

# **Komunikace jako nástroj spokojenosti gerontologických pacientů s ošetrovatelskou péčí v nemocnici**

Monika Nováková

---

Bakalářská práce  
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2017/2018

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika Nováková**

Osobní číslo: **H15063**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Komunikace jako nástroj spokojenosti gerontologických pacientů s ošetrovatelskou péčí v nemocnici**

Zásady pro vypracování:

**Vypracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vypracování osnovy teoretické části bakalářské práce.**

**Příprava metodiky praktické části bakalářské práce.**

**Realizace výzkumu technikou dotazníku.**

**Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.**

**Prezentace výsledků výzkumu a jejich shrnutí.**

**Diskuse a závěr bakalářské práce.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**BUTTARO, Terry Mahan a Kate BARBA. Nursing care of the hospitalized older patient. Ames: Wiley-Blackwell, 2013. ISBN 978-0-8138-1046-1.**  
**ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. Úvod do gerontologie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.**  
**ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.**  
**HEGYI, Ladislav. Sociálna gerontológia. Bratislava: Herba, 2012. ISBN 978-80-89171-99-6.**  
**KLEVETOVÁ, Dana. Motivační prvky při práci se seniory. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0102-3.**

Vedoucí bakalářské práce:

**doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

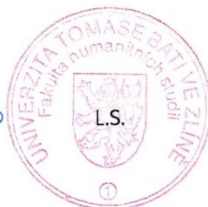
**5. ledna 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**18. května 2018**

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně ..... 28. 2. 2018 .....

..... Nováková

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

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

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce pojednává o komunikaci jako nástroji spokojenosti gerontologických pacientů s ošetrovatelskou péčí v nemocnici. Skládá se ze dvou částí - teoretické a praktické. V teoretické části je popsána komunikace, její druhy a komunikace se seniory ve zdravotnickém zařízení. Práce dále obsahuje pojmy stáří, stárnutí, jsou popsány změny ve stáří, zhodnocení geriatrického pacienta a geriatrická oddělení.

V praktické části byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda - dotazník. Cílem práce bylo zjistit, zda jsou geriatrickí pacienti spokojeni s komunikací se zdravotnickým personálem. Zajímalo nás, co podle geriatrických pacientů je příčina nespokojenosti s komunikací. Celkem jsme zpracovali data od 100 respondentů z gerontologických oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně.

Klíčová slova: komunikace, stáří, stárnutí, geriatrie, gerontologie

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with communication as a tool of gerontological patients' satisfaction with nursing care in hospital. It consists of two parts - theoretical and practical. The theoretical part describes communication, its types and communication with the elderly in the health care facility. The work also includes concepts of anxiety, aging, age changes, geriatric patients and geriatric departments.

In the practical part, a quantitative research method was chosen - a questionnaire. The aim of the work was to find out whether the geriatric patients are satisfied with the communication with the medical staff. We were wondering what, according to geriatric patients, is the cause of dissatisfaction with communication. In total, we processed data from 100 respondents from the gerontological departments of the Tomas Bata Regional Hospital in Zlín.

Keywords: communication, age, aging, geriatrics, gerontology

Touto cestou bych chtěla poděkovat paní doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc., vedoucí mé bakalářské práce, za odborné vedení, ochotu, čas a cenné rady, které mi poskytla. Také chci poděkovat všem respondentům, kteří ochotně vyplnili dotazník k této bakalářské práci. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za podporu a trpělivost během celého studia.

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

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....</b>	<b>12</b>
1.1 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	14
1.2 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	15
1.3 KOMUNIKACE SE SENIORY.....	15
1.4 KOMUNIKACE SE SENIORY S PORUCHAMI.....	16
<b>2 GERONTOLOGIE A GERIATRIE.....</b>	<b>18</b>
2.1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	19
2.2 DĚLENÍ STÁŘÍ.....	20
2.3 ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	21
2.3.1 Tělesné změny.....	21
2.3.2 Psychické a sociální změny.....	22
2.4 GERIATRICKÁ KŘEHKOST.....	23
2.5 AGEISMUS.....	23
<b>3 GERIATRICKÝ PACIENT V NEMOCNICI.....</b>	<b>25</b>
3.1 HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU SENIORŮ.....	26
3.2 NEMOCI VE STÁŘÍ.....	27
3.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	28
3.4 GERIATRICKÁ ODDĚLENÍ.....	28
3.4.1 Lůžková zdravotní péče.....	29
3.4.2 Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně.....	29
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>31</b>
<b>4 VÝZKUM A JEHO CHARAKTERISTIKA.....</b>	<b>32</b>
4.1 CÍLE VÝZKUMU.....	32
4.2 CHARAKTERISTIKA DOTAZNÍKU.....	33
4.3 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	33
4.4 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	34
<b>5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ.....</b>	<b>35</b>
<b>6 DISKUZE.....</b>	<b>62</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>66</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>70</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>72</b>



<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>73</b>
---------------------------	-----------

## ÚVOD

Téma bakalářské práce je Komunikace jako nástroj spokojenosti gerontologických pacientů s ošetrovatelskou péčí v nemocnici. Tohle téma jsem si zvolila z důvodu osobního, protože během mé praxe ve zdravotnickém zařízení jsem se nejvíce starala o gerontologické pacienty, kteří byli přítomni skoro na každém nemocničním oddělení.

Dalším důvodem bylo, že gerontologických pacientů přibývá a komunikace je pro ně velice důležitá a je vhodné, aby zdravotnický pracovník věděl, jak s gerontologickými pacienty komunikovat, proto jsem se rozhodla tímhle tématem blíže zabývat.

Otázka kvality ošetrovatelské péče nesouvisí pouze např. s podáváním léků, úpravou lůžka, ale také s kvalitní komunikací s pacientem. Přibývá sice stále více administrativní práce, ale je na každé všeobecné sestře, jak si zorganizuje svoji práci, aby měla nějaký čas na komunikaci s nemocnými.

Komunikovat s druhými lidmi má potřebu každý člověk, každý sice v rozdílné míře. Ve zdravotnickém zařízení je komunikace důležitá např. v rámci zpracování anamnézy nebo ke zjišťování potřeb nemocného.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. První část je teoretická, kde se v první kapitole zabýváme komunikací, druhy a komunikací s gerontologickými pacienty. Ve druhé kapitole popisujeme stáří a stárnutí, gerontologii a geriatrii. Třetí kapitola obsahuje zhodnocení geriatrického pacienta a geriatrická oddělení.

V praktické části zjišťujeme, zda jsou gerontologičtí pacienti spokojeni s komunikací se zdravotnickým personálem. Výzkum jsme realizovali kvantitativní výzkumnou metodou, technika dotazníku. V závěru praktické části shromážděná data analyzujeme, vyhodnocujeme a prezentujeme.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Slovo komunikace je odvozeno z latinského slova „commune“ a znamená držet se společně. Proces komunikace zahrnuje vždy více než jednu osobu, patří k běžnému životu a je součástí edukace. Prostřednictvím komunikace člověk vyjadřuje své pocity, potřeby a přání. Ztráta schopnosti komunikovat může ohrozit člověka v jeho nezávislosti. Tvoří základ ošetrovatelské péče, kdy se setká člověk s člověkem a setkání se bez komunikace neobejde (Mauk, c2006, s. 88 – 122; Špatenková a Králová, 2009, s. 9).

Schopnost komunikace závisí však na určitých faktorech člověka, ke kterým například patří inteligence, individuální psychika, dědičné dispozice a sociální zkušenosti. Vždy má účel a cíl. Základní znak je zpětná vazba. Komunikace znamená přenos myšlenek, emocí, postojů a jednání. Sociální komunikace je přenos informací od jedné osoby k druhé. Vznik informace je předpoklad komunikace. Informace se může přenášet prostřednictvím informačních kanálů, kterými jsou smyslové orgány nebo souborem technických prostředků jako je například telefon. Místa, kde dochází ke komunikaci, se nazývají komunikační kanály. Komunikační šum je každý faktor, který brání v komunikaci. Může se jednat o šum mechanický, fyzický nebo psychický (Hegyí a kol., 2012, s. 164 – 167; Linhartová, 2007, s. 11 – 13).

Základní funkce komunikace je: informativní, instruktivní, přesvědčovací, posilující a motivující, zábavná, socializační a společensky integrující, funkce osobní identity, poznávací, svěřovací a úniková funkce. Spojením účelu, způsobu a okolností mezilidského komunikování se jedná o komunikační styly. Rozlišuje se **pět komunikačních stylů** podle účelu a průběhu komunikace. Jedná se o styl konvenční, konverzační, operativní, vyjednávací a osobní. Konvenční styl probíhá krátkou chvílí. Základ zdravého komunikování je styl konverzační, kdy dochází k výměně informací a názorů. V operativním stylu jsou jasně vymezené role a pozice. Vyjednávací styl se používá v době nezbytného rozhodnutí. V rámci osobního stylu jsou důležité emoce. V ošetrovatelské praxi může všeobecná sestra uplatnit komunikační styl symetrický nebo asymetrický. V symetrickém stylu je rovnost mezi všeobecnou sestrou a pacientem, kdy mají stejná práva. Vztahová nerovnost je v rámci asymetrického stylu, pacient je závislý na všeobecné sestře. V rámci zdravotnické praxe se uplatňují modely komunikace. Jedná se o model terapeutický, model kvalifikovaných lidských vztahů, sociální, informační, hovorový a dialogický model. Terapeutický model je zaměřen

na pacienta a je součástí ošetrovatelské péče. Sociální model znamená způsob komunikace, který užívá všeobecná sestra (Zacharová, 2016, s. 10 – 18).

Pro kvalitní komunikaci je důležitá empatie. Empatie je vcítění se do problémů druhých lidí. Schopnost empatie má každý člověk, ale v jiné míře. Rozlišuje se kognitivní a afektivní. Kognitivní empatie je vnímání druhé osoby pomocí vlastní představivosti a afektivní znamená emocionální reakce na city (Hegyí a kol., 2012, s. 164 – 167).

Komunikace se nejčastěji dělí na **verbální a neverbální**, neboli nonverbální. Každý člověk komunikuje prostřednictvím slov a tělem. Častěji je mnohem důležitější neverbální stránka komunikace, než jsou samotné slova. Důležité je sjednocení verbální a neverbální složky komunikace, aby nedošlo k případnému nepochopení (Juřeníková, 2010, s. 16; Klevetová, 2017, s. 106).

Mezi faktory ovlivňující komunikaci patří například psychické a obecné faktory. Mezi obecné se řadí věk, vzdělání, zdravotní stav, smyslová porucha, zhoršení kognitivních funkcí, faktory prostředí, zájem ze strany seniora o komunikaci a zájem a ochota ze strany zdravotnického personálu komunikovat (Kutnohorská a Plisková, 2017, s. 24).

**Naslouchání** patří k základním dovednostem v komunikaci. Mezi techniky aktivního naslouchání podle Klevetové patří reflexe, parafráze, povzbuzení, drobné zdvořilosti, mlčení, pohled, dotyk, shrnutí a vzájemné setkání. Odraz neboli reflexe je vyjádřit a pochopit myšlenky a pocity člověka. Nikdy nesmí všeobecná sestra člověka za vyslovené pocity, nebo myšlenky kritizovat. Součástí komunikace je také mlčení, pohled a dotyk (Klevetová, 2017, s. 117 – 118).

Při kontaktu s druhou osobou může každý člověk reagovat různým způsobem. Existují tři základní typy chování. Jde o pasivitu, agresivitu a asertivitu. O pasivitu se jedná, když se potlačují a porušují vlastní práva. Pasivní člověk se podřizuje okolí a přebírá názory druhých. U těchto osob dochází k nenaplnění potřeb, mají strach a úzkost. Při agresivním chování se porušují práva druhých lidí. Asertivita znamená dodržení práv svých i ostatních (Zacharová, 2016, s. 85 – 87).

Ve zdravotnictví začíná komunikace oslovením. Každý člověk má právo na oslovení pan / paní a příjmení. Každému člověku se vyká, tykání není dovoleno. Při navázání kontaktu s pacientem a zdravotníkem je velmi důležité, aby se zdravotník představil a ozřejmil svou funkci v nemocničním zařízení. Důležité je to z důvodu, že pacient nezná nové prostředí,

nové lidi, má strach, je vystrašený a nejistý. Komunikační schopnosti u jedince nejsou dané ani nejsou neměnné (Hegyi a kol., 2012, s. 168 – 169).

U starého člověka je komunikace specifická z důvodu poruchy smyslového vnímání, neurologického onemocnění, kognitivní poruchy nebo psychiatrického onemocnění. Je důležité věnovat pacientovi dostatek času, pozornosti a prostoru. Dále je důležitá vzájemná důvěra, úcta a respekt ve vztahu pacient a všeobecná sestra (Poledníková, 2013, s. 64).

Ve zdravotnictví se může vyskytnout **devalvace**. Jedná se o snižování hodnoty druhého člověka. Jedná se například o hrubé chování, skákání do řeči nebo zneužití důvěrných informací. Může se takhle chovat nejen všeobecná sestra, ale i pacient (Zacharová, 2016, s. 25 – 26).

## 1.1 Neverbální komunikace

Ve zdravotnictví je neverbální komunikace důležitou složkou sociální interakce a vzájemného dorozumění. Jedná se o komunikaci beze slov. Skládá se z více složek jako je mimika, proxemika, haptika, posturika, gestikulace a vzhled (Hegyi a kol., 2012, s. 165; Poledníková, 2013, s. 65 – 66).

**Mimika** je dorozumívací prostředek, který jak pozitivně nebo negativně umocňuje verbální kontakt. Tvář je základním komunikačním orgánem těla, největší úkol hrají svaly tváře. Vyjadřují pocity, životní postoje, názory, myšlení a způsob života. Úsměv naznačuje dobrý a přátelský vztah a je projev náklonnosti. U pacienta mimika mnohé prozradí, můžeme pozorovat strach pacienta, úzkost nebo nedůvěru. Důležité při komunikaci je přímý zrakový kontakt (Hegyi a kol., 2012, s. 165; Poledníková, 2013, s. 65).

**Proxemika** znamená vzdálenost mezi lidmi při komunikaci. Při ošetřování starého člověka všeobecná sestra využívá většinou osobní zónu. Do intimní zóny, která je 15 - 45 cm, se všeobecná sestra dostává při komunikaci se seniorem, při léčebných nebo ošetrovatelských výkonech (Hegyi a kol., 2012, s. 165 – 166; Poledníková, 2013, s. 65).

**Haptika** je důležitá k navýšení důvěry. Může se jednat o podání ruky, pohlazení nebo polohování ruky. Dotyky mohou být přímo na kůži nebo přes oblečení. Ve zdravotnictví se haptika využívá například na pozitivní ovlivnění pacienta (Hegyi a kol., 2012, s. 166; Poledníková, 2013, s. 65).

**Posturika** znamená přenos informací polohou a držením těla. Z polohy se lze dozvědět rozčilení, nervozita nebo radost. Pohyb těla, neboli **kinezika** odráží zdravotní stav pacienta. Pacient formou gesta doplňuje nedomluvené slovo, jedná se o **gestikulaci**. Ve zdravotnictví se gesta nejvíce uplatňují u pacientů, kdy je nemožnost verbální komunikace následkem úrazu nebo vážného onemocnění, například po cévní mozkové příhodě (Hegyí a kol., 2012, s. 166).

Při příjmu pacienta si všeobecná sestra všímá **vzhledu** pacienta, který ji mnohé napoví. Všímá si tělesné konstituce, barvy kůže, hmotnosti, úpravy zevnějšku a oblečení. Pacient si na všeobecné sestře také všímá úpravy zevnějšku. V pacientovi neupravený zevněšek všeobecné sestry může vyvolat obavy a strach (Poledníková, 2013, s. 66; Šatenková a Králová, 2009, s. 29 – 30).

## 1.2 Verbální komunikace

Verbální komunikace je dorozumívání pomocí slov a symbolů. Existují dvě podoby - mluvená a psaná. Verbální komunikace je vývojově mladší než neverbální. V komunikaci by edukátoři měli dávat přednost českým slovům před odbornými názvy. Mluvit spisovně, nikdy neodbíhat od tématu a komunikace by měla být logicky uspořádaná. Využívají se zvukové prostředky řeči: hlasitost, výška tónu řeči, rychlost řeči, pomlky a délka projevu (Juřeníková, 2010, s. 16 – 17; Linhartová, 2007, s. 11).

Důležitá je osobnost jedince v rámci komunikace. Člověk může být introvert, extrovert, egoista, submisivní osobnost nebo liberál. Pro geriatrického pacienta má důležitý význam, potřebuje se vyhovorit. Otázky všeobecné sestry mají být jasné, jednoduché a srozumitelné. Všeobecná sestra musí nechat seniorovi dostatek času na odpověď (Poledníková, 2013, s. 66; Zacharová, 2016, s. 30).

## 1.3 Komunikace se seniory

Každý člověk potřebuje komunikovat, alespoň nějakou mírou. Starý člověk má mnoho zkušeností, zážitků, starostí, které potřebuje někomu říci. Je důležité, aby si každá všeobecná sestra našla nějakou chvíli na seniora a dokázala mu naslouchat. Měla by projevit zájem. Pro vytvoření dobrého vztahu se seniorem je nejdůležitější věnovat svůj čas, předat důležité informace a dát seniorovi dostatek času na zpracování získaných informací. Kontakt očí a vcítit se do pocitů člověka, je také velmi důležité. Je třeba se předem zamyslet,

jaký druh rozhovoru se povede se seniorem. Bude to rozhovor podporující, edukační, motivující, naslouchací, nebo zda je potřeba zjistit nějaké důležité informace. Je dobré si vymezit délku času rozhovoru se seniorem a na začátku rozhovoru mu ji sdělit. Předejde se tím k nedorozumění ze strany seniora. Na začátku každého rozhovoru je důležitý pozdrav a oslovení. Někdy je mnohem důležitější pouze naslouchat. Starý člověk ví, že je někdo přítomen a to mu stačí. Informace seniorovi podávat postupně, ne najednou a ověřit si zda jim rozumí. Nikdy se nesmí odsuzovat chování seniora. V rozhovoru seniora nepřerušovat a neodmítat ho. Seniorovi nevnučovat cizí názor. Starší lidé rádi slyší pochvalu na jejich vzhled a oblečení (Klevetová, 2017, s. 107 – 126).

