



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Specifické formy komunikace zaměstnanců s uživateli služeb v domově pro seniory

Bakalářská práce

Studijní program: B7508 – Sociální práce

Studijní obor: 7502R024 – Sociální práce a penitenciární péče

Autor práce: **Lucie Honzíková Kotlánová**

Vedoucí práce: Mgr. Hana Joklíková, Ph.D.



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Honzíková Kotlánová**
Osobní číslo: **P12000496**
Studijní program: **B7508 Sociální práce**
Studijní obor: **Sociální práce a penitenciární péče**
Název tématu: **Specifické formy komunikace zaměstnanců s uživateli služeb
v domově pro seniory**
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Analyzovat vědomosti, praktické dovednosti a reálné využívání běžných i specifických forem komunikace pracovníků v přímé péči směrem k uživatelům služeb v domově pro seniory.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava výzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

BUIJSSEN, H., 2006. Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele.

Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-X

FRIEDLOVÁ, K., 2007. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. 1.

vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4

JANOVCOVÁ, Z., 2010. Alternativní a augmentativní komunikace. 2. vydání.

Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5186-7

JANOUSEK, J., 2007. Verbální komunikace a lidská psychika. Praha: Grada.

ISBN 978-80-247-1594-0

KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2009. Psychologie komunikace pro

zdravotnické asistenty 4. ročník. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2831-5

KOBĚRSKÁ, P., a kol., 2003. Společnou cestou. Jak mohou pečovatelé

komunikovat s lidmi trpícími demencí. Praha: Portál. ISBN 80-7178-981-X

PEASE, A., 2008. Řeč těla: jak porozumět druhým z jejich gest, mimiky

a postojů těla. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-449-6

POKORNÁ, A., 2008. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. Brno:

Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN

978-80-7013-466-5.

PROUTY, G., WERDE, D., PÖRTNER, M., 2005. Preterapie. Praha: Portál.

ISBN 80-7013-440-2

VÁGNEROVÁ, M., 2008. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha:

Portál. ISBN 978-80-7367-414-4

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Hana Joklíková

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **23. dubna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. dubna 2015**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.

děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.

vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2014

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

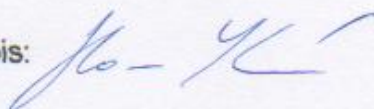
Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 24. 6. 2016

Podpis:



Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Mgr. Haně Joklíkové Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, podněty a připomínky, které mi poskytla během psaní této bakalářské práce. Děkuji respondentům za jejich ochotu spolupracovat při realizaci průzkumu. V neposlední řadě děkuji mému manželovi Stanislavovi za to, že byl vždy ochotný přečíst si mou práci a diskutovat o ní. Cennou službu mi poskytli i sociální pracovníci v zařízeních, kde proběhl průzkum formou dotazníku a rozhovoru. Také jim patří poděkování za vstřícnost.

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na specifické a běžné formy komunikace zaměstnanců s uživateli služeb v domovech pro seniory. Práce je členěna na teoretickou a empirickou část.

V teoretické části práce jsou, v pěti kapitolách postupně vymezeny pojmy komunikace, intrapersonální, interpersonální, verbální a neverbální formy komunikace. Dále je popsána problematika stáří a demence. Následně se zabývá otázkou komunikace se seniory postiženými smyslovými, tělesným a mentálními poruchami a také alternativní a augmentativní komunikací. Důležitý oddíl teoretické části je věnován vymezení pojmu specifická komunikace a s tímto souvisejícím metodám a přístupům. Pamatováno je i na popis pracovní kategorie: pracovník v sociálních službách a aktivizační pracovník.

Empirická část zahrnuje kvantitativní výzkum, který byl realizován v domovech pro seniory v regionu České Lípy a Nového Boru. Průzkum byl uskutečněn metodou dotazníku a rozhovoru. Výstupem průzkumu je popis vědomostí, praktických dovedností a reálného využívání běžných i specifických forem komunikace pracovníků v přímé péči směrem k uživatelům služeb v domově pro seniory.

Klíčová slova: komunikace, stáří, specifické formy komunikace se seniory, rezidenční zařízení pro seniory.

Annotation

The Bachelor thesis has been oriented on specific and common forms of communication between employees and users of services in homes for seniors. The thesis is divided into a theoretical and an empirical part.

The theoretical part of the thesis includes five chapters successively defining the terms of communication, intrapersonal, interpersonal, verbal and non-verbal forms of communication. Further the problems of aging and dementia are described. Then it is focused on the communication with seniors afflicted by sensorial, physical and mental disorders as well as on the alternative and augmentative communication. An important item of the theoretical part is oriented on the definition of the term of the specific communication and on the related methods and approaches. It is also remembered the description of the working category: the social service worker and the activation worker.

The empirical part includes a quantitative research having been implemented in the Homes for seniors in the Česká Lípa and Nový Bor regions. The research was based on the questionnaire and interview method. The output of the research has been a description of knowledges, practical skills and real exploitation of both common and specific forms of communication of the direct care workers with service users in homes for seniors.

Key words: communication, old age, specific forms of communication with seniors, residential facilities for seniors.

Obsah

Seznam grafů.....	9
Seznam použitých zkratk a symbolů.....	10
Úvod	11
Teoretická část.....	12
1 Komunikace.....	13
1.1 Formy komunikace	14
1.1.1 Intrapersonální komunikace	15
1.1.2 Interpersonální komunikace	15
1.1.3 Verbální komunikace.....	16
1.1.4 Neverbální komunikace	17
2 Stáří.....	19
2.1 Periodizace období stáří	20
2.2 Stárnutí	21
2.3 Změny podmíněné stárnutím.....	21
2.3.1 Tělesné změny.....	22
2.3.2 Psychické změny ve stáří	23
2.3.3 Emoční změny ve stáří.....	25
2.3.4 Demence ve stáří	25
3 Komunikace se seniory.....	27
3.1 Faktory ovlivňující komunikaci se seniory	27
3.2 Bariéry v komunikaci se seniory	28
3.3 Augmentativní a alternativní systém komunikace.....	29
3.4 Komunikace se seniory se sluchovým postižením.....	30
3.5 Komunikace se seniory se zrakovým postižením	32
3.6 Komunikace se seniory s tělesným znevýhodněním.....	33
3.7 Komunikace se seniory trpícími demencí	34
4 Specifické formy komunikace a jejich význam v procesu podpory seniorů.....	36

4.1	Bazální stimulace.....	36
4.2	Validace.....	39
4.3	Preterapie.....	41
4.4	Videotrénink interakcí.....	43
5	Rezidenční zařízení pro seniory	44
5.1	Zaměstnanci v přímé péči v domově pro seniory	44
5.1.1	Pracovník v sociálních službách.....	45
5.1.2	Aktivizační pracovník.....	46
	Empirická část	47
6	Charakteristika výzkumu	48
6.1	Cíl výzkumu	48
6.2	Hypotézy bakalářské práce.....	48
6.3	Stanovené výzkumné otázky	49
6.4	Metody a techniky výzkumu	49
6.5	Popis zkoumaného vzorku.....	50
7	Výsledky dotazníkového průzkumu a rozhovoru.....	53
7.1	Analýza a interpretace dat získaných prostřednictvím dotazníku.....	53
7.2	Analýza a interpretace dat získaných prostřednictvím rozhovoru	58
7.3	Vyhodnocení hypotéz.....	69
7.4	Shrnutí výsledků a vyhodnocení výzkumných otázek	74
8	Diskuse.....	77
9	Doporučení pro praxi.....	81
	Závěr	83
	Seznam použitých zdrojů	85
	Seznam příloh	89

Seznam grafů

<i>Graf č. 1: Pohlaví respondentů</i>	50
<i>Graf č. 2: Věk respondentů</i>	51
<i>Graf č. 3: Vzdělání respondentů</i>	52
<i>Graf č. 4: Počet let praxe</i>	52
<i>Graf č. 5: Vymezení termínu verbální komunikace</i>	53
<i>Graf č. 6: Znalost projevů emocí v mimice člověka</i>	53
<i>Graf č. 7: Používané zásady komunikace se seniory s demencí</i>	54
<i>Graf č. 8: Používání netechnických pomůcek AAK v praxi</i>	55
<i>Graf č. 9: Používání videotréninku interakcí v praxi</i>	55
<i>Graf č. 10: Využívání bazální stimulace v praxi</i>	56
<i>Graf č. 11: Absolvované kurzy k rozvoji komunikačních znalostí a dovedností</i>	57
<i>Graf č. 12: Znalost pojmu preterapie</i>	58
<i>Graf č. 13: Znalost pojmu Validace</i>	58
<i>Graf č. 14: Znalost pojmu bazální stimulace</i>	59
<i>Graf č. 15: Znalost pojmu augmentativní komunikace</i>	60
<i>Graf č. 16: Znalost neverbálního projevu postoje člověka</i>	61
<i>Graf č. 17: Techniky preterapie využívané v praxi</i>	61
<i>Graf č. 18: Techniky validace využívané v praxi</i>	62
<i>Graf č. 19: Nejčastější komunikační bariéry při komunikaci se seniory</i>	63
<i>Graf č. 20: Znalost zásady komunikace se seniorem s tělesným postižením</i>	64
<i>Graf č. 21: Doplnující otázka k položce č. 17</i>	65
<i>Graf č. 22: Znalost zásady komunikace se sluchově postiženými seniory</i>	65
<i>Graf č. 23: Doplnující otázka k položce č. 18</i>	66
<i>Graf č. 24: Prostředky komunikace používané u seniorů se sluchovým postižením</i>	66
<i>Graf č. 25: Používání totální komunikace v praxi</i>	67
<i>Graf č. 26: Organizování aktivizačních programů na podporu komunikace</i>	67
<i>Graf č. 27: Druhy aktivizačních programů na podporu komunikace</i>	68
<i>Graf č. 28: Teoretická připravenost pracovníků na používání specifických forem komunikace v souvislosti se vzděláním</i>	69
<i>Graf č. 29: Praktická připravenost pracovníků na používání specifických forem komunikace v souvislosti se vzděláním</i>	70
<i>Graf č. 30: Teoretická připravenost pracovníků na využívání specifických forem komunikace v návaznosti na absolvování specializovaných kurzů</i>	71
<i>Graf č. 31: Praktická připravenost pracovníků na využívání specifických forem komunikace v návaznosti na absolvování specializovaných kurzů</i>	72
<i>Graf č. 32: Využívání specifických forem komunikace v praxi</i>	73

Seznam použitých zkratk a symbolů

aj.	a jiní
AAK	augmentativní a alternativní komunikace
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
BS	bazální stimulace
CNS	centrální mozková soustava
č.	číslo
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
PSS	pracovníci v sociálních službách
SPIN	Stichting Promotie Intensieve Thuisbehandeling Nederland , Nadace na podporu intenzivní pomoci v domácím prostředí
Sb.	sbírky
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaný
tab.	tabulka
USA	United States of America, Spojené státy americké
VTI	videotrénink interakcí

Úvod

Komunikace je jednou ze základních potřeb našeho života. Umožňuje nám sdílet své zážitky a porozumět sobě i ostatním lidem. Své pocity a potřeby vyjadřujeme každý den, tím co děláme, říkáme a sdělujeme svým tělem. Stačí jen umět, chtít a moci komunikovat. Kvalita a způsob komunikace se v průběhu celého života mění. V souvislosti s vývojovými etapami člověka má svá specifika, která jsou ovlivněna mnoha biopsychosociálními faktory.

V domovech pro seniory se setkáme s obyvateli, kteří se o sebe, vlivem nepříznivého zdravotního nebo duševního stavu, nemohou postarat. Jejich kvalita života je ohrožená sníženou možností seberealizace a interakce s okolím. Následkem těchto okolností může vzniknout sociální deprivace a ztráta motivace k životu. Významnou oporou pro tyto seniory je pečující personál, na jehož vzdělání jsou kladeny čím dál větší nároky. V rámci ošetrovatelské profese je to právě komunikace, která vyžaduje zcela zvláštní dovednosti s terapeutickým účinkem. Při každodenní interakci jde především o podporu sebeúcty, pocitu jistoty, bezpečí a pozitivního přijímání seniora. Zejména komunikace se seniory trpícími demencí není lehká, vyžaduje si nejen trpělivost, ale i dostatečné profesionální kompetence a kvalitní přípravu.

Téma bakalářské práce jsme zvolili, protože při koordinaci dobrovolnické služby připravujeme dobrovolníky do domovů pro seniory a víme, jaké úskalí na ně při navázání dobrého vztahu s uživateli čeká. Do naší snahy o kvalitní přípravu dobrovolníků v komunikaci se seniory, jsme se snažili zapojit pracovníky v přímé péči. Setkali jsme se však převážně s laickým přístupem. Proto si myslíme, že je důležité zjistit skutečný stav znalostí a dovedností pracovníků v přímé péči o seniory v oblasti komunikace a vyvodit na základě těchto poznatků řešení dané situace.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Prvních pět kapitol teoretické části je vypracováno na základě studia odborné literatury. Jsou zde postupně vymezeny pojmy komunikace, stáří, specifické formy komunikace se seniory, pracovník v sociálních službách a aktivizační pracovník.

Empirická část si klade za cíl analyzovat vědomosti, praktické dovednosti a reálné využívání běžných a specifických forem komunikace pracovníků v přímé péči směrem k uživatelům služeb v domově pro seniory v oblasti Nového Boru a České Lípy.

Teoretická část

1 Komunikace

Bakalářská práce se zaměřuje na specifické formy komunikace zaměstnanců s uživateli služeb v domovech pro seniory. Dříve než přistoupíme ke zkoumání a popisu specifík komunikace se seniory, považujeme za důležité věnovat se základnímu teoretickému vymezení problematiky komunikace, lze ji považovat za nosné téma prolínající se do mnoha společenských disciplín.

Pod pojmem komunikace si můžeme představit dopravní síť. Kromě tohoto významu však výraz komunikace znamená také „dorozumívání“, které nám umožňuje sblížovat se okolním světem a vytvářet si tak širokou síť mezilidských vztahů. Slovo komunikace pochází z latiny, *communicatio* znamenalo původně „vespolné účastnění“ a *communicare* „činit něco společným, společně něco sdílet“ (Vybíral 2009, s. 25). Tento prvotní význam se však stále vyvíjí a komunikovat dnes znamená něco si navzájem sdělovat, s někým se z něčeho společně radovat, druhému něco předávat, doručovat, propůjčovat, dávat a přijímat tj. navzájem se sdílet (Křivohlavý 1988, s. 20).

Existuje nespočetné množství definic komunikace, jejich podoba vychází z oborů, jež se komunikací zabývají. Zkoumají jí vědci, jako jsou sociologové, psychologové, neurofyziologové, psychiatři, jazykovědci v rámci psycholingvistiky a sociolingvistiky a jiní.

Například definice vycházející ze sociální psychologie uvádí:

„Komunikace je specifickou formou spojení mezi lidmi, a to prostřednictvím významů. Souvisí s jinými formami spojení mezi lidmi, jako jsou společná činnost, kooperace, vzájemné působení, interakce a společenské vztahy“ (Janoušek in Výrost, 1997, s. 130). Přičemž význam je dle Janouška „vše o čem lidé mezi sebou komunikují“.

Odborník na lidskou komunikaci C. Cherry (in Nakonečný, 2009, s. 157) považuje komunikaci za sociální záležitost a píše, že „specifickými formami lidské komunikace je mluvená a psaná řeč (jazyk), komunikace činí lidský a sociální život praktickým, tvoří systém znaků a pravidel operování s nimi, znamená organizaci, má sociální funkci“. Znaky jsou nositeli informace, které si jedinec obstarává sám z určitého zdroje nebo je předávána jednou osobou druhé osobě, buď jako jednostranné sdělování, nebo vzájemnou výměnou informací.

Komunikace je nevyhnutelná, nevratná a neopakovatelná. Dochází k ní i tehdy, když si člověk komunikovat nepřeje. Neznamená to však, že veškeré chování je komunikace.

Aby princip nevyhnutelnosti fungoval, musí být účastníci komunikace v situaci, kdy mohou reagovat jeden na druhého a chování jednoho musí druhý vnímat (DeVito 2001, s. 33).

Základním předpokladem v mezilidské komunikaci je kontakt nejméně dvou lidí. Jedna účastnická strana (komunikátor) nějaké sdělení (komuniké) vysílá, druhá strana (komunikant) sdělení přijímá (Plaňava 2005, s. 14). Cesta (komunikační kanál) po níž je sdělení vysláno může mít podobu verbální (rozhovor, dopis apod.) či neverbální (zrakový kanál). Jedním z výchozích předpokladů komunikace je, že příjemce je schopen a ochoten prostřednictvím svých smyslů porozumět významu sdělení. Pomáhá mu přitom znalost kódovacího systému, poznatková a zkušenostní základna, která je například závislá na kultuře, v níž jedinec žije. Důležitou činností komunikátora je kódování, převedení myšlenky do řeči (kódu), které druhý rozumí. Opačným procesem je dekódování, překlad řeči druhého do myšlenek. Mnohdy jde o proces mimovolní a neuvědomělý, přijetí obsahu není zárukou objektivitu.

Nejčastěji používaným znakovým systémem (kódem) je jazyk. Dalšími prostředky jsou například piktogramy, znakový jazyk apod. Smysl, význam, zřetelnost komunikace i zvolené formy ovlivňuje komunikační prostředí, s nímž úzce souvisí komunikační kontext, ten je pro oblast mezilidských vztahů klíčový. Vybíral (2009, s. 37) chápe kontext jako aktuální rámec, vědomý či nevědomý, uspořádaný nebo nepřehledný, ve kterém se naše komunikace uskutečňuje a v němž je důležité: s kým, kde, kdy, o čem, jak a proč, s jakým cílem a s jakým účinkem komunikujeme. Jeho součástí je řada vzájemně se prolínajících i doplňujících souvislostí jako jsou například čas, prostor a také vztahy účastníků.

Překážky, které zkreslují nebo brání plynulému komunikačnímu procesu, jsou šumy. „Šum může mít povahu fyzickou (přítomní hlasitě mluví) psychologickou (např. nesoustředěnost), fyziologickou (vady smyslového vnímání) nebo sémantickou (nepochopení významu slov)“ jak uvádí (DeVito 200, s. 27). Komunikace je dvousměrný proces, v němž se role sdělovacího a příjemce mění. Probíhá ve dvou rovinách, v rovině obsahové („CO“ říkám) a v rovině vztahové („JAK“ to říkám).

1.1 Formy komunikace

V odborné literatuře mnozí autoři dělí komunikaci na verbální, metalingvistické nebo paralingvistické znaky a neverbální, která může být záměrná nebo nezáměrná, vědomá a nevědomá. Tato obecná klasifikace poukazuje na způsob předávání významů mezi

komunikujícími. Komunikaci je možné dále členit dle interakčních vztahů mezi účastníky komunikace na intrapersonální (intrapyschická), interpersonální, skupinovou a masovou.

V následujících podkapitolách této bakalářské práce se budeme věnovat především formám komunikace, které umožňují efektivní navázání vztahu a spolupráce pracovníka v přímé obslužné péči se seniorem. Domníváme se, že v péči o seniory je důležité pochopit zákonitosti intrapersonální, interpersonální, verbální a neverbální komunikace.

1.1.1 Intrapersonální komunikace

Podstatnou součástí vývoje lidské osobnosti je intrapersonální komunikace. Schopnost rozmlouvat sám se sebou vzniká již v dětství a má přímý vztah k utváření osobnosti v procesu socializace. „Intrapersonální komunikace je způsob komunikace, kterou člověk vede sám se sebou. Především díky této formě komunikace si člověk vytváří názor sám o sobě, sám se hodnotí a soudí“ (DeVito, 2011, s. 15).

Janoušek (2007, s. 61) ve své práci píše o intrapersonálním dialogu, jako záměrné a uvědomované řeči se sebou samým. Ta může probíhat nahlas nebo potichu, také může být uvědomována až dodatečně, například při afektivních reakcích. Intrapersonální komunikace může probíhat i nezáměrně, např. komunikace se sebou samým ve snu, ve stavech různě omezené bdělosti. Další formou vnitřní řeči je egocentrická řeč, hlasitý monolog, ve kterém člověk mluví pouze na sebe a nemá zájem působit na druhého. Egocentrická řeč je vlastní především dětem a je považována za vývojový přechod od otevřené ke skryté formě intrapersonální komunikace (Janoušek 2007, s. 77).

1.1.2 Interpersonální komunikace

Interpersonální komunikace je komunikace mezi dvěma nebo více osobami, s nimiž má člověk určitý druh vztahu. Tato forma komunikace bývá také často označována jako komunikace mezilidská a jde tedy o výměnu informací mezi lidmi, která může probíhat formou osobního kontaktu, prostřednictvím elektronických médií, nebo tradičním dopisem. Umožňuje nám vytvořit si, udržovat, ukončit někdy napravit nebo pokazit osobní, pracovní nebo společenské vztahy. Základním projevem interpersonálního sdělování je konverzace. Ta má pět fází: úvod, předběžnou informaci, vlastní záležitost, zpětnou vazbu a závěr. (DeVito 200, s. 161).

1.1.3 Verbální komunikace

Verbální komunikace je výměna a sdělování informací formou fonetických nebo grafických znaků. Realizuje se prostřednictvím jazyka, řeči, slov. Je ovlivněna mnoha faktory, mezi něž patří vrozené mentální předpoklady k užívání jazyka, kultura, vzdělání, výchova aj.

„Slovní komunikací rozumíme výběr, kombinování a produkci jazykových znaků (psaní projevu, rozmyšlení řeči, artikulaci, řečovou strategii a „diplomacii“, volbou stylu), proces vzájemného sdělování, percepce (vnímání) a recepci (příjem)“ (Vybíral 2009, s. 106). Základními komponentami řeči jsou slova, která slučováním, skloňováním a časováním vytváří věty. „Slova jsou symboly objektů, jejich tříd, vlastností i vztahů mezi nimi, a jako taková umožňují diferencované označování a dorozumění se“ Nakonečný (1999, s. 163).

Pro pomáhajícího pracovníka je důležité brát v úvahu denotativní a konotativní význam slov. Pochopení tohoto obsahu nám umožní porozumět tomu, co nám klient sděluje. Pojem denotace se vztahuje k objektivnímu významu nějakého slova, na kterém se společnost hovořící společným jazykem dohodla. Konotace se vztahuje k emocionálnímu významu, který lidé připisují určitému slovu. V oblasti konotace nevíme, jaký význam přikládá slovům náš partner a jaké asociace si k nim vybavuje.

Další jednotkou slovní komunikace je promluva. Delší promluvy mohou mít formu monologu, při němž mluvčí během sdělování informací neočekává od příjemce přímou odezvu. Monolog může snadno přejít v dialog. Účastníci dialogu se snaží o odhalení smyslu sdělení na dané téma, o rozvinutí a obohacení informace. Rozhovor je rozmluva dvou nebo více lidí na jedno nebo více témat. Role mluvčího a naslouchajícího se při této formě komunikace často střídá. Křivohlavý (1988, s. 146) uvádí jako další podoby rozhovoru například konverzaci, interview, debatu, diskuzi, rozpravu atd. Konverzace je nezávazný rozhovor, přispívá k udržování kontaktů s lidmi. Kvalitní rozhovor nemohou komunikující vést bez aktivního naslouchání, zpětné vazby a vhodně kladených otázek partnerovi.

Naše promluvy mohou být buď egocentrické, nebo zaměřené na druhé lidi (sociocentrické). Egocentrická řeč v dospělosti je přednostně vztažena k vlastním duševním strukturám, charakterizuje jí snaha říct, přesně to co chci. Sociocentrická řeč se orientuje na mentální struktury příjemce, na sdělení toho co potřebuje druhý slyšet a takovým způsobem aby tomu druhý rozuměl (Vybíral 2009, s. 109).

Podstatnou stránkou verbální řeči je její paralingvistická část projevu. Poskytuje nám důležité informace o citovém rozpoložení, mentálním stavu a postojích partnera v komunikaci. Paralingvistickými prvky jsou například: intenzita hlasového projevu; výška a zabarvení hlasu; intonace, modulace hlasu; plynulost, frázování; správnost výslovnosti.

1.1.4 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je komunikace beze slov. Probíhá prostřednictvím mnoha oblastí lidských projevů a produktů, mezi něž patří také způsob oblékání, způsob zacházení s prostorem. Komunikace beze slov se odehrává převážně na nevědomé úrovni, to znamená, že její projevy při komunikaci nebývají kontrolovány tak intenzivně jako řeč. Odborníci se shodují, že neverbální složky sdělení jsou považovány za pravdivé a významnější než obsah informace vyjádřený slovně.

„Neverbální komunikaci využívá člověk k tomu, aby: podpořil řeč (reguloval její tempo, podtrhl a zdůraznil vyslovené); nahradil řeč (ilustroval, symbolizoval); vyjádřil emoci, resp. zvládl prožitek emoce (aby se znovu dostal do emoční „rovnováhy“, adaptoval se); vyjádřil interpersonální postoj (např. pochybování, naléhavost při přesvědčování); uskutečnil sebevyjádření (sebeprezentaci) – představil se“ (Vybíral 2009, s. 90).

Naše tělo komunikuje prostřednictvím gest, mimiky obličeje a pohybů celého těla. Tyto tělesné projevy a projevy chování je třeba vnímat jako celek. „Obvykle nestačí jen posuzovat komplex gest a sledovat soulad mezi slovy a gesty. Je třeba brát v potaz i situaci, v níž se objevují“ (Pease 2001, s. 15). Rozpory mezi verbálním a neverbálním projevem, jsou vnímány negativně, neboť mohou poukazovat na lež nebo nepoctivé úmysly.

Řeč těla nejčastěji tvoří tyto složky:

Vizika – nebo také řeč očí a našich pohledů. To jak porozumíme, signálům sděleným očima závisí nejen na délce a směru, ale také na charakteru pohledu. Při očním kontaktu hrají dále roli aspekty, jako jsou: velikost zornice, úhel pohledu, sled a četnost pohledů, tvar očí (víček, obočí, vrásky kolem očí), mrkání atd. Pohledem lze sdělovat celou škálu významů, vybízí např. ke komunikaci, poskytují zpětnou vazbu a prozrazují pozornost komunikujících.

Mimika – schopnost jedince komunikovat prostřednictvím svalů tváře. Sděluje především emoce a je vázána na tzv. mimické zóny v obličeji. V oblasti čela a obočí

vyjadřujeme například překvapení, z okruhu očí a víček lze identifikovat strach a smutek a v dolní části obličeje rozeznáváme štěstí. Podle De Vita (2001, s. 128) lidský obličej dokáže vyjádřit nejméně osm emocí – štěstí, překvapení, strach, hněv, smutek, odpor, opovržení, zájem, úžas, rozhodnost. Specifickým případem jsou hypomimické stavy spojené s poškozením CNS, kterými trpí například senioři při Parkinsonově chorobě.

Gestika – je nazývána také pantomimika, je vyjádřena pohyby rukou, hlavy a také nohou. Gesta mají sílu názorně dotvářet anebo zastupovat slovní projevy, poukazují na emoční stavy jedinců. Peace (2001, s. 16) k tomuto tématu dodává, že s přibývajícím věkem a zkušenostmi lidská gesta ztrácejí na rychlosti a výraznosti a stávají se tak méně čitelná.

Haptika – dorozumívání doteky a podáváním rukou. Existuje široké spektrum doteků mající různý význam (formální, přátelský, intimní) a charakter. De Vito (2001, s. 141). Uvádí pět hlavních významů haptiky, a to doteku vyjadřující pozitivní emoce, dále hravost ve významu náklonnosti nebo agresivity, rituální dotyk jako například podání rukou, objetí, atd. funkční dotyk, který provádíme za účelem určitého úkonu, např. pomáháme-li někomu vystoupit z auta a v neposlední řadě může dotyk usměrňovat postoje nebo pocity druhého.

Chronemika – je charakterizována způsobem, jakým vyjadřujeme, užíváme a strukturujeme čas.

Proxemika – prostorová vzdálenost mezi komunikujícími osobami a to vertikálním i horizontálním směru. Odborníci člení prostorovou blízkost na zóny podle přiblížení se k tělu jiné osoby. Intimní zóna je v rozmezí do 45 cm, za tuto hranici jedinec pustí pouze velmi blízké osoby. Osobní zóna je od 45 cm do 120 cm, tuto vzdálenost mezi sebou udržují lidé, kteří se znají. Společenskou zónu od 120 cm do 3,7 m lidé využívají ke společenské komunikaci. Veřejnou zónu od 3,7 m využívá například jedinec, který se obrací k větší skupině lidí.

Teritorialita – úzce souvisí s proxemikou. „Teritorium je místo nebo prostor, který člověk považuje za své vlastní území, jako by to bylo rozšíření a pokračování jeho těla“ (Peace 2001, s. 19). Osobní území zahrnuje také oblíbené věci, zvířata a některé lidi.

2 Stáří

Život člověka probíhá od narození do smrti v určitých vývojových fázích, kterými jsou dětství, dospívání, dospělost a stáří. Každá z těchto fází, má své úkoly a potřeby, které je důležité splnit a uspokojit tak, aby vývoj jedince během života neustrnul a mohl nadále smysluplně pokračovat až do smrti. „Etapa stáří je stejně důležitá jako každá jiná a zaslouží si stejný důraz na rozvoj jako dospělost a mládí“. (Klevertová, Dlabalová 2008, s. 11). Se stárnutím souvisí narůstající střední délka života. V České republice je v současnosti očekávaná doba dožití pro ženy 78,5 a pro muže 72 let (Haškovcová 2010, s. 23). Rozdíl v naději dožití žen a mužů je veliký. Ženy žijí v průměru o 7 let déle než muži, v této souvislosti bývá stáří označováno jako problém starých a osamocených žen. Období stáří trvá 30–40 let a vzhledem k dramatickému demografickému vývoji a relativnímu i absolutnímu stárnutí populace v hospodářsky vyspělých zemích je problematika stáří a kvalita života každého jedince v něm závažnou společenskou výzvou.

Nahlížet však na stáří jako na nemoc a pouze na období ztrát a úpadku je velmi zjednodušené. Autoři Pichaud a Thareauová (1998, s. 13) zdůrazňují, že: „Obtíže stáří často mnohem méně souvisejí s nedostatky a vadami starých lidí než s tím, jakým způsobem je my vnímáme a jak se na ně díváme“. Senioři nejsou homogenní masou, na kterou by se mohl uplatnit jednoduchý vzorec fyzických změn a chování. Je to skupina, která má svou vlastní jedinečnou historickou zkušenost, moudrost, naděje i obavy. Musí řešit otázky vztahu stáří a mládí, životní bilance a vyrovnání se smrti (Říčan 2004, s. 333).

Problematika stárnutí a stáří je obsáhlým tématem. Pro potřeby této bakalářské práce se budeme v následujících podkapitolách zabývat pouze vymezením pojmu stárnutí a stáří, periodizací období stáří a také se zaměříme na přehled změn, ke kterým ve stáří dochází a které ovlivňují prožívání, chování seniorů a také jejich komunikaci s ostatními lidmi.

Vědní obory zabývající se stářím

Oblastí a problematikou stárnutí a stáří se zabývá gerontologie, tento obor se člení na gerontologii experimentální, sociální, klinickou. Psychickými změnami ve stáří se zabývá gerontopsychologie a na výchovu ve stáří a ke stáří se soustředí disciplína gerontopedagogika. Geriatrie je samostatný klinický medicínský obor.

2.1 Periodizace období stáří

Je obvyklé, že za hranici stáří považujeme období odchodu pracujících do starobního důchodu ve věku od 65 výše, kdy se s ohledem k individuálním odlišnostem začínají v různé míře projevovat fyzické známky stárnutí. V současné době se v České republice období odchodu do penze postupně prodlužuje z důvodu vyššího věku populace. Vzhledem k široké věkové škále seniorského věku je třeba brát v úvahu, v jaké fázi stáří se člověk nachází, protože každý věk má svá specifika. V raném stáří je například častá problematika penzionování, volného času a jiných aktivit. Ve vlastním stáří se mění funkční zdatnost jedince a zhoršuje se průběh nemocí. Pro dlouhověkost je aktuální problematika soběstačnosti a zajištění adekvátní péče.

