

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2013

Terezie Káňová

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce
Charitativní a sociální práce

Terezie Káňová

*Proces přijímání verbálně nekomunikujícího klienta
v Domově se zvláštním režimem Diakonie ČCE -
Hospic Citadela*
Bakalářská práce

vedoucí práce: Mgr. Jakub Doležel, Th. D.

2013

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.“

V Olomouci dne 3. 4. 2013

.....

Terezie Káňová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala svému vedoucímu panu Mgr. Jakubovi Doleželovi, Ph. D. za jeho odborné vedení, trpělivost při konzultacích a podporu, pracovníkům Diakonie ČCE – Hospice Citadela a také všem blízkým, kteří mi byli oporou.

Obsah

Úvod	8
Teoretická část	10
1 Demence	10
1.1 Dělení demence	12
1.2 Průběh demence	13
1.3 Porucha komunikace.....	15
1.4 Zásady komunikace s člověkem trpícím demencí	16
2 Proces přijímání klienta do sociální služby	18
2.1 Sociální služby pro lidi trpící demencí	18
2.2 Jednání se zájemcem o službu	19
2.3 Jednotlivá kritéria standardu č. 3 Jednání se zájemcem o službu	20
2.4 Úloha sociálního pracovníka při jednání se zájemcem o službu	22
2.5 Smlouva o poskytování služby	23
2.6 Jednotlivá kritéria standardu č. 4 Smlouva o poskytování služby.....	24
3 Specifika jednání se zájemcem verbálně nekomunikujícím	27
3.1 Jednání se zájemcem, který má potíže v komunikaci.....	27
3.2 Průběh jednání s verbálně nekomunikujícím klientem.....	28
3.3 Komunikace s verbálně nekomunikujícím klientem	29
3.3.1 Preterapie	30
3.3.2 Alternativní a augmentativní komunikace.....	31
3.3.3 Komunikační systémy nevyžadující pomůcky	31
3.3.4 Komunikační systémy vyžadující pomůcky.....	32

3.3.4.1	Netechnické pomůcky	32
3.3.4.1.1	Makaton	33
3.3.4.1.2	Bliss symboly	33
3.3.4.1.3	Trojrozměrné symboly	34
3.3.4.1.4	Picture Communication Symbols	34
3.3.4.1.5	Piktogtamy	34
3.3.4.1.6	Komunikační tabulky	34
3.3.4.1.7	Fotografie	35
3.3.4.1.8	Komunikační pas	35
3.3.4.1.9	ETRAN-N	35
3.3.4.1.10	Vlastní obrázkové symboly	35
3.3.4.2	Technické pomůcky	36
3.3.4.2.1	Jednouúčelové komunikační pomůcky	36
3.3.4.2.2	Pomůcky se zrakovým výstupem	36
3.3.4.2.3	Komunikátory	36
4	Domov se zvláštním režimem Diakonie ČCE – Hospic Citadela	38
4.1	Poslání služby	38
4.2	Cílová skupina	38
4.3	Cíle služby	38
4.4	Poskytované služby	39
	Výzkumná část	40
5	Metodologie	40
5.1	Cíle výzkumu	40

5.2	Typ výzkumu	40
6	Analýza dokumentů.....	42
6.1	Metoda získávání dat	42
6.2	Metoda analýzy dat.....	42
6.3	Jednání se zájemcem o službu v Domově se zvláštním režimem Hospice Citadela	43
6.3.1	Průběh jednání se zájemcem o službu	43
6.3.2	Jednání se zájemcem s obtížemi v komunikaci	44
6.3.3	Jednání se zájemcem trpící demencí	44
6.4	Smlouva o poskytnutí sociální služby v Domově se zvláštním režimem Hospice Citadela.....	45
6.5	Obrázkový dokument.....	45
6.6	Výsledky analýzy dokumentů.....	46
7	Případová studie	47
7.1	Metoda získávání dat	47
7.2	Metoda zpracování dat.....	48
7.3	Metoda analýzy dat.....	48
7.4	Kazuistika	48
7.5	Výsledky případové studie	50
7.6	Limity případové studie	52
8	Diskuze.....	53
	Závěr	55
	Bibliografický seznam	54

Úvod

Na základě zkušeností z praxí, které jsem po dobu studia vykonala, jsem měla možnost být přítomna při jednání a uzavírání smlouvy mezi sociálním pracovníkem a zájemcem o službu, který měl poruchu komunikace. Smlouva v tomto případě byla uzavřena jen formálně, bez toho aniž by se sociální pracovnice ptala na to, co zájemce od služby očekává, jak by chtěl naplnit čas strávený v zařízení. To ve mně vyvolalo otázky – jak co nejlépe komunikovat s člověkem, který má v komunikaci obtíže a zároveň komplexně porozumět jeho potřebám i tomu, co od služby vyžaduje? Proto jsem se rozhodla zaměřit se na celý proces přijímání verbálně nekomunikujícího klienta do služby. Kladu si tedy otázku: Jaké jednotlivé kroky podniká sociální pracovnice během procesu přijímání verbálně nekomunikujícího klienta a jaké metody komunikace během procesu přijímání v Domově se zvláštním režimem Diakonie ČCE – Hospice Citadela využívá?

Záměrně jsem si zvolila empirickou práci, která by mohla pomocí případové studie a retrospektivního záznamu přijímání klienta do služby prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru se sociální pracovníci ukázat vzhled do problematiky. Pro zrealizování výzkumu jsem oslovila zařízení Diakonie ČCE – Hospice Citadela sídlící ve Valašském Meziříčí. Po konzultaci se sociální pracovníci a panem ředitelem jsme se dohodli na tom, že procesem přijímání klienta do služby se budu zabývat v oddělení Domova se zvláštním režimem, kde se s touto problematikou potýkají. Vzhledem k tomu, že cílovou skupinu této služby tvoří lidé trpící demencí, je komunikace ztížena o narušení kognitivních schopností.

Ve své práci se budu snažit vybrat z poznatků medicíny ty, jež souvisí se syndromem demence a zároveň se vztahují k námětu mé práce, tzn. verbálně nekomunikující klient. Dále se budu věnovat normativnímu vymezení procesu přijímání klienta podle standardů kvality a připojím specifika pro přijímání klientů s obtížemi v komunikaci. V závěru teoretické části se pokusím o základní přehled alternativních a augmentativních komunikačních systémů a také o stručné pojednání o Diakonii ČCE – Hospice Citadela ve Valašském Meziříčí.

Ve výzkumné části popíši zvolenou metodologii, způsob získávání dat, metodu analýzy dat, výsledky výzkumu a diskuzi nad získanými poznatky. Pro zpracování dat využívám dvojího typu výzkumu. Jedná se o analýzu dokumentů a případovou studii, kterou podchytí případ z praxe. V závěru se pak pokusím o komplexní pohled na celou práci.

Teoretická část

1 Demence

Kapitolu přibližující syndrom demence jsem do své práce zařadila záměrně pro komplexní vhled do problematiky procesu přijímání verbálně nekomunikujícího klienta v Domově zvláštním režimem Hospice Citadela, jehož cílovou skupinou jsou osoby se sníženou soběstačností nebo trpící demencí.

Pro kompilaci informací využiji poznatků převážně z oboru medicíny, která se zabývá etiologií demence a jejím dělením, průběhem demence (Cummings, Jarvik, 1990; Jiráček, 2009a; Jiráček, 2009b; Pidrman, 2007; Rusina, 2010; Venglářová, 2007; Zvolný, 2001), dále z oboru psychopatologie (Vágnerová, 2008; Rahn a Mahnkopf, 2000), protože demence narušuje kognitivní funkce a oboru sociální práce (Buijssen, 2006; Zgola, 2003), která odráží dopad na sociální fungování osoby s demencí. Oblasti komunikace se věnuje zejména Laudová (2007), Minibergerová (2003) a Zgola (2003).

U lidí v pokročilém věku se projevují různé způsoby chování jako následek lehké dysfunkce mozku. Mimo jiné v důsledku poškození mozku se mohou projevit poruchy chování jako deziluze, halucinace, deprese, aj. Změny v chování také bývají předzvěstí psychiatrické poruchy, neurologického onemocnění či narušení fyzické složky, případně jejich kombinací (Cummings, Jarvik, 1990, s. 421).

Pidrman (2007, s. 9) uvádí: „Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších kognitivních funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřeno.“

Obecnými kritérii pro syndrom demence pak uvádí Pidrman (2007, s. 9) devalvací paměti krátkodobé i dlouhodobé a alespoň jedním z dalších uvedených faktorů, kterými je narušení abstraktního myšlení, soudnosti, ostatních kognitivních funkcí, změny osobnosti. Jednotlivé faktory se projevují v běžné interakci s okolím při pracovních nebo sociálních procesech.

Vágnerová (2008, s. 266 – 267) uvádí, že demence je způsobena organickým poškozením centrálního nervového systému, avšak příčinou takového postižení mohou být vzájemně se ovlivňující faktory. Jedním z faktorů jsou genetické dispozice, podle autorky uvedené jako primární příčina nebo reakce organismu na jiné postižení či onemocnění na nich závisující. Z biologického hlediska se demence projevuje morfologickou změnou mozku, jejíž příčinou mohou být degenerativní změny mozkových buněk, krvácení, hypoxie, mechanické zhmoždění mozku. Další vliv na vznik demence mohou mít exogenní fyzikální, chemické či biologické faktory, např. při úrazech nebo otravách. V neposlední řadě sehrává důležitou roli nesprávný životní styl jako nadměrné užívání alkoholu, vystavování se rizikům s možností úrazu. Stejně tak kvalitní sociální zázemí může mít pozitivní význam pro jedince v případě onemocnění. Podle Cummingse a Jarvika (1990, s. 431) příčinou demence mohou být také degenerativní, vaskulární, neoplastické, poúrazové, hydrocefalické a toxicko-metabolické poruchy nebo následky deprese.

Základní postižené okruhy funkcí, které jsou stíženy při demencích, lze rozdělit do tří vzájemně se prolínajících oblastí, a to kognitivní funkce, aktivity denního života a poruchy behaviorální a psychologické příznaky vyznačující se poruchou emocí, chování a spánku. Mezi snížené kognitivní funkce lze zařadit zejména obtíže při komunikaci s prostředím a schopnost přizpůsobit se prostředí a rovněž snížení úrovně paměti, dále změna pozornosti, vnímání, ve schopnostech řeč tvořit a porozumět jí. U aktivit denního života se projevuje omezená schopnost motivace k funkčnímu jednání, toto jednání naplánovat, udělat a zhodnotit jej. Vlivem takového narušení jednotlivých funkcí se člověk trpící demencí pak stává osobou závislou na pomoci druhého, tedy nesoběstačným (Jiráček, 2009a, s. 11).

Jiráček (2009a, s. 22 – 23) dále jednotlivé okruhy rozvádí a doplňuje omezení aktivit denního života, kdy popisuje stručně ztrátu schopnosti péče o sebe sama napříč jednotlivými stádii demence. V počátcích Jiráček uvádí, že člověk s demencí zapomíná složitější profesní aktivity postupně gradující v narušení aktivit instrumentálních, u kterých uvádí např. schopnost hospodaření s penězi. V pokročilejších stádiích jsou omezeny schopnosti obléknout se, samostatně se najíst či udržování osobní hygieny. Těžké stádium

se pak projevuje inkontinencí moči a stolice. V takovém případě se stává člověk závislý na svém okolí.

Dochází tedy k narušení dvou složek paměti explicitní a implicitní. Přičemž porušení explicitní paměti způsobuje nedostatečné ukládání informací nebo jejich vybavování z vědomé mysli (např. neschopnost vybavit si telefonní číslo, zapamatovat si datum narození apod.). Narušení explicitní paměti také způsobuje omezení v okamžitém vybavení si slovních informací nebo neschopností zapamatovat si informaci novou. Poruchou v oblasti implicitní paměti se stává člověk omezen ve výkonu dovedností jako např. jízda na kole apod. (Zvolský, 2001, s. 15 – 16).

V případě narušeného chování bývá nejčastějším projevem neklid, tzv. agitovanost. Výjimkou nejsou ani silné stavy neklidu vyústěné v útěky z domova, napadání ostatních členů blízkého okolí, tj. rodina, pečovatelé nebo destrukce věcí, nadávání. Jindy se jednání může stát neúčelným jako přenášení věcí, svlékání se apod. Demenci mohou doprovázet psychotické příznaky, během nichž je narušen kontakt s realitou (např. bludy). Dalšími doprovodnými příznaky jsou stavy deliria, v takovém případě je zapotřebí zjistit příčinu vyvolávající takovéto stavy. Mohou to být infekce, metabolické poruchy, nevhodná medikace či stres aj. Poruchu chování provází také afekty a změny nálad. Často jsou jimi afekty vzteky, smutku a pláče, deprese. U poruch spánku se vyskytuje nespavost a posun cyklu spánek-bdění, přičemž může dojít k převrácení spánku, tedy v noci má člověk s demencí stav bdělosti, ve dne spí (Jiráček, 2009a, s. 23 – 24).

