

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Bakalářská práce

2022

Lenka Šmídová

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Sociální práce se seniory se syndromem demence v domově se
zvláštním režimem z hlediska komunikace**

Bakalářská práce

Autor: Lenka Šmídová

Studijní program: B0923P240001 Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce ve veřejné správě

Forma studia: Prezenční

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.

Hradec Králové, 2022

Zadání bakalářské práce

Autor: Lenka Šmídová

Studium: F19BP0282

Studijní program: B0923P240001 Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce ve veřejné správě

Název bakalářské práce: **Sociální práce se seniory se syndromem demence v domově se zvláštním režimem z hlediska komunikace**

Název bakalářské práce AJ: Social work with seniors suffering with dementia syndrome in a home with special care in terms of communication

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá specifikem komunikace u seniorů se syndromem demence v domově se zvláštním režimem. Práce se věnuje charakteristice syndromu demence, jeho příznakům a průběhu, dále komunikaci se seniory s demencí a domovu se zvláštním režimem. Hlavním cílem bakalářské práce je analyzovat přístupy v komunikaci pracovníka s klienty a následného vyhodnocení. Výzkum bude realizován kvalitativní formou, technikou polostrukturovaných rozhovorů.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4724-546. BENDOVIÁ, Petra. Alternativní a augmentativní komunikace. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-508-0. MATOUŠEK, Oldřich. Základy sociální práce. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807-3673-314.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová, Ph.D.

Oponent: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 30.4.2020

Prohlášení

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

V Trutnově dne

.....

Lenka Šmídová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé práce, paní PhDr. Lence Neubauerové, PhD., a to zejména za její odborné vedení, cenné rady a připomínky, za její osobitý přístup a čas mi věnovaný při tvorbě této práce v rámci konzultací.

Rovněž bych ráda poděkovala všem informantům, kteří byli ochotni se mnou realizovat rozhovory, v neposlední řadě mé poděkování patří rodině a přátelům za jejich podporu a trpělivost.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá specifikem komunikace u seniorů se syndromem demence v domově se zvláštním režimem.

Práce se věnuje charakteristice syndromu demence, jeho příznakům a průběhu, dále komunikaci se seniory s demencí a domovu se zvláštním režimem.

Hlavním cílem bakalářské práce je analyzovat přístupy v komunikaci pracovníka s klienty a následné vyhodnocení. Výzkum bude realizován kvalitativní formou, technikou polostrukturovaných rozhovorů.

Klíčová slova

Senior, demence, komunikace, domov se zvláštním režimem

Annotation

Bachelor thesis deals with the specificity of communication of seniors suffering with dementia syndrome in a home with a special regime.

The work deals with the characteristics of dementia syndrome, its symptoms and its process, communication with seniors suffering with dementia and a home with a special regime.

The main objective of this thesis is to analyze the approaches in the communication of the worker with clients and the subsequent evaluation. The research will be carried out in a qualitative form, using the technique of semi-structured interviews.

Keywords

Senior, dementia, communication, home with special regime.

Obsah

Úvod.....	11
1 Demence	14
1.1 Charakteristika syndromu demence a jednotlivých fází	15
1.2 Typy demence	17
1.2.1 Alzheimerova choroba.....	18
1.2.2 Demence u Parkinsonovy choroby	21
1.2.3 Demence s Lewyho tělísky	22
1.2.4 Další vybrané typy demence.....	23
2 Komunikace.....	24
2.1 Funkce komunikace	25
2.2 Verbální komunikace	25
2.3 Neverbální komunikace	26
2.4 Komunikace se seniory	27
2.4.1 Komunikační bariéry	27
2.5 Komunikace se seniory se syndromem demence.....	28
2.5.1 Zásady komunikace se seniory se syndromem demence.....	29
2.5.2 Komunikace v jednotlivých fázích demence	32
2.6 Alternativní a augmentativní komunikace	34
3 Senior se syndromem demence v kontextu sociálních služeb.....	36
3.1 Domov se zvláštním režimem.....	37
3.1.1 Pracovníci v DZR	38
4 Shrnutí teoretické části	41
5 Metodologie výzkumného šetření	43
5.1 Hlavní cíl výzkumného šetření a výzkumné dílčí cíle	43
5.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek	43

5.3	Zvolená výzkumná strategie zkoumání.....	46
5.3.1	Polostrukturovaný rozhovor	47
5.4	Charakteristika výzkumného souboru.....	48
5.5	Realizace výzkumného šetření	49
5.6	Rizika výzkumu	50
6	Interpretace získaných dat	52
6.1	Zachovávání klientovy důstojnosti pohledem pracovníka.....	52
6.2	Podpora soběstačnosti/samostatnosti klienta pohledem pracovníka.....	56
6.3	Dovednosti a znalosti pracovníka	58
6.4	Shrnutí získaných dat	62
	Závěr	65
	Seznam tabulek	68
	Seznam použitých pramenů a literatury.....	69
	Seznam příloh	72

Seznam použitých zkratek

AAK	Alternativní a augmentativní komunikace
Bc.	Bakalář
DZR	Domov se zvláštním režimem
DC	Dílčí cíl
HC	Hlavní cíl
IP	Individuální plán
IR	Individuální rozhovor
Mz	Maturitní zkouška
Mgr.	Magistr
PSS	Pracovník v sociálních službách
SP	Sociální pracovník
SŠ	Středoškolské vzdělání
TO	Tazatelská otázka
VI	Výuční list
VŠ	Vysokoškolské vzdělání

Úvod

Má bakalářská práce nese název *Sociální práce se seniory se syndromem demence v domově se zvláštním režimem z hlediska komunikace*. Pro toto téma jsem se rozhodla po absolvování praxe, respektive pracovní povinnosti, v rámci pandemie onemocnění COVID-19, kdy jsem se ocitla v celkem třech domovech se zvláštním režimem jako pracovnice v sociálních službách. Během své působnosti v jednotlivých zařízeních jsem se setkávala s nejrůznějšími přístupy různých pracovníků, které nebyly vždy profesionální. Poněvadž nebyl prostor k tomu, aby se mi mohl někdo osobně věnovat, provést mě začátky a celkově mě zaučit, velmi často jsem pokládala nejrůznější otázky svým spolupracovníkům a hledala si mnoho informací ve svém volném čase. Nikdy předtím jsem nepřišla do styku s člověkem, který by trpěl syndromem demence, a tak pro mě bylo velmi těžké, zejména ze začátku, s klienty komunikovat a vůbec si najít tu správnou cestu, která by mě k nim více přiblížila, popřípadě mi spolupráci s nimi usnadnila.

Jak jsem již zmínila, v rámci absolvované praxe jsem se setkávala i s nevhodným přístupem pracovníků ke klientům, a to nejenom z hlediska péče jako takové, ale i v rámci komunikace. Proto jsem se rozhodla, že bych se chtěla celkově o syndromu demence dozvědět více, jak s lidmi, kteří jí trpí pracovat a jak s nimi komunikovat.

Tato práce se tedy nejprve v rámci první kapitoly bude věnovat pojmu *Demence*, co to vlastně demence je a jaká je charakteristika tohoto syndromu. V rámci charakteristiky se zaměřím na jednotlivé fáze demence, kde popíšu, co která fáze přináší, respektive co jedinci bere, jaké těžkosti s sebou nese. Poté se budu věnovat různým typům demence, nejvíce však Alzheimerově chorobě, která je nejčastějším typem demence vůbec. U této choroby se budu věnovat jejím nejdůležitějším příznakům, které postupně podrobněji přiblížím. Následně bude v krátkosti pojednáno o dalších typech demence, konkrétně o demenci při Parkinsonově chorobě, demenci s Lewyho tělísky a v závěru kapitoly budou zařazeny ještě některé další typy demence.

Druhá kapitola je věnována *Komunikaci*. V rámci této kapitoly se nejprve budu zabývat tím, jak komunikaci vysvětlují různí autoři, co vlastně tento pojem znamená,

jaké má funkce a jaké jsou způsoby komunikace, přičemž se zaměřím na verbální a neverbální způsob komunikace. Dále se přesunu ke komunikaci se seniory, nejprve všeobecně a rozeberu komunikační bariéry, poté se již budu věnovat přímo komunikaci se seniory trpících syndromem demence, kde je nejprve potřebné si vymezit zásady komunikace s touto cílovou skupinou a poté se zamyslet, jak by měla vypadat správná komunikace v jednotlivých fázích demence. V závěru této kapitoly je věnována zmínka alternativní a augmentativní komunikaci.

Třetí kapitola pojednává o sociálních službách, které jsou zaměřeny na cílovou skupinu seniorů. Nejprve je uveden výčet služeb, které se s touto cílovou skupinou pojí, poté jsem se zaměřila na konkrétní službu, která má význam pro tuto práci, a to na domov se zvláštním režimem. V rámci této kapitoly budu také mluvit o pracovnících působících v domově se zvláštním režimem, konkrétně o pracovnících, se kterými budou v druhé části práce vedeny rozhovory, budu tedy hovořit o sociálních pracovnících a pracovnících v sociálních službách.

Druhá část bakalářské práce se bude věnovat samotnému výzkumnému šetření. Nejdříve je vymezen hlavní výzkumný cíl a jednotlivé dílčí cíle, které jsou následně transformovány do tazatelských otázek. Poté je vymezena zvolená výzkumná strategie a použitá metoda. Dále se budu věnovat realizaci výzkumu a rizikům výzkumu. Následně přichází na řadu interpretace získaných dat, v jejímž rámci se budu postupně věnovat každému dílčímu cíli, jeho souboru tazatelských otázek a interpretaci odpovědí získaných od informantů.

Cílem této bakalářské práce je *analyzovat přístupy v komunikaci pracovníka s klienty*. Tento cíl byl rozdělen do tří dílčích cílů:

1. Zjistit, jakým způsobem pracovník DZR zachovává v rámci komunikace důstojnost klienta.
2. Zjistit, jakým způsobem pracovník DZR podporuje v rámci komunikace soběstačnost/samostatnost klienta.
3. Zjistit, jaké jsou pracovníkovy dovednosti a znalosti v oblasti komunikace s klienty DZR.

Pro dosažení cíle jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii s využitím metody polostrukturovaný rozhovor. Tuto strategii společně s metodou jsem zvolila, protože celý výzkum je zaměřen na komunikaci, a tudíž mi připadá vhodné, abych i já, jakožto výzkumník, komunikovala se svými informanty verbálním způsobem. Informanty pro tento výzkum se stali sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Výzkumný soubor tvoří 8 informantů (3 sociální pracovníci a 5 pracovníků v sociálních službách). Přestože studuji obor sociální práce, do svého výzkumného souboru jsem zvolila převahu pracovníků v sociálních službách, a to z toho důvodu, že jsou oproti sociálním pracovníkům s cílovou skupinou ve větším kontaktu, neboť péče je poskytována 24 hodin denně.

Závěrem bakalářské práce se budu věnovat celkovému shrnutí jednotlivých kapitol nejenom teoretické, ale i empirické části. Svou pozornost dále zaměřím na porovnání dosažených výsledků s teoretickými východisky popsány v první části této práce, posléze navrhnou náměty a doporučení pro další zkoumání a v závěru se budu věnovat přínosu této práce.

1 Demence

Stáří a stárnutí je nedílnou součástí života, která se netýká pouze jednotlivců, ale každého z nás, a to v jakémkoliv věku, neboť vnímáme stárnutí u členů našich rodin, našich přátel a pro některé může být tato část života i složkou práce, jako je péče o staré osoby. O tom mohou například svědčit sociální služby, kde právě pracovníci poskytují péči mimo jiné i stárnoucím osobám.

Stáří velmi často doprovází zhoršování zdravotního stavu a častěji se vyskytují i různé choroby. Objevují se tedy nejrůznější zdravotní obtíže, jako jsou např. nemoci pohybového aparátu, kardiovaskulární choroby, respirační choroby, metabolické choroby, kognitivní poruchy, demence a mnoho dalších. Vzhledem k zaměření této bakalářské práce je nejprve potřebné seznámit se se syndromem demence jako takovým a jeho jednotlivými fázemi, které jsou tři: mírná, rozvinutá a těžká demence. Každá fáze je doprovázena různými změnami, které postupně vedou až ke konci života, kdy se nemocný dostává do fáze poslední, při které je zcela odkázán na péči druhé osoby. Dále je potřebné zaměřit se na různé typy demence, nejprve na Alzheimerovu chorobu, která co se počtu týče má mezi demencemi největší podíl a na její nejdůležitější příznaky. V závěru kapitoly bude pozornost věnována dalším několika vybraným typům demence jako je demence u Parkinsonovy choroby, demence s Lewyho tělísky apod.

Demence je velmi široký pojem, který zahrnuje mnoho jednotlivých typů a postihuje kognitivní funkce, zejména paměť.

Syndrom demence není zapříčiněn vrozenými indispozicemi, ale jedná se o poruchu získanou. Tento syndrom vzniká na základě onemocnění mozku a zapříčiňuje poruchu kognitivních funkcí, zejména paměti, kterou doprovází celkové zhoršení stavu jako je zhoršení emoční kontroly, motivace nebo i sociálního chování (Hauke, 2017).

Postupné zhoršování jednotlivých kognitivních funkcí vede k tomu, že člověk se syndromem demence se postupně stává čím dál tím víc méně soběstačným, čímž stoupá jeho závislost na druhých osobách, kterými v první řadě bývají rodina a osoby z blízkého okolí, později to mohou být zdravotnická zařízení či služby sociální péče.

1.1 Charakteristika syndromu demence a jednotlivých fází

Pojem demence má svůj původ v latinských slovech *de* a *mens*, tedy *bez* a *mysl/rozum*. V překladu demence tedy znamená „bez mysli“.

„Demenci lze chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je natolik závažná, že má zásadní vliv na další funkce a tím i život pacienta.“ (Pidrman, 2007:9).

Demence má několik fází, konkrétně se jedná o tři fáze. Každá fáze s sebou nese jiné projevy a pokud chceme s postiženou osobou vést efektivní komunikaci, je zapotřebí, abychom tyto fáze uměli rozlišovat a abychom znali jednotlivé projevy s nimi související.

První fází demence je **mírná demence**, kdy ještě nemluvíme o člověku nesoběstačném, který by potřeboval trvalou péči či trvalý dohled, avšak přestože je osoba schopna nadále žít doma, je zapotřebí kontrola (např. zda je vypnutý sporák, zavřená voda apod.) nebo občasná pomoc (Hauke, 2017). V této fázi přichází typicky lehká porucha paměti, především krátkodobé, díky čemuž dochází ke zhoršení zapamatování si nových věcí (jako je orientace v novém prostředí nebo učení se novým věcem) nebo nových lidí (Neubauer in Škodová, Jedlička a kol. 2007) Velmi často se s touto fází pojí podrážděnost, depresivní nálada nebo úzkost. Tyto stavy jsou však zapříčiněny tím, že člověk si při mírné demenci uvědomuje svou poruchu, chyby, které dělá, každé selhání a neúspěch a v důsledku těchto obav se snaží svou zodpovědnost a rozhodování přesunout na druhé, aby k dalšímu selhání nedošlo (Holmerová in Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Ve fázi mírné demence se velmi často stává, že se toto onemocnění neodhalí, neboť prvotní projevy okolí nezatežují a nevnímá je natolik, aby došlo k závěru, že se jedná o příznaky demence. Občasné zapomínání je se stářím a stárnutím všeobecně spojováno, a tak povětšinou rodinní příslušníci začínají závažnost situace vnímat až tehdy, kdy se projevy onemocnění začnou stupňovat a přibývat. Dalším důvodem včasného neodhalení nemoci je dle Holmerové také nedostatečná informovanost veřejnosti, respektive nedostatečná poučenost o prvních příznacích demence, a to i přes veškerou snahu odborníků a alzheimerovských společností. Pokud je demence včas a správně diagnostikována, může být pacient seznámen se svou

diagnózou, s jejím pravděpodobným průběhem a s jednotlivými příznaky, které ho v průběhu života s tímto onemocněním budou provázet. V takový moment, kdy je diagnóza včasná a dojde k informování pacienta, to pro něj znamená, že má možnost si naplánovat svůj život a dokud mu to jeho stav dovolí, může taktéž učinit důležitá rozhodnutí, která se mohou týkat např. finančních a majetkových záležitostí, postupů léčby, zvolení odpovědné osoby a mnoho dalších (Holmerová in Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Druhou fází demence je **rozvinutá demence** neboli středně závažné stadium, ve kterém onemocnění nabírá na síle a postižená osoba potřebuje nepřetržitý dohled, péči a pomoc (Holmerová in Jirák, Holmerová, Borzová, 2009). Kromě narušení krátkodobé paměti, které se zhoršuje a z obtíží naučit se něco nového se stává neschopnost učit se či si něco vybavit, přibývá narušení i paměti dlouhodobé, což zapříčiňuje dezorientaci v čase i místě. (Neubauer in Škodová, Jedlička a kol., 2007) S touto fází se velmi často pojí odcházení z domu a neschopnost najít cestu zpět, jedinec většinou „odchází“ za účelem toho, že se snaží najít místa, která zná ze svého mládí, dále na optání není schopen odpovědět, jaké je roční období nebo jaký je den v týdnu a přestává poznávat známá místa (Hauke 2017).

S touto fází se také pojí nejen úbytek soběstačnosti v aktivitách denního života jako je např. nakupování, vaření, zacházení s penězi, uklízení, ale také v sebeobslužných činnostech jako je osobní hygiena, samostatné stravování či napití se, dodržování pravidelného užívání léků a člověk se stává inkontinentní, tedy nedokáže udržet moč či stolici apod (Hauke 2017).

Jedinec v této fázi může také být apatický, postupně ztrácí náhled na své onemocnění, dochází u něho k poruchám chování a může mít různé bludy, halucinace, také má potíže s kontrolováním svých emocí, zvyšuje se jeho agresivita a převrací se mu režim den/noc. Stále však v této fázi je schopen žít doma, pokud má trvalý dohled a pomoc (Hauke 2017).

Poslední fází demence je **těžká demence**. V této fázi je již jedinec zcela odkázán na péči druhé osoby. Není schopen se sám obléknout, najíst, napít, omýt, celkově se o sebe postarat. Má obtíže s polykáním, běžně je již zcela inkontinentní a postupně

ztrácí hybnost (Hauke, 2017). V důsledku zhoršeného stravování dochází ke kachexii. (Neubauer in Škodová, Jedlička a kol., 2007) Objevují se stereotypní pohyby, kdy můžeme vidět pohyby rukou, jako by jedinec šil apod. Pokud je jedinec mobilní, často bloudí nebo se potuluje (Hauke 2017).

Holmerová uvádí jako třetí fázi pokročilou demenci a jako čtvrtou fázi terminální demenci. Při pokročilé demenci se jedinec může podílet na některých jednoduchých aktivitách, ale celkový režim musí být jeho možnostem a potřebám přizpůsoben v nejvyšší možné míře. Jedince podporujeme v určité míře v soběstačnosti, kdy je schopen se např. ještě sám najíst. S postupným zhoršováním všech funkcí přecházíme do fáze terminální, která zpravidla trvá v řádu týdnů nežli měsíců. V této fázi dochází k tomu, že je jedinec v důsledku zhoršení mobility zcela nesoběstačný, a tak je upoután na lůžko a zcela odkázán na pomoc druhé osoby. Vyskytují se poruchy polykání, někdy křeče a záškuby, aspirace nebo poruchy vyprazdňování apod.