Erikson ve své koncepci psychosociálního vývoje dospěl k rozdělení rozvoje osobnosti na „osm věků člověka“. V 91 letech spolu s manželkou přezkoumal osmé stádium a doplnil ho o devátou fázi, tím dokončil cyklus stáří. Úkolem poslední vývojové fáze je objasnit výzvy stáří, porozumět závěrečné fázi života a čelit zoufalství přiměřenou pokorou a vírou (Klvetová, Dlabalová 2008, s. 25). Eriksonova koncepce vychází z předpokladu, že každý z nás na určitém stupni vývoje musíme vyřešit určitý psychosociální konflikt. Osmá fáze je fází zralé dospělosti a autor ji nazývá Ego integrita proti zoufalství. Začíná v 60. letech, kdy je člověk postaven před vývojový úkol dosažení osobní integrity, která je výsledkem celého života. Podmínkami k splnění tohoto úkolu jsou: pravdivost k sobě samému, smíření se s vlastním životem, stabilizace a generalizace postoje k životu a také kontinuita vlastního života, kterou je možné vnímat jako součást generační posloupnosti (Vágnerová 2007, s. 300). Nedosažení potřebného stupně integrity se projevuje zoufalstvím a strachem ze smrti.

Vágnerová klasifikuje vývojové období stáří do dvou etap. První etapou je období raného stáří od 60 do 75 let a druhou etapou je pravé stáří od 75 let výše. Haškovcová pro druhou polovinu lidského života uvádí toto periodizační schéma: 45–59 let střední, nebo též zralý věk. 60–74 let vyšší věk, nebo též rané stáří. 75–89 let stařecký věk neboli sénium, vlastní stáří. 90 let a výše, dlouhověkost (Haškovcová 2010, s. 20).

2.2 Stárnutí

Existuje celá řada definic stárnutí, které jsou ovlivněny biologickými, psychologickými a sociologickými teoriemi stárnutí. Na jedné straně se setkáváme s názory, že stárnutí je celoživotní biologický proces začínající početím, který lze ovlivnit, nikoliv však zcela zastavit. Na druhé straně je proces stárnutí spojován s věkem, kdy začíná stáří a s ním souvisejícími biologickými a dalšími změnami.

Podle Mühlpachra (2004, s. 22) je stárnutí zákonitý, celoživotní proces, který probíhá se značnou interindividuální variabilitou danou nejen různou genetickou výbavou, ale i různými životními podmínkami, interakcemi s prostředím, odlišným zdravotním stavem a životním stylem. Tento proces postihuje nerovnoměrně různé struktury a funkce organismu, zčásti v souvislosti s jejich zatěžováním, stimulováním či poškozováním.

Podstatné příčiny změn ve stáří vysvětlují tři skupiny teorií stárnutí: 1. teorie působení zevních vlivů (ekologické podmínky, vliv bakterií a virů). 2. teorie působení vnitřních vlivů (genetický program, hromadění omylů při proteinové syntéze atd.). 3. teorie porušené integrace a organizace (Pacovský, Heřmánková, in Langmaier, Krejčířová 2006, s. 203).

Proces stárnutí je podmíněn věkem jedince. Výši věku lze vymezit na základě několika kritérií. Rozlišujeme kalendářní (chronologický) věk, ten představuje skutečný věk, který se počítá od data narození. Sociální (sociálně-historický) věk vyjadřuje předpoklad, jak by se měl jedinec určitého biologického věku chovat dle společenských měřítek. Zachycuje změny sociálních rolí, životního stylu, ekonomické situace apod. Biologický (funkční) věk vystihuje biologické stárnutí organismu. A psychologický (mentální) věk poukazuje na psychický stav jedince a vztahuje se na subjektivní vnímání vlastního stáří.

2.3 Změny podmíněné stárnutím

Změny podmíněné stárnutím jsou zejména v období raného stáří spíše pozvolné a nejsou ještě tak velké, aby způsobili staršímu člověku problémy v kontinuitě aktivního a nezávislého života. Teprve v období pravého stáří po 75 až 80. roce života dochází k nárůstu problémů daných tělesným a mentálním úpadkem a se zvýšeným rizikem vzniku zátěžových situací, které už jedinec není schopen zvládnout sám bez pomoci druhých.

Za pozitivní změny ve stáří můžeme považovat skutečnost, že dochází k vyvrcholení osobnostního vývoje člověka. Příznivé je zklidnění emočního prožívání, které se projevuje jak ovládním nálad, tak soustředěním se na prevenci nepříjemných pocitů. (Vágnerová 2007, s. 349) Také spokojenost v manželství ve stáří spíše narůstá a zlepšují se vztahy k sourozencům a ostatním blízkým lidem. Ze sociálního hlediska má stáří spíše negativní význam, pod vlivem změn způsobu života se proměňují sociální dovednosti. „Mění se způsob komunikace i morálního uvažování, stáří přináší redukci sociálních rolí“ (Vágnerová 2007, s. 367). Jednu z největších sociálních změn je odchod do důchodu, který má vliv na skladbu potřeb jedince a jeho životní styl. Patrně nejzávažnější zátěží ve stáří je onemocnění nebo ztráta partnera a blízkých lidí, ta souvisí se ztrátou psychické opory. Obraz dalších důležitých změn provázejících stárnutí se pokusíme přiblížit v následujících podkapitolách.

2.3.1 Tělesné změny

Ve stáří přicházejí biologické změny, se kterými je třeba počítat, i přes to, že mnohé z nich můžeme oddálit zdravým životním stylem a pozitivním přístupem ke stáří. Po šedesátém roce života nabývá tělesná involuce rychlejšího tempa. Charakteristickým jevem stárnutí je atrofie, která postihuje vnitřní orgány, např. mozek, játra, ledviny, srdce apod. V důsledku degenerativních změn chrupavky, atrofí kostí a sesedání plotének se po celé období stáří se projevuje pokles tělesné hmotnosti a výšky. Svaly ochabují a ztrácejí na pružnosti, síle a vytrvalosti. Tělo se pak stává méně hbité, v pokročilejším věku se objevuje třes rukou a paží, chůze se stává nejistou a roste nebezpečí pádu. Kůže ztrácí elasticitu, dochází k úbytku tuku a obsahu vody v kůži. Obecným projevem stárnutí spojeným s genetickými předpoklady je šedivění a řídnutí vlasů. Nepříjemné je vypadávání zubů v důsledku zmenšování čelistí a poklesu brady.

Marie Vágnerová (2007, s. 402) považuje za typický projev tělesných změn ve stáří zhoršení zdravotního stavu seniorů. Průběh chorob je vzhledem k snížené imunitě a nedostatečným rezervám organismu chronický. Zvýšení nemocnosti má specifický charakter, senioři obvykle trpí polymorbiditou, v pozdějším období ještě častěji než v raném stáří. Pichaud a Thareauová (1998, s. 58) v této souvislosti píší o tendenci „medikalizovat“ stáří. Zdravotnický systém má tendenci staré lidi především léčit, zatímco by pro ně bylo důležitější předcházet poruchám organismu.

Lidé v seniorském věku už zcela jinak posuzují kvalitu zdraví, za něž považují schopnost se radovat ze života a možnost zachovat si soběstačnost. Schopnost soběstačnosti a nezávislosti však po 75. roce života klesá. Autorka Šimíčková Čížková aj. (2005, s. 132) zdůrazňují, že na tuto skutečnost má nejčastěji vliv snížení výkonu srdce, plic a onemocnění celého cévního systému. Zde univerzálně platí věta: „Člověk je starý tak, jak jsou staré jeho tepny“ (Koukolík 2014, s. 27). Vznik arteriosklerózy způsobuje u gerontů nejen ztrátu tělesných sil, ale hlavně ztrátu duševních schopností.

Dalšími biologickými změnami ve stáří jsou funkční změny nervového systému (způsobují zpomalení reakcí, obtížnost rozpomínání, učení a motorické zvláštnosti jako jsou: chvění končetin, vratkost, těžkopádnost). Dále je to degenerace žláz s vnitřní sekrecí (ospalost, změny v intelektuální činnosti, ztráta vitality, ale také řídnutí vlasového porostu, kostí). Projevem stárnutí kosti je osteoporóza. Kosti ztrácejí na pevnosti, jsou řídké a zvýšeně lomivé. Osteoporóza a její důsledky jsou jedním z nejčastějších, nejvýznamnějších a také nejdražších onemocnění ve stáří (Koukolík 2014, s. 43). Dále dochází ke změnám v regulaci tělesné teploty. Starší osoby ztrácejí schopnost přizpůsobit se klimatickým podmínkám.

Marie Vágnerová (2007, s. 406) doplňuje další významné potíže související se stářím, jako jsou: nemoci pohybového ústrojí (postihují přibližně 40 % lidí starších 60 let), demence a nakonec deprese, které mohou být projevem příznaků nějakého onemocnění.

2.3.2 Psychické změny ve stáří

Tělesné zdraví a psychika spolu úzce souvisejí a vzájemně se ovlivňují. Gradující tělesné změny se odráží v psychickém ladění a pocitu životní pohody starého člověka. Na duševní vývoj ve stáří má vliv celá řada sociálních faktorů jako jsou změny v sociálním postavení, ztráta některých rolí a omezení kontaktů a zvyšování závislosti na ostatních. Neméně důležitý je také vliv osobnosti člověka a jeho schopnost adaptace, kreativity, sociability aj. Psychické stárnutí ovlivňují i činnosti, kterým se jedinec v průběhu života věnoval a dovedl je rozvíjet.

Změny ve smyslovém vnímání

Zhoršené vnímání závažně ovlivňuje kvalitu života starého člověka. Způsobuje zpomalení reakcí, větší úrazovost a omezení společenských aktivit a koníčků. Narušené vnímání ovlivňuje schopnost jedince rozumět mluvenému slovu a problémy mohou nastat také v komunikaci s druhými lidmi. Příčinou zhoršeného vnímání jsou změny ve smyslových

orgánech, v nervovém přenosu a v centrálním mozkovém zpracování přijímaných podnětů (Šimíčková, Čížková aj. 2005, s. 137). Asi u 60 % osob lze po šedesátém roce jejich věku zjistit výrazné zhoršení zrakové percepce a asi v 30 % je výrazně zhoršen sluch (Langmeier, Krejčířová 2006, s. 204). Snížená kvalita sluchu a zraku omezuje seniory nejen v pracovních činnostech, ale i ve čtení, poslechu hudby a v interakci s ostatními lidmi. Vlivem zpomalení psychických procesů dochází ke zhoršení časového odhadu a vnímání struktury času.

Změny rozumových schopností

S věkem klesá vitalita a energie, zpomaluje se psychomotorické tempo a senzomotorická funkční koordinace. Zpomaluje se řeč a psychické funkce jako jsou pozornost a paměť. Stáří je charakteristické úbytkem kapacity krátkodobé paměti, přičemž dlouhodobá paměť bývá zachována. „Senioři mívají problémy s uchováním nových informací, které nemohou zpracovat dostatečně rychle a zároveň natolik kvalitně, aby je bylo možno posunout do registru dlouhodobé paměti“ (Vágnerová 2007, s. 323). Ovlivněná je také výbavnost a kromě toho bývají vzpomínky obsahově i emočně zkresleny. Minulé je obecně hodnoceno pozitivně a starý člověk lpí často až nepochopitelně na tom, čím byl a co měl (Langmeier, Krejčířová 2006, s. 204). Úbytek paměti ohrožuje schopnost učení. Tuto skutečnost senior kompenzuje dosavadními zkušenostmi, má tendenci ulpívat na úsudcích, které si vytvořil dříve.

Změny v inteligenci a tvořivost

Ve vyšším věku výrazně klesá inteligence měřená běžnými inteligenčními testy. Podle Langmaiera a Krejčířové (2006, s. 204) je tento proces globálně jen obtížně měřitelný neboť u každého jedince probíhá individuálně. Odlišně se vyvíjí a také degradují různé typy inteligence, například krystalická inteligence stoupá od 25 let a k postupnému zhoršování dochází až po 80. roce života. Fluidní inteligence výrazně klesá už po 30. roce a ve stáří se projevuje malou flexibilitou. Další schopnosti, jako jsou motorická flexibilita, zůstávají na stejné úrovni po celý život. Zde platí zásada: „Čím více se člověk v průběhu života naučil, tím lepší a stabilnější jsou jeho schopnosti v období stáří“ (Vágnerová 2007, s. 329).

Člověk zůstává tvořivý celý svůj život, tvořivost ovlivňuje motivace, vytrvalost a entuziasmus. Za tvůrčí vrchol v životě člověka je považován věk 40 až 50 let to, ale platí jen pro některé obory lidské činnosti, například pro přírodní vědy a matematiku. V duchovních vědách a v umění zůstávají lidé aktivní po celý život (Haškovcová 2010, s. 164).

2.3.3 Emoční změny ve stáří

Vývojové proměny emočního prožívání jsou závislé na konstelaci psychických, sociálních a somatických faktorů. Jedním z aspektů emočních změn ve stáří je snižování odolnosti vůči zátěžovým situacím. Citovou labilitu může způsobovat stárnutí tkání v nervové soustavě, somatické obtíže jako jsou výkyvy krevního tlaku a také ztráta orientace na budoucnost. Langmeier a Krejčířová (2006, s. 207) naopak uvádí, že citové prožívání se stává méně bezprostředním a snižuje se intenzita emocí. Člověk se stává emočně stabilnějším, ale často i lhostejnějším vůči vnějšímu světu. Autor dále dodává, že na počátku stáří bývá ještě velmi silná potřeba seberealizace a potřeba být užitečný pro druhé. Později vystupuje do popředí spíše potřeba emočního zakotvení a pozitivní přijetí v okruhu blízkých osob. Ztráta zájmu o okolnosti vnějšího světa a soustředěnost na sebe a své problémy může vést u seniorů, zejména v pozdním období stáří k izolaci a k pocitu opuštění. Negativní celoživotní bilance a pocit ztráty perspektivy či dlouhodobé onemocnění může souviset s poměrně vysokým počtem sebevražd starých lidí. (Haškovcová 2010, s. 155).

Osobnost starého člověka

„Považujeme-li člověka za individualitu, zůstává individualitou i ve stáří, pouze jeho jedinečnost je výraznější“ (Šimíčková Čížková aj., 2005, s. 139). Lidé se s postupujícím věkem stávají introvertnějšími a mohou se u nich projevat sklony a vlastnosti, které dokázali po dobu své dospělosti ovládat nebo je projevovat přijatelnějším způsobem. „Psychickou involuci můžeme chápat jako postupnou demontáž osobnosti, která probíhá více nebo méně spořádaně. Zatímco vzestupné stádium vývoje znamená diferenciaci, výstavbu bohatší, složitější struktury osobnosti, stárnutí bývá naopak spojeno se zjednodušováním osobnosti. Vyklízejí se pozice. Člověk ztrácí vztah k určitým osobám, zálibám, hodnotám, ideálům, neosobním i osobním cílům“ (Říčan 2004, s. 339).

2.3.4 Demence ve stáří

Tématu demence a s ním spojenými obtížemi v komunikaci u seniorů trpící touto chorobou se budeme věnovat v následující podkapitole „Komunikace se seniory trpící demencí“ a v kapitole „ Specifické formy komunikace se seniory postiženými demencí“. V této části bakalářské práce bychom rádi nastínili důležité informace, které nám pomůžou zorientovat se v problematice demence ve stáří v obecné rovině.

Demence je pojem odvozený od latinského kořene „de mens“, který označuje pokles úrovně duševní činnosti. (Koukolík, Jirák 1999, s. 11). „Demence je organicky podmíněný syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek kognitivních funkcí, především inteligence a paměti“ (Vágnerová 2004, s. 265). Dalšími příznaky jsou poruchy chování, emotivity, poruchy korových funkcí (afázie, apraxie), narušení aktivního života atd.

Demence můžeme třídit podle původu vzniku na primární, sekundární a smíšené. Nejčastější primárně degenerativní demencí je Alzheimerova nemoc, představuje 60 % všech těchto onemocnění. Její příčina není známá. Mezi primární demence řadíme dále demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence. Na vzniku sekundárních demencí se podílí řada příčin. Mohou je například iniciovat traumata, infekce, nádory, toxické otravy, endokrinní onemocnění, různé metabolické poruchy atd. Mezi nejzávažnější sekundární demence řadíme vaskulární demence (multifaktorová, Biswangerova choroba), ty představují až 20 % všech demencí. Smíšené demence představují 10–15 % všech těchto onemocnění, jejich původ je v kombinaci více demencí, nejčastěji Alzheimerovy a vaskulární nebo Alzheimerovy a jiné primárně degenerativní demence (Pidrman 2007, s. 31–32).

Alzheimerova nemoc – je primární neurodegenerativní onemocnění mozku, při kterém dochází k postupnému rozpadu nervových vláken a nervových buněk. Onemocnění se vyvíjí velmi pomalu a nenápadně postupuje, aniž by se dalo vyléčit. Preklinické stádium může trvat několik let, může to být ale i několik desítek let (Koukolík, Jirák 1999, s. 35). Onemocnění trvá 9 let a má tři stádia: časná (mírná), střední a těžká nebo také hluboká (Pidrman 2007, s. 34). Úpadek psychických funkcí je komplexní a končí smrtí. Zpočátku dochází k úbytku paměti a poruše řeči. To se projevuje například zapomínání jmen, zapomínáním plánovaných aktivit a opakování stejných otázek.

Ischemicko-vaskulární demence – je druhou nejčastější příčinou demence. „K poškození CSN dochází v důsledku nemocí kardiovaskulárního systému, hypertenze, často souvisí s proběhlou zjevnou nebo téměř asymptomatickou cévní mozkovou příhodou“ (Pidrman 2007, s. 51). Onemocnění většinou vzniká náhle, průběh je kolísavý, ke zhoršování stavu dochází ve skocích. „Psychické funkce nebývají postiženy ve stejné míře, úbytek kompetencí je nerovnoměrný“ (Vágnerová 2007, s. 278). Jedinci s rozvinutou vaskulární demencí přežívají 4–6 let. Příčinou úmrtí nejčastěji bývá nová cévní mozková příhoda. Pro počáteční stádia choroby je typická emoční labilita, zvýšená dráždivost, poruchy pozornosti, insomnie, zvýšená unavitelnost, závratě a bolesti hlavy.

3 Komunikace se seniory

V kapitole o stáří jsme už napsali, že období stárnutí a stáří je provázeno mnoha změnami zasahujícími do oblasti tělesných schopností a také dochází k transformacím emocionálním, kognitivním a psychosociálním. Kvalita komunikace se seniorem je dána nejen přirozeným fyziologickým stárnutím, ale také patologickými změnami v organismu. Vznikají komunikační zvláštnosti, které ovlivňují interakci se seniory. Pracovník v sociálních službách by měl umět citlivě přizpůsobit komunikační styl schopnostem seniora a zhodnotit jeho kapacitu, schopnosti a potřeby. Kvalitní komunikační schopnosti jako součást profesionálního vybavení pracovníka v přímé péči o seniory, zvyšují pravděpodobnost navázání vztahu s uživateli domovů pro seniory spolu s úspěšnou péčí o ně.

V této kapitole si klademe za cíl seznámit se s faktory ovlivňující komunikaci se seniory trpícími různými obtížemi a dále se zaměříme na nejčastější bariéry v kontaktu s nimi. V další části práce se budeme zabývat možnostmi augmentativního a alternativního systému dorozumívání se seniory a budeme se věnovat komunikaci s osobami trpícími sluchovým, zrakovým, tělesným postižením a také demencí.

3.1 Faktory ovlivňující komunikaci se seniory

Kvalitu a výslednou efektivitu komunikace se seniory ovlivňuje celá řada faktorů. Základními činiteli jsou individuální styl verbálního vyjadřování, jako je tempo řeči, často používaná slova a termíny ale také neverbálního kontaktu. Autorka Venglářová upozorňuje „Při práci se seniory se setkáváme s jiným kulturním a historickým kontextem. Je nutné pamatovat na fakt, že většina seniorů je věřících. Mnoho z nich zažilo vykání rodičům. Nebylo běžné používání vulgarizmů“ (Venglářová 2007, s. 74).

Obtíže v komunikaci spojené s degenerativním onemocněním centrální mozkové soustavy ovlivňují kvalitu života seniorů významněji, nežřídka vedou k postupné ztrátě samostatnosti. K závažným poruchám, které způsobují poruchu komunikační schopnosti, patří například afázie, dysartrie, dysfagie a demence. Pokud senior trpí těmito poruchami, je třeba podpořit jeho sebevědomí trpělivým a chápavým přístupem. Při komunikaci s ním hovoříme jasně, klidně a srozumitelně, poskytneme mu dostatek času k vyjádření sdělení a aktivně mu nasloucháme.

Dalšími faktory ovlivňujícími komunikování se starými lidmi jsou smyslové poruchy, především nedoslýchavost a zhoršení zraku. Můžeme se setkat také s různými duševními poruchami. Závažná je deprese, pro niž je charakteristický úbytek energie, zhoršení tělesných obtíží, ztráta zájmu o každodenní věci a vymizení pozitivních emocí (Venglářová 2007, s. 18).

Obecným doporučením pro komunikaci se seniorem s jakýmkoli druhem zdravotního postižení je volit „strategie odpovídající jeho handicapu vzhledem k osobnosti, druhu a závažnosti konkrétních vad nebo poruch a především jeho vlastním komunikačním schopnostem a preferovaným formám dorozumívání“ (Slowík, 2010, s. 149). Před zahájením komunikace si stanovíme cíl, účel a smysl komunikace. Respektujeme identitu seniora a oslovujeme jej jménem, případně odpovídajícím titulem. Vyhýbáme se infantilizaci, při ošetřování chráníme jeho důstojnost. Nabízíme podporu při pohybu a jiných sebeobslužných aktivitách, ale nevnučujeme ji. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před stresem. Složitější a důležité informace několikrát zopakujeme nebo je napíšeme na papír. Respektujeme a překonáváme komunikační bariéry. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas a snažíme se držet v zorném poli starého člověka. Autorky Kelnarová, Matějková (2009, s. 20) doporučují pomáhajícím při styku s pacienty chovat se evalvačně. Tento typ chování je vyjádřen pozorností k člověku, jeho přáním, potřebám, očekáváním a požadavkům.

3.2 Bariéry v komunikaci se seniory

Komunikační bariéry si můžeme představit jako překážky v přenosu nebo příjmu sdělení. K zablokování komunikace nejčastěji dochází vlivem chyb v sociální percepci, jako jsou předsudky a stereotypy, haló-efekt, chyba prvního dojmu, projekce anebo dávání nálepek. Při projekci například nevědomě přičítáme vlastní chyby druhým lidem. Dáváním nálepek si utváříme o člověku předčasný názor, který může způsobit nedorozumění a konflikt. Jednou z nejdůležitějších praktických dovedností při komunikaci je rozpoznat tyto překážky a najít způsoby jak proti nim bojovat.

Pokorná (2008, s. 41) rozděluje bariéry komunikace na interní a externí. Externí bariéry jsou dány zevním prostředím a jeho uspořádáním, řadíme sem komunikační šum, hluk, vyrušení další osobou, vizuální rozptylování, neschopnost naslouchat, velké množství sdělovaného obsahu. Interní bariéry vyplývají ze schopností a dovedností jedince, jeho

prožívání a zdravotního stavu. Komunikační bariéry mohou vzniknout, pokud se člověk obává neúspěchu, není připraven na komunikaci, cítí fyzické nepohodlí nebo je nemocný.

Pokorná (2008, s. 42) se také zabývá devalvací v komunikaci, nevhodnou formou předávání zpráv s ohledem na posluchače, komunikačním zahlcením a bariéru spatřuje v překroucení informace, v použití bezvýznamných slov a v manipulativním jednání v komunikaci. Devalvací se rozumí snižování hodnoty druhého člověka a projevuje se nelaskavým, nevšímavým postojem a hrubým chováním k seniorovi, které může vyústit až k zneužívání a šikaně. Předávání informací seniorům písemnou formou není vhodné, přicházíme o okamžitou zpětnou vazbu. Komunikační zahlcení může být spojeno s nedostatečnou znalostí schopnosti posluchače. Reakce starších lidí se postupně zpomalují, zhoršuje se sluch, proto je třeba tomu přizpůsobit tempo a sílu hlasu. V případě, že jedinec není schopen přijmout větší množství informací a složitější obsah v komunikaci, volíme raději krátké, jednoduché věty s jasným sdělením. Kolísání pozornosti posluchačů a následně nepochopení významu komuniké způsobuje používání vágních a bezvýznamných slov. K překroucení informace dochází nejčastěji nepozorností poslouchajících. Jiným důvodem může být chyba ve verbalizaci, a proto je vhodné poprosit seniora o zopakování pochopeného. Během rozhovoru nepoužíváme pojmy, které partner v komunikaci nezná, nemůže si pak správně pochopit obsah informace, což může vést k dalším nedorozuměním nebo i k záměrné manipulaci.

3.3 Augmentativní a alternativní systém komunikace

U seniorů s těžkými poruchami v oblasti řeči, jazyka a psaní, nepostačí při komunikaci s nimi jen znalost a překonání komunikačních bariér. Zachovalé nebo ztracené schopnosti dorozumívání starých lidí je důležité podpořit nebo nahradit jinými systémy komunikace.

„Cílem alternativní a augmentativní komunikace (AAK) je umožnit jedincům se závažnými poruchami komunikačního procesu aktivní dorozumívání a zapojení do života společnosti. Augmentativní systémy komunikace jsou zaměřeny na podporu a rozvoj již existujících schopností komunikace, zvyšuje kvalitu porozumění řeči a usnadňuje vyjadřování. Alternativní systém komunikace se používá, jako náhrada mluvené řeči. Tyto systémy jsou efektivně využívány jak u vrozených postižení komunikačního procesu, tak u poruch získaných a degenerativních“ (Janovcová, 2004, s. 16).

Systémy AAK:

- nevyžadující pomůcky (mimika, gestikulace, prstová abeceda, znaková řeč pro neslyšící atd.),
- vyžadující pomůcky – *netechnické* (reálné předměty, obrázky, fotografie, komunikační tabulky a deníky, symboly, piktogramy, písmo), – *technické* (elektronické pomůcky, počítače, komunikátory). (Housarová 201, s. 33).

Systémy augmentativní a alternativní metody lze přizpůsobit konkrétním jedincům a jejich postižení. Autorka Šarounová, aj. (2014, s. 131) však upozorňuje, že „vytvořit systém AKK u osob, které se většinu života dorozumívaly běžným způsobem, řečí, není snadný i proto, že omezení komunikace tyto lidé vnímají jako těžkou újmu a vidí, že ani s pomocí AKK nedosáhnou takové úrovně komunikace, jakou měli před nástupem onemocnění. Často se u nich objevují deprese a AKK odmítají“. Podobné to může být u seniorů, u nichž se nečastěji používají prostředky neverbální komunikace v kombinaci s metodami využívající pomůcky. Velmi prospěšné je využití fotografií, obrázkových symbolů, komunikačních tabulek, i technických pomůcek (tabletu) u osob, které prodělaly cévní mozkovou příhodu a jsou postiženy afázií. Nemožnost vyjádřit se vyvolává u těchto seniorů negativní emoce, úzkost, deprese. Příležitost vyjádřit se prostřednictvím obrázkových symbolů a ukazování písmen eliminuje tyto stavy a následně zkvalitňuje život těchto lidí.

3.4 Komunikace se seniory se sluchovým postižením

Porucha sluchu v jakémkoli věku vede ke komunikační bariéře mezi jedincem a okolím. Těžce sluchově postižení senioři mohou mít problémy nejen v porozumění řeči a schopnosti ovládat mluvenou řeč, ale chybí jim také sluchová orientace v prostředí. Informační bariéra spočívá nejen v nedostatečném vnímání toho, o čem se právě mluví, a špatné interpretaci získaných informací, ale také proto že, sluchově postižení nemohou telefonovat, poslouchat rádio a televizi. Významný je rozsah postižení sluchu, a doba vzniku omezení. Při vzniku sluchové vady v pozdějším věku je pravděpodobné, že psychomotorický vývoj jedince nebude narušen výrazně jako u poruchy vrozené (Pokorná 2008, s. 60).

Komunikační bariéra je u sluchově postižených příčinou řady nedorozumění a vnitřních konfliktů, které mohou způsobit únavu, stres a přerůst ve velké psychické obtíže. „Při pozdější identifikaci příznaků postižení sluchu, dochází u znevýhodněného k úniku do

„vlastního světa“. V průběhu rozvoje poruchy sluchu je postižený jedinec často považován za osobu se sníženým intelektem či rozvojem.“(Pokorná 2008, s. 61).

Při komunikaci se seniorem s lehkou a střední sluchovou poruchou je primární formou komunikace mluvený jazyk doplněný o odezírání, pomocné technické komunikační prostředky a neverbální komunikaci. Neméně důležitý je psaný jazyk, jeho používání ve stáří je však mnohdy ztíženo poruchami zraku, percepce a snížené schopnosti koncentrace.

U osob s těžkou sluchovou vadou a neslyšícími se využívá alternativní způsob komunikace. Vhodným dorozumívacím prostředkem je totální komunikace ta představuje komplex manuálních i orálních způsobů komunikace. Její součástí je mluvená řeč, znaková a znakovaná řeč, prstová abeceda, psaní. Pro neslyšící a těžce sluchově postižené je významnou komunikační složkou mimika a pantomimika. Tento prostředek lidé spontánně využívají už od raného dětství, ať už samostatně, nebo jako doplněk mluveného projevu. (Vágnerová 2004, s. 217).

Součástí problematiky komunikace se sluchově postiženými seniory jsou sluchadla a jiné kompenzační pomůcky. Sluchadla umožňují efektivnější přenos zvuku do vnitřního ucha tak, že zvuk zesilují. Nevrací tedy ztracený sluch a k jejich používání je nutné podrobné seznámení, neboť adaptace na sluchadla může být pro seniory složitá a komplikovaná.

Při komunikaci s lidmi s poruchou sluchu je užitečné dodržovat některé zásady komunikace s nimi. Nejdříve je důležité zajistit klidné prostředí bez rušivých podnětů. Vyslovujeme zřetelně, přesně a pomalu artikulujeme. Zajistíme, aby nám senior při hovoru viděl do obličeje, aby nám bylo vidět na ústa, zajistíme v místnosti dostatek světla. Udržujeme oční kontakt a všímáme si neverbálních projevů. Při hovoru používáme krátké věty s jednoznačným významem, sdělení doplňujeme názorně (např. pomocí pomůcek). Ptáme se, zda senior rozuměl, zda nás stačí sledovat. Snažíme se být trpěliví a poskytneme možnost oddechu. Důležitá je také pochvala a uznání za ochotu spolupracovat (Venglářová, Mahrová 2006, s. 126). Autorky Klevetová, Dlabalová (2008, s. 112) doplňují, že při komunikaci s lidmi s poruchou sluchu vedeme rozhovor pokud možno vsedě, nepřecházíme a mluvíme jen s jednou osobou. Zeptáme se, ze které strany postižený lépe slyší, z té pak přistupujeme. Připomeneme seniorovi, aby používal kompenzační pomůcky.

3.5 Komunikace se seniory se zrakovým postižením

Zrak je jedním ze základních smyslů člověka, umožňuje nám přijímat většinu informací z okolního světa. Zrakové vjemy ovlivňují naši orientaci v prostoru a také každodenní praktickou činnost. Působí na utváření správných představ, rozvoje paměti, pozornosti, myšlení, řeči i sféry emocionálně volní. Poruchy zrakových funkcí mohou mít různorodý původ, míru závažnosti a mohou vznikat v jakémkoli období života.