1.1 Dělení demence

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) řadí jednotlivé druhy demence mezi organické duševní poruchy, u nichž je prokazatelné onemocnění mozku vedoucí k jeho dysfunkci. Přičemž etiologií demence je porucha vyšších nervových kortikálních funkcí (paměť, myšlení, úsudek, jazyk, chápání, počítání apod.), avšak vědomí zastřeno není (www.uzis.cz).

Pidman (2007, s. 31) dělí demence na primární, sekundární a smíšené. Mezi primárně degenerativní řadí Alzheimerovu nemoc, demenci s Lewyho tělísky a frontotemporální demence.

U primárně degenerativních demencí čili chorob atroficko-degenerativní doposud není známa přesná etiologie. Avšak u některých byla prokázána genetická podmíněnost, v úvahu jsou také brány jiné faktory působící na člověka jako stresory, autoimunní procesy, neurotoxinů a mimo jiné i věk (Jiráček, 2009b, s. 297).

Do skupiny sekundárních demencí spadá vaskulární demence, metabolické demence, toxické demence, demence při Parkinsonově chorobě, demence při Huntingtonově chorobě, traumatické demence, demence při normotenzním hydrocefalu, demence při nádorech CNS a demence při infekcích (Pidrman, 2007, s. 31 - 32). Tato onemocnění vznikají důsledkem poruchy CNS, infekčních onemocnění či traumatech mozku (Jiráček, 2009b, s. 316).

V kategorii demencí smíšených je zařazena smíšená Alzheimerova/vaskulární, smíšená Alzheimerova/jiné degenerativní demence a ostatní smíšené (Pidrman, 2007, s. 32). Z toho plyne, že u téhož jedince může probíhat více demence současně. Mezi časté kombinace patří Alzheimerova demence s demencí vaskulární. Pro tento typ demence je charakteristické rychlejší zhoršení stavu (Rusina, 2010, s. 545).

1.2 Průběh demence

Ačkoliv se demence jeví jako pouhé zhoršování psychických funkcí, jedná se o onemocnění končící smrtí. V důsledku zhoršování stavu se stává člověk trpící demencí odkázan na péči a pomoc okolí (Venglářová, 2007, s. 25). Avšak Rahn a Mahnkopf (2000, s. 142 – 143) uvádí, že právě sociální faktory a podpora okolí hrají významnou roli na dopad kognitivních a nekognitivních symptomů na běžně vykonávané funkce. Zároveň také zdůrazňují, že ačkoliv je demence nemocí, v jejímž konečném stádiu pacient umírá, příčinou jsou ve většině případů sekundární následky demence.

Předtím, než uvedu stádia demence, je dle Vágnerové (2008, s. 282) nutné uvést období předcházející jednotlivým stádiím nazývaným mild cognitive impairment (MCI). Tento komplex zahrnuje zhoršení mírného rázu v oblasti exekutivních funkcí či výkonnosti.

V prvním stádiu zvaném lehká demence lze pozorovat poruchy v mírnější podobě, zejména v oblastech krátkodobé paměti nebo vybavování si některých slov, ztráta orientace v čase a prostoru, obtíže s porozuměním zejména při větší náročnosti sdělení, řešení problémů. Potíže spojené s touto fází demence se projeví v nově vzniklých situacích. Charakteristickým chování při projevech takového omezení bývá snaha využívat kompenzační mechanismy jako je vyhýbání se složitějším situacím, jež by mohly nastat, stereotypní chování apod. Za typické projevy lze také považovat apatii, tendence k sociální izolaci, nápadnosti v chování. Podporu lze poskytnout kontrolou a výpomocí (Vágnerová, 2008, s. 282 – 283). Zimmer a kol. (1987, podle Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 140) výčet mírných obtíží doplňuje potřebou dopomocí ve finančních záležitostech, možným blouděním v neznámém prostředí, uváděním nespolehlivých údajů, nedodržováním termínů.

Z hlediska komunikace v prvním stádiu demence je u těchto lidí typické využívání neurčitých slov jako někdo, věci, něco, oni apod. Obsah takového sdělení není konkrétní. Pokud zapomenou pravý název věci, na niž jsou tázáni, nazvou ji takovým výrazem, který se nejvíce blíží původnímu názvu (Buijssen, 2006, s. 60).

Stádium druhé, střední demence, se vyznačuje dezorientací v čase a místě, častým neporozuměním sdělení, v oblasti komunikace dochází k narušení verbálního projevu, obsah sdělení je chudý na výrazy. V oblasti sebeobsluhy vyžaduje člověk trpící demencí dopomoc zejména při oblékání, hygieně, jídle. V tomto stádiu dochází také k narušení sociálního chování, kde nemocný nerespektuje běžné sociální normy, jeho návyky ve značné míře ubývají. Stává se tedy závislý na trvalé pomoci a vyžaduje dohled, opora by měla být poskytována i pečujícím (Vágnerová, 2008, s. 283). Podle Zimmer a kol. (1987, podle Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 140) lze uvést také problémy při rozlišování vlastnictví osobního a cizího, mohou se také vyskytovat tendence k útěkům, kdy v konečném důsledku může docházet k sebeohrožení. V oblasti komunikace se vyskytuje omezení ve schopnosti vést rozhovor.

Oblast komunikace Pols (1992, podle Buijssen, 2006, s. 60 – 61) v této fázi doplňuje o potíže s okolím při komunikaci. Jeho sdělení se stává pro okolí méně srozumitelným, často začíná bez slov či vět uvozovacích posluchače do děje a předpokládá, že ostatním je zjevné, o čem mluví.

Dezorientace, výrazně omezená schopnost verbálně se vyjádřit, ztráta schopnosti myšlení jsou charakteristickými příznaky těžkého stádia demence. Ve spojitosti s apraxií se stává člověk trpící demencí neschopný pro výkon nejjednodušších sebeobslužných úkonů. Charakteristickým projevem tohoto stádia je opakování bezúčelných pohybů, bezsmyslné potulování. Proto se nemocný stává plně odkázaným na pomoc okolí (Vágnerová, 2008, s. 283). Dále Zimmer a kol. (1987, podle Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 140) uvádí, že porozumění řeči se stává omezené, myšlení i soudnost jsou téměř nemožné. Mohou se objevovat i projevy verbální či tělesné agresivity. Většina pacientů je imobilní, avšak u pacientů mobilních bývají častým projevem útky, při nichž hrozí vysoké riziko sebeohrožení.

Zimmer (1987, podle Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 141) uvádí stádium nejtěžší demence, pro které je typické verbální vyjadřování v podobě nesrozumitelných slov, hlásek, slabik. Kognitivní funkce téměř vůbec nelze prokázat. V tomto stádiu je velmi obtížné navázat kontakt s člověkem trpícím demencí, neboť častým projevem je nařikání nebo neovladatelný křik či zamlklost.

Poslední stádium, terminální, se vyznačuje imobilitou nemocného, neschopností rozumět sdělení okolí a úplnou závislostí na ošetrovatelské péči (Vágnerová, 2008, s. 283).

1.3 Porucha komunikace

Porucha komunikace nastává v důsledku *vrozených poruch* jako mozkové obrny, těžké sluchové postižení, mentální postižení, autismus, těžká vývojová porucha řeči; *získaných poruch* po úrazech mozku, nádorech na mozku, získaných sluchových a kombinovaných postiženích, po cévní mozkové příhodě a také vlivem *degenerativních onemocnění*, jimiž může být skleróza multiplex, Parkinsonova nemoc, Alzheimerova nemoc, Huntingtonova choroba nebo muskulární dystrofie (Laudová, 2007, s. 566).

Je třeba uvědomit si rozdíl mezi řečí a jazykem, kdy řeč umožňuje vyslovovat slova, kdežto schopností formulovat své myšlenky do slov nazýváme jazykem. V počátečních stádiích demence řeč obvykle není poškozená, avšak nemocný využívá mnohdy takovou slovní zásobu, která přesně nevyjadřuje jeho myšlenky či pocity (Zgola, 2003, s. 133).

Při poruše řeči dochází k narušení v oblasti složky *receptivní* i *expresivní*. Složka receptivní zaručuje schopnost porozumět řeči, kdežto složka expresivní dává člověku možnost vyjádřit se. Tedy problémy nemocného lze specifikovat hned v několika případech, např. při poruše složky receptivní nemocný hledá správná slova a tak využívá opisu situace, což může způsobit nedorozumění. Nemocný se může také jevit jako nespolupracující, protože nepochopil sdělení, tudíž nemůže patřičně reagovat (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 103).

Porucha expresivní složky řeči způsobuje postižení v oblasti formální a obsahové. Z hlediska obsahové oblasti může postižený trpět *expresivní afázií*, která mu znemožňuje mluvit. Ve formální oblasti se vyskytují poruchy jako *mutismus*, jehož původ je v narušené psychice, která mu zabraňuje mluvit. Další poruchou je porucha motoriky mluvidel – *dysartrie*, *poruchy výslovnosti* či *koktavost* (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 132).

Během komunikace s člověkem, jehož kognitivní schopnosti jsou narušené, je třeba rozlišovat, zda se jedná o neschopnost porozumět slovům nebo neschopnost svou myšlenku zformulovat. Jako pomoc při problémech porozumět slovům lze jmenovat synonyma či předmět popsat. Mnohému napomáhá využívat při komunikaci gesta a uvádění konkrétních příkladů (Zgola, 2003, s. 27).

1.4 Zásady komunikace s člověkem trpícím demencí

V průběhu všech fází demence se způsob komunikace degraduje od neschopnosti nalézt vhodné slovo, přes redukování slovní zásoby a tvorbu vlastních slov až po mutismus (Minibergerová, 2006, s. 54). Pro to, aby komunikace byla efektivní, by měl člověk v interakci s osobou trpící demencí dodržovat následující principy, které uvádí Zgolová (2003, s. 124):

- Člověk s kognitivní poruchou vyžaduje speciální druh komunikace v důsledku emocionální závislosti. Je tedy nutné být si vědom toho, že takový člověk není schopen dělat ústupky a přizpůsobit se.
- Osoba jednající nese zodpovědnost za to, aby člověk trpící demencí rozuměl sdělení a zároveň aby ostatní rozuměli jemu.

- Při interakci je nutné stavět na vzájemném partnerství, úctě a důvěře mezi oběma osobami.
- Protože má člověk trpící demencí poruchu komunikace, která je nepomíjivá, měli bychom při komunikaci využít specifických přístupů.

Proto je třeba, během komunikace s člověkem trpícím demencí, být si vědom toho, jaké oblasti demence postihuje, s jakými obtížemi se klient potýká a jaké kompenzační systémy využívá. Pro kvalitnější komunikaci napomáhá znalost způsobu klientovy komunikace a vnímavost k hlasitosti a intonaci hlasových projevů a hledat významy sdělení. V prostředí, kde probíhá rozhovor s takovýmto člověkem, by neměly být žádné rušivé podněty v podobě zapnutého rádia, televize či přítomnost jiných osob, které by narušovaly probíhající rozhovor. Důležité je věnovat pozornost neverbálním projevům, díky nimž lze lépe pochopit obsah sdělení. Pro lepší srozumitelnost by osoba jednáající s člověkem trpícím demencí měla používat slova, která klient zná a dávat je do jednoduchých vět. V závěru sdělení je dobré si ověřit, zda si navzájem rozumíme a tím tak předcházet omylům (Venglářová, 2007, s. 77).

Při komunikaci s člověkem trpícím demencí je třeba dbát na to, aby pokyny směřující k jeho osobě zahrnovaly jen jeden krok, který je určen právě pro tuto chvíli. Zároveň bychom měli pojmenovávat činnost, kterou právě provádíme a mluvit o ní a o tom, co se odehrává v přítomném okamžiku (Minibergerová, 2006, s. 54).

Buijssen (2006, s. 65) poukazuje na to, že je vhodné se bavit o přítomném okamžiku, abychom člověka s demencí či jeho rodinu neuváděli do zbytečných rozpaků. Pokud se však chceme dotázat na událost, která se odehrála již dříve, např. před týdnem, zeptáme se na onu událost, jako by se odehrála dnešní den. Forma takového sdělení by měla být v podobě potvrzující skutečnost („Dnes odpoledne tady byl John s malou Sophií, že, mami?“), uvádí Buijssen (2006, s. 65) ve své publikaci příklad).