Při komunikaci je důležité udržovat určité zásady. Vždy se respektuje identita člověka, zachovává se lidská důstojnost, bere se na vědomí pomalejší psychomotorické tempo a snížená pohyblivost. Informace nepodávat najednou, vždy se informace opakují a v případě potřeby informace napsat na papír. Otázky pokládat jasné a srozumitelné. Nepoužívat cizí slova nebo latinskou terminologii. Se seniorem udržovat oční kontakt, nezvyšovat hlas. Mluvit v jednoduchých větách, kterým senior rozumí. Nikdy nevnučovat pomoc, když ji senior odmítá. Nemluvit se seniorem jako s dítětem. Dodržuje se Evropská charta práv pacientů (Hegyí a kol., 2012, s. 169; Zacharová, 2008, s. 588).

Mezi **chyby** v komunikaci zdravotnického personálu se seniorem patří netrpělivost, nervozita při komunikaci, vyhýbání se tématům, které senior navrhne, nedostatek času, soukromí a skákání do řeči. Verbální a neverbální složka je odlišná. K faktorům neúčinné komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem, které mohou ohrozit pacienta, patří např. kulturní rozdíly, nedostatek zkušeností, jazykové bariéry a zastrašování (Buttaro a Barba, 2013, s. 526; Hegyí a kol., 2012, s. 169).

Mezi oblíbená témata, o kterých senioři rádi hovoří, patří životní témata. Rádi mluví o svém dětství, škole, koníčcích, zaměstnání a manželství. Dalšími oblíbenými tématy jsou politika, rodinné události, zvyky a vzpomínky. Do komunikace se seniorem je vhodné začlenit rodinu a příbuzné. Rodina přináší informace o seniorovi, ale také se podílí na edukaci seniora v domácím prostředí (Klevetová, 2017, s. 126; Zacharová, 2008, s. 588).

#### 1.4 Komunikace se seniory s poruchami

S věkem přibývá nemocí a zvyšuje se u osob i výskyt **demence**. Na gerontologických odděleních je mnoho pacientů s demencí a je vhodné umět s nimi správně komunikovat.



Vždy seniora správně oslovovat, hovořit pomalu a srozumitelně, vyvarovat se dlouhým a složitým větám. O každém výkonu seniora předem informovat. Nikdy nevyvracovat pocity pacientů. Seniora nikdy nepřehlížet, nenapomínat ani neodmítat. Důležité je i chválit za maličkost. Komunikace se seniorem s **poruchou zraku** má jistá specifika a je nutné je respektovat. Vždy je nutné se představit jménem a funkcí ve zdravotnickém zařízení. Oslovení a pevný dotyk, aby senior věděl, kde personál stojí. Každý výkon dostatečně předem vysvětlit a používat přesné výrazy. Nikdy nejednat s průvodcem osoby, ale vždy s osobou s poruchou zraku. V místnosti zbytečně nestěhovat věci. Při odchodu z místnosti seniora upozornit. Komunikace se seniorem s **poruchou sluchu** má rovněž nějaké zásady, které je nutné dodržovat. Mluvit pomalu, zřetelně a v jednoduchých větách. Nemluvit o více tématech najednou. Je nutný dostatek světla, aby senior dobře viděl na ústa mluvícího. Nikdy nestát k seniorovi zády. Verbální a neverbální komunikace musí být vždy ve shodě, aby nedošlo k omylu (Kleветová, 2017, s. 126 – 136).

U seniorů s **poruchou řeči** je důležitá trpělivost. Mluvit pomalu, neopakovat špatně vyslovená slova. Je-li přítomna afázie a senior není schopen mluvit, využívá se mimika a gesta (Linhartová, 2007, s. 77).

## 2 GERONTOLOGIE A GERIATRIE

Ošetrovatelství v gerontologii se zabývá péčí o základní potřeby starého člověka, udržení soběstačnosti a nezávislosti při každodenních činnostech. Zabývá se podporou psychické, sociální a fyzické výkonnosti. Autorem pojmu gerontologie byl mikrobiolog a imunolog Ilja Iljič Mečnikov v 19. století. Pojem geriatrie vznikl ve 20. století (Čevela a kol., 2012, s. 55; Poledníková, 2013, s. 11).

Pojem **gerontologie**, vznikl spojením dvou slov *geron* neboli stařec a *logos*, nauka. Jedná se o souhrn poznatků, zabývajících se problematikou stáří, stárnutím a životem ve stáří. Nejde o samostatnou disciplínu, ale jde o multioborovou spolupráci. Zabývá se zákonitostmi, příčinami a projevy stárnutí. Rozděluje se na tři směry: experimentální, sociální a klinická. Experimentální gerontologie, nazývaná někdy jako teoretická, zkoumá proč, a jak živé organismy stárnou. Klinická gerontologie zkoumá zdravotní a funkční stav, zabývá se i problémy geriatrické křehkosti a zvláštnostmi chorob ve stáří. Gerontologie sociální se zabývá vztahem starého člověka a společnosti. Jde o mnoho aspektů, například: demografie, ekonomie, filozofie a další (Čeledová a kol., s. 16 – 17; Čevela a kol., 2012, s. 63 – 64; Hegyi a kol., 2012, s. 11).

**Geriatrie** je samostatný lékařský obor. V České republice je od roku 1983. Poskytuje péči osobám ve vyšším věku nad 65 let. Zabývá se zdravím ve stáří, jeho udržováním, geriatrickou křehkostí seniorů, zvláštností chorob, diagnostickými a léčebnými postupy. Zakladatel geriatrie byl Ignatz Leo Nascher. Jedná se o specializační klinický obor, který vychází z vnitřního lékařství a přesahuje do dalších oborů. Jde o obory například neurologie, rehabilitace a psychiatrie. Pacienti jsou křehcí a jsou ohroženi geriatrickými komplikacemi a syndromy. Práce s geriatrickými pacienty je týmová a vychází z kompletního zhodnocení geriatrického pacienta. Skládá se ze složek akutní i chronické, preventivní, paliativní, rehabilitační, ošetrovatelské, klinické a organizační (Čevela a kol., 2012, s. 65; Topinková, 2005, s. 3).

Sociální geriatrie se zabývá příčinami vzniku, průběhem a následky nemocí ve vyšším věku. Jedná se o nástroj, který vede ke zlepšení situace starého člověka. Lékař musí dobře ovládat medicínu a sociální zákony (Hegyí a kol., 2012, s. 14).

## 2.1 Stáří a stárnutí

Stáří je výsledek stárnutí a zároveň se jedná o poslední vývojovou etapu v lidském životě. Může napodobovat rozdílné podoby, na jejichž vliv mají různé faktory, mezi které se řadí vlivy prostředí, genetické dispozice, vlastní involuce, životní způsob a jiné. Nejde o konec života, ale až smrt přináší konec (Čeledová a kol., 2016, s. 11 – 17; Čevela a kol., 2014, s. 18; Klevetová, 2017, s. 12; Poledníková, 2013, s. 37).

Člověk začíná stárnout v momentě narození. Jedná se o přirozený proces, který postupně ohrožuje orgány a funkce orgánů, ale i psychiku člověka. V procesu stárnutí jde o funkční zhoršování vlastností, pokles rezerv organismu, pokles funkcí a změnu biorytmů (Čevela a kol., 2012, s. 20; Dienstbier, 2012, s. 13 – 15).

Stárnutí probíhá v oblasti biologicky - fyziologické, psychické a sociální. Absolutní stárnutí znamená zvyšování počtu starších lidí v populaci. Relativní stárnutí je zvyšování jejich počtu v procentech v populaci. Důsledkem stárnutí lidí jsou vyšší náklady na zdravotnickou a sociální starost. Existují dva způsoby stárnutí, jedná se o normální a předčasné stárnutí. Předčasné stárnutí vzniká v důsledku poruchy v biologickém vývoji nebo z důvodu přetěžování organismu, například silné kouření (Hegyí a kol., 2012. s. 17 – 23; Kutnohorská a Plisková, 2017, s. 12).

Stárnutí může nabývat trojí podoby. Jedná se o úspěšné stárnutí a zdravé stáří, obvyklé stárnutí a stáří a patologické stárnutí. Úspěšné stárnutí a zdravé stáří, kdy funkční a zdravotní stav jedince na stáří odpovídá prostředí a sociální situaci. V obvyklém stárnutí a stáří existuje nepoměr mezi zhoršeným zdravotním a funkčním stavem jedince, psychickými nároky a potřebami prostředí. A poslední podobou stárnutí je patologické stárnutí, ve kterém je zdravotní a funkční stav jedince mnohem horší než u jedinců ve stejné situaci (Čevela a kol., 2012, s. 28).

**Zdravé stárnutí** je závislé na určitých faktorech. Mezi faktory se řadí genetika a životní styl jedince, který přispívá k menšímu vzniku onemocnění. Dalšími faktory jsou udržování optimální váhy a krevního tlaku, cvičení, dostatek ovoce, zeleniny a vlákniny, nekouřit a snížit stres (Buttaro a Barba, 2013, s. 2 – 3).

U starších lidí se většinou vyskytuje přítomnost více onemocnění, to označuje pojem **multimorbidity**. Rizika multimorbidity spočívají v důsledku vzniku akutních onemocnění, výskytu komplikací a v dlouhodobé hospitalizaci (Hegyí a kol., 2012. s. 28).

## 2.2 Dělení stáří

Lidský život a jeho délka je zkracována různými příčinami, jako jsou nemoci, úrazy, nepřiměřený životní způsob, dále vlivy vnějšího prostředí, ke kterým se řadí náročnost a nebezpečnost. Senioři se mezi sebou liší věkem, zdravotním a funkčním stavem, stylem života, vzděláním, rodinným zázemím, zájmy, koníčky, osobnostními rysy a představami o životě. Skupina seniorů je heterogenní (Čeledová a kol., 2016, s. 13 – 16; Čevela a kol., 2012, s. 19 – 27).

Ve členění stáří se obvykle užívají tři kritéria. První je kalendářní věk, dále biologické parametry a sociální status. Pojem **biologický věk** zahrnuje konkrétní míru involučních změn u jedince, které probíhají na fyziologické úrovni. Změny jsou nevratné, projevují se poklesem výkonnosti, změnami postavy, chůze, vlasů atd. **Sociální věk** je dán změnou v sociálních potřebách a rolích, dále sociálními zkušenostmi a sociálním statutem. Počátek sociálního stáří je odchod do důchodu. Dle Světové zdravotnické organizace se **kalendářní věk** dělí: do 60 let jde o střední věk, do 75 let časně stáří, dále do 90 let jde o vlastní stáří, neboli senium a dlouhověkost je nad 90 let. U dlouhověkosti je biologický věk nižší než kalendářní. Progerie je opak dlouhověkosti, kdy biologický věk je vyšší než kalendářní. Střední délka života se zvyšuje, podíl na to má zlepšování zdravotního a funkčního stavu (Čeledová a kol., 2016, s. 13 – 16; Čevela a kol., 2012, s. 19; Klevelandová, 2017, s. 12).

Další členění kalendářního stáří se dělí na mladé seniory 65 - 74 let, staré seniory 75 - 84 let a velmi staré seniory 85 let a více. Využívá se ještě členění lidí starších 65 let na kategorii třetího věku, mají aktivní nezávislý život a kategorii čtvrtého věku, kde mají lidé funkční deficit a jsou odkázáni na pomoc druhé osoby (Čevela a kol., 2012, s. 25 – 26).

Dle **funkční klasifikace** se senioři dělí na elitní seniory, zdatné seniory, nezávislé seniory, křehké seniory, závislé, zcela závislé seniory a umírající. Elitní senioři si zachovávají toleranci k vysokým výkonům až do vysokého věku. Zdatní neboli fit senioři, mají dobrou tělesnou a duševní kondici, ale už nezvládají extrémní zátěž. Nezávislí senioři nemají za běžných podmínek problém se soběstačností, ale potřebují pomoc v zátěžových a stresových situacích. Křehcí senioři mají problém s instrumentální aktivitou běžného života, mají nízkou zdatnost a jsou na hranici se soběstačností. Často u nich dochází k dekompenzaci zdravotního a funkčního stavu. Závislí neboli dependent senioři mají závažný funkční deficit, je postižena jejich mobilita a stabilita a je u nich nutná pomoc rodiny nebo pomoc od profesionální služby. Zcela závislí senioři jsou většinou upoutáni na lůžko, nebo mají po-

kročilou poruchu kognitivních schopností. Nezvládají sebeobsahu, proto je nutná trvalá pomoc druhé osoby. A umírající potřebují paliativní péči (Čeledová a kol., 2016, s. 47 – 48; Pokorná a kol., 2014, s. 10).

## 2.3 Změny ve stáří

Každé stárnutí organismu přináší změny, které postihují tělesné tkáně či orgány v lidském těle. Změny neprobíhají u každého jedince stejně, ale jsou rozdílné. Má na to podíl životní styl každého jedince nebo genetická predispozice. Dochází k poklesu, oslabení a zpomalení dřívějších funkcí v jednotlivých lidských systémech. Základní a obecný rys je atrofie, která má vliv na každý orgán. Změny ve stáří lze obecně rozdělit na **tělesné, psychické a sociální** (Klevetová, 2017, s. 23).

### 2.3.1 Tělesné změny

V procesu stárnutí probíhají v těle tělesné změny, které jsou viditelné, ale i neviditelné. Viditelné změny lze pozorovat na povrchu těla, na kůži, ve vlasech, na nehtech, potních a mazových žlázách. V důsledku snížené aktivity mazových žláz se kůže stává suchá. Objevují se stařecké skvrny, kůže ztrácí pružnost a elasticitu (Poledníková, 2013, s. 38 – 40).

**Pohybový systém** ve stáří prochází mnoha změnami. Zmenšuje se výška postavy, klesá rychlost a síla kontrakcí. Kosti se stávají křehčí a náchylnější ke zlomeninám. Starší lidé se pohybují pomaleji, je vyšší výskyt úrazů a fraktur. Dochází k tuhnutí chrupavek. Snižuje se svalová síla. Atrofie meziobratlových plotének způsobuje, že se páteř více ohýbá. Hladké svaly obvykle plní svou funkci i ve vysokém věku. Vápník se ukládá ve stěnách cév. Postupem času se stěny cév zužují a to vyvolává nedokrevnost v příslušné oblasti (Klevetová, 2017, s. 24; Poledníková, 2013, s. 38 – 40).

V rámci **kardiopulmonálního systému** je snížena funkce plic a vitální kapacita plic klesá. Snižuje se průtok krve v důležitých orgánech, který se nejvíce projevuje v ledvinách. Dochází ke kornatění cév. Častý je výskyt plicního emfyzému, který zvětšuje alveolární prostory. Snižuje se elasticita cév, která má za následek pružnickovou hypertenzi, kdy hodnota systolického tlaku je vyšší a diastolický tlak je v normě (Klevetová, 2017, s. 24 – 25).

**Trávicí systém** se vyznačuje poklesem tvorby slin a pankreatických šťáv. Funkce slinivky břišní a jater jsou sníženy a jsou méně výkonné. Vápník, železo a vitamín B12 se pomaleji

vstřebávají. Střeva ztrácejí svou hybnost a objevují se poruchy vyprazdňování (Klevetová, 2017, s. 25).

**Pohlavní a vylučovací systém** ve stáří se projevuje poklesem pohlavní činnosti. Ženám končí menstruace. Klesá kapacita močového měchýře, která vede k neschopnosti udržet moč, inkontinenci. Ledviny ztrácejí svou funkci, klesá jejich očišťovací schopnost. Počet glomerulů klesá (Klevetová, 2017, s. 25 – 26; Poledníková, 2013, s. 38 – 40).

V **nervovém systému** s přibývajícím věkem klesá počet buněk a prodlužuje se reakční doba. Ukládá se lipofuscin hlavně v nervových buňkách. Dochází ke zpomalování regulačních mechanismů. Odolnost k zátěži klesá. Zhoršuje se adaptace na nové životní podmínky. Senioři trpí spánkovou inverzí (Klevetová, 2017, s. 26).

Dochází ke snižování hustoty vlasových folikulů. Vlasy ztrácejí lesk, růst se zpomaluje a lidé šediví v důsledku změny počtu melanocytů. Je zhoršená adaptace na šero a tmu. Dochází ke zhoršování zraku, sluchu, ale i ostatních lidských smyslů. Ve stáří se nejvíce zhoršuje zrak a sluch. Zhoršuje se vidění, zmenšuje se zorné pole. Dochází ke slábnutí sluchu a zvětšování ušních boltců (Klevetová, 2017, s. 26; Kutnohorská a Plisková, 2017, s. 18 – 19; Poledníková, 2013, s. 38 – 40).

### 2.3.2 Psychické a sociální změny

S rostoucím věkem klesá vitalita a energie člověka. Zpomaluje se psychomotorické tempo. Začnou se projevovat poruchy paměti. Může se projevit sklon k úzkosti a depresi. Snižuje se schopnost adaptace na nové životní podmínky. Klesá schopnost přijímat a třídit nové informace. Starší lidé mají více strachu, nejistoty a úzkosti. Může se projevit změna osobnosti člověka ve vyšším věku. S narůstajícím věkem přibývá počet duševních onemocnění, také se zvyšuje výskyt demence. Senior ztrácí svou identitu, může být sociálně izolován (Klevetová, 2017, s. 28 – 30; Poledníková, 2013, s. 38 – 40).

Naopak narůstá citlivost a emocionalita, dochází ke střídání nálad. Senior je více unavený, má málo zájmů, nemá vůli se učit nové věci. Mohou se projevit povahové změny, které se dříve nevyskytovaly, nebo je senior dokázal skrývat. Může se jednat o lakomství, utrácení peněz nebo nedůvěřivost vůči okolí. Nejvýraznější sociální změnou je odchod do důchodu, kdy senior může pociťovat, že je přítěží pro rodinu, neužitečný a závislý na druhých. Objevují se u nich pocity nejistoty a méněcennosti (Hegyí a kol., 2012, s. 25 – 26; Poledníková, 2013, s. 41 – 42).

## 2.4 Geriatrická křehkost

Jedná se o nejvýznamnější geriatrický syndrom. Pojem se používá od devadesátých let a jde o stav, kdy se v organismu snižují funkční a adaptační schopnosti v mnoha oblastech. Pacienti s křehkostí jsou více závislí, protože mají menší schopnost vykonávat vlastnosti každodenního života (Buttaro a Barba, 2013, s. 1; Štěpánková a kol., 2014, s. 83).

Na geriatrickou křehkost neboli frailty se podílejí faktory psychické, biologické, neurobiologické, sociální, spirituální a faktory prostředí. Křehkost je dána nízkou zdatností, odolností, adaptabilitou a nízkým potencionálem zdraví (Čevela a kol., 2014, s. 31 – 32; Kalvach a Holmerová, 2008, s. 66).