Poškození zraku, jakéhokoliv stupně a charakteru znevýhodňuje seniory při komunikaci, mají potíže s prostorovou orientací. Slowík (2010, s. 67) upozorňuje na tuto skutečnost: „ Při rozhovoru se zrakově postiženým jedincem si musíme uvědomit, že nezná kontext místa a okolního prostoru se vším co se zde odehrává. Zejména nečekané a nepříjemné zvuky (silný hluk, výstražné signály apod.) sice člověk se zrakovým postižením rozpoznává jako určité, ovšem zpravidla nekonkrétní nebezpečí, jehož příčinu nemůže zrakem okamžitě identifikovat“. Dalším handicapem pro seniory se zrakovými potížemi je jejich omezení při sledování neverbálních vyjádření aktérů komunikace. Obsah komunikace je tak ochuzen o vyjadřované emoce, postoje, gesta a jiné nevědomé významy sdělení. Schází zrakový kontakt, postižený se někdy během rozhovoru odkloní od partnera v komunikaci, věnuje se jiným podnětům a činnostem. Zrakově postižení senioři se méně neverbálně vyjadřují, jejich schopnost poskytnout zpětnou vazbu je omezená. To způsobuje mylnou interpretaci jejich projevů, nejistotu a rozpačitost příjemců sdělení, protože nemají s podobnou situací zkušenost. Mohou si myslet, že senior nemá zájem o rozhovor apod.

K zásadám komunikace s osobami s poruchou zraku patří přirozené a taktní chování aktérů komunikace. Jednáme vždy přímo s nevidomým, nikoliv s jeho průvodcem. Představíme se nejenom jménem, ale také svou funkcí. Při oslovení klademe důraz na pevný dotyk na rameno, loket. Dotykem získá senior informaci, kde jste a kdo jste. Při hovoru používáme přesné výrazy (například ne tamhle, ale vlevo, nahoru). Při provádění úkonu poskytujeme postiženému vždy dostatečné informace o všem, co děláme a budeme dělat. Udržujeme stabilní prostředí pro orientaci v místnosti, nepřemísťujeme žádné předměty v pokoji klienta. Poskytujeme zrakově postiženému příležitost k hmatovému vnímání různých předmětů. (Klevetová, Dlabalová 2008, s. 112). Při vstupu do cizí místnosti seznámíme zrakově postiženého s prostředím. Okolí, ve kterém se postižený pohybuje, upravíme a odstraníme překážky v cestě. Pokud se pohybujeme a něco děláme u klienta v pokoji, vždy naši činnost popisujeme, když odcházíme, klientovi to oznámíme. Při chůzi nabídneme

postiženému paži k zavěšení, netlačíme ho před sebou (Venglářová, Mahrová 2006, s. 128). Autor Slowík (2010, s. 70) k tomuto tématu dodává, že při komunikaci s osobou se zrakovým postižením bychom měli omezit rušivé podmínky v okolním prostředí. Při loučení upozorníme, že odcházíme slovy a stejným dotykem jako při oslovení. Vysvětlujeme zvuky a hluk, kterým postižený nerozumí. Při jídle popíšeme umístění stravy na talíři pomocí hodinového ciferníku.

3.6 Komunikace se seniory s tělesným znevýhodněním

Pohyb je pro zdravého člověka samozřejmou součástí spokojeného života. Je prevencí mnoha onemocnění, ovlivňuje soběstačnost a sebehodnocení každého z nás. Omezení pohybových schopností v období stáří je přirozenou součástí fyziologického procesu stárnutí. Ty, ale nutně nemusí znamenat ztrátu samostatnosti, dochází k nim postupně a senioři se s nimi vyrovnávají pomocí schopnosti adaptace, selekce a kompenzace. Tělesné postižení ve stáří často způsobují také různé choroby a úrazy v oblasti mozku, kostí, kloubů a svalů. Autorka Vágnerová (2004, s. 253) rovněž upozorňuje také na handicap v oblasti tělesného vzhledu. „Viditelné tělesné deformace mají vždy nějaký, obvykle negativní, význam, jenž může být větší, než vliv postižení pohybových funkcí“.

Při tělesném postižení nedochází pouze k omezení hybnosti dolních a horních končetin, ale také mluvidel a mimické pohyblivosti, jenž ovlivňuje verbální i neverbální komunikaci. Mimický projev může být zkreslen neovladatelnými grimasami nebo asymetrií obličeje v důsledku ochrnutí například lícního nervu. Matoucí mohou být také nestandardní projevy gestikulace, posturiky a řeči očí. Významnou komunikační bariérou u těchto seniorů může být změna sebehodnocení a z toho vyplývající nechuť komunikovat.

Tělesně znevýhodnění nebývá u seniorů samo o sobě překážkou komunikace. Výjimkou jsou jedinci, u nichž je narušena schopnost vyjadřování. Pak je vhodné využívat při komunikaci augmentativní a alternativní prostředky. Dle doporučení autorky Pokorné (2008, s. 76) nejprve zjistíme stupeň sebepéče znevýhodněného a požadavky na způsob manipulace sním. Nevyhýbáme se komunikaci, pozorně si všímáme všech projevů klienta. Nepomáháme tam, kde je soběstačný, ale akceptujeme schopnosti znevýhodněného a jeho možnosti. Udržíme horizontální úroveň očního kontaktu u seniorů na vozíčku a lůžku, aby naše komunikace nepůsobila dojmem nadřazenosti. Slowík (2010, s. 38) ještě připomíná, „že hovoříme-li s člověkem na vozíku doprovázeným další osobou, obracíme se vždy přímo na toho, s kým jednáme“. Komunikace se seniory s artikulačními obtížemi si vyžaduje pozorné

naslouchání a častou zpětnou vazbu, můžeme také dotyčnému nabídnout, aby alespoň část sdělení napsal či nakreslil.

3.7 Komunikace se seniory trpícími demencí

Demence je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy. Postihuje především paměť, myšlení, řeč, orientaci, učení, úsudek, exekutivní a rozhodovací funkce. „ Demence postihuje především starší populaci. Její četnost se v přímé úměrnosti s pokračujícím stárnutím zvyšuje. „U jedinců starších 65 let je riziko 5 %, v 75 letech stoupá na 10 %, u lidí osmdesátiletých je 20 %, v souboru nad 90 let věku nalezneme 50 % nemocných trpících zcela jasnými příznaky demence“. Jak uvádí Pidrman (2007, s. 15).

Bariérami v komunikaci s takto postiženými seniory je nejčastěji porucha krátkodobé a střednědobé paměti, porucha orientace v čase, prostoru, osobách a nakonec i v sobě samém. Další překážkou je porucha řeči, kterou označujeme jako afázii. Jedinec má problémy vyjádřit své myšlenky, hledá slova. Nerozumí sdělení, které vyjadřují druzí a chybí také schopnost plánování a hodnocení své činnosti (Venglářová, Mahrová 2006, s. 108). Při vzniku agnozií postižení vidí a slyší, ale nepoznávají. Nemocní nedovedou přiměřeně zpracovat ani běžné informace, nerozpoznávají známé objekty (Vágnerová 2004, s. 268). Myšlení je narušeno v oblasti formální i obsahové, ztrácí flexibilitu a stává se stereotypním, obsahově zúženým a zabíhavým. Komunikaci lidí s vaskulární demencí ovlivňují poškození korových oblastí, zejména je to porucha fatických funkcí (afázie) a poruchy motoriky řeči (dysartrie, orální apraxie a řečová apraxie). Dorozumívání s okolím znesnadňuje dále porucha schopnosti číst, tj. alexie a porucha schopnosti psát, tj. agrafie. Důležité je počítat s tím, že úpadek kognitivních funkcí doprovází, zhoršení kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.

U demence dochází k trvalému úbytku psychických funkcí až k úplné degradaci osobnosti končící smrtí člověka. Celý proces se dle odborníků odehrává ve třech stádiích. Před zahájením komunikace se seniorem postiženým demencí je důležité nejdříve zjistit, v jakém stádiu nemoci se nachází, jaké schopnosti a dovednosti jsou zachovány a podle toho zvolit účelný způsob dorozumívání.

V prvním stádiu demence, nedokáže nemocný mluvit o nedávných událostech a má potíže najít správná slova. Cílem našeho snažení v komunikaci je pomáhat nemocnému udržet orientaci místem, časem, situací a s procvičováním krátkodobé paměti (Klevetová, Dlabalová

2008, s. 113). Důležité je pomoci postiženému udržet kontakt s realitou, upevňujeme povědomí seniora o tom co se právě děje. Vyhýbáme se otázkám na věci, které se odehrály před krátkou dobou. Využíváme reminiscenční terapii.

Ve druhém stádiu se staří lidé stále obtížněji zapojují do rozhovoru. Stírá se vnímání rozdílu mezi přítomností a minulostí. Nemocní nechápou význam abstraktních pojmů (Buijssen 2006, s. 61). Významná jsou témata, jež pro ně byla důležitá v minulých obdobích života. V komunikaci se snažíme se vyhnout konfrontování nemocného s realitou a snažíme se přijmout jeho specifické vnímání světa. Je lepší mluvit o věcech, které mohou lidé s demencí vidět, slyšet, čichat a hmatat. Klíčem k úspěšné komunikaci v pokročilejším stádiu demence je neverbální komunikace. Vždy se snažíme mluvit vyrovnaným tónem hlasu a nezvyšujeme hlas. Při práci s nemocným zůstáváme, co nejvíce v jeho zorném poli usmíváme se, udržujeme kontakt očima. (Buijssen 2006, s. 66)

Ve třetím stádiu demence lidé nejsou schopni verbálně komunikovat, řeč nahrazují pohyby, gesty a zvuky. Nemocní reagují na fyzické impulzy, komunikace se odehrává pouze na neverbální úrovni, pomocí alternativních metod komunikace.

Autorky Klevetová, Dlabalová (2008, s. 119) doplňují další zásady komunikace se seniory s demencí. Doporučují mluvit s nemocnými srozumitelně, pomalu a v krátkých větách. Při hovoru používáme hlubší tón hlasu, omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí. Dbáme na správné oslovení, čímž respektujeme dosažených pracovních a společenských úspěchů seniora. Při práci s nemocným vždy sdělujeme, co děláme a informujeme ho o čase a prostoru. Pokyny podáváme postupně, používáme přímá pojmenování, a pokud senior něco správně nepochopil, použijeme jinou formulaci. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, nekáráme je za nedostatky a nenaléháme na ně, pokud odmítají nějakou aktivitu. Důležitá je naopak motivace seniora ke spolupráci a tak ho chválíme a oceňujeme za každou maličkost, kterou dokáže.

4 Specifické formy komunikace a jejich význam v procesu podpory seniorů

Specifické formy komunikace jsou podporující komunikační techniky u osob s demencí. Jsou zastoupeny metodou validace, preterapie, konceptem bazální stimulace a videotréninkem interakcí. Společným jmenovatelem všech zmíněných postupů je změna přístupu a úplně jiné chápání jedinců se specifickými potřebami. Vychází z očekávání rovnovážného vztahu pomáhající-klient, osobní komunikace a respektování potřeb klienta v podpoře co největší míry autonomie. Svou filosofií zcela odpovídají současným snahám sociální práce zavést do každodenní péče o seniory animační přístup. Vhodný způsob komunikace volíme podle stádia nemoci, zachovaných schopností a dovedností seniorů. U klientů s kombinovanou poruchou komunikace a vědomí, je možné využít k dorozumívání, metodu validace, preterapie nebo koncept bazální stimulace. Na podporu seniorů bez schopnosti verbální komunikace a těžkou poruchou vědomí, je možnost dorozumívání zúžená na základní neverbální prostředky komunikace, při nich můžeme použít prvky konceptu bazální stimulace, ale také aromaterapii, muzikoterapii a animoterapii. K podpoře a rozvoji komunikace mezi pečovateli a klienty s demencí slouží také metoda videotrénink interakcí.

4.1 Bazální stimulace

Bazální stimulace (BS) je pedagogicko – ošetrovatelský koncept zaměřený na podporu vnímání, komunikace, kognitivních a pohybových schopností člověka. Autorem této metody je speciální pedagog Prof. Dr. Andreas Frölich, který se od počátku 70. let 20. století věnoval podpoře sensorické komunikace u tělesně i duševně těžce postižených dětí. Do ošetrovatelské péče, koncept BS později přenesla Frölichova dlouholetá spolupracovnice, zdravotní sestra Prof. Christel Beinstein (Friedlová 2006a, s. 6). V České republice, na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, jako první, představila BS, v roce 2003 PhDr. Karolína Friedlová. Roku 2005 byl v České republice založen K. Friedlovou INSTITUT Bazální stimulace. INSTITUT se zabývá vzděláváním pracovníků ze zdravotnických, sociálních a školských zařízení, realizuje supervize a poskytuje odborné poradenství.

Koncept Bazální stimulace je založen na myšlence celostního pohledu na klienta. Základními složkami jsou pohyb, komunikace a vnímání, které se navzájem ovlivňují. Každý člověk pomocí smyslových orgánů vnímá, přijímá a zpracovává podněty z okolního prostředí.

Smyslové orgány jsou komunikačními kanály, jejichž stimulací podporujeme a rozvíjíme zachovalé schopnosti jedince. Nedostatek pohybových i smyslových podnětů způsobuje změny v oblasti intelektu a vnímání tělesného schématu, což souvisí se zhoršenou orientací v okolním světě. Koncept využívá rehabilitačních technik pro stimulaci vnímání tělesného schématu, vestibulární, vibrační, taktilně-haptickou, chuťovou, optickou, auditivní a olfaktorickou stimulaci.

V oblasti péče o seniory se koncept Bazální stimulace využívá především u jedinců trpících pokročilou demencí, kteří už verbálně nekomunikují. Navázání kontaktu je možné jen tehdy, když se přizpůsobíme komunikační úrovni seniora a zvolíme vhodnou formu k dorozumívání přiměřenou jeho stavu. Za akt sdělení jsou považovány jakékoliv neverbální projevy ze strany klienta. Za pozornost stojí rytmus dýchání, pohnutí hlavou, ale také stav nereagování, který je považován za důsledek nedostatečné komunikace a stimulace (Friedlová 2006a, s. 18). Ke stimulaci je možné využít základní i nadstavbové prvky Bazální stimulace.

Autorka Friedlová (2016b, s. 13) uvádí tyto roviny komunikace:

Somatická komunikace – cílem je stimulovat vnímání tělesného schématu. Kdy si uvědomujeme, zda ležíme nebo stojíme, jak daleko jsou vzdáleny jednotlivé části našeho těla a jak působíme svým tělem na předměty nacházející se v našem okolí. Klíčovým je v této oblasti kožní percepční orgán a také vnímání pohybu. BS využívá k stimulaci ošetrovatelské aktivity, jako jsou: polohování, masážní techniky, dechová gymnastika, celková koupel a také pomoc při pohybu a korekci polohy. Nezákladnější formou somatické stimulace je dotek. Velmi důležitá je kvalita doteku, klid, způsob doteku, vyvinutá síla, tlak, rytmus, opakování a sled. „Ruce ošetřujícího jsou komunikačním médiem, umožňují získat pacientovi spoustu informací o sobě samém i o okolním světě“ (Friedlová 2006b, s. 15). U seniorů se uplatňují především techniky zklidňující, nebo povzbuzující somatické stimulace (koupele). Dále je to polohování v konceptu Bazální stimulace (poloha hnízdo, mumie a mikropolohování) a používá se také masáž stimulující dýchání. Vyjmenované techniky pomáhají zmírnit u seniorů neklid a agresivitu.

Vestibulární komunikace – vestibulární systém je úzce spojen s pohybem, polohou a orientací, s řízením rovnováhy a svalového tonu. „Vestibulární stimulace je využívána také jako neverbální komunikační kanál“ (Friedlová 2010, s. 37). To platí především u klientů s výraznými změnami v oblasti vnímání a kognice. Pravidelná vestibulární stimulace u nich vede ke zlepšení svalového tonu v oblasti šíjových, zádových svalů a svalů dolních končetin.

Senioři aplikováním těchto technik déle udrží stabilizovaný sed, trpí méně závratěmi a úrazy v důsledku pádu. Lépe se také orientují ve svém okolí a navazují snadněji kontakt s ošetřovateli. U seniorů se uplatňují velmi pomalé a lehké otáčivé pohyby hlavy, houpací pohyby v lůžku, např. v poloze mumie. (Friedlová 2010, s. 37). Další eventualitou je změna polohy těla pomocí polohování celého lůžka.

Vibrační komunikace – záměrem je stimulovat somatické vnímání pomocí kožního smyslového orgánu. Receptory pro vnímání vibrací se nacházejí v kůži, v kloubních pouzdrech, šlachách a svalech. Vibrační stimulaci můžeme využít u seniorů jako přípravu k vnímání pohybu a následně k vertikalizaci a mobilizaci. Aplikujeme u nich pouze manuální techniky, abychom zamezili mikrotraumatizaci kůže nebo vazivového aparátu (Friedlová 2010, s. 29). Můžeme použít ruce, žínku při koupelích, ale také hudební nástroje vydávající vibrace a hlasu. „Vibrační stimulace může být součástí muzikoterapie. Pokud člověk hovoří nebo zpívá, jeho hrudník se jemně chvěje. Toho lze využít a položit ruku uživatele, na jeho vlastní hrudník nebo na hrudník terapeuta“ (Friedlová 2010, s. 29).

Optická komunikace – účelem optické stimulace je aktivizovat paměťové stopy a mozkovou činnost seniora. Důležité jsou změny v tělesné poloze, polohování a jinými aktivitami, které umožňují seniorům sledovat dění v okolí. Změny zorného pole dosáhneme mnoha způsoby, například prohlížením obrázků a fotografií, které by měly být klientovi známé a blízké. Volíme obrázky s jednoduchými motivy s jasnými a světlými barvami. Obrázky a fotografie by měli být dostatečně velké a umístěné na vhodném místě, tak aby seniora zaujali a motivovali ho k pohybové aktivitě. Důležitá je optická stimulace pomocí barevných stěn, ale i pomocí barevného ložního prádla a oblečení klienta. „Zmateným a dezorientovaným uživatelům je nutné vytvořit orientační záchytné body a vizuální mosty pro orientaci v prostoru“ (Friedlová 2010, s. 29).

Auditivní komunikace – sluchový orgán je významný pro komunikaci, navázání vztahu s lidmi, k orientaci v prostředí a rozvoji myšlení. Stimulaci sluchového orgánu provádíme pomocí hudby, zpěvu a vyprávění. K auditivní komunikaci dále využíváme nahrávky zvuků, které se váží na záliby či zaměstnání. Příkladem mohou být zvuky lokomotivy, tramvaje nebo známé zvuky jiných pracovních nástrojů. Těmito podněty se snažíme vyvolat příjemné pocity a vzpomínky. Pro lepší orientaci v čase, volíme pravidelné předčítání denního tisku, nebo knihy v určitou hodinu, tak aby se aktivita stala zažitým rituálem. Zásadou při auditivní komunikaci je minimalizace ostatních rušivých zvuků z okolí.

Taktilně-haptická komunikace – „umožňuje poskytnout smysluplnou stimulaci lidem se změnou v oblasti kognice a s pohybovými omezeními“ (Friedlová 2010, s. 29). Je využívána také u seniorů s rozvinutým taktilně – haptickým deficitem, který se projevuje tím, že uživatelé tahají katétry, trhají pleny, svlékají povlečení a podobně. Stimulaci lze provádět technikou vkládání známých předmětů do rukou klienta. Volí se předměty z běžného života (klíče, kartáček) nebo předměty s minulého života seniora (nářadí, hudební nástroje atd.).

Olfaktorická (čichová) komunikace – jedná se o navázání komunikace pomocí čichových vjemů. Při stimulaci používáme kromě vůní spojených s osobními toaletními potřebami či jídlem také vůně z pracovního prostředí nebo ve vztahu k dřívějším koníčkům (Friedlová 2010, s. 29). K vyvolání pozitivních vzpomínek používáme jen známé vůně po krátkou dobu.

Orální komunikace – cílem orální stimulace je zprostředkovat vjemy z úst, stimulovat somatické vnímání, podpořit svalový tonus v oblasti dutiny ústní u uživatelů s poruchou příjmu potravy, podpořit zpracování, polykání potravy (Friedlová 2010, s. 29). Při podávání stravy je nutné klienta správně posadit a kontrolovat polohu hlavy, nespěcháme a respektujeme snahu o samostatnost seniora.

V pojetí konceptu Bazální stimulace je předpokladem kvalitní péče práce s individualitou klienta a zapojení jeho příbuzných do ošetrovatelského procesu. Prvky BS by neměly být poskytovány v uměle vytvářených situacích, ale při běžných denních činnostech.

4.2 Validace

Validační terapie nebo také metoda validace či validační péče vychází z behaviorální, analytické a humanistické psychologie, která se opírá o toleranci, vcítění a empatické naslouchání. Její autorkou je americká gerontoložka a sociální pracovnice Noami Feilová. Metodu autorka vyvíjela od roku 1963 do roku 1980 a v roce 1982 ji popsala v knize „Validace, cesta k porozumění dezorientovaným starým lidem“.

„Jedná se vlastně o soubor přístupů, který vychází z filosofie, že každé chování osoby s demencí má nějakou příčinu, je doprovázeno emočním laděním v souvislosti se vzpomínkami na minulost. Dokázat je správně hodnotit (validovat) a přijmout znamená pro nemocného, že uznáváme jeho osobnost“ (Klevetová, Dlabalová 2008, s. 114). Přičemž biografický přístup hraje ve validaci zásadní roli, neboť chceme-li starého člověka pochopit,

musíme znát jeho životní příběh. Cílem validace je pomoci dezorientovaným starým lidem ospravedlnit jejich život a vyrovnat se s životem, aby mohli v klidu zemřít.

Validaci můžeme charakterizovat pojmy posláním, postoj, technika. Nejde tedy jen o soubor naučených postupů a komunikačních technik, ale „Jde spíše o to, aby se změnil přístup pečujících osob, aby se dokázaly vcítit do osobní reality dezorientované osoby a přizpůsobily tomu své chování i jednání“ (Procházková 2012, s. 12).

V praxi se uplatňuje skupinová a individuální validace. Do skupinové validace jsou vybírány osoby, které se nachází ve II. a III. stádiu dezorientace. Skupina pomáhá těmto osobám udržovat sociální kontakty. Individuální validace se uplatňuje u osob v I., II. a III. stádiu dezorientace. V teorii validace je dezorientace chápána jako neschopnost člověka zpracovat narůstající tělesné, sociální a psychologické ztráty, které jsou podmíněné věkem (Procházková 2012, s. 12). Obecně je dezorientace spojována s onemocněním demence a dělí se na dezorientaci v čase, prostoru, v situaci a dezorientaci v osobě. V prvním případě klient žije v minulosti a lidé, kteří jej obklopují, často nahrazují osoby z minulosti. Při dezorientaci v prostoru senior hledá známá místa, chce domů, hledá, sbírá a schovává různé předměty. Pro dezorientaci v situaci je typické, že klient zapomíná na to, co se děje v současnosti. Například bezmocně hledá své blízké osoby. Při dezorientaci v osobě už senior neví, jak se jmenuje, kolik mu je let atd. Dle autorky Procházkové (2012, s. 13) jsou dezorientovaní lidé ti, kteří se ve vyšším věku stahují z přítomnosti a vrací se do minulosti. Do období, kdy všechno dělali sami, byli užiteční a neměli žádné zásadní problémy. Projevy chování těchto lidí se mění a přestává být pro okolí srozumitelné. Emoční vzpomínky s raného dětství nahrazují u dezorientovaných seniorů intelektuální myšlení, staré nezpracované konflikty tyto lidé vyjadřují v symbolické formě, ve fantaziích a metaforách. Jejich přijetím, jejich validováním, nabývají lidé na vážnosti (Rheinwaldová 1999, s. 42).

„Feilová rozlišuje čtyři stádia dezorientace: špatná orientace (osoba se nevyzná ve svém životě); dezorientace v čase a místě (ztráta kognitivních schopností); opakované pohyby (nahrazují řeč); vegetace (totální stažení se dovnitř, minimum pohybů, prázdný výraz, žádná řeč)“ (Janečková 2013, s. 143). Ke každé fázi jsou přiřazeny konkrétní techniky validace, kterých je celkem 14. Doporučená doba provádění technik individuální validace je 5 minut 5 až 8 x denně. Základní komunikační technikou této metody je tzv. centrování. Před tím než pracovník začne pracovat s klientem je potřeba, aby se soustředil sám na sebe a zmírnil své negativní pocity, jako jsou frustrace a hněv. Dalšími technikami jsou: používání doteku

(v oblasti ramen či paže); užívání jednoduchých neohrožujících otázek (Kdo?, Co?, Kde?); představa protikladu; užívání klidného, hlubšího hlasu; zrcadlení pohybů a pocitů, opakování výpovědi; užívání polarity a extrému; udržování dlouhého, upřímného očního kontaktu; reminiscence atd. V oblasti validace je zrcadlení něco jiného, než napodobování. Pečující touto technikou navozuje atmosféru důvěry, empatie pomocí neverbální komunikace. Předpokladem pro úspěšné provádění validačních technik je znalost komunikace a komunikačních kanálů. Validující musí poznat, jakou percepční oblast kdo nejvíce užívá (auditivní, vizuální, kinestetický) a podle toho volí způsob komunikace. Využívá pozorování fyzických charakteristik: oči, svaly, brada, pohyby, tón hlasu (Rheinwaldová 1999, s. 45).

4.3 Preterapie

Preterapie je specifická metoda práce s lidmi s těžkým mentálním a duševním postižením. Umožňuje navázat kontakt, rozvíjet komunikaci a následně navázat spolupráci s jedinci, kteří prožívají jinou dimenzi reality. „Zakladatelem této metody je humanisticky orientovaný psycholog a psychoterapeut Garry Prouty, který své zakotvení spatřuje v existencionalní psychologii Gedlina, v humanistické psychologii a v Rogersově psychoterapeutickém přístupu zaměřeného na klienta. Filosoficky je preterapie zakotvena ve fenomenologii a je součástí fenomenologické tradice v psychologii a psychiatrii“ (Janečková 2013, s. 275). Metoda se prosazuje ve stále více oblastech, nejen u mentálně a duševně nemocných, ale i u seniorů, u klientů s demencí, u umírajících. Je prospěšná klientům v krizovém stavu, jako součást terapie a při navazování kontaktu v běžném životě.

Základní charakteristikou preterapie je Buberovo „směřování ke konkrétnímu“ (Prouty aj. 2005, s. 31). Klíčovým je pro tuto metodu poznatek, že jedinci s poškozeným mozkem a klienti trpící psychózou vnímají svět kolem sebe velmi konkrétně. Jejich vnímání je věčné, doslovné a je „vázáno na podnět“. To je důvod proč reflexe využívané v preterapii, k navázání psychologického kontaktu s klienty, jsou zcela věčné, doslovné a duplikující. Preterapie vyžaduje úplně jiné chápání a přístup ke klientům ze strany pracovníků. Tomuto požadavku odpovídá Rogersův přístup zaměřený na klienta, jehož základními hodnotami je bezpodmínečné pozitivní přijetí, empatie a kongruence. Důraz je kladen na vřelý, přijímající, pečující postoj, na vstřícnost a upřímný zájem ze strany terapeuta (Prouty aj. 2005, s. 35).

Zásadními technikami preterapie jsou kontaktní reflexe, které nespočívají v pouhém zrcadlení nebo opakování, ale pomáhají pečovateli vcítit se a vžít se do klientova světa.

Klientům tento přístup pomáhá v pochopení toho co se děje s nimi a kolem nich, snižuje se tak jejich úzkost. Reagování na klienty se provádí pomocí pozorování a následného slovního, zvukového a pohybového zrcadlení chování klienta.

Prouty aj. (2005, s. 36) uvádí tyto techniky:

Situační reflexe – spočívá v pečlivém pozorování klientovo situace, okolí a prostředí, v němž žije, a v reflektování jeho chování. Prouty aj. (2005, s. 36) uvádí příklad klienta, který se dívá na skvrnu na podlaze a terapeut reflektuje: „Díváte se na velkou skvrnu na podlaze“. Tímto druhem reflexí podněcuje klienta ke kontaktu s realitou.

Obličejové reflexe – pozorně sledujeme obličej klienta a zrcadlíme výraz v jeho tváři. Např.: „Dan se usmívá“. Tímto způsobem podněcujeme kontakt v emoční rovině.

Tělové reflexe – pozorujeme celé držení těla klienta, které bývá nepřírozené, strnulé a katatonické. Jeho pozici můžeme zrcadlit slovně nebo tělesně. Příkladem verbálním zrcadlení je: „Dan se celý chvěje“. V případě neverbálního zrcadlení pracovník napodobuje co nejvěrněji pohyby klienta a jeho pozici. Tato technika umožňuje klientům překonat tělesné odcizení a pomáhá ke kvalitnějšímu prožívání vlastního těla.

Slovní reproduktivní reflexe – používá se u klientů, kteří se vyjadřují nesouvisle, spíše ojedinelými slovy nebo nelogickými větami. V tomto případě pozorně nasloucháme projevu klienta a opakujeme po něm řečená slova, byť jejich významu nerozumíme. Můžeme také opakovat klientovy paralingvistické projevy. Reflexe slov a zvuků signalizuje klientovy, že je přijat jako rovnocenný partner, což ho povzbudí k dalšímu kontaktu.

Zopakované reflexe – jde o opakování reflexí, které se již v kontaktu s klientem osvědčily. Tyto reflexe mohou být dlouhodobé nebo krátkodobé. Prouty aj. (2005, s. 36) uvádí příklad: Klient se usměje. Terapeut reflektuje: „Usmál jste se“ (několikaminutové ticho). Terapeut opakuje: „Pořád se usmíváte“. Klient říká: „Šťastný“.

Tyto techniky umožňují klientům vyjádřit své potřeby a navázat vztah s terapeutem nebo pečovateli. Důsledná a citlivá odezva na nejjemnější iniciativy postiženého jedince, posiluje jeho kontaktní funkce (realitní, emocionální a komunikační kontakt). Zlepšení stavu se hodnotí podle projevů klientova kontaktního chování.

4.4 Videotrénink interakcí

Metoda vznikla na počátku 80. let 20. století v Nizozemí. V polovině devadesátých let 20. století se Videotrénink interakcí (VTI) přenesl do ČR. Zde tuto metodu od roku 1993 šíří a rozvíjí, pod vedením Kateřiny Šimáčkové, pobočka nevládní organizace SPIN.

„Videotrénink interakcí je metoda využívaná jako prevence, krátkodobá intervence či terapie při poruchách komunikace nebo při řešení vztahových problémů (rodič a dítě, učitel a žák, pomáhající pracovník-klient) s cílem identifikovat, aktivovat a rozvíjet konstruktivní interakci, podpořit stávající zdroje a podnítit vývojové procesy všech zúčastněných v daném systému, a tím využít co nejlépe jejich kapacitu a potenciál.“ (Šilhánová 2013, s. 306). Autorka k této definici také dodává, že VTI přístup je založený spíše na kaučovacím vztahu, v němž je kladen důraz na spolupráci a pozitivní zpětnou vazbu (Šilhánová 2013, s. 308).

Klíčovým médiem jsou krátké videozáznamy z běžné komunikace mezi pracovníkem a klientem, následuje jejich analýza a nejdůležitější částí práce s klientem je pak rozhovor nad vybranými úseky tohoto záznamu. Diskuze v týmu pracovníků se zaměřuje na nalezení optimálního přístupu práce s jednotlivými klienty a zlepšení postupu v případech, kde je to třeba. Při rozboru videozáznamů je podstatné porozumět jemným rozdílům v chování na verbální i neverbální úrovni, někdy nezpozorovatelným pouhým okem. Metoda vyžaduje od videotrenéra specifickou odbornost v oblasti videotréninku interakcí, zkušenost z práce s klientskou skupinou a rodinnými příslušníky, nebo těmi, kteří o klienty pečují.

V oblasti péče o seniory s demencí je kamera zvláště užitečný nástroj. Umožňuje zachytit, prohlédnout si a přemýšlet o tom, co se odehrává mezi člověkem s demencí a pečovatelem. Uvědomit si co pomáhá, aby nemocný člověk podržel schopnost najít se, uložit se na lůžko, obléci a umýt se (Janečková in Koběrská 2003, s. 4). VTI je pomocníkem při hledání řešení v situacích, které jsou pro pečovatele a klienty obtížně zvládnutelné a vyčerpávající. Nalézání nových možností v komunikaci, je zdrojem energie a chuti dále pracovat na zlepšování kvality života osob s demencí. Přináší pečovatelům úlevu z pocitu dobře vykonané práce a také posiluje lidskou důstojnost (Koběrská 2003, s. 5, 6).