(Holmerová in Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

1.2 Typy demence

Demence je nadřazeným pojmem pro jednotlivé typy, které můžeme podle příčin rozdělit do základních dvou kategorií, a to atroficko-degenerativní demence a sekundární demence (Holmerová in Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Příčinou atroficko-degenerativní demence je celkový úbytek mozkové tkáně a mozkových buněk, tedy primární příčinou je degenerativní poškození mozku. Nejznámější a nejčastější onemocnění v této skupině je Alzheimerova nemoc, která má nejpočetnější zastoupení mezi veškerými typy demence. Dále do této skupiny řadíme demenci při Parkinsonově chorobě, demenci s Lewyho tělísky a další (Hauke, 2017).

Co se týče sekundárních demencí, jejich primární příčinou je jiné onemocnění, tedy nejdříve vznikne nějaké základní onemocnění, které zapříčiní poškození mozku a v důsledku tohoto poškození se začíná rozvíjet demence. Řadí se sem například demence vaskulární, u které bývá základním onemocněním onemocnění kardiovaskulární, při kterém dochází k poškození cév a mozek je tak nedostatečně

zásoben nejen krví, ale také kyslíkem a dalšími živinami, v důsledku čehož dochází k jeho poškození, popř. dokonce i k odumření jeho částí. Dále k sekundárním demencím patří demence, které vyvolala jiná příčina jako např. infekce, důsledky otravy, poúrazová příčina apod. (Hauke, 2017).

1.2.1 Alzheimerova choroba

Nejnámějším a nejčastějším typem demence, jak již bylo zmíněno, je tedy Alzheimerova choroba. Pojmenována byla po muži, který v roce 1907 zveřejnil kazuistiku ženy, tehdy dle něj trpící presenilní demencí a později začala tato choroba nést jeho jméno. Tímto mužem není nikdo jiný než Alois Alzheimer, vůdčí neuropatolog své doby. (Hrdlička a Hrdličková, 1999). Dnes je tato nemoc známá svým plíživým efektem, rozvíjí se pomalu a příznaky jsou zprvu velmi nenápadné.

Dle Jiráka dělíme Alzheimerovu chorobu na dva typy: „*Dělí se na presenilní formu (...) a na formu senilní (...). Jako presenilní se počítá forma se začátkem klinické symptomatiky do 65 let, jako senilní se začátkem projevů po 65. roku.*“

(Jirák, 1999:122)

A mezi nejdůležitější příznaky dle Hauke (2017:48) patří:

1. porucha paměti;
2. postupná ztráta mechanických dovedností;
3. ztráta orientace;
4. potíže v komunikaci;
5. změny osobnosti;
6. ztráta soběstačnosti.

Porucha paměti

První, co Alzheimerova choroba zasáhne, je paměť, zejména krátkodobá, paměť dlouhodobá bývá relativně dobře zachována a člověk tak sice má problémy s tím vybavit si záležitosti, které se uskutečnily v nedávném čase, ale naopak si velmi dobře vybaví události z dřívější doby, z mládí apod. Z počátku se porucha paměti projevuje zapomnětlivostí, čemuž není věnována nijak zvláštní pozornost do chvíle, kdy začne

být patrná při výkonu běžných domácích činností, jako např. vypnutí sporáku nebo zatažení vodovodního kohoutku. Nemocní neustále něco hledají, což je zapříčiněné zapomínáním, a tak se zvyšuje jejich pocit napětí a nejistoty. Někteří své výpadky při běžné komunikaci s druhým člověkem doplňují svými smyšlenkami. Mnoho nemocných zapomíná, že opravdu zapomíná a věří, že jejich paměť funguje perfektně a kolikrát si nepřipustí svůj omyl (Hauke, 2017). Proto je důležité, aby sociální pracovníci kromě rozhovoru s klientem vedli i rozhovor s osobami blízkými a získali tak komplexní náhled na aktuální situaci klienta.

U krátkodobé paměti je narušena jak všípivost, tak i epizodická paměť (Holmerová in Jiráková, Holmerová, Borzová, 2009). Nemocný nebude tedy schopen si například zapamatovat nová místa, nové lidi apod. Ztrácí pojem o čase, není schopen si odvodit, kolik času mohlo uběhnout a kolik právě asi tak může být hodin, proto se na konkrétní čas velmi často ptá. Také si přestává pamatovat, co kam dal, proto neustále něco hledá nebo obviňuje druhé, že mu to jistojistě vzali (Hauke, 2017).

U dlouhodobé paměti je rozpad od údajů časově nejbližších až po ty nejbližší. Avšak vzpomínky na situace, které mají pro jedince velmi emotivní podtext (pozitivní i negativní) si může v paměti uchovat po dlouho dobu. Nastávají tak situace, kdy paní plná štěstí vypráví, že se právě vdává nebo dochází k situacím, kdy člověk nepoznává např. své děti a tvrdí, že jeho děti nyní chodí do školy (Hauke, 2017).

Je důležité mít na paměti, že zapomínání nutně neznamená, že jedinec trpí Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence, ale může se jednat o mírně kognitivní poruchu. U této poruchy se demence může časem samozřejmě vyvinout, ale také nemusí. Jedinec tak s ní může prožít seniorský věk, neboť mu nebrání v každodenních aktivitách a soběstačnosti (Hauke, 2017).

Porucha paměti je první příznak, kterého si na nemocném můžeme povšimnout, postupně se poté přidávají příznaky další. Dalo by se říci, že veškeré další příznaky na poruchu paměti navazují a jsou s ní úzce propojeny, zejména se zapomínáním.

Ztráta mechanických dovedností

Jedinec ztrácí mechanické dovednosti, vrací se vlastně zpět, kdy vodu uvaří na plotně v kastrolu místo v rychlovarné konvici, přestane využívat mikrovlnou troubu, protože zapomněl, jak používat moderní přístroje. Nejdříve se tedy nemocný vrací k takovým způsobům práce, které má naučené z mládí, ale později se i tyto stereotypy začínají rozpadat. Kromě ztráty schopnosti vykonávat všední činnosti jako je nakupování, vaření, uklízení apod., se přidává i neschopnost vykonávat základní sebeobslužné činnosti jako je osobní hygiena, užívání léků, jídlo, pití apod. (Hauke, 2017).

Těchto příznaků si můžeme povšimnout při návštěvě, kdy je patrné, že člověk ve své domácnosti dlouho neuklízěl, má prázdnou lednici, chybí mu základní potraviny nebo zahlédneme přeplněnou schránku s dopisy apod. (Čechová, Fendrych Mazancová a Marková, 2019).

Ztráta orientace

Dalším příznakem je ztráta orientace, a to v čase i prostoru, kdy se projevuje porucha krátkodobé paměti a nemocný se tak přestává orientovat na nových místech, netrefí do místa, které zná, má popletený režim den a noc a později přestává poznávat i své blízké (Hauke, 2017) Jak se postupně demence prohlubuje, prohlubuje se i problém s orientací a nemocní začínají bloudit. Začíná to tím, že bloudí ve vzdálenějších místech svého bydliště, ale postupně se tato vzdálenost zkracuje, až bloudí i po vlastním bytě (Holmerová in Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Potíže s komunikací

Pokud jde o potíže s komunikací, nejprve se zhoršuje vybavitelnost slovní zásoby, následně se přidává problém porozumět sdělenému obsahu nebo problém verbálně se vyjádřit, až postupně způsob komunikace přejde do neverbální podoby a v závěru života nemocný není schopen komunikovat vůbec. Podrobněji budou záležitosti související s komunikací popsány v samostatné kapitole.

Změna osobnosti a ztráta soběstačnosti

Velmi těžkým příznakem bývá pro nejbližší osoby nemocného změna osobnosti. Jedinec ztrácí schopnost kontrolovat své emoce, u některých může převažovat euforie nebo naopak depresivní nálada. Občas se objevují známky projevů agresivity, které je třeba si vykládat jako obrannou reakci, neboť jedinec není schopen rozumět jednání ostatních lidí nebo tímto způsobem může také projevat nesouhlas s péčí, s určitou osobou či výkonem péče (Hauke, 2017). Mohou se také objevit nepřiměřené afekty, např. záchvaty vzteku (Jirák, 1999).

Ve fázi rozvinuté demence se přidává narušení sociálního chování, tedy jedinec neví, jak se chovat v různých společnostech a zpravidla si své chování, pro nás nepřiměřené, neuvědomuje. Tím, jak se nemocnému mění jeho osobnost a přestává rozumět všem a všemu, začíná se uzavírat do sebe a občas se nám může zdát, že je nepřítomný a nevnímá, mnohdy je však opak pravdou a je důležité si tuto skutečnost uvědomovat při péči a respektovat klientovu důstojnost (Hauke, 2017).

Všechny vyjmenované příznaky vedou k tomu, že člověk ztrácí schopnost postarat se sám o sebe a postupně se stává závislým na péči druhé osoby, ztrácí tedy soběstačnost. S tím se pojí pohybové potíže, potíže s příjmem potravy, inkontinence a další (Hauke, 2017).

1.2.2 Demence u Parkinsonovy choroby

Parkinsonova choroba je neurodegenerativní onemocnění, které postihuje různé oblasti mozku (Holmerová in Jirák, Holmerová, Borzová, 2009). U tohoto onemocnění je postihnuta hybnost, typickými projevy jsou třes, ztuhlost, váhavá chůze apod., ale nemusí vždy dojít do fáze, kdy se rozvine demence (Hauke, 2017).

Mezi tři základní projevy Parkinsonovy choroby patří akineze, rigidita a třes. Akineze je nejméně známým, ale hlavním projevem nemoci a souvisí s obtížemi zejména při zahájení pohybu. Dalšími příznaky jsou obtíže v souvislosti s jemnými pohyby (ohrnutí rukávů, hledání drobných), zhoršení písma a zhoršení chůze, která je váhavá a pomalá (Bonnet, 2012).

Rigidita je svalová ztuhlost, která zapříčiňuje motorické potíže a postupně má nemocný problém s ohnutím končetin až po celkový problém držení těla (Bonnet, 2012).

Posledním základním projevem Parkinsonovy choroby je třes, o kterém se často tvrdí, že je hlavním příznakem onemocnění, ale není to pravidlem, přestože se třes ve většině případů objevuje. Třes se objevuje, pokud jsou svaly uvolněné a vytrácí se během pohybu. Nejčastěji se projevuje na horních končetinách a celkově je rozsáhlý a pomalý (Bonnet, 2012).

Lidé s demencí u Parkinsonovy choroby si dlouho své onemocnění uvědomují a porucha kognitivních funkcí má pomalý postup. U těchto osob se objevuje nápadné zpomalení myšlení, v němž i v řeči je znát váhavost, zkracuje se doba spánku, klesá sexuální aktivita a nemocní bývají apatičtí a často i depresivní (Jiráček, 1999).

1.2.3 Demence s Lewyho tělísky

Demence s Lewyho tělísky vzniká tak, že dochází k degeneraci mozkových buněk, jejíž příčinou je změna určitých bílkovin, které uvnitř mozkových buněk tvoří kulovitá tělíška (Lewyho tělíška). Svůj název toto onemocnění nese po Friedrichovi H. Lewym, který tělíška poprvé popsal v roce 1912, avšak až po jeho smrti byla pochopena jejich důležitost (Konrád in Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Specifickými projevy demence s Lewyho tělísky jsou zrakové halucinace lidských postav a zvířat (halucinace a doprovodné bludy se dějí především v noci), zvýšená citlivost k antipsychotikům, pozornost je výrazně postižena a stav nemocných má v relativně krátkých intervalech kolísavou formu. Další příznaky jsou obdobné s Alzheimerovou chorobou a Parkinsonovou nemocí (Jiráček in Raboch, 2012).

Dle Jiráčka je demence s Lewyho tělísky druhou nejčastější demencí neurodegenerativního původu postihující muže ve věku nad 75 let (Jiráček in Raboch, 2012).

1.2.4 Další vybrané typy demence

Mezi další typy demence patří např. demence u Pickovy choroby, která přichází mezi 40. až 65. rokem života a rozvíjí se zpravidla ve třech stádiích a oproti Alzheimerově chorobě zde bývá znatelně déle zachována krátkodobá paměť (Jirák, 1999).

Mezi méně časté typy patří např. frontotemporální lobární demence, která se nejčastěji objevuje mezi 45. až 65. rokem života a má nenápadný, plíživý nástup s pomalu zhoršujícími se příznaky. (Franková in Jirák, Holmerová, Borzová, 2009). U tohoto onemocnění předchází rozvoji demence poruchy chování (Hauke, 2017).

Druhým nejčastějším typem demence po Alzheimerově chorobě jsou demence vaskulárního charakteru, které vznikají v důsledku narušení cévního zásobení mozku (Hrdlička, Hrdličková, 2009). Rozlišujeme 3 typy vaskulárních demencí, a to vaskulární demence s náhlým začátkem (vzniká po mozkových příhodách), multiinfarktová demence (vzniká po mnohočetných mozkových infarktech) a tzv. převážně podkorová vaskulární demence (vzniká převážně u pacientů s anamnézou hypertenze) (Borzová a Jirák in Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Velmi vzácným dědičným onemocněním je Huntingtonova choroba, která se projevuje zpravidla mezi 35. až 45. rokem života, avšak může nastoupit i později, výjimečně i dříve. (Jirák, 1999). Většinou se jako první projevují neurologické příznaky, po nichž následují psychické poruchy (pořadí může být i opačné) a poté se postupně rozvíjí demence. Důležité je, že toto onemocnění je sice genetické, ale to nutně neznamená, že propukne u každého jedince s možnou indispozicí (Borzová in Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Výše popsané demence nezahrnují veškeré známé typy, dále se můžeme např. setkat s demencí infekčního původu, metabolickou demencí, demencí intoxikačního původu, metabolickou demencí, farmakogenní demencí a mnoho dalších.

2 Komunikace

Nyní, když proběhlo seznámení s pojmem demence, se můžeme přesunout ke kapitole o komunikaci. Nejprve je potřebné si definovat, co komunikace vlastně je a jak ji vnímají jednotliví autoři. Krátce bude popsáno, jaké jsou funkce a formy komunikace a poté bude pozornost věnována komunikaci zaměřené na seniory, kde budou popsány možné komunikační bariéry, které se mohou objevit jak na straně klienta, tak na straně pracovníka či na straně prostředí, v němž je komunikace uskutečňována. Poté přijde na řadu komunikace zaměřená na seniory se syndromem demence, její zásady a způsoby v jednotlivých fázích demence. V závěru kapitoly bude krátké seznámení s alternativní a augmentativní formou komunikace, která má svůj velký význam nejenom u cílové skupiny této práce.

Definovat komunikaci není vůbec jednoduché, neboť ani jednotliví odborníci, autoři knih, nejsou v tomto sjednoceni. Někdo komunikaci vysvětluje úzce, jiný užívá definici obširněji. Nesporným však zůstává fakt, že prostřednictvím komunikace se dorozumíváme, sdělujeme si informace, a to nejenom verbálně jazykem samotným, ale také prostřednictvím neverbálních prvků.

Janoušek (2007) komunikaci vnímá jako komplexní jev, který zahrnuje jednotlivé komponenty, jako jsou jazykové, sociální, psychické a další. Jiný autor komunikaci vysvětluje jako spojení mezi lidmi s cílem předávání a přijímání významů (Výrost a Slaměnik, 2008); obdobně to vnímá Leško (2008), který komunikaci definuje jako přenos sdělení od původce k příjemci a dodává, že je to prostředek socializace člověka. Dále Pokorná (2010) komunikaci také definuje úzce jako proces předávání informací.

Komunikace je však mnohem víc než jen o předání informace jednoho k druhému, následující definice rozebírá komunikaci hlouběji: *„Lidská komunikace je složitý a mnohvrstevný proces závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a individuálních i sociálních zkušenostech, (...) liší se svou vyvinutostí, vycvičeností, dědičnými dispozicemi, rozvojem komunikačních dovedností, výchovou v rodině i způsobem, jímž je realizována.“* (Linhartová, 2007:11). Komunikace není tedy jenom o tom, co sdělujeme, ale i o tom komu, jakým způsobem mu sdělené informace předáváme a z jakého důvodu.

Za způsoby komunikace považujeme všeobecně komunikaci verbální a neverbální, avšak např. Hauke (2017) mluví o třetím způsobu paraverbální komunikace, kterou Nakonečný (2009) nazývá jako meta nebo paralingvistické znaky. Tento třetí způsob komunikace zahrnuje intonaci, tón a zbarvení hlasu, sílu, hloubku, akcent atd. (Hauke 2017, Nakonečný 2009). Verbálnímu a neverbálnímu způsobu komunikace bude věnována samostatná pozornost v následujících podkapitolách.

2.1 Funkce komunikace

Komunikace má své funkce, které by měly mít svůj účel a smysl. Díky účelu dochází k tomu, že komunikace získává svůj smysl (Vybíral, 2009).

Funkcí v komunikaci je dle Vybírala (2009) pět:

- informování – předání, doplnění informací;
- instruování – vysvětlení, naučení, navedení apod.;
- přesvědčování – manipulování, ovlivnění;
- vyjednávání, domlouvání se – dospět k dohodě;
- pobavení – rozveselení, rozptýlení sebe nebo druhého.

Mikuláščík (2003) navíc zmiňuje např. tyto funkce:

- socializační a společensky integrující – navazování kontaktů, sbližování;
- osobní identita – JÁ a mé postoje, názory apod.;
- svěřování – sdělování důvěrných informací, překonání těžkostí;
- úniková – popovídání si za účelem odreagování se od starostí.

2.2 Verbální komunikace

Verbální komunikace je komunikace, při které používáme svůj jazyk, a tak se můžeme vyjadřovat pomocí slov, slovních výrazů, a to v různých formách. Verbální komunikace může být mluvená, psaná, přímá, zprostředkovaná, živá a reprodukována (Výrost a Slaměník 2008). Primární je zde tedy jazyk, díky němuž můžeme tvořit

slova, a tak nám umožňuje dorozumívat se. Pomocí slov jsme schopni popisovat a vysvětlovat, klást otázky, odpovídat apod. (Nakonečný 2009).

Pro efektivní komunikaci nám však nestačí umět tvořit a volit slova, musíme svou pozornost směřovat i na další prvky, kterými podle Venglářové a Mahrové (2006) jsou:

- rychlost řeči – úměrná dle naší znalosti tématu;
- hlasitost – liší se povahou sdělení;
- pomlky – mlčet vždy neznamená nemít co říct;
- výška hlasu – odraz emocí;
- přítomnost slovních parazitů – rušivý element v komunikaci;
- délka projevu – rovnocennost partnerů v komunikaci, každý má svůj prostor;
- intonace – mění význam sdělení.

Tyto prvky by se daly považovat za již zmiňovanou komunikaci paraverbální.