Zahrnuje sarkopenii, neboli velkou a neúmyslnou ztrátu hmotnosti, zpomalení chůze a pocit únavy. Postupem času se k syndromu křehkosti přidávají další faktory. Jedná se o zhoršení kognitivních funkcí, deprese, ztráta zájmů a poruchy spánku. Varovné příznaky křehkosti jsou ztráta soběstačnosti, pády, možný vznik inkontinence, zhoršení kognitivních funkcí a značné nežádoucí účinky léků. Riziko výskytu geriatrické křehkosti narůstá s věkem, a proto je důležitá prevence a včasná diagnóza. Diagnóza geriatrické křehkosti zahrnuje anamnézu, klinické vyšetření a zhodnocení funkčního stavu (Holmerová a kol., 2014, s. 83 – 84).

Léčba příčiny křehkosti neexistuje, ale jde o komplexní ovlivňování změn a obtíží a kompenzaci deficitů. K obecným opatřením například patří: podpora pacienta, dlouhodobá fyzioterapie, využívání kompenzačních pomůcek a další (Kalvach a Holmerová, 2008, s. 67).

B. Iasaac v 70. letech 20. století formuloval koncept „geriatrických obrů“. Jde o časté nespecifické příznaky dekompenzace zdravotního stavu u křehkých geriatrických pacientů. Mezi příznaky patří instabilita, imobilita, zmatenost a inkontinence (Čeledová a kol., 2016, s. 51).

## 2.5 Ageismus

Ageismus značí diskriminaci na základě věku a začal se používat v 60. letech 20. století v USA. Pojem zavedl gerontolog a americký psychiatr Robert Butler. Může nabývat dvou podob. Diskriminace staršího člověka na základě věku nebo diskriminace na podkladě funkčního stavu a křehkosti. Častěji zahrnuje negativní představy o stáří (Čevela a kol., 2012, s. 107 – 108; Klevetová, 2017, s. 186).

Nejčastější formou diskriminace je násilí, které má formy zneužívání, zanedbávání nebo týrání seniorů. V nemocničním prostředí se jedná o zanedbávání ve smyslu například nepodání drahých léků nebo odmítnutí hospitalizace (Buttaro a Barba, 2013, s. 6; Hegyi a kol., 2012. s. 127).



### 3 GERIATRICKÝ PACIENT V NEMOCNICI

Ve světě tvoří starší lidé největší demografickou skupinu a jsou velkou skupinou hospitalizovaných pacientů v nemocnici. Starší lidé mají vyšší výskyt komplikací a většinou delší pobyt v nemocnici. Nemocniční péče nemůže být podceňována. U starších lidí jsou nejčastější příčiny smrti srdeční onemocnění, malignita a onemocnění mozku. K seniorské populaci je třeba přistupovat podle 5 základních principů. Jedná se o principy: zabezpečení, autonomie, důstojnost, participace a seberealizace (Buttaro a Barba, 2013, s. 1 – 9; Kalvach a kol., 2011, s. 82).

Každý člověk má právo na kvalitní ošetrovatelskou péči v nemocnici. Na začátku je důležité si zjistit informace o pacientovi, co ho trápí, jakou má diagnózu, zda má nějaké pohybové omezení nebo nějakou smyslovou vadu, která může bránit v ošetrovatelské péči a ke každému přistupovat individuálně. Při přijetí seniora do nemocničního zařízení si všeobecná sestra všímá soběstačnosti, inkontinence moče nebo stolice. Zdali pacient je spolupracující či nespolupracující, uzavřený, nebo bez zájmu o komunikaci (Klevetová, 2017, s. 53).

V nemocnici má každý senior nárok na péči, která je pro každého potřebná v jiné míře. Každý pacient je informován na základě svého stavu o své diagnóze a léčbě. Je považován za partnera v léčebném procesu. Pacient dostane informace o zdravém životním stylu, zdravé stravě a cvičení (Hegyí a kol., 2012. s. 117).

V léčbě geriatrického pacienta tvoří významnou roli geriatrický tým, který tvoří pacienti, lékaři, rodina nemocného, ošetřující personál, psychologové, pracovníci duchovní péče, sociální pracovníci, terapeuti a pomocný ošetřující personál (Schuler a Oster, 2010, s. 122).

Práva pacientů se odvíjí od Všeobecné deklarace lidských práv, která byla přijata v roce 1948. Mezi dokumenty patří například: Charta práv pacientů, která byla vydána Americkou asociací nemocnic, Charta práv a povinností pacienta, Charta hospitalizovaného pacienta, Lisabonská deklarace práv pacientů a další (Hegyí a kol., 2012. s. 117).

V dlouhodobé ústavní péči se může vyskytnout nevhodný způsob zacházení s geriatrickými pacienty. Může se jednat o ponižování, které se chápe jako nerespektování soukromí, nedostatek autonomie nebo důstojnosti. Nekomunikace ze strany zdravotnického personálu, nebo naopak zdravotnický personál komunikuje se seniory, jako s malými dětmi. Omezení pohybu, používání omezovacích prostředků a zanedbání výživy (Čevela a kol., 2012, s. 109 – 110).

**Geriatrické syndromy** se vyskytují u pacientů ve vyšším věku. Důležité je včas je nalézt a diagnostikovat. Správně nalezené syndromy vedou ke zlepšení potíží. Dělí se na somatické, psychické a sociální. Mezi somatické syndromy se řadí poruchy chůze a pohyblivosti, inkontinence moči, stolice a další. Demence, deprese nebo delirium jsou psychické syndromy a sociální je například sociální izolace a ztráta soběstačnosti (Topinková, 2005, s. 10).

### 3.1 Hodnocení zdravotního stavu seniorů

U starších pacientů je důležité věnovat dostatek času na kvalitní posouzení zdravotního stavu. Pokud není pacient sám schopen podat informace o zdravotním stavu je důležitá pomoc jeho rodiny nebo známých. Hodnocení je nutné provádět v místnosti, kde je klid a soukromí (Buttaro a Barba, 2013, s. 11).

K **celkovému zhodnocení** geriatrického nemocného se využívá CGA (Comprehensive Geriatric Assessment), které stanovuje zdravotní, funkční a psychosociální schopnosti. V rámci CGA se posuzuje osobnost seniora, tělesné zdraví, funkční výkonnost, duševní zdraví a sociální souvislosti. Má tři úrovně empirickou, orientační a podrobnou. V ošetrovatelské péči se pro vstupní zhodnocení využívá formulář SPICES. Jde o formulář důležitý k získání informací k prevenci poruch zdraví a změn u seniorů. Sledují se poruchy spánku, problémy s inkontinencí, s příjmem potravy, dále se sledují známky zmatenosti a poruchy kognitivních funkcí, pády a poškození kůže (Pokorná a kol., 2013, s. 9 – 12).

**Soběstačnost** seniora se hodnotí podle různých testů a škál. Základním testem je ADL dle Barthelové, jde o základní aktivity denního života, ve kterém se hodnotí schopnost pohybu na lůžku, úkony sebeobsluhy, přemístění pacienta z lůžka na křeslo, chůze, stání, schopnost se najíst, hygiena, schopnost komunikace, orientace a výkony fyziologické potřeby. Dalším testem na soběstačnost seniora je IADL (instrumentální aktivity denního života) dle Lawtona nebo Katze, ve kterém se hodnotí schopnost si nakoupit, uvařit, vést domácnost, pohyb mimo domov, používání dopravních prostředků, telefonování a nakládání s penězi. Škály se hodnotí podle objektivního zhodnocení stavu a znalosti seniora. Hodnocení je zaměřeno holisticky (Čeledová a kol., 2016, s. 52 – 53; Holmerová a kol., 2014, s. 80 – 81).

Screeningový test **mobility** slouží ke zhodnocení pohyblivosti, svalové síly, stability a obratnosti seniora. Fyzioterapeut nebo ergoterapeut provádí zhodnocení testu. Hodnotí aktivi-

ty, například otočení při chůzi nebo chůze po rovině asi 15 metrů. V praxi se nejčastěji používá časovaný Get up and Go test dle Tinettiové. Maximum bodů je 12. Čím vyšší hodnota tím lepší mobilita. Dalšími testy jsou Senior Fitness Test a Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů (Holmerová a kol., 2014, s. 82; Klevetová, 2017, s. 145 – 146).

U osob vyššího věku je důležité hodnotit **malnutrici**. Starší lidé mají často snížený pocit žízne a také méně se stravují. Pro ambulantní screening rizika malnutrice se používá škála pro hodnocení výživy. U hospitalizovaných pacientů se využívá Nottinghamský screeningový dotazník a klasifikace Body Mass Index (Klevetová, 2017, s. 167; Pokorná a kol., 2016, s. 57).

Ke zhodnocení závažnosti **kognitivní poruchy** se používá Folsteinův test, který ale nezachytí časná stádia. Hodnocení testu je běžná součást hospitalizace seniora (Čeledová a kol., 2016, s. 59; Pokorná a kol., 2016, s. 28).

Nejčastěji používaný test je Mini - Mental State Examination dle Folsteina, maximum bodů je 30 a 26 bodů již značí patologii a je nutné provést další vyšetření. Test hodin, je orientační test, který odhalí rychle kognitivní poruchu. Složitějšími testy jsou např. Addenbrookský test a Montrealský test. K vyšetření deprese se využívá Geriatrická škála deprese podle Yesavage, složená z 15 otázek (Štěpánková a kol., 2014, s. 81).

### 3.2 Nemoci ve stáří

Ve stáří narůstá geriatrická křehkost, geriatrické syndromy a zhoršuje se zdravotní a funkční stav. Projevují se změny na orgánech. S přibývajícím věkem narůstá závažnost nemocí, přibývají komplikace, zhoršuje se prognóza včetně rizika úmrtí. Prodlužuje se ošetrovatelská péče, zvyšuje se riziko ztráty soběstačnosti. Nemoci často probíhají atypicky a vzájemně se kombinují (Čevela a kol., 2012, s. 119 – 120).

Jestliže jsou příznaky chorob málo nápadné, jedná se o mikrosymptomatologii. Oligosymptomatologie či monosymptomatologie znamená, že chybí obvyklá škála příznaků nemoci. Nemoc je vyjádřena pouze jedním nebo několika málo příznaky. Nespecifické příznaky mohou ukazovat na více onemocnění nebo se mohou vyskytovat příznaky jiného orgánu. Syndromy druhotného postižení, kdy reaguje jiný orgán, než postižený. Většinou reaguje orgán s nejnižší funkční rezervou (Hegyí a kol., 2012. s. 29; Topinková, 2005, s. 8).

Je důležitá prevence v imobilitě, sarkopenii a dekonidice, malnutrice a dehydratace. Prevence imobility zahrnuje polohování a prevenci dekubitů a rehabilitační cvičení. Ztráta svalové hmoty a síly, neboli sarkopenie, u níž je důležitá rehabilitace v oblasti dýchání a trénink svalů na dolních končetinách. Prevence dehydratace u pacientů, kteří nemají schopnost udržovat dostatečný pitný režim, zahrnuje podávání infuzí na doplnění tekutin. Závažné a časté nemoci ve stáří jsou záněty dýchacích cest, záněty močových cest, úrazy a zlomeniny kostí, peptické vředy, arteriální hypertenze, obezita a mnoho dalších. Nemoci, které jsou věkově podmíněnými a vyskytují se častěji ve stáří, jsou kardiovaskulární choroby (ICHS, hypertenze), nemoci pohybového aparátu jako je osteoporóza a artróza, dále metabolická onemocnění, ke kterým patří diabetes mellitus 2. typu (Čevela a kol., 2012, s. 119 – 120; Topinková, 2005, s. 6).

### 3.3 Ošetrovatelská péče

Začátek ošetrovatelské péče sahá do doby raného středověku. Na rozvoj v péči měla vliv válka, která vyvolávala vyšší potřebu péče. První všeobecné nemocnice byly budovány od poloviny 18. století (Kutnohorská, 2010, s. 13 – 34).

Všeobecné sestry ve zdravotnických zařízeních plní vymezené role. Stávají se učitelem, poradcem, konzultantem nebo pedagogem. Musí mít dostatek odborných znalostí, schopnost spolupracovat v multidisciplinárním týmu při poskytování péče a hodnotit stav pacientů. Před každým výkonem je nutné, aby seznámili pacienta (Mastiliaková, 2015, s. 43 – 46).

Při poskytování ošetrovatelské péče všeobecné sestry respektují intimitu pacienta a zachovávají mlčenlivost (Ptáček a kol., 2011, s. 242).

Každý člověk má potřeby a ne vždy je lze uspokojit. Abraham Maslow vytvořil v 60. letech minulého století Dům životních potřeb. Potřeby se dělí na biologické, fyziologické, potřeba bezpečnosti, společenské potřeby, uznání a seberealizace (Haškovcová, 2010, s. 252 – 253).

### 3.4 Geriatrická oddělení

Geriatrická nemocniční oddělení zajišťují akutní starostlivost geriatrickým pacientům při dekompenzaci zdravotního nebo funkčního stavu, které nelze zvládnout v domácím prostředí (Čeledová a kol., 2016, s. 13 – 16; Poledníková, 2013, s. 14).

Péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. V roce 1983 byla geriatricke ustanovena jako samostatný lékařský obor. Léčebny pro dlouhodobě nemocné vznikaly od roku 1974. Oddělení se zakládá v nemocnicích okresního a vyššího typu. Hlavním úkolem geriatrických oddělení je zvládnout dekompenzace zdravotního a funkčního stavu co nejlépe (Holmerová a kol., 2014, s. 11 – 18).

V České republice se pohybuje kolem 7000 lůžek. LDN jsou formálně zařízení oboru geriatricke, ale mnohokrát se starají o mladé nemocné, nebo o umírající pacienty. Režim v LDN může být: léčebný, rehabilitační, ošetrovatelský, paliativní, sociální a speciální. Důraz je kladen na prevenci hospitalismu a maladaptativního syndromu (Kalvach a kol., 2011, s. 221 – 222).

### 3.4.1 Lůžková zdravotní péče

Existují čtyři typy lůžkové zdravotní péče. Jedná se o akutní lůžkovou péči intenzivní, standartní, následnou lůžkovou péči a dlouhodobou lůžkovou péči. **Akutní lůžková péče intenzivní** se poskytuje pacientům s náhlým selháním nebo v případě ohrožení základních životních funkcí. **Akutní lůžková péče standartní** se poskytuje při dekompenzaci chronického onemocnění, které vážně ohrožuje život, ale základní životní funkce neselhávají. Dále se poskytuje pacientům z důvodu provedení zdravotních výkonů, které se nedají provést ambulantně. **Následná lůžková péče** se poskytuje lidem, u kterých byla stanovena základní diagnóza, jejich stav je stabilizovaný, ale potřebují doléčení. A **dlouhodobá lůžková péče** u pacientů, jejichž zdravotní stav nelze léčebnou péčí zlepšit a je potřeba soustavná ošetrovatelská péče (Čeledová a kol., 2016, s. 73; Lenochová, 2010, s. 152).

### 3.4.2 Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně

V roce 1926 byly položeny základy ke stavbě nemocnice. Byl vybrán k vybudování a řízení nemocnice dr. Bohuslav Albert, který navrhl pavilonový systém nemocnice. Nemocnice byla vybudována ze soukromého kapitálu. Základní kámen byl položen 9. 4. 1927, 30. října 1927 se otevřela hlavní budova a dva pavilony. První pacient nemocnice byl přijat 21. 11. 1927 a byl středem pozornosti a zájmu. V roce 1935 měla nemocnice již čtrnáct pavilonů (Krátká a kol., 2011, s. 243 – 245).

V současné době má KNTB ve Zlíně 1084 lůžek. 146 lůžek je pro následnou péči. Hlavní cíl nemocnice je poskytnout kvalitní péči na každém oddělení (Krajská nemocnice T. Bati, a. s., online, ©2012).

Zakladatel Gerontologického centra v KNTB ve Zlíně byl prim. MUDr. Jaroslav Přehnal, CSc. (Holmerová a kol., 2014, s. 11).

V současnosti má Centrum klinické gerontologie 166 lůžek. Z toho 30 lůžek na oddělení akutní geriatrie, kde se pacienti léčí s akutními vnitřními nemocemi, akutně vzniklé chronické nemoci nebo pacienti s dekompenzací funkčního a zdravotního stavu. LDN - oddělení následné péče s rehabilitací má 115 lůžek. Jsou tam umístěováni pacienti po stabilizaci akutní fáze nemoci, na oddělení se obnovuje předchozí soběstačnost a cílem je snížit závislost na jiné osobě. Oddělení ošetrovatelské péče má 21 lůžek. Dále se skládá ze sociálních lůžek, které jsou 3. Sociální lůžka jsou placenou službou, pro pacienty, kteří už nepotřebují zdravotní péči, ale rodina není schopná se o ně postarat (Krajská nemocnice T. Bati, a. s., online, ©2012).

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 VÝZKUM A JEHO CHARAKTERISTIKA

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na objasnění termínů, jako je komunikace, stáří, gerontologie, geriatricie a vymezení ostatních pojmů dané problematiky. V části empirické se zabýváme výzkumem, jeho realizací, zpracováním a vyhodnocením výsledků.

Pojem výzkum znamená porozumět, vysvětlit a přezkoumat různé fenomény. Základní dělení výzkumu je kvalitativní a kvantitativní. Ve kvalitativním výzkumu se pracuje s malým počtem respondentů a nejčastěji se využívá metoda rozhovoru. Kvantitativní výzkum má za úkol popsat druh závislosti mezi proměnnými a pracuje s velkým počtem respondentů. U kvantitativního výzkumu se využívají metody např. dotazník nebo analýza dat (Kutnohorská, 2008, s. 13 – 14).

Metoda dotazníku je standardizovaný soubor otázek, které jsou předem připraveny. Jedná se o nejčastější a nejpopulárnější techniku. Dotazník musí obsahovat podstatné problémy, na které se hledá odpověď. Musí být sestaven tak, aby respondentu přitahoval. Otázky musí být jasné, zřetelné a jednoznačné. Obvykle se formulace otázek zkouší pilotáží před výzkumem. Nezávisle proměnné, např. věk, pohlaví patří k otázkám dotazníku. Závisle proměnné tvoří hlavní část dotazníku. Existují různé druhy dotazníků. Výhody techniky dotazníku jsou jednoznačné formulace otázek a možnost hromadného zpracování. Mezi nevýhody patří nemožnost nic doplnit při nepochopení a nízká návratnost dotazníků. Otázky v dotazníku mohou být otevřené, uzavřené, polootevřené, filtrační, projekční, kontrolní nebo škála (Kutnohorská, 2008, s. 41 – 43).

Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí standardizovaného dotazníku v tištěné formě. Cílovou skupinu respondentů výzkumného šetření tvořili gerontologičtí pacienti na LDN odděleních Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně. Kritériem pro výběr respondentů byl věk nad 65 let a ochota dotazník vyplnit.

Získaná data jsou shrnuta a prezentována ve formě tabulek a grafů.

### 4.1 Cíle výzkumu

Naším hlavním cílem bylo zjistit, jaký vliv má komunikace v nemocnici na spokojenost gerontologických pacientů.

K tomu byly stanoveny 3 dílčí cíle:



**Cíl 1 :** Zjistit, jak jsou geriatřičtí pacienti spokojeni s komunikací se zdravotnickým personálem.

**Cíl 2 :** Zjistit příčiny nespokojenosti v komunikaci s personálem.

**Cíl 3 :** Zjistit, jak by se podle geriatrických pacientů mohla komunikace se zdravotnickým personálem zlepšit.

## 4.2 Charakteristika dotazníku

Sestavili jsme dotazník, který obsahoval celkem 21 položek (Příloha P II: Dotazník). Úvod dotazníku seznamuje respondenty s cílem výzkumného šetření a ujistuje respondenty, že je dotazník zcela anonymní.

Položky č. 1 - 5 jsou identifikační, zjišťují věk, pohlaví respondentů, bydlení, poruchy a zda, již v nemocnici leželi.

Položky č. 6 - 11 se vztahují k prvnímu dílčímu cíli. Prostřednictvím těchto položek se snažíme zjistit, zda jsou geriatřičtí pacienti spokojeni s komunikací se zdravotnickým personálem.

Položky č. 12 - 17 se vztahují k druhému dílčímu cíli. Prostřednictvím těchto položek se snažíme zjistit, příčiny nespokojenosti s komunikací.

Položky č. 18 - 21 souvisí s třetím dílčím cílem. Pomocí těchto položek se snažíme zjistit, jak by se podle gerontologických pacientů mohla komunikace se zdravotnickým personálem zlepšit.

## 4.3 Organizace výzkumného šetření

Výzkumnému šetření předcházela předvýzkum, který byl realizován u 4 gerontologických pacientů, kteří splňovali stanovená kritéria. Následovalo upravení 3 otázek a poté byly finální dotazníky vytištěny a rozdány. Vzhledem k věku a stavu respondentů byly dotazníky rozdány osobně a s nesoběstačnými respondenty, kteří nebyli schopni vyplnit dotazník, byly dotazníky dělány formou rozhovoru. U 60 respondentů bylo potřeba udělat dotazník formou rozhovoru a 50 respondentů bylo schopno vyplnit samo dotazník. Celkem jsme rozdali 110 dotazníků. Zpět se nám vrátilo všech 110 a 10 z nich bylo vyřazeno z důvodu neúplnosti odpovědí. Pro analýzu a interpretaci bylo použito 100 vyplněných dotazníků,

což je 90 % z distribuovaných dotazníků. Všechny položky v dotaznících tvořily uzavřené otázky.

#### **4.4 Zpracování dat**

Po shromáždění všech dotazníků, následovalo vyhodnocení dat pomocí tabulek a grafů. Všechna data byla zpracována v programech Microsoft Word 2010 a Microsoft Excel 2010. Pro přehlednost zpracovaná data jsou uvedena do tabulek s absolutní a relativní četností. Následně ze získaných dat jsme vygenerovali grafy. U každé otázky je slovní komentář. U položek č. 4, 11 a 15 mohli respondenti uvést více možných odpovědí.

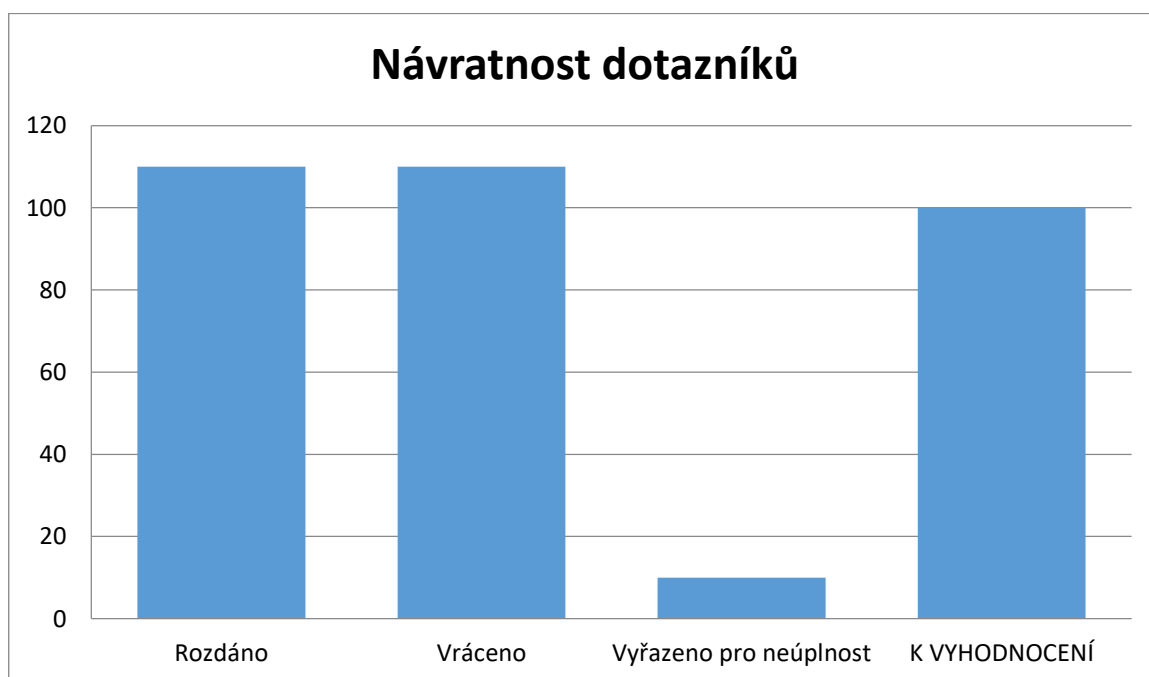
## 5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Dne 22. 1. 2018 začal náš předvýzkum v KNTB Zlín na gerontologickém oddělení. Po předvýzkumu došlo k upravení a doplnění otázek, tak aby mohl pokračovat vlastní výzkum. Výzkum probíhal v období 23. 2. – 23. 3. 2018 v KNTB Zlín na celkem 4 gerontologických odděleních. Celkem jsme zpracovaly data ze 100 dotazníků od gerontologických respondentů.

Tabulka 1. Návratnost dotazníků

Návratnost dotazníků	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozdáno	110	100 %
Vráceno	110	100 %
Vyřazeno pro neúplnost	10	10 %
<b>K VYHODNOCENÍ</b>	<b>100</b>	<b>90 %</b>

Graf 1. Návratnost dotazníků

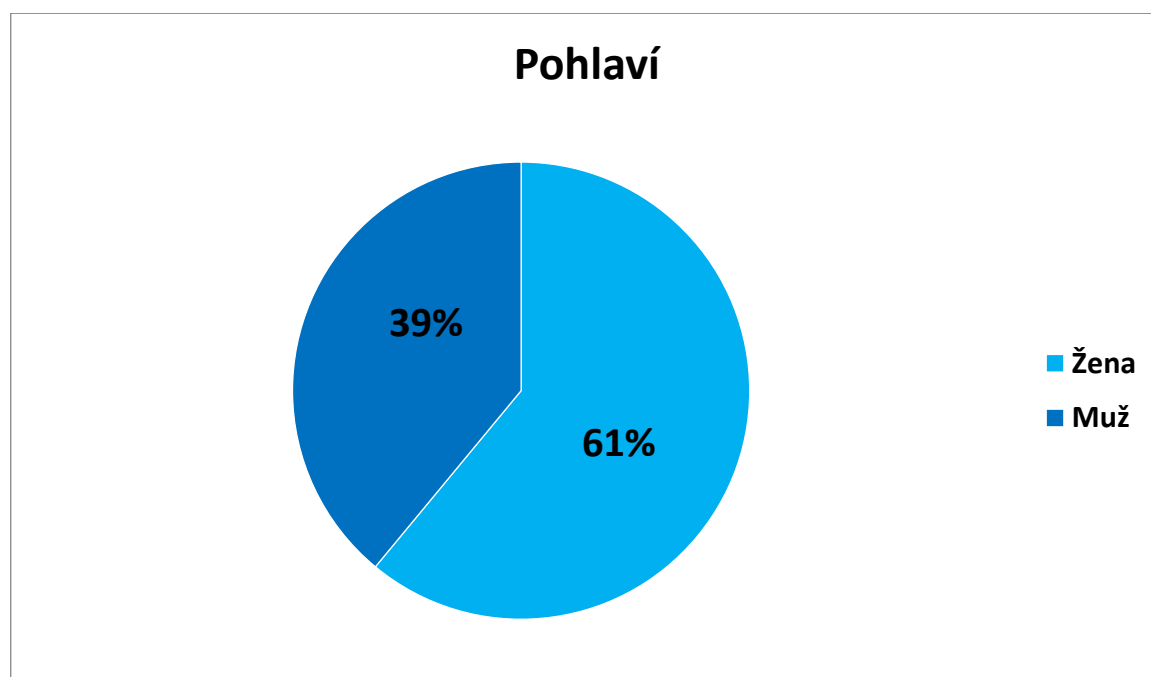


**Komentář:**

Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků a rovněž bylo vráceno 110, což představuje 100 % návratnost. 10 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplnost a k vyhodnocení bylo použito 100 dotazníků, to je 90 %.

**OTÁZKA č. 1: Pohlaví:***Tabulka 2. Pohlaví*

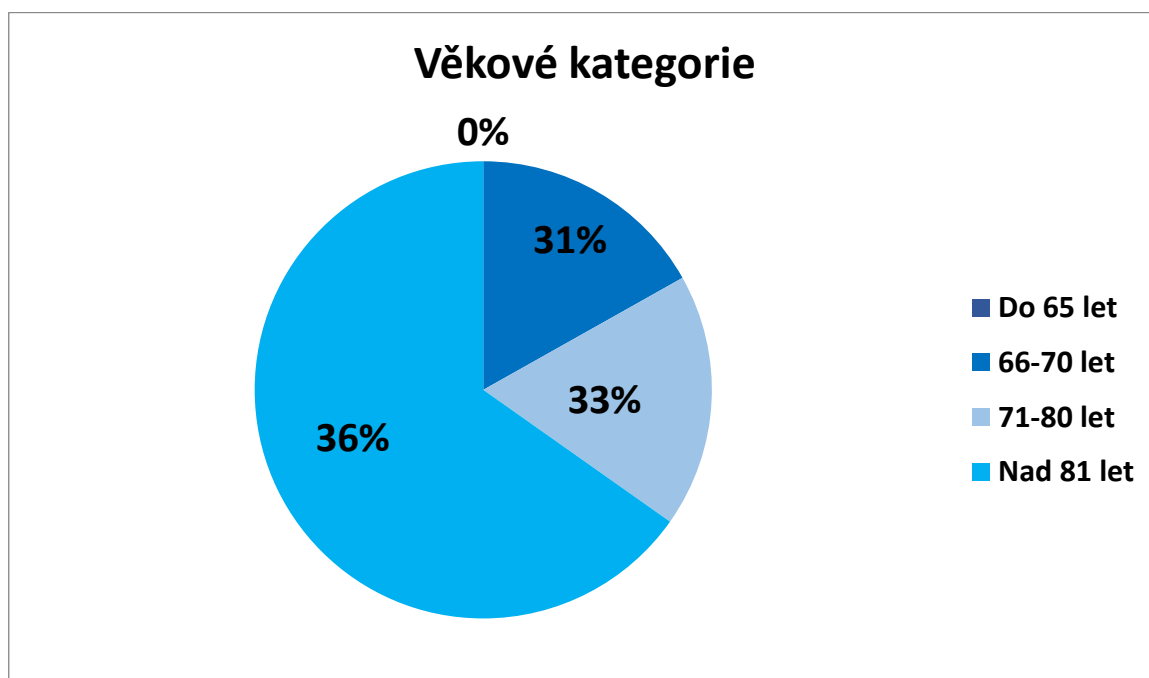
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	61	61 %
Muž	39	39 %
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

*Graf 2. Pohlaví***Komentář:**

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 100 respondentů. Konkrétně se jednalo o 61 žen (61 %) a 39 mužů (39 %).

**OTÁZKA č. 2: Váš věk:***Tabulka 3. Věkové kategorie*

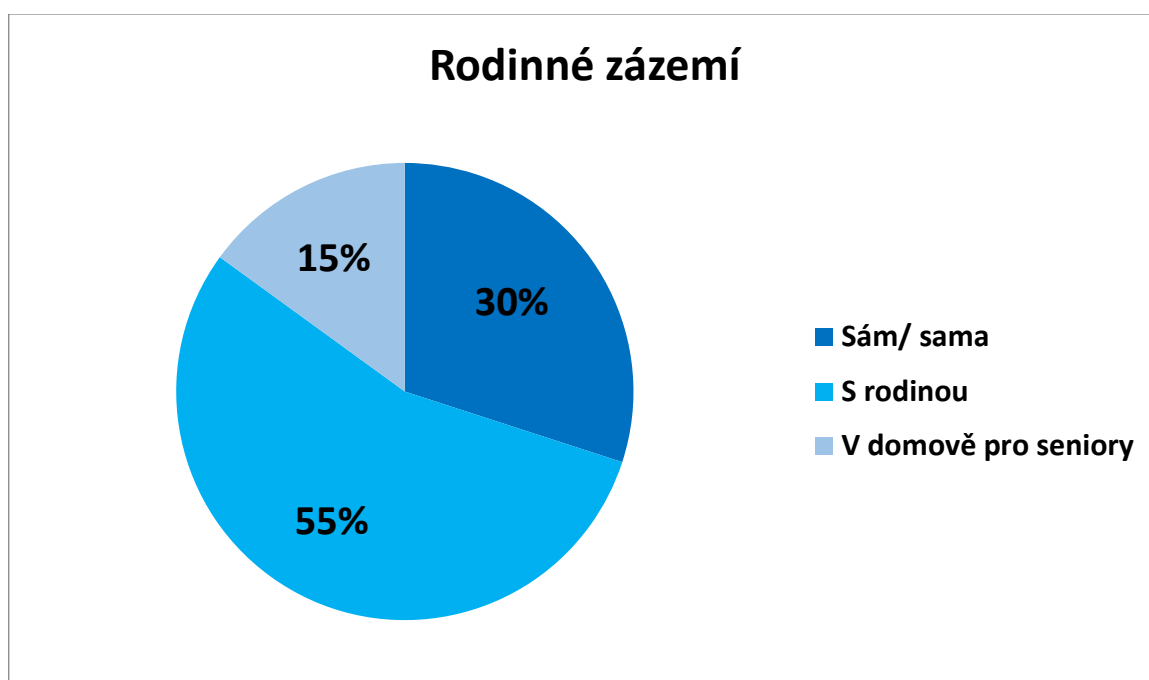
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 65 let	0	0 %
66 - 70 let	31	31 %
71 - 80 let	33	33 %
Nad 81 let	36	36 %
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

*Graf 3. Věkové kategorie***Komentář:**

Našeho výzkumného šetření se nejvíce zúčastnilo respondentů ve věku nad 81 let, jedná se o 36 respondentů (36 %). Ve věkovém rozmezí 66 - 70 let je 31 respondentů (31 %) a ve věku 71 - 80 let 33 respondentů (33 %). Do věku 65 let (0 %) se žádný respondent nezúčastnil z důvodu předem stanovených kritérií.

**OTÁZKA č. 3: S kým bydlíte:***Tabulka 4. Rodinné zázemí*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sám / sama	30	30 %
S rodinou	55	55 %
V domově pro seniory	15	15 %
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

*Graf 4. Rodinné zázemí***Komentář:**

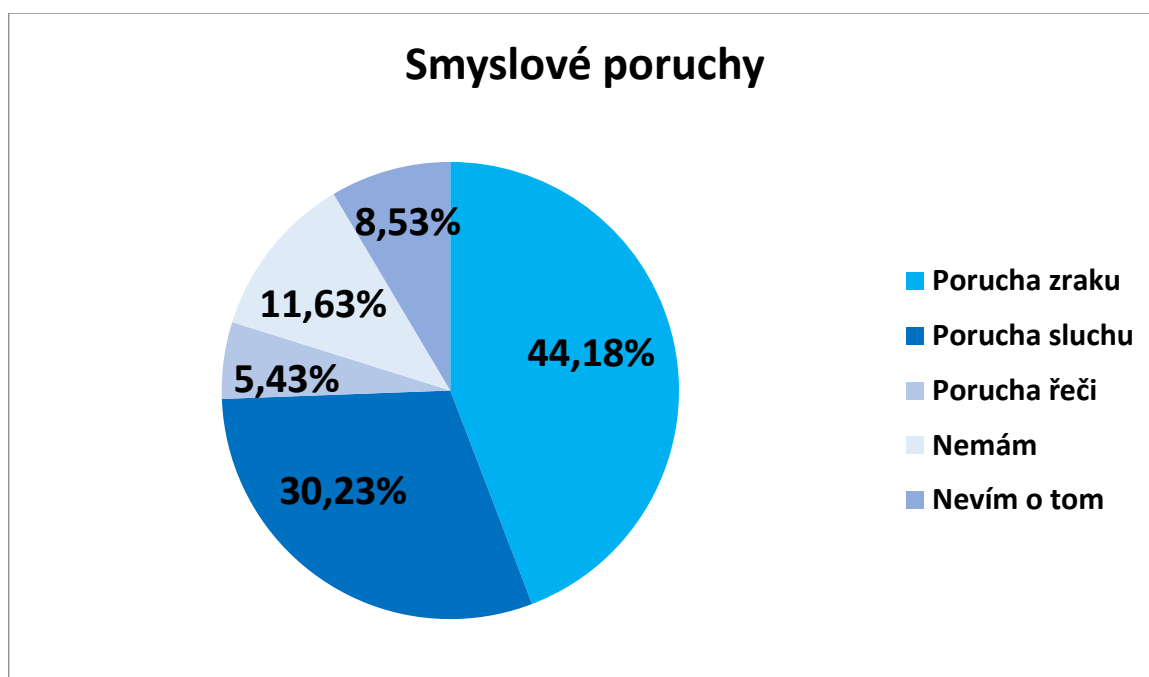
Největší zastoupení měli respondenti, kteří bydlí s rodinou 55 (55 %), respondenti, kteří bydlí sami bylo 30 (30 %) a nejmenší zastoupení bylo respondentů, kteří bydlí v domově pro seniory 15 (15 %).