5 Rezidenční zařízení pro seniory

Posláním pobytových sociálních služeb pro seniory je zajistit péči občanům, kteří jsou částečně nebo zcela závislí na péči druhých osob a kterým tuto péči nemůže zajistit jejich vlastní rodina. Důležitou prioritou služeb je zachování co největší míry soběstačnosti a individuality všech uživatelů prostřednictvím ošetrovatelské péče, individuální práce, rehabilitace a společenských aktivit. Cíle a druhy poskytovaných služeb jsou vymezeny zákonem 108/2006 Sb. o sociálních službách. Ošetrovatelskou péči, v rezidenčních zařízeních zajišťují kvalifikovaní zaměstnanci, registrované zdravotní sestry dle zákona č. 372/2011Sb. o zdravotních službách. Rezidenčními sociálními službami pro seniory jsou:

Domovy pro seniory – „ jsou formou náhradního bydlení starých lidí, kteří z různých důvodů nemohou či nechtějí žít ve svém původním domácím prostředí a v přirozené komunitě a volí bydlení ve společenství vrstevníků podpořené nejrůznějšími službami, jež jsou snadno dostupné a odpovídají jejich specifickým potřebám“ (Janečková 2013, s. 434). Zařízení poskytují péči seniorům 24 hodin denně.

Domovy se zvláštním režimem – poskytují obdobnou péči jako domovy pro seniory. Cílovou skupinou pro tyto služby jsou osoby se sníženou soběstačností z důvodů chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám s diagnostikovanou demencí různého typu. Součástí každodenní péče o tyto klienty je opora při zvládnání jejich závislosti na alkoholu a dovednosti žít s psychickou poruchou či podobným handicapem.

Týdenní stacionáře – představují pobytová zařízení pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení nebo duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba dle zákona č. 108/2006 Sb. § 47 poskytuje během pracovních dnů: ubytování, stravu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnání péče o sebe sama a aktivizační činnosti atd. (zákon č. 108/2006 Sb., § 47, odst. 2, písm. a-h).

5.1 Zaměstnanci v přímé péči v domově pro seniory

S pojmem pracovník přímé péče, se v praxi domovů pro seniory setkáváme běžně. V zákonu o sociálních službách najdeme pouze označení „ pracovník v sociálních službách“. Tato pracovní kategorie je zařazena, dle doporučení ekonomického odboru do 3. až 9. platové třídy.

Musil aj. (2006, s. 6) ve své závěrečné zprávě z výzkumného projektu „Kvalifikace pracovníků v sociálních službách“ uvádí 9 základních typových pozic, v nichž pracovníci v sociálních službách fungují. Autoři se zabývají obsahem rolí, posláním, běžně očekávanými činnostmi, předpoklady a kvalifikačními požadavky na tyto pracovníky. V domovech pro seniory dle autorů působí, kromě vedoucích, sociálních, rehabilitačních a aktivizačních pracovníků pracovníci pro zdravotně- pečovatelskou činnost. Tato pozice se dále člení na typ kvalifikované zdravotní sestry-pečovatelky a typ ošetřovatelé/ky a sanitáři/ky.

V následujících podkapitolách se budeme věnovat pracovníkům v sociálních službách v pojetí zákona č. 108/2006 Sb., jejich kvalifikačním potřebám souvisejícím s komunikací s klienty. Zaměříme se také na pozici aktivizačního pracovníka v domově pro seniory, protože jsme tuto roli zařadili mezi respondenty svého výzkumu.

5.1.1 Pracovník v sociálních službách

Dle zákona č. 108/2006 Sb. je pracovníkem v sociálních službách ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb, základní výchovnou nepedagogickou činnost nebo pečovatelskou činnost v domácnosti osoby. Povinnosti pracovníka v sociálních službách spočívají v nácvičku pracovních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami a s prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podpoře soběstačnosti, posilování životní aktivizace a společenských kontaktů atd. (zákon č. 108/2006 Sb., § 116, odst. 1, písm. a).

Předpokladem pro vykonávání činnosti pracovníka v sociálních službách je, dle zákona č. 108/2006 Sb., bezúhonnost, odborná a zdravotní způsobilost. Požadavkem je střední vzdělání v oboru nebo základní či střední vzdělání a absolvování akreditovaného specializačního kurzu v rozsahu nejméně 150 hodin. Zaměstnavatel je povinen zabezpečit pracovníkům v sociálních službách další vzdělávání nejméně 24 hodin za rok. Zaměstnanci tak mohou prohloubit své znalosti formou odborné stáže, školících akcí, specialisovaných akreditovaných kurzů.

Z výše jmenované výzkumné zprávy autora Musila aj. (2006, s. 21) vyplývá, že pečovatelé nejčastěji prožívají obtíže v běžně očekávaných činnostech, jako jsou každodenní komunikace s klienty a schopnost porozumět jejich individuálním potřebám, povídání si s klienty s cílem je zabavit a poskytnout jim příležitost ke kontaktu. Autoři v závěrečném

doporučení apelují na další průběžné, koncepční vzdělávání pečovatелů, nebo je doporučují, začlenit do nově koncipovaných zdravotně-sociálních učebních nebo maturitních oborů. V komunikaci s klienty by se vzdělávání mělo orientovat na schopnost aktivně naslouchat, způsobilost komunikovat a adekvátně jednat s agresivními klienty, schopnost rozpoznat požadavky klientů (Musil aj. 2006, s. 25, 26).

Akreditovaný kvalifikační kurz

Obsah kurzu je členěn na část obecnou a zvláštní. Každá z těchto částí má své tematické okruhy, jejichž rozsah je vymezen ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. § 37.

Jedna z oblastí obecné části kurzu je zaměřena na základy komunikace, rozvoj komunikačních dovedností, asertivitu a metody alternativní komunikace. Pracovníci v sociálních službách-pečovatelé se během 10 výukových hodin dozvědí něco o základech komunikace. Probírají se pravidla komunikace se seniorem, poruchy řeči, komunikační bariéry a asertivní techniky. Teoretickou výuku doprovází projekce videa na téma stáří a senioři, následuje nácvik komunikačních dovedností při řešení modelových situací v komunikaci se seniorem a jeho rodinou.

5.1.2 Aktivizační pracovník

V domovech pro seniory v pozici pracovníka pro aktivizační činnost najdeme ergoterapeuty, speciální pedagogy, rehabilitační, sociální pracovníky nebo pracovníky v sociálních službách, kteří absolvovali doplňkové kurzy. Musil aj. (2006, s. 68) doporučují pro výkon této náročné pomáhající profese volit spíše odborně kvalifikované pedagogicky zaměřené pracovníky, jako jsou pedagogové volného času, sociální a speciální pedagogové, ergoterapeuti atd. Takto odborně zaměření specialisté, jsou dle autorů lépe připraveni rozpoznat celé spektrum psychosociálních potřeb, zvyklostí a potíží různorodé populace klientů z řad seniorů.

Od aktivizačních pracovníků se očekává, že zvládnou celý komplex navzájem souvisejících činností s ohledem na individuální přístup ke klientům. Patří sem například management a odborné vedení zájmových aktivit. Podněcování činnosti a provázení klientů. Dále je to systematické poznávání potřeb klientů a přizpůsobení aktivit jejich schopnostem, přáním a možností. Komunikace s klientem za účelem stimulace funkcí jeho psychiky a poskytování příležitosti ke kontaktu seniora se sociálním okolím (Musil aj. 2006, s. 63).

Empirická část

6 Charakteristika výzkumu

V teoretické části bakalářské práce jsme shrnuli poznatky našich i světových odborníků na danou oblast, kterou jsou komunikační prostředky obecně a ve specifických formách užívaných v práci se seniory. Soustředí se na aktuální metody a aplikace prostředků používaných pracovníky v sociálních službách při práci se seniory. K analýze výzkumného problému jsme volili kvantitativní výzkumný design. V rámci výzkumu byli osloveni pracovníci v sociálních službách a aktivizační pracovníci vybraných domovů pro seniory v regionu České Lípy a Nového Boru. Výsledná zjištění a doporučení tak mohou být reálněji zavedena do praxe.

6.1 Cíl výzkumu

Cílem je analyzovat vědomosti, praktické dovednosti a reálné využívání běžných a specifických forem komunikace pracovníků v přímé péči směrem k uživatelům služeb v domově pro seniory. Zajímalo nás, jaké jsou znalosti pracovníků v přímé péči v domovech pro seniory o základních a specifických formách komunikace. Jaké základní a specifické formy komunikace tyto pracovníci reálně používají. Dalším cílem bylo analyzovat, zda pracovníci s odborným sociálním nebo zdravotnickým vzděláním, nebo ti, co absolvovali specializované kurzy zaměřené na specifické formy komunikace, jsou lépe připraveni na využívání těchto forem komunikace v praxi. Takto kladené otázky nás vedly k formování následujících hypotéz.

6.2 Hypotézy bakalářské práce

Hypotéza č. 1: Pracovníci v přímé péči v domovech pro seniory s odborným zdravotnickým či sociálním vzděláním jsou lépe připraveni na využívání specifických forem komunikace v praxi, než pracovníci v přímé péči, kteří absolvovali akreditovaný kvalifikační kurz.

Hypotéza č. 2: Pracovníci v přímé péči v domovech pro seniory, kteří absolvovali specializované kurzy zaměřené na specifické formy komunikace, jsou lépe připraveni na využívání těchto forem komunikace, než pracovníci, kteří tyto kurzy neabsolvovali.

Hypotéza č. 3: Specifické formy komunikace v podobě bazální stimulace a netechnických pomůcek AAK jsou v praxi využívány více, než specifické formy komunikace v podobě videotréninku interakcí a validačních technik.

6.3 Stanovené výzkumné otázky

Otázka č. 1: Jaké jsou znalosti pracovníků v přímé péči v domovech pro seniory o základních a specifických formách komunikace?

Otázka č. 2: Jaké jsou praktické dovednosti pracovníků v přímé péči v domovech pro seniory v základních a specifických formách komunikace?

Otázka č. 3: Jaké specifické formy komunikace pracovníci v přímé péči v praxi reálně využívají?

6.4 Metody a techniky výzkumu

Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda dotazování. 21 položek bylo rovnoměrně rozloženo do dotazníku a rozhovoru. Tímto rozhodnutím jsme docílili vysoké návratnosti dotazníku, ze 40 oslovených pracovníků se 37 účastnilo průzkumu a odevzdalo řádně vyplněný dotazník. Při rozhovoru jsme mohli klást doplňkové otázky k jednotlivým položkám a získat tím větší množství informací.

Volili jsme osobní dotazování. Jedná se o tradiční formu dotazování, postavenou na přímé komunikaci tazatele s respondentem. Přínosem této formy je příležitost motivovat respondenta a zpřesnit výklad položky. Aktivem je tedy zpětná vazba mezi tazatelem a respondentem. Výhodou je vysoká návratnost odpovědí, možnost využití názorných pomůcek, získání doplňkových informací pozorováním, možnost použití delšího dotazníku a složitějších otázek. Negativem je naopak vysoká časová i finanční náročnost, a nižší ochota tázaných poskytovat informace z důvodu obavy z identifikace.

Do dotazníku jsme zařadili především identifikační otázky, které zjišťují pohlaví, věk, praxi respondentů. Znalosti a zkušenosti respondentů jsme zjišťovali pomocí uzavřených a polo uzavřených otázek. Data získaná v dotazníku jsme si ověřovali a doplňovali následným rozhovorem. Do strukturovaného rozhovoru jsme zahrnuli složitější otevřené otázky, odpovědi respondentů jsme zaznamenávali písemně.

Dotazník je nestandardizovaný, vlastní konstrukce. Výzkumné šetření bylo anonymní, vstupní část dotazníku obsahuje jasný návod k vyplnění a na konci je poděkování respondentům za spolupráci. Druhá část se skládá z položek, které zjišťují faktografické údaje a otázek zkoumajících výzkumný problém. Součástí některých položek dotazníku i rozhovoru jsou také obrázky, které ilustrují situace, postoje a emoce.

Pro testování hypotézy č. 2 jsme volili test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulky a Fischerův kombinatorický test. „Tento test je možno použít v případech, kdy jsou četnosti ve čtyřpolní tabulce příliš malé, že užití testu chí-kvadrát je vyloučeno“ (Chráska 2007, s. 84).

6.5 Popis zkoumaného vzorku

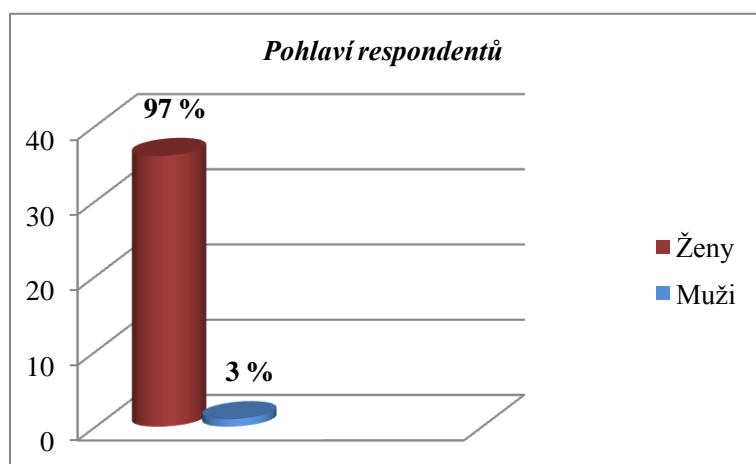
Do průzkumu se celkem zapojilo 37 zaměstnanců z 6 domovů pro seniory, kteří pracují v přímé péči s uživateli těchto služeb. Dotazováno bylo 7 aktivizačních pracovníků a 30 pracovníků v sociálních službách- ošetřovateli.

Tabulka 1: Přehled domovů pro seniory v regionu Nového Boru a České Lípy

NÁZEV ORGANIZACE	ADRESA ORGANIZACE
Domov důchodců Sloup v Čechách p. o	Benešova č. 1, 47152 Sloup v Čechách
Domov pro seniory LADA	Ústecká 2855, 470 01 Česká Lípa (SSMČL)
Domov pro seniory Mimoň p. o.	Pražská 273, Mimoň 47124
Domov pro seniory Doksy p. o.	Panská 199, 472 01 Doksy
Domov důchodců a dům s pečovatelskou službou Zákupy p. o.	Nové Zákupy 500, 471 23 Zákupy
Senior centrum Nový Bor	B. Egermanna 354

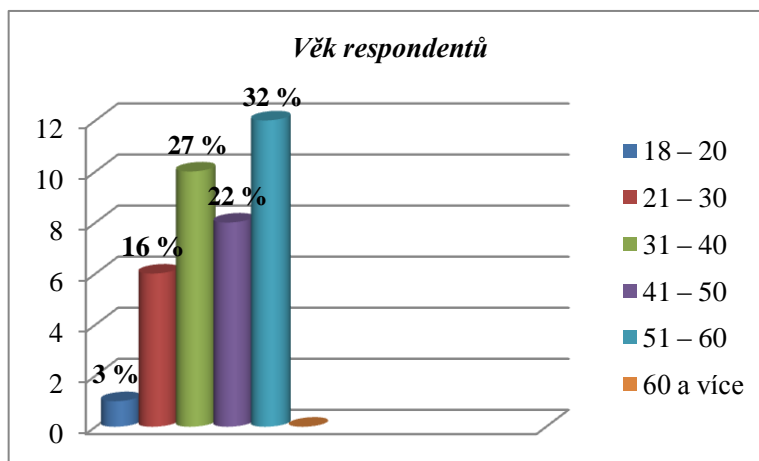
Z grafu je patrné, že většinu respondentů 97 % tvoří ženy, mužů je minimum 3%.

Pro bližší charakteristiku respondentů jsme do dotazníku zařadili otázku



Graf č. 1: Pohlaví respondentů

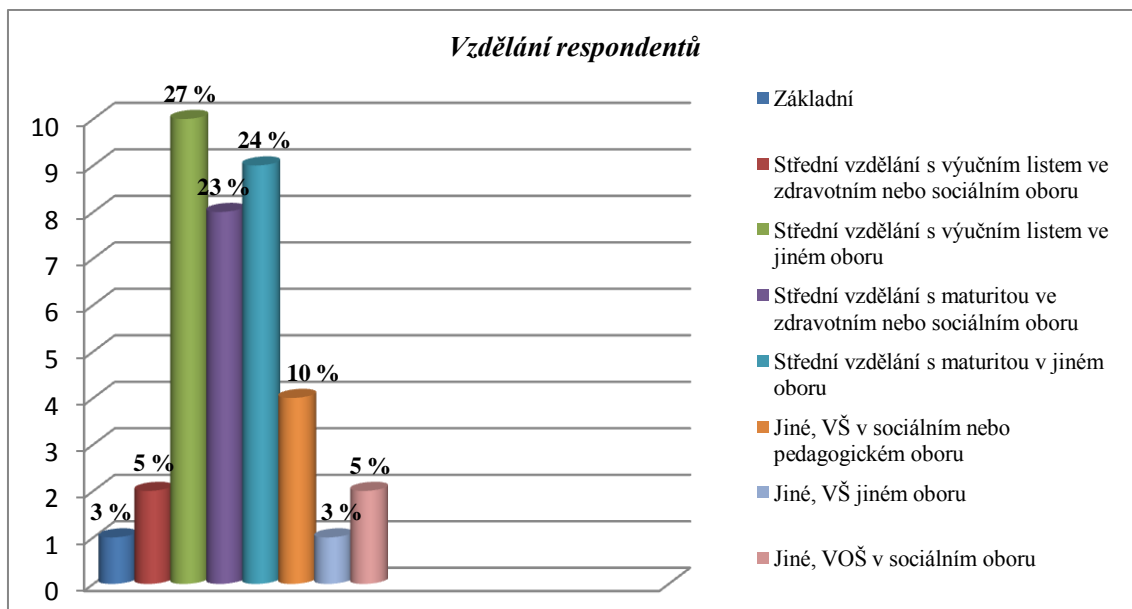
č. 2. Cílem bylo zjistit jaké je věkové složení pracovníků v přímé péči v domovech pro seniory. Z šesti věkových kategorií je početně nejvíce zastoupena skupina ve věku od 51–60 let, kterou tvořilo 32 % pracovníků. Co do počtu respondentů se této skupině



Graf č. 2: Věk respondentů

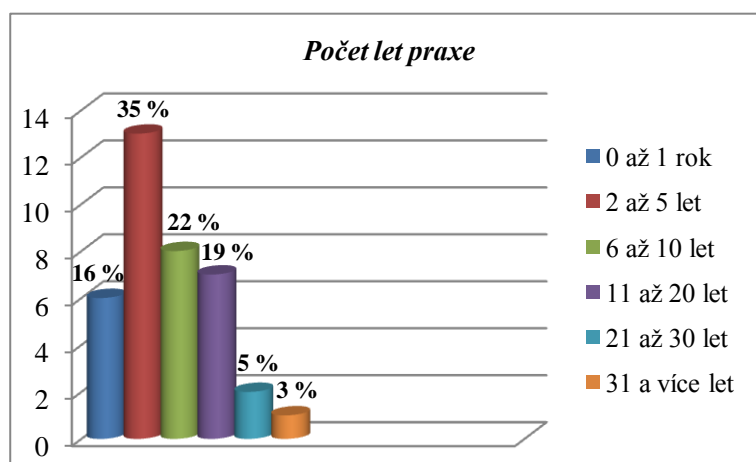
blíží věková kategorie 31–40 let, zahrnuje 27 % dotazovaných. Následuje skupina ve věku od 41–50 let (22 %) a od 21–30 let (16 %). 3 % dotazovaných je ve věku od 18–20 let. Nejvyšší věková kategorie nad 60 let není ve vybraných domovech pro seniory zastoupena.

Graf č. 3 ilustruje nejvyšší dosažené vzdělání pracovníků v přímé péči v domovech pro seniory. Z šesti vytvořených kategorií dokončeného vzdělání je nejvíce respondentů, 27 % vyučeno v jiném oboru, 24 % má středoškolské vzdělání s maturitou v jiném oboru, 23 % má středoškolské vzdělání s maturitou ve zdravotním nebo sociálním oboru, 5 % dotazovaných je vyučeno v sociálním nebo zdravotním oboru a 3 % pracovníků má pouze základní vzdělání. Vzhledem k tomu, že jsme do průzkumu zařadili také aktivizační pracovníky, navýšil se nám počet vysokoškolsky vzdělaných pracovníků. 10 % dotazovaných má vysokoškolské vzdělání v sociálním nebo pedagogickém oboru a po 5 % respondentů absolvovalo vyšší odborné vzdělání v sociálním oboru a 3 % vysokou školu v jiném oboru. Zajímavostí je, že někteří vysokoškolsky vzdělaní zaměstnanci jsou na pozici pracovníků v sociálních službách (pečovateli). Z průzkumu vyplývá, že 43 % pracovníků v přímé péči v domovech pro seniory má odborné vzdělání a 57% pracovníků je rekvalifikováno akreditovaným kvalifikačním kurzem (PSS).



Graf č. 3: Vzdělání respondentů

Graf č. 4 znázorňuje počet let praxe dotazovaných pracovníků v přímé péči o seniory. Praxi do 1 roku uvádí 16 % pracovníků, od 2–5 let 35 % pracovníků, 6–10 let se seniory pracuje 22 % respondentů, 11–20 let uvádí 19% pracovníků



Graf č. 4: Počet let praxe

a 21–30 let 5% zaměstnanců. Více než 31 let praxe udává pouze 1 (3 %) pracovnice v sociálních službách, která se seniory pracuje už celých 40 let. Ze studie je viditelné, že nejvíce dotazovaných 35 % pracuje se seniory 2 až 5 let, potom se počet respondentů snižuje.

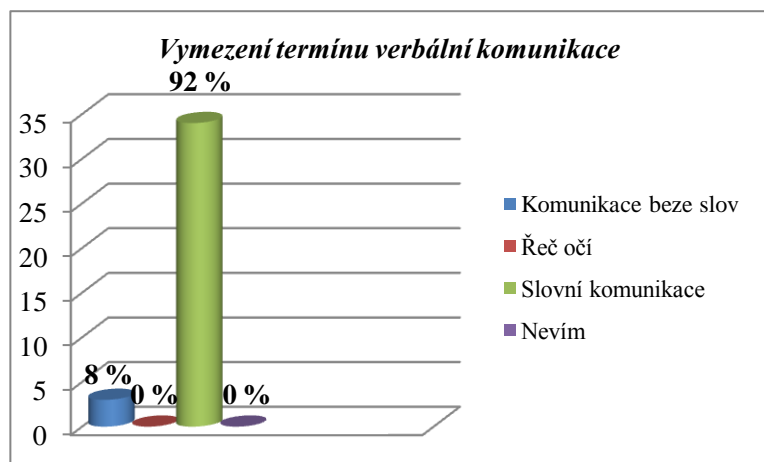
7 Výsledky dotazníkového průzkumu a rozhovoru

7.1 Analýza a interpretace dat získaných prostřednictvím dotazníku

Jednotlivé položky dotazníku v této podkapitole jsme se, v návaznosti na cíle bakalářské práce rozhodli, vyhodnocovat v kontextu dvou základních kategorií. Těmi jsou teoretické znalosti a praktické dovednosti pracovníků v komunikaci se seniory.

Položky dotazníku ověřující teoretickou znalost respondentů

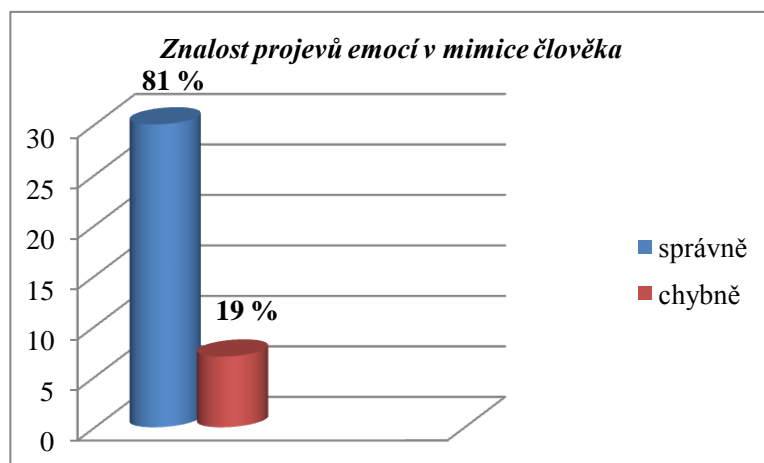
Cílem položky č. 5 bylo zjistit, znalost respondentů pojmu verbální komunikace 92 % pracovníků odpovědělo správně, že je to slovní komunikace. 8 % zaměstnanců odpovědělo, že verbální komunikace je komunikace beze slov, což je chyba, protože je to neverbální komunikace.



Graf č. 5: Vymezení termínu verbální komunikace



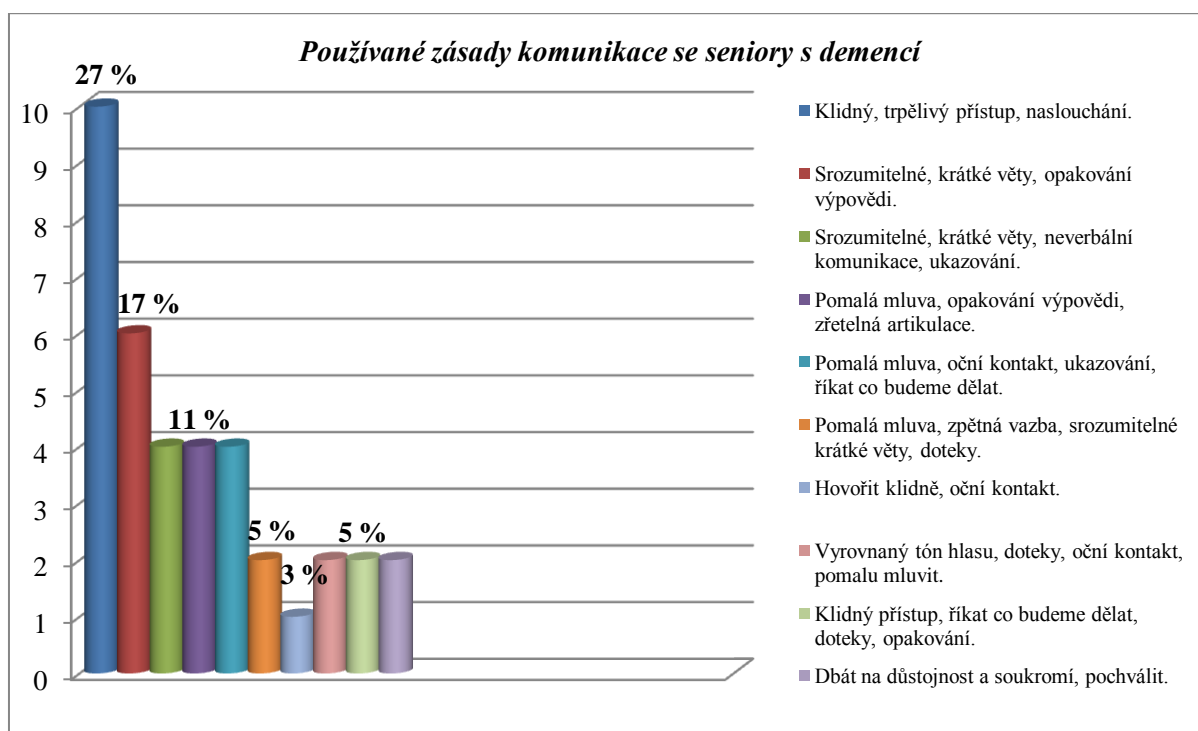
Položka č. 6 zjišťovala, zda respondenti dokážou rozpoznat projevy emocí v mimice člověka. Inspiraci pro ilustraci obrázků, které vyjadřují výraz emocí, jsme našli v knize autora Nakonečného (2004, s. 172). Do dotazníku jsme



Graf č. 6: Znalost projevů emocí v mimice člověka

zařadili emoce: radost, strach, hněv a smutek. Druhý obrázek zleva označilo 70 % respondentů jako vyjádření údivu, 11 % jako vyjádření smutku a dalších 8 % dotazovaných jako nepochopení a neklid. Pouze 4 respondenti (11 %) uvedli, že obrázek vyjadřuje strach, což byla správná odpověď. Po konzultaci s několika nezávislými odborníky jsme se rozhodli obrázek z vyhodnocení průzkumu vyřadit. Myslíme si, že obrázek nevyjadřuje dostatečně výstižně emoci strach. Emoce z výrazu obličeje člověka, dokáže určit 81 % respondentů, kteří uvedli správnou odpověď, 19 % respondentů odpovědělo chybně.

Položky dotazníku ověřující praktickou dovednost respondentů

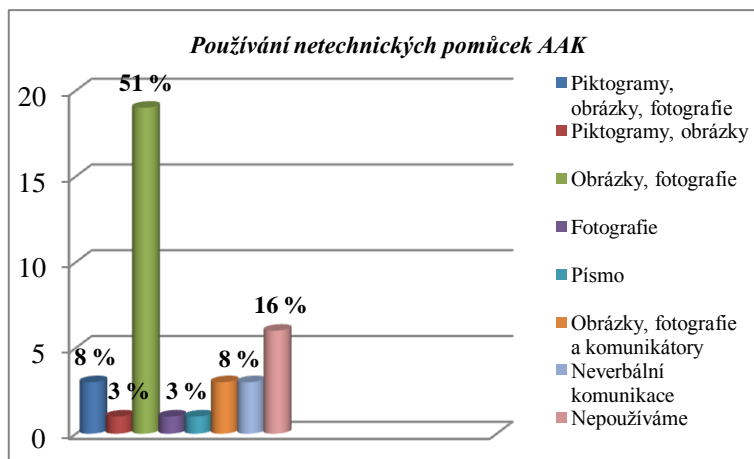


Graf č. 7: Používané zásady komunikace se seniory s demencí

Graf č. 7 znázorňuje zásady komunikace se seniory s demencí, které respondenti znají a používají v praxi. 27 % pracovníků uvedlo, že dbá na klidný, trpělivý přístup a naslouchání, 17 % pracovníků používá srozumitelné, krátké věty a opakování výpovědi, 11 % uvedlo srozumitelné, krátké věty, využívání neverbální komunikace a názorné ukazování při komunikaci. Dalších 11 % pracovníků používá pomalou mluvu, opakování výpovědi a zřetelnou artikulaci, následujících 11 % uvedlo pomalou mluvu, opakování výpovědi a zřetelnou artikulaci. 5 % pracovníků uvedlo pomalou mluvu, používání zpětné vazby, srozumitelné krátké věty a doteky při komunikaci, 3 % uvedlo, že je důležité hovořit klidně a udržovat oční kontakt, 5 % používá při komunikaci vyrovnaný tón hlasu, doteky, oční

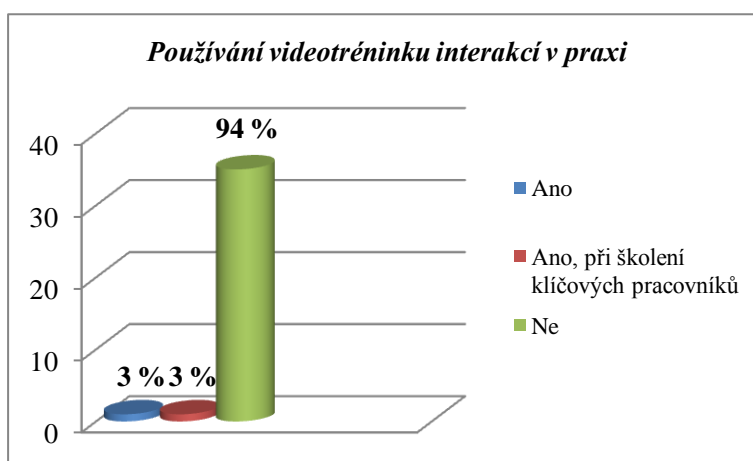
kontakt a pomalou mluvu. 5 % pracovníků využívá klidný přístup, říkají, co budou s uživateli dělat, doteky a opakování, zbylých 5 % pracovníků dbá při komunikaci na důstojnost a soukromí klienta a chválí. Celkem 100 % respondentů uvedlo zásady správně.