2.3 Neverbální komunikace

Verbální komunikaci doplňují neverbální prvky. Neverbální komunikace nezahrnuje slova, ale mimiku, gestiku, haptiku a další prvky. Můžeme tedy říci, že neverbální komunikace je řečí těla, proto je třeba, aby každý u sebe tyto způsoby reflektoval a svým tělem neříkal něco jiného, než co vyjadřují jeho slova. Mikuláščík (2003) mluví právě o tom, že neverbální prvky jsou většinou nevědomé a na rozdíl od verbálních prvků nepodléhají vysoké sebekontrolé.

Mezi základní složky neverbální komunikace patří dle Pokorné (2010) a Neubauerové s Neubauerem (2020):

- mimika – pohybové prvky mimického svalstva, zejména úst, očí a nosu;
- vizika – kontakt očí;
- gestika – pohyby horních a dolních končetin;
- kinezika – celkový pohyb těla;
- haptika – hmat a dotyk spojený s vnímáním;
- proxemika – vzdálenost mezi komunikujícími;
- chronemika – zacházení s časem;

- posturologie – polohy těla, úzce spojené s kinezikou;
- teritorialita – ochrana svého prostoru;
- rekvizitové signály – způsob chování a vyjadřování svého postoje;
- a další.

2.4 Komunikace se seniory

Pokud člověk stárne úspěšně, tedy pokud se mu zachovávají funkční schopnosti, neobjevují se poruchy paměti apod., je jeho potřeba komunikovat totožná jako u lidí mladších a vyskytují se u něj stejné potřeby jako je potřeba sociálního kontaktu, vysvětlení, potvrzení nebo ujištění, potřeba rady, podpory a edukace a také potřeba komfortu a útěchy či uklidnění (Pokorná 2010).

Pro efektivní komunikaci s klientem v seniorském věku je zapotřebí dodržovat určité zásady. Tak, jak komunikujeme s dospělými lidmi, musíme komunikovat i se seniory s přihlédnutím na změny způsobené stářím. Je třeba zachovávat si individuální přístup ke každému, přizpůsobit tempo a hlasitost řeči, správně artikulovat, brát ohled na fyzický stav klienta, respektovat odlišný slovník starší generace oproti generaci mladší, a hlavně být trpělivý a umět naslouchat (Neubauerová, Neubauer 2020).

2.4.1 Komunikační bariéry

V komunikaci se objevují různé překážky, bariéry, díky nimž není zcela srozumitelná. Tyto bariéry vnímáme zejména, pokud komunikujeme s člověkem, u kterého není v našich silách zachytit potřebné informace, neboť má komunikační potíže. Tyto bariéry můžeme rozdělit do tří kategorií: bariéry na straně klienta, bariéry na straně pracovníka a bariéry na straně prostředí (Mlýnková, 2011).

Bariéry na straně klienta spočívají v klientově nedůvěře k pracovníkovi, má obavy, jak s informacemi bude zacházet (Venglářová, 2007), na neochotě komunikovat např. z důvodu chovaných nesympatií k pracovníkovi nebo z důvodu, že klientovi je nepříjemné mluvit o určitých tématech, dále může bariéra nastat, pokud má klient zrovna fyzické nebo psychické obtíže (Mlýnková, 2011).

Bariéry na straně pracovníka mohou vzniknout v situaci, kdy se pracovník dostatečně nesnaží získat informace od klienta např. kvůli tomu, že sám nyní řeší své starosti nebo má těžké období. V tu chvíli klienta poslouchá pasivně, nedokáže tak přijatelně reagovat a klient jeho nezájem může vycítit. Pracovník také nemusí být schopen mluvit, respektive se bojí mluvit o určitých tématech, neboť mohou být citlivá a náročná. Další příčinou může být chovaná nesympatie ke klientovi, momentální únava a vulgarita klienta (Mlýnková, 2011). Bariéru na straně pracovníka může také představovat nedostatek času, který je leckdy zapříčiněn špatnou organizací práce nebo nedostatkem personálu (Venglářová, 2007).

Poslední jsou bariéry na straně prostředí, bariérou tak může být hlučné místo, nedostatek soukromí z důvodu přítomnosti dalších klientů (Venglářová, 2007), ale také spěch nebo postrádání vhodného místa pro rozhovory (Mlýnková, 2011).

2.5 Komunikace se seniory se syndromem demence

Stáří může být provázeno různými nechtěnými změnami, které zapříčiňují jistá omezení a zdravotní komplikace, na které poté může navázat i omezení komunikačních schopností (Neubauerová, Neubauer 2020). Nemusí se jednat pouze o omezení z důvodu zhoršeného sluchu nebo zraku, což z všeobecného pohledu ke stáří jistým způsobem patří stejně tak jako lehké zapomínání. Pokud mluvíme o člověku trpícím syndromem demence, jeho komunikační schopnost se postupně, jak prochází jednotlivými stádii, výrazně snižuje.

Osoby trpící syndromem demence vyžadují tedy specifický přístup. Objevují se u nich nejrozumnější obtíže, mají stálé dotazy, problém se zapamatováním si informací, vytrácí se u nich schopnost porozumět slovům, zaměňují výrazy, hůře se jim vyjadřuje, své mezery v paměti vyplňují fabulacemi atd (Venglářová, 2007).

2.5.1 Zásady komunikace se seniory se syndromem demence

Při komunikaci se seniorem se syndromem demence jako s naším klientem bychom měli dodržovat určitá obecná pravidla, zásady. Dle Hauke (2017) mezi taková pravidla patří zajištění klidného prostředí, zachování klidu při komunikaci z pohledu pracovníka, v přítomnosti klienta o něm nemluvit ve třetí osobě, neverbální komunikace, komunikace odpovídající věku a schopnostem klienta, slovní provázení činností, nezačínat otázky slovem proč, aktivní ochrana klientovy důstojnosti a aktivní naslouchání.

Zajištění klidného prostředí

Klidné prostředí je velmi důležité, neboť člověk trpící syndromem demence mívá problém s pozorností, a tak by ho mohly rušivé vlivy rozptylovat a vedlo by to v komunikaci k nedorozumění. Proto je potřebné ujistit se, zda klient dobře slyší a má případně správně nastavené kompenzační pomůcky (Hauke 2017).

Zachování klidu při komunikaci z pohledu pracovníka

Pro zachování klidu při komunikaci je důležitá pracovníkova sebereflexe, uvědomění si, že požadovaného cíle není vhodné dosáhnout dohadováním se nebo manipulací. Proto je žádoucí, aby se pracovník před rozhovorem zkoncentroval a dostatečně připravil, zvláště pokud očekává složitý či nepřátelský rozhovor nebo má povědomí o problémovém chování klienta. Mimo jiné by měl být pracovník pokorný a schopný pracovat na svém vzdělávání zaměřeném na poznání a komunikaci. Vhodným nástrojem je mimo jiné i supervize či dlouhodobé výcviky (Hauke 2017).

V přítomnosti klienta o něm nemluvit ve třetí osobě

Vždy je třeba myslet na to, že velkým úkolem pracovníka je zachovávat pokoru, úctu, respekt ke klientovi a jeho důstojnost. To zahrnuje v přítomnosti klienta nemluvit o něm ve třetí osobě. Pokud však je třeba o klientovi hovořit v přítomnosti další osoby např. rodinného příslušníka, měl by se pracovník ke klientovi co nejvíce obracet a vtahovat ho do komunikace, jak jen to bude možné (Hauke 2017).

Neverbální komunikace

Pokud jde o neverbální komunikaci, pracovník by měl být v zorném poli klienta, měl by se vyvarovat prudkých pohybů, udržovat oční kontakt a povzbuzovat klienta svým pozitivním výrazem a vlídným chováním. Zároveň je potřeba sledovat neverbální prvky na straně klienta, kdy by měl být pracovník vlídný, pokud klient svým chováním vyjadřuje např. bolest, úzkost nebo strach. Je potřebné, aby pracovník své neverbální prvky reflektoval tak, aby byly v souladu s jeho verbálním projevem, neboť čím více klientova schopnost vnímání a používání verbální komunikace klesá, tím většího významu nabývá komunikace neverbální (Hauke 2017).

Komunikace odpovídající věku a schopnostem klienta

Přestože příležitostně mají pracovníci tendence s klientem jednat jako s dítětem, je potřeba s ním za každých okolností komunikovat jako s dospělou osobou, kterou všehovšudy je. Klienta by měl pracovník při komunikaci vnímat jako dospělého rovnocenného partnera a přizpůsobit komunikaci s ohledem na jeho věk a jeho schopnosti. To znamená, že pracovník nebude klienta v komunikaci podceňovat nebo omezovat, ale přizpůsobí ji jeho schopnostem. Vždy je také třeba respektovat klientovu osobnost a zachovávat jeho důstojnost (Hauke 2017).

Slovní provázení činností, které pracovník provádí

Pracovník by měl klienta neustále informovat o tom, co se bude dít a co se děje, a to i ve chvíli, kdy klient působí tak, že už svět kolem sebe nevnímá nebo je uzavřený do sebe a již nekomunikuje, neboť pracovníkův hlas, jeho tón, intonaci a melodii vnímá klient do poslední chvíle a může mu dát pocit bezpečí a jistoty. Tím, že pracovník klienta neustále informuje o dění okolo, může předejít i případné agresi. Je důležité, aby pracovník používal přímá pojmenování, vyhýbal se zájmenům a v rámci možností na vše o čem hovoří ukazoval (na předměty, části těla a osoby). Pokud pracovníkovi připadá, že klient něco nechápe, neměl by opakovat stejná slova a měl by využít jinou formulaci (Hauke 2017).

Nezačínat otázky slovem proč

Když se pracovník klienta ptá na otázky začínající slovem proč, působí to jako výslech, nikoli jako partnerská a vzájemně se respektující komunikace. Klient, kterému se rozpadá paměť, nedokáže odpovědět, proč něco udělal nebo neudělal a pracovník se pomocí takové otázky nedočká smysluplné odpovědi. (Hauke 2017).

Aktivní ochrana klientovy důstojnosti

Ochrana důstojnosti klienta je jeden z hlavních úkolů pracovníka, který by měl vždy hájit a chránit práva klienta, bránit jeho ponižování, posilovat jeho autonomii a možnost o sobě rozhodovat. To vše souvisí s tím, jak pracovník o klientovi uvažuje a jakým způsobem s ním komunikuje. (Hauke 2017).

Aktivní naslouchání

Pro docílení úspěšné komunikace musí pracovník klientovi aktivně naslouchat, to znamená, že mu poskytuje zpětnou vazbu, prostřednictvím které mu dává najevo svůj zájem a respekt k němu. Aktivní naslouchání má své základní metody. První z nich je oceňování, kterým pracovník projevuje již zmíněnou zpětnou vazbu, a to nejenom v rámci rozhovoru. Pracovník by měl také oceňovat to, co se klientovi podařilo, co dokázal zvládnout, čímž mu může zvýšit sebevědomí a prokázat úctu. Druhou metodou je parafrázování, tedy další způsob zpětné vazby, kdy pracovník v průběhu rozhovoru dává klientovi najevo, že mu naslouchá takovým způsobem, že to, co klient řekl, pracovník přerámuje a sděluje mu, co slyší. Třetí metodou je zrcadlení emocí, to znamená, že pracovník pojmenovává emoce doprovázející rozhovor. Poslední metodou je shrnování, které slouží k ujištění obou stran, že si porozuměly. Pracovník by měl být schopen reflektovat, kdy je lepší shrnování přenechat klientovi, díky čemuž se ujistí, že si opravdu oba porozuměli (Hauke 2017).

Dalšími zásadami jsou např. podpora paměti, umění porozumět (snaha pochopit, co nám chce klient sdělit, pomoci mu myšlenku dokončit), dobrá komunikace s rodinnými pečujícími, nalézání zdrojů klienta a mnoho dalších (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

2.5.2 Komunikace v jednotlivých fázích demence

O jednotlivých fázích demence bylo v této práci již pojednáno výše vyjma způsobů komunikace. Čím více se syndrom demence u člověka prohlubuje, tím více se zhoršují podmínky efektivní komunikace a každá fáze demence nese svá úskalí. Proto je potřebné každou fázi dobře znát, vědět co s ní přichází a pracovník by tak měl být schopen používat vhodné způsoby, kterými se může s klientem dorozumět.

V **první fázi** nemůžeme o klientovi říci, že by nerozuměl tomu, co mu pracovník říká. Na co je však potřeba brát ohled, je počínající ztráta krátkodobé paměti, kdy klient má problém mluvit o nedávných událostech (Buijssen, 2006). Přestože klient v této fázi ještě rozumí, má problém s hledáním slov a často používá tzv. prázdná slova (to, někde, něco, tak, věci atd.), která nesdělují nic konkrétního. Když si nemůže vybavit slovo, které chce použít, nahradí ho slovem podobným, pracovník by v takové případě neměl na klienta spěchat, měl by být klidný a trpělivý. Když chce pracovník klientovi něco říci, je třeba, aby mluvil pomalu a jednoduše, používal jednoduché věty a nesdělával mnoho informací najednou. Také by si měl ověřovat, zda klient obsahu sdělení porozuměl pomocí zpětné vazby, a to například tím způsobem, že klienta nechá shrnout výsledky rozhovoru. V rámci rozhovoru je důležité opakovaně klienta oslovovat jeho jménem, a to platí pro všechny fáze demence (Hauke, 2017).

Někdy se stává, že si klient pracovníka nepamatuje, obzvlášť pokud do jeho života vstoupil v době, kdy začalo docházet k poruše krátkodobé paměti. V takové situaci je potřebné, aby se pracovník vždy při setkání s klientem představil a sdělil mu, co dělá a proč to dělá, a to s klidným hlasem a úsměvem na tváři (Hauke, 2017).

Důležitou roli zastává oční kontakt, dotyky a vzdálenost, pracovník by měl vyzkoušet, kam až ho klient pustí. Někteří klienti jsou nedůvěřiví a drží si odstup nebo mohou být velmi citliví na dotyky. Čím více se demence stupňuje, tím více se zpravidla vzdálenost mezi pracovníkem a klientem zvětšuje, ale může to být i naopak a dotyky získávají zpravidla více na důležitosti (Hauke 2017).

Ve **druhé fázi** je pro klienta čím dál více obtížné zapojit se do jakéhokoliv rozhovoru, jeho snaha se rapidně zmenšuje a domluva je mnohem těžší. Nemocný má pocit, že každý automaticky ví, o čem mluví, ale pravdou je, že porozumění se stává

složitějším, vyprávění totiž častokrát začíná někde zprostředka, už neuvádí posluchače do rozhovoru a mnohdy ztratí nit a naváže zase někde jinde. (Buijssen, 2006). Žije si ve své realitě, kde se minulost stává přítomností, pracovník by však neměl klientovi jeho prožitky a vzpomínky vyvracet (Hauke, 2017).

Pokud pracovník vede s klientem rozhovor, měl by být jasný a stručný a pokud po něm něco požaduje, je třeba postupovat krok za krokem. Vzhledem k tomu, že už nemocný žije ve své realitě, není vhodné se s ním dohadovat o tom, kdo má pravdu (Hauke, 2017).

Stejně jako v první fázi jsou i v této důležité dotyky, vzdálenost a oční kontakt. Co se oslovování týče, je možné, že klient nebude reagovat na své jméno, respektive příjmení, neboť jedná-li se např. o ženu, mohla zapomenout, že se vdala a příjmení se jí změnilo. V takové situaci může pracovník zkusit klientku oslovit jejím křestním jménem, avšak je třeba pamatovat na to, že jménem může klienty oslovovat pouze, pokud je to klientovým přáním nebo pokud se s pracovníkem znají z dřívější doby a takto se oslovovali (Hauke, 2017).

V **poslední fázi** je už klient zcela odkázán na péči druhé osoby a v této fázi se již většinou nevyjadřuje, avšak někdy se jeví, že slovům ještě rozumí. Jeho vyjadřování zahrnuje různé projevy jako je pláč, křik apod., kterými říká, že potřebuje uspokojit fyziologické potřeby a potřeby emoční. Pracovník by měl pozornost věnovat melodii svého hlasu, je důležité, aby na komunikaci nerezignoval a choval se tak, jako by mu klient stále rozuměl. Stále by měl klienta oslovovat, nechat prostor dotekům, využívat oční kontakt apod. Také se využívá bazální stimulace a jiné techniky, avšak pozitivní efekt mohou mít i obyčejné věci jako je pohlazení, podržení ruky, objetí atd. (Hauke, 2017).

Tato fáze je fází konečnou a nemocný dochází na konec své životní cesty, proto je důležité jako u jakékoliv jiné nemoci nebo i u zdravých jedinců, aby s těmito osobami stále někdo byl, aby se necítily samy.

2.6 Alternativní a augmentativní komunikace

Pro osoby, které již nemají dostatečné komunikační schopnosti je vhodné využít alternativní a augmentativní komunikaci (dále AAK). Jde o přístup, který se využívá u osob s tělesným, mentálním nebo kombinovaným postižením. Augmentativní komunikace se zaměřuje na podporu narušené komunikace, kdežto alternativní komunikace slouží jako náhrada mluveného slova (Laudová in Škodová, Jedlička, 2007). Tyto systémy mohou být nápomocné i při komunikaci s osobami trpícími syndromem demence, u osob s poruchou sluchu či zraku.

AAK se dělí do dvou kategorií, a to na systémy nevyžadující pomůcky a na systémy vyžadující pomůcky (Laudová in Škodová, Jedlička, 2007). V systému bez pomůček se většinou využívá i přirozený způsob komunikace a jde zde především o cílený pohled, mimiku, přirozená gesta, držení těla, manuální znaky apod. (Šarounová a kol. 2014). Jde tedy především o využití neverbálních prvků komunikace.

Systémy s pomůckami už zahrnují různé předměty, využívají se zde netechnické (bez hlasového výstupu) a technické (elektrické komunikační pomůcky) pomůcky. Mezi netechnické pomůcky patří např. fotografie, piktogramy, různé reálné předměty a symboly, komunikační tabulky apod. Mezi technické pomůcky patří pomůcky využívající hlasový výstup, zrakový výstup nebo speciální komunikační software (Laudová in Škodová, Jedlička, 2007).

Šarounová (2014) u osob trpících demencí doporučuje metody, které využívají netechnické pomůcky. Práci je potřebné zaměřit na jednoduchý výběr s tím, že by se klient měl s pomůckami naučit pracovat co nejdříve, ještě předtím, než se jeho onemocnění zhorší a znemožní mu učit se novým věcem. Také zmiňuje, že je vhodné využít stejné přístupy jako u osob s mentálním a tělesným postižením, ale samozřejmě je třeba tyto přístupy přizpůsobit konkrétnímu klientovi, a ne se slepě řídit psanými postupy.

Bendová (2014) zmiňuje výhody a nevýhody, které práce s AAK přináší. Výhodou u osob s narušenou komunikací je např. to, že tyto přístupy snižují deficit komunikace, a tak se jedinci mohou lépe začlenit do společnosti, dále rozvíjí jedincovu osobnost,

rozšiřují komunikační schopnosti a další. Naopak nevýhoda AAK tkví v jejich společenské využitelnosti, která je díky jejich specifčnosti menší, také jsou časově, finančně a technicky náročné, dále jsou zvýšené nároky na sociální okolí, u kterého je nutné osvojení si těchto systémů, širší sociální okolí může tyto systémy také odmítat z důvodu stigmatizace apod.