**OTÁZKA č. 4: Máte nějakou z uvedených poruch? (lze i více odpovědí)**

Tabulka 5. Smyslové poruchy

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Porucha zraku	57	44,18 %
Porucha sluchu	39	30,23 %
Porucha řeči	7	5,43 %
Nemám	15	11,63 %
Nevím o tom	11	8,53 %
<b>CELKEM</b>	<b>129</b>	<b>100 %</b>

Graf 5. Smyslové poruchy

**Komentář:**

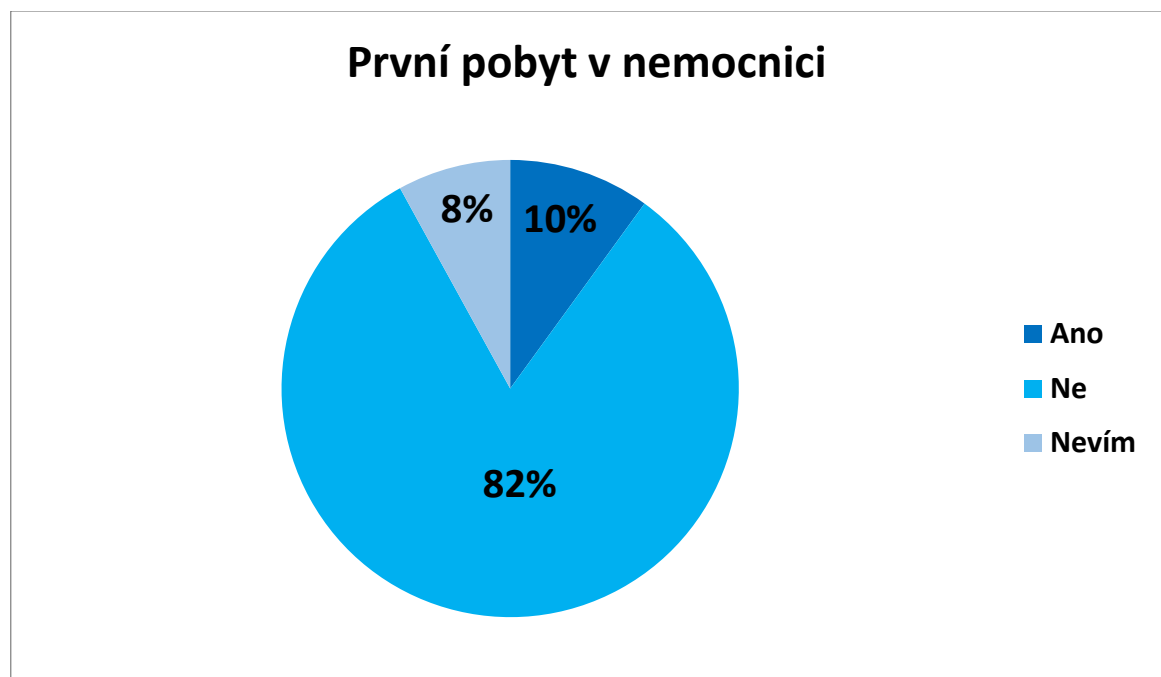
V rámci čtvrté otázky bylo možno označit i více odpovědí, odpovědí bylo celkem 129, proto se ve zpracování dat za 100 % považoval celkový počet odpovědí a ne počet respondentů. Absolutní četnost se tak navýšila na celkem 129 odpovědí od celkem 100 respondentů. U našich respondentů nejvíce převládala porucha zraku, kterou mělo 57 respondentů



(44,18 %), druhou nejčastější poruchou byla porucha sluchu, což mělo 39 respondentů (30,23 %). Poruchou řeči trpělo 7 respondentů (5,43 %). Respondenti, kteří neměli žádnou poruchu bylo 15 (11,63 %) a respondenti, kteří o poruše nevěděli, bylo 11 (8,53 %).

**OTÁZKA č. 5: Ležíte poprvé v nemocnici?***Tabulka 6. První pobyt v nemocnici*

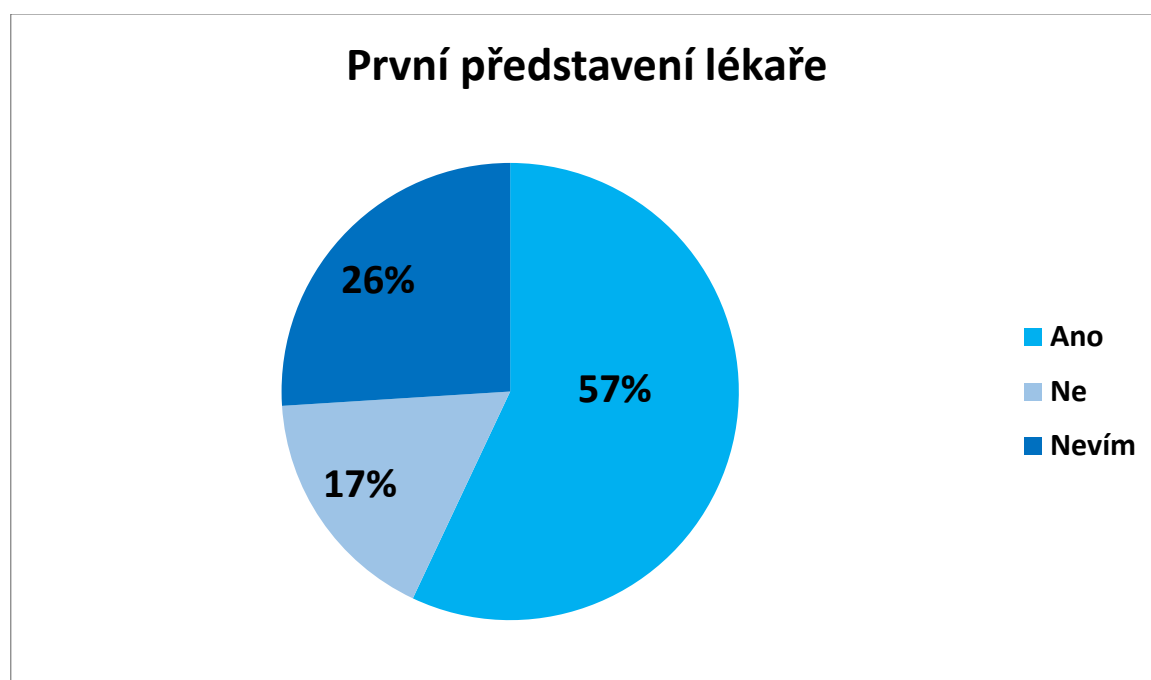
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	10	10 %
Ne	82	82 %
Nevím	8	8 %
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

*Graf 6. První pobyt v nemocnici***Komentář:**

Z celkového počtu 100 respondentů, 82 respondentů (82 %) neleželo poprvé v nemocnici. 10 respondentů (10 %) leželo poprvé v nemocnici a 8 respondentů (8 %) nevědělo.

**OTÁZKA č. 6: Představil se Vám lékař při prvním kontaktu?***Tabulka 7. První představení lékaře*

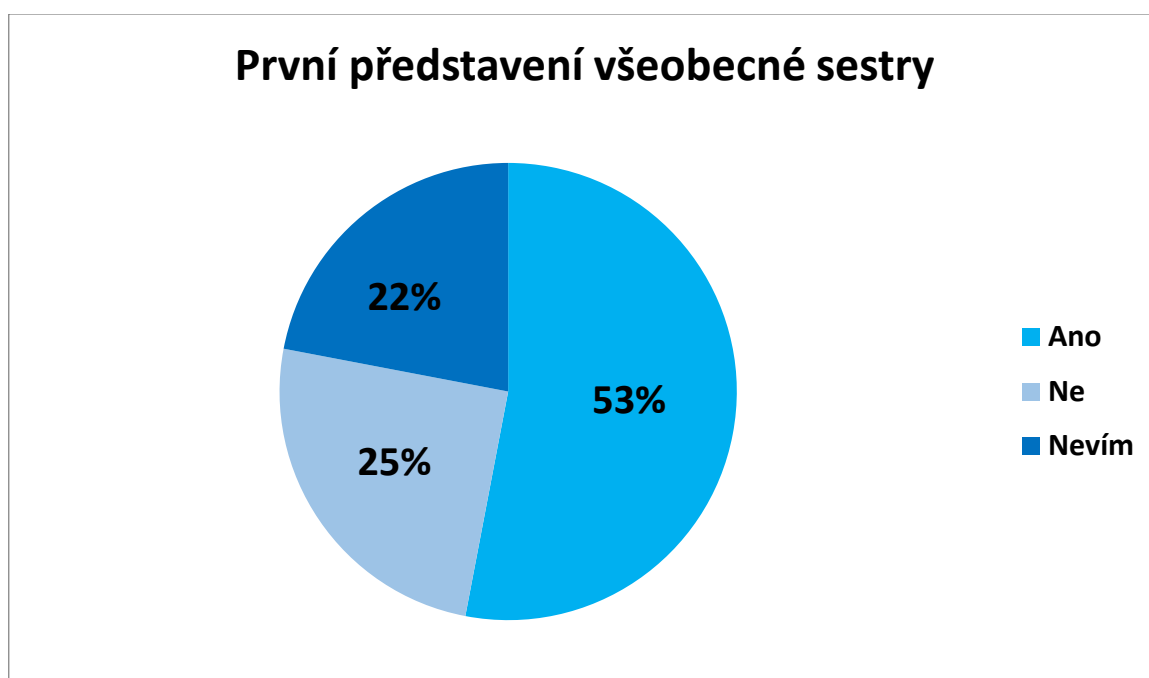
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	57	57 %
Ne	17	17 %
Nevím	26	26 %
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

*Graf 7. První představení lékaře***Komentář:**

U 57 respondentů (57 %) se při prvním kontaktu lékař představil. U 17 (17 %) představení neproběhlo a 26 respondentů (26 %) si na představení nepamatovali.

**OTÁZKA č. 7: Představila se Vám všeobecná sestra při prvním kontaktu?***Tabulka 8. První představení všeobecné sestry*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	53	53 %
Ne	25	25 %
Nevím	22	22 %
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

*Graf 8. První představení všeobecné sestry***Komentář:**

Na grafu můžeme vidět, že se všeobecná sestra při prvním kontaktu představila 53 respondentům (53 %). Nepředstavila se 25 respondentům (25 %) a 22 respondentů (22 %) si již na tuhle událost nepamatovali.

**OTÁZKA č. 8: Jak Vás oslovuje zdravotnický personál?***Tabulka 9. Oslovení zdravotnickým personálem*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jménem	4	4 %
Příjmením	88	88 %
Titulem	3	3 %
„Babi, dědo“	2	2 %
Nijak mě neoslovuje	3	3 %
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

*Graf 9. Oslovení zdravotnickým personálem***Komentář:**

Celkem 88 respondentů (88 %) uvedlo, že je oslovuje zdravotnický personál příjmením. Jménem uvedli 4 respondenti (4 %), titulem 3 (3 %), babi, nebo dědo uvedli 2 respondenti (2 %) a 3 respondenti (3 %) uvedli, že je zdravotnický personál nijak neoslovuje.

**OTÁZKA č. 9: Seznámil Vás zdravotnický personál s výkony, které Vám prováděli?***Tabulka 10. Seznámení s výkony*

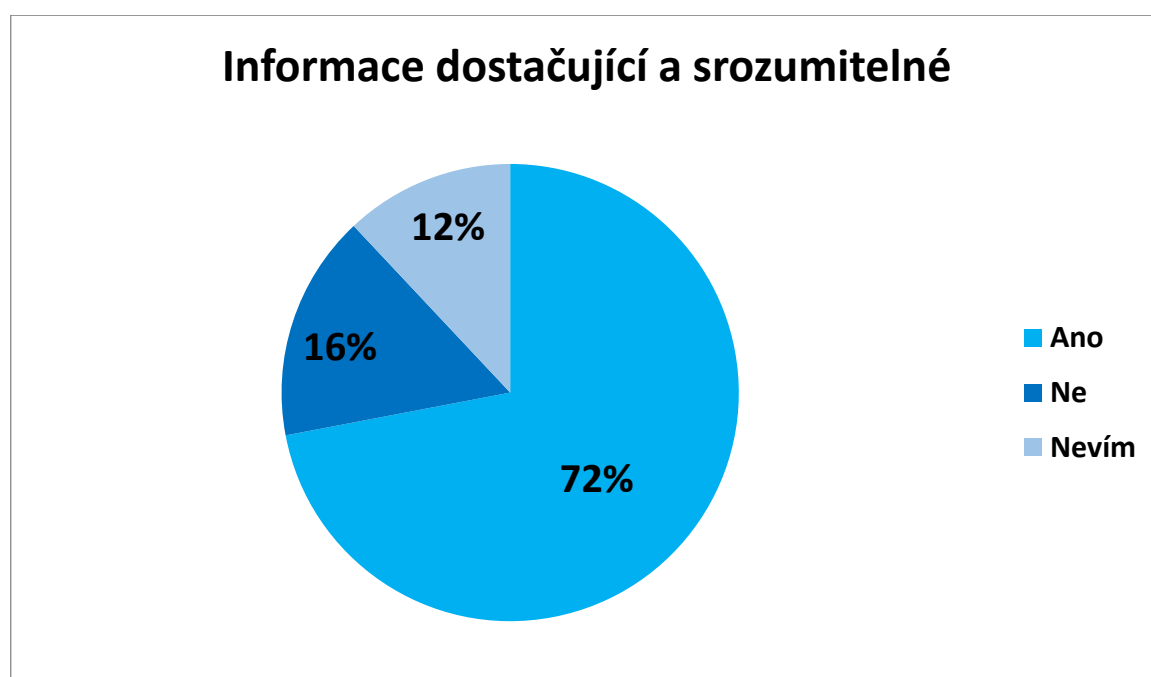
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	74	74 %
Ne	12	12 %
Nevím	14	14 %
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

*Graf 10. Seznámení s výkony***Komentář:**

Dotazovaná skupina respondentů nejvíce uvedla, že je seznámil zdravotnický personál s výkony, které jim prováděli v počtu 74 (74 %). 12 respondentů (12 %) uvedlo, že nebyli informováni personálem a 14 respondentů si nebylo jisto (14 %).

**OTÁZKA č. 10: Byli pro Vás informace podané zdravotnickým personálem srozumitelné a dostačující?***Tabulka 11. Informace dostačující a srozumitelné*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, byly	72	72 %
Ne, nebyly	16	16 %
Nevím	12	12 %
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

*Graf 11. Informace dostačující a srozumitelné***Komentář:**

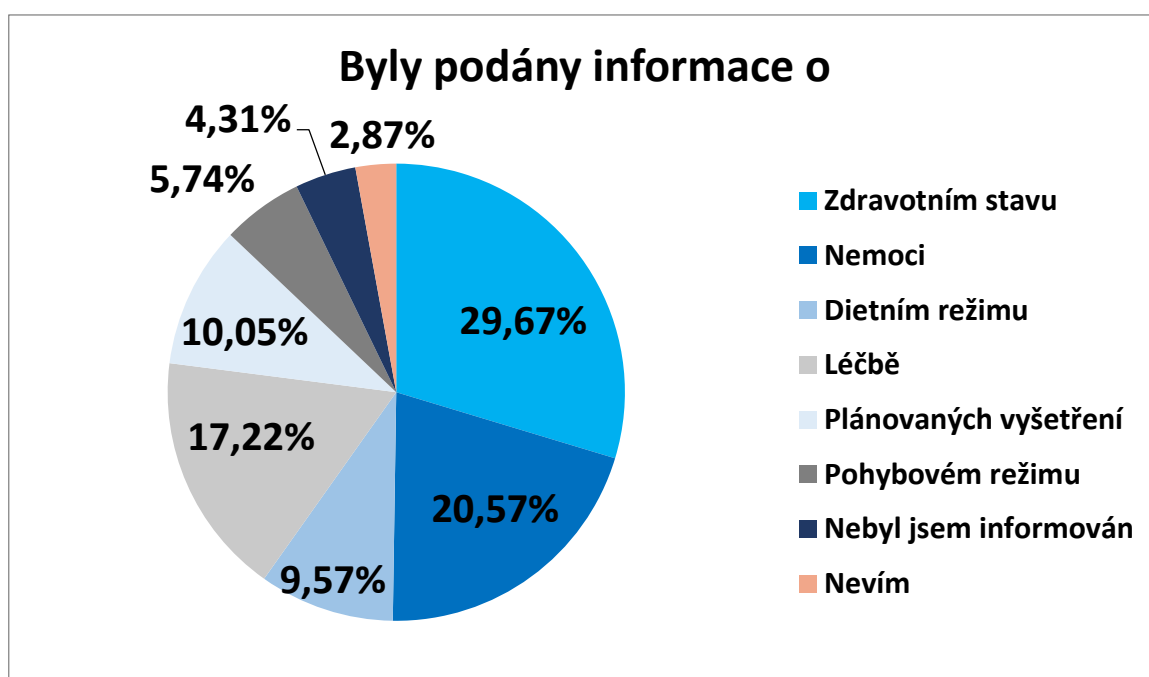
Z položky č. 10 vyplývá, že u 72 respondentů (72 %), byly informace podané zdravotnickým personálem dostačující a srozumitelné. 16 respondentům (16 %) uvedlo, že jim podané informace nestačily a nebyly srozumitelné a 12 respondentů (12 %) si nebylo odpovědi jisto.