Graf č. 8 nám ukazuje netechnické pomůcky AAK, které respondenti znají a používají v praxi se seniory s narušenou komunikační schopností. Z odpovědí vychází, že nejvíce pracovníků 51 %, ve své praxi využívá obrázky a fotografie, 8 % používá piktogramy, obrázky a fotografie, dalších 8 % pracovníků uvedlo neverbální komunikaci, 3 % uvedlo piktogramy a obrázky, další 3 % fotografie a zbylé 3 % používá v dorozumívání pouze písmo. 16 % respondentů uvedlo, že netechnické pomůcky AAK v praxi nevyužívají. Obrázky, fotografie a komunikátory uvedlo 8 % pracovníků, tuto odpověď považujeme za nesprávnou, protože komunikátory patří mezi technické pomůcky AAK. Komunikátory jsme jako odpověď na otázku č. 8 zařadili z důvodů prověření znalosti pracovníků v této oblasti.

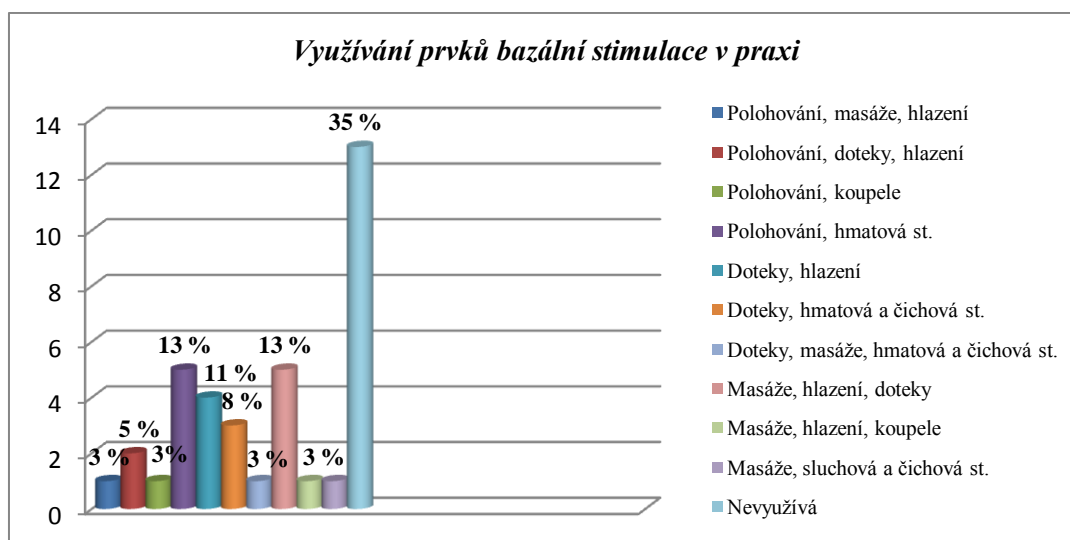


Graf č. 8: Používání netechnických pomůcek AAK v praxi

Cílem položky č. 9 bylo zjistit, zda pracovníci v přímé péči o seniory používají videotrénink interakcí v praxi. Dotazovaní měli na výběr 2 možnosti: ano, vypište jak a ne. 94 % pracovníků VTI ve své praxi se seniory nepoužívá. 3 % používají, ale nevedli jak. 3% pracovníků VTI používá při školení klíčových pracovníků v individuálním plánování. 94 % pracovníků nevědělo, co pojem videotrénink interakcí znamená.



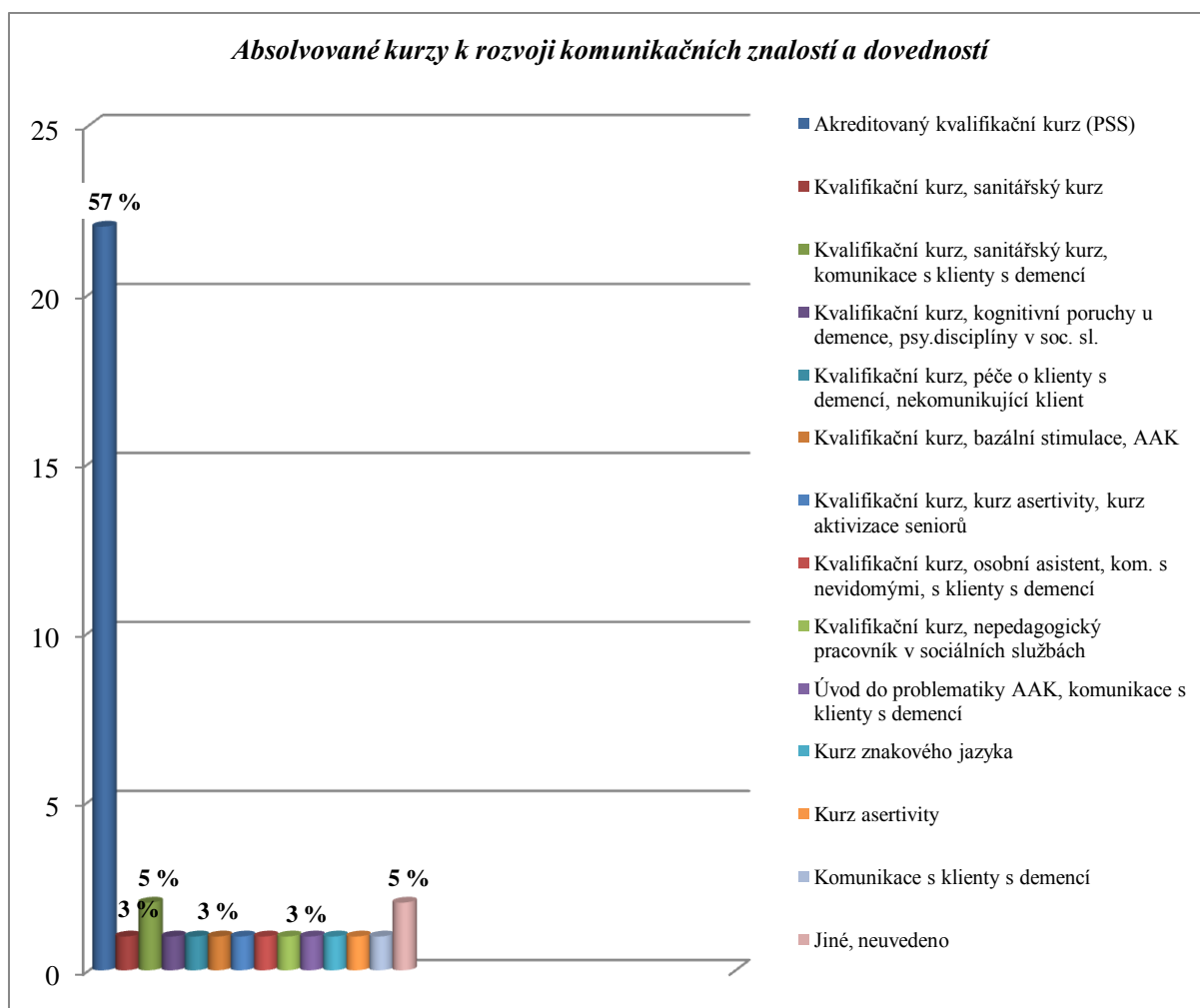
Graf č. 9: Používání videotréninku interakcí v praxi



Graf č. 10: Využívání bazální stimulace v praxi

Položka č. 10 zjišťovala, zda respondenti využívají prvky bazální stimulace v praxi. Celkem 65 % respondentů ve své praxi prvky BS využívá. Ke komunikaci se seniory 13 % respondentů používá polohování a hmatovou stimulaci, dalších 13 % uvádí masáže hlazení a doteky, 11 % respondentů využívá doteky a hlazení, 8 % uvádí doteky hmatovou a čichovou stimulaci, 5 % provádí polohování, doteky a hlazení, 3 % pouze pracovníků své klienty masíruje, hladí a koupe, další 3% provádí doteky a hlazení, 1 (3 %) respondent uvedl doteky, masáže, hmatovou a čichovou stimulaci, zbylé 3 % uvedla masáže, hlazení a koupele a poslední 3 % své klienty masíruje a provádí sluchovou a čichovou stimulaci. Celkem 35 % respondentů odpovědělo, že BS ve své praxi nevyužívá vůbec. 35 % respondentů ve své odpovědi uvedlo techniku hlazení nebo také pohlazení. Tuto odpověď nepovažujeme za správnou, protože hlazení koncept BS nevyužívá.

Pomocí položky č. 11 jsme zjišťovali jaké kurzy k rozvoji komunikačních znalostí a dovedností respondenti absolvovali. Dotazovaní si mohli vybrat 3 možnosti: sanitářský kurz, akreditovaný kvalifikační kurz (pracovník v sociálních službách) a možnost jiné, kde mohli doplnit, jaké jiné kurzy absolvovali.



Graf č. 11: Absolvované kurzy k rozvoji komunikačních znalostí a dovedností

Akreditovaný kvalifikační kurz (PSS) uvedlo 57 % respondentů, akreditovaný kvalifikační kurz (PSS) a sanitářský kurz uvedlo 5 % pracovníků, 5 % uvedlo možnost jiné, ale neupřesnili, jaké kurzy absolvovali. 11 x 3 % respondentů uvedlo tyto kurzy: kurz komunikace s klientem s demencí kurz asertivity; kurz znakového jazyka; úvod do problematiky AAK, komunikace s klienty s demencí; akreditovaný kvalifikační kurz (PSS), nepedagogický pracovník v sociálních službách; akreditovaný kvalifikační kurz (PSS), osobní asistent, komunikace s nevidomými, komunikace s klienty s demencí; akreditovaný kvalifikační kurz (PSS), kurz asertivity, aktivizace seniorů; akreditovaný kvalifikační kurz (PSS), bazální stimulace, AAK; akreditovaný kvalifikační kurz (PSS), komunikace s klienty s demencí, s nekomunikujícími klienty; akreditovaný kvalifikační kurz (PSS), kognitivní poruchy u kl. s demencí, psychologické disciplíny v sociálních službách.

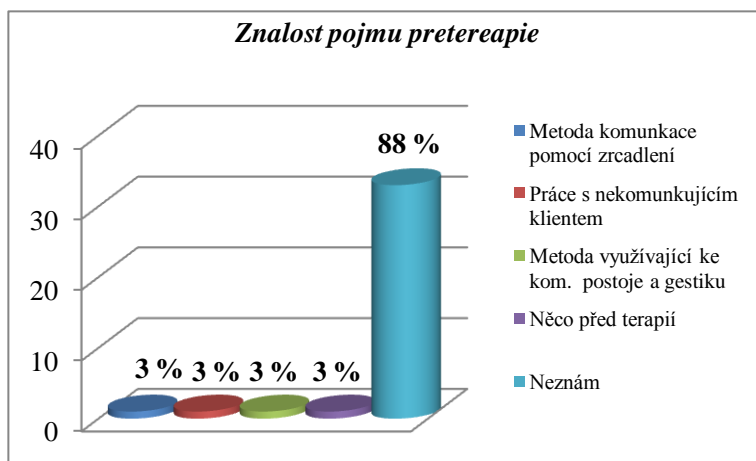
Z vyhodnocení podotázek otázky č. 15 a otázky č. 16 dodatečně vyplynulo, že 19 % respondentů absolvovalo specialisované kurzy zaměřené na bazální stimulaci a 22 % specialisované kurzy v oblasti augmentativní a alternativní komunikace.

7.2 Analýza a interpretace dat získaných prostřednictvím rozhovoru

Stejně jako v předešlé podkapitole budeme v této části bakalářské práce vyhodnocovat jednotlivé položky rozhovoru podle toho, zda zjišťovali teoretické znalosti nebo praktické dovednosti pracovníků v komunikaci se seniory.

Položky rozhovoru ověřující teoretickou znalost respondentů

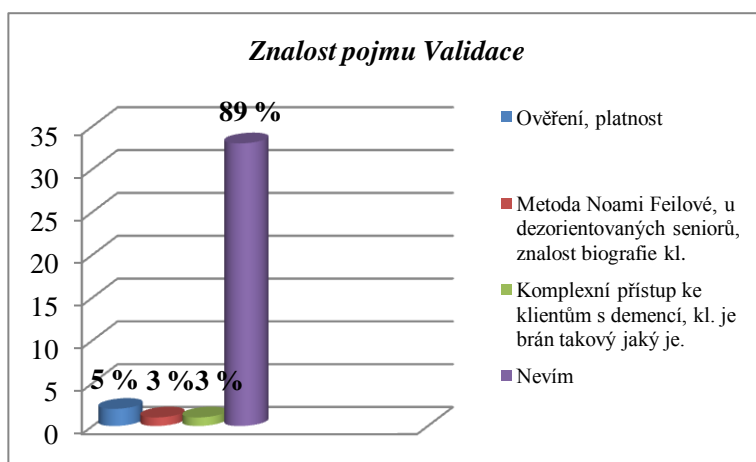
Cílem položky č. 12 bylo zjistit, zda pracovníci znají metodu preterapie. Otázka byla doplněna podotázkami, které zjišťovaly, zda se respondenti účastnili kurzu preterapie, a také na to, jaké techniky používají ve své praxi. Graf č. 12 nám ukazuje, že pojem preterapie 88 % respondentů nezná, 3 % uvedla, že je to metoda komunikace pomocí zrcadlení, další 3 % práce s nekomunikujícím klientem, následující 3 % uvedla metodu využívající ke komunikaci postoje a gestiku a zbylá 3 % uvedla



Graf č. 12: Znalost pojmu preterapie

odpověď něco před terapií. Poslední odpověď nemůžeme vyhodnotit jako správnou odpověď.

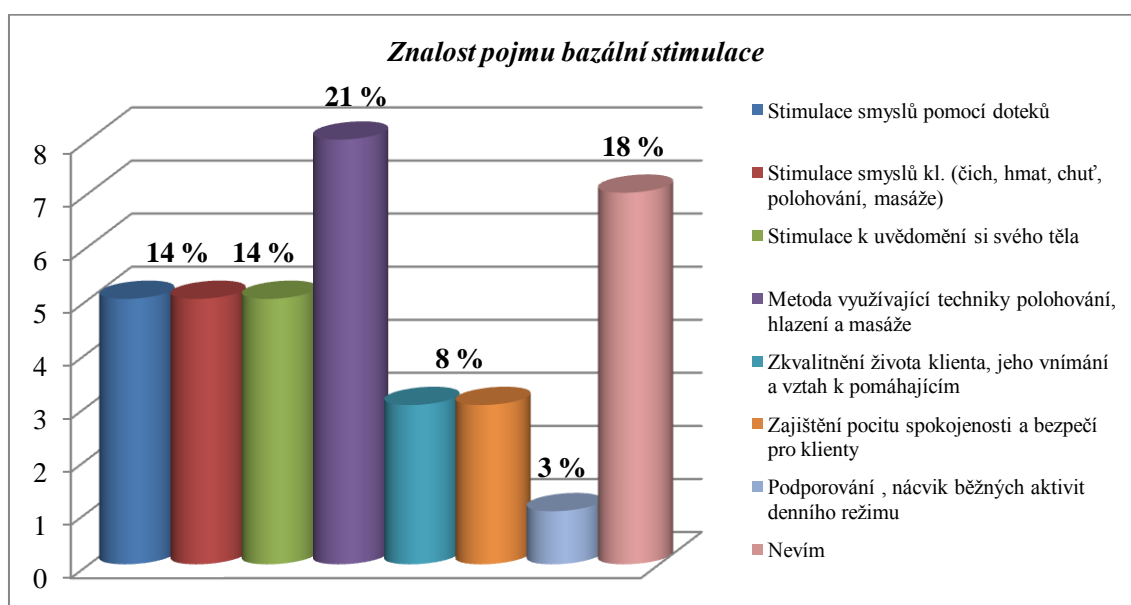
Cílem položky č. 13 bylo zjistit znalost metody Validace. Podobně jako v předchozím případě i tato



Graf č. 13: Znalost pojmu Validace

otázka obsahovala doplňující otázky, pomocí, kterých jsme zjišťovali, jsou-li pracovníci proškoleni, a zda používají techniky validace v praxi. Celkem 89 % respondentů na otázku odpovědělo neví, 5 % uvedlo ověření, platnost, 3 % odpovědělo, že validace je metoda Naomi Feil, používá se u dezorientovaných seniorů a využívá se znalost biografie klienta. 3 % dotazovaných uvedlo, že validace je komplexní přístup ke klientům s demencí, klient je brán takový, jaký je.

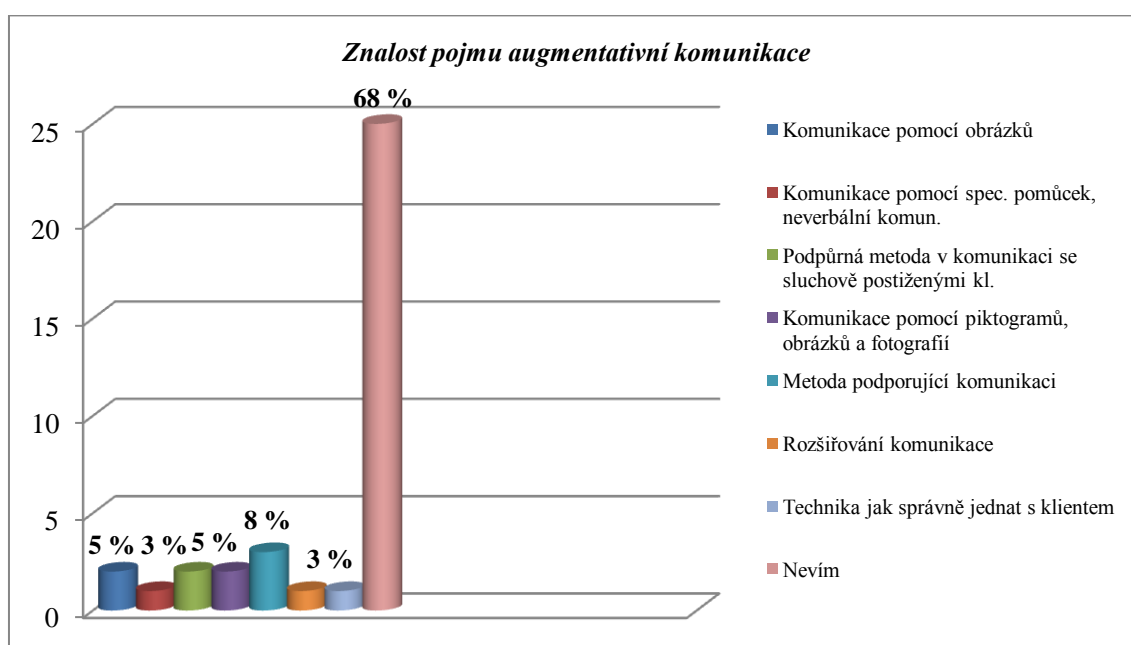
Položka č. 15 měla prozkoumat, zda respondenti rozumí pojmu bazální stimulace a k čemu tento koncept slouží. Bylo také zjišťováno, zda jsou dotazovaní proškoleni kurzem BS. Celkem 21 % pracovníků si myslí, že BS je metoda využívající techniky polohování, hlazení a masáže; 14 % uvedlo, že BS je stimulace smyslů pomocí doteků; dalších 14 % uvedlo stimulaci smyslů klientů pomocí polohování a masáží, stimulace čichu, hmatu a chuti; pro zbylých 14 % respondentů je BS stimulace k uvědomění si svého těla; 8 % uvádí zkvalitnění života klienta, jeho vnímání a vztah k pomáhajícím; zajištění pocitu spokojenosti a bezpečí pro klienty uvádí 8 % dotázaných. 3 % se domnívá, že BS slouží k podporování a nácviku běžných aktivit denního režimu. Teoretická znalost konceptu bazální stimulace chybí 18 % respondentů. 7 (19 %) pracovníků se zúčastnilo různých forem kurzů zaměřených na bazální stimulaci. Některé byly E- learningové, některé presenční zaměřené na teorii atd.



Graf č. 14: Znalost pojmu bazální stimulace

Cílem položky č. 16 bylo zjistit, zda respondenti rozumí významu slova augmentativní komunikace. Celkem 68 % respondentů odpovědělo na otázku neví nebo nemám představu. 8 % dotazovaných uvedlo, že je to metoda podporující komunikaci; komunikace pomocí

obrázků uvedlo 5 % pracovníků; dalších 5 % si myslí, že je to podpůrná metoda v komunikaci se sluchově postiženými klienty; zbylých 5 % uvádí komunikaci pomocí piktogramů, obrázků a fotografií; 3 x 3 % pracovníků uvedlo, že augmentativní komunikace je: komunikace pomocí speciálních pomůcek a neverbální komunikace; rozšiřování komunikace; technika jak správně jednat s klientem. Poslední 2 odpovědi byly příliš obecné a nedají se považovat za správné. Teoretickou neznalost pojmu augmentativní komunikace projevilo 26 % respondentů. Specialisovaného kurzu zaměřeného na AAK se zúčastnilo 8 (22 %) pracovníků v přímé péči pro seniory. Základní informace o metodách alternativní komunikace se dozví každý účastník akreditovaného rekvalifikačního kurzu pracovník v sociálních službách.

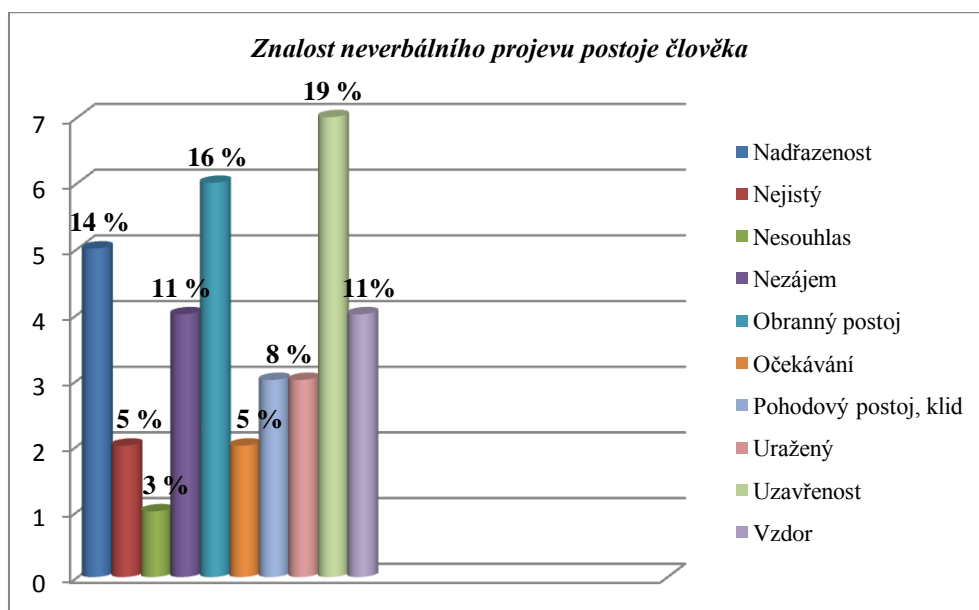


Graf č. 15: Znalost pojmu augmentativní komunikace

Cílem položky č. 19 bylo zjistit, zda respondenti jsou schopni rozpoznat neverbální projev postoje člověka. Nejvíce respondentů 19 % odpovědělo, že obrázek vyjadřuje uzavřenost člověka; 16 % uvedlo obranný postoj; 14 % pracovníků uvedlo nadřazenost; 11 % pracovníků uvedlo nezájem; a dalších 11 % vzdor; pohodový postoj člověku na obrázku přisoudilo 8 % respondentů; uražený uvedlo dalších 8 %; postoj nejistý odpovědělo 5 % pracovníků a dalších 5 % uvedlo očekávání; a 3 % si myslí, že muž na obrázku svým postojem vyjadřuje nesouhlas. Správná odpověď je, že obrázek vyjadřuje obranný postoj člověka. Z výsledných odpovědí lze vyvodit, že tomuto neverbálnímu projevu postoje



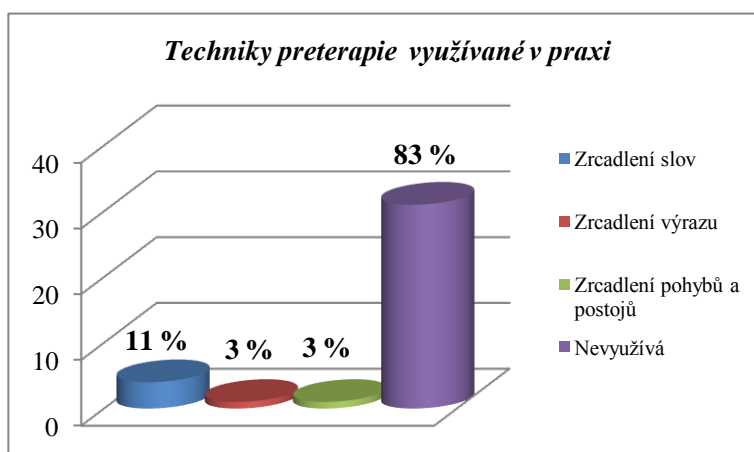
člověka porozumělo pouze 16 % respondentů. Pokud bychom do vyhodnocení, kromě obranného postoje, zařadili také odpovědi, jako jsou nejistý, nesouhlas a uzavřenost. Procento respondentů, kteří odpověděli na otázku správně, by se navýšilo na 43 %.



Graf č. 16: Znalost neverbálního projevu postoje člověka

Položky rozhovoru ověřující praktickou dovednost respondentů

Graf č. 17 nám znázorňuje jaké techniky preterapie pracovníci používají ve své praxi s nekomunikujícími seniery. 11 % respondentů uvedlo zrcadlení slov, 3 % uvedlo zrcadlení výrazu a další 3 % používá zrcadlení pohybů a postojů. 83 % respondentů

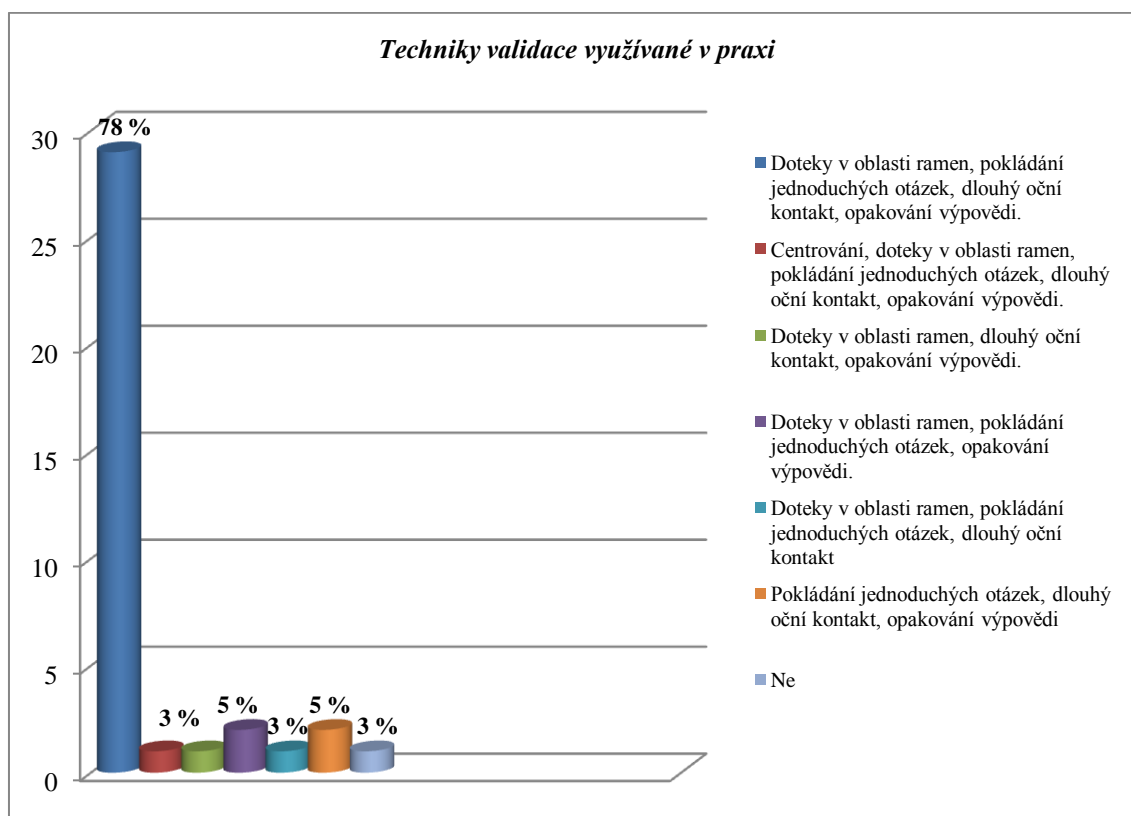


Graf č. 17: Techniky preterapie využívané v praxi

techniky preterapie nevyužívá vědomě ani intuitivně. Z odpovědí vyplývá, že ani jeden z dotazovaných neabsolvoval kurz zaměřený na metodu Preterapie.

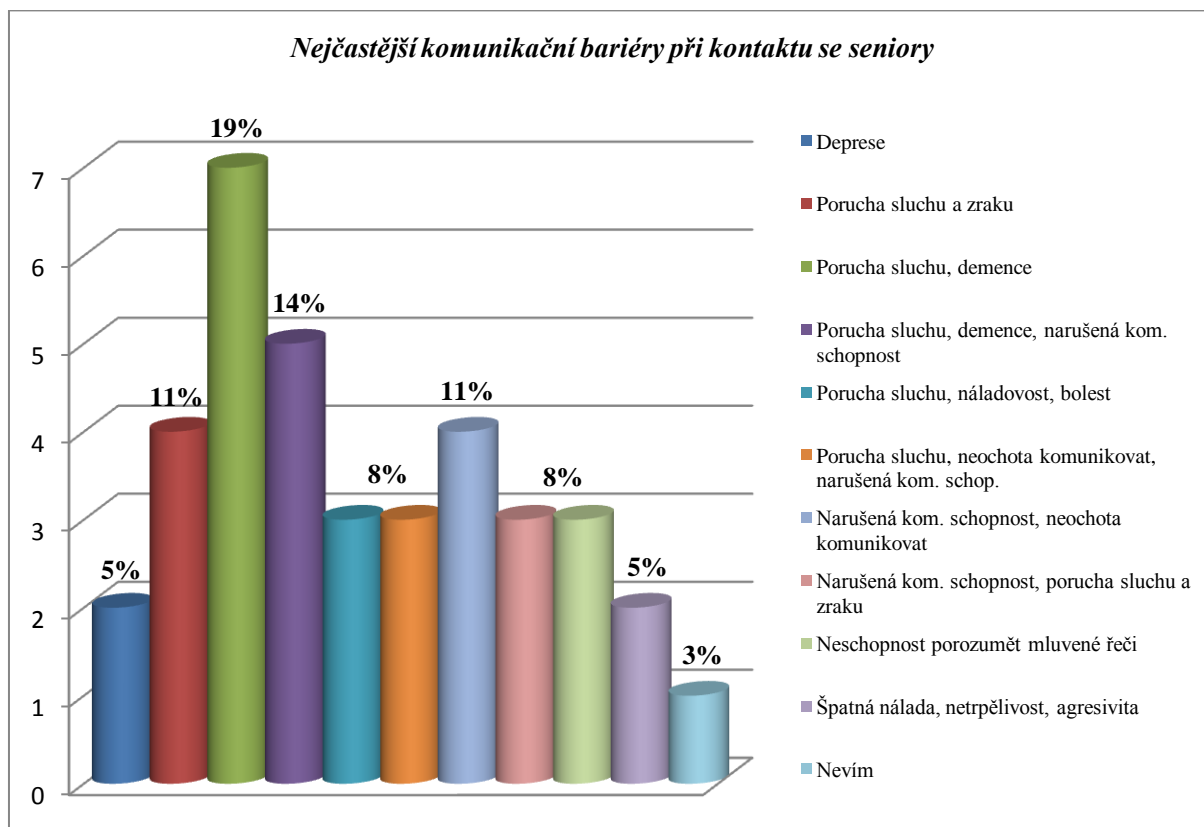
Podotázka k položce č. 13 nám pomohla prozkoumat, zda a jaké techniky validace využívají respondenti v praxi. Z odpovědí můžeme vyčíst, že ani jeden z pracovníků není ve

validaci proškolen. Na otázku „Jaké validační techniky využíváte v praxi?“, 100 % respondentů odpovědělo záporně, tedy žádné. V jedné z podotázek si mohli respondenti vybrat z 5 technik validace, jako jsou: centrování, doteky v oblasti ramen, pokládání jednoduchých otázek, udržování dlouhého očního kontaktu, opakování výpovědi. V odpovědi na tuto podotázku 78 % respondentů uvedlo, že ve své praxi s dezorientovanými seniory používají; doteky v oblasti ramen, pokládání jednoduchých otázek, dlouhý oční kontakt a opakování výpovědi; 5 % dotazovaných využívá při komunikaci doteky v oblasti ramen, pokládání jednoduchých otázek a opakování výpovědi; dalších 5 % uvádí pokládání jednoduchých otázek, dlouhý oční kontakt a opakování výpovědi; 3 % pracovníků uvádí techniky centrování, doteky v oblasti ramen, pokládání jednoduchých otázek, dlouhý oční kontakt a opakování výpovědi; 3 % pracovníků při dorozumívání s klienty používá doteky v oblasti ramen, dlouhý oční kontakt a opakování výpovědi; další 3 % využívá doteky v oblasti ramen, pokládání jednoduchých otázek a dlouhý oční kontakt a pouhá 3 % dotazovaných uvedlo, že nepoužívají žádnou z uvedených technik. Celkem 97 % pracovníků v přímé péči se seniory ve své praxi zcela přirozeně a intuitivně využívá techniky metody Validace.