3 Senior se syndromem demence v kontextu sociálních služeb

Ve třetí kapitole definuji sociální služby vhodné pro seniory se syndromem demence a nejvíce se budu věnovat domovu se zvláštním režimem. Po přiblížení domova se zvláštním režimem se zaměřím na pracovníky, kteří se stanou informanty výzkumu této práce.

Výčet sociálních služeb najdeme v zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále též „zákon o sociálních službách“), ale v této kapitole bude pozornost věnována pouze těm službám, které jsou vhodné pro seniory se syndromem demence.

První službou je služba **osobní asistence**, což je terénní služba poskytovaná v domácím prostředí klienta a bez časového omezení. Tato služba je klientům nápomocná při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, hygieně, zajištění stravy, zajištění chodu domácnosti a při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Dále zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a mezi její další činnosti patří činnost výchovná, vzdělávací a aktivizační (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Další službou je **pečovatelská služba**, která může být terénního nebo ambulantního charakteru. Oproti osobní asistenci je poskytována ve vymezeném čase buď v domácím prostředí klienta nebo v zařízeních sociálních služeb. Klientům pomáhá při zvládnání běžných úkonů o vlastní osobu, zajištění chodu domácnosti, poskytnutí či zajištění stravy, osobní hygieně nebo poskytuje pro osobní hygienu podmínky a zprostředkovává kontakt se společenským prostředím

(Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Dále služba **tísňové péče**, která je poskytována nepřetržitě formou distanční hlasové nebo elektronické komunikace a zajišťuje poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci, sociálně terapeutickou činnost, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a je nápomocná při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

(Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Následující službou je **odlehčovací služba**, která je poskytována terénní, ambulantní nebo pobytovou formou a pomáhá klientovi s běžnými úkony péče o vlastní osobu, s osobní hygienou nebo poskytuje podmínky pro osobní hygienu a stejně je to se stravou. Pokud je tato služba pobytového charakteru, poskytuje ubytování. Dále zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, pomáhá při uplatňování práv a mezi další její činnosti patří výchovná, vzdělávací, aktivizační a sociálně terapeutická činnost (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Další službou je **centrum denních služeb**, což je služba ambulantní, která pomáhá s osobní hygienou nebo poskytuje podmínky pro osobní hygienu, pomáhá se zajištěním stravy nebo poskytuje stravu, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, je nápomocná při uplatňování práv a stejně jako u odlehčovací služby mezi její další činnosti patří výchovná, vzdělávací, aktivizační a sociálně terapeutická činnost (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Také je třeba zmínit **denní a týdenní stacionáře**. Denní stacionář je ambulantní službou, kdežto týdenní stacionář je službou pobytovou. Obě služby pomáhají klientovi se zvládnutím běžných úkonů péče o vlastní osobu, s osobní hygienou nebo poskytují podmínky pro osobní hygienu, s uplatňováním práv, poskytují stravu a jako předcházející služby mají další funkce, mezi které patří výchovná, vzdělávací, aktivizační a sociálně terapeutická činnost. Týdenní stacionář vzhledem k tomu, že je službou pobytovou, navíc poskytuje ubytování (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Nejdůležitější a nejzásadnější službou pro tuto práci je domov se zvláštním režimem.

3.1 Domov se zvláštním režimem

O osoby trpící syndromem demence je často pečováno v domácím prostředí, kdy se o ně starají rodinní příslušníci či přátelé, někdy i s využitím nejrůznějších terénních služeb ať již sociálního či zdravotnického charakteru. Avšak ne vždy je v možnostech rodiny poskytnout nemocnému péči v takovém rozsahu, jaký by byl potřebný.

Proto jsou osoby trpící syndromem demence také častými klienty domovů se zvláštním režimem.

DZR je pobytovou sociální službu upravenou § 50 zákona o sociálních službách, který tuto službu definuje následovně:

„V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“
(Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Dále jsou ve zmíněném ustanovení vyjmenovány jednotlivé základní činnosti, které služba obsahuje, a to poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Rozsah základních činností dále upravuje Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, v níž mimo jiné nalezneme rovněž maximální výši úhrady za poskytování těchto služeb.

3.1.1 Pracovníci v DZR

V zařízeních DZR vykonávají svou odbornou činnost nejrůznější pracovníci. Okruh pracovníků je upraven zákonem o sociálních službách. Řadí se sem sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci, manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby. Mimo jiné zde mohou působit i dobrovolníci, kteří se však

řídí zákonem č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Pro tuto práci je potřebné se seznámit se sociálním pracovníkem a pracovníkem v sociálních službách.

Sociální pracovník musí dle § 110 zákona o sociálních službách být plně svéprávný, bezúhonný, zdravotně a odborně způsobilý. Podmínkou odborné způsobilosti je vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání sociálního zaměření (sociální práce, sociální politika, sociální pedagogika, sociální péče, sociální patologie apod.).

DZR je sociální službou, jaká je zde tedy role sociálního pracovníka? Všeobecně se sociální pracovníci realizují prostřednictvím sociálních služeb, kde jsou zaměstnáváni a poskytují zde své rady, informace a pracují s klienty.

Sociální pracovník je pracovníkem, který v zařízeních DZR jedná se zájemcem o službu, kdy provádí sociální šetření (obvykle min. 2 šetření). První sociální šetření následuje po podání žádosti zájemcem, kdy pracovník potenciálního klienta navštíví v jeho domácím prostředí (příp. v zařízení, ve kterém se nachází) a zjišťuje veškeré potřebné informace. Stěžejní je v této fázi výslovný souhlas, zájemcovo rozhodnutí z jeho vlastní vůle, nikoliv z vůle zainteresovaných osob, s nástupem do DZR. Pracovník předá zájemci potřebné informace týkající se služby. Jakmile se v zařízení uvolní vhodné lůžko pro zájemce, přichází na řadu druhé sociální šetření, které probíhá v blízké době před nástupem do domova a slouží k doplnění informací a případných změn.

Ve chvíli, kdy klient nastupuje do domova, stává se sociální pracovník jeho průvodcem, který ho seznámí s potřebnými předpisy a dokumenty, provede ho prostory domova apod. Pracovník také jedná s úřady a organizacemi, například z důvodu navýšení příspěvku na péči. Dále sepisuje individuální plány klientů, pravidelně je reviduje, stará se o poštu klientů, dohlíží nad hospodařením s penězi, jedná s rodinami (vyjma informací o zdravotním stavu), v případě úmrtí klienta řeší pozůstalost a zajišťuje mnoho dalších činností.

Pracovník v sociálních službách (dále pracovník přímé péče) musí dle § 116 zákona o sociálních službách být taktéž jako sociální pracovník plně svéprávný, bezúhonný, zdravotně a odborně způsobilý. Podmínkou odborné způsobilosti pro práci v DZR je základní nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu.

Pracovník přímé péče v DZR provádí přímou obslužnou péči, která dle již zmíněného ustanovení zahrnuje nácvik jednoduchých denních činností, pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami a prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb.

Pracovníci přímé péče jsou pracovníky, kteří jsou v nejčastějším kontaktu s klienty služby, neboť o ně pečují 24 hodin denně. Jsou tu, aby jim pomohli s každodenními činnostmi života, jak je dle § 116 zákona o sociálních službách popsáno výše.

Proto kromě sociálních pracovníků jsou pro tuto práci a její výzkum stěžejní i pracovníci přímé péče, kteří musí s klienty komunikovat mnohem častěji než jakýkoliv jiný personál, a tak budou jejich poznatky pro výzkum velmi přínosné.

4 Shrnutí teoretické části

V teoretické části jsem se postupně snažila zmínit veškeré informace, které vnímám jako důležité pro realizaci výzkumu.

První kapitola byla věnována pojmu syndromu demence, který zde byl charakterizován společně s jednotlivými fázemi a s několika vybranými typy demence.

Pro výzkumnou část je důležité být seznámen s tímto onemocněním, s tím, co představuje, co zapříčiňuje, jakým způsobem jednotlivé fáze probíhají nebo jaké chování se může u nemocného objevit, protože pokud nemáme ponětí o tom, co syndrom demence je, jakým způsobem probíhá a jaké změny u klienta nastávají, tak se nemůžeme přesunout do kapitoly druhé, která je zaměřena na komunikaci s takovým klientem, neboť pokud nemáme základní znalost o tomto onemocnění, nemůžeme se naučit s postiženým člověkem správně komunikovat.

V této kapitole (míněno první kapitolu) byla nejrozsáhlejší část v rámci jednotlivých typů demence věnována popisu Alzheimerovy choroby, poněvadž je to nejčastěji se objevující druh tohoto onemocnění, a tudíž je velmi pravděpodobné, že v domovech se zvláštním režimem budou ve větším počtu klienti právě s touto chorobou než s jinými typy demence.

Druhá kapitola bakalářské práce byla věnována komunikaci, která byla definována pohledem několika autorů. Dále byl čtenář seznámen s jejími funkcemi a formami, především s verbální a neverbální komunikací. Poté již kapitola směřovala ke konkrétnějším záležitostem, tedy ke komunikaci se seniory, kde byly popsány jednotlivé komunikační bariéry (bariéry na straně klienta, na straně pracovníka a na straně prostředí), a poté ke komunikaci se seniory se syndromem demence, kde byla pozornost věnována obecným zásadám, které by pracovník měl při rozhovoru s klientem dodržovat, v neposlední řadě rovněž způsobům komunikace v jednotlivých fázích demence. Závěr kapitoly byl krátce věnován seznámení se s alternativní a augmentativní formou komunikace.

Při komunikaci je vždy důležité uvědomit si, že i přes přítomné onemocnění, komunikujeme s dospělou osobou, ke které bychom měli chovat pokoru, úctu a důstojnost. Někdy mají lidé tendenci chovat se k osobám se syndromem demence jako k dítěti, pracovník by měl být však osobou, která si zachovává za každé situace profesionální přístup a vždy dbá klientovy důstojnosti.

Výzkumná část se zaměřuje na komunikaci pracovníka s klientem, proto bylo důležité čtenáře provést právě i druhou kapitolou.

Třetí kapitola byla věnována především domovu se zvláštním režimem, sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách, přičemž jsme se mohli dozvědět, kdo může tyto pozice vykonávat a co je jejich náplní práce.

Čtenáře bylo potřeba s DZR seznámit, poněvadž se jedná o prostředí, kde bude výzkum realizován, současně informanty budou právě sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách působící v DZR.

5 Metodologie výzkumného šetření

V metodologické části mé bakalářské práce vymezím hlavní výzkumný cíl a jednotlivé dílčí cíle společně se souborem tazatelských otázek. Následně přiblížím zvolenou výzkumnou strategii, kterou je kvalitativní přístup a zvolenou metodu pro realizaci výzkumu, a to polostrukturovaný rozhovor. Poté čtenáře seznámím s realizací výzkumného šetření, kde zmíním, proč jsem se rozhodla pro zvolené téma výzkumu, charakterizuji výzkumný soubor, tedy informanty, se kterými byl rozhovor realizován a v závěru kapitoly se budu věnovat rizikům výzkumu.

5.1 Hlavní cíl výzkumného šetření a výzkumné dílčí cíle

Hlavním cílem výzkumného šetření této bakalářské práce je analyzovat přístupy v komunikaci pracovníka s klienty.

Pro naplnění HC je potřeba stanovit jednotlivé dílčí cíle, které jsou následující:

DC1: Zjistit, jakým způsobem pracovník DZR zachovává v rámci komunikace důstojnost klienta.

DC2: Zjistit, jakým způsobem pracovník DZR podporuje v rámci komunikace soběstačnost/samostatnost klienta.

DC3: Zjistit, jaké jsou pracovníkovy dovednosti a znalosti v oblasti komunikace s klienty DZR.

5.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Výše zmíněné dílčí cíle jsou níže transformovány do tabulky s tazatelskými otázkami (dále TO), které jsou stěžejní pro dosažení jednotlivých dílčích cílů a cíle hlavního. V rozhovorech budou informantům nejdříve položeny identifikační otázky (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, pracovní pozice, délka praxe se seniory a délka praxe v DZR), poté několik úvodních otázek pro navození přátelské atmosféry a pro uvolnění napětí. V průběhu rozhovoru je na konci souboru otázek jednotlivých dílčích cílů doplněn dotaz, zda chce informant k tomuto okruhu něco doplnit.

V samotném závěru rozhovoru je několik rozvazujících otázek, přičemž posledním dotazem je, zda chce informant ještě něco dodat k celému rozhovoru. Pokud bude některá z odpovědí z úvodních či závěrečných otázek přínosem pro tuto práci, budou zmíněny v interpretaci.

Tabulka 1: Transformační tabulka

Hlavní výzkumný cíl: Analyzovat přístupy v komunikaci pracovníka s klienty.	
Dílčí cíl	Tazatelské otázky
DC1: Zjistit jakým způsobem pracovník DZR zachovává v rámci komunikace důstojnost klienta.	TO1: Jakým způsobem oslovujete klienty?
	TO2: Jakým způsobem oslovují klienty vaši spolupracovníci?
	TO3: Jakým způsobem konfrontujete klienta s realitou, pokud chce např. odejít ze zařízení?
	TO4: Jak poskytujete klientovi pocit vlastní důležitosti, významnosti v rámci verbální i neverbální komunikace?
	TO5: Mohl/a byste mi prosím popsat situaci, kdy jdete ke klientovi na pokoj vykonat nějakou činnost krok za krokem?
	TO6: Klient za vámi přijde v době, kdy máte pauzu (např. obědovou) s potřebou vám něco sdělit nebo s vámi něco řešit, jaká je vaše reakce v takovou chvíli?
	TO7: Když máte s klientem výjezd do nemocnice, jakým způsobem zde

	probíhá předávání informací o klientovi a jeho stavu?
DC2: Zjistit, jakým způsobem pracovník DZR podporuje v rámci komunikace soběstačnost/samostatnost klienta.	TO8: Kdo obvykle zahajuje komunikaci?
	TO9: Jakými způsoby vedete klienty k jejich samostatnosti?
	TO10: Když máte pocit, že klient zcela neporozuměl Vaší otázce nebo jeho odpověď nebyla k tématu, jak se potom snažíte dosáhnout odpovědi z jeho strany, kterou potřebujete nebo chcete získat?
	TO11: Pokud Vám chce klient něco sdělit, ale dělá mu obtíže najít správná slova, jak v takovém případě reagujete?
	TO12: Jak často s klientem provádíte individuální rozhovory a čeho se nejčastěji týkají?
DC3: Zjistit, jaké jsou pracovníkovy dovednosti a znalosti v oblasti komunikace s klienty DZR.	TO13: Jaké máte znalosti, dovednosti v oblasti komunikace se seniory se syndromem demence?
	TO14: Vnímáte ze své strany nějaké komunikační bariéry?
	TO15: V případě, kdy je klient agresivní nebo vulgární, jakým způsobem s ním komunikujete?
	TO16: Jak komunikujete s klientem, který má vlastní komunikační systém/vlastní slovník?

	TO17: Jak komunikujete nebo byste komunikoval/a s klientem s poruchou zraku?
	TO18: Jak komunikujete nebo byste komunikoval/a s klientem s poruchou sluchu?
	TO19: Jakým způsobem si ověřujete, zda klient rozumí sděleným informacím?
	TO20: Jaké další služby, odborníky v zařízení využíváte pro zlepšení komunikace klienta?

5.3 Zvolená výzkumná strategie zkoumání

Výzkum je možné vést prostřednictvím dvou strategií, a to strategií kvantitativní nebo strategií kvalitativní.

Kvantitativní strategii je vhodné zvolit, pokud chceme něco měřit, třídít, uspořádat a následně ověřit platnosti hypotéz. Oproti tomu kvalitativní strategie nepracuje s měřitelnými charakteristikami, ale snaží se porozumět zkoumanému problému, kdy jsou údaje získávány pomocí delšího a hlubšího kontaktu s terénem (Reichel, 2009).

Pro tuto bakalářskou práci byl zvolen přístup kvalitativní, prostřednictvím něhož může výzkumník hlouběji proniknout do zvoleného tématu, do nejrůznějších situací. Narozdíl od kvantitativního přístupu se kvalitativní přístup snaží porozumět člověku, tomu, jak jednotlivé věci vidí a vnímá (Gavora, 2000).

Je však třeba reflektovat nejenom výhody kvalitativního výzkumu jako je možnost studovat procesy, navrhovat teorie, zkoumání fenoménu v přirozeném prostředí, získávání podrobného popisu, vzhledu apod., ale také nevýhody, kdy výzkumník může snadněji ovlivnit výsledky svými osobními preferencemi, ale také analýza a sběr dat

jsou nejnáročnějšími etapami výzkumu, dále se mezi nevýhody řadí obtížnost testovat hypotézy a teorie nebo těžké provádění kvantitativní predikce apod. (Hendl, 2005).

V rámci tohoto výzkumu byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru.

5.3.1 Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor (interview) je nejrozšířenější metodou rozhovorů. Vzhledem k tomu, že má výzkumník již před uskutečněním rozhovoru připravený soubor otázek, hovoříme tak o rozhovoru částečně řízeném. Dle Miovského (2006) je u této metody náročnější technická příprava oproti rozhovoru nestrukturovanému, protože si výzkumník vytváří schéma, které je závazné. Dále zmiňuje, že je při rozhovoru vhodné používat tzv. inquiry, což znamená, že nám informant dovysvětlí, jak danou věc myslel. Inquiry tedy slouží k upřesnění a vysvětlení odpovědi informanta.

Díky tomu, že u této metody je stanoveno tzv. jádro interview, které představuje minimum otázek, které výzkumník musí s informantem probrat, panuje zde jistota, že všechna témata opravdu probrána budou. Na jádro, tedy na připravené otázky, se poté nabalují různé doplňující otázky, které můžou odpovědi informanta rozšířit (Miovský, 2006).

Bakalářská práce se z velké části zaměřuje na komunikaci se seniory se syndromem demence, a proto se mi metoda polostrukturovaný rozhovor jevila jako nejlepší volba. V rámci této metody budu s informantem verbálně komunikovat, budu mít předpřipravený základní soubor otázek, který mohu jednotlivými otázkami doplňovat a vytěžit z celého rozhovoru co nejvíce. Také v rámci této metody mohu pozorovat neverbální komunikaci informanta, zda se shoduje s jeho verbálním projevem a případně si udělat poznámky, které by mohly být využitelné pro následnou interpretaci.

5.4 Charakteristika výzkumného souboru

Přestože hledám odpovědi na otázky zaměřené na komunikaci pracovníka s klienty, zvolila jsem za informanty nejenom sociální pracovníky, ale i pracovníky v sociálních službách, kteří v rámci náplně své práce tráví s klienty značně více času než sociální pracovníci.

