

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta

**Bakalářská práce**

2016

Martina Švarcbachová

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Možnosti, strategie komunikace pracovníků přímé obslužné péče se  
seniory v domovech pro stárnoucí osoby**

Bakalářská práce

Autor	Martina Švarcbachová
Studijní program	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor	Speciální pedagogika - intervence
Vedoucí práce	PhDr. Lenka Neubauerová



## Zadání bakalářské práce

**Autor:** Martina Švarcbachová

Studium: P131048

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika - intervence

**Název bakalářské práce:** **Možnosti, strategie komunikace pracovníků přímé obslužné péče se seniory v domovech pro stárnoucí osoby**

Název bakalářské práce AJ: Possible communication strategies for delivering care services for the elderly in nursing homes in the Czech Republic

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Bakalářská práce se zaměřuje na stárnoucí osoby žijící v domově pro seniory. Teoretická část práce vymezuje základní terminologii, stáří, komunikace, sociální služby atd. Cílem bakalářské práce je zmapovat komunikační schopnosti seniorů ve zvoleném zařízení a teoretické znalosti, faktory a možnosti komunikace pracovníků přímé obslužné péče v zařízeních pro seniory.

POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 158 s. ;. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8 ZGOLA, Jitka M. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 226 s. ISBN 80-247-0183-9 KALVACH, Zdeněk. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6 ŠKODOVÁ, Eva. Klinická logopedie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 612 s., viii barev. obr. příl. ISBN 80-717-8546-6. TOPINKOVÁ, Eva. Geriatrie pro praxi. 1. vyd. Praha: Galén, c2005, 270 s. ISBN 80-726-2365-6 VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 5., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2012, 870 s. ISBN 978-802-6202-257 VYBÍRAL, Zbyněk. Psychologie komunikace. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 319 s. ISBN 978-807-3673-871

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,  
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová

Oponent: PhDr. Jana Dlouhá, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 27.1.2015

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 23. Března 2016

## Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 4/2009 (Řád pro nakládání se školními a některými jinými autorskými díly na UHK).

Datum: 23. března 2016

## Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala PhDr. Lence Neubauerové za odborné vedení, cenné rady a vstřícný přístup při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat zaměstnancům Domovů pro seniory za ochotu a spolupráci při vyplňování dotazníků.

## Anotace

ŠVARCBACHOVÁ, Martina. *Možnosti, strategie komunikace pracovníků přímé obslužné péče se seniory v domovech pro stárnoucí osoby*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 96 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zaměřuje na stárnoucí osoby žijící v domově pro seniory a jejich schopnosti/možnosti komunikace s pracovníky přímé obslužné péče vzhledem k jejich získaným poruchám podmíněným věkem či onemocněním. Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, z části teoretické a praktické.

Teoretická část práce vymezuje základní terminologii, stáří, změny zapříčiněné stářím, vymezuje komunikaci a obecné zásady a doporučení ke komunikaci se seniory, dále vymezuje zdravotní a sociální služby o seniory v České republice.

Cílem bakalářské práce a obsahem praktické části je zjistit komunikační schopnosti seniorů ve zvoleném zařízení a teoretické znalosti, faktory a možnosti komunikace pracovníků přímé obslužné péče v zařízeních pro seniory. Výzkumné šetření proběhne dotazníkovým šetřením, které vyplní pracovníci ve vybraných domovech pro seniory.

Klíčová slova: komunikace, komunikace se seniory, stáří, senioři, domov pro seniory, pracovníci přímé obslužné péče

## Annotation

ŠVARCBACHOVÁ, Martina. *Possible communication strategies for delivering care services for the elderly in nursing homes in the Czech republic*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Kralove, 2016. 96 p. Bachelor Degree Thesis.

This thesis focuses on elderly people living in homes for the elderly and their skills communication with frontline workers in service care due to their faults acquired conditional age or illness. The thesis consists of two parts, theoretical and practical.

The theoretical part defines basic terminology, age, changes caused by aging, defines the communication and the guidelines and recommendations for communicating with seniors, defines the health and social services for seniors in the Czech Republic.

The aim of the thesis and content of the practical part is to identify the communication skills of older people in the selected device and theoretical knowledge, factors, and communications workers direct service care facilities for the elderly. The survey will be the questionnaire survey, which fills employees in selected homes for the elderly.

Keywords: communication, communication with seniors, age, seniors, retirement home, direct service care workers



# Obsah

<b>ÚVOD.....</b>	<b>11</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>13</b>
<b>1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....</b>	<b>13</b>
1.1 STÁRNUTÍ .....	13
1.2 STÁŘÍ.....	14
1.3 SENIOR .....	15
1.4 ČLENĚNÍ VĚKOVÝCH KATEGORIÍ V DOSPĚLOSTI A VE STÁŘÍ .....	15
1.5 ZMĚNY ZAPŘÍČINĚNÉ STÁŘÍM .....	17
1.6 DEMOGRAFICKÁ CHARAKTERISTIKA Z HLEDISKA STÁRNUTÍ POPULACE .....	20
<b>2 KOMUNIKACE.....</b>	<b>22</b>
2.1 DEFINICE KOMUNIKACE .....	22
2.1.1 Komunikační řetězec .....	23
2.2 KOMUNIKACE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	23
2.3 KOMUNIKACE SE SENIORY .....	24
2.3.1 Komunikační bariéry .....	25
2.3.2 Další specifické obtíže v komunikaci.....	25
2.4 ZÁVAŽNÉ PORUCHY KOMUNIKACE U SENIORŮ .....	27
2.4.1 Afázie .....	28
2.4.1.1 Typy afázie.....	29
2.4.1.2 Zásady komunikace s klientem s afázií.....	31
2.4.2 Dysartrie .....	32
2.4.2.1 Typy dysartrie .....	33
2.4.2.2 Zásady komunikace s klientem s dysartrií .....	34
2.4.3 Dysfagie.....	34
2.4.3.1 Obecné zásady podpory správného a bezpečného přijímání stravy.....	36
2.4.4 Syndrom demence .....	36
2.4.4.1 Typy demencí.....	37
2.4.4.2 Poruchy komunikace u syndromu demence .....	38
2.4.4.3 Zásady komunikace s člověkem s demencí .....	40
2.5 SYSTÉMY ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE .....	40
<b>3 SYSTÉM ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY V ČR .....</b>	<b>43</b>

3.1	ZÁKONNÉ NORMY V SOCIÁLNÍ OBLASTI .....	43
3.1.1	Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách .....	43
3.2	PÉČE O SENIORY .....	44
3.2.1	Rodinná péče .....	45
3.2.2	Zdravotní péče .....	45
3.2.3	Služby sociální péče .....	46
3.3	PRACOVNÍK V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH .....	50
3.3.1	Činnost pracovníka v sociálních službách.....	50
3.3.2	Kvalifikační požadavky pracovníka v sociálních službách.....	51
3.3.2.1	Náplň kurzu pro pracovníky v sociálních službách .....	52
<b>II.</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>54</b>
<b>4</b>	<b>KOMUNIKACE SE SENIORY V DOMOVECH PRO SENIORY .....</b>	<b>54</b>
4.1	CÍL PRÁCE.....	54
4.2	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	54
4.3	CHARAKTERISTIKA MÍSTA ŠETŘENÍ/VÝZKUMNÉHO VZORKU .....	55
4.4	VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ .....	57
4.5	SHRnutí .....	79
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>85</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>88</b>
	<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....</b>	<b>91</b>
	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>93</b>

## ÚVOD

*„Stupeň úcty ke stáří udává stupeň ušlechtilosti a pravé ceny u všech národů a kultur.“ Ladislav Klíma*

Stáří se stává celosvětovým fenoménem, jelikož se dnes díky pokroku medicíny dožíváme stále vyššího věku, než tomu tak bylo v dřívějších dobách. Díky zvyšujícímu se počtu seniorů je z toho vyplývající větší zájem o domovy pro seniory a sociální služby. Jelikož senioři často špatně a nesrozumitelně komunikují, jsou důležité znalosti pracovníků v oblasti správné komunikace se seniory, aby vyšetření, terapie a péče byla co nejúspěšnější. Každý z nás potřebuje vyjádřit své emoce, potřeby, chceme se cítit pochopení, bez komunikace bychom neměli sociální vztahy a cítili bychom se osamoceni.

Toto téma mé bakalářské práce jsem si vybrala, protože mám pocit, že je plno prací zaměřujících se na děti, ale na seniory se zapomíná. Mne problematika péče o seniory zajímá, protože ze zkušenosti vím, jak těžká může komunikace se seniory být. Také jsem si ji vybrala z toho důvodu, že mnoho blízkých má špatné zkušenosti s chováním pracovníků k seniorům v zařízeních pro seniory. Chtěla jsem se hlavně zaměřit a dozvědět se více o syndromu demence a o komunikačních obtížích seniorů.

*„Važ si starce i tehdy, kdyby ze stařecké slabosti pozapomněl svých vědomostí.“  
Talmud*

Všichni si musíme vážit starších lidí, protože i my jednou budeme staří, měli bychom se k seniorům chovat tak, jak bychom chtěli my, aby se ostatní chovali ve stáří k nám. Musíme si uvědomit, že senioři nejsou jen lidé, kteří už dožili a jen čekají na smrt, ale že to jsou osobnosti, které kdysi někým byli, někde pracovali, lidé, kteří založili rodinu, kteří pečovali o druhé a to by se jim ve stáří mělo s láskou vrátit. Odchodem do důchodu život nekončí a pro naplnění života nestačí mít jen kde bydlet a jíst. Senior není pouze člověk, který potřebuje naši péči, ale je to studnice vědění, je zkušený, a i když je pomalý, je naplněný moudrostí a my se od něho můžeme více naučit. Každý z nás je jedinečná bytost, každý máme v sobě něco krásného a dobrého. Pro co nejlepší vztahy se seniory je důležité pochopit změny u stárnoucího člověka a respektovat jeho potřeby, také s ním jednat jako s plnohodnotným občanem a napomoci naplnit životní roli ve stáří.

Má bakalářská práce se dělí na dvě části, na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce vymezuje základní terminologii, stáří, komunikaci a sociální služby.

Cílem zjištění mé praktické části bylo zanalyzovat komunikační schopnosti seniorů ve zvoleném zařízení a teoretické znalosti, faktory a možnosti komunikace pracovníků přímé obslužné péče v zařízeních pro seniory. Dalším bylo zjištění, zda by měli pracovníci zájem o další vzdělávání v oblasti komunikace. Ráda bych, aby si pracovníci uvědomili, jak na tom s komunikací se seniory jsou, jak moc je ve vztahu ke klientovi komunikace důležitá, aby je to třeba i podnítilo k tomu, že si ke správné komunikaci nastudují nějakou příručku či si přečtou tuto bakalářskou práci a také to, že zaměstnavatelé tomu budou věnovat větší pozornost a zajistí například kurzy pro zaměstnance, aby byl vztah mezi pracovníky a seniory co nejlepší a nedocházelo k nepříjemným situacím a pocitům seniorů.

# I. Teoretická část

## 1 Stáří a stárnutí

Stárnutí populace se týká celého světa, celé společnosti, nevyhne se ani České republice. Tento fakt potřebuje aktivní přístup všech profesionálů a hledání optimálních řešení ve všech sférách společenského života. Je to fakt, se kterým musejí počítat systémy zdravotní péče a sociálních služeb. Z tohoto fenoménu stárnutí plynou problémy a výzvy, kterým musíme věnovat pozornost, jelikož všichni mají nárok na adekvátní profesionální zdravotní i sociální péči, která zachovává důstojnost stáří i ve vyšším věku.

*„Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí.“* (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 57)

Zahraniční pojmy vycházející z latiny jako je senex = starý, z řečtiny gerón = stařec, a přebírané pojmy z angličtiny the elderly = starší lidé, age = věk, ageing = stárnutí. Dnes je uváděno zhruba kolem tří set definic vymezujících stáří a stárnutí, ale ani jedna není platná a definitivní. Když se podíváme do historie, Hippokrates definoval stáří jako ztrátu vlhka a Aristoteles jako ztrátu tepla. Dle Galéna je stav mezi zdravím a nemocí navozen změnami tělních šťáv s úbytkem vlhka, tepla a krve. Definice se od sebe liší dle úhlu nahlížení, jako je demografie, psychologie, sociální práce, gerontologie aj. Autoři se shodují na faktu, že stáří neboli senium je konečnou etapou života, konečným vývojovým obdobím, ale naopak stárnutí neboli senescence je fyziologický proces a nikdo se mu nevyhne. (Příbyl, 2015)

### 1.1 Stárnutí

Existuje mnoho definic stárnutí od mnoha autorů, například definice stárnutí dle Topinkové a Neuwirtha (1995, s. 13) *"Stárnutí je specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinovaná a pro každý druh specifická."*

Najdou se lidé s radikálním postojem k chápání stárnutí jako biologickému ději, který probíhá plynule celým životem člověka. Tento názor říká, že stárnutí člověka začíná počítím. Ale najdeme i osoby, kteří berou stárnutí jako něco, co se vztahuje k pozdější fázi života. J. Švancara (1983, s. 32) říká, že stárnutí může obsahovat etapy presenia jako předstupně stáří, proto doplňuje, že „*stáří je sestupnou periodou vývoje a začíná již v dřívějších vývojových stádiích.*“

## 1.2 Stáří

Stáří neboli senium je konečnou etapou života, vývojovým obdobím, zatímco stárnutí, neboli senescence, je fyziologický proces, týkající se nás všech. Stářím se označuje poslední vývojová etapa lidského života, která je zakončena smrtí. Hovoříme o důsledku a projevu involučních změn, které jsou ovlivněny geneticky, ale i jinými faktory – nemocemi, způsobem života, životními podmínkami. Stáří je rozlišováno na kalendářní, biologické a sociální. (Příbyl, 2015)

Stáří je důsledkem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (choroby, způsob života a životní podmínky) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování, změny sociálních rolí). Stáří je obdobím změn dosavadního způsobu života. Člověk si nejprve uvědomí stárnutí a stáří v době kdy přijde tzv. syndrom prázdného hnízda, tedy osamostatnění dětí a narození vnoučat. Dalším důvodem uvědomění je odchod do penze. Člověku časem ubývají síly, zpomaluje se životní tempo a zhoršuje se zdravotní stav. Také je vhodné zmínit i horší ekonomickou situaci. Mezi dalšími změnami v životě seniora je ztráta partnerů a svých vrstevníků. Seniors provází pocit zbytečnosti, což vede k psychologickým problémům. Důležité je udržovat sociální kontakty, aby nedošlo k úplné sociální izolaci. Stáří je projevem genetických procesů, zapříčiněných mnoha faktory – chorobami, způsobem života a životními podmínkami, které jsou spojeny se sociálními změnami – osamostatnění dětí, penzionování a změnami sociálních rolí. Všechny změny se prolínají, jednotné vymezení i periodizace je proto obtížná. (Dvořáčková, 2012)

### 1.3 Senior

Senior je termínem emočně neutrálním, využívá se i ve vědeckých disciplínách, označujeme jím člověka v průběhu celého stáří bez ohledu na míru soběstačnosti. Často nacházíme v odborné literatuře označení jako geront, kterým se myslí spíše na nesoběstačné seniory. Dalším označením je senescent, což je zastaralejší výraz. Lidé v současné době používají i výraz důchodce, což můžeme vnímat jako člověka, který pobírá důchod. (Příbyl, 2015) Termín senior vysvětluje i slovník cizích slov jako: příslušník starší věkové kategorie, starší ze dvou lidí stejného jména, člen sboru požívající zvláštní úcty. (online, 2016) Psychologický slovník definuje seniory dle věku: senior je označení lidí starších šedesáti let. (Hartl, P., 2004)

### 1.4 Členění věkových kategorií v dospělosti a ve stáří

Při hledání toho správného věku odpovídajícímu stáří se využívá mnoho měřítek a kritérií. Například tyto: chronologická délka života, biologický stav organismu, mentální (psychické) zdraví, kognitivní výkonnost, sociální kompetence a produktivita, kvalita sebeovládání, spokojenost se životem. U těchto kritérií se rozlišují dva druhy, a to objektivní kritéria, která jsme schopni technicky či přístroji doložit (výška, váha, roky) a druhým kritériem je subjektivní, to co člověk slovně odpoví, jak je spokojen se životem. (Křivohlavý, 2011)

Věk můžeme dělit z hlediska mnoha aspektů:

- Chronologický věk, který představuje věk kalendářní, odpovídající skutečné prožitým letům bez ohledu na stav organismu
- Biologický věk, který je důsledkem geneticky řízeného programu, působení zevního prostředí a způsobu života, přítomnosti chorob nebo úrazů
- Funkční věk, odpovídá funkčnímu potenciálu člověka, je zároveň daný součtem charakteristik biologických, sociálních a psychologických
- Psychologický věk, který je důsledkem funkčních změn v průběhu stárnutí, individuálních osobnostních rysů a subjektivního věku
- Sociální věk, zahrnující přítomnost i nepřítomnost životního programu a je do jisté výše závislý na důchodovém věku (Hrozenková, Dvořáčková, 2013)

Nejčastěji je stáří vymezováno chronologicky, jelikož je věk brán jako jedna ze základních charakteristik člověka. Ale jen samotný věkový údaj nemusí mít dostatečnou odpovídající hodnotu. Světová zdravotnická organizace (WHO, in Malíková, 2011) vychází z patnáctiletých věkových cyklů a dle nich uvádí následující rozdělení:

- 30 - 44 let dospělost
- 45 - 59 let střední věk nebo též zralý věk
- 60 - 74 let senescence (počínající, časná stáří)
- 75 - 89 let kmetství (senium, vlastní stáří)
- 90 let a více patriarchum (dlouhověkost).

Také je dnes hojně využíváno členění stáří podle Mühlpachra (2004)

- 65 – 74 let mladí senioři (problematika penzionování, volného času, aktivit)
- 75 – 84 let staří senioři (změna funkční zdatnosti, atypický průběh nemocí)
- 85 let a více velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení)

Křivohlavý (2011) rozlišuje čtyři základní fáze života:

- První fáze života: mládí – od narození do dosažení dospělosti zhruba (0 – 30 let)
- Druhá fáze života: střední věk – doba dospělosti (30-65 let)
- Třetí fáze života: život v době důchodu (nehledě na to, zda člověk důchod dostává, nebo ne: (65-85 let)
- Čtvrtá fáze života – příprava na odchod (exit), odchod (85 let a více). Tito lidé se označují jako dlouhověci.

Josef Švancara dělí celý lidský věk na 12 fází, ale dává poslední fázi života jen jednu z nich: „stáří – senium – od 65 let.“ (1983, s.17). s vědomím, že změny po 65. roce nejsou náhlé, ale připravují se dřívě, proto zařazuje do fáze stárnutí i výraz presenium (věk předcházející stáří) v rámci 11. fáze života (48-65 let). Zároveň vyčleňuje ve 12. fázi života ještě tkzv. Vysoký věk – od 80 let výše.

Haškovicová (2010) poukazuje na to, že nejdůležitější je věk funkční (biologický, subjektivní, psychologický, sociální), který nemusí odpovídat věku kalendářnímu, jelikož stárnutí je záležitostí velmi individuální, jak z hlediska času, tak rozsahu i závažnosti. Každý stárneme jinou rychlostí.



## 1.5 Změny zapříčiněné stářím

Společně se stárnutím organismu přichází mnoho změn. Jsou to významné okamžiky, které se odehrávají v rovině psychické, tělesné i sociální. Změny jsou propojené mezi sebou, uvedu pár základních změn:

*“Tělesné změny - změny vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, změny činnosti smyslů, degenerativní změny kloubů, kariopulmonální změny, změny trávicího systému (trávení a vyprazdňování), změny vylučování moči (častější nucení), změny sexuální aktivity.*

*Psychické změny - zhoršení paměti, obtížnější osvojování nového, nedůvěřivost, snížená sebedůvěra, sugestibilita, emoční labilita, změny vnímání, zhoršení úsudku.*

*sociální změny - odchod do penze, změna životního stylu, stěhování, ztráty blízkých lidí, osamělost, finanční obtíže.” (Venglářová, 2007, s. 12)*

Dále dochází k onemocněním jako je Alzheimerova choroba, syndrom Demence, objevují se deprese, Cévní mozkové příhody, nemoci dále blíže popíši. Dále nemoci jako Wilsonova choroba, Huntigova choroba, roztroušená skleróza, které ale nejsou předmětem výzkumu.

Alzheimerova choroba - je závažné neurodegenerativní onemocnění vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek vznik syndromu demence. (Jiráček, Holmerová a kol., 2009) Progresivní mentální degenerace. Deficit paměti, hlavně krátkodobé. (Love, Webb, 2009) Pokles kognitivních funkcí - paměti, myšlení a úsudku. Je nejčastější příčinou demence. Dříve byla považována za málo se vyskytující, dnes se jedna z forem demence objevuje u více než sedmi miliónů Evropanů. Nemoc začíná pomalu, nejprve se zhoršuje krátkodobá paměť, člověk není schopný postarat se o záležitosti v domácnosti sám. Člověk má postupně větší problémy s vyjadřováním, nedokončováním myšlenek, s rozhodováním a je zmatený, postupně se proměňuje celá osobnost člověka. V posledních stádiích je závislý na okolí a není schopný se postarat sám o sebe. (online, 2016)

Rozvíjí se plíživě. Nejprve se projevuje jako porucha poznávacích funkcí, poruchy paměti, poruchy orientace v prostoru i čase, pacienti začnou bloudit, nejen na ulici v okolí domu ale i doma ve vlastním bytě. Při poruše orientace v čase jdou například

nakupovat v noci. Je brzký zánik logického uvažování a soudnosti. Porucha paměti může vést až k amnestické dezorientaci, jelikož si nic nového nezapamatují. Během nemoci dochází k zapomenutí jmen, pojmů a slovní zásoby, zapomínání tváří, dochází k snížení intelektu, pomalejšímu myšlení. Mohou se vyskytnout poruchy fatických funkcí, dochází ke všem typům afázií. Alzheimerovskou demenci lze rozdělit do 3 stupňů, a to je lehká, střední a těžká demence. U lehké demence se objeví poruchy paměti, jsou narušené aktivity denního života, poruchy orientace v málo navštěvovaných místech a poruchy nálady - deprese. střední demence je typická výrazným zhoršením paměti ve všech složkách, jsou časté dezorientace. u těžké demence jsou nemocní neschopni zapamatování nových informací, jsou dezorientováni místem i časem. Nepoznávají ani příbuzné a pečovatele.

Alzheimerova choroba je pomalu vznikající, obvykle po 7-10 letech po objevení příznaků končí smrtí. U mladších osob může mít rychlejší průběh, ale u některých pacientů byla doba přežití 15 let a více. Nemocní umírají obvykle na záněty plic a průdušek a jiné choroby, které jsou u stejně starých osob netrpících alzheimerovou chorobou léčitelné. Příčinou jsou i úrazy. choroba je základní příčina smrti. (Jirák, Holmerová a kol., 2009)

Syndrom demence – *"Syndrom demence zahrnuje soubor duševních poruch, které se projevují získaným závažným úbytkem kognitivních funkcí, především paměti a intelektu"*.(Neubauer, 2007, s. 60) Syndromu demence se budu podrobněji věnovat v 2. kapitole.

Deprese - časté onemocnění i ve středním věku a velmi časté onemocnění ve věku seniorů. U deprese se hovoří o chorobné změně nálad, špatné náladě, která nemá známou příčinu a o dlouhodobém smutku. Změny nálad vlivem špatných událostí po určité době zmizí. Pokud smutek a špatná nálada přetrvávají dlouhodobě, společně s pocity beznaděje, opuštěnosti, bezvýznamnosti aj., nejedná se o normální stav ale o onemocnění. Ve vyšším věku jsou lidé apatičtí, rezignují na situaci a nedbají v péči o sebe. Deprese je závažné onemocnění, které může končit sebevraždou. Starší lidé neradi mluví o psychických příznacích a stydí se za ně. Deprese je utrpením a je potřeba pomoci. Většina osob co spáchala sebevraždu navštívila v krátké době před tím doktora. Je důležité, myslet na možnost, že pacient trpí depresí, hlavně u smutných, apatických

pacientů, kteří nemají pocit významnosti života a špatně komunikují. Onemocnění je léčitelné, pomohou antidepresiva. (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2003) Deprese je často přítomná v počátcích demence. Charakteristický je úbytek energie, ztráta zájmu o každodenní věci a ztráta pozitivních emocí. Pozorujeme i zhoršení tělesných obtíží. Depresivní symptomy mohou tvořit obraz podobný demenci (pseudodemence), mylně pak může být poskytována péče vhodná u lidí s demencí, ale na léčbu deprese se zapomíná.

Obvyklé příznaky: zhoršení soustředění, pozornosti, snížení sebedůvěry, pocity viny, smutek, poruchy chuti k jídlu, poruchy spánku, ztráta plánů do budoucna a myšlenky na sebevraždu či sebepoškození. Deprese se dělí na mírnou, středně těžkou a těžkou. U těžké formy mohou nastat psychotické příznaky jako jsou bludy a halucinace. (Venglářová, 2007)

Cévní mozková příhoda – vzniká vlivem ložiskového nebo globálního poškození mozkové tkáně, které vzniká dopadem krvácení či ischemie mozkových cév. Je projevem primárního onemocnění cévního systému (ateroskleróza či arteriální hypertenze). Objevuje se u 5% osob starších 65 let. Dopadem jsou pohybové a psychické potíže, dochází k narušení kognitivních *schopností* a změnám chování a emočního prožívání. CMP nastává náhle, naznačvat ji mohou bolesti hlavy, podrážděnost, unavitelnost. Nejvýznamnější ze somatického hlediska je pohybové jednostranné postižení (hemiparéza). Důsledkem kortikálního postižení jsou specifické poruchy řeči a poznávání – gnostické a fatické poruchy, dyspraxie - ztráta již naučených dovedností, celkový úbytek rozumových schopností. (Vágnerová, 2014)

Objevuje se emoční labilita, zvýšená plačtivost a dráždivost. U nemocných se lze setkat i s depresí, které signalizuje zvýšené riziko CMP, ale může být i jejím důsledkem. Deprese vzniklá v návaznosti na CMP se označuje jako poiktová deprese. Je spojována se zvýšenou úzkostí. U změn kognitivních funkcí může být závažnost tak velká, že lze hovořit o demenci. Gnostické poruchy vykazují neschopnost rozpoznat sluchové a zrakové podněty a orientaci ve svém okolí. Pacient si obvykle myslí že špatně vidí nebo slyší.

