

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

**SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY VE ZDRAVOTNICTVÍ
V KONTEXTU NAPLŇOVÁNÍ POTŘEB JEDINCE SE
ZAMĚŘENÍM NA KOMUNIKACI**

Diplomová práce

Autor: Bc. Andrea Mokrenová

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Iva Junová, Ph.D.

Oponent závěrečné práce: doc. PhDr. Jiří Semrád, CSc.



Zadání diplomové práce

Autor: Andrea Mokrenová

Studium: P19P0704

Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Název diplomové práce: **Sociální péče o seniory ve zdravotnictví v kontextu naplňování potřeb jedince se zaměřením na komunikaci**

Název diplomové práce A): Social care of seniors in the health-care system in the context of fulfilling individual needs with a focus on communication

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se zabývá sociální péčí o seniory ve zdravotnictví v kontextu naplňování potřeb jedince se zaměřením na komunikaci. Cílem této práce je na základě odborných pramenů popsat a analyzovat sociální péči o seniory ve zdravotnictví se zaměřením na zjištění způsobu naplňování jejich potřeb a způsobu komunikace se zřetelem na vývojové hledisko období stáří. Diplomová práce je teoreticko-empirické povahy. Teoretickým východiskem je charakteristika stáří a stárnutí, nemoci seniorů a jejich pobytu na geriatrickém oddělení, sociální péče ve zdravotnictví, potřeby seniorů a specifika komunikace s nimi. Ve výzkumném šetření je využito kvantitativní i kvalitativní výzkumné strategie. Ke sběru dat je využita metoda explorativní, a to prostřednictvím techniky polostrukturovaného dotazníku pro zajištění pohledu seniorů a metoda dotazování realizována prostřednictvím techniky polostrukturovaného rozhovoru pro zajištění pohledu pečujících pracovníků. Data získána z výzkumného šetření jsou navzájem konfrontována a následně propojena s prvky zakotvené teorie.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. 198 s. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2015. 575 s. ISBN 978-80-262-0714-6.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 158 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3271-8.

ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk a ČELEDOVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Iva Junová, Ph.D.

Oponent: doc. PhDr. Jiří Semrád, CSc.

Datum zadání závěrečné práce: 1.2.2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně za odborného vedení vedoucí práce a za využití zdrojů v ní uvedených.

Dále prohlašuji, že diplomová práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání se bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

V Pardubicích dne

.....

(podpis autora)

Poděkování

Ráda bych srdečně poděkovala mé vedoucí diplomové práce Mgr. Ivě Junové, Ph.D., za odborné vedení, trpělivý a vlídný přístup a zejména za cenné rady a připomínky. Dále děkuji všem respondentům, kteří obětovali svůj čas a sdíleli pro účel této diplomové práce své cenné zkušenosti a užitečné informace. V neposlední řadě velmi děkuji svým blízkým za významnou podporu a pomoc při závěrečných úpravách práce.

ANOTACE

MOKRENOVÁ, Andrea. *Sociální péče o seniory ve zdravotnictví v kontextu naplňování potřeb jedince se zaměřením na komunikaci*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2021. 202 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá problematikou sociální péče o seniory ve zdravotnictví v kontextu naplňování potřeb jedince se zaměřením na komunikaci. Teoretickým základem práce je charakteristika stáří a stárnutí, nemoci seniorů a jejich pobytu na geriatrickém oddělení, sociální péče ve zdravotnictví, potřeby seniorů a specifika komunikace s nimi. Cílem této práce je na základě odborných pramenů popsat a analyzovat sociální péči o seniory ve zdravotnictví se zaměřením na zjištění způsobu naplňování jejich potřeb a způsobu komunikace se zřetelem na vývojové hledisko období stáří. Data z výzkumného šetření získaná z dotazníků a rozhovorů jsou analyzována a interpretována na základě prvků zakotvené teorie a vzájemně porovnána.

Klíčová slova: sociální péče, zdravotní péče, sociální pracovník, naplňování potřeb, komunikace, stáří, senior

ANNOTATION

MOKRENOVÁ, Andrea. *Social care of seniors in the health-care system in the context of fulfilling individual needs with a focus on communication*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2021. 202 pp. Diploma Thesis.

This Diploma Thesis deals with the issues of the social elderly care within the health-care system with a focus on communication in providing for the individual's needs. The theoretical basis of Diploma Thesis is the characterisation of ageing and old age, elderly care at geriatric wards, seniors' needs and special ways of communication with them. Based on expert materials, the aim of this Diploma Thesis is to describe and analyze the social elderly care within the health-care system and to find out the ways how seniors' needs are provided for and the ways of communication with respect to their development in old age. The research data collected in questionnaires and personal interviews are analyzed and interpreted along the rules of the grounded theory, and mutually compared.

Key words: social care, health care, social worker, fulfilling needs, communication, old age, senior

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 VÝVOJOVÉ OBDOBÍ STÁŘÍ V KONTEXTU GERIATRICKÉHO ODDĚLENÍ	11
1.1 ZMĚNY V ŽIVOTĚ JEDINCE ZPŮSOBENÉ STÁRNUTÍM	12
1.1.1 FYZICKÉ ZMĚNY V ŽIVOTĚ SENIORA	13
1.1.2 PSYCHICKÉ ZMĚNY V ŽIVOTĚ SENIORA	15
1.1.3 SOCIÁLNÍ ZMĚNY V ŽIVOTĚ SENIORA.....	16
1.2 VYBRANÁ SPECIFIKA STÁRNUTÍ A STÁŘÍ V KONTEXTU POBYTU SENIORŮ NA GERIATRICKÉM ODDĚLENÍ.....	17
1.3 NEMOCNOST SENIORŮ A JEJÍ SOUVISLOST S POBYTEM NA GERIATRICKÉM ODDĚLENÍ V KONTEXTU PÉČE O SENIORY	20
2 SPECIFIKA SOCIÁLNÍ PÉČE VE ZDRAVOTNICTVÍ V KONTEXTU KOMPLEXNÍ PÉČE O SENIORY A JEJÍ VYKONAVATELÉ	24
2.1 SOCIÁLNÍ PÉČE V KONTEXTU DALŠÍ PÉČE NA GERIATRICKÉM ODDĚLENÍ A SPOJITOST S GERIATRIÍ OBECNĚ.....	25
2.2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍCI JAKO JEDNI Z VYKONAVATELŮ SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY VE ZDRAVOTNICTVÍ A JEJICH ČINNOST.....	28
3 POTŘEBY SENIORŮ A JEJICH NAPLŇOVÁNÍ V KONTEXTU SOCIÁLNÍ PÉČE NA GERIATRICKÉM ODDĚLENÍ.....	34
3.1 PROCES NAPLŇOVÁNÍ POTŘEB SENIORŮ V RÁMCI SOCIÁLNÍ PÉČE NA GERIATRICKÉM ODDĚLENÍ.....	35
3.2 KONCEPT POTŘEB DLE MASLOWA S OHLEDEM NA SPECIFIKA SENIORŮ POBÝVAJÍCÍCH NA GERIATRICKÉM ODDĚLENÍ	37
3.2.1 FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY U SENIORŮ	38
3.2.2 POTŘEBA BEZPEČÍ U SENIORŮ	40
3.2.3 SOCIÁLNÍ POTŘEBY U SENIORŮ	43
3.2.4 POTŘEBA AUTONOMIE U SENIORŮ.....	44
3.2.5 POTŘEBA SEBEREALIZACE U SENIORŮ.....	47

4 SPECIFIKA KOMUNIKACE SE SENIORY	49
4.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE SE SENIORY	53
4.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE SE SENIORY	54
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	56
5.1 VÝZKUMNÝ VZOREK – CHARAKTERISTIKA A KRITÉRIA VÝBĚRU RESPONDENTŮ	61
5.1.1 VÝZKUMNÝ VZOREK PRO KVALITATIVNÍ ŠETŘENÍ.....	61
5.1.2 VÝZKUMNÝ VZOREK PRO KVANTITATIVNÍ ŠETŘENÍ	62
5.2 ZVOLENÉ VÝZKUMNÉ STRATEGIE, METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT	64
5.2.1 KVALITATIVNÍ ČÁST VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ – ZVOLENÁ METODA A TECHNIKA.....	64
5.2.2 KVANTITATIVNÍ ČÁST VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ – ZVOLENÁ METODA A TECHNIKA.....	67
5.3 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	69
5.3.1 ANALÝZA A INTERPRETACE KVALITATIVNÍCH DAT	69
5.3.2 ANALÝZA A INTERPRETACE KVANTITATIVNÍCH DAT	116
5.4 DISKUSE VÝSLEDKŮ	151
5.4.1 ZODPOVĚZENÍ JEDNOTLIVÝCH VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	151
5.4.2 VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH CÍLŮ KVANTITATIVNÍHO ŠETŘENÍ A OVĚŘENÍ JEDNOTLIVÝCH HYPOTÉZ A PŘEDPOKLADŮ.....	163
5.4.3 KONFRONTACE VÝSLEDKŮ KVALITATIVNÍHO A KVANTITATIVNÍHO ŠETŘENÍ V PROPOJENÍ S TEORETICKÝMI VÝCHODISKY PRÁCE.....	183
ZÁVĚR	191
ZDROJE	193
SEZNAM GRAFŮ	200
SEZNAM TABULEK.....	202

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá tématem sociální péče o seniory ve zdravotnictví v kontextu naplňování potřeb jedince se zaměřením na komunikaci.

Proces naplňování potřeb a komunikace jsou pro každého jedince nepostradatelnou součástí života. Komunikace je velmi důležitá jako prostředek k naplňování potřeb a stejně tak je samotnou potřebou. U většiny osob nejsou potřeby ideálně neplněny, což neznamená nijak výraznou překážku pro jejich život, přesto je vhodné se snažit o jejich nejvhodnější naplňování. U lidí v seniorském věku jsou deficity značnější a jedince více ovlivňují, jelikož je více citlivý na změny. Strádání se může projevit tak, že jedinec trpí pocity bezmocnosti, bezradnosti, cítí se frustrován, osamocen, jeho život provází deziluze, deprese a podobně. Zejména u osob pobývajících ve zdravotnických zařízeních jsou tyto projevy značné a je nutné s nimi pracovat a pokusit se jim vhodnou péčí předcházet.

Dle údajů ČSÚ (2018) bylo k datu 31. 12. 2018 v České republice přibližně 25,87 % seniorů (osob ve věku nad 60 let¹) z celkového počtu obyvatel České republiky. Z hlediska historického a demografického vývoje je patrné, že lidí v postproduktivním věku (seniorů) neustále přibývá a dle odborníků tento trend bude pokračovat, což samozřejmě významně ovlivňuje, a stále ovlivňovat bude, fungování celé společnosti. Tento fakt se samozřejmě odráží v různých oblastech života a tedy i v sociální péči. Na tyto skutečnosti je proto nutné včas reagovat a zaměřit se na zmíněné jedince – na jejich vývojová specifika, specifika komunikace s nimi, specifické potřeby, specifické nemoci a podobně. Z výše zmíněného lze konstatovat, že téma diplomové práce je velmi aktuální a bude aktuální i v budoucnu. Je zde totiž nutnost se na seniory zaměřit a poukazovat na jejich životy s cílem zvyšovat jejich kvalitu. S tímto souvisí zvyšující se potřebnost sociální péče nejen ve zdravotnictví, kterou zajišťují pečující pracovníci – především sociální pracovníci, sociální pedagogové a další odborníci z podobných oborů. Ve zdravotnictví mají svou nezastupitelnou roli také lékaři a zdravotní sestry, jejichž činnosti se týkají zejména zdraví a fyzických potřeb. O psychické a sociální potřeby se starají především výše zmínění sociální pracovníci. Z praxe je zřejmá neoddelitelnost jednotlivých potřeb projevujících se i v sociální péči a v přístupu jednotlivých pracovníků – všichni tak částečně zajišťují různorodé potřeby.

¹ Hranice pro určení počátku etapy stáří a tedy i možnost označovat člověka za seniора byla zvolena na 60 let, což vychází z Říčana (2006), který uvádí rozdělení stáří podle Světové zdravotnické organizace (WHO) – viz níže 1. kapitola.

Osobní a profesní motivací k sepsání této práce je vlastní zkušenost z geriatrického oddělení a snaha o pomoc při zefektivňování péče o seniory a upozornění na důležitost sociální péče ve zdravotnictví. Téma bylo primárně zvoleno z důvodu neustále se zvyšujícího počtu seniorů v populaci, tudíž díky otázce populačního stárnutí, která je velmi aktuální. Z hlediska demografického vývoje se stále prodlužuje délka života, což souvisí s mnoha faktory – zejména s klesající úmrtností osob ve stáří i ve středním věku. Senioři se dostávají do popředí zájmu v mnoha sférách a tedy i v sociální péči. V této souvislosti se již mnohé začíná seniorům přizpůsobovat, jelikož se stávají stále více potřebnými a je nutné se zaměřit na zkvalitňování jejich života. Příspěvek odborné veřejnosti spatřuji v upozornění na toto téma a ve snaze o rozšíření poznatků z dané oblasti. Ačkoliv o tomto tématu bylo v minulosti sepsáno již několik publikací a výzkumů, považuji tuto práci za přínosnou k doplnění dalšího hlediska na danou problematiku, která je neustále aktuální a proměnlivá. Specifikem je zejména kombinace pohledu seniorů i pečujících pracovníků a jejich vzájemná propojenost.

Cílem této práce je na základě odborných pramenů popsat a analyzovat sociální péči o seniory ve zdravotnictví se zaměřením na zjištění způsobu naplňování jejich potřeb a způsobu komunikace se zřetelem na vývojové hledisko období stáří. Diplomová práce je teoreticko-empirické povahy. Teoretickým východiskem je charakteristika stáří a stárnutí, nemoci seniorů a jejich pobytu na geriatrickém oddělení, sociální péče ve zdravotnictví, potřeby seniorů a specifika komunikace s nimi. Ve výzkumném šetření je využito kvantitativní i kvalitativní výzkumné strategie. Ke sběru dat je využita metoda explorativní, a to prostřednictvím techniky polostrukturovaného dotazníku pro zajištění pohledu seniorů a metoda dotazování realizována prostřednictvím techniky polostrukturovaného rozhovoru pro zajištění pohledu pečujících pracovníků. Data získána z výzkumného šetření jsou navzájem konfrontována a následně propojena s prvky zakotvené teorie.

Výzkumným problémem diplomové práce je naplňování potřeb seniorů na geriatrickém oddělení se zaměřením na komunikaci. Zjišťován je pohled seniorů a sociálních pracovníků jako vykonavatelů sociální péče o seniory. Z výzkumného problému, a tím i z cíle celé práce, je extrahována hlavní výzkumná otázka (HVO) a hlavní cíl (HC) pro výzkumné šetření. HVO zní: Jakým způsobem jsou naplňovány potřeby seniorů na geriatrickém oddělení se zaměřením na potřebu komunikace z pohledu sociálních pracovníků?. HC zní: Zjistit způsob naplňování potřeb seniorů na geriatrickém oddělení a způsob komunikace s nimi z pohledu seniorů. Obě hlavní části jsou syceny na základě teorie o potřebách dle hierarchie Maslowa.

1 VÝVOJOVÉ OBDOBÍ STÁŘÍ V KONTEXTU GERIATRICKÉHO ODDĚLENÍ

Tato kapitola se věnuje problematice stárnutí a stáří, která s sebou nese mnohé změny v životě jedince. Stárnutí je neoddelitelnou součástí života – všichni stárnou, a pokud jedinec nezemře mlád, postupně projde všemi vývojovými etapami až do konečné, která je nazývána stáří či sénium. Stáří je tedy důsledkem stárnutí². Stejně jako každá vývojová etapa, má i stáří svá mnohá specifika týkající se všech oblastí života. Zásadním specifikem tohoto životního období je jeho ukončení smrtí, nikoliv novou životní etapou. V tomto období je jedinec mnohdy nazýván seniorem. Jeho vymezení není v literatuře jednotné. Kupříkladu Haškovcová (2012, s. 148) jej vymezuje tak, že je to: „*starší člověk, ale také nejstarší a zpravidla vážený člen nějakého společenství*“. Pro tuto práci je tento pojem užíván jakožto synonymum pro starého či staršího člověka, a to podle Linharta (a kolektivu, 2005, s. 336), dle kterého je senior³ „*příslušník starší věkové kategorie*“.

Vymezení seniora i období stáří je nejednotné a lze jej poměrně složitě definovat, zejména z důvodu individuálních rozdílů mezi věkovými skupinami i jednotlivci v nich a odlišné rychlosti procesu stárnutí. Tento fakt si uvědomují i autoři, kteří se touto problematikou zabývají, a pojmají jej různě, s čímž souvisí i obtížná etapizace, tedy věkové vymezení. Je zřejmé, že lidé totožného věku i zdravotního stavu se nemusí cítit stejně, jelikož do jejich životů zasahují i další faktory. Ty tvoří jedince specifickým, tedy individuem. Proces stárnutí je tak pro každého jedinečný⁴. Zásadní rozdíly lze spatřovat mezi zdravými a nemocnými jedinci, ale také mezi více či méně závažně nemocnými. Přesto lze hovořit o určitých znacích, které jsou pro dané období společné. Celkově je kupříkladu u seniorů vyšší výskyt nemocí, zejména chronických onemocnění, což předurčuje jejich vyšší výskyt v nemocničních zařízeních, zejména na specializovaných odděleních. Nejčastěji jsou jejich problémy řešeny na oddělení geriatrickém (viz níže).

² Hrozenská a Dvořáčková (2013) zmiňují, že stárnutí je dlouhodobé, nezvratné, neopakovatelné, různorodé, zanechávající trvalé stopy, jeho rozvoj je určen dle specifického druhového časového zákona a podléhá formálním vlivům prostředí.

³ Dle Špatenkové a Smékalové (2015) je senior v určitých případech považován za emocionálně neutrální pojem, případně za pojem pozitivněji vnímaný. Mimo to vhodně vystihuje jedince v celém období sénia. I proto je tak pro tuto práci zvolen.

⁴ Kalvach, Čevela a Čeledová (2014, In: Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík a Kubů, 2014) udávají například tyto faktory stárnutí: genetická dispozice, vlivy prostředí, psychické charakteristiky, choroby, úrazy či životní způsob.

Vágnerová (2007) rozděluje stáří na období raného stáří (60 – 75 let) a období pravého stáří (75 a více let), což částečně odpovídá rozdělení dle Světové zdravotnické organizace (WHO), která udává období pravého stáří od 75 do 89 let a přidává ještě pojem dlouhověkost pro osoby nad 90 let. Stejně vymezení jako WHO užívá i Říčan (2006). Kalvach, Čevela, Čeledová (2014, In: Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík a Kubů, 2014) zmiňují, že stáří je možné dělit takto: 60 – 69 let, dále 70 – 79 let, 80 a více let a dlouhověkost (nad 89 let). Pro tuto práci je využita pouze spodní věková hranice dle WHO. Seniozem je tedy osoba starší 60 let. Zástupcem autora, který stáří nijak nedělí je Thorová (2015). Ta užívá označení stáří a dlouhověkost pro jedince ve věku 70 let a více. Před etapou stáří uvádí etapu pozdní dospělosti (50 – 70 let), o které lze říci, že v ní významně probíhá proces stárnutí a objevují se v ní velké změny – na fyzické, psychické i sociální úrovni. Věkové vymezení je nejednotné, důležité jsou spíše jiné znaky stáří a stárnutí. Dle výše zmíněného je možné poznamenat, že etapa stáří trvá přibližně třicet až čtyřicet let. Jako taková patří k nejdelším etapám v životě jedince.

1.1 ZMĚNY V ŽIVOTĚ JEDINCE ZPŮSOBENÉ STÁRNUTÍM

Změny ve stáří mohou být různé, nejčastěji jsou rozdělovány do tří kategorií: tělesné, psychické a sociální. Každá změna, která provází život jedince, může být dána věkem, ale také mnoha dalšími faktory. V rámci tělesných i psychických změn u seniorů je příhodné zdůraznit, že není příliš patrné, zda jsou způsobeny přímo stárnutím, onemocněním, psychickými poruchami či jinými vlivy. Změny jsou pro seniory buď pozitivní, nebo negativní a to z hlediska objektivního i subjektivního. Na všechny se však musí určitým způsobem adaptovat, přičemž je vhodné zmínit, že jejich schopnost se přizpůsobit je nižší než v mladším věku. Obecně platí, že staří lidé změny nemají příliš rádi. Tělesné, psychické i sociální změny jsou u každého seniora individuální. Níže zmíněné neplatí pro všechny seniory stejně, jedná se o tzv. typické projevy stárnutí – v určité míře by se měli objevit u většiny seniorů. Dle Haškovcové (2010) je u seniorů vyšší věkové kategorie poměrně časté, že se u nich objevují somatické a duševní potíže, ale i problémy sociální. Často jsou tyto problémy vzájemně propojeny. O to více do života seniora zasahuje nemoc, při jejím dlouhodobém působení poté může docházet nejen ke změnám fyzickým, ale i změnám chování a defektu v některé ze stránek seniorovy osobnosti. Holmerová, Jurášková, Zikmundová (a kol., 2007) zmiňují, že u seniorů jsou fyzické změny patrnější než psychické.

1.1.1 FYZICKÉ ZMĚNY V ŽIVOTĚ SENIORA

Fyzické změny mohou být také nazývány tělesné či biologické. Bursová (2010) vnímá tyto změny jako přirozené opotřebení buněk a tkání, čímž se tělo připravuje na smrt. Jsou tedy propojeny s fyzickým stárnutím, které lze vnímat zejména v proměnách struktur a funkcí těla⁵. Některé vlastnosti těla se však vlivem stárnutí nemění, jiné se mohou zhoršit a další naopak zlepšit. Se změnami je možné pracovat – jejich dopad zmírnit či více podpořit. (Pichaud a Thareauová, 1998)

Fyzických změn ve stáří je mnoho. Spirduso (1995, In: McInnis-Dittrich, 2008) považuje za nejviditelnější z nich svrašnění kůže⁶, která se kvůli snížení obsahu vody v těle stává mimo jiné tenčí a méně pružná. Říčan (2006) v tomto směru uvádí, že seniorům rychleji křehčí kosti, slábnou jim reflexy regulující krevní tlak, objevuje se atrofie svalů a to vše již po několika dnech klidu na lůžku, který je pro nemocné jedince příznačný a velmi se doporučuje. Tělo je méně odolné proti infekcím a je více problematické pokud se jedinec zraní. Autor zmiňuje proměnu vzhledu, která je dle něj z estetického hlediska negativní. Kůže je skvrnitá a ochablá, obličej zvadlý s vráskami, vlasy řídké, slabé a šedé, břicho a ňadra visící, ruce a nohy vrásčité, oteklé nebo naopak vychrtlé a podobně. Výše uvedené charakteristiky do jisté míry uvádí i Pichaud a Thareauová (1998). K výše zmíněnému lze uvést kupříkladu fakt, který uvádí Křivohlavý (2002, s. 140): „*chrup starších lidí doznává výrazných změn*“. Toto je zjevné při komunikaci, kupříkladu ve zkreslených sykavkách, a při jídle. Pro stáří je také typické zvýšení tuku v těle, dále snížení svalové i netukové hmoty a řídnutí kostí. Proměňuje se mimo jiné i chuť⁷, kdy je patrné nechutenství a snížená potřeba pít. Vzhledem k tomu se poměrně často objevují poruchy výživy seniorů. (Kuckir, Vaňková, Holmerová, Vítečková, Jarolímová, Krupička a Szabó, 2016) Poruchy výživy, nechutenství, omezení příjmu tekutin a podobně lze souhrnně nazvat jako změny v trávicím systému, což mimo jiné uvádí Venglářová (2007, In: Hrozenská a Dvořáčková, 2013), přičemž další změny jsou dle této autorky: změny termoregulace, činnosti smyslů, kardiovaskulárního systému, vylučování moči⁸, sexuální aktivity a degenerativní změny smyslů.

⁵ Mlýnková (2011) uvádí, že tyto změny se týkají většiny orgánových soustav i jejich orgánů, přičemž nejnápadnější jsou na kůži a v pohybovém systému.

⁶ Svrašnění kůže je propojeno s poruchou krevního oběhu. (Tabloski, 2006, In: McInnis-Dittrich, 2008) Autor považuje za výraznou změnu v oblasti vzhledu také žloutnutí nehtů, jejich sílení a problémy s plísňovými infekcemi.

⁷ Seniori vzhledem ke sníženému prahu chuti raději konzumují více kořeněná, solená a sladká jídla. (McInnis-Dittrich, 2008)

⁸ Se stářím se často spojuje pojem inkontinence, tedy samovolný únik moči, který je možné řešit.

Ve stáří se mimo již zmíněné zhoršují smysly jedince, respektive dochází ke: „*zhoršenému vnímání signálů z okolí prostřednictvím smyslových orgánů*“ (Klevetová, 2008, s. 22, In: Klevetová a Dlabalová, 2008). Oči jsou přecitlivělé na světlo, objevuje se více očních chorob, čímž se přirozeně zhoršuje zrak a může nastat částečná či úplná slepota. Oči seniorů potřebují více světla k zaostření, zároveň jsou citlivější na oslnění. Objevují se také problémy s rozlišením barev. Ke zhoršení sluchu dochází ve stáří postupně, přičemž nedoslýchavost je ve stáří obvyklá a po sedmdesátém roce života rychleji klesá citlivost na vysoké tóny⁹. Zhoršení smyslů může vést k emočním problémům, jako je deprese, úzkost, výbušnost a podobně, což může postupně vyvolat závislost na druhých či naopak izolaci a osamělost. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013; McInnis-Dittrich, 2008; Říčan, 2006) Mění se také citlivost na dotek a je patrná větší citlivost na bolest, mimo to se objevuje i třes těla, nejčastěji rukou. (Timaris, 1988, In: McInnis-Dittrich, 2008). Mimo to ubývá receptorů, díky kterým jedinec vnímá pohyb svého těla a jeho polohu, pocit síly, tlaku a tepelných změn. Výše již byla zmíněna proměna chuti, která úzce souvisí s čichem. Dle McInnis-Dittrich (2008) se snižuje počet čichových receptorů, což má za následek, že si seniori nedostatečně vychutnávají jídlo, nedokáží rozpoznat zkažené jídlo, necítí kouř, plyn a podobně, což je pro ně nebezpečné. Proměnu ve smyslových funkcích uvádí Křivohlavý (2002) jako součást psychických změn. Lze říci, že patří do obou kategorií.

Pokud hovoříme o seniorovi, který je nemocný, je patrné, že i u něj se fyzické změny projeví. Vše se odvíjí od konkrétní nemoci, kdy se kupříkladu zhorší stav srdce, plic, mozku, objeví se nádory, problémy s kůží, vlasy, jaterní skvrny, změní se struktura kostí či je nutné zavést vývod a podobně. Z výše uvedeného vyplývá, že seniori stále prochází procesem stárnutí a jejich tělo chátrá. Dle Thorové (2015) je zajímavé, že seniorův zdravotní stav se nejvíce zhorší několik měsíců před smrtí velmi výrazně, nikoliv v postupné tendenci.

Lze poznamenat, že s fyzickými změnami úzce souvisí i změny psychické a sociální (viz níže), jelikož se v životě jedinců objevují psychosomatické problémy. Ty jsou velmi často propojeny s obdobím stáří, a to vzhledem k vysokému věku a výskytu více onemocnění či chorob současně. K tomu se pak váží sociální důsledky, které lze vnímat jako sociální změny v životě jedince.

⁹ U seniorů je problém s rozlišováním frekvencí, proto často považují konverzace s ostatními za tlumené. Zvýšení hlasu tak seniorům nepomůže v porozumění, jelikož celková schopnost rozlišit zvuky je snížena.

1.1.2 PSYCHICKÉ ZMĚNY V ŽIVOTĚ SENIORA

Psychické či duševní změny jsou velmi složité a objevují se u každého jedince individuálně. Dle Mlýnkové (2011) lze zjednodušeně uvést některé psychické změny, které jsou postupně patrné u všech: zhoršení vnímání, pozornosti, paměti, představ a myšlení. Nezměněné jsou většinou jazykové dovednosti. Vytrvalost, trpělivost a rozvaha bývají naopak ve stáří lepší. Níže uvedené se velmi často objevuje i u seniorů na geriatrickém oddělení.

Z duševních změn je nejčastější pomalost přemýšlení, která souvisí s poklesem mozkové aktivity. Tato zásadní změna seniorům znesnadňuje rychlé rozhodování, přičemž pro seniory samotné je v tomto kontextu navíc důležitější, aby byli přesní, aby neudělali chybu, než aby byli rychlí. Senioři potřebují delší čas na rozmyšlenou nad možnostmi, jelikož více váhají. S tím souvisí celkové zpomalování reakce na podněty v důsledku úbytku mozkových buněk. Typickými znaky jsou dále kupříkladu: špatná adaptace na změnu, snížení zájmu o okolí až netečnost, zjednodušování a proměna osobnosti, strach a paranoia, někdy i přecitlivělost. (Bursová, 2010; Hrozenská a Dvořáčková, 2013; Říčan, 2006)

Zavázalová (2001, In: Hudáková, Majerníková, 2013) uvádí, že velmi časté jsou u seniorů tyto psychické změny: izolace, strach, úzkost, neochota spolupracovat, dezorientace, snížená koncentrace, podrážděnost a emoční labilita. Zde je vhodné uvést, že senior je člověk více citlivý, emotivněji prožívá nastalé situace a snadno se dojme. (Klevetová, 2008, In: Klevetová a Dlabalová, 2008) S tím souvisí nutnost být k seniorům vnímaví, chápaví a ohleduplní s veškerou úctou, kterou si stáří vyžaduje. Venglářová (2007, In: Hrozenská a Dvořáčková, 2013) zmiňuje několik dalších změn, které u seniorů mohou nastat: zhoršení paměti, problematické osvojování nových věcí, nedůvěřivost, snížená sebedůvěra, změny ve vnímání, zhoršení úsudku a ovlivnitelnost okolím. Dle Klevetové (2008, In: Klevetová a Dlabalová, 2008) dochází k nižší schopnosti adaptace na nové životní podmínky a nastalé situace. To se projevuje i při hospitalizaci seniora, který si pomalu zvyká na nové prostředí.

Mění se také mentalita seniorů, respektive častěji se objevují psychické poruchy. Typickou poruchou pro stáří je demence, tedy úbytek rozumových schopností. V souvislosti s nejrůznějšími poruchami i mimo ně se mění osobnost jedince, kdy do popředí vystupují a stupňují se určité vlastnosti – většinou ty negativní. Kupříkladu podezřívavost, lakota, panovačnost a podobně. Senioři jsou také více podezřívaví, až paranoidní. Objevují se častěji deprese, úzkost a neklid. (Říčan, 2006)

1.1.3 SOCIÁLNÍ ZMĚNY V ŽIVOTĚ SENIORA

Venglářová (2007, In: Hrozenská a Dvořáčková, 2013) popisuje sociální změny seniorů dle zásadních okamžiků v životě jedince – jedná se o: odchod do důchodu, stěhování, změnu životního stylu, finanční problémy, ztrátu blízké osoby či osob a s tím často spojenou osamělost. K výše zmíněnému lze připojit i další životní okamžiky dle Pichauda a Thareauové (1998): odchod dětí z domova, narození vnoučat – nová role prarodičů, smrt partnera a blízkých osob a možný vstup do domova důchodců či jiného zařízení, kde přichází institucionální péče. Hrozenská a Dvořáčková (2013) u těchto změn poukazují na fakt, že starší lidé se na ně hůře adaptují a provází je často stres. Sociální změny jsou většinou psychicky náročné a je důležité, aby seniorům při jejich zvládnutí někdo pomohl – rodina, sociální pracovník či jiné osoby. K výše zmíněnému lze přidat i další změny dle Čevely, Kalvacha a Čeledové (2012): pokles životní úrovně, ztráta perspektiv a aspirací, přijetí role starého, penzionovaného a mnohdy i znevýhodňovaného člověka.

K sociálním změnám lze částečně řadit proměnu důležitosti rodiny v životě seniora – stává se nenahraditelnou. Senior se na ni stává více závislý, navíc mu pomáhá se změnami, které stáří přináší a měla by pro něj být podporou. Její členové by měli být lidmi, na které se může jedinec spolehnout. Pro seniory je důležité cítit blízkost, avšak také potřebují, aby jim byla zachována autonomie. Ta ve stáří klesá, a proto jsou staří lidé mnohdy bezmocní, což vede k závislosti na druhých. Mnohdy se stává, že se rodina o seniora nestará, a to z jakéhokoliv důvodu, proto musí tuto roli zastoupit kvalifikovaní odborníci, kupříkladu ve zdravotnictví či sociálních službách. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013; Říčan, 2006)

Výraznou sociální změnou je výskyt onemocnění v životě seniora, který musí přijmout roli nemocného či zdravotně postiženého, což je pro něj nepříznivý zásah do života. Negativně je toto vnímáno, jelikož s onemocněním přichází neschopnost vykonávat některé každodenní činnosti samostatně. Každé onemocnění má nepochybně své zatěžující společenské důsledky. Může se ocitnout v roli potřebného, kdy je odkázán na péči ostatních. Jiným řešením mohou být kompenzační pomůcky¹⁰, které mohou seniorovi zlepšit jeho život, avšak často jsou pro něj samy o sobě přítěží. (Mlýnková, 2011; Vágnerová, 2007)

¹⁰ Kompenzační pomůcky jsou velmi různorodé. Vzhledem k individuálním potřebám seniora je lze kombinovat a případně i modifikovat. Mohou jimi být kupříkladu: chodítka, hole, berle, invalidní vozíky, polohovací postele, zdravotní lehátka, toaletní a sprchové židle, vanové sedáky, rehabilitační přístroje, naslouchátka či jiné zesilovače pro poslech, dioptrické brýle a podobně.

V rámci sociálních změn u seniorů, kteří jsou nemocní, je možné zmínit, že jsou ve většině případů značně omezeni. Mohou se objevit kupříkladu tyto proměny: invalidita, vyšší náklady na zajištění péče, výživy i léčby, mohou se objevit problémy v komunikaci a interakci se sociálním okolím. Dále se může projevit ztráta soběstačnosti a přechod do pasivního přístupu k životu. Senior se může izolovat od ostatních a proměnit trávení volného času, kdy již nevykonává ty aktivity, které jej naplňovaly. Změny je možné pozorovat i v rodině seniora, kdy se o něj velmi často musí postarat či zajistit jinou péči. Na základě toho se v ní mohou proměnit i příbuzenské vazby. (Kuzníková a kolektiv, 2011)

1.2 VYBRANÁ SPECIFIKA STÁRNUTÍ A STÁŘÍ V KONTEXTU POBYTU SENIORŮ NA GERIATRICKÉM ODDĚLENÍ

Specifika vývojového období stáří jsou poměrně složitá na vymezení. Někteří autoři, kupříkladu Vágnerová (2007) či Thorová (2015) dokonce uvádí pro každou etapu stáří určité odlišnosti a neuvádí tedy obecné charakteristiky pro celkové období. V této podkapitole jsou zmíněna především ta specifika, která platí pro seniory pobývajících na geriatrickém oddělení, přesto je nutné říci, že níže uvedené neplatí pro všechny stejně, stále zůstávají v popředí individuální rozdíly. Ty souvisí zejména se značnou heterogenitou seniorské populace. Největším propojením, tedy společným znakem, seniorů na geriatrickém oddělení je nemocnost (viz níže **podkapitola 1.3**). Jak již bylo zmíněno, senioři se dožívají stále vyššího věku¹¹, proto i na geriatrickém oddělení jsou spíše starší osoby.

Pojetí geriatrického pacienta je poměrně nejednoznačné a rozsáhlé. V širším slova smyslu lze říci, že se jedná o nemocné jedince, kteří jsou starší dané věkové hranici. Obvykle je za spodní hranici v souvislosti s geriatrií považováno 65 let¹². V širším pojetí je věk druhotný, důležitá je spíše zranitelnost – její povaha, podoba a projevy. Zásadní se jeví závažný pokles zdraví u seniora, který předurčuje specifické zdravotní problémy, které jedince znevýhodňují.

¹¹ Dle Čevely, Kalvacha a Čeledové (2012) je možné se v ideálních podmínkách dožít přibližně 120 let. Toto uvádí i Thorová (2015), která zmiňuje, že maximální délka života je přibližně 115 – 120 let, nemění se a je určena podle osob, které se tohoto věku dožily. Střední délka života se pak pohybuje nejvýše v rozmezí 85 – 90 let. Není jasné, jak dlouhá doba je z těchto let ve zdraví a jak dlouhá je v nemoci. Z celospolečenského hlediska je jistě důležité se snažit o prodloužení délky života ve zdraví. Druhotné, ne méně důležité, je zajistit co nejvyšší kvalitu poskytované péče o již nemocné jedince.

¹² Věková hranice 65 let nekoresponduje s WHO, která určuje věkovou hranici pro počátek období stáří 60 let. Jelikož se na geriatrickém oddělení nachází i pacienti mezi 60 a 65 let, přikláněla bych se k posunutí hranice na 60 let, která by byla v souladu s hranicí stáří. Někdy je možné setkat se i s termínem třetí věk, který označuje období nad 65 let. Termín čtvrtý věk pak souvisí s pokročilým stářím.

S těmito problémy je propojena potřeba speciálního zacházení. Jedná se o upravené přístupy, služby a režim. V České republice je poměrně jasně dáno, že geriatrický pacient je propojen s ošetrovatelskou a sociální problematikou, stejně tak jako s dlouhodobou a ústavní péčí. (Kalvach a kolektiv, 2008) Negativně popisuje seniora v nemocničním prostředí Vágnerová (2007, s. 427): „*starý pacient je obecně chápán jako bytost, která potřebuje pomoc, je závislá na péči jiných a v zásadě neschopná pro sebe něco udělat nebo o sobě rozhodovat*“. Z výše uvedeného je zřejmé, že stejně, jak jsou rozdílní lidé nacházející se v období stáří, jsou i rozdílní senioři, kteří jsou označováni jakožto geriatrickí pacienti.

Kalvach, Čevela, Čeledová (2014, In: Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík a Kubů, 2014, s. 17) uvádí, že: „*jednou z nejvýraznějších složek stárnutí je různě rychle probíhající pokles potenciálu zdraví, vzájemně provázané zdatnosti, odolnosti, adaptability – postupně klesá výkonnost, přizpůsobivost změnám, odolnost k zátěžím, ke stresorům*“, což se v určité míře projevuje i u seniorů pobývajících na geriatrickém oddělení. Jak již bylo zmíněno, senioři na geriatrickém oddělení často trpí chronickým onemocněním. Dle Hudákové a Majerníkové (2013, s. 45) jsou pro osoby trpící chronickým onemocněním¹³ zásadní „*fyzické problémy podmíněné nemocí a léčbou, psychický stav a výkonnost, výkonnost v oblastech každodenního života a sociální vztahy*“. Výše zmíněné také souvisí s kvalitou seniorova života, která je na oddělení snížena vlivem omezené autonomie a soběstačnosti, dále je patrná nižší mobilita.

Pro geriatrická oddělení je typická geriatrická křehkost neboli frailty, která je v určitém pohledu vnímána jako jeden z geriatrických syndromů. Dle Kalvacha, Čevely, Čeledové (2014, In: Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík a Kubů, 2014, s. 32) je geriatrická křehkost určena: „*nízkou úroveň potenciálu zdraví, zdatnosti, odolnosti, adaptability*“. Tato nízká úroveň musí být dlouhodobého charakteru. Výše zmínění autoři uvádí, že skupina L. Friedové stanovila v USA základní kritéria somatické křehkosti, kterými jsou: svalová atrofie (úbytek svalové hmoty) a svalová slabost, nechutenství a hubnutí – váhový úbytek více než 5 kg za posledních dvanáct měsíců, pomalá chůze a únava s hypomobilitou (nepohyblivost).

¹³ Dominiguez, Galioto, Ferlisi, Pineo, Putignano, Belvedere, Costanza a Barbagallo (2006) zmiňují, že bude do budoucna neustále přibývat osob s chronickým onemocněním a onemocněním kardiovaskulárního systému, a to zejména ve starším věku. V souvislosti s těmito problémy se stále více objevují specifické a rozmanité potřeby, zejména seniorů. Péče o starší osoby tak na toto musí být připravena, jelikož vlivem těchto onemocnění a stárnoucí populací je pravděpodobné, že bude snižována kvalita života, tudíž je nutné zabezpečit do budoucna kvalitní péči, aby mohla být zvýšena. Zásadní je i prevence, propagace a dodržování zdravého životního stylu. V podobném duchu se vyjadřují také Bergman, Karunanathan, Robledo, Brodsky, Chan, Cheung a Bovet (2013), kteří navíc zdůrazňují důležitost podpory veřejného zdraví a nutnost přizpůsobit zdravotní i sociální péči politické smýšlení a legislativu.

K tomuto výčtu lze přiřadit symptomy Kalvacha (a kolektivu, 2008): ubývání spontaneity a variability, patrné psychomotorické zpomalení, pády¹⁴, poruchy paměti, chronická bolest, apatie a další. Jednotlivý křehčí pacienti se od sebe mohou lišit v závislosti na objevujících se projevech co do kvantity i kvality.

Na geriatrickém oddělení je patrná nižší soběstačnost seniorů, která je mimo jiné ovlivněna zejména zdravotním stavem, tím jak na seniora působí, a jak je možné zdravotní problémy kompenzovat. Důležité je pokusit se soběstačnost zvyšovat či alespoň udržovat stávající úroveň v souvislosti s individuálními potřebami a schopnostmi seniora. S výše zmíněným je spojena také nižší mobilita, která je projevem fyzické zdatnosti seniora, se kterou souvisí schopnost se o sebe samostatně postarat. Soběstačnost a mobilita jsou do jisté míry ovlivněny mnoha faktory, například věkem, svalovou silou, kloubní pohyblivostí, únavou, vlivem prostředí a psychickým stavem. Výše zmíněné bývá u nemocných seniorů spíše v negativním pojetí. Je patrné, že kognitivní funkce jsou ve spojitosti s vyšším věkem poškozeny. Objevuje se syndrom demence, syndrom deliria, poruchy paměti, problém s učením se novým věcem, poruchy řečových funkcí, problémy se zrakovou a prostorovou orientací, snižuje se schopnost koncentrace a podobně. Kognitivní funkce jsou propojeny se soběstačností, stejně jako emotivita, nálada a motivace. Ve vyšším věku se více objevuje syndrom deprese, poruchy nálady a také problémy s motivací. Problematické se jeví dekubity, které vznikají působením tlaku na tkáň společně s dalšími faktory, kupříkladu vlhkostí, otoky, špatným prokrvením a podobně. Tyto rány jsou pro seniory nepříjemné, přičemž se zhoršují vlivem dalších faktorů, kupříkladu moč či stolice, které jsou samovolně vylučovány, nadměrné pocení, nepořádek na lůžku – zbytky jídla, drobky, vylité tekutiny, infekce a další. Mezi vnitřní faktory vzniku lze zařadit užívání léků, problémy s výživou, nepohyblivost, vysoká tělesná hmotnost, věk nad 70 let a další. (Kuckir, Vaňková, Holmerová, Vítěčková, Jarolímová, Krupička a Szabó, 2016) Výše uvedené znova souvisí s kvalitou života seniorů, která může být deficitem v jednotlivých oblastech poznamenána.

¹⁴ S pády jsou velmi často spojeny problémy a bolesti při chůzi, strachem, dušností, nestabilitou, závratěmi, úrazy a čas od času také s pojmem imobilita, tedy nepohyblivost. Toto má za následek ochabnutí svalů, zhoršení funkce dolních končetin a jiné problémy. Zásadní je tedy vést k aktivnímu pohybu, pokud je to možné.

S geriatrickým oddělením je velmi úzce spjatá tematika umírání a smrti. Senioři, stejně jako ostatní lidé se smrti obávají a myšlenky na ni jsou trýznivé. Senioři na tomto oddělení o smrti uvažují o mnoho více, přičemž často vyjadřují obavy z bolestivého a krutého umírání, mimo to by téměř každý rád zemřel v domácím prostředí, což samozřejmě není vždy možné. Většina lidí by byla vděčna za úmrtí ve spánku a za možnost se rozloučit s blízkými. V současné době, kdy se lidé stále dožívají vyššího věku, je možné se setkat i s optimismem z každého nového dne, kdy jsou senioři za jakýkoli okamžik rádi, mají z něj radost a váží si ho. (Haškovcová, 2012; Říčan, 2006) Geriatrické oddělení je spíše spojeno s přáním, aby bylo uleveno od bolesti i trápení, a aby vše nepříjemné brzy skončilo.

1.3 NEMOCNOST SENIORŮ A JEJÍ SOUVISLOST S POBYTEM NA GERIATRICKÉM ODDĚLENÍ V KONTEXTU PÉČE O SENIORY

Je vhodné říci, že senioři, kteří pobývají na geriatrickém oddělení, mají svá specifika, zejména vlivem vysokého věku, různorodých onemocnění a jejich kombinací, geriatrické křehkosti a blízkosti smrti. Vzhledem k těmto odlišnostem je pro ně nutná specifická péče. V souvislosti s nemocemi se objevuje i pojem patologické stáří¹⁵ či stárnutí, kdy jsou právě onemocnění výraznější než u seniorů, kteří stárnou zdravě či „obvykle“. Vlivem nemoci se dostávají do role pacienta, přičemž v seniorském věku je tato role poměrně častá, přesto s sebou nese stále nové situace¹⁶. Dle Haškovcové (2010) je vyrovnání se s takovou situací, tedy s onemocněním, velmi individuální. Jedinci, kteří toho nejsou schopni, potřebují podporu od ostatních. V tomto směru mohou pomoci i pečující pracovníci na geriatrickém oddělení.

Lze říci, že s přechodem do vývojové etapy stáří se zvyšuje pravděpodobnost nejrůznějších onemocnění, úrazů i dalších problémů spojených s fyzickým i psychickým zdravím, samo stáří zpravidla není jejich příčinou. Dle Thorové (2015) je u seniorů patrné zhoršení imunity a autoimunity, čímž se zvyšuje náchylnost k různým onemocněním, které mohou přispět k problematičtějším chorobám. Nemocnost seniorů je na celém světě poměrně běžný jev.

¹⁵ Patologické stáří je mimo zdravotní stav určeno i dalšími faktory – (ne)vstřícností prostředí, životními událostmi, osobnostní charakteristikou, finančními zdroji a podobně. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012) Tyto faktory jsou v souvislosti s patologickým stářím pojímány jako negativní, respektive jako negativně působící.

¹⁶ V souvislosti s rolí pacienta uvádí Křivohlavý (2002) fakt, že přechod do této role provází fyzické, psychické i sociální změny. K tomu lze uvést, že již samotná role seniora přináší mnohé změny v životě jedince, které jsou pro něj náročné. V okamžiku, kdy se k těmto změnám přidají i další změny vlivem role pacienta, se senior ocitá ve velmi nekomfortní situaci a ve stresu, zejména pokud se jedná o pacienta s chronickým onemocněním.

Zejména se objevuje u osob starších 75 let, které, jak uvádí Kalvach, Čevela, Čeledová (2014, In: Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík a Kubů, 2014) jsou z 90 % postihnuti jednou či více chronickými chorobami. Dle výše zmíněných autorů má nemocnost ve stáří své charakteristiky. Narůstá obecné rozšíření s věkem a tím podmíněný vyšší výskyt chorob u jednoho jedince. Přibývá chronických a degenerativních onemocnění, je tak patrné vyšší riziko komplikací při léčení a neúplného vyléčení. Je tedy patrná horší prognóza. Poslední charakteristikou je význam sociální složky, kterou zmiňují i autorky Hrozenková a Dvořáčková (2013). Ty v tomto kontextu uvádí, že senioři jsou izolováni, ztrácejí komunikaci, pocit potřebnosti, pociťují blízkost smrti a mají sníženou soběstačnost. Sociální složku pomáhá na geriatrickém oddělení zajišťovat sociální péče, která se pokouší o zmírnění negativního rozměru onemocnění. Hrozenková (2008, In: Hrozenková a Dvořáčková, 2013) popisuje specifika odlišně, přičemž je zásadní vyšší riziko úmrtí i při běžných onemocněních. Dále se onemocnění často projevuje pouze jedním příznakem, celkově jsou příznaky minimální a nespecifické. Navíc se objevuje druhotné postižení orgánů, které nejsou onemocněním zasaženy. Jako možný faktor odlišného průběhu onemocnění u seniorů oproti běžné populaci autorky uvádí také osobnost nemocného. Na rozdílnosti mezi jedinci upozorňuje i Křivohlavý (2002), který je popisuje ve vnímání příznaků. Zásadní je v tomto směru vnímání bolesti, respektive bolest způsobující fyzické podněty. Autor se shoduje s Hrozenkovou a Dvořáčkovou (2013) v tom, že se na rozdílech podílí i osobnostní zaměření jedince, tedy introverze či extroverze. Dále je rozdíl v prožívání nemoci – zda jedinec vnímá onemocnění jako podstatné nebo nepodstatné. Objevuje se odlišnost v tom, zda o sebe lidé pečují či nikoliv, a to jak před vznikem nemoci, tak v jejím průběhu i po ní. Podstatná je také psychika a nálada daného jedince. Souvislost s rozdíly mají i využívané obranné mechanismy, kdy se často objevuje potlačení a tím i nevnímání toho, co se s daným jedincem odehrává. Důležitá je i informovanost, a jak již bylo zmíněno, svou roli mají i situační faktory. Holmerová, Jurášková, Zikmundová (a kol., 2007) uvádí jako hlavní znak onemocnění seniora jeho délku, která je oproti mladším osobám výrazně delší. Dále se objevují tyto rozdíly: atypický klinický obraz, selhání nejkřehčího orgánu (obvykle mozku), odlišný klinický průběh chorob, specifické geriatrické komplikace, odlišná strategie léčby. Časté jsou rozdíly v tom, že se objevuje u seniorů více chorob najednou a užívají současně více léků. Každé banální onemocnění může výrazně zhoršit seniorův stav. Objevují se velmi často nespecifické projevy chorob a jednotlivých symptomů, které jsou poměrně nevýrazné, netypické a patognomické. Symptomy se často řetězí, což vytváří nepřehledný klinický obraz, některé projevy chorob nejsou viditelné, a proto nelze všechny správně diagnostikovat.

Odlíšný je i přístup k samotným pacientům. Je zde také vyšší pravděpodobnost, že vyléčení jedince není možné, proto je často cílem péče seniorům zkvalitnit jejich život, a to nejrůznějšími postupy. (Kalvach a kolektiv, 2008; Hrozenská a Dvořáčková, 2013)

Hrozenská a Dvořáčková (2013) uvádí, že problematické se v souvislosti s onemocněními a stářím jeví užívání léků, jelikož ze strany seniorů dochází častěji k nespolupráci při jejich užívání či aplikování. V této souvislosti je možné uvést, že je důležitá ochota ze strany seniorů v uposlechnutí lékaře a schopnost dodržovat to, co je seniorovi doporučeno či nařízeno. S tím úzce souvisí i dodržování zdravotnického režimu. (Křivohlavý, 2002) Pro seniory je spíše patrná nespolupráce, než dodržování pokynů lékařů a celkově zdravotnického personálu. Dle Holmerové, Juráškové, Zikmundové (a kol., 2007) by měla být farmakologie velmi jednoduchá, individuální, střídámá, pokud možno dočasná a také moderní.

Na základě chorob a onemocnění, úrazů i dalších problémů, jako jsou kupříkladu poruchy příjmu potravy a podobně, jsou seniori přijímáni na geriatrické oddělení. Do popředí vystupuje problematika chorob, kterých je velké množství a s nimi se objevují také specifické potřeby jedinců. S fyzickým stářím souvisí poruchy sluchu, zraku, ztrácí se schopnost pevného úchopu a podobně. K tomuto výčtu lze připojit nejčastější choroby ve stáří dle Kalvacha (a kolektivu, 2008): v první řadě choroby oběhového systému, pohybového ústrojí, onemocnění endokrinní a metabolická. Z akutních onemocnění se nejčastěji vyskytují úrazy, onemocnění respiračního, trávicího a pohybového systému.

Pro stáří neexistuje příliš charakteristických onemocnění, přesto lze vyjmenovat některá častější: cévní mozková příhoda, různé typy rakoviny, artróza, ateroskleróza, demence, osteoporóza, Parkinsonova choroba, nejrůznější záněty, onemocnění kůže, artritida či deprese. (Pichaud a Thareauová, 1998) Mimo již zmíněné se stářím souvisí specifické geriatrické syndromy, které lze z části považovat za příčiny různých onemocnění či jako problémy, které seniorům snižují kvalitu života. Ondrušová (2011)¹⁷ zmiňuje v rámci somatických syndromů nestabilitu, která často vede k pádům a úrazům, svalové slabost, inkontinenci, poruchám termoregulace a příjmu potravy. Z psychických syndromů to jsou demence, deprese, poruchy adaptace, delirium a další. V neposlední řadě se objevují také sociální syndromy, kupříkladu ztráta soběstačnosti, sociální izolace, dysfunkce rodiny či závislost na pomoci.

¹⁷ Ondrušová (2011) při vytvoření těchto výčtů vychází z Topinkové (2005) a Kalvacha (a kolektivu, 2008).

Pro geriatrické syndromy je typické, že se u nich objevuje multikauzální etiologie¹⁸, chronický průběh, omezování nezávislosti pacienta a neexistence jednoduché léčby. Tyto syndromy se dají teoreticky chápat jakožto symptomy či příznaky pro jednotlivá onemocnění, případně jako soubory problémů ve vzájemné provázanosti. Problémů, se kterými se senioři v tomto smyslu potýkají, je celá řada. Symptomy onemocnění mohou být kupříkladu inkontinence, průjmy, dehydratace, pády, imobilita, bolest, dekubity, deprese, osamělost či zmatenost. Mimo to jsou soubornými problémy kupříkladu: syndrom anorexie a podvýživy, kognitivního deficitu, maladaptace, duálního senzorického deficitu, dekondice a svalové slabosti. (Kalvach a kolektiv, 2008) Syndromy jsou velmi výstižné s ohledem na specifickou seniora pobývajících na geriatrickém oddělení, jelikož většina pacientů se alespoň s jedním (často s více) setkává a je nutno je při léčbě řešit, často jsou také samotným důvodem pro hospitalizaci pacienta.

Senioři jsou na geriatrickém oddělení léčeni z výše zmíněných i dalších důvodů, přičemž je snaha, aby lidé mohli žít kvalitnější a smysluplnější život.

¹⁸ Původ onemocnění je patrný ve více oblastech, tudíž příčin, které dané onemocnění způsobují je více. Navíc se objevuje polymorbidita, která dle Thorové (2015, s. 465) znamená toto: „člověk zároveň trpí více nemocemi zároveň“.

2 SPECIFIKA SOCIÁLNÍ PÉČE VE ZDRAVOTNICTVÍ V KONTEXTU KOMPLEXNÍ PÉČE O SENIORY A JEJÍ VYKONAVATELÉ

Tato kapitola pojednává o sociální péči ve zdravotnictví, která je vnímána jako důležitá v souvislosti se stále vyšším počtem seniorů v populaci. Mimo to je velmi potřebnou službou, která má svá specifika. Je vhodné zmínit, že zdravotnictví je pro všechny osoby velmi důležité a vhodná sociální péče mu dodává vyšší kvalitu, poněvadž zajišťuje větší komplexnost péče o zdraví. Sociální a zdravotní péči není možné zcela oddělit, jelikož se vzájemně prolínají, zejména z důvodu vyskytujících se sociálních a zdravotních problémů současně. Zásadní se jeví role pečujících pracovníků, respektive sociálních pracovníků, jelikož jsou zdroji a objekty naplňování potřeb seniorů, které je součástí sociální péče. Pro účel této práce je sociální péče pojata tak, že souvisí s více péčemi ve zdravotnictví a zároveň je u ní patrná souvislost s činností sociálních pracovníků. Je zohledněn fakt, že sociální péče je vnímána ze širokého hlediska – jedná se o působení mnoha odborníků současně¹⁹. Je patrný multidisciplinární charakter péče. Současně je sociální péče vnímána jako pojem, který souvisí se sociální prací, respektive je pro něj v tomto případě nadřazený, jelikož sociální pracovník je také pečujícím pracovníkem.

Dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách je patrné, že služby sociální péče mají sloužit k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti a podpořit život jedince v přirozeném prostředí. Toto částečně sociální pracovníci na geriatrickém oddělení zajišťují v rámci spolupráce s rodinou, která tuto péči zabezpečuje. Případně mohou pracovníci pomoci podporou sociálních služeb²⁰, které budou o seniora pečovat v jeho domácím prostředí. Na druhé straně existují situace, kdy toto možné není. Dle uvedeného zákona je potřebné zajistit jedincům důstojné prostředí a zacházení. To mohou sociální pracovníci zabezpečit na geriatrickém oddělení ve spolupráci s ostatními pracovníky či v jiném zařízení²¹, které pomohou seniorovi a případně jeho rodině zajistit. Sociální pracovníci jsou na tomto oddělení často ve spolupráci s jinými zařízeními a poskytují na ně kontakt.

¹⁹ Pro účely studovaného oboru (Sociální pedagogika) jsou zásadní sociální pracovníci a to v kontextu pracovní pozice, kterou mohou vykonávat i sociální pedagogové. A to dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který uvádí v § 110 odbornou způsobilost pro výkon této profese – je zde uveden i obor sociální pedagogika. Další poskytovatelé sociální péče jsou v tomto kontextu: lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé, sanitáři, ale i další nezdravotnický personál.

²⁰ Sociální služby, které pomáhají v místě bydliště, mohou být kupříkladu osobní asistence, pečovatelská služba, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení a další.

²¹ Zařízeními mohou být kupříkladu domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem či domovy pro osoby se zdravotním postižením.

Kalvach, Čevela, Čeledová (2014, In: Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík a Kubů, 2014) uvádí úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany, které ustanovila Evropská sekce Mezinárodní gerontologické asociace v roce 1997 – tyto úkoly jsou zkráceně: posilovat dobré zdraví a pohodu seniorů, předcházet jejich nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat, dále léčit seniory v případě, že se stanou nemocnými, pomáhat ve vedení plnohodnotného a nezávislého života, zajistit provázanost zdravotních a sociálních služeb a v neposlední řadě zajistit, že nebude docházet k diskriminaci z žádného důvodu. I zde je patrné, že zdravotní a sociální péče jsou spolu propojeny.

Nejen sociální péče, ale obecně péče o seniory je vnímána jako důležitá součást zajištění kvalitního života, což by mělo být veřejným zájmem. Cílem péče o seniory by mělo být důstojné stáří i umírání, což může zajistit právě zmíněná sociálně zdravotní péče. Obecně by měla být péče o seniory zejména individuální a humánní, mimo to i ekonomicky efektivní. (Burešová, Řezáčová a Stehlíková, 2009)

2.1 SOCIÁLNÍ PÉČE V KONTEXTU DALŠÍ PÉČE NA GERIATRICKÉM ODDĚLENÍ A SPOJITOST S GERIATRIÍ OBECNĚ

Sociální péči nelze ve zdravotnictví oddělit od dalších péčí, s čímž souvisí i fakt, že je poskytována všemi zaměstnanci daného zařízení, ve kterém senioři pobývají. Dle Holmerové, Juráškové, Zikmundové (a kol., 2007) nelze oddělit zejména zdravotní a sociální potřeby seniorů a tím i tuto péči. Zásadní je snaha o komplexnost. Níže jsou uvedena specifika geriatrického oddělení, a tím i geriatric, a dalších péčí, které se se sociální péčí prolínají. Je nutné vnímat, že sociální péče, stejně jako sociální práce se může lišit v rámci nemocničního zařízení na jednotlivých odděleních, zde je snaha vystihnout její podstatu v rámci geriatrického oddělení. Ať je péče na geriatrickém oddělení jakákoliv je nutné vnímat seniora jako osobu, která vyžaduje pomoc od pečujících pracovníků. V tomto kontextu uvádí Burešová, Řezáčová a Stehlíková (2007), že senioři jsou nejdůležitější součástí péče, jelikož se jich bezprostředně týká. Svou roli mají i rodiny seniorů, poskytovatelé služeb, respektive zřizovatelé, ale také pracovníci, kteří služby vykonávají. Všichni aktéři mohou vyjádřit (ne)splacenost s poskytováním péče a mohou poukázat na problémy, na to, co chtějí zlepšit – tento aspekt se týká především seniorů samotných.

Holmerová, Jurášková, Zikmundová (a kol., 2007, s. 12) uvádí, že: „*geriatrie je samostatný lékařský obor interdisciplinárního charakteru*“²². Autorky zmiňují její využití v rámci zdravotních i zdravotně sociálních služeb pro seniory. Je patrné, že je zde propojení se sociální péčí. Dle Haškovcové (2012) je náplní geriatrie problematika zvláštností chorob ve stáří. Čevela, Kalvach a Čeledová (2012) uvádí, že geriatrie je označení pro klinickou gerontologii, přičemž v širším pojetí je zaměřena na zdraví seniorů a jeho udržování, specifickostí chorob, medicínskými postupy i zdravotnickými systémy. Tento obor vznikl jako reakce na již zmíněné demografické změny ve společnosti a tím i nutnost péče o staré lidi. Pro geriatrii je specifická větší komplexnost, koordinace týmu a v neposlední řadě důraz na propojení zdravotní a sociální péče. Zásadní je zmínit, že péče je v obou případech dlouhodobá, což je problematické vzhledem k nedostatku míst v prostředích poskytující tuto péči. (Hudáková, Majerníková, 2013) Na geriatrickém oddělení je mimo zdravotní a sociální péče poskytována také péče zvaná dlouhodobá. Ta je dle Kalvacha, Čevely, Čeledové (2014, In: Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík a Kubů, 2014) charakteristická pomáháním při základních každodenních činnostech (hygiena, oblékání, přijímání potravy či používání toalety). Tato péče je využívána zejména osobami nad 75 let, přičemž se zvyšujícím se věkem její potřeba stoupá, respektive stoupá počet aktivit, při kterých senioři potřebují pomoc. Holmerová, Jurášková, Zikmundová (a kol., 2007) zmiňují, že součástí péče na geriatrickém oddělení je včasné plánování, stanovování postupů a promyšlení potřebnosti dalších služeb či další péče po propuštění seniora z nemocničního zařízení.

V geriatrii a tedy i na geriatrickém oddělení se objevuje také paliativní péče, kterou Haškovcová (2012) popisuje jako péči poskytovanou umírajícím lidem, která má být útěšná, zmírňující a ohleduplná. Částečně shodně tuto péči popisuje Kabelka (2017, s. 309), který uvádí, že se paliativní péče „*věnuje nemocným lidem vyššího věku, většinou v posledních měsících jejich života*“. Tato péče se v geriatrii dotýká v určité fázi většiny chorob, lze tedy konstatovat, že mnoho seniorů na geriatrickém oddělení zemře za asistence pečujících pracovníků poskytujících právě paliativní péči. Výše zmíněné péče jsou náplní práce se seniory na geriatrickém oddělení, které má za úkol především pokusit se kompenzovat stav pacienta. Jedná se částečně o propojení geriatrie s léčebnou dlouhodobě nemocných (LDN), může se stát, že jsou na zmíněném oddělení hospitalizovány i osoby mladší 60 let.

²² Holosko a Taylor (1994) v tomto kontextu zmiňují, že je zásadní propojení v péči o pacienty více disciplín, respektive odborníků v různých oborech, jelikož každý profesionál může být pro celkový plán péče velmi užitečným, respektive může přinášet důležité poznatky vzhledem ke své specifické odbornosti.

V geriatrii je jako součást komplexní péče prováděno tzv. funkční geriatrické hodnocení²³, které je východiskem pro zajištění kvalitní péče²⁴. Hodnocení je celistvé a zaujímá mnoho oblastí. Jedná se kupříkladu o hodnocení soběstačnosti, mobility, kognitivních funkcí, emotivity, nálady a motivace, nutrice (výživy) či rizika vzniku dekubitů. (Kuckir, Vaňková, Holmerová, Vítěčková, Jarolímová, Krupička a Szabó, 2016) K tomuto výčtu lze přidat některá hodnocení od Pokorné (a kolektivu, 2013): hodnocení bolesti, pohybu a sebepečce či celkového stavu seniorů. Holmerová (a kolektiv, 2015) uvádí jako další důležitou součást hodnocení senzorických či smyslových funkcí, zejména se sledují poruchy sluchu a zraku, ale i další. Mimo to zmiňuje hodnocení křehkosti a kondice. Kalvach (a kolektiv, 2008) považují za důležité hodnotit celistvé kategorie a to: osobnost pacienta, tělesné zdraví, funkční výkonnost a zdatnost, duševní zdraví (s čímž souvisí i hodnocení emočních funkcí a chování) a sociální souvislosti. Výše zmíněné zdůrazňuje důležité oblasti, které jsou patrné pro pacienty geriatrických oddělení. Výsledky hodnocení jsou užívány nejen pro zdravotní, ale i sociální péči. Jsou důležité zejména pro individuální plánování a správné naplňování potřeb²⁵ každého seniora s ohledem na kvalitu péče. Velmi výstižně uvádí, k čemu slouží geriatrické hodnocení, Pokorná (a kolektiv, 2013, s. 8): *„Reálné zhodnocení schopností, anebo naopak omezení seniora umožňuje profesionálním pečovatelům nastavení přiměřeného rozsahu péče a stanovení péče jako „motivačního programu“ k podpoře zachovaných funkcí, udržení funkční zdatnosti a v případě potřeby odpovídající míry dopomoci a podpory.“* Mimo jiné funkční hodnocení zajišťují sociální pracovníci. Je patrné, že geriatrické hodnocení je východiskem pro práci všech pečujících osob, jelikož poskytuje komplexní obraz o pacientovi. Z toho je zřejmé, že geriatrická péče je týmová práce.

²³ Geriatrické hodnocení je většinou realizováno pomocí testů či dotazníků (někteří autoři, kupříkladu Holmerová (a kolektiv, 2015) užívá pojem škála), rozhovorů, hojně je využíváno také pozorování, případně jiné metody, které jsou uznány za vhodné. Kalvach (a kolektiv, 2008) k tomuto výčtu uvádí také nejrůznější vyšetření – břicha, hlavy, končetin, hrudníku a podobně.

²⁴ V rámci zajištění kvality péče je geriatrické hodnocení vnímáno jako možnost jak zjistit a napravit problémy pacientů. I v tomto případě má sociální pracovník své místo, jelikož je zde možnost využít jejich kreativitu. (Mackenzie, 1994, In: Holosko a Taylor, 1994)

²⁵ V souvislosti s naplňováním potřeb je vhodné zmínit, že je nutné sledovat potřeby v čase, jelikož se mění jejich intenzita a prioritita. Platí tedy, že jednou zjištěné, neplatí stále. Na změny potřeb seniorů je pak nutné včas reagovat.

2.2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍCI JAKO JEDNI Z VYKONAVATELŮ SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY VE ZDRAVOTNICTVÍ A JEJICH ČINNOST

Sociální pracovníci jsou v této práci zmiňováni jakožto respondenti výzkumného šetření z důvodu spojitosti se studovaným oborem autorky diplomové práce. Proto je o nich sepsána tato podkapitola vyjadřující jejich roli v sociální péči (práci) o seniory ve zdravotnictví. Jejich role je v tomto směru vnímána jako nepostradatelná. Jsou zcela nepochybně důležitou součástí pracovního týmu a to vzhledem ke stále výraznějším sociálním dopadům nemocí. Nutno poznamenat, že níže uvedené charakteristiky mnohdy platí i pro ostatní pečující pracovníky na geriatrickém oddělení.

Lze říci, že každý, kdo se pohybuje v blízkosti seniora a stará se o něj, respektive pomáhá mu kvalitně žít, je pečovatel. (Pichaud a Thareauová, 1998) Vhodnější označení, než pečovatel je pojem pečující. V tomto kontextu je možno jakožto pečující pracovníky vnímat všechny, kteří jsou se seniorem ve zdravotnickém zařízení v kontaktu – lékaři, zdravotní sestry, sanitáři, ošetřovatelé, sociální pracovníci a další²⁶. Je vhodné říci, že stejně jako pečovatelé, jsou i pečující pracovníci chápáni různorodě. Pro tuto práci jsou nejzásadnější sociální pracovníci, kteří o seniory na geriatrickém oddělení také pečují, respektive starají se v rámci svých možností o naplnění jejich potřeb. V této práci je tak pojem pečující pracovník zaměňován za pojem sociální pracovník a opačně. Pečující pracovník je pojímán jakožto nadřazený pojem pro sociálního pracovníka i další personál. Ve zdravotnictví mají sociální pracovníci svou specifickou roli vzhledem k danému prostředí.

Kabelka (2017, s. 272) popisuje sociálního pracovníka tak, že: „*představuje advokáta nemocného, ale i jeho rodiny*“, dále může působit v roli poradce. Zmíněný autor (2017, s. 40) definuje pečujícího jedince tak, že je to „*ten, kdo pečuje o nemocného*“, což je u sociálních pracovníků zřejmé. Je důležité říci, že pečující pracovník ve zdravotnictví je pro nemocného cizí člověk, ke kterému může postupem času získat určitou vazbu. Stále je zde rozdíl oproti domácí péči, zejména ten, že v domácí péči je vztah k pečujícímu bližší. V každém případě by role pečujícího pracovníka měla být partnerská, což Hrozenková a Dvořáčková (2013, s. 114) popisují, že: „*klient má právo rozhodovat v celém procesu řešení problému*“.

²⁶ Zde upozorňuje Haškovcová (2010) na fakt, že vysokoškolsky vzdělaných osob, kterými jsou například lékaři, je na geriatrickém oddělení méně, než osob, které mají nižší vzdělání, jako jsou zdravotní sestry, ošetřovatelé a podobně, přičemž právě tyto osoby mohou být pro seniory důležitější, než ostatní.

Sociální pracovníci jsou ve zdravotnictví na tzv. nelékařských pozicích. Je vhodné říci, že jsou členy multidisciplinárního týmu, který je složen z ostatních pečujících pracovníků. V kontextu geriatrického oddělení je členem paliativního týmu. Sociální pracovník se zabývá, jak přímou péčí s klientem, kdy se jedná zejména o poradenství, tak administrativně koordinačními činnostmi. O každém jedinci, se kterým pracuje, musí vést záznam, který obsahuje všechny informace o seniorovi a jeho rodině. Práce sociálního pracovníka je komplexně zaměřená na pomoc seniorům v jejich těžké situaci. (Franěk, 2019, In: Franěk, Dubnová, Karas, Válková, Mrtková a Urban, 2019)

V §110 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je uveden předpoklad k výkonu povolání sociálního pracovníka, kterým je: „*plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost²⁷ a odborná způsobilost*“. Jednotlivé předpoklady jsou dále definovány ve zmíněném zákoně. Odborné znalosti jsou dány kvalifikací a informacemi nabytými během celého života – sociální pracovník by se měl i po ukončení odborné kvalifikace²⁸ dále rozvíjet a vzdělávat v nejrůznějších oborech²⁹. Mimo odbornou kvalifikaci a vzdělání by měl mít, dle Bursové (2010), znalosti z oblastí, aby lépe pochopil souvislost mezi jednotlivými nemocemi a specifickým chováním seniora. Tyto znalosti by měly vycházet především z oborů: geriatric, gerontologie, gerontopsychologie, a gerontopsychiatrie. Dále by měl znát základy sociální politiky a zákonů, které se pojí s danou problematikou. Holosko a Taylor (1994) uvádí, že nezáleží pouze na vzdělání, ale že je v této profesi důležitá také praxe.

²⁷ Se zdravotní způsobilostí souvisí i fyzická a psychická odolnost, která je pro toto povolání velmi důležitá.

²⁸ Vzdělávání sociálního pracovníka je uvedeno v Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kde lze mimo jiné nalézt, že sociálním pracovníkem může být i osoba, která vystudovala obor sociální pedagogika. Z toho důvodu je zájmem diplomové práce pozice sociálního pracovníka. Odbornou způsobilost pro výkon tohoto povolání je možné získat prostřednictvím vyššího odborného vzdělání, vysokoškolského vzdělání či jiným způsobem definovaným dle zvláštního právního předpisu uvedeného v Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kde je také vymezeno, jaké odborné zaměření musí mít studovaný vzdělávací program. Mimo sociální pedagogiku se v rámci vyššího odborného vzdělání jedná samozřejmě o sociální práci, dále například sociálně právní činnost či charitativní a sociální činnost. V rámci vysokoškolských vzdělávacích programů je opět samozřejmostí obor sociální práce, dále například obor sociální politika, speciální pedagogika, sociální péče či sociální patologie. Samozřejmostí je také další vzdělávání, které je definováno § 111 odst. 1 a v § 116 odst. 9 v téže zákoně. Zásadní je zde, že by mělo být v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok a měla by jím být obnovena, upevněna či doplněna stávající kvalifikace. Mimo to je zmíněno také v Zákoně č. 96/2004 Sb. (zákon o nelékařských zdravotních povoláních).

²⁹ Předpokladem pro výkon povolání sociálního pracovníka by tedy měla být touha se neustále vzdělávat, získávat nové dovednosti a znalosti a prozkoumávat nové techniky práce s klientem. Součástí výkonu tohoto povolání je tak celoživotní vzdělávání. Kuzníková (a kolektiv, 2011) pak upozorňuje také na důležitost supervize a sledování aktuálního dění v oblasti sociální práce.

Sociální pracovník by měl mít mimo odborných kompetencí určité vlastnosti, respektive osobnostní předpoklady. Dle Kuzníkové (a kolektivu, 2011) vychází z humanistického přístupu, kdy jimi jsou: empatie, autentičnost a vřelost. Mimo to autorka zmiňuje, že musí být patrný zájem o pacienta. Sociální pracovník by jej měl přijímat bezpodmínečně takového, jaký je, což je i předpoklad pro důvěru. Holmerová (a kolektiv, 2015) v tomto směru uvádí, že by pracovníci měli být především laskaví. Dle Hrozenské a Dvořáčkové (2013) jsou důležité předpoklady a dovednosti sociálních pracovníků: fyzická zdatnost a inteligence, přitažlivost, odpovědnost, důvěryhodnost včetně diskrétnosti, spolehlivosti, porozumění, čestnosti, srdečnosti, otevřenosti a dalších složek, obětavost, angažovanost, motivovanost, vyzrálost, prosociálnost, výborné komunikační schopnosti³⁰, především schopnost naslouchání, vřelost, analýza klíčových prožitků, fyzická přítomnost a empatie. Je zásadní zmínit, že empatii zdůrazňují téměř všichni autoři, kteří se touto problematikou zabývají. Haškovcová (2012) podotýká, že by měl pracovník k seniorům přistupovat s respektem a s ohledem na důstojnost, mimo to by měl být ke všem laskavý (v čemž se shoduje s Holmerovou a kolektivem (2015)), trpělivý a dle potřeby uplatňovat empatický přístup. Empatii zdůrazňuje také Kabelka (2007) a to v souvislosti s péčí o seniora, který se dostává do role potřebného či někoho kdo potřebuje péči a podporu. Tato situace může nastat před, avšak často po příchodu na geriatrické oddělení. Pro seniora je nová role a situace často nelehká, a proto je nutné, aby pečující pracovníci citlivě, autenticky a empaticky seniorům při přechodu do této role napomáhali. Řezníček (1994) uvádí mimo již zmíněné další důležité předpoklady, kterými jsou: tvořivost a flexibilní důraznost, přičemž sociální pracovníci musí velmi často hledat různorodá řešení daných problémů a musí být schopni improvizovat. Matoušek (2005, In: Bursová, 2010) uvádí, že sociální pracovník by měl být zralou osobností, která je emocionálně vyrovnaná a stabilní. Měl by ovládat své reakce na jakékoliv situace, měl by být objektivní, přičemž by se měl vyvarovat přílišnému soucítění. Mimo to by neměl v jeho životě postrádat zdravý optimismus, jelikož jím seniorům dodává radost a potěšení ze života. Z výše uvedeného vyplývá, že je důležitý zejména osobní přístup k seniorům.

³⁰ Kuzníková (a kolektiv, 2011) uvádí, že komunikace je důležitá a nezbytná, jelikož jsou skrze ni sociální pracovníci schopni pochopit motivaci pacientů k určitým činům. Zároveň je důležitá dobrá pozorovací schopnost, zejména tehdy, není-li pacient komunikace schopen.

Sociální pracovníci by měli být v péči, kterou poskytují, spravedliví – měli by k lidem přistupovat tak, že jsou si rovni, na druhé straně Kalvach, Čevela a Čeledová (2014, In: Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík a Kubů, 2014, s. 220) velmi výstižně uvádí, že: „není větší nespravedlnost než rovný přístup k nerovným lidem (k lidem s různými potřebami a ohroženími)“. Je nutné říci, že zcela rovný přístup nerespektuje specifické potřeby, tudíž je nutno přistupovat individuálně s přiměřenou péčí odpovídající danému případu. Jinými slovy – práci s některými seniory je nutno věnovat více času a úsilí a s jinými naopak méně, v závislosti na nejlepším uvážení daných sociálních pracovníků i samotných seniorů.

Weinfurterová (2007) uvádí, dle ní, nejdůležitější faktory vstupující do interakce seniora a sociálního pracovníka: osobnost pracovníka, jeho profesní zkušenosti a dovednosti vše využít ve prospěch klienta. Dále musí respektovat somatické i psychologické zvláštnosti seniora, jeho důstojnost a osobnost. Musí být laskavý a empatický, volit vhodná gesta a postoje. Mimo to by měl projevovat zájem, v případě potřeby povzbuzovat a utěšit. Neslibovat, to co nelze splnit. A vytvářet prostor pro spolupráci, k níž je důležité zjistit, jakou má kolem sebe sociální síť, jaká je jeho sociální role a jaké má podmínky bydlení. V těchto oblastech totiž sociální pracovníci mohou seniorům nejvíce pomoci vzhledem k jejich možnému návratu do společnosti. Zásadní se jeví zajištění pomůcek do domácnosti, pomoc při získání sociálních dávek a zajištění dalších sociálních služeb.

Holmerová (a kolektiv, 2015) uvádí, že je potřebné, aby i sociální pracovníci věděli o zdravotním stavu pacientů, jelikož se často jedná o zásadní informace, dle kterých se řeší složité situace. Tyto informace ovlivňují to, jak je k seniorům přistupováno a na jejich základě se identifikují potřeby seniora a formuje se postup péče. V této souvislosti je vhodné zmínit, že sociální pracovníci musí těmto informacím dobře porozumět a vhodně s nimi nakládat. Musí mít tedy alespoň základní medicínské znalosti. Holosko a Taylor (1994) zmiňují jako důležitou součást profese sociálního pracovníka schopnost pracovat samostatně a čas od času umět rozhodnout nastalou situaci, která souvisí se zdravotním stavem pacienta.

V sociální péči o seniory je patrná výrazná feminizace (stejně tak jako v celé oblasti péče), jedná se o genderovou nevyváženost, která by měla být odstraňována větší podporou mužů v sociálních službách. U žen je péče chápána spíše jako projev lásky a jsou vnímány jako vhodnější pečovatelky. Péče je u nich méně pojímána jako práce, která by měla vyžadovat specifickou kvalifikaci. V tomto smyslu je péče vnímána stereotypně, avšak neměla by být.

U žen objektivně nastává vyšší výskyt negativních dopadů dlouhodobé péče o jiné osoby. (Dudová, 2015) Problémy³¹ s tímto spojené se objevují jak v domácí péči, tak v péči, kterou poskytují pečovatelé profesionálně.