2 Proces přijímání klienta do sociální služby

V této kapitole bych ráda uvedla sociální službu pro lidi trpící demencí vymezenou zákonem o sociálních službách (č. 108/2006, v platném znění) a za pomoci standardů kvality vymeziла proces přijímání klienta. Dle Manuálu zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe (Bednář, 2011, s. 23 – 31) a v něm uvedených jednotlivých standardů, je proces vymezen obsahem těchto standardů: Jednání se zájemcem o službu, Smlouva o poskytování sociální služby. Z jednotlivých standardů vyberu kritéria týkající se samotného jednání pracovníka se zájemcem. Tomuto tématu se věnují dále Deverová, Petrová, Veškrnová, Dolejská (2008), Johnová, Čermáková (2002).

Dále v kapitole popíšu roli sociálního pracovníka při jednání se zájemcem o službu podle Malíkové (2011), protože Manuál zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe (Bednář, 2011) roli nepopisuje.

2.1 Sociální služby pro lidi trpící demencí

Podle zákona č 108/2006 Sb., o sociálních službách §50 pro osoby se sníženou soběstačností způsobenou následkem duševního onemocnění či závislostí na návykových látkách a pro osoby s různými typy demence, důsledkem níž se stává člověk nesoběstačný a zároveň tyto osoby vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby, jsou poskytovány pobytové služby typu Domov se zvláštním režimem, v nichž je režim poskytovaných služeb upraven dle specifických potřeb těchto osob.

Tato pobytová služba nabízí uživatelům: „poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §50).“

V návaznosti na splnění podmínek pro přijetí žadatele definovaných zákonem o sociálních službách, č. 108/2006 Sb. Malíková (2011, s. 65) uvádí, že dále žadatel

podává žádost o přijetí do zařízení a to buď na příslušný sociální odbor pro případ umístění ve státním zařízení, nebo přímo v nestátním zařízení.

2.2 Jednání se zájemcem o službu

Jednání se zájemcem by mělo vést zájemce k tomu, aby rozpoznal, co je pro něj dobré a co ne. Zároveň nosnou částí tohoto jednání tvoří navázání důvěry mezi pracovníkem a zájemcem, k čemuž slouží vzájemné poznávání se a získání informací o zájemci. Navázání důvěrného vztahu pak usnadňuje další jednání a plánování služby (Johnová, Čermáková, 2002, s. 31). Zájemce by tak na konci jednání měl mít ucelenou představu o tom, co mu poskytovatel může nabídnout, jaká bude jeho finanční spoluúčast při platbě za služby a v neposlední řadě také by měl vědět, s čím a jak se má on sám do procesu zapojit (Hrdá, 2007, s. 15).

Časový úsek samotného jednání se zájemcem se bude lišit druhem služby, která je poskytována. U pobytových služeb, jimiž mohou být např. domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, může tvořit jednání se zájemcem sled několika setkání poskytovatele se zájemcem a zahrnout do těchto schůzek i sociální šetření (Deverová, Petrová, Veškrnová, Dolejská, 2008, s. 56 – 57).

Způsob jednání je nutné přizpůsobit cílové skupině uživatelů služeb. Ne vždy však při první schůzce je zjevné, zda zájemce spadá do cílové skupiny nebo ne. Pro verifikaci rozhodnutí, že zájemce spadá do cílové skupiny, je důležité shromáždit co nejvíce informací o zájemci hned několika způsoby. Poskytovatel může využít podobu formuláře, pohovoru, pozorování či samotného sociálního šetření. Rozsah informací pak určuje druh služby, kritéria pro přijetí zájemce a informace potřebné k registraci, např. jméno a příjmení, pobírání jednotlivých dávek, výše důchodu, potřeba kompenzačních pomůcek (Deverová, Petrová, Veškrnová, Dolejská, 2008, s. 57 - 59).

Johnová a Čermáková (2002, s. 35) uvádí, že pozornost věnovaná zájemci při jednání umožňuje sestavit průběh služby přesně podle jeho požadavků podporující samostatnost, individualitu. Formu jednání tvoří několik způsobů rozhovoru obsahujícího prvky pomáhající, podpůrné a zároveň prvky kontrolující a posuzující. Podle autorek by pracovník měl jednotlivé prvky ovládat a správně během rozhovoru využívat.

Samotného jednání se ze strany poskytovatele sociální služby pak účastní osoba pověřená poskytovatelem, tedy sociální pracovník, vedoucí pracovník či jiný pracovník pověřený poskytovatelem. Zájemce se jednání musí účastnit za jakýchkoliv podmínek, třebaže je nezpůsobilý k právním úkonům nebo k výkonu právních úkonů je omezen. V takovém případě poskytovatel musí zpravit zájemce srozumitelnou formou o sociální službě, podmínkách poskytování služby a umožnit mu dát najevo vlastní vůli. Dále jednání pokračuje v přítomnosti opatrovníka, zákonného zástupce, orgánem sociálně-právní ochrany dětí nebo zástupce na základě plné moci (Deverová, Petrová, Veškrnová, Dolejská, 2008, s. 57 - 59).

Forma jednání se odvíjí od cílové skupiny, avšak nezbytnou podmínkou je jednání ústní. U seniorů, osob s mentálním postižením a s nezletilými může být využita kombinace formy ústní i písemné, kdy pracovník ústní sdělení doplňuje předkládáním písemných materiálů. Poskytovatel následně informuje zájemce o nabídce služeb, podmínkách pro přijetí s přihlédnutím k jeho zdravotnímu stavu, životní situaci apod. Pověřený pracovník by měl ze společného sezení vyhotovit zápis (Deverová, Petrová, Veškrnová, Dolejská, 2008, s. 60).

2.3 Jednotlivá kritéria standardu č. 3 Jednání se zájemcem o službu

Jednotlivá kritéria standardu č. 3 Jednání se zájemcem o službu jasně vymezují, čemu by měla být věnována pozornost ze strany zodpovědné osoby či zařízení při jednání se zájemcem (Bednář, 2011, s. 23 – 27). Jsou jimi:

Kritérium 3a

„Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel postupuje“ (vyhláška 505/2006).

Jedním z hlavních předpokladů pro naplnění tohoto kritéria tvoří výčet všech služeb, které poskytovatel může zájemci nabídnout, přehled ceníku služeb a v neposlední řadě také podmínky pro poskytování jednotlivých služeb. Přičemž základním principem

úspěšného jednání je přizpůsobení formy jednání se zájemcem s ohledem na jeho možnosti jednat. Poskytovatel by tedy měl mít nabídku služeb uzpůsobenou komunikačním schopnostem zájemce jako využívání odborných výrazů v textu, velikost písma, forma předávání informací či zpracování informací pomocí specifických metod komunikace - piktogramy, Braillovo písmo, video apod. (Johnová, Čermáková, 2002, s. 31).

Kritérium 3b

„Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby“ (vyhláška 505/2006).

Musil (2004, s. 60) uvádí, že pro to, aby byl pracovník schopen sestavit službu odpovídající skutečným potřebám a přáním zájemce, je nezbytné posoudit životní situaci zájemce. Následně ve spolupráci s ním zvolit nejvhodnější podobu intervence. Při formulování takového cíle pracovník vychází z vnitřních zdrojů zájemce, jeho schopností a dovedností s tím, že pracovník má při sestavování na vědomí zdravotní a sociální diagnózy.

Jako první zpětnou vazbu lze získat pomocí předem sestaveného formuláře, který zájemce sám případně ve spolupráci s pracovníkem vyplní. V případě plné kapacity je možno jej zařadit do pořadníku čekatelů. Na tento krok by mělo následovat sociální šetření, při kterém pracovník zjišťuje potřeby a přání zájemce. Zkoumá především prostředí, služby, které využívá nebo které by bylo možné využívat, rodinné zázemí, příbuzné, blízké osoby, potenciál klienta (vzdělání, schopnosti apod.) a v neposlední řadě by také mělo dojít k sestavení osobního cíle (Hrdá, 2007, 15).

Johnová a Čermáková (2002, s. 32) uvádí, že účelem sestavení osobního cíle není dosahovat obecného blaha či naplňování jakýchsi abstraktních cílů, ale zaměření se na konkrétní situaci zájemce a stanovením cílů a jejich následným naplňováním zvyšovat spokojenost s životem. Pro sestavení osobního cíle a jeho naplňování prostřednictvím služby je nezbytné vést zájemce tak, aby jeho cíle bylo možné realizovat s ohledem na jeho možnosti a schopnosti. Autorky doporučují několik kritérií, která by měla vést k vytyčení si dosažitelného cíle. Míra významnosti cíle pro zájemce

zaručuje větší zasazení se o jeho naplnění ze strany uživatele. Spolupodílení se zájemce na tvorbě cíle pak přidává na důvěryhodnosti pracovníka a jeho respektu k zájemci.

Zvolený cíl by měl být malý a sestaven tak, aby byl dosažitelný ve vymezené době. Naplňováním malých cílů povede zájemce ke zmírňování problematické situace. Dalšími kritérii je konkrétnost, zaměření na chování, reálnost a měl by se týkat toho, co zájemce chce, aby bylo. Znamená to nezaměřovat se na přání něco nedělat, ale vyjádřit přání, jak by to mělo vypadat. Tím bude zaručena větší spokojenost zájemce. Dosažení cíle pak musí stát zájemce úsilí a vynaložení sil na jeho splnění by pracovník měl odměnit oceněním. Tímto je posilováno pozitivní sebehodnocení zájemce (Johnová, Čermáková, 2002, s. 32).

2.4 Úloha sociálního pracovníka při jednání se zájemcem o službu

Náplní sociálního pracovníka při jednání se zájemcem o sociální službu se ve své publikaci zabývá Malíková (2011, s. 88) a uvádí, že stěžejní úlohu zastává pracovník při:

- poskytování informací zájemcům o službu, informačních dokumentů o zařízení, poskytované službě, doprovází zájemce při prohlídce zařízení, zodpovídá dotazy zájemce, předává kontakty na pracovníky, kteří by mohli být zájemci nápomocni, dále poskytuje jiné informační zdroje, odkazy na webové stránky
- seznamování zájemce s ceníkem služeb, s domácím a návštěvním řádem zařízení
- vedení sociálního šetření a jeho zpracování
- poskytování sociálního poradenství i mimo oblast poskytované služby
- seznamování zájemce s individuálním plánováním, podílení se na formulaci osobního cíle
- zpracování dohodnuté požadavky, osobního cíle v návrhu smlouvy o poskytování sociální služby, návrh pak společně se zájemcem projednává, případně přepracovává
- zajišťování přijetí nového klienta, seznamování s průběhem přijímání do zařízení.

Pro to, aby byl sociální pracovník schopen poskytnout sociální poradenství prospěšné klientovi, musí komplexně posoudit jeho životní situaci s ohledem na potíže, se kterými se potýká a v jakých oblastech (interpersonální vztahy, zdravotní problémy, duševní, duchovní, ekonomické). V druhé fázi by měl pracovník zjišťovat, co stojí za problémy, se kterými za ním klient přichází. Autor má na mysli nároky sociálního prostředí, osobnostní předpoklady aj. Na základě takového posouzení je pak pracovník schopen nabídnout příslušnou službu. Samotné sociální šetření pak slouží k posouzení klientovy schopnosti samostatně žít. (Musil, 2007, s. 45).

Velmi vhodnou pomůckou pro sestavení cíle a také pro práci po dobu poskytování služby může pracovník ve spolupráci s rodinnými příslušníky, blízkými nebo pečujícími osobami využít tzv. „life-story work“, která pracuje s biografií člověka. Rodinní příslušníci, blízké či pečující osoby sestaví jakousi knihu historie člověka s demencí. Ta pak napomáhá nejen vzpomínat na některé z událostí, ale může být v mnohém nápomocna při sestavování cíle služby (Gibson, 1994, podle Ray, Bernard, Phillips, 2009, s. 71 – 72). „Life-story work“ se stává vzpomínkovou knihou, která slouží jako pomůcka při poruchách paměti. Vlivem kognitivních poruch paměti tak mohou být některé vzpomínky pozměněny nebo vztahy s rodinnými příslušníky nestálé, díky hledání nových zdrojů zájmu a spolupráci s příslušníky, může tato metoda pozitivně ovlivnit vztahy. Může se tak stát zdrojem komunikace, hodnocení výkonu, života v zařízení a pomoci při utváření nových vztahů (Bell, Troxel, 2001, podle Ray, Bernard, Phillips, 2009, s. 72).

2.5 Smlouva o poskytování služby

Fáze procesu uzavírání smlouvy o poskytování služby navazuje na jednání se zájemcem o službu. Při uzavírání smlouvy by na obou stranách měl být společný zájem o naplňování potřeb uživatele (Johnová a Čermáková, 2002, s. 42). Role sociálního pracovníka je v případě jednání se zájemcem o službu diskutována, avšak při uzavírání smlouvy se zájemcem o službu jsem se ve studované literatuře s diskuzí ohledně jeho role neseetkala.