Rozhovor byl proveden celkem s 8 informanty, z toho se jednalo o 3 sociální pracovníky (SP) a 5 pracovníků v sociálních službách (PSS). U každého z nich jsem zjišťovala jejich věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délku praxe se seniory a délku praxe v DZR. V následující tabulce jsou uvedeny jednotlivé charakteristiky každého informanta (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, pracovní pozice, praxe se seniory v letech, praxe v DZR v letech), který bude označen písmenem I a přiděleným číslem, který ho spojuje se zaznamenanými odpověďmi z rozhovoru:

Tabulka 2: Charakteristika informantů

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Pozice	Praxe se seniory	Praxe DZR
I1	Ž	24	SŠ, Mz	PSS	5	1
I2	Ž	28	SŠ, Mz	PSS	9	3
I3	Ž	46	SŠ, VI	PSS	13	7
I4	Ž	27	VŠ, Bc.	SP	2	2
I5	M	33	SŠ, Mz	PSS	9	4
I6	Ž	36	VŠ, Bc.	SP	7	4
I7	M	42	SŠ, VI	PSS	15	8
I8	Ž	55	VŠ, Mgr.	SP	10	6

5.5 Realizace výzkumného šetření

K realizaci výzkumného šetření mě přivedla má osobní pracovní zkušenost, jelikož jsem v roce 2020 byla pracovně nasazena do třech různých DZR. V jednom z nich jsem poté několik měsíců následujícího roku pracovala na dohodu o provedení práce. Během mého působení v jednotlivých domovech jsem mohla pozorovat práci pracovníků, jejíž složkou je také komunikace. Vzhledem k probíhající pandemii nebyl čas na to, aby se mi někdo intenzivně věnoval a zaučil mě, a tak jsem měla velmi často problém se s klienty dorozumět. Někteří pracovníci mi poskytli cenné rady, jiní klienta brali jako zboží, které se za chvíli přesune dál. Aby práce pro mě byla jednodušší, začala jsem sama ve svém volném času studovat, jak by se s takto nemocným člověkem mělo jednat. Jelikož jsem se setkávala i s nevhodným chováním ke klientovi z hlediska komunikace ze strany pracovníků, přišlo mi zajímavé zjistit, jak probíhá přístup ke klientům i v dalších DZR.

Po napsání teoretické části, stanovení hlavního výzkumného cíle a z něho vyplívajících dílčích cílů jsem vytvořila sadu tazatelských otázek a začala oslovovat informanty, s čímž mi byly nápomocné mé dvě přítelkyně, které se v sociálních službách již několik let pohybují a získala jsem tak od nich cenné kontakty, které mi usnadnily hledání, tehdy potencionálních, informantů.

Rozhodla jsem se výzkum realizovat s pracovníky z různých zařízení, neboť velkou roli hraje kultura, která je v každé organizaci jiná a ovlivňuje jednání pracovníků, kteří by se mohly v některých odpovědích shodovat.

Neuvádím názvy jednotlivých zařízení, ani jména informantů, protože jejich podmínkou pro uskutečnění rozhovoru byla podmínka naprosté anonymity. Mohu však říci, že rozhovor byl proveden celkem s 8 pracovníky z 5 zařízení.

Před provedením samotného rozhovoru jsem každého informanta seznámila s tématem mé bakalářské práce, s účelem výzkumu a ujistila jsem je, že budu respektovat jejich přání a výsledky z těchto rozhovorů budu prezentovat tak, aby byla zachována jejich osobní anonymita a anonymita pracoviště, ve kterém působí. Rozhovory jsem prováděla v únoru roku 2022, každý rozhovor trval přibližně hodinu a byl veden v prostředí zvoleném informantem, v jeho volném čase.

Odpovědi na tazatelské otázky jsem si zaznamenávala na papír, což mi vzhledem k zachování anonymity informantů připadala jako adekvátnější volba než nahrávání na diktafon či obdobné zařízení. Poté, co jsem dokončila poslední rozhovor, jsem si každý přepsala do vzhlednější formy a zároveň jsem u přepisu třídila a kategorizovala jednotlivá data, abych poté byla schopna je analyzovat, porovnat a interpretovat.

Interpretace odpovědí budou zpracovány v samostatné kapitole.

5.6 Rizika výzkumu

Aby byla ošetřena etická stránka výzkumu, jsou jakékoliv získané informace zcela anonymní. V práci nebyla uvedena jména jednotlivých informantů nebo jejich osobní údaje, podle kterých by mohli být identifikováni a stejně tak nejsou jmenována zařízení, ve kterých informanti působí. Mezi osobní informace můžeme však zařadit i pohlaví, věk, dosažené vzdělání informanta a jeho délku praxe. Proto v práci nebylo specifikováno, kde se jednotlivá zařízení nacházejí. Díky tomu předcházím částečně i riziku, že informanti nebudou z obav odpovídat pravdivě nebo si budou odpovědi měnit k lepšímu.

Při výběru výzkumného vzorku jsem projevila snahu, aby byl rozmanitý a nenacházeli se v něm informanti totožného věku či s obdobnou délkou praxe. Díky rozmanitosti je mimo jiné možné pozorovat, jak komunikaci se seniorem se syndromem demence zvládá mladý informant, který zatím nenasbíral velké množství zkušeností oproti informantovi, který s touto cílovou skupinou pracuje již řadu let. S rozmanitostí souvisí i zastoupení nejenom sociálních pracovníků, ale taktéž pracovníků v sociálních službách, kteří, jak jsem již zmiňovala v kapitole 5.5, tráví s klienty mnohem více času, a tudíž s nimi více komunikují nežli sociální pracovníci. Zároveň jsem při výběru výzkumného vzorku zvolila informanty z různých zařízení, abych se vyvarovala velmi obdobným odpovědím vzhledem k nastavené kultuře organizace.

U některých tazatelských otázek nastala situace, kdy informant svou odpověď vedl jiným směrem, než jaký byl pro mě potřebný. Tato situace nastala např. u TO9: „*Jakými způsoby vedete klienty k jejich samostatnosti?*“, při které informanti svou odpověď nesměřovali ke komunikaci, ale spíše zmiňovali, že např. klienta nechávají,

aby se sám oblékl, sám došel ke stolu apod. Otázku jsem tedy položila znovu s jinou formulací, s upřesněním, abych dosáhla potřebné odpovědi.

Dalším rizikem je situace, kdy informant není výřečný člověk, jeho odpovědi jsou jednoduché a strohé. V takové situaci jsem pokládala doplňující otázky, snažila jsem se doptávat na různé i konkrétní věci, aby vedený rozhovor splnil svůj účel.

Velkým rizikem mohla být také má osobní zkušenost s touto klientelou a s přístupy některých pracovníků, vůči kterým mohu být určitým způsobem zaujatá, a to ať pozitivním směrem, kdy měli profesionální a lidský přístup ke klientům, tak i negativním směrem, kdy jsem byla svědkem různých nevhodných, neprofesionálních situací v přístupu ke klientovi. Tomuto riziku se mi podařilo předejít tak, že jsem při výběru výzkumného vzorku vynechala zařízení, ve kterých jsem působila.

6 Interpretace získaných dat

V této kapitole se zaměřím na samotnou interpretaci výsledků získaných v rámci výzkumu, který byl veden kvalitativní formou s využitím metody polostrukturovaný rozhovor. Budu tedy postupně rozebírat každý dílčí cíl a jeho soubor tazatelských otázek. V závěru této kapitoly budou poté výsledky shrnuty.

Než však přejdu k jednotlivým dílčím cílům, ráda bych se věnovala otázkám, které jsem informantům pokládala v úvodu rozhovoru. Díky nim jsem se dozvěděla, s jakými poruchami se informanti nejčastěji u klientů setkávají. Nejvíce se opakovaly tyto odpovědi: obtíže s porozuměním, zhoršené vybavování slov, problémy s artikulací a nepřítomnost klienta. V úvodu jsem s informanty mluvila také o tom, jak vnímají náročnost komunikace s touto cílovou skupinou, kdy jsem získala odpověď, že komunikace s klienty je pro ně velmi náročná a vyčerpávající.

Pokládala jsem i závěrečné otázky, prostřednictvím kterých jsem se zajímala o to, jak informanti vnímají z hlediska komunikace omezení rouškami. Všichni se shodovali na tom, že to pro ně bylo velké omezení, neboť klienti je mnohem méně poznávali, hůře jim rozuměli a u klientů, kteří ještě ke všemu hůře doslýchali, to byl problém největší. Také jsem se zajímala o to, co je vedlo k výběru tohoto povolání a co jim jejich práce přináší a naopak bere. Odpovědi na tyto otázky nejsou však pro výzkum potřebné, a proto bych se nyní přesunula už k jednotlivým dílčím cílům.

6.1 Zachovávání klientovy důstojnosti pohledem pracovníka

Prostřednictvím prvního dílčího cíle bylo úkolem zjistit, jakým způsobem pracovník DZR zachovává v rámci komunikace důstojnost klienta. V rámci tohoto dílčího cíle bylo využito 7 tazatelských otázek (TO1 – TO7), které budou nyní postupně přiblíženy s příklady odpovědí informantů.

TO1: Jakým způsobem oslovujete klienta?

V rámci první tazatelské otázky se odpovědi informantů shodují. Každý z nich ze základu klientům vyká a oslovuje je jejich příjmením, někdy v rámci oslovení použijí klientovo jméno, ale stále je zachováno vykání. V některých případech

informanti klientům tykají a to, pokud si to klient přeje nebo pokud není jiná možnost, poněvadž klienti někdy na svá příjmení nereagují. I7 však zmiňuje, že podle vnitřních předpisů by měli správně vykat a oslovovat klienta jeho příjmením, také ale dodává: *„Víte co, oni, jak se klienti vrací v těch svých vzpomínkách, tak se taky stane, že najednou na své příjmení přestanou reagovat a v tu chvíli nezbyvá nic jiného než ho oslovit jménem, protože jak s ním pak máte pracovat.“* I6 zase tuto otázku doplňuje: *„Když je klient z rodiny, kde mu celý život říkali Jardo, tak on to příjmení jakoby nezná, tak mu také říkáme Jardo.“*

Všichni informanti se shodují na tom, že pokud přejdou k oslovení klienta křestním jménem, vždy se tento způsob pojí nejprve s vykáním, avšak vzhledem k onemocnění klientů to není vždy správná cesta a některým klientům tykají, protože jinak na jejich oslovení nereagují.

TO2: Jakým způsobem oslovují klienty vaši spolupracovníci?

Všichni informanti se u této otázky shodují. Jejich spolupracovníci mají stejný postup, který byl zmíněn v rámci TO1. Položila jsem zde doplňující otázku, zda byli informanti někdy svědkem nevhodného oslovení klienta ze strany jejich kolegů a jak k takovéto situaci přistupovali. Každý z informantů se v rámci své praxe s nevhodným oslovením klienta setkal a řešil to klidným způsobem, kdy si s kolegou promluvil a daný moment probral. Řekli si, co bylo špatně a jak to má být správně. I8 ještě k této otázce dodává: *Kdyby to však bylo pravidelnějšího rázu, určitě bych volila jiné postupy a asi bych to oznámila naší nadřízené.“*

TO3: Jakým způsobem konfrontujete klienta s realitou, pokud chce např. odejít ze zařízení?

Zde se odpovědi informantů opět shodovaly. Každý z nich poukazoval na individualitu klienta s tím, že je třeba klienta znát a vědět, co si u něj může dovolit v tom smyslu, zda konfrontaci s realitou zvládne či nikoliv. Jsou klienti, kteří konfrontaci zvládnou a pochopí daný moment, ale také jsou klienti, u kterých konfrontace vhodná není, proto je někdy lepší nechat klienta v jeho myšlenkách. Několik informantů (I2, I7, I8) poukazuje na to, že u klientů, kteří mají svou realitu, konfrontace může vyvolat agresivní chování, a proto není vhodné je uvádět do obrazu. Jeden z informantů (I8)

někdy situaci řeší tak, že se snaží odvést řeč jinam, aby převedl klientovu pozornost na něco jiného.

TO4: Jak poskytujete klientovi pocit vlastní důležitosti, významnosti v rámci verbální i neverbální komunikace?

V rámci této otázky jsem získala různé odpovědi. Čtyři informanti (I1, I6, I7, I8) využívají v rámci oslovování titul klienta, pokud nějaký má. I1 také využívá oslovení typu „zlato“, ale dodává, že k takovému oslovení přechází až po nějaké době, kdy zjistí, zda si to u daného klienta může dovolit a zda klientovi takové oslovení nepřijde nevhodné. I3 a I5 zmiňovali oceňování klientů v situacích, kdy se jim něco povede, řeknou jim, že jsou šikovní apod. Dále informanti poskytují pocit vlastní významnosti v rámci rozhovoru tak, že se klientovi dívají do očí nebo zaujmou určitý postoj těla (I1), přikyvuji (I4, I7, I8) a také parafrázují to, co se dozvěděli (I7, I8).

TO5: Mohl/a byste mi prosím popsat situaci, kdy jdete ke klientovi na pokoj vykonat nějakou činnost krok za krokem?

V rámci této otázky jsem jako první odpověď očekávala to, že informanti nejprve zaklepu na dveře pokoje. K mému potěšení zaklepání na dveře opravdu všichni informanti zmiňují jako první bod. Někteří informanti po zaklepání chvíli počkají (I5, I6, I7, I8), ale dodávají, že slovo *dále* slyší zřídka kdy. Ostatní informanti (I1, I2, I3, I4) ihned po zaklepání vcházejí do pokoje. Kromě I4 a I5 všichni informanti klienta pozdraví a osloví. I7 a I8 se klientovi pokaždé představují, a to z důvodu, aby klientovi připomněli, kdo jsou, poněvadž si je nepamatují. I7 dodává, že představovat se si zvykl díky nošení respirátorů, kdy ho klienti nepoznávali. Všichni informanti v závěru své odpovědi říkají to samé, a to že klientům sdělí, proč tu jsou a co se bude dít.

TO6: Klient za vámi přijde v době, kdy máte pauzu (např. obědovou) s potřebou vám něco sdělit nebo s vámi něco řešit, jaká je vaše reakce v takovou chvíli?

Všichni informanti se shodují na tom, že pokud klient potřebuje něco akutního, tak svou pauzu přeruší a odchází řešit danou situaci. Pokud však jde o něco, co může počkat, tak všichni informanti kromě I6 dávají přednost své pauze, kdy klienta

požádají, zda by mohl vydržet, než si dojí jídlo, a poté za ním přijdou. I6 říká: „*Dělám jako bych pauzu neměla, snažím se mu pomoc.*“ Jediný, kdo si s informanty je ochotný při svém obědě povídat je I4, kterému to nevádí. I8 navíc srovnává dobu před a při covidu. Před covidem chodila do jídelny a s kolegy se střídali tak, aby vždy byl někdo přítomný v kanceláři, a tak měla opravdu prostor a čas sama pro sebe. Za covidu musela obědvat ve své kanceláři, a tak docházelo na situace, kdy ji klient vyrušoval. Postup byl však takový jako u většiny informantů, pokud se nejednalo o nic akutního, požádala klienta o strpení s tím, že jakmile dojí, tak za ním přijde.

TO7: Když máte s klientem výjezd do nemocnice, jakým způsobem zde probíhá předávání informací o klientovi a jeho stavu?

Kromě I8 byl každý z informantů na výjezdu s klientem. I8 mi však takovou situaci popsala dle toho, co ví od pracovníků přímé péče a jak by dle ní měla probíhat. Pokud by I8 jela do nemocnice s klientem, který je schopný komunikovat a sám říci, kvůli čemu přijel, nechá mu prostor k vyjádření a případně by informace doplnila. Na takovémto přístupu se kromě I3, I4 a I6 shodují všichni informanti. I3 si stěžuje na to, že vždy lékařský personál komunikuje výhradně s ní, a ne s klientem, avšak nijak se nesnaží takovou situaci změnit, protože nechce lékařský personál zdržovat. I4 a I6 automaticky přebírají slovo za klienta, a to z toho důvodu, že to vnímají jako jednodušší a rychlejší způsob, poněvadž nemusí čekat na to, až se klient dle jejich slov „*vymáčkne*“. Někteří informanti si stěžovali na přístup lékařského personálu, který častokrát klienta přehlídí a začne komunikovat s nimi. Již jsem zmínila odpověď I3, která však takovou situaci neřeší, ale I2 a I7 v situaci, kdy lékař nebo sestra začnou mluvit s nimi, reagují tak, že je převedou na komunikaci s klientem, poněvadž on je ten, který potřebuje vyšetřit a který nejlépe ví, co ho trápí. O tomto problému se zmiňuje i I8, kdy její kolegyně si leckdy stěžují na neprofesionální přístup lékařského personálu, který mnohdy klienta absolutně ignoruje.

V rámci souboru tazatelských otázek k prvnímu dílčímu cíli I3 doplňuje, že by bylo potřebné, aby pečovatelský personál měl základní informace o zdravotním stavu klienta, poněvadž při výjezdech s nimi není sestra z domova a sám není schopen

zodpovědět veškeré dotazy lékaře. Další problém vidí v tom, že nezná onemocnění klienta, v jaké fázi demence se nachází.

6.2 Podpora soběstačnosti/samostatnosti klienta pohledem pracovníka

Pomoci druhého dílčího cíle bylo zjišťováno, jakým způsobem pracovník DZR podporuje soběstačnost/samostatnost klienta v rámci komunikace. Pro tento dílčí cíl byl vytvořen soubor 5 tazatelských otázek (TO8 – TO12) a nyní budou postupně získané odpovědi interpretovány.

TO8: Kdo obvykle zahajuje komunikaci?

Odpovědi na tuto otázku nebyly jednotné. U poloviny informantů (I1, I3, I5, I6) zahájení komunikace závisí většinou na jejich straně. Tři informanti (I2, I4, I7) tvrdí, že zahájení komunikace je rovnocenné a přibližují svou odpověď tak, že pokud přichází klient za nimi, zahajuje komunikaci on a pokud přichází za klientem oni, zahajují komunikaci oni. O tom mluví i I3, avšak tvrdí, že ve většině případech probíhá zahájení komunikace z jeho strany. I8 má jako jediná odlišnou odpověď a říká, že většinou komunikaci zahajuje klient, a to z následujícího důvodu: „(...) *když jdu za ním, někdy je rychlejší a pozdraví mě a rovnou se na něco ptá, takže by se dalo říct, že asi z větší části je to klient.*“

V rámci této otázky jsem se informantů doptávala, zda při vedených rozhovorech s klienty jde spíše o monolog nebo dialog a pokud byl odpovědí monolog, tak převážně z čí strany. Všichni informanti se shodují na tom, že se to odvíjí od toho, o jakého klienta se jedná. I1, I3 a I8 odpověděli, že v rámci složení jejich klientů jde z větší části o dialog. Naopak odpověď I5 byla taková, že většinou jde o monolog z jeho strany. Ostatní informanti tvrdí, že v rámci jejich oddělení je to poměrně vyrovnané a co se týče monologu, většinou je z jejich strany.

TO9: Jakými způsoby vedete klienty k jejich samostatnosti?

Tuto tazatelskou otázku jsem po prvních dvou vedených rozhovorech upravila, neboť prvotní odpověď informantů nesměřovala k hledisku komunikace. Proto jsem se později ptala tímto způsobem: Jakými způsoby vedete klienty k jejich samostatnosti

v rámci komunikace? Díky zmíněnému upravení otázky už informantům bylo zřejmé, jakým směrem odpověď po nich požadují. Kromě I6 všichni informanti nechávají klientovi prostor k vyjádření a neskáčou mu ihned do řeči, pokud nemůže najít správná slova. Pokud vidí, že klient opravdu tápe, snaží se mu pomoci. I8 říká: „*Když ale vidím, že mu to nejde, pomůžu mu, ale stále se snažím, aby co nejvíce řekl sám.*“ Odpověď I6 byla následující: „*Hned se mu snažím pomoci najít slova, aby přišel na správné slovo.*“

TO10: Když máte pocit, že klient zcela neporozuměl vaší otázce nebo jeho odpověď nebyla k tématu, jak se potom snažíte dosáhnout odpovědi z jeho strany, kterou potřebujete nebo chcete získat?