Činnosti, které sociální pracovník vykonává, jsou popsány v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ty jsou na geriatrickém oddělení zastoupeny v různé míře všechny. Příkladem těchto činností může být vykonávání sociálního šetření, zabezpečení agendy a poskytování sociálního či sociálně-právního poradenství. Kuzníková (a kolektiv, 2011) uvádí konkrétní pracovní povinnosti sociálních pracovníků ve zdravotnickém zařízení, kterými jsou: řešení situace aktuálně hospitalizovaných seniorů, sociální pomoc (nejen) u chronicky nemocných pacientů, sociální prevence, stanovení sociální anamnézy a prognózy a aplikace metod sociální práce. Tyto činnosti by měly směřovat k odstranění či zmírnění negativních důsledků nemocí, což je i smyslem sociální práce.

Sociální pracovník řeší situaci seniora od chvíle, kdy nastoupí do zdravotnického zařízení³² a je mu po celou dobu léčby k dispozici, přičemž zajišťuje návazné služby a snaží se přizpůsobit proměňujícímu se zdravotnímu stavu pacienta. Přičemž je důležité, aby pracovník v závislosti na tomto stavu zajišťoval i následnou pomoc. Sociální pracovník by měl během své pracovní doby vyhodnocovat, kteří jedinci od něj potřebují pomoc. Za tímto účelem navštěvuje samotné pacienty i vrchní či staniční sestru, se kterou konzultuje potřebnost své činnosti u daných jedinců. Pokud je to možné a v dané situaci vhodné, kontaktuje sociální pracovník i rodinu seniora. Mimo již zmíněné komunikuje s příslušnými úřady, orgány státní správy, policií a dalšími institucemi zajišťující sociální služby. (Urban, 2019, In: Franěk, Dubnová, Karas, Válková, Mrtková a Urban, 2019) Sociální pracovník zajišťuje především sociální potřeby, ale samozřejmě se podílí i na ostatních potřebách seniorů vzhledem k propojenosti všech činností. Sociální pracovníci ve zdravotnictví se snaží o zmírnění či naprosté odstranění nejrůznějších sociálních důsledků onemocnění. Zájmem jsou tak zejména rizikovní senioři, kteří mají sociální problémy. (Weinfurterová, 2007) Toto uvádí v kontextu vymezení sociální práce i Kuzníková (a kolektiv, 2011), která k tomu dodává, že je smyslem pacientovi, případně i jeho rodině a širšímu prostředí pomoci.

³¹ Dle Dudové (2015, s. 9) tento problém může částečně vyřešit vhodné pojetí péče jako takové, kterou je nutné pojímat jako: „odpovědnou a kvalifikovanou práci, která je časově, psychicky a fyzicky náročná a vyžaduje dovednosti, které nejsou přirozeně dané jednomu pohlaví, ale kterým je třeba se celoživotně učit“.

³² Jedním z úkolů sociálních pracovníků je ten, že se mají snažit pomoci nově přichozím pacientům s přizpůsobením se nemocničnímu prostředí a nemoci samotné. (Holosko a Taylor, 1994)

Ciotti a Watt (1994, In: Holosko a Taylor, 1994) uvádí, že jednou z činností sociálního pracovníka je předávání informací, stejně tak jako má tyto informace třídit a pomoci pacientům vhodně formulovat jejich dotazy na ošetřovatelský tým. Sociální pracovník má zprostředkovávat předávání informací mezi pacienty a ošetřujícím týmem, stejně jako mezi pacienty a vnějšími zdroji, kterými mohou být kupříkladu vládní útvary, právní či sociální instituce. Jeho role v péči o seniora má přesah i mimo hranice nemocničního zařízení. Zásadní je pro pacienty fakt, jak budou fungovat po opuštění nemocnice, zda půjdou zpět do své domácnosti, a jak tam o ně bude postaráno, či zda bude nutné pacienta umístit, do zařízení, které je k tomu určené.

Přístup pečujících pracovníků se dle Pichauda a Thareauové (1998) rozděluje na čtyři typy. První typ je autoritativní, kdy má pečující tendenci vnucovat svůj názor, svá rozhodnutí a spíše se zaměřuje na to, co osobám chybí, než na to, co mohou zvládat samostatně. Seniori se tak dostávají do podřadné situace. Druhý typ je manipulativní, kdy pečující prostřednictvím manipulace dosahuje svého cíle – nevnucuje své názory a rozhodnutí z nadřazené pozice. Pracovník tak nevidí skutečné potřeby jedince, jelikož jím částečně pohrdá a činí si nárok rozhodovat za seniora. Tento typ se jeví jako velmi nevhodný, jelikož by během péče rozhodně nemělo docházet k žádné manipulaci. Třetí typ je ochranný, kdy pečující chrání jedince před veškerým nebezpečím a vykonává za starého člověka vše, co by jinak mohl zvládnout i sám. Poslední typ je spolupracující. Pracovník je v tomto směru vnímavý k tomu, co senior dokáže sám a snaží se zachovat alespoň částečnou nezávislost. Předpokladem je akceptace pomalejšího a méně kvalitního výkonu od samotných seniorů. Z výše zmíněného vyplývá, že první tři typy nejsou příliš vhodné pro kontakt se seniory, ale v praxi se bohužel objevují. Nejvíce by se měl objevovat přístup spolupracující, který je nejvhodnější.

Kalvach, Čevela, Čeledová (2014, In: Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík a Kubů, 2014) uvádí, že pečující pracovníci by se měli snažit o to, aby byla u seniorů zachována kontrola nad vlastním životem, s čímž souvisí i fakt, že poskytovaná péče by měla být podpůrná, plánovaná a poskytovaná tak, aby seniora nevytrhávala ze sociálních rolí. Vhodné se proto jeví individuální plánování, které odráží i jednotlivé potřeby seniora a postup při jejich naplňování.

3 POTŘEBY SENIORŮ A JEJICH NAPLŇOVÁNÍ V KONTEXTU SOCIÁLNÍ PÉČE NA GERIATRICKÉM ODDĚLENÍ

Tato kapitola se věnuje potřebám seniorů a jejich naplňování prostřednictvím sociální péče na geriatrickém oddělení, přičemž hlavním zdrojem a objektem tohoto naplňování jsou pečující pracovníci. V souvislosti se záměrem práce jsou vnímáni jako důležití zejména sociální pracovníci (viz výše **podkapitola 2.2**). Lze říci, že pro pochopení potřeb seniorů je nejprve nutné poznat vývojová specifika daného vývojového stádia. Díky tomu lze potřeby vhodně naplňovat. V tomto kontextu je nutné se seznámit s obdobím stáří a prostředím, ve kterém jsou potřeby naplňovány (viz výše **kapitola 1**).

V rámci naplňování potřeb je vždy přistupovat k jedinci jako k celku a vnímat i jeho potřeby. Trachtová (1999) zmiňuje, že potřeby jsou determinovány různými faktory, jako hlavní uvádí: nemoc, individualita jedince, mezilidské vztahy, vývojové stádium člověka (lze hovořit i o věku) a okolnosti, z kterých nemoc vzniká. Tyto determinanty zmíněny v kontextu nemocných osob, jsou zde uvedeny proto, že senioři na geriatrickém oddělení jsou všichni určitým způsobem nemocní. Vlivem onemocnění se některé potřeby nemění a některé naopak. Zacharová (2017) uvádí, že se nemění potřeby zcela základní, jako je například výživa, odpočinek, spánek, vyprazdňování, bezpečí a podobně, zároveň zmiňuje, že tyto potřeby mohou být v nemoci intenzivnější. Naopak se například proměňuje potřeba pohybu a aktivity³³. Se vznikem onemocnění se také objevují nové potřeby. Příkladem potřeba tišení bolesti, informovanosti o onemocnění, navrácení zdraví, ošetření, podávání léků a podobně. (Zacharová, 2017) Mimo to je důležité zmínit, že potřeby vychází také z prostředí, ve kterém se jedinec nachází. S tím souvisí i to, co o potřebách uvádí Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 34): „*potřeby člověka jsou individuální a mění se v čase a ve vztahu k prostředí, v němž žije*“. Pokud hovoříme o seniorovi na geriatrickém oddělení, je důležité poznamenat, že naplňování jeho potřeb je odlišné od seniora v jiném zařízení či domácím prostředí. Většina seniorů si dokáže své potřeby, alespoň na minimální úrovni, uspokojit samostatně³⁴, avšak v případě pobytu na geriatrickém oddělení je potřeba pomoci a podpory výraznější.

³³ Zacharová (2017) v tomto kontextu uvádí, že pokud je pacient málo aktivní, měl by ho pečující dostatečně podnítit, a pokud je pacient aktivní dostatečně či velmi, měl by ho vhodně a cíleně směřovat.

³⁴ Janečková (2005, In: Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012) zmiňuje, že staří lidé mnohdy ztrácejí schopnost své potřeby naplňovat, respektive často se tato schopnost snižuje a je odlišná od naplňování, na které byli doposud zvyklí. Výstižně také uvádí, že v této souvislosti klesá kvalita života a pro vhodnou podporu je nutné pochopení a znalost potřeb i preferencí jednotlivých seniorů i seniorů obecně.

Výstižně v tomto kontextu zmiňují Hrozenská a Dvořáčková (2013, s. 119), že: „senioři potřebují v životě uspokojovat všechny své potřeby stejně jako kdokoliv jiný, přičemž jsou velmi často odkázáni na pomoc svého okolí“. Senior potřebuje pečující osobu, čímž se stává závislým, nejčastěji na rodině, ale velmi často na osobách pracujících v sociálních či zdravotnických službách. Každý, kdo pomáhá, by měl být k potřebám seniorů velmi pozorný a citlivý, často jsou totiž vyjádřeny nepřímou a v náznacích, na které je nutné reagovat. V této souvislosti vhodně popisují Pichaud a Thareauová (1998), že by měla být seniorovi poskytnuta možnost dělat, co nejvíce věci sám. Vše by mělo být přizpůsobováno jeho stavu a schopnostem. Zásadní také je, aby u něj byla zachována autonomie. Senior by neměl být považován za méně schopného, než ve skutečnosti je. Lze říci, že potřeba autonomie je u seniorů stěžejní, jelikož provází všechny ostatní potřeby.

Je patrné, že pokud nejsou potřeby seniorů adekvátně naplňovány, dochází k problémům. Důležité je zmínit, že senioři jsou často hospitalizováni s nedostatečným naplněním jedné či více svých potřeb a součástí práce pečujících pracovníků je tyto deficity v naplňování odstranit vhodnými postupy a komunikací.

3.1 PROCES NAPLŇOVÁNÍ POTŘEB SENIORŮ V RÁMCI SOCIÁLNÍ PÉČE NA GERIATRICKÉM ODDĚLENÍ

V rámci vhodného poskytování péče o seniory je nutné nejprve správně identifikovat jejich potřeby a snažit se je adekvátně naplňovat. Důležité je zmínit, že se potřeby s věkem částečně proměňují, respektive mění se jejich důležitost, zaměření a preferovaný způsob naplňování³⁵. Uspokojování či naplňování potřeb je pro každého jedince velmi podstatné, jelikož se jeho prostřednictvím, dle Mlýnkové (2011), zajišťuje přežití organismu³⁶. Naplňování potřeb je často pojímáno tak, že jeho prostřednictvím je uspokojen požadavek či přání, které jedinec má. Hrozenská a Dvořáčková (2013, s. 25) uvádí, že: „*uspokojování základních potřeb je hlavní pro kvalitu života*“. Je to také právo každého jedince. Nejvíce se toto projevuje u nesoběstačných seniorů, kteří zcela nedokáží své potřeby vyjádřit.

³⁵ Způsob naplňování se liší nejen v závislosti na věku, ale také na pohlaví, psychických vlastnostech, tělesných dispozicích, výchově, vzdělání, rodinném stavu, bolesti, poruchách v komunikaci, životním standardu a podobně. Je tak u každého jedince individuální. (Tóthová, 2000, In: Motlová, 2007)

³⁶ S přežitím organismu souvisí i jeho primární požadavek, který zní: „*dostávat správné podněty na správném místě, ve správný čas a v přiměřeném množství a kvalitě*“ (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 58). Toto je zřejmé i u naplňování potřeb, jelikož by také mělo přicházet ve správný čas, na správném místě a v přiměřené kvantitě i kvalitě.

Každý jedinec projevuje své potřeby jinak. Částečně je možné potřeby zjistit na základě žádostí, které jsou vyjádřeny buď přímo či nepřímo. Pichaud a Thareauová (1998, s. 36) v tomto kontextu uvádí, že: „*potřeba je projevem bytostného přání*“, tudíž člověk skrze potřebu k něčemu směřuje. V podobném duchu definuje potřebu Matoušek (2016). Podle něj je potřeba motivem k jednání, přičemž pokud je neuspokojena, vede k deprivaci a jedinec strádá. Na tuto definici lze připojit i pojetí potřeby dle Trachtové (a kolektivu, 1999), která potřebu vnímá jako projev nedostatku, tedy jako něco, co člověku chybí, přičemž je jeho odstranění žádoucí. S vymezením potřeb souvisí sociální fungování. Barker (2003, s. 403) jej definuje jakožto: „*naplnění rolí člověka ve společnosti, ve vztahu k lidem v bezprostředním sociálním okolí i ve vztahu k sobě samému*“. Potřeby lze vnímat jako nároky prostředí a jedince samého. Pokud se nároky střetávají, je sociální fungování narušeno.

Zásadní složkou naplňování potřeb seniorů je motivace, která představuje hybnou sílu chování lidí, přičemž jako taková nutí jedince uspokojovat své vlastní potřeby. Jedinec by měl být sám přesvědčen o důležitosti vlastních aktivit, které vedou k uspokojování jeho potřeb, pokud tomu tak není, je nutné mu pomoci. (Klevetová a Dlabalová, 2009) Pomoc by měla přicházet až ve chvíli, kdy toho jedinec opravdu není schopen či potřebuje pomoci právě ve formě podpory, povzbuzení a podnětění k nějaké činnosti. Zásadní je utvrzovat seniora v tom, že uspokojování potřeb má smysl, jelikož má pro co žít.

Maslow (1954) zmiňuje, že musí být primárně naplněny nejnižší potřeby, na základě jejich uspokojení se stávají ve své podstatě nedůležitě, dokud je jedinec znovu neztratí. Následně lze naplňovat potřeby stále vyšší až nejvyšší. V zásadě existuje pět možností, jak lze potřeby jedince naplňovat. V první řadě je schopen naplňovat své potřeby sám a nikdo mu nepomáhá, což je pro něj samozřejmě vhodnější a takové naplňování má velkou hodnotu. Další možností je situace, kdy si jedinec není schopen naplnit své fyziologické potřeby samostatně, avšak dokáže si naplňovat vyšší potřeby. V dalším případě je schopen své fyziologické potřeby naplňovat s asistencí, tudíž je schopen je částečně zajistit sám a částečně je mu pomáháno vzhledem k jeho možnostem. Většinou jedinec o pomoc zažádá. Za čtvrté může uspokojit své fyziologické potřeby samostatně, ale je potřeba mu pomáhat, jelikož přesně neví, co má pro naplňování svých potřeb učinit. Jedná se kupříkladu o dezorientované či zmatené jedince. Poslední možností je situace, kdy jedinec potřebuje vysokou míru asistence, jelikož není schopen své potřeby uspokojit sám a často ani neví, co potřebuje či po čem touží. Proto za něj pečující osoba v tomto směru často rozhoduje, avšak měla by být snaha o to, aby se jedinec alespoň o vyjádření potřeb pokusil. (Plháková, 2005, In: Bursová, 2010)

Naplňování potřeb je na geriatrickém oddělení velmi široce zabezpečeno, jelikož se o seniory stará multidisciplinární tým pracovníků. Holmerová (a kolektiv, 2015) vhodně upozorňuje na fakt, že pro seniory je toto velmi důležité, jelikož v každé chvíli je pro ně významný někdo jiný v závislosti na jejich aktuálních potřebách. Tato práce se zaměřuje na naplňování potřeb z hlediska pečujících pracovníků. Lze říci, že naplňování potřeb může probíhat různými způsoby v závislosti na jednotlivých naplňovateli. Jak uvádí Trachtová (a kolektiv, 1999), nejčastěji se jedná o žádoucí či nežádoucí způsob. Za žádoucí je považován takový způsob, který nikomu neublíží, je ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami jedince a je v mezích zákona. Jiný způsob by se v péči o seniory nepochybně neměl objevovat.

Dle Pokorné (2010) má pro naplňování potřeb v kontextu péče o seniory důležitou roli efektivní komunikace, jelikož je nutná pro odpovídající identifikaci potřeb všech jedinců. Stejně tak je komunikace důležitá jakožto samostatná potřeba, kterou je nutné naplňovat. V této diplomové práci je komunikace zásadní, více prostoru jí je z toho důvodu věnováno v samostatné **kapitole 4** (viz níže).

3.2 KONCEPT POTŘEB DLE MASLOWA S OHLEDEM NA SPECIFIKA SENIORŮ POBÝVAJÍCÍCH NA GERIATRICKÉM ODDĚLENÍ

Potřeby seniorů se po čas vývojového období měňují, stejně jako v průběhu celého života vzhledem k jeho vývoji a specifickým situacím, které se v životě objevují. Je patrné, že se proměňují v jednotlivých oblastech i vzhledem k celkovému stavu seniora. Poměrně značnou změnou prochází potřeby seniora ve fázi umírání – je v ní větší důraz na potřeby fyzické a sociální. V posledních dnech života se zvyšuje jeho smyslu pro vyrovnání se se smrtí. Lze říci, že téma potřeb je v odborné literatuře poměrně široce rozpracováno dle různých hledisek a jsou vytvářeny odlišné koncepty. Naplňováním potřeb se zabývá kupříkladu Vágnerová, Fromm, Pessó a Boyden-Pessó, Vrtbovská, Matějček a další. Níže je popsáno pět kategorií potřeb dle Maslowa (1954)³⁷, které jsou upraveny Pichaudem a Thureauovou (1998) tak, aby lépe vyhovovaly specifikům seniorské populace. Konkrétně jsou jimi: fyziologické potřeby, potřeba bezpečí, sociální potřeby, potřeba autonomie a potřeba seberealizace.

³⁷ Dle Bursové (2010) je Maslow hlavním protagonistou teorií potřeb. Klasický koncept dle Maslowa (1954) je tzv. Hierarchie potřeb či pyramida potřeb, kdy nejnižší stojí potřeby fyziologické, dále potřeba bezpečí, potřeba sounáležitosti a lásky, potřeba úcty a potřeba seberealizace. Fyziologické potřeby a potřeba bezpečí jsou vnímány jako základní potřeby. Potřeba sounáležitosti a lásky společně s potřebou úcty jsou nazývány psychologické potřeby a potřeba seberealizace je vnímána jako sebenaplňující potřeba. (Poston, 2009)

Potřeby jsou navzájem propojeny, přičemž oddělit je lze pouze v rámci přehlednosti v teoretické rovině. Velmi výstižně píše Pichaud a Thareauová (1998, s. 41), že: „*všechny lidské potřeby tvoří celek, který spojuje fyzickou a psychickou a sociální stránku člověka, jež jsou od sebe neoddělitelné*“. Konceptů potřeb je v souvislosti se zájmem širokého množství autorů opravdu mnoho, tento je však velmi hojně využíván zejména v oblasti zdravotnické a sociální péče, proto nejvíce vyhovuje zvolené tematice. Uvedené vymezení potřeb seniorů je popsáno tak, aby co nejvíce odpovídalo potřebám nemocných seniorů na geriatrickém oddělení. Je nutné poznamenat, že uvedené charakteristiky pro jednotlivé potřeby neplatí vždy, jelikož nejen senioři na geriatrické oddělení, ale i celá seniorská populace, jsou velmi heterogenní skupinou.

3.2.1 FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY U SENIORŮ

Fyziologické potřeby jsou nejnižšími potřebami, jsou tedy základní. Bez jejich částečného naplnění nelze u většiny jedinců naplňovat potřeby následující. Pokud nejsou naplněny fyziologické potřeby, mohou být ostatní potlačeny. Je zřejmé, že se jedná o nejdůležitější potřeby vůbec. (Maslow, 1954) Dle Postona (2009) zůstávají fyziologické potřeby po celý život konzistentní, jelikož tělo vyžaduje udržování fyziologické rovnováhy. Mezi tyto potřeby patří dle Holmerové, Juráškové, Rokosové a Vetely (2006, In: Motlová, 2007): jídlo a pití, vyprazdňování moči či stolice, spánek a odpočinek, pohyb, hygiena, tišení či vyhýbání se bolesti a sexualita. Mimo to lze do těchto potřeb zařadit projevy emocí, fyzický kontakt, dýchání, zajištění tepla a pohodlí a další. Níže jsou podrobněji popsány vybrané z nich.

Fyziologickým potřebám je v životě jedinců (zejména dětí a seniorů) věnována největší pozornost. Jsou navíc specifické tím, že na ně senioři příliš nekladou důraz, jsou pro ně tedy druhotné³⁸. V tomto kontextu lze zmínit fakt, že senioři si pouze vzácně požádají o pití, přesto, že je tato potřeba velmi důležitá a při nedostatku tekutin mohou vznikat problémy. (Pichaud a Thareauová, 1998) Toto lze aplikovat na veškeré fyziologické potřeby – pokud není jedna z těchto potřeb (nebo i více) uspokojena, je možné, že se to projeví na zdravotním i celkovém stavu seniora. Tyto potřeby jsou na druhé straně ovlivněny zhoršením zdravotního stavu jedince, jelikož se mění stravovací návyky, tělesná aktivita mizí, objevují se problémy s vylučováním, spánkem a podobně.

³⁸ Pro některé seniory jsou tyto potřeby naopak velmi důležité, vše je tak nutné individuálně přizpůsobovat.

Senioři na geriatrickém oddělení více pocítují, že tyto potřeby jsou jim nejvíce naplňovány právě vzhledem k jejich celkovému stavu. Jak uvádí Trachtová (a kolektiv, 1999), je patrné, že pokud jsou fyziologické potřeby aktuální, pak se stávají dominantními a zcela ovlivňují jednání člověka. Nutné je naplňovat tyto potřeby dříve, než se stanou aktuálními – to je možné kupříkladu dodržováním pravidelného režimu. McGilton, Vellani, Yeung (et. al., 2018) hovoří o tom, že starší lidé v nemocničním prostředí touží zejména po uzdravení. Pokud to není možné, potřebují především to, aby nedocházelo ke zhoršení jejich zdraví a chronických stavů. K tomu jim lze napomoci vhodným uspokojováním fyziologických potřeb, jelikož jsou nejvíce provázány se zdravotními problémy.

Mezi nejčastěji zmiňovanou fyziologickou potřebu patří příjem jídla a pití³⁹, tedy výživa. Dle Mlýnkové (2011) senioři z fyziologických potřeb nejvíce oceňují právě chutné jídlo. V tomto smyslu uvádí Trachtová (a kolektiv, 1999), že výživa často zajišťuje pocit spokojenosti. S tím souvisí i fakt, že je v určitém smyslu spojena s uklidněním, zmenšením úzkosti spojenou s prázdnotou a u starších lidí je to i oddálení smrti, respektive snížení strachu z ní. Pomáhá také udržovat denní řád a rytmus, jelikož senioři obvykle konzumují potraviny každý den v určitou dobu. Je pro ně důležité mít jistotu, že jim jídlo nedojde, a že budou mít možnost v případě potřeby uspokojit hlad. Staří lidé mají rádi sladkosti a celkově sladkou chuť, jelikož jim evokují odměnu, oslavu a svátek. Jsou navíc zpestřením všedních dnů. (Pichaud a Thareauová, 1998) Problematické jsou poruchy výživy, které příjem jídla a pití znesnadňují, problémy mají s trávením některých potravin, a proto je odmítají.

Často je v souvislosti s fyziologickými potřebami zmiňována hygiena, která je v užším slova smyslu vnímána jako: „*udržování osobní čistoty*“ (Trachtová a kolektiv, 1999, s. 51). Je jednou z klíčových potřeb z hlediska celé společnosti, kdy společenské normy jsou nastaveny jinak, než je senioři subjektivně vnímají. Hygiena je častým zdrojem sporů mezi seniory a blízkými či pečujícími osobami. (Pichaud a Thareauová, 1998) Spory plynou zejména z nepochopení pečujících pracovníků neochotu seniorů se umývat. Senioři také příliš nedbají o úpravu svého vzhledu. (Mlýnková, 2011) Ačkoliv je hygiena považována za předpoklad osobní pohody, u seniorů to tak mnohdy není, a o to více se toto odlišuje u nemocných seniorů. Dle Trachtové (a kolektivu, 1999) je pro ně zásadní, aby byl minimalizován kontakt s vlhkým lůžkem.

³⁹ Mlýnková (2011) uvádí, že je nutné u seniorů dohlížet na pitný režim, jelikož je u nich snížen pocit žízně a potřeba pít tak ustupuje do pozadí.

Dále je často zmiňovanou fyziologickou potřebou spánek a odpočinek, který by měl být kvalitní. V tomto kontextu uvádí Trachtová (a kolektiv, 1999), že se jedná o jeden ze základních předpokladů pro zlepšení či uchování zdraví. U nemocného je tato potřeba výraznější, než u zdravých jedinců, jelikož onemocnění jsou provázána zvýšenou únavou. Pro seniory je spánek velmi důležitý, zejména přes den, jelikož většinou v noci špatně spí. Jeví se tak jako nezbytné, aby si toto pečující pracovníci uvědomovali a ponechali prostor pro spánek i přes den⁴⁰. Nejen senioři, ale i všichni nemocní potřebují mnohem více energie pro zvládnutí denních úkonů, proto mají na odpočinek a spánek zvýšené nároky, které je nutné respektovat.

Dle Šamánkové (2011, In: Šamánková a kolektiv, 2011) je v nemoci zásadní potřebou být bez bolesti. Tu lze zmírnit nejen analgetiky a dalšími léky, převazy či obklady a podobně, ale také dostatečnou informovaností, jelikož nemocní snášejí bolest lépe ve chvíli, kdy vědí, co mají očekávat. Částečně je vhodná i rozumová kontrola nad bolestivými výkony, kdy pacient zná příčinu bolesti. Vhodné je nemocného informovat o nezbytném čase, který je dán pro zbavení se bolesti. Pomoci může i psychoterapie či pouhé odvedení pozornosti. Pomáhá mimo jiné zapojení do léčebného procesu, kdy je pacientovi řečeno, aby cvičil, setrval ve vhodných polohách a celkově dodržoval doporučení.

3.2.2 POTŘEBA BEZPEČÍ U SENIORŮ

Potřeba bezpečí je někdy nazývána potřebou jistoty, případně jsou oba pojmy propojeny v potřebu bezpečí a jistoty. Maslow (1954) zmiňuje, že potřeba bezpečí se objevuje až tehdy, jsou-li fyziologické potřeby alespoň částečně uspokojeny. Je vnímána jako základní, kdy Vágnerová (2007) zmiňuje, že je v seniorském věku intenzivnější a významnější, jelikož staří lidé jsou obecně více ohroženi, což je samozřejmě subjektivní, ale i objektivně je u seniorů vyšší pravděpodobnost vystavení nejrůznějším rizikům. Poston (2009) uvádí, že cílem soustavného uspokojování potřeby bezpečí je stabilita⁴¹ v životě jedince. Všeobecně je možné říci, že každý jedinec ve svém životě očekává, že bude chráněn proti vnějším vlivům, jelikož se potřebuje cítit bezpečně. Nejvíce se toto projevuje ve stáří a výrazně u nemocných jedinců.

⁴⁰ Křivohlavý (2002) poukazuje na fakt, že staří lidé mají často převrácený rytmus spánku a bdění, často po spánku necítí lépe a většinou mají potíže se zaspáváním.

⁴¹ Důležitost stability zmiňuje i Motlová (2007), která uvádí, že senior po ní touží, stejně tak jako po důvěře, jistotě a spolehlivosti.

Potřeba bezpečí se samozřejmě proměňuje na základě nemocí, poruch smyslů, úbytku sil a podobně. Trachtová (a kolektiv, 1999) v tomto kontextu velmi vhodně popisuje, že u nemocného jedince lze téměř vždy hovořit o ztrátě životní jistoty. Jedinec totiž bez pocitu zdraví necítí bezpečí, o to více, je-li natolik nemocen, že se ocitá v blízkosti smrti. Je možné říci, že jedinci jsou v průběhu nemoci velmi často tíženi nejistotou, úzkostí či strachem. Na základě těchto faktorů se potřeba bezpečí přirozeně zvyšuje a stává se významnější. Šamánková (2011, In: Šamánková a kolektiv, 2011) zdůrazňuje, že nemocný jistotu a pocit bezpečí vždy ztrácí. Dle Zacharové (2017) má pocit bezpečí a jistoty velmi pozitivní vliv na psychiku každého nemocného. Autorka upozorňuje na fakt, že k tomuto může napomáhat pravidelný telefonický kontakt s rodinou, který zajistí dostatek informací, avšak vhodnější variantou jsou návštěvy těchto blízkých osob, jelikož mohou příznivě ovlivnit zdravotní stav a nemocného pozitivně naladit. K tomuto dodává Šamánková (2011, In: Šamánková a kolektiv, 2011), že bezpečí může být u nemocného částečně zajištěno vhodným lůžkem, transportem, oblečením, připraveností a kvalifikovaností poskytované péče a tím i její kvalitou, nepřehlížením nemocného, pochopením, nastolením limitů ve formě řádu, plněním slibů, dochvilností a podobně.

Potřeba bezpečí je velmi individuálně vnímána – pro jednoho znamená bezpečí něco jiného než pro druhého a je i individuálně naplňována. Při péči o seniory je nutno dbát na osobní přání každého jedince, respektovat, jak a do jaké míry si přeje být chráněn. Někteří jedinci mohou vnímat i malou ochranu jako omezování a může jim být nepříjemná – o to více pak přehnaná ochrana, která vychází spíše z pocitu pečujících jedinců. Ti totiž poměrně často chrání zejména sami sebe, jelikož mají pocit, že se seniorovi může něco stát a oni by z toho měli postih. Pichaud a Thareauová (1998, s. 38) výstižně uvádí, že: „*při pomoci starším lidem máme velmi často tendenci až příliš je ochraňovat*“. Vždy je nutné brát zřetel na to, že nelze odstraňovat veškerá rizika, jelikož jsou přirozenou součástí života. V tomto kontextu se uvádí i ponechání dostatku soukromí – s přehnaným ochraňováním se pojí i přehnaná péče, která nemusí každému vyhovovat. Na základě přehnané péče či ochrany je soukromí částečně omezeno, jelikož není ponechán dostatečný prostor danému jedinci. Tento fakt uvádí kupříkladu McInnis-Dittrich (2008), která soukromí považuje za jednu z nejdůležitějších hodnot. Uvádí také nutnost respektování důstojnosti, zejména vzhledem k osobním údajům, které jsou pracovníkům poskytovány. Pro mnoho seniorů je role pacienta velmi těžká a mohou mít problém se s některými informacemi svěřovat – je důležité, aby bylo při komunikaci zajištěno soukromí a stejně tak jako při aktivitách, které mohou být ponižující.

Těmito aktivitami může být například osobní hygiena či péče o rány. Dle Rohanové (2007, In: Holmerová, Jurášková, Zikmundová (a kol., 2007) je nutné zajistit, aby nebyl senior příliš odhalován. Soukromí je potřebné zachovávat také při komunikaci, dle autorky je nejvhodnější místnost, kde nejsou přítomny další osoby.

V rámci potřeby bezpečí lze rozčlenit tři kategorie. První je potřeba ekonomického zabezpečení, což znamená, že má starší člověk jistotu zaopatření pro budoucnost a to v oblasti financí i strádání jídla či dalších předmětů. Další kategorií je potřeba fyzického bezpečí, kdy je zapotřebí zajistit ochranu před pádem a zraněním, například kompenzačními pomůckami či pomocí pečujících osob. V neposlední řadě je to potřeba psychického bezpečí, kdy se jedinec nechce cítit ztracený, nechce cítit strach. Napomáhá tomu určitý řád či časové body, jako je například pevně daná doba jídla, oblíbeného pořadu v televizi a další, pro jedince důležité, činnosti. Pocit jistoty či bezpečí může navozovat pouhá fyzická i psychická blízkost ostatních jedinců. (Pichaud a Thureauová, 1998; Vágnerová, 2007)

Na bezpečnost seniorů je kladen důraz zejména ve zdravotnictví, ale i v jiných zařízeních. Je zde snaha o zamezení pádů, úrazů a podobně, čemuž je nutné přizpůsobovat prostředí, ve kterém se jedinec nachází. O bezpečnost je nutné dbát vždy, je proto nutná prevence, kontrola a tím i odhalení možných problémů, které by se mohly stát pro seniory ohrožujícími. (Haškovcová, 2012)

V rámci hospitalizace lze uvést několik zajímavých poznatků dle Trachtové (a kolektivu, 1999). Nemocný se v nemocnici může cítit negativně v případě, že má nedostatek informací o svém zdravotním stavu či jsou zkreslené, obává se diagnózy, další prognózy, bolesti, nesoběstačnosti, nedůvěřuje personálu a podobně. Na druhé straně se může objevovat i pocit bezpečí díky hospitalizaci, jelikož v domácím prostředí by se cítil ohrožen v důsledku své nemoci. Potřeba jistoty a bezpečí je tak zvýšena a nemocní jedinci vyžadují její naplnění skrze poskytování sociální a zdravotní péče. Dle Šamánkové (2011, In: Šamánková a kolektiv, 2011) je důležitá pacientova důvěra k personálu, která přirozeně zvyšuje pocit bezpečí.

3.2.3 SOCIÁLNÍ POTŘEBY U SENIORŮ

Maslow (1954) uvádí, že sociální potřeby (v jeho pojetí se nejzřetelněji jedná o potřebu sounáležitosti, náklonnosti a lásky) se objevují až ve chvíli, kdy jsou uspokojeny fyziologické potřeby a potřeba bezpečí. V sociálních potřebách je obsáhnuta podstata člověka – člověk nedokáže být dlouho sám, potřebuje se tedy socializovat. Obecně lze říci, že jedinec potřebuje sociální kontakt. Sociální potřeby lze rozdělit do čtyř druhů. První z nich je potřeba informovanosti⁴², přičemž každý člověk potřebuje informace, jelikož bez nich má pocit odtržení od světa, zejména pokud dlouhodobě nemůže vycházet z domova či určitého zařízení. Další je potřeba náležet k nějaké skupině, například do rodiny, k vrstevníkům či do klubu. Pro jedince je důležitá sounáležitost, která je dle Šamánkové (2011, In: Šamánková a kolektiv, 2011) naplněna i zapojením do účasti na léčbě. Třetí potřebou je láska, tudíž člověk potřebuje pocítovat, že jej má někdo rád⁴³. Poslední z nich je potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut, tedy mít možnost komunikovat – mluvit s někým, projevit názor, podělit se o myšlenky. Některým jedincům více vyhovuje, když mohou hovořit a jiným tuto potřebu uspokojuje pouze pobyt s ostatními v kolektivu. Pro seniory je důležité zejména přiměřeně komunikovat a být v kontaktu (z hlediska kvality i kvantity) a to nejlépe s rodinou a svými vrstevníky (Pichaud a Thareauová, 1998; Vágnerová, 2007). V rámci komunikace se vyčleňují další hlavní podkategorie potřeb – jedná se o potřebu sociálního kontaktu a interakce, dále o potřebu vysvětlení, potvrzení a ujištění, potřebu rady, podpory a edukace, v neposlední řadě se jedná o potřebu komfortu, útěchy a uklidnění⁴⁴. (Pokorná, 2010) V tomto kontextu je možné zmínit, že zejména osamělí senioři velmi často kladou nárok na vstřícný přístup, soucítění a něhu od pečujících pracovníků, jelikož se jim to nedostává od jejich blízkých osob. (Haškovcová 2012) Tento fakt může být problematický, jelikož senioři mohou požadovat více, než jim jsou pečující pracovníci schopni poskytnout.

⁴² Haškovcová (2010) uvádí, že potřeba informovanosti je u seniorů často opomíjena a senioři se tak nemohou dostatečně dobře rozhodovat o důležitých věcech, které souvisí s jejich osobou a léčbou. McGilton, Vellani, Yeung (et. al., 2018) zmiňují, že pacienti potřebují zdůvodnění, proč mají užívat dané léky a chtějí znát důvody jejich diagnózy. Tyto informace chtějí z důvodu, že díky nim mohou získat větší kontrolu nad svým životem a onemocněním. Nedostatek informací také vede ke strachu, nedůvěře a pocitům bezmoci.

⁴³ Potřebu lásky by měli přirozeně naplňovat blízcí lidé, pokud to není možné, nastupují jiné pečující osoby. V nemocničním prostředí se pak objevuje problematika jejich nepřítomnosti, proto musí projevy lásky vyjadřovat personál. Šamánková (2011, In: Šamánková a kolektiv, 2011, s. 20) vhodně vystihuje tuto problematiku takto: „*pacient od ošetřujících nemůže (ani by neměl) očekávat lásku, ale má právo očekávání sympatií, laskavost, empatii, porozumění a pochopení*“.

⁴⁴ Tyto potřeby vychází většinou z toho, že senior pocítuje neklid, smutek, zklamání, úzkost, může být i podrážděný či nemá chuť do života. (Zacharová, 2017)

Zacharová (2017) v rámci ovlivňování psychiky nemocného mimo jiné zmiňuje nedostatek soukromí, který souvisí se sociálními potřebami vzhledem k nutnosti důstojnosti a respektu. V tomto kontextu zmiňuje problematiku obnažování, vykonávání hygieny a vyprazdňování, což může být pro seniory nepříjemné kvůli ostatním pacientům na pokoji. Pacient pocítuje zahanbení a není zachována jeho sebeúcta.

Čevela, Kalvach a Čeledová (2014, In: Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík a Kubů, 2014, s. 129) uvádí, že: „*problém osamocení, tedy negativní nebo nepříjemné pocity z nedostatečné kvality nebo kvantity sociálních vztahů, vazeb a podpor, patří mezi nejvýznamnější rizika a břemena staršího věku*“. Lze říci, že starší lidé se cítí více osamoceni, než zbytek populace. Ve skupině seniorů se jedná o jev individuální, co do intenzity pocitu osamělosti, zejména vzhledem k reálné či objektivní potřebě určitých sociálních vazeb, vztahů či podpor a subjektivnímu pocitu jejich kvantitativním či kvalitativním nedostatkům. V tomto kontextu lze uvést slova Pichauda a Thareauové (1998), kteří zmiňují, že důležitější je pro seniory kvalita, nikoliv kvantita vztahů. Senioři tedy potřebují s méně osobami vytvořit hlubší vazby. Je možno uvést, že senioři se snaží své samoty zabránit. Některým pomáhá přímý či telefonický kontakt s rodinou, někomu televize, dalšímu pevný režim, jinému dobrovolnické, sociální či pečovatelské služby a podobně. McGilton, Vellani, Yeung (et. al., 2018) uvádí, že senioři potřebují udržovat alespoň částečně činnosti každodenního života, což pro ně může být obtížné, a proto potřebují pomoc okolí.

3.2.4 POTŘEBA AUTONOMIE U SENIORŮ

Potřeba autonomie je jednou z potřeb, která se nachází mezi vyššími potřebami, přičemž dle Maslowa (1954) závisí na naplnění potřeb nižších. Tato potřeba vyjadřuje touhu po nezávislosti⁴⁵, svobodě a možnost rozhodovat sám o sobě⁴⁶. „*Aby byl člověk autonomní, musí být k tomu fyzicky, rozumově a sociálně vybaven a musí chtít tuto svoji schopnost uplatnit*“ (Bužgová, 2007, s. 68). Zmíněná autorka spojuje autonomii s důstojností, sebeúctou a participací. Rohanová (2007, In: Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007, s. 30) zmiňuje v souvislosti s důstojností problém, který nastává, když se jedinec stane závislým,

⁴⁵ Nezávislost je dle Hrozenké a Dvořáčkové (2013) vnímána v oblasti pohybu, denních aktivit, práce a závislosti na lécích. Pichaud a Thareauová, 1998 upozorňují na fakt, že jedinec může být závislý a přitom vnitřně autonomní.

⁴⁶ McInnis-Dittrich (2008) považuje udržení si nezávislosti, co možná nejdéle, za jeden z hlavních cílů starších lidí. Mělo by se tak jednat i o jeden z hlavních cílů sociální péče o seniory. Senior by také měl, dle Bužgové (2007), mít možnost rozhodovat o svém životě tak dlouho, dokud je to možné.

v takovém okamžiku musí senior často: „*přetrpět devaluaci vlastní osoby, ať už vyjádřenou verbálně, nebo neverbálně*“. Toto může pramenit z nedostatečných znalostí pečujících pracovníků, jak se k lidem v těžké životní situaci chovat, únavy a v některých případech i vyhoření. Čas od času se toto objevuje i v profesionální péči. Je nutné na toto upozorňovat, jelikož důstojnost je zejména pro nemocné seniory velmi důležitá. Sebeúcta poměrně často klesá v závislosti na delší osobě, tedy s neschopností provádět běžné úkony sám. Je nutné se ve zdravotní i sociální péči snažit o její uchování, i přes seniorovu potřebu poskytnutí pomoci. Jedná se o potřebu uznání, respektu a váženosti. Hrozenská a Dvořáčková (2013) uvádí, že autonomie je jedním z předpokladů kvalitního života. Zásadní je v tomto smyslu potřeba být užitečný a dělat smysluplné věci. Naopak někteří lidé již na tuto potřebu rezignují, jelikož je nic nebaví, nemá nic smysl a nepotřebují naplňovat své ambice. Jiní senioři žádné aktivity nevykonávají a mnohdy vyjadřují touhu zemřít. Autonomie je také spojena s obavou do budoucna, jelikož závislý člověk nechce být na obtíž a klade větší důraz na již zmíněné zachování důstojnosti a sebeúcty⁴⁷. Budoucnost staří lidé mnohdy nevnímají ve vztahu ke své osobě, avšak ke svým blízkým. Pro přítomnost je autonomie pojímána jako schopnost žít dle vlastních představ, přičemž může jedinec vykonávat aktivity dle vlastních pravidel. Je tedy v jistém smyslu svobodný. (Pichaud a Thareauová, 1998; Vágnerová, 2007)

U mnohých nemocných seniorů je autonomie poměrně nízká, jelikož jsou často odkázáni na péči druhých, což souvisí se ztrátou fyzických i psychických sil. To je pro mnoho seniorů nepříjemné a mohou se na základě této skutečnosti cítit bezmocní a méněcenní. Tyto pocity se objevují v souvislosti s nespokojeností se sebou samým. Pokud je jedinec sám se sebou nespokojený, zejména s tím, kým se stal a čeho dosáhl, pak je k sobě kritičtější a tyto pocity se u něj vyskytují častěji. (Poston, 2009) Výše zmíněné se projevuje také u seniorů na geriatrickém oddělení, jelikož bilancují nad svým životem a objevuje se zmíněná nespokojenost, která může pocity méněcennosti prohloubit. S tím je propojena bezmocnost tuto skutečnost vzhledem ke svému stavu změnit. Zacharová (2017) zmiňuje, že pouhá přítomnost nemoci je častou příčinou pocitu méněcennosti a závislost na ostatních tento pocit zintenzivňuje.

⁴⁷ Pro seniory je v oblasti autonomie důležité nepopírat jejich osobní rozvoj, zrání osobnosti a dokončování jejich vývoje. Dále by měl být senior podporován k hledání vůle ke smyslu a seberealizaci. Senioři by také měli být vedeni k uvědomění, že vyšší věk není nutně spojován s úpadkem – stále by měli být senioři povzbuzováni k soběstačnosti. Celkově by pak nemělo docházet ke stereotypizaci seniorů, naopak, měl být patrný respekt k autonomii, svébytnosti a jedinečnosti každého jedince. (Kalvach, Čevela a Čeledová (2014, In: Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík a Kubů, 2014))

Ve zdravotnictví i sociálních službách je autonomie velmi zdůrazňována, jelikož se zde objevují faktory, které ji ovlivňují – je potřeba vnímat zejména větší zranitelnost a křehkost seniorů. Autonomie a ve své podstatě jakákoliv péče jdou velmi těžko propojit, jelikož jedinec je ve zdravotnictví ovlivněn nejrůznějšími znevýhodněními, která mu znemožňují žít samostatný život a uskutečňovat racionální volby. (Holmerová a kolektiv, 2015) Může být zachována, pokud je senior aktivně zapojen do činností a má možnost volby. S autonomií souvisí soběstačnost, zejména fyzická a finanční. V souvislosti se soběstačností je vhodné zmínit, že je pro seniora skutečně velmi významná, jelikož je pro něj zdrojem sebeúcty. (Hudáková, Majerníková, 2013) Důležité je zmínit, že senioři, nejen na geriatrickém oddělení, by měli být respektováni a měla by jim být ponechána dostatečná míra autonomie vzhledem k jejich individuálním možnostem (měli by tedy mít právo rozhodovat o věcech, které se jich dotýkají). Při hospitalizaci se jedná zejména o možnosti využití informovaného souhlasu. S autonomií částečně souvisí, pro stáří typická, ztráta soběstačnosti, nezávislosti a schopnosti se o sebe postarat. Pečující pracovníci by na toto měli reagovat a snažit se o to, aby se seniorům tyto schopnosti neztrácely v plné míře. Zásadní je nevykonávat za seniory činnosti, kterých jsou schopni, ačkoliv pomaleji či s pomocí. Pečující pracovníci by měli pomáhat v rámci mezí a snažit se, aby jednotlivci vykonávali jednotlivé úkony, co možná nejvíce samostatně. V případě nemocných seniorů může být soběstačnost ještě více snížena a jejich odkázání na pomoc je o to větší a pro mnohé i deprimující. Pokud senior vykazuje známky sklíčenosti a skleslosti, případně apatie, je důležité včas zasáhnout, jelikož tyto symptomy mohou znamenat depresi, kterou je nutno podchytit. Při smutku a zoufalství je vhodné zavést aktivity a podněty, které by daly smysl běžným dnům. (Haškovcová, 2012) Při plánování péče by se měli pečující pracovníci nejprve dobře přesvědčit o tom, která složka soběstačnosti je u jedince omezena a v jakém rozsahu. Obecně platí, že péče nesmí být nadbytečná, a už vůbec ne nedostatečná či dokonce zanedbávající. Vždy je vhodnější aktivizační péče nad pasivní. (Bužgová, 2007)

3.2.5 POTŘEBA SEBEREALIZACE U SENIORŮ

Potřeba seberealizace je nejvyšší potřebou, avšak lze v ní nalézt i prvky nižších potřeb, pokud v nich jedinci vidí smysl svého života. Nutno říci, že i zde částečně platí fakt, že potřebu seberealizace nelze uspokojovat, pokud nejsou naplněny nižší potřeby. Lze ji také nazvat potřebou sebeaktualizace. Maslow (1954, s. 47) u této potřeby uvádí: „*jaký člověk může být, takový musí být*“. Zde je vhodné uvést, že v uspokojování této potřeby jsou patrné největší individuální rozdíly. (Maslow, 1954) Smysl života⁴⁸ je s touto potřebou velmi úzce spjat, což zmiňuje kupříkladu Křivohlavý (2002) – jedinec by měl hledat tento smysl a smysluplnost situací, ve kterých se nachází. Pokud je senior v roli pacienta objevuje se v tomto kontextu hledání smyslu či důvodu onemocnění. Většinou hledají příčiny, přičemž ve chvíli, kdy jsou nalezeny, se snaží senioři uvědomit si, co je nyní jinak a jak to s nimi bude dál, hledají východiska z dané situace. V této souvislosti lze zmínit, že východiskem může být pro jedince smrt. Pichaud a Thareauová (1998) uvádí, že staří lidé často vyjadřují přání zemřít, jelikož vnímají svůj život za ukončený a nevnímají smysl dále žít, ať v pozitivním, tak negativním slova smyslu. Senior může mít pocit, že svůj život naplnil a udělal vše, co chtěl. To, že jedinec vyjádří potřebu zemřít, je často spojeno s nemocí, bezmocností a bolestí. Je patrné výrazné propojení s potřebou autonomie, ale i dalšími potřebami. V tomto kontextu uvádí Čvela, Kalvach, Čeledová (2014, In: Čvela, Čeledová, Kalvach, Holčík a Kubů, 2014), že každý člověk subjektivně vnímá své prožívání a činy jako nesmyslné, pokud je nemůže přijmout, nemá k nim vztah či cítí, že by danou činnost neměl vykonávat, jelikož si to nedokáže zodpovědět. Důležité je poznamenat, že pro člověka má smysl to, co pro něj má určitou hodnotu. Hodnotově důležitých věcí chce jedinec dosahovat v průběhu celého života, tedy i v období stáří. S potřebou seberealizace je spojena i potřeba plánovat, a to i ve chvílích, kdy je jedinec nemocný či je dokonce v blízkosti smrti. I senioři projevují přání a touhy do budoucna. (Pichaud a Thareauová, 1998) Senior, který je v nemocničním prostředí vnímá tento stav jako přechodný a vzhledem k budoucímu směřování neustále doufá, že se navrátí domů, má tedy naději, ačkoliv je často marná. (Vágnerová, 2007)

⁴⁸ V rámci smyslu života je velmi výstižné konstatování, že: „*starší člověk brzy pochopí, že je třeba zaměřit se na to, co je skutečně významné, naučit se těšit z toho, co zůstalo zachováno a akceptovat to, co nelze změnit*“ (Vágnerová, 2007, s. 305). Pokud toto senior nedokáže sám, je vhodné jej podněcovat k tomu, aby si tato fakta uvědomil a pokusil se s nimi pracovat.

Vzhledem ke stále se prodlužující délce života, a tím i období stáří, se jeví potřeba seberealizace a smyslu života jako velmi významná a právě v tomto období by měla být v popředí zájmu. Souvislost je totiž možné najít i s kvalitou života. (Ondrušová, 2011) Šamánková (2011, In: Šamánková a kolektiv, 2011) v tomto kontextu zmiňuje, že Maslow sám později připustil, že potřeba seberealizace nemusí být nutně podmíněna naplňování potřeb nižších, přesto je u osob s onemocněním spíše upozaděna a důležitější jsou potřeby nižší. Pokud je senior nemocný, ztrácí v určitých případech životní perspektivu. Velmi často chybí představa blízké budoucnosti, která je vlivem nemoci nejistá. V tomto kontextu je seberealizace často omezována, jelikož se nemocný musí přizpůsobit novým podmínkám a mění se jeho dosavadní život. Objevuje se vzhledem k onemocnění i rezignace, deprese, nevyrovnanost a zhoršující se komunikace s okolím. Vhodné je seniorovi připomínat, co již v minulosti vytvořil a učinil, aby vnímal, že se již dříve alespoň částečně seberealizoval. (Zacharová, 2017)

Potřeba seberealizace se objevuje i v oblasti rozvoji činností a zájmů, kdy jsou patrné rozdíly ve věkových kategoriích seniorů. Zatímco mladší senioři jsou aktivní a věnují se tomu, na co dříve neměli čas, senioři ve starším věku se více věnují odpočinku a snižují tak aktivitu v běžných situacích i v oblasti zájmů. Dlouhověcí senioři pak ještě méně aktivní, zvyšuje se také závislost na druhých a nutnost péče o ně, což se projevuje i na jejich zájmech. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012) Senioři se mohou mimo jiné realizovat prostřednictvím toho, že něco vytváří, dělí se a něco dávají – to souvisí s potřebou být užitečný a cítit pocit, že ještě stále lze něco vykonávat pro druhé. (Pichaud a Thareauová, 1998)

4 SPECIFIKA KOMUNIKACE SE SENIORY

Tato kapitola se věnuje komunikaci se seniory a jejím specifickým oproti zbytku populace. Je představována jakožto důležitá součást péče o seniory. Komunikace je v souvislosti s péčí o seniory a naplňováním potřeb vnímána ze dvou hledisek – prvním je pojetí komunikace jakožto samotné potřeby v rámci sociálních potřeb jedince a druhým je pojetí komunikace jakožto prostředku k naplňování potřeb a celkové péči o seniory. Níže popsaná obecná specifika i zkonkrétnění na verbální a neverbální komunikaci se týkají obou hledisek.

Komunikace je velmi důležitou součástí života každého jedince, nejen seniorů, jelikož je základem mezilidských vztahů. Stává se jednou ze základních potřeb pro život jedince, dle Maslowa (1954) se jedná o jednu ze sociálních potřeb. Zásadní je při ní sdělování a dorozumívání, což může ve skutečnosti probíhat jinak, než si jeden či oba z komunikujících myslí – může docházet ke zkreslování či změně obsahu sdělení a v důsledku toho ke vzájemnému nedorozumění. Definice komunikace lze nalézt mnoho, jelikož její vymezení je velmi složité. Zde je zmíněna výstižná definice dle Pokorné (2010, s. 11): „*komunikace je zjednodušeně chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty*“. Z uvedené definice vyplývá, že nejjasnější funkcí komunikace je informovat někoho o něčem. Stejně tak tuto funkci uvádí i Vybíral (2009), a to společně s dalšími čtyřmi funkcemi: instruktážní, persuasivní (lze ji označit také jako přesvědčovací), vyjednávací (domlouvající) a zábavní. Tyto funkce jsou zjevné v práci sociálních pracovníků – seniory informují, instruují, někdy je přesvědčují – chtějí, aby změnil názor, často se s nimi domlouvají i vyjednávají a v neposlední řadě se je snaží rozveselit, rozptýlit či pobavit. Dle naplnění dané funkce, kterou má komunikace v určitý moment splnit, lze následně vyhodnotit, zda měla komunikace smysl a splnila tak svůj účel.

K jakékoli komunikaci může docházet pouze tehdy, jsou-li toho komunikující schopni, a zda jsou ochotni takovou interakci provést. Vše je samozřejmě nezbytné přizpůsobovat individualitě všech zúčastněných – důležité a nutné je u seniora dle Pokorné (2010) zohlednit jeho onemocnění, kapacitu, schopnosti a potřeby. Zejména v geriatrii, je tyto zvláštnosti nutné respektovat. Vágnerová (2007) uvádí tato specifika: nedoslýchavost, pomalost, problémy s pamětí, tendence k opakování sdělení, zhoršení slovní zásoby a jejího využívání, potíže v porozumění, sklon mluvit pouze o rodině, zdraví a minulosti. Mimo to přisuzují senioři vysoký význam běžným, každodenním až banálním událostem, jelikož je jejich život na události méně bohatý.

Dle Haškovcové (2012) se pro komunikaci se seniory stalo typické zjednodušování (jednoduchý obsah projevu, slovní zásoba i struktura vět), stručnost vět, zpomalení řeči, zdůrazňování a opakování sdělení či nadměrná mimika. Mimo již zmíněné se objevuje využívání množného čísla při oslovení jednotlivce, hlasitější projev, zveličování výšky hlasu, přehnaná intonace, nedostatek očního kontaktu, omezení doteků, užívání zdvořilých, pojmů z dětského jazyka a nevhodného oslovení. Toto jednání je označováno jako „*elderspeak*“⁴⁹. Pro seniory může být tento způsob komunikace nepříjemný a mohou se cítit podřadně, snižuje se jejich sebedůvěra a odpovědnost za sebe sama, může vést k depresím a izolaci⁵⁰. (Bugental, Herman, 2007, In: Hrozenková a Dvořáčková, 2013; Haškovcová 2012; Pokorná, 2010) Výše zmíněné platí především v kontextu sociálních služeb, avšak ve značné míře se objevuje i ve zdravotnictví. Pečující pracovníci by se měli již výše zmíněnému způsobu komunikace vyhnout, pokud danému jedinci nevyhovuje či jej dokonce sám nevyžaduje. Případně je možné tento styl komunikace využívat tam, kde je prokázána vada smyslových funkcí, kupříkladu vada sluchu či jiný problém, který znesnadňuje porozumění bez těchto specifik.

Pichaud a Thureauová (1998) upozorňují na fakt, že komunikace může být ovlivněna různými potížemi – například nepochopením, odsouzením, zklamáním i zraněním, a to z důvodu složitosti celého procesu. Pro komunikaci se seniory jsou dle Haškovcové (2012) zřejmé dvě hlavní bariéry. První z nich je zřejmá ze strany seniorů, kdy se projevují jejich snížené komunikační schopnosti⁵¹. Druhá z nich se objevuje ze strany pečujících pracovníků, kdy může docházet k malé ochotě se seniory komunikovat. Pravdou je, že bariéry se objevují, ve kterékoli složce komunikačního procesu – při kódování, které následně ovlivní zprávu (výsledku komunikačního procesu), v prostředku (nositeli zprávy), při dekódování a tím i zpětné vazbě na sdělení. Dále uvádí Pokorná (2010), že existují celkem tři typy bariér.

⁴⁹ „*Elderspeak*“ je považován za nevhodné hovoření se starými lidmi, ale také o starých lidech. Toto označení může být zaměněno s dalšími pojmy, jako jsou kupříkladu: bossy talk, baby talk či nursing speak. (Pokorná, 2010)

⁵⁰ Někteří autoři, kupříkladu Karkošová a Klugerová (2013) uvádí, že některé zásady jsou pro seniory vhodné, a to: jednoduchost, jasnost, stručnost a výstižnost.

⁵¹ Jako zásadní se jeví postižení daného jedince, což je jedna z možností, jak mohou být komunikační schopnosti jedince omezeny. Na základě uvědomění si těchto problémů sestavila Národní rada zdravotně postižených ČR (2019) určité zásady, jakožto desatera pro komunikaci se seniory se základními typy zdravotních postižení. Jinak se tedy hovoří s pacientem se sluchovým postižením, zrakovým postižením, se syndromem demence, po poranění mozku či s pohybovým postižením. O to specifitější je pak komunikace s lidmi, kteří mají více postižení a problémů současně. Bariéry v podobě problémů se smyslovými orgány zmiňuje i Rohanová (2007, In: Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007).

V první řadě na straně pečujícího, dále na straně příjemce péče (v tomto případě seniora) a situační proměnné (vztah k typu pracoviště a pracovního zaměření). Překážky na straně pečujících pracovníků mohou být například: strach z citlivých a náročných témat⁵², neschopnost vyslechnout informace ze strany seniora z osobních důvodů, nedostatek času na komunikaci, únava či negativní postoj k jedinci, respektive jeho nesympatičnost. Překážkami na straně seniora mohou být například: únava, nesdílnost, nedůvěra k pečujícímu pracovníkovi, bolest, nedoslýchavost, strach, stres či neochota hovořit. Situační proměnné jsou například: typ směny, čas na jednotlivé úkony, harmonogram práce, tok informací mezi zaměstnanci a jejich předání seniorům, hluk a pohyb komunikujících stran, přítomnost dalších osob v místnosti, malé soukromí, schopnost empatie či charakterové vlastnosti komunikujících stran. Stejně tak autorka rozděluje bariéry na interní⁵³ a externí⁵⁴. Pro zkvalitnění a zefektivnění komunikace je v péči o seniory nutno omezit zejména situační bariéry⁵⁵, jako jsou: hluk, šum⁵⁶, narušení komunikace další osobou, vizuální rozptylování, předsudky a stereotypy, negativní emoce a podobně. To je možné, pokud se připraví prostředí pro komunikaci předem. Mimo to může být bariérou onemocnění a poruchy seniora. Bariérou může být vzdělání (problematické je spíše nižší vzdělání), uspokojení z práce, motivace pracovníků a vztahy mezi jedinci na daném pracovišti. Pro každou komunikaci je zásadní otázka bariér v rámci života každého komunikujícího – vše, co jedinec zažil, jej při komunikaci ovlivňuje. Omezeny na minimum by měly být odborné výrazy a fráze, které jsou pro mnohé seniory nesrozumitelné. Neméně vhodné je vyvarovat se vícevýznamovým obrátům. Pro zkvalitnění komunikace je nutno vymezit dostatečný čas na všechna sdělení s poskytnutou možností pokládat dotazy. Jako nezbytné se jeví aktivní naslouchání.

⁵² Toto bývá poměrně značný problém, jelikož dle Vágnerové (2007) potřebují senioři o náročných tématech mluvit více, zejména pak o smrti a umírání. Často také senioři prožívají a vyjadřují strach z utrpení, které se s umíráním může pojít.

⁵³ Interní bariéry jsou propojeny se schopnostmi a dovednostmi každého jedince, stejně tak jako s jeho prožíváním a zdravotním stavem. S ohledem na osobnost seniora jsou pak patrné čtyři kategorie proměnných působících v procesu komunikace (často negativně – lze je považovat za bariéry): fyzické (tělesné) proměnné a to zejména v oblasti poruchy smyslových orgánů, psychické (duševní) proměnné, což mohou být změny nálad, deprese a další, mimo již zmíněné se jedná také o kognitivní (poznávací) proměnné a v neposlední řadě psychosociální proměnné. (Pokorná, 2010)

⁵⁴ Externí bariéry se týkají zevního prostředí, které jedince ovlivňuje stejně významně jako vnitřní faktory. (Pokorná, 2010)

⁵⁵ Situační bariéry jsou další kategorií bariér – mimo bariér ze strany pečujícího a ze strany seniora jakožto příjemce péče. Rozdělení na tyto tři skupiny bariér či proměnných působících v komunikaci uvádí například Caris-Verhallen (1999, In: Pokorná, 2010). Situační bariéry se prolínají i do bariér ze strany pečujícího a příjemce péče, jelikož často souvisí s projevem a chováním jednotlivců.

⁵⁶ Šum je neoddělitelným prvkem komunikačního procesu. V některých případech jsou šумы vnímány jakožto jeden z možných faktorů narušující komunikaci a v jiných případech jsou označovány jako veškeré faktory, které proměňují výsledek sdělení a ovlivňují její pochopení a přijetí.

Dále trpělivost a pochopení, zejména při pomalejším tempu komunikace, který je pro seniory poměrně typický. V takovém případě je potřeba se přizpůsobit jeho rytmu. Mezi pečujícím a seniorem musí panovat důvěra. Senioři si poměrně často ověřují, zda je daný člověk spolehlivý. Zásadní je úcta k seniorům, která plyne mimo jiné z respektování společenského postavení a životní role seniora. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013; Pichaud a Thareauová, 1998; Pokorná, 2010; Karkošová a Klugerová, 2013) Dle Rohanové (2007, In: Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007) jsou, nejen v komunikaci se seniory, tři faktory – chtění, umění a schopnost komunikovat. Tyto faktory ovlivňují komunikaci z obou stran.

Důležitá je v komunikaci trpělivost, vstřícnost a ochota zopakovat sdělení jinými slovy, s čímž souvisí respekt a úcta k seniorům. Neméně zásadní je v tomto kontextu vyčlenění dostatečně dlouhého časového úseku na rozhovor se seniorem. Pro efektivnější komunikaci by se pečující neměli ptát na více věcí najednou. (Pokorná, 2010) Zásadním předpokladem úspěšné komunikace je dle Příbyla (2010) znalost – konkrétně znalost toho, kdo jsou komunikující a co od sebe navzájem očekávají. Pečující pracovník by měl vždy přihlížet k tomu, jaká očekávání má senior a jakou cestou by chtěl problém řešit. V komunikaci by pečující pracovník neměl nikdy přikazovat, měl by pouze nabízet možné cesty k řešení. Mimo to je důležité, aby byl vytvořen vztah důvěry a laskavosti. Důvěra je vždy předpoklad pro úspěšnou spolupráci. (Klevetová, 2008, In: Klevetová a Dlabalová, 2008) Jako základ uvádí laskavost a důvěru i Hrozenská a Dvořáčková (2013), kdy ji zmiňují jako východisko ostatních zásad vhodné komunikace. Autorky uvádí tento postup pro rozhovor: uvědomění, pozdrav a oslovení, vymezení vzájemných rolí a v závěru vytvoření vztahu laskavosti a důvěry. Holmerová, Jurášková, Zikmundová (a kol., 2007) upozorňují na to, že pro kvalitní komunikaci na sklonku života je otevřenost a čestnost.

Kabelka (2017) uvádí předpoklady účinné komunikace na straně zdravotníka, avšak tyto předpoklady by měl splňovat každý, kdo přijde se seniorem do kontaktu, tedy i pečující pracovníci, kteří nejsou považováni za zdravotní personál. Těmito předpoklady jsou zejména nedirektivnost a úcta, dále je důležité umění naslouchat a mlčet, dále zvládnout vlastní úzkost a nejistotu, potřebná je také autenticita, empatie, schopnost pracovat v týmu a zajistit tak komplexnost péče a v neposlední řadě znalost problematiky a schopnost edukace, tedy profesionalita. Pro vhodnou komunikaci je důležité prostředí, ve kterém se odehrává, přičemž zmíněný autor popisuje v tomto kontextu určité zásady. Prostor by měl být klidný a tichý, pacient se v něm musí cítit příjemně. Hovor by měl ze strany pečujícího probíhat klidně, laskavě a vstřícně. Pacient by měl být ujišťován, že je tu pečující pracovník pouze pro něj.

Komunikace by neměla být přerušována. Je nutné poskytovat seniorovi dostatek prostoru pro vyjádření situace a sdělit konkrétní problémy⁵⁷. Pečující pracovník nebagatelizuje a nesnižuje vyjádření druhé strany. Se seniorem by mělo být probíráno jakékoliv téma, avšak pečující pracovník může projevovat vlastní emoce a hranice. Na závěr hovoru je vždy vhodné shrnout důležité body a lze dohodnout další návštěvu. (Kabelka, 2017)

Jakákoliv komunikace se samozřejmě odvíjí od specifické situace, ve které probíhá, je tedy ovlivněna okolními vlivy a komunikujícími. Ve zdravotnictví i jinde je nejdůležitější člověk, o kterého je pečováno, v tomto případě jde o samotného seniora, respektive o jeho preference, zkušenosti z minulosti a další již zmíněné. Svou roli samozřejmě hraje i přístup konkrétního personálu, který by měl být založen zejména na empatii a přizpůsobení se seniorovi.

4.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE SE SENIORY

Verbální komunikací je rozuměna komunikace slovní. Velmi výstižně ji definuje Příbyl (2010, s. 230): „*verbální komunikace je chápána jako využívání slov coby symbolů a znaků neboli kódů k předávání informací, myšlenek, sdílení zkušeností, zážitků, validaci (ověření) mínění druhých a vnímání vysílaných symbolů a vnímání okolního světa*“.

V rámci verbální komunikace musí všichni pečující dobře zvažovat obsah svých sdělení i jeho formu, zejména je důležité dbát na příhodné oslovení⁵⁸, které seniorovi vyhovuje a je při něm dbáno na zachování úcty a důstojnosti. Stejně tak je nutné se dotazovat na přání i potřeby seniora a v případě potřeby poskytnout rady. Je samozřejmě nutné mluvit jasně a dostatečně hlasitě, avšak bez vysoké intonace. Problematická se jeví mluva pečujících pracovníků – zejména mladých žen⁵⁹, jelikož často nevědomě mluví ve vyšší hlasové poloze. Zásadní je předávat informace dostatečně srozumitelně, přehledně a přiměřeně rychle.

⁵⁷ Při vyjadřování seniora je vždy potřebné, aby se pečující pracovník ujistil, zda seniorovi správně rozumí, jelikož senioři mohou mít problém s identifikací a vyslovením některých pojmů či problém s celkovou výslovností a podobně. (Pokorná, 2010) Je tedy nutné předcházet nedorozumění a tím i následné nevhodné péči.

⁵⁸ Oslovování má v komunikaci velký význam, stejně jako pozdrav. Pro lepší kontakt a lepší vztah mezi komunikujícími je samozřejmě nutné, aby oslovení i forma pozdravu seniorovi vyhovovala – často se toto pojí s minulostí jedince, kupříkladu s jeho povoláním, studiem a podobně. Mimo verbální pozdrav se může jednat o pozdrav dotykem, zejména u osob s kognitivními poruchami či poruchami zraku a sluchu. (Kleťová, 2008, In: Kleťová a Dlabalová, 2008)

⁵⁹ Ženy se v pečujících profesích objevují častěji – jedná se o výrazný prvek feminizace, proto je tato problematika zmiňována. Objektivně je nutné uvést, že pohlaví u pečujících pracovníků nelze určit jakožto významný ovlivňující prvek v komunikaci, stejně tak jako věk. Tento prvek je tak vnímán jako okrajový faktor. Na druhé straně je vhodné zmínit, že u příjemců péče, v tomto případě u seniorů, hraje věk, pohlaví a zdravotní stav svou roli. (Pokorná, 2010)

Pečující pracovník by rozhodně neměl křičet, a pokud křičí tak jedině z důvodu, aby je bylo slyšet v nepříznivém prostředí pro komunikaci. Zřetelná by měla být výslovnost a artikulace. (Haškovcová 2012, Pichaud a Thareauová, 1998; Pokorná, 2010; Karkošová a Klugerová, 2013) Mimo to uvádí Rohanová (2007, In: Holmerová, Jurášková, Zikmundová (a kol., 2007) jako důležitou součást komunikace dotázání se na to, jak chce být senior oslovován, přičemž by neměl být oslovován nijak zdobně. Uvádí to, že by se seniorem nemělo být hovořeno jako s malým dítětem a rozhovor by neměl být příliš familiární.

Pro péči o seniory je poměrně časté, že pečující pracovníci celkově mluví spíše k rodinným příslušníkům (pokud jsou přítomni), než k samotným seniorům, to je dle Pokorné (2010) nevhodné, jelikož by mělo být jasné, že sdělení směřuje především na seniora. Sdělení by mělo být přizpůsobeno právě seniorovi, nikoliv jeho okolí. Pro efektivní komunikaci by se měly komunikující osoby pokusit vyhnout tzv. slovní vatě, jelikož tato slova nemají jasný význam. Pro správné porozumění by se měli lidé v komunikaci se seniory vyvarovat nesrozumitelné terminologii – zejména by neměla být užívána slova s více významy. (Pokorná, 2010; Karkošová a Klugerová, 2013)

4.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE SE SENIORY

Neverbální komunikace je také označována nonverbální, přičemž dle Příbyla (2010, s. 231) se jedná o: „*komunikaci bez použití slov*“. Jako taková často dokresluje⁶⁰ komunikaci verbální, avšak v některých okamžicích je možné se obejít i zcela beze slov, kdy může mít velkou váhu pouhý pohled, dotek, úsměv, pohyb těla, tón a podobně. Senioři jsou k těmto neverbálním projevům velmi vnímaví, zejména v případě, že verbální a neverbální komunikace spolu nesouzní. Často totiž tyto projevy o sdělení vypoví více než slova. Je možné říci, že těmto projevům rozumí většina jedinců totožně, avšak je nutné přihlížet i k jejich možnému individuálnímu výkladu. Není totiž vždy jednoduché správně porozumět výkladu daných neverbálních projevů. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013; Pokorná, 2010; Karkošová a Klugerová, 2013) Dle Klevetové (2008, In: Klevetová a Dlabalová, 2008) je senior k těmto projevům mnohem více citlivý, než k samotnému slovnímu projevu. Na druhé straně měl být k těmto projevům citlivý každý pečující pracovník, jelikož mohou mnohé napovědět o vnitřních pochodech seniora, a tím i o nevyslovených potřebách a přáních.

⁶⁰ Verbální komunikace může být neverbální komunikace nahrazena či zvýrazněna. Může také měnit její význam, případně ji může zcela nahradit. (Příbyl, 2010)

Lze také rozpoznat, kdy je kupříkladu vhodné pokračovat v rozhovoru, kdy nikoliv, kdy odejít a naopak kdy zůstat v blízkosti seniora, kdy projevit větší empatii a podobně. Musí vnímat nejen projevy seniora, ale i své vlastní a umět je korigovat tak, aby vyjadřovaly to, co vyjadřovat mají. Zásadní je, aby byly v souladu s projevem verbálním.

Pokorná (2010) zmiňuje ve srovnání s dalšími autory několik složek neverbální komunikace⁶¹, kterými jsou: vizika (složka související s očním kontaktem, respektive pohledem), mimika (složka související s pohyby ve tváři), kinetika (složka související s celkovým pohybem těla), gestika (složka související zejména s pohyby rukou, může se objevit i výklad spojený s pohyby nohou), haptika (složka související s veškerými doteky), chronemika (složka související s časem určený pro druhé lidi), proxemika (složka související se vzdáleností od komunikujících), posturologie (složka související s polohou těla, končetin a dalších částí těla), teritorialita (složka související s velikostí prostoru okolo jedince), paralingvistika (složka související s hlasem a řečí) a jiné znaky (složka související například s oděvy, vůněmi či písmem). Všechny tyto složky neverbální komunikace jsou využívány i při komunikaci se seniory a na každou z nich je potřebné klást důraz, aby co nejlépe vyhovovala danému jedinci a situaci, ve které se komunikace odehrává.

Z hlediska neverbálních projevů může komunikaci zásadně ovlivnit vzdálenost mezi komunikujícími, důležitá je tedy vhodná fyzická přítomnost – nebýt příliš blízko (aby byl zanechán svobodný prostor) ani příliš daleko (aby byl senior ubezpečen o blízkosti). Zásadní je vhodná pozice – senioři jsou často v podřízené situaci, jelikož v nemocnicích nejvíce času leží. V tomto směru by neměla být verbální komunikace příliš naléhavá, zakazující, nařizující, utěšující a vměšující. Vždy je potřebný prostor pro seniora a jeho vyjádření. Svou roli hraje také mimika (úsměv nebo jiný výraz obličeje, pohled do očí či na celou osobu a podobně), gestikulace, mimo jiné je významný dotek vyjadřující blízkost, uklidnění, bezpečí či lásku, případně přátelství. Dotek je vnímán jako jeden z nejdůležitějších komunikačních prostředků, který starším lidem chybí. Komunikace beze slov je mlčení, které může být prostředkem jak vyjádřit kupříkladu pochopení, sounáležitost nebo tichou přítomnost. (Pichaud a Thureauová, 1998)

⁶¹ Složky neverbální komunikace lze označit také jako druhy neverbální komunikace, které jsou členěny podle prostředků, kterými je komunikováno. (Příbyl, 2010)

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Tato kapitola se zabývá výzkumným šetřením, které je rozděleno na vedení rozhovorů a dotazníkové šetření. Cílem výzkumného šetření je zjistit způsob naplňování potřeb seniorů ve zdravotnictví, konkrétně na geriatrickém oddělení, a způsob komunikace s nimi z pohledu sociálních pracovníků i samotných seniorů. Jedná se o smíšené výzkumné šetření, tedy o propojení kvalitativní a kvantitativní výzkumné strategie, přičemž kvantitativní strategie je spíše doplňková, ačkoliv lze od sebe obě části oddělit a publikovat je samostatně.

Teoretické východisko výzkumného šetření poskytují úvodní kapitoly práce. Je vycházeno zejména z toho, že senioři na geriatrickém oddělení se liší od ostatních, jelikož na ně má vliv prostředí a jeho schopnost adaptace na něj. Vše se také odvíjí od závažnosti onemocnění a postoji k němu, tedy i osobnosti seniora. V rámci naplňování potřeb si sociální pracovníci i ostatní personál musí uvědomovat tyto odlišnosti a přizpůsobovat jim svou práci. Stejně musí být upravena i komunikace s nimi. Na geriatrickém oddělení je zásadní to, že je zde propojena zdravotní a sociální péče. Do tohoto jsou zapojeny i další dílčí péče, kupříkladu paliativní či dlouhodobá. V této komplexnosti je patrná podstata geriatric. Naplňování potřeb musí být pro všechny pacienty obdobné, respektive nelze nikoho upřednostňovat. Přesto musí být odlišné vzhledem k individualitě každého seniora. Zájmem výzkumného šetření je primárně zjistit, jak při své činnosti sociální pracovníci postupují a jak se seniory komunikují. Druhotné je zjištění, zda se pečující pracovníci a senioři shodují v některých aspektech naplňování potřeb seniorů na geriatrickém oddělení.

Výzkumným problémem diplomové práce je naplňování potřeb seniorů na geriatrickém oddělení se zaměřením na komunikaci. Z výzkumného problému, a tím i z cíle práce, byla extrahována hlavní výzkumná otázka (**HVO**) uvedena níže. Dle Gavory (2000) se jedná o výzkumný problém popisný či deskriptivní, jelikož zjišťuje a popisuje situaci či stav daného jevu a lze jej vyřešit obdobnou otázkou: „*Jaké něco je?*“. Hlavní výzkumnou otázku (**HVO**) pak sytí dílčí výzkumné otázky (**DVO**), které se pojí ke kvalitativnímu šetření. Dílčích výzkumných otázek je celkem **šest** a vychází z konceptu potřeb dle Maslowa (1954) aplikovaného na seniorskou populaci dle Pichauda a Thareauové (1998), přičemž je k nim připojena dílčí výzkumná otázka týkající se potřeby komunikace (patřící pod sociální potřeby), jelikož se jedná o zásadní součást cíle práce. Výzkumné otázky jsou formulovány pro kvalitativní část výzkumného šetření realizovaného formou rozhovorů.

HVO: Jakým způsobem jsou naplňovány potřeby seniorů na geriatrickém oddělení se zaměřením na potřebu komunikace z pohledu sociálních pracovníků?

DVO1: Jakým způsobem jsou seniorům na geriatrickém oddělení naplňovány fyziologické potřeby z pohledu sociálních pracovníků?

DVO2: Jakým způsobem je seniorům na geriatrickém oddělení naplňována potřeba bezpečí z pohledu sociálních pracovníků?

DVO3: Jakým způsobem jsou seniorům na geriatrickém oddělení naplňovány sociální potřeby z pohledu sociálních pracovníků?

DVO4: Jakým způsobem je seniorům na geriatrickém oddělení naplňována potřeba autonomie z pohledu sociálních pracovníků?

DVO5: Jakým způsobem je seniorům na geriatrickém oddělení naplňována potřeba seberealizace z pohledu sociálních pracovníků?

DVO6: Jakým způsobem je seniorům na geriatrickém oddělení naplňována potřeba komunikace z pohledu sociálních pracovníků?

Jak již bylo zmíněno, výzkumným problémem diplomové práce je naplňování potřeb seniorů na geriatrickém oddělení se zaměřením na komunikaci. Z něj vychází i hlavní cíl (**HC**) pro účel dotazníkového šetření uvedený níže, který sytí část hlavního cíle práce. Dle Gavory (2000) se jedná o problém popisný. Níže jsou uvedeny dílčí cíle (**DC**) diplomové práce, které se pojí ke kvantitativnímu šetření a vychází z hlavního cíle práce. K jednotlivým cílům jsou stanoveny konkrétní hypotézy a předpoklady. Hypotézy jsou vědecké, jelikož typicky obsahují dvě proměnné. Předpoklady jsou diskusní, jelikož v nich nefigurují dvě proměnné a vychází z nich spíše popis dané situace. Předpoklady byly využity mimo jiné z důvodu vhodnější propojitelnosti s výzkumným problémem práce. Výše zmíněné vychází z popisu kvantitativní problematiky dle Gavory (2000).

HC: Zjistit způsob naplňování potřeb seniorů na geriatrickém oddělení a způsob komunikace s nimi z pohledu seniorů.

K hlavnímu cíli byly zvoleny dva dílčí cíle vzhledem k dvěma směrům hlavního cíle. První dílčí cíl se zaměřuje na naplňování potřeb a druhý dílčí cíl se zaměřuje na komunikaci.

DC1: Zjistit okolnosti naplňování potřeb seniorů na geriatrickém oddělení z pohledu seniorů.

