

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Zvláštnosti v přístupu radiologických asistentů  
k vyšetření seniorů**

Bakalářská práce

Autor práce: Kateřina Káplová  
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví  
Studijní obor: Radiologický asistent  
Vedoucí práce: prof. MUDr. Stanislav Tůma, CSc.

Datum odevzdání práce: 2. 5. 2014

## **Abstrakt**

V České republice stoupá počet seniorů, lze proto předpokládat, že v budoucnu bude tento nárůst starší populace kopírovat nárůst radiodiagnostických vyšetření seniorů. V době, kdy člověk dosáhne seniorského věku, trpí různými neduhy a dost často vyhledává odbornou pomoc. Starý člověk je velmi citlivý na jednání s ním, a proto můj cíl práce bylo vymežit, jak by se měl radiologický asistent chovat k seniorům. Dnešní populace lidí je zrychlená a moderní. Musíme si uvědomit, že s námi žijí i tací, kteří jsou pomalejší, hůř koordinují své pohyby a pomaleji myslí.

V teoretické práci se zabývám pojmy stáří a stárnutí. Starý člověk prochází různými změnami ve stáří. Seniorovi se mění stránka psychická, fyzická, ale i stránka emocionální. Důležité je, aby se senior s těmito změnami vyrovnal a zadaptoval se na ně. Těmito všemi změnami se zabývá gerontologie. Je to vědní obor zabývající se stárnutím, sociálními vztahy ve společnosti k seniorům a samozřejmě člověkem v pokročilém věku jako jedincem s jeho individuálními potřebami a problémy. Tento obor se zabývá hlavně zvláštnostmi chorob ve stáří. Dalším tématem jsou nejčastější nemoci, které postihují seniora. A dále se zabývám komunikací a chováním k seniorovi.

V praktické části jsem chtěla zjistit, zda je komunikace mezi seniorem a zdravotníkem na dobré úrovni, dále zda jsou senioři informováni od svého lékaře, na jaké vyšetření jdou a pokud ne, tak jestli jim laborant alespoň řekne, co mu bude snímkovat. Z výsledku vyplývá, že 60% seniorů si myslí, že mají dobré zkušenosti s přístupem radiologického asistenta, ale už méně dobré zkušenosti s předáváním informací. Asi 58% seniorů vůbec nedostává informace od odesílajícího lékaře a od laboranta také ne. Zde je nutná změna jak ze strany lékaře, tak i ze strany asistenta.

## **Abstract**

In the Czech Republic there is increasing the number of seniors so it can be assumed that in the future this will also increase the amount of radio diagnostic examination of seniors. By the time, when a person becomes the senior, he or she suffers from various ailments and quite often seeks professional help. An old person is very sensitive to dealing with him or her and because of that the aim of my thesis was to define how should the radiologist assistant behave to senior citizens. Today's population of people is facilitated and modern. But we must realize that those who are slower are living with us and for them it is harder to coordinate their movements and slow thinking.

The theoretical work is concerned with the concepts of age and aging. An old man goes through various changes in old age. Seniors psychological, physical and emotional aspects are changing. It is important for the senior to overcome these changes and adapt for them. These changes are the main concern of gerontology. It is the science of aging, overall social relations in society to seniors and of course with a man of an advanced age as an individual with his individual needs and problems. Also this field deals mainly with the peculiarities of diseases in old age. Another issue is the most common diseases that affect seniors. A furthermore it deals with the communication and behaviour towards the elderly.

In the practical part, I wanted to find out whether the communication between a senior and a clinician is at a good level, then whether they are informed by their doctor on what tests are going to and if not so, at least if the technician tells them what part of a body is he or she going to shoot. The result implies that 60% of seniors think they have a good experience with access to a radiology assistant, but not to good with the transmission of information. About 58% of seniors not get information from the sending physician and the technician not. There needs to be a change of both the doctor and the assistant

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2014

.....

Kateřina Káplová

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala všem, kdo mě v této práci podporoval.

## Obsah

1 Současný stav dané problematiky .....	9
1.1 Charakteristika stárnutí a stáří .....	10
1.2 Periodizace stáří .....	11
1.3 Změny způsobené stárnutím .....	11
1.3.1 Tělesné změny .....	12
1.3.2 Psychické změny .....	13
1.3.3 Emocionální změny .....	13
1.4 Adaptace na stáří.....	13
1.5 Gerontologie, geriatrie .....	14
1.6 Senior a nemoc.....	14
1.7 Nejčastější onemocnění u seniorů.....	16
1.8 Komunikace se seniorem .....	17
1.8.1 Radiologický asistent a jeho přístup ke starému člověku.....	18
1.9 Diagnosticko- zobrazovací metody u seniorů.....	19
1.9.1 Rentgenové vyšetření .....	19
1.9.2 Výpočetní tomografie (CT) .....	20
1.9.3 Magnetická rezonance .....	21
1.9.4 Ultrazvukové vyšetření.....	22
2 Cíl práce a hypotézy .....	23
3 Metodika .....	24
4 Výsledky .....	26
5 Diskuze .....	34

6 Závěr .....	38
7 Seznam použitých zdrojů.....	41
8 Klíčová slova .....	43
9 Přílohy.....	44

## Úvod

Každý z nás bude jednou starý i ten, který si myslí, že v životě nezestárne. Obecně se říká, že stáří a smrt jsou jedinou jistotou v životě člověka.

Z pohledu mladých lidí je starý člověk brán jako člověk na okraji společnosti, který to má „za pár“. Mladí lidé se nezajímají o stáří a nepřipouštějí si, že někdy budou také staří. Většina mladých má zafixován pojem starý jako nemožný, otravný a nevrlý.

S přibývajícím věkem a životními zkušenostmi si ale člověk uvědomuje, že staří lidé jsou zdrojem informací, zkušeností a moudrostí. Senioři jsou všude kolem nás. Kvůli nízké porodnosti, která je příčinou, že obyvatelstvo v České republice stárne, přibývá počet seniorů. Tento fakt bude mít dopad jak na ekonomiku celého státu, tak na to, že senioři budou více vyhledávat odbornou pomoc. Kvůli tomuto bychom měli o seniorech víc mluvit, připustit si fakt, že jednou budeme také staří a začít se k nim chovat s úctou a respektem.

Ať člověk přijde kamkoliv, setká se seniorem. Mnohdy vidíme, jak se k nim na úřadech, v obchodech, ale bohužel i ve zdravotnictví chovají. Proto jsem si vybrala bakalářskou práci na téma „Zvláštnosti v přístupu radiologického asistenta k seniorům“. Námětem mi byla praxe i osobní zkušenost z dětství.



## 1 Současný stav dané problematiky

Ke dni 31. 12. 2011 bylo na území České republiky sečteno 1 701 000 lidí ve věku 60-ti let a více, což představuje 16,2 % populace. Z tohoto počtu bylo v roce 2011 téměř 1 009 982 žen a pouze 691 454 mužů v seniorském věku. (1)

**Tab. č. 1:** Věková struktura obyvatelstva ČR (obě pohlaví) v letech 1950- 2011. (1)

věk	1950	1970	2011
Počet obyvatel			
60+	1 106 000	1 697 000	1 701 000
Počet obyvatel (%)			
60+	12,4 %	15,9 %	16,2 %

Z tabulky vyplývá, že při sčítání v roce 1950 žilo v České republice 1 106 000 osob starších 60-ti let. V blízké budoucnosti se počet seniorů výrazně zvýší. Nyní se pohybuje počet osob starých 60-ti let a starších kolem 2,3 milionu. V roce 2020 by se mohl zvýšit počet seniorů na 2,7 milionů osob. Stárnutí v České republice, ale i v jiných zemích, bude mít dopad jak na sociálně ekonomickou sféru, tak i na zdravotnickou péči. Čím více bude populace stárnout, tím více bude potřeba odborné zdravotní péče. Lze proto předpokládat, že rostoucí počet osob starších 60-ti let budou nutně vyžadovat speciální péči nejen v obecném měřítku, ale i ze strany radiologických asistentů.

Myslím si, že je pro mé budoucí zaměstnání přínosné, abych se ve své bakalářské práci zabývala touto problematikou. Protože starých lidí kolem nás neustále přibývá, je tedy nutné, abychom s nimi našli společnou řeč, každý člověk bude jednou starý a musíme si nutně uvědomit, že budeme ve stejné pozici jako dnešní senioři.

## ***1.1 Charakteristika stárnutí a stáří***

Člověk je individuál a každý z nás stárne jinak. Člověk má stárnutí geneticky naprogramováno a zakódováno. Stárnutí je proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. V jednotlivých orgánech při něm probíhají změny degenerativní, morfologické a funkční. Normální stárnutí je určeno souhrnem faktorů genetických a vlivy prostředí, které na jedince působí v průběhu celého života. Stárnutí je přechodnou vývojovou periodou mezi dospělostí a stářím, přičemž strukturální a funkční změny v něm vzniklé jsou regresivní, nevratné a neopakují se. Stárnutí tedy představuje neodvratný fyziologický děj, který je cestou do stáří. (4)

Stáří (sénium) je označení posledních etap ontogenetického vývoje člověka. Jedná se o projev a důsledek involučních změn, které probíhají různou rychlostí. Na charakteru stáří se podílí řada faktorů jako např. zdravotní stav, životní styl, vlivy sociálně ekonomické a psychické. (4)

Stáří je dáno věkem jedince. Výši věku lze vymezit na základě několika kritérií.