Podle typu služby lze uzavřít smlouvu ústně (linky důvěry, některé z terénních služeb) nebo písemně. U smluv uzavřených ústně by dohoda měla sloužit k evidenci

poskytnutých služeb a jako ochrana pracovníka v případě stížností, měla by zachovávat anonymitu. Dohoda písemná je pak vyžadována zejména u poskytovatelů dlouhodobých služeb, na nichž je uživatel plně závislý. Obsah smlouvy je možné v průběhu poskytování služby měnit dle aktuální situace (Johnová a Čermáková, 2002, s. 42).

Smlouva o poskytování sociálních služeb se řídí následujícími právními předpisy, ve kterých jsou uvedeny všechny její náležitosti: zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů; zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů; vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona (Deverová, Petrová, Veškrnová, Dolejská, 2008, s. 66).

Kromě obecných náležitostí občanskoprávních závazkových vztahů obsahuje smlouva ujednání o tom, za jakým účelem byla uzavřena, jakou formou bude služba poskytována, v jakém rozsahu služeb bude spolupráce. Dále jsou ve smlouvě obsaženy podmínky poskytování služby, způsob ukončení služby a o tom, jakým způsobem lze smlouvu měnit (Hrdá, 2007, s. 17). Podle zákona č. 108/2006 Sb. §91, v platném znění smlouva musí obsahovat smluvní strany, druh služby, který bude poskytován, v jakém rozsahu bude služba poskytována, vymezení místa a času pro poskytování služby, v jaké výši bude služba hrazena, dohoda o tom, že uživatel bude dodržovat vnitřní pravidla stanovená poskytovatelem, dále důvody pro vypovězení a výpovědní lhůty a dobu platnosti smlouvy.

Pro zpracování takové smlouvy mají poskytovatelé možnost využít vzor smlouvy, který poskytuje MPSV, ale vyžaduje úpravu poskytovatelem. Zejména proto, že smlouva by měla být sestavena na základě individuálních potřeb a konkrétních požadavků. Osobní údaje potřebné pro uzavření smlouvy lze zjistit z předchozího jednání či dotazníkem, který vyplní zájemce sám nebo osoba, která jej doprovází při jednání (Deverová, Petrová, Veškrnová, Dolejská, 2008, s. 66).

2.6 Jednotlivá kritéria standardu č. 4 Smlouva o poskytování služby

Jednotlivá kritéria standardu č. 4 Smlouva o poskytování sociální služby vymezují, čím je poskytovatel povinován k uživateli, jaká jsou práva a povinnosti obou smluvních stran (Bednář, 2011, s. 28).

Kritérium 4b

„Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy“ (vyhláška č. 505/2006).

Povinností poskytovatele je, aby obsah smlouvy, její účel, byl uživateli předán způsobem, který je pro něj srozumitelný. V případě komunikačních bariér ze strany uživatele by měl poskytovatel využít speciálních technik komunikace. Zároveň by měl mít poskytovatel zpracovaný postup pro případ uzavírání smlouvy s klientem s komunikační bariérou (Johnová a Čermáková, 2002, s. 43).

Pro lepší srozumitelnost by měl pověřený pracovník obsah smlouvy s uživatelem projednat, dát mu možnost prostudovat si jednotlivé body smlouvy sám, v klidu, případně se poradit s blízkými, právníkem. Dále pro objasnění různých nejasností v obsahu smlouvy by pracovník měl dát prostor pro zodpovězení otázek ze strany uživatele, vysvětlit mu složitější pasáže smlouvy, v případě potřeby s využitím speciálních pomůcek (Braillovo písmo, grafy, piktogramy apod.) nebo umožnit třetí osobě zúčastnit se jednání (Deverová, Petrová, Veškrnová, Dolejská, 2008, s. 74).

Kritérium 4c

„Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby“ (vyhláška 505/2006).

Jak uvádí Hrdá (2007, s. 18), toto kritérium je úzce propojeno s předchozím standardem. Avšak uživatel má možnost po dobu poskytování služby osobní cíle měnit či upřesnit stávající.

Ke zjištění cíle může pracovník využít rozhovoru s osobami blízkými, ale také těžít z rozhovoru s uživatelem samotným. Rozhovor by se měl zaměřit na jeho životní situaci, potřeby vztahující se k nabídce služeb poskytovatele. I když obsah rozhovoru byl již projednáván při prvním jednání se zájemcem, účelem tohoto setkání je jednotlivé cíle, požadavky jasně specifikovat (Deverová, Petrová, Veškrnová, Dolejská, 2008, s. 74).

Příčemž na sestavení osobního cíle má velký vliv životní styl života uživatele, jeho návyky, potřeby a typ osobnosti a zároveň se úzce propojuje s hodnotovými postoji, idejemi a celoživotními preferencemi uživatele. Na poskytovateli pak je, aby poskytl uživateli takové podmínky, aby byly cíle naplněny (Malíková, 2011, s. 171).

Bednář (2011, s. 31) upozorňuje před možnými nedostatky skladby smlouvy. Uvádí, že smlouvy bývají často neměnné a direktivní nebo obecné, přičemž nesplňují požadavek sestavení smlouvy na základě individuálních potřeb. Z dalších nedostatků uvádí obsáhlé přílohy smluv či samotný obsah, který se tak může jevit jako komplikovaný, nepřehledný, nejasnosti v platbách za službu jako nespecifikování výše platby pro konkrétního uživatele apod.

3 Specifika jednání se zájemcem verbálně nekomunikujícím

V této kapitole se budu věnovat jednotlivým odlišením jednání se zájemcem o službu, který verbálně nekomunikuje od běžného jednání se zájemcem os službu. Této problematice se věnuje na poli sociální práce zejména Johnová a Čermáková (2002), dále Deverová, Petrová, Veškrnová, Dolejská (2008) a Malíková (2011). Protože se autorky v jednotlivých pasážích odkazovaly na speciální techniky usnadňující komunikaci s verbálně nekomunikujícím klientem, zařadila jsem do podkapitoly také komunikační systémy pro osoby trpící touto poruchou. Komunikačním systémům se věnují odborníci z oblasti speciální pedagogiky, zejména logopedie a pro svou práci jsem využila jejich základní rozdělení dle Laudové (2007). Z oboru sociální práce se seniory se ve své publikaci zmiňuje o komunikačních systémech Malíková (2011) a také Prouty, Pörtner, Werde (2005), kteří se zabývají Preterapií jako možností navázat komunikaci s člověkem, který nekomunikuje.

S přihlédnutím k omezení verbálního sdělení potřeb, pocitů, osobních cílů, a zda je situace pro zájemce vyhovující nebo ne, je zřejmé, že k ověření správnosti jejich tvrzení či získání takových informací se jeví jako nezbytné využít vhodné komunikační prostředky. Neschopnost verbální komunikace mnohdy spojená s poruchou vědomí by mohla mnohé mylně vést k domněnce, že zájemce si své potřeby neuvědomuje a tudíž žádné nemá. Pak takové zjišťování potřeb bývá mnohdy bagatelizováno a často je zúženo na uspokojování potřeb biologických. Mimo jiné k takovýmto závěrům přispívá nedostatek informací pracovníků, bezradnost v interakci s nekomunikujícím klientem či neznalost alternativních technik komunikace nebo využití speciálně terapeutických postupů, např. bazální stimulace, zooterapie apod. (Malíková, 2011, s. 175).

3.1 Jednání se zájemcem, který má potíže v komunikaci

Problémy v dorozumívání se prostřednictvím neverbální komunikace brání jasnému formulování požadavků. Komunikace se tak stává nejednoznačná a lze jen stěží ověřit, zda zájemce porozuměl jednotlivým bodům obsahu sdělení. Avšak každý člověk má právo na vyjádření svobodného rozhodnutí, a proto by měly být podmínky a forma

jednání uzpůsobeny potřebám zájemce. Poskytovatel by měl proto nabídnout alternativní formu jednání se zájemcem o službu (Johnová, Čermáková, 2002, s. 38).

Jednání, jehož cílem je stanovit zakázku, se může odehrávat v opakovaných sezeních v závislosti na aktuální situaci zájemce po dobu konkrétního sezení. Přitom by pracovník měl brát v úvahu jednotlivé faktory mající vliv na celkovou situaci jako únava zájemce, krátkodobá schopnost soustředit se, potřebný čas na rozmyšlenou apod. Zvolené místo pro setkání může významně ovlivnit komunikaci (Johnová, Čermáková, 2002, s. 38).

Prostředí, v němž se jednání se zájemcem, který má potíže v komunikaci, odehrává, výrazně samotný průběh ovlivňuje. Proto je vhodné zvolit takové prostředí, v němž se zájemce bude cítit bezpečně (např. změna prostředí může vyvolávat změny v chování), v prostředí by neměly působit žádné rušivé vlivy (telefon, rádio, televize, narušení sezení v podobě příchodu cizích lidí) a místo setkání by mělo být oproštěno od stresujících vlivů v rámci jeho dostupnosti (např. sídlo zařízení je na opačném konci města, než bydliště zájemce). Je pravidlem, že místo si volí zájemce sám. V případě, že sám není schopen sám uvést vhodné místo, jedná pracovník s lidmi v současné době pečujícími o zájemce, rodinnými příslušníky, odborníky (Johnová, Čermáková, 2002, s. 38).

Vhodně vybraní účastníci jednání rovněž zaručují zdárný průběh jednání, a proto by pracovník měl pečlivě zvážit, koho na jednání přizvat. Rozhodující úlohu však má zájemce sám. Kromě samotného zájemce se jednání může účastnit opatrovník v případě omezené právní způsobilosti k úkonům nebo zbavení právní způsobilosti k právním úkonům, rodinní příslušníci, osoby blízké nebo pečující o zájemce odborníci v dané problematice (psycholog, psychiatr, logoped atd.). Rozhodující slovo ohledně účastníků jednání má zájemce sám (Johnová, Čermáková, 2002, s. 38 - 39).

3.2 Průběh jednání s verbálně nekomunikujícím klientem

Během jednání je důležité mít na paměti, že každý člověk jedná individuálně vzhledem k postižení v oblasti komunikace. Proto by pracovník neměl podceňovat přípravu na samotné setkání a zjistit od osob blízkých nebo pečujících o zájemce,

jaké komunikační prostředky během interakce využívají, zda lze při jednání využít pomůcky, které by zajistily snazší porozumění. Lze např. využít možnosti tlumočnicka, pomůcky augmentativní a alternativní komunikace (Johnová, Čermáková, 2002, s. 39).

Mimo jiné také pracovník může informační sdělení pro lepší srozumitelnost názorně předvést. Zejména u lidí trpících nějakou formou demence by sdělení mělo mít formu krátkých a jednoduchých vět s tempem přiměřeným stádiu demence (Deverová, Petrová, Veškrnová, Dolejská, 2008, s. 61).

V průběhu jednání by se měl pracovník ujistit, zda kompenzační pomůcky vyhovují aktuálním potřebám zájemce a zaručují srozumitelnost sdělení. Dále by si měl být pracovník vědom toho, že na komunikaci má vliv postoj, který zaujímá, mimika, gesta, tón hlasu, artikulace. Stejně tak hraje důležitou roli vhodné prostředí, jak je již výše uvedeno. Plynulost jednání může být narušována neschopností dlouhodobě se soustředit, proto není nasnadě realizovat přestávky podle potřeby zájemce (Johnová, Čermáková, 2002, s. 39).

Johnová, Čermáková (2002, s. 40) uvádí, že cílem jednání by mělo být stanovit osobní cíle na základě přání a potřeb zájemce. Avšak podotýkají, že při jednání se zájemcem, s nímž je obtížné se dorozumět, sestavit vyčerpávající osobní cíl téměř nemožné. Pokud dojdou obě strany procesem zjišťování potřeb a přání zájemce a porovnávání s posláním a cíli poskytovatele ke shodě, stává se nabízená služba vhodnou pro zájemce a může mu být poskytována formou jemu vyhovující. Tento konsenzus a následné využívání služeb pak vede k postupnému naplňování osobních cílů. Tímto autorky mají na mysli např. nabízení požadovaných prostorů pro člověka právě s tímto postižením či možnost využití kompenzačních pomůcek a odborného personálu. Cíle stanovené v průběhu prvních jednání jsou jen rámcovými cíly, které by se měly v průběhu poskytování služby proměňovat a uzpůsobovat potřebám uživatele.