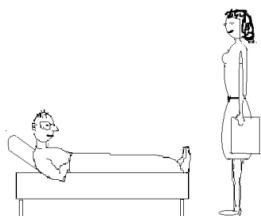


Graf č. 18: Techniky validace využívané v praxi

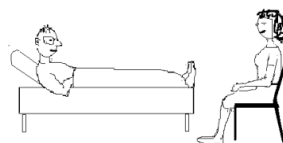
Položka č. 14 byla do rozhovoru zařazena proto, abychom zjistili, zda respondenti znají pojem komunikační bariéra. Následně abychom se dozvěděli, s jakými komunikačními bariérami se nejčastěji pracovníci ve své praxi setkávají. Nejvíce respondentů 19 % uvedlo poruchu sluchu a demenci u klientů; 14 % uvedlo poruchu sluchu, demenci a narušenou komunikační schopnost uživatelů; 11 % pracovníků vnímá jako bariéru v komunikaci poruchu zraku a sluchu u seniorů; narušenou komunikační schopnost a neochotu uživatelů komunikovat uvedlo dalších 11 %; 4 x 8 % pracovníků uvedlo: poruchu sluchu, náladovost a prožívanou bolest klientů; poruchu sluchu, neochotu komunikant a narušenou schopnost seniorů; narušenou komunikační schopnost, poruchu sluchu a zraku; neschopnost porozumět mluvené řeči. 5 % respondentů uvedlo depresi u seniora; dalších 5 % špatnou náladu, netrpělivost a agresivitu uživatelů. Pro zajímavost ještě uvedeme bariéry v komunikaci, které nebylo možné zařadit do uvedených kategorií. Respondenti uvedli, že někteří klienti mluví německy (používají jazyk z dětství) a špatný vztah k pečovateli. Nevím, odpovědělo pouze 3 % respondentů.



Graf č. 19: Nejčastější komunikační bariéry při komunikaci se seniory



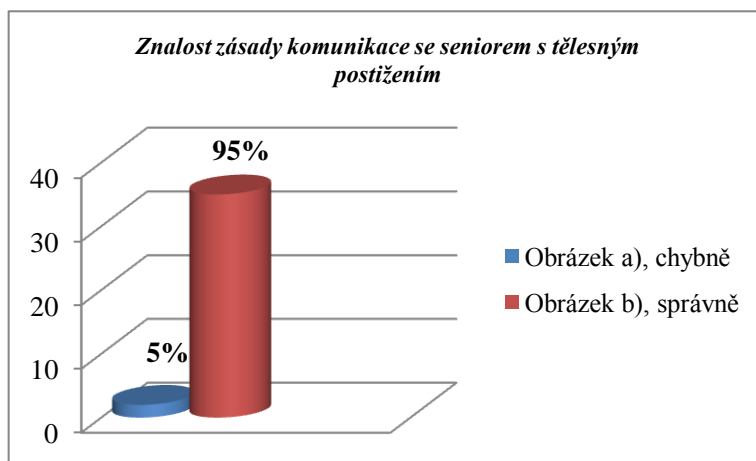
a)



b)

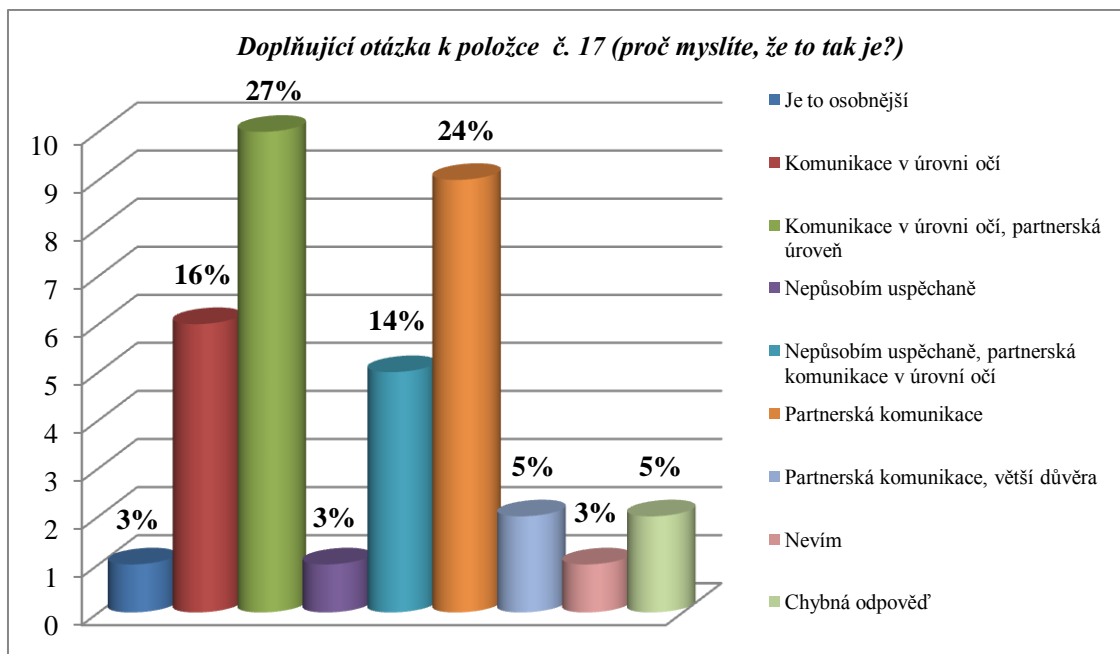
Otázka č. 17. nám pomohla ověřit, zda pracovníci v přímé péči o seniory znají zásady komunikace se seniory s tělesným postižením. V tomto případě se jednalo o určení správného postoje mluvčího při komunikaci se seniorem upoutaným na lůžku. Celkem 95 % respondentů bez váhání označila za správný obrázek b); 5 % označilo chybně obrázek a). Otázka byla doplněna podotázkou „Proč si myslíte, že to tak je?“ Výsledky vyhodnocení nám ilustruje graf č. 20. Celých 27 %

respondentů uvedlo jako odpověď komunikaci v úrovni očí a partnerskou úroveň; 24 % uvedlo jako důvod partnerskou komunikaci; 16 % pracovníků uvedlo komunikaci na úrovni očí; odpověď nepůsobím úspěchaně,



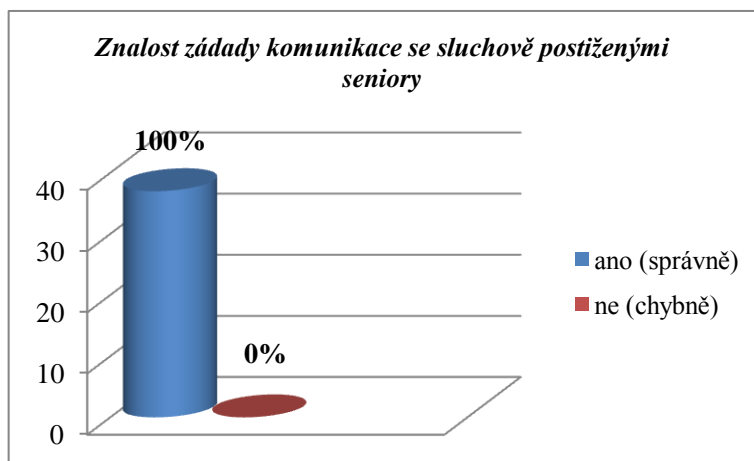
Graf č. 20: Znalost zásady komunikace se seniorem s tělesným postižením

partnerská komunikace a komunikace na úrovni očí napsalo 14 % pracovníků; partnerskou komunikaci a větší důvěru uvedlo 5 % pracovníků; 2 x 3 % respondentů uvedlo: postoj mluvčího na obrázku b) je osobnější; mluvčí nepůsobí úspěchaně; 3 % odpovědělo, že neví proč to tak je. 5 % dotázaných odpovědělo na otázku č. 17 chybně.



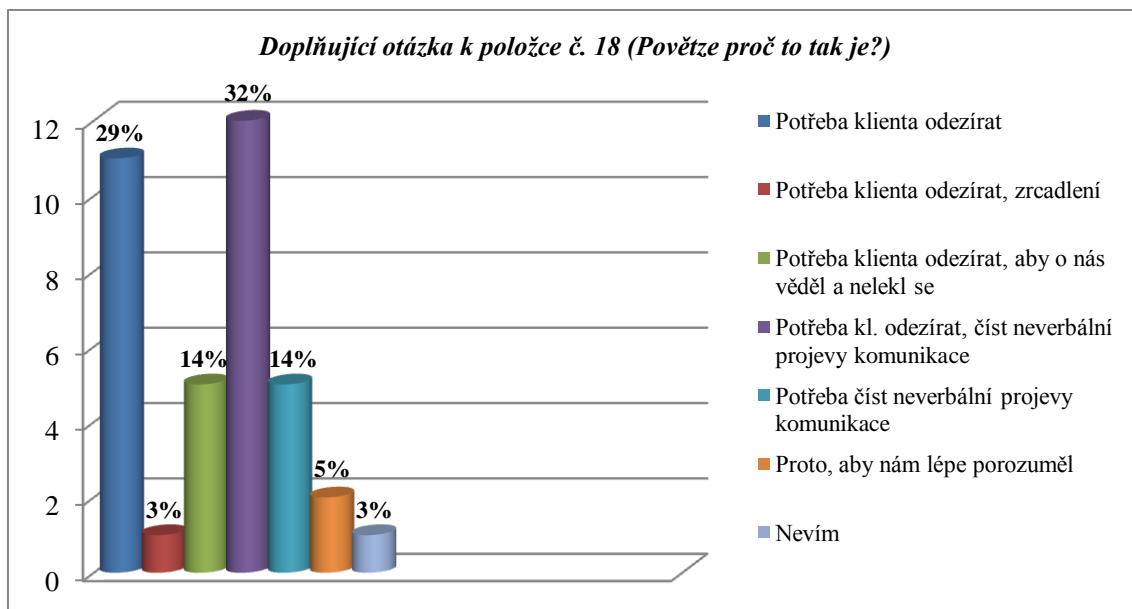
Graf č. 21: Doplňující otázka k položce č. 17

Položka č. 18 zjišťovala, zda respondenti znají zásady komunikace se seniory se sluchovým postižením. Dotazovaní měli na výběr z možnosti ano a ne. Celých 100 % respondentů odpověděli správně, že tvrzení „U seniorů se sluchovým postižením dbáme na to,

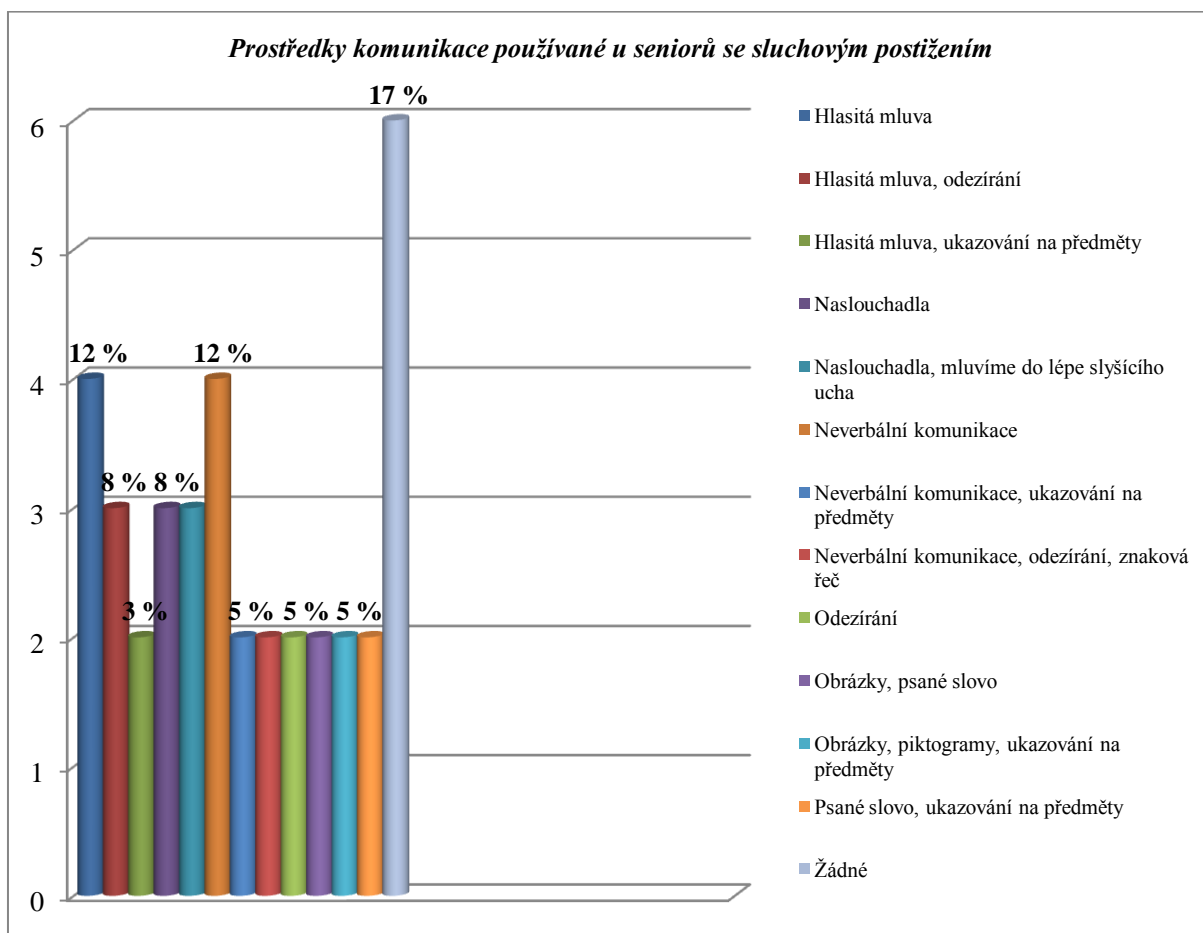


Graf č. 22: Znalost zásady komunikace se sluchově postiženými seniory

aby nám při hovoru viděli do obličeje“ je správné. Na doplňující otázku „Povězte proč to tak je?“ 32 % respondentů uvedlo, že klienti potřebují odezírat a číst neverbální projevy komunikace; 29 % uvedlo potřebu klienta odezírat; potřebu klienta odezírat a potřebu vědět o nás, aby se klient nelekl, uvedlo 14 % pracovníků; dalších 14 % napsalo, že sluchově postižení klienti mají potřebu číst neverbální projevy komunikace; 5 % uvedlo, že klienti nám musí vidět do obličeje proto, aby nám lépe porozuměli; 3 % dotazovaných napsalo, že klient potřebuje odezírat a pracovník může zrcadlit výraz klienta. Další 3 % respondentů uvedlo, že neví proč to tak je. Všechny uvedené odpovědi jsou správné.

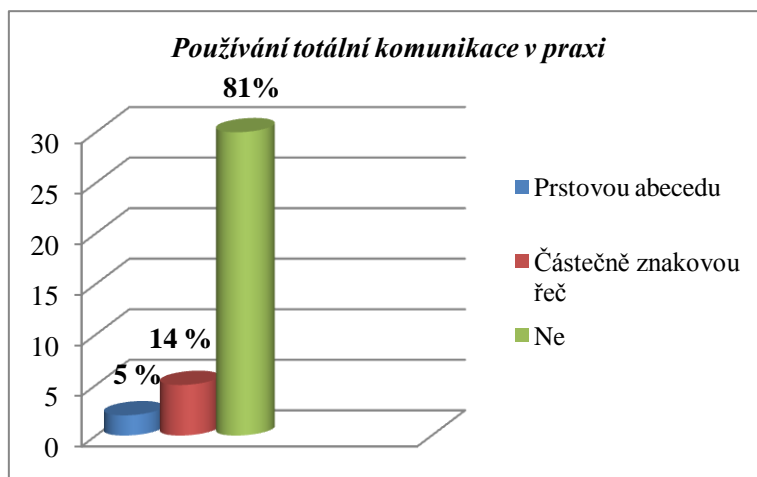


Graf č. 23: Doplňující otázka k položce č. 18



Graf č. 24: Prostředky komunikace používané u seniorů se sluchovým postižením

Graf č. 24 nám znázorňuje prostředky komunikace, které respondenti reálně používají při dorozumívání se sluchově postiženými seniery. Nejvíce dotazovaných 17 %, nepoužívá k dorozumívání žádné prostředky; 12 % respondentů se spoléhá na hlasitou mluvu; neverbální komunikaci používá 12 % dotazovaných; 8 % uvedlo hlasitou mluvu a odezírání; dalších 8 % uvedlo naslouchadla; zbylých 8 % pracovníků uvedlo jako důležitý prostředek naslouchadlo klienta a snaží se také hovořit do lépe slyšícího ucha seniora; 6 x 5 % respondentů uvedlo tyto prostředky: neverbální komunikaci a ukazování na

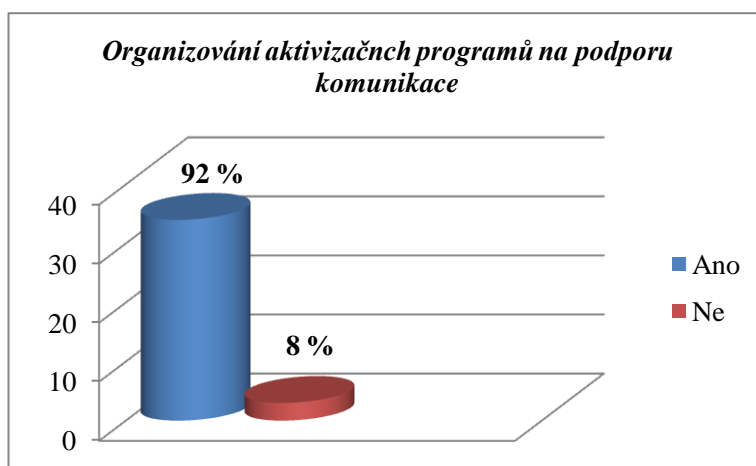


Graf č. 25: Používání totální komunikace v praxi

předměty; neverbální komunikaci, odezírání a znakovou řeč; odezírání; obrázky a psané slovo; obrázky, piktogramy a ukazování na předměty; psané slovo a ukazování na předměty. Zbylá 3 % pracovníků uvedlo hlasitou mluvu a ukazování na předměty. Na hlasitou mluvu při komunikaci spoléhá 23 % respondentů, je při tom obecně známo, že zvýšení hlasu nepomáhá. Prospěšnější je jasná artikulace každého slova.

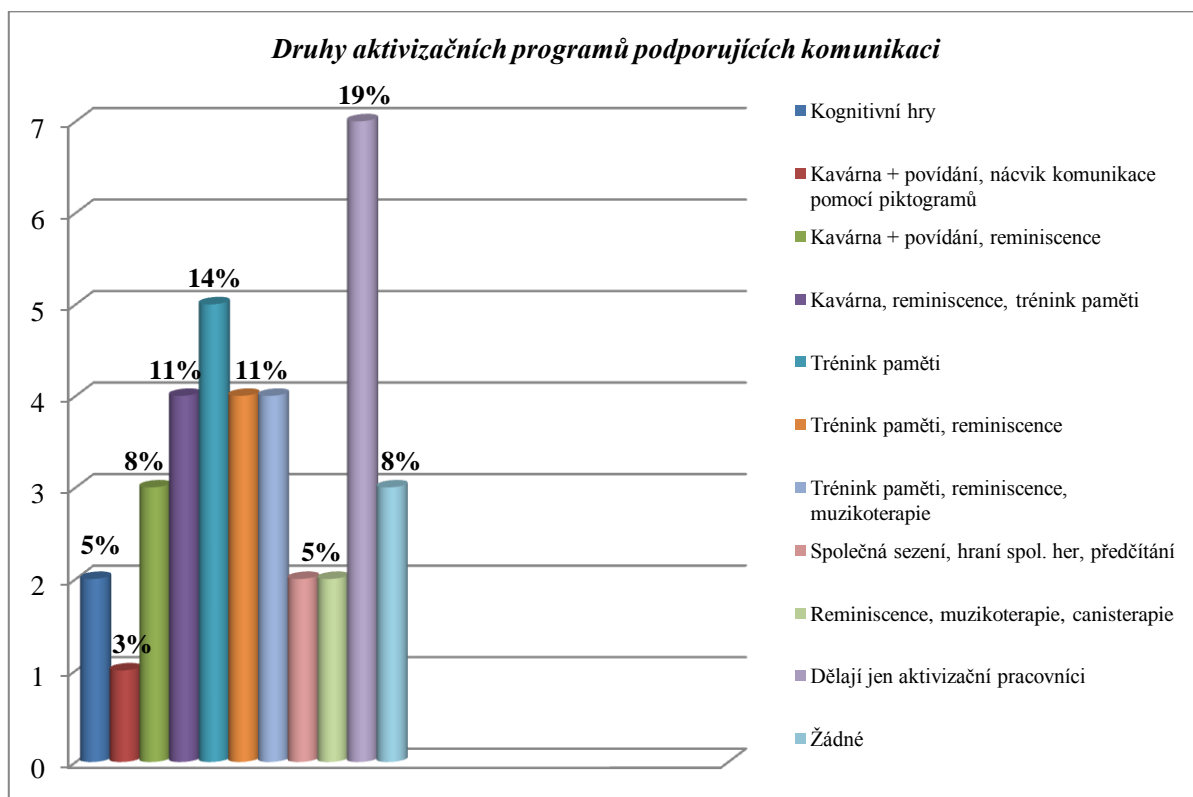
Cílem doplňujících otázek bylo zjistit, zda respondenti používají při dorozumívání se sluchově postiženými seniery prostředky totální komunikace. Výsledek naznačuje vyhodnocení otázky č. 20. Prostředky totální komunikace využívá celkem 29 % pracovníků. Graf č. 25 nám ilustruje, jaké z těchto prostředků pracovníci používají ve své praxi. 14 % uvedlo, že používají k dorozumívání částečně znakovou řeč; pouze 5 % uvedlo prstovou abecedu.

Položka č. 21 zjišťovala, zda respondenti organizují nebo pomáhají organizovat aktivizační programy na podporu



Graf č. 26: Organizování aktivizačních programů na podporu komunikace

komunikace. Z grafu č. 26 lze vyčíst, 92 % respondentů uvedlo odpověď ano; pouhých 8 % uvedlo odpověď ne. Respondenti se v různé míře podílejí na aktivizačních programech, jejichž druhy uvedli v dotazníku. 14 % pracovníků odpovědělo, že organizují trénink paměti; 11 % uvedlo program kavárna s reminiscencí a tréninkem paměti; 11 % uvedlo trénink paměti a reminiscenci; a dalších 11 % pracovníků uvedlo trénink paměti, reminiscenci a muzikoterapii; 8 % respondentů se podílí na organizování programu kavárna s povídáním ve skupině a reminiscenci; 5 % uvedlo kognitivní hry; společná sezení, hraní společenských her a předčítání uvedlo 5 % pracovníků; zbylých 5 % uvedlo reminiscenci, muzikoterapii a canisterapii; 3 % se podílí na programu kavárna s povídáním a nácviku komunikace pomocí piktogramů. 19 % pracovníků v sociálních službách (pečovatelů) odpovědělo, že tyto programy organizují jen aktivizační pracovníci; 8 % uvedlo, že neorganizují žádné aktivizační programy na podporu komunikace klientů.

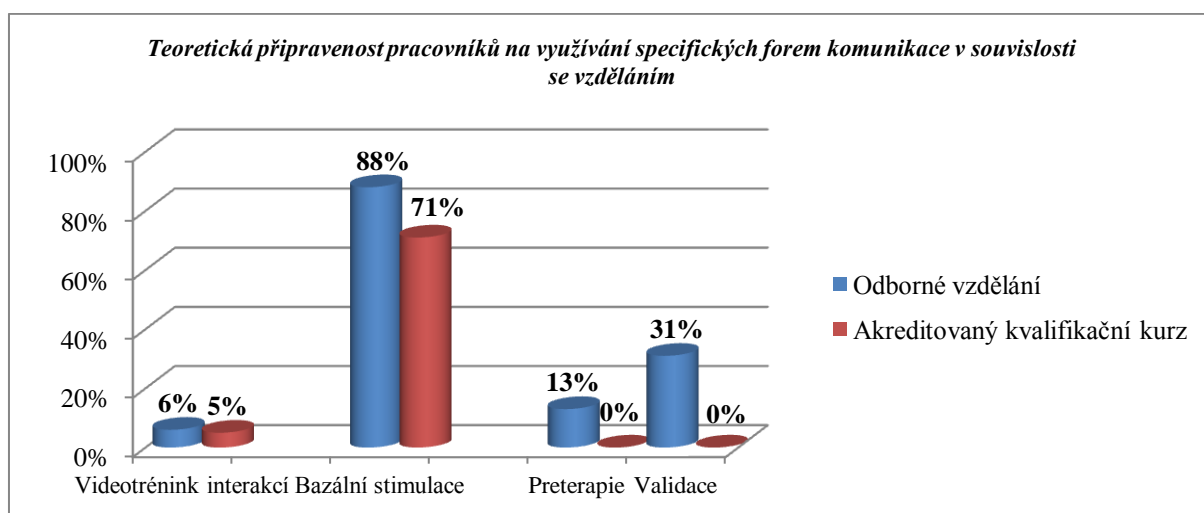


Graf č. 27: Druhy aktivizačních programů na podporu komunikace

7.3 Vyhodnocení hypotéz

Na počátku výzkumného šetření jsme stanovili 3 hypotézy, které jsme ověřili a vyhodnotili následovně.

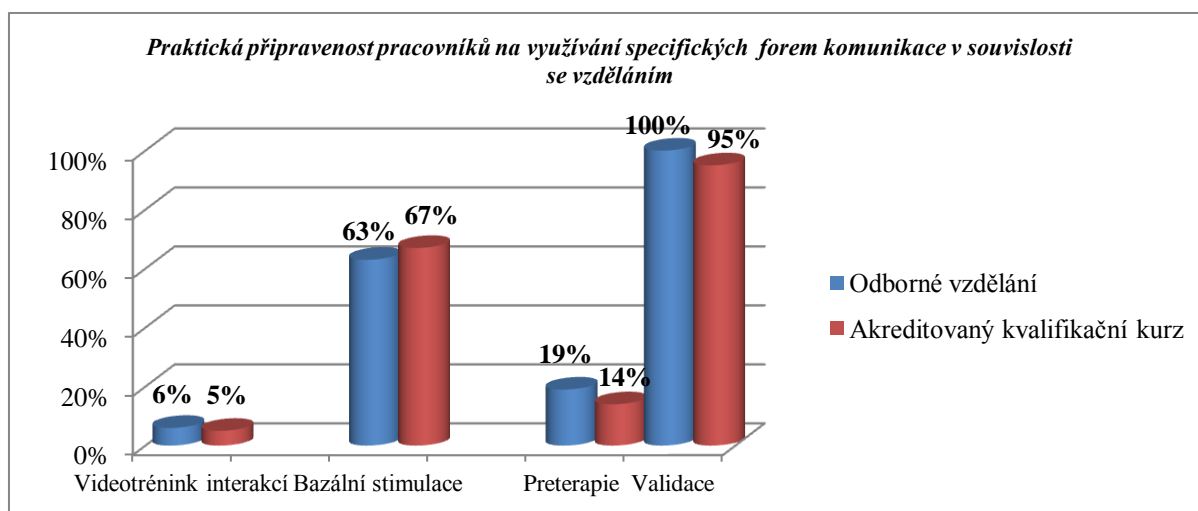
Hypotéza č. 1.: Pracovníci v přímé péči v domovech pro seniory s odborným zdravotnickým či sociálním vzděláním jsou lépe připraveni na využívání specifických forem komunikace v praxi, než pracovníci v přímé péči, kteří absolvovali akreditovaný kvalifikační kurz.



Graf č. 28: Teoretická připravenost pracovníků na používání specifických forem komunikace v souvislosti se vzděláním

Graf č. 28 nám znázorňuje teoretickou připravenost pracovníků v přímé péči v domovech pro seniory na využívání specifických forem komunikace se seniory v souvislosti s odborným vzděláním. Odborné zdravotnické či sociální vzdělání má v domovech pro seniory 16 (43 % respondentů). Z toho 6 % respondentů projevilo znalost metody videotrénink interakcí, 88 % znalost konceptu bazální komunikace, 13 % znalost metody preterapie a 31% respondentů zná metodu validace. Rekvalifikováno akreditovaným kvalifikačním kurzem (PPS) je 21 (57 %) respondentů. Z tohoto vzorku 5 % respondentů zná metodu videotrénink interakcí, 71 % zná koncept bazální stimulace, a znalost metod preterapie a validace neprojevili ani jeden z respondentů.

Z uvedených výsledků je patrné, že pracovníci v přímé péči v domovech pro seniory s odborným vzděláním ve zdravotním nebo sociálním oboru jsou lépe teoreticky připraveni na využívání specifických forem komunikace v praxi, než pracovníci v přímé péči, kteří absolvovali akreditovaný kvalifikační kurz.