Rozlišujeme:

- kalendářní (chronologický) věk (je určen datem narození, lze jej přesně vymezit)
- biologický (funkční) věk (je důsledkem geneticky řízeného programu biologického stárnutí, především involučních změn)
- sociální (sociálně-historický) věk (zachycuje změny sociálních rolí, životního stylu, ekonomické situace apod.)
- psychologický věk (jedná se především o tzv. věk subjektivní – jak se starý člověk sám cítí, poukazuje na psychický stav jedince). (5)

## ***1.2 Periodizace stáří***

Je dobré zdůraznit, že každý stárne už od narození a každý stárneme „jinak“. Odborníci doposud nestanovili hranici věku, od které se bude člověk brát, jako senior. Z toho to důvodu se můžeme v různých publikacích dočíst o různé periodizaci stáří.

V minulosti byla periodizace jiná. V 17. až 18. století byl průměrný věk 40 let. Ještě v roce 1940 byl průměrný věk 50 let a od té doby se postupně zvyšuje. V 21. století je průměrný věk 74,2 a postupem času se bude prodlužovat.

Světová zdravotnická organizace člení druhou polovinu života na:

- 45 - 59 let zralý nebo též střední věk
- 60 - 74 let vyšší věk nebo rané stáří
- 75 - 89 let stařecký věk neboli sénium, vlastní stáří
- 90 let a výše dlouhověkost

Tyto periodizace jsou dány kalendářním datem narození a nic nám to nevypovídá o skutečné úrovni stárnutí, protože každý je starý, tak na kolik se cítí. (19)

## ***1.3 Změny způsobené stárnutím***

Stárnutí je možno charakterizovat jako involuční proces postihující všechny orgány a tkáň, při kterém dochází k úbytku jejich funkcí. Involuční změny lze pozorovat na některých orgánech již od 30. roku života. Intenzita těchto změn neustále kolísá a nejvíce se stupňuje okolo 60. roku života. Nejnápadnější jsou zevní projevy. (4)

### 1.3.1 Tělesné změny

Nejvýraznější tělesné změny stárnoucího organismu postihují kůži. Dochází ke ztenčování pokožky, úbytku elasticity a menší vlhkosti, která je dána úbytkem vody. (4)

Ve stáří dochází ke zhoršení smyslového vnímání. Následující postižení patří mezi nejčastější:

- Zrak: presbyopie (stařecká dalekozrakost), zhoršená adaptace na tmu, změny vnímání barev.
- Sluch: snížení citlivosti k vyšším zvukovým frekvencím, nedoslýchavost, šelesty.
- Chuť: snížení percepce chuti pro slané a sladké podněty.

K nápadným zevním změnám patří i změna postavy. Starý člověk zmenšuje svou celkovou tělesnou hmotnost, což je způsobeno atrofií všech orgánů. Se změnami postavy souvisí změny na pohybovém aparátu, což se projevuje především ve změnách postoje a chůze. Postupně dochází k omezování kloubní pohyblivosti a snižování počtu svalových vláken, v jejichž důsledku dochází k poklesu rychlosti, obratnosti a nakonec i síly a vytrvalosti. Obecně se krok zkracuje a chůze zpomaluje. Staří lidé často trpí změnami v oblasti kardiovaskulárního systému. Zde jsou ty změny nejvýraznější. Postupně dochází k ukládání tukových látek a vápníku v cévách, což má za následek zužování cév a nedokrevnost určité části těla. Stárnutí má vliv i na dýchání, kdy snížená funkce dýchacího ústrojí může vést k hypoxii. Změny postihují zažívací systém, kdy se zmenšuje produkce trávicích šťáv a to zapříčiní vznik dyspeptického syndromu nebo zácpy. Dále dochází ke změnám v regulaci tělesné teploty (zimomřivost, snížení adaptace na změny teploty); mění se činnost žláz s vnitřní sekrecí, s čímž souvisí snižující se sekrece pohlavních hormonů (např. porucha štítné žlázy). Klesá pohlavní činnost, u mužů se snižuje potence, ženy přestávají menstruovat. Také klesá pružnost svěračů okolo urétry čímž dochází k inkontinenci. (4), (5)

### **1.3.2 Psychické změny**

Všeobecně jsou psychické změny charakterizovány postupným úbytkem duševních sil. Věkem se některé psychické funkce nemění. Mezi ně patří například slovní zásoba, jazykové znalosti a intelekt. Naopak jsou některé psychické změny, které přímo souvisí s věkem člověka. Nejčastěji dochází k poklesu kognitivních, tj. poznávacích funkcí. Příčinou poklesu poznávacích funkcí dochází ke zpomalení odpovědi na různé podněty. Zpomaluje se rychlost slovní reakce na dotaz. U starých lidí se snižuje výbavnost a všípivost. To znamená, že si starý člověk nevybavuje jména známých lidí, názvy měst, květin apod. Mají potíže se zapamatováním něčeho nového např. jména, léku, který dostali od lékaře apod. Proto říkáme, že staří lidé si pamatují vše, co bylo před 30-ti lety, ale nepamatují si to, co se stalo před hodinou. Starý člověk se hůř přizpůsobuje novým situacím a snižuje se mu koncentrace, se kterou souvisí zvýšená únava. (4)

### **1.3.2 Emocionální změny**

U seniorů se však zároveň projevuje emoční labilita, která má za následek obtížné zvládnání emočních projevů. Staří lidé podléhají snadno dojetí. Může se vyskytovat střídání nálad a sklon k úzkosti. I malý podnět dokáže starého člověka dojmout až k slzám a nezvyklými nejsou ani náhlé negativistické projevy. Starý člověk je více citlivý a doufá v porozumění od okolí.(4), (5)

### **1.4 *Adaptace na stáří***

Adaptace na stáří začíná tehdy, kdy si poprvé člověk uvědomí, že stárne. Starý člověk musí překonat řadu překážek jako je odchod do důchodu, smrt partnera a změnu sociálního postavení. Ve stáří je důležité, aby senior svůj pozitivní vztah k životu opíral o malé radosti a neměl by lpět na aktivitách, na které mu už síly nestačí. Senior by měl

přehodnotit své životní priority, ale zachovat si sociální vazby s okolím. Musí se snažit si získávat nová přátelství, koníčky a zůstat aktivní jako doposud býval.

Adaptace je u každého staršího člověka jiná a nemůžeme spolehlivě říct, jaký postoj ke stárnutí a stáří zaujme a jak se zadaptuje na problémy, které mu stáří přináší. Část seniorů se zadaptuje na změny rychle, ale jiní ne. (19)

### **1.5 Gerontologie, geriatrie**

Problematikou stárnutí a stáří se zabývá gerontologie. Je odvozena z řeckého *gerón*, což znamená starý člověk a *logos* čili věda. Věnuje se příčinám stárnutí, zabývá se celkovými sociálními vztahy ve společnosti k seniorům a samozřejmě člověkem v pokročilém věku jako jedincem s jeho individuálními potřebami a problémy. Geriatrie je samostatným oborem věnujícím se zvláštnostem chorob ve stáří. Zahrnuje prevenci, diagnostiku, léčbu, specifickou rehabilitaci a geriatrické ošetřovatelství. Vedle toho má v péči o seniory každý lékařský obor svá specifika. V radiodiagnostice je takovou diagnostickou i léčebnou disciplínou uplatnění moderních diagnostických zobrazovacích metod, které umožňují rychlejší a šetrnější vyšetření člověka v pokročilém věku a v neposlední řadě i použití intervenčních výkonů. (2), (3)

### **1.6 Senior a nemoc**

Na začátek si řekněme, jak nám světová zdravotnická organizace (WHO) definuje pojem zdraví a nemoc.

Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. (6)

Nemoc je definována jako porucha rovnováhy vnitřního a vnějšího prostředí organismu nebo jako porucha celistvosti jeho součástí. Je tedy porušena stavba a funkce jednoho nebo více orgánů. (7)

Nemoc jako taková zasahuje do života člověka. Mění se pocit emotivity a reaktivity a celkově se člověk cítí nešťastně. Staří lidé se těžko vyrovnávají s chorobami. Někteří potřebují k tomu, aby zvládli nemoc, druhé lidi, někteří nemoc úplně odmítají a nepřipouští si ji.

Nemoci, které se vyskytují u starších osob, jsou stejné jako ve středním věku, ale odlišují se frekvencí výskytu, často klinickým obrazem, komplikacemi a eventuálně i následky. Výskyt celé řady nemocí vzrůstá se stoupajícím věkem. Každé onemocnění probíhá ve stáří odlišně. U starých lidí převažují chronické dlouhodobé nemoci. Akutní choroby nemusí mít dramatický začátek, ale většinou trvají déle a přinášejí větší riziko komplikací i po přechodu do chronického stádia.