DC2: Zjistit charakteristiky komunikace mezi seniory a personálem na geriatrickém oddělení z pohledu seniorů.

Na základě dílčích výzkumných cílů byly formulovány **tři** hypotézy a **tři** předpoklady.

P1: Seniorům na geriatrickém oddělení nejsou ve většině případů primárně naplňovány ty potřeby, které jsou pro ně subjektivně nejdůležitější.

Většinou případů je myšleno, že alespoň v 50 % odpovědí se budou shodovat subjektivně nejdůležitější potřeby a potřeby primárně naplňované.

Tento předpoklad (**P1**) vychází ze studia odborné literatury, kdy je zřejmé, že se subjektivně důležité potřeby liší od potřeb, které jsou seniorům primárně naplňovány jinými osobami. Tento fakt uvádí kupříkladu Pichaud a Thareauová (1998) na příkladu potřeby hygieny, která je dle autorů pro pečující pracovníky klíčová, avšak pro seniory příliš velký význam nemá. Z tohoto nesouladu vznikají mezi seniory a pečujícími osobami konflikty. Celkově tito autoři uvádí, že fyziologické potřeby jsou pro seniory druhotné, což částečně zmiňuje i Mlýnková (2013), která v tomto kontextu uvádí, že důležitější, než fyziologické potřeby, jsou pro seniory potřeby sociální a ještě více potřeba bezpečí. Ondrušová (2011) dokonce uvádí v popředí důležitosti potřebu seberealizace, jelikož ovlivňuje kvalitu života a měla by být v seniorském věku v popředí zájmu, respektive měla by být vyšší snaha o její naplňování. Odlišuje se tedy nejen pohled na důležitost potřeb, ale i samotný proces naplňování těchto potřeb.

H2: Spokojenost seniorů s naplňováním potřeb na geriatrickém oddělení je determinována tím, zda jim jsou naplňovány primárně ty potřeby, které jsou pro ně nejdůležitější.

H2₀ – Spokojenost seniorů s naplňováním potřeb na geriatrickém oddělení statisticky významně nesouvisí s tím, zda jim jsou naplňovány primárně ty potřeby, které jsou pro ně nejdůležitější.

H2_A – Spokojenost seniorů s naplňováním potřeb na geriatrickém oddělení statisticky významně souvisí s tím, zda jim jsou naplňovány primárně ty potřeby, které jsou pro ně nejdůležitější.

Tato hypotéza (**H2**) vychází ze stejného teoretického základu jako **P1**. Z odborné literatury je zřejmé, že se subjektivně důležité potřeby pro seniory liší od potřeb, které jsou jim primárně naplňovány, což vede k jejich nespokojenosti. Rozdílnost v subjektivní důležitosti a naplňování je zřejmá i v tom, že se liší pohledy osob na to, co je pro seniory zásadní.

P3: Senioři na geriatrickém oddělení vnímají v nadpoloviční většině jako nejvíce rušivý faktor komunikace nedostatek času ze strany personálu k nim.

Nadpoloviční většinou je vnímána situace, kdy více než 50 % respondentů uvede danou možnost, jako nejvíce rušivý faktor.

Tento předpoklad (**P3**) vychází z bakalářské práce Novákové (2018), na jejíž práci se podílelo 100 respondentů. Autorka zjistila, že 75 % respondentů vnímá jako nejpodstatnější narušení komunikace právě nedostatek času ze strany personálu k seniorům. Mimo to si 40 % jejich respondentů přeje, aby s nimi personál trávil více času při komunikaci. Tento fakt uvádí i Sobotková (2010), přičemž její bakalářské práce se zúčastnilo 80 respondentů. Její respondenti také vnímají nedostatek času jako nejvíce rušivý faktor. Konkrétně tak odpovědělo 41,25 % respondentů. Zde je poměr nižší, jelikož 45 % respondentů uvedlo, že komunikaci nic nenarušuje.

H4: Spokojenost seniorů s komunikací na geriatrickém oddělení je determinována tím, zda jsou pro ně informace předávané od personálu srozumitelné.

H4₀ – Spokojenost seniorů s komunikací na geriatrickém oddělení statisticky významně nesouvisí s tím, zda jsou pro ně informace předávané od personálu srozumitelné.

H4_A – Spokojenost seniorů s komunikací na geriatrickém oddělení statisticky významně souvisí s tím, zda jsou pro ně informace předávané od personálu srozumitelné.

Tato hypotéza (**H4**) vychází z bakalářské práce Sobotkové (2010), která zjistila, že 85 % respondentů (z celkového počtu 80) vnímá informace od personálu jako srozumitelné a dostačující. Autorka mimo to uvedla, že 66,25 % respondentů je nespokojeno, pokud jim personál informace nepodá. Dle zmíněné autorky tak spolu tyto dvě proměnné souvisí. Srozumitelnost informací je obecně vnímána jako jeden z důležitých faktorů, které ovlivňují komunikaci.

P5: Seniori na geriatrickém oddělení více oceňují neverbální projevy komunikace, než verbální.

Slovem **více** je vnímáno, že rozdíl mezi důležitostmi verbálních a neverbálních projevů komunikace je alespoň 20 %.

Tento předpoklad (**P5**) vychází z literatury, kdy mnoho autorů, kupříkladu Hrozenká a Dvořáčková (2013) či (Pokorná, 2010) uvádí, že neverbální projevy jsou pro seniory velmi důležité. Obecně jsou pojmány neverbální projevy jako možnost náhrady slov, což poukazuje na jejich vyšší důležitost. Tento fakt dokazuje i Nováková (2018) ve své bakalářské práci, kdy její respondenti při komunikaci nejvíce oceňují úsměv, který je součástí neverbální komunikace. Konkrétně tak uvedlo 40 % respondentů (z celkového počtu 100). Jako další nejvíce oceňovaný jev zmiňuje projevení zájmu, který uvedlo celkem 37 % respondentů. Procentuální rozdíl je tak velmi nízký. Projevení zájmu lze vnímat jako verbální i neverbální projev, v tomto kontextu je vnímán spíše jako verbální. Další uvedené možnosti, jsou neverbální – poslouchání a dotek. Celkově neverbální složku oceňuje 63 % respondentů.

H6: Spokojenost seniorů s komunikací na geriatrickém oddělení je determinována tím, zda jim je dostatečně zabezpečeno soukromí.

H6₀ – Spokojenost seniorů s komunikací na geriatrickém oddělení statisticky významně nesouvisí s tím, zda jim je dostatečně zabezpečeno soukromí.

H6_A – Spokojenost seniorů s komunikací na geriatrickém oddělení statisticky významně souvisí s tím, zda jim je dostatečně zabezpečeno soukromí.

Tato hypotéza (**H6**) vychází z bakalářské práce Novákové (2018), která vnímá spojitost mezi soukromím, místem konání komunikace a spokojeností. Nejčastější místo a také jako ideální místo pro komunikaci s pacientem uvádí autorka jeho pokoj, jelikož respondenti nejčastěji vyplnili, že s personálem nejvíce hovoří na pokoji, konkrétně tak uvedlo 84 % respondentů (z celkového počtu 100). 50 % respondentů uvedlo, že pociťuje dostatečné soukromí a pouze 11 % respondentů uvedlo, že vnímá nedostatek soukromí jako nejvíce rušivý faktor při komunikaci mezi nimi a personálem. V tomto kontextu uvádí shodu i Sobotková (2010), která zjistila, že 73,75 % respondentů uvedlo, že je pokoj nejčastějším místem pro komunikaci a pouze 7,5 % zmínilo, že pociťují při komunikaci nedostatek soukromí. Komunikaci na pokoji seniora tak vnímá jako uspokojující.

5.1 VÝZKUMNÝ VZOREK – CHARAKTERISTIKA A KRITÉRIA VÝBĚRU RESPONDENTŮ

Výzkumným vzorkem jsou pro tuto diplomovou práci dvě skupiny respondentů. V rámci kvalitativní výzkumné strategie jsou respondenty sociální pracovníci, kteří mají svá specifika popsána níže (v **podkapitole 5.1.1**). Tito respondenti vypovídají o problematice naplňování potřeb seniorů na geriatrickém oddělení a o komunikaci s nimi z pohledu pečujících pracovníků. Jsou pojmáni jakožto pečující osoby, které mají na danou problematiku náhled, který by měl být zbarven profesními zkušenostmi. V souladu, ale i v rozporu s ním může být pohled seniorů, kteří pobývají na geriatrickém oddělení – mají opět svá specifika uvedená níže (v **podkapitole 5.1.2**). Tyto osoby tvoří druhou skupinu respondentů, která je využita v rámci kvantitativní výzkumné strategie. V tomto ohledu jsou senioři vnímáni jako osoby vyžadující péči s vlastním náhledem na danou problematiku, která se jich osobně týká. Vzhledem k tomu, že jsou senioři schopni situaci ohledně naplňování potřeb a komunikace s nimi do jisté míry popsat byla zvolena kombinace obou strategií. Je přípustné, že i pro získání dat od seniorů by mohla být využita některá z kvalitativních metod, je zde vnímáno, že by byly mnohem problematičtější, než zvolený dotazník. O zvolených metodách a technikách výzkumného šetření je pojednáno níže (viz **podkapitola 5.2**)

5.1.1 VÝZKUMNÝ VZOREK PRO KVALITATIVNÍ ŠETŘENÍ

Jako výzkumný vzorek pro kvalitativní šetření bylo zvoleno pět sociálních pracovníků (viz níže **Tabulka č. 1**), kteří jsou považováni za jedny ze pečujících pracovníků v rámci naplňování potřeb seniorů na geriatrickém oddělení. Kritéria, dle kterých byli tito pracovníci požádáni o spolupráci na výzkumném šetření, byla stanovena takto: pracují či pracovali na geriatrickém oddělení v rámci nemocničního zařízení, mají pracovní zkušenost se seniory alespoň 10 let a mají také zkušenost se seniory, kteří pobývají na geriatrickém oddělení minimálně 5 let, tedy alespoň polovinu z jejich praxe se seniory. Při výběru respondentů nebyl kladen důraz na to, zda v současné době na geriatrickém oddělení pracují či nikoliv. V tomto směru bylo pouze podmínkou, aby doba, kterou na geriatrickém oddělení nepracují, nepřesáhla dva roky. Výběr respondentů byl jednak záměrný dle zmíněných charakteristik, ale také postavený na ochotě spolupracovat. Pro výzkumné šetření byly vybrány osoby, které mají dostatek zkušeností a dostatek informací o zkoumaném jevu, což by mělo přispět k validitě výzkumu.

Tabulka č. 1: Charakteristika výběru respondentů pro kvalitativní část výzkumného šetření

RESPONDENT	POHLAVÍ	VĚK	DÉLKA PRAXE SE SENIORY	DÉLKA PRAXE NA GERIATRICKÉM ODDĚLENÍ
Sociální pracovník č. 1	žena	41 let	20 let	15 let
Sociální pracovník č. 2	žena	55 let	22 let	20 let
Sociální pracovník č. 3	žena	52 let	25 let	11 let
Sociální pracovník č. 4	muž	35 let	12 let	12 let
Sociální pracovník č. 5	žena	29 let	10 let	6 let

Z uvedené **Tabulky č. 1** vyplývá, že výzkumný vzorek pro tuto část šetření je složen ze čtyř žen (sociálních pracovníků) a jednoho muže (sociálního pracovníka), a to vzhledem k feminizaci tohoto povolání – muži jakožto sociální pracovníci se v sociálních službách vyskytují velmi zřídka, o to méně se objevují muži v rámci sociálních služeb ve zdravotnictví. Věk respondentů je různorodý, stejně tak jako délka jejich praxe se seniory i se seniory na geriatrickém oddělení, aby byly zachyceny rozmanitější pohledy na zkoumaný jev.

5.1.2 VÝZKUMNÝ VZOREK PRO KVANTITATIVNÍ ŠETŘENÍ

Výzkumný vzorek se skládá z osob pobývajících na geriatrickém oddělení starších 60 let, což je pro tuto práci zvolená hranice určující období stáří a tedy hranici pro označení jedince seniorem. Respondentů bylo pro tuto práci zvoleno 105, z čehož 36 tvoří muži a 69 ženy (viz níže **Tabulka č. 2**). Rozdělení dle pohlaví je nerovnoměrné, jelikož na oddělení se nachází během celého roku podstatně méně mužů než žen, což je pravděpodobně způsobeno tím, že muži se obecně dožívají nižšího věku a také v menší intenzitě. Starších mužů je tedy nejen v České populaci méně. Rozdíl je možné sledovat kupříkladu na údajích ČSÚ ke dni 31. 12. 2018, které udávají, že žen nad 60 let bylo v populaci v České republice přibližně 56,65 % z celkového počtu osob ve věku nad 60 let a jsou tedy v nadpoloviční většině. Muži nad 60 let tvoří v České republice 43,35 % z celkového počtu obyvatel nad 60 let. Jedná se o rozdíl 13,3 %. U zvolených respondentů je rozdíl vyšší, konkrétně 31,4 %. Tento rozdíl vznikl z důvodu snahy zachytit rozdíly mezi pohlavími ve věkových skupinách.

Zásadní je, že ženy tvoří nadpoloviční většinu, jak v ČR, tak ve výzkumném vzorku. Nutno podotknout, že na geriatrickém oddělení je poměr mezi jedinci vyšší z důvodu jejich specifčnosti vzhledem k onemocnění. Všeobecně je známé, že ženy prožívají delší část života v nemoci, a proto i na geriatrickém oddělení se nachází více žen. Výzkumný vzorek byl z větší části tvořen na základě poznatků Kalvacha, Čevely, Čeledové (2014, In: Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík a Kubů, 2014), kteří zmiňují, že ve věku nad 60 let je vyšší koncentrace žen, než mužů. Konkrétně uvádí, že ve věkové skupině 60 – 69 let připadá na 100 mužů přibližně 120 žen, ve věkové skupině 70 – 79 let je to na 100 mužů asi 160 žen, dále ve věkové skupině 80 a více let je na 100 mužů již 230 žen, přičemž mezi lidmi, kteří se vyznačují dlouhověkostí⁶² je poměr uveden 1:4 ve prospěch žen. Tento poměr uvádí i Kalvach (a kolektiv, 2008). Byl brán zřetel na nejvyšší koncentraci osob pobývajících na geriatrickém oddělení ve věkové skupině 80 – 89 let. Jedná se tedy o výběr záměrný. Při tomto typu výzkumného šetření nebylo možné zvolit náhodný výběr, jelikož by mohlo být některým seniorům „ublíženo“ a výzkumný vzorek by byl v konečném výsledku menší, nebyla by také zajištěna 100 % výpovědní hodnota. Respondenti byli vybíráni mimo již zmíněné dle jejich anamnézy, zejména byla zohledněna schopnost porozumět daným položkám a schopnost soustředit se, mimo to také zdravotní, fyzický i psychický stav a ochota se na šetření podílet.

Tabulka č. 2: Charakteristika výběru respondentů pro kvantitativní část výzkumného šetření

VĚK	POHLAVÍ			
	MUŽ		ŽENA	
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
60 – 69 let	5	13,9 %	12	17,4 %
70 – 79 let	13	36,1 %	20	29 %
80 – 89 let	16	44,4 %	27	39,1 %
90 a více let	2	5,6 %	10	14,5 %
celkem	36	100 %	69	100 %

⁶² Dlouhověkost je v této práci pojata jako věk vyšší, než 90 let a to dle Haškovcové (2010) a Thorové (2015), která jej označuje také jako věk pokročilý.

Z uvedené **Tabulky č. 2** je viditelné, že muži jsou zastoupeni v nižším počtu, konkrétně 36, ženy pak 69. Ve všech kategoriích převažují ženy. Nejmladší respondenti jsou ve věku 60 – 69 let, kterých je celkem 17. Nejstarší jsou naopak z kategorie 90 a více let, kde se také nachází nejméně respondentů, konkrétně 12. Zcela nejmenší počet zaujímají muži v této kategorii, pouze 2. Nejvyšší počet respondentů se naopak pohyboval v kategorii 80 – 89 let, konkrétně 43. Vyšší podíl tvoří v této kategorii ženy, kterých je 27. V kategorii 70 – 79 let je 33 respondentů a ženy opět tvoří většinu.

5.2 ZVOLENÉ VÝZKUMNÉ STRATEGIE, METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT

Ve výzkumném šetření je využito kvantitativní i kvalitativní výzkumné strategie, jedná se o smíšený výzkum⁶³, kdy kvalitativní výzkumná strategie je hlavní a kvantitativní strategie je doplňková. Je využita pro dokreslení dané problematiky, je možné ji však publikovat i samostatně, jelikož má všechny potřebné náležitosti výzkumného šetření. Ke sběru dat je využita metoda explorativní, a to prostřednictvím techniky polostrukturovaného dotazníku pro zajištění pohledu seniorů a metoda dotazování realizována prostřednictvím techniky polostrukturovaného rozhovoru pro zajištění pohledu pečujících pracovníků. Data získána z výzkumného šetření jsou analyzována a interpretována prostřednictvím metody otevřeného kódování pro kvalitativní část a metody explorační analýzy dat pro kvantitativní část. Výsledná data jsou navzájem konfrontována a následně propojena s prvky zakotvené teorie.

5.2.1 KVALITATIVNÍ ČÁST VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ – ZVOLENÁ METODA A TECHNIKA

Pro část výzkumného šetření byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, které má za cíl hlouběji vystihnout danou problematiku. Hendl (1999, s. 16) v tomto smyslu vystihuje podstatu kvalitativního výzkumu takto: „*kvalitativní výzkum se snaží o porozumění jevům, které zkoumá, snaží se jim na pozadí kulturních zákonitostí porozumět a vysvětlit je*“. Dle Miovského (2006) jsou pro kvalitativní výzkum klíčové určité charakteristiky, kterými jsou především jedinečnost a neopakovatelnost. Dle Loučkové (2010) jsou hlavními charakteristikami subjektivita a význam. Ve výzkumném šetření kvantitativního typu byla zvolena metoda dotazování, která je hojně využívána v pedagogických a sociálních vědách.

⁶³ Jako smíšený výzkum jej označuje kupříkladu Hendl (2005, In: Skutil a kol., 2011).

Tato metoda je vhodná, jelikož díky ní lze získat komplexní informace o dané problematice. Technikou této části výzkumného šetření je rozhovor neboli interview, což je jedna z nejpoužívanějších technik kvalitativního typu výzkumu společně s pozorováním. Zvolen byl konkrétně polostrukturovaný rozhovor a to na základě jeho popisu autory Švaříčkem, Šedřovou (a kol., 2007, s. 13): „*cílem hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu*“. Tento pohled má i Hendl (1999), který vnímá rozhovor jako možnost získat obsáhlý popis dané problematiky. Miovský (2006) uvádí, že polostrukturovaný rozhovor je nejrozšířenější podobou rozhovoru, jelikož stírá nevýhody strukturované i nestrukturované podoby rozhovoru – i proto je v této práci využit.

Pro sběr dat a jejich organizaci byl využit postup dle Švaříčka, Šedřové (a kol., 2007), kteří vymezují pro sběr dat celkem tři fáze. První fází je samotný sběr dat pomocí zvolené metody a techniky. Druhou fází je kódování dat, která byla sběrem získána, přičemž kódování je prvním krokem pro vytvoření jednotlivých kategorií a případně i subkategorií. Třetí a také poslední fází je vytvoření teorie – ta by měla být utvořena na základě jednotlivých kategorií, respektive jejich popsání, případně vyjádření vztahů mezi nimi. Tento postup popsal i Gavora (2000), který uvedl, že se díky tomuto postupu získají jemnější informace o daném problému.

Před sběrem dat byl proveden předvýzkum. V rámci předvýzkumu byl uskutečněn pilotní rozhovor s jedním z respondentů, konkrétně se Sociálním pracovníkem č. 1, a to z důvodu zvýšení kvality dalších rozhovorů. Předvýzkum poskytl zajímavé informace a cenné zkušenosti, které jsou využity v této práci. Na základě provedeného pilotního rozhovoru bylo vhodné některé otázky upravit, nikoliv zásadně, a proto mohou být data z něj využita.

Samotný sběr dat probíhal v klidném prostředí, aby co nejvíce vyhovovalo potřebám respondentů. Zásadní bylo, že nebyl narušen třetí osobou ani jinými okolními jevy. Loučková (2010) zdůrazňuje, že je důležité vést rozhovor v přirozeném prostředí respondenta, což bylo v tomto výzkumném šetření dodrženo, jelikož byla maximální snaha se přizpůsobit individuálním preferencím každého respondenta, ačkoliv to bylo časově poměrně náročné. Nejprve byl od respondentů získán informovaný souhlas s nahráváním jejich odpovědí na diktafon a využitím získaných informací do diplomové práce. Respondenti byli v počátku ujistěni o anonymitě rozhovoru. Pro zachování anonymity byly pro respondenty zvoleny neutrální názvy, a to: **Sociální pracovník č. 1 – 5** (viz výše **Tabulka č. 1**). Byla zajištěna etická dimenze výzkumu, tedy zabezpečení ochrany soukromí a osobních údajů všech respondentů. Dále byli krátce seznámeni s diplomovou prací, jejím názvem a účelem.

Poté byli respondenti dotázáni na údaje, dle kterých je možné daného respondenta v rámci šetření identifikovat. Tyto údaje jsou dostatečně anonymní. Následně bylo přistoupeno k samotným oblastem výzkumného šetření. Rozhovor byl rozdělen do sedmi celků, kdy nejprve se v něm nachází obecnější otázky pro vhled do problematiky a následně byly celky utvořeny dle potřeb podle konceptu Maslowa (1954) upraveného pro seniorskou populaci. Byly využity pouze otevřené otázky, aby bylo možné zachytit co největší množství kvalitativních dat. Jednotlivé tazatelské otázky do rozhovoru byly utvořeny na základě zakotvené teorie z úvodních kapitol práce tak, aby co nejvíce sytily jednotlivé výzkumné otázky. Aby byl zajištěn kvalitní průběh výzkumného šetření byl předem připraven návod pro vedení rozhovoru. V něm jsou uvedeny otázky spojeny s etikou výzkumu, dále úvodní informace o diplomové práci a otázky pro identifikaci respondenta. Mimo to obsahuje předem stanovené okruhy témat i konkrétní tazatelské otázky (viz **Příloha I.**), přičemž v průběhu rozhovoru byly pokládány i doplňující otázky. Tyto otázky nebyly připraveny a byly pokládány v reakci na odpovědi respondenta pro hlubší pochopení souvislostí. Tento postup byl zvolen na základě jeho popisu Skutilem (2011, In: Skutil a kol., 2011). Ten vnímá polostrukturovaný rozhovor jako kompromis mezi strukturovaným a nestrukturovaným rozhovorem.

Rozhovor byl nahráván na diktafon, což je dle Pelikána (1998, In: Skutil a kol., 2011) jedna z možností jak rozhovor zaznamenat. Upozorňuje na možnost zkreslení informací, proto bylo nutné rozhovor po jeho skončení pečlivě přepsat do písemné podoby, což napomohlo reliabilitě výzkumného šetření, stejně jako uložení daných nahrávek. Přepsáním rozhovoru vznikl poměrně velký soubor dat. Zde se výzkumné šetření dostalo do druhé fáze dle Švaříčka, Šed'ové (a kol., 2007), kdy bylo nutné data kódovat, tedy analyzovat. Kódování je dle Miovského (2006, s. 219 – 220) definováno jako: „*přiřazování klíčových slov či symbolů k částem textu tak, aby byla umožněna snadnější a rychlejší práce s těmito částmi a bylo možné prostřednictvím kódů kdykoliv snadno pracovat s většími významovými celky*“. Byla využita metoda otevřeného kódování, přičemž probíhalo cyklicky. Zde byla reliabilita zajištěna konzistencí při kódování. V rámci celého kódování byl respektován cíl práce a jednotlivé výzkumné otázky. Na základě seskupení kódů do kategorií bylo možné jednotlivé kategorie popsat a vystihnout jejich podstatu (viz níže **podkapitola 5.3.1**).

5.2.2 KVANTITATIVNÍ ČÁST VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ – ZVOLENÁ METODA A TECHNIKA

Pro druhou část výzkumného šetření byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, která dle Vévodové a Vévody (2015, In: Vévodová a Ivanová, 2015, s. 56): „*zachycuje realitu pomocí měřitelných proměnných*“. Jedny z hlavních rysů této strategie jsou, dle Loučkové (2010), měření a objektivnost. Dle autorky tamtéž je v tomto typu zkoumání užívána deduktivní logika. Ve výzkumném šetření byla zvolena metoda explorativní, kdy je hlavním úkolem popis a utřídění daného problému za pomoci připravených otázek. Jako zvolenou metodu lze uvést i dotazování, jelikož jsou respondentům předloženy připravené otázky. Technikou této části výzkumného šetření je dotazník. Jak uvádí Gavora (2000, s. 99), dotazník je: „*způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí*“. Dotazníkové šetření bylo pro diplomovou práci zvoleno mimo jiné z důvodu, který uvádí Chráska (2016) i Vévodová a Vévoda (2015, In: Vévodová a Ivanová, 2015): dotazník umožňuje relativně rychlé (časově nenáročné) a ekonomické shromažďování velkého množství dat od malého i velkého počtu osob. To uvádí i Gavora (2000), který vnímá jeho účel v hromadném získávání údajů. V případě diplomové práce se jedná o shromáždění dat od 105 osob. Zásadní je zmínit, že dotazník byl zvolen vzhledem k dané skupině respondentů. Zejména byl zohledněn věk, zdravotní stav a schopnost sdělovat informace. Při rozhovorech by bylo těžké zachytit odpovědi seniorů v přijatelné míře, bylo by vše velmi časově náročné, namáhavé i stresující. Dotazník byl zvolen polostrukturovaný, kdy jsou v něm kombinovány položky uzavřené, otevřené a polouzavřené. Tato varianta byla zvolena, aby získaná data lépe vyhovovala cíli práce. Bylo přihlédnuto ke specifickým cílové skupiny, a proto byla většina položek zvolena uzavřených, případně polouzavřených. Zároveň byla snaha poskytnout seniorům možnost většího vyjádření v rámci otevřených položek. V dotazníku je více uzavřených otázek, kdy je patrné, že by se dalo využít více otevřených otázek, respektive dotazník by mohl být i nestrukturovaný, ale bylo by to více náročné, jak pro seniory samotné, tak na vyhodnocení získaných dat. Zejména vzhledem ke zdravotnímu stavu seniorů byla zvolena tato cesta, kdy je pro ně šetrnější.

Dotazník je sestaven tak, aby byl přijatelný pro danou skupinu respondentů, aby byl co nejvíce srozumitelný a přehledný (aby se v něm jedinec snadno orientoval), jednoduchý na vyplňování a jazykově korektní (viz **Příloha II.**). Tento dotazník byl utvořen na základě předvýzkumu, který odhalil jeho částečné nedostatky, které byly odstraněny. K vytvoření a vyhodnocení dotazníků byly využity programy Microsoft Office Excel 2010 a Microsoft Office Word 2010. Dotazník se obecně, ale i v této práci, skládá ze tří částí – úvod, hlavní část a závěr. Úvodu či průvodním dopisu je v první řadě uvedeno oslovení respondentů, dále jsou zde základní informace o autorovi výzkumného šetření, o výběru tématu a účelu, ujištění o anonymitě získaných dat, jsou zde pokyny k vyplnění, přibližná časová dotace⁶⁴ a také předběžné poděkování za vyplnění. Dále se dotazník skládá z hlavní části, kterou tvoří dotazníkové položky⁶⁵ a závěru, kde je respondentům poděkováno a jsou připsány informace o jeho odevzdání. Samotný sběr dat probíhal po dobu jednoho měsíce, kdy byly dotazníky předány jednotlivým pracovníkům na geriatrickém oddělení, kteří předali dotazníky daným respondentům, případně asistovali při jejich vyplnění. Asistence probíhala po instruování jednotlivých pracovníků autorkou práce. Asistence probíhala zejména tak, že byl seniorům přečten průvodní dopis a v případě potřeby jim byly instrukce pro vyplňování znovu připomenuty. Tento krok byl učiněn z důvodu pandemie COVID-19. V případě, že by tato pandemie nenastala, byla by data sbírána osobně. Vzhledem k osobnímu předání a vyzvednutí dotazníků byla zajištěna 100 % návratnost.

⁶⁴ Časová dotace pro vyplňování dotazníku, stejně jako počet otázek (položek) je dle Gavory (2000) těžké přesně určit všeobecně. Uvádí, že délka by neměla přesáhnout 45 minut, přičemž jiní autoři, sám Gavora zmiňuje Wolfa, uvádí, že délka má být maximálně 30 minut. Časová dotace je pro tento dotazník stanovena přibližně na 25 minut vzhledem k jeho délce, věku a zdravotnímu stavu seniorů. Vše se tak odvíjí od individuality respondenta a aktuální situace, ve které se nachází.

⁶⁵ Dotazník obsahuje celkem dvacet čtyři položek. První dvě položky jsou zjišťovací, jelikož identifikují respondenta dle pohlaví a věku (zjišťují tvrdá fakta). V dotazníku nejsou otázky týkající se zdravotního stavu daného respondenta ani jeho délky pobytu v nemocničním zařízení a podobně, jelikož se jedná o intimní údaje. Jedná se částečně o limit, jelikož s těmito otázkami by bylo možné lépe vystihnout volbu některých odpovědí. Dvanáct položek v dotazníku se týká potřeb jedinců a jejich naplňování (zjišťují měkká fakta) a deset položek se týká komunikace se seniory (zjišťují měkká fakta). Typy položek jsou zastoupeny takto: jedna položka je uzavřená dichotomická (respondenti mají k dispozici pouze dvě možnosti), jedenáct položek je uzavřených polytomických (respondenti mají k dispozici více než dvě možnosti). Osm z těchto položek je polytomických výběrových (respondenti vybírají z nabízených možností pouze jedinou). Tři otázky jsou polytomické stupnicové (respondenti určují pořadí daných možností). Mimo již zmíněné se v dotazníku vyskytují také dvě položky, které jsou škálové, přičemž jedna je založena na intervalové (bipolární) škále (respondenti vybírají číslo mezi dvěma protipóly) a druhá položka je založena na Likertově škále (respondenti mají k dispozici určitý výrok a určují, zda s tímto výrokem zcela souhlasí, spíše souhlasí, spíše nesouhlasí či vůbec nesouhlasí), přičemž tato položka v dotazníku obsahuje více výroků. Čtyři otázky jsou pak polouzavřené (jedinci mají možnost vybrat z nabízených možností, ale mohou také uvést jinou variantu). V neposlední řadě je šest otázek otevřených (respondenti do předem připraveného prostoru slovně odpovídají na danou otázku).

5.3 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

V této podkapitole jsou analyzována a interpretována získaná data. Stejně, jako má celé výzkumné šetření dvě části, má i analýza a interpretace dat dvě samostatné části, jejichž výsledky jsou v závěru navzájem porovnány. Konkrétně se jedná o analýzu a interpretaci kvalitativních dat, získaných vedením rozhovorů a analýzu a interpretaci kvantitativních dat, získaných z dotazníkového šetření. Obě části jsou popsány níže v samostatných podkapitolách. Byla snaha postihnout vše velmi podrobně pro co nejširší záběr informací.

5.3.1 ANALÝZA A INTERPRETACE KVALITATIVNÍCH DAT

Prvním krokem analýzy dat muselo být jejich pečlivé přepsání do písemné podoby, vzhledem k jejich sběru na diktafon. Tato data byla následně analyzována za pomoci metody otevřeného kódování, přičemž byla zpracovávána systematicky, aby byla zvýšena validita výzkumu. Otevřené kódování bylo provedeno na základě induktivní metody, což byla jeho hlavní strategie. Induktivní metodou je myšleno postupné vytváření kódů při analýze získaných dat. Kódy byly přiřazovány jednotlivým významovým jednotkám, přičemž byly využity tzv. in vivo kódy⁶⁶ a zároveň tzv. tematické kódy⁶⁷. Takto získané kódy bylo nutné následně rozdělit do kategorií⁶⁸ na základě podobných charakteristik. Kategorie byly následně popsány, respektive v kategoriích byla získaná data interpretována, přičemž byla snaha využívat přímé citace respondentů pro zajištění vyšší validity výzkumného šetření. Níže jsou uvedeny jednotlivé výzkumné otázky, kategorie a subkategorie, které se k nim pojí – sytí je. Dále jsou uvedeny jednotlivé kódy. Aby byla zajištěna větší přehlednost těchto dat byla vytvořena tabulka, kde jsou uvedeny jednotlivé výzkumné otázky, k nim náležící kategorie, subkategorie a jednotlivé kódy (viz **Příloha III.**).

⁶⁶ Tzv. in vivo kódy jsou takové kódy, kdy jejich název odpovídá přímým citacím respondentů.

⁶⁷ Tzv. tematické kódy jsou takové kódy, kdy jejich název neodpovídá přímým citacím respondentů a je pro název využito vždy konkrétní téma, které se v daných datech opakuje.

⁶⁸ Pojmem kategorie je označena skupina či třída pojmů, přičemž pojmy v ní mají podobné charakteristiky.

DVO1: Jakým způsobem jsou seniorům na geriatrickém oddělení naplňovány fyziologické potřeby z pohledu sociálních pracovníků?

KATEGORIE 1: Aby tělo dobře fungovalo aneb zdraví na prvním místě

KÓDY:

- plánování
- víceoborová péče
- každý se stará, jak může
- předávání sdělení
- každodenní starosti
- profesionalita
- umění ustoupit z naučených poznatků, lidskost

Z rozhovorů je patrné, že péče o seniory je z hlediska fyziologických potřeb velmi dobře promyšlena a naplánována, což lze doložit výpovědí Sociálního pracovníka č. 3: *„na oddělení se scházíme jako tým, nad každým pacientem a společně vytváříme vhodný plán pro jeho uzdravení“*. Tým na tomto oddělení je složen z primáře a ošetřujícího lékaře, dále vrchní nebo staniční sestry, rehabilitačního a sociálního pracovníka, tito lidé společně plánují. Pokud je to potřebné, jsou přizváni i jiní lékaři z dalších oborů, aby pomohli se specifickými problémy. Je zřejmé, že na oddělení je poskytována především zdravotní péče související s léčbou tělesných problémů. Hlavními naplňovateli tohoto plánu jsou zdravotní sestry a další ošetrovatelský personál, jelikož s nimi tráví nejvíce času a jejich primárním úkolem je zajištění právě těchto potřeb. Mimo to byla několikrát zmíněna i *„paní z kuchyně“*, která zajišťuje hlavně stravu a dodržování pitného režimu. Sociální pracovník č. 3 vyzdvihl i práci uklízeček a údržbářů: *„tyto osoby jsou mnohdy neviditelné, ale jsou tu, a pro chod oddělení i možnosti poskytnout kvalitní péči jsou nepostradatelní“*. V každém rozhovoru bylo zmíněno, že ošetrovatelský personál je nejdůležitější, jelikož řeší s pacienty jejich každodenní starosti. Stejně tak jako zdravotní sestry. Lékaři jsou důležití především pro plánování a správnou medikaci, provádí lékařské zákroky, jsou pro seniory autoritami a jejich sdělením je přikládán větší význam, ale největší práci v naplňování těchto potřeb odvádí jiní. Svou roli mají i sociální pracovníci, kdy Sociální pracovník č. 4 poznamenal: *„sociální pracovníci se těchto potřeb moc neúčastní, naše funkce je spíše informační, respektive jsme prostředníky mezi pacienty a personálem“*. Tento fakt je naprosto logický, jelikož sociální pracovníci mají na geriatrickém oddělení zcela jinou primární úlohu a o tyto potřeby se starají pouze okrajově.

Výše zmíněné dokládá i příklad Sociálního pracovníka č. 1: „*když mi senior během rozhovoru kupříkladu řekne, že potřebuje na toaletu, a já vím, že může chodit, rozhovor přeruším, pokud vím, že musí být hlídán, dojdu tam s ním sama či požádám sestřičku, aby ho doprovodila, stává se i to, že seniori při našem rozhovoru sedí na míse a vykonávají potřebu, pak je samozřejmě nutné někoho informovat, aby ji vyměnil*“. Bylo zde několikrát zmíněno, že na oddělení se každý stará v rámci své pozice a svých možností, často nad rámec povinností. Sociální pracovník č. 3 zmínil, že: „*je důležité chovat se lidsky a umět ustoupit z toho, co jsme se naučili ve škole*“. Zde je důležitost empatie, což zmínili i ostatní sociální pracovníci, a „*nestrojový přístup*“, jak toto označil Sociální pracovník č. 2. Vše je samozřejmě podmiňováno tomu, aby byl senior zdravý, proto pobývá v nemocnici, na což upozorňuje Sociální pracovník č. 5: „*nejdůležitější je pro seniory zdraví, to si přeje každý, aby se mohl vrátit zpět za svými blízkými a domů*“. Upozornění na tento fakt zmínili všichni sociální pracovníci, kdy je snaha navrátit seniora do jeho přirozeného prostředí, v co možná nejkratší době s nejlepšími výsledky, kterých lze dosáhnout. Nejlépe shrnuje péči o fyziologické potřeby Sociální pracovník č. 2, který uvedl: „*vše je v rámci tělesných potřeb poskytováno tak, aby to vyhovovalo standardům kvality péče, žádosti pacienta a nejlepšího vědomí i svědomí každého jednoho pečujícího pracovníka*“. K tomu lze připojit slova Sociálního pracovníka č. 4 toto: „*bez uspokojení těchto potřeb nelze očekávat úspěšný proces uzdravení pacienta nebo minimálně zlepšení či udržení jeho stavu*“. Je zřejmé, že sociální pracovníci i ostatní personál přikládají těmto potřebám velkou váhu a jsou vnímány jako primární. Celkově je z rozhovorů patrné, že na oddělení je většina aktivit vykonáván, a proto, aby těla seniorů dobře fungovala a mohla se potýkat s onemocněními.

KATEGORIE 2: Naplňování fyziologických potřeb s ohledem na psychiku pacienta

SUBKATEGORIE 1: Aby měli seniori sílu aneb výživa jako základ všeho

KÓDY:

- diety, vhodná strava a pitný režim
- denní režim a potěšení
- (ne)krmení
- PEG jako východisko pro delší život
- doplňky stravy
- potraviny pro radost
- (ne)správnost ve stravování, nedodržování pravidel

Ve všech rozhovorech byla zmíněna výživa jako hlavní potřeba a východisko pro správnou funkci těla. Sociální pracovník č. 1 uvedl, že hlavní je na oddělení výživa, jelikož je to dle něj „základ všeho“, kdy zmínil, že: „samotní senioři při rozhovorech jídlo často zmiňují a těší se na něj, jelikož je to pro ně potěšení a zároveň jim pomáhá udržovat denní režim“. Denní režim je v tomto případě zajištěn tím, že je jídlo podáváno většinou ve stejný čas, velmi často se stává, že pokud se jídlo zpozdí, senioři jsou nervózní, nevědí, co se děje a dotazují se, proč již jídlo nemají, je totiž pro ně důležitou součástí dne. V tomto ohledu může nejvíce udělat „paní z kuchyně“ a „sestřičky“, jelikož se starají o to, aby byly v pořádku všechny diety a každý měl vhodnou stravu, stejně tak se hlídá pitný režim. (Sociální pracovník č. 5) Vhodná strava je velmi důležitá, jelikož často souvisí s omezeními, které senior má, kupříkladu v podobě cukrovky, vysokého cholesterolu, nesnášenlivost na lepek či laktózu, špatné trávení, problémy se zuby a podobně. Sociální pracovník č. 3 v souvislosti s výživou uvedl, že senioři často nechtějí jíst stravu, která jim je zvolena, respektive chtějí jíst jen to, co jim přinese rodina nebo co si koupí v kantýně nebo automatu, když k tomu mají možnost. Senioři někdy nedodržují pravidla, která jsou stanovena, což vede k nesprávnému stravování a často i problémům s trávením, často se objevuje problém s váhou, kdy se ji lékaři snaží redukovat a senioři jim tímto jejich snahu maří. Samozřejmě, že pokud nemá senior striktní dietu, může si nějaké potraviny, co mu chutnají koupit, případně může poprosit, aby mu byly koupeny. Sociální pracovník č. 2 v tomto směru zmiňuje: „když mě senior požádá, abych mu koupila sušenku, bagetu, kávu nebo jinou pochutinu, vždy musím dát pozor na to, jakou má předepsanou dietu, abych mu tím neublížila a ačkoliv to není náplní mé práce, ráda mu vyhovím, případně požádám někoho dalšího“. V rozhovorech bylo zřejmé i to, že personál seniorům podá jídlo ze šuplíku nebo stolku, něco rozbalí, oloupe ovoce, něco nakrájí a podobně. Čas od času je na oddělení nutné seniory krmit, kdy se jedná o problém, jelikož jsou často krmeni senioři, kteří jsou schopni se najíst sami. Toto není příliš vhodné pro jejich autonomii. Sociální pracovník č. 4 v tomto smyslu zmínil: „ošetřovatelský personál často krmí seniory jen proto, že jim to šetří čas, kterého není nazbyt“. Pokud není možné, aby měl pacient vyváženou pevnou stravu, musí se mu zavést výživa PEG, NG sonda či nitrožilní výživa. NG sonda je zavedena nosem až do žaludku a slouží ke krátkodobému použití, oproti výživě do PEG, která je zavedena chirurgickým zákrokem v místě nad pupíkem, přímo do žaludku. Tu lze využívat několik let. Sociální pracovník č. 3 v tomto kontextu zmínil, že: „od dob, kdy byla zavedena výživa PEG, tedy přímo do břicha, žijí senioři mnohem déle, navíc to vedlo k rozvoji sociální péče“. Pacienti s tímto typem stravy jsou častými klienty sociálních pracovníků. Někteří senioři takto dostávají léky, vitamíny, minerály a další.

Ostatní pacienti je samozřejmě dostávají ve formě tablet či infuzí. Ve všech rozhovorech vyšlo najevo, že o stravu je velmi dobře postaráno a že je na ni kladen velký důraz – vše se hlídá a „*musí se zapisovat, kolik toho kdo za daný den snědl*“. (Sociální pracovník č. 1)

SUBKATEGORIE 2: Snaha o udržení čistoty aneb čistota je půl zdraví

KÓDY:

- osobní hygiena
- (ne)čistota lůžka
- nadbytečný úklid a dezinfekce
- specifické pachy

Ve všech rozhovorech byla zmíněna potřeba čistoty, kterou Sociální pracovník č. 2 označil takto: „*čistota je půl zdraví, to se všeobecně ví, a u seniorů je to výraznější, proto na ni klade ošetřující personál velký důraz*“. Takto vnímá čistotu i Sociální pracovník č. 4, který zmiňuje, že: „*je důležité čistotu udržovat nejen v rámci osobní hygieny seniorů, ale také prostředí, ve kterém se nachází*“. Dle sociálních pracovníků je důležité, aby se senioři myli, respektive pokud je to možné, umyli se alespoň částečně sami. Hygiena je v tomto směru pro seniory pravděpodobně nepříjemná, jelikož Sociální pracovník č. 5 uvedl: „*senioři jsou myti každý den minimálně jednou, záleží na tom, zda se jim něco přihodí, ale nemají to moc rádi, velmi často říkají, že je to zbytečné a jsou rozmočení*“. Hygiena je dle sociálních pracovníků velmi řešena proto, že senioři mají svou specifickou vůni, která není příjemná pro pečující pracovníky, senioři si to neuvědomují. Toto je jeden z důvodů, proč je na hygienu kladen tak velký důraz. Sociální pracovník č. 1 zmínil, že personál pro motivaci k mytí velmi často užívá to, že řekne: „*musíte se umýt, za chvíli se na vás všechny přijde podívat pan doktor*“, který je pro ně velká autorita před kterou chtějí vypadat co nejlépe. Na oddělení jsou vykonávány i aktivity spojeny s čistotou prostředí. Velmi se dbá na čistotu lůžka, jelikož mnoho pacientů ji nedokáže udržet, ať z důvodu „*drobků, zbytků jídla a vylitých tekutin v posteli, častému pocení, inkontinenci, nutností vykonávat v posteli potřebu vyprazdňování, převazování a podobně*“ (Sociální pracovník č. 3). Lůžka se převlékají minimálně dvakrát denně. V této souvislosti je nutné seniory přebalovat, případně jim vyměňovat plné mísy, převazovat jejich rány, polohovat je a podobně. Sociální pracovník č. 5 zmínil problematiku nadbytečného úklidu, který není příliš efektivní, jelikož „*paní uklízečky přijdou, setřou podlahu, nechají ji mokrou a odejdou, většinou ani nezajíždí do rohů, stolky často umýt ani nelze, jelikož na nich mají senioři mnoho věcí a personál to nechce stále přesouvat*“.

K tomu dále doplnil: „*avšak dělá se to několikrát denně, nemluvě o všudypřítomné dezinfekci, která seniorům velmi smrdí a svůj účel ztrácí ve chvíli, kdy není užita efektivně*“. Čas věnovaný úklidu by se mohl dle sociálních pracovníků využít lépe, respektive měla by být zvýšena kvalita a nemělo by být tolik dbáno na kvantitu. Všichni, až na Sociálního pracovníka č. 2, zmiňují, že je na oddělení přehnaná snaha o udržování čistého prostředí, což příliš dlouho nevydrží. Na druhé straně zmínil Sociální pracovník č. 4, že: „*na chodbách jsou rozmístěny rozprašovače vůně, což napomáhá vyšší spokojenosti pacientů i personálu*“. V rámci potřeby čistoty toho pro seniory sociální pracovníci udělat příliš nemohou, jejich funkce je opět informační, což zmiňují všichni sociální pracovníci. Kupříkladu Sociální pracovník č. 1 popsal situaci takto: „*pokud vím, že je potřeba něco uklidit nebo že se seniorovi stala nehoda, samozřejmě to oznámím, aby to bylo napraveno*“. Je tedy patrná snaha o seniorův komfort i od sociálních pracovníků. Mimo to se jim snaží při hygieně zajistit dostatečné soukromí. Jistě není vhodné, když je při této potřebě přítomno více lidí, než je nutné. Celkově z rozhovorů vyplývá, že při této potřebě je nezbytné zachování důstojnosti a respektu k soukromí v omezených podmínkách oddělení, a to nejen s ohledem na osobní hygienu, ale také osobní věci pacienta, které by se při úklidu neměly bez jeho vědomí vyhazovat či přesouvat a rozhodně by se neměly ztratit.

SUBKATEGORIE 3: Aby senioři netrpěli, aneb snaha o zmírnění utrpení

KÓDY:

- tišící a uklidňující léky
- ošetrovatelská péče
- podpora slovem
- vyjádření blízkosti
- držení za ruku
- profesionalita a lidskost v jednom
- emotivní chvíle

Na geriatrickém oddělení se celý personál setkává se značnou mírou utrpení a bolesti, kdy jedním z primárních úkolů každého jedince je zajištění toho, aby senioři netrpěli, respektive, aby bylo jejich utrpení zmírněno na minimum. Tomu samozřejmě pomáhají tišící a uklidňující léky, které předepíše lékař, připravuje je zdravotní sestry a pacientům je předávají buď ony samy, nebo ošetrovatelský personál, který dohlídí na jejich správné užívání či aplikování.

V tomto kontextu uvedl Sociální pracovník č. 4 toto: „lékař má pro seniory velkou důležitost, jelikož jim může ulevit od fyzické bolesti, a proto jsou lékaři často vnímáni jako někdo, kdo jim nejvíce pomohl“. Samozřejmě má na tomto podíl i ostatní personál, jelikož i polohování, převazování, čištění ran, odebírání vzorků, rehabilitování, vyměňování infuzí, podávání léků a podobně má svůj velký význam pro zlepšení stavu pacienta a často přímo souvisí s ulevěním od bolesti. Tato péče je zajišťována profesionálně, je zde i součástí profese, kdy personál musí projevit lidskost. Jak uvedl Sociální pracovník č. 1: „všichni jsme lidé a musíme jednat lidsky, musíme seniorům projevit, že jsme tu pro ně“. K tomu lze připojit tato slova: „pro seniory jsou důležité nejen léky a zdravotní péče, ale také podpora slovem, dotykem, úsměvem, jelikož i toto jim usnadní jejich trápení“ (Sociální pracovník č. 3). Všichni osoby na tomto oddělení jsou velmi často svědky emotivních chvil, poměrně častého umírání a velkého trápení, kdy je jistě nutné dokázat zachovat nejen profesionalitu v rámci poskytnutí, co nejlepší péče, ale také lidskost. Toto podporuje informace od Sociálního pracovníka č. 5: „již několikrát jsem byla sama svědkem umírání a není to nic příjemného, musíme se držet, abychom neplakali a vyjádřili podporu, jelikož musíme být se seniorem, aby v této chvíli nebyl sám“. Ve všech rozhovorech sociální pracovníci uvedli, že je nejdůležitější držet seniora za ruku, jelikož cítí oporu a bezpečí, což je nejvhodnější nejen při umírání, ale při menších bolestivých zákrocích. Mnoho seniorů při pobytu na oddělení cítí, že zemře, a ačkoliv to ve většině případů tuší nebo ví i personál, musí být vždy snaha o předání naděje až do posledních chvil. „Je dobré se za každou cenu usmívat, ale tak, aby byla zřejmá naše přítomnost a pochopení seniorova utrpení“ (Sociální pracovník č. 2). Ze všech rozhovorů vyplynulo, že práce na tomto oddělení je velmi náročná, ale velmi smysluplná, kdy pro sociální pracovníky se jeví vše spojené s ulehčením trápení, jako nejdůležitější součást péče, jelikož je tím možné alespoň částečně zvýšit kvalitu života.

SUBKATEGORIE 4: Podpora kvalitního spánku aneb tablety na spaní nejsou vše

KÓDY:

- tablety na spaní a uklidnění
- (ne)čistota lůžka
- správná teplota a čerstvý vzduch
- ticho, klid a bezpečí
- kontrola ze strany personálu
- strach z neprobuzení

V rozhovorech se objevovalo téma spánku v poměrně hojné míře. Všichni sociální pracovníci uvedli, že je spánek pro seniory velmi důležitý, jelikož při něm regenerují svá těla i mysl a načerpávají síly. Sociální pracovník č. 5 k tomu poznamenal: „*ve spánku senioři necítí bolest, proto je pro ně osvobozující a nedivím se, že pokud mohou, prospí velkou část dne*“. To, že senioři spí velmi mnoho, zmínil i Sociální pracovník č. 3, který poznamenal, že se senioři musí budít na léky, jídlo a další denní rutiny, což dle jeho slov „*není nejlepší, protože pak jsou senioři nevrlí*“. Pro kvalitní spánek jsou seniorům, kteří to potřebují, dávány infuze proti bolesti těsně před spaním, aby mohli v klidu usnout. Některým jsou podávány i léky na spaní či uklidnění. Velmi důležité je, že na oddělení je v noci personál, který na seniory dohlíží, to lze doložit výrokem Sociálního pracovníka č. 4: „*senioři potřebují pro spánek pocit bezpečí, a to zejména v noci, kdy mají jistotu, že jsou personálem kontrolováni*“. Zmíněno také bylo, že oddělení je na noc zamčené, což senioři vědí a mají větší jistotu, že se nic nestane. Sociální pracovník č. 1 uvedl důležitost ticha a klidu, což na oddělení není vždy, jelikož „*senioři často usnou u zapnuté televize a pak to tam zbytečně křičí, většinou jim to ale nevadí, protože mají téměř všichni nějaké sluchové vady*“. V rámci prostředí je vhodné zmínit, že personál klade důraz na čerstvý vzduch na oddělení, ale zároveň musí v každém pokoji udržovat vhodnou teplotu. Součástí lepšího spánku je čistota lůžka, kdy je snahou personálu jej před spaním zkontrolovat a případně odstranit nedostatky, lůžko je také nutné dát do správné polohy. „*Senioři mají občas svoji deku a polštářek z domova, jelikož je to pro ně příjemné, mají větší pohodlí a mají pocit takzvaně jako doma*“ (Sociální pracovník č. 2). Sociální pracovník v ohledu kvality spánku mnoho udělat nemůže, důležité je podle sociálních pracovníků spíše fakt, aby respektovali spánek i v denní dobu, a pokud senior spí, měli by přijít jindy, jelikož jsou probouzeni kvůli mnoha jiným věcem a sociální pracovníci to nepovažují za příliš vhodné. Stejně tak, jako někteří senioři prospí celý den, jiní spát nemohou nebo dokonce nechtějí, jelikož se bojí neprobuzení. V takovém případě může kdokoliv z personálu vlídně a trpělivě vyslechnout strach seniora a pokusit se o jeho uklidnění, i sociální pracovníci se mohou zapojit, jelikož na toto mají více času a jsou považováni za osoby, které jsou k tomu lépe kompetentní, případně jim mohou zprostředkovat kontakt s psychologem. „*Spánek je z pohledu nás, sociálních pracovníků důležitý, avšak ošetrovatelský personál mu nepřikládá takovou váhu, respektive přes den je vnímán jako kontraproduktivní, jelikož se musí stihnout jiné věci*“ (Sociální pracovník č. 3). Z rozhovorů lze shrnout, že by se seniorům měl ponechat dostatečný čas na spánek i přes den, samozřejmě tak, aby byly zvládnuty všechny důležité denní činnosti, jako je jídlo, hygiena, udržování čistoty lůžka, pohyb, zdravotní úkony a podávání léků či jejich aplikování.

SUBKATEGORIE 5: (Ne)pohyblivost seniorů aneb pohyb jako součást léčeni

KÓDY:

- (ne)chut' se hýbat
- podněcování k pohybu
- plánování a režim
- rehabilitace a cvičení
- procházení

Z rozhovorů vychází, že senioři se obecně na oddělení příliš hýbat nechtějí, zejména z důvodu bolestí, ale také proto, že se jim hýbat nechce, bojí se, chtějí jen odpočívat, myslí si, že je pohyb zbytečný a podobně. Pohyb je pro tělo velmi důležitý a jedná se o součást léčby, jelikož *„díky pohybu zůstávají senioři samostatní, navíc při dlouhodobé nepohyblivosti ochabují svaly a kosti nejsou tolik stabilní“* (Sociální pracovník č. 3). K tomuto dodal Sociální pracovník č. 1 toto: *„pokud se senior nehýbe, musí se k tomu podněcovat, jelikož v takové chvíli se většinou nerozhýbe ani do budoucna“*. Podněcování k pohybu je především slovní, kdy Sociální pracovník č. 4 uvedl: *„seniorům je říkáno, aby se zkusili postavit, aby zkusili ujit pár kroků, aby se nebáli, že vedle nich stojíme, a kdyby cokoliv, tak je chytíme, že mají hůlku, berle, chodítka a to jim pomůže“*. Pohyb je zajištěn plánováním, respektive každý senior má v plánu jistý typ rehabilitace či cvičení. K tomu jsou senioři vedeni prostřednictvím režimu týdne, kdy vědí, že s nimi bude rehabilitováno v daný den a v daný čas, to je většinou velmi dobře plněno, jelikož se na to senior může připravit. Rehabilitační sestry samozřejmě musí mít dostatečnou trpělivost a podporovat seniora k tomu, aby s nimi rehabilitoval a v malých, postupných krocích vykonával vše tak jak má. Velmi často se senioři k pohybu motivují takto: *„když nebudete cvičit, tak nepůjdete domů, protože se dostatečně neuzdravíte a to Vás pan primář nepustí“* (Sociální pracovník č. 2). K tomu lze dodat slova Sociálního pracovníka č. 3: *„se seniory se někdy musí jednat tak, že jim trochu pohrozíme, někdy jsou totiž velmi zaseknutí, ale na odchod domů velmi dobře reagují, respektive většinou se začnou snažit, tedy ti, co domů chtějí a nejsou tam bez jejich rodiny“*. Senioři musí část cvičení vykonávat i samostatně, a to se jim většinou nechce, *„raději koukají na televizi, spí nebo si povídají a celkově dělají spíše jen to, co se jim zrovna chce“* (Sociální pracovník č. 5). Pokud má někdo zájem, a není to v daný moment v nemocnici zakázáno, může se pacient projít do kantýny, většinou s rodinou, ale mohou i bez ní a samozřejmě mohou chodit na chodbě, případně navštívit někoho v dalším pokoji.

KATEGORIE 3: Snaha o provázení k autonomii v péči o tělo

KÓDY:

- musí to zkoušet
- nesmí to vzdávat
- předkládání možností
- individuální schopnosti
- zohledňují se přání seniorů
- zapojují se do péče
- snadné úkony
- trpělivý přístup a empatie

Sociální pracovníci se shodují v tom, že seniori musí do naplňování fyziologických potřeb zasahovat, respektive musí si ji částečně sytit samy. Pečující pracovníci jim pomáhají kupříkladu tak, že jim předkládají různé možnosti, ze kterých mohou vybírat, díky tomu mohou částečně rozhodovat o tom, co se s nimi děje a zapojují se do péče o své tělo i touto cestou. Nejdůležitější je, aby nic nevzdávali, pokud jim něco nejde, musí to postupně zkoušet a snažit se. Sociální pracovník č. 3 v tomto smyslu uvedl: *„pokud je péče o seniory přehnaná a nenechají je o sebe pečovat, je to problém, protože i na malé úkony pak budou potřebovat pomoc“*. Pro seniory jsou velmi důležité snadné úkony, na kterých si zvýší svou sebedůvěru a mohou se poté pustit i do náročnějších činností, jako je kupříkladu samostatné umytí. Sociální pracovník č. 2 zmínil, že: *„seniorům by se měl nechat dostatečný prostor pro zkoušení a testování jejich limitů, kupříkladu pokud jedinec není schopen se najíst, je nutné mu pomoci, avšak pokud je toho schopen a pouze mu to trvá déle, měl by se mu nechat prostor pro samostatné najezení“*. Dalším drobným úkonem je kupříkladu samostatné oblékání, samostatné vstání, samostatná chůze, samostatná osobní hygiena a podobně. Ze všech rozhovorů vyplynulo, že seniori potřebují zejména trpělivý přístup a empatické zacházení a vycítění vhodnosti pomoci. *„Je samozřejmě vhodné, aby byli seniorům pracovníci blízko, tedy aby je u činností podporovali a případně zabránili nějakému neštěstí“* (Sociální pracovník č. 1). V rámci péče o tělo pomáhají seniori při různých úkonech i tím, že s personálem spolupracují. *„Někteří seniori se do péče zapojovat vůbec nechtějí a nechtějí se nechat ošetřit, to je pak velký problém“*. (Sociální pracovník č. 5) Seniori jsou drobnými a postupnými úkony a aktivitami podněcováni k samostatnosti a nezávislosti na druhých. Zásadní je tak v tomto směru pozitivní motivace a podpora seniorů při těchto činnostech.

Sociální pracovník č. 4 popsal situaci takto: „*personál na provázení k autonomii často nemá čas, protože se musí snažit dodržovat režim dne, ale samozřejmě, že v rámci určitých možností se o samostatnost snažíme všichni*“. Samostatnost je možné zachovávat pouze v míře, která je pro seniora prospěšná. Nelze za seniora vykonávat aktivity, které dokáže sám, na druhé straně je nutné mu pomoci, pokud k určitým úkonům není způsobilý či je momentálně nedokáže zvládnout. Samozřejmostí zůstává, že je vždy přihlíženo k individualitě daného pacienta a konkrétní situaci. V rámci péče o tělo jsou zohledňována přání seniorů, avšak pouze v určitých mezích, kdy pro ně nejsou škodlivá.

KATEGORIE 4: Adaptace na poskytovaný komfort v péči o tělo aneb doma takovou péči nemají

KÓDY:

- poskytovaný komfort a péče
- postupná adaptace
- mají se na oddělení dobře
- všichni poskytují profesionální péči
- je to jiné, než doma
- pravidelný režim
- odstranění deficitů

Na geriatrickém oddělení je dle sociálních pracovníků seniorům poskytován značný komfort a péče, na což si musí postupně zvykat, jelikož „*doma péče taková rozhodně není, pokud vůbec nějaká je, není tak intenzivní a není ve většině případů profesionální*“ (Sociální pracovník č. 1). Senioři se musí postupně adaptovat, což může být někdy velmi dlouhé, zejména pokud na péči zvyklí nebyli, ti kteří naopak přichází z domova pro seniory či jiného podobného zařízení se adaptují poměrně rychle. Péče na oddělení je od domácího prostředí odlišná, mimo jiné v tom, že „*doma jsou blízké osoby, my jsme v podstatě cizí, je pak samozřejmé, že si na nás musí zvyknout a vložit v nás svou důvěru, někdy se také stydí, to vše se musí postupně překonat*“ (Sociální pracovník č. 4). Nutné je přistupovat k seniorům pomalu a dát jim čas na to, aby byli schopni péči přijmout v plném rozsahu, kdy samozřejmě musí být zachována určitá samostatnost v situacích, které jsou pro to vhodné a senioři toho jsou schopni. Všichni sociální pracovníci se shodli na tom, že je o seniory pečováno profesionálně. „*Pro seniory je na oddělení důležitá zejména blízkost lékaře, který doma není,*

cítí se díky tomu lépe, protože lékař ví, co pro ně má udělat“ (Sociální pracovník č. 5). Svou roli má samozřejmě i ostatní personál, který je jim na blízku a stará se o jejich tělesné potřeby. V domácím prostředí většinou není pravidelný režim, který na oddělení personál musí dodržovat, je to důležité nejen pro tělo jedince, ale i pro jeho mysl. Sociální pracovník č. 2 zmínil: „personál se snaží o odstranění nedostatků, které rodina svou neprofesionální péčí napáchala, případně je snaha odstranit zanedbané problémy“. Z rozhovorů vyplynulo, že senioři do nemocničního prostředí přichází často ve velmi špatném stavu, jelikož si myslí, že svou situaci dokáží vyřešit samostatně nebo s pomocí blízkých v prostředí domova, což většinou není pravda. Někteří senioři nechtějí do nemocničního prostředí vůbec přijít a to z mnoha důvodů. Jak uvedl Sociální pracovník č. 1: „senioři k nám často nechtějí, často nechtějí obtěžovat nebo se do nemocnice bojí, že už se nevrátí domů“. K tomuto poznamenal Sociální pracovník č. 5 toto: „i když sem nechtějí, brzy pochopí, že u nás zůstanou do té doby, než jim bude lépe a nakonec si na to zvyknou, dokonce od nás často ani nechtějí, jelikož mnoho z nich si uvědomí, že v nemocnici jim je lépe“. Všichni, mimo Sociálního pracovníka č. 3, uvedli, že někteří senioři při odchodu domů pláčou a mnohdy se jim přitíží. Důvody smutku a pláče byly uvedeny různé, kupříkladu tyto: senioři si v nemocnici zvykli na mnoho lidí okolo sebe, utvořili si zde blízké vazby s personálem i ostatními pacienty, zvykli si na kvalitní péči a dobré jídlo, mimo to mají lepší pocit, jelikož mají zdravotní dohled nad jejím stavem a vědí, že cokoliv se jim stane, mohou zavolat o pomoc a personál zařídí vše, co bude nutné.

DVO2: Jakým způsobem je seniorům na geriatrickém oddělení naplňována potřeba bezpečí z pohledu sociálních pracovníků?

KATEGORIE 5: Eliminace rizik aneb geriatrické oddělení jako bezpečné místo

KÓDY:

- musí se dávat pozor na pády a úrazy
- bezpečná postel jako útočiště pro seniora
- uzavřené oddělení a dveře
- čistota prostředí
- neustálá přítomnost personálu a možnost jeho přivolání
- jsou jim poskytovány podpůrné prostředky
- bezpečnostní pravidla

Z rozhovorů je patrné, že na geriatrickém oddělení jsou senioři velmi dobře chráněni, jelikož personál si uvědomuje potřebu jejich ochrany a snaží se o co největší eliminaci rizik. Velmi důležité je především vytvořit vhodné, tedy bezpečné, prostředí, kdy by měly být odstraněny ostré hrany, neměl by se objevovat příliš kluzký povrch a podobně. Zásadní je kontrola, kdy se „*musí dávat pozor na pády a úrazy*“ (Sociální pracovník č. 2). K tomu je samozřejmě zapotřebí neustále informovat seniory o nebezpečných situacích, přičemž Sociální pracovník č. 3 uvedl: „*seniory musíme upozorňovat neustále, jelikož to často zapomenou, upozorňujeme je třeba na to, že je vytřená podlaha, aby nechodili nebo šli velmi opatrně nebo aby si nezapomněli vzít hůlku nebo vstávali opatrně, aby si nezpůsobili problémy*“. S tímto souvisí i poskytované podpůrné prostředky. Často mají senioři k dispozici již zmíněnou hůlku, berle, hole, chodítka a v některých případech i vozíky. Mimo to jsou samozřejmě upozorňováni i na to, aby nechodili mimo oddělení, pokud toho nejsou plně schopni nebo nemají doprovod. Bezpečnější se jeví možnost, aby seniorům zajistil někdo z personálu to, co mimo oddělení potřebují, kupříkladu koupit nějaké jídlo v kantýně. Mimo to je oddělení po celý den uzavřené, respektive jsou hlídány příchody a odchody z oddělení a jsou uzavřené dveře, i proto se senioři cítí bezpečně. Sociální pracovník č. 5 zmínil důležitý poznatek z hlediska bezpečnosti postelí: „*senioři vnímají postel jako své útočiště, kde se cítí opravdu bezpečně, jelikož mají kolem sebe své věci a často i zábrany, takže nemohou spadnout a často v posteli mají vše, co potřebují*“. Všichni sociální pracovníci uvedli, že senioři proto tráví v posteli téměř celý den. Svou roli v pocitu bezpečí má i neustálá přítomnost personálu na oddělení a vědomí toho, že „*když se něco stane, mohou ihned někoho přivolat, dnes už jsou zvonky u každé postele a tak mají senioři jistotu, že mohou zazvonit kdykoliv je to zapotřebí, avšak s určitou mírou*“ (Sociální pracovník č. 4). Většina seniorů se cítí bezpečně díky přítomnosti lékaře, což již bylo zmíněno. Lékař je pro seniory autorita a mají k němu často velkou úctu a respekt, přičemž věří, že jim dokáže vždy pomoci. Sociální pracovník č. 1 zmínil jako jediný ochranu v rámci bezpečnostních pravidel, která seniory chrání jak psychicky, tak i fyzicky, jelikož „*na základě jejich dodržování se seniorům nic nestane, tedy by se nemělo nic stát*“. Personál musí tato pravidla dodržovat a vést k tomu i seniory, jelikož je to nezbytná součást zajištění bezpečného chodu oddělení. K pravidlům oddělení patří i nutnost udržovat na oddělení čistotu, kdy je snaha, aby nebyli senioři vystaveni bakteriím, virům, možným infekcím z nečistot a podobně, důležité je „*aby nebyli senioři znechuceni špínou okolo sebe*“ (Sociální pracovník č. 2). Čistota může mít svůj podíl na bezpečnosti seniorů. Z rozhovorů vyplývá, že je to pro seniory méně důležité, než pro pečující pracovníky, ti se obecně více zaměřují na udržování čistoty, než senioři.

Všichni zmiňují, že pořádek musí být dodržován a je to správné. Dle sociálních pracovníků by se dal čas na úklid využít lépe, což již bylo částečně zmíněno. Sociální pracovníci samotní mohou eliminovat rizika zejména tak, že budou dodržovat pravidla na oddělení, upozorňovat na možná či již vzniklá nebezpečí, jak seniora, tak personál, být k dispozici pro zajištění pocitu jistoty, pokusit se informovat personál o strachu seniora, pokusit se příčiny strachu vyřešit a podobně.

KATEGORIE 6: Dotváření prostředí aneb snaha o přiblížení se domovu

KÓDY:

- senioři mají své osobní věci
- většina má svůj mobilní telefon a každý má možnost jeho půjčení
- fotografie rodiny a blízkých osob
- možnost vykonávat aktivity, které seniory baví
- barevnost a obrázky

Sociální pracovníci velmi hojně zmínili, že pro seniory je velmi důležitá možnost dotvořit si prostředí pokoje díky jejich osobním věcem, které senioři nejen potřebují, ale mohou díky nim vykonávat i aktivity, které je baví, což pocit bezpečí a jistoty navozuje také. Aktivity, které mohou senioři vykonávat, jsou různorodé, vše se odvíjí od jejich aktuálního stavu a nastavení mysli, samozřejmě osobních věcí, které s sebou na oddělení mají. Sociální pracovník č. 1 dokonce uvedl: „*osobní věci považuji za nejdůležitější součást pocitu bezpečí, jelikož díky nim se cítí více jako doma a domov je velmi často s bezpečím spojován*“. Osobní věci jsou velmi rozmanitou skupinou předmětů, kdy Sociální pracovník č. 5 zmínil: „*senioři mají s sebou všelijaké věci, velmi často mobilní telefon a fotografie svých blízkých, což je pro ně nejvíc*“. Je patrné, že díky mobilnímu telefonu se mohou senioři spojit s rodinou a ta jim může říci informace, které je potěší a často i uklidní, jelikož zjistí, že je doma vše v pořádku. Senioři, kteří mobilní telefon nemají, mohou požádat o jeho zapůjčení od sociálních pracovníků, případně mohou požádat, aby rodinu kontaktovaly a sdělily rodině, že senior něco potřebuje, aby se za ním někdo z rodiny zastavil a přinesl mu to, případně aby za ním přišli, protože se cítí sám a podobně. Velmi často musí sociální pracovníci rodinu kontaktovat několikrát, jelikož o seniory nejvíce zájem. V tomto kontextu zmínil Sociální pracovník č. 3 toto: „*je to těžké, rodina často za seniorem nechodí, tak potřebuje alespoň kontakt přes telefon, proto jim ho půjčujeme a snažíme se ten kontakt zprostředkovat*“.

K tomu pak doplnil: „často i rodinu i prosíme, aby seniora přišla navštívit“. Pokud rodina zájem nejeví, je to problematické, jelikož nejsou obeznámeni se zdravotním stavem seniora a v některých případech lékaře viní z toho, že jim nepomohli dostatečně. Sociální pracovníci se je proto snaží informovat o těchto záležitostech, často i o blízké smrti pacienta a dávají podněty k tomu, aby se přijeli alespoň rozloučit. Sociální pracovníci jsou v tomto případě zprostředkovatelé kontaktu a některých materiálních věcí, o které mohou rodinu požádat, aby je seniorovi přivezli. Samozřejmostí je poté respektování přítomnosti osobních věcí a vnímání jejich potenciálu, kdy mohou být kupříkladu předmětem komunikace. Mimo již zmíněné je prostředí dotvářeno barevnými obrázky, které si senioři často vystavují, případně si vystavují i fotografie rodinných příslušníků i jejich přátel. V některých případech se objevují i kresby, které vytváří senioři přímo na oddělení. Samozřejmě jsou pak součástí oddělení i obrazy, které jsou majetkem oddělení a jejich účelem je vytvořit alespoň částečně příjemné prostředí. Na stěnách jsou i barevné malby, kdy Sociální pracovník č. 4 uvedl toto: „senioři většinou chodí po chodbě a říkají, že se jim tam velmi líbí, že je to veselé, mnohdy to opakují několikrát za sebou a v některých případech nad malbami i rozmýšlí“. Barevnost prostředí a snaha o přiblížení se domovu díky osobním věcem jsou pro seniory podstatnou součástí pobytu, jelikož v příjemném prostředí, které je neděsí, se senioři cítí podstatně lépe a má to účinek na jejich proces uzdravení. V tomto kontextu mohou sociální pracovníci pro seniora udělat zejména to, že se zaslouží o výzdobu nebo si o ní se seniorem povídají, mohou mu zajistit nějaký příjemný obrázek k posteli, vystavit jim fotografie a podobně.

KATEGORIE 7: Psychická podpora aneb snaha o klid v duši

KÓDY:

- vše souvisí se vším
- pády a úrazy nejsou jediným nebezpečím
- strach z ošetření, operací a smrti
- psychika je velmi důležitá
- prostor pro vyjádření emocí
- senioři chtějí ochránit
- dodržování etického kodexu a lidských práv i svobod

Na geriatrickém oddělení je snaha o symbolické naplňování potřeby bezpečí, kdy Sociální pracovník č. 4 velmi vhodně uvedl: „*pády a úrazy nejsou jediným nebezpečím, tedy senioři jsou z jejich pohledu ohroženi kupříkladu operacemi, ošetřeními, odběry krve, pohybem, smrtí a dalšími nepříjemnými chvílemi*“. Strach, který je na oddělení všudypřítomný je důležité mírnit, respektive je nutné mu předcházet a zmírňovat jeho intenzitu. Toto obecně platí o emocionálních zátěžích, které na oddělení senioři zažívají. Nejproblematictější je na oddělení strach ze smrti, kdy smrt ohrožuje na geriatrickém oddělení ve své podstatě každého jedince, jelikož jejich stav je většinou velmi vážný a pokud není, může se kdykoliv zhoršit. Sociální pracovník č. 3 v tomto kontextu zmínil, že senioři chtějí před smrtí ochránit, kdy uvedl: „*personál je často svědkem smrti, kdy si ji senioři často uvědomují a chtějí zachránit, často volají o pomoc, a pokud není v silách personálu seniorovi pomoci, musí jej podpořit alespoň chycením za ruku, pohlazením, soucitným pohledem nebo uklidňujícím slovem, je to ale těžké*“. Vyžadování ochrany zmiňují i další sociální pracovníci, kdy se jedná kupříkladu o žádosti o podporu při bolestivém ošetření, převazech, podávání infuzí či léků, dále žádají pomoc či oporu při vstávání, cvičení, chůzi a podobně, kdy je zde propojeno jak fyzické, tak psychické bezpečí. Sociální pracovníci uvádí, že psychické bezpečí je v tomto případě důležitější, jelikož senior potřebuje spíše jistotu v tom, že je někdo přítomen. Pro bezpečí je samozřejmě důležitý personál, který předává seniorovi blízkost. Sociální pracovník č. 2 v tomto smyslu velmi vhodně poznamenal, že: „*všechno souvisí se vším a my musíme umět dobře kombinovat jak fyzickou, tak psychickou podporu*“. V rozhovorech vyšlo najevo, že senioři nejčastěji vyžadují ochranu od těch, kteří jim jsou více sympatičtí, cítí k nim náklonnost a důvěru, avšak bylo upozorněno na to, že ve velmi těžkých chvílích „*si nemohou vybírat a jsou vděční za kohokoliv*“ (Sociální pracovník č. 4). Zásadní je projevit zejména přítomnost, tedy vhodně a empaticky reagovat na vzniklé situace. Pocit bezpečí je zásadní také pro psychickou pohodu a proces uzdravování, kdy Sociální pracovník č. 5 zmínil: „*klid duše je základ, samozřejmě, že senioři se i u nás bojí, ale my jim musíme pomoci strach překonat a pokusit se je uklidnit v těžkých chvílích*“. Pro seniory má svůj význam bezpečný prostor pro sdílení jejich emocí, zejména pokud je něco tíží a potřebují si o tom s někým promluvit. V takovém případě je nutné pokusit se o zajištění soukromí, což je v nemocničním prostředí složitější. Pokud je senior mobilní, je možné s ním jít na procházku po chodbě, případně si tam sednout na lavičku nebo zajít do jídelny. Často musí probíhat rozhovory v pokoji, kde je soukromí zajištěno hůře, pokud jsou přítomni ostatní pacienti. Sociální pracovník č. 2 v tomto kontextu s úsměvem uvedl: „*je dobré, když ostatní senioři hůře slyší, pak je zajištění soukromí lepší*“. Důležité je především aktivní naslouchání.

Dále opakování sdělení, přijetí názorů a různých pohledů na věc, diskuse o daných možnostech a podobně. Neméně důležitá jsou různorodá sdělení směrem k seniorům, respektive předávání informací. Sociální pracovník č. 1 uvedl: „*informace musíme předávat neustále, zejména o zdravotním stavu a o tom, co se seniorem bude dál, bez toho to nejde*“. Lze říci, že v symbolické rovině jsou senioři chráněni dodržováním etického kodexu, kdy je nutno k jedincům přistupovat v rámci daných pravidel, stejně tak jsou senioři chráněni lidskými právy a svobodami, což nelze opomíjet a za nedodržování těchto předpisů by byl personál sankcionován. V rámci nemocničních zařízení se toto objevovat může. Všichni sociální pracovníci uvedli, že je to spíše výjimečné a na odděleních, na kterých pracují či pracovali, se toto nikdy nestalo.

KATEGORIE 8: Snaha o zajištění psychického bezpečí

SUBKATEGORIE 1: Projevy náklonnosti vedoucí k pocitu bezpečí aneb zdroje emocí

KÓDY:

- vnímavost a pozornost
- vlídné chování, empatie a důvěra
- individuální přístup
- podpurná slova
- chybí jim blízké osoby
- blízkost ostatních pacientů

Sociální pracovníci hojně uváděli, že pro seniory musí být zejména oporou a vyjadřovat jim náklonnost, a to především ve chvílích, kdy u nich nemůže být jejich rodina či jiné blízké osoby. Tyto osoby jim samozřejmě chybí a necítí se bez nich v prvních chvílích bezpečně, jelikož jsou na ně zvyklí, musí se nejprve adaptovat na personál oddělení a přivyknout celému prostředí. Senioři potřebují mít pocit, že o ně někdo stojí, a že na nich někomu záleží, jelikož jim tyto pocity zajišťují jistotu vhodné péče a dávají prostor pro jejich prosby a vyjadřování potřeb. Dle Sociálního pracovníka č. 3 potřebují senioři pocítovat zejména blízkost, k čemuž zmínil: „*pocit blízkosti musí být fyzický i psychický, protože díky tomu se pak cítí bezpečněji*“. Zásadní je dle Sociálního pracovníka č. 5 „*vnímání a pozornost, musíme mít tedy dobré pozorovací schopnosti a umět vycítit, co je v dané chvíli potřeba, pokud si o to senior sám neřekne*“. Pro seniory jsou důležité především neverbální projevy komunikace, zejména mimika a gestikulace. Obecně jsou senioři k tomuto citlivější a pečující se tím musí řídit.

Dle Sociálního pracovníka č. 4 je pro seniory důležitý úsměv, jelikož „*úsměv nestojí nic a přináší mnoho, často slycháme, že když se někdo usmívá, tak je to rozjasnění dne*“. K tomu dodává Sociální pracovník č. 2, že senioři mají rádi dotek, který „*je pro ně příjemný, tudíž ocení chycení za ruku, poplácání, pohlazení, podpůrné stisknutí ruky a tak*“. Dotek navozuje pocit bezpečí, zejména v těžkých chvílích, jelikož vyjadřuje podporu. V rámci gest jsou důležité vhodné projevy, kdy Sociální pracovník č. 1 popsal: „*gesta musí být zejména jasně pochopitelná, dobré je kupříkladu palec nahoru, zatleskání, projevení radosti ve formě zvednutých rukou a podobně*“. I toto má svůj efekt pro jistotu, protože senioři se utvrzují v tom, že věcem dobře rozumí, navíc jim je dáována podpora. Komunikace by se neměla objevovat bez vlídného chování a dostatku empatie, jelikož to napomáhá vytvořit bezpečné prostředí pro komunikaci. Mezi seniorem a personálem musí panovat důvěra. Bez důvěry se senioři necítí bezpečně a nemohou se plně otevřít a sdělovat své problémy. Mimo personál mají svůj podíl na pocitu bezpečí i ostatní pacienti, se kterými se mohou vzájemně podporovat, po čase se z některých z nich stanou i přátelé a mají mezi sebou dobré vazby. Dle Sociálního pracovníka č. 4 je blízkost ostatních pacientů základem pro pocit bezpečí, tedy: „*pokud si senioři navzájem nevěří a necítí se spolu dobře, tak je těžké celkové bezpečí navozovat jinak, pak je to spíše o ujišťování, že se nic nestane, ačkoliv mnohdy víme, že stane, je to těžké, vlastně jim trochu lžeme, ale neříkáme jim, že brzy zemřou, to ničemu nepomůže, většinou to ví jen rodina, co se přijede rozloučit, když to stihne*“. Podpora slovem je taky součástí zajištění bezpečí. Zásadní je neustále dávat naději na to, že budou věci dobré, respektive „*pocit bezpečí je propojen s nadějí, protože bez naděje se necítí nikdo bezpečně ani jistě a je to základ pro život*“ (Sociální pracovník č. 1). Výše uvedené platí pro všechny osoby, které přijdou se seniorem do styku, jelikož každý, kdo na oddělení pracuje, by měl vnímat nelehkou situaci seniorů, být k ní citlivý a snažit se ji alespoň částečně zlepšit svým přístupem.