Dále jsou časté poruchy řeči, v důsledku postižení dominantní hemisféry. Je zde ztráta schopnosti rozumět slovnímu projevu a slovně se vyjadřovat nemocné deprimuje.

Dochází i k narušení motoriky mluvidel (dysartrii), a tím ke zhoršení srozumitelnosti mluvy. Pacienti mají obtíže v koncentraci pozornosti a špatně si pamatují a vybavují, jedná se nejvíce o postižení krátkodobé a střednědobé paměti, často jsou zpomalení, snížená výkonnost a zvýšená unavitelnost. Uvažování je stereotypní a pomalé. Nemocní mohou být útoční a bojovní, také mohou být apatičtí a rezignovaní. Následkem dyspraxie nejsou schopni dělat běžné činnosti a využívat předměty denní potřeby, např. hřeben, nůžky. Nejsou schopni sebeobsluhy. U každého je průběh onemocnění různý. Důsledky mohou být závažné ale jdou terapeuticky zmírnit. Během prvních 3 měsíců se ukáže, které projevy budou trvalé. Je důležitá včasná rehabilitace, některé funkce se mohou zlepšit a nemocný přestává být limbovaný. Menší potíže motorické či psychické přetrvávají. Nutná je léčba základního onemocnění které zapříčinilo mozkovou příhodu. (Vágnerová, 2014)

## 1.6 Demografická charakteristika z hlediska stárnutí populace

Civilizační vývoj je spojen se změnami reprodukce, které se projevuje ve změnách porodnosti i úmrtnosti, a dalších demografických procesech. K důsledkům patří i změny věkového složení populace. Dle prognóz demografů i OSN může být Česká republika v polovině 21. Století společenstvím s nejvyšším podílem seniorů na světě společně s Itálií a Řeckem. Velkou roli hraje i nízká intenzita plodnosti „dětí poválečných dětí“, u kterých se projevuje nižší úroveň sňatečnosti, pozdějších vstupů do manželství, také vyšší věk rodičů při narození prvního dítěte a nižší počet dětí v rodině. (Kalvach, 2004)

V budoucích 60 letech dojde k velkým změnám v demografické struktuře populace na území České republiky. To bude zapříčiněno pokračujícím procesem stárnutí populace, jehož důvodem je vzrůstající doba dožití společně s nízkou porodností. Dle střední varianty projekce demografického vývoje zpracované Českým statistickým úřadem je předpoklad, že podíl lidí starších 65 let bude v roce 2030 tvořit 22,8% populace, roku 2050 31,3% což je pro představu zhruba 3 miliony osob. Nejrychleji se bude zvyšovat počet osob nejstarších, dle demografické prognózy Českého statistického úřadu bude v roce 2050 žít v České republice zhruba půl milionu občanů ve věku 85 a více let (roku 2007 jich bylo 124 937). (MPSV, in Dvořáčková, 2012)

Průměrný věk se od roku 1950 zvýšil o 6,8 roku. Absolutně přibývá starých lidí a snižuje se podíl dětí a mládeže. Hovoříme o absolutním stárnutí populace a zároveň o relativním stárnutí, což vypovídá vzestup podílu starých osob na celkový počet obyvatel. (Dvořáčková, 2012)

## Shrnutí

Jelikož se v posledních desetiletích prodlužuje průměrná délka život, je potřeba věnovat seniorům dostatečnou pozornost a péči. Vlivem stáří dochází k tělesným, psychickým a sociálním změnám, dochází k nemocem, jako je Alzheimerova choroba, syndrom Demence, objevují se deprese, Cévní mozkové příhody. Je proto důležité přizpůsobit systém služeb a podporu pro osoby seniorského věku.

## 2 Komunikace

My všichni potřebujeme mluvit, vyjádřit své emoce, potřeby, potřebujeme naslouchat a cítit se pochopení. Potřebujeme cítit pocit sounáležitosti od ostatních, naše komunikace je základním kamenem sociální interakce a bez komunikace se cítíme osamoceni. Každý člověk potřebuje komunikovat. Jako profesionálové bychom měli mít přehled o všech možných formách komunikace a umět je využívat, abychom uspěli co nejlépe při vyšetření, v terapii a péči. Svými sociálními dovednostmi si můžeme získat důvěru klienta a bezpečně s ním komunikovat.

### 2.1 Definice komunikace

Slovník cizích slov definuje komunikaci jako spojení, sdělování, přenos a výměnu informací. (online, 2016) Slovo komunikace vychází z latinského slova *communicare* tedy "*dělat něco společným, radit se, rokovat anebo rozmlouvat.*" (Vybíral, 2005 s. 17). Hartl (2004) ji definuje jako dorozumívání a sdělování.

Dvě definice komunikace ji rozdělují na širší a užší. Širší *považuje za komunikaci vše, co se odehrává v kontaktu dvou nebo více lidí.* Užší definice ji definuje jako přenos zpráv mezi dvěma a více lidmi, za výměnu informací mezi nimi, za proces vysílání a přijímání zpráv.

V 50. letech 20. století Albert Mehrabian definoval, že během přenosu zprávy příjemce vnímá účinek slov ze zprávy 7% hlas a intonaci 38% a neverbální projevy 55%. (Knezovic, 2009)

Komunikaci můžeme chápat jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. Je základem lidských vztahů. Hovoříme o procesu sdělování, sdílení, přenosu a výměně významů a hodnot, které se netýkají jen oblasti informací, ale i dalších výsledků lidské aktivity jako jsou formy chování, umělecké výtvary a jiné. Lidé se začali zabývat studiem lidské komunikace od poloviny 20. století zejména kvůli rozvoji informačních a komunikačních technologií, který se týká všech oblastí činnosti, i oblasti ošetrovatelství a zdravotnictví. (Pokorná, 2010)

### 2.1.1 Komunikační řetězec

Jednotlivými články procesu komunikace jsou: komunikátor, ten který sděluje myšlenky, informace, dále kódování, neboli převod komunikátorových myšlenek do systematického souboru symbolů, dále zpráva, která je výsledkem kódovacího procesu a prostředek, to je nositel zprávy. Dále se účastní dekodující příjemce na základě vlastních zkušeností a obsahu zprávy, také zpětná vazba, to jest reakce příjemců na sdělení ale také šum, kterým mohou být jakékoliv faktory měnící záměr zprávy a její pochopení a přijetí, mohou být různé – fyzické, fyziologické, psychologické, sémantické. U těchto článků komunikačního řetězce může dojít k poruše, k nesprávné interpretaci, nepochopení, mohou zde působit komunikační bariéry. Jedná se tedy o transakční proces, ve kterém můžeme všichni plnit funkci mluvčího i posluchače. (Pokorná, 2010)

V komunikaci jde o předávání informací, pocitů, citů k ostatním formou verbální a neverbální. I když převažují slova, psaná, vyslovená, my stejně většinu informací přijímáme mimoslovně. O našem sdělení vždy vypoví pravdivost sdělení tón pohledu, mimika a gesta. Během komunikace sledujeme mimořečové signály, díky kterým poznáme, zda se ptát, pokračovat v hovoru zda či skončit hovor, mlčet či odejít. naše komunikace by se měla shodovat ve verbálním i neverbálním sdělení, což znamená, říkat věci jen pravdivě s citem k celkovému projevu člověka. každý komunikujeme jiným stylem, každý máme své tempo řeči, svá často používaná slova. je profesionální, znát a využívat slova, kterým klient rozumí a přijímá je, s ohledem k jeho věku a víře. (Venglářová, 2007)

## 2.2 Komunikace v sociálních službách

Komunikace v sociálních službách podmiňuje rovnocenný a partnerský přístup. Musíme si připomenout, že komunikujeme s osobami ohroženými sociálním vyloučením či již vyloučenými. Hlavním cílem komunikace je zjišťování potřeb, přání, možností a schopností klienta, jeho osobních cílů pro to, aby mohl být co nejlépe integrován do společnosti a pokud to nejde, abychom mu zajistili důstojné prostředí pro jeho dožití. Klient potřebuje komunikaci otevřenou a pravdivou, komunikaci vytvářející pro obě strany pocit bezpečí. Je důležité uvědomit si, že slovní forma komunikace je vnímaná

klientem jen z 10%. Mnohem více záleží na tom, jak jsou informace podávány, záleží na tom zda je verbální a neverbální komunikace v souladu, zda komunikátor nám dává informace tak, že mu důvěřujeme. (Hauke, 2014)

*„Neverbální komunikace je v pomáhajících profesích velmi významná, neboť podstatnou část informací v sociálním styku (podle některých autorů až 70%) získáváme právě díky ní. V sociální psychologii je tradováno, že přes 50% toho, co sdělují, vyjadřuje tvář (mimika, řeč očí), téměř 40% hlas (tón, intonace, plynulost atd.) a jen necelých 10 % pak zbývá na to, co říkám.“* (Jankovský, 2003, s. 73) V odborné literatuře se uvádí různé podíly složek komunikace, ale i přes rozdílnost pro nás je důležitou informací to, že jen to co říká pracovník je jen jednou částí komunikace, která se neobejde bez souladu dalších složek. (Hauke, 2014) Velmi se mi líbí výrok Arthura Schopenhauera (2012, s. 164, in Hauke, 2014) , který říká, že „tvář člověka vyjadřuje více a zajímavější věci než jeho ústa: ústa vyjadřují pouze myšlenku člověka, tvář myšlenku podstaty.“

### 2.3 Komunikace se seniory

Správná komunikace s klientem je základem vztahu mezi pečovatelem a příjemcem péče. Se seniory komunikujeme stejně jako s dospělými lidmi, jen musíme brát ohled na změny, které s sebou stáří přináší. Je důležité uvědomovat si, že se ve větším věku snižují smyslové funkce - zhoršuje se sluch a zrak. často se vyskytují přidružená onemocnění, různá postižení, která mají vliv na komunikaci. Komunikaci také velmi ovlivňuje demence, jelikož dochází k úbytku dalších funkcí, které hrají významnou roli při komunikaci, a to je: *“časová a místní dezorientace, zhoršování paměti - nevybavují si jednoduchá slova - sdělení nemají význam, zhoršující se racionální úsudek - přestávají poznávat i blízké osoby, problémy s abstraktním myšlením, celkové zhoršování vyjadřovacích schopností, změny nálad a chování - deprese, agresivita, a upadání do celkové pasivity”*. (Hauke, 2014, s. 88)

Při komunikování se seniory bychom se měli držet zásad jako je: přizpůsobení tempa řeči, mluvit přiměřenou hlasitostí, správně artikulovat, přistupovat ke každému individuálně dle postižení, hovořit s ohledem na fyzický stav, uvědomovat si, že starší lidé používají slovník odlišný od mladší generace, využívat taktilní komunikaci a být trpělivý a naslouchat. (Hauke, 2014)



### 2.3.1 Komunikační bariéry

V komunikaci nám mohou občas bránit různé důvody, může se vyskytnout mnoho příčin, které nám znepríjemňují komunikaci či naprosto znemožňují komunikovat. Starší lidé mluví spíše pomaleji. Pokud jsou unavení, nebo jsou nuceni většímu nároku na soustředění, nebo mohou být ve stresu. Je důležité ponechat jim dostatek času na promyšlení odpovědi.

- Bariéry na straně klienta- na straně klienta se může vyskytnout mnoho zábran, například neochota komunikovat, nedůvěra, či strach. Může zde být generační problém, kdy se o mnoho tématech v generaci dnešních seniorů nemluvílo - tabu v oblasti sexuality, intimních záležitostí, v oblasti financí či neshod v rodině. Pokud klient komunikuje otevřeně, vzniká pouto mezi ním a pracovníkem. Poté můžeme vést hovor i na závažnější témata. může zde vyvstat problém s konkrétním pracovníkem, se kterým nemusí mít senior dobrý vztah. Dále do bariér na straně klienta můžeme zařadit zdravotní stav, protože pokud máme bolesti (či jiné problémy - únava, stres, úzkost) snižuje se naše chuť komunikovat na společenské rovině. Pokud vedeme hovor na nepříjemné téma, může být klientem odkládán a voleno jiné téma.
- Bariéry na straně pracovníka – i pracovník může mít problém komunikovat. Situace, bránící rozhovoru: strach z vážných témat (umírání, nevyléčitelné nemoci), problém s konkrétním klientem, špatná dřívější zkušenost, hovor na erotické téma na hraně se sexuálním obtěžováním, nedostatek času.
- Bariéry v prostředí - Tyto bariéry mohou být technického rázu. Těžce se komunikuje v hlučném prostředí, bez klidu, bez soukromí, ve spěchu.

Téma hovoru určuje klient. ten také určuje dobu komunikace, je vhodné mít času co nejvíce. Prostředí by mělo být klidné, zajišťující soukromí klienta. Pracovník by se měl předem domluvit, jak naloží s intimními informacemi. (Venglářová, 2007)

### 2.3.2 Další specifické obtíže v komunikaci

Všichni zažíváme občas běžné potíže při komunikaci, ale senioři mohou mít další specifické problémy, a to například poruchy smyslů.

Nedoslychavý člověk - zhoršení sluchu negativně ovlivňuje komunikaci s okolím. Proto starší lidé hodně omezují společenské aktivity a sociální vztahy, nebo poslouchání hudby. Během komunikace s nedoslychavým člověkem je důležité více pozorněji sledovat prostředí, zda neruší náš hovor. Udržíme vhodnou vzdálenost ke klientovi - nesmí být narušen osobní prostor který je dlouhý 40 cm, ale ani nesmí být mezi námi velká vzdálenost, která by snižovala možnost slyšet. Ke klientovi mluvíme jasně, pomalu, zřetelně, díváme se mu do tváře. Pokud to jde, využíváme neverbální komunikaci, díky které klient může ukazovat předměty o nichž se mluví. Složitější komunikaci doplníme psaným slovem. Věnujeme pozornost kompenzačním pomůckám, naslouchadlu, které kontrolujeme zda je funkční a v dobrém technickém stavu, vyměňujeme baterii, opatrně s ním zacházíme, a motivujeme klienta k nošení pomůcky. (Venglářová, 2007)

Člověk se zhoršujícím se zrakem - zhoršení zraku může vést k omezení četby a sledování televize. Tyto změny které narušují kontakt s okolím někdy vedou k nejistotě, podezíravosti, úzkosti či hněvivosti. (Kalábová, 2013) Zrakem vnímáme kolem 80% veškerého dění kolem nás, proto při komunikaci s klientem s poruchou zraku zvolíme vhodnou strategii před zahájením rozhovoru. Při kontaktu s klientem klepeme, zdravíme jako první a znovu se představíme. Lidé kteří nás nevidí, neví jaké máme na naší tváři emoce, mohou si naše sdělení vyložit zcela jinak než je myšleno. Musíme se vyjadřovat jasně, aby si to senior nevyložil jinak. Cokoliv než uděláme slovně popíšeme, i než se klienta dotkneme. (Venglářová, 2007) Komentujeme opravdu vše co děláme, například i popisujeme kam co všechno pokládáme, aby to člověk se zhoršeným zrakem našel lehce a neohrozil své zdraví (např. horký čaj aj.). Měli bychom zajistit nošení brýlí a motivovat k jejich používání. (Kalábová, 2013)

Člověk v depresi – nemoc je často přítomná v počátku demence. Lidé mají zhoršenou náladu, mají pomalejší psychický a motorický výkon, jsou smutní, bez zájmu, cítí se bezmocně a beznadějně. Cílem činností je zapojit člověka aby byl co nejvíce aktivní, aby mu to zlepšilo náladu. Neměli bychom zlehčovat obtíže, o kterých hovoří, nenechávat ho samotného. Měli bychom trpělivě naslouchat, projevit zájem a pochopení, mluvit volně s jasnou artikulací, mít dostatek času na konverzaci, hovořit v jednoduchých větách a podávat stručné informace. Být empatický a aktivně naslouchat. (Kalábová, 2013)

Porucha řeči - nejdříve je nutné vědět, proč člověk nemůže mluvit. Měli bychom vědět proč, zda pro to, že nerozumí našemu sdělení či zda rozumí ale nemůže mluvit. Pokud se člověk nemůže domluvit, často ho to vede k agresivitě a hněvu, nebo naopak k naprostému uzavření se do sebe. Musíme být trpěliví a hledat jiné možnosti řešení komunikace, jako je používání obrázků, gest, mimiky, volba uzavřených odpovědí na otázky - ano/ne. (Kalábová, 2013)

## 2.4 Závažné poruchy komunikace u seniorů

V dospělosti jsou nejčastější poruchy komunikace příčinou úrazů a traumat CNS nebo orofaciální oblasti. Méně frekventovaně se vyskytují na příčině onkologických a neurologických onemocněních CNS. Hovoříme hlavně o poruchách hybnosti mluvidel – čímž myslíme dysartrii, jedná se o poruchy fatických funkcí a také o získané poruchy výkonnosti verbálně paměťových funkcí. Je zde velká možnost uzdravení, ale i přes to se zvyšuje počet těžce chronicky postižených každého věku. Zde se jedná o osoby po dopravních nehodách, s kombinací nelehkého tělesného, komunikačních a kognitivního postižení.

U seniorů jde především o propojenost vzniku poruch komunikace s přirozeným procesem stárnutí organismu. Při stárnutí organismu dochází k fyziologickým změnám které mají vliv hlavně na motorické řečové schopnosti seniori mají problémy s respiračními funkcemi, také při tvorbě hlasu a precizitě artikulační činnosti způsobené snížením rychlosti a síly svalové koordinace. Z tohoto důvodu je srozumitelnost mluvení seniorů zmenšená a například při vzniku traumatu CNS může mít dopad na srozumitelnost větší než u mladých osob. V seniorském věku dochází také k počátku percepčních obtíží a to nejvíce k presbyakuzi (stařecké nedoslýchavosti) a k dalším vzrůstajícím sluchovým ztrátám různé etiologie, které ovlivní sociální komunikaci s okolím na delší dobu. Také dochází k těžkým zrakovým poruchám, které znemožní používání písemné formy verbální komunikace, přináší komplikaci společně v kombinace s dalšími vzniklými poruchami jako je například vzniklá afázie po mozkové příhodě (omezují nápravu řeči pro eliminaci zásadních metod terapie). Těžká vada zraku nedovoluje využití metod terapie, které propojují zrakovou a sluchovou vazbu. Také snížení výkonnosti kognitivních a duševních schopností seniorů má špatný vliv na

komunikační schopnosti ale i větší šance vzniku vážných poruch komunikace kvůli traumatu CNS, vzniku duševních onemocnění a rozvoji syndromu demence. (Neubauer, in Škodová, 2003)

Pro rozvoj efektivní diagnostiky a terapeutické pomoci osobám s neurogenními poruchami komunikace se v klinické praxi osvědčuje psycholingvisticky orientovaný přístup zaměřený na zjištění dominantní příčiny poruchy, který rozlišuje poruchy na bázi postižení:

- *"motorických řečových mechanismů (dysartrie, řečová dyspraxie)*
- *individuálního jazykového systému (afázie)*
- *kognitivně - komunikačních funkcí (demence, poruchy verbální paměti a dalších funkcí na bázi traumatu CNS)*
- *primárních funkcí orofaciálního traktu (dysfagie, orální dyspraxie)"* (Neubauer, 2007, s. 17)

#### 2.4.1 Afázie

Afázie se zařazuje do získaných organických narušení komunikační schopnosti. Afázie se projevuje rozsáhlou škálou symptomů, proto bylo důvodem vytvořit soubor logopedie - afaziologie. Touto problematikou se zabývá mnoho odborníků různých oborů jako je neurologie, neurochirurgie, neurolingvistika, neuropsychologie, psycholingvistika logopedie a jiné. Afázii řadíme do vyšších kortikálních poruch, kam také spadá apraxie, akalkulie aj. (Klenková, 2006) Autoři definují afázii jako ztrátu exprese nebo rozumění řeči v důsledku ložiskového poškození mozku. (Čecháčková, in Škodová, 2003!) Cséfalvay (in Klenková, 2006) uvádí, že podstatu afázie charakterizují tyto atributy - získané narušení komunikační schopnosti, týkající se poruch symbolických procesů, které vznikají při ložiskových poškozeních korových a podkorových oblastí mozku. Poškození CNS se rozděluje na ložiskové (ohraničené) nebo difuzní (rozptýlené). Je důsledkem systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka. Klinický obraz afázie záleží na tom, o jaké přesné organické poškození centrální nervové soustavy se jedná (CMP, úraz, nádor), také záleží na lokalizaci a rozsahu léze, záleží i na věku jedince, ve kterém k poškození došlo.

Nejčastějšími příčinami jsou: úrazy mozku, nádory na mozku, cévní mozkové příhody (snížení prokrvení, krvácení), dále encefalitidy a meningoencefalitidy, degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy a intoxikace CNS (vlivem drog, alkoholu aj.). Tyto příčiny vedou k lézi s následným narušením komunikační schopnosti. Jsou zasáhnuty veškeré modalities řeči - expresivní, receptivní, mluvená i psaná a to v různé míře i všechny jazykové roviny, foneticko-fonologická, lexikálně-sémantická, morfologicko - syntaktická, pragmatická. (Klenková, 2006)

Afázie je poruchou individuálních jazykových schopností, zapříčiněné traumatem CNS. Převažující bývá nejvíce nemožnost se srozumitelně vyjádřit verbálně, je narušená schopnost chápat význam slov, potíže najít adekvátní výraz, podstatné nedostatky při sestavování souvislých vět a použití gramatických kategorií. Nejčastější je dysnomie a parafrázie.

- dysnomie se projevuje obtížemi v pojmenování daného pojmu kvůli obtížím při výběru ze sémantické jazykové sítě, nejedná se o ztrátu paměťové informace, ale jedná se o potíže v jejím vybavení. Lidé často použijí opisné strategie.
- parafrázie je náhrada daného pojmu kvůli poruše ve vybavování pojmu z jazykového systému. Rozlišujeme fonemickou parafrázi, ve které se jedná o záměny fonémů ( např. dům - dým), dále sémantickou parafrázi, kde je zaměňované slovo v pojmovém okruhu věci - například židle - stolička. Objevují se i neologismy, neboli nově vymyšlená slova, která nemusí nést význam, dost se jedná i o nesrozumitelné záměny neboli slovní parafrázie.

Nejčastější příčinou je CMP, onemocnění se uvádí, že na 100 000 obyvatel je 200 případů. Afázie se dělí nejčastěji na expresivní a nonfluentní nebo senzoryckou a fluentní fatickou poruchu. Tyto dva typy jsou dominantní a ještě je dále rozlišováno dalších 5-6 typů fatických poruch. (Neubauer, 2007)

#### 2.4.1.1 Typy afázie

- Motorická afázie (Brocova) - zde převažuje porucha v expresivní složce a v plynulosti řeči. Člověk má narušenou řečovou produkci ale má zachované rozumění. Postižený mluví málo, dá mu to velkou námahu, ale má jasný komunikační záměr a sdělení. Objevují se agramatismy a fonemické parafrázie.