U starých lidí se nemoc objevuje s další skupinou příznaků nebo problémů, které vedou ke zhoršené schopnosti uzdravení a k poklesu nezávislosti člověka. Tato skupina příznaků se nazývá geriatrické syndromy, které mohou být:

- a) somatické- porucha chůze, hybnost, závratě, nestabilita, pády a úrazy, inkontinence stolice a moči, poruchy termoregulace, poruchy příjmu potravy a tekutin, dekubity.
- b) psychické- demence, deprese, delirium, poruchy chování, poruchy adaptace
- c) sociální- ztráta soběstačnosti, závislost na pomoci druhých, sociální izolace, týrání, zneužívání a dysfunkce rodiny. (8), (9)

Charakteristickým znakem nemocnosti u starých lidí je polymorbidita, tedy výskyt několika a velmi často, také celé řady chorob současně. Při vzniku více chorob dochází k vzájemnému negativnímu působení. Polymorbidita je typická užíváním celé řady léků najednou. U seniora, který je nemocný, trvá uzdravení podstatně déle než u mladého člověka. Dalo by se říct, že mladý člověk je za týden zdravý, ale seniorovy trvá alespoň měsíc, než se uzdraví. (12)

## ***1.7 Nejčastější onemocnění u seniorů***

S přibývajícím věkem se čím dál více dostávají nejrůznější problémy se zdravím. Když je člověk mladý, nejčastěji trpí krátkodobým onemocněním, ale s přibývajícím věkem se to horší. Podle statistických údajů trpí třičtvrtě lidí starších 60-ti let onemocněním srdce a cév, mezi které patří vysoký krevní tlak, infarkt myokardu, angina pectoris, cévní mozková příhoda a postižení tepen dolních končetin. Důvodem, proč jsou tato onemocnění tak častá, je zvýšený cholesterol a následné riziko cévní sklerózy, obezita, nízká fyzická aktivita či cukrovka.

Mezi druhé nejčastější onemocnění se řadí obtíže s pohybovým aparátem, které jsou důsledkem snížení fyzické schopnosti a výkonnosti. Ve stáří obecně ubývá svalové síly, pohyby seniorů jsou pomalejší a pomalu reagují. Tyto změny převážně postihují ženy, kterým po přechodu ubývá kostní hmota a kosti se tak stávají křehčí (osteoporóza). Klouby jsou méně ohebné a pružné a často jsou postižené artrózou, což zhoršuje pohyblivost starých lidí. (12)

Dále se dost často vyskytují problémy se zažívacím traktem, s endokrinním systémem (cukrovka) a s psychiatrickými nemocemi (demence).

U všech těchto onemocnění je důležité provést nějakou z radiologicko-diagnostických zobrazovacích metod. Radiologický asistent musí dbát na to, že staří pacienti jsou limitováni svým pohybem a nemocemi, které ho trápí, a proto musí pracovat trpělivě. Také je potřeba si uvědomit, že starý člověk nemusí vydržet všechna radiodiagnostická vyšetření v důsledku omezení pohybu např. během magnetické rezonance.



## **1.8 Komunikace se seniorem**

Komunikace je chápána jako proces předávání informací mezi dvěma nebo více osobami. Je to proces sdělování, přenosů a výměny informací. Díky rozvoji informačních a komunikačních technologií, které zasahují do lidské činnosti, se dostala do popředí zájmu i ve zdravotnictví. (15)

Zejména v komunikaci se seniorskou populací je nezbytné při předávání informací zhodnotit jejich aktuální psychický stav. Kdykoliv hovoříme s jinými osobami, vyskytuje se v naší vzájemné komunikaci jak složka verbální, což znamená, že při komunikaci využíváme slova, tak i složka neverbální, kterou si mnozí z nás ani neuvědomují. (17)

Mnohdy je výmluvnější výraz v našich tvářích, pohyby rukou a nohou, než náš jazyk. Člověk nejvíc reaguje na pohyby těla, výraz ve tváři, pohyby rukou, rtů a očí. Především staří lidé jsou všímavější k těmto výrazům a pak nás mnohdy překvapí reakce seniora, i když jsme nic neřekli. Proto by se měl každý zdravotník v pravou chvíli zastavit a vyslechnout příběh, a tak mu darovat minutku ze svého času k naslouchání. Někdy nám pochopení a znalost příběhu pomůže k snadnější spolupráci se seniorem. (18)

### **Verbální komunikace**

Verbální komunikace je charakterizována využíváním slov jako symbolů znaků neboli kódů k předávání informací, myšlenek, sdílení zkušeností a zážitků, ověření mínění druhých a vnímání vysílaných symbolů a vnímání okolního světa. (16)

Zdravotník by měl podávat takové informace, které jsou v daný okamžik nutné. U seniorů platí určitá kritéria, jak jim podat informace. Základní kritéria jsou jednoduchost, stručnost, zřetelnost, načasování a závažnost. Důležité je, abychom jako zdravotníci trvali na opakování a pochopení informace, které předáváme seniorovi, a proto se neptáme, zda nám pacient rozuměl, ale na to, co z vašeho sdělení pochopil. Je dobré, abychom ve starém člověku vzbudili důvěryhodnost, protože tím usnadňujeme spolupráci s pacientem při vyšetření. (15), (16)

### **Neverbální komunikace**

V odborné literatuře je definována jako řeč těla. Patří sem všechny projevy těla, které jsou vysílány, aniž bychom promluvili. Pohled vypovídá o sebedůvěře a o vztahu k druhému. (16)

Neverbální komunikaci musí dobře zvládnout zdravotníci a především ti, kteří pracují buď s dětmi, nebo seniory. Mimika, výraz hlasu a gesta, jsou nejsnadněji čitelné prvky neverbální komunikace. Člověk často tyto prvky vysílá podvědomě, aniž by si to uvědomil. Z těchto gest je nemocný schopen třeba rozpoznat, jakou náladu má pracovník a jak moc vážná je daná situace apod. (15), (16)

Proto si myslím, že je dobré, aby se tento způsob komunikace naučil každý zdravotník ve větší míře ovládat. Jednak mu to usnadní spolupráci se starým člověkem a druhým hlediskem je fakt, že při zvládnutí těchto gest nevytváří v pacientovi napětí a ten si pak nemůže stěžovat, že se na něj personál mračí atp.

#### **1.8.1 Radiologický asistent a jeho přístup ke starému člověku**

Každý člověk je jedinečný a jeho individualita přetrvává do stáří. Přístup k jedinci musí být tedy i ve stáří velmi individuální. Z hlediska profesionálního přístupu lze zdůraznit tři zásady, které je vhodné mít při setkání se seniorem na paměti. Každý kontakt s klientem vyššího věku by měl posilovat jeho sebeúctu, přispívat ke zvyšování pocitu bezpečí a jistoty. Při rozhovoru se seniorem bychom měli stát před ním a mluvit na něj pomalu. Když se toto dokáže pracovník naučit, bude dorozumění snadnější.

Jelikož je dnešní doba uspěchaná a zdravotnictví není výjimkou, měli bychom se naučit být trpěliví. Senioři reagují pomaleji a část z nich trpí poruchami paměti. Proto, když něčemu nebudou rozumět, je nezbytné jim to slušně zopakovat a ne jim svými slovními a mimickými gesty dávat najevo neúctu a snižovat jejich důstojnost. Senioři jsou konfrontováni s řadou ztrát. To může vést ke snížení jejich sebehodnocení. V jejich očích bychom tak měli zvedat hodnotu jedince. Do této kategorie pak patří přiměřené oslovení např. paní nebo pane, a pokud má pacient před jménem titul, tak ho

oslovovat titulem místo obecného “babi, dědo“. Všechny zdravotní profese by měly aktivně naslouchat a povzbuzovat jedince k dalšímu sdělování. (17)

K rizikovým faktorům, které zhoršují kontakt, patří zejména spěch, nedostatek času a podrážděnost. K profesionálnímu přístupu patří v kontaktu se starším člověkem nutně i empatie, vstřícnost a opravdovost. (17)

## ***1.9 Diagnosticko- zobrazovací metody u seniorů***

Jak jsem již zmiňovala, senioři nejčastěji trpí problémy pohybového aparátu, kardiovaskulárního, plicního, gastrointestinálního a endokrinologického systému. K diagnostice těchto onemocnění využíváme jednak skiagrafickou, ale také výpočetní tomografii, magnetickou rezonanci a ultrasonografické vyšetření.

### **1.9.1 Rentgenové vyšetření**

Vyšetření pomocí rentgenů patří k základnímu vyšetření v medicíně. Radiologie je specializovaný obor lékařství využívající rentgenového záření v diagnostice. Principem je rentgenové záření, které roku 1895 objevil Wilhelm C. Röntgen.

Zdroj rentgenového záření je rentgenka, což je skleněná vakuová trubice, kde se nachází katoda z wolframu a anoda, na které vzniká rentgenové záření.

Rentgenové záření proniká hmotou (tělem pacienta) a dopadá na záznamové médium (kazetu), které je za pacientem. Po vyvolání vzniká rentgenový obraz. Tento proces se prováděl ve vyvolávacích automatech, kdy se používala tzv. technika film-folie. Tato technika je stále součástí malých pracovišť, ale technický rozmach posunul vědu dál a dříve užívaný způsob film folie byl nahrazen novými metodami, jako je například digitální radiologie.

