

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky

Komunikace se seniory s demencí

bakalářská práce

Autor: Tereza Svatoňová
Studijní program: B0111A190019 Speciální pedagogika
Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.
Oponent práce: PhDr. Havránková Ivana



Zadání bakalářské práce

Autor: Tereza Svatoňová

Studium: P21K0337

Studijní program: B0111A190019 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Název bakalářské práce: Komunikace se seniory s demencí

Název bakalářské práce AJ: Communication with seniors with dementia

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem práce bude popsat problematiku komunikace se seniory s demencí a zjistit možnosti využití systému alternativní komunikace při péči o seniory s demencí.

V teoretické části práce budou zpracovány základní definiční východiska sledované problematiky.

V empirické části práce bude využita kvalitativní výzkumná strategie technikou polostrukturovaného rozhovoru a analýzy dokumentů.

ŠTUREKOVÁ, Lenka. Demence: hodnoticí techniky a nástroje. Praha: Grada Publishing, 2021. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-1695-9.

ŠAROUNOVÁ, Jana. Metody alternativní a augmentativní komunikace, 2019. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0716-0.

ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

Zadávací pracoviště: Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Oponent: PhDr. Ivana Havránková

Datum zadání závěrečné práce: 20.12.2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci Komunikace se seniory s demencí vypracovala pod vedením vedoucí závěrečné práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 13. 5. 2024

Poděkování

Chtěla bych vyjádřit vděčnost a velké poděkování své vedoucí práce Mgr. Zuzaně Truhlářové, Ph.D., která mi poskytla odborné vedení a cenné rady po celou dobu psaní práce. Velké díky patří i všem informantům, kteří mi umožnili zrealizovat s nimi rozhovory, které byly klíčovou součástí výzkumnému šetření. Děkuji také své rodině za jejich trpělivost a podporu během mého studia speciální pedagogiky.

Anotace

SVATOŇOVÁ, Tereza. *Komunikace se seniory s demencí*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2024. 82 s. Bakalářská závěrečná práce.

Bakalářská práce se podrobně věnuje tématu komunikace seniorů s demencí, přičemž jako hlavní cíl zjišťuje využití alternativních a augmentativních komunikačních metod v rámci této specifické populace. V teoretické části práce jsou nejprve představeny aspekty demence, včetně definice, průběhu a různých stádií onemocnění. Dále práce popisuje vliv demence na chování jedince a zároveň s tím způsobené aspekty poruch komunikačních schopností a jejich následné bariéry. Zahrnuty jsou také principy efektivní komunikace se seniory s demencí a techniky, které lze uplatnit pro zlepšení komunikace. Poslední kapitola teoretické části je věnovaná péči a možnostem péče seniorům se syndromem demence. Praktická část práce se věnuje empirickému šetření, jehož cílem je zjistit využívání alternativní a augmentativní komunikace u seniorů s demencí v domovech se zvláštním režimem. K dosažení pochopení této problematiky byl použit kvalitativní přístup, který zahrnoval polostrukturované rozhovory s pracovníky, jež se starají o seniory s demencí v domovech se zvláštním režimem. Výsledky výzkumu poskytují hlubší vhled do problematiky narušené komunikace u seniorů s demencí.

Klíčová slova: narušená komunikační schopnost, demence, alternativní a augmentativní komunikace, péče o seniory, domov se zvláštním režimem

Annotation

SVATOŇOVÁ, Tereza. *Communication with seniors with dementia*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2024. 82 pp. Degree Thesis.

The bachelor's thesis focuses in detail on the topic of communication of seniors with dementia, with the main objective of identifying the use of alternative and augmentative communication methods within this specific population. The theoretical part of the thesis first introduces aspects of dementia, including the definition, course and different stages of the disease. Next, the thesis describes the impact of dementia on the individual's behaviour, along with the associated aspects of communication impairment and its subsequent barriers. Also included are principles of effective communication with seniors with dementia and techniques that can be applied to improve communication. The last chapter of the theoretical reading is devoted to care and care options for seniors with dementia. The practical part of the thesis is devoted to an empirical investigation to determine the use of alternative and augmentative communication with seniors with dementia in residential homes. A qualitative approach was used to gain an understanding of this issue, which involved semi-structured interviews with staff caring for older people with dementia in residential homes. The research findings provide deeper insight into the issue of impaired communication in older people with dementia.

Keywords: impaired communication skills, dementia, alternative and augmentative communication, elderly care

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum: 13. 5. 2024

Podpis studenta:

Obsah

Úvod.....	10
1 Komunikace se seniory	12
1.1 Komunikace	12
1.2 Faktory komunikace se seniory	16
1.3 Bariéry komunikace se seniory	16
2 Komunikace se seniory s demencí.....	18
2.1 Vymezení pojmu demence.....	19
2.2 Klasifikace demencí.....	22
2.3 Stádia demence	23
2.3.1 Lehké stádium demence.....	24
2.3.2 Střední stádium demence	25
2.3.3 Těžké stádium demence.....	25
2.4 Specifika komunikace se seniory s demencí.....	26
3 Možnosti alternativní komunikace v kontextu péče o seniory s demencí	29
3.1 Augmentativní a alternativní systém komunikace.....	29
3.1.1 Metody AAK bez pomůcek	31
3.1.2 Metody s pomůckami.....	33
4 Péče o seniory s demencí	36
4.1 Péče v rodinném prostředí	37
4.2 Péče v institucionálním prostředí	38
4.2.1 Domov se zvláštním režimem.....	39
5 Úvod do praktické části bakalářské práce.....	40
5.1 Výzkumné cíle	40
5.2 Transformace výzkumných otázek	41
5.3 Výběr metody a techniky	44
5.4 Charakteristika a popis výzkumného prostředí.....	45

5.5	Charakteristika informantů	47
5.6	Realizace výzkumného šetření.....	48
6	Interpretace výzkumného šetření	51
6.1	Interpretace první dílčí výzkumné otázky (DVO1)	51
	Shrnutí DVO1	53
6.2	Interpretace druhé dílčí výzkumné otázky (DVO2)	54
	Shrnutí DVO2	56
6.3	Interpretace třetí dílčí výzkumné otázky (DVO3)	57
	Shrnutí DVO3	59
6.4	Interpretace čtvrté dílčí výzkumné otázky (DVO4)	60
	Shrnutí DVO4	61
7	Závěr výzkumného šetření a diskuze	62
7.1	Závěr výzkumného šetření.....	62
7.2	Diskuze	63
	Závěr	65
	Zdroje.....	66
	Seznam tabulek	71
	Přílohy.....	72