- Je postiženo pojmenovávání a opakování věty. (Neubauer, 2007) K Brocově afázii se nemálo přidružuje i apraxie řeči a někdy i dysartrie. Často se s Brocovou afázií vyskytuje alexie a agrafie. Symptomy jsou podobné problémům ve verbálním projevu, čtení může být narušení při porozumění významu slov nebo hlasitým čtením, při agrafii se vyskytují poruchy hybnosti dominantní ruky, mají problémy se psaním, píše nepostiženou rukou. (Czéfálvay, Lechta a kol., 2013)
- Senzorická afázie (Wernickeova) - zde dominuje špatné rozumění, pojmenování a opakování, verbální parafrázie, člověk si není vědom své poruchy řeči, má plynulost řeči na úrovni. Lidé často vytvářejí neologismy a parafrázie s výrazně akcelerovaným projevem. To bývá i mylně diagnostikováno jako onemocnění psychiatrické. (Neubauer, 2007) V produkci řeči je obsah informací nízký, objevují se prázdná slova (toto, no teda) Ke slovům mohou připojit správné gramtické morfémy, oproti nonfluentním afáziím. Když se snaží zopakovat krátké věty, nahrazují slova jinými. Někteří zvládají číst hlasitě izolovaná slova, ale nezvládají přiřadit slovo k obrázku. V písemném projevu se objevují zkomoleniny. (Czéfálvay, Lechta a kol., 2013)
  - Globální (totální) – jsou postižené všechny fatické funkce, plynulost projevu není dobrá, postižený nedokáže říci jakoukoliv obsahovou informaci, je velmi narušeno porozumění slovnímu projevu, verbální produkce je buď nemožná či omezená na opakování jednoho slova, stereotypních spojení, často nadávek. Tento stav přetrvává nebo se stává motorickou afázií. (Neubauer, 2007) Při komunikaci se nemohou opřít o žádnou efektivní strategii, hlavně v počátcích onemocnění, je časté selhání snahy dorozumět se kresbou nebo psaním. U nemocných s menším narušením porozumění je možné využít náhradní komunikaci, například používání obrázků a piktogramů. Čtení a psaní je nápadně narušeno. Při psaní pacient čmárá chaoticky, či napíše jen některá písmena slova nebo perseveruje slabiku nebo písmeno. (Czéfálvay, Lechta a kol., 2013)
  - Kondukční (centrální) – nesprávné opakování s fonematičnými parafrázemi, ale má dobrou úroveň fluence a porozumění slovnímu projevu. Má dobrou prognózu. (Neubauer, 2007) Při spontánní řeči mohou být slova vyslovena bez problému, jindy zase může být spontánní řeč nonfluentní, plná parafrází a snaha pacienta o

- korekci. Opakování je horší než spontánní řeč. Krátká a častá slova jsou produkována lépe než slova dlouhá a málo častá. Během tichého čtení pacient rozumí dobře, při hlasitém se vyskytují chyby. (Czéfalvay, Lechta a kol, 2013)
- Transkortikální sensorická (asémantická) – plynulý řečový projev s opakováním slov a krátkých sdělení na úrovni, ale má narušené rozumění. Nerozumí opakovanému sdělení a odpovědím na naše otázky chybí obsahová informace. Příznaky se často celé upraví či přechází v anomické potíže. (Neubauer, 2007) Je narušen spontánní písemný projev a pojmenování předmětů, po formální straně je psaní nenarušeno, při opisování. Čtení izolovaných slov není narušené, ale je narušeno porozumění čteným větám. (Czéfalvay, Lechta a kol., 2013)
  - Transkortikální motorická – člověk hodně málo spontánně mluví, často chybí sloveso, řeč je chudá s krátkými odpovědmi na otázky, zvládá opakovat slov a krátké obrazy, porozumění je zachováno. Prognoza je do anomie. (Neubauer, 2007) Schopnost reprodukovat věty a slova je dobře zachována. Čtení je zachováno, zpomalené tempo při hlasitém čtení i psaní. (Czéfalvay, Lechta a kol., 2013)
  - Anomická amnestická – plynulá mluva přerušovaná anomickými pauzami. Pojmenování a rozumění je zachováno. Nejtěžší je pojmenování činností a předmětů, nejvíce je zastoupená porucha hledání a výběru slov z vlastní zásoby. (Neubauer, 2007) Nemají obtíže s opakováním. Pacienti často využívají synonyma slov. Porozumění řeči je zřídka narušeno. Čtení s porozuměním je prakticky narušeno, psaní narušeno malinko, spontánní psaní je narušováno hledáním vhodného slova. (Czéfalvay, Lechta a kol., 2013)
  - Transkortikální smíšená (syndrom izolace řečových zón) – podobná globální afázii, s lepší zachovanou reprodukcí slov. Řeč má echolalický ráz, řečové ulpívání, narušené pojmenování, výjimečně najdou adekvátní slovo. (Czéfalvay, Lechta a kol., 2013)

#### 2.4.1.2 Zásady komunikace s klientem s afázií

- před začátkem komunikace na sebe upoutejte pozornost, odstraňte rušivé zvuky
- je důležité mluvit v klidu a bez rušení, bez stresu a časového tlaku

- mluvíme pomalu, výrazně, využíváme neverbální gestikulaci, oddělujeme slova
- mluvíme v krátkých větách u daných témat, bez abstraktních pojmů
- nekřičíme, ale opakujeme pomalu informace, zdůrazňujeme hlavní slova
- nepohoršujeme se nad nadávkami
- nejužitečnější jsou odpovědi na otázky typu ano, ne
- neopravovat chyby v gramatice, snaha podpořit další komunikaci
- přesvědčovat se, zda klient rozumí sdělení otázkou ano ne či ukázáním na předmět
- buďte trpěliví a nemluvte za afatika
- nemluvte na afatika jako na dítě, úroveň jeho řeči není rovna myšlení (Neubauer, 2014)

#### 2.4.2 Dysartrie

*“Dysartrii nazýváme poruchy motorické realizace řeči na základě organického poškození centrální nervové soustavy. Dysartrie zahrnuje řadu typů či syndromů řečových poruch, které jsou způsobeny obtížemi ve svalové kontrole řečových mechanismů a řazeny do oblasti motorických řečových poruch. Při dysartrii jsou v různé míře a rozsahu postiženy základní modality motorické realizace řeči - respirace, fonace, rezonance a artikulace.”* (Neubauer, 2007, s. 44) Dysartrie vzniká náhle, rozděluje se na vývojovou a získanou. U dětí je spjata se syndromem DMO, vzhledem k mému tématu bakalářské práce se ale budu věnovat dysartrii získané. Ta je u dospělých spojena s cévními mozkovými příhodami, úrazy hlavy, onkologickým onemocněním nebo infekčním onemocněním mozkové tkáně. Vzniklé poruchy se mohou spontánně upravit, vyžadují logopedickou péči a někdy mohou přetrvávat. Dysartrie také vzniká degenerativním onemocněním CNS, nejvíce Parkinsonovou nemocí a roztroušenou sklerozou. Terapie se snaží o zpomalení a zastavení rozvoje dysartrie, zvolit vhodnou kompenzační strategii, jako je komunikace písmem, manuálně, technickou pomůckou ap. (Neubauer, 2014) Dysartrie je nejtypičtějším narušením komunikační schopnosti spojenou s poruchou artikulace, kdy se nejtěžší stupeň dysartrické poruchy neboli anartrie projevuje neschopností slovní komunikace. Dysartrie a anartrie mohou vzniknout v jakémkoliv období života. (Klenková, 2006)



#### 2.4.2.1 Typy dysartrie

Jednotlivé typy dysartrie získané u dospělých, které propojují neurologickou diagnostiku s klinickým obrazem poruch řečové komunikace uvádí Petrovský (1996):

Dysartrie flacidní či periferní (chabá) - vzniká poškozením jader nebo průběhu mozkových nervů inervujících řečové mechanismy. Člověk má malé svalové záškuby a znaky periferní parézy s atrofií zasažených svalů. Projevuje se v hlasově monotónním a nezřetelném projevu. Dalším příznakem je porušené dýchání s hypernazalitou, chraptivostí a poruchami polykání. Příčinou je infekční onemocnění CNS, myastenie gravis a progresivní bulbární paralýzy

Dysartrie spastická (centrální) - při poruchách centrálního motorického neuronu, zasahuje oblast mezi prodlouženou míchou a bílou hmotou mozkových hemisfér, jsou zde znaky centrální parézy se zvětšenými reflexy. Poruchy polykání, řeč je pomalá, s námahou, protahuje slova a není srozumitelný déletrvajícím projev. Dýchání je slabé. Příčiny jsou CMP, a cévně-mozková onemocnění.

Dysartrie cerebální či ataktická (mozečková) - následkem poškození mozečku a nervových drah. Projevují se zde špatně cílené pohyby a celková hypotonie. Nepravidelný řečový projev, explozivně vyřazené slabiky i slova, kolísání v dýchání, intenzitě hlasu a rezonanci. potíže v rytmu mluvy a nepřesná artikulace souhlásek. Tento typ je hlavní u roztroušené sklerózy, zánětů a nádorů mozečku či degenerativních procesů této oblasti.

Dysartrie hypokinetická (extrapyramidová) - Častá u Parkinsonovi nemoci, častý klidový třes a ztráta pohybových automatismů. Projev řeči je jednotvárný, na počátku se projevívá pauza kvůli ztuhlosti svalů, následně vzniká překotný nepřesný projev s opakováním slov i slabik. Dech je pozastavován vlivem přerušování hybnosti dýchacích svalů, oslabený hlasový projev až do afonie. Projev člověk je tedy buď tak pomalý až se zastaví, a nebo naopak se čím dál více zrychluje až přechází do nesrozumitelného mumlání. Nejčastějším důvodem je Parkinsonova nemoc, také vlivem léků a občas vyvoláno cévní mozkovou příhodou.

Dysartrie hyperkinetická (extrapyramidová) - vzniká vlivem choreatického nebo atetoidního syndromu, který zasahuje neobvyklé mimovolní pohyby, které narušují motoriku a řečový projev. Projevívá se zasažením a snížením celkového svalového tonusu a

zvýšení mimovolní hybnosti svalů. Příčinou jsou stavy po lécích (neuroleptika) či degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy. V řeči se projeví hlasitě, nepřesná koordinace s dýcháním, řeč vykřikují, řečové tempo je kolísavé, projev se stává nesrozumitelným, protože člověk nezvládá ovládat pohyb jazyka a úst.

Dysartrie smíšená - je důsledkem degenerativních onemocnění, amyotrofické laterální sklerózy, při lezích CNS. (Petrovský, 1996)

#### 2.4.2.2 Zásady komunikace s klientem s dysartrií

- není vhodné předstírat, že rozumíme, lidé s dysartrií to často poznají
- věnovat jim více času a být tolerantní vzhledem k pomalé mluvě
- motivovat k jasným a krátkým obrátům řeči
- buďte trpěliví, pozorně sledujte osvětlená ústa dysartrika, snažte se porozumět
- opakovat informace, které jste rozuměli je dovolené, také můžete otázkami posunout sdělení dál či poradit další slovo
- pokud může klient psát je možné využít písmo (Neubauer, 2014)

#### 2.4.3 Dysfagie

Dysfagie se řadí mezi poruchy polykání a příjmu potravy. Dysfagií mohou trpět děti i dospělí, je častější u i osob staršího věku a osob s demencí. Porucha polykání se propojuje s poruchami hlasu a řeči. Tato problematika je řešena nejen klinickým logopedem, ale dalšími odborníky z jiných oborů. Spolupracují lékařské obory jako je otorinolaryngologie, endoskopie, neurologie, foniatrie, chirurgie, psychiatrie, pneumologie a interní lékařství společně s nelékařskými obory, které jsou zaměřené na rehabilitaci, jako je klinická logopedie, ergoterapie, neuropsychologie, dietologie a fyzioterapie. Problém může s polykáním nastat jak u pevné tak tekuté stravy, která může mít různé důvody v průběhu transportu užití stravy od úst do žaludku. (Kaulfussová, in Škodová, 2003)

*Dysfagie je častou komplikací, kterou trpí osoby s dysartrií, neboť léze nervové soustavy zasahuje i vitální funkce orofaciálního traktu člověka, tedy respiraci a příjem stravy. Některé neurologické syndromy, např. bulbární syndrom při oboustranné lézi mozkových nervů, zahrnují poruchy řečových (dysartrie, poruchy hybnosti jazyka a*

mimického svalstva) i vitálních funkcí (dysfagie, možné poruchy dýchání a srdeční činnosti). Při dysfagii je ztížen či znemožněn příjem stravy a tekutin, porucha může být v závažnějších případech život ohrožující komplikací kvůli nebezpečí aspirace (vdechnutí) stravy a především tekutin do dýchacího ústrojí. (Neubauer, 2007, s. 50)

V diagnostice se setkáme s pojmy:

- *odynofagie - bolestivé polykání pevné či tekuté potravy*
- *aspirace - vdechnutí pevné potravy (sousta) nebo tekutiny do dýchacích cest*
- *penetrace - proniknutí stravy nad hlasivky, přičemž nedošlo k aspiraci*
- *drooling - neudržení, vypadnutí tekutiny nebo pevného sousta z dutiny ústní*
- *reflux - zpětný tok či přesun tekutiny*
- *regurgitace - zpětný tok kyselých šťáv ze žaludku do jícnu bez vyvolání dávivého reflexi, nejčastější typ refluxu*
- *leaking - porucha kontroly nad soustem (bolusem) vlivem snížené orální motility nebo deficitu senzorické zpětné vazby*
- *poruch - zeslabení laterální stěny faryngu, což může vést k postdeglutivní aspiraci” (Kaulfussová, in Škodová, 2003, s. 548)*

Průběh polykání se rozděluje na fázi vědomou a nevědomou. Ve fázi vědomé je přijatá potrava která je zpracována zuby, žvýkacími svaly a jazykem volnou aktivitou. Sousto je posunuto do hltanu polknutím. Ve fázi nevědomé je počátkem podráždění smyslových receptorů v hltanu, které dají impuls k procesu polknutí reflexí. Reflexy zároveň chrání cesty dýchací před vdechnutím. Hrtanová příklopka při zvednutí hrtanu zabranuje vklouznutí potravy do hrtanu. Potrava jde z hltanu do jícnu když se dýchání zastaví. Peristaltickými pohyby se potrava posouvá do žaludku z jícnu. (Kaulfussová, in Škodová, 2003)

Porucha polykání může vyvstat u všech typů získané dysartrie. Nejčastější etiologií je roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc, cévní mozkové příhody a poúrazové stavy. Terapie je u závažnějších případů možná jen se zdravotnickým týmem pod vedením lékaře. Terapii nebyla dříve věnována pozornost, současně je zařazena do systému péče logopedů. (Neubauer, 2007)

#### 2.4.3.1 Obecné zásady podpory správného a bezpečného přijímání stravy

- klient má sedět rovně při jídle a bradu držet co nejnižší (při zaklonění hlavy je větší šance vdechnutí, jelikož se lehce otevře epiglotis)
- malé doušky pomocí čajové lžičky. Při pití z hrnečku kontrolovat a hrneček pomalinku naklánět.
- malá sousta
- aby se ústa lehce uprázdnila, střídat jídlo s pitím
- motivovat klienta aby pořádně polykal, aby polknul po jedné lžici vždy dvakrát, pro jistotu že bylo polknutí dostačující
- vedeme k častému polykání, zabraňujeme kloktání tekutiny
- pokud klientovi zůstane jídlo v ústech i po polknutí, podáme prázdnou lžičku, která vyprovokuje další polknutí
- po dojedení zkontrolujeme dutinu ústní pro jistotu, že v ní nezůstaly zbytky jídla či tekutiny, které by mohly být vdechnuty. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007)

#### 2.4.4 Syndrom demence

Termín demence je spojením dvou latinských slov, de = bez a mens = mysl, v překladu “bez myslí”. Pojem demence označujeme získanou poruchu kognitivních funkcí, která se nezlepšuje ale jen zhoršuje. Pidrman (2007) rozděluje příznaky do 3 zásadních skupin: poruchy kognitivních funkcí, poruchy chování a poruchy každodenních aktivit. Jsou zde vždy přítomné poruchy paměti a poruchy v minimálně jedné z oblastí: praxie, gnóze a fatické funkce.

*“Syndrom demence zahrnuje soubor duševních poruch, které se projevují získaným závažným úbytkem kognitivních funkcí, především paměti a intelektu”.*(Neubauer, 2007, s. 60)

Řadíme je do kategorie neurogenních poruch komunikace. Ty jsou zapříčiněné organickým poškozením mozku a nervové soustavy. Projevy jsou specifické a mají své zvláštnosti. U postižených se vyskytují poruchy řeči, komunikace a jazyka společně s nedostatky v kognitivních procesech, které negativně působí na řečové a jazykové funkce. (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013)

Jako inteligence se označuje celková úroveň kognitivních funkcí. K poruše dochází onemocněním mozku, které je chronické a postupující. Porušením kognitivních funkcí, emocí a aktivit denního života může docházet k tomu, že je člověk závislým na rodině, na ústavu sociální péče, na nemocnici a stává se nesoběstačným. (Jirák, Holmerová a kol., 2009)

Mezi symptomy se řadí nejen kognitivní poruchy, ale zároveň poruchy řečové i neverbální komunikace, poruchy chování a psychické poruchy, jako jsou např. paranoidně-perzekuční bludy. Můžeme si povšimnout odlišné dynamiky. Některé typy nemoci jsou pomalu progresivní, s dlouhodobou zachovanou kognitivní stránkou, komunikací a sociálními dovednostmi, a naopak převažujícím typem demence postupné snížení schopnosti při každodenních aktivitách, pokles duševní činnosti a následná ztráta schopnosti samostatného žití, která končí závislostí na péči druhých. (Neubauer, 2007)

Výskyt syndromu demence stoupá s věkem ve stáří. Nejproblémovější je u osob nad 60 let. Udává se, že zasahuje 3-5% osob ve věku 65 - 76 let, 20 % osob ve věku nad 80 - 85 let, údaje se vztahují zvláště na příznaky středně závažné a těžké demence. (Neubauer, 2007)

#### 2.4.4.1 Typy demencí

- atroficko-degenerativní demence - jejich primární příčinou je degenerativní postižení mozku (Alzheimerova a Pickova choroba). Objevují se v 60 - 70% všech vzniklých demencí.
- sekundární demence - které vyvstávají z důsledků jiné primární poruchy, která nějakým způsobem poškozuje centrální nervovou soustavu. Dále se člení na:
  - ischemicko - vaskulární demence, které jsou dopadem kardiovaskulárního onemocnění, které vznikají příčinou hypoxicko - ischemických změn mozku. Tvoří 15 - 20% všech vzniklých demencí, multiinfarktová demence.
  - ostatní sekundární demence, které jsou vyvolány jinými příčinami, například infekčními, metabolickými, poúrazovými či po otravě.

Demence smíšeného typu - na tomto podkladě vzniká zhruba 10% demencí, pacient má jak vaskulární poškození mozku tak i Alzheimerovu chorobu. (Neubauer, 2007)

#### 2.4.4.2 Poruchy komunikace u syndromu demence

Poruchy komunikace se různě projevují s různou silou u všech typů stádií demence. Vyskytují se poruchy řeči, je narušen kontakt s okolím, také je porušeno jazykové vyjadřování, porozumění slovním projevům a jsou propojené s poruchami psaní a čtení. Poruchy komunikace jsou také podstatnou diagnostickou součástí v psychologické a lékařské diagnostice demencí. Jelikož jsou narušeny intelektové a kognitivní schopnosti, zařazujeme je pod termín kognitivně-komunikační poruchy. (Neubauer, 2007) Interakci kognitivních funkcí s řečovými a jazykovými procesy uvádím v příloze č. 2.

Na úroveň řeči má negativní vliv zpomalení celkové, porucha paměti a úbytek myšlení. Přichází zjednodušování a zpomalování aktivního slovního projevu, začínají se ukazovat syntetické a sémantické chyby s nepřesnostmi, záměny pojmů, vypouštění některých slov, následně i ulpívání na tématu, opakování jedné věci. Objevují se i nesnáze v porozumění sdělené informace, klient nerozumí, nechápe co po něm ostatní chtějí. U tohoto případu se může vyskytnout i porucha paměti, která má za následek to, že si nemocný sdělenou informaci jednoduše nepamatuje. (Vágnerová, 2004)

Mohou se objevit další společně se vyskytující poruchy na bázi inervace CNS, jako je dysartrie. Společný výskyt dysartrie a kognitivně-komunikační poruchy prožívá mnoho osob s demencí na bázi Parkinsonovy choroby. (Neubauer, 2007)

Dochází k fatickým korovým poruchám, které v závislosti na lokalizaci postižení mohou mít různý charakter. Rozlišuje se z funkčního pohledu motorická, neplynulá afázie (narušení aktivní slovní produkce) a sensorická, plynulá afázie (neporozumění mluvené řeči). (Vágnerová, 2004)

Tyto projevy fatických funkcí u demencí nepovažujeme jako izolovanou vadu řečové komunikace, ale jsou součástí obrazu globální poruchy činnosti mozkové kůry u degenerativně-atrofických chorob mozku, jako je například Alzheimerova nemoc. Proto používáme termín jazykové poruchy u demencí či afázie při demenci. (Neubauer, 2007) Může vyvstat i porucha schopnosti písemného vyjadřování - agrafie, nebo alexie - postihnutí schopnosti číst. Tyto potíže se projeví v komunikaci s ostatními. Někdy se komunikace zachová jen na formální úrovni, kdy klient na dotaz odpoví, ale odpověď může být nesmyslná. Dokáže si vytvořit vlastní jednodušší slovní komunikaci, které my

nemusíme rozumět. V přicházejících dalších fázích může postižený úplně ztratit řeč, vydávat nesmyslné zvuky a nerozumět ničemu. (Vágnerová, 2004)

- *“Kortikální demence*

*Alzheimerova choroba - řeč bývá motoricky postiena až velmi pozdně, pragmatické a sémantické jazykové schopnosti jsou oproti tomu porušeny velmi časně. Syntax a fonologie mluvy bývají postiženy až od středně závažného stadia choroby. Ovšem příznaky poruch řečové komunikace bývají u těchto osob velmi variabilní.*

*Pickova nemoc - poruchy auditorního porozumění, váhavá a rozvláčná mluva, anomie, postupné zhoršování jazykových schopností v oblasti syntaxe*

- *Subkortikální demence*

*Parkinsonova choroba a syndrom demence - řeč je motoricky postižena, s extrapyramidovými příznaky, jazykové schopnosti jsou porušeny minimálně. Slabý dyšný hlas s abnormální výškou a zbarvením.*

*Huntingtonova choroba - zhoršující se dysartrie a jazykové schopnost v oblasti pojmenování, schopnost pronáení delšch sekvencí mluvy. Zhoršující se schopnost řazení částí mluvy a jejich organizace do větných celků v závislosti na celkové progresi nemoci.*

- *Smíšené demence*

*Vaskulární demence - variace poruch jazykových i motrických podle lokalizace a rozsahu lézí. V pozdní fázi často dominuje mutismus.*

*Creutzfeldtova-jakobova nemoc - u tohoto dominantně subkortikálního syndromu je v pozdním stádiu nemoci přítomna afázie, apraxie a posléze i agnozie.” (Neubauer, 2007, s. 61-62)*

Pacient má problém získat a zapamatovat si nové informace. Měli bychom využívat jeho dlouhodobé paměti při vzpomínkách. Pokud chceme něco nového říci, nezapamatuje si to, vymýšlí si a opakovaně se dotazuje, odpověď ihned zapomene. To způsobuje zmatenost, nepochopení situací. Z toho pramení úzkost a netrpělivost. Kvůli ztrátě paměti je dezorientovaný, nepoznává své blízké, neví kde je a proč. Nerozumí času, komunikace může být porušována citovou labilitou a záchvaty pláče. Klient kvůli nedorozuměním může být nervózní, protože nám nerozumí, máme pocit že nespolupracuje. Nejprve je spontánní komunikace zachována, později ale mluví čím dál méně, opakuje to stejné dokola. Z vět se stávají slabiky a slova. Ke konci řeč úplně zaniká. (Kalábová, 2013)

#### 2.4.4.3 Zásady komunikace s člověkem s demencí

- nespoléhat se na jeho krátkodobou paměť, využívat dlouhodobou paměť
- nekárat za nedostatky
- vyhnout se otázkám s otevřeným koncem
- používat slovník klienta. Používat výrazy, které osoba sama používá a tím i rozumí
- mluvit prostě
- slova podporovat gesty
- informovat po malých dávkách
- udržovat si důvěru
- nepřít se a nesnažit se přesvědčit
- začít činnost sama a dovolit aby nemocný dále činnost přirozeně převzal
- být přátelský a laskavý
- vždy oslovit, představit se, říci cíl návštěvy
- mluvit pomalu
- jemný dotyk, držet za ruku se svolením nejdříve (Kalábová, 2013)

### 2.5 Systémy alternativní a augmentativní komunikace

Závažné poruchy komunikace se dají řešit kompenzačními strategiemi, jako je alternativní a augmentativní komunikace. Augmentativní neboli rozšiřující systémy komunikaci podporují již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti, alternativní komunikační systémy se využívají jako náhrada mluvené řeči. Při využívání AAK by mělo být součástí využití všech možných komunikačních schopností člověka, tedy všech zbytků mluvené řeči, mimiky, gest a vokalizace aj. Alternativní a augmentativní komunikace je určena jak dětem tak i dospělým s těžkými komunikačními poruchami na základě různých diagnóz. (Laudová, in Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 561) Cílem využití systémů je zvýšení kvality porozumění řeči, usnadnění a podpora vyjadřování jedinců s nápadně narušenou komunikační schopností. (Šarounová a kol., 20014)



Metody alternativní a augmentativní komunikace se rozdělují na metody bez pomůcek, využívající hlavně prostředky neverbální komunikace (pohled, mimika, gestikulace, vizuálně motorické znaky), a následně metody s pomůckami, které obsahují různé reálné předměty, obrázky, fotografie, symboly (v podobě piktogramů, písma, komunikačního systému bliss aj.). Také sem spadají i jiné typy, jako jsou například technické pomůcky ke snadnějšímu ovládnutí počítače. (Janovcová, 2003)

Systémy AAK můžeme také rozdělit na dynamické, obsahující gesta a znaky (prstová abeceda, makaton, znak do řeči), a systémy statické (piktogramy, bliss, komunikační tabulky), které jsou založené prostřednictvím předkládaných symbolů (Klenková, 2006)

Ze všech možných systémů AAK využitelných při práci se seniory můžeme jmenovat například tyto systémy:

Fotografie jsou často využívány u dětí v předškolním věku s narušenou komunikací. Fotografie jsou v dvojrozměrném zobrazení věrnou kopií trojrozměrného předmětu, který koresponduje s konkrétností myšlení dětí. Lze je využít i u osob s nižší mentální úrovní, kteří i přes konkrétnost svého myšlení a představ předmětů rozumí a dokáží s nimi pracovat a funkčně využít ke komunikaci, můžeme je využít i se seniory. (Bendová 2014)

Piktogramy neboli (PICS – Pictogram Ideogram Communication Symbols). Piktogramy byly vytvořeny v Kanadě roku 1980 logopedem Subhas C. Maharajem, který v daném roce vydal knihu s názvem systémem. Jedná se o černobílé symboly, neboli jednoduchý bílý symbol na černém pozadí. Jsou často voleny pro klienty se zrakovým postižením pro jejich jednoduchost a jasnou symbolizaci. Černobílost napomáhá jednoduššímu čtení, jako je to u písma. Uživatelé piktogramů napomáhá k jednoduššímu čtení stylizace bílé figury proti černému pozadí. Piktogramy ukazují konkrétní pojmy, ideogramy abstraktní pojmy. Do češtiny je zpracovala Libuše Kubová, která vycházela z původních piktogramů a doplnila je dalšími. Kniha vyšla pod názvem Řeč obrázků a to I s metodickou příručkou, ale dá se s piktogramy pracovat například v komunikačním software Altík či jiných výukových programech, např. Méd'a. (Šarounová a kol., 2014)

Znak do řeči je kompenzačním, doplňujícím a někdy i dočasným prostředkem komunikace jedinců s narušenou expresivní složkou řeči a okolím. Využívají se jen jednotlivé znaky ze znakového jazyka neslyšících, a to buď samostatná slova či

jednoduché fráze (Kubová, Škaloudová, 2012) Gesta jsou velmi jednoduchá a ilustrativní, respektují sníženou úroveň motorických, vizuálních a kognitivních funkcí uživatelů systému. (Kubová, Pavelová, Rádková, 1999, in Bendová, 2014)

Znaky jsou rozdělené do 15 okruhů: rodina, lidé a povolání, domácnost, oblečení, jídlo, škola, barvy, zvířata, příroda, vlastnosti, činnosti, doprava, čas, předložky, příslovce a další slova, věty, říkanky, písničky a pohádka. Okruhy zahrnují podstatná jména a další slovní druhy, které tam tematicky nepatří (okruh domácnost – zametat a mýt se). Rozdělení do kategorií není ostře rozděleno. (Kubová, Škaloudová, 2012)

Základem slovníků je strukturování do jednotlivých stupňů, obsahujících jak jádro slovní zásoby (nejvíce využívaná slova) a následně okrajovou slovní zásobu (specializovaná slova dle okruhů). Slovní zásoba je vybírána tak, aby se mohly ihned tvořit věty, s nevelkým slovníkem, aby nebylo velké zatížení paměti. Program je rozčleněn do devíti stupňů, vždy se má začít prvním stupněm. Znaky by měly být doprovázeny výrazem obličeje a znakování doprovázeno běžnou gramatickou řečí. Jsou znakovány klíčová slova ve větě. (Šarounová a kol. 2014)

Facilitovaná komunikace neboli usnadňovaná komunikace. základem je mechanická podpora neboli stabilizace ruky člověka s postižením. (Kubová, 2002) Založila ji australanka Rosemary Crosley, v 70. letech 20. století. Základem je podpora ruky, zápěstí nebo paže člověka, který chce něco sdělit, takzvaně facilitátorem neboli asistentem, který vyvíjí protitlak proti ruce žáka v závislosti na svalovém napětí. Asistent tím zajišťuje zpěnou vazbu a podporuje její stimulaci, nejvíce ve chvíli, kdy klient zaznamenává zprávu na psacím stroji či počítači s pomocí tabulky s abecedou. Cílem je minimalizovat míru podpory ruky. Některým klientům po dlouhodobějším nácviku stačí podpora distanční ze vzdálenosti 20 cm bez přímého doteku. (Krahulcová, 2002, in Bendová, 2014)

### Shrnutí

Základem vztahu mezi pečovatelem a seniorem je správná komunikace. Komunikace se seniory je specifická tím, že se u seniorů objevují poruchy smyslů, které ztěžují komunikaci a také poruchy řeči, jako je afázie, dysartrie, dysfagie a nemalý vliv má také syndrom demence. Pro co nejlepší porozumění v komunikaci můžeme využít systémy alternativní a augmentativní komunikace, jako jsou například fotografie, obrázky, piktogramy, makaton, znak do řeči či facilitovanou komunikaci.