Analogový obraz zobrazený pomocí digitální radiologie se používá k pozdní úpravě snímku. Radiografie je nejčastěji využívána u ortopedických, chirurgických a traumatologických indikací, mezi něž patří např. zlomeniny, prosté snímky plic a náhlé příhody břišní. Výhodou je, že urychlí chod pracoviště a pacienti tak dlouho nečekají v čekárnách, než na ně přijde řada.(13), (14)

Úkolem radiologického pracovníka na pracovišti je, že poučí pacienta o tom, co si během vyšetření může a nemůže na sobě ponechat. Dále je nutné pacienta upozornit na to, aby si sundal veškeré šperky, protože jsou při vyšetření nežádoucí. Dalším a velmi důležitým úkolem je poučit pacienta a pomoci mu zrealizovat polohu potřebnou k vyšetření. U seniorů je většinou problém polohy dosáhnout, protože mnozí z nich trpí pohybovými potížemi. Radiologický asistent musí umět používat pomůcky jako například klíny, čtverce a válce, které napomáhají lidem i pacientům s obtížnou imobilitou zaujmout takovou polohu, která bude výhodná pro obě strany. (obrázek č. 1) Radiologický asistent by měl zvládnout snímkovat vše, co je zapotřebí, a to i ve chvíli, kdy se bude zdát, že to na první pohled nebude proveditelné.

Nesmíme zapomenout na to, jak by se měl radiologický asistent chovat. Každý člověk pracující s lidmi by se měl tvářit jako profesionál a to i tehdy, kdy má důvod být podrážděný. Přístup k pacientovi by měl být vstřícný, milý a ohleduplný. Řada lidí v seniorském věku se potýká s hluchotou a dalšími handicapy, se kterými by si měl radiologický asistent poradit.

## **1.9.2 Výpočetní tomografie (CT)**

Jedná se o radiologickou vyšetřovací metodu. Byla objevena koncem sedmdesátých let 20. století a pracuje za pomoci rentgenového záření, které umožňuje zobrazit vnitřní orgány člověka. Za objevitele výpočetní tomografie považujeme Godfrey Hounsfield, který v roce 1973 přišel s touto metodou. Tato metoda byla zdokonalena a urychlena. Současné spirální CT vyšetří celého pacienta za několik sekund. Pomocí CT (obrázek č. 2) pořizujeme u ležícího pacienta transverzální řezy a díky počítačovému vyhodnocení

vzniká zobrazení těla ve vrstvách. Výhodou CT vyšetření je to, že rozliší i málo kontrastní tkáně. CT vyšetření se v dnešní době dostalo do popředí v zobrazovacích metodách. Jelikož CT vyšetření dokáže zachytit milimetrové detaily, je více indikováno než RTG vyšetření. Pro mnohé pacienty přináší výhody. Při úrazech je CT vyšetření dominantní metodou k indikaci vnitřního krvácení, embolie či krvácení do mozku. (13)

Radiologický asistent má za úkol poučit pacienta a vysvětlit mu rizika při podání kontrastní látky. Dále má za úkol vysvětlit seniorovi jak bude vyšetření probíhat. Při CT vyšetřením pacient většinou zaujímá polohu na zádech. Pro lidi seniorského věku je tato poloha pohodlnější a lépe proveditelná než při skiagrafii.

Radiologický asistent má ještě jeden důležitý úkol. Pracuje s CT konzolí a postprocesingovými obrázky, které dál posílá lékaři na popsání.

### **1.9.3 Magnetická rezonance**

Magnetická rezonance (obrázek č. 3) je moderní vyšetřovací metoda. Nepracuje s ionizujícím zářením, a proto je velmi šetrná k lidskému organismu. Je zde nulová radiační zátěž. MR pracuje s magnetickým polem a elektromagnetickým vlněním. Lidské tělo je z větší části složeno z vody, která obsahuje vodík. Silné magnetické pole, které je přístroj schopen vyvolat, ovlivňuje pohyb vodíkových iontů. Přístroj zaznamenává signály z iontů v magnetickém poli a zpracovává údaje pomocí složité výpočetní techniky. Poskytuje kontrastní obrázky všech měkkých tkání. Často se magnetická rezonance využívá k vyšetření mozku, míchy, meziobratlových prostor, břicha a dalších měkkých tkání (kolenní kloub, ramenní kloub). V současnosti patří MR k jedné nejdražších zobrazovacích metod. (13)

I při této metodě se neobejdeme bez použití kontrastní látky. Nejčastěji používáme gadoliniovou kontrastní látku, a proto radiologický asistent musí poučit pacienta o možných rizicích.

Radiologický asistent na MR pracuje s počítačovou konzolí, používá programy pro magnetickou rezonanci a hlavně pracuje s pacientem. Ukládá pacienta do správné polohy, po celou dobu kontroluje jeho stav a je s ním v kontaktu přes hlasový port.

Výhodou této metody je zobrazení bez ionizujícího záření. MR přináší vysokou přesnost při zobrazení většiny orgánů.

Radiologický asistent musí dbát na stavy, které jsou kontraindikací k vyšetření pomocí MR. Hlavní nevýhodou vyšetření MR je čas. Doba vyšetření se pohybuje v řádech minut. Někdy může vyšetření přesáhnout půlhodinu, při které se pacient nesmí ani pohnout. Toto vyšetření proto hůře snášejí lidé staršího věku a děti. Absolutní kontraindikací je kardiostimulátor, kochleární implantát, cévní svorky a další druhy kovů z feromagnetického materiálu. Na vyšetření nesmí žena v třetím trimestru nebo lidé s velkým tetováním ve vyšetřované oblasti.

#### **1.9.4 Ultrazvukové vyšetření**

Ultrazvuk (obrázek č. 4) je modalitou často využíván v lékařské diagnostice. Ultrazvuk nebo ultrasonografie je diagnostická zobrazovací technika založená na registraci ultrazvuku odraženého od tkání. Vyšetření pomocí ultrazvuku je naprosto neinvazivní a bezbolestné. Ultrazvuk je akustické vlnění, které při vyslání do těla prochází tělem a odráží se od jednotlivých orgánů. Ultrazvukové vyšetření je velmi využívanou technikou zobrazení vnitřních orgánů také z důvodu ekonomické nenáročnosti, dobré dostupnosti s minimální zátěží pacienta. Indikace k vyšetření za pomoci ultrazvuku jsou široká, např. diagnostické zobrazení jater, žlučových cest, žlučníku, slinivky břišní, ledvin, močových cest, prsy, prostaty, srdce cév a mnoho dalších. Ultrazvuk může být použit i jako prostředek pro navigaci při cílené biopsii. V České republice ultrazvukové vyšetření provádí lékař. Radiologický asistent může lékaři asistovat při některých intervenčních výkonech. (13), (14)

## **2 Cíl práce a hypotézy**

### ***2.1 Cíl práce***

Cílem mé práce bylo zaměřením se na informovanost pacientů o prováděných vyšetřeních a na vzájemnou komunikaci a chování mezi zdravotnickým personálem a pacientem.

### ***2.2 Hypotézy***

Domnívám se, že pacienti seniorského věku jsou nedostatečně informováni o prováděném výkonu odesílajícím lékařem.

Druhá hypotéza je, že radiologický asistent nedostatečně informuje seniora o tom, co mu bude snímkovat a jak to bude probíhat.

## 3 Metodika

### 3.1 Použité metody

Informace jsou založeny na dotazníkovém šetření. Zkoumaným souborem byli lidé starší 60-ti let. Dotazníky byly podány na soukromém rentgenu ve Strakonících a v Nemocnici Na Vinohradech. V této nemocnici pracuje moje kamarádka, kterou jsem do mé práce zasvětila a poprosila ji, zda by nedala dotazníky několika seniorům. Samozřejmě za souhlasu vrchního laboranta.

Práce se seniorem je namáhavá na čas. Abychom předešli dotazování seniorů, že nějaké otázky nerozumí, byly dotazníky podány, když bylo na oddělení větší klid a nebylo kam spěchat. Laborant si tak mohl vymezit čas na seniora a jednotlivé body s ním projít. Samozřejmě, že všemu předcházelo ústní dotázání, zda je ochoten mi krátký dotazník vyplnit. Se souhlasem jsem potřebné údaje zanesla do dotazníků, který obsahoval 12 otázek. Dvě otázky byly polootevřené. Dotazník byl zaměřen na informovanost o vyšetřeních a na vzájemnou komunikaci mezi zdravotníkem a seniorem.

### 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazníky jsem podala lidem, kteří byli starší 60-ti let. Cílovou skupinu tvořili senioři. Jelikož drtivá většina seniorů si pamatuje víc ze své minulosti než z přítomnosti a část z nich trpí nějakou formou demence, vyplňovala jsem dotazníky částečně s nimi.

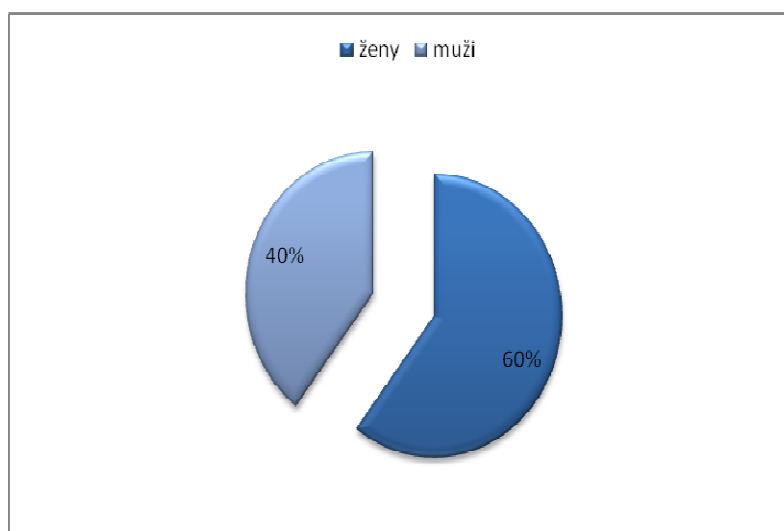
Dotazníky nakonec vyplnilo 53 seniorů, kteří podstoupili RTG vyšetření. Senioři, jakožto riziková pacienta, by měli být pečlivě informováni o průběhu vyšetření a o možných rizicích. Součástí dotazníkového šetření byly i otázky, týkající se spokojenosti pacientů s chováním personálu na diagnosticko-zobrazovacích



pracovištích. Jelikož jsem si za doby své praxe všimla, že lidé chodí na rentgen nepřipraveni a nulově informováni o tom, co se jim bude dít, a že přístup radiologických asistentů není takový, jaký by měl být.