Úvod

Komunikace je základní lidskou potřebou a právem, které by nemělo být odepřeno ani v případě pokročilého věku či zdravotního postižení. V současné době, kdy se společnost potýká s demografickým stárnutím populace se stává problematika stárnutí a s ní související péče o seniory jedním z klíčových témat. Jedním z mnoha aspektů péče o seniory je komunikace, která hraje zásadní roli v jejich každodenním životě a ovlivňuje i jejich kvalitu života. Zvláště komunikace se seniory s demencí představuje výzvu pro rodinné příslušníky, pečovatele i zdravotnické pracovníky. Demence jako neurodegenerativní onemocnění postihuje kognitivní funkce jedince a s tím souvisí i řada specifík a bariér v komunikaci. Demence má dopad na kognitivní funkce jedince a má vliv nejen na jeho schopnost komunikovat, ale také ovlivňuje skoro všechny oblasti jeho existence, proto je komunikace s lidmi trpícími touto nemocí dost náročná a vyžaduje specifický přístup. Abychom byli schopni efektivně komunikovat a poskytovat těmto lidem adekvátní péči je třeba porozumět jak samotnému onemocnění, jednotlivým faktorům, které komunikaci ovlivňují, tak i bariérám, které mohou vznikat.

Během studia speciální pedagogiky jsem se v rámci praxe v domově se zvláštním režimem setkala se seniory s demencí, čímž jsem si potvrdila, že efektivní komunikace hraje klíčovou roli v péči o tuto cílovou skupinu seniorů a má zásadní vliv na kvalitu jejich života. Během těchto praxí jsem se setkala s řadou výzev, mezi které patří zejména narušené komunikační schopnosti, jež s sebou demence přináší. Tato zkušenost mě inspirovala k prohloubení svých znalostí a věnování se této problematice ve své bakalářské práci. Cílem mé práce je popsat problematiku narušené komunikační schopnosti u seniorů s demencí a využití alternativní a augmentativní komunikace při péči, která může výrazně přispět k efektivnější komunikaci mezi seniory s demencí a jejich pečovateli či blízkými.

V první části práce se věnuji teoretickým východiskům péče a komunikaci se seniory, kteří se potýkají s demencí. Podrobněji se pak zaměřuji na různé typy demence, jejich dělení a charakteristiku jednotlivých stádií, která jsou klíčová pro pochopení změn, jež s sebou onemocnění přináší. Dále se práce zabývá komunikací se seniory s demencí a představuje možnosti alternativní a augmentativní komunikace, které mohou být v péči o tyto seniory využity. V rámci této části jsou představeny systémy jako Makaton, Bliss či využití piktogramů, které mohou přispět k lepšímu porozumění a interakci.

V praktické části práce se věnuji vlastnímu výzkumnému šetření, jehož cílem je zjistit využití alternativní a augmentativní komunikace v domech se zvláštním režimem. Charakteristika výzkumného vzorku a míst šetření jsou zde podrobně popsány, stejně jako metodologie výzkumu.

Věřím, že posílení komunikačních dovedností a porozumění specifikům demence může významně zlepšit kvalitu života seniorům s demencí, tak i jejich pečovatелům, proto si tato bakalářská práce klade za úkol nejen shrnout dostupné poznatky této problematiky, ale také přispět k lepšímu pochopení potřeb a možností komunikace s touto specifickou cílovou skupinou. Věřím, že výsledky mé práce mohou být přínosné pro odbornou veřejnost i pro praxi a mohou napomoci k vytvoření efektivnějších komunikačních strategií v péči o seniory s demencí.

1 Komunikace se seniory

Komunikace se seniory je specifická oblast, která vyžaduje dodržování určitých obecných pravidel pro účinnou komunikaci. Při komunikaci se staršími lidmi je třeba jednat s úctou a trpělivostí, udržovat rozhovor na úrovni rovnocenných partnerů a nezaujímat postoj nadřazenosti. Během komunikace mohou vzniknout překážky ve formě bariér a chyb (Pokorná, 2010).

Výběr odpovídající metody a efektivní komunikace hraje klíčovou roli v osobním prožívání lidí v pokročilém věku. Každá osoba má jedinečný styl a způsob, jakým komunikuje, což se může lišit například v tempu mluvy, nebo ve výběru slov během konverzace. Je důležité, abychom naši komunikační techniku upravili tak, aby odpovídala individuálním schopnostem a potřebám konkrétního seniora (Příbyl, 2015).

1.1 Komunikace

V oblastech psychologie a medicíny se komunikace považuje za nástroj k sebeprezentaci a potvrzení vlastní identity, což zahrnuje vyjadřování postojů jak k tématu, tak k osobě přijímající informace. Schopnost komunikovat a uvažovat verbálně odlišuje lidi od ostatních živých bytostí a je základním předpokladem pro formování sociálních skupin. Slovo "komunikace" má svůj původ v latinském "communicare" a obecně označuje činění něčeho společným, společné sdílení, konzultaci, jednání nebo povídání. Komunikace je proces, kdy dochází k předávání informací mezi dvěma nebo více osobami. Proces komunikace zahrnuje vysílání zprávy komunikátorem a její přijetí a interpretaci příjemcem. Tento proces umožňuje nejen efektivní přenos informací, ale také představuje způsob, jakým lidé sdílejí a předávají různé typy zpráv různým adresátům. Komunikace je klíčová pro rozvoj a udržení vzájemného porozumění (Zacharová, 2016).

Dle Bytešnickové (2012) je komunikace obousměrný proces přenosu informací pomocí symbolů či znaků mezi živými organismy. Důraz je kladen na mezilidské dorozumívání, které se odehrává jak prostřednictvím jazykových prostředků, tak prostřednictvím neverbálních forem komunikace. Komunikace představuje klíčový prvek pro vytváření a udržování mezilidských vztahů a zároveň hraje významnou roli při sociálním začleňování

jednotlivců. Je také nástrojem, skrze který přijímáme a sdílíme informace, čímž aktivně formujeme interakce a vztahy ve společnosti.

Na tvorbě komunikace s ostatními lidmi se vždy spolupodílíme a ovlivňujeme ji. Zároveň do ní přinášíme svůj podíl a stáváme se jeho neoddělitelnou součástí. Tato účast a interakce může často ztěžovat plné porozumění významu sdělení, jelikož jsme zároveň i aktéry této výměny informací (Zacharová, 2016).