SUBKATEGORIE 2: Informovanost aneb sdělování má pro pocit bezpečí značný význam

KÓDY:

- senioři potřebují informace
- chtějí vše vědět, i když to brzy zapomenou
- většinou se ptají a chtějí vysvětlení
- musíme jim dávat podněty
- zprávy z domova

Ze všech rozhovorů vyplynulo, že senioři potřebují informace zejména pro pocit jistoty. Lze říci, že ve chvílích, kdy mají dostatek informací, jsou viditelně spokojenější, musí se jednat o dostatečně jasné a srozumitelné informace, které seniorovi poskytnou vhled do problematiky. Důležitá je kvantita informací, respektive jejich přiměřenost, není dobré seniory příliš zatěžovat maličkostmi, pokud si o ně sami neřeknou. Vždy je vhodné, aby dokázal personál vybrat nejdůležitější body a ty opakovat. Zejména v případě, že se senior po nějaké době dotazuje znovu. Sociální pracovník č. 1 výše zmíněné popsal takto „*informace musí dostávat každý a to o různých věcech, protože seniora tzv. udržují v dění a má pocit, že má možnost do situací nějak zasáhnout*“, k čemuž lze připojit tato slova: „*když senior nemá informace, tak je to pro něj stresující a dožaduje se jich, ačkoliv informace často zapomenou, chtějí věci vědět, alespoň pro daný moment a cítit jistotu, že vědí, co se děje a co se bude dít*“ (Sociální pracovník č. 3). Zásadní jsou pro seniory informace o jejich zdravotním stavu, dále o rodině a o tom, jak bez nich samotných funguje domácnost. Chtějí informace o tom, jakou mají prognózu do budoucna a většinou chtějí informace o tom, jak se bude jejich situace vyvíjet dál, případně jaké oblasti jejich života budou pravděpodobně ovlivněny. Senioři potřebují informace nejen o tom, co se děje na oddělení, ale i o tom, co se děje mimo něj, proto velmi často telefonují rodinám a svým blízkým, případně žádají o informace zprostředkované. Velmi často se personálu senioři ptají na různé dotazy, kdy Sociální pracovník č. 5 uvedl: „*musíme jim na dotazy neustále odpovídat, protože když jim neodpovíme, považují to za neslušné, což musím říci, že to neslušné je, a rozhodně to není pro jejich stav dobře, aby byli v nejistotě*“. S tímto souvisí i neustálé vysvětlování, přičemž „*vysvětlování má obrovský význam zejména před, ale i při a po zákrocích či podávání léků*“ (Sociální pracovník č. 1). Senioři poměrně hojně vyžadují slovní komentování toho, co se jim právě děje a proč je to nutné vykonávat. Personál musí být trpělivý a teoreticky popsat alespoň základní úkony. Nejen takové informace jsou potřeba, senioři potřebují i další podněty, kdy Sociální pracovník č. 4 zmínil: „*musíme jim dávat podněty, aby se chtěli rozvíjet, musíme jim předat nějaké informace, aby projevíli další zájem, a musíme je neustále aktivizovat, kupříkladu tím, že jim přineseme knihu, půjčíme jim nějaké časopisy a další zajímavé podklady, kde mohou načerpat inspiraci*“. Snahou personálu je, aby senioři vnímali zpravodajství, jelikož jim pomůže orientovat se v událostech v republice i ve světě, čas od času s nimi o tom hovoří, což dokládá výrok Sociálního pracovníka č. 3: „*zprávy, to je čas od času samostatné téma rozhovoru, nejde jen o to, kdo a jak to říká, ale i o samotný obsah, někteří senioři o tom s námi chtějí diskutovat, pokud je čas, snažím se o tom s nimi hovořit i já, často je to však zmíněno jen okrajově*“. Obecně je televize zásadním zdrojem informací.

Senioři v ní mohou sledovat různé programy. Velmi často jsou pak střety o to, jaký program bude sledován, jelikož na pokoji pobývají nejčastěji tři pacienti a každý může mít jiný vkus a zajímá ho něco jiného. Úkolem personálu bývá i rozsouzení těchto sporů tím, že kupříkladu vybere program jedinec sám či udělí ovladač „*nejschopnějšímu z pokoje*“ (Sociální pracovník č. 2). Televizi je možné vnímat jako jeden ze socializačních prostředků, stejně jako rádio, telefon a další komunikační média. Z rozhovorů zřetelně vyplývá, že úkolem sociálních pracovníků je zejména předávání informací. Ty musí předávat každý na oddělení, případně odkázat na někoho, kdo seniorům dané informace může poskytnout.

KATEGORIE 9: Adaptace na nové prostředí aneb doma je bezpečně jinak

KÓDY:

- získání důvěry
- poznamenání onemocněním
- adaptace na okolí
- seznámení s režimem a pravidly
- bojí se i u nás
- doma je to samozřejmě jiné

Senioři přichází do nemocničního prostředí většinou ze své domácnosti, respektive domu či bytu, ale mohou přicházet i z domovů pro seniory i jiných zařízení. Bezpečnost mají ve svém přirozeném prostředí zabezpečeno různě, avšak obecně je domov propojován s bezpečím, pokud jedinec není v domácnosti nějak ohrožen, kupříkladu týráním, zneužíváním, zanedbáváním a podobně. Sociální pracovník č. 1 uvedl: „*senioři přichází do nemocničního prostředí většinou neradi, jelikož doma mají svoje prostředí rádi a navíc k nám zprvu nemají žádnou důvěru*“. Získávání důvěry mezi seniory a personálem je zásadní, jelikož bez vzájemné důvěry nemůže být bezpečné prostředí zajištěno. Důležitá je i důvěra mezi seniory navzájem, jelikož společně tráví většinu dne. Důvěru musí senioři získat i v prostředí, do kterého přichází, celkově se musí adaptovat na nové okolí a vytvořit si v něm své bezpečí, čemuž kupříkladu napomáhají věci přinesené z domova, jak již bylo zmíněno. „*Senioři jsou velmi poznamenáni svým onemocněním, kvůli kterému přichází do nemocnice, ale i přidruženým onemocněním*“ (Sociální pracovník č. 4). Onemocnění má svůj podíl na tom, aby se senioři cítili bezpečně, jelikož obecně nemocný jedinec má z dané situace obavy. Senioři pak o to více, jelikož si jsou většinou dobře vědomi blízkosti jejich smrti.

Sociální pracovník č. 5 v tomto smyslu poznamenal: „*strach z toho, co přinese onemocnění je patrný doma i u nás, ale myslím si, že u nás se cítí lépe, kvůli přítomnosti personálu, zejména lékařů, doma ta péče není tak profesionální*“. Na druhé straně uvedl Sociální pracovník č. 2 toto: „*doma mají senioři svůj standard a cítí se tam jistě dobře, jsou ve svém přirozeném prostředí a doma se prostě člověk cítí bezpečně*“ k tomu také dodal: *když je senior nemocný, může se bát nějakého úrazu nebo toho, že nebude někdo poblíž, když bude potřebovat, ale doma je prostě doma*“. Zřejmé je, že v nemocničním prostředí mají senioři profesionální péči, ale na druhé straně jsou doma ve svém přirozeném prostředí a mají vše „*nachozené*“ (Sociální pracovník č. 5). Zásadní je zmínit, že někteří senioři se bojí všude, doma i v nemocničním prostředí. „*Senioři se bojí i u nás, i přes to, že jim poskytujeme všechno, co můžeme a nemají důvod se bát*“ (Sociální pracovník č. 4). Svou roli má v zajištění bezpečí a pocitu jistoty denní režim, který je na oddělení zaveden a pravidla, která je potřebné dodržovat. Po příchodu na oddělení je toto jedna z prvních věcí, se kterými se senioři seznamují. „*Denní režim pomáhá seniorům udržovat tempo a vědí, že v daný moment přichází stejné věci periodicky*“ (Sociální pracovník č. 3). Z rozhovorů vyplývá, že v domácím prostředí je to jiné a to z různých hledisek. Zásadní je samozřejmě fakt, že v domácnosti jsou blízcí lidé, kdežto na osoby pracující na oddělení si musí senioři postupně zvyknout. Svou důležitost má známost domácího prostředí a neznámost nemocničního, jak již bylo zmíněno, senioři si musí na nové prostory zvyknout a pokusit se je alespoň částečně zdomácnit. Pro pocit bezpečí a jistoty mohou sociální pracovníci zajistit to, že seniorům pomáhají s tím, co bude po odchodu z nemocnice. Na toto se senioři velmi fixují a pomáhá jim to věřit, že mají naději na uzdravení. V tomto smyslu lze hovořit o plánování, které má pro seniora zásadní význam, je nutné říci, že mnoho seniorů žije ze dne na den a více nevnímají. Zásadní pro seniory vždy zůstává, že se mají kam vrátit. V tomto smyslu se sociální pracovníci snaží o to, aby se senior primárně vrátil do domácího prostředí, kdy mohou zprostředkovat kontakty na instituce, které poskytují domácí péči, rozváží obědy a podobně. Pokud toto není možné, zajišťují kontakty na domovy pro seniory a další instituce, často domlouvají schůzky s kompetentní osobou z daného zařízení, aby za seniory přišla do nemocnice a probrala s nimi danou situaci. V případě, že není možné osobní setkání, je zprostředkován alespoň kontakt telefonický.

DVO3: Jakým způsobem jsou seniorům na geriatrickém oddělení naplňovány sociální potřeby z pohledu sociálních pracovníků?

KATEGORIE 10: Aby byl senior socializován a necítil se sám

KÓDY:

- nezbytnost mluvení a kontakt
- představení se a představení okolí
- (ne)osamělost v okolí dalších osob
- pozitivní podněty
- vyjádření (ne)spokojenosti
- naslouchání a pochopení
- touhy a přání

Z rozhovorů jasně vyplynulo, že komunikace je v rámci sociálních potřeb nezbytná, jelikož díky ní probíhá mnoho sociálních interakcí. Seniori musí být socializováni i na geriatrickém oddělení, jelikož tento proces nelze přerušit. Je také vhodné jej podpořit. Vše je samozřejmě o kontaktu a komunikaci, jak mezi seniory navzájem, tak mezi seniorem a pracovníkem, tak mezi pracovníky navzájem. Na počátku je nutné se seniorovi představit, měli by se mu představit všichni pracovníci a také musí být on představen ostatním pacientům, mimo to by měl být také seznámen s okolním prostředím, aby se rychleji adaptoval. Velmi důležité je, aby se v neznámém prostředí necítil sám. Je samozřejmostí, že jsou kolem něj lidé, i v takové situaci se mohou seniori cítit z mnoha důvodů osamělí. Pro seniory je většinou důležitá zejména komunikace, kdy Sociální pracovník č. 2 uvádí: *„senioři potřebují mluvit o svých problémech, o radostech, ale i o běžných věcech, často potřebují přijímat informace a potřebují neverbální komunikaci, ta je i důležitější“*. V tomto kontextu je vhodné zmínit, že seniori potřebují prostor pro vyjádření tužeb a přání, mnohdy jsou vyjádřeny skrytě a pečující osoby musí být velmi pozorní, naslouchat a vše dobře pochopit. Seniori potřebují prostor pro vyjádření (ne)spokojenosti s tím, co se jim děje. *„Spokojení seniori se přirozeně poslouchají lépe, ale musíme je vyslechnout vždy, a naopak nespokojené o to pozorněji, abychom jim mohli pomoci ke spokojenosti, určitě je nemůžeme odbýt, i když, taky se to stane, když na to není čas, bohužel“* (Sociální pracovník č. 1). Mimo to je důležitý i kontakt s ostatními lidmi v rámci pocitů sounáležitosti, tedy náležení k nějaké skupině, která jej přijímá takového jaký je. Důležité je tedy zcela bezpodmínečné přijetí. *„Člověk nemůže být dlouho sám, potřebuje kolem sebe lidi, se kterými je propojen“* (Sociální pracovník č. 5).

Je zřejmé, že senioři, co žijí v domácnosti osamocně, jsou na geriatrickém oddělení raději, jelikož se zde mohou socializovat. Zásadní je, aby seniorovi někdo prokazoval, že ho má rád, kdy na geriatrickém oddělení je snaha vysílat pozitivní podněty a pozitivní naladění. „*Samozřejmě, že se najdou i osoby, které na seniory nejsou hodné nebo jsou i hrubší, a to z jakéhokoliv důvodu, ale nemělo by se to stávat*“ (Sociální pracovník č. 3). Potřebu lásky, která je jednou ze sociálních potřeb, více vyjadřuje rodina, tedy alespoň částečně, kdy jim na seniorovi mnohdy nezáleží, ale senior oceňuje jakýkoliv kontakt s nimi a myslí si, že ho mají rádi, ačkoliv to nedávají příliš najevo. Podstatný je pro kontakt s rodinou zejména mobilní telefon. „*Rodina se seniory často pouze telefonuje, pro seniory je pak mnoho i to, když si rodina přijede pro peníze, oni to vnímají tak, že je alespoň vidí a chvíli si s nimi popovídají*“ (Sociální pracovník č. 4). Jsou i rodiny, které se starají a navštěvují seniora pravidelně a tráví s nimi dostatek času. Všichni sociální pracovníci jasně uváděli, že senior nepotřebuje mnoho kontaktů, spíše potřebuje kvalitní kontakty, které mu přinesou to, co v danou chvíli potřebují. „*Svou roli hraje i to, aby si senior s někým tzv. sednul a cítil díky tomu určitý komfort a blízkost, to přinese určitou útechu, uklidnění, podporu a další věci, které každý potřebuje*“ (Sociální pracovník č. 2). Senioři potřebují vnímat vstřícnost a soucítění, respektive pochopení jejich situace a přijetí jejich potřeb a přání. Toto si většinou naplňují senioři navzájem, kdy si společně povídají o svých problémech a o tom, co by potřebovali změnit, následně to samozřejmě řeší i s pečujícími pracovníky, kteří jsou více kompetentní jim pomoci. Vše se odvíjí od potřeb daného seniora, kdy komunikace a sociální kontakt jsou samozřejmě nezbytností, nemůže být jejich kvantitou senior omezován a obtěžován. Seniors nelze do komunikace a obecně do kontaktu nutit násilím, neměli by se ani dlouze přesvědčovat, nemělo by jim být přikazováno, je vhodné je pozitivně motivovat a různými způsoby aktivizovat. Obě strany by měly být schopny vycítit nepříjemnost rozhovoru a včas jej ukončit, případně žádný nezačínat, pokud je vidět, že by rozhovor nepřinesl žádné výsledky či by přinesl výsledky negativní. „*Musíme umět zajistit to, aby se senior necítil sám, zejména ve chvíli, kdy je okolo mnoho lidí, ale na druhé straně se musí respektovat jeho soukromí a ochota či neochota komunikovat, tedy pokud to není nezbytně nutné, určitě musíme trochu naléhat a snažit se, aby s námi senior komunikovat chtěl, někdy slíbíme i nějakou dobrotu*“ (Sociální pracovník č. 1). K seniorům je částečně přistupováno jako k dětem, pokud je tento přístup účinný je jistě možné jej využívat, zejména u osob se sníženými rozumovými schopnostmi, které se na geriatrickém oddělení objevují.

KATEGORIE 11: Komunikace jako zdroj emocí i informací aneb komunikace je základ

SUBKATEGORIE 1: Emoce a jejich role v procesu uzdravování aneb sycení emocemi

KÓDY:

- bezpodmínečné přijetí
- vyjádření sympatií, nikdy antipatií
- uznání a respekt
- vzájemná důvěra
- smutek a strach
- radost
- vztek a agrese
- zmatenost, nedostatečné porozumění

Jedna ze sociálních potřeb je potřeba lásky, kterou lze v přeneseném slova smyslu vnímat jako potřebu, aby někdo někomu vyjadřoval náklonnost, což samozřejmě mohou dělat i pečující pracovníci na geriatrickém oddělení. Je samozřejmě nutné, aby byla udržena určitá profesionalita, avšak na tomto oddělení je nutná lidskost, což již bylo několikrát zmíněno. Sociální pracovník č. 1 v tomto smyslu uvedl: *„určitě můžeme vyjadřovat, že je nám někdo sympatický, je to dokonce žádoucí, protože je práce s takovou osobou lepší, nikdy nemůžeme vyjadřovat antipatie, respektive, neměli bychom, ale stane se to“*. V tomto se shodují všichni sociální pracovníci. Mezi personálem a seniory by měla panovat vzájemná úcta, respekt a důvěra. Personál by měl projevovat uznání za snahu seniora, kdy Sociální pracovník č. 5 zmínil: *„senioři potřebují podpořit v tom, co dělají dobře a v tom, co se jim daří, vhodné je chválit i za hlouposti, jako je třeba dojedeny oběd, protože je to podnítí k tomu jíst i další jídla“*. Senioři z tohoto mají většinou radost a jsou motivováni cítit opět totéž, proto se snaží vykonávat i další aktivity tak, aby byli chváleni a podporováni. Na druhé straně se u seniorů velmi často objevují pocity smutku, zejména proto, že nemohou být se svou rodinou, *„velmi se jim stýská a chtěli by od své rodiny projevy lásky“*. (Sociální pracovník č. 3). Smutek je patrný i z dalších důvodů, kupříkladu proto, že senioři nemají na oddělení, co dělat, nic je nebaví, chtěli by být v domácím prostředí, chtěli by vykonávat to, co dříve, mají bolesti a podobně. *„Někteří senioři jsou také smutní proto, že z našeho oddělení nechťejí, často se jim pak přitíží, většinou se to stává, když jdou do domova pro seniory, když jdou domů, jsou smutní méně“* (Sociální pracovník č. 2). Mnoho ze seniorů prožívá strach, což je zcela přirozené vzhledem k jejich onemocnění a neznámému prostředí, ve kterém se nachází.

Někteří senioři se také stydí mluvit o svých problémech a mají strach se někomu svěřit. Sociální pracovníci mohou v tomto směru seniorům neustále připomínat, že jsou zde pro ně a mohou jim říci cokoli, stejně tak jako komukoli na oddělení. Vždy je snaha seniorům vyhovět, jelikož je primárním zájmem spokojenost seniorů a jejich uzdravení, respektive alespoň zlepšení jejich zdravotního stavu. Sociální pracovník č. 4 uvedl: *„někdy dochází k nedorozuměním a zmatenosti, nejen seniorů, ale i personálu, musíme si na to dávat pozor; abychom si dobře rozuměli, vše je potřeba opakovat a odcházet z rozhovoru s jistotou“*. Toto se neděje vždy, zejména je toto problematické v případě, že personál nemá na komunikaci dostatek času. V některých případech se objevuje agrese a vztek, které pramení z diagnózy a prognózy pacienta, *„senioři jsou někdy naštvaní, protože jim řekneme nepříjemnou zprávu, často se to týká zhoršení jejich stavu, nemožnosti provést nějaký zákrok nebo, že nemohou jít ještě domů“* (Sociální pracovník č. 5), také se stává, že jsou agresivní vzhledem ke svému onemocnění, případně jsou agresivní kvůli bolestem a podobně. V těchto případech je často kombinován vztek a smutek. Senioři mají dostatečný prostor pro vyjádření svých emocí, a to pozitivních i negativních. Na druhé straně toto vyjadřování musí být v jistých mezích, musí být seniorům udány hranice. Stejně tak, jako mohou vyjadřovat emoce senioři, musí jim je dostatečně projevovat i personál. Nejčastěji by měly být vyjadřovány pozitivní emoce, avšak v některých případech je nutné využít i negativní emoce, jelikož pomohou v procesu uzdravování. Toto se objevuje kupříkladu, když si senior vědomě ubližuje, nejí, nepije, nechce se mýt a udržovat čistotu, nespolupracuje při převazech, polohování, nepřijímá léky, vytrhává si infuze a podobně. *„Někdy senioři zlobí, tedy nejsou na nás hodní, a my je musíme trochu usměrnit, čas od času musíme zvýšit hlas nebo je pokárat, ale vždy v dobrém úmyslu“* (Sociální pracovník č. 1), k tomuto lze uvést informaci, kterou poznamenal Sociální pracovník č. 4: *„určitě se nám stane, že senioři na nás křičí, někdy jsou dokonce sprostí, to musíme řešit s chladnou hlavou a trpělivostí, určitě musíme rázně zakročit, že takto se chovat nelze“*. Role emocí má svůj podstatný význam, kdy pozitivní, ale i negativní emoce mohou seniora motivovat v procesu uzdravování a pomohou mu uvědomit si, co dělá špatně a co naopak správně. Více by se mělo upozorňovat na to, co je dobré, jak již bylo zmíněno, v některých případech to není možné. Pečující pracovníci musí volit vhodná slova a prostředky, jak na negativní chování upozorňovat. *„Rozhodně nemůžeme mluvit sprostě nebo nějak výrazně ječet, to by ničemu nepomohlo a narušili bychom si se seniory vztah“* (Sociální pracovník č. 3). Z rozhovorů plyne, že by vše mělo probíhat klidně, avšak důrazně.

SUBKATEGORIE 2: (Ne)zájem o informace a jejich (ne)důležitost

KÓDY:

- potřeba získávání informací
- zájem o informace a zajímavosti
- jistota vzhledem k informacím o vlastním zdravotním stavu
- projevování zájmu o dění v domácnosti
- někteří nic vědět nechtějí
- rezignace a otupělost
- neustálé opakování a připomínání
- srozumitelnost informací
- nedostatek času na sdělení

Informovanost a tedy i proces získávání informací je jedna ze zásadních sociálních potřeb, kterou senioři mají. Tento fakt jasně vyplynul ze všech rozhovorů, kdy sociální pracovníci považují dostatek informací jako základ pro socializaci. Sociální pracovník č. 3 v tomto kontextu zmínil: *„většina seniorů o informace zájem jeví poměrně značně a chce se dovídat také nové zajímavosti“*. Oproti tomu uvedl Sociální pracovník č. 4: *„někteří senioři zájem o informace nejeví a nic tedy vědět nechtějí, jsou spíše apatičtí a nic je nezajímá, jen leží a nic nedělají“*. Toto je zřejmé zejména u osamocených seniorů, u kterých je častěji patrná rezignace a částečně i otupělost k dalším sociálním stykům, což uvádí kupříkladu Sociální pracovník č. 2: *„senioři, kteří jsou delší dobu samotní, tak si na to většinou tolik zvyknou, že již nechtějí nic vědět ani nemají velký zájem o to, co se děje, informace tak pro ně nemají žádnou hodnotu“*. I takovým seniorům je vhodné informace poskytovat. Vhodné je nejen těmto seniorům, vše důležité opakovat a připomínat. Neméně důležité je dbát i na srozumitelnost předávaných a přijímaných informací. Vždy musí být vše dobře vysvětleno a personál musí odcházet s jistotou, že chápe, co mu senior chtěl sdělit. Nejčastěji žádají senioři informace o svém zdravotním stavu, jelikož jim dávají jistotu, že vědí, co se s nimi stane, respektive vědí, co mohou očekávat. Informace jsou základ pro správnost rozhodování o své vlastní osobě. Ve chvílích, kdy jsou senioři dobře informovaní, mohou lépe rozvážit všechny možnosti a aktivněji se zapojit do diskusí. Dále se senioři zajímají o dění ve své domácnosti, *„chtějí vědět, co se děje doma a jak to tam bez nich zvládají“* (Sociální pracovník č. 5). Informace si zjišťují samostatně přes svůj mobilní telefon či přes telefon sociálních pracovníků. Mohou je zprostředkovat i sami sociální pracovníci.

Zásadní jsou pak osobní kontakty, „někdy to samozřejmě nejde, aby se se seniorem jeho blízcí sešli, zejména teď, když je pandemie, nebo když jsou chřipkové epidemie a takovéto věci, pak taky když nemají čas nebo se jim nechce, což je častější“ (Sociální pracovníci č. 1). Nedostatek času na sdělení, respektive na komunikaci obecně tíží nejen rodiny, ale i personál. U rodinných příslušníků je to spíše o tom, zda si čas udělat chtějí, naopak u personálu je to spíše o tom, co jim dovolí jejich povinnosti. Je nutné, aby si jedinci čas na svou práci dobře rozplánovali a měli časovou rezervu, nejen pro neočekávané situace, ale mimo to na již zmiňovanou komunikaci. V tomto směru mohou sociální pracovníci vyčlenit více času, než ošetrovatelský personál. Přesto Sociální pracovník č. 4 uvedl: „ačkoliv se snažíme se seniory mluvit, co nejvíce to jde, pořád jsme zahlceni mnoha dokumenty a na povídání není tolik času, kolik bychom si představovali“.

KATEGORIE 12: (Ne)sounáležitost s ostatními aneb touha (ne)být sám

KÓDY:

- ostatní pacienti a jejich blízkost
- skupina personálu
- ztotožnění se s druhými
- samotáři a izolace
- většinový zájem o kontakt a touha někam patřit
- vzájemné naplňování
- přátelství a citové vazby

Další důležitou sociální potřebou je sounáležitost se skupinou. V nemocničním prostředí to mohou být v zásadě dvě skupiny, konkrétně skupina pacientů a personálu. Jak uvádí Sociální pracovník č. 4: „pro seniory jsou důležití pacienti i personál, avšak pro každého má jedna skupina většinou větší váhu a k té skupině pak inklinují, často se také cítí její součástí“. Pro seniory mohou být obě skupiny vztažné, nemusí patřit ani do jedné a pouze k ní vzhlíží. Ačkoliv se senioři nemusí cítit součástí skupiny s ostatními pacienty, tak do ní patří a jejich blízkost je patrná, zejména v rámci jednotlivých pokojů. S těmito pacienty se také často ztotožňují. „Pacienti v rámci pokoje jsou si většinou podobní, jelikož se snažíme přijímat na stejný pokoj pacienty se stejnými problémy, také jsou společně pouze ženy nebo muži“ (Sociální pracovník č. 2). K tomuto Sociální pracovník č. 5 zmínil: „ztotožnění s ostatními je zejména ve chvíli, kdy se druhému přitíží nebo zemře, pak se více bojí, že se jim stane totéž“.

Samozřejmě, že se senioři někdy cítí být více spojeni s personálem, zejména proto, že s ním mají lepší vztahy. „*Personál pro seniory může znamenat mnoho a může se s ním identifikovat, kupříkladu z důvodu charakterových podobností, nebo i proto, že v mládí vykonávali stejnou pracovní pozici či by ji chtěli vykonávat*“ (Sociální pracovník č. 4). Senioři si potřebu sounáležitosti naplňují navzájem, anebo mu ji naplňuje personál. V rámci tohoto naplňování mohou vznikat vzájemné hlubší vazby, zejména přátelské, čas od času i partnerské. Mezi personálem a seniory mohou při delším pobytu vzniknout přátelské vazby také. „*Senioři si s některými osobami dobře sednou a jsou za to velmi rádi, pak je péče samozřejmě příjemnější*“ (Sociální pracovník č. 3). Obecně je ze strany seniorů o kontakt spíše zájem, avšak najdou se na oddělení i samotáři, kteří o kontakt nestojí a nestojí ani o členství v nějaké skupině. Tyto osoby jsou spíše izolované a nechtějí se zapojovat do dění, často jsou věčně nespokojení s péčí o ně, naopak jim velmi vyhovuje, když si jich nikdo nevšímá. Někteří také o kontakt stojí, avšak nedostává se jim, respektive „*nesednou si s ostatními, nemají si s nimi o čem povídat a jsou z toho i smutní*“ (Sociální pracovník č. 1). V takových případech potřebují senioři podporu od personálu, aby se necítily špatně a neupadli do depresí. Pokud je to možné, může personál seniora přemístit na jiný pokoj, kde se bude cítit lépe.

KATEGORIE 13: Proměna sociálních potřeb v nemocničním prostředí

KÓDY:

- nová role pacienta
- opora v těžkých chvílích spojených nejen s onemocněním
- pozitivní motivace a podněcování
- projevování zájmu
- neustálý kontakt
- (ne)dostatek soukromí
- rodina zde chybí
- nutnost spokojit se s blízkostí personálu

Z rozhovorů vyplývá, že senioři do nemocnice přichází ovlivněni svým onemocněním, které je již natolik vážné, že vyžaduje hospitalizaci. V nemocničním prostředí se nemění role zdravého na nemocného, jelikož již jsou nemocní většinou delší čas. Dostávají se do role pacienta, která je samozřejmě specifická a přináší s sebou nové situace. Při přechodu do nemocničního prostředí je samozřejmě snaha být pro seniory oporou, jelikož si pečující pracovníci uvědomují náročnost situace, zejména z psychického, ale i sociálního hlediska.

V tomto kontextu poznamenal Sociální pracovník č. 5 toto: „někdy je to těžké seniorovi pomoci, protože pomoc mnohdy odmítá a je na nás naštvaný, ačkoliv za to nemůžeme, že se zde ocitl a chceme, aby se u nás měl dobře“. Nejen na počátku, ale i v celém procesu léčby je nutná pozitivní motivace a podněcování, jelikož bez toho to nelze. „My musíme dělat všechno proto, aby senioři od nás cítili zájem, pak s námi chtějí spolupracovat a postupně si na nás zvyknou“ (Sociální pracovník č. 2). Senioři jsou často odkázáni na personál, jelikož blízcí nejsou většinou přítomni, proto si k personálu musí senioři vybudovat určitý vztah. Tento vztah by měl být založen zejména na vzájemné důvěře a respektu, což je v některých případech problematické, jelikož senioři na počátku vyjadřují směrem k personálu značné antipatie, jsou na ně i hrubí, čas od času i agresivní. Sociální pracovník č. 1 uvedl: „rodina zde samozřejmě chybí a senioři se tak mohou cítit osamělí, ačkoliv mají okolo sebe mnoho osob“. Oproti domácímu prostředí si senioři musí zvyknout na neustálý kontakt s ostatními lidmi, jelikož pacienti jsou přítomni všude, zejména v pokoji. Stejně je zde značné množství personálu. „Komunikace a kontakt je samozřejmě nezbytná, ale musíme být opatrní k tomu, aby bylo zajištěno dostatečné soukromí a nebylo to přehnané“ (Sociální pracovník č. 3). Soukromí je problematické, to již bylo zmíněno. Senioři si na jeho nedostatek musí částečně zvyknout, jelikož je v prostředí oddělení omezeno, na druhé straně je snaha o jeho zajištění v omezených podmínkách. Problematické je to, že senioři jsou obklopeni lidmi, které na počátku neznají a musí se spokojit s blízkostí osob, které pro ně na počátku nejsou blízké. Pro některé seniory není personál blízký nikdy, záleží na vzájemné sympatii. Od personálu nemůže senior očekávat projevy lásky ve formě intimnějších kontaktů, což od rodiny požadovat mohou, avšak často ani nemusí. „Senioři určitě potřebují lásku a projevy náklonnosti, což my se snažíme v určitých hranicích poskytovat“ (Sociální pracovník č. 2). K tomuto doplnil Sociální pracovník č. 1: „na jednu stranu musíme ty hranice posouvat, zejména při umírání, jelikož tam už není nic důležitějšího, než být v tu chvíli s ním“. Vše se odvíjí od konkrétní situace, kdy je patrné, že sociální potřeby jsou v nemocničním prostředí jiné a proměňují se. Kupříkladu potřeba informovanosti, jelikož v domácím prostředí není tolik patrná, kdy se senioři více dožadují informací z domova a o zdravotním stavu. Je rozdíl také v tom, že sociální pracovníci mohou „nakontaktovat seniory kupříkladu na dobrovolníky či jim celkově zprostředkovat nějaké kontakty a další služby“, což v domácím prostředí často nebývá a většinou vše zajišťuje pouze rodina. (Sociální pracovník č. 5) Na oddělení je větší zájem o rozhovory, kdy „senioři sdělují své zážitky, vypráví, říkají nám, že se jim stýská, jaké mají problémy a starosti, čeho se bojí, že jsou smutní, no a my je vyslechneme“ (Sociální pracovník č. 4). Svou roli má i humor, jelikož udržuje pozitivní klima a senioři se cítí lépe.

DVO4: Jakým způsobem je seniorům na geriatrickém oddělení naplňována potřeba autonomie z pohledu sociálních pracovníků?

KATEGORIE 14: Vnímání seniorů jako individualit aneb senioři neztrácí svou

SUBKATEGORIE 1: Vliv na dění okolo aneb možnost rozhodování v daných mezích

KÓDY:

- rovnocennost a partnerský přístup
- informovaný souhlas
- dostatek srozumitelných informací
- předkládání a vysvětlování možností
- podílení se na rozhodování
- schopnosti a touha se rozhodovat
- jednání se seniorem, nikoliv s rodinou

Sociální pracovníci v rozhovorech nejčastěji zmiňovali jako formu zachování autonomie přistupování k seniorům jako k partnerům, k někomu, kdo by měl být ve většině případů rovnocenný jim samotným. „*My jsme spíše partneři, protože máme společný cíl, a to uzdravení nebo zlepšení či udržení stávajícího zdraví*“ (Sociální pracovník č. 2). K tomuto dodal Sociální pracovník č. 4: „*určitě bychom měli být partneři, když to jde, někdy jsme spíše podřízení a musíme pacientům vyhovět v rámci pravidel, ale někdy jsme naopak autoritami, ke kterým vzhlíží a poslouchají nás*“. Dále byl velmi často zmiňován informovaný souhlas se zákroky, ošetřením a medikací. Kupříkladu Sociální pracovník č. 1 uvedl: „*tak určitě je důležité, aby měl senior možnost využívat informovaného souhlasu, kde je jasně sděleno, co se bude dít a může se to v případě nesrovnalostí částečně upravit*“. Mezi seniorem a personálem probíhá diskuse, někdy i přesvědčování seniora o tom, co je pro něj vhodné. Přesvědčování je možné v případě, že má senior v personál důvěru a respektuje je. V tomto ohledu je zásadní, aby senior všemu porozuměl, aby mu byly informace sděleny srozumitelně a, aby je vhodně zpracoval. Někdy je potřebné informace zjednodušit a nemělo by se objevovat velké množství odborných termínů. V tomto ohledu mohou sociální pracovníci být v roli poradce, který informace vysvětluje a předkládá svůj názor, jsou v tomto ohledu většinou objektivní. Dle platných směrnic mohou sociální pracovníci využívat různé způsoby pomoci. Sociální pracovník č. 4 uvedl tyto: „*doprovázení, vzdělávání, poradenství a intervence, ale často i jejich kombinace*“. Seniorovi jsou předkládány různé možnosti, ze kterých vybírá.

Ty jsou náležitě popsány, aby se mohl senior dobře rozhodnout. V některých případech však možnosti nejsou, což dokládá Sociální pracovník č. 5: „*snažíme se, aby seniori měli na výběr z nějakých možností, ale samozřejmě, že ne vždycky více možností existuje*“. Výše zmíněné je podřízeno schopnostem seniora. „*Pokud je senior dementní, moc toho nerozhodne a často je mu všechno jedno*“ (Sociální pracovník č. 4). Tato situace, že senior nemá o nic zájem, nastává i u duševně zdravých seniorů, může to být spojeno s apatií, kdy mít vliv na péči o ně nechťejí. V takovém případě rozhodují za seniora blízcí nebo personál. Většinou je situace taková, že seniori touhu rozhodovat mají. Zásadní je v tomto směru zmínit, že v přítomnosti rodiny se musí nechávat odpovědnost a možnost se rozhodnout také na seniorovi. „*Musíme vždy mluvit na seniora, ne na rodinu, to je pak špatně, když je schopen vyjádřit svůj smysluplný názor sám, aby za něj rozhodovala rodina*“ (Sociální pracovník č. 3). K čemuž doplnil Sociální pracovník č. 2: „*rodina má právo se vyjádřit, ale musíme se všichni na něčem domluvit, nemůže mít rodina poslední slovo a seniora z toho vynechat, poslední slovo může mít spíše lékař, který ví, co je v danou chvíli nejlepší, případně jiný odborník, tedy i my, pokud se jedná o sociální problém*“. Obecně potřebuje mít senior pocit, že má vliv na dění kolem sebe, že se na něm určitým způsobem podílí. Z rozhovorů vyplynulo, že autonomie se vytrácí zejména ve chvíli, kdy se o seniorech příliš rozhoduje bez jejich vědomí. Personál by v ideálním případě neměl konat bez vyslechnutí pacienta, pokud pacient není v ohrožení života či jiných výjimečných situacích.

SUBKATEGORIE 2: (Ne)vykonávání aktivit za seniory aneb provázení k samostatnosti

KÓDY:

- (ne)zvyšování sebedůvěry a soběstačnosti
- motivování a aktivizace
- (ne)krmení
- přebalování a další hygiena
- musí si všechno zkusit
- schopnosti a síly
- zvyknutí si na servis a komfort
- urychlování
- hranice jednání

Při příchodu do nemocničního zařízení mají senioři často problém se sebedůvěrou, jelikož vlivem onemocnění ji ztrácejí. Tento problém souvisí i se snižující se soběstačností, což je možné řešit na oddělení v rámci vhodné komunikace: „*můžeme jim říci, že se musí snažit, že to bude lepší, že to zkusíme společně, ať to vydrží, že už stačí jen kousek nebo něco jiného v tom smyslu*“ (Sociální pracovník č. 1). Je důležité seniory podněcovat k soběstačnosti vhodnou motivací. „*Musíme je podporovat, aby něco zkusili, nemůže se to hned dělat za ně*“ (Sociální pracovník č. 2), na druhé straně uvádí Sociální pracovník č. 5: „*personál chce často pomoci nebo si usnadnit práci, no a tak se ty věci za ně vykonávají, je to případ od případu, někdy to ani jinak nejde*“. Motivování by mělo přicházet vždy, jelikož vede k aktivizaci. V momentě, kdy se ze seniorů stanou pasivní příjemci pomoci, klesá i soběstačnost a autonomie. Snahou je, aby si senioři nejprve všechno vyzkoušeli a až pak jim bylo pomozeno. Čas od času tomu tak není. „*Kupříkladu chtějí, aby je někdo nakrmil, protože je bolí ruce nebo cokoliv jiného, v momentě, kdy je ošetřovatelé nakrmí, jsou spokojeni, avšak jejich schopnost se později najíst je více omezena, navíc si na to zvyknou*“ (Sociální pracovník č. 3). Přivykání na komfort a poskytovanou péči. Vhodnější je, když jsou senioři provázeni k tomu, aby se najedli samostatně, případně jim je pouze pomozeno při krájení, mazání a podobně, a pouze těm, kdo to nedokáže. V rámci ušetření času je to vykonáváno pro všechny, což zmínil například Sociální pracovník č. 4: „*péče o seniory je časově náročná vzhledem k mnoha osobám na oddělení a jejich specifickým potřebám, proto se ošetřovatelský personál snaží vše usnadnit, tedy, spíše urychlit*“. Sociální pracovníci uváděli, že se toto objevuje i u hygieny, kdy jsou senioři často myti z hlediska časových důvodů personálem, stejně tak uvádí problém „*plín pro jistotu*“, na které si senioři zvyknou a již nechtějí chodit na WC, vzniká pak další péče ohledně nutnosti přebalovat. Při imobilitě jsou jako vhodnější vnímány mísy, které přináší personál do postele a poté je vynáší. Má to svůj význam i pro zachování důstojnosti pacienta. Vhodná je podpora k samostatnosti u všech činností. Sociální pracovníci by v tomto ohledu neměli za seniory vyřizovat jejich sociální záležitosti, je vhodné, když jim pouze poskytnou kontakty. „*Většinou jim dám kontakty, ale někdy to pro ně zařídím i sama, záleží na situaci, když třeba nemají mobil nebo přístup na internet, tak maily zařídím, zavolám, jak je potřeba*“ (Sociální pracovník č. 2). Celkově je nutné vše přizpůsobovat individuálním schopnostem a silám daného seniora, bohužel se péče o všechny přizpůsobuje i časovým možnostem. Jak uvádí Sociální pracovník č. 4: „*první krok by měl senior udělat sám, tedy měl by mít šanci si to nejprve vyzkoušet*“. Senioři rozhodně nemohou péče zneužívat a musí se sami snažit si své potřeby naplňovat samostatně, tedy autonomně. Pečující pracovníci je mohou pouze podporovat a pomáhat jim, pokud je to nezbytně nutné.

Sociální pracovník č. 1 popsal tuto situaci: „senioři jsou třeba schopni chodit, ale nechce se jim, tak si třeba řeknou, že nepůjdou do jídelny, pak musí být ošetřující personál neústupný a měl by ho tam dovést, mnohdy s tím nechtějí ztrácet čas a tak jim povolí jíst v posteli, tudíž se pacient nemusí hýbat a ztrácí se tím tak přirozenost, že v posteli se nejí“. V nemocniční péči je patrné dilema, zda poskytovat vysoký komfort či vysokou míru autonomie. V ideálním případě by měla péče směřovat k udržení vysoké kvality péče, avšak podporovat autonomii. Vše by mělo směřovat k zachování individuality každého seniora a naplnění jeho specifických potřeb. Nelze vnímat seniory na tomto oddělení jako homogenní skupinu. Velmi vhodně shrnuje tuto problematiku Sociální pracovník č. 5: „musí se nalézt vhodné hranice jednání, aby se nikomu neublížilo“.

KATEGORIE 15: (Ne)ohrožení autonomie vlivem nemocničního prostředí a onemocnění samotného

KÓDY:

- deficity z domácího prostředí
- vhodné oslovování a výrazivo
- pravidla a řád
- projevování názorů
- radikální rozhodnutí v zájmu seniora
- nadměrná péče a obsluha
- zákeřnost onemocnění
- (ne)příkazování

Senioři přichází do nemocničního prostředí v rámci potřeby autonomie s určitými deficity. „Dospělé děti často seniorům všechno zařídí, no a senioři tak autonomii i soběstačnost pomalu ztrácejí“ (Sociální pracovník č. 1). K tomuto doplnil Sociální pracovník č. 5: „zařizují jim nákupy, uvaří jim, koordinují jejich lékařskou i sociální péči, vedou jim finance a je to pak problém“. Tito sociální pracovníci vnímají, že senioři jsou v domácím prostředí považováni za méněschopné. Problém je pak i u osamocených seniorů. „Osamělí senioři jsou pak někdy vyčerpáni obrovským tlakem, který na ně vytváří každodenní starosti a problémy, mimo to i nemožnost se s někým poradit a případně delegovat některé povinnosti i za cenu ztráty samostatnosti, je uvede do frustrace a posléze deprese“. Na druhé straně je vhodné zmínit, že někteří senioři jsou autonomní dostatečně, dokud nejsou ovlivněni nemocí, pak je možné,

že jejich autonomie klesá a stávají se závislejšími na ostatních. Toto zmínil kupříkladu Sociální pracovník č. 4: „*v domácím prostředí se může senior více projevit, pokud je jeho zdravotní stav příznivější, jak z psychického, tak fyzického hlediska*“. Některá onemocnění jsou velmi problematická a udržení autonomie je u nich téměř nemožné, kupříkladu u pacientů s demencí. Pacienti bez duševních problémů jsou pak samozřejmě více autonomní v rozhodování. Senioři s fyzickými problémy jsou méně soběstační v běžných denních úkonech. Vše se odvíjí od zájmu rodiny a blízkých. Pokud o seniory není zájem, musí se o něj často starat pečovatelská služba. V nemocničním prostředí jsou senioři částečně k autonomii podněcováni, v některých případech je to spíše naopak. Musí se přizpůsobit pravidlům a řádu, což může autonomii částečně omezovat, respektive senioři si nemohou dělat vše, co by chtěli. To je problematické i v domácnosti, kdy jsou senioři usměrňováni svými dětmi i vnoučaty. Sociální pracovník č. 2 uvádí toto: „*v některých případech je péče nadměrná, ošetřovatelky a sestřičky seniorům spíše slouží, což je problém, jelikož si na to brzy zvyknou a již se jim nic dělat nechce*“. Na druhé straně uvádí Sociální pracovník č. 3: „*některé sestřičky jsou docela protivné a nechtějí dělat nic navíc, jelikož jim to šetří práci, je to těžké, každý to dělá jinak*“. Senioři mají samozřejmě právo a prostor pro vyjadřování svých názorů. „*Některé názory nemohou být zcela akceptovány, respektive musí se vést diskuse a musí se dojít k nějakému kompromisu, někdy také musí lékař něco nařídit*“ (Sociální pracovník č. 2). V některých případech dochází k radikálním rozhodnutím v zájmu seniora. Zde se objevují i příkazy, jelikož lékař je pro seniory autoritou a většinou jej poslechnou. „*Po dobrém to někdy nejde a musíme být přísnější, zejména sestřičky, které musí i pohrozit, ale někdy to také nefunguje a být by to moc nemělo, ale senioři jsou někdy jako malé děti*“ (Sociální pracovník č. 1). Se seniory by mělo být hovořeno tak, aby jim to vyhovovalo, důležité je zejména vhodné oslovení a užívání přiměřených výrazů, to samozřejmě napomáhá k lepším vztahům a porozumění. Z hlediska (ne)ohrožení autonomie je to velmi individuální vzhledem k mnoha faktorům. Dalším příkladem (ne)ohrožení autonomie je již zmíněná péče v rámci krmení, hygieny a dalších úkonů, které senioři v některých případech zvládají samostatně, v rámci času je vykonává ošetřovatelský personál za ně, případně jim chce pomoci, aby se příliš nepřepínali, problémem je, že se senioři málo snaží a nejsou k aktivitě vnitřně motivováni. „*Vše je o profesionálním a lidském přístupu, jak konkrétní osoby, tak záleží i na konkrétním seniorovi a situaci*“ (Sociální pracovník č. 4). Všichni sociální pracovníci si uvědomují, že autonomie je pro život seniorů velmi důležitá, zejména vzhledem k důstojnosti pacienta a zachování kvality jeho života. Autonomie je v nemocničním prostředí částečně ohrožena nemocničním prostředím a zejména nemocí samotnou. Udržet ji je tedy obtížné.

DVO5: Jakým způsobem je seniorům na geriatrickém oddělení naplňována potřeba seberealizace z pohledu sociálních pracovníků?

KATEGORIE 16: (Ne)ztrácení smyslu života aneb nejistá budoucnost

KÓDY:

- (ne)plánování
- touha navrátit se domů
- smíření se se smrtí
- strach ze smrti
- ztráta chuti do života
- naděje na uzdravení
- žijí ze dne na den
- musí naleznout něco, pro co mohou žít

Z rozhovorů vyplývá, že senioři na geriatrickém oddělení příliš neplánují, jelikož vnímají svou budoucnost jako nejistou vzhledem ke svému onemocnění, avšak plánování se na druhé straně jeví jako velmi důležité pro uchování smyslu života. *„Musíme se snažit s nimi plánovat a udržovat je v naději, že se vrátí domů, po tom všichni touží a chtějí se uzdravit“* (Sociální pracovník č. 4). I přesto, že senioři neplánují, mají většinou vidinu návratu do svého domova a naděje na uzdravení, často je to to jediné, pro co žijí. V tomto smyslu je seniory nutné motivovat a aktivizovat k tomu, aby našli i něco jiného, pro co mohou žít. Snahou je, aby senioři našli své další směřování a hledali nové cíle, k čemuž je potřeba je podporovat. Sociální pracovníci často připomínají rodinu a to, co již ve svém životě dokázali, jelikož je to přínosné pro motivování seniora. Toto mohou samozřejmě dělat i ostatní, sociální pracovníci na toto mají více času. V tomto ohledu je možné vnímat potřebu seberealizace jako naplněnou ve chvíli, kdy si senior uvědomuje, že v minulosti toho vykonal dostatek a jeho život měl smysl, respektive senior musí být se svým životem alespoň částečně spokojen. *„Senioři někdy vnímají svůj život naplněný, a tak se v ničem dalším angažovat nechtějí, jsou vyrovnaní se smrtí a vlastně na ni čekají“* (Sociální pracovník č. 1). S tímto rozhodnutím musí senioři na oddělení již přicházet, výstižně uvedl Sociální pracovník č. 2: *„pokud jsou senioři více citliví, smrti se spíše zaleknou, než že by se s ní u nás vyrovnali, a to vzhledem k její všudypřítomnosti a většinou i ošklivosti“*. K seberealizaci může v jisté rovině přispět i víra a duchovní klid. Pokud se senior sociálnímu pracovníkovi svěří, měl by s ním o všem hovořit a pokusit se nalézt vhodnou rovinu objasnění dané situace, vyjádřit pochopení a útěchu.

Sociální pracovníci se mimo jiné shodli v tom, že na oddělení nemají senioři příliš otevřenou budoucnost, což je jedna z potřeb, které se k seberealizaci váží. „*Prognózy seniorů nebývají dobré, většinou všichni věří, že se uzdraví, v to doufají i samotní senioři, někdy marně, ale přesto usilovně*“ (Sociální pracovník č. 3).

KATEGORIE 17: Aby se senioři nenudili a měli pocit užitečnosti

SUBKATEGORIE 1: (Ne)možnost vykonávat volnočasové aktivity a jejich význam

KÓDY:

- leží a koukají do stropu
- někteří nic nedělají
- (ne)rozvíjení se
- sledování TV
- volnočasové aktivity
- pocit užitečnosti a významnosti
- méněcennost a bezmoc
- beznaděj, strach a bolest

Z rozhovorů vyplývá, že všichni senioři mají na geriatrickém oddělení do jisté míry možnost vykonávat volnočasové aktivity, které je určitým způsobem uspokojují, ne všichni této možnosti využívají. Někteří ji využívat téměř nemohou vzhledem k jejich onemocnění, často cítí strach a bolest, což jim vykonávání aktivit znemožňuje. Na druhé straně vnímají sociální pracovníci možnost prostřednictvím aktivit strach a bolest částečně tlumit, jelikož to rozptýlí jejich pozornost. „*Musíme se snažit, aby na trápení tolik nemysleli, ale je to těžké je nějak rozptýlit, musí totiž chtít, protože když nechtějí, tak to nejde*“ (Sociální pracovník č. 1). Některým seniorům se vůbec nechce nic vykonávat. To dokládá výrok Sociálního pracovníka č. 2: „*hodně lidí se alespoň dívá na televizi, někteří se naopak snaží vykonávat to, co dříve, třeba pletou nebo hrají karty, ale setkáváme se i s tím, že jen koukají do stropu a nedělají nic*“. Sledování televize vyzdvihují jako hlavní aktivitu téměř všech seniorů všichni sociální pracovníci. Kupříkladu Sociální pracovník č. 4: „*většinou senioři jen koukají na televizi, a to je vše*“. Některé seniory sledování televize baví a přináší jim nové poznatky, někteří se na ni koukají kvůli tomu, že se jim nic jiného dělat nechce a nenamáhají se u toho. Sociální pracovníci se shodují v tom, že pokud senioři vykonávají nějaké aktivity, které seniory rozveselí a dokáží se díky nim oprostít od jejich trápení, jsou velmi důležité.

„Senioři, kteří něco dělají, mají mnohem menší pocity bezmocnosti a méněcennosti, v první řadě na to tolik nemyslí a také mají pocit užitečnosti“ (Sociální pracovník č. 5). Pocit užitečnosti a významnosti se odvíjí kupříkladu od toho, že mohou senioři něco tvořit. *„Potřebují za sebou něco zanechat, no, jedna paní třeba dělá z korálků náramky, jiná zase háčkuje, plete a pak to tady rozdávají nebo to pošlou domů“*. Význam aktivity pro seniory je značný, jelikož díky aktivitám se senioři mohou cítit lépe. Mimo to se někteří senioři rozvíjí. *„Poměrně dost seniorů si u nás čte a chtějí se dozvědět něco nového, takže jim můžeme i přinést nějaké knihy z naší knihovny, kde jsou mimo beletrie i knihy naučné a stejně tak časopisy“* (Sociální pracovník č. 3). Čas od času se na oddělení objeví i senior, který se zajímá o jazyky a tudíž žádá o knihy v cizím jazyce, případně si chce jazyk procvičovat konverzací. Mimo již zmíněné byly sociálními pracovníky uváděny i další aktivity, které senioři vykonávají. Kupříkladu luštění křížovek, povídání si s ostatními či procházky po chodbě. Někteří chtějí i obyčejné omalovánky, jelikož jim udělají radost a zabaví se. Sociální pracovníci shodně uvedli, že se senioři většinou potřebují nudit a cítit, že mají ostatním, co nabídnout.

SUBKATEGORIE 2: Podněcování k aktivnímu využití času stráveného na geriatrickém oddělení

KÓDY:

- nabízení možností pro trávení volného času
- motivace a aktivizace, podněcování ke zkoušení
- duchovní podpora
- hovoření o smyslu života
- připomínání toho, co již bylo vykonáno

Sociální pracovníci se v rozhovorech shodli v tom, že pro seniory by měl celý personál dělat v rámci seberealizace zejména to, že jim dá pro ni prostor. Vhodné je se seniory mluvit o tom, co je na geriatrickém oddělení možné vykonávat, co je možné zařídit a podobně. V tomto kontextu zmínil Sociální pracovník č. 1: *„Snažím se jim ukázat i něco jiného, než jen sledování televize“*. K tomuto doplnil Sociální pracovník č. 3: *„většinou se s nimi snažím při vstupním rozhovoru mluvit o jejich zálibách a o tom, co mají rádi a pak společně hledáme cesty, jak to využít na našem oddělení“*. Na oddělení dochází dobrovolníci i lidé z různých organizací, aby seniorům jejich pobyt zpříjemnili, a snaží se s nimi pracovat, aby byli aktivní.

„Chodí sem pár lidí, co hraje na hudební nástroje, někdy zpěváci, paní s králíky a dalšími malými zvířátky nebo i dobrovolníci chodí číst“ (Sociální pracovník č. 4). Obecně je důležité seniory podněcovat ke zkoušení nových věcí a připomínat jim to, co již zažili prostřednictvím rozhovorů s nimi o jejich minulosti. Svou roli mají rozhovory o smyslu života. Tato možnost může být zajištěna prostřednictvím psychologa či terapeuta, který za jedinci může docházet.

„Můžu jim také poskytnout duchovní podporu, případně ji mohu zajistit od služeb mimo nemocniční zařízení“ (Sociální pracovník č. 5). Pokud si to senior přeje, je možné s ním hovořit i o smrti a umírání. V rámci aktivit, které lze pro seniory v oblasti seberealizace vykonat poznamenali všichni sociální pracovníci, že je to v prostředí nemocnice velmi těžké, jelikož je nutné hledět spíše na jiné a aktuálnější potřeby. Přesto je snahou, aby se senioři snažili čas na oddělení využít kvalitně, nikoliv pouhým ležením. *„Ve chvílích, kdy cítíme, že senior upadá do depresí či úzkostí, snažíme se do problému zapojit i rodinu, která může seniora navštěvovat, a mohou společně něco dělat nebo jim alespoň může něco přinést z domova, co je potěší a mají chuť zase žít a něco vykonávat“* (Sociální pracovník č. 2).

V rámci aktivního využívání času na geriatrickém oddělení je patrné, že každý senior by si měl nalézt aktivity, které jej baví a pomohou mu v překonání jeho onemocnění a ukrátí mu dlouhé chvíle.

KATEGORIE 18: Nedostatek prostoru pro potřebu seberealizace aneb prioritu mají jiné potřeby

KÓDY:

- vše závisí na kondici
- touha ukončit utrpení
- až po uspokojení fyziologických potřeb
- na potřebu seberealizace není moc čas ani prostor
- příliš na tuto potřebu senioři nemyslí
- my toho moc udělat nemůžeme
- doma je senior více svůj a má prostor pro aktivity
- doma nevidí tolik utrpení a vidí větší smysl žít

V rámci seberealizace a pobytu na geriatrickém oddělení si všichni shodli v tom, že její naplňování závisí na kondici a aktuálním psychickém i fyzickém stavu. Toto je zřejmé i u dalších potřeb, avšak u této více, mimo jiné vzhledem k tomu, že její naplnění závisí mimo jiné na naplnění nižších potřeb. To dokládá kupříkladu Sociální pracovník č. 1, který uvedl: „*primárně naplňujeme jiné potřeby, než je seberealizace, vlastně je to až po uspokojení fyziologických potřeb, ale na druhé straně spolu všechno souvisí*“. Všichni se shodli v tom, že na potřebu seberealizace není příliš mnoho času ani prostoru ze strany personálu a naplňují si ji senioři spíše samostatně nebo vzájemně. Sociální pracovník č. 4 zmínil: „*my toho moc neuděláme, maximálně si s nimi povídáme, podněcujeme je, hodně je to o seniorech samotných*“. Je zřejmé, že senioři musí mít k vykonávání aktivit alespoň částečně kladný postoj. Ve chvílích, kdy jsou senioři proti jakékoliv aktivitě, velmi těžko se s nimi pracuje, jelikož personál se musí primárně zajímat o jiné potřeby, které jsou více aktuální. Velká část naplňování potřeby seberealizace leží na seniorech samotných, což je problematické. Jak již bylo zmíněno, často nechtějí nic dělat nebo nic dělat nemohou. Mimo to jsou sociální pracovníci přesvědčeni o tom, že se senioři mohou lépe seberealizovat v domácnosti, obzvláště před onemocněním. Onemocnění je pro ně často překážkou, ačkoliv to tak být nemusí. Pokud se jedná o onemocnění, které seniory omezuje pouze v malé míře, může je naopak motivovat k nějaké aktivitě. Vše je samozřejmě individuální. Sociální pracovník č. 3 konstatoval: „*v domácnosti se mají asi lépe v rámci toho, že tam mají lepší prostor pro všechno, ale na druhou stranu některé ani domácí prostředí k aktivitě nemotivuje*“. Na jedné straně v domácím prostředí nevidí senioři tolik utrpení a nejsou v těsné blízkosti smrti, což je pro ně jistě na jedné straně pozitivní a jejich naladění může být kladné, na straně druhé mohou propadat depresím i v domácím prostředí, kvůli osamělosti, strachu a podobně. V této souvislosti zmínil Sociální pracovník č. 2: „*myslím si, že doma vidí větší smysl života, jelikož u nás jsou na tom patrně nejhůře za svůj život s ohledem na bolest, závažnost a akutnost jejich onemocnění*“. Ze všech rozhovorů vyplývá, že seberealizace je propojená s různými faktory, a proto je její naplňování u seniorů poměrně obtížné.

DVO6: Jakým způsobem je seniorům na geriatrickém oddělení naplňována potřeba komunikace z pohledu sociálních pracovníků?

KATEGORIE 19: Aby všemu dobře rozuměli a cítili zájem

SUBKATEGORIE 1: Vhodná mluva aneb verbální komunikace

KÓDY:

- přizpůsobování komunikace individuálním potřebám
- srozumitelnost informací
- respekt a úcta
- vhodné oslovování
- snažíme se dělat si na každého dostatek času
- při nutnosti vše opakujeme a vysvětlujeme
- mluva bez odborných termínů v jasných větách
- pokud je to nutné mluvíme pomalu
- empatie, vlídnost a přátelskost
- snažíme se jim porozumět
- předkládání možností
- rady a tipy

Z rozhovorů se sociálními pracovníky je zřejmé, že personál se snaží na komunikaci udělat dostatek času, ačkoliv je ho dle jejich názorů stále méně, než by chtěli, zejména u sociálních pracovníků, kteří jsou zatíženi značným množstvím administrativní práce. U ošetrovatelského personálu je to méně, než by chtěli, avšak většinou se při jejich práci komunikuje u všech úkonů a aktivit. „Většinou se s nimi mluví při převazech, rehabilitacích, odebírání krve, vyměňování mís, polohování a tak, na druhé straně je určitě komunikováno i mimo tyto úkony, ale většinou je to s něčím takovým opravdu propojeno“ (Sociální pracovník č. 5). Sociální pracovníci naopak chodí za seniory většinou v čase, kdy tyto úkony neprobíhají, aby příliš nenarušovali soukromí, avšak již bylo zmíněno, že jsou přítomni i těmto úkonům. Je zřejmé, že personál by se měl v komunikaci přizpůsobovat individuálním potřebám seniorů. Všichni sociální pracovníci zmínili, že každému může vyhovovat něco jiného a je nutno přihlížet k individuálním problémům, jako jsou poruchy sluchu, zraku, bolesti, problémům s dýcháním a podobně. Neznamená to však, že by mělo být se seniory primárně hovořeno odlišně od dospělé populace, vše je nutné přizpůsobovat individuálním potřebám.

Tento poznatek dokládá kupříkladu Sociální pracovník č. 1: „většinou začínám na seniory mluvit jako na každé dospělé jedince a v průběhu rozhovoru zjišťuji jejich požadavky a snažím se jim přizpůsobit“. V tomto kontextu je vhodné zmínit, že mluva musí být pro seniory srozumitelná. K čemuž vhodně poznamenal Sociální pracovník č. 5: „vždy je nutné zjistit, jestli senior sdělení rozuměl, a pokud ne, tak se to musí přizpůsobit, takže zopakovat, zdůraznit, zpomalit, zvolit lepší slova a případně sdělení i zapsat“. Zde je vhodné zmínit, že se seniory by se dle sociálních pracovníků mělo mluvit laicky. Komunikace by neměla obsahovat příliš odborných termínů, kterým senioři nerozumí a potřebují je vysvětlovat, je vhodnější volit primárně neodborná slova a slovní spojení. Věty by neměly být příliš složité a dlouhé. „Senioři občas ztratí v polovině věty nit, no a pak se to stejně musí opakovat, proto je lepší mluvit v kratších, údernějších a jasných větách“ (Sociální pracovník č. 3). Vzájemné pochopení je základ úspěšné komunikace a řešení problémů, musí tedy rozumět nejen senioři pečujícím pracovníkům, ale i pečující pracovníci seniorům. „Při nutnosti vše opakujeme a vysvětlujeme“ (Sociální pracovník č. 4). K tomuto je zapotřebí značné dávky trpělivosti, vlídnosti, empatie a přátelskosti. Ačkoliv jsou senior a personál partnery v odlišných situacích má buď pacient či naopak personál poslední slovo. Ve většině případů by se mělo jednat o vzájemnou domluvu a vyhledání nejvhodnějšího řešení. Jak uvedl Sociální pracovník č. 2: „snažíme se jim porozumět a pochopit jejich volbu, přesto jim někdy musíme nabízet jiné možnosti, poradit jim nebo jim dát nějaký tip, co bychom udělali na jejich místě my“. Pečující pracovníci by se v tomto ohledu měli snažit poskytovat objektivní náhled na danou situaci a vnímat veškeré faktory, které do rozhodování o daném jedinci zasahují. Pokud je pacientovo rozhodnutí nezměnitelné, je nutné jej respektovat. Respekt a úcta jsou důležité v jakékoliv situaci, i přes to, když jsou na pečující pracovníky senioři negativní. „My se musíme snažit být profesionální a nedávat antipatie příliš najevo, ale když se na nás někdo naštvě nebo je na nás protivný, sprostý a tak dále, musíme zakročit, samozřejmě v mezích slušnosti“ (Sociální pracovník č. 3). I zde je nutná značná trpělivost a schopnost zachovat klid. I v takových chvílích musí personál seniory vhodně oslovovat a jednat s nimi jako s lidmi, o které mají povinnost pečovat a zajistit jim kvalitní průběh jejich léčby. „Někomu říkáme jménem, někomu titulem, ale většinou říkáme příjmením, čas od času se stává, že si personál s pacientem natolik rozumí, že senioři vyžadují oslovení babi nebo dědo, tak jim ale rozhodně neříkáme, pokud nechtějí“ (Sociální pracovník č. 5). Ve většině případů se na pacienty mluví spisovně a na úrovni, bez zbytečných zdobnělin a žoviálnosti. Výstižně shrnuje problematiku Sociální pracovník č. 4: „vždy z nás musí cítit zájem a blízkost, ať říkáme, co říkáme a děláme, co děláme“.

SUBKATEGORIE 2: Komunikace beze slov aneb vhodné neverbální projevy

KÓDY:

- slova často nestačí
- citlivost k neverbálním projevům
- úsměv znamená mnoho
- mimika a gestikulace
- podpora dotekem a povzbuzení pohledem
- musíme se snažit všechny trpělivě vyslechnout
- tichá přítomnost

Sociální pracovníci shodně uváděli, že verbální komunikace není vše, naopak jsou neverbální projevy často důležitější a senioři jsou k nim pozornější i citlivější. V tomto ohledu vhodně uvedl Sociální pracovník č. 4: *„slova často nestačí, neverbální projevy jsou velmi důležité a nemohou se opomíjet“*. Stejně jako jsou k těmto projevům citliví senioři, musí s nimi sociální pracovníci vhodně nakládat. Je nutné jednat, aby seniorovi nebylo ublíženo a zároveň se snažit o zachování lidskosti v profesionálních mezích. Nutno poznamenat, že pro seniory mají svůj význam výrazy v obličeji, jelikož díky nim mohou poznat, zda mimika odpovídá tomu, co je jim říkáno. Naopak pečující pracovníci díky ní mohou vyčíst to, co jim senior říká nepřímou. V tomto kontextu je vhodné zmínit slova Sociálního pracovníka č. 3, který uvedl toto: *„senioři potřebují v našem obličeji vidět zájem, není to jen o slovech, ale i o tom, jak se na ně tváříme, když někdo kouká očima a u toho říká, jak je všechno dobré a tvrdí, jak vše chápe a přijímá to, je to špatně, toho si senior všimne“*. U mimiky je důležité, že by měla být v souladu se slovy, pokud ji slova doprovází, respektive pokud slova doprovází mimika. Komunikace musí být komplexní a nezaměřovat ji pouze na slova. Vše musí být pro seniora jasné a srozumitelné, pokud nejsou jednotlivé složky komunikace v rovnováze, nastává v ní zmatek. V rámci mimiky uvedl Sociální pracovník č. 5 toto: *„je důležité jim dodávat světlo v podobě úsměvu“*. Úsměv je sociálními pracovníky považován za základ komunikace se seniory. Svou roli má i pohled, jelikož jim může být člověk povzbuzen a potěšen. *„I oči se umí smát a hladit“* (Sociální pracovník č. 2). Dále vnímají jako důležitý dotek, k čemuž Sociální pracovník č. 1 poznamenal: *„seniory je vhodné podpořit pohlazením, jemným dotekem na rameno, držení za ruku nebo pouhým dotekem ruky, poplácáním a v některých případech i objetím“*. Velmi podobná situace je u gest, kdy musí pečující pracovníci volit gesta nevulgární a přiměřená situaci. Musí také odpovídat tomu, co říkají.

Pokud neverbální komunikace nedoprovází slova, jedná se ve většině případů o tichou přítomnost. „Často není třeba říkat nic, jen být s nimi a vnímat jejich potřebu nebýt v danou chvíli sám“ (Sociální pracovník č. 3). V tomto se sociální pracovníci shodují. Mimo to musí personál umět velmi dobře naslouchat, jelikož senioři jsou na tomto oddělení zatíženi značnými problémy a potřebují je někomu sdělit. Zde uvedl Sociální pracovník č. 4: „*musíme se snažit všechny trpělivě vyslechnout a to i ve chvíli, kdy nás tlačí čas*“. Nejvhodnější je samozřejmě aktivní naslouchání, v některých případech není odezva nutná, „*stačí pouhé pokývání, jemné poplácání, podržení za ruku, položení ruky na rameno, úsměv nebo soucitný pohled, no a je všechno jasné*“ (Sociální pracovník č. 1).

KATEGORIE 20: Možné bariéry v komunikaci a snaha o jejich eliminaci

SUBKATEGORIE 1: Možné bariéry na straně seniorů

KÓDY:

- odmítání komunikace
- uzavřenost do sebe sama, ostych a nedůvěra
- osobnost seniora
- zdravotní stav, smyslové poruchy a bolest
- nevyužívání kompenzačních pomůcek
- nesoustředěnost
- nedostatečné komunikační schopnosti
- problémy s vyjadřováním pocitů

Z rozhovorů je zřejmé, že sociální pracovníci vnímají některé bariéry ze stran seniorů, které do komunikace zasahují, které mohou být posíleny vlivy prostředí. Hlavním problémem je dle sociálních pracovníků odmítání komunikace, respektive negativní postoj k ní ze strany seniorů. Ve většině případů senioři komunikovat chtějí. „*Někdy jsou senioři natolik izolovaní a uzavření do sebe, že se s námi nechťejí bavit, ale většinou se časem rozpovídají*“ (Sociální pracovník č. 1). Problematické je pro komunikaci, pokud senior komunikovat nechce nebo se komunikovat stydí či se stydí mluvit o některých tématech. Někteří senioři se stydí zeptat na informace, co je zajímavé, případně na informace, kterým neporozuměli. V počátcích je u většiny pacientů zřejmá určitá nedůvěra, kterou je potřebné odstranit. V tomto kontextu vhodně zmínil Sociální pracovník č. 3 toto: „*někdy to trvá déle, někdy je to rychlé a snadné, ono, pokud senior komunikovat může, tak dříve nebo později zjistí, že mu chceme pomoci, začne nám většinou důvěřovat, no a pak s námi může hovořit úplně o všem*“.

Další bariérou je zdravotní stav seniora, který je ve většině případů vážný, tudíž se jim příliš komunikovat nechce, zejména pokud senioři prožívají velké bolesti. „Často se u nás stává, že senioři stále opakují, že je něco bolí a potřebují se s tím svěřit, ale nemají chuť ani energii řešit další věci, chtějí vědět, kdy to přejde a kdy bude lépe, musí se vždy počkat na vhodnou příležitost“ (Sociální pracovník č. 5). Svou roli má v komunikaci osobnost seniora. Pokud je senior nevrlý, nic ho nezajímá, nebaví a je podrážděný, nedokáže se s nemocí vyrovnat a bojovat s ní, tak se s ním velmi těžko hovoří. Naopak se velmi dobře hovoří s lidmi, kteří jsou veselí, srdeční, snaží se s nemocí bojovat a udržovat si dobrou náladu. U seniorů se poměrně v hojné míře objevují smyslové poruchy, a to nejen na tomto oddělení. Pro komunikaci se jeví jako nejvíce problematická porucha sluchu, jelikož je tím ovlivněna i samotná řeč. Problémy se sluchem více předurčují, že senioři nebudou sdělení rozumět, proto by na to měl být personál připraven a pokusit se tomu předcházet. Zásadní je být za každých okolností trpělivý. „Pokud jsou někteří opravdu velmi sluchově slabí, že již ani nepomáhá naslouchátko nebo jsou zcela hluší, používáme tabulku a fix, ale taková komunikace je samozřejmě o mnohé ošizena, takže se k tomu přidávají ruce, nohy, všechno co jde“ (Sociální pracovník č. 5). Někteří senioři se smyslovými poruchami nevyužívají pro komunikaci kompenzační pomůcky, které mají napomoci nejen seniorům, ale i ostatním, kteří se s nimi snaží komunikovat. „Čas od času se objeví někdo, kdo má naslouchátko, a aby mu bylo lépe, tak ho vyndá a nepoužívá, než to zjistíme, tak je komunikace složitá a musíme jej určitým způsobem žádat, aby si jej nasadil, brýle nejsou takový problém, avšak také je komunikace bez nich jiná“ (Sociální pracovník č. 2). K tomuto doplnil Sociální pracovník č. 4: „když si nevezmou zuby, tak šišljají, no a pak jim také těžko rozumíme“. V této souvislosti lze zmínit nedostatečné komunikační schopnosti, které se v některých případech projevují odchylkami v artikulaci. Někteří senioři nejsou schopni dostatečně jasně popsat své problémy, případně nedokáží vyjádřit své myšlenky, názory nebo pocity. „Musíme se jim snažit porozumět, jak to jen jde, pečlivě naslouchat, opakovat, ujišťovat se, zda dobře rozumíme, ale nemělo by se jim podsouvat něco, co není pravda“ (Sociální pracovník č. 4). K tomuto lze doplnit fakt, na kterém se shodli všichni sociální pracovníci. Uvedli, že senioři mají problémy s obsahovou rovinou v tom, že chtějí něco říci, ale řeknou to jiným způsobem, případně užívají slova, která nejsou významově vhodná. V takovém případě musí pečující pracovníci vhodně reagovat a pokusit se seniorům porozumět. Velmi výstižně uvedl jako shrnutí Sociální pracovník č. 2 toto: „opravdu stačí málo, stačí jednat lidsky, otevřeně, s rozvahou a trpělivě, nelze postupovat jako stroj“.

SUBKATEGORIE 2: Možné bariéry na straně personálu aneb i personál má své chyby

KÓDY:

- nesprávné vyložení situace
- přílišné zatížení dokumentací a nedostatek času na komunikaci se všemi
- tichý a nesrozumitelný projev
- přílišné sympatie a antipatie k seniorům
- neverbální odmítnutí seniora
- někdy máme špatnou náladu nebo nejsme v kondici
- nezvládnutí těžké situace a tématu
- nedostatek informací a znalostí

Z rozhovorů je zřejmé, že sociální pracovníci si uvědomují jisté bariéry na jejich straně a s nimi související i vlivy prostředí. Velmi zásadním problémem je nesprávné vyložení situace ze strany pečujících pracovníků. Tento problém se neobjevuje často, ale stává se. V tomto kontextu uvádí Sociální pracovník č. 2: „*musím seniory také pozorovat, abych mohla vhodně odhadnout jejich reakce a nevyjádřené potřeby, touhy a sdělení, řeč těla umí prozradit mnohé, stejně tak jako další okolnosti*“. Pozorování slouží spíše pro zlepšení komunikace, než pro komunikaci samotnou, avšak pokud je nedorozumění zřejmé a vyjasní se, je to v pořádku. Ve chvíli, kdy jsou pozorované jevy nevhodně interpretovány, může to být problematické, vše je nutné si přímo i nepřímo ověřovat. Pozorovací talent je pro personál velkou výhodou, jelikož díky němu je péče kvalitnější. Svou roli má nedostatek času na samotnou komunikaci, jelikož je mnoho úkonů, které musí během dne vykonávat. Je zřejmé, že komunikace během těchto úkonů také probíhá. „*Je také těžké stíhat komunikovat se všemi, to v našem případě ani nejde, ale u ostatního personálu to je snazší*“ (Sociální pracovník č. 4). U sociálních pracovníků je problémem, že jsou velmi zatíženi administrativou, která tíží i ostatní personál, avšak sociální pracovníky více. Další bariérou je vnímáno nedostatečné soukromí. Problematické se toto jeví, jelikož se se seniory hovoří o intimních věcech v přítomnosti více lidí, zejména pacientů. Personál toto nedokáže příliš ovlivnit, jelikož na oddělení není mnoho míst, kde nejsou lidé. „*To je tak, když senior nechodí, musíme s ním být na pokoji, kde to soukromí tolik není, ale nejde to většinou jinak*“ (Sociální pracovník č. 4). Pokoj je tak nejčastějším místem pro komunikaci, avšak není vnímán jako ideální prostředí. Sociální pracovníci se shodli na tom, že se snaží mluvit tišeji, aby je neslyšeli ostatní, což často nevyhovuje těm seniorům, na které je hovořeno, zejména těm, kteří mají větší problémy se sluchem. Je zde tedy rozpor mezi tím, co je pro pacienty nejlepší – je nutné hledat řešení.

„Občas se objevuje problém s nesympatičností, kdy se personál neovládne a je na pacienta negativní, což může narušit vzájemné vazby“ (Sociální pracovník č. 1). V takovém případě se mohou objevit i nesprávná slova, případně i neverbální odmítnutí, kdy personál mávne rukou nebo nesouhlasně zakroučí hlavou, zvedá oči a další. Sociální pracovníci se v tomto smyslu shodují v tom, že se to objevuje spíše u mladších a nových pracovníků, kteří nejsou tolik zvyklí na tento způsob práce. „Někdy máme špatnou náladu nebo nejsme v kondici, to se může stát každému, pokud se to stane, musíme se poté omluvit a snažit se vztahy narovnat“ (Sociální pracovník č. 2). Objevit se může naopak přílišná sympatie, která může vyústit v preference daných pacientů, a mohou se objevit subjektivně zabarvené pocity a celkový přístup k nim nemusí být objektivní. Pokud je pečující pracovník méně psychicky labilní mohou pro něj být problematická některá témata, která se seniory řeší. Celkově mohou být pro některé pracovníky situace natolik vypjaté, že se mohou rozplakat, což by být nemělo. V tomto kontextu uvedl Sociální pracovník č. 5: „často se na oddělení setkáváme s úmrtím, velkou bolestí a nehezkým pohledem na nemocná těla seniorů, na to si lidé musí zvyknout, ale není to snadné a někdy nás to semele“. V krajním případě u pečujících pracovníků dochází k depresivním, úzkostným stavům, frustracím i syndromu vyhoření. Osobnostní předpoklady jsou také důležité, jelikož pokud není pracovník „od přírody empatický, trpělivý, odolný, milý a podobně, tak tuhle práci dělat nemůže, tedy, měl by se změnit“ (Sociální pracovník č. 3). V některých případech se objevuje nedostatek informací a znalostí o daném tématu, o kterém chtějí seniři hovořit, případně o odborných problémech. Těto bariéry lze předejít – neustále se vzdělávat, případně se dovzdělat. Sociální pracovník č. 2 vhodně uvádí toto: „intelligence ani vzdělání nejsou předpokladem schopnosti komunikovat empaticky, citlivě a srozumitelně“. I přesto má vzdělání a znalosti svou roli v poskytování péče a zasahuje i do komunikace.