**OTÁZKA č. 11: Během Vašeho pobytu v nemocnici Vám byly podány informace o:**  
(lze i více odpovědí)

Tabulka 12. Byly podávány informace o

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zdravotním stavu	62	29,67 %
Nemoci	43	20,57 %
Dietním režimu	20	9,57 %
Léčbě	36	17,22 %
Plánovaných vyšetření	21	10,05 %
Pohybovém režimu	12	5,74 %
Nebyl jsem informován	9	4,31 %
Nevím	6	2,87 %
<b>CELKEM</b>	<b>209</b>	<b>100 %</b>

Graf 12. Byly podány informace o





**Komentář:**

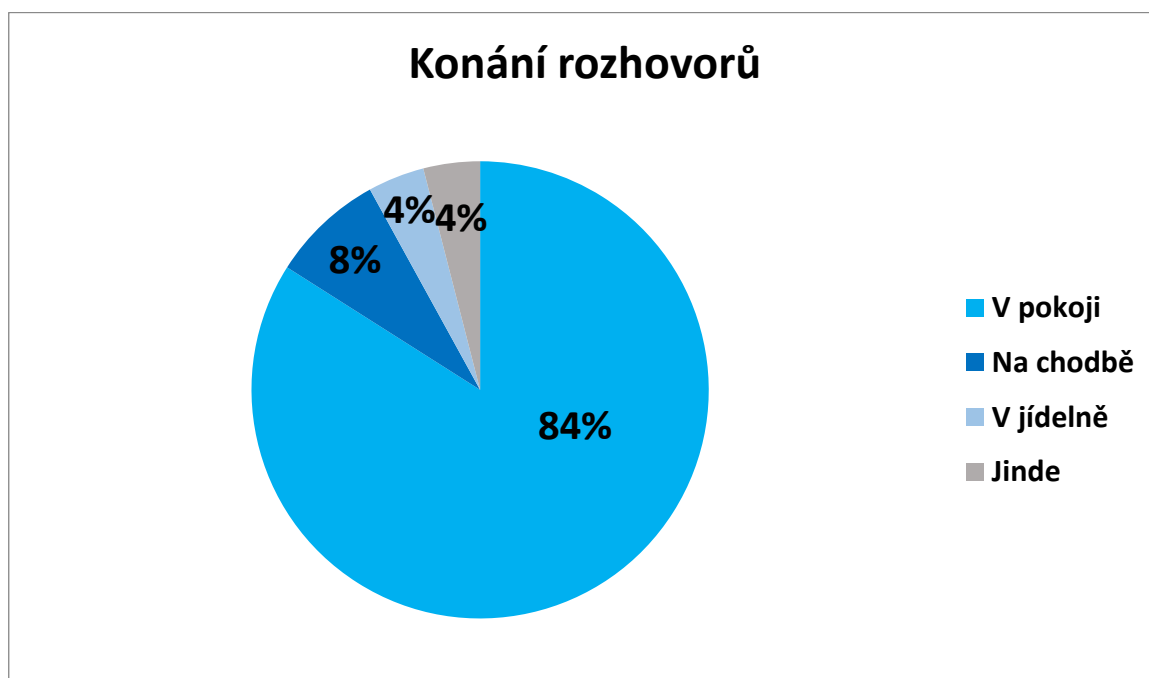
Stejně jako v položce č. 4 měli možnost respondenti uvést více odpovědí, proto se absolutní četnost navýšila. Celkový počet byl 209 odpovědí od 100 respondentů. Výsledky ukazují, že nejvíce respondentů bylo informováno o zdravotním stavu v počtu 62 respondentů (29,67 %), dále o nemoci 43 (20,57 %), léčbě 36 (17,22 %), plánovaných vyšetřeních 21 (10,05 %) dietním režimu 20 (9,57 %), pohybovém režimu 12 (5,74 %). 9 respondentů nebylo informováno (4,31 %) a 6 respondentů si nebylo jisto odpovědí (2,87 %).

**OTÁZKA č. 12: Kde se konaly rozhovory se zdravotnickým personálem?**

Tabulka 13. Konání rozhovorů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
V pokoji	84	84 %
Na chodbě	8	8 %
V jídelně	4	4 %
Jinde	4	4 %
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

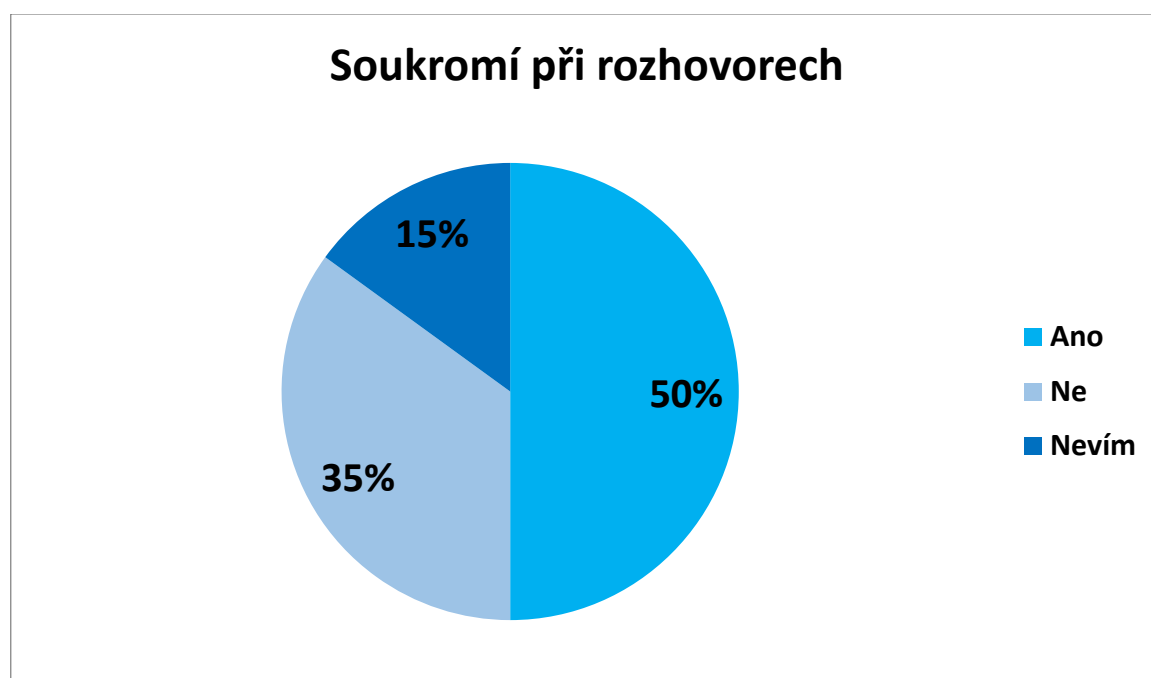
Graf 13. Konání rozhovorů

**Komentář:**

Z otázky č. 12 vyplývá, že 84 respondentů (84 %) uvedlo pokoj jako místo, kde se konají rozhovory se zdravotnickým personálem. Na chodbě uvedlo 8 respondentů (8 %), v jídelně 4 (4 %) a jinde také 4 respondenti (4 %).

**OTÁZKA č. 13: Bylo při rozhovorech zajištěno soukromí?***Tabulka 14. Soukromí při rozhovorech*

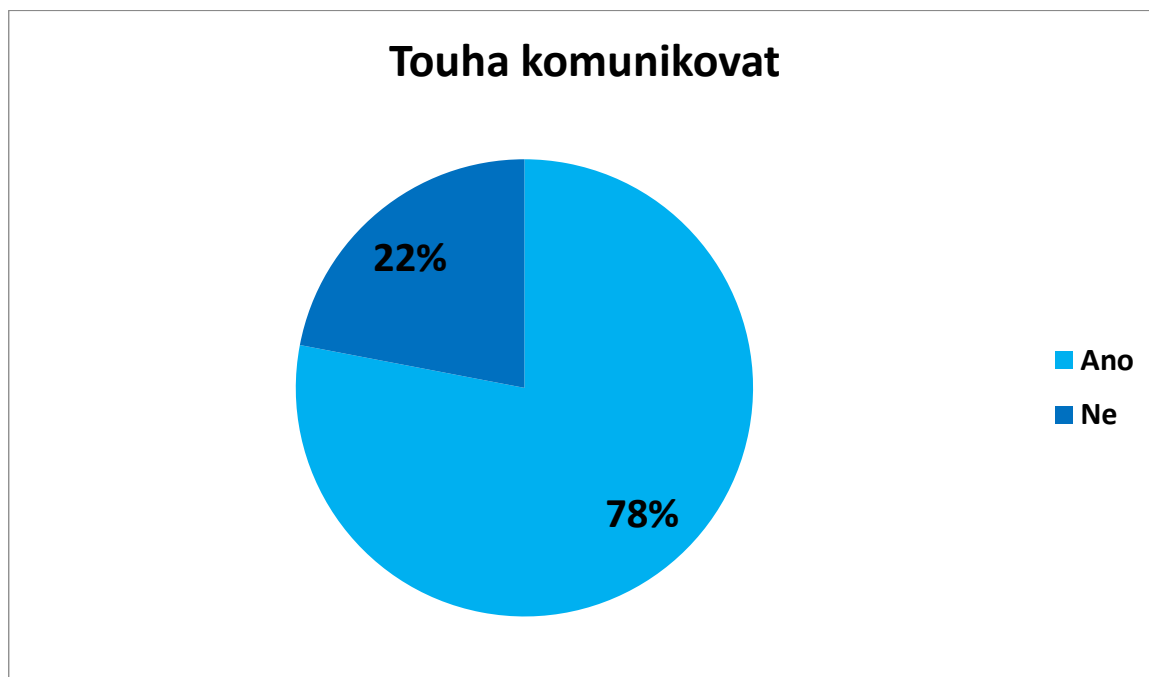
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, bylo	50	50 %
Ne, nebylo	35	35 %
Nevím	15	15 %
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

*Graf 14. Soukromí při rozhovorech***Komentář:**

Polovina, tedy 50 respondentů (50 %) uvedla, že při rozhovorech bylo zajištěno soukromí. 35 respondentů (35 %) uvedlo, že nebylo zajištěno soukromí a 15 respondentů (15 %) si na zajištění soukromí při rozhovorech již nevzpomnělo.

**OTÁZKA č. 14: Máte touhu komunikovat se zdravotnickým personálem?***Tabulka 15. Touha komunikovat*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano mám	78	78 %
Ne nemám	22	22 %
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

*Graf 15. Touha komunikovat***Komentář:**

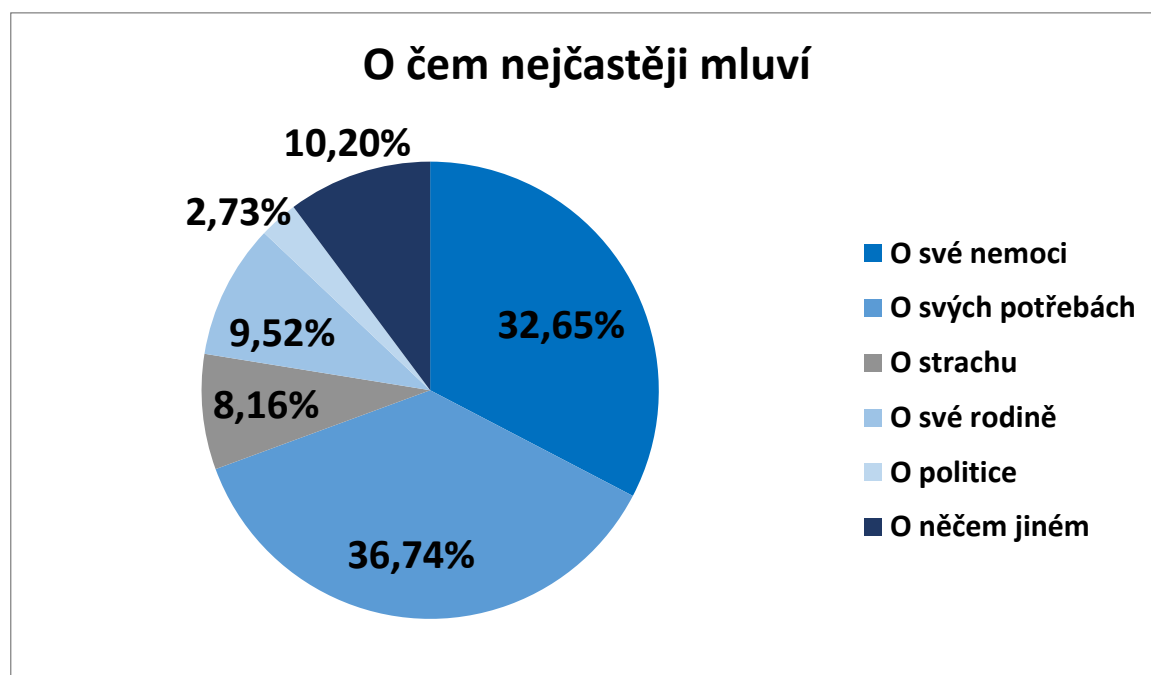
Cílem této položky bylo zjistit, zda respondenti mají touhu komunikovat se zdravotnickým personálem. Z dotazovaných respondentů má touhu komunikovat celkem 78 respondentů (78 %) a 22 respondentů (22 %) touhu nemají.

**OTÁZKA č. 15: O čem mluvíte nejčastěji se všeobecnými sestrami?**

(lze i více odpovědí)

*Tabulka 16. O čem nejčastěji mluví*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
O své nemoci	48	32,65 %
O svých potřebách	54	36,74 %
O strachu	12	8,16 %
O své rodině	14	9,52 %
O politice	4	2,73 %
O něčem jiném	15	10,20 %
<b>CELKEM</b>	<b>147</b>	<b>100 %</b>

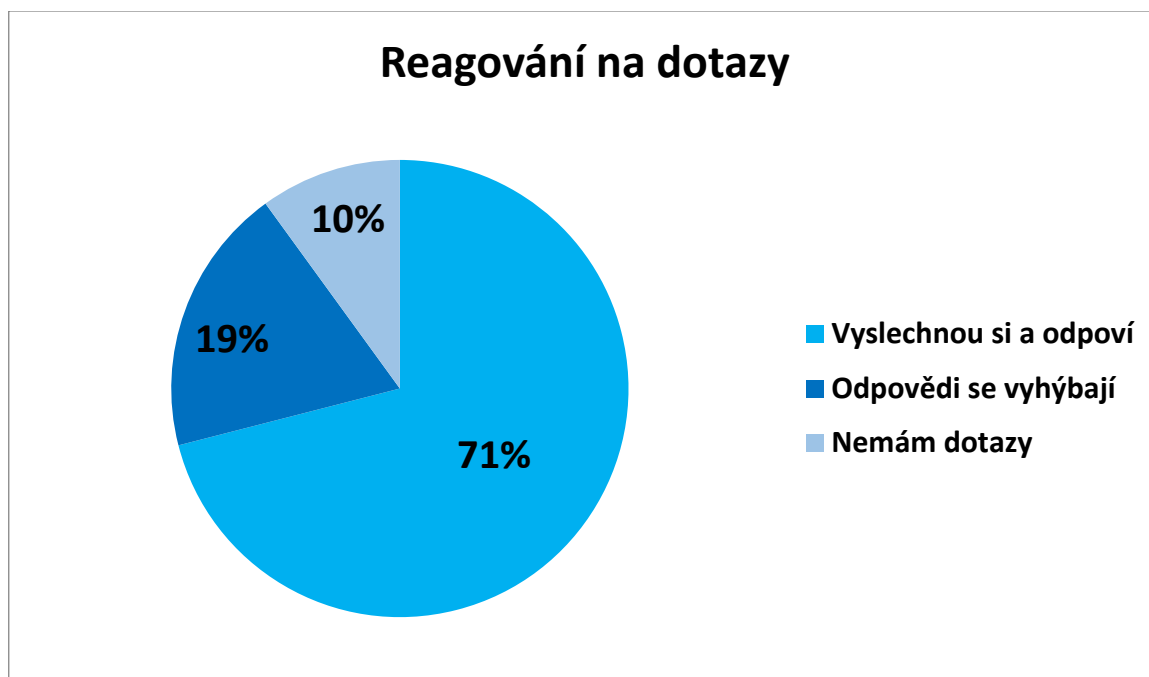
*Graf 16. O čem nejčastěji mluví*

**Komentář:**

Stejně jako v položce č. 4 a 11 měli možnost respondenti uvést více odpovědí, a proto se ve zpracování dat se za 100 % považoval celkový počet odpovědí, který byl 147. Nejčastěji respondenti mluvili se všeobecnými sestrami o svých potřebách, kdy tuhle možnost uvedlo 54 respondentů (36,74 %). Druhým nejčastějším tématem bylo, že mluví o své nemoci 48 (32,65 %). Dále 14 respondentů (9,52 %) mluví o své rodině, 12 respondentů (8,16 %) o strachu, o politice mluví 4 respondenti (2,73 %) a 15 respondentů (10,20 %) mluví o něčem jiném.

**OTÁZKA č. 16: Jak na Vaše dotazy reagují?***Tabulka 17. Reagování na dotazy*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vyslechnou si mě a odpoví	71	71 %
Odpovědi se vyhýbají	19	19 %
Dotazy nemám	10	10 %
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

*Graf 17. Reagování na dotazy***Komentář:**

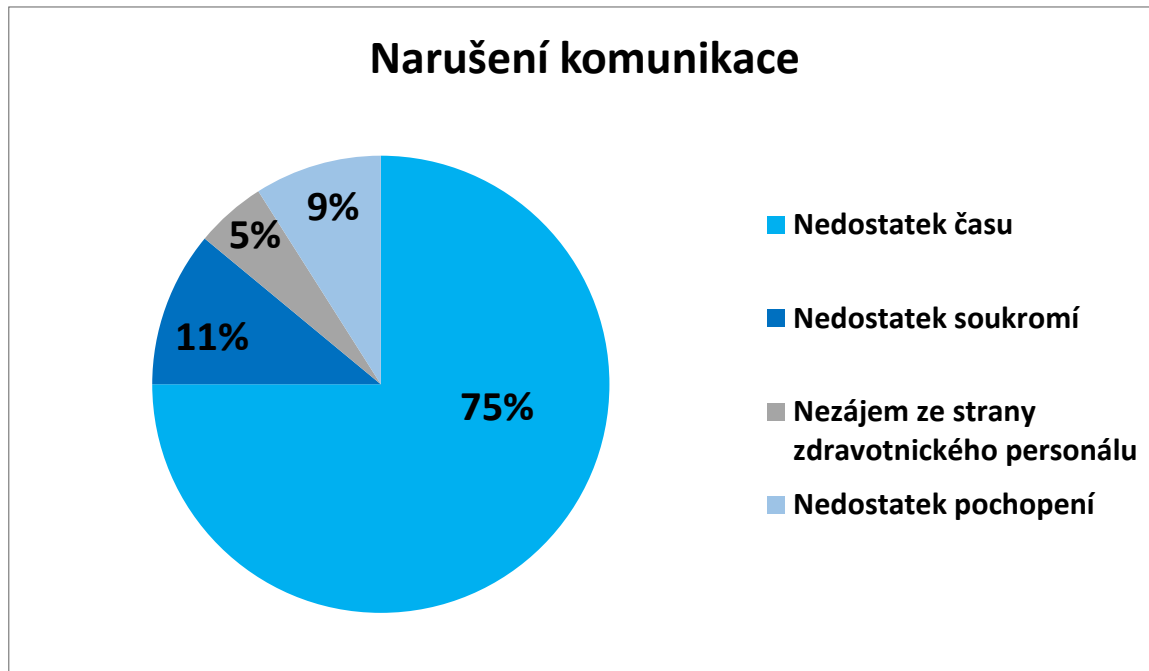
U položky č. 16 nás zajímalo, jak na dotazy respondentů personál reaguje. Nejvíce respondentů, 71 (71 %), uvedlo, že si je personál vyslechne a odpoví. Odpovědi se personál vyhýbá, uvedlo 19 respondentů (19 %) a 10 respondentů (10 %) uvedlo, že dotazy na zdravotnický personál nemá.