Komunikace mezi lidmi nese vždy určitý záměr a účel a pro plnohodnotné lidské interakce je klíčové volba vhodného komunikačního stylu. Celkově lze identifikovat pět různých stylů, z nichž každý má své specifické charakteristiky.

- **Konvenční komunikační styl** se vyznačuje krátkým trváním, obsahuje nezávazné výroky a má tendenci vyhýbat se pochybnostem a otázkám.
- Základem **efektivní komunikace** je konverzační styl, který je klíčový pro účinnou komunikaci, při níž si účastníci vzájemně předávají klíčové informace, sdílejí své pohledy a vyhledávají zábavu či radost. Takové rozhovory obvykle přinášejí pozitivní emoce.
- **Operativní styl komunikace** definuje určité role a prioritizuje správnost, zdvořilost a formální přístup. Jeho aplikace by měla být omezena pouze na nezbytně nutnou dobu, po které by měla následovat běžná konverzace.
- **Vyjednávací komunikační styl** se zaměřuje na vytváření rovnosti mezi účastníky, kteří se snaží rozhodovat o různých pravomocích.
- **Osobní komunikační styl** slouží k naplňování lidských potřeb a přání, přičemž v něm hrají velkou roli emoce.

V průběhu života se komunikační styly mohou měnit a prolínat, což odráží dynamiku lidských vztahů a interakcí (Tomová, Křivková, 2016).

Ve výzkumu komunikace se často věnujeme rozdělení na verbální a neverbální formy komunikace. Tyto dva způsoby komunikace mohou být vzájemně propojené nebo se mohou navzájem nahrazovat. Někdy se může stát, že projevy verbální a neverbální komunikace nejsou v souladu. Neverbální formy sdělení jsou často považovány za spolehlivější způsob přenosu informací (Zacharová, 2016).

Je známo, že dvě třetiny informací si předáváme neverbálně. Různé formy komunikace však obvykle spolupracují a doplňují se navzájem – slova jsou doprovázena gesty, obličejovými výrazy a jsou zdůrazněna určitým tónem řeči atd. Verbální a neverbální komunikace by měly být v souladu (Kutnohorská, 2017).

V komunikaci ve zdravotnictví je klíčové porozumět potřebám klientů a jejich rodin. Cílem je dosáhnout spokojenosti klientů prostřednictvím individuálního a ohleduplného přístupu. Empatií a respektem k pacientovi se snažíme budovat pozitivní vztah a porozumění. Skrze verbální komunikaci získáváme důležité informace a klienty tím podporujeme. Je důležité být jasný a zřetelný, vnímat emocionální projevy pacientů a udržovat oční kontakt. Na konci komunikačního procesu ověřujeme, zda jsou informace pochopeny a přijaty (Tomová, Křivková, 2016)

Verbální komunikace

Verbální komunikace představuje proces vzájemného sdílení myšlenek a informací prostřednictvím slov a mluvním projevem. Tento způsob interakce je závislý na řadě okolností, které mohou ovlivnit jak obsah, tak formu sdělení. Jsou to faktory jako věk komunikujících osob, úroveň jejich vzdělání, kulturní a sociální zázemí, specifika dané situace, v níž se komunikace odehrává, typ a charakter prostředí ve kterém dochází k výměně informací, stejně jako předchozí zkušenosti jednotlivců. Všechny tyto aspekty mají významný vliv na to, jak je verbální komunikace interpretována (Malíková, 2020).

Verbální komunikace lze rozčlenit do dvou hlavních aspektů – racionálního a emocionálního. V racionální rovině jsou emoce omezené. V pomáhajících oborech je klíčová emocionální složka, zahrnující schopnost empatie vůči pacientovi. Dále se rozlišuje mezi dvěma druhy verbální komunikace – formální a neformální. Formální komunikace je systematicky organizovaná s definovaným účelem, zatímco neformální komunikace, která se používá ve všedním životě například při rozhovorech s přáteli, nevyžaduje rozsáhlou přípravu. Pro účinnou komunikaci je klíčová zřetelnost, stručnost, jasnost, výstižnost a úplnost vyjádření. Je vhodné omezit používání slov nebo příkazů, které znějí negativně. (Tomová, Křivková, 2016).

Neverbální komunikace

Neverbální neboli nonverbální komunikace představuje způsob dorozumívání bez použití slov, kdy našemu tělu dovolíme vyjádřit myšlenky. Je to forma komunikace, která může ukázat kvalitu vztahů mezi lidmi. Tato forma komunikace dokáže efektivně nahradit verbální projev a silně podpořit vyjádření postoje a emocí. Neverbální sdělení hraje důležitou roli v podtržení klíčových částí verbálního projevu a pomáhá transformovat verbální sdělení do neverbální podoby (Tomová, Křivková, 2016).

Neverbální komunikace hraje významnou roli v různých profesních oblastech. Tento druh komunikace může aktivně formovat průběh komunikace, zlepšovat její efektivitu a překonávat překážky v dorozumívání. Zaměstnanci tak mohou ovlivnit, jak jsou vnímáni druhými lidmi, zároveň lépe porozumět emocím a potřebám klientů, kteří nejsou schopni komunikovat slovně (Zacharová, 2016).

Mezi hlavní prvky neverbální komunikace patří mimika, oční kontakt a výrazy, doteky, gesta, rozestupy, pohyby, postoj, ale i prostředí a vůně mohou ovlivnit tuto formu dorozumívání (Tomová, Křivková, 2016).

Mimika obličeje je klíčovým prostředkem pro vyjádřování emocí. Na obličeji můžeme identifikovat sedm primárních emocí a jejich protiklady, jako jsou štěstí, radost, překvapení, strach, klid, spokojenost a zájem. Sekundární projevy emocí na obličeji mají vliv na celkový dojem komunikace. Například stav štěstí můžeme určit podle oblasti úst, zatímco překvapení se projevuje na čele, obočí a očích. Rozhněvanost se projevuje rovnoměrně po celém obličeji. V komunikaci hraje klíčovou roli vizika, což znamená komunikaci očima. Oči organizují příjem informací, odrážejí myšlenkový proces a vyjadřují emocionální stav. Samovolné pohyby částí těla přispívají k jedinečnosti každého člověka, a jejich význam by měl být interpretován v kontextu celé komunikace. Gesta mají v komunikaci sdělovací účel a doprovázejí verbální sdělení. Posunky mohou doplnit nebo regulovat rozhovor. I když některá gesta mají univerzální význam, je třeba si být vědomi, že v různých kulturách mohou mít odlišný význam. Haptická komunikace, tedy komunikace prostřednictvím doteků, může vyvolávat jak pozitivní, tak negativní reakce. V kontextu zdravotnictví se často setkáváme s formálními, přátelskými a

funkčními doteky, které hrají klíčovou roli v celkovém vnímání komunikace. Dalším důležitým prvkem neverbální komunikace je proxemika, neboli prostorová vzdálenost mezi jednotlivci při komunikaci. Ve zdravotní péči je klíčové respektovat osobní prostor pacienta a neustále udržovat adekvátní kontakt, zejména při vstupování do jejich intimní zóny (Zacharová, 2016).