## 4 Výsledky

První otázky z dotazníků se týkaly pohlaví, zda jsou starší 60-ti let a jestli někdy byli na rentgenu. Na tyto tři otázky mi odpovědělo 53 dotazovaných. Kde bylo větší zastoupení žen než mužů. Žen bylo 32 (60%) a zbylých 21(40%) bylo mužů. Zpracovala jsem tedy odpovědi od 53 lidí ve věku 60-ti let a více (graf č. 1). Dále jsem výsledky rozdělila podle pohlaví na ženy a muže.



**Graf č. 1: Počet mužů a žen**

Na otázku číslo čtyři „Jaké máte zkušenosti s pracovníky na rentgenovém pracovišti, zda jsou „dobré či špatné““ odpověděli všichni dotazovaní. 13 mužů, což je 62% odpovědělo, že mají dobré zkušenosti a 8 z nich, což znamená 38%, mají špatné. Žen je 32 a z nich má dobré zkušenosti 19 (59%) a 13 (40%) z nich uvedlo, že mají špatné zkušenosti (tabulka č. 2) Tato otázka byla polootevřená, protože dále jsem se dotazovala, z jakého důvodu si myslí, že zkušenosti jsou špatné. Zda je to kvůli vzájemné komunikaci, či kvůli chování zdravotníků k nim. Většinou senioři vyplňovali,

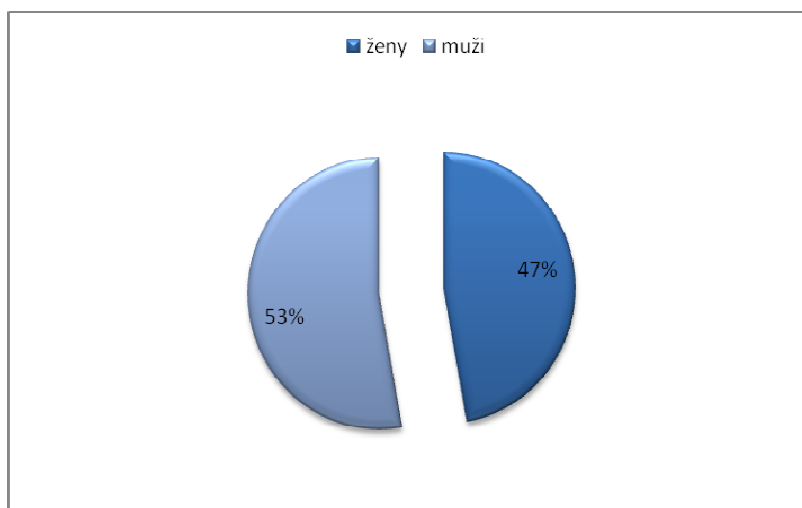
že se jim nelíbilo chování, ale převážná část seniorů zaškrtovala obě možnosti. Nelíbilo se jim jak chování, tak i komunikace.

Důvody toho výsledku jsou špatné zlozvyky všech zdravotníků v podávání informací. Buď je podávají moc rychle a nebo vůbec. Při jednání se seniorem si musíme uvědomit, že hůř slyší a má zpomalené reakce, tím pádem zpomalené vnímání svého okolí.

		ŽENY	MUŽI
Jaké máte zkušenosti s pracovníky na rtg pracovišti?	Dobré	19 (59%)	13 (62%)
	Špatné	13 (40%)	8 (38%)

**Tabulka č. 2: Rozdílné zkušenosti s pracovníky na rtg pracovišti?**

Na otázku „Když jste byl/a na rentgenu, měl/a jste pocit, že je „otravujete“ a byli na Vás nepříjemní?“ Odpovědělo 28 (53%) seniorů, že nemělo tento pocit, ale 25 (47%) z nich odpovědělo, že s takovým přístupem se setkali (graf č. 2). Z 21 mužů kladně odpovědělo 8 (38%) seniorů. A u žen to bylo 17 (53%) z celkového počtu žen. Podrobněji je to rozepsáno v tabulce číslo 3.

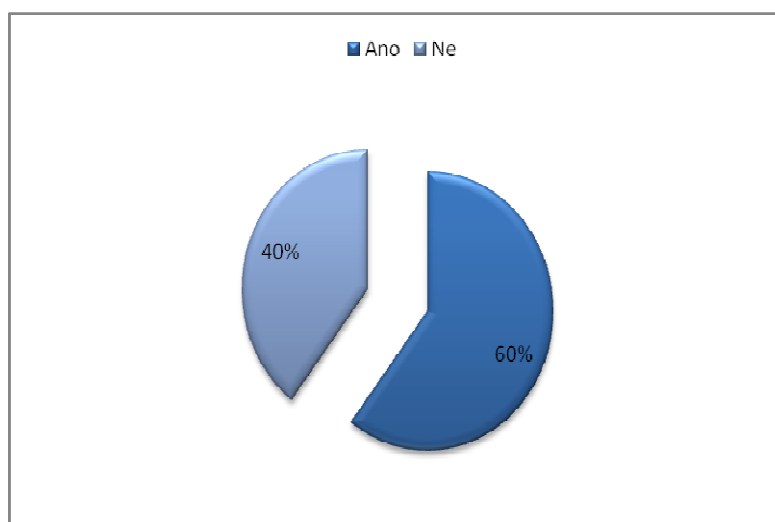


**Graf č. 2: Když jste byl/a na rentgenu, měl/a jste pocit, že je „otravujete“ a byli na Vás nepříjemní?**

		ŽENY	MUŽI
Když jste byl/a na rtg, měl/a jste pocit, že je "otravujete" a byli na Vás nepříjemní?	Ano	17 (52%)	8 (38%)
	Ne	15 (48%)	13 (62%)

**Tabulka č. 3. Když jste byl/a na rentgenu, měl/a jste pocit, že je "otravujete" a byli na Vás nepříjemní?**

Otázka č. 6 se zaměřovala na komunikaci. Na tuto otázku, zda se setkali v chování zdravotníka s neverbální komunikací, napsalo 21 (40%) seniorů, že ne a 32 (60%) z nich, že ano (graf č. 3). U žen zaškrtno, že 9 (28%) z nich se nikdy nesetkalo s neverbální komunikací a 23 (72%) žen napsalo, že ano. U mužů je tento výsledek naopak. Podrobněji to znázorňuje tabulka č. 4



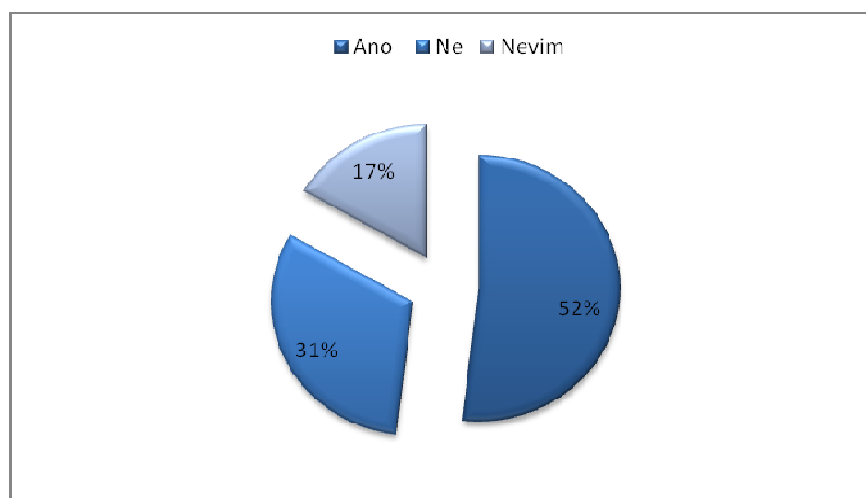
**Graf č. 3: Setkali jste se v chování zdravotníka s neverbální komunikací?**

		ŽENY	MUŽI
Setkali jste se v chování zdravotníka na rtg s neverbální komunikací, která Vám říkala něco jiného, než zdravotník říkal?	Ano	23 (72%)	9 (28%)
	Ne	9 (57%)	12 (43%)

**Tabulka č.4: Setkali jste se v chování zdravotníka na rentgenu s neverbální komunikací, která Vám říkala něco jiného, než zdravotník říkal?**

Podobná otázka, zda se setkali s dostatečnou empatií od radiologických asistentů, což znamená, zda se umí radiologický asistent vcítit do potíží pacientů, porozumět jim a dát najevo zájem o člověka jako takového.