**OTÁZKA č. 17: Co podle Vás nejvíce narušuje komunikaci se zdravotnickým personálem?**

*Tabulka 18. Narušení komunikace*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedostatek času	75	75 %
Nedostatek soukromí	11	11 %
Nezájem ze strany zdravotnického personálu	5	5 %
Nedostatek pochopení	9	9 %
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

*Graf 18. Narušení komunikace*



**Komentář:**

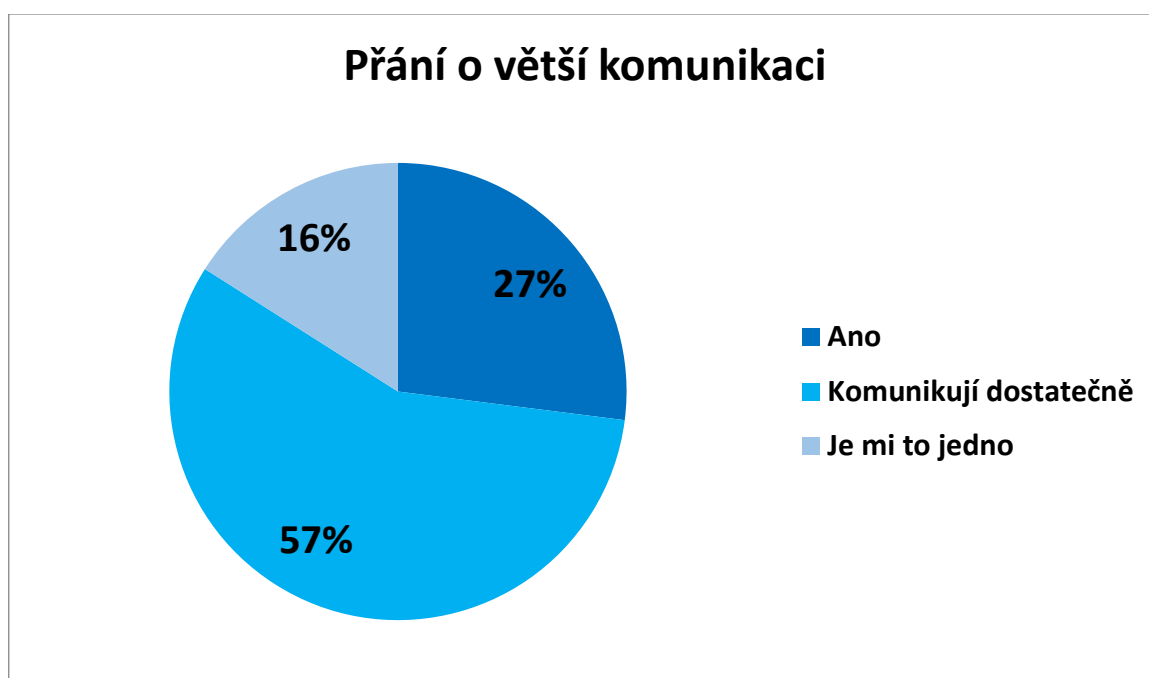
Z tabulky a grafu vyplývá, že podle respondentů nejvíce narušuje komunikaci nedostatek času 75 (75 %). 11 respondentů (11 %) uvedlo narušení v rámci nedostatku soukromí. Ne-



dostatek pochopení uvedlo 9 respondentů (9 %) a 5 respondentů (5 %) uvedlo nezájem ze strany zdravotnického personálu.

**OTÁZKA č. 18: Máte přání, aby zdravotnický personál s Vámi více komunikoval?***Tabulka 19. Přání o větší komunikaci*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	27	27 %
Komunikují dostatečně	57	57 %
Je mi to jedno	16	16 %
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

*Graf 19. Přání o větší komunikaci***Komentář:**

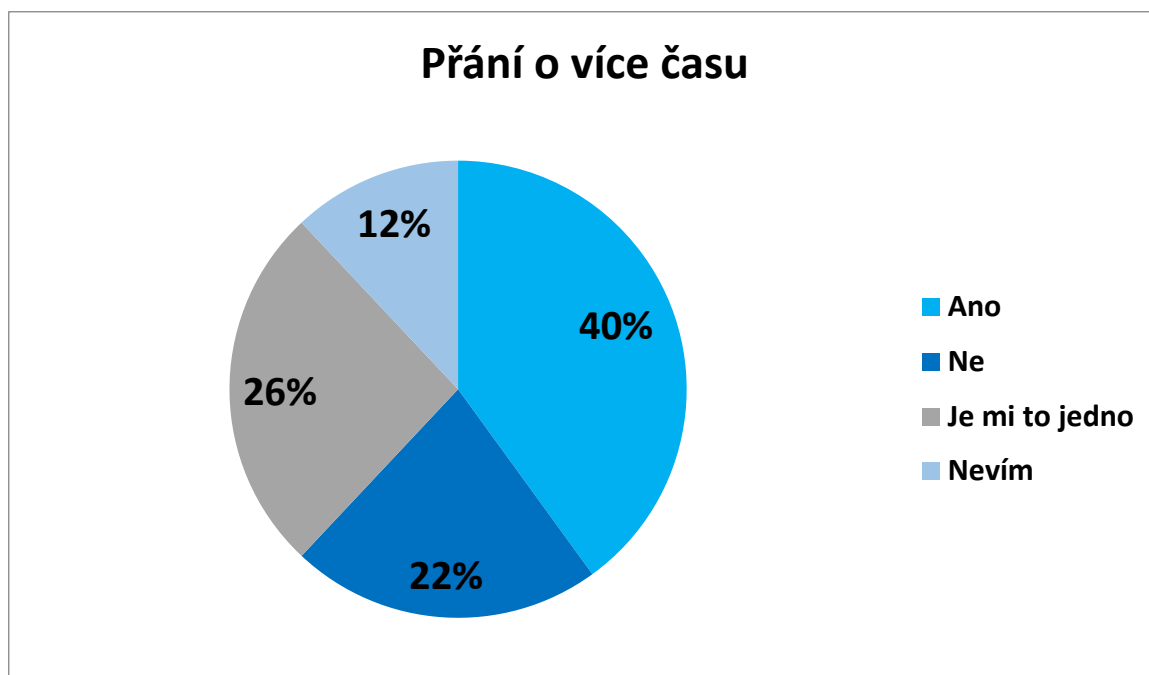
Z položky č. 18 vyplývá, že 27 respondentů (27 %) si přeje, aby s nimi více zdravotnický personál komunikoval. Nejvíce respondentů uvedlo, že personál komunikuje dostatečně v počtu 57 (57 %) a 16 respondentů (16 %) uvedlo, že jim to je jedno.

**OTÁZKA č. 19: Přejete si, aby zdravotnický personál při komunikaci Vám věnoval více času?**

*Tabulka 20. Přání o více času*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	40	40 %
Ne	22	22 %
Je mi to jedno	26	26 %
Nevím	12	12 %
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

*Graf 20. Přání o více času*

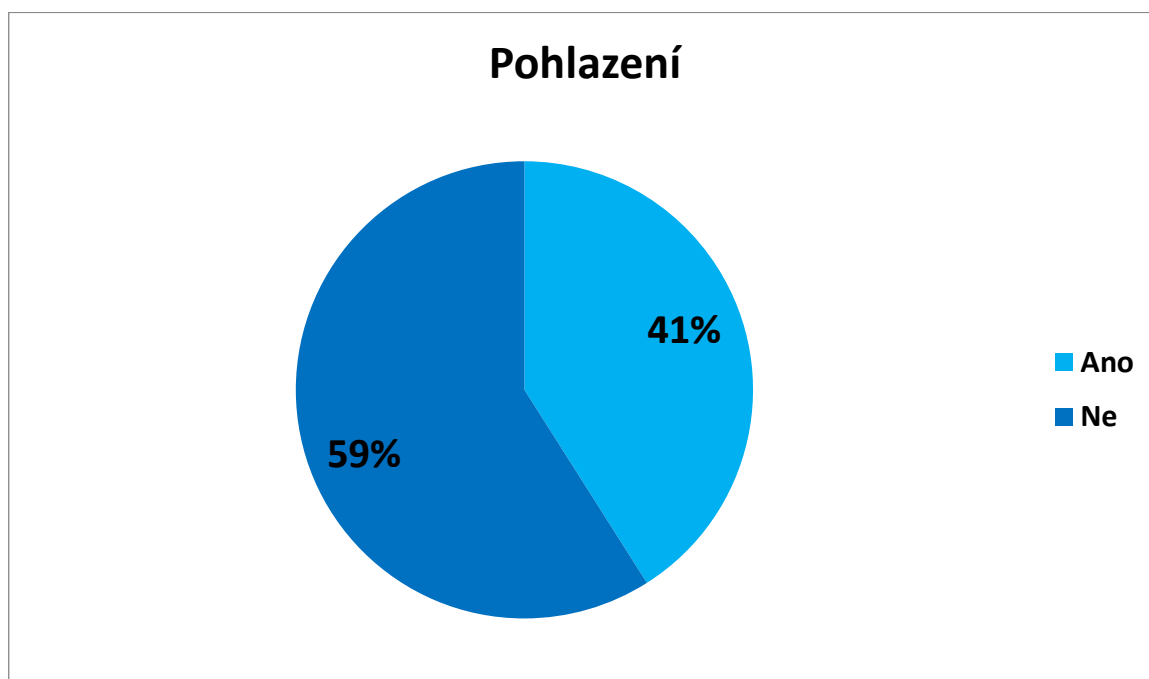


**Komentář:**

U této položky uvedlo 40 respondentů (40 %), že si přejí, aby jim věnoval zdravotnický personál více času při komunikaci. 22 respondentů (22 %) uvedlo možnost, že nechtějí. 26 respondentům (26 %) je tahle otázka jedno a 12 respondentů (12 %) nevědělo.

**OTÁZKA č. 20: Pohladí Vás sestra při kontaktu?***Tabulka 21. Pohlazení*

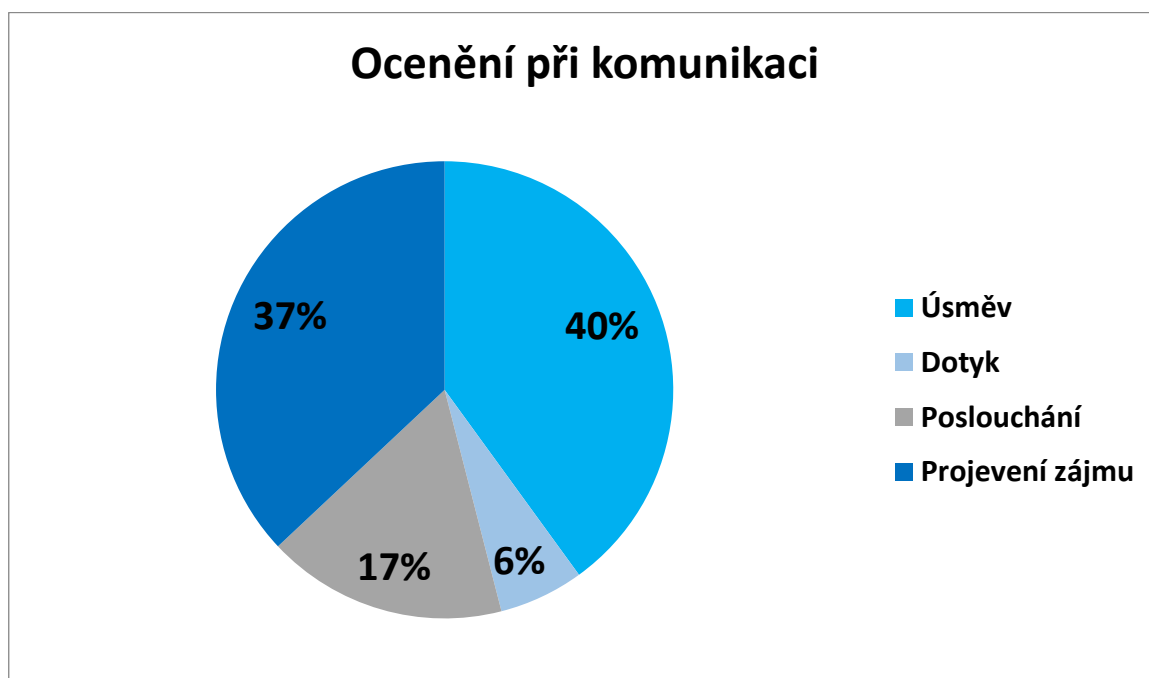
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	41	41 %
Ne	59	59 %
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

*Graf 21. Pohlazení***Komentář:**

Položka č. 20 zjišťovala, zda všeobecné sestry pohladí respondenty při kontaktu. 59 respondentů (59 %) uvedlo pohlazení při kontaktu a 41 respondentů (41 %) uvedlo, že k pohlazení nedochází.

**OTÁZKA č. 21: Co nejvíce oceňujete při komunikaci se sestrami?***Tabulka 22. Ocenění při komunikaci*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Úsměv	40	40 %
Dotyk	6	6 %
Poslouchání	17	17 %
Projevení zájmu	37	37 %
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

*Graf 22. Ocenění při komunikaci***Komentář:**

V poslední položce nás zajímalo, co nejvíce respondenti oceňují při komunikaci. Nejvíce oceňují respondenti úsměv, který uvedlo 40 respondentů (40 %) na druhém místě uvedli, že oceňují projevení zájmu 37 (37 %), dále 17 (17 %) uvedlo poslouchání a 6 respondentů (6 %) dotyk.

## 6 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá tématem jaký vliv má komunikace na spokojenost gerontologických pacientů s ošetrovatelskou péčí v nemocnici. Data pro empirickou část byla posbírána pomocí dotazníkového šetření. Skupinu respondentů tvořili gerontologičtí pacienti na LDN oddělení (6. etáž, 7. etáž, 16. a 17. pavilon) KNTB ve Zlíně. K získání dat jsme rozdali celkem 110 dotazníků (100 %). Vzhledem k tomu, že dotazníky byly rozdány osobně se nám vrátilo všech 110 dotazníků (100 %). Ze všech dotazníků bylo vyřazeno 10 (10 %) pro neúplnost. Použitelných dotazníků pro realizaci výzkumného šetření bylo tedy 100 (90 %).

Hlavním cílem bylo zjistit jaký vliv má komunikace v nemocnici na spokojenost gerontologických pacientů. K tomu byly sestaveny tři dílčí cíle a k nim byly sestaveny příslušné položky do dotazníku. V následující části práce budeme hodnotit demografické údaje respondentů, hlavní cíl práce a jeho dílčí cíle.

Šetření se zúčastnilo celkem 100 gerontologických pacientů (100 %). Zjistili jsme, že největší zastoupení měly ženy v počtu 61 (61 %) a mužů bylo 39 (39 %). Nejpočetnější skupinu respondentů, a to 36 (36 %) tvořili gerontologičtí pacienti nad 81 let. Dále dotazník vyplňovalo 33 respondentů (33 %) ve věku 71 – 80 let a 31 respondentů (31 %) ve věku 66 – 70 let. Do 65 let se výzkumu nikdo neúčastnil pro předem stanovená kritéria. Největší skupinu tvořili respondenti, kteří uvedli, že bydlí s rodinou v počtu 55 (55 %). Položka č. 4 byla zaměřená na smyslové poruchy respondentů, kdy měli na výběr více možností. Celkově 82 respondentů (82 %) již v minulosti leželi ve zdravotnickém zařízení.

### **Dílčí cíl 1: Zjistit, jak jsou geriatričtí pacienti spokojeni s komunikací se zdravotnickým personálem.**

K prvnímu dílčímu cíli se vztahují v dotazníku položky č. 6 – 11. Zajímalo nás, zda jsou respondenti spokojeni s komunikací, která hraje důležitou a významnou roli v ošetrovatelské péči o pacienta v nemocničním zařízení.

V položce č. 6 a 7 jsme zjistili, že celkově 57 respondentům (57 %) se lékař při prvním kontaktu představil. Všeobecná sestra se představila u 53 respondentů (53 %). Správné oslovení příjmením u pacientů zdravotnickým personálem uvedlo 88 respondentů (88 %). Zdravotnický personál seznámil celkem 74 respondentů (74 %) s výkony, který jim prováděl. Důležité je informacím také porozumět, kdy jsme zjistili, že porozumělo 72 respon-

dentů (72 %). V průběhu pobytu ve zdravotnickém zařízení jsou pacientům podávány informace o zdravotním stavu, nemoci, dietním režimu, léčbě, pohybovém režimu a informace o plánovaných vyšetřeních. Z výsledků vyplynulo, že nejvíce informací jsou podávány o zdravotním stavu v počtu 62 (29, 67 %).

Dílčí cíl č. 1 byl splněn.

### **Dílčí cíl 2: Zjistit příčiny nespokojenosti v komunikaci s personálem.**

K tomuto dílčímu cíli se vztahují položky č. 12 – 17 v dotazníku. Pomocí těchto položek jsme zjišťovali hlavní příčiny nespokojenosti v komunikaci.

Důležité v rámci komunikace je i to, kde se konají rozhovory. Měl by to být ideálně pokoj pacienta. Tuhle možnost zvolilo 84 respondentů (84 %). Zajištění soukromí při komunikaci bylo u poloviny respondentů. Touhu komunikovat se zdravotnickým personálem mělo 78 respondentů (78 %). Z výzkumu vyplynulo, že nejčastěji respondenti mluví se všeobecnými sestrami o svých potřebách, kdy tuhle možnost uvedla více jak polovina respondentů, a to v počtu 54 (36, 74 %). Pacienti v 71 % uvedli, že všeobecná sestra si je vyslechne a odpoví. Z výsledků vyplynulo, že v 75 % narušuje komunikaci nedostatek času.

Dílčí cíl č. 2 byl splněn.

### **Dílčí cíl 3: Zjistit, jak by se podle geriatrických pacientů mohla komunikace se zdravotnickým personálem zlepšit.**

K poslednímu dílčímu cíli se vztahovaly položky v dotazníku č. 18 – 21. Chtěli jsme zjistit, jak by si geriatrickí pacienti představovali zlepšení v komunikaci se zdravotnickým personálem.