3.3 Komunikace s verbálně nekomunikujícím klientem

Komunikace je nezbytným prostředkem pro utváření a udržování mezilidských vztahů. Prostřednictvím komunikace se rozvíjí osobnost, ale také člověk vrůstá

do společnosti. Je-li schopnost komunikovat omezená nebo ji osoba nemůže rozvíjet správným směrem, začlenění do společnosti tento fakt značně stěžuje (Housarová, 2011, s. 8).

Jak vyplývá z výše uvedených informací, schopnost komunikovat významně ovlivňuje mezilidskou interakci. Proto bych se ráda v této podkapitole zaměřila na kompenzační systémy komunikace, které lze využít při jednání s klientem, který má obtíže v komunikaci.

3.3.1 Preterapie

Metoda práce je určena pro práci s lidmi, s nimiž je obtížné navázat kontakt, ať už v důsledku mentální retardace nebo duševní poruchou. Tato metoda si zakládá na zrcadlení toho, co terapeut vnímá (Pörtner, 2005, s. 17).

Výchozím bodem je psychologický kontakt vymezený ve třech úrovních – kontaktní reflexe, kontaktní funkce a kontaktní chování. Právě techniky kontaktní reflexe se zaměřují na možnost navázání kontaktu s jedinci, po které je těžké kontakt navázat, zejména jedinců s postižením, trpících psychózou nebo schizofrenií a geriatrických pacientů. Tyto techniky napomáhají k tomu, aby se komunikační úroveň klienta posunula na úroveň exprese.

Celý proces komunikace se odehrává na pěti úrovních reflexe: *situační*, během které terapeut sleduje situaci odehrávající se v prostředí, v němž se oba nachází, a přitom reflektuje chování klienta. Dále *obličejovou* reflexi, při které terapeut pozoruje emoce odrážející se ve tváři klienta; *tělová* reflexe, při níž se terapeut zaměřuje na pohyby, gesta, držení těla; *slovní reprodukce*, kdy terapeut reflektuje slova vyřčená klientem a *zopakované reflexe* – terapeut opakuje reflexe, na něž klient reaguje pozitivně (Prouty, Werde, Pörtner, 2005, s. 36 – 37).

3.3.2 Alternativní a augmentativní komunikace

Augmentativní systémy podporují osvojené komunikační schopnosti, existující dovednosti, avšak tyto jsou nedostatečné pro dorozumívání v interakci s okolím. Augmentativní systémy napomáhají k vyjádření a zároveň k pochopení řeči. Zatímco alternativní komunikační systémy jsou využívány jako náhrada řeči mluvené (Krahulcová, 1996, podle Klenková, 2006, s. 206). Cílem těchto komunikačních systémů je zapojit jedince s poruchou řeči umožnit jim dorozumívání a zapojit se do života společnosti. Tyto systémy jsou využívány nejen u vrozených poruch komunikačních procesů v důsledku postižení smyslového, mentálního, kombinovaného postižení, ale také handicapů získaných následkem úrazu mozku, nádorech na mozku, cévních mozkových příhodách či Alzheimerovy nebo Parkinsonovy poruchy (Janovcová, 2003, podle Klenková, 2006, s. 206 – 207).

Alternativní a augmentativní komunikační systémy by tak měly napomáhat k samostatnému rozhodování o sobě samém. Díky tomu také jedinec rozšiřuje své komunikační schopnosti a má větší možnosti zapojit se do interakce s širším okolím. Jedním z důležitých aspektů je získání mnohem větší perspektivy v oblasti studijních, pracovních či volnočasových aktivitách (Krejčířová, 2011, podle Vymazalová, s. 190). Nevýhodou se však můžou komunikační systémy stát v interakci s majoritní skupinou obyvatelstva, která jednotlivé prvky neovládá. Zároveň využívání takových systémů na sebe může upozorňovat okolí, což nemusí být žádoucí (Vymazalová, 2012, s. 191).

Alternativní a augmentativní komunikační systémy Laudová (2007, s. 567 – 568) rozděluje na systémy, které nevyžadují pomůcky – mimika, gesta, postoje, manuální znaky a cílený pohled a systémy, které vyžadují pomůcky dělí se na netechnické a technické pomůcky.

3.3.3 Komunikační systémy nevyžadující pomůcky

Využívání znaků sehrává při komunikaci v daný moment důležitou roli, protože tvoří doprovodnou vizuální informaci k právě probíhajícímu přenosu mluveného slova. Řeč je spojována s pohybem, čímž se vytváří perцепčně-motorické paměťové stopy. Znaky

se tak stávají pomůckou při vybavování slov. Avšak je důležité, aby význam znaku byl srozumitelný všem zúčastněným. Mezi tyto systémy Laudová (2007, s. 568 - 569) řadí:

- znakovaná čeština – využití manuálních znaků neslyšících, doprovod mluveným projevem a využitím různých pomůcek;
- znakování klíčových slov – jsou znakována slova nesoucí hlavní sdělení;
- prstová abeceda – pomocí poloh prstů jsou znázorněny písmena abecedy, může se využívat pro lepší srozumitelnost mluvené řeči;
- cued speech – systém se skládá z osmi tvarů ruky představující souhláskové zvuky a šesti poloh ruky u obličeje, které značí samohlásky a dvojhlásky; tato metoda se využívá pro přesnou výslovnost slov;
- metoda Tahoma – využívaná u hluchoslepých lidí, tzv. hmatové čtení řeči
- Lormova abeceda – vyznačování písmen do dlaně.

3.3.4 Komunikační systémy vyžadující pomůcky

Laudová (2007, s. 567 – 568) komunikační systémy vyžadující pomůcky dělí na netechnické pomůcky nedisponující hlasovým výstupem a jsou v jednoduchém vyhotovení a pomůcky technické, které pro komunikaci využívají elektronické komunikační pomůcky, počítače.

3.3.4.1 Netechnické pomůcky

Mezi netechnické pomůcky komunikačních systémů řadí Laudová (2007, s. 570 – 574) Makaton, Bliss symboly, Trojrozměrné symboly, Picture Communication Symbols, Piktogramy, fotografie, komunikační tabulky. Tyto pomůcky pak doplňují ve svých publikacích i ostatní autorky o Komunikační pas, ETRA-N a vlastní obrázkové symboly.

3.3.4.1.1 Makaton

Tento komunikační systém je založen na dorozumívání se pomocí manuálních a grafických znaků. Původně byl tento systém připravován a ověřován u dětí s mentálním postižením, které slyší, ale mají problém s pochopením obsahového významu a nepoužívají verbální řeč. Výhodou znakového systému je používání klíčových slov (Housarová, 2011, s. 38 – 39). Naopak jako nevýhoda systému se jeví předpokládaná znalost znaků komunikujících osob (Malíková, 2011, s. 252).

Komunikace prostřednictvím znaků manuálních i grafických může být doplňována mluvenou řečí. Záleží však na tom, jaký styl komunikace člověk s postižením upřednostňuje. V praxi je možné kombinovat znaky, symboly i mluvené řeči nebo naopak jen využívat znaky či znaky a mluvenou řeč (Klenková, 2006, s. 208 – 209).

Ačkoliv byla tato metoda aplikována při komunikaci s dětmi s mentálním postižením, v průběhu se začala využívat také u neslyšících dětí i dospělých, poruchách řeči následkem úrazu mozku nebo po mozkové mrtvici (Vymazalová, 2012, s. 192).

3.3.4.1.2 Bliss symboly

Tento komunikační systém, tzv. Blissovy symboly, umožňuje osobám, jejichž kognitivní schopnosti jsou mírně omezeny, vyjádřit své city a komunikovat na vyšší úrovni. V systému je obsaženo přes 2000 slov, která popisují to, co je na obrázku vyjádřeno. Takové zpracování napomáhá k všestrannému využití (Malíková, 2011, s. 252).

Slovní zásoba je rozšiřována grafickými symboly složenými z geometrických tvarů, které jsou kombinovány. Obsaženy jsou jak konkrétní, tak abstraktní pojmy. Systém byl zpracován do mezinárodního jednotného jazykového kódu (Housarová, 2011, s. 36). Navíc byl systém vyvinut tak, že jím mohou komunikovat i lidé, jejichž pohybové funkce ruky jsou omezeny. Takže mohou ukazovat očima, namířením světelného bodu apod. (Klenková, 2006, s. 209).

3.3.4.1.3 Trojrozměrné symboly

Během komunikace jsou využívány symboly o třech rozměrech, které jsou hmatatelné, lze s nimi manipulovat a je možné využívat také reálné předměty nebo jejich části (Laudová, 2007, s. 570).

3.3.4.1.4 Picture Communication Symbols

Picture Communication Symbols tvoří soubor symbolů vytvořených Roxanou Johnson, které jsou barevné i černobílé (Laudová, 2007, s. 571).

3.3.4.1.5 Piktogramy

Piktogramy jsou nazývána zobrazení skutečnosti ve zjednodušeném podání, a to různých předmětů, činností či vlastností. Za využití piktogramů a jejich posloupné skládání lze skládat věty, program dne či rozvrh hodin. aj. (Klenková, 2006, s. 208). K vyobrazení skutečnosti lze využít kreslení, psaní, tisk či jiné techniky. Aplikace tohoto systému v praxi bývá doprovázena mluveným slovem (Malíková, 2011, s. 251), znakováním nebo spojením piktogramu s fotografií, což napomáhá k lepšímu pochopení významu sdělení (Housarová, 2011, s. 37).

Využití piktogramů je vhodné pro lidi s kombinovaným postižením, kterým znak či piktogram napomáhají pochopit sdělení nebo k osobnímu projevu. Dále lidé, jejichž postižení je tak těžké, že se nedokážou srozumitelně vyjádřit nebo znak vytvořit. V neposlední řadě pak tento komunikační systém mohou využívat lidé, jejichž postižení jim dovoluje používat znaky, porozumět mluvené řeči, ale piktogramy využívají jako podpůrnou pomůcku při komunikaci (Housarová, 2011, s. 37).

3.3.4.1.6 Komunikační tabulky

Tento systém komunikace je založen na písmenech, větách, obrázcích, fotografiích atd. sestavených v tabulkách. Každá z tabulek se vytváří na základě individuálních potřeb konkrétního klienta a je určena výhradně pro jeho potřeby (Vymazalová, 2012, s. 194).

3.3.4.1.7 Fotografie

Zachycením činnosti, osoby či předmětu ať už černobíle či barevně se stává čitelnějším než symbol nebo obrázek. Výhodou a významným motivačním prvkem je znázornění konkrétní osoby, osoby blízké, vlastního zážitku. Fotografie je předstupněm abstraktnějšího symbolického systému (Laudová, 2007, s. 570).

3.3.4.1.8 Komunikační pas

Ve Velké Británii vznikl komunikační pas, který obsahuje nezbytně údaje pro identifikaci v případě, že osoba trpí těžkou poruchou komunikace. Využit jej lze např. při pobytu v nemocnicích, jehož pomocí sdělí potřebné informace lékařům, ale i sestřím. Pro lepší srozumitelnost mohou být vedle informací vyobrazeny symboly charakterizující informaci. Vyobrazené symboly jsou vhodné i u lidí majících problémy se čtením, stávají se pro ně usnadněním (Vymazalová, 2012, s. 194).

3.3.4.1.9 ETRAN-N

Tato komunikační pomůcka využívá čísla, barvy, které jsou umístěny na plexisklové tabuli. Osoba komunikuje ukazováním očima na příslušné číslo spojené se slovem nebo piktogramem. Využívá se u osob, které nejsou schopné komunikovat jinou částí těla než očima (Janovcová, 2003, Valenta, Müller, 2007, podle Housarová, 2011, s. 41).

3.3.4.1.10 Vlastní obrázkové symboly

Malíková (2011, s. 252) nabízí alternativu ve vytvoření si vlastního systému sestaveného z obrázků, výstřížků z novin, symbolů, na jehož tvorbě se mohou podílet pracovníci, klienti či jiné osoby. Následně se dohodnou na významech, již jim přisoudí. Při opakovaném výběru některého z obrázků pak lze usoudit, jaké má klient potřeby, pocity, vnitřní stavy. Takto získané informace mohou být pracovníkovi nápomocné nejen k lepšímu porozumění, ale také v případě uzavření smlouvy o poskytování služby při individuálním plánování.

3.3.4.2 Technické pomůcky

Technickými pomůckami má na mysli Laudová (2007, s. 575) elektronické pomůcky, které by měl umět ovládat jako uživatel, tak jeho okolí. Zároveň by se pomůcky využívané během komunikace neměly omezovat jen na technické, ale měly by se vzájemně doplňovat jak pomůcky technické, tak netechnické. Mezi tyto pomůcky řadí jednoúčelové komunikační pomůcky, pomůcka se zrakovým výstupem a pomůcka s hlasovým výstupem. Janovcová (2003, podle Housarová, 2011, s. 34 - 35) uvádí technickou pomůcku Komunikátor, která se shoduje s označením Laudové (2007, s. 576) jako pomůcka s hlasovým výstupem.