1.2 Faktory komunikace se seniory

Komunikace se staršími lidmi je ovlivněna řadou aspektů. Malíková (2011) ve své knize identifikuje tyto aspekty:

- věk, úroveň vzdělání a zdravotní stav jedince
- poruchy smyslové percepce, zejména nedoslýchavost a presbyopie (stařecká dalekozrakost)
- zhoršení kognitivních funkcí, což ovlivňuje schopnost jedince vyjádřit své potřeby, porozumět obsahu sdělení a zapamatovat informace, a čas potřebný pro rozhovory
- vliv prostředí, jako je klid a soukromí
- zájem a ochota staršího člověka komunikovat
- zájem a ochota zdravotnického pracovníka komunikovat, jeho schopnosti a znalosti komunikačních dovedností a metody navazování vztahu, využití emoční inteligence

Kutnohorská (2017) z výše zmíněných aspektů zdůrazňuje především psychické změny a změny ve smyslovém vnímání. Dalším důležitým faktorem je dle ní úroveň vzdělání, sociální kontakty a kvalita předchozího života jedince.

1.3 Bariéry komunikace se seniory

V rámci komunikace se často objevují různé překážky, jež mohou vznikat na straně osoby, která sděluje informace, tak i na straně osoby, která tyto informace přijímá. Tyto překážky mohou být klasifikovány do dvou hlavních kategorií – vnitřní a vnější. Vnitřní bariéry, které ovlivňují komunikátora zahrnují obtíže s výrazem, nevhodný výběr slov, různé formy poruch v psaní a čtení, jazykové rozdíly, nadměrné množství informací,

zkreslení sdělení, nevyhovující hlasitost výroků a nevhodné formulace myšlenek. Rovněž emoční stav, kulturní odlišnosti, obavy z neúspěchu, negativní emoce, odmítavé postoje k nemoci a neverbální projev mohou ovlivnit způsob, jakým komunikátor prezentuje informace. Na straně posluchače mohou vnitřní bariéry zahrnovat omezení jako je ztráta sluchu či zraku, zkreslené vnímání, psychologické překážky, nedostatek zájmu, nepozornost, či jazykové rozdíly. Vnější bariéry ovlivňují oba účastníky komunikace a zahrnují nevhodné prostředí, nedostatečnou organizaci prezentace informací, nevhodné načasování a rušení ze strany okolí (Tomová, Křivková, 2016).

Komunikační překážky mohou být zřejmé a snadno odstranitelné, ale v některých případech zůstává přístup pacienta nebo klienta uzavřený, bez ohledu na velké úsilí zdravotnických pracovníků, sociálních pracovníků, nebo pečovatelů. Klient je pak často označován za "nespolupracující" nebo "nekomunikující". Jeho nevyjádřené potřeby často zůstávají nesplněny a nemůžeme rozvíjet vzájemné vztahy, což vede k tomu, že klient zůstává v izolaci a obě strany mohou cítit frustraci. Komunikační překážky mohou vést až k úplné izolaci seniora od vnějšího světa. Poruchy v komunikaci mohou nakonec vést k poškození vztahu mezi zdravotnickým pracovníkem a klientem, což může vést k pocitům viny, bezmoci, hněvu, vyčerpání, ztrátě motivace nebo dokonce k úplné rezignaci na péči. Nejzávažnějšími komunikačními bariérami jsou poruchy smyslu, zejména špatný sluch a zrak (Kutnohorská, 2017).

2 Komunikace se seniory s demencí

Schopnosti komunikace u jedinců s demencí podléhají mnoha faktorům, což je hlavně typ a stádium demence. V počáteční fázi onemocnění bývá komunikace a řeč obvykle minimálně narušena a komunikační dovednosti zůstávají na dostatečně vysoké úrovni. S postupem času se však u lidí trpících demencí objevují různé změny v mluveném projevu, jako jsou odchylky v řeči, slovní dezorientace, hrubost, vulgárnost, netaktnost a symptomy poruchy paměti. V pozdějších fázích onemocnění dochází k tomu, že řeč postupně ztrácí význam až nakonec úplně mizí. (Fertal'ová, Ondriová, 2020).

Během komunikace s klientem je důležité pečlivě zohlednit jejich obtíže při vyjadřování. Každý projev klienta nese skrytou symboliku, reaguje na vlastní emoce, vzpomínky, nebo starosti. Pečovatel by měl aktivně projevovat zájem o pocity, které klient vyjadřuje a neměl by je jakkoli zpochybňovat, či jim dávat menší váhu (Klevetová, 2017).

Hauke (2014) poukazuje, že při komunikaci se seniory s demencí bychom měli pamatovat na:

- ztrátu schopnosti orientovat se v čase a prostoru
- postupné zhoršování schopnosti pamatovat si, což vede k obtížím s vybavováním si i základních pojmů a k nedávání smyslu komunikovaným sdělením
- deteriorace racionálního úsudku, v důsledku čehož dochází k neschopnosti rozpoznávat i lidi blízké
- potíže s abstraktním myšlením
- celkový pokles schopnosti se vyjadřovat
- proměnlivost nálad a chování, včetně projevů deprese a agresivity
- přechod k celkové pasivitě

Hauke také popisuje, že interakci je klíčové přistupovat k adaptaci komunikačních metod, což zahrnuje:

- úpravu rychlosti mluvy
- udržení adekvátní hlasitosti
- správnou výslovnost

- zohlednění fyzického stavu osoby, se kterou komunikujeme
- přizpůsobení se specifickým potřebám jedince v případě handicapu
- uvědomění si, že lidé z různých generací mohou používat odlišnou terminologii
- důraz na dotykovou formu komunikace
- vyžaduje se trpělivé a vědomé naslouchání

2.1 Vymezení pojmu demence

Demence je syndrom, který je charakterizován progresivním kognitivním poklesem, který pacientům narušuje na sobě nezávislé fungování (Šáteková, 2021).