U 28 (52%) seniorů bylo zaškrtnuto, že pocítili empatii od radiologického asistenta a u 16 (31%) z nich bylo označeno že empatii nepocítili. A 9 (17%) seniorů nezaškrtnulo nic, tím usuzují, že to bylo pro ně cizí slovo a neuměli si s tím poradit. (graf č. 4) Ženy většinou zaškrtovaly, že empatii pocítily, u mužů nebyl ten rozdíl tak razantní. Muži, oproti ženám, nezaškrtovali ani jednu možnou odpověď. (tabulce č. 5).



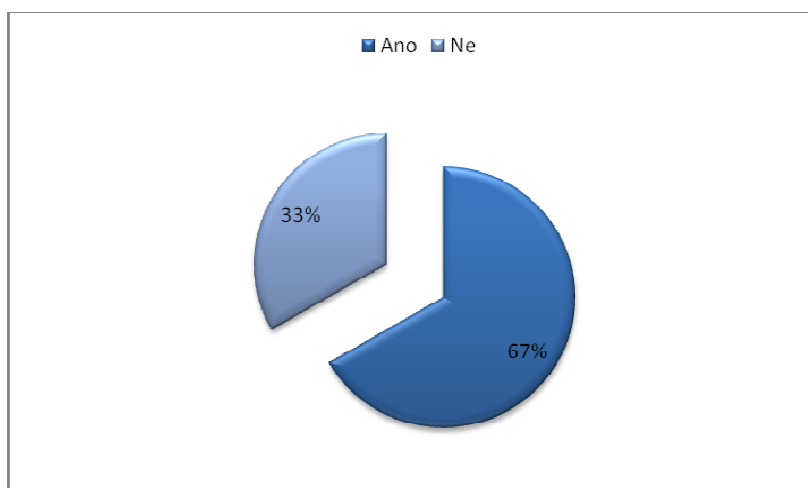
**Graf č. 4: Setkali jste se s dostatečnou empatií od radiologických asistentů vůči Vám?**

			ŽENY	MUŽI
Setkali jste se s dostatečnou empatií od radiologických asistentů vůči Vám?	Ano		21 (65%)	10 (48%)
	Ne		8 (25%)	6 (29%)
	Nevím		3 (10%)	5 (23%)

**Tabulka č. 5: Podíl odpovědí u žen a mužů.**

Další otázka byla, zda jsou senioři dostatečně informováni svým lékařem, který je na vyšetření pošle. Otázka měla zjišťovat, zda jim lékař poví, kam jdou, na jaké vyšetření, co mu tam budou dělat a jak má být připraven na vyšetření.

Výsledkem je to, že se dostavují na rtg nepřipraveni a neinformováni. Z 53 seniorů odpověděli všichni a 24 (33%) z nich si myslí, že jim pan doktor řekl vše potřebné, a 29 (67%) seniorů, pak odpovědělo, že nebyli informováni a vůbec nevěděli, kam jdou a co jim tam budou dělat (graf č. 5, tabulka č.6)



**Graf č. 5: Byl/a jste informován/a o vyšetření a přípravě k němu svým odesílajícím lékařem?**

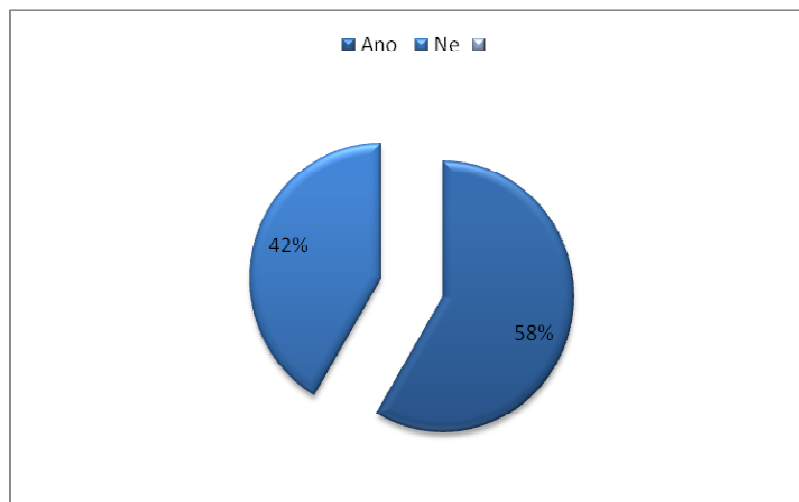
		ŽENY	MUŽI
Byl/a jste informován/a o vyšetření a přípravě k němu lékařem, který Vás na vyšetření poslal?	Ano	17 (53%)	7 (33%)
	Ne	15 (47%)	14 (67%)

**Tabulka č.6: Jak odpovídali ženy a muži, zda jsou informováni.**

Dále jsem jim položila otázku, zda když přijdou na rentgen neinformovaní, jim alespoň někdo řekne, co jim budou dělat a jak to bude probíhat. Z 53 seniorů odpovědělo 22 (42%) seniorů, že jim bylo řečeno, jak bude vyšetření probíhat, ale 31 (58%) z nich, mi pak potvrdilo, že jim informace nebyly podány ( graf č. 6, tabulka č. 7)

A v neposlední řadě mě zajímalo, kde jim informace byly podány. Tím mám na mysli, buď na chodbě, před ostatními pacienty nebo v soukromí vyšetřovny.

Většina odpověděla, že na vyšetřovně a asi jen 6 z nich odpovědělo, že na chodbě. (graf č. 7)



**Graf č. 6: Byl/a jste seznámen/a s tím, jak bude vyšetření probíhat?**

		ŽENY	MUŽI
Byla jste seznámen/a s tím, jak bude vyšetření probíhat?	Ano	12 (37%)	10 (48%)
	Ne	20 (63%)	11 (52%)
Pokud "Ano" kde Vám byli informace podány?	Na chodbě	2 (17%)	4 (40%)
	Na vyšetřovně	10 (83%)	6 (60%)

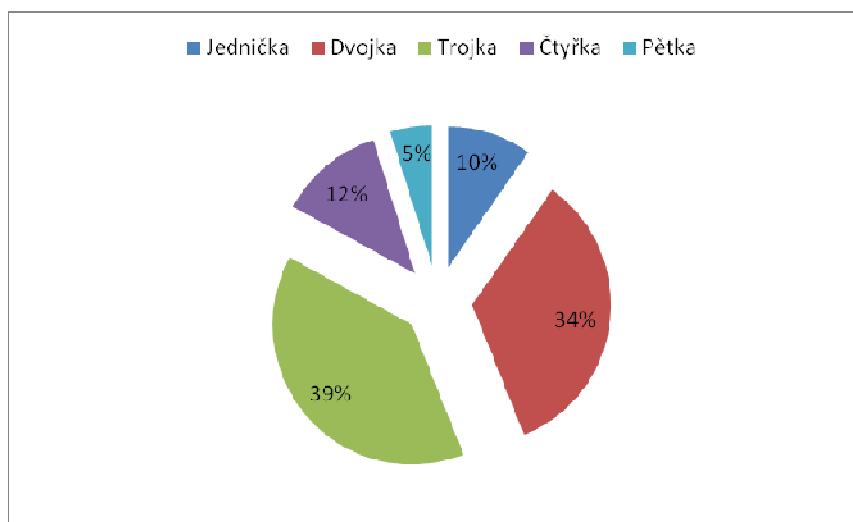
**Tabulka č.7: Informovanost o vyšetření**

A v poslední otázce jsem chtěla vědět, jak byli celkově spokojeni s péčí, které se jim dostalo. Proto jsem tuto otázku volila jako známkování ve škole od jedničky do pětky. Z 53 seniorů 4 z nich zaškrtno známku jedna, dále 14 z nich zaškrtno dvojku, 16 seniorů trojku, 5 seniorů čtyřku a dva pětku (tabulka č.8).



známka	ŽENY	MUŽI
1	4	0
2	8	6
3	6	10
4	2	3
5	0	2

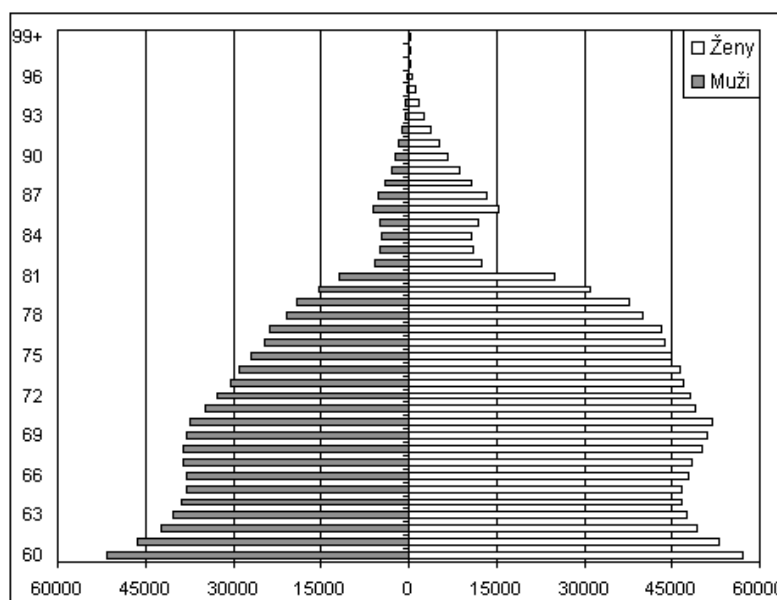
**Tabulka č. 8: Oznámkovaná celková péče.**



**Graf č. 10: Celkově ohodnoťte, jak jste byl/a spokojen/a s péčí?**

## 4 Diskuze

Při vyplňování dotazníků jsme s některými seniory musela spolupracovat. Jelikož k tomu nebyli vždy dobře způsobilí, musela jsem si na ně vyhranit čas v práci. Větší část dotazníků (60% z 53 seniorů) zodpověděly ženy. Odpovídá to stromu života, který ukazuje, že žen starších 60 let je více než stejně starých mužů (graf č. 11). Tento rozdíl mezi muži a ženami je dán biologickými zákonitostmi. Rodí se sice více chlapců než dívek, avšak úmrtnost mužů je podstatně větší než úmrtnost žen.