3.3.4.2.1 Jednoúčelové komunikační pomůcky

Laudová (2007, s. 575) mezi tyto pomůcky řadí ty z nich, které mají tištěný nebo hlasový výstup, jejichž počet vzkazů je omezený. Dále sem přiřazuje ty z přístrojů, které mají klávesnici, displej, přičemž sdělení je označeno obrázky, symboly, fotografiemi nebo nápisy.

3.3.4.2.2 Pomůcky se zrakovým výstupem

Vzkaz ať už v symbolech či písmenech se vyobrazí uživateli na obrazovce pomůcky. Nevýhodou je, že po vytvoření nového vzkazu se ty předchozí smažou, a proto pro uchování vzkazů bývá pomůcka opatřena tiskárnou, aby si uživatel mohl vzkaz vytisknout (Laudová, 2007, s. 575).

3.3.4.2.3 Komunikátory

Princip komunikátorů spočívá v nahrávání jednotlivých mluvených frází na komunikátor, ke kterým lze přiřadit symbol, obrázek, piktogram. V případě potřeby stisknutím tlačítka se patřičný zvukový záznam přehraje. Zvukový záznam se přehrává v digitalizované podobě řeči, tedy tak, jak byl hlasový projev zaznamenán nebo syntetické, přičemž hlasový projev je generalizován počítačem. Komunikátory se využívají při komunikaci, ale je nutné dbát na to, abychom nepotlačovali snahu

o artikulaci. Tlačítka komunikátoru mohou být ovládána různými částmi těla – prstem, loktem, ramenem, nohou, hlavou apod. Výhodou této pomůcky je srozumitelné a rychlé sdělení (Janovcová, 2003, podle Housarová, 2011, s. 34 - 35).

4 Domov se zvláštním režimem Diakonie ČCE – Hospic Citadela

Diakonie Českobratrské církve evangelické ve Valašském Meziříčí nabízí služby hospicové péče (Specializovaná paliativní péče), sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče a pobytovou službu Domov se zvláštním režimem. Dále Odlehčovací služby a Půjčovnu pomůcek. Tuto kapitolu zpracuji podle jejich internetových stránek www.citadela.cz.

Pro spolupráci na téma mé bakalářské práce jsem společně s pracovníky zařízení zvolila pobytovou službu Domov se zvláštním režimem, která se s problematikou procesu přijímání verbálně nekomunikujícího klienta potýká.

4.1 Poslání služby

Posláním služby je vytvářet takové prostředí uživatelům služby, které by nahrazovalo domácí prostředí lidem trpící chronickou duševní poruchou a vyžadující neustálý dohled a pomoc druhých v péči o sebe sama.

4.2 Cílová skupina

Cílovou skupinou poskytované služby jsou osoby se sníženou soběstačností, která vznikla důsledkem duševního onemocnění, Alzheimerovy demence, stařecké demence a ostatních typů demence. Takovéto osoby vyžadují pravidelnou pomoci v péči o sebe samu.

4.3 Cíle služby

Zařízení si klade za cíl uzpůsobit uživatelovým potřebám bezbariérové prostředí; zajistit celodenní stravy dle přání uživatele; zajistit péči o sebe samu v oblastech hygieny, vyprazdňování, pohybu apod.; rozvíjet kognitivní a fyzické schopnosti a dovednosti uživatele; udržovat kontakty s rodinou, okolím; umožnit uživateli uplatňovat svoje práva ve vztahu k okolí (k úřadu, rodině atd.) a trávit aktivně volný čas.

4.4 Poskytované služby

Proto zařízení nabízí služby: „ubytování, strava, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (www.citadela.cz).“

Zařízení nabízí také možnost využít sociální lůžko na střednědobý pobyt v případě, že osoba je čekatelem na navazující službu (např. pro umístění v domově pro seniory) nebo blízké osoby nemohou zajistit potřebnou péči, jestliže toho nejsou schopni z objektivních důvodů.

Výzkumná část

V teoretické části jsem se zabývala syndromem demence, normativně jsem vymezila proces přijímání klienta a dále popsala specifika přijímání klienta do služby s poruchou komunikace a uvedla jsem alternativní a augmentativní komunikační systémy.

V praktické části své práci zaznamenávám, jak probíhá proces přijímání verbálně nekomunikujícího klienta v konkrétním zařízení a jakým způsobem pověřená osoba se zájemcem komunikuje.

5 Metodologie

5.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je retrospektivně zaznamenat jednotlivé kroky sociální pracovníce během procesu přijímání verbálně nekomunikujícího klienta v Domově se zvláštním režimem Hospice Citadela. Po zaznamenání jednotlivých kroků zjistit, jaké metody komunikace byly s klientem během procesu přijímání využity.

Zjištěné poznatky porovnáám s teorií a povedu diskuzi nad tím, zda se jednotlivé kroky sociální pracovníce shodovaly s normativním vymezením procesu přijímání klienta do služby a zda byly zvolené metody komunikace odpovídající vzhledem ke stádiu demence.

5.2 Typ výzkumu

Pro naplnění cíle zaznamenat jednotlivé kroky sociální pracovníce v procesu přijímání klienta do služby a metody komunikace, pomocí kterých se sociální pracovníce dorozumívala, jsem zvolila 2 základní typy kvalitativního výzkumu, a to analýzu dokumentů zvoleného zařízení vztahujících se k procesu přijímání klienta do služby (Hendl, 2005, s. 132) a pro doplnění informací jsem zvolila metodu případové studie podle Hendla (2005, s. 105) – zkoumání programů, událostí, rolí a vztahů - zaměřující

se na určitou událost (v mém případě na interakci sociální pracovníce a zájemce v procesu přijímání klienta do služby).

6 Analýza dokumentů

Miovský (2006, s. 100) charakterizuje analýzu dokumentů jako rozbor dokumentů, který je objasňován a interpretován co nejobsáhleji. Uvádí také trojí hledisko pro rozbor dokumentů, a to analýzu písemných dokumentů, obrazových a zvukových dokumentů, jiných hmotných dokumentů nebo kombinace těchto analýz. Pro svou práci jsem zvolila analýzu písemných a obrazových dokumentů.

6.1 Metoda získávání dat

Plichtová (1996, podle Miovský, 2006, s. 238) uvádí obsahovou analýzu jako spektrum metod a postupů vhodných k analýze textového dokumentu. Maršálková a Mišík (1990, podle Miovský, 2006, s. 238) pak rozšiřují analyzované dokumenty o produkty lidské činnosti jako obrazy, rytiny, sochy aj.

Pro získání dat z dokumentů Standardů kvality pro oddělení Domova se zvláštním režimem (2010) jsem tedy využila metodu obsahové analýzy. Až po provedení rozhovoru, který měl doplnit chybějící informace nebo informace upřesnit, jsem měla k dispozici obrázkový dokument. Pro zjištění dat z obrázkových dokumentů jsem využila obsahovou analýzu.

6.2 Metoda analýzy dat

Plichtová (1990, podle Miovský, 2006, s. 241) uvádí základní postup při aplikaci obsahové analýzy, kterého jsem se držela.

Nejprve jsem si pro zodpovězení výzkumné otázky identifikovala vhodné dokumenty zařízení Domova se zvláštním režimem Hospice Citadela a tím byly Standardy kvality pro oddělení Domova se zvláštním režimem (2010). Z uvedených standardů jsem shromáždila potřebná data týkající se procesu přijímání klienta do služby a roztřídila je na průběh jednání se zájemcem o službu, jednání se zájemcem o službu s obtížemi v komunikaci a jednání se zájemcem o službu trpící demencí.

Ze shromážděných dat jsem dále definovala základní jednotky, které podle normativního rámce standardů kvality vymezených v teoretické části se týkaly standardů č. 3 Jednání se zájemcem o službu a č. 4 Smlouva o poskytnutí sociální služby v Domově se zvláštním režimem Hospice Citadela. Jako jednotlivé kategorie základních jednotek jsem si určila kroky, které podnikla sociální pracovníce během jednání a uzavírání smlouvy se zájemcem a metody komunikace, které využívá při komunikaci se zájemcem.

Protože zkoumané dokumenty byly nedostačující, pro doplnění získaných poznatků jsem využila metody případové studie.

6.3 Jednání se zájemcem o službu v Domově se zvláštním režimem Hospice Citadela

První částí procesu přijímání klienta do služby, jak jsem již vymežila v teoretické části, je jednání se zájemcem o službu. V empirické části se budu věnovat jednotlivým krokům dle zařízení. V této kapitole čerpám ze Standardů kvality oddělení Domova se zvláštním režimem (2010).

6.3.1 Průběh jednání se zájemcem o službu

Podle Standardů kvality Domova se zvláštním režimem Hospice Citadela (2010) při jednání nejčastěji jednají s blízkou osobou nebo jinou fyzickou osobou jako přítel, soused, právnická osoba – starosta, pracovník obecního úřadu, vzhledem k cílové skupině.

Během jednání zájemce jedná se sociální pracovnící v její kanceláři v pracovních dnech. Pracovnice zjišťuje potřeby zájemce a cíl poskytované služby, dále zájemce informuje o podmínkách služby a o způsobu vyřizování žádosti. Mimo jiné mohou spolu projednávat možnost podání žádosti o Příspěvek na péči nebo o žádost o umístění do domova seniorů. Jestliže zájemce nespĺňuje kritéria cílové skupiny, doporučí mu pracovníce jiné možnosti řešení jeho situace. Zájemce může využít možnosti prohlídky zařízení. Na závěr pracovníce zájemce poučí o vyplnění žádosti.

Po přijetí vyplněné a odeslané žádosti sociální pracovnice svolá poradenskou komisi, která zasedá každý čtvrtek ve složení lékař, staniční sestry, sociální pracovnice, případně ředitel. Po zasedání pracovnice informuje zájemce o výsledku jednání.

Sociální šetření provádí pověřená osoba zařízení k zjišťování individuálních potřeb a cílů klienta. Osobně sociální šetření provádí u žadatelů z Valašského Meziříčí a jeho okolí. Pro zjištění potřeb žadatelů, kteří jsou odjinud, telefonicky nebo s osobou blízkou. Prostřednictvím blízké osoby zařízení doručí žadateli k vyplnění formulář: „Co od nás očekáváte, co pro vás můžeme udělat?“

6.3.2 Jednání se zájemcem s obtížemi v komunikaci

Ve standardech kvality je ukotven postup, jak v takovéto situaci má sociální pracovnice jednat. Zejména by měla oslovovat zájemce jménem, titulem. Z prostředí by měla odstranit vlivy, které by jednání mohly narušovat a se zájemcem mluvit pomalu, jednoduchým jazykem se zřetelnou artikulací a formulovat sdělení do krátkých vět. V případě, že by zájemce nedoslýchal, by měla tón hlasu snížit a mluvit nahlas a snažit se odezírat ze rtů. Pro to, aby bylo sdělení zřetelné oběma stranám, má k dispozici obrázky, snaží se se zájemce dorozumět pomocí vzkazů a využívat neverbální komunikace. Během jednání hlídá svou řeč těla a pozoruje, jak reaguje klient. Vždy po krátkých úsecích rozhovoru si vyžaduje zpětnou vazbu, během níž si ověřuje, zda zájemce správně chápe sdělení.

6.3.3 Jednání se zájemcem trpící demencí

Průběh jednání s takovýmto zájemcem by měla mít sociální pracovnice uzpůsobit rozumovým a duševním schopnostem zájemce, být otevřená a přátelská. Zároveň se snaží posilovat jak zbývající dovednosti, tak sebedůvěru zájemce. Neměla by se snažit nutit říkat správné slovo, pokud rozumí sdělení. Také je vhodné volit jednoduché a krátké věty týkající se jednoho tématu, čímž předchází konstruování složitých otázek. Pro kvalitnější dorozumívání může pracovnice požádat blízké osoby, rodinu a jejich pomoc může využít

i při sestavování osobních silů zájemce. V případě, že není možné se se zájemcem dorozumět, navrhuje pracovnice pečujícím osobám, aby byla posouzena způsobilost k právním úkonům a stanovení opatrovníka.

V případě, že zájemce je přijat do služby a není schopen adekvátním způsobem vyjádřit nesouhlas, úloha pracovníků spočívá ve sledování verbálních i neverbálních reakcí klienta na službu.

Pro zjišťování individuálních potřeb vede sociální pracovnice sociální šetření osobně v místě Valašského Meziříčí a jeho okolí, telefonicky pak u osob z širšího okruhu místa pobytu. Společně se zájemcem nebo blízkou osobou jedná pracovnice osobně nebo pomocí formuláře (Co od nás očekáváte, co pro vás můžeme udělat?).