Od 1.1.2022 byla publikována nová mezinárodní klasifikace nemocí ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) s přechodným obdobím trvajícím pět let pro naše území pod názvem MKN-11. Dle ICD-11 se demence „*vyznačuje přítomností výrazného zhoršení ve dvou nebo více kognitivních oblastech v porovnání s úrovní, kterou by bylo možné očekávat v daném věku a ve vztahu k celkové premorbidní úrovni kognitivních funkcí, což představuje zhoršení oproti předchozí úrovni fungování jedince*“.

Demence představuje syndrom spojený s onemocněním mozku, který narušuje několik funkcí včetně paměti, schopnosti chápat, řeči a úsudku. Toto onemocnění je obvykle charakterizováno svým chronickým průběhem a postupným zhoršováním. Pacienti začínají mít potíže s pamětí, přičemž na začátku jsou postiženy spíše krátkodobé vzpomínky, později se však projevují obtíže i s dlouhodobými paměťovými funkcemi. Postupně ztrácejí schopnost srozumitelně komunikovat a již dříve zvládané dovednosti jim unikají. V průběhu dochází ke strukturálním změnám v mozku, což vede ke ztrátě nervových buněk a zmenšení objemu mozkové tkáně. Demence závažně zasahuje do denního života postiženého jedince a vede k postupnému rozpadu jeho osobnosti (Janoutová a kol., 2020).

Demence vzniká jako důsledek poškození mozku, zejména jeho kůry, což následně ovlivňuje i další struktury mozku. Tento stav často vychází z procesů, které hlavně narušují mozkovou kůru, buď v důsledku úrazu, otravy, nebo nedostatečného prokrvení mozku. Demence je spojována s neurodegenerativními onemocněními (Hauke, 2017).

Kognitivní deficity vedou také ke ztrátě schopnosti fungovat na sociální a pracovní úrovni a snižují celkovou soběstačnost. Vedle problémů s pamětí bývá přítomna porucha řeči (afázie), obtíže s vykonáváním praktických činností (apraxie), ztráta schopnosti identifikovat nebo znovu rozpoznat předměty (agnózie) nebo porucha exekutivních funkcí, což zahrnuje plánování, organizování a udržování pořadí v činnostech (König, Zemlin, 2020).

Pro rodinu osoby trpící demencí je paměť často vnímána jako nejzásadnější aspekt problému. Zhoršování paměti je bráno za přirozený důsledek stárnutí a lze toto období předem vyvažovat pomocí vhodné farmakoterapie, která má za cíl zlepšit mozkovou činnost. Tímto přístupem lze zpomalit rozvoj závažnějších forem demence a jedinec tak může nadále udržovat svoji orientaci, nezávislost a kvalitu života (Hauke, 2017).

Toto onemocnění není léčitelné, avšak včasná diagnostika a následná medikace může zpomalit jeho průběh. Proto má klíčový význam časná diagnóza onemocnění a zajištění správné a profesionální péče (Fenclová a kol., 2020).

Osoba trpící demencí se stahuje do svého vlastního nitra a vytváří si svou vlastní realitu a ztrácí schopnost porozumět okolnímu světu. Tento uzavřený stav může vést k sobeckému chování, protože nemocná osoba přestává vnímat okolní svět a ztrácí schopnost rozpoznat a reagovat na potřeby druhých lidí (Lange, 2019).

Odborníci uvádí několik rizikových faktorů, které mohou přispět k vzniku demence. Tyto faktory však nejsou nezbytnou podmínkou vzniku demence. S ohledem na rostoucí počet případů tohoto onemocnění je důležité znát tyto faktory, aby bylo možné podniknout kroky k včasné prevenci. Fenclová (2020) faktory rozděluje do dvou skupin. První skupinou jsou faktory, které lze ovlivnit, například změnou životního stylu nebo případnou léčbou. Sem patří například kouření, konzumace alkoholu, diabetes, obezita, nedostatek pohybu, vysoký krevní tlak a další. Naopak neovlivnitelné faktory, jako je věk, pohlaví, genetické predispozice a rodinná anamnéza, nelze ovlivnit. Existují také další, méně závažné faktory, jako je například anestezie, hmotnost novorozence, vývoj mozku, komplikace po operacích, nedostatek spánku nebo velikost lebky. Úrazy hlavy a poškození mozku, zejména opakované, mohou také představovat určité riziko.

Federace Alzheimer's Disease International odhaduje, že na celém světě žije více než 55 milionů lidí s demencí. Počet lidí s demencí se má do roku 2050 zvýšit na 153 milionů, přičemž největší nárůst bude v zemích s nízkými a středními příjmy (ADI, 2022).

Podle zveřejněné roční zprávy České alzheimerovské společnosti (ČAS) za rok 2020 se odhadovalo, že v České republice trpělo demencí přibližně 159 000 lidí, což odpovídá zhruba 1,5 % české populace, přičemž dvě třetiny z nich byly ženy. Česká alzheimerovská společnost (2023) a Janoutová a kol. (2020) uvádí, že dle odhadů organizace Alzheimer Europe se očekává, že v České republice v průběhu dalších třiceti let tzv. do roku 2050 dojde k výraznému nárůstu osob trpících demencí, konkrétně až na 280 tisíc. Světová zdravotnická organizace (WHO) proto uznala tento problém za celosvětový a upozornila země na nutnost vypracovat a zavést národní intervenční plány pro prevenci, léčbu a péči o demenci (Carvalho a kol., 2021).

V roce 2021 byl vládou České republiky odsouhlasen nový desetiletý program s názvem Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a jiná neurodegenerativní onemocnění pro období 2020 až 2030. Tento plán byl zaveden v reakci na stoupající výskyt demence v České republice a je následníkem předchozího plánu pro léta 2016 až 2019. Jeho záměrem je zdůraznit důležitost brzké diagnostiky a poskytnutí podpory lidem trpícím demencí, stejně jako těm, kdo se o ně starají a zabývá se širokým spektrem problémů spojených s Alzheimerovou nemocí a dalšími formami demence. Plán obsahuje 49 konkrétních kroků, které jsou organizovány do dvanácti specifických cílů a tyto cíle pak směřují k naplnění pěti strategických cílů.

1. „Vytvoření doporučených postupů s mezioborovou platností a dotvoření fungující sítě služeb“.