**Graf č. 11: Počet žen a mužů nad 60let.**

První otázky z dotazníků se týkaly pohlaví, zda jsou starší 60-ti let a jestli někdy byli na rentgenu. Na tyto tři otázky mi odpovědělo 53 dotazovaných. Zde bylo větší zastoupení žen než mužů. Žen bylo 32 a zbylých 21, bylo mužů. Zpracovala jsem tedy odpovědi od 53 lidí ve věku 60 a více let. Každý z dotazovaných odpověděl, že někdy v životě byl na rentgenu.

Další otázky se zabývaly přístupem, chováním a komunikací radiologických asistentů k seniorům. Na tyto otázky jsem se ptala záměrně, jelikož to, co si my jako lidé myslíme o druhém člověku, a posuzujeme to za dobré nebo špatné, je právě chování a komunikace k nám samotným.

Na otázku číslo čtyři „Jaké máte zkušenosti s pracovníky na rentgenovém pracovišti, zda jsou „dobré či špatné“ odpověděli všichni dotazovaní. Tato otázka byla polootevřená, protože dále jsem se dotazovala, z jakého důvodu si myslí, že zkušenosti jsou špatné. Ptala jsem se, jestli je to kvůli vzájemné komunikaci, kdy informace staří lidé dostanou rychle, neúplné, či žádné. A dále kvůli jejich chování k nim. Výsledky jsou, že 32 seniorů, což znamená 60%, odpovědělo, že mají dobré zkušenosti. A jen 21 seniorů, což je 40%, odpovědělo, že mají špatné zkušenosti právě s komunikací a chováním k nim. Dost často senioři vyplňovali, že se jim nelíbilo chování, ale většina z nich zaškrtovala obě možnosti, jak chování, tak komunikaci. Myslím si, že důvodem toho výsledku jsou špatné zlovyky všech zdravotníků v podávání informací. Buď je podávají moc rychle, kdy senior nestačí informace vstřebávat, nebo se neobtěžují mu vůbec něco říkat, protože si myslí, že to nemá cenu. A jak se říká „někdo nemá svůj den“ a ten negativní postoj k ostatním předává dál.

Tato problematika je diskutována všude ve zdravotnictví a myslím si, že je v člověku dána výchovou. Myslím si, že se dá naučit, jak se chovat k lidem a jak s nimi vycházet. Jelikož zdravotník by měl být profesionál, měl by se podle toho chovat. Dokud se všichni nezačnou chovat k lidem lépe převážně k seniorům, tak ti tři lidé ze sta, kteří to umí, s tím nic nezmůžou.

Při jednání se seniorem si musíme uvědomit, že hůř slyší a má zpomalené reakce, tím pádem zpomalené vnímání svého okolí.

Na otázku „Když jste byl/a na rentgenu, měl/a jste pocit, že je „otravujete“ a byli na Vás nepříjemní?“ Jelikož za svou praxi jsem zažila různé chování k lidem od radiologických asistentů a zajímalo mě, zda to i tak pociťují senioři, jakož skupina, která je velmi citlivá na téma komunikace a chování. Samozřejmě, že takovýto přístup není přijatelný ve zdravotnické profesi.

Na tuto otázku odpovědělo 28 (53%) seniorů, že nemělo tento pocit, ale 25 (47%) z nich odpovědělo, že se s takovým přístupem už setkali. Z výsledků je viditelné, že to je dost častý nešvar zdravotníků tvářit se a chovat se jako, že tu obtěžujete a překážíte.

Otázka č. 6 se zaměřovala na komunikaci, kterou si dost často neuvědomujeme. Mezi tu patří neverbální komunikace, které se jinak říká řeč těla. Tato neverbální komunikace jinak „gesta“ jsou průvodcem verbální komunikace. Jak se tváříme, vypovídá o vztahu k druhému. Mimika nás informuje o emocích a hlas, který je také důležitou součástí hovoru dvou lidí, nás informuje o tom nejdůležitějším, jako je psychické rozpoložení či uvolnění.

Na tuto otázku, zda se setkali v chování zdravotníka s neverbální komunikací, napsalo 21 (40%) seniorů, že ne a 32 (60%) z nich, že ano. Z výsledků vyplývá, že lidé si neverbální komunikace všímají a ta může být pozdější příčinou toho, že senior přijde na vyšetření s nechutí, nebo raději půjde jinam, kde se k němu budou umět chovat.

Podobná otázka byla, zda se setkali s dostatečnou empatií od radiologických asistentů, což znamená, zda se umí radiologický asistent vcítit do potíží pacientů, zda jim rozumí a jestli umí dát najevo zájem o člověka jako takového, nebo ho berou jen jako „ten pán, to koleno, ty plíce“.Empatie je ve zdravotnictví velmi důležitá. Je to schopnost porozumět druhým, jejich náladě, pocitům a motivům jednání. Empatie nám umožňuje porozumět tomu proč se zrovna člověk chová tak, jak se chová, jeho důvody chování a jednání toho druhého. Empatie je buď vrozená, ale také se jí dá naučit.

U 27 (51%) seniorů z 53 bylo zaškrtnuto, že pocítili empatii od radiologického asistenta a u 14 (26%) z nich bylo označeno že empatii nepocítili. A 9 (17%) seniorů nezaškrtnulo nic, tím usuzuji, že to bylo pro ně cizí slovo a neuměli si s tím poradit. Ženy většinou zaškrtovali, že empatii pocítily, u mužů nebyl ten rozdíl tak razantní a také víc muži zaškrtovali nevíím než ženy.

Další téma mého dotazníku bylo to jak jsou senioři informováni svým lékařem, který je na vyšetření pošle. Jestli dostávají informace o vyšetření na které mají jít, o jeho rizicích a jeho přípravě. Otázka měla zjišťovat, zda jim lékař řekne, kam jdou, na jaké vyšetření jdou, co jim tam budou dělat. Ze své praxe vím, že dost často se stávalo, že

lidé přišli nedotatečně informováni. Ošetřující lékař má povinnost sdělit informace o vyšetření. Hlavně o jeho přípravě k vyšetření, o jeho rizicích a hlavně co tomu dotyčnému pacientovi tam budou dělat. Výsledkem je to, že se dostavují na rentgen nepřipraveni a neinformováni. Z 53 seniorů odpověděli všichni a 24 (45%) z nich si myslí, že jim pan doktor řekl co a jak se bude dít a 29 (55%) seniorů, pak odpovědělo, že nebyli informováni a vůbec nevěděli, kam jdou a co jim tam budou dělat.

Důležité je, aby seniorovi, někdo předal informace o vyšetření, protože se tím urychlí chod oddělení a vyšetření. Když bude senior plně informován, bude lépe spolupracovat.

Z dotazníkového šetření vzešly následující výsledky: 22 (42%) seniorů odpovědělo, že jim bylo řečeno, jak bude vyšetření probíhat. 31 (58%) z nich pak mi potvrdilo, že jim informace nebyly podány. A v neposlední řadě mě zajímalo, kde jim informace byly podány. Tím mám na mysli, kde jim radiologický asistent předal informaci, buď na chodbě, před ostatními pacienty nebo v soukromí vyšetřovny. Myslím si, že nikdo z nás by nebyl rád, kdyby nám zdravotník předával informace o tom, jak mám být připraven a co si mám odložit před ostatními lidmi. Naštěstí většina odpověděla, že jim byly informace podány na vyšetřovně a asi jen 6 z nich odpovědělo, že na chodbě.

A k podobnému závěru jsem dospěla v otázce hodnocení celkové spokojenosti s poskytovanou péčí. Z 53 seniorů asi jen 4 seniori zaškrtili známku 1, což znamená, že by jí hodnotili jako velmi dobrou péči, dále 14 z nich zaškrtilo dvojku, 16 zaškrtilo známku 3 a 5 seniorů čtyřku a dva pětku. Myslím si, že úroveň péče v našem zdravotnictví je průměrná, takže tak za tři.

## 5 Závěr

Za poslední roky v České republice stoupl počet seniorů, lze proto předpokládat, že v budoucnu bude tento nárůst starší populace kopírovat nárůst radiodiagnostických vyšetření seniorů. Senioři jsou skupinou rizikových pacientů a mnohdy lidmi opovrhovanou. Cílem práce bylo vymezit, jak by se měl radiologický asistent chovat k seniorům.

