. [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma/>
- 33/ *Psychobiografický model péče* [online]. [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/psychobiograficky-model-pece-467695>
- 34/ *Co je Bazální stimulace* [online]. [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php
- 35/ *Metoda validace-podpora práce s dezorientovanými lidmi* [online]. [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/metoda-validace-podpora-prace-s-dezorientovanymi-lidmi>
- 36/ *Známý neznámý Alzheimer* [online]. [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/znamy-neznamy-alzheimer-470129>
- 37/ WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-40-247-4423-0.
- 38/ PATHY, John, Alan J. SINCLAIR a John E. MORLEY. *Principles and Practice of Geriatric Medicine*. Chichester, West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd., 2006. ISBN 978-0-470-09055-8.
- 39/ KANDEL, Joseph a Christine ADAMEC. *The Encyclopedia of Elder Care*. New York: An imprint of Infobase Publishing, Inc., 2009. ISBN 978-0-8160-7216-3.
- 40/ ROMAN, Švaříček a Šed'ová KLÁRA. A KOL. *Kvalitativní výzkum v*

pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

41/ BÁRTLOVÁ, Sylva, Sadílek PETR a Tóthová VALÉRIE. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-467-2.

5 PŘÍLOHY

Příloha 1

Předpis č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

§ 7

Ambulantní péče

(1) Ambulantní péče je zdravotní péčí, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče.

(2) Ambulantní péče je poskytována jako

a) primární ambulantní péče, jejímž účelem je poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli; tuto zdravotní péči pacientovi poskytuje registrující poskytovatel,

b) specializovaná ambulantní péče, která je poskytována v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče podle § 4 odst. 4,

c) stacionární péče, jejímž účelem je poskytování zdravotní péče pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče.

(3) Součástí primární ambulantní péče poskytované registrujícími poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost je vždy návštěvní služba.

Příloha 2

Otázky pro rozhovory se seniory:

- 1/ Co vás napadne, když se řekne komunikace na ambulanci?

- 2/ Jak by jste ohodnotil(a) prostředí na ambulanci?

- 3/ Jaký máte názor na kvalitu podávání informací vám ze strany sester pracujících na ambulanci?

- 4/ V čem pociťujete hlavní problémy a překážky v komunikaci ze strany sester s vámi?

- 5/ Jakou máte zkušenost s oslovováním vaší osoby ze strany sester na ambulanci?

- 6/ Jak vnímáte mimoslovní komunikaci sester na ambulanci?

- 7/ Je něco, co by jste v komunikaci na ambulanci očekával, ale nenacházíte to?

- 8/ Jaké komunikační schopnosti by podle vás měla mít sestra pracující na ambulanci?