KATEGORIE 21: Adaptace na nový způsob komunikace aneb (ne)zaujetí seniora

KÓDY:

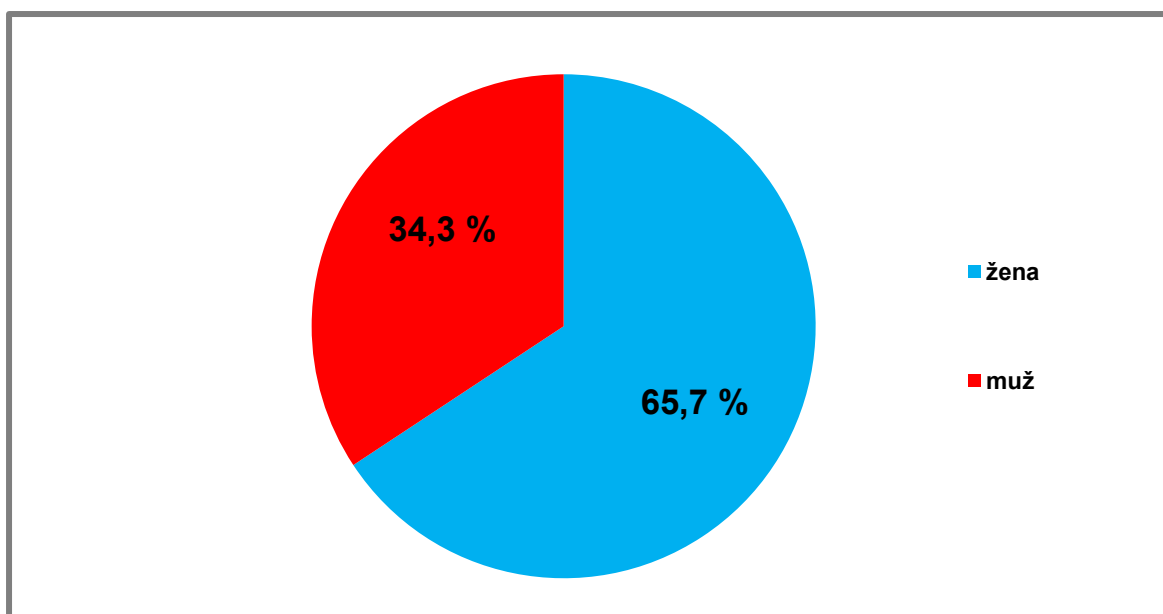
- přizpůsobování se a získávání pocitu důvěry
- jsme tu pro ně
- rodiny příliš nechodí a nekomunikují
- na jedné straně chybí blízcí, na druhé jsou rádi za kontakt
- musí s námi chtít mluvit
- rozsáhlá komunikace
- nové osoby a nutnost komunikace s nimi

Sociální pracovníci si uvědomují důležitost komunikace mezi nimi a seniory, stejně tak jako mezi ostatním personálem a seniory. Toto lze doložit kupříkladu výrokem Sociálního pracovníka č. 5: *„jsme tu pro ně, kdykoliv potřebují, vždy se dá najít chvílka na to, aby si člověk popovídal o tom, co je potřeba, čas je samozřejmě proti nám, ale snažíme se, protože pokud komunikovat chtějí, je to dobře, a je to nesmírně důležité“*. V nemocničním prostředí se se seniory komunikuje takřka neustále, jelikož veškeré úkony a aktivity si vyžadují komunikaci a stejně tak problémy, které senioři mají. V domácím prostředí se se seniory často komunikuje jinak, jelikož jsou tam s nimi blízcí, v nemocničním prostředí jsou to pečující osoby, které jsou v rovině profesionální pomoci. *„Musí si zvyknout na to, že s nimi mluvíme jinak, než doma, my jsme k nim více profesionální, i když lidští, a chováme k nim ve většině případů větší úctu, rodina to tak často nemá a vnímá seniora jako méněcenného nebo bezmocného či dokonce nesvéprávného, ale samozřejmě, neplatí to vždy“* (Sociální pracovník č. 1). V nemocničním prostředí je také nové to, že je kontakt neustálý, lze říci, že ačkoliv senior kupříkladu komunikovat nechce, většinou musí. Adaptovat se musí zejména na ostatní pacienty, kteří s ním jsou denně na jednom pokoji. Musí si zvykat na nové osoby, se kterými se neznají, což platí i u personálu. *„Rozhodně se jim snažíme v nastolení dobré atmosféry i klimatu pomoci, kdy společně hovoříme, rozvádíme témata pro všechny, hledáme společná témata a podobně“* (Sociální pracovník č. 2). Nutno poznamenat, že senioři jsou různí, někteří jsou za takový kontakt rádi, jiní ne, to závisí i na prostředí, ze kterého na oddělení přichází. S tím souvisí i fakt, že někteří senioři nemají rodinu, která by se o ně postarala. Někteří rodiny mají, a i přesto se o ně v domácím prostředí nestarají, posléze za nimi nechodí na návštěvu ani do jejich domova ani na oddělení a téměř s nimi nekomunikují. *„Maximálně s nimi mluví chvíli přes telefon, což pro seniora mnohé znamená, ale není to od rodiny mnohdy upřímné, pouze si tím zajišťují, že jim senior dá peníze nebo jim něco odkáže“* (Sociální pracovník č. 4). Na druhé straně jsou i senioři, o které se rodina velmi dobře stará a ráda je navštěvuje. Těm se pak přirozeně stýská a jsou smutní. Mohou mít pocit, že by neměli o problémech, respektive o zdravotním stavu, hovořit s cizími lidmi, rádi hovoří o soukromém životě. Se seniory komunikuje v některých případech jejich rodina a další blízké osoby, komunikují s ostatními pacienty a s personálem. *„Někdy je kontakt zprostředkován i vystoupením zájmových skupin, zpěváky a hudebníky, osobami z rukodělných dílen, přichází také lektor jízdy na vozíku či dobrovolníci* (Sociální pracovník č. 3) Celkově je vhodné říci, že základem všeho je, že senioři musí chtít komunikovat a celkově se zapojovat do dění kolem nich, *„pokud nechtějí, nemůžeme je nijak nutit, pouze se snažíme, abychom zjistili příčinu“* (Sociální pracovník č. 1).

5.3.2 ANALÝZA A INTERPRETACE KVANTITATIVNÍCH DAT

Pro analýzu dat bylo využito matematicko-statistických postupů. Prvním krokem této analýzy byl přepis získaných dat do programu Microsoft Office Excel 2010, kde byla následně zpracovávána. Z jednotlivých dotazníků byla data nejprve převedena do matice odpovědí, ze které následně vzešly jednotlivé tabulky pro konkrétní položky dotazníku (viz **Příloha IV**). Tabulky jsou téměř vždy složeny z absolutních a relativních četností, případně se v nich objevují i další hodnoty, kupříkladu průměrná hodnota či nejčastěji volená hodnota. Pro zjištění těchto informací byly využity funkce zmíněného programu. Z tabulek byly následně vytvořeny jednotlivé grafy uvedeny níže. Ke každému grafu je navíc připojen i slovní popis, kdy je snaha data interpretovat, tedy komentovat a objasňovat. Interpretace dat je provedena na základě teoretických východisek této práce a zkušeností s daným tématem.

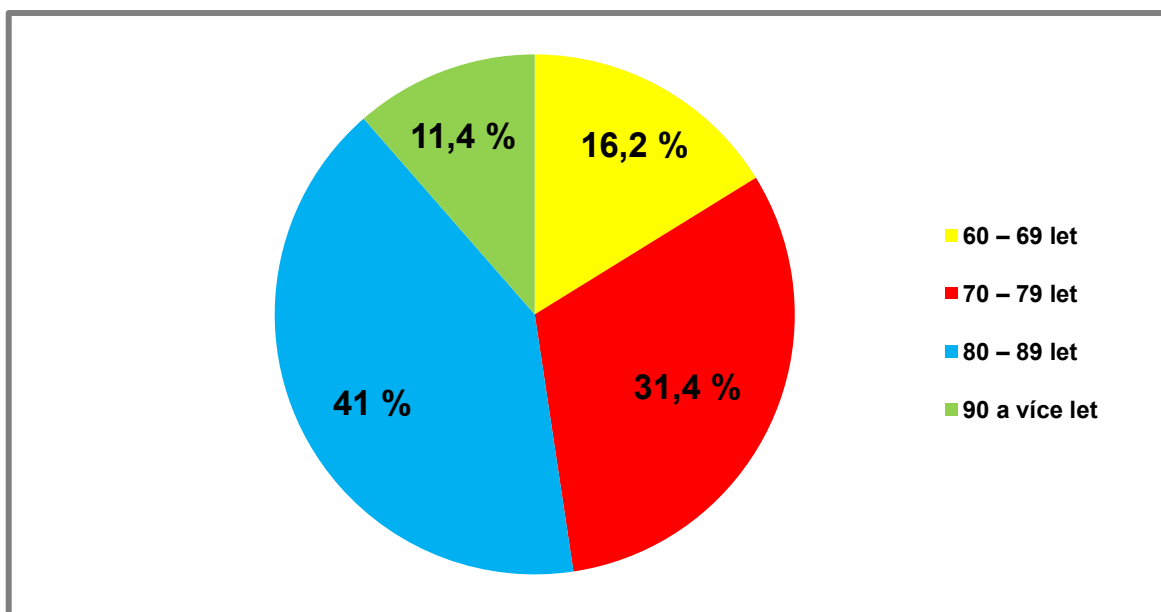
POLOŽKA Č. 1 – POHLAVÍ RESPONDENTŮ



Graf č. 1: Položka č. 1 – Jaké je Vaše pohlaví?

V **Grafu č. 1** je uvedeno složení respondentů dle pohlaví v procentech. Vyšší zastoupení mají na geriatrickém oddělení ženy, což je viditelné i na výzkumném vzorku, kdy ženy tvoří 65,7 % respondentů. Nižší zastoupení mají na oddělení muži, což je opět patrné na výzkumném vzorku, kdy muži tvoří 34,3 % respondentů. Jak již bylo zmíněno, rozdělení dle pohlaví je nerovnoměrné, což je nejspíše způsobeno mimo jiné tím, že muži se obecně dožívají nižšího věku a v menší intenzitě. Ženy prožívají delší část života v nemoci. Rozdíl mužů a žen je v celé populaci 13,3 %. U respondentů je rozdíl vyšší, konkrétně 31,4 %, avšak ženy stále zastupují nadpoloviční většinu, což je zásadní.

POLOŽKA Č. 2 – VĚK RESPONDENTŮ

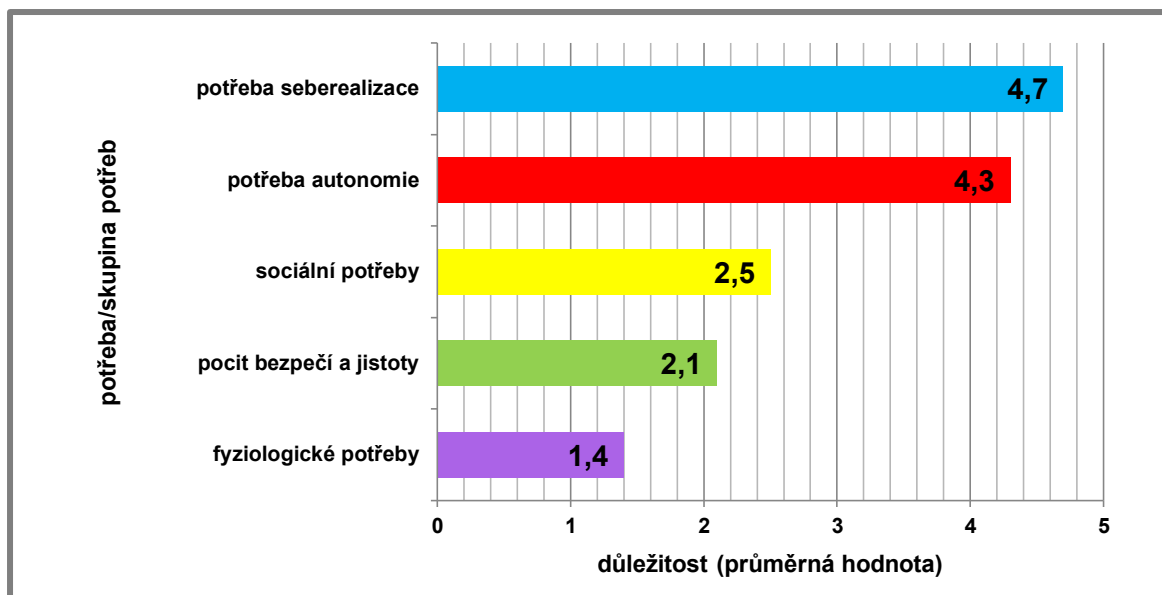


Graf č. 2: Položka č. 2 – Kolik je Vám let?

V **Grafu č. 2** je uvedeno složení respondentů dle věku v procentech. Nejvyšší počet tvoří věková kategorie 80 – 89 let. Zároveň se jedná o osoby zastoupené v nejvyšším počtu na geriatrickém oddělení, k čemuž bylo při výběru výzkumného vzorku přihlédnuto. V této kategorii je konkrétně 41 % respondentů, kteří netvoří nadpoloviční většinu. Vyšší počet osob na geriatrickém oddělení v tomto věku je patrně způsobem vyšším výskytem onemocnění a celkově větších zdravotních problémů. S tím souvisí i vyšší potřeba geriatrické či paliativní péče. Je to způsobeno tím, že se stále prodlužuje délka života, čímž je i vyšší koncentrace osob ve zmíněném, ale i vyšším věku. 31,4 % respondentů tvoří osoby věkovou kategorií 70 – 79 let. Tito lidé jsou druhou nejpočetnější skupinou na geriatrickém oddělení, proto je tato skupina na stejné pozici i ve výzkumném vzorku. O téměř polovinu méně respondentů se nachází ve věkové kategorii 60 – 69 let. Těchto respondentů je konkrétně 16,2 %. Jejich počet je na geriatrickém oddělení menší a to z důvodu menší míry nemocnosti v tomto věku. Částečně může být tento fakt způsoben, že za geriatrického pacienta jsou jedinci označováni až ve věku 65 let. Objevují se zde i mladší pacienti od věku 60 let, kteří mají stejné problémy. Nejmenší počet zaujímají respondenti ve věkové kategorii 90 a více let, kteří tvoří 11,4 %. Což je způsobeno zejména jejich nejnižším výskytem v populaci. V rámci složení respondentů dle věku byla snaha, aby byl zachován poměr mezi muži a ženami v jednotlivých věkových kategoriích (viz výše), který popisují ve své publikaci Kalvach, Čevela, Čeledová (2014, In: Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík a Kubů, 2014) – první a druhá položka spolu úzce souvisí.

POLOŽKA Č. 3 – SUBJEKTIVNÍ DŮLEŽITOST POTŘEB

(hodnota 1 – nejdůležitější potřeba; hodnota 5 – nejméně důležitá potřeba)



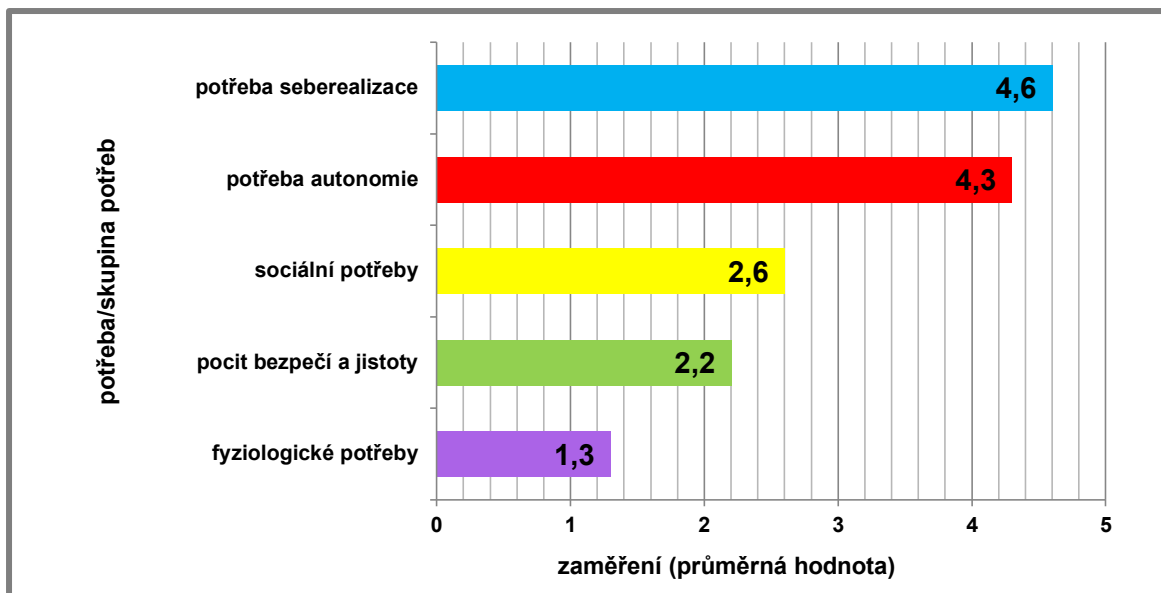
Graf č. 3: Položka č. 3 – Jaké potřeby jsou pro Vás nejdůležitější?

V **Grafu č. 3** jsou uvedeny průměrné hodnoty, které respondenti přiřadili jednotlivým potřebám dle kritéria, které z potřeb jsou pro ně nejdůležitější. Každý respondent mohl přiřadit jednotlivým potřebám body od 1 do 5. Hodnota 3 je vnímána jako průměrná, respektive hodnoty pod ní zaujímají vyšší důležitost a hodnoty nad ní nižší důležitost. Hodnota 1 byla pojata jako nejvyšší, respektive byly jí označovány potřeby, které jsou pro respondenty subjektivně nejdůležitější. Naopak hodnota 5 byla pojata jako nejnižší, kdy jí byly označovány potřeby, které jsou nejméně důležité. Níže jsou uvedeny průměrné hodnoty, které vyšly z odpovědí respondentů a jsou uvedena zajímavá procenta k jednotlivým stupňům potřeb. Nejvyšší důležitost zaujmul fyziologické potřeby s průměrnou hodnotou 1,4 a zaujímají tak pro nejvíce respondentů místo nejdůležitějších potřeb. Vhodné je uvést, že respondenti zde nejčastěji uváděli hodnotu 1. Konkrétně ji uvedlo 66,7 % respondentů, tedy nadpoloviční většina. Tudiž jsou tyto potřeby pro seniory nejvíce důležité. Nutno uvést, že fyziologické potřeby jsou různorodé a ty samotné mají pro seniory určitou důležitost. Fyziologické potřeby jsou pro seniory důležité z důvodu jejich onemocnění, kdy za fyziologickou potřebu se považuje tišení bolesti a péče o zdravotní stav, což je pro tuto specifickou skupinu velmi důležité. Svou roli má samozřejmě spánek, přijímání potravin, pohyb, pro někoho i hygiena a podobně. Ostatních 33,3 % zvolilo hodnoty 2 a 3, kdy hodnotu 3 uvedlo pouze 5,7 % respondentů. Hodnoty 4 a 5 neuvedl žádný respondent. Další více důležitou potřebou je pro seniory pocit bezpečí a jistoty, kdy tato možnost získala průměrnou hodnotu 2,1. Tato hodnota prezentuje volbu této možnosti jako druhé nejdůležitější potřeby.

To značí, že nejvíce respondentů v tomto případě uvedlo hodnotu 2 a to konkrétně 41 %. Ostatních 59 % uvedlo hodnoty 1 a 3. Více jich uvedlo hodnotu 3 a to celkem 36,2 %, hodnotu 1 uvedlo poměrně blízké procentuální zastoupení, a to 22,8 % respondentů. Vyšší hodnoty, 4 a 5 neuvedl nikdo. Pro respondenty znamená pocit bezpečí a jistoty mnoho. Patrně je to z důvodu specifického prostředí, proto potřebují určité objekty, které jim v tomto prostředí napomohou k tomuto pocitu (viz níže **Položka č. 7**). Vyšší důležitost mají i sociální potřeby a to s průměrnou hodnotou 2,5. V tomto případě uvedl nejvyšší počet, konkrétně 58,1 %, respondentů hodnotu 3, dále uvedl vyšší počet hodnotu 2, konkrétně 30,5 %. Zbylí uvedli hodnotu 1. Vyšší hodnoty, než 3 neuvedl žádný respondent. Sociální potřeby jsou různorodé, zásadní je v tomto směru komunikace, které se věnují **Položky č. 13 až 22**. Poměrně nízkou důležitost zaujímá potřeba autonomie, kdy průměrná hodnota je 4,3. Nejvyšší počet, celkem 73,4 %, respondentů ji uvedl na čtvrtém místě a nejčastěji volil hodnotu 4. Tedy nadpoloviční většina. Hodnotu 5 zvolilo zbylých 26,6 % respondentů. Z tohoto vyplývá, že nikdo neuvedl hodnoty 1, 2 ani 3. Potřeba autonomie je méně důležitá, než výše uvedené potřeby. To může být způsobeno tím, že potřebu autonomie vnímají senioři samozřejmě či si ji v běžném životě příliš neuvědomují. Je možné, že ji nevnímají jako důležitou z toho důvodu, že bezmezně důvěřují pečujícím pracovníkům a dávají jim větší volnost při rozhodování o vlastní osobě. S touto potřebou souvisí **Položka č. 12**, která poukazuje na to, že tuto volnost senioři vnímají dostatečně, patrně se na rozhodování podílí. Potřeba je dobře naplněna a senioři by ji přikládali vyšší důležitost, kdyby vhodně naplňována nebyla. Nejméně důležitá je potřeba seberealizace, kdy průměrná hodnota je u ní 4,7. Nejčastěji volená hodnota je 5. Tuto hodnotu uvedlo celkem 73,4 % respondentů, tedy nadpoloviční většina. Hodnotu 4 zvolilo 26,6 %. Žádný z respondentů neuvedl možnost 1, 2 ani 3. Potřeba seberealizace může být takto pojímána kvůli tomu, že si ji senioři v běžném životě zcela neuvědomují. Tuto potřebu vnímají pacienti jako málo důležitou patrně i z důvodu, že jim nejsou zcela naplněny fyziologické potřeby, případně ani potřeba bezpečí či sociální potřeby. Toto koresponduje s teorií Maslowa (1954), který v tomto kontextu hovoří o tom, že bez vhodného uspokojení základních potřeb (fyziologické potřeby, potřeba bezpečí a jistoty a sociální potřeby) nelze naplňovat ty vyšší (potřeba autonomie a seberealizace). Vyšší potřeby nemusí být považovány za zcela důležité i z tohoto důvodu.

POLOŽKA Č. 4 – POSLOUPNOST NAPLŇOVÁNÍ POTŘEB PERSONÁLEM

(hodnota 1 – primárně naplňovaná potřeba; hodnota 5 – nejméně naplňovaná potřeba)

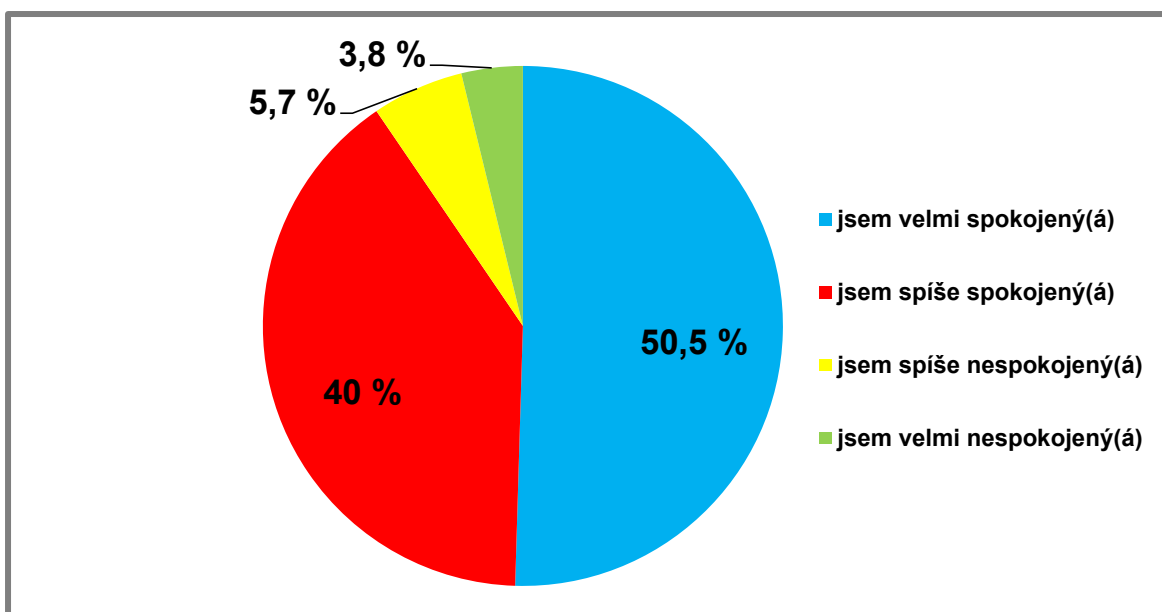


Graf č. 4: Položka č. 4 – Na jaké potřeby se personál při jejich naplňování nejvíce zaměřuje?

V Grafu č. 4 jsou uvedeny průměrné hodnoty, které respondenti přiřadili jednotlivým potřebám dle kritéria, na které potřeby se personál při jejich naplňování nejvíce zaměřuje. Každý respondent mohl přiřadit jednotlivým potřebám body od 1 do 5. Hodnota 3 je vnímána jako průměrná, respektive hodnoty pod ní zaujímají potřeby, na které se personál zaměřuje nejvíce, respektive jsou považovány za primární při naplňování a hodnoty nad ní zaujímají potřeby, na které se personál zaměřuje nejméně. Hodnota 1 byla pojata jako nejvyšší, respektive byly jí označovány potřeby, na které se personál zaměřuje primárně. Naopak hodnota 5 byla pojata jako nejnižší, kdy jí byly označovány potřeby, na které se personál zaměřuje spíše okrajově. Níže jsou uvedeny průměrné hodnoty, které vyšly z odpovědí respondentů a jsou uvedena zajímavá procenta k jednotlivým stupňům potřeb. Potřebou, respektive skupinou potřeb, které jsou personálem primárně naplňovány, jsou fyziologické potřeby a to s průměrnou hodnotou 1,3. Nejčastěji respondenti uváděli hodnotu 1, v nadpoloviční většině, konkrétně uvedlo 69,5 %. Hodnotu 2 uvedlo 29,5 %. Pouze 1 % zmínilo hodnotu 3. Nikdo neuvedl hodnoty 4 ani 5. Toto pramení ze specifického prostředí, kdy je pro personál nejdůležitější, aby lidé neměli hlad a žízeň, měli čistou postel, mohli vylučovat, správně dýchat, měli v pořádku příjem léků, aby neměli bolesti a podobně. Zajišťují tak primárně zdravotní stav pacienta. Snahou je, aby senioři měli zdravotní stav lepší, než když na oddělení přišli. Pokud to nelze, je snahou, aby se stav nezhoršil, případně aby důsledky nemoci byly, co možná nejlepší. Dále se personál zaměřuje na zajištění potřeby bezpečí a jistoty, kdy je průměrná hodnota 2,2. Nejčastěji volenou hodnotou je zde 2.

Tu zvolilo celkem 50,5 % respondentů, tedy nadpoloviční většina. Tato hodnota prezentuje volbu této možnosti jako druhou potřebu, na kterou se personál zaměřuje. Dále 32,4 % respondentů uvedlo hodnotu 3 a 17,1 % uvedlo hodnotu 1. Dle osob, které uvedly hodnotu 1, je tato potřeba nejvíce naplňována. Vyšší hodnoty, 4 a 5 neuvedl žádný respondent. Personál zaměřuje na to, aby osoby kupříkladu neupadly a nestal se jim tak nějaký úraz, což mohou zajistit podpůrnými prostředky a kompenzačními pomůckami, dále aby senioři vnímali, že je o ně dostatečně postaráno, a že personál je v případě potřeby vždy k dispozici, že je oddělení hlídáno a podobně. Sociální potřeby jsou nejčastěji uváděny na třetím místě a to s průměrnou hodnotou 2,6. Hodnotu 3 uvedla nadpoloviční většina, tedy 61,9 % respondentů. Dále uvedlo 20 % hodnotu 2. Hodnotu 1 uvedlo 13,3 %. Ostatní respondenti uvedli hodnoty 4 a 5, kdy dohromady se jedná o 4,8 %. U těchto možností respondenti volili všechny hodnoty, což značí, že někteří vnímají sociální potřeby jako primárně naplňované a někteří naopak jako nejméně naplňované. Personál se méně zaměřuje na naplňování potřeby autonomie, kdy je průměrná hodnota 4,3. Nejvyšší počet respondentů v tomto případě uvedl hodnotu 4 a to konkrétně 66,7 %, téměř většina uvedla tuto možnost na předposledním místě. Tato potřeba je téměř nejméně naplňována. Zbýlých 33,3 % respondentů uvedlo hodnotu 5, kdy jim připadá tato potřeba jako nejméně naplňovaná. Hodnoty 1,2 ani 3 nikdo neuvedl. Je možné soudit, že tato potřeba vnímána jako samozřejmost, a proto na ni není kladen větší důraz, případně to personálu nemusí připadat důležité se na tuto potřebu zaměřovat. Pokud by se jednalo o zanedbání potřeby ve smyslu nedbání na samostatné rozhodování o vlastní osobě a schopnost se o sebe postarat, byl by to velký problém. Je možné, že personálu přijde snazší za seniory některé činnosti vykonat a v některých méně důležitých situacích za ně i rozhodnout. S tímto částečně souvisí **Položka č. 12**, kde je uvedeno, že senioři pociťují dostatečnou volnost v rozhodování o vlastní osobě a autonomie jim je ve většině případů zajištěna dobře. Je možné, že potřeba autonomie je v tomto směru naplňována nevědomě a automaticky. Nejméně se personál zaměřuje na potřebu seberealizace, kdy je zde průměrná hodnota 4,6. Nejčastěji volená hodnota je zde 5, kterou uvedlo celkem 64,8 % respondentů, tedy nadpoloviční většina. Dále 30,5 % zvolilo hodnotu 4 a pouze 4,7 % uvedlo hodnotu 3. Žádný respondent nezvolil hodnoty 1 ani 2. Tato potřeba není naplňována primárně, jelikož ji personál příliš naplňovat nemůže a jedná se spíše o podporu k naplňování této potřeby seniory samými. Tato potřeba není na oddělení nejdůležitější, těmi jsou potřeby základní.

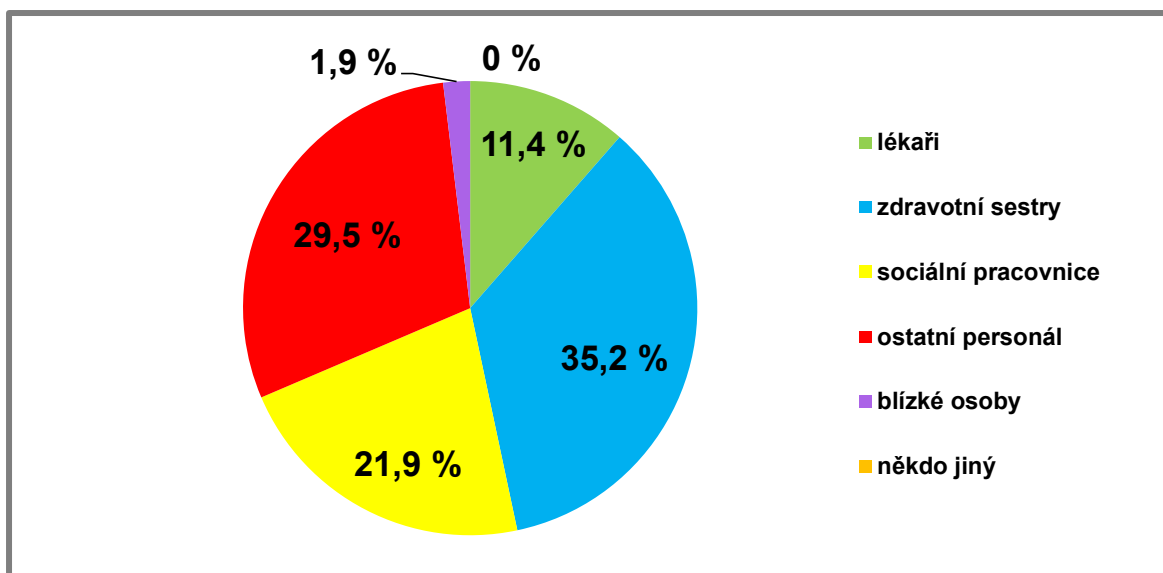
POLOŽKA Č. 5 – SPOKOJENOST S NAPLŇOVÁNÍM POTŘEB



Graf č. 5: Položka č. 5 – Jak jste spokojen(a) s naplňováním Vašich potřeb personálem?

V **Grafu č. 5** je uvedeno procentuální zastoupení spokojenosti respondentů s naplňováním potřeb. Naprostá většina, konkrétně 90,5 % respondentů odpověděla na tuto dotazníkovou položku kladně, jsou s naplňováním potřeb spokojeni. 50,5 % z nich uvedlo, že je s naplňováním potřeb velmi spokojeno. Nadpoloviční většina respondentů zvolila nejkladnější nabízenou možnost. Je možné říci, že tito respondenti nemají k naplňování potřeb žádnou výhradu, případně neví, jak by mohlo být naplňování potřeb zlepšeno. 40 % respondentů uvedlo, že je s naplňováním potřeb spíše spokojeno. Slovo spíše může představovat problém v nevhodném naplnění jedné z potřeb, případně v přístupu některého pečujícího pracovníka a podobně. V zásadě je u nich spokojenost – tyto osoby by nejčastěji nic neměnily, případně by nezměnily „asi nic“. Pouze 9,5 % respondentů v této položce odpovědělo negativně. Konkrétně 5,7 % z nich uvedlo, že je s naplňováním potřeb spíše nespokojeno a 3,8 % uvedlo, že je velmi nespokojeno. Nespokojenost respondentů může být částečně způsobena pocitem nevhodného naplňování potřeb personálem, případně může být problém v prostředí geriatrického oddělení, negativním postojem respondentů k naplňování potřeb, případně i k personálu, případně i k sobě samému. Tato volba mohla být ovlivněna aktuálním stavem, ve kterém se daný respondent nacházel, když dotazník vyplňoval. Zde je vhodné poznamenat, že faktorů ovlivňující spokojenost a nespokojenost je mnoho a nelze je všechny postihnout. Zajímavé je to, že tyto osoby nevědí, co by v rámci naplňování potřeb změnily. Informace o možných změnách jsou uvedeny v související **Položce č. 24** (viz níže).

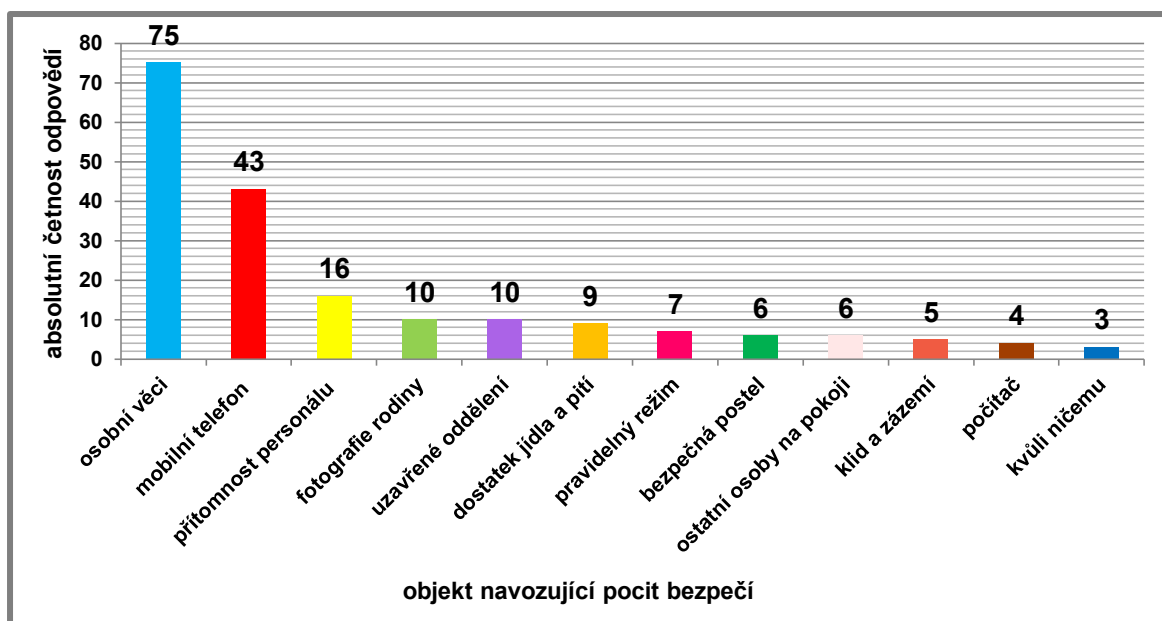
POLOŽKA Č. 6 – DŮLEŽITÍ NAPLŇOVATELÉ POTŘEB



Graf č. 6: Položka č. 6 – Kdo je pro Vás nejdůležitější při naplňování Vašich potřeb?

V **Grafu č. 6** je uvedeno procentuální zastoupení naplňovatelů potřeb dle jejich důležitosti. Žádní naplňovatelé potřeb nejsou v nadpoloviční většině. V první řadě zvolilo 35,2 % respondentů, že jsou pro ně nejdůležitějšími naplňovateli potřeb „zdravotní sestry“. Konkrétně tuto možnost vybralo 35,2 %. Možnost „ostatní personál“ zvolilo 29,5 %. Do této kategorie lze zařadit kupříkladu sanitáře, asistentky, ošetřovatelky, pečovatelky, uklízečky či čajovnice. Nutno poznamenat, že senioři v rámci ostatního personálu mohli zařadit i zdravotní sestry a naopak, jelikož jsou tyto osoby v některých případech těžko rozeznatelné. Zásadní je, že obě kategorie jsou na prvních příčkách z důvodu, že senioři s osobami z těchto kategorií tráví podstatnou část dne a zajišťují jim základní potřeby, zejména v péči o jejich zdravotní stav, ale také o čistotu lůžka a jejich samotných, o dostatečný příjem jídla a pití, o pohyb, o zajišťování bezpečí, již zmíněné tláčení bolesti a podávání léků, komunikace a podobně. Jsou pro ně primárními pečujícími pracovníky. 21,9 % respondentů odpovědělo, že jsou pro ně nejdůležitější sociální pracovníci. To může být způsobeno kupříkladu tím, že mají tyto lidi sociální problémy, které s nimi řeší. Pouze 11,9 % uvedlo, že jsou pro ně nejdůležitější lékaři, což je způsobeno tím, že jsou pro tyto osoby hlavními autoritami, případně s nimi nejvíce řeší zdravotní stav či mají pocit, že se jim nejvíce věnují. Možnost „blízké osoby“ zvolilo pouze 1,9 % respondentů, což je pochopitelné, jelikož s respondenty netráví tolik času. Osoby, které tuto možnost zvolily, s nimi mají velmi intenzivní kontakt. Nutno uvést, že důvody volby mohou být v případě této položky velmi různorodé.

POLOŽKA Č. 7 – OBJEKTY (NE)NAVOZUJÍCÍ POCIT BEZPEČÍ



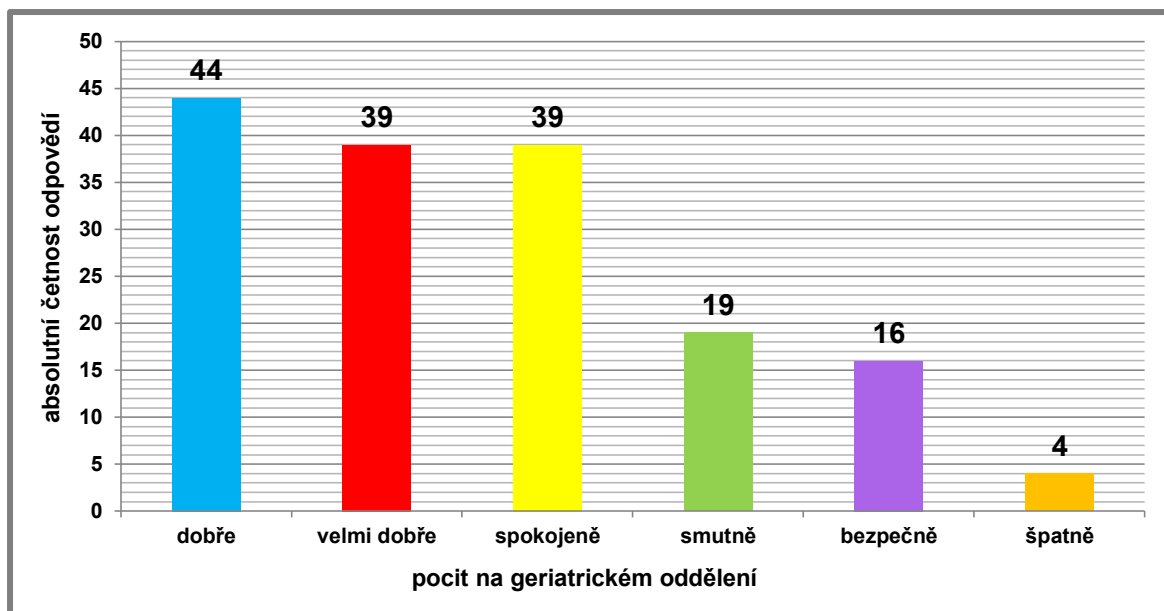
Graf č. 7: Položka č. 7 – Díky čemu se cítíte na geriatrickém oddělení bezpečně?

V Grafu č. 7 je uvedena absolutní četnost jednotlivých odpovědí týkající se odlišností geriatrického oddělení od domácího prostředí. Absolutní četnost byla do grafu zvolena z důvodu její větší výpovědní hodnoty vzhledem k možnosti uvedení více odpovědí od jednoho respondenta. Tato položka byla otevřená, a proto mohl každý respondent do předem připraveného políčka uvést cokoliv. Nutno poznamenat, že z jednotlivých odpovědí respondentů byly vytvořeny kategorie, které obsahují stejné či významově velmi podobné odpovědi. V některých případech byly užity výroky samotných respondentů a v některých případech byly kategorie pojmenovány tematicky. Obecně je každá kategorie vnímána jako: „*objekt navozující pocit bezpečí*“. Součet všech odpovědí je 194, kdy všichni respondenti, kterých je 105, vepsali alespoň jednu odpověď. Někteří respondenti uvedli více možností, velmi často dvě možnosti, méně často tři a výjimečně čtyři možnosti, což byl nejvyšší počet odpovědí na jednoho respondenta. Čtyři odpovědi uvedli 3 respondenti. Odpovědi byly kombinovány různě, senioři je uváděli dle subjektivní důležitosti a dle toho, co se jim v momentě vyplňování vybavilo. Některé kategorie odpovědí spolu souvisí, je možné je vnímat jako podkategorie, vzhledem k tomu, že byly uvedeny více, než jedním respondentem, jsou rozděleny. Toto se týká kupříkladu kategorie „*osobní věci*“ a „*mobilní telefon*“, případně i „*fotografie rodiny*“ a „*počítač*“, kdy „*osobní věci*“ je kategorie, která je ostatním nadřazena. Zmíněné kategorie mají samy o sobě vypovídající hodnotu, proto jsou uvedeny zvlášť. Nejvyšší počet respondentů, celkem 76, uvedl možnost „*osobní věci*“, tato kategorie je z naprosté většiny tvořena přímou odpovědí „*osobní věci*“.

Přesto se v ní objevují i odpovědi, které lze do této kategorie zařadit a objevili se pouze jednou, kupříkladu „řetízek s Pannou Marií“, „vlastní přikrývka“, „vlastní rádio“, „velmi oblíbený hrneček“, „vlastní hodinky“, „vlastní oblečení“ a podobně. Jedná se o poměrně širokou kategorii. Respondenti, kteří neuvedli žádný konkrétní předmět, či předměty mohly pod tímto termínem označit téměř cokoli. Mimo již zmíněné to mohou být kupříkladu knihy, křížovky, deník a podobně. To lze určit z aktivit, které senioři na oddělení vykonávají (viz níže **Položka č. 9**). Tato odpověď se objevila u nadpoloviční většiny, konkrétně u 71,4 %, respondentů. Byla také nejčastěji kombinována s dalšími odpověďmi. Nejvyšší výskyt této odpovědi je způsoben tím, že senioři se díky vlastním věcem cítí více „jako doma“ a mají pocit určité jistoty, respektive je pro ně důležité v cizím prostředí něco opravdu vlastnit. Lze říci, že seniorům tyto věci mohou domov alespoň částečně připomínat, případně díky nim myslí na svou rodinu a ostatní blízké. Díky osobním věcem mohou v některých případech vykonávat aktivity, které je baví. Druhou nejčastěji uváděnou možností byl „mobilní telefon“, který odpovědělo 43 respondentů, již se nejedná o možnost volenou nadpoloviční většinou, tuto možnost uvedlo 41 %. Dále již nejsou relativní četnosti uváděny, jelikož vzhledem k početnosti odpovědí postačí absolutní četnosti. Tato odpověď nepřímo ukazuje, že senioři velmi potřebují sociální kontakt s blízkými lidmi, kteří s nimi nejsou na oddělení. Díky mobilnímu telefonu, mohou svou rodinu a přátele denně slyšet a jistě se cítí lépe. V souvislosti s osobními věcmi byla uvedena i možnost „fotografie rodiny“, což opět souvisí s potřebou blízkosti, kdy alespoň vzpomínky na rodinu a jejich pomyslná blízkost pro seniory znamenají jistotu a bezpečí. Tuto odpověď uvedlo 10 respondentů. Pouze 4 respondenti uvedli, že mají „počítač“, což není příliš obvyklé. Respondenti v tomto případě doplnili, že díky němu mohou sledovat internet, být v dění a volat s rodinou. Je pro ně stejně jako telefon zajišťovatel sociálních kontaktů. Vyšší zastoupení měla možnost „přítomnost personálu“, kterou zmínilo 16 respondentů. Tyto osoby v několika případech uvedly „je tady doktor“, „je tu hodně personálu“, „personál je hodný a je nám stále nablízku“. V této souvislosti lze zmínit, že pro seniory je důležitý pocit, že kdykoliv se stane nepříznivá situace, personál zasáhne, respektive včas zareaguje. Mimo to je v této otázce vyjádřena i lidská blízkost personálu, kdy se k nim lidé chovají kladně. S lidskou blízkostí souvisí i kategorie „ostatní osoby na pokoji“, což bylo často doprovázeno výrokem „nejsem tu na pokoji sám/sama“ či „mám si s kým na pokoji povídat“. Pro seniory mají ostatní pacienti svůj význam, ačkoliv tuto možnost opovědělo pouze 6 respondentů. Pro 10 respondentů je důležité, pro pocit bezpečí, uzavřené oddělení, kdy odpověď byla v jednom případě doplněna slovy „uzavřené dveře“. Jedná se pravděpodobně o fakt, že na oddělení nepřichází bez kontroly cizí lidé.

Nemůže se jim v tomto případě nic stát, nemůže jim nikdo cizí vzít jejich věci a podobně. Pro některé seniory, zejména pro ty, kteří jsou určitým způsobem dezorientováni, náměsíční a podobně, může být důležité, že nemohou svévolně nikam odejít. Mimo již zmíněné uvedlo 9 respondentů možnost „*dostatek jídla a pití*“, zde se opět ukazuje důležitost fyzických potřeb, a to zejména potřeby sycení. Pro seniory může být strava nejen chutnou součástí dne, ale může den členit na části, díky kterým se lépe orientují. Na oddělení je jistota v tom, že jídlo je podáváno ve stejný čas neustále a o pití si mohou říci kdykoliv. Je jim pravidelně doplňováno. S touto odpovědí může souviset další možnost, kterou je „*pravidelný režim*“. Tu odpovědělo 7 respondentů. Jak již bylo zmíněno, pravidelnost může být zajištěna v jídle a pití, ale také v hygieně, podávání léků, zdravotních zákroků a podobně. Jedná se o aktivity, které se opakují a lidé se na ně mohou spolehnout. Mimo to lidé uváděli možnost „*bezpečná postel*“. Zvolilo ji 6 respondentů. Toto může souviset s jistotou, že senioři z postele nemohou spadnout, mají mimo pohodlí zajištěnou i další hodnotu. Částečně může být bezpečí postele propojeno i s jejím polohováním, možností na ni připojit kyslík, upevnit na ni transfuze, infuze, tekutou výživu či jiné pomůcky pro lepší zdravotní stav. Svou roli má v pocitu bezpečí také klid a zázemí. Tuto odpověď napsalo celkem 5 respondentů. Je možné, že je pro ně nemocniční prostředí příjemnější, než jejich domov, případně zařízení, ve kterém pobývají. Klid je s nemocničním prostředím poměrně často spojován, jelikož „*klid a ticho léčí*“, tato odpověď je zmíněna jen malým počtem respondentů a nemusí to tak být vždy pravda. Klid být na oddělení nemusí vzhledem k velkému počtu přítomných osob. V rámci zázemí lze hovořit o tom, že někteří pacienti pocházejí ze slabších sociálních poměrů a tudíž je jejich životní standard na nižší úrovni než v nemocnici. Mohou pociťovat větší komfort. Samozřejmě to lze propojit s péčí personálu, který se o zajištění příjemného prostředí stará. Pouze 3 respondenti uvedli, že se bezpečně na oddělení necítí, respektive přesné znění odpovědi bylo: „*kvůli ničemu*“. V jednom ze tří případů byla odpověď doplněna o to, že se respondent bojí všude, a proto i na tomto oddělení. V druhém případě byla tato možnost okomentována tím, že je respondentka bez domova a nemá v nemocnici nic svého, jelikož své věci musela nechat v krabici pod mostem. Poslední možnost nebyla nijak okomentována. Z výše zmíněného vyplývá, že pocit bezpečí seniorům zajišťují velmi rozmanité objekty a poukazuje to na fakt, že je vše velmi individuální. Je navíc možné, že někteří respondenti neuvědli všechny objekty, které jim mohou bezpečí zajišťovat.

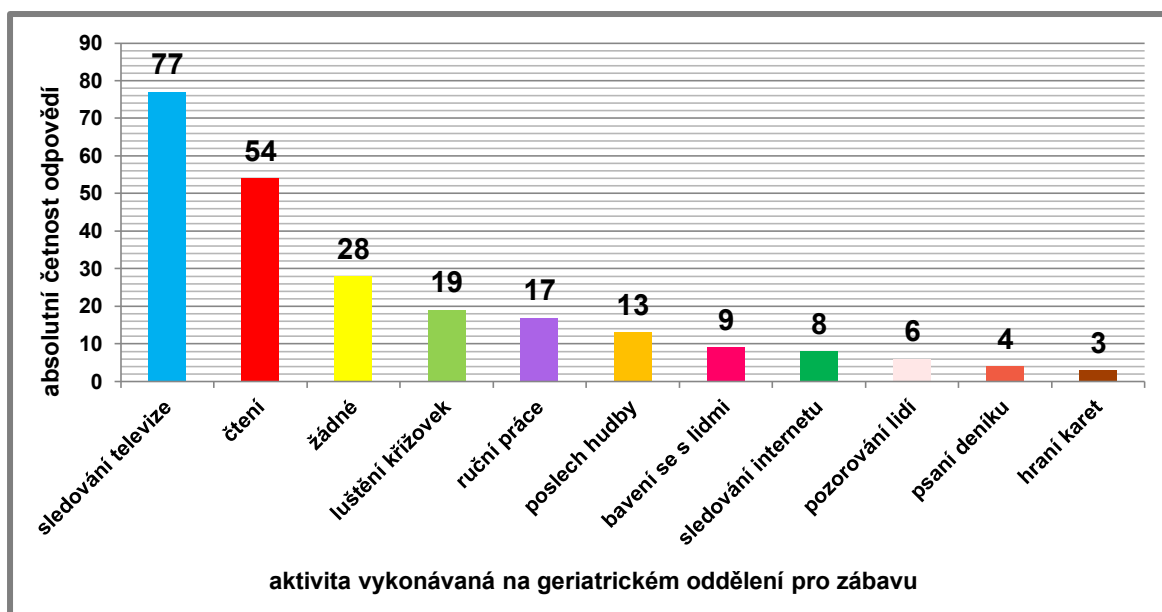
POLOŽKA Č. 8 – POCITY V PROSTŘEDÍ GERIATRICKÉHO ODDĚLENÍ



Graf č. 8: Položka č. 8 – Jak se na geriatrickém oddělení cítíte?

V **Grafu č. 8** je uvedena absolutní četnost jednotlivých odpovědí týkající se pocitů respondentů v prostředí geriatrického oddělení. Absolutní četnost byla do grafu zvolena z důvodu její větší výpovědní hodnoty vzhledem k možnosti uvedení více odpovědí od jednoho respondenta. Tato položka byla otevřená, a proto mohl každý respondent do předem připraveného políčka uvést cokoliv. Kategorie jsou pojmenovány dle přímých výpovědí respondentů. Obecně je každá kategorie vnímána jako: „*pocit na geriatrickém oddělení*“. Součet všech odpovědí je 161, kdy všichni respondenti, kterých je 105, vepsali alespoň jednu odpověď. Někteří uvedli více možností, přičemž nejvyšší možný počet byl tři a to od 7 respondentů. Odpovědi byly kombinovány různě, senioři je uváděli dle subjektivní důležitosti a dle toho, který z pocitů chtěli uvést, případně který se jim v daný moment vybavil. 44 respondentů se na oddělení cítí „*dobře*“. Lépe se cítí 39 respondentů, kteří uvedli „*velmi dobře*“. Někteří k těmto možnostem dodali odpověď „*spokojeně*“, tato možnost byla ve 39 případech uvedena i samostatně. Někteří výše zmíněné možnosti kombinovali i s odpovědí „*bezpečně*“, opět byla uvedena i samostatně, konkrétně v 16 případech. Nadpoloviční většina se cítí na geriatrickém oddělení pozitivně, což dokládají výše uvedené odpovědi. Pouze 19 respondentů se cítí „*smutně*“, to neznamená, že by nebyla péče o ně v pořádku, spíše se jedná o smutek po rodině, svých blízkých a domově. To lze doložit odpovědí jedné respondentky: „*cítím se dobře, ale zároveň smutně*“. Pouze 4 respondenti uvedli zcela negativní odpověď a to „*špatně*“. Dva z nich uvedli, že se cítí smutně, patrně se jim na oddělení příliš nelíbí a raději by byli doma se svými blízkými.

POLOŽKA Č. 9 – (NE)VYKONÁVANÉ ZÁBAVNÉ AKTIVITY

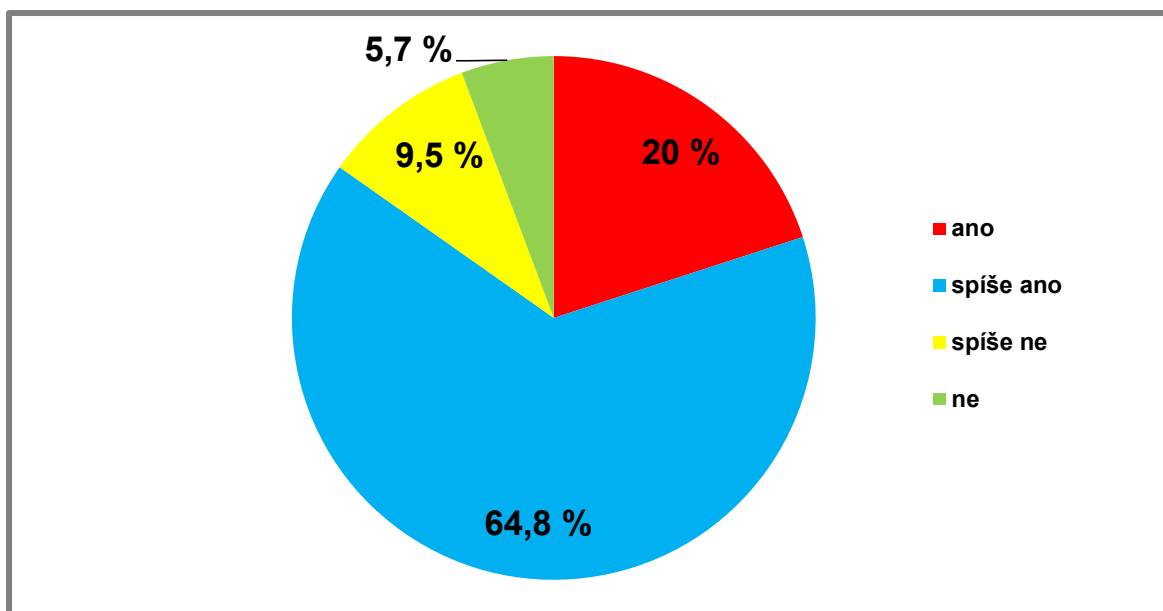


Graf č. 9: Položka č. 9 – Jaké aktivity, které Vás baví, vykonáváte na geriatrickém oddělení?

V Grafu č. 9 je uvedena absolutní četnost jednotlivých odpovědí týkající se aktivit vykonávaných respondenty na geriatrickém oddělení pro zábavu, respektive aktivit, které seniory baví. Absolutní četnost byla do grafu zvolena z důvodu její větší výpovědní hodnoty vzhledem k možnosti uvedení více odpovědí od jednoho respondenta. Tato položka byla otevřená, a proto mohl každý respondent do předem připraveného políčka uvést cokoliv. Nutno poznamenat, že z jednotlivých odpovědí respondentů byly utvořeny kategorie, které obsahují stejné či významově velmi podobné odpovědi. Kategorie byly v tomto případě pojmenovány spíše tematicky. Obecně je každá kategorie vnímána jako: „*aktivita vykonávaná na geriatrickém oddělení pro zábavu*“. Součet všech odpovědí je 238, kdy všichni respondenti, kterých je 105, vepsali alespoň jednu odpověď. Někteří uvedli více možností, velmi často dvě, méně často tři a výjimečně čtyři, což byl nejvyšší počet odpovědí na jednoho respondenta. Čtyři aktivity uvedli pouze 3 respondenti. Odpovědi byly kombinovány různě, seniři je uváděli dle subjektivní důležitosti a dle toho, co se jim v momentě vyplňování vybavilo. Nejvyšší počet respondentů, celkem 77 z nich, uvedl „*sledování televize*“, což je zcela pochopitelná aktivita, kterou mohou vykonávat téměř všichni, ne každého tato aktivita baví, z dat vyplývá, že baví 73,3 % respondentů, což je nadpoloviční většina. Více než polovina, celkem 51,4 %, uvedla, že je jejich oblíbenou aktivitou „*čtení*“, což uvedlo 54 respondentů. Lze říci, že čtení je v nemocničním prostředí velmi běžnou aktivitou. Několik z respondentů k této odpovědi doplnilo, že mají na čtení „*konečně čas*“, v domácím prostředí zřejmě tolik nechtou a tzv. „*nemají co dělat*“, a proto zvolili tuto variantu.

Mnoho ze seniorů však čte i v domácím prostředí a i zde je tak tato aktivita provází. Poměrně vysoký počet, celkem 28, respondentů uvedlo, že nevykonávají „žádné“ aktivity, které by je bavily. Toto může být spojeno s bolestmi, které jim jejich zdravotní stav způsobuje, mohou mít potíže s pohybem a podobně. Někteří respondenti uvedli, že nevykonávají nic, jelikož je nic nebaví či to nemá smysl. Dále uváděli respondenti například „luštění křížovek“, což odpovědělo 19 z nich. Tato aktivita je pro seniory poměrně typická a je pochopitelné, že ji vykonávají i na oddělení. Mimo to je 17 respondentů propojeno s kategorií „ruční práce“, kdy každý respondent uvedl jinou ruční práci, například „pletení“, „háčkování“, „navlékání korálků“, „kreslení“ a podobně. Proto byly jednotlivé odpovědi spojeny. 13 respondentů na oddělení poslouchá hudbu. Mimo to se respondenti baví s lidmi, což uvedlo pouze 9 z nich. Z toho je možné vyvodit, že si senioři na oddělení příliš nepovídají s ostatními pacienty, případně je to nebaví nebo na tuto možnost zapoměli nebo jim přijde zcela samozřejmá, a proto ji neuváděli. Celkem 8 respondentů uvedlo, že sledují internet, což je ve čtyřech případech díky tomu, že mají u sebe počítač a ve čtyřech případech je to tím, že u sebe mají mobilní telefon. 6 respondentů odpovědělo, že pozoruje lidi, což může být vnímáno, že pozorují ostatní pacienty, personál či cizí osoby z okna i na oddělení. Zajímavou odpovědí je „psaní deníku“, kterou uvedli 4 respondenti. Patrně jim toto napomáhá v časové orientaci, mohou „někomu“ sdělit své pocity a případně mohou uplatnit svou kreativitu. Mohou to vnímat jako činnost, která má pro ně smysl, případně jej vnímají jako dědictví. To lze doložit odpovědí jednoho respondenta: „píši zde deník, aby po mne něco zůstalo“. Nejméně respondentů uvedlo, že hraje karty. Jelikož se jedná o 3 osoby lze usuzovat, že společně sdílí pokoj. Z výše uvedeného vyplývá, že aktivity vykonávané na geriatrickém oddělení jsou různorodé. Vzhledem k položení otázky, která se tázala na aktivity, které jedince baví, lze předpokládat, že aktivit je více, avšak nejsou pro seniory zdrojem zábavy. Mimo to je velmi pravděpodobné, že respondenti neuváděli všechny aktivity, které vykonávají a baví je. Nutno poznamenat, že i v prostředí geriatrického oddělení je možné vykonávat poměrně velké množství aktivit, které mohou seniorům zpříjemnit den a mohou jim pomoci k tomu, aby se cítili více „jako doma“. Také mohou být nápomocny vzhledem k odpoutání se od těžké situace, kterou jim navodil negativní zdravotní stav. Zásadní se jeví zajistit dostatečné podmínky pro to, aby senioři jejich oblíbené aktivity mohli vykonávat a bylo jim lépe. Tyto aktivity totiž navozují pocit radosti, který je v tomto prostředí velmi důležitý.

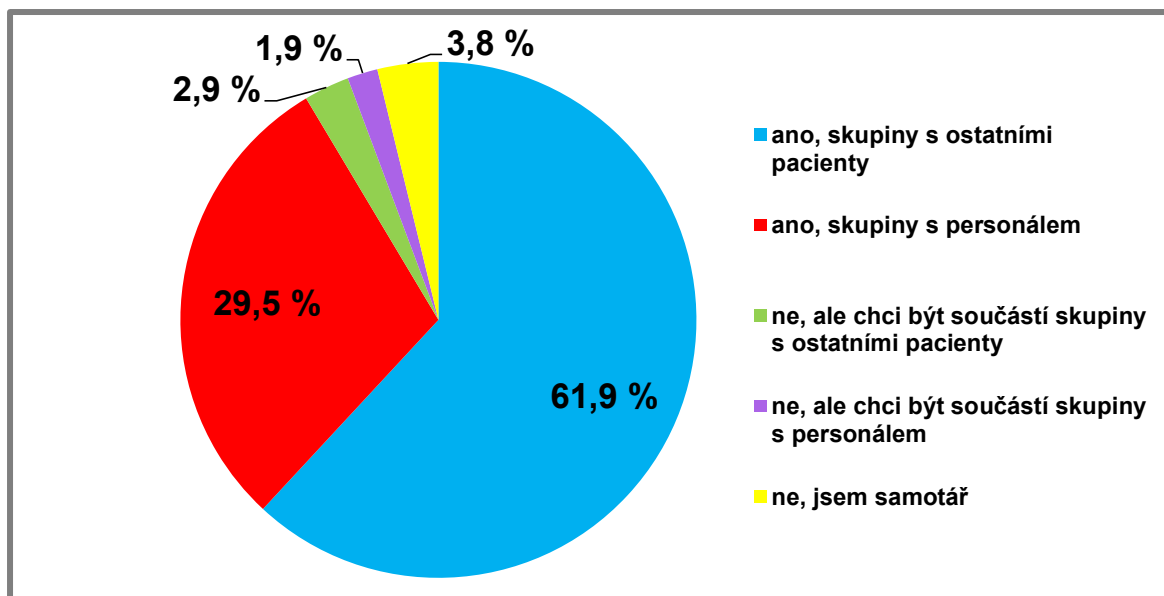
POLOŽKA Č. 10 – (NE)ZABEZPEČENÍ SOUKROMÍ



Graf č. 10: Položka č. 10 – Je Vám na geriatrickém oddělení dostatečně zabezpečeno soukromí?

V **Grafu č. 10** je uvedeno procentuální zastoupení zabezpečení soukromí, respektive subjektivního pocitu respondentů o jeho zajištění. Většina respondentů odpověděla na tuto položku kladně, konkrétně 84,8 %, což znamená, že je soukromí dle respondentů zajištěno dostatečně. Z těchto procent nadpoloviční většina odpověděla, že jim je soukromí spíše zajištěno. Konkrétně uvedlo 64,8 %. Tato možnost byla volena, jelikož vnímají omezené možnosti oddělení, kdy jim soukromí nemůže být zajištěno dokonale vzhledem k ostatním osobám na pokoji i na oddělení a vzhledem ke specifické péči, která jim je poskytována. Tyto osoby mohou mít vyšší potřebu soukromí, respektive může být pro ně více důležitá. Mimo to mohou být zvyklí na větší soukromí z domova. Možnost „ano“ v tomto případě zvolilo 20 %, což znamená, že je jim soukromí zabezpečeno dostatečně a nemají k tomu žádné výhrady. I zde může platit, že lidé si uvědomují specifika tohoto oddělení, jsou s nimi více smíření, než respondenti, kteří uvedli možnost „spíše ano“, případně mohou mít v domácím prostředí menší soukromí, tato potřeba pro ně může být méně důležitá a podobně. Pouze 15,2 % odpovědělo na tuto položku negativně. Konkrétně 9,5 % odpovědělo, že jim soukromí spíše zabezpečeno není a 5,7 % zvolilo možnost, že jim soukromí není dostatečně zabezpečeno. Mimo již zmíněné je možné uvést další důvody, které mohou vést k volbě této možnosti. Problematická je zejména hygiena, vykonávání vylučování u imobilních pacientů, převazy rán, krmení, podávání léků a hovoření o intimních záležitostech týkajících se zejména zdravotního stavu, ale i sociálních problémů. Souvislost se soukromím může mít i potřeba důstojnosti, která je u seniorů silná.

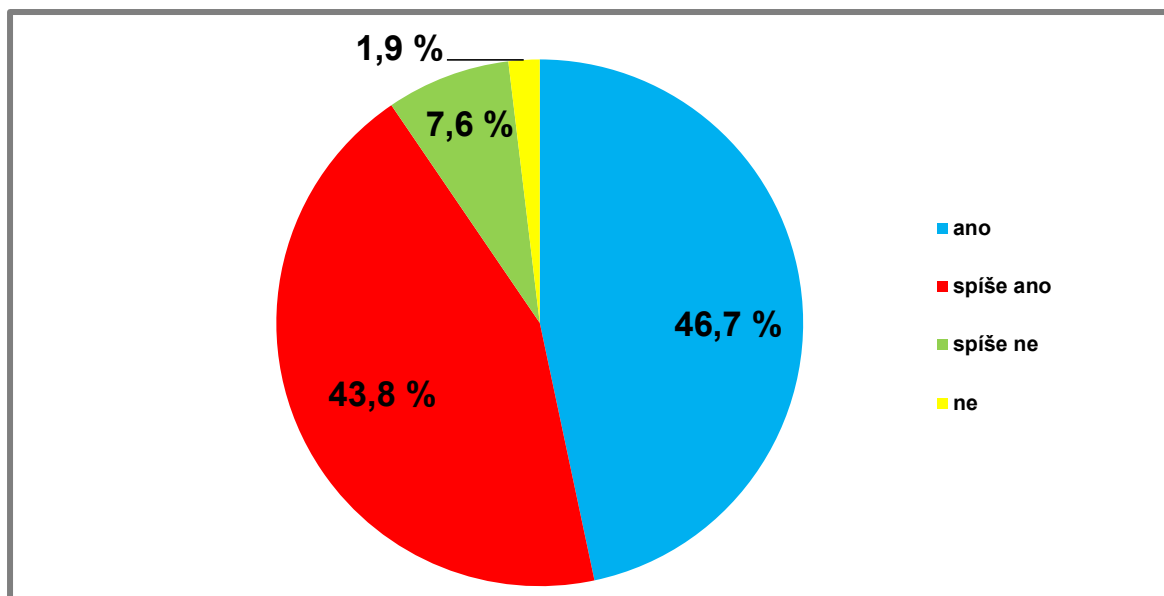
POLOŽKA Č. 11 – (NE)SOUNÁLEŽITOST SE SKUPINAM



Graf č. 11: Položka č. 11 – Cítíte se být na geriatrickém oddělení součástí nějaké skupiny?

V **Grafu č. 11** je uvedeno procentuální zastoupení (ne)sounáležitosti s určitou skupinou na oddělení, kdy sounáležitost je vnímána, že se jedinec cítí být součástí dané skupiny. Na oddělení jsou ve své podstatě dvě velké skupiny, tedy pacienti a personál. Ty mohou být navzájem propojeny. Většina respondentů se cítí být součástí nějaké skupiny, konkrétně uvedlo 86,6 %. Nadpoloviční většina, konkrétně 59 %, zvolila možnost, že se cítí být součástí skupiny s ostatními pacienty. Vzhledem k dlouhodobému pobytu mohou na oddělení vznikat pevné vazby, že se senioři stanou přáteli či dokonce partnery. Osoby, které nenachází vazby s pacienty, mohou nalézt vazby s personálem, přičemž tuto možnost uvedlo celkem 27,6 %. V rámci těchto vazeb jde o blízkost z hlediska vlídného přístupu ze strany personálu, kdy mohou senioři cítit značnou podporu a péči, dokonce i mezi nimi je možný vznik přátelství díky dlouhodobému pobytu. 13,4 % respondentů uvedlo, že se necítí být součástí žádné skupiny, kdy 3,8 % zmínilo, že jsou samotáři, čímž je zmíněn i fakt, že do žádné skupiny patřit nechtějí či nechtějí navazovat žádné vztahy a jejich samota jim v rámci omezených možností oddělení vyhovuje. 5,8 % uvedlo, že se necítí být součástí žádné skupiny, ale chtěly by být součástí skupiny s ostatními pacienty. Zde je možné, že senioři nedokáží navázat kontakt, cítí se osamocně i v přítomnosti dalších osob na oddělení, s dalšími seniory si nerozumí, ale chtěli by si rozumět a podobně. Pouze 3,8 % respondentů zvolilo možnost, že se necítí být součástí žádné skupiny, ale chtěly by být součástí skupiny s personálem. Zde je možné vnímat situaci obdobně jako u touhy být součástí skupiny s ostatními pacienty, případně je možné vidět druhý rozměr – senioři by chtěli být zdraví a pracovat jako personál.

POLOŽKA Č. 12 – (NE)VOLNOST V SAMOSTATNÉM ROZHODOVÁNÍ

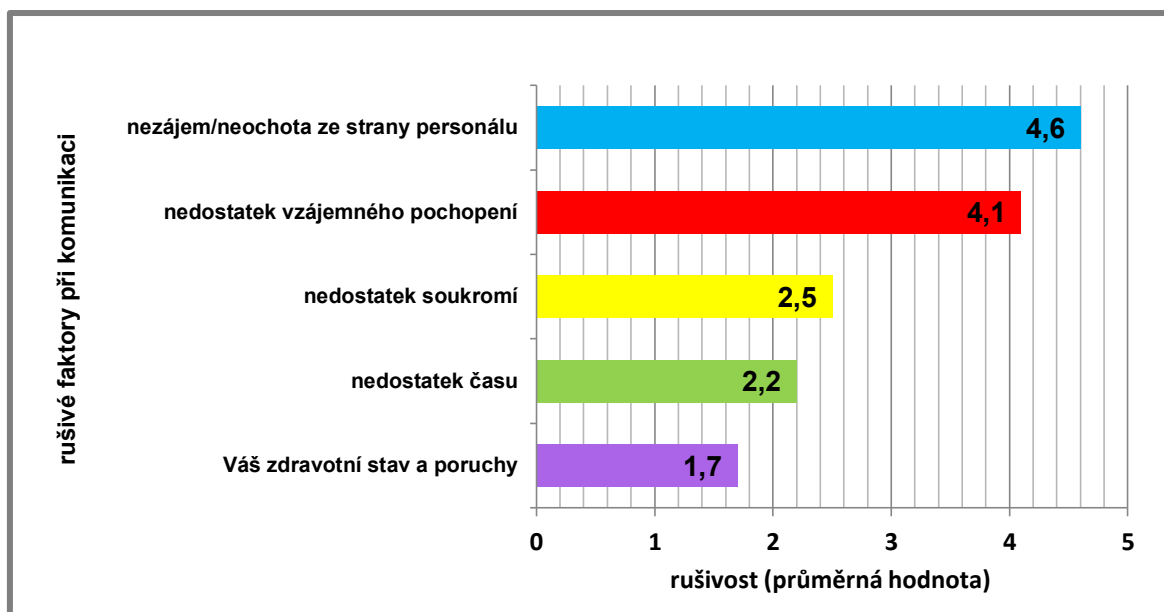


Graf č. 12: Položka č. 12 – Vnímáte, že máte dostatečnou volnost v samostatném rozhodování o své osobě?

V Grafu č. 12 je uvedeno procentuální zastoupení (ne)volnosti při samostatném rozhodování o vlastní osobě z pohledu respondentů. Kladnou odpověď zvolilo celkem 90,5 %. Vnímají tedy dostatečnou volnost v samostatném rozhodování o své osobě. Téměř polovina z nich, konkrétně 46,7 %, uvedla, že tuto volnost vnímají bez výhrad. 43,8 % respondentů zmínilo, že tuto volnost vnímají spíše. Zde je možné zmínit, že senioři jsou na tomto oddělení v roli pacienta, který by měl být ostatním pečujícím pracovníkům spíše partnerem, kdy by měli společně řešit nastalé situace a společně hledat vhodná řešení. V některých případech to tak není, většinou je to z důvodu, že senioři se nachází v tam vážném stavu, že není dostatek času se seniorem komunikovat, případně to není možné vzhledem k bezvědomí pacienta, případně senioři nemají dostatečnou schopnost o své osobě rozhodovat. V některých případech je možné, že se pečující osoby seniorů neptají, co by chtěli, co by si přáli a podobně, případně tyto požadavky nemusí být v souladu s možnostmi personálu. Zde se může objevit konflikt norem, které mohou být pro pacienta i personál odlišné. Personál může vnímat některé věci automatiky a již se seniorů na jejich individuální potřeby neptat. Výše zmíněné může být důvodem, proč respondenty nezvolili možnost „ano“, ale „spíše ano“, kdy je předpoklad, že se u nich vyskytuje pouze jeden ze zmíněných důvodů, případně se jich objevuje více, ale v malé míře. Stejně mohou být tyto důvody spojené s negativní volbou odpovědi. Tuto možnost zvolilo 9,5 % respondentů. Z nich 1,9 % uvedlo, že volnost v samostatném rozhodování nevnímají zcela a 7,6 % zvolilo možnost, že volnost spíše nevnímají. Nutno poznamenat, že vnímání volnosti při rozhodování je velmi subjektivní a důvody jednotlivých voleb mohou být opravdu různorodé.

POLOŽKA Č. 13 – RUŠIVÉ FAKTORY PŘI KOMUNIKACI

(hodnota 1 – nejvíce rušivý faktor; hodnota 5 – nejméně rušivý faktor)

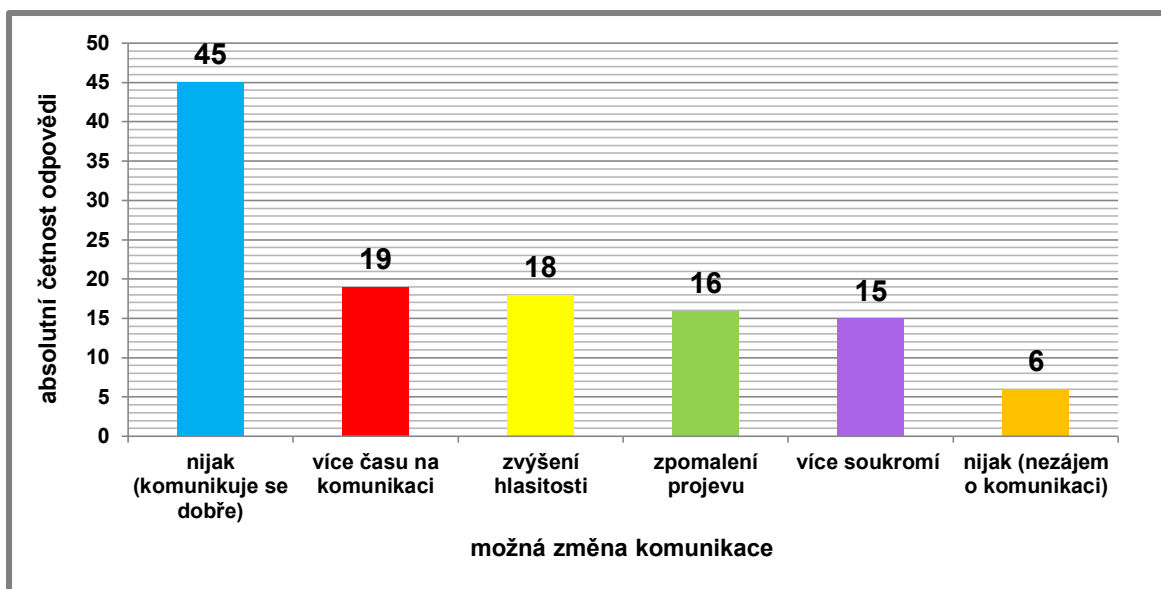


Graf č. 13: Položka č. 13 – Co dle Vás nejvíce narušuje komunikaci s personálem?

V Grafu č. 13 jsou uvedeny průměrné hodnoty, které respondenti přiřadili jednotlivým rušivým faktorům dle kritéria, který z nich je pro ně nejvíce rušivý při komunikaci s personálem. Každý z nich mohl přiřadit jednotlivým potřebám body od 1 do 5, přičemž byly tyto hodnoty uvedeny pouze jedenkrát a museli určit pořadí rušivých faktorů od nejvíce rušivého po nejméně rušivý. Hodnota 1 byla pojata jako nejvyšší. Naopak hodnota 5 byla pojata jako nejnižší. Níže jsou vždy uvedeny konkrétní průměrné hodnoty a nejčastěji volená hodnota. K tomu jsou připojena některá zajímavá procenta jednotlivých odpovědí. Za nejvíce rušivý jev v komunikaci je respondenty označena možnost „Váš zdravotní stav a poruchy“. Průměrná hodnota, je zde 1,7. To znamená, že nejčastěji volená hodnota zde byla 1, tu zde uvedlo 62,9 %, tedy nadpoloviční většina. Naopak 4,7 % ji uvedlo až na posledním místě s hodnotou 5. Je pravděpodobné, že tito respondenti nemají žádnou poruchu a jejich zdravotní stav jim komunikaci nenarušuje vůbec či v zanedbatelné míře. Vyšší procento tuto možnost uvedlo na místě druhém, konkrétně 31,4 % z nich. Ostatní volili další hodnoty. Zajímavostí je, že pouze 1 % zvolilo hodnotu 4. Tento rušivý faktor pramení ze strany respondentů. Nejvyšší hodnoty souvisí s poruchami sluchu, zraku či řeči. Svou roli má jistě i momentální stav, ve kterém se senioři nachází v rámci bolesti či jiného zdravotního problému. Jako druhý nejvíce rušivý faktor je respondenty považován „nedostatek času“, který získal průměrnou hodnotu 2,2. Nejčastěji volená hodnota je zde 2. Konkrétně ji zvolilo 39 %, nejedná se o nadpoloviční většinu. Značná část, celkem 35,2 % tuto možnost uvedla na třetím místě.