Zjistili jsme, že přání o větší komunikaci uvedlo 27 respondentů (27 %). 40 respondentů (40 %) uvedlo přání, aby s nimi personál trávil více času při komunikaci. Zlepšení v komunikaci může pro gerontologické pacienty znamenat i pohlazení, kdy 59 respondentů (59 %) uvedlo, že je všeobecná sestra při kontaktu nepohladí. Nejvíce respondentů oceňuje při komunikaci úsměv v počtu 40 (40 %).

Dílčí cíl č. 3 byl splněn.

**Dílčí cíle bakalářské práce byly splněny a tím byl splněn také hlavní cíl práce.**

### Srovnání s kvalifikačními pracemi s podobným výzkumným zaměřením

Porovnáváme zjištěná data s bakalářskou prací Jany Soukupové (2016) na téma *Kvalita ošetrovatelské péče o pacienty s geriatrickou křehkostí*. Autorka použila pro svůj výzkum více metod. Využila rozhovory a pro vyhodnocení spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí použila techniku dotazníku. Dotazník byl vytvořen v rámci projektu Kvalita Očima Pacientů a byly využity uzavřené otázky. Dotazník obsahoval celkem 30 položek. Výzkum realizovala v Masarykově sanatoriu Dobříš. Pracovala celkem s výsledky 95 respondentů (100 %). V práci je ženské pohlaví zastoupeno 53 respondenty (55, 8 %) a mužské pohlaví 42 respondenty (44, 2 %). Soukupová ve své práci uvedla, že největší skupinu respondentů tvořili lidé ve věku 60 – 75 let v počtu 59 (62 %). Ve své práci zjistila že, při přijetí dostalo 91 respondentů (95, 8 %) dostatek informací o zdravotním stavu. Soukupová dále zjistila, že u 81 respondentů (85, 3 %) všeobecná sestra vždy odpoví na dotaz. Autorka ve své práci položila otázku: „, Pokud jste měl/a strach, nebo obavy ze svého stavu a léčby, byla sestra ochotna s Vámi mluvit “ zjistila, že u 73 respondentů (76, 8 %) byla všeobecná sestra vždy ochotna promluvit. Dále ve své práci zjistila, že 86 respondentů (90, 5 %) mělo dostatek soukromí během léčby a vyšetření.

Druhá práce je bakalářská práce od Simony Muškové (2016) na téma *Ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta*. Mušková použila pro svůj výzkum kvalitativní šetření, technika polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumu se zúčastnilo 20 respondentů, 10 tvořilo všeobecné sestry a 10 respondentů byli pacienti ve věku nad 75 let z oddělení následné péče a chirurgického oddělení. Z oddělení následné péče se výzkumu zúčastnilo celkem 5 žen ve věku 76 – 81 let. V rámci kategorie komunikace Mušková zjistila, že 4 respondenti uvedli, že zdravotnický personál s nimi nedostatečně komunikuje a jako důvod, uvedli nedostatek času ze strany zdravotnického personálu.

Poslední práce, se kterou porovnáváme výsledky výzkumu je bakalářská práce od Petry Sobotkové (2010) na téma *Spokojenost geriatrických pacientů s komunikací se zdravotnickým personálem*. Sobotková použila kvantitativní výzkum, metodu dotazníku. Dotazník obsahoval celkově 20 položek. Autorka pracovala s 80 vyplněnými dotazníky. V práci je zastoupeno 44 respondentů (55 %) ženského pohlaví a 36 respondentů (45 %) mužského pohlaví. Největší zastoupení v práci Sobotkové měli respondenti ve věku 66 – 70 let v počtu 18 (22, 50 %). Sobotková ve své práci uvedla, že u poloviny respondentů se žádná smyslová porucha nevyskytovala. Dále autorka zjistila, že 57 respondentům (71, 25 %) se lékař při prvním kontaktu představil a všeobecná sestra se představila pouze 26 responden-



tům (26 %). Ve svém výzkumu Sobotková zjistila, že nejvíce respondentů v počtu 60 (22, 30 %) bylo informováno o své nemoci během hospitalizace. Z výsledků jejího výzkumu vyplývá, že 68 respondentům (85 %) byly podané informace dostačující a srozumitelné. Všeobecné sestry u 43 respondentů (53, 75 %) na dotazy naslouchají a odpoví. Sobotková zjistila, že nejčastějším tématem o čem respondenti hovoří se všeobecnými sestrami, patří plánovaná vyšetření v počtu 58 (39, 19 %). Sobotková použila ve své práci otázku, kde se konají rozhovory se zdravotnickým personálem a zjistila, že 59 respondentů (73, 75 %) uvedlo pokoj. Autorka zjistila, že komunikace proběhla v soukromí u 49 respondentů (61, 25 %). Dále zjistila, že nejčastějším problémem v narušení komunikace byl nedostatek času (41, 25 %). Sobotková uvedla ve své práci, že více jak polovina respondentů (68, 75 %) byla úplně spokojena s komunikací se zdravotnickým personálem. U práce Sobotkové, uvedlo přání o větší komunikaci 57 respondentů (71, 25 %).

## ZÁVĚR

Hlavní cíl této bakalářské práce bylo zjistit, jaký vliv má komunikace v nemocničním zařízení na spokojenost s ošetrovatelskou péčí gerontologických pacientů. Komunikace patří k běžné součásti lidského života a je vhodné ji správně používat. Dílčí cíle byly tři a měly zjistit, jak jsou geriatrickí pacienti spokojeni s komunikací. Dále měly za úkol zjistit příčiny nespokojenosti v komunikaci a zjistit, jak by se podle geriatrických pacientů mohla komunikace s personálem zlepšit. Všechny cíle byly splněny.

Teoretická část se skládá ze tří kapitol. Byla zpracována z odborné literatury. První kapitola popisuje komunikaci, druhy komunikace a zásady komunikace se seniory. Druhá kapitola je zaměřena na oblast gerontologie a geriatrie. Dále na stáří a stárnutí, změny ve stáří, ageismus a geriatrickou křehkost. V poslední kapitole jsem se zabývala zhodnocením geriatrického pacienta, nemocemi ve stáří a geriatrickými odděleními. Šetření bylo realizováno kvantitativní výzkumnou metodou, technikou dotazníku. Dotazník byl vlastní a celkem byl složen z 21 uzavřených otázek. Byl určen pro gerontologické pacienty na LDN odděleních Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. U více jak poloviny pacientů byl dotazník dělán formou rozhovoru, vzhledem k věku či zdravotnímu stavu.

Bakalářská práce byla pro mě přínosem, obohatila mě o nové poznatky a také musím konstatovat, že v mnoha výsledcích výzkumu jsem byla kladně překvapená. Většina gerontologických pacientů je spokojena s komunikací se zdravotnickým personálem i přes neustálé zvyšování administrativní práce všeobecné sestry. Respondenti i přes spokojenost ukázali na problém v komunikaci v rámci nedostatku času.

### Doporučení pro praxi

Z výzkumného šetření vyplynulo, že nejvíce respondentů uvedlo jako hlavní příčinu nespokojenosti nedostatek času při komunikaci. Výsledky mého výzkumu předám hlavní sestře a vrchní sestře gerontologického oddělení KNTB ve Zlíně, aby viděly výsledky a zpětnou vazbu pacientů a jejich spokojenost se službami, které nemocniční oddělení nabízí. Mé doporučení pro praxi je navýšit počet zdravotnického personálu a odborné proškolení zdravotníků v rámci komunikace.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BUTTARO, Terry Mahan a Kate BARBA, 2013. *Nursing care of the hospitalized older patient*. Ames: Wiley-Blackwell, 552 s. ISBN 978-0-8138-1046-1.
- [2] ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
- [3] ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
- [4] ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ, 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 238 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
- [5] DIENSTBIER, Zdeněk, 2012. *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit*. Vyd. 2. Praha: Radix, 184 s. ISBN 978-80-87573-01-3.
- [6] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [7] HEGYI, Ladislav, 2012. *Sociálna gerontológia*. Bratislava: Herba, 176 s. ISBN 978-80-89171-99-6.
- [8] HOLMEROVÁ, Iva, 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
- [9] JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 77 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2171-2.
- [10] KALVACH, Zdeněk a Iva HOLMEROVÁ, 2008. *Geriatrická křehkost- významný klinický fenomén. Medicína pro praxi*. 5 (2), 66 - 69 [cit. 2018-03-03]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2008/02/05.pdf>
- [11] KALVACH, Zdeněk a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- [12] KLEVETOVÁ, Dana, 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 224 s. Sestra. ISBN 978-80-271-0102-3.

- [13] KRAJSKÁ NEMOCNICE T. BATI, a. s., ©2012. Struktura oddělení – LDN. [online]. [cit. 2017-12-01]. Dostupné z: <http://www.kntb.cz/struktura-gerontologie>
- [14] KRÁTKÁ, Anna, Jana KUTNOHORSKÁ a Martina CICHÁ, 2011. *Ošetrovatelství - morální umění: kapitoly z dějin ošetrovatelství ve vztahu k morálnímu profilu sestry*. Praha: Grada, 263 s. ISBN 978-80-247-4201-4.
- [15] KUTNOHORSKÁ, Jana a Barbora PLISKOVÁ, 2017. *Komunikace a etické aspekty péče o seniory*. Zlín: UTB, 93 s. ISBN 978-80-7454-694-5.
- [16] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 206 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3224-4.
- [17] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2008. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 123 s. Studijní texty. ISBN 978-80-244-1877-3.
- [18] LENOCHOVÁ, Eva, 2010. *Stáří a co dál?* *Medicína pro praxi*. 7 (3), 152-154 [cit. 2018-03-03]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2010/03/14.pdf>
- [19] LINHARTOVÁ, Věra, 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetroující personál*. Praha: Grada, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- [20] MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2015. *Edukace v ošetrovatelství: respekt a úcta k lidské důstojnosti*. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Fakulta zdravotníctva, 198 s. ISBN 978-80-7454-513-9.
- [21] MAUK, Kristen L., c2006. *Gerontological nursing: competencies for care*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, xxiii, 846 s. ISBN 0-7637-2843-8.
- [22] MUŠKOVÁ, Simona, 2016. *Ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta* [online]. České Budějovice [cit. 2018-04-07]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče. Dostupné z: <https://wstag.jcu.cz/portal/studium/prohlizeni.html>
- [23] POKORNÁ, Andrea, 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 193 s., Sestra. ISBN 978-80-247-4316-5.

- [24] POLEDNÍKOVÁ, Lubica, c2013. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, Vysokoškolská učebnica. 223 s. ISBN 978-80-8063-410-0.
- [25] PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
- [26] SOBOTKOVÁ, Petra, 2010. *Spokojenost geriatrických pacientů s komunikací se zdravotnickým personálem* [online]. Zlín [cit. 2018-04-07]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav ošetrovatelství. Dostupné z: <http://digilib.k.utb.cz/handle/10563/12906>
- [27] SOUKUPOVÁ, Jana, 2016. *Kvalita ošetrovatelské péče o pacienty s potřebou geriatrické péče* [online]. České Budějovice [cit. 2018-04-07]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče. Dostupné z: [https://theses.cz/id/zebjya/BP\\_Soukupov.pdf](https://theses.cz/id/zebjya/BP_Soukupov.pdf)
- [28] SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 336 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3013-4.
- [29] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*, c2009. Praha: Galén, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
- [30] ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ., 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 288 s. ISBN 978-80-246-2628-4.
- [31] TOPINKOVÁ, Eva, c2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, xviii, 270 s. ISBN 8072623656.
- [32] ZACHAROVÁ, Eva, 2008. *Komunikace s geriatrickým pacientem*. Interní medicína pro praxi. 10 (12), 588-589 [cit.2018-03-01]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/12/12.pdf>
- [33] ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 121 s. Sestra. ISBN 978-80-271-0156-6.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ADL	Barthelův test základních všedních činností
A.S.	Akciová společnost
Atd.	A tak dále
B12	Vitamín B12
Cm	Centimetr
CGA	Comprehensive Geriatric Assessment
CSc.	Kandidát věd
Dr.	Doktor
IADL	Test instrumentálních všedních činností
ICHS	Ischemická choroba srdeční
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
Kol.	Kolektiv
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MUDr.	Doktor medicíny
Např.	Například
Prim.	Primář
S.	Strana
USA	Spojené státy americké
%	Procento

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tabulka 1. Návratnost dotazníků .....</i>	35
<i>Tabulka 2. Pohlaví .....</i>	37
<i>Tabulka 3. Věkové kategorie .....</i>	38
<i>Tabulka 4. Rodinné zázemí .....</i>	39
<i>Tabulka 5. Smyslové poruchy .....</i>	40
<i>Tabulka 6. První pobyt v nemocnici .....</i>	42
<i>Tabulka 7. První představení lékaře .....</i>	43
<i>Tabulka 8. První představení všeobecné sestry .....</i>	44
<i>Tabulka 9. Oslovení zdravotnickým personálem .....</i>	45
<i>Tabulka 10. Seznámení s výkony .....</i>	46
<i>Tabulka 11. Informace dostačující a srozumitelné .....</i>	47
<i>Tabulka 12. Byly podávány informace o .....</i>	48
<i>Tabulka 13. Konání rozhovorů .....</i>	50
<i>Tabulka 14. Soukromí při rozhovorech .....</i>	51
<i>Tabulka 15. Touha komunikovat .....</i>	52
<i>Tabulka 16. O čem nejčastěji mluví .....</i>	53
<i>Tabulka 17. Reagování na dotazy .....</i>	55
<i>Tabulka 18. Narušení komunikace .....</i>	56
<i>Tabulka 19. Přání o větší komunikaci .....</i>	58
<i>Tabulka 20. Přání o více času .....</i>	59
<i>Tabulka 21. Pohlazení .....</i>	60
<i>Tabulka 22. Ocenění při komunikaci .....</i>	61

**SEZNAM GRAFŮ**

<i>Graf 1. Návratnost dotazníků</i> .....	35
<i>Graf 2. Pohlaví</i> .....	37
<i>Graf 3. Věkové kategorie</i> .....	38
<i>Graf 4. Rodinné zázemí</i> .....	39
<i>Graf 5. Smyslové poruchy</i> .....	40
<i>Graf 6. První pobyt v nemocnici</i> .....	42
<i>Graf 7. První představení lékaře</i> .....	43
<i>Graf 8. První představení všeobecné sestry</i> .....	44
<i>Graf 9. Oslovení zdravotnickým personálem</i> .....	45
<i>Graf 10. Seznámení s výkony</i> .....	46
<i>Graf 11. Informace dostačující a srozumitelné</i> .....	47
<i>Graf 12. Byly podány informace o</i> .....	48
<i>Graf 13. Konání rozhovorů</i> .....	50
<i>Graf 14. Soukromí při rozhovorech</i> .....	51
<i>Graf 15. Touha komunikovat</i> .....	52
<i>Graf 16. O čem nejčastěji mluví</i> .....	53
<i>Graf 17. Reagování na dotazy</i> .....	55
<i>Graf 18. Narušení komunikace</i> .....	56
<i>Graf 19. Přání o větší komunikaci</i> .....	58
<i>Graf 20. Přání o více času</i> .....	59
<i>Graf 21. Pohlazení</i> .....	60
<i>Graf 22. Ocenění při komunikaci</i> .....	61



## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I	Žádost o umožnění dotazníkového šetření
Příloha P II	Dotazník



## PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Monika Nováková a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Chtěla bych vás požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Komunikace jako nástroj spokojenosti gerontologických pacientů s ošetrovatelskou péčí v nemocnici.“

Při vyplňování volte vždy jen jednu odpověď, jestliže nebude uvedeno jinak. Dotazník je zcela anonymní a získané údaje budou zpracovány v rámci mé bakalářské práce. Předem Vám děkuji za ochotu a Váš čas při vyplňování dotazníku.

Monika Nováková

**1. Pohlaví:**

- žena
- muž

**2. Váš věk:**

- do 65 let
- 66-70 let
- 71-80 let
- nad 81 let

**3. S kým bydlíte:**

- sám/sama
- s rodinou
- v domově pro seniory

**4. Máte nějakou z uvedených poruch? (lze i více odpovědí)**

- porucha zraku
- porucha sluchu
- porucha řeči
- nemám
- nevím o tom

**5. Ležíte poprvé v nemocnici?**

- ano
- ne
- nevím

6. Představil se Vám lékař při prvním kontaktu?

- ano, představil
- ne, nepředstavil
- nevím, nepamatuji se

7. Představila se Vám všeobecná sestra při prvním kontaktu?

- ano, představila
- ne, nepředstavila
- nevím, nepamatuji se

8. Jak Vás oslovuje zdravotnický personál?

- jménem
- příjmením
- titulem
- „babi, dědo“
- nijak mě neoslovuje

9. Seznámil Vás zdravotnický personál s výkony, které Vám prováděli?

- ano
- ne
- nevím

10. Byly pro Vás informace podané zdravotnickým personálem srozumitelné a dostačující?

- ano, byly
- ne, nebyly
- nevím

11. Během vašeho pobytu v nemocnici Vám byly podány informace o...

(lze i více odpovědí)

- zdravotním stavu
- nemoci
- dietním režimu
- léčbě
- plánovaných vyšetření
- pohybovém režimu
- nebyl jsem informován
- nevím

**12. Kde se konaly rozhovory se zdravotnickým personálem?**

- v pokoji
- na chodbě
- v jídelně
- jinde

**13. Bylo při rozhovorech zajištěno soukromí?**

- ano, bylo
- ne, nebylo
- nevím

**14. Máte touhu komunikovat se zdravotnickým personálem?**

- ano mám
- ne nemám

**15. O čem mluvíte nejčastěji se všeobecnými sestrami?**

(lze i více odpovědí)

- o své nemoci
- o svých potřebách
- o strachu
- o své rodině
- o politice
- o něčem jiném

**16. Jak na Vaše dotazy reagují?**

- vyslechnou si mě a odpoví
- odpovědi se vyhýbají
- dotazy nemám

**17. Co podle vás nejvíce narušuje komunikaci se zdravotnickým personálem?**

- nedostatek času
- nedostatek soukromí při komunikaci
- nezájem ze strany zdravotnického personálu
- nedostatek pochopení

18. Máte přání, aby zdravotnický personál s Vámi více komunikoval?

- ano, přeji si, aby více se mnou komunikovali
- komunikují dostatečně
- je mi to jedno

19. Přejete si, aby zdravotnický personál při komunikaci Vám věnoval více času?

- ano
- ne
- je mi to jedno
- nevím

20. Pohladí Vás sestra při kontaktu?

- ano
- ne

21. Co nejvíce oceňujete při komunikaci se sestrami?

- úsměv
- dotyk
- poslouchání
- projevení zájmu