## 3 Systém zdravotní a sociální péče o seniory v ČR

Jelikož se neustále zvyšuje podíl seniorů v současné populaci, měli bychom vzhledem k tomuto jevu vytvořit i dostatek služeb pro seniory v oblasti sociální i zdravotní, aby mohli co nejdéle udržet svou samostatnost a bylo jim nabídnuto vhodné místo ve společnosti.

### 3.1 Zákonné normy v sociální oblasti

Pro uskutečnění všech činností v sociální oblasti a v oblasti poskytování sociálních služeb v pobytových sociálních zařízeních platí řada zákonných norem a právních předpisů, je povinností seznámení všech poskytovatelů služeb se zákony a vytvořit podmínky k dodržování.

Stěžejní je Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006. Zákon vstoupil v platnost 1.1.2007. Dále zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, dále zákon č. 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů a některé další zákony, vyhláška č. 505/2006, kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách a vyhláška č. 239/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. (in Malíková, 2011)

#### 3.1.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon vstoupil v platnost 1.1.2007. Jeho cílem je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří je nemohou prosazovat sami, z důvodu nějakého omezení, jako věk, zdravotní postižení aj. Cílem je vytvoření právního rámce pro zabezpečení podpory a pomoci lidem v nepříznivé životní situaci a vymezit práva a povinnosti jednotlivců, obcí, krajů, státu a poskytovatelů sociálních služeb, stanovit podmínky k výkonu sociální práce.

Zákon definuje tři druhy služeb - sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb je pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí

podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, základní sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, telefonická krizová pomoc, nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností. Tyto základní činnosti jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni vždy zajistit. Mohou být také zajišťovány další činnosti. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 35)

Sociální služby jsou poskytovány jako ambulantní, terénní a pobytové. Službami pobytovými se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, do kterých se dle zákona řadí:

- centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče, intervenční centra, zařízení následné péče. Kombinací zařízení sociálních služeb lze zřizovat mezigenerační a integrovaná centra. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 34)

## 3.2 Péče o seniory

Formy péče o seniory rozdělujeme do 3 skupin jako je péče zajišťovaná rodinou, zdravotní péče (včetně ošetrovatelské) a sociální péče. Neměli bychom od sebe oddělovat sociální a zdravotní péči, jelikož jsou často zdravotní problémy propojené sociálními a naopak. V naší společnosti se model poskytování péče nesoběstačným členům rodiny opírá o pojetí tradiční, kdy se předpokládá, že rodina se o členy postará, zajistí potřeby, a k využití státních služeb dojde až v situaci, kdy členové rodiny péči nezvládnají či chybí.

(Hrozenská, Dvořáčková, 2013) Proto je velmi důležité vytvářet dostačující nabídku služeb, které mohou rodinu zastoupit či dočasně v případě potřeby, podporovat tak život seniora v přirozeném prostředí, kde mu bude věnována individuální péče vzhledem k jeho individuálním potřebám. Služby pobytových zařízení mohou využít nesoběstační senioři, kteří nemohou zůstat ve svém přirozeném prostředí a péče z rodiny je nedostatečná či chybí zcela. (Nešporová, Svobodová, 2008, in Dvořáčková, 2012)

### 3.2.1 Rodinná péče

Všichni se vždycky, ať už z práce či výletu těšíme domů. Většině seniorů je nejlépe v domácím prostředí, v místě, které dobře známe a máme zde pocit bezpečí a jistoty, společně s rodinným zázemím. I když rodiny bydlí samostatně, je přirozené, že rodina poskytne seniorovi péči. Většinou dospělé děti přebírají péči o své stárnoucí rodiče, někdy se sestěhují dohromady. To má své klady a zápory. Dětem to usnadní péči, čas a seniorovi se mohou věnovat všichni členové rodiny, senior nemá pocit samoty a cítí se bezpečně. Negativa se mohou promítnout do vzájemných vztahů, kdy se senior nemusí v byte dětí cítit dobře, jelikož to přeci jen není jeho byt. Může pociťovat že je na obtíž, to vyústí v momentě pokud nemá soukromí, jelikož bydlí v malém byte. Je důležité vše předem dostatečně zvážit. Při poskytování péče rodinou může nastat pár překážek, jako je nevyhovující bydlení, zaměstnanost střední generace, kdy děti nemají na rodiče celý čas, dále povinnosti vůči zbytku rodiny. děti, vzdálenost rodin či únava rodiny při péči o seniora. (Mlýnková, 2011)

### 3.2.2 Zdravotní péče

Nezákladnější je primární péče, kterou poskytuje praktický lékař. Spolupracuje s rodinou, i s ostatními složkami primární péče, jako je domácí ošetřovatelská péče, pečovatelská služba a jiné neziskové organizace. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

- Ambulantní a terénní služba

Služba je poskytována v domácím prostředí klienta a je pro osoby, které nemusejí být v nemocnici, a u nichž zároveň není dostupná potřebná péče ze strany rodiny. Tuto péči poskytují agentury domácí péče, kde pracují zdravotní sestry, které zajišťují zdravotní péči ve formě aplikace inzulínu, podávání léků, ošetřují rány aj., cílem je péče o pacienta

v domácím prostředí, kde se cítí nejlépe. Tato domácí zdravotní péče je hrazena ze zdravotního pojištění na doporučení praktického lékaře. (Mlýnková, 2011)

- Geriatrické denní centrum

Zařízení poskytují denní (některé i noční) pobyt seniora. Je zde poskytována léčebná a ošetrovatelská péče, fyzioterapeutická péče, psychická aktivizace a kognitivní trénink, ergoterapie. (Mlýnková, 2011)

- Nemocnice

*„Zdravotní péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních ambulantního nebo lůžkového typu. Malé nemocnice mají k dispozici základní oddělení interní, chirurgická a gynekologická. Oddělení následné péče jsou rehabilitační a doléčovací oddělení (léčebny dlouhodobě nemocných), kde je péče určena pro seniory v dobrém zdravotním stavu, u nichž je potřeba zajistit následnou rehabilitaci, např. Návik chůze, návik soběstačnosti při sebeděči apod.“* (Mlýnková, 2011, s. 63) Některé další typy speciálních oddělení při fakultních nemocnicích napomáhají k vyléčení akutního onemocnění, k navrácení do původního zdravotního stavu a sociálního prostředí kde byl člověk zvyklý.

- Hospice

Zařízení poskytující péči nevyлéčitelně nemocným, pomáhají rodinám formou respitní péče. Nabízí odlehčovací pobyt seniora, aby si rodina odpočinula od péče o seniora. Senior bydlí v hospici, kde má komplexní péči. Hospic také pečuje o pozůstalé. Můžeme se setkat i s domácím hospicem, s péčí v domácím prostředí. Domácí hospic je určen pro osoby které nepotřebují nemocniční péči, ale chtějí důstojně s rodinou dožít. Do domácího prostředí klienta dochází lékaři, lékaři onkologové, lékaři se zaměřením na paliativní medicínu a také všeobecné sestry. (Mlýnková, 2011)

### 3.2.3 Služby sociální péče

Služby sociální péče vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., § 38)

Služby napomáhají zajistit klientům psychickou a fyzickou soběstačnost, cílem je podpořit život v přirozeném sociálním prostředí s možností co nejvyššího zapojení do běžného života společnosti a pokud to jejich stav vylučuje, zabezpečit jim důstojné zacházení a prostředí, které je co nejméně omezující. Zákon vymezuje několik typů služeb vyjmenovaných níže, já se vzhledem k tématu práce zaměřím na pobytové služby

určené seniorům (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, zdravotnická zařízení lůžkové péče).

- Osobní asistence – terénní služba určená osobám zdravotně postiženým a seniorům. Pomoc osobních asistentů zvládat péči o sebe v přirozeném prostředí osob bez časového omezení a pomoc integrovat se do společnosti. (Malíková, 2011)
- pečovatelská služba – je poskytována terénně nebo ambulantně seniorům v jejich domácím prostředí. Sociální služby jsou placené, zahrnují ošetřovatelské úkony jako je hygienická péče, příprava jídla, nakrmění, nakupování, práce v domácnosti – praní, žehlení, doprovod a další asistenční služby.(Mlýnková, 2011)
- tísňová péče – spočívá v nepřetržité telefonické a elektronické komunikaci plné rad a informací osobám vysoce ohrožených na zdraví a životě, také v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu mohou pracovníci zajistit neodkladnou pomoc. ( Malíková, 2011)
- průvodcovské a předčitatelské služby – jsou určené seniorům či zdravotně postiženým se sníženou schopností komunikovat a orientovat se v prostoru. Jedná se hlavně o osoby se smyslovým postižením. Služby pomáhají vyřídit si osobně vlastní záležitosti. Mohou být poskytovány současně s jinými službami, jsou poskytovány terénně či ambulantně. Jedná se o zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a zájmů. (Zákon 4. 108/2006, §42)
- podpora samostatného bydlení – terénní služba určená lidem zdravotně postiženým či chronicky nemocným se sníženou soběstačností, osobám potřebujících pomoc druhých. Podporuje a rozvíjí schopnosti klienta samostatně bydlet. (Zákon č. 108/2006, §43)
- odlehčovací služby – jsou nazývány také jako respitní či sdílené služby. Cílem je dopřát pečujícím osobám, nejčastěji rodinným příslušníkům, prostor pro odpočinek. Na předem dohodnutou dobu převezmou pracovníci péči o klienta se sníženou soběstačností. Služba může být terénní, ambulantní i bytová. (Malíková, 2011)

- centra denních služeb – které se dříve nazývaly „domovinky“ a centra osobní hygieny. Služba je poskytována ambulantně, klienti dochází osoby se sníženými fyzickými nebo psychickými schopnostmi potřebující celodenní péči. Centra pomáhají jak seniorům tak rodinám, jelikož zde tráví senioři čas v době, kdy jsou pečující členové rodiny v práci. Náplní dne jsou různé aktivity – výtvarné, společenské, tělovýchovné aj, klienti mají k dispozici oběd. Je zde poskytována pomoc při osobní hygieně, při integraci do společnosti, také nabízeny sociálně terapeutické činnosti. (Mlýnková, 2011)
- denní stacionáře – jedná se o ambulantní službu určenou pro osoby se sníženou soběstačností (Zp, senioři, osoby s chronickým duševním onemocněním). Nabízí se zde výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti společně se sociálně terapeutickými činnostmi. (Zákon č. 108/2006, §46)
- týdenní stacionáře – pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností vyžadující pravidelnou péči. Provoz je během pracovních dnů, činnosti jsou stejné jako v denním stacionáři, ale jsou nabízeny po celou dobu pobytu klienta. (Zákon č. 108/2006, §47)
- domovy pro osoby se zdravotním postižením – pobytové služby určené pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, potřebující pravidelnou péči druhých. Součástí poskytovaných služeb jsou výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a sociálně terapeutické činnosti. (Zákon č. 108/2006, §48)
- **domovy pro seniory** – zde se poskytují celoroční pobytové služby klientům, kteří mají sníženou soběstačnost především z důvodu věku, kteří nemohou žít sami ve své domácnosti a potřebují trvalou komplexní péči. Služba obsahuje základní činnosti:
  - poskytnutí ubytování
  - poskytnutí stravy
  - pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
  - pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro hygienu
  - zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
  - sociálně terapeutické činnosti
  - aktivizační činnosti



- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., § 49)
- **domovy se zvláštním režimem** – tyto domovy jsou podobné domovům pro seniory, disponují větším počtem personálu specializovaného na danou poruchu. Poskytují celoroční pobytové služby lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby, tím se liší od domovů pro seniory. V těchto zařízeních je režim přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Služba poskytuje tyto základní činnosti:
  - poskytnutí ubytování
  - poskytnutí stravy
  - pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
  - pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
  - zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
  - sociálně terapeutické činnosti
  - aktivizační činnosti
  - pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., §50)
- chráněné bydlení – pobytová služba pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení či chronického onemocnění, včetně duševní nemoci, vyžadujících pomoc druhých. Bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Klientům nabízí služba samostatné bydlení poddobné standardnímu bydlení v bytě. Je zde přítomen pracovník chráněného bydlení, který kontroluje zda klient všechno zvládá, případně v potřebném rozshu zajišťuje pomoc při častých i méně obvyklých činnostech. (Malíková, 2011)
- **sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče** – tyto služby jsou poskytovány v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných nebo v psychiatrických léčebnách. Poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale kvůli svému zdravotnímu stavu nejsou schopny

soběstačnosti, potřebují pomoc jiné osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než mají zajištěnou pomoc blízkou osobou či jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování ambulantních či terénních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb. Služba poskytuje základní činnosti:

- poskytnutí ubytování
- poskytnutí stravy
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro hygienu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., §52)

### 3.3 Pracovník v sociálních službách

Odbornou činnost v sociálních službách vykonávají sociální pracovníci za podmínek stanovených v § 109 a 110, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci, manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby. Dobrovolníci mohou také poskytovat sociální služby.

#### 3.3.1 Činnost pracovníka v sociálních službách

Zákon definuje, kdo je pracovník v sociálních službách a jakou péči vykonává.

Je to pracovník, který vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb, základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity,

provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti, pečovatelskou činností v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistází pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence, pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon č. 108/2006, §116)

Při výkonu práce v pobytových sociálních zařízeních se pracovníka v sociálních službách týkají hlavně vyjmenované činnosti přímé obslužné péče.

Předpokladem pro výkon povolání pracovníka v sociálních službách je svéprávnost a bezúhonnost, zdravotní způsobilost, odborná způsobilost - splnění kvalifikačního požadavku.

### 3.3.2 Kvalifikační požadavky pracovníka v sociálních službách

Vzdělávání v sociální práci prošlo po roku 1989 velkým rozvojem, především v oblasti univerzitního vzdělávání sociálních pracovníků. V přímé práci s klienty s duševním onemocněním jsou sociální pracovníci směřováni k psychosociálním výcvikům, kterými získají techniky a nástroje potřebné k přímé praxi. Výcviky jsou založeny na formě sebezážitku, který se ukazuje jako nejlepší způsob získání vlastních profesních kompetencí. Dále jsou využívány výcviky v konkrétním psychoterapeutickém směru. Profesionalita pracovníků stojí na základech celoživotního vzdělávání. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

Odbornou způsobilostí pracovníka v sociálních službách se definuje:

Základní nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu v minimálním rozsahu 150 hodin (absolvování kurzu není nutné u osob které získaly

způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel a u osob se získanou odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem).

Střední vzdělání s výučním listem nebo střední vzdělání s maturitní zkouškou a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu v minimálním rozsahu 200 hodin (absolvování kurzu se nevyžaduje u osob, které získaly způsobilost k výkonu zdravotnického povolání ergoterapeut či k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném předpisem).

Základní vzdělání, střední vzdělání, střední vzdělání s výučním listem, střední vzdělání s maturitou nebo vyšší odborné vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; (absolvování kurzu se nevyžaduje u osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel, či k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném předpisem. (§116)

#### 3.3.2.1 Náplň kurzu pro pracovníky v sociálních službách

Náplň kurzu vymezuje §37 vyhlášky č. 505/2006 Sb. Kurz se skládá ze 2 částí a to z obecné a zvláštní.

Obecnou část kurzu tvoří úvod do problematiky sociálních služeb a věnuje se standardům kvality, dále ji tvoří základy komunikace, rozvoj komunikačních schopností, asertivita, metody alternativní komunikace, dále úvod do psychologie, psychopatologie a somatologie, obsahuje základy zdravotní péče a první pomoci, zabývá se etikou výkonu činnosti pracovníka, lidskými právy a důstojností, obsahuje také základy prevence vzniku závislosti osob na službě a obsahuje sociálně právní minimum.

Zvláštní část kurzu tvoří tematické okruhy, pro pracovníky v sociálních službách jsou určeny okruhy: základy péče o nemocné, základy hygieny, úvod do problematiky chronických onemocnění, vzdělávací, výchovné a aktivizační techniky, základy pedagogiky volného času, prevence týrání a zneužívání uživatelů služeb, odborná praxe, zvládání jednání s osobou ohrožující své zdraví a život a život ostatních, úvod do problematiky zdravotního postižení.

Vyhláška vymezuje minimálním počtem 150 výukových hodin, z nichž 50 hodin musí tvořit obecná část kurzu. Tyto tematické okruhy jsou zohledňovány na skupinu účastníků, na jejich odborné zaměření, pracovní pozici a druh poskytované sociální služby. §37 vyhlášky umožňuje uznání kvalifikačního kurzu pro výkon práce pracovníka v sociálních službách, které pracovník absolvoval před 1. 1. 2007, pokud byl obsah a rozsah kurzu podobný a realizovaný vzdělávací akreditovanou institucí dle zvláštního právního předpisu. (in Malíková, 2011)

Absolvování kvalifikačního kurzu je podmínkou a je třeba ji splnit do 18 měsíců ode dne nástupu do zaměstnání. Než se tak stane, pracovník vykonává činnost pracovníka v sociálních službách pod dohledem odborného pracovníka.

Po uznané kvalifikaci pracovníka v sociálních službách je zaměstnavatel povinen zabezpečit zaměstnanci další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si pracovník obnovuje a doplňuje kvalifikaci. Účast na dalším vzdělávání se považuje za prohlubování kvalifikace podle zvláštního právního předpisu. Další vzdělávání se koná formami uvedenými v § 111 odst. Při nutné účasti na dalším vzdělávání se nevyžaduje kalendářní rok ve kterém pracovník vykonal akreditovaný kvalifikační kurz. (§116)

## Shrnutí

O seniora může pečovat rodina, zároveň může využít zdravotní péči či služby sociální péče, u které mohou využít například osobní asistenci, pečovatelskou službu, centra denních služeb či domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. O seniory v domovech pro seniory pečují pracovníci v sociálních službách, vykonávající přímou obslužnou péči. Pro tuto profesi projdou speciálním kurzem, kde se naučí o problematice sociálních služeb, naučí se základy komunikace, rozvíjí své komunikační schopnosti a seznámí se s alternativní komunikací a dalšími tematickými okruhy k profesi.

## II. Praktická část

### 4 Komunikace se seniory v Domovech pro seniory

#### 4.1 Cíl práce

Cílem zjištění mé praktické části bakalářské práce bylo zanalyzovat komunikační schopnosti seniorů ve zvoleném zařízení a teoretické znalosti, faktory a možnosti komunikace pracovníků přímé obslužné péče v zařízeních pro seniory. Také jsem zjišťovala, zda mají pracovníci příležitosti ke vzdělávacím seminářům a materiálům v oblasti správné komunikace se seniory.

Stanovila jsem si 3 hlavní výzkumné cíle:

- Jaké jsou nejčastější komunikační obtíže klientů v Domovech pro seniory?
- Jaké mají povědomí pracovníci v sociálních službách o specifických formách komunikace a možnosti jejich řešení
- Jaké možnosti vzdělávání mají pracovníci v oblasti poruch komunikace u seniorů (potažmo cítí potřebu se v této oblasti vzdělávat)

Díličmi cíly je zjistit:

- Jaké je povědomí pečujících osob v sociálních službách o možnostech využití systémů alternativní a augmentativní komunikace (mají o tuto oblast zájem)
- Ovlivňuje kvalitu života seniora porucha komunikace?
- Jaká je informovanost a možnosti využití poradenských služeb v oblasti poruch komunikace?

Cílem mého výzkumu nebylo porovnávat jednotlivá zařízení mezi sebou, ale pro zajímavost jsem vzhledem k některým významným rozdílům takto učinila.

#### 4.2 Metodologie výzkumu

K zjištění cílů byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu, a to v podobě nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce. Dotazník byl složen ze 17 otázek, které byly uzavřené. K zpracování výsledků dotazníku byla použita statistická procedura.

Některé vybrané otázky jsem srovnávala mezi 2 zařízeními, pokud výsledky vyšly viditelně odlišně. Porovnávání dvou zařízení, dvou měst nebylo cílem mé bakalářské práce, ale pro zajímavost jsem u některých zajímavých rozdílů otázky porovnávala, jelikož mi to přišlo zajímavé. U otázek, které mají nevýznamný rozdíl mezi jednotlivými zařízeními jsem tak neučinila.

Kontaktovala jsem ředitele zařízení Domovů pro seniory s prosbou o spolupráci pracovníků přímé obslužné péče k praktické části bakalářské práce. Bylo vysvětleno téma a účel dotazníku. Pracovníci přímé obslužné péče mi dotazníky vyplnili v průběhu února, jelikož se směny střídají, dotazníky byly v oběhu, aby je mohlo vyplnit co nejvíce pracovníků přímé obslužné péče. Spolupracovala jsem celkem se 2 zařízeními Domovů pro seniory, rozdáno bylo celkem 110 dotazníků, navraceno jich bylo 69 vyplněných. V úvodu dotazníků je prosba o spolupráci a vysvětlen důvod zjišťovaných údajů, které jsou jen pro účely bakalářské práce, a také možnost seznámení se s výsledky a poděkování za odpovědi. Úvodní otázky dotazníku jsou otázky zjišťující identifikační údaje o respondentech, dále otázky směřující k zjištění nejčastějších komunikačních obtížích klientů, k zjištění o povědomí pracovníků o specifických formách komunikace a ke konci jsou otázky věnované možnostem vzdělávání pracovníků v oblasti poruch komunikace.

#### 4.3 Charakteristika místa šetření/výzkumného vzorku

Výzkum byl proveden v 2 Domovech pro seniory s pracovníky přímé obslužné péče. Jedno zařízení se nachází v Praze a druhé v Hradci Králové. Obě zařízení poskytují dva typy sociálních služeb, a to Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem.

Pražský domov pro seniory je registrovaným poskytovatelem sociálních služeb (domov seniorů a domov se zvláštním režimem). Domov pro seniory disponuje kapacitou 117 lůžek. Zařízení nabízí bydlení pro seniory společně se sociální a zdravotní péčí v klidné lokalitě. Nabízí jedno a dvoulůžkové pokoje s ošetrovatelskými službami, dozorem lékařů a stravováním. Zařízení se specializuje na poskytování péče osobám, které potřebují komplexní nepřetržitou péči vzhledem ke zdravotnímu stavu, především pak na osoby trpící demencí. Toto zařízení získalo certifikát kvality Vážka od České Alzheimerovy společnosti, patří tak mezi nejšpičkovější domovy pro seniory. Zařízení nabízí kromě zdravotní a sociální péče také služby pedikérky, kadeřnice, prodej

cukrovinek, pořádá sociálně terapeutické, motivační a aktivizační činnosti v rámci kulturní, zájmové a společenské nabídky, které pořádají pracovníci Domova. V rámci aktivizačních činností také pořádají trénink paměti pro psychický rozvoj klienta, předčítání denního tisku a beletrie, společenské hry, umělecké a tvůrčí práce, pro zájemce se konají bohoslužby, možnost využití kinosálu a společné kuchyně pro vaření a pečení, společně slaví narozeniny a svátky I s pohoštěním a účastní se společenských akcí, jako jsou večery s živou hudbou, recitační pásma a různé přednášky. V Pražském domově pro seniory jsem rozdala 30 dotazníků, vrátilo se mi jich vyplněných 12. (online, domov-senioru-praha.cz)

Hradecký domov pro seniory poskytuje dva druhy sociálních služeb a to domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Domov poskytuje své služby seniorům nad 60 let, kteří jsou v nepříznivé situaci se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo postižení demencí a potřebují pravidelnou pomoc spojenou s ubytováním. Zařízení má lůžkovou kapacitu celkem 355 lůžek, z čehož je 297 lůžek kapacita domova pro seniory a 58 lůžek pro domov se zvláštním režimem. Nabízí ubytování v jednolůžkových, dvoulůžkových a **I** vůcelůžkových pokojích povětšinou s balkonem.