Pouze 1,9 % uvedlo tuto možnost na posledním místě, tedy s hodnotou 5. Zajímavostí je, že pouze 1 % zde zvolilo možnost 4. Nedostatek času je faktor, který stojí na straně personálu, který má na komunikaci během pracovní doby pouze omezený čas. Pro některé pečující osoby může být komunikace zdržující, proto může být zkracována na minimum. Za další rušivý faktor je označen „*nedostatek soukromí*“, který je zmíněn v **Položce č. 10**. Je pravděpodobné, že osoby, které uvedly tuto možnost jako nejvíce rušivou, považují soukromí za nedostatečné, s tím souvisí její umístění na první místo, kdy jej za nejvíce rušivý faktor označilo celkem 12,4 % respondentů. Problémy se soukromím uvedlo 13,4 %. Tento faktor má průměrnou hodnotu 2,5. Zde je nejčastěji volená hodnota 3, tu uvedlo 48,6 %, není to tedy nadpoloviční většina. Za nejméně rušivý faktor jej považuje pouze 1,9%. Hodnotu 4 uvedlo pouze 2,9 %. Je samozřejmé, že soukromí je v nemocničním prostředí zajistitelné velmi těžko vzhledem k ostatním pacientům, je pozitivní, že jej senioři nevnímají jako největší problém. S průměrnou hodnotou 4,1 uvedli respondenti „*nedostatek vzájemného pochopení*“ na předposledním místě. Nejčastěji volená hodnota je 4, přičemž ji zvolilo 69,5 %, tedy nadpoloviční většina. Dále vysoký počet respondentů uvedl tuto možnost jako nejméně rušivou – celkem 24,8 %. Za nejvíce rušivý faktor ji uvedlo jen 1,9 %. Zásadní je, že tento faktor je považován za málo rušivý. Vzájemné nepochopení může částečně plynout z poruch a zdravotního stavu, který senior má a lze tento faktor propojit i s nejvíce rušivým faktorem. Na druhé straně zde mohou působit i jiné faktory, například nedostatečné vyjadřovací, respektive komunikační dovednosti, jak pacientů, personálu či mnoho odborných termínů. Některé informace mohou být pro respondenty nesrozumitelné. Může se stát, že se obě strany dostatečně neujistí v tom, že je vše dobře vysvětleno a pochopeno. Tyto problémy nejsou nijak závažné, což ukazuje výše zmíněná průměrná hodnota. Za nejméně rušivý faktor označili respondenti možnost „*nezájem/neochota ze strany personálu*“ s průměrnou hodnotou 4,6. Nejčastěji volená hodnota zde byla 5. Tuto možnost jako nejméně rušivou uvedlo 67,6 %. Naopak za nejvíce rušivou ji považuje pouze 1 %. Vyšší podíl zaujímá hodnota 4 volbou od 24,8 %. Toto zjištění je velmi pozitivní, jelikož personál se výrazněji nepodílí na rušení komunikace. Důvody jednotlivých odpovědí jsou samozřejmě individuální a rušivé faktory jsou subjektivně zabarvené.

POLOŽKA Č. 14 – MOŽNÉ ZMĚNY V KOMUNIKACI S PERSONÁLEM

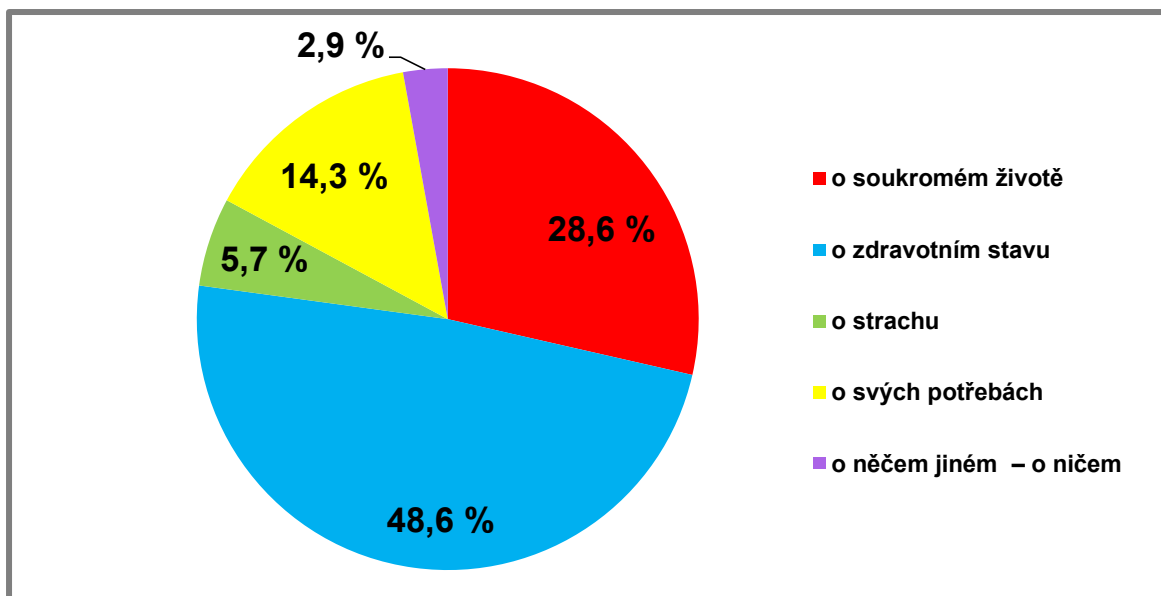


Graf č. 14: Položka č. 14 – Jak byste změnil(a) Vaši komunikaci s personálem?

V Grafu č. 14 je uvedena absolutní četnost jednotlivých odpovědí týkající se možných změn v komunikaci s personálem na geriatrickém oddělení. Absolutní četnost byla do grafu zvolena z důvodu její větší výpovědní hodnoty vzhledem k možnosti uvedení více odpovědí od jednoho respondenta. Tato položka byla otevřená, a proto mohl každý do předem připraveného políčka uvést cokoliv. Nutno poznamenat, že z jednotlivých odpovědí byly vytvořeny kategorie, které obsahují stejné či významově velmi podobná vyjádření. Kategorie byly v tomto případě pojmenovány spíše tematicky. Obecně je každá kategorie vnímána jako: „možná změna v komunikaci“. Součet všech odpovědí je 119, kdy všichni respondenti, kterých je 105, vepsali alespoň jednu odpověď. Naprostá většina uvedla pouze jednu odpověď. Někteří uvedli více možností, maximálně však dvě možné změny, a to ve čtrnácti případech. Odpovědi byly kombinovány různě, senioři je uváděli dle subjektivní důležitosti a dle toho, co se jim v momentě vyplňování vybavilo. 45 respondentů uvedlo, že by komunikaci jinak nezměnili, jelikož se jim komunikuje dobře. Ačkoliv se nejedná o nadpoloviční většinu, ale pouze o 37,8 % z nich, je zjištění velmi pozitivní. S komunikací nemají žádné problémy nebo jsou zcela zanedbatelné. Nejméně respondentů naproti uvedlo, že by komunikaci „nijak“ nezměnili z důvodu nezájmu o komunikaci. Tuto odpověď naspali pouze dva respondenti. Jeden z nich ke slovu „nijak“ připojil dovětek: „je mi to jedno“. Na tomto je demonstrováno, že někteří senioři o komunikaci s personálem nestojí a komunikovat nechtějí. S velkým odstupem respondenti uvedli konkrétní návrhy možných změn v komunikaci s personálem. 19 z nich uvedlo „více času na komunikaci“, což je patrné i z Položky č. 13, kdy tuto možnost uváděli jako jeden z více rušivých faktorů komunikace.

Může to být způsobeno i tím, že si senioři rádi dlouho povídají, případně by chtěli více pozornosti, při komunikaci se nenudí, a proto by chtěli, aby trvala delší čas a podobně. Délka komunikace je velmi individuálně vnímána, jelikož i čas sám o sobě může být vnímán velmi subjektivně. Další změnou, kterou by respondenti přivítali je „*zvýšení hlasitosti*“. Tuto odpověď napsalo 18 z nich. Požadavek na tuto změnu může být způsoben poruchou sluchu či tichým projevem personálu. Samozřejmě je na druhé straně důležité hlasitost nezvýšit příliš, aby na seniory nebylo křičeno. Nutno poznamenat, že zvýšení hlasitosti neznamená zvýšení tónu, kterým je se seniory hovořeno. Velmi podobný počet, celkem 16, respondentů uvedl, že by jako změnu uvítal „*zpomalení projevu*“. Tento požadavek může být částečně propojen s nedostatkem času, kdy personál svůj projev zrychlí, aby stihl předat co nejvíce informací. Je vhodné zmínit, že je toto uvedeno nízkým počtem, a proto lze usuzovat, že ve většině případů je komunikace přiměřená či pomalejšího tempa. Tento fakt dokazuje i **Položka č. 21**. Někteří mohou být pomalejší v rámci přijímání předávaných informací, což pro ně může být jeden z důvodů, proč jim připadá komunikace rychlá a chtěli by ji zpomalit. 15 respondentů uvedlo, že by chtělo při komunikaci „*více soukromí*“. S tímto problémem souvisí **Položka č. 10** a částečně také **Položka č. 20**. Respondenti ve většině případů dostatek soukromí mají, samozřejmě je, že někteří tento pocit nemají a to z různých důvodů. Nedostatek soukromí může být způsoben kupříkladu přítomností ostatních pacientů na pokoji, jelikož nemají kam jít, jsou kupříkladu imobilní, kdy imobilní může být i samotný komunikující a podobně. S tím souvisí i fakt, že většina rozhovorů se koná právě na pokoji. Částečně může být soukromí zajištěno na jiných, klidných místech, jako je kupříkladu jídelna, pokud v ní nejsou ostatní osoby či nerušená část chodby. Soukromí při komunikaci je přitom velmi důležité, zejména vzhledem ke sdělování intimních údajích o zdravotním stavu, případně o osobních problémech, které senioři mají a potřebují je řešit. Pro některé seniory může být problematický i vyšší počet pečujících pracovníků u komunikace, kdy nechtějí své problémy sdělovat mnoha lidem, ale kupříkladu pouze osobám, kterým důvěřují. Z výše uvedeného vyplývá, že respondenti mnoho změn neuvodli, což je pozitivní, jelikož jim připadá komunikace s personálem v pořádku. Spokojenost seniorů s komunikací dokládá také **Položka č. 22**, kdy je většina respondentů spokojena. Je možné, že neuvodli všechny změny, které by v rámci komunikace chtěli, což souvisí s tím, že si na ně nemuseli vzpomenout, případně nechtěli být více negativní. Návrhy změn jistě vychází z individuálních potřeb každého jednotlivce.

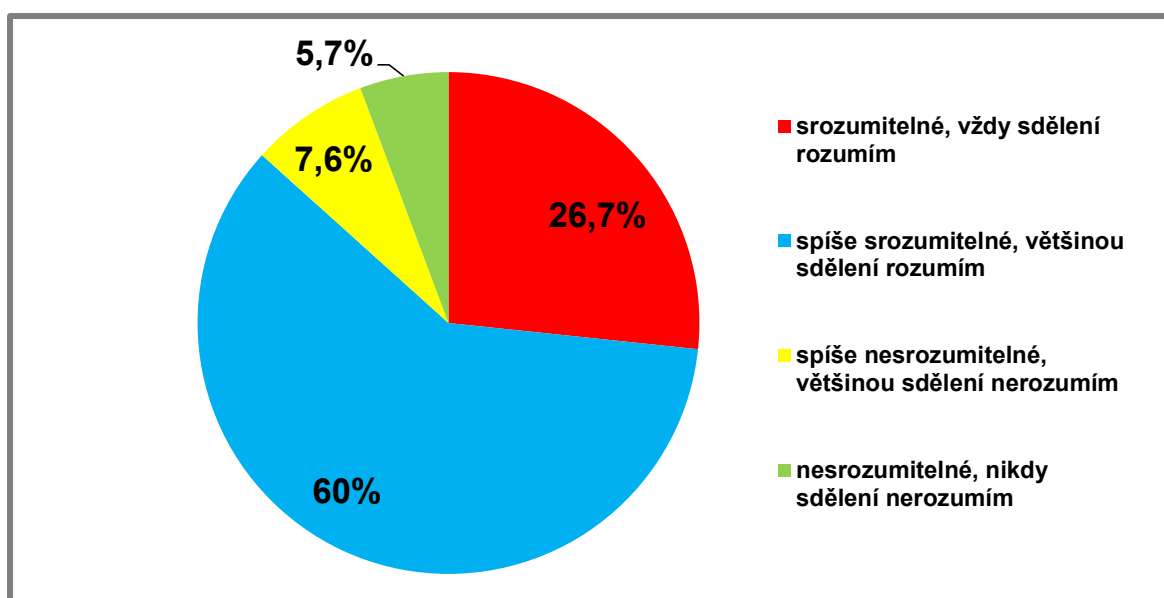
POLOŽKA Č. 15 – NEJČASTĚJŠÍ TÉMATA PŘI ROZHOVORECH



Graf č. 15: Položka č. 15 – O čem si nejčastěji povídáte s personálem?

V **Grafu č. 15** je uvedeno procentuální zastoupení nejčastějších témat při rozhovorech či nejčastější náplně komunikace mezi personálem a respondenty. Témata rozhovorů mohou být různorodá, ve své podstatě je možné je rozdělit do několika větších kategorií. Téměř polovina, konkrétně 48,6 %, respondentů si s personálem nejčastěji povídá o zdravotním stavu, což je způsobeno specifickým prostředím a primárním úkolem personálu zajišťovat zlepšení či udržení zdravotního stavu pacienta. Toto téma tvoří přirozenou součást každého dne. Je vhodné poznamenat, že pro seniory je téma zdraví a nemoci časté i mimo nemocniční zařízení. V kontextu zdravotního stavu se mohou objevovat i potřeby seniorů, respektive hovor o zdravotním stavu v sobě může zahrnovat i potřeby, které s ním souvisí, kupříkladu potřeba podání léku, potřeba převazu, potřeba tišení bolesti, potřeba pohodlnější polohy a podobně. Na druhé straně mohou být potřeby samostatným tématem, jelikož potřeby se nemusí týkat výlučně zdravotního stavu, ale i jiných potřeb. Potřeby jako primární téma uvedlo 14,3 %. Celkem 28,6 % uvedlo, že nejčastěji hovoří s personálem o soukromém životě. Je to z důvodu, že soukromý život je pro seniory velmi důležitý, zejména pokud za seniory nedochází rodina či jiní blízcí. Senioři velmi často a rádi vzpomínají na aktivity, které dělali dříve a tím i na své mládí, případně potřebují hovořit o svých osobních problémech. O strachu s personálem nejčastěji hovoří 5,7 %, což je způsobeno specifickým prostředím, nemocemi, nejistotou z budoucího vývoje, strachem z blízké smrti a podobně. Možnost „o něčem jiném“ vybralo 2,9 % respondentů, přičemž jejich odpovědi byly totožné, konkrétně napsali: „o ničem“. Jedná se o ty, kteří komunikovat příliš nechtějí.

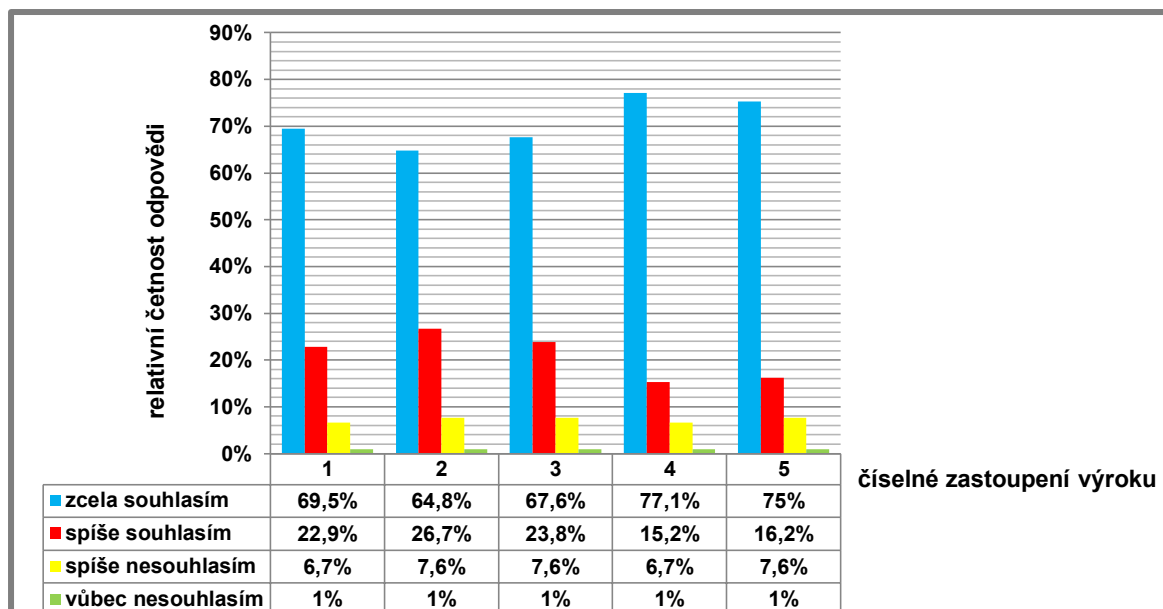
POLOŽKA Č. 16 – (NE)SROZUMITELNOST PŘEDÁVANÝCH INFORMACÍ



Graf č. 16: Položka č. 16 – Jaké jsou pro Vás informace podávané personálem?

V **Grafu č. 16** je uvedeno procentuální zastoupení srozumitelnosti či nesrozumitelnosti předávaných informací ze strany personálu směrem k respondentům. 86,7 % uvedlo v tomto případě kladnou odpověď, tedy, že jsou informace srozumitelné a sdělení rozumí. Z nich 26,7 % zvolilo možnost, že jsou pro ně informace vždy srozumitelné a sdělení vždy rozumí, což svědčí o kvalitě komunikace mezi nimi a pečujícími pracovníky. Více než polovina, konkrétně 60 %, respondentů uvedla, že jsou pro ně informace předávané personálem spíše srozumitelné a většinou sdělení rozumí. V tomto případě se může v komunikaci objevovat určitá překážka či narušení. S tím částečně souvisí i **Položka č. 13** (viz výše), která ukazuje nejvíce rušivé jevy v komunikaci mezi personálem a seniory. Nedostatek vzájemného pochopení byl respondenty označen za téměř nejméně rušivý, respektive byl zařazen jako rušivý faktor na předposlední místo. Informace jsou předávány dostatečně vhodně, avšak mohou zde působit jiné rušivé faktory jako je nedostatek soukromí, ruch, zdravotní potíže a smyslové poruchy, nedostatek času, nezáměr o komunikaci ze strany seniorů, ale i ze strany personálu a podobně. Nejspíše se tyto problémy objevují pouze výjimečně, jelikož v celku je odpověď pozitivní. Tyto problémy se s velkou pravděpodobností objevují i v komunikaci respondentů, kteří zvolili negativní odpovědi. Negativní odpověď zvolilo 13,3 %, z čehož celkem 7,6 % zvolilo možnost, že je pro ně sdělení spíše nesrozumitelné a většinou sdělení nerozumí. Pouze 5,7 % zvolilo možnost, že sdělení je pro ně nesrozumitelné a nikdy sdělení nerozumí. Nízké procentuální zastoupení negativních odpovědí svědčí o dostatečně kvalitním předávání informací a patrně i celé komunikaci.

POLOŽKA Č. 17 – PŘÍSTUP PERSONÁLU V RÁMCI KOMUNIKACE



Graf č. 17: Položka č. 17 – Jaký je dle Vás celkový přístup personálu v rámci komunikace?

V **Grafu č. 17** je uvedeno procentuální vyjádření respondentů k daným výrokům (1 – 5) souvisejících s přístupem personálu v rámci komunikace. Pro přehlednost byla vytvořena tabulka, kde je uvedeno slovní vyjádření jednotlivých výroků (viz níže **Tabulka č. 3**). Čísla byla k výrokům přiřazena zcela náhodně a slouží pouze k jejich identifikaci. Je důležité vést, že každý výrok představuje samostatnou součást, která tvoří 100 % rozdělených do čtyř možných odpovědí. O každém výroku se měli respondenti vyjádřit, zda s ním zcela souhlasí, spíše souhlasí, spíše nesouhlasí či vůbec nesouhlasí. **Výrok označený číslem 1 zní:** personál Vás v případě Vaší potřeby vyslechne a věnuje se Vám. Tento výrok označilo 92,3 % kladně, přičemž nadpoloviční většina z nich, konkrétně 69,5 %, odpovědělo, že s výrokem zcela souhlasí a 22,8 % odpovědělo, že s výrokem spíše souhlasí. Personál se seniorům ve většině případů věnuje a vyslechne je, když to potřebují. Záporně odpovědělo pouze 7,7 %. Z nichž 6,7 % s výrokem nesouhlasí spíše a 1 % s výrokem nesouhlasí vůbec. Tyto osoby mohou mít mnohé důvody, proč s výrokem nesouhlasí. Jedním z nich může být fakt, že jsou velmi nároční či mají negativní zkušenost s některým pečujícím pracovníkem a tu zobecnili. **Výrok označený číslem 2 zní:** personál Vám vysvětluje, co chcete vědět (odpovídá na Vaše dotazy). Tento výrok označilo kladně 91,5 %. Nadpoloviční většina z nich, celkem 64,8 %, opět uvedla, že s výrokem souhlasí zcela. Spíše s výrokem souhlasí 26,7 %. Ve většině případů se personál snaží o vysvětlení předávaných informací a snaží se o zodpovězení dotazů seniorů. Záporně odpovědělo 8,6 %. Z čehož 7,6 % uvedlo, že nesouhlasí spíše a pouze 1 %, že nesouhlasí vůbec. **Výrok označený číslem 3 zní:** personál s Vámi jedná důstojně.

Tento výrok označilo 91,4 % kladně. Většina, konkrétně 67,6 %, respondentů zvolila možnost, že s tímto výrokem zcela souhlasí a 23,8 % zvolilo možnost, že s tímto výrokem spíše souhlasí. To je jistě velmi pozitivní, jelikož u starších osob, tedy seniorů, je důraz na důstojnost velmi důležitý, jelikož potřeba důstojnosti je u seniorů v popředí, zejména pokud je jejich stav natolik vážný, že se nachází v blízkosti smrti. Záporně byl výrok hodnocen 8,6 %. Pouze 7,6 % z nich označilo tento výrok, že s ním spíše nesouhlasí a pouze 1 % uvedlo, že s ním nesouhlasí vůbec. Rozhodnutí mohlo souviset s konkrétním negativním rozpořením či nepříjemným incidentem, který byl časově blízký k vyplňování dotazníku.

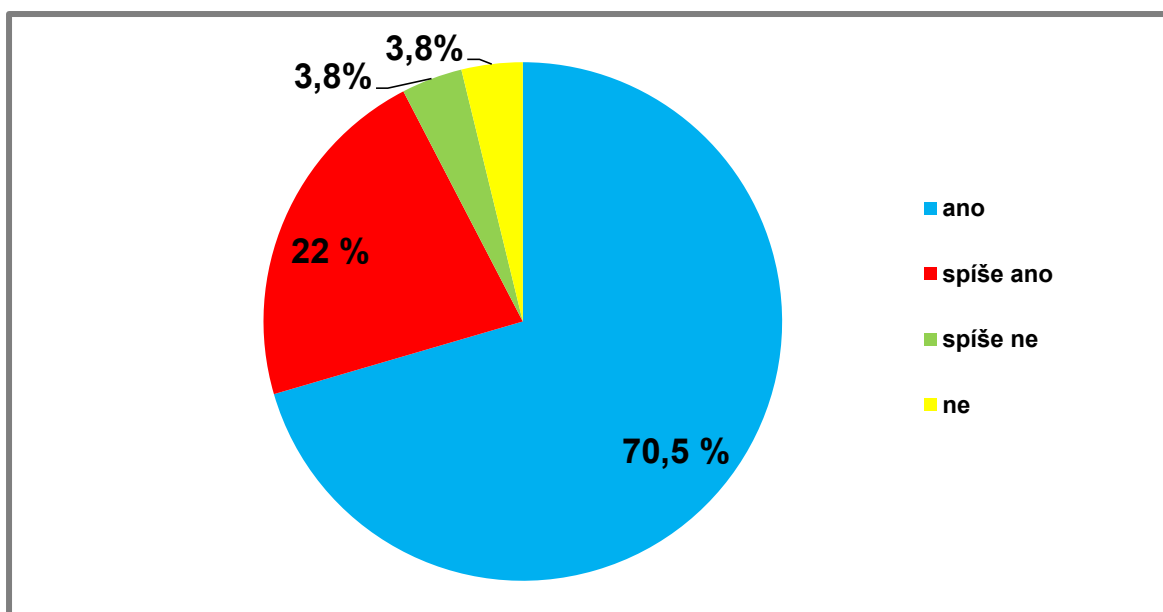
Výrok označený číslem 4 zní: personál se k Vám chová přátelsky. Tento výrok kladně označilo 92,3 %. Naprostá většina, celkem 77,1 % s výrokem zcela souhlasí a 15,2 % souhlasí s výrokem spíše. Záporně tento výrok označilo 7,7 %, z nichž 6,7 % nesouhlasí s výrokem spíše a pouze 1 % nesouhlasí s výrokem zcela. Negativní odpovědi mohou pramenit z různých důvodů, kupříkladu z nesympatičnosti pečujícího pracovníka, kdy je samozřejmé, že každému nemusí každý připadat přátelský. Svou roli mohou mít vysoké nároky, které seniori na personál kladou a ti je nemohou či nechtějí vždy akceptovat a splnit. Faktorů, které se na tomto podílí, může být mnoho.

Výrok označený číslem 5 zní: personál Vám v případě potřeby poradí a pomůže. Tento výrok označilo kladně 91,2 %. 75 % z nich s tímto výrokem zcela souhlasí a 16,2 % s ním souhlasí spíše. Záporně hodnotilo tento výrok 8,6 % respondentů, z nichž 7,6 % nesouhlasí s výrokem spíše a pouze 1 % s ním nesouvisí zcela. To může kupříkladu souviset s problémy s některými tématy, které personál nemá dostatečně osvojena a nedokáže tak poradit, svou roli může mít i nedostatek času. Všechny výroky jsou většinou respondentů hodnoceny pozitivně. Na základě získaných dat je možné shrnout, že průměrně bylo 92 % odpovědí kladných a pouze 8 % odpovědí záporných.

Tabulka č. 3: *Slovní vyjádření výroků vztahujících se k přístupu personálu v rámci komunikace*

výrok 1	personál Vás v případě Vaší potřeby vyslechne a věnuje se Vám
výrok 2	personál Vám vysvětluje, co chcete vědět (odpovídá na Vaše dotazy)
výrok 3	personál s Vámi jedná důstojně
výrok 4	personál se k Vám chová přátelsky
výrok 5	personál Vám v případě potřeby poradí a pomůže

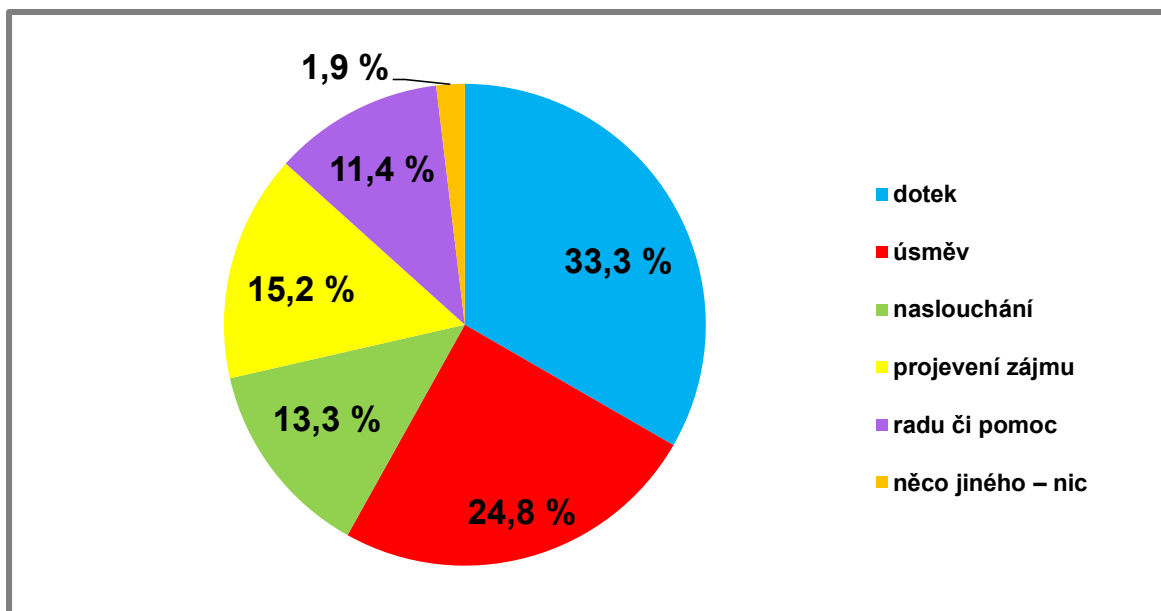
POLOŽKA Č. 18 – (NE)PROJEVOVÁNÍ ÚCTY A RESPEKTU



Graf č. 18: Položka č. 18 – Pociťujete, že je Vám při komunikaci projevována dostatečná úcta a respekt?

V **Grafu č. 18** je uvedeno procentuální zastoupení projevování či neprojevování úcty a respektu ze strany personálu k respondentům. Většina, konkrétně 92,4 %, uvedla v této položce kladnou odpověď. Téměř tři čtvrtě respondentů, celkem 70,5 %, zvolilo možnost „ano“. 21,9 % zvolilo možnost „spíše ano“. Tito lidé pociťují dostatečnou úctu a respekt. Odpověď „spíše ano“ může být způsobena nevhodnou komunikací mezi respondentem a jedním z pečujících pracovníků, případně se v minulosti setkali s nějakým problémem a podobně. Důležité je říci, že se nejedná o zásadní problém, jelikož odpověď je v zásadě kladná. Toto zjištění je samozřejmě velmi pozitivní, jelikož respekt a úcta k seniorům je velmi důležitá. Díky ní seniorům neklesá sebevědomí a mohou si připadat více důstojně, respektive necítí se v tak rozsáhlé míře bezcenní a méněcenní. Negativní odpověď zvolilo 7,6 %, kdy 3,8 % z nich zvolila možnost „spíše ne“ a 3,8 % z nich „ne“. Jak již bylo ve své podstatě zmíněno, respondenti se v tomto případě mohli setkat s negativním postojem pečujících pracovníků, případně mohli mít nějaký konflikt či problém s komunikací. Na druhé straně může být problém i v negativním nastavení vůči kontaktům a tím může být i komunikace jinak přijímána. Opět je zde značná míra subjektivity, kdy volbu dané odpovědi mohlo zapříčinit mnoho faktorů. Je možné, že svou roli sehrál i aktuální stav respondentů při vyplňování dotazníku, kdy se nemuseli cítit zcela komfortně, případně měli čerstvou negativní zkušenost, která nemusela být nijak výrazná, avšak mohla danou odpověď ovlivnit.

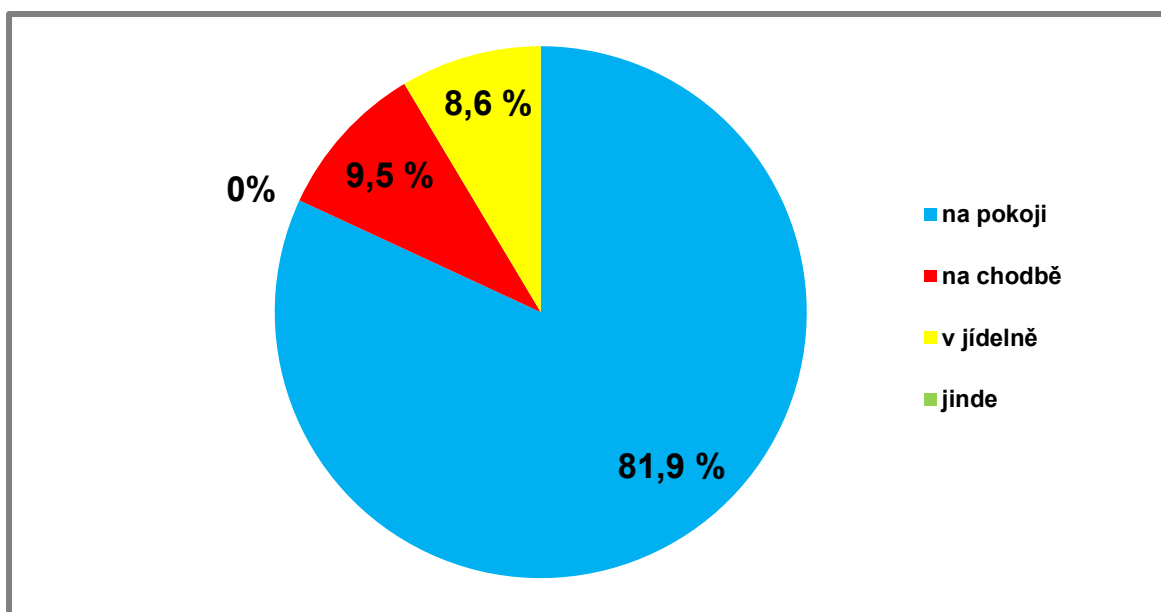
POLOŽKA Č. 19 – NEJOCEŇOVANĚJŠÍ JEVY PŘI KOMUNIKACI



Graf č. 19: Položka č. 19 – Co nejvíce oceňujete při komunikaci mezi Vámi a personálem?

V **Grafu č. 19** je uvedeno procentuální zastoupení nejoceňovanějších jevů při komunikaci mezi respondenty a personálem. Z grafu vyplývá, že nejvíce osob zvolilo možnost dotek, konkrétně tuto možnost vybralo 33,3 %. Pro seniory je nejdůležitější fyzický kontakt, samozřejmě takový, který jim je příjemný. Nejedná se o běžný dotyk, který je spojen kupříkladu s hygienou, zdravotními zákroky – převazem nebo rehabilitací či s dalšími činnostmi, které souvisí s každodenní péčí o pacienta. S určitou pravděpodobností je kladen důraz na dotek, který vyjadřuje podporu, pochopení, projev náklonnosti a podobně. Dále se může jednat i o pohlazení či poplácání, podání ruky, případně do této kategorie lze zahrnout i oběti. Druhou nejčastěji volenou možností je úsměv, který označilo jako nejdůležitější 24,8 %. Neverbální komunikace je pro seniory důležitější, než verbální. Dotek a úsměv jsou velmi důležitou součástí veškeré komunikace, nejen komunikace se seniory, je známo, že senioři jsou k této části komunikace více citliví. Další kategorií je projevení zájmu, které může být jak verbální, tak neverbální. Tuto možnost vnímá jako nejdůležitější 15,2 %. Dále osoby oceňují naslouchání, konkrétně tuto možnost vybralo 13,3 %. Naslouchání je velmi podstatné, jelikož je jím projevován zájem, úcta ke komunikujícímu, zrcadlí se v něm empatie, trpělivost a podobně. 11,4 % oceňuje radu či pomoc, která může mít různé podoby. Tuto možnost volili zejména osoby, které více potřebují asistenci další osoby. Možnost „něco jiného“ zvolilo pouze 1,9 %, kdy shodně uvedli odpověď „nic“. Zde je možné, že senioři o komunikaci nemají zájem, a proto nic neoceňují.

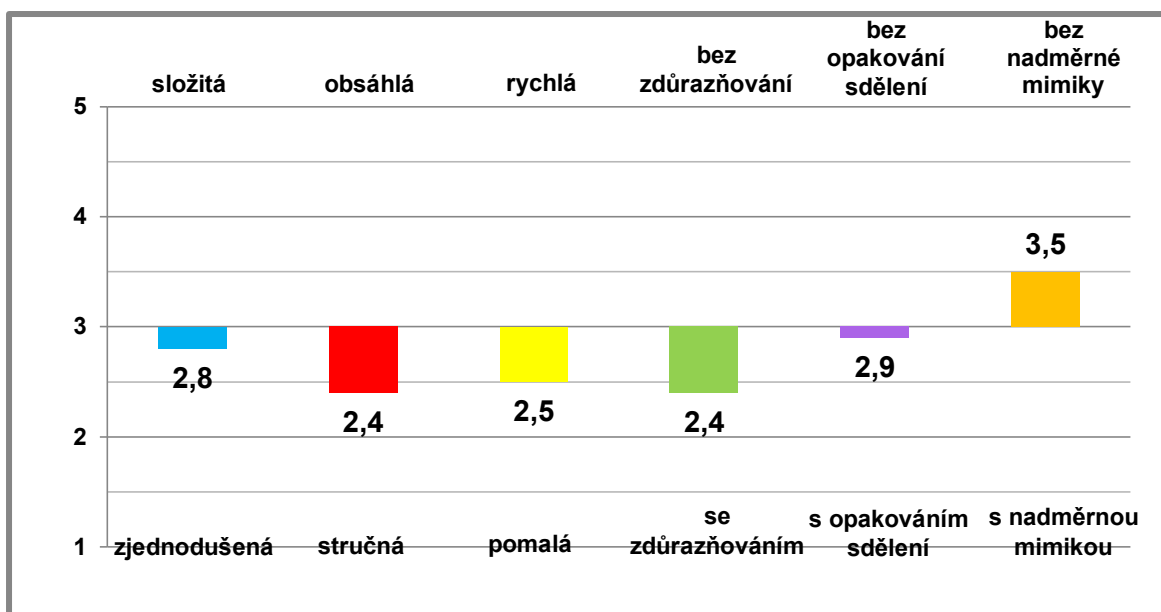
POLOŽKA Č. 20 – PROSTORY VYUŽÍVANÉ V PRŮBĚHU KOMINIKACE



Graf č. 20: Položka č. 20 – Kde nejčastěji probíhá komunikace mezi Vámi a personálem?

V **Grafu č. 20** je uvedeno procentuální zastoupení prostorů, které jsou na geriatrickém oddělení využívány v průběhu komunikace mezi personálem a respondenty. Nejvyšší počet uvedl, že komunikace probíhá na pokoji. Tuto možnost zvolilo celkem 81,9 % z nich. Tato možnost je nejvíce volena z důvodu, že většinu času tráví senioři právě na nemocničních pokojích, někteří pacienti nechtějí chodit mimo pokoj, mohou být imobilní a podobně. Často je pokoj pacienta vnímán jako místo, kde je komunikace přirozená. 9,5 % uvedlo, že nejčastěji probíhá rozhovor s nimi na chodbě. 8,6 % zmínilo, že je s nimi nejčastěji hovořeno v jídelně. Možnosti mimo pokoj uvedli respondenti, kteří se mohou po oddělení běžně pohybovat, a k rozhovoru s nimi je voleno místo, které je více soukromé, než pokoj, respektive v jídelně probíhají rozhovory, když tam není přítomna další osoba a totéž na chodbě. Na chodbě je vybráno vždy klidné místo, případně s pacienty mohou hovořit na chodbě rehabilitační sestry, které v těchto místech s pacienty rehabilitují, a u toho probíhá komunikace. Na jedné straně může být seniorům soukromí dobře zajištěno právě na pokoji, kde se cítí dobře a nevadí jim přítomnost dalších pacientů, případně je možnost, že je na pokoji komunikováno s pacientem v momentě, kdy nejsou ostatní přítomni a podobně. Tato položka částečně souvisí s **Položkami č. 10, 13 a 14** (viz výše), které se dotýkají soukromí. Nedostatek soukromí je uveden jako třetí nejvíce rušivý jev v komunikaci, část respondentů vnímá, že soukromí není dostatečně zabezpečeno a jedná se tak o jednu z věcí, kterou by chtěli na oddělení v rámci zlepšení komunikace změnit. Poslední možnost „jinde“ neuvědl nikdo.

POLOŽKA Č. 21 – CHARAKTERISTIKY KOMUNIKACE



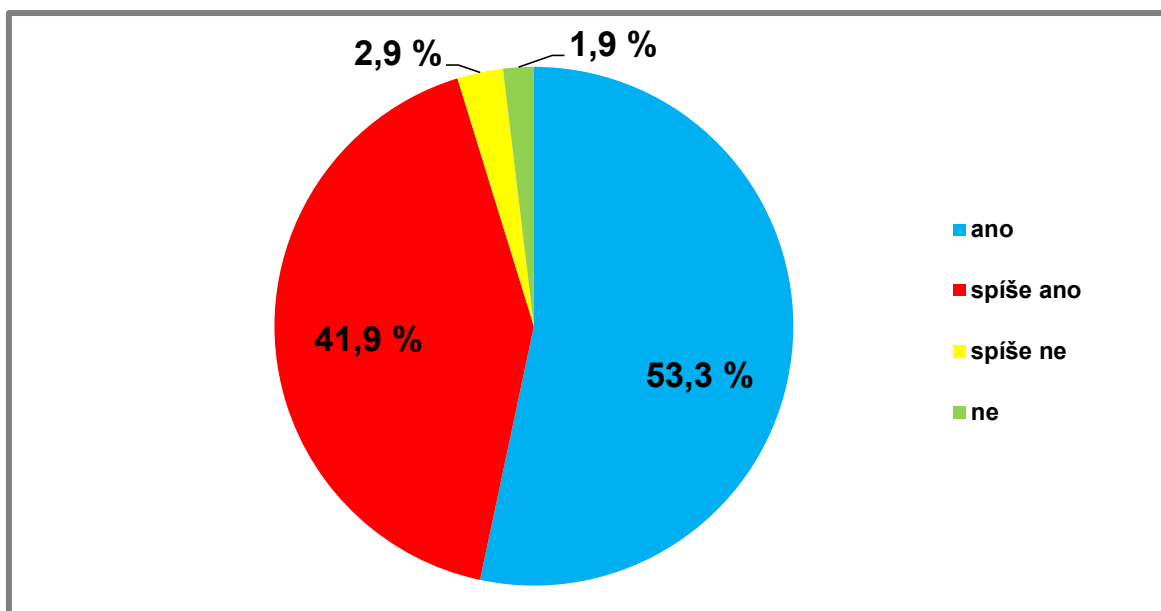
Graf č. 21: Položka č. 21 – Jaké charakteristiky má komunikace ze strany personálu k Vám?

V **Grafu č. 21** jsou uvedeny průměrné hodnoty charakteristik komunikace, které byly hodnoceny dle kritéria, ke které z možností se respondenti přiklonili. Každý měl k dispozici šest charakteristik, respektive škál, na kterých byly uvedeny hodnoty 1 až 5, ze kterých vybírali jednu nejvíce vhodnou. Hodnota 3 je v této položce prostřední a tedy neutrální. Hodnoty 1 a 2 se vždy blíží komunikaci, která by měla být pro seniory typická a to podle Haškovcové (2012). Naopak hodnoty 4 a 5 jsou těmto charakteristikám vzdálenější. Nutno poznamenat, že zvolené hodnoty jsou velmi subjektivně zabarveny a závisí na mnoha faktorech. Kupříkladu poruchy sluchu, zraku, paměti, intelektuálním schopnostem, celkové schopnosti komunikovat, aktuálním stavu, ale na aktuální situaci vzhledem k vnějšímu prostředí (hluk, další osoby v místnosti a podobně) i na komunikačních schopnostech a přístupu každého jednoho pečujícího pracovníka. Lze předpokládat, že se respondenti pokusili ze všech situací udělat průměr a dle tohoto stavu uvést nejlépe vyhovující hodnotu. U **první škály** proti sobě stojí dvě charakteristiky: „zjednodušená“ a „složitá“, přičemž „zjednodušená“ je hodnocena nižšími hodnotami než 3 a „složitá“ vyššími hodnotami než 3. Hodnota 3 vyjadřuje, že komunikace je neutrální, tedy ani příliš zjednodušená ani příliš složitá. Průměrná hodnota u této charakteristiky vyšla 2,8. To znamená, že je komunikace spíše vnímána jako zjednodušovaná. Nejčastěji respondenti volili hodnotu 3, kterou zvolilo 34,3 %. Druhou nejčastěji volenou hodnotou byla 2, kterou uvedlo 32,4 %. Poměrně vysoké procento respondentů, konkrétně 21 %, zvolilo hodnotu 4. Celkem 9,5 %, uvedlo hodnotu 1 a pouze 2,9 % respondentů zvolilo hodnotu 5. Volené hodnoty jsou poměrně vyrovnané.

Více odpovědí však směřuje k charakteristice, že je komunikace se seniory „zjednodušená“. Tato charakteristika je poměrně úzce propojena s další. Jednodušší sdělení lze vnímat tak, že jsou užívány jasná sdělení, kterým senioři lépe porozumí. U **druhé škály** proti sobě stojí tyto možné charakteristiky: „*stručná*“ a „*obsáhlá*“, kdy „*stručná*“ je hodnocena nižšími hodnotami než 3 a „*obsáhlá*“ vyššími hodnotami než 3. Respondenti mohli zvolit i hodnotu 3, která je neutrální, přičemž charakteristika komunikace není ani stručná ani obsáhlá. Průměrná hodnota u této charakteristiky vyšla 2,4. Tato hodnota ukazuje, že je komunikace považována za spíše stručnější. Z dat je patrné, že nejčastěji volenou hodnotou je 2, kterou uvedlo 34,3 %. Dále byla volena hodnota 3, tu zvolilo 26,7 %. Třetí nejčastěji volenou hodnotou byla 1, tu vybralo 22,9 %. Dále 12,4 % zvolilo hodnotu 4 a pouze 3,8 % hodnotu 5. Většina respondentů, konkrétně 57,2 %, vybrala hodnoty nižší než 3 a uvedli, že komunikace je s nimi spíše „*stručná*“. Personál se spíše omezuje na nutná sdělení, což je nejspíše proto, že nemají na komunikaci mnoho času, případně si myslí, že by složitějším vysvětlováním seniory zmátli a tolik by si toho nezapamatovali. Rozhodně v některých případech komunikace probíhá i obsáhle. U **třetí škály** proti sobě stojí dvě charakteristiky: „*pomalá*“ a „*rychlá*“, kdy „*pomalá*“ je hodnocena nižšími hodnotami než 3 a „*rychlá*“ vyššími hodnotami než 3. Hodnotou 3 respondenti vyjádřili, že komunikace je neutrální, tedy ani příliš pomalá ani příliš rychlá. Průměrná hodnota u této charakteristiky vyšla 2,5. Komunikace je spíše pomalejšího tempa. Z dat je možné určit, že nejvíce respondentů, konkrétně 44,8 % z nich, zvolilo hodnotu 2. Druhou nejčastěji volenou hodnotou je 3, tu vybralo celkem 21 %. Dále zvolilo 16,2 % hodnotu 4. Hodnotu 1 vybralo 14,3 % a pouze 3,8 % uvedlo možnost 5. Nadpoloviční většina respondentů, celkem 59,1 %, zvolila hodnotu menší než 3, tudíž personál komunikaci zpomaluje, aby senioři stihli vše správně pochopit a zachytit. U **čtvrté škály** proti sobě stojí dvě možné charakteristiky: „*se zdůrazňováním*“ a „*bez zdůrazňování*“, kdy „*se zdůrazňováním*“ je hodnocena nižšími hodnotami než 3 a „*bez zdůrazňování*“ vyššími hodnotami než 3. Respondenti mohli zvolit i hodnotu 3, která je neutrální, přičemž sdělení není ani příliš zdůrazňováno ani nezdůrazňováno. Průměrná hodnota u této charakteristiky vyšla 2,4. Tato hodnota ukazuje, že se v komunikaci spíše zdůrazňování objevuje. Ze získaných dat je možné určit, že nadpoloviční většina respondentů, konkrétně 62,9 % z nich zvolilo hodnoty nižší než 3. Nejvíce zvolilo hodnotu 2 a to konkrétně 42,9 % z nich. Další volenou hodnotou byla 3, kterou zvolilo 21,9 %. V těsné blízkosti byla hodnota č. 1, kterou uvedlo 20 %. Méně respondentů, konkrétně 14,3 %, zvolilo hodnotu 4 a pouze 3,8 % vybralo hodnotu 5. Personál svá sdělení zdůrazňuje více, což souvisí s důvody uvedenými výše, jako je kupříkladu hlučné prostředí, poruchy seniorů a podobně.

Některá sdělení zdůrazněna být musí, aby bylo seniorům dáno najevo, že je to opravdu důležité. U **páté škály** proti sobě stojí dvě možné charakteristiky: „*s opakováním sdělení*“ a „*bez opakování sdělení*“. Respondenti mohli zvolit i variantu s hodnotou 3, která je neutrální, přičemž komunikace není ani s nadbytečným zdůrazňováním ani bez něj. Průměrná hodnota u této charakteristiky vyšla 2,9. Nejvyšší podíl, konkrétně 38,1 %, respondentů zvolil hodnotu 2. Nižší podíl, celkem 27,6 % respondentů zvolil hodnotu 3. Celkem 21,9 % uvedlo hodnotu 4. Pouze 6,7 % vybralo možnost 5 a o celé 1 % méně, 5,7%, uvedlo možnost 1. Personál sdělení spíše opakuje, což může být způsobeno tím, že chtějí mít větší jistotu, že si senioři danou informaci zapamatují. Může to být z důvodu zdravotního stavu, nepozornosti a dalších důvodů zmíněných výše. U **šesté škály** proti sobě stojí tyto možné charakteristiky komunikace: „*s nadměrnou mimikou*“ a „*bez nadměrné mimiky*“, přičemž „*s nadměrnou mimikou*“ je hodnoceno nižšími hodnotami než 3 a „*bez nadměrné mimiky*“ je hodnoceno vyššími hodnotami než 3. Respondenti měli možnost zvolit také hodnotu 3, která je neutrální, přičemž mimika je při komunikaci užívána spíše přiměřeně. Průměrná hodnota u této charakteristiky vyšla 3,5. Z dat je možné určit, že nejčastěji volená hodnota byla 4. Zvolilo ji 41,9 %. U této jediné škály zvolil nadpoloviční počet respondentů hodnoty vyšší než 3. Konkrétně tak uvedlo 55,2 %, z čehož 13,3 % zvolilo hodnotu 5. Hodnota 3 byla vybrána 32,4 %. Velmi nízký podíl respondentů, konkrétně 9,5 % zvolilo hodnotu 2 a pouze 2,9 % zvolilo hodnotu 1. Tato jediná škála tudíž převyšuje průměrnou hodnotu 3. Personál se seniory hovoří spíše bez nadměrné mimiky. Celkově lze shrnout, že nadpoloviční většina všech odpovědí je v hodnotách 3, 2 a 1, díky čemuž jsou i průměrné hodnoty ve většině případů pod neutrální hodnotou 3. Pouze jedna škála ze šesti, kterou je komunikace s mimikou, byla hodnocena nejvíce hodnotami 3, 4 a 5, tudíž i její průměrná hodnota je nad neutrální hodnotou 3. V některých případech je průměrná hodnota neutrální hodnotě velmi blízko. Je poměrně těžké určit do jaké míry je odlišnost komunikace ku prospěchu a kdy naopak na škodu. Nicméně tato položka souvisí s položkou níže, kde je uvedeno, že respondenti jsou s komunikací ve většině případů spokojeni, personál užívá změnu komunikace ku prospěchu seniorů.

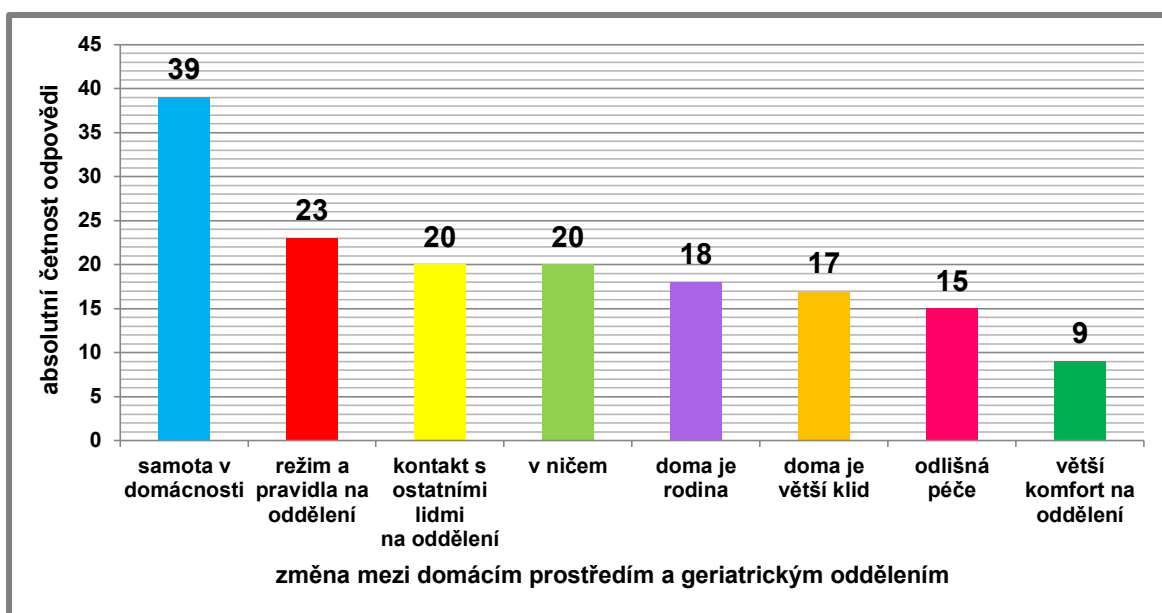
POLOŽKA Č. 22 – (NE)SPOKOJENOST S KOMUNIKACÍ



Graf č. 22: Položka č. 22 – Připadá Vám v pořádku to, jak s Vámi personál komunikuje?

V **Grafu č. 22** je uvedeno procentuální zastoupení spokojenosti či nespokojenosti respondentů s komunikací, respektive to, zda jim připadá v pořádku to, jak s nimi personál komunikuje. Většina z nich uvedla kladnou odpověď, tedy, že je komunikace s nimi v pořádku. Celkem ji zvolilo 86,7 %. Nadpoloviční většina z nich, konkrétně 50,5 %, respondentů odpověděla, že jim připadá zcela v pořádku to, jak s nimi personál komunikuje. 36,2 % uvedlo, že jim připadá to, jak s nimi personál komunikuje spíše v pořádku. Důvodem této volby mohou být problémy s některým pečujícím pracovníkem, mohl se objevit problém s nedorozuměním, nedostatkem času, nedostatečným projevením zájmu a podobně. Mimo to mohl být problém na straně respondenta z hlediska jeho negativního postoje ke komunikaci, problémy se sluchem či jiným smyslovým orgánem či mohli zapůsobit zcela jiné faktory. Determinanty byly patrně málo intenzivní, jelikož i přes určité překážky v komunikaci respondenti zvolili možnost ve své podstatě kladnou. Oproti tomu uvedlo negativní odpověď 13,3 %. Konkrétně 11,4 % z nich zvolilo možnost, že jim spíše nepřipadá v pořádku to, jak s nimi personál komunikuje a pouze 1,9 % uvedlo, že jim toto nepřipadá zcela v pořádku. Faktory, které ovlivnily možnost „spíše ano“ je možné zmínit i další, které souvisí s negativními odpověďmi. Kupříkladu momentální stav respondenta při vyplňování dotazníku, kdy mohl mít čerstvou negativní zkušenost, případně se necítil zcela komfortně, byl negativně naladěný a podobně. S touto položkou do jisté míry souvisí výše zmíněné položky týkající se komunikace, jelikož mnohé (ne)spokojenost s komunikací předurčují.

POLOŽKA Č. 23 – ODLIŠNOSTI DOMÁCÍHO A NEMOCNIČNÍHO PROSTŘEDÍ

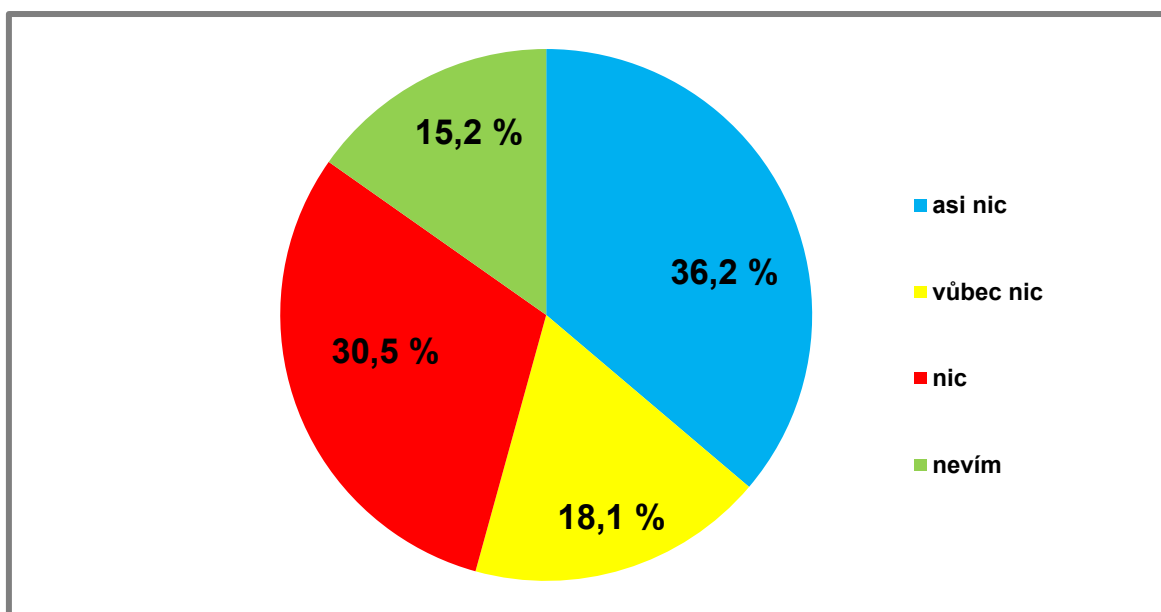


Graf č. 23: Položka č. 23 – V čem spatřujete největší změnu v oblasti naplňování potřeb mezi domácím prostředím a prostředím na geriatrickém oddělení?

V **Grafu č. 23** je uvedena absolutní četnost jednotlivých odpovědí týkající se odlišností geriatrického oddělení od domácího prostředí. Absolutní četnost byla do grafu zvolena z důvodu její větší výpovědní hodnoty vzhledem k možnosti uvedení více odpovědí od jednoho respondenta. Tato položka byla otevřená, a proto mohl každý do předem připraveného políčka uvést cokoliv. Nutno poznamenat, že z jednotlivých odpovědí byly vytvořeny kategorie, které obsahují stejné či významově velmi podobné odpovědi. V některých případech byly užity výroky samotných respondentů a v některých případech byly kategorie pojmenovány tematicky. Obecně je každá kategorie vnímána jako: „*změna mezi domácím prostředím a geriatrickým oddělením*“. Celkový počet odpovědí je u této položky 161, kdy všichni respondenti, kterých je 105, vepsali alespoň jednu odpověď. Někteří uvedli možnosti dvě, což byl nejvyšší počet odpovědí od jednoho respondenta. Odpovědi byly kombinovány různě, senioři je uváděli dle subjektivní důležitosti a dle toho, co se jim v daný moment vybavilo. Některé kategorie odpovědí spolu souvisí, jejich podstata je jiná, a proto jsou od sebe odděleny. 39 respondentů uvedlo, že odlišnost vidí v tom, že doma žijí samostatně, respektive, že doma cítí samotu. Odpověď může být vnímána jak pozitivně, že mají senioři v domácnosti klid a neruší je ostatní pacienti či personál, ale na druhé straně to může být i negativní, jelikož jsou osamoceni a nemá se o ně kdo postarat. Mohou propadat smutku, deziluzi, pocitům bezmocnosti a méněcennosti, mohou na základě toho ztratit smysl života a podobně. Tato odpověď byla v některých případech propojena také s odpovědí „*kontakt s ostatními lidmi na oddělení*“, někteří je uváděli odděleně z důvodu, že v nich viděli kontrast.

Tuto možnost uvedlo 20 respondentů, kdy ji mohli vnímat pozitivně, že si mají s kým povídat a na druhé straně to pro ně může být problematické s ohledem na nedostatek soukromí, klidu a podobně. Někteří, konkrétně 18 z nich, uvedli v souvislosti s touto možností odpověď „*doma je rodina*“, patrně jim rodina schází, ale uvědomují si, že mají alespoň nějaký kontakt s ostatními pacienty na oddělení. Dále respondenti, konkrétně 23 z nich, odpovídali, že na oddělení je určitý režim a pravidla, která musí dodržovat. To mohou senioři vnímat negativně, což lze demonstrovat na dovětku jedné z respondentek: „*pořád mě tady někdo otravuje*“. Na druhé straně ji někdo může vnímat pozitivně, jelikož má pravidelný příjem potravy, dávky léků, umývání, zdravotní zákroky, pohyb, rehabilitaci a celkově pravidelnou péči. Tuto možnost je částečně možné vnímat jako protiklad k odpovědi „*doma je větší klid*“, kterou napsalo 17 respondentů. Nemusí to tak být. Klidem může být vnímáno kupříkladu tiché domácí prostředí. Většinou platí, že v domácnosti mají lidé větší volnost v rámci denních aktivit. V protikladu k tomu, co již bylo zmíněno lze podotknout, že lidé doma nemusí pravidelně jíst, mýt se, užívat léky, podstupovat zdravotní zákroky, hýbat se, rehabilitovat a podobně. To pro seniory může být na jednu stranu negativní, jelikož pravidelný režim je pro jejich zdraví důležitý, ačkoliv to mnohdy nevnímají, stejně jako to pro ně může být omezující. V této souvislosti uvedlo 9 respondentů, že na oddělení mají větší komfort. Patrně žijí v sociálně slabších podmínkách, nemají tak pohodlnou postel, nemusí mít kupříkladu televizi a podobně. Částečně výše zmíněné může souviset i s další kategorií, kterou je „*odlišná péče*“, což uvedlo celkem 15 respondentů. Ta může být způsobena tím, že jsou v domácnosti osamoceni, nedochází za nimi rodina či jiní blízcí, kteří se o ně nestarají nebo naopak mohou senioři vnímat odlišnost v tom, že doma se o ně starají rodinní příslušníci. Odlišnost je samozřejmě v tom, že péče doma není většinou profesionální a je od osob, které jsou seniorovi blízké a nemusí se před nimi kupříkladu stydět, může mít na ně větší požadavky, bez obav vyjadřovat svá přání a potřeby a podobně. Mimo to se tato odpověď v některých případech pojila s tím, že jsou senioři v domácnosti osamoceni, a proto péče o ně není žádná, případně minimální. K některým seniorům mohou docházet pečující pracovníci, kteří se o ně starají částečně odlišně. Celkem 20 respondentů uvedlo, že se péče v ničem neliší. Tuto odpověď mohli uvádět ti, kteří žijí v jednom z typů sociálních zařízení. Případně mohli tuto odpověď napsat, jelikož nevěděli, co odpovědět a nechtěli sdělit, že nevědí.

POLOŽKA Č. 24 – MOŽNÉ ZMĚNY V NAPLŇOVÁNÍ POTŘEB



Graf č. 24: Položka č. 24 – Co byste konkrétně změnil(a) v oblasti naplňování potřeb na geriatrickém oddělení?

V **Grafu č. 24** je uvedeno procentuální zastoupení možných změn v naplňování potřeb na geriatrickém oddělení. Tato položka byla otevřená – respondenti mohli do předem připraveného políčka vepsat jakoukoliv odpověď. Pro lepší zachycení jejich odpovědí byly zmíněny všechny možnosti, které se v položce objevily, ačkoliv jsou velmi podobné. Do jisté míry by bylo možné je považovat za totožné, zejména pokud by se objevily další možnosti, je zde vnímáno, že jsou odpovědi určitým způsobem zabarveny. Z grafu vyplývá, že 84,8 % odpovědělo na tuto položku určitou variací slova „*nic*“. Z toho největší část, konkrétně 36,2 %, respondentů odpovědělo „*asi nic*“. Tato možnost poukazuje na fakt, že si nejsou zcela jisti svou odpovědí, případně mají o naplňování potřeb malé pochybnosti a patrně by něco změnili, je možné, že nevěděli, co konkrétně, případně nevěděli, jak problém pojmenovat a podobně. Další odpovědí byla možnost „*nic*“, kterou uvedlo 30,5 %. Tato odpověď jasně ukazuje, že respondenty nenapadla žádná možnost, jak naplňování potřeb změnit. V kontextu ostatních odpovědí je možné tuto variantu označit za prostřední mezi možnostmi „*asi nic*“ a „*vůbec nic*“. Odpověď „*vůbec nic*“ uvedlo celkem 18,1 %. Tato varianta může poukazovat na fakt, že respondenti chtěli vyjádřit vysokou kvalitu poskytované péče. Slovem „*vůbec*“ bylo slovo „*nic*“ velmi zdůrazněno. Mimo variace slova „*nic*“ uvedlo 15,2 % respondentů odpověď „*nevím*“. Zde je možné uvažovat nad tím, že odpověď opravdu neznali a tento fakt přiznali, nechtěli uvést negativní odpověď, případně byli v negativním rozpoložení a dotazník je již nebavil či se nad poslední dotazníkovou položkou nechtěli více zamýšlet.

5.4 DISKUSE VÝSLEDKŮ

Diskuse výsledků je vedena v kontextu s cílem diplomové práce. Diskutovány jsou výsledky kvalitativního i kvantitativního šetření. Nejprve jsou zodpovězeny dílčí výzkumné otázky a na jejich základě hlavní výzkumná otázka. Dále jsou ověřeny jednotlivé hypotézy a předpoklady. Na jejich základě jsou vyhodnoceny jednotlivé dílčí cíle dotazníkového šetření a následně i hlavní cíl. Poté jsou výsledky z kvalitativního a kvantitativního šetření navzájem konfrontovány a propojeny s teoretickými východisky práce.

5.4.1 ZODPOVĚZENÍ JEDNOTLIVÝCH VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

DVO1: Jakým způsobem jsou seniorům na geriatrickém oddělení naplňovány fyziologické potřeby z pohledu sociálních pracovníků?

Seniorům jsou na geriatrickém oddělení naplňovány fyziologické potřeby tak, aby jim dobře fungovala jejich těla, s čímž souvisí i fakt, že je na ně kladen největší důraz. Toto je zřejmé vzhledem k primárnímu zaměření na zlepšení zdravotního stavu. K zajištění vhodné péče je nutné plánovat a promýšlet hlavní kroky v procesu léčby, a tím i v naplňování potřeb. V tomto směru je poskytována víceoborová péče, kdy nejdůležitější roli mají zdravotní sestry a další ošetrovatelský personál. Ten zajišťuje každodenní péči o seniory a snaží se o naplňování jejich potřeb. Svou roli mají i sociální pracovníci, kteří se neúčastní výrazně, na druhé straně zajišťují drobné úkony, které vše kompletují. Zejména však předávají informace mezi seniory a personálem, který může udělat více. Lékaři jsou v tomto ohledu zejména ti, kteří plánují a zaměřují se výlučně na zdravotní stav seniora, nikoliv na jeho další potřeby, k tomu napomáhá již zmíněný ostatní personál. Od každého na oddělení je však vyžadován profesionální, přesto lidský přístup v mezích standardů kvality péče. Všichni také musí vnímat, že fyziologických potřeb je mnoho, a proto je i jejich naplňování odlišné.

Velmi často je uváděna potřeba jídla a pití, ta je naplňována s ohledem na to, aby byli senioři schopni překonat své onemocnění. Zásadní je tedy pro správnou funkci těla. Nutná je vhodná strava a dieta, dodržování pitného režimu a hlídání seniorů, aby dodržovali doporučení lékaře. Pro seniory je velmi důležité, aby byla strava podávána denně ve stejný čas, jelikož napomáhá udržovat denní režim. Jídlo je pro ně také potěšením, proto je tato potřeba naplňována tak, aby byli senioři díky jídlu šťastní. Zohledňují se tedy jejich preference, avšak v určitých mezích. Péče je také zajišťována tak, aby byl prodlužován život seniorů. Tomu napomáhá zejména výživa PEG, NG sonda a nitrožilní výživa.

Dále je zmiňována potřeba čistoty, která je propojena především s osobní hygienou. Seniorům je na oddělení tato potřeba naplňována tak, aby byli čistí a bylo čisté i jejich okolí. Jsou také každý den myti a je jim i několikrát denně převlékáno lůžko. Při těchto činnostech je vše prováděno tak, aby bylo seniorům, pokud možno, zabezpečeno soukromí. Na oddělení je využíváno velké množství dezinfekce, jejíž zápach není příjemný. To se snaží personál změnit rozprašováním příjemných vůní. Tato potřeba je naplňována příliš kvantitativně, což seniorům nevyhovuje. Je tím myšleno, že seniorům přehnaná čistota nevyhovuje, a byli by radši, kdyby personál na hygienu nedbal v takové míře. Čistota je tedy udržována příliš, což je však pochopitelné vzhledem ke specifickému prostředí nemocnice.

V rámci fyziologických potřeb je nutnost tišení bolesti, která je naplňována tak, aby senioři netrpěli. Zásadní je jim podávat pravidelně tišící i uklidňující léky a infuze. Mimo to jsou však prováděny i další zdravotní úkony, kupříkladu převazy, polohování, vyměňování infuzí, mís, čištění ran či rehabilitace. Při těchto úkonech je nutné přistupovat empaticky a ohleduplně. Nejen to je však pro seniory důležité. Svou roli má také ulehčení bolesti prostřednictvím slov a vyjádřením blízkosti. Velmi často je bolest provázána emocionálními chvílemi, při kterých je personál přítomen. Tato potřeba musí být naplňována tak, aby bylo při těchto negativních zážitcích seniorům ulehčeno. Napomáhá jim v tom příjemný dotek, pohlazení, držení za ruku a podobně. Zejména při umírání a velmi bolestivých zákrocích, kdy potřebují cítit podporu. Personál by se měl vždy usmívat, jelikož úsměv je základem pro příjemnou atmosféru, je tedy zásadní i pro ostatní potřeby, zde však o to více.

Častěji je v rámci těchto potřeb uváděna potřeba spánku a odpočinku. Ta je naplňována tak, aby mohli senioři kvalitně odpočívat, regenerovat svá těla i mysl a čerpat tak síly pro boj s onemocněními. Snahou je ponechat seniorům na odpočinek dostatek času, přesto je však nutné probouzení kvůli podávání léků, zdravotním úkonům či stravě. Někteří z nich se obávají smrti ve spánku, těm jsou pak podávány uklidňující léky, případně léky na spaní. Zajištěno je i to, aby se senioři nebáli – jsou uzavřené dveře, probíhá pravidelná kontrola ze strany personálu, jsou před spánkem vyslechnuti a uklidněni.

Vzhledem k pobytu seniorů na geriatrickém oddělení vystupuje do popředí také potřeba pohybu. Senioři se příliš pohybovat nechtějí, přesto je to nutné. Tato potřeba je naplňována tak, aby byl pohyb co nejvíce přínosný. Personál seniory k pohybu podněcuje, jelikož je to neoddelitelná součást léčby. Zajišťován je pravidelnou rehabilitací a cvičením, o což se zasluhují především rehabilitační sestry, a pokud je čas, tak i ostatní pečující pracovníci.

Nutno však dbát na to, že senioři jsou vzhledem ke svému věku a onemocněním křehcí, vše tak musí být velmi ohleduplné a postupné. U většiny seniorů je na pohyb dohlíženo a je jim poskytována fyzická i psychická podpora.

Celkově je pak možno říci, že jsou fyziologické potřeby naplňovány tak, aby byli senioři provázeni k autonomii v péči o tělo. Musí se snažit a je vhodné, aby si vše vyzkoušeli, vždy za asistence personálu. Nutno nechávat seniorům dostatečný prostor, což se ne vždy děje, jelikož je patrný fakt, že po ušetření času jsou za seniory některé aktivity vykonávány, kupříkladu krmení, osobní hygiena, oblékání a další. V tomto ohledu je poskytován značný komfort a péče, což v domácím prostředí tolik nezažívají, jelikož je péče na oddělení profesionální. Adaptace na tento komfort je postupná. Nutno říci, že si tyto potřeby musí senioři z části sytit sami, v co nejširší míře to lze. Aby toho byli schopni, je vhodné v nich podněcovat sebedůvěru. V tomto směru je nutné zachovávat autonomii pouze do té míry, do které je pro daný stav pacienta prospěšná. Shrnout pak lze, že fyziologické potřeby jsou naplňovány tak, aby byly odstraněny deficity z domácí péče, stejně tak zanedbané problémy a zlepšil se zdravotní stav, případně se nezhoršil. Pro seniory je pak při naplňování těchto potřeb přítomnost personálu, který je jim nablízku a může zasáhnout, pokud je to nutné.

DVO2: Jakým způsobem je seniorům na geriatrickém oddělení naplňována potřeba bezpečí z pohledu sociálních pracovníků?

Seniorům je na geriatrickém oddělení naplňována potřeba bezpečí a jistoty tak, aby byli dostatečně chráněni. Každý člověk, tedy i senior, potřebuje ochranu před vnějšími vlivy. Jsou tak v široké míře eliminována rizika. Personál se snaží předcházet pádům, úrazům, udržuje čistotu prostředí a podobně. Zraněním lze předcházet tím, že jsou seniorům poskytovány podpůrné prostředky a je na ně dohlíženo. Čistota je zajišťována velmi pečlivě, jak již bylo zmíněno, v tomto ohledu chrání seniory před infekcemi, záněty, bakteriemi a viry, které by se mohly na oddělení roznést a podobně. Také je chráněna bezpečnostní pravidla, která musí dodržovat oni sami i personál. Mimo již zmíněné jsou všichni upozorňováni na nebezpečí, která mohou nastat – kupříkladu upozorňování na mokrou podlahu, ostré hrany, nechození bez podpůrných prostředků a další. Pokud je nebezpečí, že by si senior ublížil, je na jedné straně vhodnější, aby personál jeho potřebu zajistil, avšak na druhé straně je tím částečně ztracena soběstačnost.

Potřeba bezpečí však není zajišťována pouze z fyzického hlediska, ale i psychického. S ním souvisí i příjemný pocit z prostředí, ve kterém se nachází. To je zvelebováno, zejména udržováním čistoty, obrazy na zdech, malbami, opravami a rekonstrukcemi a podobně. Zde personál plní zejména funkci informační vzhledem k ostatním subjektům, které toto zajišťují. Mohou si jej také částečně dotvořit sami senioři osobními věcmi. Díky nim se pak cítí více „jako doma“. Nejvíce se jedná o fotografie rodiny i blízkých osob a menší obrázky, které si mohou vystavit na noční stolek, případně je mají v šuplíku, kde se na ně mohou kdykoliv podívat. Dále si mohou pobyt zpříjemnit vlastní přikrývkou, malými polštářky, prostředky k vykonávání volnočasových aktivit, vlastním oblečením a dále. Zásadní význam má pak pro seniory mobilní telefon, ten zajišťuje kontakt se světem mimo nemocniční prostředí. Díky informacím, které takto získají, jsou pak klidnější. Toto je důležité obzvláště ve chvíli, kdy rodina na oddělení nedochází. V takovém případě má pak zásadní vliv na psychickou jistotu a bezpečí seniora personál. Ten se snaží o to, aby se senioři nebáli a měli dostatek prostoru pro vyjádření emocí. Potřebu být chráněni vyjadřují tak že, volají o pomoc, pláčou, prosí o záchranu života a podobně. Pokud jsou pracovníci schopni seniorovi ulehčit trápení, musí tak činit. A to v rovině zdravotní péče i psychické podpory. Pokud není senior sám, cítí větší bezpečí a naději. To mohou zajišťovat úsměvem, pohledem, držením za ruku, tichou přítomností, podporujícími slovy a podobně. V ohledu potřeby bezpečí má svou roli také dostatečné zabezpečení soukromí. To je zajišťováno kupříkladu uzavřením dveří, paravánem na pokoji, požádání ostatních pacientů, aby na nějaký čas opustili pokoj a podobně. Personál musí být citlivý k dané situaci a vykonat vše pro to, aby se senior cítil dostatečně komfortně. Zásadní je tak individuální přístup, jelikož, co není nepříjemné jednomu, může být nepříjemné druhému. Dále je potřeba psychického bezpečí naplňována tak, aby byli senioři dostatečně informováni například o jejich zdravotním stavu, jelikož jim dostatek informací napomáhá se rozhodnout. Mají také pocit jistoty, že mají přehled o dění kolem nich. Mimo to chtějí vědět, jakou mají prognózu do budoucna. Informace by měl personál poskytovat i při vykonávání zdravotních zákroků a celkové péči o ně, a pokud je to nutné, tak vše opakovat. Další informace mohou čerpat z knih, časopisů či zpravodajství.

Lze pak shrnout, že potřeba bezpečí a jistoty je v nemocničním prostředí naplňována odlišně, jelikož se v domácnosti cítí senioři jinak, protože to tam znají. V některých případech tam mají rodinu a ta se o ně postará. Ovšem senioři, kteří žijí v domácnosti osamoceně, necítí pak pocit bezpečí, jelikož se o ně nikdo nestará. Pokud však přichází z pobytového zařízení, tak se většinou cítí stejně bezpečně, jelikož nemocniční prostředí není tolik odlišné.

Postupně se tak adaptují na prostředí a osoby kolem sebe – postupně k nim získávají důvěru. Personál v tomto ohledu může napomoci seznámit seniora s chodem oddělení, opět tedy předává informace. Pak jsou rádi za každého, kdo je jim blízko a věnuje se jim. Jistotě přidává na oddělení také denní režim, kdy senioři v dané hodiny očekávají známé činnosti – podávání jídla, léků, rehabilitace, hygiena a další. Některým seniorům však nepomáhá proti strachu nic, bojí se všude a tedy i na geriatrickém oddělení.

DVO3: Jakým způsobem jsou seniorům na geriatrickém oddělení naplňovány sociální potřeby z pohledu sociálních pracovníků?

Sociální potřeby jsou na geriatrickém oddělení naplňovány tak, aby byl senior socializován a necítil se sám. Toto je základní předpoklad bytí člověka, což je nutné si při naplňování potřeb uvědomovat. Nezbytné je pro všechny, především však pro tyto potřeby, komunikace, která je jak prostředkem k naplňování potřeb, tak i samotnou potřebou. Zásadní je pro seniora možnost mluvit a vyjádřit svůj názor, postoje, potřeby, problémy, přání a podobně. Vyjadřují také emoce, velmi často smutek a strach, vztek, zmatenost, nejistotu, bezmoc, avšak i pozitivní emoce, tedy radost a štěstí, zejména ve chvíli, kdy se uzdraví nebo se jejich zdravotní stav zlepší. Musí jim tak být ponechán dostatečný prostor a je vhodné je se seniory řešit, ovšem v určitých mezích. Senioři se nemohou k pečujícím pracovníkům chovat hrubě. Nejdůležitější je v tomto směru ze strany personálu zejména to, že je vyslechne a aktivně jim naslouchá. Nutné je také vyjádřit zájem a zaujetí o daného jedince. V tomto kontextu by měla být vyjadřována sympatie, nikoliv antipatie – personál musí pacienty bezpodmínečně přijímat. Zde je propojenost s potřebou lásky, kterou lze od personálu vnímat tak, že vyjadřuje seniorům náklonnost. Vždy je nutno ke všem přistupovat profesionálně. Zásadní je však i empatie, vstřícnost, respekt, trpělivost a další pozitivní osobnostní charakteristiky. Na těchto základech je možné vybudovat mezi seniorem a personálem vzájemnou důvěru. Senioři také potřebují chválit za to, co vykonávají a být motivováni, jelikož jim je tak podpořena sebedůvěra, kterou potřebují pro zvládnání dalších úkonů.

Člověk je od přírody tvor společenský, tudíž potřebuje cítit sounáležitost se skupinou. Na geriatrickém oddělení mohou cítit sounáležitost ve své podstatě se dvěma skupinami. Za prvé skupiny s ostatními pacienty a za druhé skupiny s personálem. Většinou se cítí být senioři součástí skupiny s lidmi na jednom pokoji. Personál se snaží, aby byli pohromadě podobní lidé – osobnostně a osudově, zejména však zdravotně a mentálně, proto si rozumí.