I6 a I7 se pokusí nejprve dotaz položit znovu ve stejném znění, pokud to klient stále nechápe, otázku přeformulují, což taktéž provedou všichni ostatní informanti. I1 a I2 se snaží svou otázku co nejvíce zjednodušit, aby byla pro klienta pochopitelná. I2 navíc říká: „*Nemá smysl se ptát, jestli se vyspal dobře, je lepší se zeptat, jak se vyspal.*“ I2 se snaží, pokud je to možné, klientovi nějakým způsobem ukázat, co má na mysli. Většina informantů (I3 – I8) se snaží klientovi svou otázku dovysvětlit nebo se doptávají tak, aby došli k potřebnému výsledku.

TO11: Pokud vám chce klient něco sdělit, ale dělá mu obtíže najít správná slova, jak v takovém případě reagujete?

Většina informantů (I3, I4, I6 – I8) nejprve klientovi nechá prostor pro případné rozpomenutí. Pokud však na klientovi vidí, že si opravdu na potřebná slova nemůže vzpomenout, tak se mu snaží pomoci takovým způsobem, že se vzhledem ke kontextu snaží navrhnout slova, která by s jeho sdělením mohla souviset. Také I5 se snaží navrhnout různá slova, ale společně s I1 a I2 nezmínili, že by nejprve klientovi nechali prostor a čas k vyjádření. Zajímavá byla následující odpověď I2: „*Občas si připadám, jako když hrajeme aktivitu a já hádám slovo, které mi druhý chce říct.*“

TO12: Jak často s klientem provádíte individuální rozhovory a čeho se nejčastěji týkají?

Pomocí této otázky jsem chtěla zjistit, zda v nějakém pravidelném režimu probíhají individuální rozhovory (IR) s klienty s odkazem na jejich individuální plán (IP) a celkovou spokojenost se zařízením a jeho službami. Informanti však můj dotaz pochopili rozdílně a velmi mě překvapilo, že ne v každém zařízení by se individuální rozhovory v rámci IP praktikovaly. Všichni informanti se shodují na tom, že IR s klienty vedou denně v rámci běžné komunikace. V zařízení, kde působí I1 musí s klienty vést IR v rámci IP minimálně jednou týdně (průběh IR zapisují do databáze), kdy si shrnou, co se dělo a co je čeká v následujícím týdnu, mluví o tom, s čím je a není klient spokojený, a protože je to prostor vymezený pro daného klienta, informant s ním mluví o čemkoliv, co klienta zrovna zajímá nebo o čem chce sám mluvit. I8 musí vést IR v rámci IP jednou měsíčně „(...) *kdy se píše do plánu nějaké shrnutí, jestli se něco změnilo, jestli klient udělal v něčem pokrok, ale většinou je to o tom, co se zhoršilo. Tyto IR se odvíjí od IP a řeší se témata v něm obsažená. Hodně se bavíme i o jejich spokojenosti, jak jsou spokojeni s jídlem, s péčí, s veškerým personálem, jestli by chtěli něco změnit, něco zlepšit apod.*“ Ostatní informanti tvrdí, že v rámci IP nemusí vést IR pro potřeby databáze v pravidelném režimu. I7 kromě toho, že o IR mluví v rámci všední komunikace, také říká: „*Jinak jako klíčový pracovník musím vždycky každý měsíc u něho shrnout, ale není to tak, že bych si ke každému svému klientovi na konci měsíce sedl a popovídali bychom si, na to prostě není čas. Takže to zhodnocení dělám podle toho celého měsíce.*“

6.3 Dovednosti a znalosti pracovníka

Prostřednictvím třetího dílčího cíle bylo zjišťováno, jaké mají pracovníci dovednosti a znalosti v oblasti komunikace s klienty DZR. Pro naplnění tohoto dílčího cíle bylo vytvořeno 8 tazatelských otázek (TO13 – TO20), jejichž odpovědi budou nyní interpretovány.

TO13: Jaké máte znalosti, dovednosti v oblasti komunikace se seniory?

V rámci této otázky jsem se informantů musela hodně doptávat, chtěla jsem zjistit, zda absolvovali kurzy zaměřené na komunikace se seniory se syndromem demence,

zda nasbírali nějaké znalosti již v rámci studia na školách a také jestli k případnému studia využívají svůj volný čas.

Většina informantů, kromě I2 a I8, nemá znalosti získané ze školy. I2 a I8 mluví sice o nějakých znalostech ze školy, ale dodávají, že komunikaci ve škole probírali velmi okrajově. Každý informant pravidelně absolvuje kurzy od zaměstnavatele, a to dle zákona 24 h za rok. Všichni informanti, kromě I1 a I8, tvrdí, že absolvovali kurzy se zaměřením na komunikaci, ale i přes toto zaměření se na kurzech mluvilo převážně o péči. I1 čeká kurz zaměřený speciálně na komunikaci tento podzim a I8 kurzy velice chválí s tím, že ji mnohé naučily. Co se týče studia ve volném čase, I1 říká: *„O komunikaci jsem si nic nehledala, spíše o diagnózách apod.“* Většina informantů se shoduje na tom, že informace ve svém volném čase si hledá, pokud narazí v praxi na něco nového, ale jinak se nijak zvlášť nevzdělávají, ale I4 to vnímá tak, že díky samostudiu: *„(...) mohu pak lépe pracovat, protože komunikace je náš nejhlavnější nástroj.“* Někteří informanti (I1, I2, I7, I8) zmiňují, že se ve svém volném čase samostudiu nevěnují, poněvadž potřebují čas na regeneraci. I3 ještě k této otázce dodává: *„Chybí mi v organizaci nějaký manuál, nějaké náměty, aby nám to pomohlo, nějaký průvodce.“*

TO14: Vnímáte ze své strany nějaké komunikační bariéry?

U této otázky se v rámci odpovědí informanti vůbec neshodovali až na jedinou záležitost: I2 – I4, I5, I7 a I8 mluví o situaci, kdy mají na oddělení nového klienta a musí si k sobě najít cestu, a to i v rámci komunikace. I8 o této situaci říká: *„(...) úplně bych to nenazvala jako bariéru, je to takový adaptační proces nejenom klienta, ale i nás jako personálu.“* I3 občas používá složitější výrazy, které klient nepochopí, ale informant má problém v některých chvílích najít jakékoliv zjednodušení. I4 mluví o nervozitě, když má mluvit o tématech, které jí nejsou zcela příjemné a říká, že: *„(...) jsem roztěkaná a koktám a nedokážu se na mluvení úplně soustředit, (...)“* I6 má velký problém mluvit nahlas a říká: *„Když klient neslyší, jedno slovo dobrý, ale celá věta, to nejde.“*

TO15: V případě, kdy je klient agresivní, vulgární, jakým způsobem s ním komunikujete?

Co se týče samotných vulgárních projevů, někteří informanti (I1, I3, I5, I7) klienty konfrontují s tím, že se jim takové oslovení nelíbí a velmi se jich to dotklo. I7 dodává, že je třeba vědět, zda má konfrontace u daného klienta smysl. I8 hovoří o vzájemném respektu s klienty, který se snaží budovat a klienti se jí většinou po nějakém hanlivém oslovení omluví. Ostatní informanti vulgaritu přecházejí.

Pokud je klient agresivní, tak I1 volá zdravotní sestru, aby mu dala lék na uklidnění. I2, I6 a I8 od agresivního klienta odchází a vrátí se později, kdy už je klient klidný. I3 a I4 se snaží odvést klientovu pozornost na něco jiného, aby předešli tomu, že si klient ublíží a aby potřebnou činnost nemuseli odkládat na později. I5 se snaží zanechat klidný tón a na klienta mluví a říká mu: „(...) *že se nic neděje, že jí nikdo neublíží, že jsem tu z takového a takového důvodu.*“ I7 i přes agresi klienta činnost vykoná a případně si na pomoc volá někoho z kolegů.

TO16: Jak komunikujete s klientem, který má vlastní komunikační systém/vlastní slovník?

U této otázky mě velice překvapila odpověď I1, který má pro mě odstrašující odpověď: „*Většinou na to nemám nervy a přenechám to kolegům, kteří se dovedou s klientem domluvit.*“ Vzhledem k tomu, že to byl první vedený rozhovor, obávala jsem se odpovědí dalších informantů, ale mé obavy se ukázaly jako bezpředmětné.

I2, I3 a I8 se setkali s klienty, se kterými komunikovali pomocí piktogramů, navíc I3 má na oddělení klienta, který komunikuje jenom rukama, a tak se snaží hodně doptávat, aby opravdu přišel na to, co mu tento klient sděluje. V zařízení u I4 je zase klient, který nemluví, ale „heká“ a používá hodně gesta, ale převážně pracovníkům rozumí. I5 a I7 mluví o tom, že s takovými klienty je obtížné se dorozumět a pro komunikaci používají ruce, nohy a ukazování. Taktéž I6 používá ruce a celkově neverbální komunikaci. I8 zmiňuje: „*V tomhle je neskutečně nápomocná naše logopedka, která vždy najde cestu, jak se s klientem domluvit.*“

TO17: Jak komunikujete nebo byste komunikoval/a s klientem s poruchou zraku?

Všichni informanti se ve svých odpovědích shodují na tom, že u klientů s poruchou zraku je potřebné především mluvit, a to více než obvykle, každý jednotlivý úkon je třeba důkladně vysvětlovat a popisovat. I8 navíc zmiňuje: „(...), že je vždy důležité se představit, ale to u lidí s demencí celkově.“

TO18: Jak komunikujete nebo byste komunikoval/a s klientem s poruchou sluchu?

U této otázky se v odpovědích taktéž shodují a všichni kromě toho, že zvýší hlas, tak mnohem více využívají gesta a dávají si pozor na řádnou artikulaci. I7 navíc využívá i obrázky, ze kterých klient s poruchou sluchu pochopí, co se mu snaží říci.

TO19: Jakým způsobem si ověřujete, zda klient rozumí sděleným informacím?

U této otázky jsem se setkala se dvěma typy odpovědí. Dvěma informantům (I1, I6) stačí klientovo kývnutí či odpověď, že rozumí. Ostatní informanti, kromě I5 po klientovi vyžadují, aby jim parafrázoval, o čem zrovna spolu mluvili. I5 kombinuje oba typy s tím, že ví, u kterých klientů mu stačí jednoduchá odpověď a u kterých je třeba, aby sami řekli, co právě řešili.

TO20: Jaké další služby, odborníky v zařízení využíváte pro zlepšení komunikace klienta?

Velice mě zajímalo, zda pracovníci mají ve svém zařízení i jiné odborníky, kteří by jim mohli být nápomocni v komunikaci s klienty nebo zda zařízení využívá někoho externího.

U I1, I3, I7 a I8 mají v jejich zařízeních logopedku, avšak u I3 není klientům většinou k dispozici a I3 říká, že: „Připadá mi, že paní logopedku tu máme spíše na okrasu, a hlavně kvůli tomu, že se zařízení pak může lépe prezentovat.“ Další odborník se nachází v domově u I2, kde mají ergoterapeuta. V ostatních zařízeních, kde informanti působí, se nikdo z řad odborníků nevyskytuje, ani jejich zaměstnavatel nevyužívá někoho externího.

6.4 Shrnutí získaných dat

Prostřednictvím **prvního výzkumného cíle** jsem za pomoci souboru sedmi tazatelských otázek zjišťovala, jakým způsobem pracovníci zachovávají klientovu důstojnost v rámci komunikace. Domnívám se, že získané výpovědi informantů v rámci tohoto dílčího cíle jsou ve větší míře v souladu s teoretickými poznatky této práce. Informanti i jejich kolegové oslovují ze základu klienty prostřednictvím vykání v kombinaci s jejich příjmením; pokud mají klienta konfrontovat s realitou, reflektují, zda taková konfrontace bude účelná a nevyvolá negativní odpověď klienta; pokud pracovníci vstupují ke klientovi na pokoj, nejdříve zaklepou na dveře a všichni klienta seznámí s tím, proč přišli a jakou činnost je třeba vykonat; pokud mají informanti pracovní přestávku a klient za nimi přijde, žádný z nich ho vyloženě neodbije a jeden z informantů dává před svou pauzou vždy přednost klientovi. Rozdílných odpovědí jsem dosáhla u poslední tazatelské otázky prvního DC, kdy někteří informanti v rámci situace, kdy jsou s klientem v nemocnici, přebírají slovo za klienta, to tedy znamená, že v jeho přítomnosti o něm hovoří ve třetí osobě, což není v souladu s teoretickými poznatky této práce, avšak větší část informantů nechává první slovo klientovi a v případě potřeby ho doplňují.

V rámci **druhého výzkumného cíle** jsem pomocí pěti tazatelských otázek zjišťovala, jakým způsobem probíhá podpora soběstačnosti/samostatnosti klienta v rámci komunikace ze strany pracovníka. U tohoto DC mohu konstatovat, že se z větší části shoduje s teoretickými poznatky této práce až na drobné výjimky. Nejprve jsem zjišťovala, kdo obvykle zahajuje komunikaci a jakou tato komunikace má formu (monolog, dialog). Odpovědi informantů u této TO byly různé, polovina řekla, že zahájení komunikace závisí na nich, další tři, že zahájení komunikace je mezi nimi a klienty rovnocenné, jeden informant odpověděl, že většinou zahajuje komunikaci on a poslední informant tvrdí, že většinou komunikaci zahajuje klient. Co se týče formy, všichni informanti až na jednoho v rámci komunikace s klienty vedou spíše dialogy nežli monology, to se však odvíjí od toho, jaké mají momentální složení klientů na svém oddělení. V rámci zachování klientovy samostatnosti, všichni informanti až na jednoho, nechávají klientovi prostor k vyjádření a neskáčou mu do řeči, pokud dlouho nehledá vhodná slova, poté se mu snaží pomoci, ale takovým způsobem, aby rozhovor stále vedl klient. Když klient neporozumí položené otázce, všichni

informanti nejprve otázku přeformulují tak, aby pro klienta byla pochopitelná a poté se většina snaží klientovi případně svou otázku dovysvětlit nebo se nějakým způsobem doptávají. Když klient má problém se sdělením, všichni informanti až na dva nejprve nechávají klientovi prostor, aby se rozpomněl a našel slova sám, pokud však klient dlouho tápe, snaží se mu pomoci tak, že navrhuji různá slova, která by s kontextem dané věty mohla souviset. Poslední TO při tomto DC se zaměřovala na IR s klienty. IR v pravidelném režimu v souvislosti s IP klienta se provádějí pouze v zařízení u třech informantů, kdy však jeden z nich přiznává, že realita je jiná a zápis do databáze provádí na základě celkové komunikace v rámci daného měsíce. Všichni informanti však praktikují IR s klienty v rámci denní běžné komunikace.

Posledním dílčím cílem bylo zjistit, jaké má pracovník dovednosti a znalosti v komunikaci s klienty DZR, a to prostřednictvím osmi tazatelských otázek. V rámci tohoto DC musím poznamenat, že jsem vnímala největší rozdíly v získaných informacích v porovnání s teoretickými poznatky této práce. Většina informantů nemá pocit, že by potřebné znalosti v oblasti komunikace získala v rámci studia na školách, neboť zde tomuto tématu byl věnován prostor velmi okrajově. Až na dva informanty všichni tvrdí, že v rámci kurzů, které musí dle zákona absolvovat nezískávají dostatečné informace o vhodném způsobu komunikace s klienty DZR. Jeden z informantů však kurzy velice chválil s tím, že mu mnohé daly, a i díky nim zvládá komunikaci s touto cílovou skupinou. Informanti nevěnují svůj volný čas ke případnému studiu až na jednoho. Důležitým zjištěním v rámci tohoto DC je to, že informanti u sebe reflektují své komunikační bariéry a snaží se s nimi pracovat. Dále jsem zjišťovala, jak informanti komunikují s různými typy klientů. Co se týče vulgárních klientů, polovina informantů klienta konfrontuje např. s nevhodným způsobem oslovení a druhá polovina vulgární vyjadřování přechází. U agresivních klientů se přístupy informantů značně liší. Jeden z nich volá zdravotní sestru, aby klientovi dala lék na uklidnění, další tři od klienta odcházejí a vrací se svou činnost vykonat později, kdy je klient klidný, dva informanti se snaží klienta uklidnit tak, že převedou jeho pozornost na něco jiného, jeden informant klientovi vysvětluje situaci a poslední informant i přes agresi klienta vykoná potřebnou činnost, někdy i za pomoci dalšího kolegy. Když má klient svůj komunikační systém, všichni informanti až na jednoho hledají způsob, jak se s klientem dorozumět. U klientů

s poruchou sluchu nebo zraku informanti volí vhodné způsoby komunikace tak, aby se vždy s klientem dorozuměli. Co se týče ověřování pochopení sdělených informací, dva informanti se uspokojí s klientovým přikývnutím a ostatní vyžadují po klientovi parafrázování. Závěrem mě velmi zajímalo, zda zařízení, ve kterých informanti působí mají nějaké odborníky, kteří by pracovali s klienty na jejich komunikaci, nebo zda využívají někoho externího. U pěti informantů se odborníci nacházejí, ve čtyřech případech jde o logopeda a u jednoho o ergoterapeuta.

Závěr

Má bakalářská práce se věnovala tématu *Sociální práce se seniory se syndromem demence v domově se zvláštním režimem z hlediska komunikace*. Práce byla rozdělena do dvou částí, první (teoretická) část této práce byla věnována teoretickým poznatkům, které byly rozděleny do třech samostatných kapitol.

První kapitola se věnovala pojmu *demence*, kde byl tento pojem charakterizován včetně jednotlivých fází demence a jejich průběhem, dále zde byly zmíněny různé typy demence, avšak největší pozornost byla věnována Alzheimerově chorobě jakožto onemocnění, které má mezi typy demence největší zastoupení. U této choroby byly vyjmenovány a popsány nejdůležitější příznaky, kterými jsou: porucha paměti, ztráta mechanických funkcí, ztráta orientace, potíže s komunikací, změna osobnosti a ztráta soběstačnosti.

Druhá kapitola se věnovala pojmu komunikace, který byl stejně jako pojem demence nejprve všeobecně charakterizován společně s funkcemi a způsoby komunikace. Dále se v této kapitole pojednávalo o komunikaci se seniory a jednotlivým komunikačním bariérám. Následně byla pozornost věnována komunikaci se seniory se syndromem demence, kde byly rozebrány zásady komunikace s touto cílovou skupinou, které by měly být obecně dodržovány, a také způsoby komunikace v jednotlivých fázích demence. Závěrem této kapitoly byla věnována zmínka alternativní a augmentativní komunikaci, jelikož i tyto způsoby komunikace by u seniorů se syndromem demence měly mít své velké zastoupení.