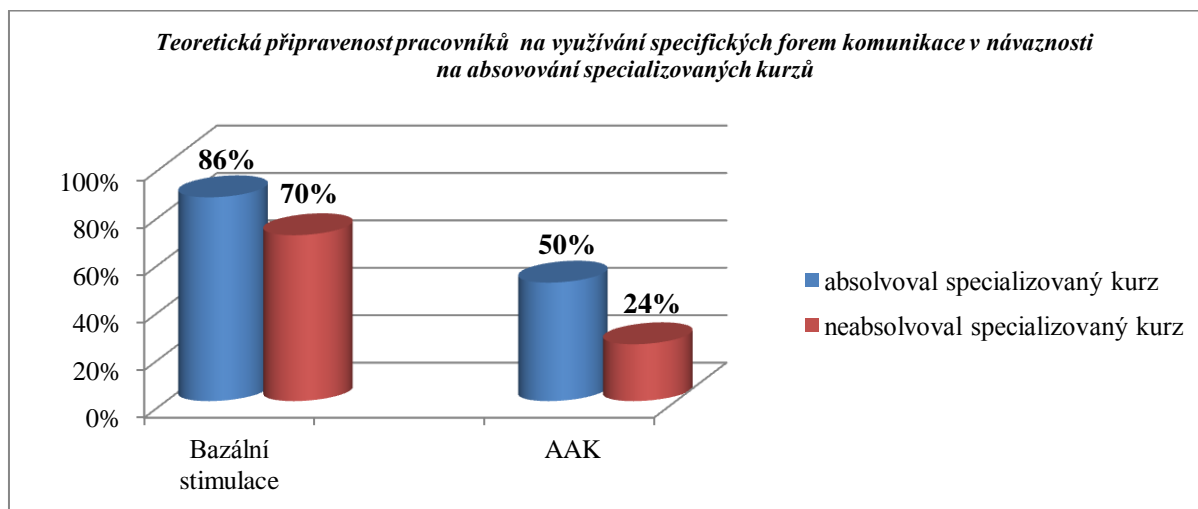
Graf č. 29: Praktická připravenost pracovníků na používání specifických forem komunikace v souvislosti se vzděláním

Graf č. 29 analyzuje, zda pracovníci v přímé péči v domovech pro seniory s odborným zdravotnickým nebo sociálním vzděláním využívají specifické formy komunikace ve své praxi častěji, než pracovníci v přímé péči, kteří absolvovali akreditovaný kvalifikační kurz. Ze 43 % pracovníků s odborným zdravotnickým či sociálním vzděláním, 6 % v praxi využívá videotrénink interakcí, 63 % bazální stimulaci, 19 % preterapii a 100 % techniky validace. Z 56 % pracovníků, kteří absolvovali akreditovaný kvalifikační kurz, jich 5 % ve své praxi využívá videotrénink interakcí, 67 % využívá bazální stimulaci, 14 % aplikuje v praxi preterapii a 95 % techniky validace.

Z uvedených výsledků vyčteme, že rozdíly ve využívání specifických forem komunikace v praxi se seniory, mezi pracovníky s odborným zdravotnickým vzděláním a pracovníky, kteří absolvovali akreditovaný kvalifikační kurz, jsou procentuálně velmi malé. V případě využívání bazální stimulace v praxi dokonce počet rekvalifikovaných pracovníků převyšuje o 4 % odborně vzdělané pracovníky. Z těchto důvodů jsme se rozhodli využít statistických metod a testovat hypotézu se zaměřením na využívání bazální stimulace v praxi. Volili jsme test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulky. Vypočítaná hodnota je: 0,069; kritická hodnota z tabulek je 6,635. $0,069 < 6,635$. Přijali jsme nulovou hypotézu a odmítly hypotézu alternativní.

Z uvedených dat je patrné, že pracovníci s odborným vzděláním jsou lépe teoreticky připraveni na využívání specifických forem komunikace v praxi, než pracovníci rekvalifikovaní akreditovaným kvalifikačním kurzem. Ale ten samý vztah neplatí pro praktické využívání specifických forem komunikace v praxi. Z těchto důvodů se hypotéza č. 1 odmítá.

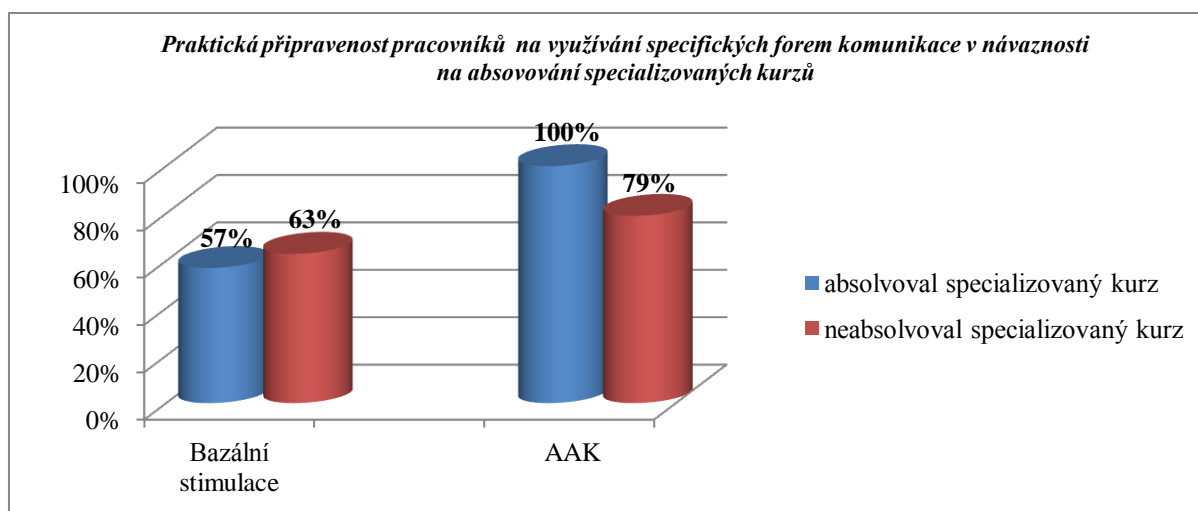
Hypotéza č. 2: Pracovníci v přímé péči v domovech pro seniory, kteří absolvovali specializované kurzy zaměřené na specifické formy komunikace, jsou lépe připraveni na využívání těchto forem komunikace, než pracovníci, kteří tyto kurzy neabsolvovali.



Graf č. 30: Teoretická připravenost pracovníků na využívání specifických forem komunikace v návaznosti na absolvování specializovaných kurzů

Graf č. 30 zjišťuje, zda absolvování specializovaných kurzů zaměřených na specifické formy komunikace má vliv na teoretickou znalost těchto forem komunikace. V domovech pro seniory je 7 (19 %) respondentů, kteří absolvovali kurz bazální stimulace. Z tohoto vzorku 6 (86 %) respondentů zná pojem bazální stimulace. Ze zbylých 81 % neproškolených respondentů zná pojem bazální stimulace 21 (70 %) respondentů. 8 (22 %) respondentů absolvovalo kurz zaměřený na systémy augmentativní a alternativní komunikace. Z těchto proškolených pracovníků zná pojem augmentativní komunikace 4 (50 %). Ze 78 % neproškolených zná pojem augmentativní komunikace jen 24 % dotazovaných.

Z uvedených dat můžeme vyvodit, že pracovníci v přímé péči v domovech pro seniory, kteří absolvovali specializované kurzy zaměřené na specifické formy komunikace, jsou lépe teoreticky připraveni na využívání těchto forem komunikace, než pracovníci, kteří tento kurz neabsolvovali.



Graf č. 31: Praktická připravenost pracovníků na využívání specifických forem komunikace v návaznosti na absolvování specializovaných kurzů

Graf č. 31 analyzuje, zda pracovníci v přímé péči v domovech pro seniory, kteří absolvovali specializované kurzy zaměřené na specifické formy komunikace se seniory, využívají tyto formy komunikace častěji, než pracovníci v přímé péči, kteří tyto kurzy neabsolvovali. Z 19 % pracovníků, kteří absolvovali kurz bazální stimulace, jich tento ošetrovatelský koncept ve své praxi využívá 57 %. Naproti tomu z 86 % neproškolených pracovníků jich BS v praxi využívá 63 %. 22 % respondentů absolvovalo kurz augmentativní a alternativní komunikace. Z tohoto malého vzorku jich systémy AAK využívá v praxi 100 %. Z kategorie neproškolených respondentů jich AAK v praxi využívá 79 %.

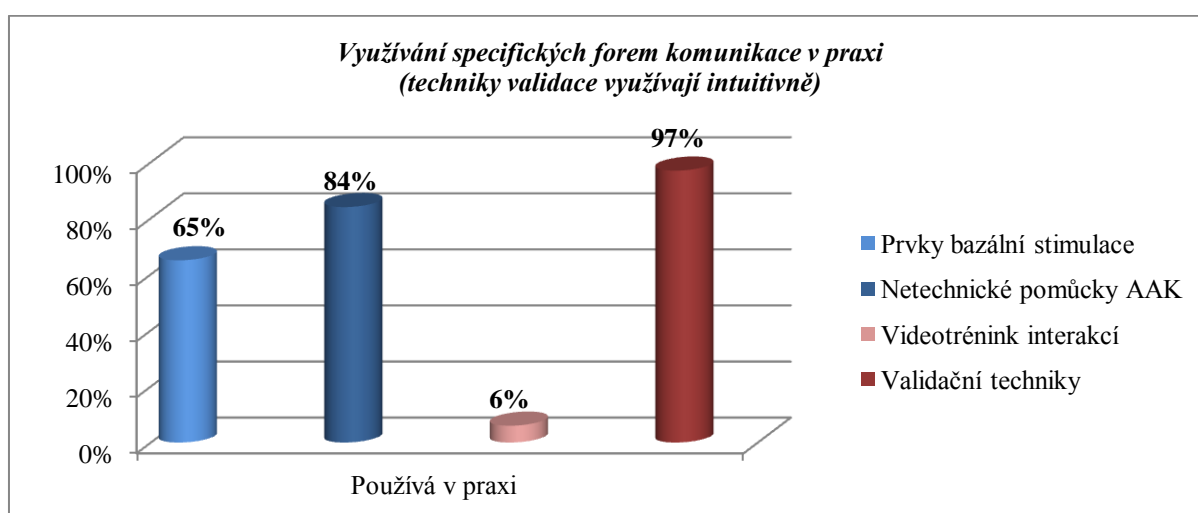
V oblasti využívání systému AAK v praxi, v domovech pro seniory, můžeme vyvodit několik závěrů. První zjištění souzní s myšlenkou hypotézy č. 2, že proškolení pracovníci v systému AAK, jsou lépe připraveni na využívání této formy komunikace v praxi, než pracovníci neproškolení. Zároveň, ale zjišťujeme, že teoretická připravenost pracovníků z obou kategorií (proškolených i neproškolených) je výrazně menší, než jejich praktická připravenost. Je tedy pravděpodobné, že na využívání systému AAK v praxi mají vliv další důležité faktory, které bychom mohli určit novým výzkumným šetřením.

V případě využívání bazální stimulace v praxi počet neproškolených respondentů převyšuje o 6 % pracovníky proškolené. Tento fakt byl argumentem pro využití statistických metod testování hypotézy se zaměřením na oblast využívání bazální stimulace. Protože jedna z četností ve čtyřpolní tabulce byla příliš malá, užití testu chí-kvadrát nebylo možné. Volili jsme proto Fischerův kombinatorický test, pomocí něhož jsme vypočítali pravděpodobnost platnosti nulové hypotézy. Výsledné $P = 0,7691$, zvolená hladina významnosti je 0,05 (5 %),

riziko odmítnutí nulové hypotézy je 76,91 %; $0,07691 > 0,05$. Přijali jsme nulovou hypotézu a odmítli hypotézu alternativní.

Z předložených dat je patrné, že pracovníci proškolení ve specifických formách komunikace, jsou lépe teoreticky připraveni na využívání specifických forem komunikace v praxi, než pracovníci neproškolení. Toto poměr však neplatí pro praktické využívání specifických forem v praxi. Odmítá se tím hypotéza č. 2.

Hypotéza č. 3: Specifické formy komunikace v podobě bazální stimulace a netechnických pomůcek AAK jsou v praxi využívány více, než specifické formy komunikace v podobě videotréninku interakcí a validačních technik.



Graf č. 32: Využívání specifických forem komunikace v praxi

Graf č. 32 zjišťuje, zda pracovníci v přímé péči v domovech pro seniory využívají ve své praxi více specifické formy komunikace v podobě bazální stimulace a netechnických pomůcek AAK, než specifické formy komunikace v podobě videotréninku interakcí a validačních technik. Využití prvků bazální stimulace v praxi uvádí 65 % respondentů, netechnické pomůcky AAK využívá 84 % respondentů, videotrénink interakcí aplikuje v praxi 6 % dotazovaných a validační techniky využívá 97 % respondentů.

Z grafu je patrné, že pracovníci v přímé péči v domovech pro seniory využívají ve své praxi nejvíce validační techniky (intuitivně). Dále jsou to netechnické pomůcky AAK, následují prvky bazální stimulace. Využívání videotréninku interakcí je zanedbatelné. Z těchto důvodů hypotézu č. 3 odmítáme.

7.4 Shrnutí výsledků a vyhodnocení výzkumných otázek.

V této kapitole následuje shrnutí výsledků výzkumného šetření a odpovědí na stanovené výzkumné otázky.

Shrnutí údajů ověřujících teoretickou znalost respondentů – tyto údaje zjišťují položky č. 5, 6, 12, 13, 15, 16. Většina respondentů 92 % zná význam termínu verbální komunikace. V oblasti neverbálních projevů člověka byli respondenti úspěšní při rozpoznání mimických projevů člověka a správně odpovědělo 81 % respondentů. Schopnost porozumět postoji člověka na obrázku má, použijeme-li mírné hodnocení, 43 % dotazovaných.

Specifické formy komunikace jako je preterapie zná pouhých 9 % respondentů, povědomí o tom co je to metoda validace má 11 % pracovníků, 26 % zná pojem augmentativní komunikace. 82 % respondentů zná koncept bazální stimulace a ví, jak se využívá. Odpovědi respondentů na tyto položky byly uvedeny správně, nebo se alespoň správně odpovědi přibližovali.

Na základě těchto výsledků můžeme na stanovenou otázku č. 1: „ Jaké jsou znalosti pracovníků v přímé péči v domovech pro seniory o základních a specifických formách komunikace?“ odpovědět takto.

- Pracovníci v přímé péči v domovech pro seniory mají dobré teoretické znalosti o základních formách komunikace se seniory. V průměru více než polovina respondentů projevila znalost verbální a neverbální komunikace.
- Pracovníci v přímé péči mají dobré vědomosti o konceptu bazální stimulace, znají základní prvky konceptu a vědí, jak je mohou využít v praxi a také jaké účinky má jejich aplikace na uživatele.
- Znalosti ostatních specifických forem komunikace se seniory jsou minimální. Většina pracovníků nezná pojem preterapie a validace.
- Pojem augmentativní komunikace je pro pracovníky v přímé péči méně známý než alternativní komunikace, přičemž první metoda je pro odborníky podpůrná a druhá náhradní. Augmentativní komunikace je známa pouze čtvrtině pracovníků.

Shrnutí údajů ověřujících praktickou dovednost respondentů – k těmto údajům se vztahují položky č. 7, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21 a také podotázky k položkám číslo 12 a 13. Respondenti prokázali výbornou znalost zásad komunikace se seniory s různými typy

postižení. Všechny zásady komunikace se seniory s demencí, které uvedli respondenti, byly uvedeny správně. Z výzkumu je patrné, že si uvědomují, jaké komunikační limity uživatelé domova pro seniory mají a snaží se jim v této oblasti přizpůsobit. Patrná je také snaha o trpělivý a klidný přístup k seniorům. Respondenti znají zásady komunikace se seniory s tělesným postižením, správnou odpověď uvedlo 95 %, ti také uvedli správnou odpověď na podotázku k položce. 100 % dotazovaných zná zásady komunikace se sluchově postiženými seniory, 97 % odpovědělo správně na otázku, a také kontrolní podotázku. Při ověřování znalostí komunikačních bariér, které jsou nezbytné pro volbu vhodné formy komunikace se seniory, 97 % pracovníků uvedlo odpovědi, které považujeme za správné. Je však vhodné doplnit, že všichni respondenti uvedli bariéry, které řadíme do kategorie interních bariér. Nikdo neuvedl odpověď spadající do kategorie externích bariér, kulturních, historických, náboženských atd. 73 % respondentů se v různé míře podílejí na organizování aktivizačních programů na podporu komunikace seniorů.

Různé netechnické pomůcky AAK využívá v praxi 84 % respondentů, nejvíce – 51 %, jsou frekventované obrázky a fotografie, piktogramy používá pouze 11 % dotazovaných. Specifické formy komunikace, jako je videotrénink interakcí, používá v praxi jen 6 % respondentů, z toho 3 % neuvedla, jakým způsobem metodu používají. Prvky bazální stimulace v praxi využívá 65 % respondentů. 17 % respondentů neuvědoměle využívá některé prvky preterapie jako jsou zrcadlení slov, pohybů a postojů. Techniky validace v praxi uvědoměle neuvádí nikdo z respondentů. Při bližším rozboru problematiky jsme zjistili, že 97 % dotazovaných přirozeně používá, v dorozumívání s dezorientovanými seniory, některé z technik validace. Nejvíce – 78 % uvedlo doteky v oblasti ramen, pokládání jednoduchých otázek, dlouhý oční kontakt a opakování výpovědi.

Z výzkumného šetření také vyplývá, že respondenti v komunikaci se sluchově postiženými seniory, využívají převážně jednoduché, neodborné prostředky, jako je ukazování na předměty, hlasitá mluva, mluví do lépe slyšícího ucha atd. Hlasitou mluvu, která je odborníky považovaná za nefunkční nástroj, využívá 23 % respondentů. Systémy AAK, hlavně neverbální komunikaci, obrázky a psané slovo, využívá 32 % respondentů. 17 % uvedlo, že nepoužívá žádné prostředky. Totální komunikaci (prstovou abecedu a znakovou řeč), jako nástroj k dorozumívání se sluchově postiženými seniory uvedlo pouze 19 % respondentů. Zajímavostí je, že v jednom domově pro seniory v době šetření docházelo na kurz znakové řeči 6 respondentů, ti, ale uvedli, že jejich docházka je nepravidelná, protože zaměstnavatel jim neumožňuje změnu pracovní směny.

Na základě výsledků šetření k otázce č. 2 „ Jaké jsou praktické dovednosti pracovníků v přímé péči v domovech pro seniory v základních a specifických formách komunikace?“ odpovídáme takto.

- Pracovníci v přímé péči v domovech pro seniory znají a používají zásady komunikace se seniory s různým postižením.
- Pracovníci v přímé péči znají interní bariéry v komunikaci se seniory. Pro efektivní komunikaci s uživateli je však důležité znát také bariéry externí, kulturní, historické a náboženské. Tyto ani jeden z dotazovaných nevedl.
- Dovednosti pracovníků v oblasti komunikace se sluchově postiženými seniory jsou minimální. Totální komunikaci v praxi využívá 19 % respondentů. 32 % využívá netechnické pomůcky AAK (32 %), ostatní využívají laické nástroje.
- Tři čtvrtiny pracovníků ve své praxi se seniory využívá netechnické pomůcky AAK jako jsou obrázky, fotografie, neverbální komunikace a psané slovo. Piktogramy aplikuje v praxi jen 11 % dotazovaných.
- Většina pracovníků v přímé péči využívá při komunikaci s dezorientovanými seniory techniky validace. Využívání těchto technik v praxi není podepřeno teoretickými znalostmi, je přirozené a intuitivní.
- Více jak polovina pracovníků používá při péči o seniory koncept bazální stimulace. Zde jsme zaznamenali zajímavou skutečnost. Přestože znalost bazální stimulace projevilo 82 % respondentů, v praxi ji využívá 65 %, což je o 17 % méně.
- Specifické formy komunikace jako jsou preterapie a videotrénink interakcí jsou v praxi využívány minimálně.

Otázka č. 3 zněla: Jaké specifické formy komunikace pracovníci v přímé péči v praxi reálně využívají? Výstupem jsou tato shrnutí.

- Metoda validace (97 %, intuitivně) – některé techniky jako jsou: doteky v oblasti ramen, pokládání jednoduchých otázek, dlouhý oční kontakt a opakování výpovědi.
- Systémy AAK (84 %) – netechnické pomůcky jako jsou: obrázky, fotografie a neverbální komunikace.
- Bazální stimulace (65 %) – prvky jako jsou: masáže, polohování, doteky, hmatová, čichová sluchová stimulace.

8 Diskuse

V úvodu průzkumu jsme zjistili o respondentech všeobecné informace. Administrace se zúčastnilo celkem 37 respondentů, z nichž největší část tvořili pracovníci v sociálních službách-ošetřovatelé. Aktivizačních pracovníků bylo celkem 7, z nichž je 5 vysokoškolsky vzdělaných v sociálním nebo pedagogickém oboru a 2 rekvalifikovaní nepedagogičtí pracovníci. Mezi respondenty bylo 97 % žen a 3 % mužů. Tento výsledek odpovídá obecně známé skutečnosti, že mezi pracovníky sociálních služeb početně převažují ženy. Důvodů proč to tak je, může být dle odborníků více. Pracovní pozice v sociálních službách jsou finančně podhodnocené. Ženy jsou vlivem společenských stereotypů více předurčeny k péči o děti, nemocné a postižené. Zajímavý původ tohoto trendu, uvádí autor Paulík (2004, s. 1), ten ve své práci píše, že ženám by mohly imponovat profese založené na kontaktu a komunikaci s lidmi pro jejich všeobecně dobré verbální schopnosti a zejména předpoklady pro neverbální komunikaci, dále pro jejich schopnost intuitivního uvažování. Respondenti jsou ve věkovém rozmezí od 20–59 let, Nejvíce obsazena 32 % je věková kategorie 51–60 let. Zjistili jsme, že v této kategorii 42 % respondentů pracuje se seniory teprve 2 až 5 let. Toto zjištění může svědčit o tom, že pozice pracovníka v sociálních službách je otevřena i ženám, které v tomto věku jen obtížně hledají novou práci v jejich původní nebo jiné profesi. 3 % respondentů má pouze základní vzdělání, 32 % dotazovaných dosáhlo středního vzdělání s výučním listem, 47 % respondentů má střední vzdělání s maturitou, vysokoškolského a vyššího odborného vzdělání dosáhlo 18 % pracovníků v sociálních službách. Odborné sociální nebo zdravotnické vzdělání má 43 % respondentů a 57 % je rekvalifikováno akreditovaným kvalifikačním kurzem (PSS). Praxi do 1 roku uvádí 16 % respondentů. Z výzkumného šetření je zřejmé, že nejvíce respondentů 35 % pracuje se seniory 2 až 5 let, v následných kategoriích počet respondentů klesá.

Realizované průzkumné šetření bylo zaměřeno na ověření znalostí a dovedností pracovníků v přímé péči o specifických a běžných formách komunikace. Z dostupných zdrojů na monitorovaných zařízeních, jsme si ověřili, že jsou pracovníci průběžně proškolení v základních dovednostech dorozumívání s uživatelem, jako jsou komunikace se seniorem s demencí, v asertivním jednání, v obecných zásadách komunikace v AAK apod. Předpokládali jsme, že se v domovech pro seniory v různé míře využívá koncept bazální stimulace, neboť tato metoda je v České republice hojně integrována jak ve zdravotnictví, tak v sociálních službách. Je podporována kvalitním vzděláním, které lze získat v akreditovaných programech. O tom zda se v praxi využívají, alespoň některé z dalších technik specifických

forem komunikace jsme, informace neměli. Byli jsme zvědaví, jaké výsledky přinese naše výzkumné šetření. Analýzou získaných dat jsme zjistili, že námi oslovených 65 % respondentů ve své praxi se seniory využívá bazální stimulaci. Pracovníci v přímé péči konkrétně uvedli aplikaci některých technik somatické stimulace, jako jsou polohování, masáže, doteky. Dále uvedli využívání čichové, hmatové a sluchové stimulace, které řadíme mezi nadstavbové prvky BS. Ve srovnání s nimi pracovníci v přímé péči v domovech pro seniory, které superviduje INSTITUT Bazální stimulace, aplikují do své praxe všechny prvky somatické stimulace.“ Nejčastější technikou je masáž stimulující dýchání, zklidňující somatická stimulace a polohování hnízdo. Dále je to povzbuzující somatická stimulace a neurofyziologická stimulace“ Jak uvádí Friedlová (2013, s. 25) ve své studii prováděné v České republice v letech 2006–2012. Supervize probíhá ve třech fázích a jejím cílem je audit aplikovaných prvků konceptu do přímé péče a dále poradenství a podpora proškoleného pracoviště. Metoda validace je v sociálně zdravotní oblasti České republiky aplikována v omezené míře. Překvapivě, jak bylo zjištěno, 97 % respondentů našeho průzkumu využívá některé techniky validace. Z odpovědí v rozhovoru vyplynulo, že tyto dovednosti nejsou podpořené teoretickou znalostí metody validace, tu prokázalo jen 11 % pracovníků. Využívání těchto dovedností tedy považujeme za intuitivní. Naomi Feil koncept validace vyvíjela v letech 1963–1980 . Problematice dezorientovaných seniorů se věnovala celý svůj aktivní život a do metody validace zahrнула přirozené a efektivní prvky komunikace, jejichž cílem je uznat a potvrdit lidskou důstojnost seniora. Je však nutné také zvážit zda skutečnost, že většina respondentů uvádí, využívání validace ve své praxi, potvrzuje, že je metoda samotným respondentem využívána korektně a smysluplně (Pokorná aj. 2014, s. 93). Autorka studie, která probíhala ve čtyřech zařízeních Dolního Rakouska, doporučuje, aby se vzdělávání pracovníků ve validaci opakovalo v ročním intervalu a mělo rozšiřující charakter. Vzdělávací programy by měly probíhat přímo na pracovišti daného zařízení, protože je tak možno přímo propojit teorii s praxí (Pokorná aj. 2014, s. 93). Preterapie je v praxi sociálních služeb pečujících o seniory prakticky metodou neznámou. Je sice možné absolvovat kurzy zaměřené na teoretické i praktické dovednosti, ale ověřit si fungování této metody například stáží na nějakém z renomovaných pracovišť je nereálné. Této skutečnosti v podstatě odpovídají výsledky našeho šetření, povědomí o tom, co je preterapie projevilo 6 % respondentů a 17 % respondentů využívá v dorozumívání s nekomunikujícími uživateli, některé prvky preterapie jako jsou zrcadlení slov, pohybů a postojů. V odborných publikacích se preterapie uvádí v souvislosti s aplikací metody do aktivizace seniorů. Zajímavý způsob aplikace preterapie zkoumá Macků (2009), která se ve své práci zabývá uplatněním preterapie

do ergoterapeutické praxe. Uvádí několik klíčových zdůvodnění proč je preterapie využitelná v ergoterapii. Jsou jimi: „ Nutnost kontaktu pro navázání vztahu, nutnost vztahu pro smysluplnou terapii, nutnost smysluplné terapie pro terapeutický účinek, posun terapeutického procesu a nutný posun v terapii pro motivaci a zvýšení kvality života klienta“ (Macků 2009, s. 51). V průzkumu jsme se také zajímali o to, zda respondenti znají a využívají ve své praxi metodu videotrénink interakcí. Výsledné zjištění nám potvrdilo, že i tato metoda je respondentům neznámá, znalost a aplikaci v praxi uvedlo jen 6 %. V České republice se videotrénink interakcí používá převážně se zaměřením na rodinnou terapii, na rozvoj možností rodiny řešit potíže při péči o děti a mládež. Kolébkou videotréninku je Holandsko, kde úspěšně metodu využívají při zlepšování kvality péče o osoby s demencí. Tento zajímavý směr se z Holandska přenesl i k nám a rozvíjí se pod občanským sdružením SPIN.

Nyní se dostáváme k vyhodnocení hypotéz, které jsme si stanovili na začátku výzkumného šetření a které se nám nepotvrdili. Při navrhování první z hypotéz jsme se domnívali, že vysoce pravděpodobný je předpoklad, lepší připravenosti pracovníků s odborným vzděláním ve zdravotním nebo sociálním oboru na využívání specifických forem komunikace v praxi, než pracovníků, kteří absolvovali pouze akreditovaný kvalifikační kurz (PSS). Výsledná data nám však tuto domněnku potvrdila pouze v případě teoretické připravenosti respondentů. V oblasti praxe se ukázalo, že prvky bazální stimulace využívají rekvalifikovaní zaměstnanci více než ti s odborným vzděláním. Otázkou tedy je úroveň odborného vzdělávání a jeho propojení teorie s praxí v této oblasti. Hypotéza č. 2, zkoumala, zda absolvování specializovaných kurzů zaměřených na specifické formy komunikace má vliv na praktické využívání těchto forem komunikace. Podobně jako u hypotézy č. 1, i v tomto případě se ukázalo, že proškolení respondenti jsou lépe teoreticky připraveni na využívání specifických forem komunikace, než respondenti neproškolení. V praxi se zejména v případě bazální stimulace rozdíly stírají a pracovníci neproškolení dokonce o 6 % převyšují ty proškolené. Jeden z důvodů proč hypotéza H2 nebyla verifikována, může být skutečnost, že poměr proškolených pracovníků byl oproti neproškoleným velmi malý. Výsledky výzkumu, proto nemusí být objektivní. Dále nám vyvstává otázka kvality absolvovaných kurzů? Jaká je podpora zaměstnavatelů v tom, aby se nabyté zkušenosti a znalosti uplatnily v praxi? Je dostatečné jen proškolení zaměstnance? Příkladem může být zkušenost pracovníků v domově pro seniory Mimoň, kteří se v určitém období školili v AAK a zkoušeli zavést tyto znalosti do praxe. Naráželi ale na nezájem klientů učit se novému systému komunikace. Zájem pracovníků tedy po čase opadl. K tomu aby se například uživatelé domova pro seniory naučili

rozumět komunikaci pomocí piktogramů je potřeba velice trpělivý a nenucený způsob práce, přizpůsobený sníženým schopnostem klientů učit se něco nového. Velmi důležitý je terapeutický přístup, který ovládají ergoterapeuti. Je těžké motivovat seniory k tomu, aby se po mozkové mrtvici naučili znovu mluvit a chodit. Otázkou je, zda zavádění znalostí a dovedností je v domovech pro seniory koncepční? Jestli se řídí metodikou? Dohlíží - li na to například pracovník schopný pochopit tuto problematiku, speciální andragog zaměřený na podporu a péči o zdravotně postižené seniory. V domově pro seniory ve Sloupu v Čechách hlavní sestra podporovala rozvoj bazální stimulace a metody snoezelen a dokázala probudit zájem ošetřujícího personálu. Naučila jej využívat jednotlivé prvky BS v praxi. Pomohla vytvořit místnost pro relaxaci úzkostlivých nebo neklidných seniorů, kde se prováděl snoezelen, auditivní, orální i čichová stimulace. Po té co odešla do důchodu, program zanikl. To svědčí o skutečnosti, že inovativní pojetí je závislé na osobnosti a kvalitě řídicích pracovníků v dnešní době, která postrádá centrální koncepci.

9 Doporučení pro praxi

Na základě výsledků z analýzy výzkumného šetření navrhuji tyto opatření.

Podpořit a upevnit stávající komunikační znalosti a dovednosti pracovníků v přímé péči.

Doporučujeme zprostředkovat pracovníkům v sociálních službách další vzdělávání v oblasti komunikace. V komunikaci se seniory s demencí by se vzdělávání mělo zaměřit především na praktické využití specifických forem komunikace a na zavedení získaných vědomostí a dovedností do praxe.

Využít propracovaného systému výuky bazální stimulace v ČR (INSTITUT Bazální stimulace s.r.o.) a dostatečně informovat zdravotnické pracovníky i pracovníky v sociálních službách o konceptu BS. A také zajistit pracovníkům certifikované kurzy pod vedením lektora. Po zaškolení pracovníků se evidovat v INSTITUTU Bazální stimulace jako supervidovaná pracoviště.

Je vhodné rozšířit znalosti a dovednosti pracovníků v oblasti augmentativní a alternativní komunikace, o využívání piktogramů, komunikačních tabulek a knih. Dále by se vzdělávání mohlo soustředit na prohloubení znalostí o komunikačních bariérách se zaměřením na externí, kulturněhistorické a náboženské bariéry. Také na téma evalvace a devalvace v komunikaci.

Nabízet možnost seznámení s málo známými technikami v komunikaci se seniory

Zorganizovat přednášky na téma metoda preterapie (ukázky navázání kontaktu s nekomunikujícími kl.), videotrénink interakcí (možnosti využití, neverbální komunikace u seniorů, ukázky z praxe) a také totální komunikace. V případě zájmu pracovníků, umožnit absolvování kurzu.