2. „Zařazení tématu demence do osnov relevantních pregraduálních i postgraduálních programů, nabídka kurzů a dalších vzdělávacích pramenů pro profesionální i neformální pečující“.

3. „Probíhá kontinuální epidemiologické monitorování i výzkum v oblasti demence“.

4. „Ve společnosti existuje povědomí o demenci, její prevenci, příznacích a potřebách lidí žijících s demencí i rodinných pečujících“.

5. „Práva lidí žijících s demencí jsou respektována a chráněna“ (MZČR, 2020).

Demence se projevuje třemi hlavními skupinami symptomů – změnami v chování, narušením kognitivních funkcí a omezením běžných denních aktivit (Ptáčková, 2021).

2.2 Klasifikace demencí

Demence lze klasifikovat různými způsoby, avšak jedním z nejběžnějších přístupů je rozdělení na dvě hlavní skupiny podle příčiny. Do jedné skupiny řadíme primární atroficko-degenerativní typ a jako druhý je sekundární, či symptomatický typ demence (Kisvetrová, 2020, Ráboch, 2020).

Demence jako syndrom může souviset s různými neurodegenerativními onemocněními, která se projevují specifickými symptomy v závislosti na své příčině a druhu poškození. Alzheimerova choroba a vaskulární demence jsou mezi nejčastějšími příčinami demence, avšak existuje mnoho dalších možných příčin (Neubauer, 2018).

Atroficko – degenerativní demence

Vágnerová (2014) tento typ demence popisuje jako procesy, které vedou ke snížení počtu nervových buněk a synaptických spojů, čímž způsobují poškození funkce neuronů a neuroglíí. V těle se současně vyvíjí a akumulují patologické proteiny, které jsou spojeny s různými degenerativními stavy. Zároveň dochází také k přemíře tvorby volných kyslíkových radikálů, které reagují s různými tkáněmi a enzymy, což v konečném důsledku způsobuje jejich poškození.

Primární demence představuje skupinu onemocnění, jejichž vznik je spojen s atrofii mozku. Tato atrofie je často selektivní a současně doprovázena řadou patologických změn. Mezi tyto běžně pozorované patologické změny patří degenerace, formování a uskladňování patologických proteinů, poruchy tvorby a vazby nervových růstových faktorů, projevy sterilního zánětu a další komplexní variace. Zásadním faktorem spojeným s primární demencí je též porucha centrální neurotransmise (Zvěřová, 2017).

Nejčastější případ demence atroficko-degenerativního typu je Alzheimerova choroba. Jako další se sem řadí demence s Lewyho tělísky, demence spojená s Parkinsonovou chorobou, nebo demence u Huntingtonovy choroby a další. (Neubauer, 2018, Ráboch, 2020).

Sekundární (symptomatické) demence

Sekundární formy demence se objevují v důsledku různorodých faktorů, mezi které patří infekce, intoxikace, nádory, zranění, metabolické změny a cévní abnormality (Fertalová, Ondriová, 2020). Tyto onemocnění, traumata nebo intoxikace, následně ovlivňují strukturu mozku. (Zvěřová, 2017).

V rámci symptomatické demence Ráboch (2020) uvádí například vaskulární demence, demence infekčního původu, metabolicky způsobené demence, demence nádorové a paraneoplastické etiologie, či traumaticky způsobené demence.

2.3 Stádia demence

Identifikace a rozpoznávání různých stádií demence je klíčové pro pochopení potřeb pacienta a pro poskytování nejvyšší možné úrovně péče. Porozumění projevům onemocnění v různých fázích umožní pečovatелům přistupovat k pacientům správným způsobem a efektivně s nimi komunikovat (Hauke, 2017).

V rámci své Strategie P–PA–IA dělí Česká alzheimerovská společnost průběh nemoci Alzheimer na čtyři fáze: mírnou, středně pokročilou, těžkou a terminální demenci. Toto rozdělení je založeno na individuálních potřebách pacientů v jednotlivých stádiích onemocnění. První stádium, označované písmenem P, zahrnuje podporu, psychologickou pomoc a poradenství, které jsou nezbytné pro pacienty v raných a mírných fázích nemoci. Druhé stádium, nazývané PA, vyžaduje realizaci programových aktivit pro pacienty s rozvinutou demencí. V těžkém stádiu demence jsou pacienti závislí na individuální asistenci (IA). Terminální fáze, obvykle trvající poslední rok života pacienta, je charakterizována prognózou v měsících. V této fázi je pacient na pokraji psychického i fyzického vyčerpání a vyžaduje především paliativní péči, ošetrovatelskou péči a podporu ze strany svých blízkých (Holmerová a kol., 2020).

Každá fáze demence postupuje různě a nemusí se zhoršovat stejnou rychlostí. Vědci a lékaři nejčastěji rozdělují demenci na tři fáze:

2.3.1 Lehké stádium demence

V počáteční fázi nemoci se začínají objevovat mírné poruchy kognitivních funkcí. Postižení jedinci zažívají zhoršení krátkodobé paměti a mají problémy s časovým a prostorovým orientováním. Mají také obtíže s učením se novým věcem a s udržení nově nabytých informací nebo dovedností. Běžné je, že se ztrácí v prostředí, které je pro ně neznámé, zapomínají na důležité schůzky nebo lékařské prohlídky. Zároveň mají problémy s chápáním a plněním složitějších úkolů, jejich myšlení se stává pomalé a obtížné. Obtíže se projevují i ve verbální komunikaci, kdy dochází k vynechávání nebo zaměňování slov, problémům s plynulým vyjadřováním a obtížnému pochopení delších příběhů (Hauke, 2017).

Pacienti si jsou v této fázi demence už vědomi svého stavu, což často vyvolává narušení nálady. Můžou pociťovat pocity strachu a nejistoty. V nových situacích se můžou cítit ohroženi. Mohou se začít objevovat symptomy jako deprese, úzkost a projevy agresivity. Nemocný se může stát apatickým a pasivním, začít se vyhýbat sociálními interakcím a zanedbávat své záliby. Tato symptomatologie je často zaznamenána blízkými příbuznými dříve, než je zaznamenán pokles kognitivních funkcí. Je velmi důležité detekovat onemocnění co nejdříve a hledat odbornou pomoc. Správně zahájená terapie může zpomalit průběh onemocnění, poskytnout více času a zlepšit kvalitu života (Kisvetrová, 2020).