Ve chvíli, kdy se to nedaří, mohou se senioři v průběhu léčby přesunout na jiný pokoj. Někteří však o toto zájem nemají a raději jsou sami, naopak jiní sami rádi nejsou a touží být součástí nějaké skupiny, ačkoliv na oddělení s nikým sounáležitost necítí. K tomu, aby byli senioři součástí nějaké skupiny, lze napomoci udržováním pozitivního klimatu na oddělení. Svou roli tak má i humor a veselost. Aby se senior necítil sám, napomáhají tedy ostatní pacienti, blízké osoby – především rodina, personál, ale i další osoby, které dochází na oddělení, kupříkladu lektor jízdy na vozíku, dobrovolníci a podobně.

Mimo to jsou seniorům tyto potřeby naplněny předáváním a zprostředkováváním informací. Personál může v tomto směru udělat zejména to, že věnuje každému sdělení dostatečnou pozornost a čas, aby nedocházelo k nedorozumění a zmatenosti. Musí také ponechávat prostor pro dotazování. Většinou senioři chtějí mít veškeré informace, ačkoliv je brzy zapomenou, proto je zásadní trpělivost, opakování a vysvětlování. Vše musí probíhat s chladnou hlavou a klidem, pokud možno důrazně a jasně. Někteří senioři naopak o informace nestojí, jelikož ztratili zájem o vše, tedy i o dění kolem nich. I takovým by měl personál informace předávat, jelikož je vnímají, i když nechtějí.

Nutno poznamenat, že seniorům se na geriatrickém oddělení sociální potřeby částečně mění, jelikož nejsou v kontaktu se svými blízkými, respektive nejsou s nimi tak často, jak byli zvyklí. Oporu jim tak musí poskytovat personál, a to zejména v těžkých chvílích, kterých senioři zažívají mnoho. Mimo to přijímají novou roli pacienta, která pro ně většinou není příjemná, jelikož jsou omezováni svým onemocněním a pobytem v nemocničním zařízení. Zásadní je v tomto směru to, aby byl senior schopen se přizpůsobit novým věcem. V rámci adaptace mu mohou pomoci zejména sociální pracovníci, jelikož mají na starost provést se seniorem počáteční rozhovor. Zjistit o něm více informací a na jejich základě mu dát jistá doporučení, seznámit jej s chodem oddělení, ostatními pacienty, některými pečujícími pracovníky a podobně.

DVO4: Jakým způsobem je seniorům na geriatrickém oddělení naplňována potřeba autonomie z pohledu sociálních pracovníků?

Potřeba autonomie je u seniorů na geriatrickém oddělení naplňována tak, aby neztráceli svou individualitu, avšak nebyl nikdo upřednostňován. V rámci zachování autonomie je nutné k nim přistupovat jako k partnerům, tedy v rámci možností rovnocenně. S tím souvisí možnost podílet se na rozhodování, vyjadřování svého názoru a postoje k dané situaci. Velmi vhodné je poskytovat seniorovi dostatek možností, ze kterých může vybírat, tedy pokud existují. Díky tomu má pocit, že pro svůj život může něco udělat. Zásadní je v tomto ohledu informovaný souhlas, který lze na základě vzájemné domluvy upravovat. Mezi seniorem a personálem tak nejčastěji probíhá diskuse, avšak někdy je nutné i důrazně doporučit nebo dokonce přikázat. Seniori se v určitých případech podobají malým dětem, a proto k nim tak personál čas od času přistupuje, jelikož tento přístup vnímají jako účinný. Zde autonomie ustupuje do pozadí, přesto je to v krajních případech nezbytné. Důležité je pro její zachování uplatňovat metody doprovázení, vzdělávání, poradenství a intervence, což je práce především pro sociální pracovníky, avšak mohou se zapojit i ostatní. V některých případech je přizvána i rodina. Pokud tomu tak je, měl by svůj názor nejdříve vyjádřit senior sám, a až poté by mělo být hovořeno s rodinou. V některých případech to však není možné a rodina je hlavní jednotkou, která o seniorovi, společně s týmem odborníků, rozhoduje.

Celkově lze říci, že seniori většinou přichází na oddělení se sníženou sebedůvěrou, která jim tak brání v soběstačnosti a tím může být snížena i autonomie. Úkolem pečujících pracovníků je ji podporovat. Je nutné, aby si zkoušeli malé úkony a postupovali ke stále složitějším. Problematické je, že v rámci ušetření času jsou seniorům potřeby naplňovány bez jejich snahy, což není zcela vhodné. Brzy si na tento komfort zvyknou a jejich snaha o soběstačnost je tím ohrožena. Mělo by všem být pomáháno v rámci určitých mezí. Toto platí u všech činností. Někteří pečující pracovníci se nechtějí angažovat v práci navíc, jelikož jim šetří čas. Na tomto základě si tak musí seniori s mnohými aktivitami poradit samostatně. Autonomie je tedy z části ohrožena, přesto je snaha o její zachování. V tomto ohledu je vše velmi individuální a závisí to zejména na konkrétní pečující osobě. Vzhledem k faktu, že seniori přichází na oddělení s určitými deficity v této potřebě je péče o ně o to náročnější. V určitém smyslu autonomii ztrácí přehnanou péči jejich rodiny, na druhé straně jsou i seniori, kteří takovou péči nemají a naopak jsou poměrně autonomní, respektive soběstační. Vlivem onemocnění se pak stávají i tito seniori méně soběstační. Musí také přijmout novou roli pacienta na geriatrickém oddělení, což je pro ně poměrně neobvyklé a často náročné.

Některá onemocnění jsou natolik problematická, že je ztráta autonomie nevyhnutelná, stejně tak jako soběstačnost. Po příchodu do nemocničního prostředí se musí senioři přizpůsobit pravidlům a dennímu řádu oddělení, což může jejich autonomii částečně omezovat, jelikož si nemohou dělat vše, co by chtěli. Denní aktivity lze po domluvě upravovat.

Výše zmíněné zcela přirozeně platí v situacích, které bezprostředně neohrožují život seniora. Potřeba autonomie a její zachování vždy závisí na aktuálním stavu seniora a jeho diagnóze. V ideálním případě by mělo být vyváжено dilema mezi vysokým komfortem a zachováváním vysoké míry autonomie. Jak již bylo zmíněno, autonomie je pro život seniorů důležitá, avšak její zachování je vzhledem k mnoha faktorům poměrně obtížné.

DVO5: Jakým způsobem je seniorům na geriatrickém oddělení naplňována potřeba seberealizace z pohledu sociálních pracovníků?

Potřeba seberealizace je seniorům na geriatrickém oddělení naplňována tak, aby neztráceli smysl života a vnímali, že jejich počínání má smysl. Je zřejmé, že musí i na tomto oddělení najít pro co žít, jelikož bez toho nechtějí nic vykonávat a je tím ohrožen nejen proces uzdravení, ale i celý jejich život. Na potřebu seberealizace není v nemocničním prostředí příliš prostoru a času. Přesto je snahou se seniory plánovat a vytvářet jim pocit otevřené budoucnosti. Nutno hledat cíle, ke kterým směřovat. Jedinci často vnímají budoucnost jako nejistou vzhledem ke svému onemocnění. Zásadní je udržovat v seniorech naději, že se navrátí domů a uzdraví se, jelikož bez této naděje by se přestali snažit s onemocněním bojovat. Je tedy nutná motivace a aktivizace. Potřebu seberealizace je možné vnímat jako naplněnou ve chvíli, kdy si senior uvědomuje, že toho v životě mnoho vykonal a je s tím spokojen, respektive považuje svůj život za naplněný. V některých případech si pak uvědomí, že již není nutné nic vykonávat, a další motivace pro aktivity je složitá. Někteří senioři se také zaleknou blízké smrti a vnímají jako zbytečné se o něco pokoušet. Snahou pečujících pracovníků je, aby na trápení nemysleli a zaměřili se raději na něco jiného. Aktivity je dokáží na nějaký čas odpoutat od jejich trápení a nelehké situace.

Tato potřeba je naplňována s ohledem na to, aby se senioři nenudili a měli pocit užitečnosti. Všichni mají do jisté míry možnost vykonávat volnočasové aktivity, které by je zabavily. Mnoho z nich sleduje pouze televizi, někteří čtou knihy, luští křížovky, jiní se snaží o ruční práce, často si s ostatními povídají a podobně. Pro seniory lze v tomto směru udělat mnohé, lze jim přinést knihy z knihovny, půjčit odborné časopisy či přepnout program na televizi.

Mohou jim také doporučit další zdroje informací, pomoci jim s vyhledáním zajímavých odkazů či kontaktů. Někteří však nedělají nic, což již bylo zmíněno, často jen leží a koukají do stropu. V takovém případě se pak cítí bezmocní a méněcenní, jelikož nedělají nic užitečného. Boj s onemocněním je pak také ohrožen. Personál by tedy měl podněcovat k vykonávání těchto aktivit, avšak není to hlavní náplní jejich práce. Často tak tato potřeba ustupuje do pozadí, a to nejen vzhledem k nedostatečnému uspokojení potřeb nižších, které jsou aktuálnější. Přesto se při vstupním pohovoru snaží sociální pracovníci o vysvětlení možných aktivit, které mohou v rámci volných chvil vykonávat a to na základě jejich zálib. Všichni se snaží, aby si senioři pobyt na oddělení dokázali zpříjemnit.

Pro seniory má značný význam hovoření o smyslu života, který lze považovat za součást seberealizace. Hovořit mohou s personálem o čemkoliv. Pokud jim však personál na oddělení dostatečně nevyhovuje, může je přijít navštívit psycholog, terapeut, lze pozvat i duchovního, dobrovolníky, případně ji poskytuje rodina a další blízké osoby. Často si ji naplňují i mezi sebou, mohou se navzájem podporovat, hovořit o tom, co se s nimi děje a zda mají nějakou budoucnost, hovoří společně také o minulosti a podobně. Ostatní pacienti tak mají pro ně velký význam. Zásadní roli však má v tomto ohledu senior sám, zejména on je strůjcem a naplňovatelem potřeby seberealizace. Vše se samozřejmě odvíjí od aktuálního psychického i fyzického stavu a kondici. Také je zásadní pozitivní přístup k vykonávání alespoň některých aktivit. Svou roli má i závažnost onemocnění, které na druhé straně nemusí být překážkou, naopak může seniora ovlivnit natolik, že se pokusí o aktivity nové, které mu jeho onemocnění umožňuje. Je zřejmé, že v domácnosti mají senioři pro vykonávání aktivit větší prostor, avšak nejsou patrně nikým podněcováni a motivováni. V domácím prostředí nejsou v tak těsné blízkosti smrti, respektive smrti ostatních osob, což je pro ně poměrně často demotivující. Na geriatrickém oddělení častěji propadají depresím, úzkostem a strachu. Pokud jsou tedy v domácím prostředí, vidí tak větší smysl života. Z výše uvedeného je patrné, že potřebu seberealizace ovlivňuje mnoho faktorů a je tak její naplňování obtížné, zejména u těžce nemocných seniorů. Skutečně u nich vystupují do popředí potřeby nižší.

DVO6: Jakým způsobem je seniorům na geriatrickém oddělení naplňována potřeba komunikace z pohledu sociálních pracovníků?

Potřeba komunikace je na geriatrickém oddělení naplňována tak, aby byla vhodně zabezpečena verbální i neverbální složka komunikace a byly společně v souladu. Oba typy je nutné přizpůsobovat každému seniorovi dle jeho specifických potřeb vzhledem k jeho smyslovým poruchám, onemocnění, aktuálnímu stavu, bolesti, osobnosti seniora, přístupu ke komunikaci a dalším faktorům. Tato specifika jsou často zároveň také bariérami komunikace ze strany seniora. Nutno však poznamenat, že v prvotním kontaktu by se seniorem mělo být jednáno jako s každým jiným dospělým člověkem. Komunikace je vnímána jako samostatná potřeba i prostředek pro naplňování jednotlivých potřeb.

Potřeba komunikace je naplňována tak, aby senioři všemu dobře rozuměli a cítili od personálu zájem. V prvním směru je důležitá srozumitelnost předávaných informací, se kterou se pojí mluva bez odborných termínů v jasných větách. Vhodnější jsou pak věty kratšího rázu. Značná část seniorů pak vyžaduje pomalý projev, opakování a vysvětlování. Pro vzájemné porozumění je nejdůležitější aktivní naslouchání, empatie, vlídnost, přátelskost a trpělivost. Na každého seniora si pak personál snaží vyčlenit dostatek času, avšak je to problematické vzhledem k jejich počtu na oddělení. Problematické je v tomto kontextu i množství úkonů, které musí personál během své pracovní doby stihnout. U sociálních pracovníků se jedná především o administrativní činnost. Zde se projevila jedna z bariér komunikace, kdy na ni není samostatně vyčleňováno tolik času, kolik by si senioři i samotní pečující pracovníci přáli. Provází však všechny úkony během celého dne, čas nezbyvá spíše na samotnou komunikaci mimo tyto úkony. Ať je však komunikace jakkoliv dlouhá, vždy by při ní měl být zachován respekt k seniorovi, s čímž souvisí i jeho vhodné oslovování, profesionální přístup a nevyjadřování antipatií. Ačkoliv by toto mělo platit vždy, někteří pečující pracovníci s tím mají problémy, jelikož často nedokáží zvládnout svou nepatřičnou náladu, kondici, momentální stres a podobně. To platí v rámci verbálních i neverbálních projevů. Vzhledem k tomu, že slova často nestačí, musí pečující pracovníci dbát i na tuto stránku. Senioři jsou k ní navíc citlivější. Význam má zejména mimika, především úsměv. Zásadním projevem náklonnosti je pak dotek. V určitých situacích není nutné nic říkat ani vykonávat, stačí pouhá tichá přítomnost a blízkost. Při každé komunikaci by se měl personál pokusit zajistit dostatečné soukromí, což není v nemocničním prostředí vždy snadné, avšak je to základ pro její kvalitu, stejně tak jako dostatek času vyčleněný na daného jedince.

Lze shrnout, že pro seniory na geriatrickém oddělení je v rámci komunikace důležité získat důvěru k pečujícím pracovníkům, která vzniká postupně po přijetí na oddělení. Musí si tak přivyknout na novou situaci a na odlišný přístup personálu, který je zástupným objektem rodiny. Zásadní je zachování lidskosti, avšak v profesionálních hranicích. Na oddělení by mělo být za každých okolností udržováno dobré klima, které napomáhá seniorům v pocitu jistoty a odhodlání řešit s personálem jejich problémy. Základem všeho je pak chtění jednotlivých seniorů komunikovat, nelze je do komunikace příliš nutit. Důležité informace je přirozeně nutné určitou cestou zjistit, avšak neměla by být nijak násilná.

HVO: Jakým způsobem jsou naplňovány potřeby seniorů na geriatrickém oddělení se zaměřením na potřebu komunikace z pohledu sociálních pracovníků?

Hlavní výzkumnou otázkou sytí dílčí výzkumné otázky, které se týkají jednotlivých potřeb dle konceptu Maslowa (1954) upraveného pro seniorskou populaci dle Pichauda a Thareauové (1998) – potřeby fyziologické, potřeba bezpečí a jistoty, potřeby sociální, potřeba autonomie a potřeba seberealizace, k čemuž byla připojena samostatná dílčí výzkumná otázka týkající se potřeby komunikace.

Je zřejmé, že proces naplňování potřeb je velmi různorodý vzhledem k mnoha faktorům, které jej ovlivňují. Kupříkladu prostředí, ve kterém se jedinec nachází, věk jedince, aktuální stav, pečující osoba a další. Pečující pracovníci naplňují seniorům potřeby s ohledem na jejich individualitu, ačkoliv existují doporučené postupy a obecné pravdy pro všechny pacienty na geriatrickém oddělení. Všechny potřeby jsou ve vzájemné interakci, a tudíž lze říci, že naplňováním jedné potřeby je možné naplňovat i potřeby další. Přesto je dle Maslowa (1954) v naplňování potřeb nutná alespoň částečná posloupnost. Zejména by měl být zachován postup od nejnižších, tedy fyziologických potřeb, k potřebě nejvyšší, kterou je seberealizace. V souvislosti s nemocničním prostředím a péčí o seniora v něm jsou primárně naplňovány fyziologické potřeby, jelikož je jejich uspokojování reakcí na zdravotní stav seniora. Ostatní potřeby jsou naplňovány spíše druhotně, nejsou však opomíjeny, což je patrné i v tom ohledu, že jsou jednotlivé potřeby navzájem propojeny. Mimo to musí být při naplňování potřeb užívána vhodná komunikace, která je však i samotnou potřebou a je na ni nutné klást značný důraz.

Lze říci, že oproti domácímu prostředí jsou potřeby naplňovány profesionálně. Velmi zásadní se jeví odstranění deficitů a problémů týkajících se zdraví seniora. Ty jsou odstraňovány postupně za pomoci pozitivního přístupu, zejména empatie a trpělivosti. V souvislosti se zdravotním stavem je snaha provázet seniory k autonomii v péči o své tělo i mysl, tedy k naplňování svých potřeb samostatně. To je uskutečňováno v rámci úkonů, které senioři částečně zvládají nebo se je zvládat znovu učí. Postupně, na základě drobných kroků jsou podněcováni k vyššímu sebevědomí a sebedůvěře, a tím i k samostatnosti. V emocionální rovině jsou pečující pracovníci částečnými zástupnými objekty. Nahrazují blízké osoby a rodinu, které se seniory povětšinou nemohou být v těžkých chvílích. Jsou tak citovou oporou, proto mezi seniory a personálem mohou vznikat blízké, dokonce i přátelské vazby. Hlubší vztah si senioři vytváří zejména k těm osobám, které jsou na oddělení každý den a nejsou příliš často propojeni s bolestivými úkony. Nutno poznamenat, že ačkoliv pečující pracovníci vyjadřují náklonnost, měli by udržovat profesionální odstup.

Výše popsané vývojové potřeby se v běžném životě vzájemně prolínají, jelikož na sebe navazují a jejich obsah je v mnoha ohledech podobný. Pro propojení je zásadní komunikace, která je v tomto kontextu prostředek k jejich naplňování. Nejzřetelněji se projevuje předávání informací, které je nutné v souvislosti se všemi potřebami. Mimo již zmíněné rámuje všechny potřeby také potřeba autonomie. Obecně lze říci, že personál se snaží, o co nejkratší možnou hospitalizaci a během ní, o co nejvyšší poskytování péče. Primárně by měl být senior schopen navrátit se do svého domácího prostředí. Až ve chvíli, kdy toto možné není, by měla být vyhledávána vhodná pobytová zařízení. Ačkoliv se v některých případech objeví pracovník, který není ve vhodné kondici, se špatnou náladou nebo nemá dostatek znalostí o daném tématu, není připraven na řešení krizové situace a podobně, ve většině případů se o seniory stará personál na velmi vysoké úrovni. V rámci omezených podmínek geriatrického oddělení a s ohledem na nemožnost zajistit všechny potřeby dokonale, naplňuje personál potřeby s nejlepším vědomím a svědomím.

5.4.2 VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH CÍLŮ KVANTITATIVNÍHO ŠETŘENÍ A OVĚŘENÍ JEDNOTLIVÝCH HYPOTÉZ A PŘEDPOKLADŮ

Diskuse výsledků je vedena v kontextu s cílem práce, kdy jsou vyhodnoceny jednotlivé hypotézy a předpoklady kvantitativního šetření v souvislosti s dílčími cíli i hlavním cílem dotazníkového šetření i celé práce.

DC1: Zjistit okolnosti naplňování potřeb seniorů na geriatrickém oddělení z pohledu seniorů.

Dílčí cíl 1 (DC1) je částečně naplňován ověřením **předpokladu 1 (P1)**, který byl stanoven takto: Seniorům na geriatrickém oddělení nejsou ve většině případů primárně naplňovány ty potřeby, které jsou pro ně subjektivně nejdůležitější. Tento předpoklad je ověřován na základě dat získaných z dotazníkových **Položek č. 3 a č. 4**, přičemž důležité informace jsou uvedeny v **Kontingenční tabulce č. 1**. Ta představuje absolutní četnosti primárně naplňovaných potřeb personálem vzhledem k subjektivně nejdůležitějším potřebám seniorů. V prvním případě se jedná o četnosti představující umístění potřeb na první místo z hlediska jejich naplňování personálem. Druhou proměnnou v tabulce jsou subjektivně nejdůležitější potřeby seniorů. Tyto četnosti představují umístění potřeb na první místo z hlediska důležitosti.

Kontingenční tabulka č. 1: *Potřeby primárně naplňované personálem vzhledem k subjektivně nejdůležitějším potřebám*

		SUBJEKTIVNĚ NEJDŮLEŽITĚJŠÍ POTŘEBY SENIORŮ					
		fyziologické potřeby	potřeba bezpečí	sociální potřeby	potřeba autonomie	potřeba seberealizace	celkem
POTŘEBY PRIMÁRNĚ NAPLŇOVANÉ PERSONÁLEM	fyziologické potřeby	53	13	7	0	0	73
	potřeba bezpečí	10	7	1	0	0	18
	sociální potřeby	7	4	3	0	0	14
	potřeba autonomie	0	0	0	0	0	0
	potřeba seberealizace	0	0	0	0	0	0
	celkem	70	24	11	0	0	105

Z **Kontingenční tabulky č. 1** vyplývá, že shoda potřeb nastala u 63 respondentů. Ti uvedli shodu v tom, které potřeby jsou pro ně nejdůležitější a na které potřeby se personál primárně zaměřuje. Tento fakt je patrný ze zvýrazněné diagonály. Lze konstatovat, že většině respondentů jsou naplňovány ty potřeby, které jsou pro ně nejdůležitější. Konkrétně se jedná o 66,2 % respondentů. Pouze 33,8 % respondentů ve svých nejdůležitějších potřebách nemají shodu vzhledem k tomu, jaké potřeby jim jsou primárně naplňovány personálem. Jako doplňující informaci lze z této tabulky zjistit fakt, že nejdůležitější jsou pro seniory fyziologické potřeby (v nadpoloviční většině), které jsou jim primárně nejvíce naplňovány (v nadpoloviční většině).

P1 není přijat jako **platný**, jelikož 33,8 % je méně, než 50 % a jedná se o menšinu případů. V rámci geriatrického oddělení jsou subjektivně důležité potřeby ve shodě s jejich naplňováním ze strany personálu.

DC1 je částečně naplňován také ověřením **hypotézy 2 (H2)**, která byla stanovena takto: Spokojenost seniorů s naplňováním potřeb na geriatrickém oddělení je determinována tím, zda jsou jim naplňovány primárně ty potřeby, které jsou pro ně nejdůležitější. K této hypotéze je níže stanovena hypotéza nulová (**H2₀**) a alternativní (**H2_A**), které jsou ověřovány na základě **Kontingenční tabulky č. 2**, ze které vychází výpočet testového kritéria – testu dobré shody. Data v této tabulce jsou získána z dotazníkové **Položky č. 5** a hodnotami z **Kontingenční tabulky č. 1** (viz výše). Z ní je patrné vyjádření shody v nejdůležitějších potřebách a primárně naplňovaných potřebách. V **Kontingenční tabulce č. 2** jsou uvedeny absolutní četnosti odpovědí, konkrétně se jedná o spokojenost seniorů s naplňováním potřeb a shodu v nejdůležitějších potřebách a primárně naplňovaných potřebách. Vyjádřen je také jejich vzájemný vztah. Kladná odpověď vyjadřuje volené možnosti „*jsem velmi spokojený(á)*“ a „*jsem spíše spokojený(á)*“ a záporná odpověď vyjadřuje volené možnosti „*jsem spíše nespokojený(á)*“ a „*jsem velmi nespokojený(á)*“.

H2₀ – Spokojenost seniorů s naplňováním potřeb na geriatrickém oddělení statisticky významně nesouvisí s tím, zda jim jsou naplňovány primárně ty potřeby, které jsou pro ně nejdůležitější.

H2_A – Spokojenost seniorů s naplňováním potřeb na geriatrickém oddělení statisticky významně souvisí s tím, zda jim jsou naplňovány primárně ty potřeby, které jsou pro ně nejdůležitější.

Kontingenční tabulka č. 2: Spokojenost seniorů s naplňováním potřeb vzhledem ke shodě v nejdůležitějších potřebách a primárně naplňovaných potřebách

SPOKOJENOST SENIORŮ S NAPLŇOVÁNÍM POTŘEB	SHODA V NEJDŮLEŽITĚJŠÍCH POTŘEBÁCH A PRIMÁRNĚ NAPLŇOVANÝCH POTŘEBÁCH		
	ano	ne	celkem
kladná odpověď	58	37	95
záporná odpověď	5	5	10
celkem	63	42	105

Kontingenční tabulka č. 2 je základem pro výpočet testového kritéria – testu dobré shody. Jedná se o výpočet z tabulky 2x2 na hladině významnosti **0,01**, která byla zvolena vzhledem k patrnému nerovnoměrnému rozložení jednotlivých odpovědí. Zásadní je výpočet hodnoty testového kritéria⁶⁹, které vyšlo $X^2 = 0,461$. Toto kritérium je následně nutné porovnat s kritickou hodnotou pro daný stupeň volnosti, v tomto případě 1. Při porovnání vypočítané hodnoty s příslušnou kritickou hodnotou zvoleného testového kritéria $X^2_{0,01}(1) = 6,635$ je zjištěno, že vypočítaná hodnota X^2 (**0,461**) je **menší**, než kritická (**6,635**), a proto je **přijata H₂₀** na hladině významnosti 0,01.

H₂ není přijata jako **platná**, jelikož spokojenost seniorů s naplňováním potřeb není determinována shodou v nejdůležitějších potřebách a primárně naplňovaných potřebách.

P₁ a **H₂** se nepotvrdily z důvodu specifické situace v nemocničním prostředí. Zmíněný předpoklad i hypotéza vycházely ze stejného teoretického základu, který není propojen s nemocničním zařízením, pouze s tématem seniorů a procesu naplňování jejich potřeb. V nemocničním prostředí jsou seniorům naplňovány potřeby dle jejich subjektivní důležitosti. Statisticky významně na této shodě nezávisí spokojenost seniorů. Svůj podíl na spokojenosti patrně má, avšak vedle ní je spokojenost určena i jinými faktory. Jedná se o některé z dalších okolností naplňování potřeb, které jsou uvedeny níže.

⁶⁹ Pro výpočet byl využit vzorec: $X^2 = n * [(A * D - B * C)^2 : ((A+C) * (B+D) * (A+B) * (C+D))]$. Po dosazení do tohoto vzorce a vypočítání mezikroku vypadá výpočet takto: $X^2 = 105 * [(290 - 185)^2 : (63 * 42 * 95 * 10)]$.

Mimo již zmíněné jsou okolnosti naplňování potřeb určeny dotazníkovými **Položkami č. 6, č. 7, č. 8, č. 9, č. 23 a č. 24**. Tyto položky částečně sytí dílčí cíl 1, stejně jako níže uvedené **kontingenční tabulky č. 3 – č. 5** a v nich data z dotazníkových **Položek č. 5, č. 10, č. 11 a č. 12**.

První zajímavou informací je fakt, že jsou pro seniory nejdůležitějšími osobami v naplňování jejich potřeb zdravotní sestry, což uvedlo 35,2 % respondentů a v těsné blízkosti je ostatní personál s 29,5 %. Tyto dvě pracovní pozice tvoří nadpoloviční většinu odpovědí. Dále byl velmi zajímavý poznatek týkající se potřeby bezpečí, kdy 71,4 % respondentů (z celkového počtu 105) uvedlo, že se cítí bezpečně díky osobním věcem. Téměř všichni uvedli, že se cítí bezpečně díky materiálním věcem. Často připojovali i odpovědi jiné (z celkového počtu 194, kdy každý z nich uvedl alespoň jednu možnost). 44,8 % respondentů (z celkových 105) uvedlo různé možnosti, kupříkladu přítomnost personálu, dostatek jídla a pití, uzavřené oddělení a další, které souvisí s naplňováním potřeb od personálu. Personál by se měl chovat tak, aby toto v dostatečné míře zajišťoval. Třetím zajímavým poznatkem je fakt, že senioři na geriatrickém oddělení zažívají ve většině případů kladné pocity, což dokládá fakt, že 85,7 % odpovědí (celkový počet odpovědí byl 161) směřovalo ke kladným pocitům, kdy nejčastěji se cítí „*velmi dobře*“ a „*spokojeně*“. Překvapující zjištění nevzešlo u položky týkající se aktivit vykonávaných na geriatrickém oddělení pro zábavu. Zde uvedlo 73,3 % respondentů (z celkového počtu 105) možnost sledování televize a nadpoloviční většina 51,4 % (z celkového počtu 105) uvedla možnost čtení. Odpovědi byly kombinované, každý respondent uvedl minimálně jednu (celkový počet odpovědí byl 238). Personál musí nechávat těmto činnostem prostor, jelikož seniory baví. V rámci odlišností domácí a nemocniční péče, lze zmínit, že značná část respondentů uvedla některé změny, které se pojí s procesem naplňováním potřeb. Kupříkladu se objevovala odpověď odlišná péče, větší komfort, větší klid na oddělení, kontakt s ostatními na oddělení, tedy i s personálem. Jinakost vnímají i v tom, že na oddělení je režim a daná pravidla, která personál dodržuje a seniory tak může svým způsobem omezovat. V tomto ohledu jsou získané hodnoty velmi podobné, a proto zde nejsou uvedeny. Velmi zajímavé je to, že 84,8 % by na naplňování potřeb „*nic*“ neměnilo, tedy uváděli variantu slova nic a 15,2 % respondentů uvedlo, že neví, co by se mělo změnit. Výše uvedené jsou okolnosti naplňování potřeb, které byly vybrány z výsledků dotazníkového šetření.

Vzhledem k výše uvedenému statisticky nepotvrzenému ovlivňování mezi spokojeností a další uvedenou proměnou (shodou mezi primárně naplňovanými potřebami a subjektivně nejdůležitějšími potřebami) jsou níže uvedeny a popsány tři doplňkové kontingenční tabulky. Ty jsou uvedeny na základě teoretických poznatků, kdy je předpoklad, že by mohly být zmíněné faktory určitým způsobem zasahující do spokojenosti seniorů s naplňováním potřeb.

Kontingenční tabulka č. 3: *Spokojenost seniorů s naplňováním potřeb vzhledem k dostatečnému zabezpečení soukromí*

SPOKOJENOST SENIORŮ S NAPLŇOVÁNÍM POTŘEB	DOSTATEČNÉ ZABEZPEČENÍ SOUKROMÍ		
	kladná odpověď	záporná odpověď	celkem
kladná odpověď	89	6	95
záporná odpověď	0	10	10
celkem	89	16	105

Kontingenční tabulka č. 3 zobrazuje absolutní četnosti odpovědí respondentů. Jedná se o spokojenost seniorů s naplňováním potřeb vzhledem k dostatečnému zabezpečení soukromí. Snahou je vystihnout vztah mezi nimi. Kladná odpověď v obou případech vyjadřuje volené možnosti „ano“ a „spíše ano“ a záporná odpověď vyjadřuje volené možnosti „ne“ a „spíše ne“. Tato tabulka je vytvořena na základě odpovědí respondentů na dotazníkové **Položky č. 5 a č. 10**. Je zde umístěna pro zajímavost vzhledem k (ne)ovlivňování spokojenosti danou proměnnou. Z **Kontingenční tabulky č. 3** je jasné, že spokojenost seniorů s naplňováním potřeb a dostatečné zabezpečení soukromí spolu souvisí⁷⁰. Naprostá většina respondentů, celkem 84,8 % uvádí, že jim je dostatečně zabezpečeno soukromí a zároveň jsou spokojeni. Pouze 9,5 % není spokojeno a zároveň jim není dostatečně zabezpečeno soukromí. Žádný respondent neuvedl, že by měl dostatečně zabezpečeno soukromí a nebyl spokojen a 5,7 % jich zmínilo, že jsou spokojeni, i když jim není dostatečně zabezpečeno soukromí.

⁷⁰ Zde není vhodné ani možné vypočítat testové kritérium – test dobré shody, jelikož v tabulce nejsou četnosti vyšší nebo rovné hodnotě 5, proto je uvažováno pouze na základě tabulky. Vztah mezi proměnnými je v tomto případě velmi dobře patrný. Výpočet také není nutný vzhledem k nedokazování platnosti žádné hypotézy.

Kontingenční tabulka č. 4: Spokojenost seniorů s naplňováním potřeb vzhledem k sounáležitosti se skupinou

SPOKOJENOST SENIORŮ S NAPLŇOVÁNÍM POTŘEB	SOUNÁLEŽITOST SE SKUPINOU			
	ano	ne, touha po sounáležitosti	ne, samotář	celkem
kladná odpověď	91	4	0	95
záporná odpověď	0	6	4	10
celkem	91	10	4	105

Kontingenční tabulka č. 4 zobrazuje absolutní četnosti odpovědí respondentů. Jedná se o spokojenost seniorů s naplňováním potřeb vzhledem k sounáležitosti se skupinou. Snahou je vystihnout vztah mezi nimi. Kladná odpověď u spokojenosti seniorů s naplňováním potřeb vyjadřuje volené možnosti „ano“ a „spíše ano“ a záporná odpověď vyjadřuje volené možnosti „ne“ a „spíše ne“. Ačkoliv by bylo možné u sounáležitosti se skupinou napsat kladné a záporné odpovědi, byl tento zápis zvolen záměrně, aby byla patrná touha být sám a touha někam náležet přes nepociťování sounáležitosti. Tato tabulka je vytvořena na základě odpovědí respondentů na dotazníkové **Položky č. 5 a č. 11**. Je zde umístěna pro zajímavost vzhledem k (ne)ovlivňování spokojenosti danou proměnnou. Z **Kontingenční tabulky č. 4** je jasné, že spolu spokojenost seniorů s naplňováním potřeb a sounáležitost se skupinou souvisí⁷¹. Naprostá většina respondentů, celkem 86,6 % uvádí, že cítí sounáležitost se skupinou a zároveň jsou spokojeni s naplňováním potřeb. Zde je souvislost v tom, že pokud personál naplňuje potřeby vhodně a přistupuje k seniorům pozitivně, cítí se být součástí jeho skupiny. Zajímavý se jeví fakt, že žádný respondent neuvedl, že by byl spokojen a zároveň necítil sounáležitost se skupinou. V obou případech uvedlo zápornou odpověď 3,8 % respondentů, nepatří do skupiny a nejsou spokojeni s naplňováním potřeb. Stejně tak 3,8 % zmínilo, že jsou zároveň spokojeni s naplňováním potřeb a zároveň touží být součástí nějaké skupiny. 5,7 % je nespokojeno s naplňováním potřeb, jelikož není součástí žádné skupiny, avšak touží být.

⁷¹ Zde není vhodné ani možné vypočítat testové kritérium – test dobré shody, jelikož v tabulce nejsou četnosti vyšší nebo rovné hodnotě 5, proto je uvažováno pouze na základě tabulky. Vztah mezi proměnnými je v tomto případě velmi dobře patrný. Výpočet také není nutný vzhledem k nedokazování platnosti žádné hypotézy.

Kontingenční tabulka č. 5: Spokojenost seniorů s naplňováním potřeb vzhledem k volnosti v rozhodování o své osobě

SPOKOJENOST SENIORŮ S NAPLŇOVÁNÍM POTŘEB	VOLNOST V ROZHODOVÁNÍ O SVÉ OSOBĚ		
	kladná odpověď	záporná odpověď	celkem
kladná odpověď	95	0	95
záporná odpověď	0	10	10
celkem	95	10	105

Kontingenční tabulka č. 5 zobrazuje absolutní četnosti odpovědí respondentů. Jedná se o spokojenost seniorů s naplňováním potřeb vzhledem k volnosti v rozhodování o své osobě. Snahou je vystihnout vztah mezi nimi. Kladná odpověď v obou případech vyjadřuje volené možnosti „ano“ a „spíše ano“ a záporná odpověď vyjadřuje volené možnosti „ne“ a „spíše ne“. Tato tabulka je vytvořena na základě odpovědí respondentů na dotazníkové **Položky č. 5 a č. 12**. Je zde umístěna pro zajímavost vzhledem k (ne)ovlivňování spokojenosti danou proměnnou. Z **Kontingenční tabulky č. 5** je jasné, že spolu spokojenost seniorů s naplňováním potřeb a volnost v rozhodování o své osobě souvisí⁷². Zajímavý se jeví fakt, že naprostá většina respondentů, celkem 90,4 % uvádí, že mají volnost v rozhodování o své osobě a zároveň jsou spokojeni. Pouze 9,5 % není spokojeno a zároveň nemá volnost v rozhodování o své osobě. Žádný respondent neuvedl, že by měl dostatečnou volnost v rozhodování o své osobě a nebyl spokojen a stejně, že by nebyl spokojen a zároveň měl volnost v rozhodování o své osobě.

Z výše zmíněného vyplývá, že z uvedených proměnných je **determinantem spokojenosti s naplňováním potřeb**: dostatečné zabezpečení soukromí, sounáležitost se skupinou i volnost v rozhodování o své osobě. Různou mírou se na spokojenosti podílí i další faktory. Zájem o tyto údaje byl z důvodu, že spokojenost je vnímána jako cíl, ke kterému se směřuje.

DC1 lze považovat přes nepotvrzený předpoklad (**P1**) a hypotézu (**H2**) za **splněný**.

⁷² Zde není vhodné ani možné vypočítat testové kritérium – test dobré shody, jelikož v tabulce nejsou četnosti vyšší nebo rovné hodnotě 5, proto je uvažováno pouze na základě tabulky. Vztah mezi proměnnými je v tomto případě velmi dobře patrný. Výpočet také není nutný vzhledem k nedokazování platnosti žádné hypotézy.

DC2: Zjistit charakteristiky komunikace mezi seniory a personálem na geriatrickém oddělení z pohledu seniorů.

Dílčí cíl 2 (DC2) je částečně naplňován ověřením **předpokladu 3 (P3)**, který byl stanoven takto: Senioři na geriatrickém oddělení vnímají v nadpoloviční většině jako nejvíce rušivý faktor komunikace nedostatek času ze strany personálu k nim. Tento předpoklad je z hlavní části ověřován na základě dat získaných z dotazníkové **Položky č. 13**, důležité informace jsou uvedeny v **Tabulce č. 4**. Ta představuje absolutní i relativní četnosti rušivých faktorů. Jedná se o četnosti umístění daného rušivého faktoru na prvním místě z hlediska největšího narušení komunikace mezi seniory a personálem. Nejčastěji volené hodnoty a průměrné hodnoty jsou uvedeny níže v **Příloze IV**. či naopak výše v **podkapitole 5.3.2**. Tyto hodnoty výstižně představují volbu jednotlivých možností z hlediska jejich pořadí. To pak znázorňuje nejvyšší, až nejnižší míru narušení.

Tabulka č. 4: *Nejvíce rušivé faktory v komunikaci mezi seniory a personálem*

RUŠIVÉ FAKTORY	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDÍ	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDÍ
zdravotní stav a poruchy	65	61,9 %
nedostatek času	24	22,9 %
nedostatek soukromí	13	12,4 %
nedostatek vzájemného pochopení	2	1,8 %
nezájem/neochota ze strany personálu	1	1 %
celkem	105	100 %

Z **Tabulky č. 4** vyplývá, že nejčastěji uvedli respondenti na první místo jejich zdravotní stav a poruchy. 61,9 % tento faktor uvedlo jako nejvíce rušivý. Na druhém místě je nedostatek času, který na první místo, jako nejvíce rušivý faktor, označilo 22,9 % respondentů. Vzhledem k výsledku Novákové (2018) se jedná o velmi malé procentuální zastoupení. Zmíněná autorka zjistila, že respondenti považují za nejvíce rušivý faktor při komunikaci mezi nimi a personálem nedostatek času a to v 75 % případů. Jedná se o nízké zastoupení oproti zjištění Sobotkové (2010), která uvedla, že nedostatek času vnímá jako nejvíce rušivý faktor 41,25 %. Poměrně nízké zastoupení má na třetím místě nedostatek soukromí. Tento faktor uvedlo na prvním místě pouze 12,4 % respondentů. Pouze 2,8 % uvedlo jiné možnosti, kdy nedostatek vzájemného pochopení uvedlo na prvním místě 1,8 % respondentů a 1 % zvolilo v tomto kontextu možnost nezájem/neochota ze strany personálu.

Vzhledem k tomu, že předpoklad vychází ze zjištění Novákové (2018), která uvedla, že by její respondenti ve 40 % (z celkového počtu 100 respondentů) případů uvítali, kdyby s nimi personál trávil více času. Je tedy možné porovnat i tento fakt, který je v této práci zjištěn dotazníkovou **Položkou č. 14**. V této otázce se ukázalo, že více času na komunikaci si přeje 18,1 % respondentů (z celkového počtu 105), což je o 21,9 % méně, než u zmíněné autorky, ačkoliv se jedná o nejčastěji zmiňovaný jev, který by na komunikaci senioři změnili. Oproti tomu 42,9 % respondentů (z celkového počtu 105) uvedlo, že se jim komunikuje dobře a nic by nezměnili, což je téměř totožný výsledek, jako u Sobotkové (2010). Její respondenti uvedli, že jim komunikaci nic nenarušuje ve 45 % případů (z celkového počtu 80).

P3 není přijat jako platný, jelikož 22,9 % je méně, než 50 % a jedná se o menšinu případů. V rámci geriatrického oddělení není nejvíce rušivým faktorem při komunikaci mezi personálem a seniory nedostatek času, ale zdravotní stav a poruchy seniorů.

P3 nebyl potvrzen z důvodu, že zmíněné autorky, na základě jejichž výsledků byl předpoklad tvořen, neuvedly možnost „*Váš zdravotní stav a poruchy*“, která se v tomto případě ukázala jako nejvíce narušující faktor komunikace mezi seniory a personálem. Pokud by tato možnost nebyla uvedena ani v této práci, je velmi pravděpodobné, že by byl nedostatek času na prvním místě, jako nejvíce rušivý faktor, takto je na místě druhém.

DC2 je částečně naplňován ověřením **hypotézy 4 (H4)**, která byla stanovena takto: Spokojenost seniorů s komunikací na geriatrickém oddělení je determinována tím, zda jsou pro ně informace předávané od personálu srozumitelné. K této hypotéze je níže stanovena hypotéza nulová (**H4₀**) a alternativní (**H4_A**), které jsou ověřovány na základě **Kontingenční tabulky č. 6**, ze které vychází výpočet testového kritéria – testu dobré shody. Tato tabulka je vytvořena na základě odpovědí respondentů na dotazníkové **Položky č. 16** a **č. 22**. V **Kontingenční tabulce č. 6** jsou uvedeny absolutní četnosti odpovědí. Jedná se o spokojenost seniorů s komunikací a srozumitelností potřeb. Vyjádřen je jejich vzájemný vztah. Kladná odpověď u spokojenosti seniorů s komunikací vyjadřuje volené možnosti „ano“ a „spíše ano“ a záporná odpověď vyjadřuje volené možnosti „ne“ a „spíše ne“. U srozumitelnosti informací kladná odpověď vyjadřuje volené možnosti „srozumitelné, vždy sdělení rozumím“ a „spíše srozumitelné, většinou sdělení rozumím“ a záporná odpověď vyjadřuje volené možnosti „nesrozumitelné, nikdy sdělení nerozumím“ a „spíše srozumitelné, většinou sdělení nerozumím“.

H4₀ – Spokojenost seniorů s komunikací na geriatrickém oddělení statisticky významně nesouvisí s tím, zda jsou pro ně informace předávané od personálu srozumitelné.

H4_A – Spokojenost seniorů s komunikací na geriatrickém oddělení statisticky významně souvisí s tím, zda jsou pro ně informace předávané od personálu srozumitelné.

Kontingenční tabulka č. 6: *Spokojenost seniorů s komunikací vzhledem ke srozumitelnosti informací*

SPOKOJENOST SENIORŮ S KOMUNIKACÍ	SROZUMITELNOST INFORMACÍ		
	kladná odpověď	záporná odpověď	celkem
kladná odpověď	86	5	91
záporná odpověď	5	9	14
celkem	91	14	105

Kontingenční tabulka č. 6 je základem pro výpočet testového kritéria – testu dobré shody. Jedná se o výpočet z tabulky 2x2 na hladině významnosti **0,01**, která byla zvolena vzhledem k patrnému nerovnoměrnému rozložení jednotlivých odpovědí. Zásadní je výpočet hodnoty testového kritéria⁷³, které vyšlo $X^2 = 39,292$. Toto kritérium je následně nutné porovnat s kritickou hodnotou pro daný stupeň volnosti, v tomto případě 1. Při porovnání vypočítané hodnoty s příslušnou kritickou hodnotou zvoleného testového kritéria $X^2_{0,01}(1) = 6,635$ je zjištěno, že vypočítaná hodnota X^2 (**36,292**) je **větší**, než kritická (**6,635**), a proto je odmítnuta **H₀** a **přijata H_{4A}** na hladině významnosti 0,01.

H₄ je přijata jako **platná**, jelikož spokojenost seniorů s komunikací je determinována srozumitelností předávaných informací od personálu.

DC2 je částečně naplňován ověřením **předpokladu 5 (P5)**, který byl stanoven takto: Seniori na geriatrickém oddělení více oceňují neverbální projevy komunikace, než verbální. Tento předpoklad je z hlavní části ověřován na základě dat získaných z dotazníkové **Položky č. 19**, přičemž důležité informace jsou uvedeny v **Tabulce č. 5**. Ta představuje absolutní i relativní četnosti verbálních a neverbálních projevů komunikace. Verbální projevy komunikace zahrnují možnosti, radu či pomoc a projevení zájmu, kdy projevení zájmu může být i neverbální, avšak zde je vnímáno jako verbální. Za neverbální projevy jsou považovány dotek, úsměv a naslouchání. Samostatně je uvedena i možnost „*nic*“ pro komplexnost.

Tabulka č. 5: *Oceňované projevy v komunikaci ze strany personálu*

OCEŇOVANÉ PROJEVY	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDÍ	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDÍ
neverbální projevy	75	71,4 %
verbální projevy	28	26,7 %
nic	2	1,9 %
celkem	105	100 %

⁷³ Pro výpočet byl využit vzorec: $X^2 = n * [(A * D - B * C)^2 : ((A+C) * (B+D) * (A+B) * (C+D))]$. Po dosazení do tohoto vzorce a vypočítán mezikroku vypadá výpočet takto: $X^2 = 105 * [(774 - 25)^2 : (91 * 14 * 91 * 14)]$.

Z **Tabulky č. 5** vyplývá, že 71,4 % respondentů uvedlo, že nejvíce oceňovanými projevy komunikace jsou neverbální projevy. Jedná se o nadpoloviční většinu respondentů. Oproti tomu uvedlo 26,7 % respondentů, že nejvíce oceňuje verbální projevy komunikace. Možnost „*nic*“ je zde uvedena proto, že byla uvedena do pole „*jiné*“ umístěného pro možnost uvedení dalších odpovědí. V tomto případě se nejedná o verbální ani neverbální projev. Mimo uvedenou tabulku lze zmínit, že nejocěňovanější jev z neverbální komunikace je dotek a na druhém místě úsměv. Z verbálních projevů je nejocěňovanějším jevem projevení zájmu. Zajímavým zjištěním je v tomto kontextu fakt, že respondenti Novákové (2018), z jejíž práce z části vychází tento předpoklad, uváděli jako nejocěňovanější jev úsměv a to ve 40 % a dotek uvedli pouze v 6 %. V této práci oproti tomu uvedlo dotek v dotazníkovém šetření 33,3 % respondentů jako nejocěňovanější jev na komunikaci a úsměv uvedlo 24,6 %. Je zřejmé, že výsledky jsou v tomto směru nejednotné v poměrně vysokém procentuálním rozdílu. Neverbální komunikace v práci Novákové (2018) zastupuje 63 %, tudíž o 8,4 % méně, než v této práci. Rozdíly mezi pracemi pramení z faktu, že zmíněná autorka uvedla méně možností pro výběr, než je v této práci. Tato práce obsahuje navíc jeden verbální projev, tudíž jsou data jiná i z tohoto důvodu. V rámci verbálních projevů uvedla autorka, že 37 % respondentů vybralo projevení zájmu, což je v její práci druhý nejocěňovanější jev. V této práci toto uvedlo pouze 15,2 %. Zásadní zůstává, že vyšší procentuální zastoupení mají neverbální projevy (viz výše).

P5 je přijat jako **platný**, jelikož procentuální rozdíl mezi neverbálními a verbálními projevy je vyšší než 20 %, konkrétně se jedná o rozdíl 44,7 %.

DC2 je částečně naplňován ověřením **hypotézy 6 (H6)**, která byla stanovena takto: Spokojenost seniorů s komunikací na geriatrickém oddělení je determinována tím, zda jim je dostatečně zabezpečeno soukromí. K této hypotéze je níže stanovena hypotéza nulová (**H6₀**) a alternativní (**H6_A**), které jsou ověřovány na základě **Kontingenční tabulky č. 7**, ze které vychází výpočet testového kritéria – testu dobré shody. Tato tabulka je vytvořena na základě odpovědí respondentů na dotazníkové **Položky č. 10** a **č. 22**. V ní jsou uvedeny absolutní četnosti odpovědí. Jedná se o spokojenost seniorů s komunikací a dostatečně zabezpečeným soukromím. Vyjádřen je jejich vzájemný vztah. Kladná odpověď vyjadřuje v obou případech volené možnosti „*ano*“ a „*spíše ano*“ a záporná odpověď vyjadřuje volené možnosti „*ne*“ a „*spíše ne*“. Propojení je patrné u dotazníkové **Položky č. 13** a **č. 14**. Pro doplnění je níže uvedena **Kontingenční tabulka č. 8**, která uvádí souvislost mezi zabezpečením soukromí a místem, kde komunikace probíhá.

H6₀ – Spokojenost seniorů s komunikací na geriatrickém oddělení statisticky významně nesouvisí s tím, zda jim je dostatečně zabezpečeno soukromí.

H6_A – Spokojenost seniorů s komunikací na geriatrickém oddělení statisticky významně souvisí s tím, zda jim je dostatečně zabezpečeno soukromí.

Kontingenční tabulka č. 7: Spokojenost seniorů s komunikací vzhledem k dostatečnému zabezpečení soukromí

SPOKOJENOST SENIORŮ S KOMUNIKACÍ	DOSTATEČNÉ ZABEZPEČENÍ SOUKROMÍ		
	kladná odpověď	záporná odpověď	celkem
kladná odpověď	81	10	91
záporná odpověď	8	6	14
celkem	89	16	105

Kontingenční tabulka č. 7 je základem pro výpočet testového kritéria – testu dobré shody. Jedná se o výpočet z tabulky 2x2 na hladině významnosti **0,01**, která byla zvolena vzhledem k patrnému nerovnoměrnému rozložení jednotlivých odpovědí. Zásadní je výpočet hodnoty testového kritéria⁷⁴, které vyšlo $X^2 = 9,54$. Toto kritérium je následně nutné porovnat s kritickou hodnotou pro daný stupeň volnosti, v tomto případě 1. Při porovnání vypočítané hodnoty s příslušnou kritickou hodnotou zvoleného testového kritéria $X^2_{0,01}(1) = 6,635$ je zjištěno, že vypočítaná hodnota X^2 (**9,54**) je **větší**, než kritická (**6,635**), a proto je odmítnuta **H6₀** a **přijata H6_A** na hladině významnosti 0,01.

Vzhledem k propojení této hypotézy s pracemi Novákové (2018) a Sobotkové (2010) lze uvést i porovnání vzhledem k tomu, kolik respondentů uvedlo, že je nedostatek soukromí nejvíce rušivým jevem komunikace. V práci Novákové (2018) je zmíněno, že takto vnímají respondenti nedostatek soukromí v 11 % případů (z celkového počtu 100), u Sobotkové (2010) je to pouze 7,5 % (z celkového počtu 80) a v této práci je to 12,4 % (z celkového počtu 105). Rozdíly jsou tak minimální. Pro doplnění tohoto zjištění lze uvést i fakt, že více soukromí si v této práci přeje pouze 12,6 % respondentů (viz výše **Položka č. 14**).

⁷⁴ Pro výpočet byl využit vzorec: $X^2 = n * [(A * D - B * C)^2 : ((A+C) * (B+D) * (A+B) * (C+D))]$. Po dosazení do tohoto vzorce a vypočítání mezikroku vypadá výpočet takto: $X^2 = 105 * [(486 - 80)^2 : (89 * 16 * 91 * 14)]$.

Níže je uvedena **Kontingenční tabulka č. 8**, která zobrazuje absolutní četnosti odpovědí respondentů. Jedná se o dostatečné zabezpečení soukromí vzhledem k místu pro komunikaci. Snahou je vystihnout vztah mezi nimi. Kladná odpověď vyjadřuje volené možnosti „ano“ a „spíše ano“ a záporná odpověď vyjadřuje volené možnosti „ne“ a „spíše ne“. Tabulka je doplňující vzhledem k názoru Novákové (2018) a Sobotkové (2010), že spolu souvisí místo, kde probíhá komunikace a dostatek soukromí. Tyto dva faktory se navíc propojují se spokojeností, proto je o ní uvažováno i v této práci.

Kontingenční tabulka č. 8: Dostatečné zabezpečení soukromí vzhledem k místu pro komunikaci

DOSTATEČNÉ ZABEZPEČENÍ SOUKROMÍ	MÍSTO PRO KOMUNIKACI			
	pokoj	chodba	jídelna	celkem
kladná odpověď	73	8	8	89
záporná odpověď	13	2	1	16
celkem	86	10	9	105

Z **Kontingenční tabulky č. 8** je zřejmé, že dostatečné zabezpečení soukromí a to, kde probíhá komunikace, spolu nesouvisí⁷⁵. Největší část respondentů uvedla, že jim je dostatečně zabezpečeno soukromí a komunikace s nimi probíhá nejčastěji na pokoji. Konkrétně toto uvedlo 69,5 % respondentů. Zjištění, že nejčastěji probíhá komunikace na pokoji a respondenti jsou nejčastěji spokojeni, se odděleně shoduje se zjištěním výše zmíněných autorek. Není zde prokázána závislost vzhledem k dostatečně soukromí i mimo pokoj a naopak nedostatečně zabezpečenému soukromí i v rámci pokoje. Autorky závislost na místě komunikace a dostatku soukromí uváděli na základě jednotlivých zjištění, které propojili pouze v rámci porovnání procentuálního zastoupení, nikoliv uvedením těchto proměnných do vzájemného vztahu. Z tabulky je patrné, že 12,4 % respondentů je s komunikací nespokojeno, ačkoliv probíhá na pokoji, který se dle Novákové (2018) jeví jako ideální místo pro komunikaci. Nižší procentuální podíl zastupují vzhledem ke spokojenosti ostatní místa.

⁷⁵ Zde není vhodné ani možné vypočítat testové kritérium – test dobré shody, jelikož v tabulce nejsou četnosti vyšší nebo rovné hodnotě 5, proto je uvažováno pouze na základě tabulky, která je poměrně evidentní. V tomto případě také výpočet není nutný vzhledem k výše stanovenému předpokladu.

Chodba i jídelna zaujímají shodně 7,6 %. Oproti této skutečnosti uvedlo 1,9 % nespokojenost s komunikací a zároveň, že rozhovory probíhají nejčastěji na chodbě a pouze 1 % uvedlo nespokojenost a fakt, že rozhovory probíhají nejčastěji v jídelně. Pokoj seniora nelze vnímat jako nejideálnější místo pro komunikaci, ačkoliv jsou senioři s komunikací nejvíce propojeni ve chvíli, kdy tam komunikace probíhá.

H6 je přijata jako **platná**, jelikož spokojenost seniorů s komunikací je determinována dostatečně zabezpečeným soukromím. Vzhledem k doplňkové tabulce není spokojenost determinována místem, kde komunikace probíhá.

Mimo již zmíněné jsou charakteristiky komunikace mezi seniorem a personálem určeny dotazníkovými **Položkami č. 14 a č. 15, č. 17 a č. 21**. Částečně sytí dílčí cíl 2, stejně jako níže uvedená **kontingenční tabulka č. 9** a v ní data z dotazníkových **Položek č. 18 a č. 22**.

Prvním důležitým poznatkem je, že 15,2 % respondentů (z celkového počtu 105) by na komunikaci změnil rychlost projevu. Jejich přání je, aby byla komunikace s nimi pomalejší. V 17,1 % (z celkového počtu 105), chtějí, aby byla komunikace hlasitější, změnou by mělo být zvýšení hlasitosti projevu. Nutno poznamenat, že respondenti mohli v tomto směru uvést více odpovědí, minimálně však jednu (celkově bylo 119 odpovědí). Za zmínku stojí i fakt, že 42,9 % respondentů (z celkového počtu 105) by komunikaci nijak nezměnilo, jelikož se jim komunikuje dobře. Senioři nejčastěji hovoří s personálem o zdravotním stavu a to v téměř polovině případů, konkrétně uvedlo 48,6 % respondentů (z celkového počtu 105). Dále hovoří o soukromém životě a to v 28,6 % případů (z celkového počtu 105), nižší zastoupení mají hovory o potřebách seniorů a strachu. Výše uvedené ukazuje to, jaká je komunikace mezi seniory a personálem. Velmi pozitivním zjištěním je, že 92,4 % respondentů (z celkového počtu 105) uvedlo, že personál je v případě jejich potřeby vyslechne a věnuje se jim, v tomto ohledu uvedli kladné hodnocení výroku způsobem „*zcela souhlasím*“ a „*spíše souhlasím*“, což platí i pro další výroky. Dále 91,5 % respondentů (z celkového počtu 105) zmínilo, že personál jim vysvětluje to, co chtějí vědět (odpovídá na jejich dotazy). Mimo již zmíněné uvedlo 91,4 % respondentů, že s nimi personál jedná důstojně, což částečně vyplývá z odpovědí níže, kdy 86,7 % uvedlo, že je jim dostatečně projevována úcta a respekt, v tomto ohledu někteří respondenti vnímají rozdíl. Dále uvedlo 92,3 % respondentů fakt, že se k nim personál chová přátelsky. V neposlední řadě zmínilo 91,2 %, že personál jim v případě potřeby poradí a pomůže. V celkovém přístupu personálu k seniorům tak zcela evidentně převyšují kladné odpovědi.

Jako nejzásadnější se v kontextu cíle jeví dotazníková **Položka č. 21**, která přímo odpovídá na charakteristiky komunikace mezi seniory a personálem. Vzhledem k její složitosti k ní není vytvořena hypotéza ani předpoklad. Na základě teorie je zřejmé, že Haškovcová (2012) zmiňuje určité charakteristiky jako často se objevující v komunikaci se seniory. Těmito charakteristikami jsou: zjednodušování sdělení, stručnost sdělení, pomalé tempo, zdůrazňování sdělení, opakování sdělení a nadměrná mimika. Tyto charakteristiky jsou autory vnímány jako negativní, a proto je vhodné sledovat jejich výskyt v praxi. Haškovcová (2012), Pokorná (2010) i někteří další autoři uvádí, že odlišnost komunikace se seniory, která se vyznačuje výše zmíněnými charakteristikami je často označována jako „*eldspeak*“, přičemž je toto vnímáno jako nevhodné hovoření se starými lidmi. V souvislosti se získanými daty je možné určit, že většinové charakteristiky komunikace zjištěné z dotazníkového šetření skutečně směřují k charakteristikám „*eldspeaku*“. Ve výzkumném šetření většinou respondenti označili komunikaci za zjednodušenou, stručnou, pomalou, se zdůrazňováním a s opakováním sdělení. Odlišnost se oproti teorii objevuje u poslední charakteristiky, kdy více než polovina odpovědí respondentů směřovala k odpovědi „*bez nadměrné mimiky*“. Nutno poznamenat, že poměrně vysoká procenta byla uprostřed, kdy respondentům připadá komunikace průměrná v rámci uvedených protikladů. Spokojenost seniorů v tomto případě není ovlivněna tím, jaké vykazuje komunikace charakteristiky, jelikož mnoho spokojených seniorů uvedlo hodnoty pod průměrem a naopak nespokojení senioři v několika případech uvedli hodnoty nad průměrem. Teorie se zjištěním nesouhlasí v tom, že s touto komunikací nejsou senioři spokojeni. Většina charakteristik, které autorky uvádí se, potvrdila, nikoliv v negativní podobě, naopak seniorům tato komunikace s největší pravděpodobností vyhovuje. S tím lze propojit i zjištění výše, kdy si někteří senioři přejí zpomalení komunikace, přičemž dle autorek má být pomalá komunikace negativní. Výše uvedené zvýšení hlasitosti částečně souvisí se zdůrazňováním, které by respondenti patrně ocenili.

Vzhledem k uvedenému statisticky potvrzenému ovlivňování mezi spokojeností a další proměnou je níže uvedena a popsána jedna doplňková kontingenční tabulka, kdy je na základě teoretických poznatku předpoklad, že by mohl být tento faktor určitým způsobem zasahující do spokojenosti seniorů s komunikací mezi nimi a personálem.

Kontingenční tabulka č. 9: *Spokojenost seniorů s komunikací vzhledem k projevování úcty a respektu*

SPOKOJENOST SENIORŮ S KOMUNIKACÍ	PROJEVOVÁNÍ ÚCTY A RESPEKTU		
	kladná odpověď	záporná odpověď	celkem
kladná odpověď	91	0	91
záporná odpověď	6	8	14
celkem	97	8	105

Kontingenční tabulka č. 9 zobrazuje absolutní četnosti odpovědí respondentů. Jedná se o spokojenost seniorů s naplňováním potřeb vzhledem k dostatečnému zabezpečení soukromí. Snahou je vystihnout vztah mezi nimi. Kladná odpověď v obou případech vyjadřuje volené možnosti „ano“ a „spíše ano“ a záporná odpověď vyjadřuje volené možnosti „ne“ a „spíše ne“. Tato tabulka je vytvořena na základě odpovědí na dotazníkové **Položky č. 18 a č. 22**. Je zde umístěna pro zajímavost vzhledem k (ne)ovlivňování spokojenosti danou proměnnou. Z **Kontingenční tabulky č. 9** je jasné, že spolu spokojenost seniorů s naplňováním potřeb a projevování úcty a respektu souvisí⁷⁶. Naprostá většina respondentů, celkem 86,7 %, uvádí, že jim je dostatečně projevována úcta a respekt a zároveň jsou spokojeni. Pouze 7,6 % není spokojeno a zároveň jim není dostatečně projevována úcta a respekt. Žádný respondent nevedl, že by měl dostatečně zabezpečeno soukromí a nebyl spokojen. 5,7 % zmínilo, že jsou spokojeni, i když jim není dostatečně projevována úcta a respekt.

Z již zmíněného vyplývá, že z uvedených proměnných je **determinantem spokojenosti s komunikací:** srozumitelnost informací, dostatečné zabezpečení soukromí a dostatečné projevování úcty a respektu, Nutno říci, že různou mírou se na spokojenosti podílí i další faktory. Zájem o tyto údaje byl z důvodu, že spokojenost je vnímána jako cíl, ke kterému se směřuje.

DC2 lze považovat přes jeden nepotvrzený předpoklad (**P3**) za **splněný**.

⁷⁶ Zde není vhodné ani možné vypočítat testové kritérium – test dobré shody, jelikož v tabulce nejsou četnosti vyšší nebo rovné hodnotě 5, proto je uvažováno pouze na základě tabulky. Vztah mezi proměnnými je v tomto případě velmi dobře patrný. Výpočet také není nutný vzhledem k nedokazování platnosti žádné hypotézy.

HC: Zjistit způsob naplňování potřeb seniorů na geriatrickém oddělení a způsob komunikace s nimi z pohledu seniorů.

Hlavní cíl (HC) dotazníkového šetření je naplňován na základě výše popsaných dílčích cílů (DC1) a (DC2). V obou případech se jedná o zjištění vycházející z pohledu seniorů.

Z DC1 je zjišťován způsob naplňování potřeb seniorů na geriatrickém oddělení. Potřeby seniorů jsou na geriatrickém oddělení naplňovány, aby byli senioři spokojeni, respektive spokojenost je vnímána jako cíl, ke kterému by měla péče směřovat. S tím souvisí i fakt, že senioři na geriatrickém oddělení pocítují, dle výsledků šetření, ve většině případů pozitivní emoce. Spokojenost seniorů s naplňováním potřeb byla zjištěna velmi vysoká, stejně jako bylo zjištěno, že ji ovlivňuje několik faktorů. V této práci nebyly postihnuty všechny faktory, které se na utváření pocitu spokojenosti podílí. V tomto kontextu bylo kupříkladu zjištěno, že spokojenost je určena dostatečným zabezpečením soukromí, tudíž by se na tento faktor měli pečující pracovníci zaměřovat. Z výsledků je zjištěno, že tak činí, jelikož většině seniorů je soukromí zabezpečeno dostatečně a zároveň jsou spokojeni. S tímto lze částečně propojit i vykonávání volnočasových aktivit na oddělení, kterým musí personál ponechávat dostatečný prostor, případně jim může napomoci. Tyto aktivity většinou seniory velmi baví a mohou jim pomoci v procesu uzdravování. Nejčastěji se jedná o sledování televize a čtení, objevují se i další aktivity jako je povídání si s ostatními lidmi, pozorování lidí a také více specifické aktivity typu háčkování, navlékání korálků a podobně. V této souvislosti je možné zmínit i poznatek, že senioři se téměř v polovině případů cítí bezpečně díky péči o ně, respektive cítí se dobře díky přítomnosti personálu, díky uzavřenému oddělení a uzavřeným dveřím, dostatku jídla a pití, pravidelnému režimu a podobně. Tyto aspekty jsou součástí práce personálu na oddělení a lze je vnímat jako součást naplňování potřeb. Více bezpečně se cítí díky materiálním věcem, které je obklopují, respektive jejich osobním věcem jako jsou fotografie rodiny, mobilní telefon, počítač a podobně. Dalším determinantem spokojenosti byla zjištěna sounáležitost se skupinou, tudíž je nutné, aby se senioři cítili v prostředí geriatrického oddělení součástí nějaké skupiny, k čemuž mohou přispívat pečující pracovníci. Kupříkladu vytvářením vhodného klimatu, které je přátelské, partnerské a celkově pozitivní, s čímž samozřejmě souvisí i podpora kladných vztahů nejen mezi pečujícími pracovníky a seniory, ale také mezi seniory navzájem. Lze říci, že z výsledků vyplynulo, že tak činí, jelikož většina seniorů se cítí být na geriatrickém oddělení součástí nějaké skupiny, tedy skupiny s personálem či skupiny s ostatními pacienty. Mimo již zmíněné bylo v šetření zjištěno, že determinantem spokojenosti je dostatečná volnost v rozhodování o vlastní osobě.

V tomto případě by měli pečující pracovníci k seniorům přistupovat tak, aby jim ponechali dostatečný prostor, pro vyjádření a rozhodování. Z výsledků lze soudit, že pečující pracovníci toto činí, jelikož většina seniorů zmínila, že dostatečnou volnost v rozhodování o své osobě pociťuje. Dalším zajímavým poznatkem, který souvisí s naplňováním potřeb a spokojeností je fakt, že seniorům jsou na geriatrickém oddělení naplňovány v první řadě ty, které jsou pro ně nejdůležitější. Tato shoda nemá významný vliv na spokojenost seniorů s naplňováním potřeb. Zásadní je poznatek, že pro seniory jsou subjektivně nejdůležitější fyziologické potřeby a na ně se personál nejvíce zaměřuje. Dále je to potřeba bezpečí a sociální potřeby, a to jak z hlediska důležitosti, tak z hlediska primárního naplňování. Nepřímo lze spokojenost sledovat i v tom, že by senioři ve většině případů na naplňování potřeb nic nezměnili. Lze usuzovat, že celkový způsob naplňování potřeb jim vyhovuje.

Z DC2 je zjišťován způsob komunikace mezi seniory a personálem na geriatrickém oddělení. Obecněji lze říci, že komunikace na geriatrickém oddělení je vedena tak, aby s ní byli senioři spokojeni, respektive spokojenost je i v tomto případě vnímána jako cíl, ke kterému by mělo být směřováno. Spokojenost seniorů byla s komunikací zjištěna velmi vysoká, s čímž souvisí i fakt, že senioři by v polovině případů na komunikaci nic neměnili. Ostatní zjevně nevnímají problémy v komunikaci jako zásadní, jelikož ve většině případů jsou spokojeni, ačkoliv mají určité připomínky, respektive podněty pro vylepšení. Stejně byly zjištěny určité faktory, které spokojenost ovlivňují. Nutno poznamenat, že v této práci nebyly postihnuty všechny faktory, které se na utváření pocitu spokojenosti podílí. Prvním, ne však nejdůležitějším, determinantem byla zjištěna srozumitelnost předávaných informací, a dále bylo zjištěno, že pečující pracovníci podávají informace dostatečně srozumitelně. Většina seniorů jejich sdělení rozumí, a jsou s komunikací spokojeni. Dále je determinantem spokojenosti vnímáno dostatečné projevoování úcty a respektu, kdy pečující pracovníci tento přístup plní a přistupují k seniorům ve většině případů s úctou a respektem, s ohledem na zachování důstojnosti. Dalším determinantem spokojenosti je dostatečné zabezpečení soukromí, kdy je patrné, že se pečující osoby o toto snaží, jelikož ve většině případů senioři uvedli, že je jim soukromí zabezpečeno dostatečně a jsou spokojeni. Někteří senioři by uvítali, kdyby bylo soukromí zajištěno více. V nemocničním prostředí je zabezpečování soukromí obtížné vzhledem k nedostatku míst bez přítomnosti dalších osob. Zajímavý je fakt, že většina komunikace mezi personálem a seniory probíhá na nemocničním pokoji, kdy senioři vnímají, že je jim zde dostatečně zabezpečeno soukromí. Přesto nezanedbatelná, část seniorů nevnímá soukromí jako dostatečné, ačkoliv s nimi komunikace probíhá na pokoji.

Někteří senioři uvádí fakt, že jim je soukromí zajištěno dostatečně, ačkoliv probíhá mimo nemocniční pokoje – na chodbě či v jídelně. Je zřejmé, že tento fakt není se spokojeností jasně propojen a nemocniční pokoj nelze považovat za nejideálnější místo pro komunikaci. Je přirozené, že právě na pokoji probíhá komunikace nejčastěji. Mimo jiné se objevují faktory, které komunikaci narušují. Prvním z nich je zdravotní stav a poruchy seniorů, dále nedostatek času na komunikaci a nedostatek soukromí. Zde je vhodné zmínit, že tyto faktory jsou personálem složitěji ovlivnitelné vzhledem k individuálním problémům seniorů a specifčnosti prostředí. Zásadní je, že dle seniorů není komunikace ohrožována nedostatkem vzájemného pochopení a nezájmem či neochotou ze strany personálu. Dalším poznatkem je fakt, že seniorům více vyhovují neverbální projevy v komunikaci, respektive více je oceňují. Zásadní je v tomto smyslu dotek a úsměv. Je samozřejmé, že ne vždy je možné verbální a neverbální projevy oddělit, a proto je nutné dbát na obě složky komunikace, jelikož i verbální komunikace je seniory oceňována. Senioři vnímají celkový přístup personálu velmi pozitivně, jelikož jim vysvětluje, co chtějí vědět, jedná s nimi důstojně, projevuje jim úctu a respekt, chová se k nim přátelsky a v případě potřeby jim poradí i pomůže. Mimo to senioři mohou s pečujícími osobami mluvit o mnoha tématech, kdy nejčastější náplní komunikace je přirozeně zdravotní stav, dále se jedná o soukromí život, jejich potřeby a strach. Se seniory je ve většině případů komunikováno zjednodušeně, stručně, pomalu, se zdůrazňováním sdělení, jeho opakováním a bez nadměrné mimiky. Ve většině případů jsou tyto charakteristiky negativně vnímaného „eldspeaku“. Seniorům nejsou tyto okolnosti nepříjemné, naopak jsou s komunikací, i přes tyto charakteristiky spokojeni a přizpůsobení komunikaci je pečujícími pracovníky vhodná. Nutno vnímat individuální rozdíly a měnit komunikaci dle aktuální potřeby.

Hlavní cíl dotazníkového šetření (HC) lze považovat za **splněný**.

5.4.3 KONFRONTACE VÝSLEDKŮ KVALITATIVNÍHO A KVANTITATIVNÍHO ŠETŘENÍ V PROPOJENÍ S TEORETICKÝMI VÝCHODISKY PRÁCE

Vzájemným propojením výsledků kvalitativního a kvantitativního šetření je naplněn hlavní cíl diplomové práce: Cílem této práce je na základě odborných pramenů popsat a analyzovat sociální péči o seniory ve zdravotnictví se zaměřením na zjištění způsobu naplňování jejich potřeb a způsobu komunikace se zřetelem na vývojové hledisko období stáří. Snahou je v této podkapitole porovnání dosažených výsledků z obou výzkumných šetření navzájem a také se zakotvenou teorií. Tato podkapitola je sepsána jako shrnutí výsledků obou provedených šetření, přičemž jsou v ní obsaženy nejdůležitější poznatky z celé diplomové práce.

Z teorie je zřejmé, že senioři na geriatrickém oddělení jsou heterogenní skupinou, tudíž mají všichni individuální potřeby, které jsou však propojeny určitými společnými znaky, stejně tak je tomu u naplňování potřeb. Tento fakt je zřejmý také u obou částí výzkumného šetření, kdy senioři uváděli rozmanité odpovědi a samostatně tak vytvářeli jejich rozmanité kombinace, přesto se však v mnoha z nich shodli. Sociální pracovníci pak v mnoha situacích zmínili, že senioři jsou různorodí a nelze ke každému přistupovat stejně, přesto je z jejich výpovědí zcela zřejmé, že lze některé aspekty péče o ně zobecnit pro více seniorů.

V rámci procesu naplňování potřeb lze uvést, že senioři jsou s naplňováním potřeb ve většině případů spokojeni a nezměnili by na tomto procesu nic. S tím souvisí i pozitivní pocity, které senioři na geriatrickém oddělení zažívají. Povětšinou se cítí spokojeně, dále velmi dobře, dobře či bezpečně. Spokojenost jako pojem není v teorii příliš často využívána, jelikož je složité ji vymezit a zjistit ji, na druhé straně je vnímána jako prostředek k tomu poukázat na problémy, které je potřebné zlepšit. Dle názoru seniorů jsou jim primárně naplňovány ty potřeby, které jsou pro ně nejdůležitější, což však podle zjištění nesouvisí s jejich spokojeností. V tomto smyslu se pak sociální pracovníci vyjádřili, že se snaží, aby byla při naplňování potřeb, respektive při komplexní péči o ně, zohledňována jejich přání a vše se přizpůsobovalo individuálním požadavkům, aktuálnímu stavu seniora i konkrétní situaci. V porovnání s teorií by toto nemělo být samozřejmostí, jelikož někteří autoři zmiňují, že seniorům takto potřeby naplňovány nejsou, a proto jsou nespokojeni. Z obou výzkumných šetření však vyplývají zjištění opačná. Dále lze uvést, že senioři vnímají jako primární naplňovatele zdravotní sestry a další ošetrovatelský personál. V tomto smyslu se vyjadřují i sociální pracovníci, kteří ve většině případů hovoří v kontextu naplňování potřeb právě o těchto pracovních pozicích. Senioři ve větší míře zmínili jako důležité i sociální pracovníky.

Z rozhovorů je pak zřejmé, že mají pro naplňování potřeb svou roli, avšak samotní sociální pracovníci svou důležitost nijak nezmiňují. Lze předpokládat, že pokud by bylo dotazováno jiných pečujících pracovníků, byli by sociální pracovníci jako jedni z důležitých vykonavatelů zmiňováni. Z teorie je pak také zřejmé propojování péče o seniory především s ošetřujícím personálem. Obecně je však možné za pečujícího pracovníka považovat každého, kdo se o seniory určitým způsobem stará, tudíž se jedná o rozmanitou skupinu osob, což je zřejmé i z výsledků obou šetření. Seniori i sociální pracovníci zmiňovali, že jsou pro ně důležité i další osoby, kupříkladu lékaři či sociální pracovníci. Z výsledků výzkumného šetření také vyplynulo, že seniori vnímají určité odlišnosti naplňování jejich potřeb v domácím a nemocničním prostředí. Zásadní odlišností bylo, že v domácnosti jsou seniori osamoceni, naopak na oddělení mají kontakt s lidmi. Toto samozřejmě neplatí vždy a uvědomují si to i sociální pracovníci. Je tedy zřejmé, že na oddělení se objevují v tomto smyslu dvě skupiny seniorů. Ti, o které je v domácnosti postaráno a mají v domácím prostředí větší klid a podobně. Na druhé straně jsou ti, o které se rodina v domácnosti nestará a mají tak na oddělení větší komfort. Jako společně vnímanou odlišnost lze uvést, že na oddělení je oproti domácímu prostředí jiná péče a na oddělení je daný režim a pravidla. V tomto smyslu se vyjádřili i sociální pracovníci, kteří uváděli především odlišnou péči a celkový přístup k seniorům, kdy péče je na oddělení především profesionální. Je tedy patrné, že životní situace seniora je v mnoha ohledech na geriatrickém oddělení odlišná. V tomto smyslu hovoří i teorie, kdy je zřejmé, že senior přechází do specifické role pacienta a prochází tak fyzickými, psychickými i sociálními změnami. Nutno poznamenat, že ve všech případech, tedy v teorii i obou výzkumných šetřeních, je zřejmé, že neexistuje typický senior ani typický geriatrický pacient. Každý tak vnímá danou situaci odlišně a to vzhledem k mnoha faktorům, avšak lze hledat společné znaky, na základě kterých lze částečně zobecnit, pro více seniorů.

V rámci naplňování fyziologických potřeb není možné uvést žádné komparace mezi výpověďmi seniorů a sociálních pracovníků, jelikož nebyli seniori na tuto oblast dotazováni. Lze pouze zmínit, že seniori i sociální pracovníci uvedli tyto potřeby jako nejdůležitější. Obě skupiny respondentů také uvedly, že jsou tyto potřeby v prostředí geriatrického oddělení primárně naplňovány. Tento fakt je zřejmý vzhledem ke zdravotnímu stavu seniorů. Ten je závislý na psychosomatickém fungování těla. Zde je možné zmínit, že fyziologické potřeby jsou potřebami nejzákladnějšími, což plyne, jak z rozhovorů, tak z teorie. Lze uvést, že z rozhovorů vyplynulo, že ačkoliv jsou tyto potřeby základem pro uzdravování seniora, ne vždy se s personálem senior v jejich důležitosti shoduje. Lze to uvést na potřebě hygieny.

Ta je pro pečující pracovníky důležitější, než pro seniory. To se může částečně objevovat i u přijímání potravy a pitného režimu. Zejména v oblasti výživy je důležité, aby se na ni kladl důraz a byla pečujícími pracovníky dozorována. Z teorie je totiž zřejmé, že senioři na tuto potřebu příliš nedbají, respektive proměňuje se jejich chuť, s čímž se pojí nedodržování pitného režimu a poruch příjmu potravy. Naopak je pro seniory důležitější spánek, který je dle teorie velmi podstatný. Sociální pracovníci jej vnímají jako nezbytnou součást léčby, avšak je zřejmé, že jsou senioři ze spánku probouzeni kvůli naplňování jiných potřeb. Shodně pak vnímají jako velmi důležitou potřebu tišení bolesti. Ta je v teorii také často spojována s nemocnými seniory. Na tyto potřeby nebyla zaměřena primární pozornost, jelikož ze strany sociálních pracovníků toho nelze pro seniory mnoho udělat. Přesto je o těchto potřebách velmi podrobně pojednáno v rámci popisu jednotlivých kategorií, které sytí DVO1.