Vytvořit nová pracovní místa zaměřená na podporu specifických forem komunikace

Domníváme se, že by bylo užitečné vytvořit pozici tzv. certifikovaného pracovníka v sociálních službách -ošetřovatele, nebo certifikované zdravotní sestry, například pro oblast bazální stimulace. Tito pracovníci by po vícestupňovém proškolení pomáhali zavést tuto metodu do praxe na oddělení, kde pracují. Sloužili by jako budoucí školitelé pro nové

pracovníky a poradci pro oblast BS k proškolení stávajících neproškolených zaměstnanců. Za tyto aktivity by samozřejmě museli být finančně, ale i jinak ohodnoceni. Podobný systém by mohl fungovat v oblasti aplikace technik validace v praxi.

V domovech pro seniory chybí speciální andragog, zaměřený na podporu a péči o zdravotně postižené seniory a na logopedii. Takový pracovník by úzce spolupracoval s aktivizačními pracovníky, nebo by mohl být přímo aktivizačním pracovníkem. Zaměstnanci v ošetrovatelské péči potřebují totiž poradenskou oporu v oblasti výuky seniorů (AAK, nácvik komunikačních dovedností, trénink paměti atd.).

Nastavit využívání specifických forem komunikace v systému péče o seniory

Ani jeden z uvedených návrhů se v praxi dlouhodobě neusadí bez nastavení koncepce fungování metody v systému péče každé organizace. Například zavedení ošetrovatelského konceptu bazální stimulace v metodice, standardech kvality, ošetrovatelských a individuálních plánech uživatelů. Důležité je také propojení všech zaměstnanců, v přímé péči, při užívání bazální stimulace v praxi.

Zapojení dobrovolníků a rodiny do podpory komunikace klientů

Domníváme se, že nedílnou součástí každého domova pro seniory jsou hlavně rodiny uživatelů a také dobrovolníci. Uplatnění dobrovolníků při aktivizaci je prospěšné nejen pro seniory, ale také pro dobrovolníky samotné. Ti hledají v dobrovolnické aktivitě možnost smysluplné realizace. Učí se účelně využít čas strávený s klientem v rámci možností v dané organizaci. Proto doporučujeme zapojit dobrovolníky také do individuálních nebo skupinových aktivit se zaměřením na bazální stimulaci. Zejména se to týká nadstavbových prvků BS, jako jsou čichová, optická a auditivní stimulace a také reminiscence. Dobrovolníci se mohou zapojit do tréninku kognitivních funkcí, podpory řeči a vyjadřování (pomocí obrázků, fotek a piktogramů). Příprava dobrovolníků na tyto činnosti je sice náročná, ale věříme, že se bohatě vyplatí. Dobrovolníci svojí specializací na jedince mohou přinést nové informace a také vnést tzv. svěží vítr do rutinní práce ošetrojícího personálu. Jediným úskalím je dostupnost biografických znalostí o klientovi.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo analyzovat vědomosti, praktické dovednosti a reálné využívání běžných a specifických forem komunikace pracovníků v přímé péči ve vztahu k uživatelům služeb v domově pro seniory. Dalším cílem bylo analyzovat, zda pracovníci s odborným sociálním nebo zdravotnickým vzděláním, nebo ti, co absolvovali specializované kurzy zaměřené na specifické formy komunikace, jsou lépe připraveni na využívání těchto forem komunikace v praxi než pracovníci rekvalifikovaní a ti co specialisované kursy neabsolvovali.

Teoretická část byla zaměřena na definování základních pojmů v komunikaci. Dále se vztahovala k problematice stáří a demence. Následně se zabývá otázkou komunikace se seniory postiženými smyslovými, tělesným a mentálními poruchami a také alternativní a augmentativní komunikací. Významný oddíl teoretické části je věnován vymezení pojmu specifická komunikace a s tímto souvisejícím metodám a přístupům. Pamatováno je i na popis pracovní kategorie: pracovník v sociálních službách a aktivizační pracovník.

Poznatky shrnuté v teoretické části jsme se rozhodli testovat výzkumným šetřením ve vybraných domovech pro seniory v regionu Nového Boru a České Lípy. Z analýzy výsledků osobního dotazování vyplynulo, že pracovníci v přímé péči v domovech pro seniory mají dobré znalosti a praktické dovednosti v oblasti verbální a neverbální komunikace. Projevují menší schopnost v porozumění postoje člověka, ale bez obtíží dokážou rozpoznat emoce z mimických projevů. To je klíčové při komunikaci se seniory trpícími demencí a sluchově postiženými klienty. Pozitivní je také zjištění, že pracovníci znají a používají zásady komunikace se seniory s různým postižením. Z výzkumu je patrné, že si uvědomují, jaké komunikační limity uživatelé jejich služeb mají a snaží se jim v této oblasti přizpůsobit. Zřejmá je také snaha o trpělivý a klidný přístup ke klientům. Pro výběr vhodné komunikační formy se seniory je klíčová znalost komunikačních bariér. Zjistili jsme, že pracovníci znají interní bariéry na straně uživatelů, ale chybí jim znalost externích, kulturních a dalších bariér, které nám umožňují efektivní komunikaci se seniory. Další, poměrně závažné zjištění bylo, že dovednosti pracovníků v oblasti komunikace se sluchově postiženými seniory je minimální. Zaměstnanci využívají k dorozumívání s klienty převážně jednoduché a někdy neefektivní prostředky. Využívání totální komunikace uvedlo pouze 19 % a využívání netechnických pomůcek AAK 32 % respondentů. Na obhajobu pracovníků je třeba uvést, že seniorů, kteří ovládají některé z prvků totální komunikace je velmi málo a naučit se ve stáří takto

komunikovat je náročné. V této souvislosti je třeba dále doplnit, že 84 % pracovníků při dorozumívání s uživateli s narušenou komunikační schopností využívá netechnické pomůcky augmentativní a alternativní komunikace jako jsou obrázky, fotografie a neverbální komunikace. Piktogramy jsou využívány minimálně.

Příklady z dobré praxe nás nabádají využívat při péči o seniory trpící demencí zcela jiný nedirektivní a chápající přístup. Tento požadavek a další nadstavbu v péči přináší specifické metody komunikace, jako jsou koncepty bazální stimulace, validace, metody preterapie a videotrénink interakcí. Analýzou dat z našeho výzkumného šetření jsme zjistili, že vědomě a plánovaně jsou v praxi v domovech pro seniory využívány některé prvky somatické a nadstavbové stimulace. Bohužel ne zcela koncepčně. Dále jsou to některé techniky validace, které však nejsou podpořeny teoretickou znalostí této metody. Domníváme se, že jsou využívány intuitivně. Preterapie a videotrénink interakcí jsou pro pracovníky v přímé péči téměř neznámé a ve své praxi je využívá jen minimum respondentů. Toto zjištění jsme mohli očekávat, neboť se těmito metodami pracuje u jiných cílových skupin a v oblasti péče o seniory se pomalu zavádí do praxe.

Na základě výsledku výzkumu jsme navrhli opatření, která si kladou za cíl zkvalitnit ošetrovatelskou komunikaci v domovech pro seniory. Informace a závěry z tohoto výzkumného šetření budou poskytnuty všem organizacím, které se na šetření podílely.

Seznam použitých zdrojů

- BUIJSSEN, H., 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-X
- DEVITO, J. A., 2001. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-988-8
- FRIEDLOVÁ, K., 2006. *1. a 2. díl: Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I*. 2. vyd. Frýdek- Místek: Institut Bazální stimulace. ISBN 80-239-6132-2.
- FRIEDLOVÁ, K., 2010. Vestibulární stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby*, roč. 12, č. 8–9, s. 36–37. ISSN 1803-7348.
- FRIEDLOVÁ, K., 2010. Vibrační stimulace a nastavbové prvky v konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby*, roč. 12, č. 11, s. 28–29. ISSN 1803-7348.
- FRIEDLOVÁ, K., 2013. Co přináší aplikace konceptu Bazální stimulace do přímé péče u poskytovatelů zdravotní péče a sociálních služeb. *Diagnóza v ošetrovatelství*. vol. IX., č. 3. s. 25015–27. ISSN 1801-1349
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. vyd. 2. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HOUSAROVÁ, B., 2011. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-789-5
- CHRÁSKA, M., 2007. *Metody pedagogického výzkumu, Základy kvantitativního výzkumu*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-247-1364-4.
- JANEČKOVÁ, H., 2013. Domovy pro seniory. In: MATOUŠEK, O., aj. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 434–437. ISBN 978-80-262-0366-7.
- JANEČKOVÁ, H., 2013. Preterapie. In: MATOUŠEK, O., aj. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 275–277. ISBN 978-80-262-0366-7.
- JANEČKOVÁ, H., 2013. Validace. In: MATOUŠEK, O., aj. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 141–144. ISBN 978-80-262-0366-7.
- JANOUSEK, J., 2007. *Verbální komunikace a lidská psychika*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1594-0.
- JANOVCOVÁ, Z. 2004. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. ISBN 80-210-3204-9
- KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. 2009. *Psychologie komunikace pro zdravotnické asistenty 4. Ročník*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2831-5
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9

- KOBĚRSKÁ, P., 2003. *Společnou cestou. Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*. 1. vyd. Praha: Portál. 80-7178-851-1.
- KOUKOLÍK, F., 2014. *Metuzalém: O stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 798-80-246 2464-8.
- KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R., 1999. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-716-8.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 1988. *Jak si navzájem lépe porozumíme: Kapitoly z psychologie sociální komunikace*. 1. vyd. Praha: Svoboda. ISBN
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
- MACKŮ, K., 2009. *Povědomí českých ergoterapeutů o preterapii a možnosti jejího využití*. [online]. Praha: Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze 1. Lékařská fakulta. [vid. 21. 6. 2016]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/130038501/?lang=cs>
- MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních službách*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3
- MUSIL, L., aj., 2006. *Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory. Závěrečná zpráva z výzkumu*. Praha: VÚPS, výzkumné centrum Brno. ISBN 20-87007-41-7
- MÜLPACHER, P., 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita. ISBN 80-210-3345-2.
- NAKONEČNÝ, M., 2004. *Psychologie téměř pro každého*. 1. vyd. Praha: Academia. ISBN 80-200-1198-6
- NAKONEČNÝ, M., 1999. *Sociální psychologie*. 1. Vyd. Praha: Akademia. ISBN 80-200-0690-7
- PAULÍK, K., 2004. Ženy a muži v sociální práci. In: HELER, M., ed. *Psychologické dny 2004: Svět žen a svět mužů: polarita a vzájemné obohacování: sborník příspěvků z konference Psychologické dny, Olomouc 2004*. [online]. s. 1–6. [vid. 15. 6. 2016]. Dostupné z: <http://cmps.ecn.cz/pd/2004/uvod/obsah.html>
- PEASE, A., 2001. *Řeč těla. Jak porozumět druhým z jejich gest, mimiky a postojů těla*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-582-2
- PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5.
- PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., 1998 *Soužití se staršími lidmi*. 1.vyd. Praha: Portál ISBN 80-7178-184-3.

- PLAŇAVA, I., 2005. *Průvodce mezilidskou komunikací: Přístupy-Dovednosti-Poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0858-2
- POKORNÁ, A. 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-466-5
- POKORNÁ, A., aj., 2014. Validace podle Naomi Feil v geriatrii. [online]. s. 88–96. [vid. 15. 6. 2016]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.05.004>
- PROCHÁZKOVÁ, L., 2012. Metoda validace – podpora práce s dezorientovanými lidmi. *Sociální služby*, roč. 14, č. 2, s.12–13. ISSN 1803-7348.
- PROUTY, G., aj., 2005. *Preterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7013-440-2
- RHEINWALDOVÁ, E., 1999. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-828-8.
- ŘÍČAN, P., 2004. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-829-5.
- SLOWÍK, J. 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9
- ŠAROUNOVÁ, J., aj., 2014. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0716-0
- ŠILHÁNOVÁ, K., 2013. Videotrénink interakcí. In: MATOUŠEK, O., aj. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 306–309. ISBN 978-80-262-0366-7.
- ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J., aj., 2005. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: ISBN 80-244-0629-2.
- VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3
- VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978- 80-247-2170-5
- VENGLÁŘOVÁ, M., MARHOVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247- 1262-8
- VYBÍRAL, Z., 2009. *Psychologie komunikace*. 2. Vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-387-1
- VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., 1997. *Sociální psychologie*. Praha: ISV nakladatelství. ISBN 80-85866-20-X

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů České republiky. [online]. 2006, částka 37, 1257–1289 [vid. 22. 3. 2016]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=108&r=2006>

Vyhláška č. 505/2006 Sb. kterou se uvádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbíрка zákonů České republiky*. [online]. 2006, částka 164, s. 7021–7048 [vid. 22. 3. 2016]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=505&r=2006>

Seznam příloh

Příloha č. 1

Dotazník

Příloha č. 2

Rozhovor

Příloha č. 3

Tabulky ke grafům

<i>Tabulka 1: Pohlaví respondentů</i>	95
<i>Tabulka 2: Věk respondentů</i>	95
<i>Tabulka 3: Vzdělání respondentů</i>	95
<i>Tabulka 4: Počet let praxe</i>	96
<i>Tabulka 5: Vymezení termínu verbální komunikace</i>	96
<i>Tabulka 6: Znalost projevů emocí v mimice člověka (radost, hněv, smutek)</i>	96
<i>Tabulka 7: Používané zásady komunikace se seniory</i>	96
<i>Tabulka 8: Používání netechnických pomůcek AAK</i>	97
<i>Tabulka 9: Používání videotréninku interakcí v praxi</i>	97
<i>Tabulka 10: Využívání prvků bazální stimulace v praxi</i>	97
<i>Tabulka 11: Absolvované kurzy k rozvoji komunikačních znalostí a dovedností</i>	98
<i>Tabulka 12: Znalost pojmu preterapie</i>	98
<i>Tabulka 13: Znalost pojmu validace</i>	99
<i>Tabulka 14: Znalost pojmu bazální stimulace</i>	99
<i>Tabulka 15: Znalost pojmu augmentativní komunikace</i>	99
<i>Tabulka 16: Znalost neverbálního projevu postoje člověka</i>	100
<i>Tabulka 17: Techniky preterapie používané v praxi</i>	100
<i>Tabulka 18: Techniky validace používané v praxi</i>	100
<i>Tabulka 19: Nejčastější komunikační bariéry při kontaktu se seniory</i>	101
<i>Tabulka 20: Znalost zásady komunikace se seniorem s tělesným postižením</i>	101
<i>Tabulka 21: Doplnující otázka k položce č. 17 (proč myslíte, že to tak je?)</i>	101
<i>Tabulka 22: Znalost zásady komunikace se sluchově postiženými seniory</i>	102
<i>Tabulka 23: Doplnující otázka k položce č. 18 (povězte proč to tak je?)</i>	102
<i>Tabulka 24: Prostředky komunikace používané u seniorů se sluchovým postižením</i>	102
<i>Tabulka 25: Používání totální komunikace v praxi</i>	103
<i>Tabulka 26: Organizace aktivizačních programů na podporu komunikace</i>	103
<i>Tabulka 27: Druhy aktivizačních programů na podporu komunikace</i>	103

Příloha č. 1

Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Lucie Honzíková Kotlánová, studuji na Fakultě přírodovědně – humanitní a pedagogické Technické univerzity v Liberci. Rozhodla jsem se napsat bakalářskou práci na téma: Specifické formy komunikace zaměstnanců s uživateli služeb v domově pro seniory. Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění dotazníku, který si klade za cíl získat informace o běžných vědomostech, praktických dovednostech a také specifických formách komunikace, které využívají pracovníci v přímé péči o seniory. Dotazník je zcela anonymní a všechny získané informace budou sloužit pouze pro studijní účely. Prosím, odpovězte na všechny otázky a označte vždy jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Své odpovědi křížkujte, text pište hůlkovým písmem.

Děkuji za vyplnění.

Lucie Honzíková Kotlánová

1. Pohlaví

- muž
- žena

2. Kolik je Vám let?

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

- základní vzdělání
- střední vzdělání s výučním listem ve zdravotním nebo sociálním oboru
- střední vzdělání s výučním listem v jiném oboru
- střední vzdělání s maturitou ve zdravotním nebo sociálním oboru
- střední vzdělání s maturitou v jiném oboru
- jiné.....

4. Počet let praxe v přímé péči o seniory?

.....

5. Co je podle Vás verbální komunikace?

- komunikace beze slov
- řeč očí
- slovní komunikace
- nevím

6. Jaké emoce vyjadřují tyto obrázky? Napište.



a)..... b)..... c)..... d).....

7. Jaké zásady nejčastěji používáte při komunikaci se seniory trpícími demencí?

.....
.....
.....

8. Jaké netechnické pomůcky alternativní a augmentativní komunikace používáte v praxi?

Můžete označit více odpovědí.

- piktogramy, napište jaké.....
- obrázky
- fotografie
- komunikátory
- jiné.....

9. Používáte videotrénink interakcí v praxi?

- ano, vypište jak.....
.....
- ne

10. Využíváte prvky bazální stimulace ke komunikaci se seniory?

- ano, napište jaké.....
.....
- ne

11. Jaké kurzy jste absolvoval/la pro rozvoj komunikačních znalostí a dovedností? Můžete zakroužkovat více odpovědí.

- sanitářský kurz
- akreditovaný kvalifikační kurz (pracovník v sociálních službách, rozsah 150 hodin)
- jiný.....
.....

Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku.

Příloha č. 2

Rozhovor

12. Co si představujete pod pojmem Preterapie?

- ✓ Jaké techniky preterapie využíváte k navázání kontaktu s nekomunikujícími seniory?
- ✓ Účastnila jste se akreditovaného kurzu preterapie?
- ✓ Vyzkoušela jste si někdy navázat komunikaci s klientem pomocí zrcadlení jeho výrazu v tváři, opakování jeho slov, pohybů nebo postojů?

13. Co je myšleno pod pojmem Validace?

- ✓ **Jaké validační techniky používáte v praxi?**
- ✓ Účastnila jste se některého z akreditovaných, validačních vzdělávacích programů?
- ✓ Používáte při komunikaci s dezorientovanými seniory techniky, jako jsou: centrování, doteky v oblasti ramen, pokládání jednoduchých otázek, udržování dlouhého očního kontaktu, opakování výpovědi?

14. S jakými komunikačními bariérami se nejčastěji setkáváte při kontaktu se seniory?

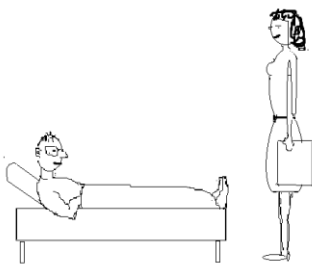
15. Co Vám říká pojem Bazální stimulace?

- ✓ Jste proškolená v Bazální stimulaci?

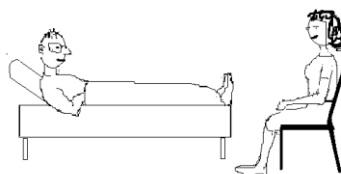
16. Co si myslíte, že je augmentativní komunikace?

- ✓ Zajistil pro Vás zaměstnavatel kurz alternativní a augmentativní komunikace?

17. Prohlídněte si tyto obrázky a povězte, který z nich vyjadřuje správný postoj mluvčího při komunikaci se seniorem na lůžku?



a)

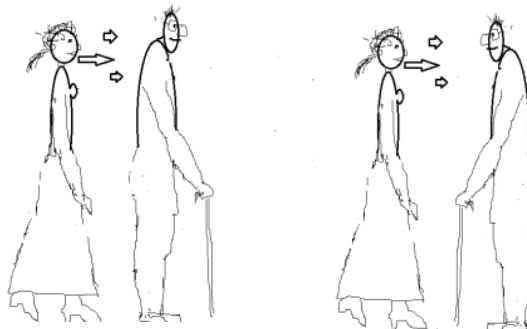


b)

- ✓ Proč si myslíte, že to tak je?

18. Je platné následující tvrzení? U seniorů se sluchovým postižením dbáme na to, aby nám při hovoru viděli do obličeje.

- ano
- ne



✓ Povězte proč to tak je?

19. Jaký postoj vyjadřuje tento obrázek?



20. Jaké prostředky komunikace používáte u seniorů se sluchovým postižením?

- ✓ Ovládáte některou ze složek totální komunikace?
- ✓ Používáte při komunikaci u seniorů se sluchovým postižením znakovou řeč, prstovou abecedu, znakovanou řeč?

21. Pořádáte ve Vaší organizaci aktivizační programy podporující komunikaci?

Příloha č. 3

Tabulky ke grafům

Tabulka 2: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	36	97 %
Muži	1	3 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 3: Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 – 20	1	3 %
21 – 30	6	16 %
31 – 40	10	27 %
41 – 50	8	22 %
51 – 60	12	32 %
60 a více	0	0 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 4: Vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	1	3 %
Střední vzdělání s výučním listem ve zdravotním nebo sociálním oboru	2	5 %
Střední vzdělání s výučním listem v jiném oboru	10	27 %
Střední vzdělání s maturitou ve zdravotním nebo sociálním oboru	8	22 %
Střední vzdělání s maturitou v jiném oboru	9	24 %
Jiné, VŠ v sociálním nebo pedagogickém oboru	4	9 %
Jiné, VŠ jiném oboru	1	3 %
Jiné, VOŠ v sociálním oboru	2	5 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 5: Počet let praxe

Počet let praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
0 až 1 rok	6	16 %
2 až 5 let	13	35 %
6 až 10 let	8	22 %
11 až 20 let	7	19 %
21 až 30 let	2	5 %
31 a více let	1	3 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 6: Vymezení termínu verbální komunikace

Verbální komunikace je:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Komunikace beze slov	3	8 %
Řeč očí	0	0 %
Slovní komunikace	34	92 %
Nevím	0	0 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 7: Znalost projevů emocí v mimice člověka (radost, hněv, smutek)

Rozpoznání emoce	Absolutní četnost	Relativní četnost
správně	30	81 %
chybně	7	19 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 8: Používané zásady komunikace se seniory

Znalost zásad:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Klidný, trpělivý přístup, naslouchání.	10	27%
Srozumitelné, krátké věty, opakování výpovědi.	6	17%
Srozumitelné, krátké věty, neverbální komunikace, ukazování.	4	11%
Pomalá mluva, opakování výpovědi, zřetelná artikulace.	4	11%
Pomalá mluva, oční kontakt, ukazování, říkat co budeme dělat.	4	11%
Pomalá mluva, zpětná vazba, srozumitelné krátké věty, doteky.	2	5%
Hovořit klidně, oční kontakt.	1	3%
Vyrovnaný tón hlasu, doteky, oční kontakt, pomalu mluvit.	2	5%
Klidný přístup, říkat co budeme dělat, doteky, opakování.	2	5%
Dbát na důstojnost a soukromí, pochválit.	2	5%
Celkem	37	100%

Tabulka 9: Používání netechnických pomůcek AAK

Používané pomůcky:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Piktogramy, obrázky, fotografie	3	8 %
Piktogramy, obrázky	1	3 %
Obrázky, fotografie	19	51 %
Fotografie	1	3 %
Písmo	1	3 %
Obrázky, fotografie a komunikátory	3	8 %
Neverbální komunikace	3	8 %
Nepoužíváme	6	16 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 10: Používání videotréninku interakcí v praxi

Používání videotréninku interakcí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	1	3 %
Ano, při školení klíčových pracovníků	1	3 %
Ne	35	94 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 11: Využívání prvků bazální stimulace v praxi

Prvky bazální stimulace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Polohování, masáže, hlazení	1	3 %
Polohování, doteky, hlazení	2	5 %
Polohování, koupele	1	3 %
Polohování, hmatová st.	5	13 %
Doteky, hlazení	4	11 %
Doteky, hmatová a čichová st.	3	8 %
Doteky, masáže, hmatová a čichová st.	1	3 %
Masáže, hlazení, doteky	5	13 %
Masáže, hlazení, koupele	1	3 %
Masáže, sluchová a čichová st.	1	3 %
Nevyužívá	13	35 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 12: Absolvované kurzy k rozvoji komunikačních znalostí a dovedností

Absolvované kurzy:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Akreditovaný kvalifikační kurz (PSS)	22	57 %
Kvalifikační kurz, sanitářský kurz	1	3 %
Kvalifikační kurz, sanitářský kurz, komunikace s klienty s demencí	2	5 %
Kvalifikační kurz, kognitivní poruchy u demence, psy. disciplíny v soc. sl.	1	3 %
Kvalifikační kurz, péče o klienty s demencí, nekomunikující klient	1	3 %
Kvalifikační kurz, bazální stimulace, AAK	1	3 %
Kvalifikační kurz, kurz asertivity, kurz aktivizace seniorů	1	3 %
Kvalifikační kurz, osobní asistent, kom. s nevidomými, s klienty s demencí	1	3 %
Kvalifikační kurz, nepedagogický pracovník v sociálních službách	1	3 %
Úvod do problematiky AAK, komunikace s klienty s demencí	1	3 %
Kurz znakového jazyka	1	3 %
Kurz asertivity	1	3 %
Komunikace s klienty s demencí	1	3 %
Jiné, neuvedeno	2	5 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 13: Znalost pojmu preterapie

Preterapie je:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Metoda komunikace pomocí zrcadlení	1	3 %
Práce s nekomunikujícím klientem	1	3 %
Metoda využívající ke komunikaci postoje a gestiku	1	3 %
Něco před terapií	1	3 %
Nevím	33	88 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 14: Znalost pojmu validace

Validace je:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ověření, platnost	2	5 %
Metoda Noami Feilové, u dezorientovaných seniorů, znalost biografie kl.	1	3 %
Komplexní přístup ke klientům s demencí, kl. je brán takový jaký je.	1	3 %
Nevím	33	89 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 15: Znalost pojmu bazální stimulace

Bazální stimulace je:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Stimulace smyslů pomocí doteků	5	14 %
Stimulace smyslů kl. (čich, hmat, chuť, polohování, masáže)	5	14 %
Stimulace k uvědomění si svého těla	5	14 %
Metoda využívající techniky polohování, hlazení a masáže	8	21 %
Zkvalitnění života klienta, jeho vnímání a vztah k pomáhajícím	3	8 %
Zajištění pocitu spokojenosti a bezpečí pro klienty	3	8 %
Podporování, nácvik běžných aktivit denního režimu	1	3 %
Nevím	7	18 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 16: Znalost pojmu augmentativní komunikace

Augmentativní komunikace je:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Komunikace pomocí obrázků	2	5 %
Komunikace pomocí spec. pomůcek, neverbální komun.	1	3 %
Podpůrná metoda v komunikace se sluchově postiženými kl.	2	5 %
Komunikace pomocí piktogramů, obrázků a fotografií	2	5 %
Metoda podporující komunikaci	3	8 %
Rozšiřování komunikace	1	3 %
Technika jak správně jednat s klientem	1	3 %
Nevím	25	68 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 17: Znalost neverbálního projevu postoje člověka

Postoj vyjadřuje:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nadřazenost	5	14 %
Nejistý	2	5 %
Nesouhlas	1	3 %
Nezájem	4	11 %
Obranný postoj	6	16 %
Očekávání	2	5 %
Pohodový postoj, klid	3	8 %
Uražený	3	8 %
Uzavřenost	7	19 %
Vzdor	4	11 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 18: Techniky preterapie používané v praxi

Techniky preterapie využívané v praxi	Relativní četnost	Absolutní četnost
Zrcadlení slov	4	11 %
Zrcadlení výrazu	1	3 %
Zrcadlení pohybů a postojů	1	3 %
Nevyužívá	31	83 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 19: Techniky validace používané v praxi

Používané techniky:	Absolutní	Relativní četnost
Doteky v oblasti ramen, pokládání jednoduchých otázek, dlouhý oční kontakt, opakování výpovědi.	29	78 %
Centrování, doteky v oblasti ramen, pokládání jednoduchých otázek, dlouhý oční kontakt, opakování výpovědi.	1	3 %
Doteky v oblasti ramen, dlouhý oční kontakt, opakování výpovědi.	1	3 %
Doteky v oblasti ramen, pokládání jednoduchých otázek, opakování výpovědi.	2	5 %
Doteky v oblasti ramen, pokládání jednoduchých otázek, dlouhý oční kontakt	1	3 %
Pokládání jednoduchých otázek, dlouhý oční kontakt, opakování výpovědi	2	5 %
Ne	1	3 %
Cekem	37	100 %

Tabulka 20: Nejčastější komunikační bariéry při kontaktu se seniory

Nejčastější komunikační bariéry:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Deprese	2	5 %
Porucha sluchu a zraku	4	11 %
Porucha sluchu, demence	7	19 %
Porucha sluchu, demence, narušená kom. schopnost	5	14 %
Porucha sluchu, náladovost, bolest	3	8 %
Porucha sluchu, neochota komunikovat, narušená kom. schopnost	3	8 %
Narušená kom. schopnost, neochota komunikovat	4	11 %
Narušená kom. schopnost, porucha sluchu a zraku	3	8 %
Neschopnost porozumět mluvené řeči	3	8 %
Špatná nálada, netrpělivost, agresivita	2	5 %
Nevím	1	3 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 21: Znalost zásady komunikace se seniorem s tělesným postižením

Správný postoj je:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Obrázek a), chybně	2	5 %
Obrázek b), správně	35	95 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 22: Doplnující otázka k položce č. 17 (proč myslíte, že to tak je?)

Proč myslíte, že to tak je?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Je to osobnější	1	3 %
Komunikace v úrovni očí	6	16 %
Komunikace v úrovni očí, partnerská úroveň	10	27 %
Nepůsobím uspěchaně	1	3 %
Nepůsobím uspěchaně, partnerská komunikace v úrovni očí	5	14 %
Partnerská komunikace	9	24 %
Partnerská komunikace, větší důvěra	2	5 %
Nevím	1	3 %
Chybná odpověď	2	5 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 23: Znalost zásady komunikace se sluchově postiženými seniory

Platnost tvrzení:	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano (správně)	37	100 %
ne (chybně)	0	0 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 24: Doplnující otázka k položce č. 18 (povězte proč to tak je?)

Důvodem je:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Potřeba klienta odezírat	11	29 %
Potřeba klienta odezírat, zrcadlení	1	3 %
Potřeba klienta odezírat, aby o nás věděl a nelekl se	5	14 %
Potřeba kl. odezírat, čist neverbální projevy komunikace	12	32 %
Potřeba čist neverbální projevy komunikace	5	14 %
Proto, aby nám lépe porozuměl	2	5 %
Nevím	1	3 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 25: Prostředky komunikace používané u seniorů se sluchovým postižením

Využívané prostředky komunikace:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hlasitá mluva	4	12 %
Hlasitá mluva, odezíráni	3	8 %
Hlasitá mluva, ukazování na předměty	2	5 %
Naslouchadla	3	8 %
Naslouchadla, mluvíme do lépe slyšícího ucha	3	8 %
Neverbální komunikace	4	12 %
Neverbální komunikace, ukazování na předměty	2	5 %
Neverbální komunikace, odezíráni, znaková řeč	2	5 %
Odezíráni	2	5 %
Obrázky, psané slovo	2	5 %
Obrázky, piktogramy, ukazování na předměty	2	5 %
Psané slovo, ukazování na předměty	2	5 %
Žádné	6	17 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 26: Používání totální komunikace v praxi

Používám:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Prstovou abecedu	2	5 %
Částečně znakovou řeč	5	14 %
Ne	30	81 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 27: Organizace aktivizačních programů na podporu komunikace

Probíhají aktivizační programy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	34	92 %
Ne	3	8 %
Celkem	37	100 %

Tabulka 28: Druhy aktivizačních programů na podporu komunikace

Druhy aktivizačních programů	Absolutní četnost	Relativní číslo
Kognitivní hry	2	5 %
Kavárna + povídání, nácvik komunikace pomocí piktogramů	1	3 %
Kavárna + povídání, reminiscence	3	8 %
Kavárna, reminiscence, trénink paměti	4	11 %
Trénink paměti	5	14 %
Trénink paměti, reminiscence	4	11 %
Trénink paměti, reminiscence, muzikoterapie	4	11 %
Společná sezení, hraní spol. her, předčítání	2	5 %
Reminiscence, muzikoterapie, canisterapie	2	5 %
Dělají jen aktivizační pracovníci	7	19 %
Žádné	3	8 %
Celkem	37	100 %