Pečovatel může lehce zpomalit rozvoj příznaků demence tím, že nenásilně navozuje realitu během každé interakce s klientem a přizpůsobuje tempo v reálném čase a prostoru. Je potřeba šetrně uvádět nemocného zpět do reality bez posuzování jeho sdělení. Tento přístup pomáhá uchovat základní informace o sobě, okolí a lidech se kterými dotyčný žije. Dále je důležité vysvětlovat své kroky a jejich smysl. Cílem není, aby si osoba s demencí něco zapamatovala, ale spíše aby dostala potřebné informace, které by jí ulevily od pocitů strachu a selhávání. Lidé s demencí si mohou v této fázi začít uvědomovat, že jejich paměť postupně slábne (Kisvetrová, 2017).

Když shrneme průběh této fáze, pacient je ve stádiu, kdy je schopen vést samostatný a nezávislý život, i když s určitým dohledem a příležitostnou pomocí (Hauke, 2017).

2.3.2 Střední stádium demence

Ve střední fázi demence dochází k prohlubování všech příznaků, které byly pozorovány během mírného stadia. Zaznamenává se výrazné zhoršení jak krátkodobé, tak dlouhodobé paměti, dochází k poruchám verbální komunikace. Zhoršuje se schopnost udržovat osobní vztahy a zvládat běžné záležitosti. Pacienti mohou projevovat apatii nebo naopak agitaci. Ztěžuje se zvládání běžných denních aktivit a mohou se objevit problémy s pohybem a držením těla. V této fázi může být také postiženým lidem omezen jejich náhled na vlastní stav a potíže (Neubauer, 2018).

V této fázi jsou pacienti emocionálně nestabilní, může mít bludy, halucinace, agresivitu, bloudit bez cíle, mít poruchy spánku (například spánkovou inverzi). V tomto stadiu již není schopen adekvátně fungovat v sociálním kontextu a splňovat své sociální role. Potřebuje nepřetržitý dohled a stálou podporu. Toto období je také velmi obtížné a stresující pro ty, kteří se o nemocného starají. Často se uvažuje o možnosti umístění osob s pokročilou demencí do zařízení pro dlouhodobou péči, protože péče o ně je velmi náročná a vyčerpávající (Fertaľová, 2020).

2.3.3 Těžké stádium demence

Narušení kognitivních funkcí v tomto stadiu jsou velmi vážné. Ve všech aspektech paměti se projevují výrazné obtíže, jedinec například zapomíná na minulé události, nebo i jména svých blízkých a dětí. Schopnosti verbální komunikace se dále zhoršují, což ztěžuje porozumění a vyjadřování se. Komunikovat a spolupracovat s jedincem se stává velmi náročným (Fertaľová, 2020).

Pacient se může ztratit i v dobře známém prostředí, jelikož je dezorientovaný v čase a prostoru. Ztrácí schopnost provádět běžné denní činnosti, má problémy s manipulací s penězi, udržováním domácnosti a používáním domácích spotřebičů. To ho činí potenciálně nebezpečným jak pro sebe, tak pro ostatní. Co se týče hygieny, nedokáže se sám obsloužit, nemůže se sám najíst ani napít a často se projevuje inkontinence moči a stolice (Hauke, 2017).

I když se jedná o pokročilou fázi demence, je důležité respektovat prožitky a vzpomínky nemocné osoby. Potvrzujeme a akceptujeme její vnitřní svět, a snažíme se najít spojitosti mezi jejím chováním a minulými zážitky. Vnitřní obrazy vznikají, aniž bychom to mohli ovlivnit, a stav mozku se mění mezi obdobími jasného myšlení a úplné zmatenosti (Klevetová, 2017).

2.4 Specifika komunikace se seniory s demencí

Způsob, jakým demence ovlivňuje komunikaci závisí jak na stupni demence, tak na jejím typu. Příklady narušené komunikace jsou poruchy s polykáním, afázie, nebo dysartrie. S ohledem na progresivní povahu nemoci je důležité udržet komunikační schopnosti pacienta co nejdéle. K tomu se často využívají systémy alternativní a augmentativní komunikace (Šarounová, 2014).

Neubauer (2018) popisuje poruchy kontaktu řeči a jazyka, problémy s porozuměním, čtením a psaním, což má zásadní vliv na následnou narušenou komunikaci.

Postupem času u osob s demencí dochází k poruchám jak ve verbální, tak v neverbální komunikaci. V případě verbální komunikace se často projevuje narušení v oblasti výstižnosti, srozumitelnosti a adekvátního vyjádření myšlenek, pocitů, prožitků a rozhodnutí (expresivní složka). Taktéž dochází k poruchám receptivní složky v oblasti porozumění a interpretace mluveného projevu (receptivní složka). Dochází k nesrozumitelnosti mluvy, která bývá monotónní a zbavená dynamiky. Často se projevuje opakováním slov nebo celých vět, uvíznutím na konkrétních frázích, či nesmyslné řeči (Hrušková, Foldýnová a kol., 2020).

Lidé trpící demencí mají omezené dovednosti v hovorové komunikaci, porozumění, opakování informací a psaní. Nejvíce postižená oblast je význam slov, zatímco struktura vět a zvuky jazyka obvykle netrpí tak závažně. Projevují se obtíže při hledání slov a vzpomínání na ně, méně se jich využívá, nedostatečně spojují věty a vytvářejí nedokončené myšlenky. U jedinců s Alzheimerovou chorobou je komunikace obtížná kvůli problémům s porozuměním, slovní zásobou, plynulostí řeči a stavbou vět. Nicméně je zachována schopnost rozumět neverbálním projevům, jako jsou gesta a mimika (Banovic a kol., 2018).

Neubauer (2018) podrobně popisuje komunikaci v různých stadiích demence. U mírného stupně se projevuje redukce slovní zásoby a obtíže ve vybavování slov, přičemž gramatika zůstává relativně stabilní. V této fázi může být řeč charakterizována egocentrickým zaměřením, nejasností až zmateností, a mohou se objevovat odchylky od tématu. Dlouhé pomlky a selhávání v pochopení humoru jsou také výraznými rysy této fáze, stejně jako neschopnost iniciovat komunikaci. V případě středně těžkého stupně dochází k výrazné redukci slovní zásoby a řečových automatismů, což vede k anomii. Dochází k narušení gramatické struktury a porušení jejího chápání. Echolalie a vytrácení předmětu hovoru jsou běžné, stejně jako zaměření na minulost a ztráta schopnosti komunikovat s určitým záměrem. Senzitivita vůči komunikačnímu partnerovi může být značně omezena. Těžký stupeň demence přináší závažnou až úplnou ztrátu schopnosti porozumět významu slov a gramatické struktuře jazyka. V této fázi jsou patrné poruchy syntaxe a výrazná anomie. Bezobsažná mluva, irrelevantní nesouvislý projev a nepřiměřená echolalie slov jsou výraznými rysy komunikace v této fázi. Pacient často nerozumí kontextu a může mít potíže s plněním role komunikačního partnera.