Služby domova – ubytovací, stravovací a činnost sociální péče zajišťuje v zařízení celkem 193 zaměstnanců v celé řadě profesí. Řadí se tak mezi největší poskytovatele sociálních služeb v České republice, funguje od roku 1965. Zřizovatelem je Královéhradecký kraj. Domov je tvořen dvěma budovami v klidné části města obklopené parkem, lesy a rybníky. V obou druzích pobytové služby zařízení poskytuje kromě ubytování úklid, praní, zajištění celodenní stravy, pomoc při péči o vlastní osobu a hygienu, podporují kontakt s rodinou a další activity, nabízí aktivizační činnosti – volnočasové a zájmové activity, pomoc při kontaktu se sociálním prostředím a nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností, také pomoc při komunikaci k uplatňování práv a zájmů. (online, ddhk.cz)



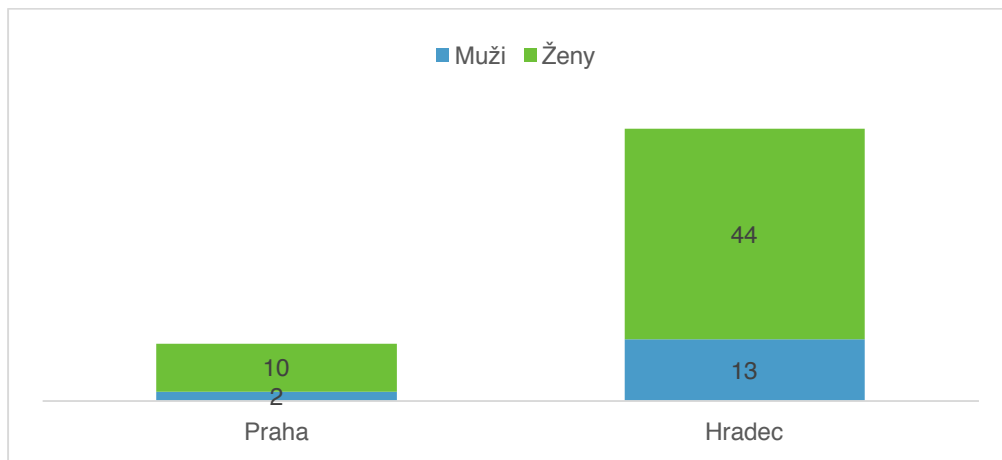
#### 4.4 Vlastní výzkumné šetření

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 69 zaměstnanců domovů pro seniory, kteří vykonávají přímou obslužnou péči. Data byla sbírána ze 2 zařízení. Výsledky jsou vyhodnoceny do tabulek a přehledných grafů s % údaji zaokrouhlenými na desítky. Pod každým grafem je slovní komentář, kde jsou získané výsledky sepsány. Cílem mého výzkumu nebylo porovnávat jednotlivá zařízení mezi sebou, ale pro zajímavost jsem vzhledem k některým odlišným výsledkům zařízení takto učinila.

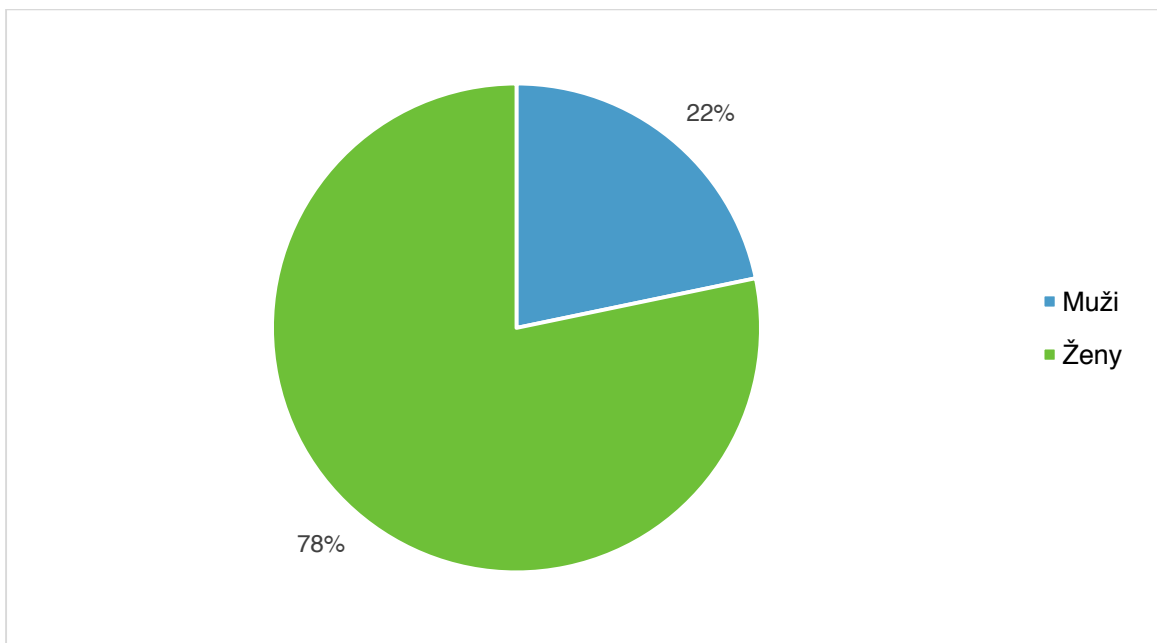
##### Otázka č. 1 – Složení respondentů dle pohlaví

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
<b>Praha</b>	2	10
<b>Hradec</b>	13	44

Tabulka č. 1



Graf č. 1



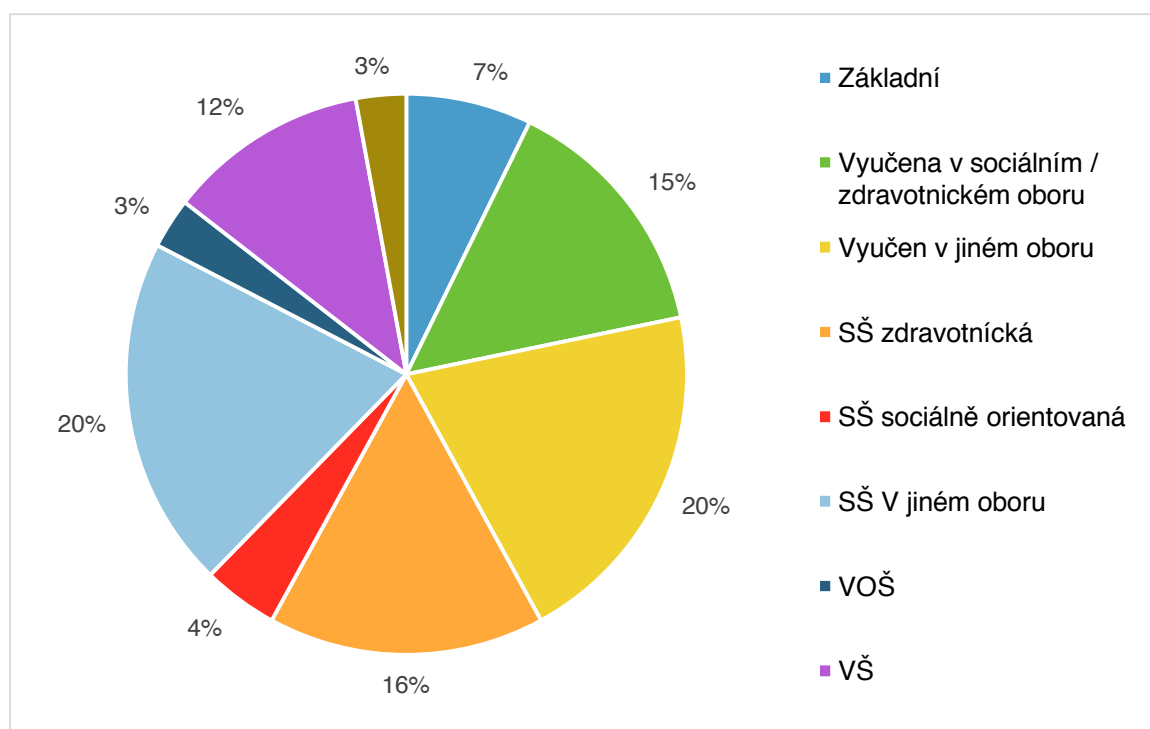
Graf č. 2

Tato identifikační otázka zjišťovala, jaké je v mém výzkumném vzorku procentuální zastoupení mužů a žen v profesi pracovník přímé obslužné péče. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 69 zaměstnanců domovů pro seniory, kteří vykonávají přímou obslužnou péči. Větší částí respondentů jsou ženy, kterých je celkem 54 (78%), mužů je 15 (22%).

## Otázka č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání	Celkem	Celkem (%)
Vyučen v jiném oboru	14	20%
SŠ V jiném oboru	14	20%
SŠ zdravotnická	11	16%
Vyučena v sociálním / zdravotnickém oboru	10	14%
VŠ	8	12%
Základní	5	7%
SŠ sociálně orientovaná	3	4%
VOŠ	2	3%
rekvalifikační kurz	2	3%

Tabulka č. 2



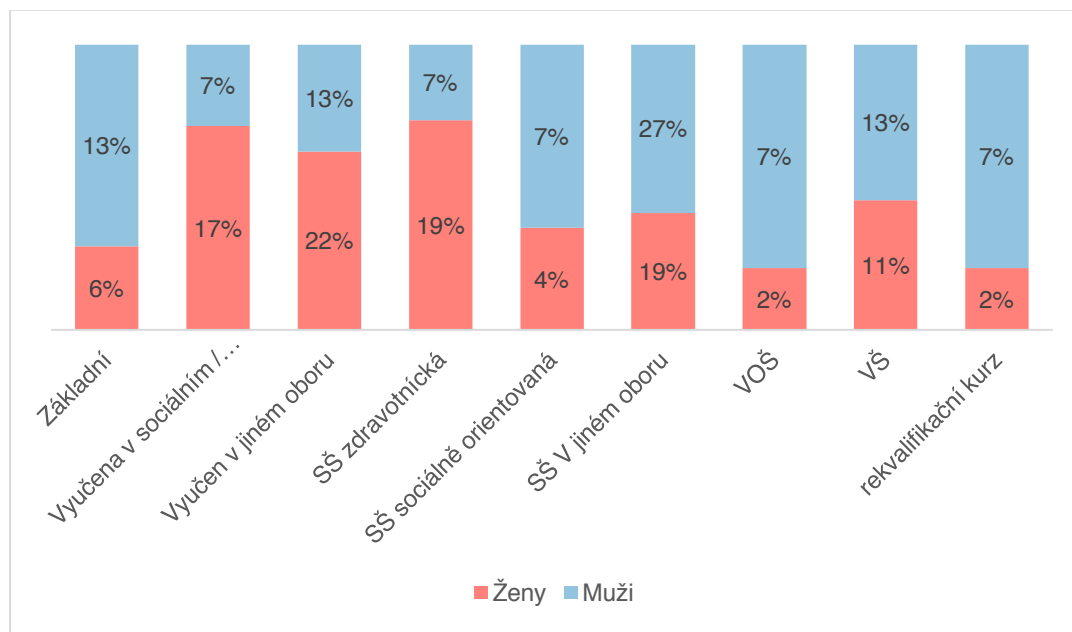
Graf č. 3

Na otázku odpovědělo všech 69 respondentů. Nejčastěji uvedeným nejvyšším dosaženým vzděláním je u 14 respondentů (20%) SŠ v jiném oboru a stejné zastoupení u 14 respondentů (20%) má vyučení v jiném oboru. SŠ zdravotnickou uvedlo 11

respondentů (16%), vyučení v sociálním nebo zdravotním oboru má 10 respondentů (14%), vysokou školu uvedlo 8 zaměstnanců (12%), základní vzdělání uvedlo 5 respondentů (7%), SŠ sociálně orientovanou mají 3 zaměstnanci (4%), 2 respondenti uvedli VOŠ (3%), a na stejném místě 2 respondenti mají rekvalifikační kurz (3%).

Nejvyšší vzdělání u mužů a žen	Ženy	Muži	Ženy	Muži
<b>Základní</b>	3	2	6%	13%
<b>Vyučena v sociálním / zdravotnickém oboru</b>	9	1	17%	7%
<b>Vyučen v jiném oboru</b>	12	2	22%	13%
<b>SŠ zdravotnická</b>	10	1	19%	7%
<b>SŠ sociálně orientovaná</b>	2	1	4%	7%
<b>SŠ V jiném oboru</b>	10	4	19%	27%
<b>VOŠ</b>	1	1	2%	7%
<b>VŠ</b>	6	2	11%	13%
<b>rekvalifikační kurz</b>	1	1	2%	7%

Tabulka č. 3



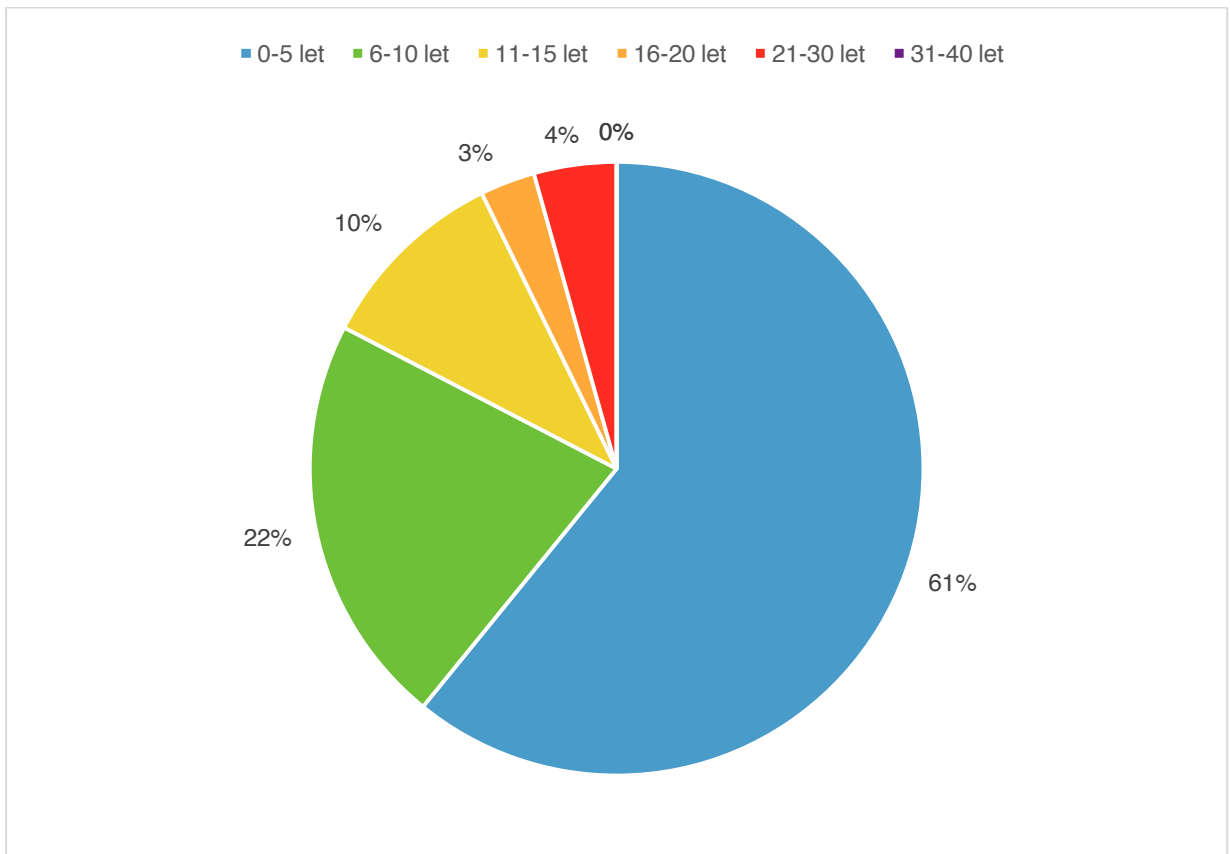
Graf č. 4

Pro zajímavost jsem diferencovala nejvyšší dosažené vzdělání u mužů a žen. U mužů ve 26,7% vede vzdělání SŠ v jiném oboru, u žen je nejvíce zastoupeno vyučení v jiném oboru z 22,2%. V grafu č. 4 je vidět porovnání jednotlivých dosažených nejvyšších vzdělání.

### Otázka č. 3 – Délka praxe se seniory

Délka praxe	počet	%
0-5 let	42	61
6-10 let	15	22
11-15 let	7	10
16-20 let	2	3
21-30 let	3	4
31-40 let	0	0

Tabulka č. 4



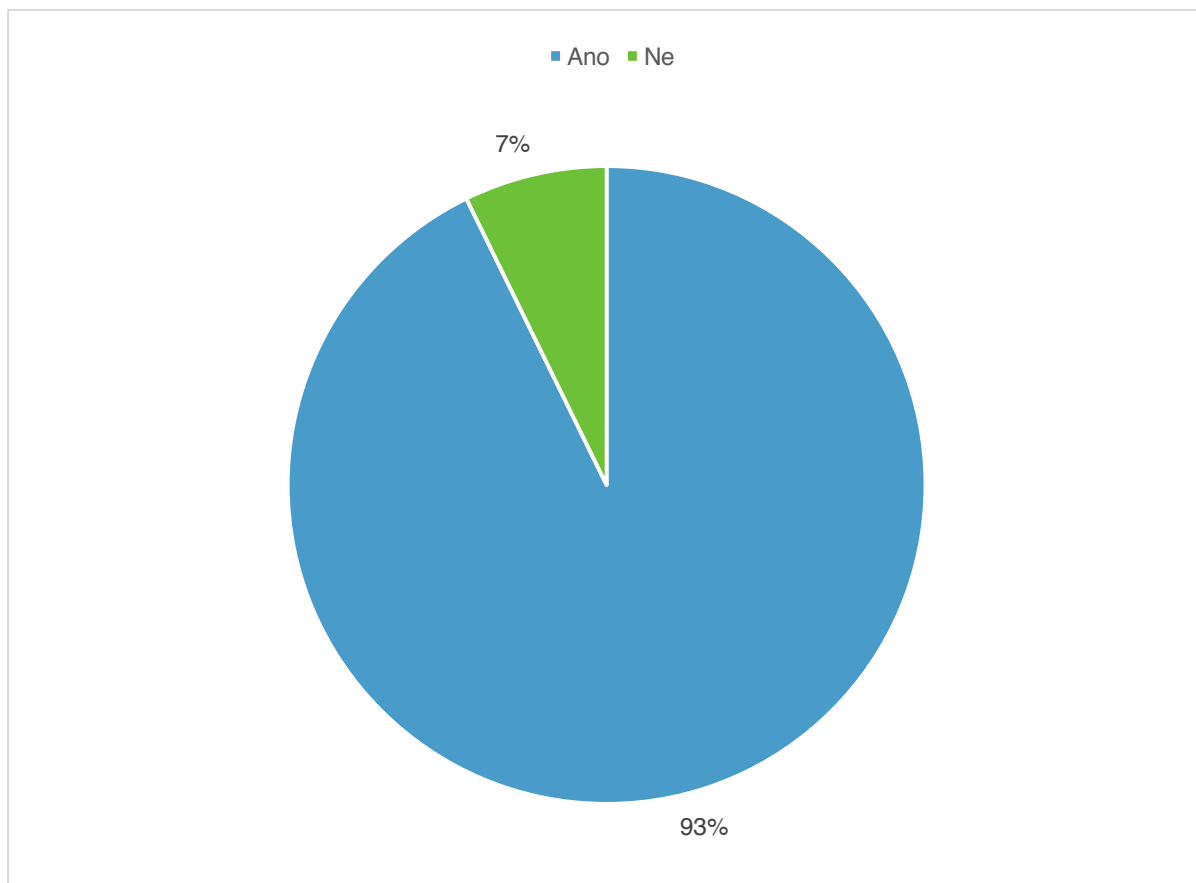
Graf č. 5

Graf č. 5 zobrazuje počet let praxe pracovníků se seniory. Nejvíce zastoupenou je praxe v rozmezí 0-5 let, kterou uvádí 42 pracovníků (61%), rozmezí 6-10 let praxe uvádí 15 pracovníků (22%), 11-15 let praxe uvádí 7 respondentů (10%), jen 2 respondenti (3%) uvádí praxi v rozmezí 16-20 let, 3 respondenti (4%) uvádí rozmezí 21-30 let, žádný z respondentů nemá praxi vyšší 31 let.

#### Otázka č. 4: Přítomnost klientů v zařízení s potížemi v komunikaci

Klienti s potížemi	celkem	%
Ano	64	93
Ne	5	7

Tabulka č. 5



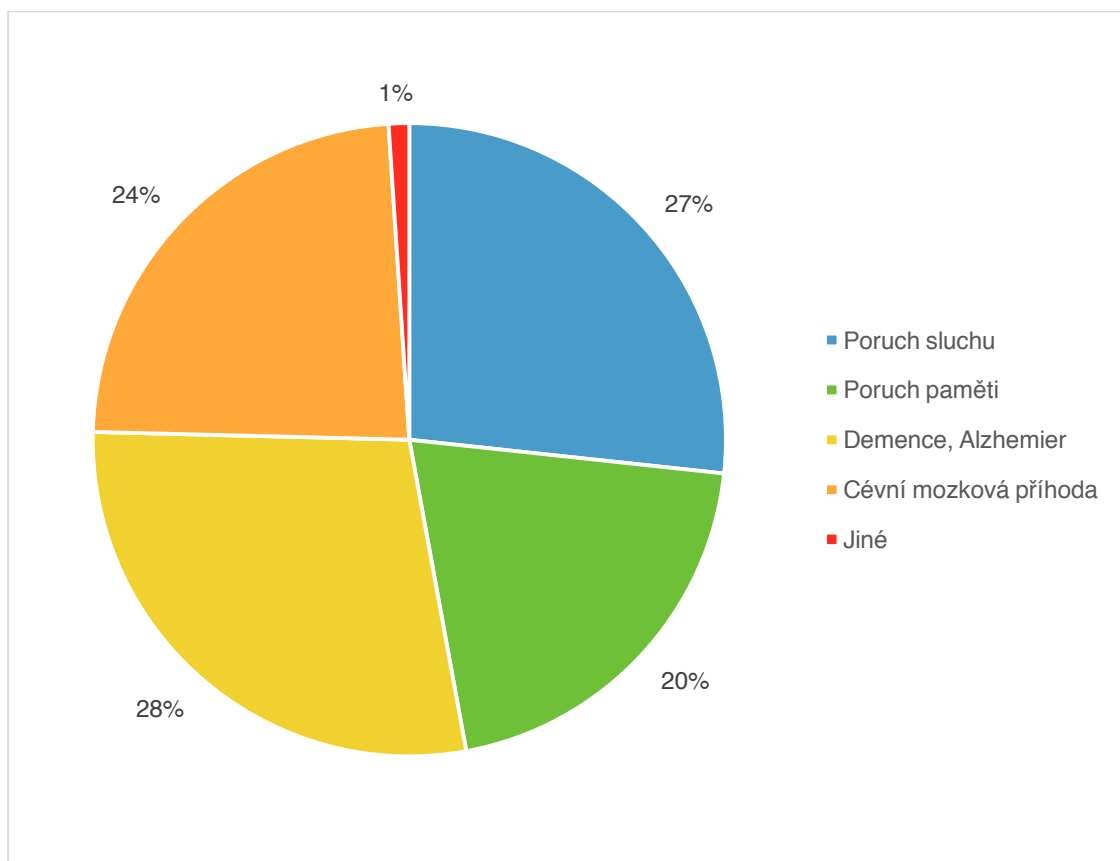
Graf č. 6

Naprostá většina, 64 pracovníků (93%) odpovědělo, že jsou v zařízení klienti s potížemi v komunikaci, jen 5 pracovníků (7%) si myslí, že v zařízení klienti s potížemi v komunikaci nejsou.

**Otázka č. 5: Poruchy komunikace seniorů jsou nejčastěji příčinou/ na podkladě:**

Nejčastější příčiny	celkem	%
Poruch sluchu	51	27
Poruch paměti	39	21
Demence, Alzhemier	54	28
Cévní mozková příhoda	45	24
Jiné	1	1

Tabulka č. 6



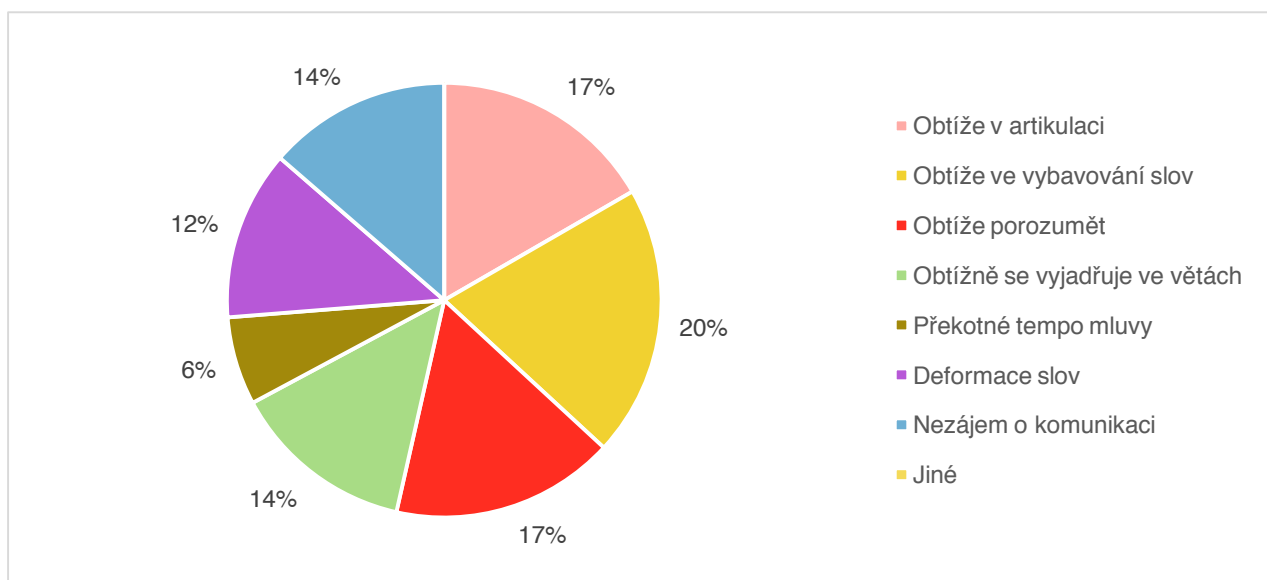
Graf č. 7

U otázky č. 5 byla možnost zakroužkování více odpovědí. Odpovědi jsou si skoro vyrovnané, nejčastěji (28%) byla zastoupena příčina poruch komunikace na podkladě syndromu Demence a Alzheimer, následně jsou poruchy komunikace na podkladě poruch sluchu (27%), na pokladě Cévní mozkové příhody (24%) , na podkladě poruch paměti (21%). Jeden respondent uvedl jiné, a to jazykovou bariéru – cizinci.