6.4 Smlouva o poskytnutí sociální služby v Domově se zvláštním režimem Hospice Citadela

S obsahem smlouvy seznamuje zájemce pověřená sociální pracovnice při předávání informací o službě a podmínkách poskytnutí služby. Obsah smlouvy a její náležitosti podává sociální pracovnice zájemci ve srozumitelné formě vzhledem k jeho zdravotnímu stavu, chápacím možnostem, pocitům únavy. Při jednání s ním jej také povzbuzuje a pomáhá zájemci se sestavením osobního cíle na základě přání, potřeb. Pro lepší porozumění má sociální pracovnice k dispozici zjednodušenou verzi smlouvy (Standardy kvality oddělení Domova se zvláštním režimem, 2010).

6.5 Obrázkový dokument

Pomocí obrázků vyobrazuje nouzové a havarijní situace, podání stížnosti, jednání se zájemcem a co v takových situacích může klient po přijetí dělat. Vždy je vyobrazena popsaná situace vhodným obrázkem a vedle něj je vyobrazena zdravotní sestra, která buďto odváží klienta na vozíčku pryč z budovy v případě nouzové nebo havarijní situace. Stejně tak je vyobrazena zdravotní sestřička při podávání stížnosti, kterou klient může předat právě jí. Soubor jednání se zájemcem obsahuje obrázky vyobrazující, co bude během poskytování služby nabízeno, např. základní hygiena (koupelna, mýdlo), podávání

stravy, procházky na zahradě, možnost TV na pokojích aj. Pod každým obrázkem byl vyobrazen „smajlík“ vyjadřující souhlas/ nesouhlas, na který má klient možnost ukázat a vyjádřit svoje rozhodnutí. Každý z obrázků je v horní části popsán, co je na něm vyobrazeno (Obrázkový dokument, oddělení Domov se zvláštním režimem).

6.6 Výsledky analýzy dokumentů

Pro zaznamenání jednotlivých kroků sociální pracovníce při procesu přijímání verbálně nekomunikujícího klienta jsem využila standardy kvality služby, které jasně podniknuté kroky vymezovaly první kontakt se zájemcem nebo jeho rodinnými příslušníky při podávání žádosti, dále projednávání žádosti před poradenskou komisí, vyrozumění zájemce o výsledku jednání komise. Při přijetí žádosti uzavření smlouvy se zájemcem. V případě, že zájemce má potíže v komunikaci, trpí demencí, podnikne sociální pracovníce sociální šetření, aby zjistila jeho individuální potřeby a cíle.

Standardy služby uváděly speciální metody komunikace se zájemcem, který má potíže v komunikaci, jako komunikace s pomocí obrázků, psaní vzkazů.

Z provedené analýzy standardů kvality jsem však nezjistila, jak probíhá sociální šetření, při kterém má pracovníce zjišťovat individuální potřeby. Dále bylo ze standardů zjevné, že pomůckou při komunikaci s verbálně nekomunikujícím klientem jsou pracovníci k dispozici obrázky nebo psaní vzkazů. Ve standardech však blíže nebylo popsáno, co obrázky vyobrazují a jak s nimi pracovníce v průběhu interakce se zájemcem pracuje.

Následně po provedení rozhovoru s pracovnící jsem měla možnost nahlédnout do obrázkového dokumentu, pomocí něhož pracovníce komunikovala se zájemcem. Obsah obrázků je zpracován v podkapitole 6. 6 Obrázkový dokument.

7 Případová studie

Případová studie podle Hendla (2005, s. 104) detailně studuje jeden případ, celistvě popisuje vztahy. Předpokládá také, že na základě prozkoumání jednoho případu umožní lépe porozumět případům jemu podobným.

Na začátku mé práce jsem si položila otázku, jakým způsobem probíhá přijímání verbálně nekomunikujícího klienta do služby, jaké metody komunikace pracovnice využívá? Pro zodpovězení této otázky jsem nejprve využila metodu analýzy dokumentů, a protože získaná data byla nedostačující, zvolila jsem si metodu případové studie.

7.1 Metoda získávání dat

Metodu pro sběr dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, v rámci něhož jsem si vytvořila schéma, které by mělo být tvořeno danými okruhy otázek (Miovský, 2006, s. 159). Sociální pracovnici jsem položila tyto otázky:

1. Jak byste charakterizovala verbálně nekomunikujícího klienta, kterého jste přijímala?
2. Jaké jednotlivé kroky jste v tomto případě procesu přijímání podniku?
3. Jak probíhalo sociální šetření?
4. Jaké metody komunikace jste využila při sociálním šetření?
5. Jak jste používala obrázky při komunikaci?
6. Využila jste i jiné komunikační techniky při uzavírání smlouvy?

Výše uvedené otázky jsem během rozhovoru případně doplnila upřesňujícími otázkami v návaznosti na sdělení respondentky.

7.2 Metoda zpracování dat

Pro zaznamenání potřebných dat jsem využila audiozáznam, který podle Miovského (2006, s. 197) zachovává autentičnost setkání a umožňuje zachytit to, co možná tazatel v danou chvíli mohl snadno přehlédnout. Také uvádí, že takový záznam je nestranný a zaznamenává vše tak, jak ve skutečnosti proběhlo, čímž je zachována objektivita.

7.3 Metoda analýzy dat

Data zaznamenaná audiozáznamem jsem pomocí transkripce převedla do textové podoby (Miovský, 2006, s. 205).

K analyzování dat z transkripce jsem dle Miovského (2006, s. 226) využila metodu zakotvené teorie, pomocí níž jsou shromažďovány údaje a jejich analýza a teorie se navzájem propojují.

Analyzovaná data jsem rozkrývala pomocí otevřeného kódování, v rámci něhož jsem v textové podobě rozhovoru hledala jednotlivé pojmy související s procesem přijímání klienta do sociální služby a metod využitých během tohoto procesu a následně zjišťovala, zda náleží podobnému jevu. V mém případě za tyto jevy považuji jednotlivé kroky zaznamenané pomocí obsahové analýzy dokumentu.

7.4 Kazuistika

Zájemkyní o službu byla paní N. v druhém stádiu demence. Paní porozumí mluvené řeči, ale na sdělení reaguje opožděně. Během interakce s pracovníky služby se projevuje spíše pasivně, verbální komunikační schopnosti jsou omezené, občas se vyjádří jednoslovně, avšak s okolím komunikuje převážně neverbální komunikací – příkyvováním. Vzhledem k progresivnímu vývoji demence zahájili rodinní příslušníci řízení o omezení právní způsobilosti a k ustanovení opatrovnictví. Během procesu přijímání paní do služby dosud opatrovník ustanoven nebyl.

První kontakt se sociální pracovníci navázali rodinní příslušníci při podávání žádosti. Podanou žádost po té sociální pracovnice projednávala na schůzi poradenské komise.

Zájemkyně v té době byla v nemocnici. Z tohoto důvodu také sociální pracovnice podnikla sociální šetření přímo tam. Před samotným prvním kontaktem se zájemkyní v nemocnici, kontaktovala personál a informovala se o zdravotním stavu a o tom, jakým způsobem personál s paní komunikuje. V tomto případě personál s pacientkou komunikoval jednoduchými větami, zřetelně a nahlas vyslovovanými. Tyto zásady pracovnice dodržovala po celou dobu komunikace. Základní informace o zdravotním stavu, soběstačnosti při úkonech hygieny, vyprazdňování a jídle sociální pracovnice zjistila u personálu.

Pro představení toho, s čím za paní přichází, využila pracovnice fotografií, na nichž bylo vyobrazeno zařízení, vybavení pokoje a ukázky fotografií doprovázela svým popisem toho, co vyobrazují, co k čemu slouží. Pod fotografiemi byli vyobrazeni „smajlíci“ symbolizující souhlas a nesouhlas. Pracovnice komentovala fotografie a paní ukazováním na „smajlíky“ vyjadřovala svůj souhlas nebo nesouhlas.

Pracovnice se při snaze zjistit, jaká očekávání má paní od služby, využila schéma obrázků. Jednotlivé obrázky vyobrazovaly, jaké aktivity zařízení nabízí (např. bohoslužby, aktivizační setkávání, sledování televize na pokoji, procházky na zahradě apod.). Zda má dotázaná zájem nebo ne, vyjadřovala přikyvováním hlavy nebo ukazováním na „smajlíky“ vyjadřující souhlas či nesouhlas, které byly umístěny pod každým obrázkem. U každého z obrázků byl také uveden popis toho, co vyobrazuje a sociální pracovnice jej doplnila svým komentářem. Pracovnice v rozhovoru uvedla, že oslovená zájemkyně byla během tohoto dotazování pasivní a o nabízené aktivity mnoho zájmu nejevila, avšak na nabídku bohoslužeb reagovala pozitivně. Dle toho pracovnice usoudila, že paní má o bohoslužby velký zájem, což se potvrdilo i při rozhovoru s rodinou.

Uzavírání smlouvy se zařízením se účastnila zájemkyně i s dcerou, s jejíž pomocí definovaly to, co má paní ráda – např. dívá se na televizi za pomoci kompenzačních pomůcek (sluchátek), ráda navštěvuje bohoslužby, nemá ráda ryby. Společně opět prošly pomocí obrázků, co služba nabízí. Ohledně soběstačnosti, zajištění hygieny a podávání

stravy využila sociální pracovnice poznatků personálu nemocnice a lékařské zprávy. Pro lepší srozumitelnost předložila klientce zjednodušenou formu smlouvy.

7.5 Výsledky případové studie

Během rozhovoru s pracovnicí jsme společně retrospektivně zaznamenaly jednotlivé kroky, které podnikla během přijímání paní N. Díky rozhovoru jsem tak mohla doplnit strukturu průběhu sociálního šetření, která není ve standardech popsána.

Pro zodpovězení první otázky „Jak byste charakterizovala verbálně nekomunikujícího klienta, kterého jste přijímala?“ uvedla pracovnice, že klientka nebyla schopná sama kontaktovat zařízení, a proto ji kontaktovala rodina. Dále pak uvedla, že paní porozumí mluvené řeči, ale reaguje opožděně. Její komunikační schopnosti jsou omezené, odpovídá jednoslovně, ale převážně reaguje příkyvováním. Pracovnice uvedla, že paní během setkání s pracovnicí byla: „taková hodně pasivní, nejevila o nic moc zájem.“ V poslední fázi rozhovoru, když jsme se bavily o uzavírání smlouvy, pracovnice uvedla, že rodina zahájila řízení o omezení právní způsobilosti a opatrovnictví, a že „zřejmě v tom bude nějak omezená.“

Otázku „Jaké jednotlivé kroky jste v tomto případě procesu přijímání podniku?“ jsem pracovnici položila záměrně, abych dodala rozhovoru jakési schéma, kterého bychom se mohly průběžně držet. Na konec však sama pracovnice celý postup shrnula v jednom odstavci. O tom, z čeho se skládá průběh jednání a uzavírání smlouvy, jsem měla povědomí z výše uvedených Standardů oddělení Domova se zvláštním režimem.

Ve standardech však nebyl popsán průběh sociálního šetření, bylo zde pouze uvedeno, že pověřený pracovník bude zjišťovat individuální potřeby a cíle buďto osobně nebo telefonicky. Proto jsem pracovnici položila následující otázku „Jak probíhalo sociální šetření?“. Pracovnice mi začala popisovat, jak probíhala její návštěva v nemocnici. Nejprve se informovala u zdravotnického personálu ohledně jejího zdravotního stavu a o způsobu komunikace, který s paní personál vede. Zjistila, že se s paní snaží komunikovat zřetelně, nahlas a kladou jí jednoduché věty. S těmito informacemi navštívila pracovnice zájemkyni, seznámila ji se zařízením a snažila se zjistit, co od služby očekává. Pracovnice

si po dobu jednání se zájemkyní vše zaznamenávala a jak pracovnice opakovaně během rozhovoru uváděla, všechny informace si ověřovala u personálu a rodinných příslušníků.

Otázkou „Jaké metody komunikace jste při sociálním šetření využila?“ jsme společně s pracovnicí zabývaly tím, jak vypadají obrázky, které uvádí ve standardech jako pomůcku při komunikaci. Pracovnice uvedla, že nejprve využila fotografie zařízení, jeho vybavení, aby paní ukázala, s čím za ní přichází, a obrázkového dokumentu. Metoda fotografií ve standardech nebyla popsána. Díky rozhovoru jsem tedy zjistila, že pracovnice využívala také fotografie zařízení a jeho vybavení jako seznámení zájemkyně s tím, s čím za ní přichází. Jako doplňující otázku jsem pracovnici položila, zda využila metody psaní vzkazů, jak uvádí standardy. Pracovnice této metody nevyužila.