Třetí kapitola se věnovala sociálním službám, které může senior trpící demencí či rodina, která o něj pečuje, využít. Hlavním tématem této kapitoly byla pro účely výzkumu služba domov se zvláštním režimem a pracovníci v ní působící, kteří se následně stali informanty výzkumu.

Po teoretické části následovala druhá část práce, část empirická, se kterou se pojí výzkumné šetření.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo *analyzovat přístupy v komunikaci pracovníka s klientem*. Pro dosažení tohoto výzkumné cíle byly stanoveny tři dílčí cíle, které následně byly transformovány do souboru tazatelských otázek. Pro výzkum byla

zvolena kvalitativní výzkumná strategie s využitím metody polostrukturovaný rozhovor. Výzkumným souborem se stalo 8 informantů, konkrétně 3 sociální pracovníci a 5 pracovníků v sociálních službách, celkem z 5 zařízení. Rozhovory byly vedeny s informanty z různých zařízení proto, aby se předešlo stejnorodým odpovědím, které by mohly být zapříčiněny kulturou organizace.

První dílčí cíl měl za úkol *zjistit, jakým způsobem pracovník DZR zachovává v rámci komunikace důstojnost klienta*. V rámci tohoto DC bylo zjištěno, že využívané způsoby informantů jsou z větší části v souladu s teoretickými poznatky této práce a důstojnost klientů v rámci komunikace je zachovávána.

Úkolem druhého dílčího cíle bylo *zjistit, jakým způsobem pracovník DZR podporuje v rámci komunikace soběstačnost/samostatnost klienta*. I u tohoto DC bylo dle získaných informací zjištěno, že způsoby informantů se z větší části shodují s teoretickými poznatky této práce a soběstačnost/samostatnost klientů je tak zachovávána.

Třetí dílčí cíl měl za úkol zjistit, jaké jsou pracovníkovy dovednosti a znalosti v oblasti komunikace s klienty DZR. Získané informace tohoto DC byly častěji v rozporu s teoretickými poznatky této práce než získané informace u předchozích dílčích cílů. Avšak i přes tuto protichůdnost byla větší část výpovědí v souladu s teorií než naopak.

V rámci získaných informací prostřednictvím jednotlivých dílčích cílů se domnívám, že hlavní výzkumný cíl byl naplněn. Vzhledem ke zjištěným nedostatkům v případech, kdy se odpovědi informantů neslučovaly s teoretickými poznatky této práce, bych pro praxi doporučovala, aby byla věnována větší pozornost smysluplnému vzdělávání pracovníků DZR, aby měli větší možnosti pro získání informací v oblasti komunikace s touto cílovou skupinou a cítili se tak pro svou profesi dostatečně připravení. S tím souvisí i vzdělávání na školách, kde by bylo potřebné oblasti komunikace s různými cílovými skupinami věnovat nejlépe samostatný předmět a tím by absolventi byli mnohem lépe připraveni do praxe, neboť komunikace je v sociální práci jedním z nejzákladnějších kamenů. Zároveň by bylo potřebné, aby kurzy, které se v rámci zaměstnávání absolvují nebyly primárně zaměřeny na péči a pokud už ve svém názvu nesou slovo komunikace, měla by tomuto pojmu být věnována největší část.

Na základě zjištěných výsledků vnímám potenciál pro další zkoumání, které by se mohlo zaměřovat na analyzování způsobů komunikace mezi pracovníky navzájem nebo také na analyzování komunikace mezi pracovníky a rodinou klienta.

Má bakalářská práce může být přínosem nejenom pro návrhy dalšího zkoumání, ale může sloužit jako zpětná vazba pro pracovníky DZR a také by mohla přispět k inovaci celkového systému vzdělávání budoucích pracovníků.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Transformační tabulka

Tabulka 2: Charakteristika informantů

Seznam použitých pramenů a literatury

BENDO VÁ, Petra. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-508-0.

BONNET, Anne-Marie a Thierry HERGUETA. *Parkinsonova choroba: rady pro nemocné a jejich blízké*. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0155-7.

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-081-x.

ČECHOVÁ, Kateřina, Adéla FENDRYCH MAZANCOVÁ a Hana MARKOVÁ. *V bludišti jménem Alzheimer: na co v ordinaci nezbyvá čas*. Praha: Management Press, 2019. ISBN 978-80-264-2707-0.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3179-6.

HAUKE, Marcela. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HRDLIČKA, Michal a Darina HRDLIČKOVÁ. *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-797-4.

JANO UŠEK, Jaromír. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1594-0.

JIRÁK, Roman. *Demence*. Praha: Maxdorf, c1999. ISBN 80-85800-44-6.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

- LEŠKO, Ladislav. *Náhled do sociální komunikace*. Brno: Tribun EU, 2008. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-7399-466-2.
- LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada, 2003. Manažer. ISBN 80-247-0650-4.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.
- NEUBAUEROVÁ, Lenka a Karel NEUBAUER. *Neurogenně podmíněné poruchy komunikace u seniorů v sociálně-zdravotní péči*. [Hradec Králové]: Gaudeamus, 2020. ISBN 978-80-7435-794-7.
- PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
- RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
- ŠAROUNOVÁ, Jana. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

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

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie. 2.*, přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1428-8.

Legislativa:

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2022 [cit. 4. 4. 2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ČESKO. Vyhláška č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2022 [cit. 4. 4. 2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

Seznam příloh

Příloha A: Přepis rozhovoru s informantem I8

Příloha B: Přepis rozhovoru s informantem I1

Úvodní otázky:

S jakými poruchami komunikace se u klientů setkáváte?

Velké problémy jsou v porozumění, je těžké této cílové skupině vysvětlit nejrůznější věci, tím teď hlavně myslím situace, kdy jsou svéprávní a je potřeba podepsat jakýkoliv dokument. Oni sice působí, jakože tu nejsou s námi, ale jakmile za nimi přijdu s tím, že potřebuji něco podepsat, tak ožijí a hned se vyptávají, na co ten jejich podpis potřebuju. Pak také je velká překážka v tom, že hledají správná pojmenování, nevybavují si už některá slova, a to se zase dostávám k tomu, že pak je složité to porozumění.

Jak vnímáte náročnost komunikace s klienty se syndromem demence?

Tak samozřejmě je to hodně náročné. Každý ten klient je úplně jiný, každý je individuální, a i když jsou dva klienti, kteří mají stejný problém, i přesto je ta komunikace s každým z nich jiná.

Jaké momenty jsou pro vás nejnáročnější?

Nejnáročnější jsou pro mě chvíle, kdy mi klient opravdu nerozumí a já mám pocit, že už jsem vyčerpala jakékoliv možnosti, jak mu tu danou věc vysvětlit, ale nakonec si vždycky poradíme.

Co vám pomáhá se s péčí o klienty vyrovnat?

Co mi pomáhá? Tak určitě to, že mám své kolegy a kolegyně, kteří zatím demenci nemají a mohu tak za ten den vést i normální rozhovor. A jinak je důležité si práci netahat v hlavě domů, ale nebudu lhát, vždycky to tak nejde.

Domníváte se, že máte dostatek informací o vhodném způsobu komunikace s vaší cílovou skupinou a připravenost k profesi je dostatečná?

Myslím si, že ano. Už mám pár let praxe za sebou a ta praxe vás naučí nejvíc. Je samozřejmě velice prospěšné absolvovat kurzy nebo se jiným způsobem vzdělávat,

ale vždy je to jenom teorie a v té praxi s vámi nestojí lektor, který by vám napovídal, tam už je to o vás.

Vnímáte v něčem nedostatečnost a co by pomohlo ke zlepšení?

Nedostatečnost vnímám v tom, že co se zdravotní stránky týče, nevím o klientovi skoro nic než to, co vypozerují nebo to, co občas prozradí sestřička nebo to, co se dozvíme na sociálním šetření. Učila jsem se o jednotlivých fázích demence, jak v kterých typech demence, jak v které fázi komunikovat, v jakých nejrůznějších situacích, ale občas si říkám, k čemu mi mé znalosti jsou, když tyto informace jsou mi nepřístupné. Na druhou stranu díky těmto znalostem dokážu aspoň odhadnout, s kým mám tu čest. Takže by pomohlo, kdybychom mohli mít aspoň základní informace o zdravotní stránce klienta.

Důstojnost:

TO1: Jakým způsobem oslovujete klienty?

Ze základu klientovi vykám a používám jeho příjmení. U některých vykám, ale oslovím je jejich křestním jménem. Záleží klient od klienta. Ano, pokud si klient přeje, abychom mu tykali, tak je to možné, avšak já většinou zůstávám stejně u toho vykání. Třeba klienta místo dobrý den pozdravím ahoj, ale v rámci nějakého respektu raději vykám. Oni klienti to spíše vyžadují u pečovatelek než u nás, poněvadž nás vídají mnohem méně.

TO2: Jakým způsobem oslovují klienty vaši spolupracovníci?

Kolegyně a kolegové mají stejný přístup jako já, takže vykání s příjmením nebo jménem či pozdrav ahoj.

Byla jste někdy svědkem nevhodného oslovení klienta ze strany někoho z vašich kolegů a jak jste takovou situaci řešila nebo jak byste ji řešila, kdyby nastala?

Nikdy jsem naštěstí neslyšela od svých kolegů špatný způsob oslovení klienta a kdybych toho byla svědkem, tak bych si s ním stranou promluvila, probrali bychom to a pokud by se tato situace neopakovala, nechala bych to být. Kdyby to však bylo pravidelnějšího rázu, určitě bych volila jiné postupy a asi bych to oznámila naší nadřízené.

TO3: Jakým způsobem konfrontujete klienta s realitou, pokud chce např. odejít ze zařízení?

Upřímně, já se s takovou situací setkávám zřídka, tohle většinou řeší kolegyně pečovatelky. Ale když už taková situace nastane, tak ne vždy klienta přesvědčuji o opaku, ale snažím se řeč odvést jinam, aby jeho se jeho pozornost začala soustředit na něco jiného a nedošlo na nějakou konfliktní situaci.

TO4: Jak poskytujete klientovi pocit vlastní důležitosti, významnosti v rámci verbální i neverbální komunikace?

Tak velmi důležitý je způsob oslovení, o kterém jsme mluvily před chvílí. Takže určitě správné oslovování klienta, potom pokud je vystudovaný, nic se nezkazí, když také použijete v oslovení jeho titul. Pokud spolu mluvíme, dávám mu najevo, že ho opravdu vnímám, parafrázuji to, co mi řekl, přikyvuji v průběhu hovoru, doptávám se apod.

TO5: Mohl/a byste mi prosím popsat situaci, kdy jdete ke klientovi na pokoj vykonat nějakou činnost krok za krokem?

První, co udělám, zaklepu na dveře a chvilinku počkám. Někdy uslyším dále, ale u některých ne, proto chvilíčku čekám a potom vejdu. Většinou společně s pozdravem se klientovi představuji, abych mu připomněla, kdo jsem a poté mu sdělím, proč tu jsem a řešíme tu danou věc.

TO6: Klient za Vámi přijde v době, kdy máte pauzu (např. obědovou) s potřebou vám něco sdělit nebo s vámi něco řešit, jaká je vaše reakce v takovou chvíli?

Pokud bych se měla vyjádřit k době před covidem, tak taková situace nemohla nastat, protože jsem vždy na oběd odcházela do jídelny. Samozřejmě s kolegy různě na střídačku, aby v případě nouze vždy někdo byl přítomen. Co se týče covidu, obědvali jsme ve svých kancelářích, které máme přímo na patře oddělení, a tak jsme se snažili oběd si naplánovat tak, aby zrovna obědvali i klienti. Občas to samozřejmě nevyšlo, takže pokud klient přišel a chtěl se jenom povídat nebo potřeboval něco, co nebylo akutní, tak jsem ho požádala, jestli by vydržel, než se naobědvám a že hned

potom za ním přijdu. Naštěstí nikdy nebyl problém, klienti mi většinou popřáli dobrou chuť a odešli.

TO7: Když máte s klientem výjezd do nemocnice, jakým způsobem zde probíhá předávání informací o klientovi a jeho stavu?

Upřímně já jsem nikdy s klientem v nemocnici nebo u jakéhokoliv lékaře nebyla, tam jezdí s klienty pečovatelky. Takže vám můžu říct, co slyším spíš od nich. Záleží lékař od lékaře a sestra od sestry. Někdo mluví s klientem, někdo ho dává do pozadí. Za mě, kdybych byla v nemocnici s klientem, který je v rámci možností schopný komunikovat, tak bych slovo nechala na něm a pokud by to bylo nutné, tak bych ho doplnila. Avšak kolegyně pečovatelky se někdy ze strany lékařského personálu setkávají s neprofesionálním přístupem, kdy ten personál toho klienta absolutně ignoruje.

Soběstačnost/samostatnost:

TO8: Kdo obvykle zahajuje komunikaci?

To záleží na situaci, pokud přichází klient za mnou do kanceláře, tak on, pokud jdu já za ním, tak já. Ale samozřejmě, když jdu za ním, někdy je rychlejší a pozdraví mě a rovnou se na něco ptá, takže by se dalo říct, že asi z větší části je to klient.

V komunikaci s klienty jde spíše o monolog nebo dialog?

Momentálně máme na oddělení dobré složení a většina klientů je schopna komunikovat, takže ve většině případech jde o dialog.

TO9: Jakými způsoby vedete klienty k jejich samostatnosti?

Řekla bych, že třeba v tom, že klientovi nejprve nechám prostor pro vyjádření, hned mu neskáču do řeči, když nemůže najít slova. On občas jenom opravdu přemýšlí, a to slovo sám najde, prostě se nesnažím mluvit za něj. Když ale vidím, že mu to nejde, pomůžu mu, ale stále se snažím, aby co nejvíce řekl sám.

TO10: Když máte pocit, že klient zcela neporozuměl vaší otázce nebo jeho odpověď nebyla k tématu, jak se potom snažíte dosáhnout odpovědi z jeho strany, kterou potřebujete nebo chcete získat?

V takové situaci je třeba otázku přeformulovat, říct ji jinak. Případně se ptát po částech, abychom došli k výsledku.

TO11: Pokud Vám chce klient něco sdělit, ale dělá mu obtíže najít správná slova, jak v takovém případě reagujete?

Nejdříve chvíli počkám, dám klientovi prostor pro to, aby se rozpomněl. Samozřejmě vždy si na správná slova nevzpomene a v tu chvíli vzhledem ke kontextu se snažím doptávat, navrhopvat slova, která si myslím, že by s tématem mohla souviset, a nakonec se nějak k výsledku dobereme.

TO12: Jak často s klientem provádíte individuální rozhovory a čeho se nejčastěji týkají?

Všeobecně s klienty komunikuji, když je něco potřeba řešit nebo když je něco trápí. Jinak v rámci individuálního plánování musím s klientem na toto téma vést rozhovor minimálně jednou měsíčně, kdy se píše do plánu nějaké shrnutí, jestli se něco změnilo, jestli klient udělal v něčem pokrok, ale většinou je to o tom, co se zhoršilo. Tyhle individuální rozhovory se odvíjí od individuálního plánu a řeší se témata v něm obsažená. Hodně se bavíme i o jejich spokojenosti, jak jsou spokojeni s jídlem, s péčí, s veškerým personálem, jestli by chtěli něco změnit, něco zlepšit apod.

Dovednosti, znalosti pracovníka:

TO13: Jaké máte znalosti, dovednosti v oblasti komunikace se seniory se syndromem demence?

Nějaké základy mám už z vysoké školy, tam se v rámci předmětů na jednotlivé cílové komunikaci věnovalo i komunikaci, ale opravdu jenom zlehka. Mnohem víc mi potom daly kurzy, které jsem absolvovala u zaměstnavatele. No a nejvíc vás naučí praxe.

Vyhledáváte si informace, případně něco studujete i ve svém volném čase?

Ve volném čase se studiu nevěnuji, snažím se po pracovní době věnovat sama sobě, rodině a přátelům. Samozřejmě ve svých profesních začátcích jsem si vyhledávala a studovala lecco, ale dnes, v rámci sebe regenerace a předcházení případnému vyhoření, odděluji pracovní a soukromý život. Nebudu tvrdit, že nikdy si netahám práci domů, a to hlavně v hlavě a obzvlášť v té nejhorší době covidu, kdy nám odcházel jeden klient za druhým.

TO14: Vnímáte ze své strany nějaké komunikační bariéry?

Asi bych neřekla, nic mě nenapadá. Jen když nastupuje nový klient, chvíli trvá, než si začneme rozumět, ale úplně bych to nenazvala jako bariéru, je to takový adaptační proces nejenom klienta, ale i nás jako personálu.

TO15: V případě, kdy je klient agresivní, vulgární, jakým způsobem s ním komunikujete?

S těmito problémy se naštěstí setkávám zřídka, ale pečovatelky to mají téměř v každodenně. Asi si nevzpomínám, kdy klient byl na mě naposledy agresivní, ale v takovou chvíli se snažím zachovat klidný tón, abych ho svým hlasem ještě více nepopudila a při nejhorším odložím to, co jsem potřebovala a přijdu až když je klient klidný. Vulgarismy občas na své konto dostávám, třeba od klienta, o kterém jsem mluvila v souvislosti cigaret. Jsou dny, kdy mu cigarety dojdou odpoledne po obědě a přijde si říct o další. V tu chvíli mu říkám, jaká je situace, na čem jsme se domluvili a že by mu takhle nevystačily do konce měsíce. Tak někdy přistane na mé konto nějaké slovo, ale většinou se omluví. Snažím se s klienty pracovat na vzájemném respektu, abychom se k sobě chovali slušně a myslím si, že to vnímají a tak, jak já se chovám k nim se oni, až na výjimečné momenty, chovají ke mně.

TO16: Jak komunikujete s klientem, který má vlastní komunikační systém/vlastní slovník?

Snažím se hodně používat gesta, ty chápe téměř každý klient. V tomhle je neskutečně nápomocná naše logopedka, která vždy najde cestu, jak se s klientem domluvit. Takže se kolikrát využívají obrázky, různé piktogramy, fotografie apod.

TO17: Jak komunikujete nebo byste komunikoval/a s klientem s poruchou zraku?

Aktuálně máme klientku, která téměř vůbec nevidí, a navíc je ležící. Pořád, jí to ale celkem pálí a ta se odbyt nikdy nenechá. Hned jak vejdu na pokoj a pozdravím, okamžitě se ptá, kdo přišel, takže jako první bod bych řekla, že je vždy důležité se představit, ale to u lidí s demencí celkově. Jinak je potřeba mnohem víc mluvit, všechno komentovat, vysvětlovat. S touhle klientkou si třeba hodně povídáme o počasí, popisuju ji, jak je venku, pomalu každý viditelný mráček.

TO18: Jak komunikujete nebo byste komunikoval/a s klientem s poruchou sluchu?

U klientů, kteří špatně slyší mluvím co nejvíce nahlas a hlavně zřetelně, je třeba pořádně vyslovovat, prostě správně artikulovat. Také se mnohem víc snažím mluvit pomocí gest. Když klient je opravdu neslyšící, tak tam jsou ta gesta na prvním místě, pokud dokáže odezírat, zase je třeba řádně artikulovat.