### Otázka č. 6: Oblasti, ve kterých mají klienti potíže

Oblasti s potížemi	celkem	%
Obtíže ve vybavování slov	40	20
Obtíže v artikulaci	33	17
Obtíže porozumět	33	17
Obtížně se vyjadřuje ve větách	27	14
Nezájem o komunikaci	27	14
Deformace slov	25	12
Překotné tempo mluvy	13	6

Tabulka č. 7



Graf č. 8

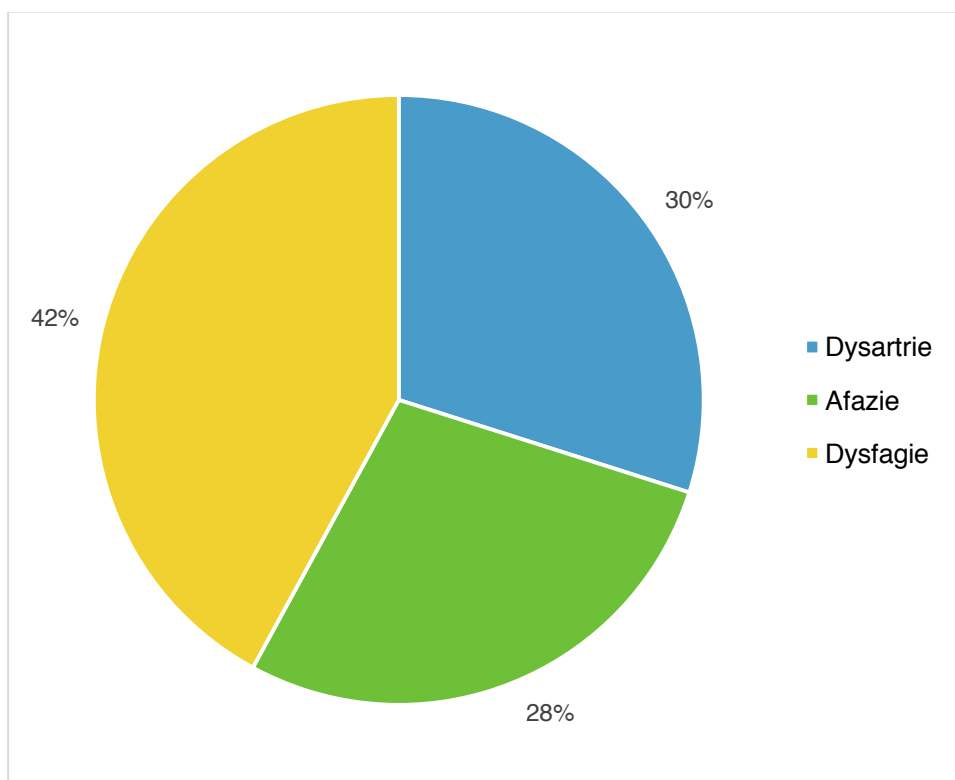
U této otázky byla možnost více odpovědí. 40 respondentů (20%) se shoduje, že mají klienti potíže ve vybavování slov, 33 respondentů (17%) uvedlo obtíže v artikulaci, stejně tak 33 respondentů (17%) uvedlo obtíže porozumět, 27 respondentů (14%) uvedlo obtížné vyjadřování ve větách, stejný počet 27 respondentů (14%) uvedl nezájem o komunikaci, 25 respondentů (12%) uvádí deformaci slov a 13 respondentů (6%) uvádí překotné tempo mluvy.



### Otázka č. 7: Znalost pojmů

Znalost pojmů	Celkem	%
Dysartrie	32	30%
Afázie	30	28%
Dysfagie	45	42%

Tabulka č. 8

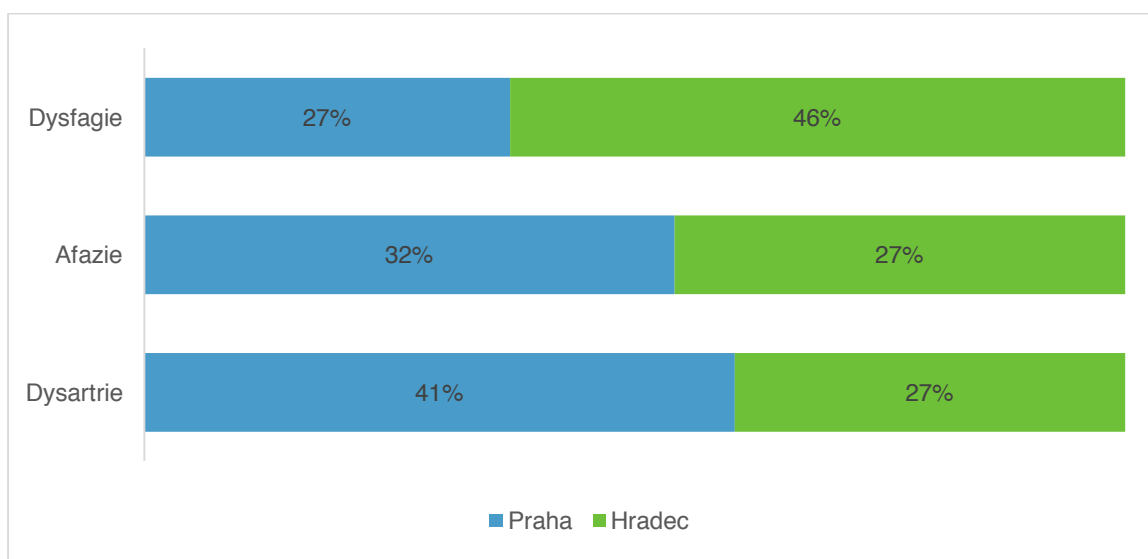


Graf č. 9

Tato otázka zjišťovala, zda se pracovníci s těmito pojmy setkali a zda ví, o jakou poruchu se jedná. Každá porucha byla krátce vysvětlena. Nejvíce je zastoupena znalost pojmu dysfagie (42%), dále dysartrie (30%) a velmi blízko četností afázie (28%).

OTÁZKA Č. 7	Praha	Hradec	Praha	Hradec
Dysartrie	9	23	41%	27%
Afázie	7	23	32%	27%
Dysfagie	6	39	27%	46%

Tabulka č. 9



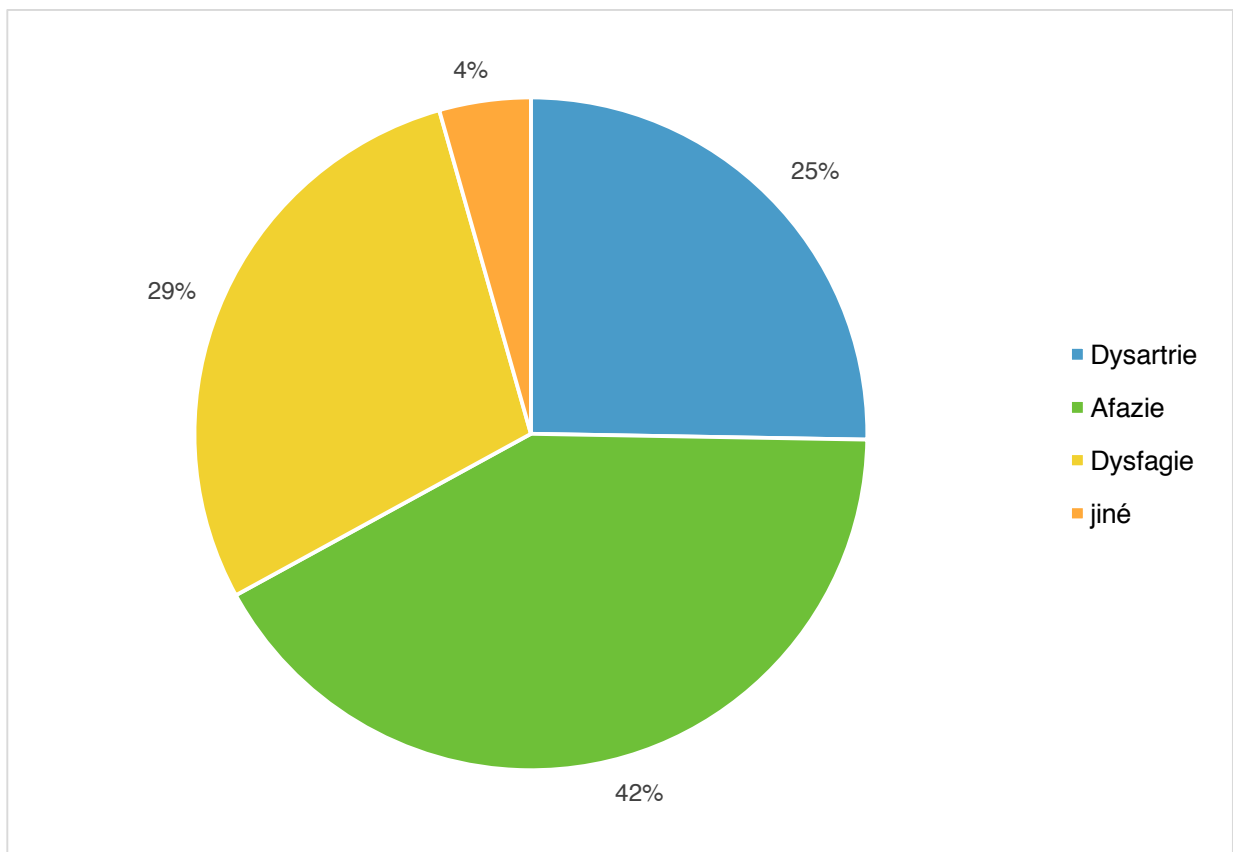
Graf č. 10

Pro zajímavost jsem diferencovala znalost pojmů mezi 2 zařízeními. Nejznámější vadou řeči je v Hradci Králové Dysfagie (46%), oproti 27% znalosti pojmu v Praze. V Praze je nejznámějším pojmem dysartrie (41%), která má v Hradci Králové zastoupení z 27%. Afázie je v Praze známá v 32%, v Hradci Králové v 27%.

## 8. otázka: Nejčastější vada řeči klientů

OTÁZKA Č. 8	celkem	%
Dysartrie	23	25
Afázie	38	42
Dysfagie	26	29
jiné	4	4

Tabulka č. 10



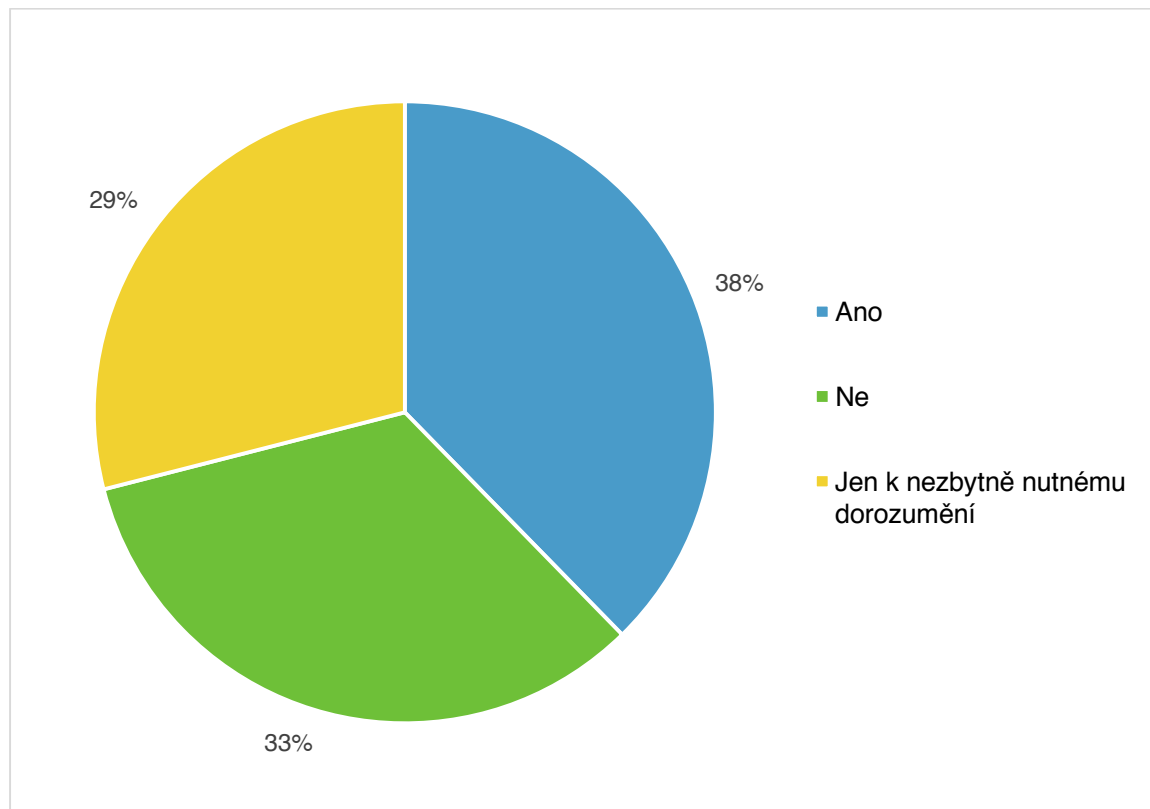
Graf č. 11

42% respondentů uvedlo jako nejčastější vadu řeči klientů afázii, 29% uvedlo dysfagii a 25% respondentů uvedlo dysartrii. U této otázky bereme v potaz to, že pracovníci přímé obslužné péče nemají přístup do dokumentace klienta a tudíž je tato otázka zodpovězena dle jejich povědomí o vadách řeči klientů.

### Otázka č. 9: Máte dostatek času pro komunikování s klienty?

Dostatek času pro komunikaci	Celkem	%
Ano	26	38%
Ne	23	33%
Jen k nezbytně nutnému dorozumění	20	29%

Tabulka č. 11



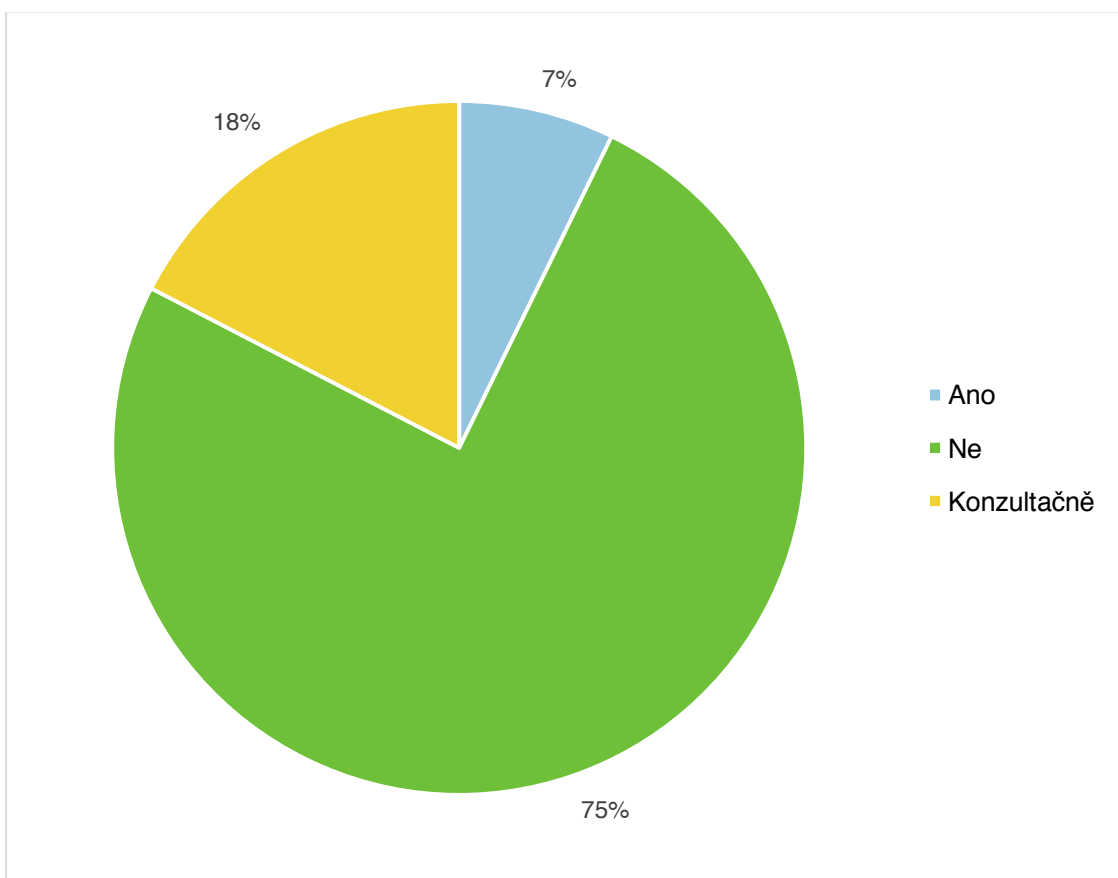
Graf č. 12

V Grafu č. 12 je vidět velká podobnost počtu odpovědí. 26 zaměstnanců uvedlo ano (38%), 23 zaměstnanců odpovědělo ne (33%), a 20 zaměstnanců (29%) odpovědělo, že jen k nezbytně nutnému dorozumění. Když si uvědomíme, že odpověď ne a odpověď k nezbytně nutnému dorozumění jsou záporné, celkem 62% zaměstnanců dostatek času pro komunikaci s klienty nemá. Tyto odpovědi jsem nedirefencovala vzhledem k nevýznamnému rozdílu mezi zařízeními.

**Otázka č. 10: Využíváte spolupráce s logopedem nebo jiným poradenským zařízením?**

<b>Spolupráce</b>	<b>celkem</b>	<b>%</b>
<b>Ano</b>	5	7%
<b>Ne</b>	52	75%
<b>Konzultačně</b>	12	17%

Tabulka č. 12



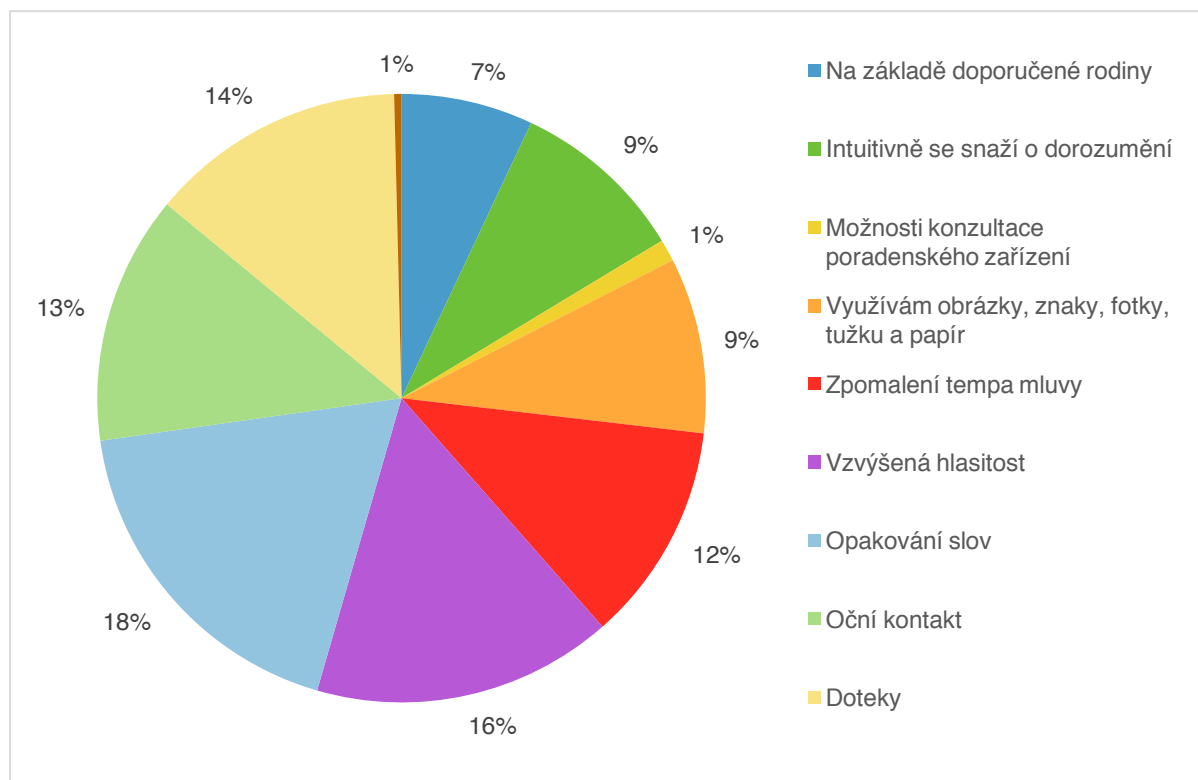
Graf č. 13

Celkem 75% zaměstnanců nevyužívá spolupráci s logopedy či dalšími poradenskými zařízeními, jen 7% zaměstnanců využívá a 17% využívá konzultačně. Tyto odpovědi jsem nedirefencovala vzhledem k nevýznamnému rozdílu mezi zařízeními.

**Otázka č. 11: Jakou volí pracovníci komunikační strategii při komunikaci se seniory s poruchou řeči**

Komunikační strategie	celkem	%
Opakování slov	47	18
Zvýšená hlasitost	41	16
Doteky	35	14
Oční kontakt	34	13
Zpomalení tempa mluvy	30	12
Intuitivně se snaží o dorozumění	24	9
Využívám obrázky, znaky, fotky, tužku a papír	24	9
Na základě doporučené rodiny	18	7
Možnosti konzultace poradenského zařízení	3	1
Jiné	1	1

Tabulka č. 13



Graf č. 14

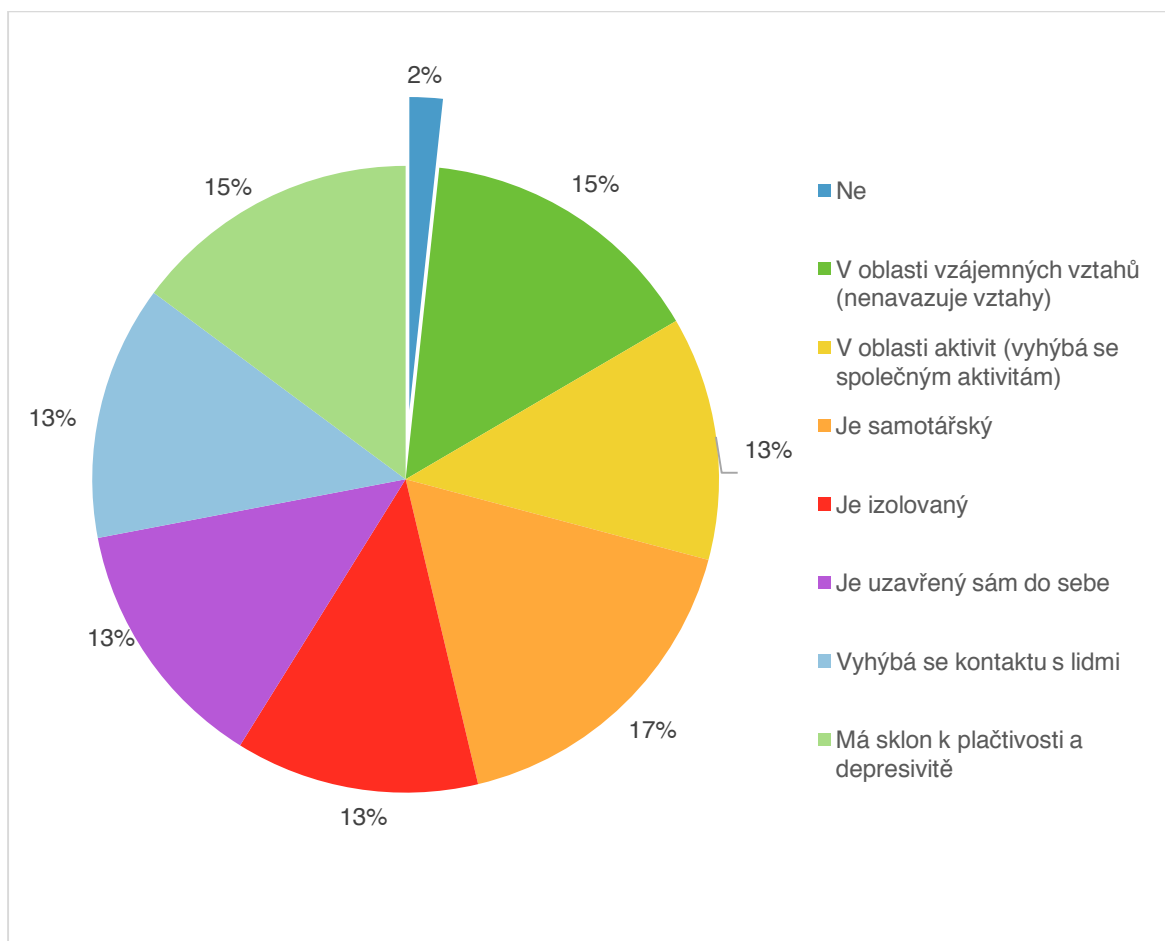
Jako nejčastější komunikační strategii uvedlo 47 pracovníků (18%) opakování slov, 41 pracovníků (16%) zvýšenou hlasitost, doteky zvolilo 35 zaměstnanců (14%), oční kontakt

34 zaměstnanců (13%), zpomalení tempa mluvy 30 zaměstnanců (12%), intuitivně se snaží o dorozumění 24 zaměstnanců (9%), stejně tak 24 zaměstnanců (9%) využívá obrázky, znaky, fotky, tužku a papír, 18 zaměstnanců (7%) se řídí na základě doporučení rodiny, a jen 3 zaměstnanci (1%) využívá možnosti konzultace poradenského zařízení. 1 zaměstnanec uvedl jiné, které ale nevedl.