V návaznosti na upřesnění informace ve standardech, že využívají obrázky jako pomůcku při komunikaci, jsem se pracovnice zeptala „Jak jste využívala obrázky?“ Obrázkový dokument, který mi až během rozhovoru pracovnice dala k dispozici, představoval soubor obrázků vyobrazující nouzové a havarijní situace, podání stížnosti a jednání se zájemcem o službu, dále co služba nabízí při zabezpečení hygieny, stravy a aktivit, které zařízení nabízí (např. sledování TV, procházky, bohoslužby aj.). Pracovnice každý z obrázků komentovala a ptala se paní, zda chce tyto aktivity dělat nebo ne. Paní přikyvovala, čímž vyjadřovala souhlas nebo nesouhlas. Občas se vyjádřila jednoslovně. Avšak vzhledem ke stádiu demence si pracovnice informace ověřovala.

Otázkou „Využila jste i jiné komunikační techniky při uzavírání smlouvy?“ jsem zjistila, že pracovnice použila obrázkový systém pro připomenutí nabízených aktivit a služeb. Uzavírání smlouvy proběhlo dle zpracovaných standardů, pracovnice zájemkyni a její dceru opět seznámila s nabízenými aktivitami služby za pomoci obrázkového dokumentu a za spolupráce s dcerou sestavily jednotlivé cíle a specifika služby. Zde se ukázalo, že nezbytnou součástí jednání byla i dcera zájemkyně, která díky znalosti biografie své matky byla nápomocna při ověřování toho, co má paní ráda, co je jí příjemné.

7.6 Limity případové studie

Limitem mnou realizované případové studie by mohlo být zpracování postupu při přijímání do služby pouze jednoho ze zájemců. Při zpracování více kazuistik bych tak mohla zjistit, že pracovnice při přijímání využívá ještě jiný způsob komunikace, který v tomto případě nevyužila a který není uveden ve standardech.

8 Diskuze

Obsahem jednání sociálního pracovníka by mělo být zjišťování potřeb zájemce a následně sestavení cíle služby. S přihlédnutím ke komunikačním bariérám ze strany verbální komunikace je obtížné sestavit vyčerpávající cíl a službu šitou na míru už na začátku, bez dlouhodobějšího pozorování zájemce, jak uvádí Johnová a Čermáková (2002, s. 40). Z přímého kontaktu pracovnice se zájemkyní hrál důležitou roli jak kontakt se zdravotnickým personálem, který pracovníci předal osobní zkušenosti, tak také spolupráce dcery zájemkyně. V tomto případě je vidět, že pro ušití služby na míru vytvořili všichni zúčastnění dobrý start. Otázkou však zůstává, jak by tomu bylo, kdyby zájemkyně již neměla blízké osoby. V tom případě by byl proces zjišťování potřeb a zájmů mnohem zdoluhavější a stěžejní částí spolupráce by bylo pozorování zájemce v průběhu poskytování služby. I tuto situaci má Domov se zvláštním režimem takto ošetřenou ve svých standardech.

Stejně tak Johnová a Čermáková (2002, s. 40) uvádí, že se sezení se zájemcem může několikrát opakovat pro lepší posouzení klientových potřeb. V tomto případě se pracovnice se zájemkyní setkala dvakrát – v nemocnici a při podepisování smlouvy. Kladu si však otázku, zda lze při tak krátkém procesu přijímání zjistit, jaké má zájemkyně záliby, jaké má potřeby kromě uspokojování základních potřeb a vůbec vidět ji komplexně z holistického pohledu. Pracovnice spolu s paní mimo jiné vybrala sledování TV a návštěvu bohoslužeb. Avšak dlouhodobá práce se zájemcem by vyžadovala odpovídající prostředí, individuální přístup práce s klientem a zabezpečení všech složek po celou její dobu. Což znamená, že potřeba zajistit osobu blízkou co nejdříve, si klade nároky na rychlejší postup přijímání a k tomu také zvolit vhodnou a účinnou metodu komunikace je obtížnější než při dlouhodobé práci s klientem v každodenní interakci.

Vzhledem k využití metody obrázků představující havarijní situace nebo nabízenou aktivitu vyobrazením TV v zařízení pokoje, by se mohlo jevit jako obtížné pro pochopení sdělení, které zájemce tímto způsobem komunikace přijímá. Zejména proto, že Pidrman (2007, s. 9) uvádí, že syndrom demence je doprovázen mimo jiné narušením abstraktního myšlení. Na základě toho usuzuji, že v pokročilejším stádiu demence je pro zájemce obtížné význam obrázku pochopit. Avšak doprovodný komentář sociální pracovnice může pomoci k ujasnění toho, co obrázek znázorňuje. Nepochybně také spolupráce s rodinnými

příslušníky nebo blízkými osobami se jeví jako velký přínos při práci se zájemcem, jak tomu bylo i v případě paní N.

V tomto případě, kdy je zájemkyně ve verbální komunikaci omezená a její tvrzení vyžaduje verifikaci personálu či rodinných příslušníků, se mi jeví vhodnou metodou tzv. „life-story work“, kterou popisují Bell, Troxel (2001, podle Ray, Bernard, Phillips, 2009, s. 72). Tato metody spočívá v sepsání historie člověka s demencí, s tím, co člověk rád dělal, čím se zabýval, kde pracoval, co rád jedl, jaké měl návyky apod. Bylo by jistě přínosem jak pro pracovníka samotného, který by mohl vypracovat službu opravdu „šitou na míru“ klientovi, tak i zároveň pro klienta, pro něhož by se stala služba smysluplnější, kdyby rodinní příslušníci nebo osoby blízké sebou přinesli takto předem zpracovaný záznam.

Závěr

V teoretické části práce jsem se věnovala podchycení problematiky jak na poli medicíny, psychologie, tak také ukotvení v sociální práci, která se zabývá samotným procesem přijímání klienta do služby a normativně jej vymezuje standardy kvality. V neposlední řadě jsem využila poznatků zejména speciální pedagogiky při snaze podat základní přehled alternativních a augmentativních komunikačních systémů. Taktéž jsem představila zařízení služeb Diakonie ČCE – Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí.

Realizací výzkumné části pak měla být zodpovězena otázka vyčtená již v úvodu, tj. probíhá proces přijímání verbálně nekomunikujícího klienta a jaké metody komunikace během tohoto procesu sociální pracovnice využívá. Pro zrealizování jsem si vybrala oddělení Domova se zvláštním režimem, kde sociální pracovnice, která jedná se zájemci o službu a přijímá je do služby, vybrala případ jedné klientky. Na tomto případě jsem prostřednictvím rozhovoru zaznamenala jednotlivé kroky, které podnikla a zabývala se metodami komunikace, jichž využila.

Před samotným rozhovorem jsem měla k dispozici studium standardů kvality oddělení Domova se zvláštním režimem, kde byly jednotlivé kroky zaznamenány. Tyto standardy postrádaly průběh sociálního šetření sociálního šetření. Standardy sice uváděly dvě metody komunikace se zájemci s obtížemi v komunikaci, ale více je nerozváděly. Proto jsem se rozhodla o vedení polostrukturovaného rozhovoru se sociální pracovnící. V rozhovoru jsem se držela popsané struktury jednání se zájemcem o službu a uzavírání smlouvy s klientem dle Standardů kvality oddělení domova se zvláštním režimem. Zvláště jsem se zaměřila na průběh sociálního šetření a použité metody komunikace. Pracovnice demonstrovala na vybrané kazuistice využití obrázkového dokumentu, který byl ve standardech označen jako obrázky, a dále využila fotografií zařízení a jeho vybavení, což ve standardech uvedeno nebylo. Díky rozhovoru jsem také měla možnost nahlédnout do obrázkového dokumentu a zapracovat jej do zkoumaných dokumentů. Ukázalo se, že důležitou roli sehrála také přítomnost dcery, která asistovala při dojednávání cíle služby a specifik poskytované služby. Podrobnější výsledky obou typů výzkumu, jak analýzy dokumentů, tak také případové studie, jsem uvedla ve výsledcích dané metody. V diskuzi jsem se pak pozastavovala nad některými aspekty procesu přijímání vybrané případové studie a srovnávala je s poznatky uvedenými v teoretické části.

Myslím si, že získané poznatky lze využít jako odrazový můstek pro další praxi procesu přijímání takto postihnutého klienta na oddělení Domova se zvláštním režimem Diakonie ČCE – Hospice Citadela. Zamyslela bych se nad využívanými metodami komunikace, konkrétně obrázkovou metodou, u níž bych přehodnotila její efektivitu vzhledem ke kognitivním schopnostem cílové skupiny a případně se zaměřila na propracování jejich aplikování v praxi.

Bibliografický seznam

Bednář, M. (2011). *Manuál zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Olomouc: CARITAS – Vyšší odborná škola Olomouc.

Buijssen, H. (2006). *Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál.

Cummings, J. L.; Jarvik, L. (1990). Dementia. In Cassel, K.; Riesenber, D. E.; Sorensen, L. B.; Walsh, J. R. (eds.), *Geriatric Medicine (428 – 448)*. New York: Springer-Verlag.

Deverová, L.; Petrová, P.; Veškrnová, B.; Dolejská, B. (2008). Jednání se zájemcem o sociální službu a smlouva o poskytování služby. In kol. autorů, *Standardy kvality sociálních služeb. Výkladový slovník (56 - 75)*. Praha: MPSV.

Jiráček, R. (2009a). Úvod. In Jiráček, R.; Holmerová, I.; Brozová, C. a kol. (Eds.), *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing.

Jiráček, R. (2009b). Demence. In Fišar, Z.; Jiráček, R.; Bob, P.; Papežová, H., *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie (297 – 337)*. Praha: Grada Publishing.

Johnová, M.; Čermáková, K. (2002). *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele*. Praha: MPSV.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.

Housarová, B. (2011). *Alternativní a augmentativní komunikace*. Liberec: Technická univerzita v Liberci.

Hrdá, J. (2007). *Standardy v sociální péči*. Hradec Králové: Gaudeamus.

Klenková, J. (2006). *Logopedie*. Praha: Grada Publishing.

Klevetová, D. (2008). Účelná komunikace zdravotní sestry se starší osobou. In Klevetová, D.; Dlabalová, I., *Motivační prvky při práci se seniory (93 – 123)*. Praha: Grada Publishing.

Laudová, L. (2007). Augmentativní a alternativní komunikace. In Škodová, E.; Jedlička, I. a kol., *Klinická logopedie (565 – 581)*. Praha: Portál.

Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing.

Mezinárodní klasifikace nemocí 10 (2013): Poruchy duševní a poruchy chování [on-line]. Dostupné 19. 2. 2013 z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>

Minibergerová, L. (2006). Komunikace s demenčním pacientem. In Dušek, J.; Minibergerová, L. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory* (53 – 58). Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2006). *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách*. Praha: MPSV.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Musil, L. (2004). Standardy kvality a sociální práce v sociálních službách. *Sociální práce/Sociální práce, č. 1, s. 53 – 74*.

Musil, L. (2007). Záleží na sociálních pracovnících, zda žadatelům nabídnou služby napomáhající ke zlepšení života. *Sociální práce/Sociální práce, č. 1, s. 45 - 49*.

Pidrman, V. (2007). *Demence*. Praha: Grada Publishing.

Pörtner M. (2005). Úvod. In Prouty, G.; Werde, D.; Pörtner M., *Preterapie* (17 – 19). Praha: Portál.

Prouty, G.; Werde, D.; Pörtner M. (2005). *Preterapie*. Praha: Portál.

Rahn, E.; Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie*. Praha: Grada Publishing.

Ray, M.; Bernard, M.; Phillips, J. (2009). *Critical Issues in Social Work with Older People*. New York: Palgrave Macmillan.

Rusina, R. (2010). Terapeutické a preventivní aspekty demencí – na čem opravdu záleží. *Interní medicína, č. 11, s. 545 – 547*.

Standardy kvality pro oddělení Domova se zvláštním režimem (2010). Valašské Meziříčí: Hospic Citadela.

Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Venglářová, M.; Mahrová G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing.

Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing.

Vyhláška 505/2006 Sb., v platném znění ke dni 27. 2. 2013.

Vymazalová, E. (2012). Alternativní a augmentativní komunikace. In Regec, V.; Stejskalová, K., *Komunikace a lidé se specifickými potřebami (188 - 204)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

www.citadela.cz

Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění ke dni 14. 3. 2006.

Zvolský, P. (2001). Demence. *Interní medicína*, č. 11, s. 15 – 19.

Zgola, J. M. (2003). *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing.

[Obrázkový dokument]. Valašské Meziříčí: Hospic Citadela.