TO19: Jakým způsobem si ověřujete, zda klient rozumí sděleným informacím?

Pokud klient je schopný mluvit, chci po něm, aby mi shrnul to, o čem jsme spolu mluvili. Nestačí se zeptat, jestli mi rozuměl, protože většina z nich přikývne, ale realita je taková, že vlastně nic nepochytili. Takže je třeba se opravdu přesvědčit, že klient rozuměl, a to nejde jinak, než aby mi nějakým způsobem zopakoval to, o čem byla řeč. U těch, kteří nemluví je to těžké, tam se musím spokojit i s přikývnutím a vlastně nemám moc šanci poznat, zda to klient opravdu pobral. Důležité je hlavně mluvit jednoduše, nepoužívat nějaká cizí slova nebo komplikované věty, pokud se tomuto vyhnete, tak je to základ úspěchu.

TO20: Jaké další služby, odborníky v zařízení využíváte pro zlepšení komunikace klienta? (poradenská zařízení, logoped, ergoterapeut apod.)

Jak jsem již zmiňovala, máme v zařízení logopedku, a to vnímám jako velké plus. V předcházejícím zařízení, kde jsem pracovala, nikdo takový nebyl a teď vidím ten rozdíl. Říkám jí kouzelnice, poněvadž vždy se dokáže s každým klientem nějakým způsobem porozumět, a i díky ní poté dokážeme s klienty mluvit my.

Závěrečné otázky:

Jak vnímáte z hlediska komunikace ve vztahu s klienty omezení rouškami?

Roušky, respirátory jsou velmi omezující. Klienti nám špatně rozuměli, byli více pochmurní, když neviděli naše tváře a mnohokrát jakoukoliv komunikaci odmítali. Takže to bylo a stále je velmi náročné.

Vnímáte v tomto omezení i nějaké výhody?

Tak výhodou je aspoň nějaké procento ochrany před nakažením, ale jinak to vnímám spíše jako nevýhodu. Jsem astmatička a byla jsem ráda, že mám svou kancelář, kde respirátor za zavřenými dveřmi mohu sundat. Asi kromě té ochrany opravdu žádné jiné pozitivum nevidím.

Co vás vedlo k výběru tohoto povolání?

Tak v první řadě záleželo, na jakou VŠ mě přijmou, jinak ze mě mohla být paní učitelka. Ale co se týče této cílové skupiny, tak jsem si tenkrát myslela, že u seniorů budu mít větší klid. Na začátku své kariéry jsem pracovala s dětmi, které jsou neustále plné energie a po pár letech mě to velmi vyčerpávalo. Tak jsem přesídlila k seniorům a zjistila jsem, že tady se člověk rozhodně nenudí a někdy je to větší adrenalin než s těmi dětmi. Největší adrenalin je asi s rodinou, když po vás, jako po sociální pracovníci chtějí veškeré informace a vy jim nemůžete všechny poskytnout, protože co se zdravotní stránky týče, musí mluvit se sestřičkou. To si vyslechnete takových věcí, třeba jaký tu máme bordel a proč by měli volat na dalších deset čísel, když já jsem sociální pracovníce jejich příbuzného a měla bych snad vědět všechno. Ale abych odpověděla na vaši otázku, chtěla jsem pracovat s lidmi, a ne se zavřít někam do fabriky, proto jsem si zvolila takové studium.

Co vám Vaše práce přináší a naopak bere?

Já se snažím hledat hlavně ta pozitiva. Díky DZR můžeme lidem poskytnout důstojný odchod, důstojně je provést jejich poslední fázi života. Také kolikrát jsme jim rodinou, když už nikoho jiného nemají nebo o ně nikdo nejeví zájem. Velmi krásné u této cílové skupiny je sledovat, jak klienti mají radost i z maličkostí, naprosto ze všedních věcí,

které my kolikrát nevnímáme. To se na chvíli zastavíte a řeknete si, jak krásný život vlastně máte. A co mi to bere? Já vám řeknu, co mě v rámci mé práce nejvíce zasáhne. To je smrt každého klienta, a to i když víte, že to každou chvíli přijde. Tou smrtí to pro mě nekončí, musím potom řešit pozůstalost, všechno řešit s rodinou, jsou to velmi smutné a náročné chvíle a velmi je prožívám i po tolika letech. Ale je si třeba říci, že té milé babičce nebo tomu milému dědečkovi je na druhém břehu lépe, už ho nic nebolí, netrápí a měl svůj čas odejít.

Je něco, co byste závěrem chtěl/a dodat?

Práce s lidmi, je ta nejtěžší, ale zároveň nejkrásnější práce. A s tím se pojí i komunikace. Chtěla bych říci, že obory sociální práce na vysokých školách by se měli mnohem více orientovat právě i na komunikaci, která je v naší profesi základním kamenem, bez ní nikdo neobstojí. Neříkám, že se neučí nic, ale co poslouchám i od studentů z nejrůznějších škol, kteří k nám chodí na praxe, je to velmi okrajové. Samozřejmě nic nenahradí tu opravdovou praxi, která každého z nás naučila nejvíc, ale i příprava by měla být důkladná. A abych to zakončila nějak pozitivně moji klienti, tedy lidé s demencí, jsou těmi nejupřímnějšími lidmi, které jsem poznala. Opravdu co na srdci, to na jazyku a ta práce s nimi je inspirující.

Úvodní otázky:

S jakými poruchami komunikace se u klientů setkáváte?

Máme klienta, který říká jenom jedno slovo je po mrtvici a říká jenom „noo“ v různé intonaci. Když má klient špatný den, tak neodpoví konkrétně a musím to z něho dolovat dalších 10 minut. Klienti třeba nenachází správná slova, ale rozumí nebo se často projevuje nezájem o komunikaci, i artikulace je problém nebo úplně nerozumí, když zvolím nevhodná slova, kterým on zrovna dnes nerozumí.

Jak vnímáte náročnost komunikace s klienty se syndromem demence?

Když pospíchám a on dostane potřebu se vybavovat, to je pro mě osobně hodně těžké. Musím useknout, že mám práci a musím jít, jinak bude bez oběda nebo bez večeře. Taky je těžké, když se nemůžou vyjádřit, lovíme mezi sebou správná slova, on ví, co chce říct, ale já ne a snažím se na to přijít a on je z toho pak nešťastný.

Co vám pomáhá se s péčí o klienty vyrovnat?

Vyrovřádám se s tím tak, že si jdu zakouřit, proberu to s kolegy, zdravotní sestrou a zkusíme malý nenásilný nátlak, protože když vidím, že něco ho trápí, nevím co, ale potřebuji to zjistit, abych mohla s ním dál pracovat. Něco zkusí sestřičky, jiná kolegyně, když já jsem byla nová, radši se svěřil někomu, koho zná déle nebo kdo mu je sympatičtější nebo zdravotníkům, které vnímají jako něco víc.

Domníváte se, že máte dostatek informací o vhodném způsobu komunikace s vaší cílovou skupinou a připravenost k profesi je dostatečná?

Nemyslím si. Problém je v předávání informací mezi kolegy nebo když je příjem nového klienta a nic se o něm nedozvím, sama si pak hledám cestu a musím zjistit co má a nemá rád, že se bojí lžíce, co jí nebo nejí, začátek je těžký, jako pečovatelka nemám tušení o jeho zdravotním stavu, všimnu si jen povrchových věcí, třeba defektů, maximálně vím o dietách, ale až v době, když už umírá klient, tak až v tu chvíli jsem přišla na to, že má rakovinu. Když jsem na noční a jsem sama a nevím nic a zdravotní sestra není zrovna přítomna na oddělení, musíme komunikovat se sanitkou a nic nevíme, pomohlo

by to v tom, abych věděla, jak s ním komunikovat, třeba abych znala jejich spouštěče k různému chování, aby klient na mě nevystartoval a já pak nevím proč.

Co by podle vás vedlo ke zlepšení?

Ke zlepšení by přispěla základní znalost o zdravotním stavu klienta, prostě celkově, protože my jsme s nimi v tom nejbližším a nejčastějším kontaktu a školení asi.

Důstojnost:

TO1: Jakým způsobem oslovujete klienty?

Říkám pane, paní a příjmení, někdy i jméno, ale pořád vykám. Pokud není jiná možnost, přeju k tykání, ale přičí se mi to z hlediska důstojnosti. Tykání je možné, když si to klient přeje.

TO2: Jakým způsobem oslovují klienty vaši spolupracovníci?

Ti, co tu jsou dlouho, třeba 5 a více roků, tak s nimi mají vztah a už tam probíhá vzájemné tykání, ale já s tím nesouhlasím, postrádá to profesní úroveň, míchá se osobní a pracovní vztah, klient si může myslet, že si ke mně může dovolit víc.

Byla jste někdy svědkem nevhodného oslovení klienta ze strany někoho z vašich kolegů a jak jste takovou situaci řešila nebo jak byste ji řešila, kdyby nastala?

Byla, přesně si nepamatuji, ale bylo to oslovení v afektu, byl rozčilený a řekl: „Do prdele Eriko“, jako jednou to ujelo i mně, nezvládla jsem situaci, ale nekonfrontovala jsem ho, protože si myslím, že každý pečovatel má individuální vztah ke každému klientovi a je to čistě jejich věc, já si budu myslet své, jakože to bylo neprofesionální chování nebo že mu ujeli nervy, ale když by se to opakovalo nebo bych si řekla, že je něco špatně, promluvila bych si s kolegou, ale neřešila si to nějak dál, protože co se stane na směně, zůstane na směně.

TO3: Jakým způsobem konfrontujete klienta s realitou, pokud chce např. odejít ze zařízení?

Na noční mi zvonil zvonek a klientka musela domů, tak ji říkám: „Zlatíčko vždyť jste doma, teď to nejde. Uděláme to takhle, lehněte si, vyspěte se a ráno to vyřešíme.“

TO4: Jak poskytujete klientovi pocit vlastní důležitosti, významnosti v rámci verbální i neverbální komunikace?

Když vím, že je titulovaný, tak to občas zmíním v oslovení nebo na to navážu konverzaci. Taky používám hezčí oslovení „zlato“, když vím, že to klientovi nevadí a jestli si to k němu můžu dovolit. Dívám se do očí, zaujmu postoj, prostě to jak se k němu, jakože se neopřu o postel a neřeknu „tak co, zase jsme se posrali?“

TO5: Mohl/a byste mi prosím popsat situaci, kdy jdete ke klientovi na pokoj vykonat nějakou činnost krok za krokem?

Zaklepu na dveře, pokud nemám plné ruce. Když je tma někdy řeknu, že rozsvítím a někdy ne, protože když spí, tak tam nechci rvát. Jdu k člověku, popřeju mu dobré ráno, když ho mám ráda, pohladím ho po tváři. Většinou se ptám, jak se vyspali a řeknu mu, že mu jdu třeba vyměnit kalhotky, plenu, že se umyjeme, ale vyhýbám se výrazu přebalování, přijde mi to jako na dítě, připadá mi to prostě nevhodné.

TO6: Klient za Vámi přijde v době, kdy máte pauzu (např. obědovou) s potřebou vám něco sdělit nebo s vámi něco řešit, jaká je vaše reakce v takovou chvíli?

Záleží klient od klienty, když je to K, který má potřebu neustále něco říkat, samé kraviny, tak ho požádám, jestli by to mohlo počkat, že bych se ráda najedla a záleží na tónu řeči, musím mu dát najevo, že teď opravdu ne, chce to důraznější tón, někdy není na výběr. Když chtějí např. nabit telefon, tak se zeptám, jestli by to mohlo vydržet, když řeknou že ne, tak se jich zeptám, jestli mám právo se najíst a většinou odejdou.

TO7: Když máte s klientem výjezd do nemocnice, jakým způsobem zde probíhá předávání informací o klientovi a jeho stavu?

Nejdřív se pokusí klient to specifikovat sám, ale zažila jsem i to, že lékař se ptal rovnou mě, a ne toho klienta. Nejdřív nechám mluvit klienta a případně doplním, pokud něco neřekl nebo nemluví tak, aby to mohl doktor pochopit, tak přebírám slovo já, ale neupozorňuju klienta na to, že to říkal špatně a taky ho hned neutnu, snažím se ho navést a případně doplním nebo řeknu: „já to panu doktorovi řeknu, jestli vám to nevadí“, abych ho neshodila

Soběstačnost/samostatnost:

TO8: Kdo obvykle zahajuje komunikaci?

Většinou já a jinak jak u koho.

V komunikaci s klienty jde spíše o monolog nebo dialog?

Většinou dialog.

TO9: Jakými způsoby vedete klienty k jejich samostatnosti?

Nechám se ho vyžvejknout, snažím se mu neskákat do řeči, ale pokud 5 minut se snaží říct jednu větu, tak čas tlačí, obzvlášť po ránu, odpoledne je času víc a spíš se s nimi bavím při práci.

TO10: Když máte pocit, že klient zcela neporozuměl vaší otázce nebo jeho odpověď nebyla k tématu, jak se potom snažíte dosáhnout odpovědi z jeho strany, kterou potřebujete nebo chcete získat?

Zkusím se zeptat jinak, zjednodušit to co nejvíc, abych získala jasnou odpověď.

TO11: Pokud Vám chce klient něco sdělit, ale dělá mu obtíže najít správná slova, jak v takovém případě reagujete?

Snažím se hledat synonyma, zkoušet se vyptávat.

TO12: Jak často s klientem provádíte individuální rozhovory a čeho se nejčastěji týkají?

Jednou týdně a shrnout, co se za ten týden dělo, když jsem tam nebyla, tak jestli bylo vše v pořádku, jestli se mu změnil zdravotní stav nebo mluvit o tom, co se blíží, co zrovna běží v televizi, o jejich kariéře, životě, někdy se dostanu k místům, která jim nejsou příjemná třeba rozvod, tak se o tom nechce bavit nebo o těžším dětstvím, o jídle.

Dovednosti, znalosti pracovníka:

TO13: Jaké máte znalosti, dovednosti v oblasti komunikace se seniory se syndromem demence?

Kurzy si moc nepamatuji, ale na komunikaci mě teprve čekají. Jednou jsem měla online, ale ten jsem jen zapnula, ale nevnímala, dělala jsem jiné věci. Co se týče školy, tak zachovávání důstojnosti, soběstačnosti, jak ve škole, tak i během praxe.

Vyhledáváte si informace, případně něco studujete i ve svém volném čase?

Já si sama o komunikaci nic nehledala, spíše o diagnózách apod.

TO14: Vnímáte ze své strany nějaké komunikační bariéry?

Dělá mi problém s nimi mluvit jako s dětmi, dělá mi problém tykání, a to, když jsou na pokoji ve vícero, tak sdělování informací, proč tam jeden z nich není, ale jsou to spíše moje zásady než bariéry.

TO15: V případě, kdy je klient agresivní, vulgární, jakým způsobem s ním komunikujete?

Snažím se zachovat asertivní chování a jestliže on se nechce uklidnit a pokračuje v agresi nebo vulgaritě, tak se někdy volala i sanitka. Já teda nejdřív volám na sestru, ta mu dá něco na uklidnění. Když je vulgární, tak se ho snažím usměrnit a vytyčit hranice, že se mnou takhle mluvit nebude, že jsme spolu husy nepásli.

TO16: Jak komunikujete s klientem, který má vlastní komunikační systém/vlastní slovník?

Většinou na to nemám nervy a přenechávám to kolegům, kteří se dovedou s klientem domluvit.

TO17: Jak komunikujete nebo byste komunikoval/a s klientem s poruchou zraku?

Jsem velmi obezřetná, lidi jsou naučený, že tam a tam mají věci, takže je dokáže rozhodit, když pohnu s miskou a pak může dojít k agresi, protože mu to nabourávám,

ale ve finále komunikace jako s každým jiným. Nesnažím se upozorňovat na to, že je slepý, snažím se dělat jakoby nic, nedělat rozdíly. Oni pak kolikrát sami i zavtipkují na svoji vadu, což mě těší, že dokážou najít humor. No prostě víc mluvím a všechno popisují.

TO18: Jak komunikujete nebo byste komunikoval/a s klientem s poruchou sluchu?

Pro mě je to těžké, já neumím moc mluvit nahlas a hodně jsem s tím bojovala, že na ně musím „křičet“, protože mi to moc nejde. Přitom vnímám svůj čas jako poměrně hluboký, ale prostě to nejde. Když dobře vidí, tak se snažím sdělit gestikulací a artikulací u obličeje a někdy se musí křičet přímo do ucha.

TO19: Jakým způsobem si ověřujete, zda klient rozumí sděleným informacím?

Chci, aby mi to potvrdil, něco mu řeknu a on třeba přikývne nebo odpoví, musím mít nějaké potvrzení od nich.

TO20: Jaké další služby, odborníky v zařízení využíváte pro zlepšení komunikace klienta? (poradenská zařízení, logoped, ergoterapeut apod.)

Máme logopedku. Klienti třeba mají aktivitu řečové dovednosti, které s nimi logopedka provádí, ale jenom s určitými klienty.

Závěrečné otázky:

Jak vnímáte z hlediska komunikace ve vztahu s klienty omezení rouškami?

Hodně, některý lidi nejsou schopný rozumět, takže si ho v některých případech stahuju, potřebují vidět artikulaci, a i jim to hodně vadilo a přišlo mi nefér, že my je mít musíme a oni ne. Třeba u hluchých klientů, to jinak nešlo.

Vnímáte v tomto omezení i nějaké výhody?

Necítím tolik pachy a mohla jsem si zamumlat, co jsem chtěla a oni to neslyšeli.

Co vás vedlo k výběru tohoto povolání?

Náhoda, do dneška vlastně nevím, ale ve finále jsem v tom našla nějaký posláním jakoby to, že ze začátku jsem to brala tak, jakože klientům usnadňuji, zpřijemňuji jejich konečnou fázi života, aby měli nějaký důstojný odchod, aby se necítily, že jsou sem poslaný umřít, že ten konec nemusí přijít hned a mohou ještě něco z toho vyždímat.

Co vám Vaše práce přináší a naopak bere?

Bere mi roky a nervy, přináší mi deprese. Přineslo mi to to, že jsem si vybuodovala větší úctu ke starším lidem, to že demenční člověk nemusí být vyloženě dement.

Je něco, co byste závěrem chtěl/a dodat?

Tuhle práci nemůže dělat každý, neměl by se nabírat každý, koho najdou na ulici a je rozhodně potřeba nějaké vzdělání, empatie a určitá inteligence. Člověk by si měl zjistit, o čem ta práce reálně je, že to není jenom o tom si s babičkou číst a naučit se od ní, jak se plete, ale že reálně se o ně musí postarat a zajistit jim nějaký jídlo, hygienu a tak. Mělo by se o tom více mluvit, protože když přijde nová pečovatelka, tak neví vlastně do čeho jde, ani já to tenkrát nevěděla. Měl by být lepší výběr, a ne se zeptat uklízečky, jestli chce mít víc peněz a strčit ji na přímou péči. Připadá mi to stále takové tabu o tom mluvit, co se tam opravdu děje, jak to probíhá a že stáří není prdel. A taky k tomu tak přistupovat, mít u úctu, zažili toho dost třeba druhou světovou, mít prostě úctu, pokoru a tak.