V obou částech výzkumného šetření byla dále zmiňována potřeba bezpečí a jistoty. Senioři v této souvislosti uváděli, že se cítí bezpečně zejména díky materiálním věcem, tedy jejich osobním věcem, jako jsou fotografie rodiny, mobilní telefon, počítač a podobně. Dále byly jako součást kategorie osobní věci uváděny kupříkladu vlastní přikrývka, malý polštář, hrníček, obrázky a další. Pro část seniorů je důležitá i bezpečná postel, kterou jako bezpečné útočiště vnímají i sociální pracovníci. Toto materiální zabezpečení uvedli i sociální pracovníci, zejména zdůrazňovali potřebu mít kolem sebe osobní věci, jelikož seniorům připomínají jejich domov a celkově nemocniční prostředí zdomácnují. Mimo to se však cítí senioři bezpečně díky péči personálu, tedy i naplňování jejich potřeb. V tomto smyslu byla uvedena kupříkladu přítomnost personálu, uzavřené oddělení, klid a zázemí, dostatek jídla a pití, pravidelný režim či ostatní osoby na pokoji. Zde se se seniory opět sociální pracovníci shodli. Zejména zdůraznili, že seniorům dodává pocit bezpečí pravidelný režim, jelikož mohou očekávat úkony v časovém sledu. Mimo to bylo samozřejmě zmiňováno, že je kolem nich dostatek osob, které mohou kdykoliv zasáhnout, pokud by se seniorům něco stalo, případně něco potřebovali. Zmíněna byla především osoba lékaře, která by měla být pro seniory jistotou, že se jim nic nestane, jelikož mají dostatek znalostí a odbornou kvalifikaci k tomu, aby jim pomohl. Zajímavé je, že pro seniory nejsou lékaři nejdůležitějšími osobami při potřebě. Z rozhovorů lze usoudit, že tomu tak není z důvodu jejich menší angažovanosti v péči o seniora, respektive ostatní personál se o seniory stará každodenně a v širší míře. Přítomnost personálu je uváděna i v teorii, kdy senioři potřebují zejména pocit fyzické a psychické blízkosti, stejně tak jako časové body během dne, zmíněny je i potřeba informací. Tu velmi často zmiňovali také sociální pracovníci a to v souvislosti mnoha potřeb.

Senioři však nikoliv, patrně z důvodu, že k tomu neměli přímou příležitost. V souvislosti s potřebou bezpečí je možné zmínit i fakt, že seniorům pomáhá možnost vykonávání volnočasových aktivit, které pro seniory nejsou dle sociálních pracovníků tolik důležité, avšak mají svou roli v procesu uzdravování, jelikož díky nim senioři nemyslí, alespoň na krátký čas, na své trápení. Těmito aktivitami jsou dle obou skupin respondentů především sledování televize a četba. Dále byly zmiňovány i další aktivity, které však nebyly v tak vysoké míře. Senioři i sociální pracovníci se pak shodli v tom, že někteří senioři nic nevykonávají, jelikož je nic nebaví nebo nic dělat nechťejí, protože to nemá význam. V kontextu potřeby bezpečí je pak možné uvést i dostatek soukromí, které by mělo plnit pocit zabezpečení. Senioři uváděli, že je jim soukromí, ve většině případů, zajištěno dostatečně. Sociální pracovníci se v tomto smyslu vyjádřili tak, že se o dostatečné zabezpečení soukromí snaží, avšak nelze jej v omezených podmínkách geriatrického oddělení zajistit dokonale. Zejména vzhledem k velkému množství osob na oddělení a množství úkonů, které je během dne nutno vykonat. Z teorie je pak toto také zřejmé, kdy je upozorňováno především na to, že by neměly být vykonávány před ostatními pacienty takové aktivity, které by seniory zahanbovali a snižovali jeho sebeúctu, což samozřejmě není zcela možné.

V ohledu sociálních potřeb lze zmínit, že je pro seniory důležité cítit sounáležitost se skupinou, kterou může být na geriatrickém oddělení personál nebo ostatní pacienti. Toto je zřejmé z výsledků šetření i z teorie. Většina seniorů uvedla, že toto zažívají. Z pohledu sociálních pracovníků se jedná zejména o pacienty pobývajících na jednom pokoji, jelikož mezi nimi častěji vznikají hlubší vazby. Senior se však může cítit součástí skupiny s pacienty v obecném měřítku. S personálem pak vznikají hlubší vazby v některých případech také. Zejména s těmi, kteří se o seniory starají každý den. S těmito potřebami je pak propojena i potřeba komunikace, která je velmi výraznou. V tomto kontextu lze zmínit, že stejně tak, jako jsou senioři spokojeni s naplňováním potřeb, jsou spokojeni i s komunikací, kterou by částečně změnili, respektive chtěli by na ní více času, ocenili by při ní více soukromí a projev personálu by mohl být pomalejší a hlasitější. Nedostatek času a nedostatek soukromí jsou také jedny z nejvíce rušivých faktorů na komunikaci. Přesto senioři vnímají, že je jim soukromí zajišťováno dostatečně. Nejvíce rušivý je však dle seniorů jejich zdravotní stav a poruchy. Tyto problémy uvedli jako bariéry komunikace i sociální pracovníci, stejně tak jsou uváděny v teorii. Velmi pozitivní je však zjištění, že jsou ve většině případů senioři s komunikací spokojeni natolik, že by na ní nic nezměnili. V tomto kontextu je možné zmínit, že sociální pracovníci uvádí, že se personál v celkovém přístupu snaží, o co nejkvalitnější komunikaci.

V tomto směru uvádí sociální pracovníci jako ovlivňující faktor spokojenosti dostatečné a srozumitelné informace, což je zřejmé i z výpovědí seniorů. Teorie tuto potřebu také zmiňuje. Zásadní jsou dle ní informace o zdravotním stavu seniora a informace z domova, respektive o jeho blízkých osobách (zde je shoda v nejčastější náplně komunikace – viz níže). Důležitost informací se potvrzuje také z odpovědí seniorů. Většina z nich považuje informace od personálu za dostatečně srozumitelné, jelikož vždy či alespoň většinou sdělení rozumí a zároveň jsou s tímto spokojeni. Dále je možné zmínit, že senioři vnímají od personálu dostatečně projevovanou úctu a respekt. Tento aspekt komunikace zdůrazňovali i sociální pracovníci, kdy by toto mělo být za každé situace. Opět je zde soulad s teorií, kdy je respekt vnímán jako základ pro navození vhodných vztahů. Sociální pracovníci mimo toto zmiňovali také důvěru, empatii, trpělivost a další faktory, které zajišťují kvalitní komunikaci. I zde je patrná shoda s teorií, kdy jsou uvedené faktory vnímány jako předpoklady pro výkon práce se seniory. Celkově byl pak zmiňován pozitivní přístup pečujících pracovníků k seniorům, kdy senioři uvedli, že se k nim personál opravdu ve většině případů chová kladně. Tedy, že se jim věnuje, chová se přátelsky, vyslechne je, poradí jim a podobně. Stejně tak vnímají komunikaci se seniory i sociální pracovníci, respektive zmínili, že by takto komunikace měla vypadat. Dále se senioři i sociální pracovníci shodují v ostatních charakteristikách komunikace. Senioři uvedli, že vnímají komunikaci jako zjednodušenou. V tomto smyslu se vyjádřili i sociální pracovníci, kteří uvedli, že by měla být komunikace stručná, jasná a přehledná, tedy zjednodušená. Dále zmiňovali, že by měly rozhovory probíhat v kratších a údernějších větách. To souhlasí s odpověďmi seniorů, ze kterých je zřejmé, že komunikace s nimi je stručná. Ti také uvedli, že je komunikace s nimi pomalá, avšak v některých případech by senioři uvítali její výraznější zpomalení, což může zapříčinit mnoho faktorů. V tomto smyslu se vyjádřili i sociální pracovníci. Z rozhovorů s nimi vzešlo, že pokud je to nutné, svou mluvu přiměřeně zpomalují, stejně tak jako některá sdělení zdůrazňují a opakují. Tyto charakteristiky jsou uvedeny i seniory. Jako poslední bylo seniory zmíněno, že komunikace probíhá bez nadměrné mimiky. U této charakteristiky nelze porovnat s výroky sociálních pracovníků, jelikož byla mimika uváděna v jiném kontextu a to pouze jako vhodný prostředek pro doplnění verbálních projevů, ale i jako samostatná součást komunikace. Výše zmíněné charakteristiky neplatí pro veškerou komunikaci se seniory. Dle sociálních pracovníků se jedná o možné zefektivnění komunikace vzhledem ke specifickým potřebám, které senioři mají. Vše je tedy nutné přizpůsobovat dané situaci a konkrétnímu seniorovi. Zde se teorie a výsledky šetření částečně odlišují. Výčet těchto charakteristik odpovídá teorii, avšak neodpovídá jejich přijímání seniory a jejich využívání pečujícími pracovníky v komunikaci.

Z teorie vyplývá, že tento způsob mluvy je označován jako „*eldspeak*“ a seniorům nevyhovuje, navíc jej personál užívá jako nevhodný způsob komunikace se seniory, často nevědomě, jelikož kvůli němu zažívají negativní pocity. Z výsledků šetření je však zcela zřejmé, že seniorům tento způsob komunikace vyhovuje a personál jej užívá zcela vědomě proto, že jej specifické situace se seniory vyžadují. Toto je zřejmé i z teorie, respektive je v ní uvedeno, že by měla být komunikace přizpůsobována preferencím a potřebám daného seniora, jelikož jsou tak odstraněny rušivé faktory. Z určitého pohledu lze vnímat jako charakteristiku komunikace i její náplň, která je z většiny zcela odpovídající nemocničnímu prostředí. Dle seniorů hovoří nejčastěji s personálem o zdravotním stavu, dále o rodině a o svých potřebách. Z výpovědí sociálních pracovníků je toto také zřejmé. Dále je možné uvést i nejčastější místo průběhu komunikace, kterým je zcela přirozeně pokoj. Zde se shoduje jak teorie, tak seniori, tak sociální pracovníci. Z výsledků šetření bylo zjištěno, že to, kde komunikace probíhá, nemá výrazný vliv na pocit dostatečně zabezpečeného soukromí, a přeneseně lze říci, že ani na spokojenost seniorů s komunikací. Sociální pracovníci pak nevnímají pokoj seniora jako nejideálnější místo, kde by měla komunikace probíhat, avšak je zřejmé, že mnoho jiných možností v prostředí geriatrického oddělení není. Jako alternativu lze uvést chodbu či jídelnu. Jiná místa zmiňována nebyla. Z teorie je zřejmé, že by měl rozhovor se seniory probíhat v místnosti, kde nejsou přítomny další osoby. Jak již bylo zmíněno je však toto problematické zajistit, personál se o to však, dle sociálních pracovníků, snaží. Sociální pracovníci také dbají na to, aby seniorům vyhovovaly i další aspekty komunikace. Kupříkladu zmínili, že je na seniory potřebné se usmívat, jelikož úsměv zajišťuje pozitivní naladění a seniori jej velmi vnímají. V tomto smyslu se vyjádřili i seniori, kteří jej uvedli na druhé místo v kategorii nejvíce oceňovaný jev na komunikaci. První byl dotek. Ten byl sociálními pracovníky také zmiňován jako důležitá součást neverbální komunikace a péče o seniory kompletně, což je zmiňováno i v teorii, kdy je zdůrazňováno, že by se mělo jednat o dotek příjemný, nikoliv propojený se zdravotními úkony. Dále seniori oceňují projevení zájmu, naslouchání, radu či pomoc. Z rozhovorů je zcela zřejmé, že tyto projevy personál v komunikaci využívá. Velmi často bylo zmiňováno zejména aktivní naslouchání, projevování zájmu a vyjadřování blízkosti. Toto lze vnímat také jako součást pozitivního přístupu personálu k seniorům, který je v teorii velmi hojně zmiňován a vnímán jako velmi důležitý. Teorie také velmi často umiňuje empatii, jako základní předpoklad pro kvalitní péči, přičemž ji zmiňovali také sociální pracovníci.

Dále byla uvedena potřeba autonomie, u které je možné zmínit, že senioři vnímají dostatečnou volnost v samostatném rozhodování o vlastní osobě, což je pro ni základ. To je zřejmé také z teorie, kde je zmiňována potřeba participace. Stejně tak se v tomto směru vyjádřili i sociální pracovníci, kteří velmi často zmiňovali dostatečný prostor pro vyjadřování emocí, názorů, postojů, a podobně. Lze také zmínit, že seniorům je pro rozhodování dopřán i dostatečný čas, a pokud je to možné, je jim poskytnuto více možností, ze kterých mohou vybírat. Sociální pracovníci také zmiňovali důležitost informovaného souhlasu, což je propojené s možností se rozhodnout o tom, co se bude se seniorem odehrávat, respektive jak o něj bude nadále pečováno. Vše je však nutné přizpůsobovat individualitě každého seniora, jelikož ne každý je schopen jednat zcela či částečně autonomně. U této potřeby byla zmiňována i soběstačnost, která je v teorii s pojmem autonomie někdy zaměňována, stejně tak jako ji takto pojímali i sociální pracovníci. V tomto smyslu byla zmiňována problematičnost péče, jelikož je v ní zřejmý rozpor mezi poskytováním vysokého komfortu a vysokého stupně autonomie. Toto se objevuje i v teorii, kdy je zřejmé, že péče by neměla být nadbytečná či naopak zanedbávající, je nutné najít vhodný kompromis. Sociální pracovníci se s teorií shodují v tom, že je vše nutné přizpůsobovat individuálním potřebám a dané situaci.

V rámci naplňování potřeby seberealizace lze nalézt propojení s aktivitami, které mohou senioři na geriatrickém oddělení vykonávat a prostřednictvím nich se seberealizovat. Jak již bylo zmíněno, byla uváděna zejména aktivita sledování televize a čtení. Patrně je toto z důvodu, že nevyžadují přílišnou námahu. Sociální pracovníci i senioři uvedli mnoho dalších aktivit, vykonávají je však pouze jednotlivci, nikoliv větší skupiny. Jedná se kupříkladu o poslech hudby, luštění křížovek, pozorování lidí a ruční práce. Tyto aktivity uváděli senioři jako ty, které je baví. Ve výčtu aktivit se senioři a sociální pracovníci ve většině případů shodli. Rozvoj zájmů a činností je s touto potřebou spojen i v teorii, kdy je zřejmé, že mladší senioři jsou aktivnější a ke stáří naopak. Tento fakt se ve výzkumném šetření neobjevil, senioři uváděli vykonávání či nevykonávání volnočasových aktivit nezávisle na svém věku. Sociální pracovníci o tomto nehovořili vůbec, ti pouze uvedli, že senioři vykonávají aktivity tvořivé, aby měli pocit, že jsou užiteční. Zde je opět soulad s teorií. Sociální pracovníci v kontextu této potřeby dále uváděli, že je spojována se smyslem života a potřebou vidiny do budoucna, což je totožné s teorií, kdy je zmiňováno, že by mělo být seniorům v jeho hledání pomáháno a měli by být směřováni k nějakému cíli. Z pohledu sociálních pracovníků i teorie je tato potřeba spojena také s plánováním. Senioři také potřebují naději, že se navrátí do svého domova a uzdraví se. To je pro ně nejzásadnější a k tomu se velmi často upínají.

Lze shrnout, že v naprosté většině se výpovědi sociálních pracovníků a odpovědi seniorů shodovali. Stejně tak jako často panovala shoda se zakotvenou teorií. Z výsledků výzkumných šetření je zřejmé, že péče o seniory je na geriatrickém oddělení velmi komplexně zajištěna, respektive pečující pracovníci se snaží o její široký záběr. Je zřejmé, že každý má na oddělení svou specifickou roli, avšak všichni se snaží o zmírnění dopadů nemoci seniora – z fyzické, psychické i sociální stránky. Ty se vzájemně prolínají a tvoří tak u každého pacienta skupinu různorodých problémů, které je nutno řešit. Zásadní je fakt, že je u seniorů posilováno jejich zdraví a mysl, dále je snahou zmírňování nesoběstačnosti i udržení autonomie a celková podpora kvalitního života. Prostředkem k tomu je především identifikování potřeb seniora a následně jejich vhodné naplňování i kvalitní komunikace, jelikož se jedná o nedílnou součást jakékoliv péče o jedince. Na geriatrickém oddělení se jedná přirozeně o péči geriatrickou, ve které dominují péče zdravotní a sociální. Sociální péče o jedince je zde naplňována především díky sociálním pracovníkům, avšak zapojují se do ní i ostatní pečující pracovníci, stejně tak, jako sociální pracovníci zasahují do ostatních typů péče. Tento fakt souvisí s tím, že je od sebe nelze striktně oddělit a všichni jsou součástí multidisciplinárního týmu, který je v neustálé sociální interakci se seniory, respektive pacienty daného oddělení. Sociální rozměr má v tomto smyslu jakákoliv aktivita, která je se seniory, respektive pro seniory, vykonávána. Za důležité zjištění je lze vnímat fakt, že senioři jsou s naplňováním potřeb i komunikací s nimi ve většině případů spokojeni, a že sociální pracovníci i další personál na oddělení vykonávají vše pro to, aby to tak zůstalo. Je tedy z obou šetření zřejmé, že je seniorům poskytována uspokojující a kvalitní péče. Nutno však poznamenat, že by bylo jistě zajímavé porovnat více faktorů, které do naplňování potřeb a komunikace zasahují, respektive více jednotlivých výpovědí. Vzhledem k omezeným výsledkům, které nabízí technika dotazníku, to však nebylo možné. Tento omezující faktor byl v této práci již zmíněn a odůvodněn, nicméně jej lze vnímat jako limitující. Existuje zde tedy prostor pro další prohlubování tohoto tématu, což je na druhé straně možno vnímat jako pozitivum.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala tématem naplňování základních vývojových potřeb u seniorů ve zdravotnictví a komunikace s nimi.

Cílem této práce bylo na základě odborných pramenů popsat a analyzovat sociální péči o seniory ve zdravotnictví se zaměřením na zjištění způsobu naplňování jejich potřeb a způsobu komunikace se zřetelem na vývojové hledisko období stáří. Diplomová práce byla teoreticko-empirické povahy. Teoretickým východiskem byla charakteristika stáří a stárnutí, nemoci seniorů a jejich pobytu na geriatrickém oddělení, sociální péče ve zdravotnictví, potřeby seniorů a specifika komunikace s nimi. Ve výzkumném šetření bylo využito kvantitativní i kvalitativní výzkumné strategie. Ke sběru dat byla využita metoda explorativní, a to prostřednictvím techniky polostrukturovaného dotazníku pro zajištění pohledu seniorů a metoda dotazování realizována prostřednictvím techniky polostrukturovaného rozhovoru pro zajištění pohledu pečujících pracovníků. Data získána z výzkumného šetření byla navzájem konfrontována a následně propojena s prvky zakotvené teorie.

Z teorie vyplývá, že proces naplňování potřeb je zásadní součástí života každého jedince, který provází i komunikace. Většina osob nemá své potřeby naplněny ideálně, o to více jsou tyto deficity patrné u nemocných seniorů. Ti jsou jimi více ovlivněni, než ostatní jedinci v populaci. Zejména v oblasti nenaplněných fyziologických potřeb. Z nevhodného naplňování potřeb mohou vznikat pocity smutku, strachu, bezmocnosti, bezradnosti, frustrace, osamocení, deziluze, deprese a dalších. Zejména u seniorů pobývajících v nemocničním zařízení, a o to více na geriatrickém oddělení, jsou tyto projevy zjevnější a závažnější. V tomto směru musí zasahovat pečující pracovníci v rámci komplexní péče o seniory. Vzhledem k sociálním dopadům těchto projevů a onemocnění mají svou nezastupitelnou úlohu sociální pracovníci.

Z výzkumných šetření je patrné, že se senioři a sociální pracovníci velmi často shodují v pohledu na naplňování jejich potřeb a komunikaci s nimi. V obou případech byla zjištěna především pozitivní stanoviska k péči o seniory. V tomto smyslu lze uvést, že senioři jsou s naplňováním potřeb spokojeni, stejně tak jako se způsobem komunikace s nimi. Sociální pracovníci se pak vyjádřili v tom smyslu, že se všichni na geriatrickém oddělení snaží seniorům poskytovat velmi kvalitní péči, a tím i naplňovat jejich potřeby a vhodně s nimi komunikovat. Způsob naplňování potřeb a způsob komunikace se seniory se ve většině případů přizpůsobuje danému seniorovi, jelikož pečující pracovníci vnímají jejich odlišnost.

Diplomovou práci vnímám jako přínosnou, jelikož rozšířila informace o reálné situaci naplňování potřeb seniorů ve zdravotnictví se zaměřením na geriatrické oddělení, kdy toto propojení je v odborných studiích spíše výjimečné. Jako specifickou ji vnímám zejména z důvodu propojení pohledu pečujících pracovníků v zastoupení sociálními pracovníky a také pohledu seniorů jakožto příjemců dané péče. Práce může v jistém smyslu pomoci k vnímání rozdílů či stejností v daných pohledech. Tato práce by mohla být přínosná zejména pro studenty i absolventy humanitních oborů, kteří se v této oblasti budou pohybovat.

Věřím, že diplomová práce může pomoci upozornit na zvolené téma, jelikož se jedná o velmi důležitou součást života ve společnosti, kdy je nutné se připravovat na stále více stárnoucí populaci a pokusit se zajistit do budoucna, co nejkvalitnější péči o seniory v širokém rozsahu. Zejména je nutné klást do budoucna důraz na sociální péči o ně a celkově podporovat zkvalitňování institucionálních služeb, jelikož již v dnešních dnech nejsou rodiny schopny se o seniory vždy postarat a do budoucna se tato situace bude stále více zhoršovat. Doufám také, že může podnítit ty, kteří mají o seniory zájem ke zlepšení stavu naplňování potřeb seniorů ve zdravotnictví a komunikaci s nimi. Především se jeví jako důležité vnímat seniora jako plnohodnotného člena společnosti a pomoci mu individuálně naplnit jeho životní roli s co největším možným důrazem na kvalitu jeho života.

Jsem si plně vědoma širě zvoleného tématu a jeho velké provázanosti s dalšími tématy. Jeho rozměr rozhodně nelze v plné míře postihnout, avšak ve chvíli, kdyby byl problém vymezen úžeji, bylo by i tak nutné potýkat se s jeho provázaností dále. Širší zaujetí vnímám, jako přínosné, jelikož pomohlo zobrazit problematiku komplexně, ačkoliv nebylo možné věnovat se veškerým oblastem zcela do detailu. Přesto byla snaha o propracování každé části, co nejsvědomitěji s ohledem na potřeby diplomové práce. Výsledky výzkumu mohou být ovlivněny výzkumným vzorkem. Limitem práce tak může být nízký počet respondentů, jelikož jejich vyšší počet by mohl odhalit další možnosti naplňování potřeb jedince nebo by byly více potvrzeny již zmíněné. Limitem také může být fakt, že respondenti mohli své odpovědi vědomě či nevědomě zkreslovat. Mimo již zmíněné lze považovat za ovlivňující faktor zvolenou techniku dotazníku pro výpovědi seniorů vzhledem k jeho omezeným výpovědním možnostem pro zvolené téma. Je zde však možné poznamenat, že limity práce mohou podnítit k dalšímu zkoumání dané tematiky. Cíl diplomové práce však považuji, i přes uvedené limity, za splněný.

ZDROJE

1. BARKER, Robert. *The social work dictionary*. 5th Edition. Washington: NASW Press, 2003, 493 s. ISBN 978-0-87101-476-4.
2. BERGMAN, Howard, KARUNANANTHAN, Sathya, ROBLEDI, Luis M. G., BRODSKY, Jenny, CHAN, Piu, CHEUNG, Maria a BOVET, Pascal. *Understanding and Meeting the Needs of the Older Population: A Global Challenge*. In: *Canadian Geriatrics Journal* [online]. 2013, 16(2), s. 61 – 65 [cit. 2021-01-15]. ISSN 1925-8348. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3671014/>
3. BUREŠOVÁ, Anna, ŘEZÁČOVÁ, Lucie a STEHLÍKOVÁ, Zuzana. *Sociálně zdravotní péče o seniory*. Praha, 2009, 34 s. Závěrečná zpráva ke kurzu Problémy české společnosti a veřejná politika. Karlova Univerzita Praha, Fakulta sociálních věd. Dostupné z: <https://www.martinpotucek.cz/wp-content/uploads/2019/10/seniory.pdf>
4. BURSOVÁ, Janka. *Social needs of seniors in both urban and rural*. Vyd. 1. Praha: Paulínky, 2010, 87 s. ISBN 978-80-86949-88-8.
5. BUŽGOVÁ, Radka. *Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory*. In: *Kontakt, Ošetřovatelství*, 2007, 9(1), s. 65 – 69. ISSN 1212-4117.
6. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, *Věkové složení obyvatelstva – 2018: Věkové složení obyvatel k 31. 12. 2018* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2019 [cit. 2020-04-1]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/91917716/1300641907.pdf/6f3c5d4d-c3e7-4afa-bc13-cdfcac6b590a?version=1.0>
7. ČEVELA, Rostislav, ČELEDVÁ, Libuše, KALVACH, Zdeněk, HOLČÍK, Jan a KUBŮ, Pavel. Vyd. 1. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014, 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
8. ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk a ČELEDVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

9. DOMINGUEZ, L., GALIOTO, A., FERLISI, A., PINEO, A., PUTIGNANO, E., BELVEDERE, M., COSTANZA G., a BARBAGALLO, M. *Ageing, lifestyle modifications, and cardiovascular disease in developing countries. The Journal of Nutrition Health and Aging*. In: *The journal of Nutrition, Health & Aging*. [online]. 10(2), 2006, s. 143 – 149 [cit. 2021-02-11]. ISSN 1760-4788. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/7224148_Ageing_lifestyle_modification_and_cardiovascular_disease_in_developing_countries

10. DUDOVÁ, Radka. *Péče anebo práce: koncepce a realizace sociální a rodinné politiky v ČR se zaměřením na péči o seniory i o děti*. Praha: Alternativa 50+, 2015, 27 s. ISBN 78-80-905711-3-6.

11. FRANĚK, Martin, DUBNOVÁ, Markéta, KARAS, Martin, VÁLKOVÁ Marie, MRTKOVÁ, Kamila a URBAN, David, ed. *Sešit sociální práce: Sociální práce ve zdravotnictví* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019, 70 s. [cit. 2020-10-05]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Sesit+socialn%C3%AD+pr%C3%A1ce+6.pdf/96518cb7-b482-e705-4b7bf5de78e4a430>

12. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Vyd. 1. Brno: Paido, 2000, 207 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

13. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

14. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.

15. HENDL, Jan. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1999, 278 s. ISBN 80- 246-0030-7.

16. HOLMEROVÁ, Iva a kolektiv. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2015, 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.

17. HOLMEROVÁ, Iva, JURAŠKOVÁ, Božena, ZIKMUNDOVÁ, Květuše a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Vyd. 3., přeprac. a dopl. Praha: EV public relations, 2007, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

18. HOLOSKO, Michael J. a TAYLOR, Patricia A. *Social Work Practice in Health Care Settings*. Second Edition. Toronto: Canadian Scholars' Press, 1994, 666 s. ISBN 0-921627-99-8.
19. HROZENSKÁ, Martina a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
20. HUDÁKOVÁ, Anna a MAJERNÍKOVÁ, Ludmila. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 115 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.
21. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016, s. 256. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
22. KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2017, 317 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4225-3.
23. KALVACH, Zdeněk a kolektiv. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
24. KARKOŠOVÁ, Martina a KLUGEROVÁ, Jarmila. *Specifičnost seniorské komunikace*. In: *Študent na ceste k praxi II: zborník príspevkov zo Študentskej vedeckej konferencie v odbore špeciálna pedagogika a liečebná pedagogika* [online]. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, 2013, s. 118 – 135. ISBN 978-80-555-0840-5. [cit. 2020-10-12]. Dostupné z: <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Dubayova2>
25. KLEVETOVÁ, Dana a DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 208 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.
26. KUCKIR, Martina, VAŇKOVÁ, Hana, HOLMEROVÁ, Iva, VÍTEČKOVÁ, Slávka, JAROLÍMOVÁ, Eva, KRUPÍČKA, Radim a SZABÓ, Zoltán. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2016, 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5.

27. KUZNÍKOVÁ, Iva a kolektiv. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
28. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. 198 s. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.
29. LINHART, Jiří a kol. *Slovník cizích slov pro nové století*. Vyd. 1. Litvínov: Dialog, 2005, 412 s. ISBN 80-85843-61-7.
30. LOUČKOVÁ, Ivana. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010, 311 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-79-3.
31. MASLOW, Abraham H. *Motivation and Personality*. 1st Edition. Harper & Row, Publishes, 1954, 369 s. ISBN 978-8131711491.
32. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2016, 272 s. ISBN 978-80-262-1154-9.
33. MCGILTON, Katherine S., VELLANI, Shirin, YEUNG, Lily, et al. *Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review*. BMC Geriatrics [online]. 2018, 18(1), 33 s. [cit. 2021-12-11]. ISSN 1471-2318. Dostupné z: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0925-x?fbclid=IwAR2f5eCKQL-GDbTEpiOI1HWD9h-ilqcAOf9GQw4z5LXfM4Ur-vqFOCUwqPc>
34. MCINNIS-DITTRICH, Kathleen. *Social Work With Older Adults: a biopsychosocial approach to assesment and intervention*. 3rd Edition. United States of America: Pearson, 2008, 408 s. ISBN: 978-0-205-59360-6.
35. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
36. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

37. MOTLOVÁ, Lenka. *Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku*. In: *Kontakt. Zdravotně sociální vědy*, 2007, 9(2), s. 343 – 352. ISSN 1212-4117.
38. NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR. *Desatero pro komunikaci s OZP*. [online]. 2019 [cit. 2020-10-10]. Dostupné z: <https://nrzp.cz/2019/07/18/desatero-pro-komunikaci-sozp/?fbclid=IwAR0IahXPUH1PHaYHgZMYqVYOjjiCygx77Ba3whXye2Qw1Xh1eDnvyYKBP>
39. NOVÁKOVÁ, Monika, *Komunikace jako nástroj spokojenosti gerontologických pacientů s ošetrovatelskou péčí v nemocnici*, Zlín, 2018, 73 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z: https://theses.cz/id/f0c6q5/Bakalarska_prace-NovakovaM1.pdf
40. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011, 170 s. ISBN 9788024619972.
41. PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998, 156 s. Sociální práce. ISBN 80-7178-184-3.
42. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 160 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
43. POKORNÁ, Andrea a kolektiv. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 200 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.
44. POSTON, Robert. *An Exercise in Personal Exploration: Maslow's Hierarchy of Needs*. In: *The Surgical Technologist* [online]. Association of Surgical Technologists, 2009, s. 347 – 353. [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: <https://www.ast.org/pdf/308.pdf>
45. PŘIBYL, Hugo. *Komunikace se zaměřením na seniory*. In: *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství V. Sborník příspěvků V. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2010, s. 230 – 234. ISBN 978-80-7248-607-6.

46. REPKOVÁ, Kvetoslava. *Dlhodobá starostlivosť v kontexte integrovanej sociálnej práce*. Vyd. 1. Bratislava: IVPR (Institút pre výskum práce a rodiny), 2011, 257 s. ISBN 978-80-7138-132-7.
47. ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: Podklady ke stážíím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994, 75 s. Studijní texty 5. svazek. ISBN 80-85850-00-1.
48. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: [vývojová psychologie]: přepracované vydání*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2006, 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
49. SKUTIL, Martin a kol. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 256 s. ISBN 978-80-7367-778-7.
50. SOBOTKOVÁ, Petra. *Spokojenost geriatrických pacientů s komunikací se zdravotnickým personálem*. Zlín, 2010, 84 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/sq0wpm?lang=en;info=1;isshlret=spokojenost%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dspokojenost%26start%3D74>
51. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kolektiv. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 136 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
52. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a SMÉKALOVÁ, Lucie. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2015, 232 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8.
53. ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
54. THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2015, 575 s. ISBN 978-80-262-0714-6.

55. TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, 186 s. ISBN 80-7013-285-X.
56. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
57. VÉVODOVÁ, Šárka a IVANOVÁ, Kateřina. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, s. 216. ISBN 978-80-244-4770-4.
58. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1.
59. WEINFURTEROVÁ, Eva. *Sociální práce se seniory ve zdravotnickém zařízení*. In: *Multidisciplinární péče: Časopis pro pracovníky a studenty působící ve zdravotní a sociální oblasti*. Ročník 2, Číslo 2. Plzeň: EduCare občanské sdružení, 2007, s. 5 – 8. ISSN 1802-0658.
60. ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, 264 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.
61. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Položka č. 1	
– Jaké je Vaše pohlaví?	116
Graf č. 2: Položka č. 2	
– Kolik je Vám let?	117
Graf č. 3: Položka č. 3	
– Jaké potřeby jsou pro Vás nejdůležitější?.....	118
Graf č. 4: Položka č. 4	
– Na jaké potřeby se personál při jejich naplňování nejvíce zaměřuje?	120
Graf č. 5: Položka č. 5	
– Jak jste spokojen(a) s naplňováním Vašich potřeb personálem?.....	122
Graf č. 6: Položka č. 6	
– Kdo je pro Vás nejdůležitější při naplňování Vašich potřeb?	123
Graf č. 7: Položka č. 7	
– Díky čemu se cítíte na geriatrickém oddělení bezpečně?	124
Graf č. 8: Položka č. 8	
– Jak se na geriatrickém oddělení cítíte?	127
Graf č. 9: Položka č. 9	
– Jaké aktivity, které Vás baví, vykonáváte na geriatrickém oddělení?	128
Graf č. 10: Položka č. 10	
– Je Vám na geriatrickém oddělení dostatečně zabezpečeno soukromí?	130
Graf č. 11: Položka č. 11	
– Cítíte se být na geriatrickém oddělení součástí nějaké skupiny?	131
Graf č. 12: Položka č. 12	
– Vnímáte, že máte dostatečnou volnost v samostatném rozhodování o své osobě?	132
Graf č. 13: Položka č. 13	
– Co dle Vás nejvíce narušuje komunikaci s personálem?	133
Graf č. 14: Položka č. 14	
– Jak byste změnil(a) Vaší komunikaci s personálem?	135
Graf č. 15: Položka č. 15	
– O čem si nejčastěji povídáte s personálem?	137
Graf č. 16: Položka č. 16	
– Jaké jsou pro Vás informace podávané personálem?.....	138
Graf č. 17: Položka č. 17	
– Jaký je dle Vás celkový přístup personálu v rámci komunikace?.....	139

Graf č. 18: Položka č. 18	
– Pociťujete, že je Vám při komunikaci projevována dostatečná úcta a respekt?.....	141
Graf č. 19: Položka č. 19	
– Co nejvíce oceňujete při komunikaci mezi Vámi a personálem?	142
Graf č. 20: Položka č. 20	
– Kde nejčastěji probíhá komunikace mezi Vámi a personálem?.....	143
Graf č. 21: Položka č. 21	
– Jaké charakteristiky má komunikace ze strany personálu k Vám?	144
Graf č. 22: Položka č. 22	
– Připadá Vám v pořádku to, jak s Vámi personál komunikuje?	147
Graf č. 23: Položka č. 23	
– V čem spatřujete největší změnu v oblasti naplňování potřeb mezi domácím prostředím a prostředím na geriatrickém oddělení?	148
Graf č. 24: Položka č. 24	
– Co byste konkrétně změnil(a) v oblasti naplňování potřeb na geriatrickém oddělení?.....	150

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	
– Charakteristika výběru respondentů pro kvalitativní část výzkumného šetření	62
Tabulka č. 2	
– Charakteristika výběru respondentů pro kvantitativní část výzkumného šetření	63
Tabulka č. 3	
– Slovní vyjádření výroků vztahujících se k přístupu personálu v rámci komunikace	140
Tabulka č. 4	
– Nejvíce rušivé faktory v komunikaci mezi seniory a personálem	170
Tabulka č. 5	
– Oceňované projevy v komunikaci ze strany personálu.....	173
Kontingenční tabulka č. 1	
– Potřeby primárně naplňované personálem vzhledem k subjektivně nejdůležitějším potřebám	163
Kontingenční tabulka č. 2	
– Spokojenost seniorů s naplňováním potřeb vzhledem ke shodě v nejdůležitějších potřebách a primárně naplňovaných potřebách	165
Kontingenční tabulka č. 3	
– Spokojenost seniorů s naplňováním potřeb vzhledem k dostatečnému zabezpečení soukromí.....	167
Kontingenční tabulka č. 4	
– Spokojenost seniorů s naplňováním potřeb vzhledem k sounáležitosti se skupinou....	168
Kontingenční tabulka č. 5	
– Spokojenost seniorů s naplňováním potřeb vzhledem k volnosti v rozhodování o své osobě.....	169
Kontingenční tabulka č. 6	
– Spokojenost seniorů s komunikací vzhledem ke srozumitelnosti informací.....	172
Kontingenční tabulka č. 7	
– Spokojenost seniorů s komunikací vzhledem k dostatečnému zabezpečení soukromí	175
Kontingenční tabulka č. 8	
– Dostatečné zabezpečení soukromí vzhledem k místu pro komunikaci	176
Kontingenční tabulka č. 9	
– Spokojenost seniorů s komunikací vzhledem k projevování úcty a respektu	179

SEZNAM PŘÍLOH

- PŘÍLOHA I.** Návod pro vedení rozhovoru se sociálními pracovníky
- PŘÍLOHA II.** Vzor dotazníku pro seniory na geriatrickém oddělení
- PŘÍLOHA III.** Přehled výsledků otevřeného kódování
- PŘÍLOHA IV.** Tabulkové znázornění výsledků jednotlivých položek dotazníkového
šetření

PŘÍLOHA I. – Návod pro vedení rozhovoru se sociálními pracovníky

ÚVODNÍ ČÁST ROZHOVORU

Souhlasíte s tím, aby byl náš rozhovor nahráván?

Souhlasíte s tím, že se podílíte na výzkumném šetření do diplomové práce?

Na počátku Vás chci ujistit, že bude zachována Vaše anonymita, jelikož budete v práci uveden/a jako sociální pracovník s číslem.

Předem bych Vám chtěla velmi poděkovat za Váš čas, za ochotu spolupracovat a ochotu podělit se o Vaše cenné zkušenosti.

Než začneme s konkrétními otázkami, tak bych Vás chtěla stručně seznámit s mou diplomovou prací. Její název je: „*Sociální péče o seniory ve zdravotnictví v kontextu naplňování potřeb jedince se zaměřením na komunikaci*“. Cílem práce je na základě odborných pramenů popsat a analyzovat sociální péči o seniory ve zdravotnictví se zaměřením na zjištění způsobu naplňování jejich potřeb a způsobu komunikace se zřetelem na vývojové hledisko období stáří. Jedná se o potřeby dle konceptu Abrahama Harolda Maslowa, kterým je jeho hierarchie potřeb. Nejčastěji je uváděna ve tvaru pyramidy. Tento koncept je upraven tak, aby více vyhovoval seniorské populaci. Konkrétně se jedná o pět oblastí potřeb: fyziologické potřeby, potřeba bezpečí, sociální potřeby, potřeba autonomie a potřeba seberealizace, plus je k nim připojena samostatně potřeba komunikace, jelikož tvoří stěžejní část diplomové práce. Před těmito oblastmi potřeb je také uvedeno několik otázek k získání obecnějších informací o naplňování potřeb seniorů ve zdravotnictví.

Můžeme prosím začít tím, kolik Vám je let?

Můžete uvést, jakou máte celkovou praxi se seniory?

Kolik let pracujete se seniory ve zdravotnictví?

Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání? A v jakém oboru?

Teď již přejdeme k jednotlivým oblastem výzkumného šetření, kterých je celkem sedm.

JEDNOTLIVÉ OBLASTI A OTÁZKY ROZHOVORU

OBECNÝ VHLED DO PROBLEMATIKY

1. Jakým způsobem jsou naplňovány potřeby seniorů ve zdravotnictví?

(Napadá Vás něco takto obecně?)

1.1 Jaké konkrétní aktivity jsou pro seniory v rámci naplňování jejich potřeb vykonávány?

1.2 Jaký význam má ve zdravotnictví naplňování potřeb seniorů?

1.3 Jaké potřeby jsou dle Vás pro seniory ve zdravotnictví nejdůležitější, a které naopak nejméně důležité?

(A proč si to myslíte?)

1.4 Jaké potřeby jsou dle Vás seniorům ve zdravotnictví primárně naplňovány?

1.5 Kdo je pro seniory v oblasti naplňování potřeb nejdůležitější?

(A proč si to myslíte?)

1.6 Co můžete pro seniory v oblasti naplňování potřeb udělat Vy konkrétně?

1.7 Jsou podle Vás seniorům potřeby dostatečně naplňovány?

(A proč si to myslíte?)

1.8 Jak jsou na tom senioři v oblasti potřeb před příchodem do zdravotnického zařízení?

1.9 Jak se proměňuje oblast naplňování jejich potřeb ve zdravotnictví?

(V čem je to odlišné od domácího prostředí a v čem naopak stejné?)

➤ **Chtěl/a byste ještě něco doplnit? Napadá Vás něco důležitého, co nezaznělo?**

FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY

2. Jakým způsobem jsou seniorům ve zdravotnictví naplňovány fyziologické potřeby?

(Napadá Vás něco takto obecně?)

2.1 Jaké konkrétní aktivity jsou pro seniory vykonávány v oblasti naplňování fyziologických potřeb?

2.2 Co pro sebe mohou v oblasti fyziologických potřeb udělat samotní senioři?

2.3 Jaký význam mají dle Vás fyziologické potřeby pro seniory?

(A proč si to myslíte?)

2.4 Jaké fyziologické potřeby jsou dle Vás pro seniory nejdůležitější, a které naopak nejméně důležité?

(A proč si to myslíte?)

2.5 Co pro seniory můžete v oblasti naplňování fyziologických potřeb udělat Vy konkrétně?

2.6 Jak se seniory při naplňování fyziologických potřeb komunikujete?

(Co jim konkrétně říkáte?)

2.7 Jak jsou na tom senioři v oblasti fyziologických potřeb před příchodem do zdravotnického zařízení?

2.8 Jak se proměňuje u seniorů oblast naplňování fyziologických potřeb ve zdravotnictví?

(V čem je to odlišné od domácího prostředí a v čem naopak stejné?)

➤ **Chtěl/a byste ještě něco doplnit? Napadá Vás něco důležitého, co nezaznělo?**

POTŘEBA BEZPEČÍ

3. Jakým způsobem je seniorům ve zdravotnictví naplňována potřeba bezpečí?

(Napadá Vás něco takto obecně?)

3.1 Jaké konkrétní aktivity jsou pro seniory vykonávány v oblasti naplňování potřeby bezpečí?

3.2 Co pro sebe mohou v oblasti potřeby bezpečí udělat samotní senioři?

3.3 Jaký význam má dle Vás pro seniory potřeba bezpečí?

(A proč si to myslíte?)

3.4 Co je pro seniory v oblasti potřeby bezpečí nejdůležitější?

(A proč si to myslíte?)

3.5 Co pro seniory můžete v oblasti potřeby bezpečí udělat Vy konkrétně?

3.6 Jak se seniory při naplňování potřeby bezpečí komunikujete?

(Co jim konkrétně říkáte?)

3.7 Jak jsou na tom senioři v oblasti potřeby bezpečí před příchodem do zdravotnického zařízení?

3.8 Jak se proměňuje u seniorů oblast naplňování potřeby bezpečí ve zdravotnictví?

(V čem je to odlišné od domácího prostředí a v čem naopak stejné?)

➤ **Chtěl/a byste ještě něco doplnit? Napadá Vás něco důležitého, co nezaznělo?**

SOCIÁLNÍ POTŘEBY

4. Jakým způsobem jsou seniorům ve zdravotnictví naplňovány sociální potřeby?

(Napadá Vás něco takto obecně?)

4.1 Jaké konkrétní aktivity jsou pro seniory vykonávány v oblasti naplňování sociálních potřeb?

4.2 Co pro sebe mohou v oblasti sociálních potřeb udělat samotní senioři?

4.3 Jaký význam mají dle Vás sociální potřeby pro seniory?

(A proč si to myslíte?)

4.4 Jaké sociální potřeby jsou dle Vás pro seniory nejdůležitější, a které naopak nejméně důležité?

(A proč si to myslíte?)

4.5 Co pro seniory můžete v oblasti naplňování sociálních potřeb udělat Vy konkrétně?

4.6 Jak se seniory při naplňování sociálních potřeb komunikujete?

(Co jim konkrétně říkáte?)

4.7 Jak jsou na tom senioři v oblasti sociálních potřeb před příchodem do zdravotnického zařízení?

4.8 Jak se proměňuje u seniorů oblast naplňování sociálních potřeb ve zdravotnictví?

(V čem je to odlišné od domácího prostředí a v čem naopak stejné?)

➤ **Chtěl/a byste ještě něco doplnit? Napadá Vás něco důležitého, co nezaznělo?**

POTŘEBA AUTONOMIE

5. Jakým způsobem je seniorům ve zdravotnictví naplňována potřeba autonomie?

(Napadá Vás něco takto obecně?)

5.1 Jaké konkrétní aktivity jsou pro seniory vykonávány v oblasti naplňování potřeby autonomie?

5.2 Co pro sebe mohou v oblasti potřeby autonomie udělat samotní senioři?

5.3 Jaký význam má dle Vás pro seniory potřeba autonomie?

(A proč si to myslíte?)

5.4 Co je pro seniory v oblasti autonomie nejdůležitější?

(A proč si to myslíte?)

5.5 Co pro seniory můžete v oblasti potřeby autonomie udělat Vy konkrétně?

5.6 Jak se seniory při naplňování potřeby autonomie komunikujete?

(Co jim konkrétně říkáte?)

5.7 Jak jsou na tom senioři v oblasti potřeby autonomie před příchodem do zdravotnického zařízení?

5.8 Jak se proměňuje u seniorů oblast naplňování potřeby autonomie ve zdravotnictví?

(V čem je to odlišné od domácího prostředí a v čem naopak stejné?)

➤ **Chtěl/a byste ještě něco doplnit? Napadá Vás něco důležitého, co nezaznělo?**

POTŘEBA SEBEREALIZACE

6. Jakým způsobem je seniorům ve zdravotnictví naplňována potřeba seberealizace?

(Napadá Vás něco takto obecně?)

6.1 Jaké konkrétní aktivity jsou pro seniory vykonávány v oblasti naplňování potřeby seberealizace?

6.2 Co pro sebe mohou v oblasti potřeby seberealizace udělat samotní senioři?

6.3 Jaký význam má dle Vás pro seniory potřeba seberealizace?

(A proč si to myslíte?)

6.4 Co je pro seniory v oblasti seberealizace nejdůležitější?

(A proč si to myslíte?)

6.5 Co pro seniory můžete v oblasti potřeby seberealizace udělat Vy konkrétně?

6.6 Jak se seniory při naplňování potřeby seberealizace komunikujete?

(Co jim konkrétně říkáte?)

6.7 Jak jsou na tom senioři v oblasti potřeby seberealizace před příchodem do zdravotnického zařízení?

6.8 Jak se proměňuje u seniorů oblast naplňování potřeby seberealizace ve zdravotnictví?

(V čem je to odlišné od domácího prostředí a v čem naopak stejné?)

➤ **Chtěl/a byste ještě něco doplnit? Napadá Vás něco důležitého, co nezaznělo?**

POTŘEBA KOMUNIKACE

7. Jakým způsobem je seniorům ve zdravotnictví naplňována potřeba komunikace?

(Napadá Vás něco takto obecně?)

7.1 Jaký význam má dle Vás pro seniory potřeba komunikace?

(A proč si to myslíte?)

7.2 Jaké jsou dle Vás charakteristiky komunikace se seniory?

(V čem spatřujete specifika komunikace se seniory?)

7.3 Jaké jsou Vámi užívané formy komunikace se seniory?

7.4 Co je podle Vás pro seniory v oblasti potřeby komunikace nejdůležitější?

(A proč si to myslíte?)

7.5 Kde nejčastěji probíhají rozhovory se seniory?

(A proč právě tam?)

7.6 Kolik času můžete denně věnovat komunikaci se seniory?

7.7 Jaké jsou podle Vás největší nedostatky v komunikaci se seniory?

(Čím jsou způsobeny?, Jak je můžete odstranit?)

7.8 Co pro seniory můžete v oblasti naplňování potřeby komunikace udělat Vy konkrétně?

7.9 Jak jsou na tom senioři v oblasti potřeby komunikace před příchodem do zdravotnického zařízení?

7.10 Jak se proměňuje u seniorů oblast potřeby komunikace ve zdravotnictví?

(V čem je to odlišné od domácího prostředí a v čem naopak stejné?)

➤ **Chtěl/a byste ještě něco doplnit? Napadá Vás něco důležitého, co nezaznělo?**

➤ **Napadá Vás na úplný závěr něco důležitého, co nezaznělo? Chcete k tématu naplňování potřeb u seniorů ve zdravotnictví něco doplnit?**

PŘÍLOHA II. – Vzor dotazníku pro seniory na geriatrickém oddělení

DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ DO DIPLOMOVÉ PRÁCE

Vážené respondentky, vážení respondenti,

Přeji Vám krásný den. Mé jméno je Andrea Mokrenová a jsem studentkou Univerzity Hradec Králové magisterského oboru Sociální pedagogika na Pedagogické fakultě. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro diplomovou práci, která nese název: „*Sociální péče o seniory ve zdravotnictví v kontextu naplňování potřeb jedince se zaměřením na komunikaci*“. Cílem práce je na základě odborných pramenů popsat a analyzovat sociální péči o seniory ve zdravotnictví se zaměřením na zjištění způsobu naplňování jejich potřeb a způsobu komunikace se zřetelem na vývojové hledisko období stáří. **Dotazník je zcela anonymní s naprostou ochranou Vašich osobních údajů** a data budou užita pouze pro studijní účely.

Dotazník obsahuje celkem **24 položek**, při jejich vyplňování dbejte prosím na co nejpravdivější zaznamenání odpovědí. U každé položky zakroužkujte **pouze jednu správnou odpověď**, není-li uvedeno jinak. Pokud ani jedna z možností neodpovídá Vaším preferencím, je možné zapsat jinou možnost, pokud je u položky tato možnost uvedena. V položkách, kde jsou uvedeny škály, zakroužkujte prosím příslušnou hodnotu odpovídající Vaší odpovědi. V případě položek, kde je nutno seřazovat, запиšte požadovaná čísla do příslušné kolonky. V případě, že je položka zcela otevřená (nejsou uvedeny žádné možnosti) napište Vaší odpověď do předem připraveného políčka.

Celkový čas na vyplnění dotazníku by neměl přesáhnout **25 minut** Vašeho času.

Velmi si vážím Vaší spolupráce a ochotu sdílet Vaše zkušenosti.

Mnohokrát děkuji za vyplnění dotazníku, Vaší snahu a v neposlední řadě za Váš čas.

JEDNOTLIVÉ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY

1. Jaké je Vaše pohlaví?

1. muž
2. žena

2. Kolik je Vám let?

1. 60 – 69 let
2. 70 – 79 let
3. 80 – 89 let
4. 90 let a více

3. Jaké potřeby jsou pro Vás nejdůležitější? (do předem připravených políček napište číselnou hodnotu od 1 (nejvíce důležité potřeby) do 5 (nejméně důležité potřeby))

1. fyziologické potřeby (jídlo, hygiena, spánek, tišení bolesti apod.)
2. pocit bezpečí a jistoty
3. sociální potřeby (informace, sounáležitost, láska, komunikace)
4. potřeba autonomie (nezávislost, svoboda, rozhodování o sobě samém)
5. potřeba seberealizace (smysl života, rozvoj vlastních činností)

4. Na jaké potřeby se personál při jejich naplňování nejvíce zaměřuje? (do předem připravených políček napište číselnou hodnotu od 1 (nejvíce naplňované potřeby) do 5 (nejméně naplňované potřeby))

1. fyziologické potřeby (jídlo, hygiena, spánek, tišení bolesti apod.)
2. pocit bezpečí a jistoty
3. sociální potřeby (informace, sounáležitost, láska, komunikace)
4. potřeba autonomie (nezávislost, svoboda, rozhodování o sobě samém)
5. potřeba seberealizace (smysl života, rozvoj vlastních činností)

5. Jak jste spokojen(a) s naplňováním Vašich potřeb personálem?

1. jsem velmi spokojený(á)
2. jsem spíše spokojený(á)
3. jsem spíše nespokojený(á)
4. jsem velmi nespokojený(á)

6. Kdo je pro Vás nejdůležitější při naplňování Vašich potřeb?

1. lékaři
2. zdravotní sestry
3. sociální pracovníce
4. ostatní personál
5. blízké osoby (rodina, přátelé)
6. někdo jiný – uveďte:

7. Díky čemu se cítíte na geriatrickém oddělení bezpečně? *(do předem připraveného políčka prosím uveďte jednu či více odpovědí)*

8. Jak se na geriatrickém oddělení cítíte? *(do předem připraveného políčka prosím uveďte jednu či více odpovědí)*

9. Jaké aktivity, které Vás baví, vykonáváte na geriatrickém oddělení? *(do předem připraveného políčka prosím uveďte jednu či více odpovědí)*

10. Je Vám na geriatrickém oddělení dostatečně zabezpečeno soukromí?

1. ano
2. spíše ano
3. spíše ne
4. ne

11. Cítíte se být na geriatrickém oddělení součástí nějaké skupiny?

1. ano, skupiny s ostatními pacienty
2. ano, skupiny s personálem
3. ne, ale chci být součástí skupiny s ostatními pacienty
4. ne, ale chci být součástí skupiny s personálem
5. ne, jsem samotář (nechci být součástí žádné skupiny)

12. Vnímáte, že máte dostatečnou volnost v samostatném rozhodování o své osobě?

1. ano
2. spíše ano
3. spíše ne
4. ne

13. Co dle Vás nejvíce narušuje komunikaci s personálem? *(do předem připravených políček napište číselnou hodnotu od 1 (nejvíce rušivý jev) po 5 (nejméně rušivý jev))*

1. nedostatek času
2. nedostatek soukromí
3. nezájem/neochota ze strany personálu
4. nedostatek vzájemného pochopení
5. Váš zdravotní stav a poruchy

14. Jak byste změnil(a) komunikaci s personálem? *(do předem připraveného políčka prosím uveďte jednu či více odpovědí)*

15. O čem si nejčastěji povídáte s personálem?

1. o soukromém životě
2. o zdravotním stavu
3. o strachu
4. o svých potřebách
5. o něčem jiném, o čem – uveďte:

16. Jaké jsou pro Vás informace podávané personálem?

1. srozumitelné, vždy sdělení rozumím
2. spíše srozumitelné, většinou sdělení rozumím
3. spíše nesrozumitelné, většinou sdělení nerozumím
4. nesrozumitelné, nikdy sdělení nerozumím

17. Jaký je dle Vás celkový přístup personálu v rámci komunikace? (vyberte v každém řádku jednu možnost z modře vyznačených a ve zvoleném sloupečku vyznačte odpověď křížkem)

	zcela souhlasím	spíše souhlasím	spíše nesouhlasím	vůbec nesouhlasím
1. personál Vás v případě Vaší potřeby vyslechne a věnuje se Vám				
2. personál Vám vysvětluje, co chcete vědět (odpovídá na Vaše dotazy)				
3. personál s Vámi jedná důstojně				
4. personál se k Vám chová přátelsky				
5. personál Vám v případě potřeby poradí a pomůže				

18. Pociťujete, že je Vám při komunikaci projevována dostatečná úcta a respekt?

1. ano
2. spíše ano
3. spíše ne
4. ne

19. Co nejvíce oceňujete při komunikaci mezi Vámi a personálem?

1. dotek
2. úsměv
3. naslouchání
4. projevení zájmu
5. radu či pomoc

6. něco jiného – uveďte:

20. Kde nejčastěji probíhá komunikace mezi Vámi a personálem?

1. na pokoji
2. na chodbě
3. v jídelně

4. jinde – uveďte:

21. Jaké charakteristiky má komunikace ze strany personálu k Vám? *(zakroužkujte v každém řádku odpovídající hodnotu od 1 do 5, která se více přibližuje uvedenému protipólu)*

1. zjednodušená	1	2	3	4	5	složitá
2. stručná	1	2	3	4	5	obsáhlá
3. pomalá	1	2	3	4	5	rychlá
4. se zdůrazňováním	1	2	3	4	5	bez zdůrazňování
5. s opakováním sdělení	1	2	3	4	5	bez opakování sdělení
6. s nadměrnou mimikou	1	2	3	4	5	bez nadměrné mimiky

22. Připadá Vám v pořádku to, jak s Vámi personál komunikuje?

1. ano
2. spíše ano
3. spíše ne
4. ne

23. V čem spatřujete největší změnu v oblasti naplňování potřeb mezi domácím prostředím a prostředím geriatrického oddělení? *(do předem připraveného políčka prosím uveďte jednu či více odpovědí)*

--

24. Co byste konkrétně změnil (a) v oblasti naplňování potřeb na geriatrickém oddělení? *(do předem připraveného políčka prosím uveďte jednu či více odpovědí)*

--

PŘÍLOHA III. – Přehled výsledků otevřeného kódování

Tab. č. 1: Přehled výsledků otevřeného kódování

VÝZKUMNÁ OTÁZKA	KATEGORIE	SUBKATEGORIE	KÓDY
<p>DVO1: Jakým způsobem jsou seniorům na geriatrickém oddělení naplňovány fyziologické potřeby z pohledu sociálních pracovníků?</p>	Aby tělo dobře fungovalo aneb zdraví na prvním místě		plánování, víceoborová péče, každý se stará, jak může, předávání sdělení, každodenní starosti, profesionalita, umění ustoupit z naučených poznatků, lidskost
	Naplnění fyziologických potřeb s ohledem na psychiku pacienta	Aby měli seniori sílu aneb výživa jako základ všeho	diety, vhodná strava a pitný režim, denní režim a potěšení, (ne)krmení, PEG jako východisko pro delší život, doplňky stravy, potraviny pro radost, (ne)správnost ve stravování, nedodržování pravidel
		Snaha o udržení čistoty aneb čistota je půl zdraví	osobní hygiena, (ne)čistota lůžka, nadbytečný úklid a dezinfekce, specifické pachy
		Aby seniori netrpěli aneb snaha o zmírnění utrpení	tišící a uklidňující léky, ošetrovatelská péče, podpora slovem, vyjádření blízkosti, držení za ruku, profesionalita a lidskost v jednom, emotivní chvíle
		Podpora kvalitního spánku aneb tablety na spaní nejsou vše	tablety na spaní a uklidnění, (ne)čistota lůžka, správná teplota a čerstvý vzduch, ticho, klid a bezpečí, kontrola ze strany personálu, strach z neprobuzení
		(Ne)pohyblivost seniorů aneb pohyb jako součást léčení	(ne)chut' se hýbat, podněcování k pohybu, plánování a režim, rehabilitace a cvičení, procházení
	Snaha o provázení k autonomii v péči o tělo		musí to zkoušet, nesmí to vzdávat, předkládání možností, individuální schopnosti, zohledňují se přání seniorů, zapojují se do péče, snadné úkony, trpělivý přístup a empatie
	Adaptace na poskytovaný komfort v péči o tělo aneb doma takovou péči nemají		poskytovaný komfort a péče, postupná adaptace, mají se na oddělení dobře, všichni poskytují profesionální péči, je to jiné, než doma, pravidelný režim, odstranění deficitů

VÝZKUMNÁ OTÁZKA	KATEGORIE	SUBKATEGORIE	KÓDY	
DVO2: Jakým způsobem je seniorům na geriatrickém oddělení naplňována potřeba bezpečí z pohledu sociálních pracovníků?	Eliminace rizik aneb geriatrické oddělení jako bezpečné místo		musí se dávat pozor na pády a úrazy, bezpečná postel jako útočiště pro seniora, uzavřené oddělení a dveře, čistota prostředí, neustálá přítomnost personálu a možnost jeho přivolání, jsou jim poskytovány podpůrné prostředky, bezpečnostní pravidla	
	Dotváření prostředí aneb snaha o přiblížení se domovu		senioři mají své osobní věci, většina má svůj mobilní telefon a každý má možnost jeho půjčení, fotografie rodiny a blízkých osob, možnost vykonávat aktivity, které seniory baví, barevnost a obrázky	
	Psychická podpora aneb snaha o klid v duši		vše souvisí se vším, pády a úrazy nejsou jediným nebezpečím, strach z ošetření, operací a smrti, psychika je velmi důležitá, prostor pro vyjádření emocí, senioři chtějí ochránit, dodržování etického kodexu a lidských práv i svobod	
	Snaha o zajištění psychického bezpečí	Projevy náklonnosti vedoucí k pocitu bezpečí aneb zdroje emocí		vnímavost a pozornost, vlídné chování, empatie a důvěra, individuální přístup, podpůrná slova, chybí jim blízké osoby, blízkost ostatních pacientů
		Informovanost aneb sdělování má pro pocit bezpečí značný význam		senioři potřebují informace, chtějí vše vědět, i když to brzy zapomenou, většinou se ptají a chtějí vysvětlení, musíme jim dávat podněty, zprávy z domova
	Adaptace na nové prostředí aneb doma je bezpečně jinak			získání důvěry, poznamenání onemocněním, adaptace na okolí, seznámení s režimem a pravidly, bojí se i u nás, doma je to samozřejmě jiné

VÝZKUMNÁ OTÁZKA	KATEGORIE	SUBKATEGORIE	KÓDY
<p>DVO3: Jakým způsobem jsou seniorům na geriatrickém oddělení naplňovány sociální potřeby z pohledu sociálních pracovníků?</p>	Aby byl senior socializován a necítil se sám		nezbytnost mluvení a kontakt, představení se a představení okolí, (ne)osamělost v okolí dalších osob, pozitivní podněty, vyjádření (ne)spokojenosti, naslouchání a pochopení, touhy a přání
	Komunikace jako zdroj emocí i informací aneb komunikace je základ	Emoce a jejich role v procesu uzdravování aneb sycení emocemi	bezpodmínečné přijetí, vyjádření sympatií, nikdy antipatií, uznání a respekt, vzájemná důvěra, smutek a strach, radost, vztek a agrese, zmatenost, nedostatečné porozumění
		(Ne)zájem o informace a jejich (ne)důležitost	potřeba získávání informací, zájem o informace a zajímavosti, jistota vzhledem k informacím o vlastním zdravotním stavu, projevování zájmu o dění v domácnosti, někteří nic vědět nechtějí, rezignace a otupělost, neustálé opakování a připomínání, srozumitelnost informací, nedostatek času na sdělení
	(Ne)sounáležitost s ostatními aneb touha (ne)být sám		ostatní pacienti a jejich blízkost, skupina personálu, ztotožnění se s druhými, samotáři a izolace, většinový zájem o kontakt a touha někam patřit, vzájemné naplňování, přátelství a citové vazby
	Proměna sociálních potřeb v nemocničním prostředí		nová role pacienta, opora v těžkých chvílích spojených nejen s onemocněním, pozitivní motivace a podněcování, projevování zájmu, neustálý kontakt, (ne)dostatek soukromí, rodina zde chybí, nutnost spokojit se s blízkostí personálu

VÝZKUMNÁ OTÁZKA	KATEGORIE	SUBKATEGORIE	KÓDY
<p>DVO4: Jakým způsobem je seniorům na geriatrickém oddělení naplňována potřeba autonomie z pohledu sociálních pracovníků?</p>	<p>Vnímání seniorů jako individualit aneb seniři neztrácí svou</p>	<p>Vliv na dění okolo aneb možnost rozhodování v daných mezích</p>	<p>rovnocennost a partnerský přístup, informovaný souhlas, dostatek srozumitelných informací, předkládání a vysvětlování možností, podílení se na rozhodování, schopnosti a touha se rozhodovat, jednání se seniorem, nikoliv s rodinou</p>
	<p>Vnímání seniorů jako individualit aneb seniři neztrácí svou</p>	<p>(Ne)vykonávání aktivit za seniory aneb provázení k samostatnosti</p>	<p>(ne)zvyšování sebedůvěry a soběstačnosti, motivování a aktivizace, (ne)krmení, přebalování a další hygiena, musí si všechno zkusit, schopnosti a síly, zvyknutí si na servis a komfort, urychlování, hranice jednání</p>
	<p>(Ne)ohrožení autonomie vlivem nemocničního prostředí a onemocnění samotného</p>		<p>deficity z domácího prostředí, vhodné oslovování a výrazivo, pravidla a řád, projevování názorů, radikální rozhodnutí v zájmu seniora, nadměrná péče a obsluha, zákeřnost onemocnění, (ne)příkazování</p>

VÝZKUMNÁ OTÁZKA	KATEGORIE	SUBKATEGORIE	KÓDY
DVO5: Jakým způsobem je seniorům na geriatrickém oddělení naplňována potřeba seberealizace z pohledu sociálních pracovníků?	(Ne)ztracení smyslu života aneb nejistá budoucnost		(ne)plánování, touha navrátit se domů, smíření se se smrtí, strach ze smrti, ztráta chuti do života, naděje na uzdravení, žijí ze dne na den, musí naleznout něco, pro co mohou žít
	Aby se seniori nenudili a měli pocit užitečnosti	(Ne)možnost vykonávat volnočasové aktivity a jejich význam	leží a koukají do stropu, někteří nic nedělají, (ne)rozvíjení se, sledování TV, volnočasové aktivity, pocit užitečnosti a významnosti, méněcennost a bezmoc, beznaděj, strach a bolest
	Aby se seniori nenudili a měli pocit užitečnosti	Podněcování k aktivnímu využití času stráveného na geriatrickém oddělení	nabízení možností pro trávení volného času, motivace a aktivizace, podněcování ke zkoušení, duchovní podpora, hovoření o smyslu života, připomínání toho, co již bylo vykonáno
	Nedostatek prostoru pro potřebu seberealizace aneb prioritu mají jiné potřeby		vše závisí na kondici, touha ukončit utrpení, až po uspokojení fyziologických potřeb, na potřebu seberealizace není moc čas ani prostor, příliš na tuto potřebu seniori nemyslí, my toho moc udělat nemůžeme, doma je senior více svůj a má prostor pro aktivity, doma nevidí tolik utrpení a vidí větší smysl žít

VÝZKUMNÁ OTÁZKA	KATEGORIE	SUBKATEGORIE	KÓDY
DVO6: Jakým způsobem je seniorům na geriatrickém oddělení naplňována potřeba komunikace z pohledu sociálních pracovníků?	Aby všemu dobře rozuměli a cítili zájem	Vhodná mluva aneb verbální komunikace	přizpůsobování komunikace individuálním potřebám, srozumitelnost informací, respekt a úcta, vhodné oslovování, snažíme se dělat si na každého dostatek času, při nutnosti vše opakujeme a vysvětlujeme, mluva bez odborných termínů v jasných větách, pokud je to nutné mluvíme pomalu, empatie, vlídnost a přátelskost, snažíme se jim porozumět, předkládání možností, rady a tipy
	Aby všemu dobře rozuměli a cítili zájem	Komunikace beze slov aneb vhodné neverbální projevy	slova často nestačí, citlivost k neverbálním projevům, úsměv znamená mnoho, mimika a gestikulace, podpora dotekem a povzbuzení pohledem, musíme se snažit všechny trpělivě vyslechnout, tichá přítomnost
	Možné bariéry v komunikaci a snaha o jejich eliminaci	Možné bariéry na straně seniorů	odmítání komunikace, uzavřenost do sebe sama, ostych a nedůvěra, osobnost seniora, zdravotní stav, smyslové poruchy a bolest, nevyužívání kompenzačních pomůcek, nesoustředěnost, nedostatečné komunikační schopnosti, problémy s vyjadřováním pocitů
	Možné bariéry v komunikaci a snaha o jejich eliminaci	Možné bariéry na straně personálu aneb i personál má své chyby	nesprávné vyložení situace, přílišné zatížení dokumentací a nedostatek času na komunikaci se všemi, tichý a nesrozumitelný projev, přílišné sympatie a antipatie k seniorům, neverbální odmítnutí seniora, někdy máme špatnou náladu nebo nejsme v kondici, nezvládnutí těžké situace a tématu, nedostatek informací a znalostí
	Adaptace na nový způsob komunikace aneb (ne)zaujetí seniora		přizpůsobování se a získávání pocitu důvěry, jsme tu pro ně, rodiny příliš nechodí a nekomunikují, na jedné straně chybí blízcí, na druhé jsou rádi za kontakt, musí s námi chtít mluvit, rozsáhlá komunikace, nové osoby a nutnost komunikace s nimi

PŘÍLOHA IV. – Tabulkové znázornění výsledků jednotlivých položek z dotazníkového šetření

Tab. č. 2: Položka č. 1 – Jaké je Vaše pohlaví?

TYP ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDI	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDI
žena	69	65,7 %
muž	36	34,3 %
celkem	105	100 %

Tab. č. 3: Položka č. 2 – Kolik je Vám let?

TYP ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDI	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDI
60 – 69 let	17	16,2 %
70 – 79 let	33	31,4 %
80 – 89 let	43	41 %
90 a více let	12	11,4 %
celkem	105	100 %

Tab. č. 4: Položka č. 3 – Jaké potřeby jsou pro Vás nejdůležitější?

TYP ODPOVĚDI	DŮLEŽITOST (PRŮMĚRNÁ HODNOTA)	NEJČASTĚJI VOLENÁ HODNOTA
fyziologické potřeby	1,4	1
pocit bezpečí a jistoty	2,1	2
sociální potřeby	2,5	3
potřeba autonomie	4,3	4
potřeba seberealizace	4,7	5

Tab. č. 5: Položka č. 4 – Na jaké potřeby se personál při jejich naplňování nejvíce zaměřuje?

TYP ODPOVĚDI	NEJVĚTŠÍ ZAMĚŘENÍ (PRŮMĚRNÁ HODNOTA)	NEJČASTĚJI VOLENÁ HODNOTA
fyziologické potřeby	1,3	1
pocit bezpečí a jistoty	2,2	2
sociální potřeby	2,6	3
potřeba autonomie	4,3	4
potřeba seberealizace	4,6	5

Tab. č. 6: Položka č. 5 – Jak jste spokojen(a) s naplňováním Vašich potřeb personálem?

TYP ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDÍ	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDÍ
jsem velmi spokojený(á)	53	50,5 %
jsem spíše spokojený(á)	42	40 %
jsem spíše nespokojený(á)	6	5,7 %
jsem velmi nespokojený(á)	4	3,8 %
celkem	105	100%

Tab. č. 7: Položka č. 6 – Kdo je pro Vás nejdůležitější při naplňování Vašich potřeb?

TYP ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDI	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDI
lékaři	12	11,4 %
zdravotní sestry	37	35,2 %
sociální pracovnice	23	21,9 %
ostatní personál	31	29,5 %
blízké osoby	2	1,9 %
někdo jiný	0	0 %
celkem	105	100%

Tab. č. 8: Položka č. 7 – Díky čemu se cítíte na geriatrickém oddělení bezpečně?

KATEGORIE ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDI	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDI
mobilní telefon	43	22,2 %
osobní věci	75	38,7 %
fotografie rodiny	10	5,2 %
klid a zázemí	5	2,6 %
pravidelný režim	7	3,6 %
uzavřené oddělení	10	5,2 %
bezpečná postel	6	3,1 %
přítomnost personálu	16	8,2 %
počítač	4	2,1 %
ostatní osoby na pokoji	6	3,1 %
dostatek jídla a pití	9	4,6 %
kvůli ničemu	3	1,5 %
celkem	194	100 %

Tab. č. 9: Položka č. 8 – Jak se na geriatrickém oddělení cítíte?

KATEGORIE ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDI	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDI
velmi dobře	39	24,2%
bezpečně	16	9,9%
spokojeně	39	24,2%
dobře	44	27,3%
smutně	19	11,8%
špatně	4	2,5%
celkem	161	100%

Tab. č. 10: Položka č. 9 – Jaké aktivity, které Vás baví, vykonáváte na geriatrickém oddělení?

KATEGORIE ODPOVĚDÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDÍ	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDÍ
sledování televize	77	32,4 %
poslech hudby	13	5,5 %
čtení	54	22,7 %
bavení se s lidmi	9	3,8 %
ruční práce	17	7,1 %
luštění křížovek	19	8 %
pozorování lidí	6	2,5 %
sledování internetu	8	3,4 %
psaní deníku	4	1,7 %
hraní karet	3	1,3 %
žádné	28	11,8 %
celkem	238	100 %

Tab. č. 11: Položka č. 10 – Je Vám na geriatrickém oddělení dostatečně zabezpečeno soukromí?

TYP ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDI	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDI
ano	21	20 %
spíše ano	68	64,8 %
spíše ne	10	9,5 %
ne	6	5,7 %
celkem	105	100 %

Tab. č. 12: Položka č. 11 – Cítíte se být na geriatrickém oddělení součástí nějaké skupiny?

TYP ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDI	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDI
ano, skupiny s ostatními pacienty	62	59 %
ano, skupiny s personálem	29	27,6 %
ne, ale chci být součástí skupiny s ostatními pacienty	6	5,8 %
ne, ale chci být součástí skupiny s personálem	4	3,8 %
ne, jsem samotář	4	3,8 %
celkem	105	100 %

Tab. č. 13: Položka č. 12 – Vnímáte, že máte dostatečnou volnost v samostatném rozhodování o své osobě?

TYP ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDI	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDI
ano	49	46,7 %
spíše ano	46	43,8 %
spíše ne	8	7,6 %
ne	2	1,9 %
celkem	105	100 %

Tab. č. 14: Položka č. 13 – Co dle Vás nejvíce narušuje komunikaci s personálem?

TYP ODPOVĚDI	RUŠIVOST (PRŮMĚRNÁ HODNOTA)	NEJČASTĚJI VOLENÁ HODNOTA
Váš zdravotní stav a poruchy	1,7	1
nedostatek času	2,2	2
nedostatek soukromí	2,5	3
nedostatek vzájemného pochopení	4,1	4
nezájem/neochota ze strany personálu	4,6	5

Tab. č. 15: Položka č. 14 – Jak byste změnil(a) Vaši komunikaci s personálem?

KATEGORIE ODPOVĚDÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDÍ	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDÍ
nijak (komunikuje se dobře)	45	37,8 %
nijak (nezájem o komunikaci)	6	5 %
zpomalení projevu	16	13,4 %
více času na komunikaci	19	16 %
více soukromí	15	12,6 %
zvýšení hlasitosti	18	15,1 %
celkem	119	100 %

Tab. č. 16: Položka č. 15 – O čem si nejčastěji povídáte s personálem?

TYP ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDI	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDI
o soukromém životě	30	28,6 %
o zdravotním stavu	51	48,6 %
o strachu	6	5,7 %
o svých potřebách	15	14,3 %
o něčem jiném – o ničem	3	2,9 %
celkem	105	100 %

Tab. č. 17: Položka č. 16 – Jaké jsou pro Vás informace podávané personálem?

TYP ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDI	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDI
srozumitelné, vždy sdělení rozumím	28	26,7 %
spíše srozumitelné, většinou sdělení rozumím	63	60 %
spíše nesrozumitelné, většinou sdělení nerozumím	8	7,6 %
nesrozumitelné, nikdy sdělení nerozumím	6	5,7 %
celkem	105	100 %

Tab. č. 18: Položka č. 17 – Jaký je dle Vás celkový přístup personálu v rámci komunikace?

TYP ODPOVĚDI	STANOVENÉ VÝROKY									
	VÝROK 1	VÝROK 1	VÝROK 2	VÝROK 2	VÝROK 3	VÝROK 3	VÝROK 4	VÝROK 4	VÝROK 5	VÝROK 5
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
zcela souhlasím	73	69,5 %	68	64,8 %	71	67,6 %	81	77,1 %	79	75 %
spíše souhlasím	24	22,8 %	28	26,7 %	25	23,8 %	16	15,2 %	17	16,2 %
spíše nesouhlasím	7	6,7 %	8	7,6 %	8	7,6 %	7	6,7 %	8	7,6 %
vůbec nesouhlasím	1	1 %	1	1 %	1	1 %	1	1 %	1	1 %
celkem	105	100 %	105	100 %	105	100 %	105	100 %	105	100 %

Tab. č. 19: Položka č. 18 – Pociťujete, že je Vám při komunikaci projevována dostatečná úcta a respekt?

TYP ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDI	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDI
ano	74	70,5 %
spíše ano	23	21,9 %
spíše ne	4	3,8 %
ne	4	3,8 %
celkem	105	100 %

Tab. č. 20: Položka č. 19 – Co nejvíce oceňujete při komunikaci mezi Vámi a personálem?

TYP ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDI	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDI
dotek	35	33,3 %
úsměv	26	24,8 %
naslouchání	14	13,3 %
projevení zájmu	16	15,2 %
radu či pomoc	12	11,4 %
něco jiného – nic	2	1,9 %
celkem	105	100 %

Tab. č. 21: Kde nejčastěji probíhá komunikace mezi Vámi a personálem?

TYP ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDI	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDI
na pokoji	86	81,9 %
na chodbě	10	9,5 %
v jídelně	9	8,6 %
jinde	0	0 %
celkem	105	100%

Tab. č. 22: Položka č. 21 – Jaké charakteristiky má komunikace ze strany personálu k Vám?

	TYP ODPOVĚDI					
	1	2	3	4	5	
zjednodušená	10	34	36	22	3	složitá
	9,5 %	32,4 %	34,3 %	21 %	2,9 %	
stručná	24	36	28	13	4	obsáhlá
	22,9 %	34,3 %	26,7 %	12,4 %	3,8 %	
pomalá	15	47	22	17	4	rychlá
	14,3 %	44,8 %	21 %	16,2 %	3,8 %	
se zdůrazňováním	21	42	23	15	4	bez zdůrazňování
	20 %	42,9 %	21,9 %	14,3 %	3,8 %	
s opakováním sdělení	6	40	29	23	7	bez opakování sdělení
	5,7 %	38,1 %	27,6 %	21,9 %	6,7 %	
s nadměrnou mimikou	3	10	34	44	14	bez nadměrné mimiky
	2,9 %	9,5 %	32,4 %	41,9 %	13,3 %	

Tab. č. 23: Položka č. 22 – Pripadá Vám v pořádku to, jak s Vámi personál komunikuje?

TYP ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDI	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDI
ano	53	50,5 %
spíše ano	38	36,2 %
spíše ne	12	11,4 %
ne	2	1,9 %
celkem	105	100 %

Tab. č. 24: Položka č. 23 – V čem spatřujete největší změnu v oblasti naplňování potřeb mezi domácím prostředím a prostředím na geriatrickém oddělení?

KATEGORIE ODPOVĚDÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDÍ	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDÍ
samota v domácnosti	39	24,2 %
kontakt s ostatními lidmi na oddělení	20	12,4 %
větší komfort na oddělení	9	5,6 %
odlišná péče	15	9,3 %
režim a pravidla na oddělení	23	14,3 %
doma je rodina	18	11,2 %
doma je větší klid	17	10,6 %
v ničem	20	12,4 %
celkem	161	100 %

Tab. č. 25: Položka č. 24 – Co byste konkrétně změnil(a) v oblasti naplňování potřeb na geriatrickém oddělení?

KATEGORIE ODPOVĚDÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST ODPOVĚDÍ	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDÍ
asi nic	38	36,2 %
vůbec nic	19	18,1 %
nic	32	30,5 %
nevím	16	15,2 %
celkem	105	100 %