Jelikož to, co si my jako lidé myslíme o druhém člověku, a posuzujeme to za dobré či špatné, je právě chování a komunikace k nám samotným. I když lidé často odpovídali, že jsou s chováním a komunikací spokojeni, tak ty rozdíly nejsou tak vysoké. Tato problematika je aktuální všude ve zdravotnictví. Pokud nenaučíme mladé lidi se chovat ke starým lidem, tak se tato problematika bude prohlubovat. Myslím si, že správnou komunikací můžeme pochválit a udělat dobře ostatním, ale také zvolením špatných slov můžeme ublížit. Myslím si, že se komunikaci dá naučit. Důležité je vzdělávat zdravotníky v chování a komunikaci a opět na tom, aby nějakou etickou stránku v přístupu k lidem dodržovali.

Mojí první hypotézou bylo, že jsou senioři nedostatečně informováni od svého odesílajícího lékaře. Jelikož lékař má povinnost říct pacientovi, jak má být připraven, co ho čeká a všechna rizika s tím spojená, tak 67% seniorů odpovědělo, že žádné informace od doktora nedostali. Myslím si, že by se mělo více apelovat na lékaře, kteří posílají seniory na rentgen, aby jim vše v klidu vysvětlili. První hypotéza potvrzena.

Druhá hypotéza, že senioři nejsou informováni radiologickým asistentem o tom, co mu budou dělat, co budou snímkovat a jak vše to bude probíhat. U 31 (58%) seniorů se mi má druhá hypotéza potvrdila. Myslím si, že je to jen lenivost asistenta, nebo nemá motivaci od druhých spolupracovníků, a nebo se u něho projevuje syndrom vyhoření. Musíme si uvědomit, že vzájemnou komunikací se dosáhne příjemného prostředí a nikdo si nebude myslet, že „ ty na tom rentgenu jsou, ale nepříjemní“.

Myslím si, že by se měli zdravotníci více vzdělávat v komunikaci a chování, protože je to nešvar celé společnosti (příloha 1). Proto bych tímto chtěla apelovat na všechny zdravotníky, kteří přijdou do styku se starými lidmi, aby podávali informace,

aby vše vysvětlovali (jak vyšetření bude probíhat) a aby se chovali k lidem s úctou. Mysleme na to, že i my jednou zestárneme a řídme se pořekadlem „nečiň druhým, co nechceš, aby oni činili tobě“. Navíc, pokud budeme na pracovišti utvářet příjemnou atmosféru, bude nás práce více bavit a pocítí to i pacienti.

Doufám, že nabytých poznatků budu moci využít ve své budoucí praxi, ve smyslu lepšího přístupu k seniorům i k pacientům ostatních věkových skupin. Na závěr přikládám desatero, jak by se měli všichni zdravotníci chovat ke geriatrickým pacientům.

## **6 Receptář, jak by se měl každý zdravotník chovat k seniorům**

1. Pacienta vždy oslovujeme jménem nebo získaným titulem. Nikdy ne „babi, dědo“. Tato oslovení jsou netaktní a nevypovídají o profesionalitě zdravotníka.
2. Vyhýbáme se infantilizaci, což je zdrobňování, nebo zdětinšťování starého člověka.
3. V důsledku problémů se sluchem (nedoslýchavost) nezvyšujeme hlas, mluvíme pomalu a zřetelně. Zde je také důležité udržovat oční kontakt.
4. Respektujeme seniorovo zhoršenou pohyblivost a zpomalené vnímání okolí.
5. Nejdůležitější část je předání informací (bez cizích názvů, průběh vyšetření....)
6. Při zjištění zhoršeného vidění se postavíme do zorného pole pacienta a předáváme informace pomalu a zřetelně.
7. Respektujeme seniorovo intimitu
8. Dopomáháme při svlékání svršků, a uléhání na lužko. Nikdy tuto práci nevnučujeme, vždy se ptáme.
9. Při vyšetření by měla být dopomoc cílevědomě směřována k soběstačnosti pacienta.
10. Využíváme neverbální komunikaci (doteky, gesta, mimika)

**Zlaté pravidlo komunikace je slušné chování**



## 7 Seznam použitých zdrojů

1. Český statistický úřad. [online]. [cit. 2013-04-21]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/>
2. KOVAL, Štefan. *Antropologický rozmer epidemiologie staroby*. 1. vyd. Košice: Pont, 2001. ISBN 80-967-6113-7.
3. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-802-4739-014.
4. GRUBEROVÁ, Božena, Božena JURAŠKOVÁ a Květa ZIKMUNDOVÁ. *Gerontologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 1998, 424 s, Sv. 5. ISBN 80-704-0286-5.
5. PACOVSKÝ, Vladimír, Božena JURAŠKOVÁ a Květa ZIKMUNDOVÁ. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994, 150 s. Medicína a praxe, Sv. 5. ISBN 80-855-2632-8.
6. World health organization. [online]. [cit. 2013-04-21]. Dostupné z: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/)
7. STREJČKOVÁ, Alice. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro SZŠ obor zdravotnický asistent*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2007, 111 s. ISBN 978-807-1689-430.
8. TOPINKOVÁ, Eva, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. *Geriatric pro praxi: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, c2005, 270 s. ISBN 80-726-2365-6.
9. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květa ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gema, 2002, 110 s
10. WEBER, Pavel. *Minimum z klinické gerontologie: pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000, 151 s. ISBN 80-701-3314-7.
11. KALVACH, Zdeněk, Božena JURAŠKOVÁ a Květa ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů: (pro studující lékařských fakult*

- a praktické lékaře*). 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova - Vydavatelství Karolinum, 1995, 214 s, Sv. 5. ISBN 80-718-4001-7.
12. JEDLIČKA, Václav, Božena JURAŠKOVÁ a Květa ZIKMUNDOVÁ. *Praktická gerontologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1991, 182 s, Sv. 5. ISBN 80-701-3109-8.
  13. SEIDL, Zdeněk. *Radiologie pro studium i praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 368 s., iv s. obr. příl. ISBN 978-80-247-4108-6.
  14. NEKULA, Josef. *Radiologie*. ISBN 978-80-244-1011-7.
  15. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 158 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
  16. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4721-705.
  17. KRAMÁŘOVÁ, Naděžda. *Gerontopsychiatrie: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000, 43 s. Sestra (Grada). ISBN 80-704-0442-6.
  18. KLEVETOVÁ, Dana a DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 202 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2169-9.
  19. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Havlíček Brain Team, 2010 (2.,dopl. a). ISBN: 978-80-87109-19-9
  20. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas*. Galén, Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5, 2007. ISBN 978-80-7262-497-3

## **8 Klíčová slova**

Senior

Geriatric

Stáří a stárnutí

Radiodiagnostické zobrazovací metody

Komunikace

## 9 Přílohy



Obrázek č. 1: Rentgenový přístroj



**Obrázek č. 2: Výpočetní tomografie**



**Obrázek č. 3: Magnetická rezonance**



**Obrázek č. 4:** Ultrazvukový přístroj

## *příloha 1*

### **Pravidla komunikace dle knihy Heleny Haškovcové, *Informovaný souhlas***

#### **Požadavky na lékaře**

- 1. Poslouchejte pacienta vždy pozorně.*
- 2. Vysvětlete vždy všechno jasně a srozumitelně. Vytvořte si zpětnou vazbu a ujistěte se, že vám pacient porozuměl.*
- 3. Hovořte s pacientem pravidelně o prevenci.*
- 4. Buďte poctiví a čestní.*
- 5. Vyptejte se pacienta na všechno, co by mohlo vaši spolupráci ztěžovat (obavy, nechuť, odmítání, popř. vliv druhé osoby).*
- 6. Zachovejte vždy důvěrnost informací získaných od pacientů.*
- 7. Respektujte pacientova přání.*
- 8. Nekritizujte veřejně pacienta.*
- 9. Během rozhovoru udržujte oční kontakt.*
- 10. Respektujte pacientovo soukromí.*
- 11. Dejte pacientovi najevo svou emoční podporu.*
- 12. Nenavazujte s pacienty sexuální vztahy.*
- 13. Stanovte jasnou diagnózu, a pokud to je možné, seznámte s ní pacienta způsobem, který je pro něj přijatelný a srozumitelný.*
- 14. Váš upravený oděv je nezbytnou samozřejmostí.*
- 15. Vystupujte před pacienty vždy v nejlepším světle.*

*16. Nepožadujte od pacientů finanční podporu.*

#### **Požadavky na pacienty**

Vaši pacienti se tyto požadavky nikde nedočkou,

proto jim je musíte sdělit sami – je to možné i formou letáku v čekárně.

- 1. Ptejte se lékaře na vše, co považujete za nejasné nebo za nesrozumitelné.*
- 2. Poskytněte lékaři všechny nutné informace. Bez vašich informací lékař neví, co vás kde a jak mnoho bolí, bez vašeho vyjádření lékař neví, který postup chcete zvolit.*
- 3. Dodržujte pečlivě všechny lékařovy pokyny – je to především ve vašem vlastním zájmu.*
- 4. Buďte k lékaři upřímní.*
- 5. Nedělejte si nepřiměřené nároky na lékařův čas a nepřipravujte lékaře o čas zbytečně.*
- 6. Důvěřujte svému lékaři.*
- 7. Respektujte lékařovo soukromí.*
- 8. Sdělte lékaři všechny své problémy najednou, nenechávejte si pro sebe svá »tajemství« – je to jen k vaší škodě.*
- 9. Při rozhovoru se dívejte lékaři do očí.*
- 10. Sdělte lékaři všechny své pochybnosti, ať už se týkají čehokoliv.*