**Otázka č. 12: Názor pracovníků, zda ovlivňuje porucha komunikace kvalitu života seniorů, a pokud ano, v jakých oblastech se nejvíce projevuje**

<b>OTÁZKA Č. 12</b>	<b>celkem</b>	<b>%</b>
<b>Je samotářský</b>	30	17
<b>V oblasti vzájemných vztahů (nenavazuje vztahy)</b>	26	15
<b>Má sklon k plačtivosti a depresivitě</b>	26	15
<b>Je uzavřený sám do sebe</b>	23	13
<b>Vyhýbá se kontaktu s lidmi</b>	23	13
<b>V oblasti aktivit (vyhýbá se společným aktivitám)</b>	22	13
<b>Je izolovaný</b>	22	13
<b>Ne</b>	3	2

*Tabulka č. 14*



Graf č. 15

3 respondenti si nemyslí, že porucha komunikace ovlivňuje kvalitu života seniorů, zbylí respondenti ano. Graf č. 15 zobrazuje procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí. Nejčastěji bylo uváděno, že je samotářský, uvedlo 30 respondentů (17%). 26 zaměstnanců uvedlo oblast vzájemných vztahů – nenavazuje vztahy (15%), stejný počet 26 respondentů uvedl sklony k plačtivosti a depresivitě (15%), 23 respondentů uvedlo že je uzavřený sám do sebe (13%), také 23 uvedlo, že se vyhýbá kontaktu s lidmi (13%). 22 v oblasti aktivit – vyhýbá se společným aktivitám (13%), 22 respondentů uvedlo je izolovaný (13%).



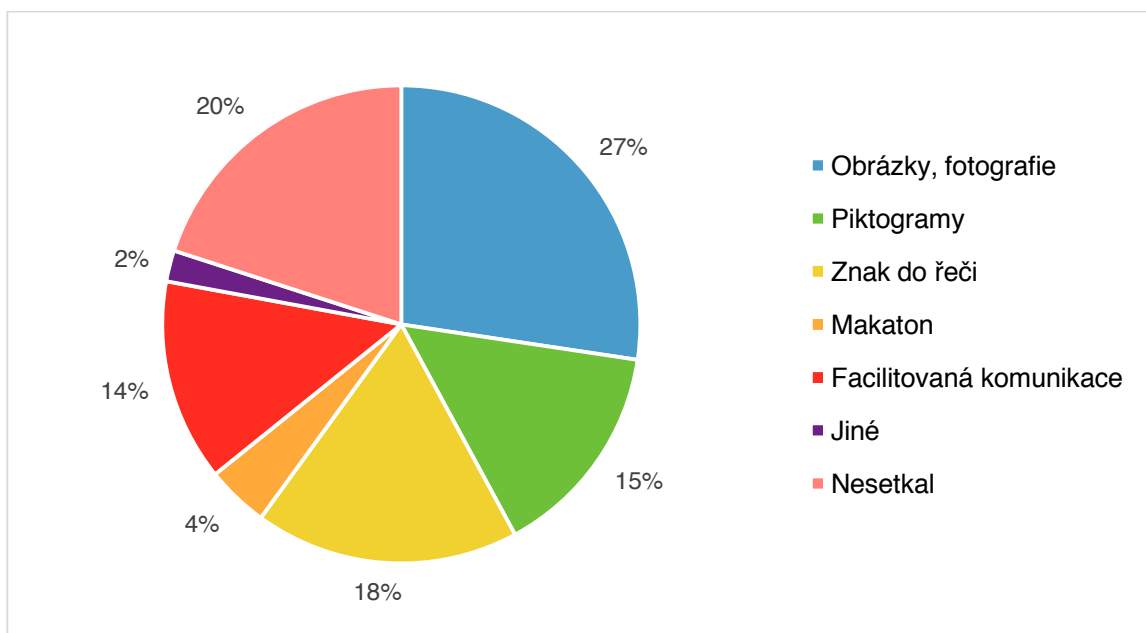
### Otázka č. 13: Setkání s pojmem alternativní a augmentativní komunikace

### Otázka č. 14: Pokud ano, využití systémů v praxi

Tyto dvě otázky vyhodnotím najednou, jelikož je otázka č. 14 podmiňující otázkou č. 13. V této otázce respondenti zakroužkovali více odpovědí. Otázky jsem na doporučení blíže vysvětlila.

AAK	Celkem	%
Obrázky, fotografie	26	27%
Nesetkal	19	20%
Znak do řeči	17	18%
Piktogramy	14	15%
Facilitovaná komunikace	13	14%
Makaton	4	4%
Jiné	2	2%

Tabulka č. 15



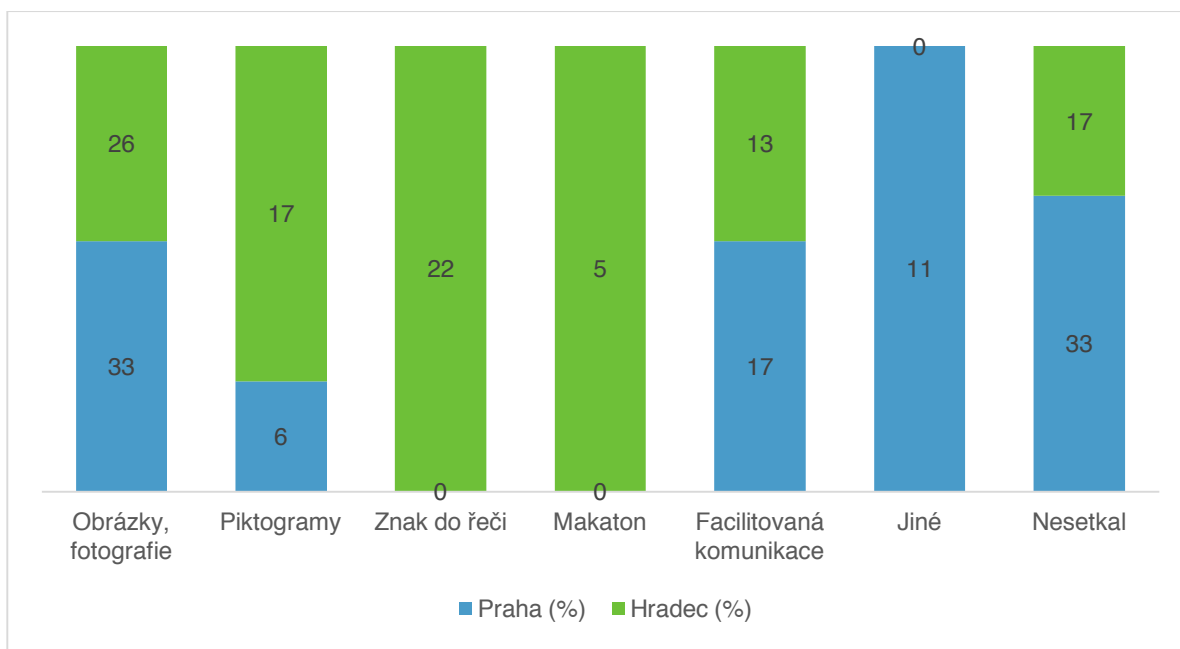
Graf č. 16

S pojmem alternativní a augmentativní komunikace se setkala 80% respondentů, 19 respondentů (20%) uvedlo že ne.

Nejvyužívanější jsou dle 26 respondentů (27%) obrázky a fotografie, dále uvedlo 17 respondentů znak do řeči (18%), 14 respondentů piktogramy (15%), 13 respondentů uvedlo facilitovanou komunikaci (14%), 4 respondenti uvedli makaton (4%), 2 respondenti uvedli jiné, které dál nerozvedli.

OTÁZKA Č. 13 + 14	Praha (%)	Hradec (%)
<b>Obrázky, fotografie</b>	33	26
<b>Piktogramy</b>	5	16
<b>Znak do řeči</b>	0	22
<b>Makaton</b>	0	5
<b>Facilitovaná komunikace</b>	16	13
<b>Jiné</b>	11	0
<b>Nesetkal</b>	33	16

Tabulka č. 16



Graf č. 17

Pro zajímavost diferencuji využívání AAK v jednotlivých zařízeních, které jsou vidět na grafu č. 17. Zajímavé je, že znak do řeči není v Praze využíván vůbec, ale v druhém zařízení je využíván z 22%. Stejně tak není v Praze vůbec využíván makaton, ale v druhém zařízení ho znají a využívají z 5%. 33% pracovníků využívá v Praze obrázky a fotografie, v Hradci Králové je to 26%. Piktogramy jsou v Praze využity v 6%, v

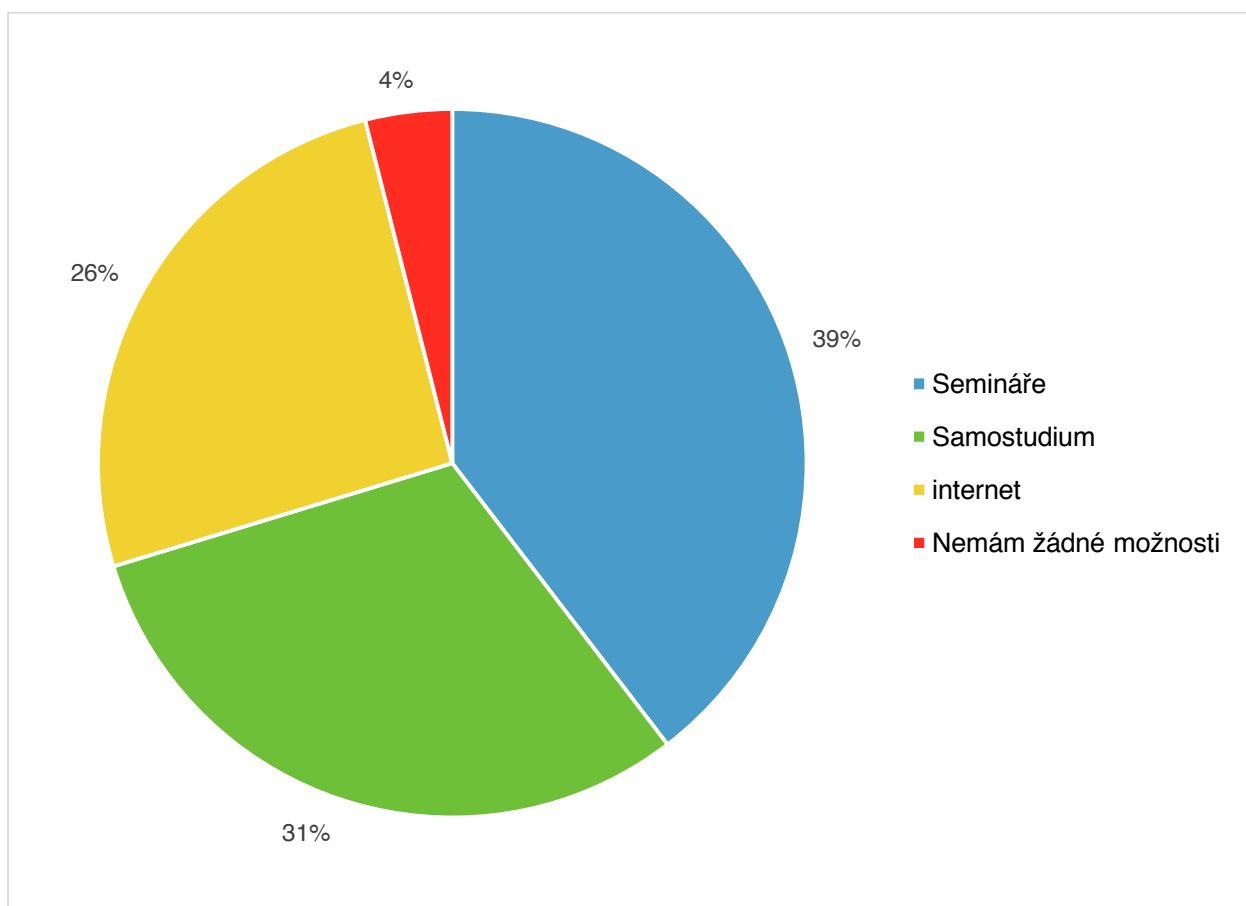
Hradci Králové v 17%. Facilitovaná komunikace je v Praze zastoupena 17%, v Hradci Králové 13%. 11% pracovníků uvedlo v Praze jiné, které ale blíže nespecifikovali.

S AAK se v Praze nesetkali z 33%, v druhém zařízení jen ze 17%.

**Otázka č. 15: Kde získáváte informace v oblasti poruch komunikace?**

<b>OTÁZKA Č. 15</b>	<b>Celkem</b>	<b>Celkem</b>
<b>Semináře</b>	40	39%
<b>Samostudium</b>	31	31%
<b>Internet</b>	26	26%
<b>Nemám žádné možnosti</b>	4	4%

Tabulka č. 17

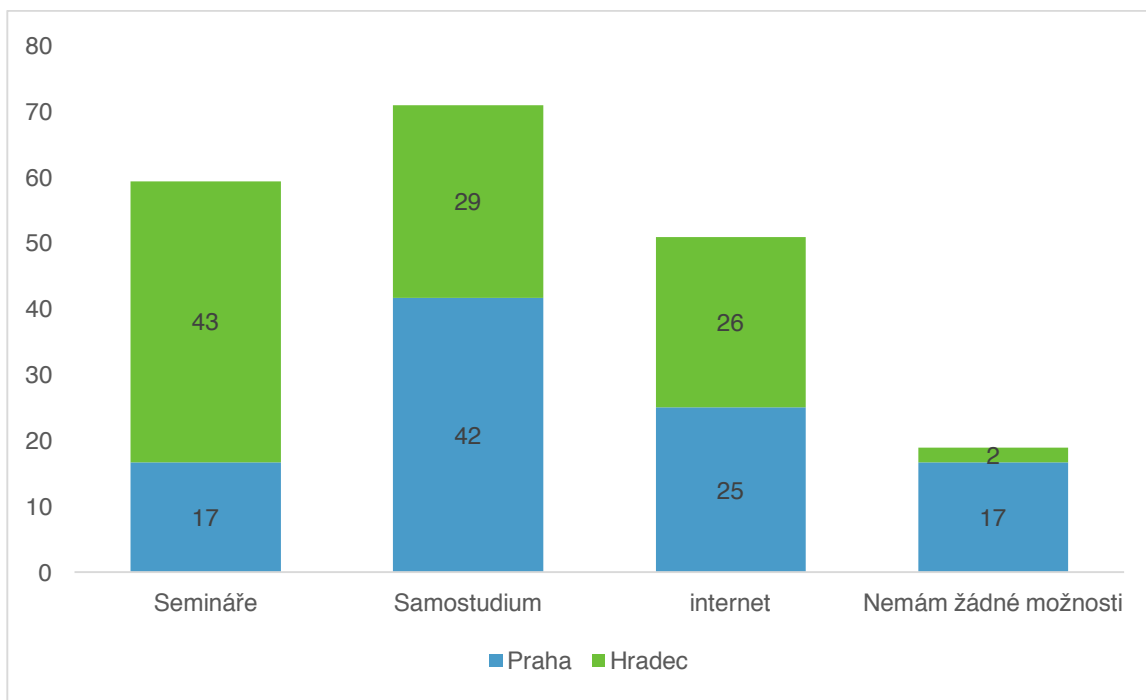


Graf č. 18

40 respondentů uvedlo semináře k zisku informací (39%), 31 respondentů uvedlo samostudium (31%), 26 respondentů uvedlo internet (26%), možnost jiné nevedl nikdo, 4 respondenti uvedli že nemají žádné možnosti (4%).

<b>OTÁZKA Č. 15</b>	<b>Praha (%)</b>	<b>Hradec (%)</b>
<b>Semináře</b>	17	43
<b>Samostudium</b>	42	29
<b>internet</b>	25	26
<b>Nemám žádné možnosti</b>	17	2

Tabulka č. 18



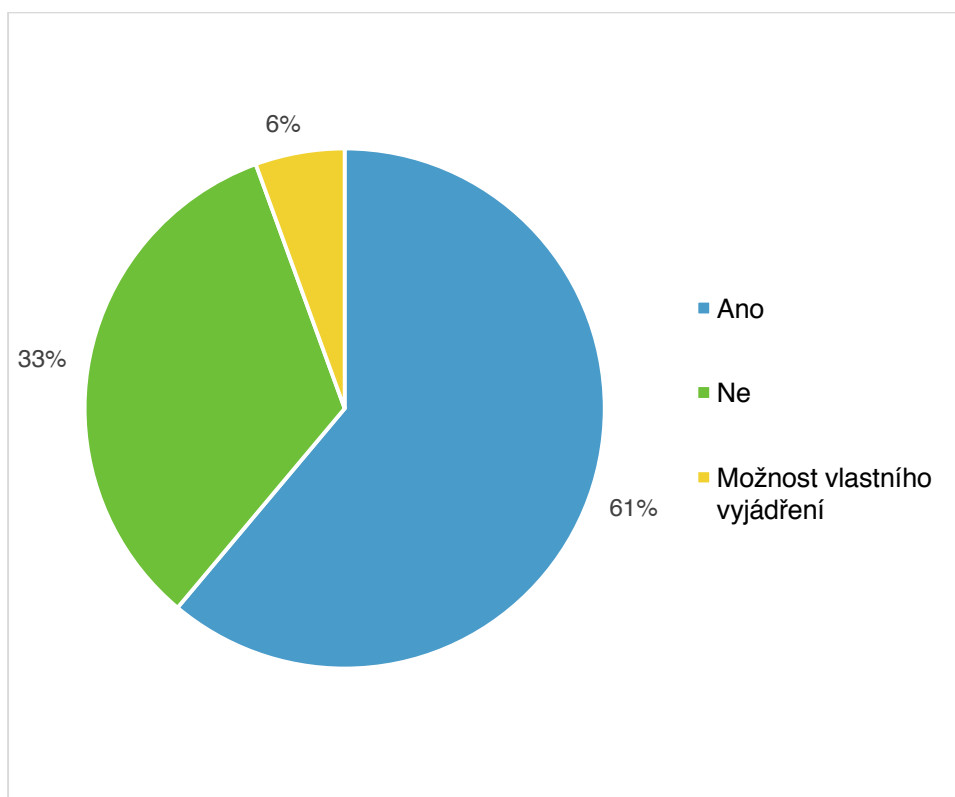
Graf č. 19

Pro zajímavost jsem diferencovala. V grafu č. 15 je vidět rozdílnost mezi zařízeními. V Praze je nejčastějším zdrojem informací samostudium (42%), v Hradci je to jen 29%, ale v Hradci jsou nejčastější semináře (43%), oproti Praze kde jsou semináře jen v 17%. Zdroj informací internet je skoro rovnocenný, v Praze zastoupil 25% a v Hradci Králové 26%. V Praze uvedli respondenti že nemají žádné možnosti ze 17%, v Hradci jen ze 2%.

**Otázka č. 16: Názor pracovníků, zda je jejich připravenost k této profesi dostatečná**

Připravenost k profesi	celkem	%
Ano	42	61%
Ne	23	33%
Možnost vlastního vyjádření	4	6%

Tabulka č. 19



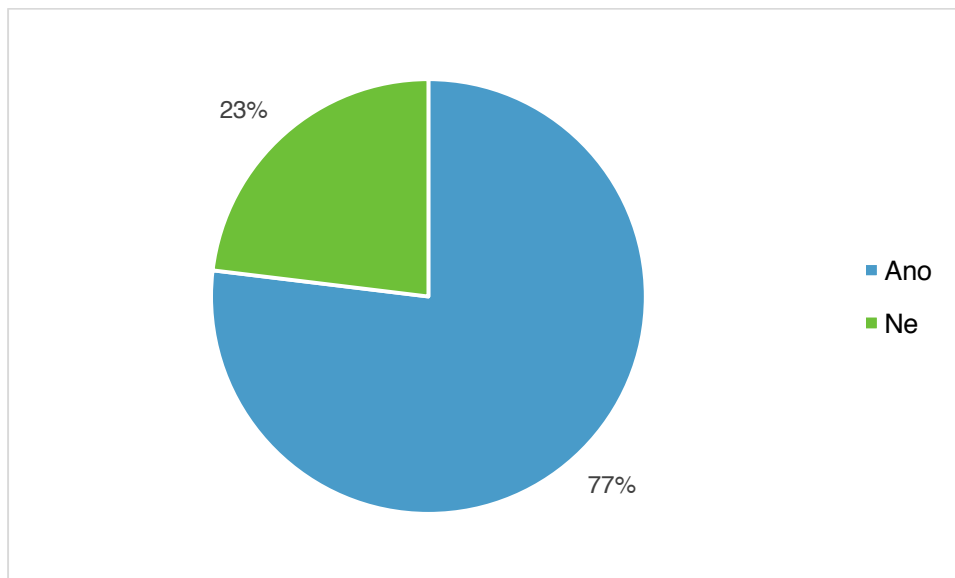
Graf č. 20

Graf č. 20 ukazuje nejvyšší zastoupení odpovědi ano, 42 pracovníků (61%) považuje svoji připravenost k profesi dostatečnou, 23 pracovníků (33%) svoji připravenost za dostatečnou nepovažuje, 4 pracovníci uvedli možnost vlastního vyjádření, ale blíže nespecifikovali.

**Otázka č. 17: Zájem pracovníků o další kurz/vzdělávání v oblasti správné komunikace**

Zájem o kurz	celkem	%
Ano	52	77
Ne	17	23

Tabulka č. 20



Graf č. 21

52 respondentů (77%) má zájem o další kurz/vzdělání v oblasti správně komunikace se seniory, 17 respondentů (23%) o další kurz zájem nemá.

## 4.5 Shrnutí

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zjištění komunikačních schopností seniorů ve zvolených zařízeních a na znalosti, faktory a možnosti komunikace pracovníků přímé obslužné péče v zařízeních pro seniory. Dále byly zjišťovány možnosti vzdělávání pracovníků v oblasti poruch komunikace. K ověřování hlavních a dílčích cílů byl využit dotazník. Hlavní cíle bakalářské práce jsem splnila, povedlo se analyzovat nejčastější komunikační obtíže klientů v domovech pro seniory, analyzovala jsem povědomí pracovníků v sociálních službách o specifických formách komunikace a možnostech jejich řešení, také jsem zanalyzovala možnosti vzdělávání pracovníků v oblasti poruch komunikace. K hlavním cílům mi dopomohly dílčí cíle, zjistila jsem jaké je povědomí pracovníků v sociálních službách o možnostech využití systému alternativní a augmentativní komunikace, zda mají o tuto oblast zájem, zjistila jsem názor pracovníků zda ovlivňuje kvalitu života seniora porucha komunikace a také jaké mají možnosti využití poradenských služeb v oblasti poruch komunikace.

Celkový počet mých respondentů byl 69, z čehož bylo 54 žen a 15 mužů pracující na pozici pracovník přímé obslužné péče. 20% respondentů uvedlo vzdělání na Střední škole v jiném oboru, 20% respondentů uvedlo vyučení v jiném oboru, střední školu zdravotnickou vystudovalo 16% respondentů, vyučení v sociálním nebo zdravotním oboru má 14% respondentů, vysokou školu vystudovalo 12% respondentů a základní vzdělání má 7% respondentů. Střední školu sociálně orientovanou mají vystudovanou 4% respondentů, 3% respondentů také uvedli vyšší odbornou školu a 3% uvedla vzdělání rekvalifikačním kurzem. Pro zajímavost uvádím nejvyšší dosažené vzdělání mužů a žen. U mužů z 27% převažuje vzdělání na střední škole v jiném oboru, u žen je nejvíce zastoupeno vyučení v jiném oboru z 22%.

V otázce délky praxe je nejčetněji zastoupena (61%) praxe v rozmezí 0-5 let, 22% pracovníků ji uvedlo v rozmezí 6-10 let, praxe v rozmezí 11-15 let je zastoupena 10%, jen 3% respondentů uvádí praxi v rozmezí 16-20 let, 4% uvádí praxi v rozmezí 21-30let, nikdo z respondentů nemá praxi vyšší 31 let.

Hlavní cíle byly vyhodnoceny takto:

➤ **Jaké jsou nejčastější komunikační obtíže klientů v Domovech pro seniory**

Celkem 64 zaměstnanců, neboli 93% respondentů se shoduje, že jsou v zařízení přítomni klienti s potížemi v komunikaci. 7% uvádí, že klienty s potížemi v komunikaci nemají. To je pěkný výsledek, že skoro všichni pracovníci jsou si vědomi komunikačních obtíží seniorů. Nejčastější příčinou poruch komunikace seniorů je dle 28% respondentů syndrom Demence a Alzheimer, následně jsou 27% respondentů uvedeny komunikační potíže seniorů na základě poruch sluchu, na podkladě Cévní mozkové příhody 24% a na podkladě poruch paměti dle 21% respondentů. Jeden respondent uvedl jiné – a to jazykovou bariéru, neboli cizinci. Všechny tyto odpovědi jsou si poměrně vyrovnané, každá příčina v podstatě obsahuje čtvrtinu klientů. Příčiny mohou být také propojené mezi sebou u jednoho seniora.

Při dalším zjištění v otázce k oblastem, ve kterých mají klienti potíže jsem zjistila, že 20% dotazovaných se shoduje, že mají klienti potíže ve vybavování slov, 17% dotazovaných uvedlo obtíže v artikulaci, 17% uvedlo obtíže porozumět, 14% respondentů uvedlo obtížné vyjadřování ve větách, stejný počet 14% respondentů uvedl nezáměr o komunikaci, 12% dotazovaných uvedlo deformaci slov a 6% respondentů uvedlo překotné tempo mluvy.

Dále jsme k této výzkumné otázce zjistili, že nejčastější komunikační bariérou klientů ve vybraných zařízeních je dle 42% respondentů Afázie, 29% uvedlo dysfagii a 25% respondentů uvedlo dysartrii. 4 respondenti uvedli jiné, ale neobjasnili jaké. U této otázky musíme přiohlédnout na to, že pracovníci přímé obslužné péče nemají přístup do dokumentace klienta a tudíž je tato otázka zodpovězena dle jejich povědomí o vadách řeči klientů. Jednotlivé odpovědi u této otázky jsem i vysvětlila srozumitelně o jakou vadu se jedná, jelikož odborný termín může být nic neříkající.

➤ **Jaké mají povědomí pracovníci v sociálních službách o specifických formách komunikace a možnostech jejich řešení**

Otázka zjišťující znalost pojmů ukazuje, že se nejvíce respondentů (42%) setkala s pojmem dysfagie. 30% respondentů se setkala s pojmem dysartrie a ví o jakou poruchu se



jedná, 28% respondentů zná pojem afázie. Je zajímavé, že nejznámější vadou řeči je v Hradci Králové dysfagie (46%), zatímco v Praze je nejznámějším pojmem dysartrie (41%).

Další otázkou bylo zjištění, zda mají pracovníci na komunikaci s klienty dostatek času. 38% respondentů uvádí, že má dostatek času pro komunikaci s klienty. 33% respondentů uvedlo že dostatek času nemá, a 29% dotazovaných uvedlo že mají čas jen k nezbytně nutnému dorozumění. Když si uvědomíme, že odpověď ne a odpověď k nezbytně nutnému dorozumění jsou odpovědi záporné, celkem 62% zaměstnanců moc času pro komunikaci s klienty nemá.

Zajímala jsem se, zda pracovníci využívají spolupráce s logopedem či jiným poradenským zařízením. 75% respondentů uvedlo že ne. 7% respondentů odpovědělo že ano, 17% respondentů uvedlo že využívají konzultačně. Překvapilo mne, že třičtvrtě respondentů žádné spolupráce nevyužívá, to je velký počet. Tato otázka byla dílčím cílem, jelikož je spolupráce s odborníky podstatnou součástí co nejlepšího porozumění mezi pracovníky a klienty.

Další otázkou k analyzování cíle je zjištění možností komunikace pracovníků se seniorem. 18% pracovníků volí jako komunikační strategii opakování slov, 16% dotazovaných využívá zvýšené hlasitosti při komunikaci, 14% využívá doteků, 13% využívá očního kontaktu, 12% pracovníků zpomaluje tempo mluvy, 9% dotazovaných se intuitivně snaží o dorozumění, 9% využívá obrázky, znaky, fotky, tužku a papír, 7% respondentů se řídí doporučením rodiny a pouhé 1% využívá možnosti konzultace poradenského zařízení. 1 respondent uvedl jiné, které blíže nespecifikoval.

Dále dílčím cílem bylo zjištění, zda pracovníci znají pojem alternativní a augmentativní komunikace, a pokud ano, jaké systémy využívají v praxi.

Pojem AAK jsem vysvětlila společně s vysvětlivkami jednotlivých systémů. 20% respondentů uvedlo, že se s tímto pojmem nikdy neseťkali, 80% respondentů se s pojmy setkalo. Nejvíce využívají pracovníci obrázky a fotografie (27%), Znak do řeči využívá 18% respondentů, piktogramy využívá 15% respondentů, 14% využívá facilitovanou komunikaci, 4% využívají makaton, 2 respondenti uvedli jiné, které blíže nespecifikovali. Pro zajímavost jsem výsledky diferencovala. Například je zajímavé, že znak do řeči není v Praze využíván vůbec, ale v Hradci Králové je využíván v 22%. Stejně tak je zajímavé,

že v Praze není vůbec využíván makaton, ale v Hradci Králové ho znají a využívají z 5%. V Pražském zařízení se pracovníci s alternativními a augmentativními systémy nesetkali z 33%, v druhém zařízení jen ze 17%.

Dalším mým dílčím cílem bylo zjistit, zda ovlivňuje porucha komunikace kvalitu života seniorů, a pokud ano, v jakých oblastech se nejvíce projevuje. 3 dotazovaní si myslí, že porucha komunikace kvalitu života neovlivňuje, zbylí respondenti zodpověděli že ano. Nejčastěji je dle 17% respondentů senior samotářský, 15% uvedlo oblast vzájemných vztahů – nenavazuje vztahy, stejný počet 15% respondentů uvedl sklony k plačtivosti a depresivitě, 13% uvedlo že je uzavřený sám do sebe, a že se vyhýbá kontaktu s lidmi uvedlo 13% respondentů. 12% uvedlo, že se senioři vyhábají společným aktivitám a 13% uvedlo izolovanost seniorů.

➤ **Jaké možnosti vzdělávání mají pracovníci v oblasti poruch komunikace u seniorů (potažmo cítí potřebu se v této oblasti vzdělávat)**

Tento cíl jsem zjišťovala otázkou, kde pracovníci získávají informace k dané problematice v oblasti poruch komunikace. 39% pracovníků chodí na semináře, 31% pracovníků se vzdělává samo, 26% pracovníků využívá ke zdroji informací internet, a 4% pracovníků nemá žádné možnosti zisku informací. Pokud bychom brali internet také jako studium, zjišťujeme, že tedy polovina pracovníků, celkem 57% pracovníků se vzdělává sama. Pro zajímavost jsem rozdělila zařízení v Hradci Králové a v Praze. V Praze nejvíce vzdělávají sami (42%), v Hradci je to 29%. V Hradci Králové jsou ale nejčastěji využívané semináře (43%), zatímco v Praze uvedlo semináře jen 17% pracovníků. Internet jako zdroj informací je zastoupen skoro rovnoměrně, v Praze zastoupil 25% a v Hradci Králové 26%. Je překvapivé, že v Praze uvedlo 17% respondentů že nemají žádné možnosti, zatímco v Hradci Králové to uvedli pracovníci jen ze 2%.

Zajímá mne názor pracovníků, zda pocítují svou připravenost k profesi jako dostatečnou. 61% respondentů se cítí k profesi připravená dostatečně, 33% respondentů se tak necítí. 6% respondentů ztrhlo možnost dalšího vyjádření, které ale blíže nespecifikovali.

Na závěr jsem se ptala, zda by měli pracovníci zájem o další kurz/vzdělání. 77% pracovníků by zájem mělo, 23% pracovníků zodpovědělo že zájem o další kurz nemá.

Byly stanoveny 3 hlavní výzkumné cíle, jaké výsledky přinesly:

### **HC 1: Jaké jsou nejčastější komunikační obtíže klientů v Domovech pro seniory**

Poruchy komunikace jsou nejvíce (28%) založeny na podkladě syndromu Demence a Alzheimeru, nejpočetněji v (20%) mají klienti obtíže ve vybavování slov a nejčastější vadou řeči klientů je dle 42% respondentů afázie.

### **HC 2: Jaké mají povědomí pracovníci v sociálních službách o specifických formách komunikace a možnosti jejich řešení**

Pracovníci se setkali s jednotlivými poruchami komunikace, nejvíce (42%) znají dysfagii. Bohužel nemají ale dostatek času pro komunikování s klienty, a spolupráci s logopedem či jiným poradenským zařízením v 75% nevyužívají, což může být důvodem nedostatkem zaměstnanců, zařízení bohužel nedisponují odborníky, kteří by dopomohli k co nejlepší komunikaci mezi klienty a pracovníky. Nejčastěji volenou komunikační strategií při komunikaci se seniory je opakování slov (18%). Pracovníci se setkali s pojmem alternativní a augmentativní komunikace, v praxi ho v 80% využívají. Nejčastěji jsou využívány obrázky a fotografie. Tato podotázka se vztahuje k hlavnímu cíli, jelikož alternativní a augmentativní komunikace je prostředkem ke zkvalitnění života seniora, je to prostředek terapie. AAK je jedna z metod, jak můžeme pomoci člověku s poruchou komunikace, protože pokud se nenaplní základní potřeby klienta, může být frustrovaný. Proto se na alternativní a augmentativní komunikaci ptáme, jelikož je to jedna z možností, jak zlepšit kvalitu života seniorů.

### **HC 3: Jaké možnosti vzdělávání mají pracovníci v oblasti poruch komunikace u seniorů (potažmo cítí potřebu se v této oblasti vzdělávat)**

Nejčastěji uvedenou možností vzdělávání jsou uvedené semináře (39%), ale když vememe v potaz že samostudium je vlastně i internet (26%), v nadpoloviční většine se vzdělávají samy. Pracovníci považují svou připravenost k profesi za dostatečnou, a třičtvrtě respondentů by měla zájem o další kurz v oblasti správné komunikace s klienty.

*Výzkumná práce se zaměřuje na nejčastější komunikační obtíže klientů v domově pro seniory, analyzuje povědomí pracovníků o specifických formách komunikace a využívání v praxi, zjišťuje možnosti vzdělávání pracovníků v oblasti poruch komunikace. Zjistila jsem, že v zařízeních jsou klienti s poruchami komunikace a pracovníci o nich vědí, také to, že se pracovníci snaží využívat komunikační strategie, nejčastěji volí opakování slov, a znají alternativní a augmentativní komunikaci, nejčastěji využívají obrázky a fotografie a také, že se v této oblasti snaží sami vzdělávat a měli by zájem o další kurzy v oblasti správné komunikace.*

## Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit komunikační schopnosti seniorů ve zvolených zařízeních a znalosti a možnosti komunikace pracovníků přímé obslužné péče se seniory v Domovech pro seniory. Také bylo zjišťováno, jaké mají pracovníci možnosti vzdělávání v oblasti poruch komunikace. Problematika je aktuální, často slyšíme, jak pracovníci v zařízeních nemají moc času na seniory, a tudíž se s klienty moc nebaví a řeší pouze nejnnutnější sdělení. Nejvíce společně řeší zdravotní stav, senioři se bojí zeptat na něco jiného, jelikož není vytvořené sociální pouto mezi pracovníkem a seniorem. Dodržování zásad správné komunikace je důležité pro co nejlepší uspokojení potřeb klienta a pro co nejlepší kvalitní péči.

V teoretické části se věnuji problematice, jsou zde zařazeny kapitoly jako je senior, komunikace a systém sociální a zdravotní péče. Definuji základní pojmy, zmiňuji nejčastější vady řeči klientů a zásady správné komunikace s klienty, jsou zde popsány systémy alternativní a augmentativní péče a popsány zdravotní a sociální služby poskytované seniorům.

Všechny hlavní i dílčí cíle byly splněny. Prvním cílem bylo zjištění, jaké jsou nejčastější komunikační obtíže klientů v Domovech pro seniory. Zjistili jsme, že si pracovníci v 93% uvědomují, že jsou v zařízení klienti s potížemi v komunikaci. Nejčastější příčinou poruch komunikace je dle respondentů syndrom Demence a Alzheimer (28%), za který se velmi těsně řadí poruchy sluchu a CMP, na posledním místě jsou to poruchy paměti. Nejčastější oblastí, ve kterých mají senioři potíže pracovníci uvedli obtíže ve vybavování slov (20%). Pracovníci uvádí jako nejčastější vadu řeči klientů afázii (42%), dle jejich povědomí o klientech, jelikož sami nemají přístup do dokumentace klientů.

Druhým cílem bylo zjištění, jaké mají pracovníci povědomí o specifických formách komunikace a možnostech jejich řešení. Výsledkem je, že pracovníci mají povědomí o specifických formách komunikace a jejich řešení, jako nejčastější komunikační strategií volí opakování slov (18%). Systémy alternativní a augmentativní komunikace třičtvrtě dotazovaných zná a využívá v praxi, nejčastěji jsou využívány obrázky a fotografie (27%). Starší lidé rádi koukají na fotky a vzpomínají, fotky jsou dobrým předmětem ke komunikaci, obrázky také, můžou být jednoduchou a lehce dostupnou součástí

komunikace. Tato podotázka se vztahuje k hlavnímu cíli, jelikož alternativní a augmentativní komunikace je prostředkem ke zkvalitnění života seniora, je to prostředek terapie. Alternativní a augmentativní komunikace je jedna z metod, jak můžeme pomoci člověku s poruchou komunikace, protože pokud se nenaplní základní potřeby klienta, může být frustrovaný. Proto se na alternativní a augmentativní komunikaci ptáme, jelikož je to jedna z možností, jak zlepšit kvalitu života seniorů.

Spolupráce s logopedem či jiným poradenským zařízením bohužel třičtvrtě pracovníků nevyužívá. Pracovníci si všichni uvědomují, jak ovlivňuje porucha komunikace kvalitu života seniora, nejvíce jsou dle pracovníků senioři samotářští. Domovy bohužel nedisponují poradenskými pracovníky. To, že jsou senioři samotářští, může být také zapříčiněno tím, že je pracovníků málo a nemusí být obeznámeni jací specialisté mohou pomoci, nejčastěji je v zařízení zdravotnický personál, lékaři pouze dochází, není v zařízeních standardně zaměstnaný psycholog a jiné odborné profese.

Třetím cílem bylo zjištění jaké možnosti vzdělávání mají pracovníci v oblasti poruch komunikace u seniorů, potažmo jakou cítí potřebu se v této oblasti vzdělávat. V oblasti možnosti vzdělávání převažují semináře (39%), ale při spojení samostudia (31%) a čerpání z internetu (26%) se pracovníci více vzdělávají doma než v rámci kurzů od zařízení. Dostatečně vzděláno pro náplň profese se cítí 61% pracovníků, zbytek respondentů se dostatečně připraveně necítí, navíc převážná většina pracovníků (77%) by měla zájem o další kurz, což беру jako návrh opatření k problematice komunikace s klienty s komunikačními bariérami, kdyby mohli zaměstnavatelé nabízet více vzdělávacích příležitostí v oblasti poruch komunikace, jako jsou různé kurzy a školení, či konference, doporučuji také rozšířit odbornou literaturu v zařízení, jelikož péče v oblasti komunikace je důležitá, aby se tato péče více zkvalitněla, jelikož komunikace je tou největší bariérou v mezilidských vztazích. Senioři mají právo na co nejlepší a nejdůstojnější dožití, i přes to, že situace není moc dobrá, zřejmě chybí jak personál, tak finanční prostředky pro uskutečnění.

Má bakalářská práce poukazuje na stav komunikace pracovníků přímé obslužné péče se seniory v Domovech pro seniory, doporučuje vhodné zásady komunikace s klienty s daným znevýhodněním, ať už sluchovým, zrakovým aj. Celá bakalářská práce mne bavila, jen jsem se bála přijetí od jednotlivých zařízení, které mne ale s radostí přijali,

kromě jednoho zařízení, kde se zřejmě báli o svou pověst. Byla bych moc ráda, kdyby byl vztah mezi oběmi stranami jak pracovníků tak seniorů co nejlepší s co nejmenším počtem nedorozumění a největším počtem úsměvů. My budeme také jednou staří, chovejme se k seniorům tak, jak bychom chtěli, aby se o nás jednou starali druzí.

*"Nikdo nemiluje život tak jako starý člověk." Sofoklés*

## Seznam použité literatury

- BENDOVÁ, Petra. Alternativní a augmentativní komunikace. Vydání první. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-508-0
- CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3
- HARTL, Pavel. Stručný psychologický slovník. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1
- HAUKE, Marcela. Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Vyd. 2., Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9
- HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ, Jitka SUCHÁ a kol.. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4
- HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. Vybrané kapitoly z gerontologie. 2., dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. ISBN 80-86541-12-6
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0
- JANKOVSKÝ, J. Etika pro pomáhající profese. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6
- JANOVCOVÁ, Zora. Alternativní a augmentativní komunikace: učební text. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3204-9
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6
- KALÁBOVÁ, Martina. Rady pro komunikaci. Vyd. 1. Praha: Diakonie ČCE, 2013. Rady pro pečující. ISBN 978-80-904711-6-0



- KALVACH, Zdeněk. Geriatrie a gerontologie. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.
- KNEZOVIĆ, Renata a Rebeka RALBOVSKÁ. Komunikace pro pomáhající profese. Vyd. 1. Praha: Evropské vzdělávací centrum Praha, 2009. ISBN 978-80-87386-03-3
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4
- KUBOVÁ, L., ŠKALOUDOVÁ, R. Řeč rukou. Praha: Parta, 2011. ISBN 978-80-7320-178-4
- LOVE, Russell, J. a Wanda G. WEBB. Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
- MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3
- MLÝNKOVÁ, Jana. Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7
- MÜHLPACHR, Pavel. Gerontopedagogika. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2
- NEUBAUER, Karel. Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4
- NEUBAUER, Karel. Logopedie a surdologopedie: učební text pro základní kurz. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-500-4
- PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. Gerontologie. Praha: Avicenum, 1981, s. 57.
- PETROVSKÝ, M. Dysartrie z pohledu neurologa. In Klinická logopedie v praxi, Praha: Asociace klinický logopedů ČR, roč. 3, č. 2, 1996, s. 3-5.
- PIDRMAN, Vladimír. Demence. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.

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

PŘIBYL, Hugo. Lidské potřeby ve stáří. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1

ŠAROUNOVÁ, Jana a kol. Metody alternativní a augmentativní komunikace. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6

ŠVANCARA, J.: Psychologie stárnutí a stáří. 2. přeprac. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983.

VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5

VYBÍRAL, Zbyněk. Psychologie komunikace. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006

## Internetové zdroje

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. Alzheimerova choroba. [online] . c2016, [cit. 2016 - 03-15]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/>

DOMOV PRO SENIORY. [online] . [cit. 2016 - 03-02]. Dostupné z: [domovsenioru-praha.cz](http://domovsenioru-praha.cz)

DOMOV U BIŘIČKY. [online] . [cit. 2016 - 03-08]. Dostupné z: [ddhk.cz](http://ddhk.cz)

SLOVNÍK CIZÍCH SLOV. ABZ.cz. [online] . c2005-2016, [cit. 2016 - 03-10]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz> 2016 u seniora

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 [online] . [cit. 2016 - 03-15]. Dostupné z: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)

## Seznam tabulek a grafů

Graf č. 1.....	57
Graf č. 2.....	58
Graf č. 3.....	59
Graf č. 4.....	60
Graf č. 5.....	61
Graf č. 6.....	62
Graf č. 7.....	63
Graf č. 8.....	64
Graf č. 9.....	65
Graf č. 10.....	66
Graf č. 11.....	67
Graf č. 12.....	68
Graf č. 13.....	69
Graf č. 14.....	70
Graf č. 15.....	72
Graf č. 16.....	73
Graf č. 17.....	74
Graf č. 18.....	75
Graf č. 19.....	76
Graf č. 20.....	77
Graf č. 21.....	78
Tabulka č. 1.....	57
Tabulka č. 2.....	59
Tabulka č. 3.....	60
Tabulka č. 4.....	61
Tabulka č. 5.....	62
Tabulka č. 6.....	63
Tabulka č. 7.....	64
Tabulka č. 8.....	65

Tabulka č. 9.....	66
Tabulka č. 10.....	67
Tabulka č. 11.....	68
Tabulka č. 12.....	69
Tabulka č. 13.....	70
Tabulka č. 14.....	71
Tabulka č. 15.....	73
Tabulka č. 16.....	74
Tabulka č. 17.....	75
Tabulka č. 18.....	76
Tabulka č. 19.....	77
Tabulka č. 20.....	78

# Přílohy

## Příloha č. 1 - Dotazník

Vážení respondenti,

jmenuji se Martina Švarcbachová a jsem studentkou 3. ročníku speciální pedagogiky na Univerzitě Hradec Králové. Píši závěrečnou práci a chtěla bych Vás poprosit o spolupráci a to zodpovězením otázek mého dotazníku na téma „možnosti komunikace pracovníků se seniory“, jehož cílem je zjištění nejčastějších komunikačních problémů seniorů a možností Vaší komunikace s klienty. Vyplnění dotazníku je zcela anonymní a výsledné údaje použiji pouze pro vypracování mé bakalářské práce. V případě vašeho zájmu Vás mohu s výsledky práce seznámit. Předem Vám monohkrát děkuji.

Švarcbachová Martina

### Dotazník

#### 1. Pohlaví

- Žena
- Muž

#### 2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- Základní
- Vyučena v sociálním/zdravotnickém oboru
- Vyučena v jiném oboru
- SŠ zdravotnická
- SŠ sociálně orientovaná
- SŠ v jiném oboru
- VOŠ
- VŠ
- Rekvalifikační kurzy

#### 3. Jak dlouho pracujete se seniory?

- 0 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 – 20 let
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- Více

#### 4. Jsou ve vašem zařízení klienti, kteří mají potíže při komunikaci?

- Ano
- Ne

#### 5. Poruchy komunikace u seniorů jsou nejčastěji příčinou/ na podkladě: prosím zakroužkujte, možno více odpovědí

- Poruch sluchu
- Poruch paměti
- Demence, Alzheimer
- Cévní mozková příhoda
- Jiné: prosím uveďte jaké

- 6. Oblasti, ve kterých mají klienti potíže: prosím zakroužkujte, možno více odpovědí**
- Obtíže v artikulaci
  - Obtíže ve vybavování slov (rozumí, ale není schopný pojmenovat)
  - Obtíže porozumět (nerozumění, co druzí říkají)
  - Obtížně se vyjadřuje ve větách – říká pouze izolovaná slova
  - Překotné tempo mluvy
  - Deformace slov
  - Nezájem o komunikaci
  - Jiné: prosím uveďte jaké
- 7. Setkali jste se s těmito pojmy a víte o jakou poruchu se jedná? Pokud ano, prosím zakroužkujte**
- Dysartrie (porucha artikulace)
  - Afázie (získaná porucha řeči zasahující její produkci a porozumění)
  - Dysfagie (porucha polykání)
- 8. Nejčastější vada řeči klientů**
- Dysartrie (porucha artikulace)
  - Afázie (získaná porucha řeči zasahující její produkci a porozumění, po cévní mozkové příhodě)
  - Dysfagie (porucha polykání)
  - Jiné obtíže – prosím uveďte jaké
- 9. Máte dostatek času pro komunikování s klienty?**
- Ano
  - Ne
  - Jen k nezbytně nutnému dorozumění
- 10. Využíváte spolupráce s logopedem nebo jiným poradenským zařízením?**
- Ano
  - Ne
  - Konzultačně
  - Jiné: prosím uveďte jaké
- 11. Jakou komunikační strategii volíte při komunikaci se seniory s poruchou řeči?**
- Na základě doporučení rodiny
  - Intuitivně se snažím o dorozumění
  - Využívám možnosti konzultace poradenského zařízení (logopedie)
  - Využívám obrázky, znaky, fotky, tužku a papír,
  - Zpomalení tempa mluvy
  - Zvýšená hlasitost
  - Opakování slov
  - Oční kontakt
  - Doteky
  - Jiné: prosím uveďte jaké
- 12. Dle vašeho názoru, ovlivňuje porucha komunikace kvalitu života seniorů? Pokud ano, v jakých oblastech se nejvíce projevuje?**
- Ne
  - Ano

- V oblasti vzájemných vztahů (nenavazuje vztahy)
- V oblasti aktivit (vyhýbá se společným aktivitám)
- Je samotářský
- Je izolovaný
- Je uzavřený sám do sebe
- Vyhýbá se kontaktu s lidmi
- Má sklon k plačtivosti a depresivitě
- Jiné: prosím uveďte jaké

**13. Setkal/a jste se s pojmem alternativní a augmentativní komunikace? (náhradní a rozšiřující komunikace)**

- Ano
- Ne

**14. Pokud ano, jaké systémy využíváte v praxi?**

- Obrázky, fotografie
- Piktogramy (schematické obrázky vyjadřující určitou informaci)
- Znak do řeči (kombinace řeči těla, mimiky, gest a mluvené řeči)
- Makaton (standardizované znaky doplněné orální řečí, popř. speciálními symboly)
- Facilitovaná komunikace (komunikace pomocí ukazování na písmena nebo na obrázky)
- Jiné: prosím uveďte jaké

**15. Kde získáváte informace v oblasti poruch komunikace?**

- Semináře
- Samostudium
- Internet
- Jiné: prosím uveďte jaké:
- Nemám žádné možnosti

**16. Dle Vašeho názoru, je vaše připravenost k této profesi dostatečná?**

- Ano
- Ne
- Možnost vlastního vyjádření (Co by Vám pomohlo k usnadnění komunikace se seniory?)

**17. Měl/a byste zájem o další kurz/vzdělání v oblasti správné komunikace?**

- Ano
- Ne

Příloha č. 2 - Interakce kognitivních funkcí s řečovými a jazykovými procesy  
(Cséfalvay, Lechta a kol., 2013)

**Tab. 19** Interakce kognitivních funkcí s řečovými a jazykovými procesy

Kognitivní funkce	Deficity v oblasti řečových a jazykových procesů
<b>Pozornost</b>	snížené porozumění mluvené řeči, čtenému textu; zmatená, obsahově neadekvátní řeč; slabá schopnost udržet téma v konverzaci; potřeba opakování otázky či instrukce
<b>Zpracování informací</b>	odpovědi s dlouhou latencí; deficity při čtení a psaní; narušené vnímání intonace a výrazů tváře, narušené vnímání relevantních klíčů pro rozpoznání tématu či hlavní myšlenky, např. při popisu obrázků
<b>Organizace podnětů a informací</b>	dezorganizovaný jazyk (narušená koheze a koherence); narušené rozpoznání hlavních myšlenek a jejich zapojení do kontextu; ztrácení se v detailech, nevnímání relevantních a podstatných klíčů; neschopnost shrnout obsah
<b>Paměť</b>	neschopnost plnit instrukce složené z více kroků; narušené vybavování slov; narušené porozumění mluvenému a čtenému; neschopnost propojení staré informace s novou; jazykové projevy nekohezní a nekoherentní – chybí logika, přesnost
<b>Myšlení</b>	narušené chápání abstraktních pojmů; narušuje se sociální komunikace (takt); neschopnost slovně přesvědčit, argumentovat; neporozumění humoru, obraznému jazyku (metafory, ironie, nepřímé otázky); neudržení komplexní konverzace; narušené abstraktní učení; nedodržení kroků při řešení problémů; neschopnost vykonávat matematické operace
<b>Exekutivní funkce</b>	limitovaná schopnost seřadit kroky úkolů nebo plnit komplexní instrukce; snížená iniciace otázek; neschopnost (dlouhodobě) plánovat; snížení schopnosti monitorovat nebo inhibovat nepřiměřené chování, emoce, reakce; narušená interakce s lidmi; neschopnost kontrolovat čas; neschopnost účinně, pohotově dokončit úkoly (chybí zpětná vazba o správném splnění úkolů); deficitní učení, krátkodobá paměť, pozornost