S postupem demence se nemocný není schopen vyjadřovat slovy a používá pouze nejasné mumlání a řeč bez zřetelného významu. Pokud pečující osoba nedokáže pochopit, co senior říká, i přesto je vhodné ho nechat při tom, místo toho, aby byl klient neustále korigován. Tato situace by totiž vedla ke snižování důstojnosti a sebevědomí, což negativně ovlivňuje klientovu sebeúctu. Ve všem, co člověk s demencí říká a dělá, existuje význam, i když ho pečovatel, či kdokoli nemusí vždy plně pochopit. (Česká alzheimerovská společnost, 2018).

Tyto všechny komunikační obtíže jsou způsobeny deficitem v oblasti kognitivních funkcí. Tyto problémy s komunikací jsou proto zařazeny do kategorie kognitivně-komunikačních poruch. U některých jedinců s demencí může být řeč ovlivněna nejen nedostatky v oblasti kognice, ale také přítomností dysartrie, což je typické zejména u demencí subkortikálních, například u Parkinsonovy choroby (Neubauer, 2018).

V komunikaci s nemocným je důležité využít všech forem komunikace, jako je verbální (mluvená či psaná řeč), neverbální (gesta, mimika, postoj těla, výraz tváře, pohled očí, doteky) a paraverbální (intonace, tón hlasu, barva hlasu, síla a hloubka). Komunikace s

nemocným se v důsledku demence může stát obtížnou, ale je důležité se naučit ji správně zvládat. Nemocný lépe porozumí, když se mluví jednoduše, srozumitelně a s citlivou a empatickou reakcí. Kromě slov je také důležité věnovat pozornost pohledům, tónu hlasu a gestům. Pečovatel může pomocí komunikace identifikovat a naplnit potřeby jedinců s demencí, aby jim mohl zajistit harmonický a kvalitní život. Správná komunikace pomáhá předcházet problematickému chování a také pomáhá řešit již existující problémy v chování pacientů (Hauke, 2017).

V souhrnu výše zmíněných specifík je třeba zdůraznit, že při zahajování interakce s klientem je vhodné nejprve se ujistit, že si je klient vědom vaší přítomnosti. Toho lze dosáhnout vydáním hlasitého pozdravu z pozice, která je pro klienta dobře viditelná, a následným fyzickým kontaktem, jako je například dotek na rameno. Během komunikace je důležité udržovat oční kontakt a průběžně si ověřovat, zda osoba s demencí rozumí sdělenému obsahu. Toho lze dosáhnout kladením konkrétních otázek, které si vyžadují potvrzení porozumění, například opakováním instrukcí, nebo zahájení požadované akce. V rámci každodenních aktivit je nutné klienta vést krok za krokem, pomalu a srozumitelně, přičemž je vhodné komunikovat přímo v prostředí, kde se daná činnost odehrává. Používání jednoduchého jazyka podpořeného výraznou mimikou a gesty, je přitom základem. Je důležité vyhnout se použití slov nebo frází, které by klient nemusel pochopit. V případě, že dojde k nedorozumění, což lze rozpoznat z neverbálních reakcí, je třeba upravit výklad nebo tempo řeči tak, aby odpovídalo schopnostem a potřebám klienta (Hruška, 2022).

3 Možnosti alternativní komunikace v kontextu péče o seniory s demencí

U lidí trpících demencí se můžeme setkat s různě závažným poškozením schopnosti dorozumívat se. Může se objevit obtížnost mluvit, problémy s artikulací, nebo potíže s polykáním. To vše závisí na typu demence a jejím stadiu. Jelikož demence postupuje a stádium se horší, je důležité se snažit co nejdéle zachovat schopnost komunikovat. K tomu se používají různé metody a nástroje pro podporu a rozšíření komunikačních možností, čímž jsou systémy alternativní a augmentativní komunikace (Hrušková, Foldýnová a kol., 2020).

3.1 Augmentativní a alternativní systém komunikace

Augmentativní komunikace je charakterizována jako doplňková, podporující technika pro již existující, avšak narušené nebo nedostatečné komunikační schopnosti, které již v praxi nepostačují. Na druhé straně, **Alternativní komunikace** naopak úplně nahrazuje běžné formy komunikace a to zejména mluvené řeči v případě, že se z nějakého důvodu nevyvinula, nebo došlo ke ztrátě schopnosti mluvit. Hlavním záměrem alternativní a augmentativní komunikace (dále AAK) je proto vylepšit porozumění řeči, usnadnit a podporovat vyjadřovací schopnosti u osob s narušenou komunikační schopností (Bendová, 2014, Hrušková, Foldýnová a kol., 2020).

Systémy AAK se v různých zemích vyvíjely již od sedmdesátých let 20. století, avšak v naší České republice se začaly prosazovat až po událostech sametové revoluce v roce 1989. Předtím byli jedinci, kteří nemohli komunikovat automaticky označováni za osoby s mentálním postižením a tím pádem jim byli odepřeny možnosti vzdělávání. Propojení logopedické péče a systémů AAK se ukazuje jako velmi efektivní (Šarounová, 2014).

Mezi jedince cílové skupiny AAK patří lidé s narušenou komunikační schopností. Jedná se o osoby s mentálním postižením, poruchou motorické funkce, nebo autismem. V dospělosti sem patří lidé s afázií nebo neurodegenerativními onemocněními (Neubauer a kol., 2018).

Při výběru a osvojování metod je důležité zvážit potřeby jednotlivce, který bude tyto metody využívat, stejně jako jeho rodinu, učitele a blízké. Lidé, kteří se s osobou s narušenou komunikační schopností nejvíce setkávají by měli pochopit a znát základní

principy a slovní zásobu dané komunikační metody. Je důležité se seznámit s metodou, aby komunikace byla efektivní pro obě strany. Je důležité si uvědomit, že komunikační systémy se často prolínají a lidé, kteří používají AAK systémy, využívají všechny dostupné prostředky, které jim umožní efektivně komunikovat. Při volbě metody je vždy třeba zohlednit konkrétní situaci a individuální potřeby (Šarounová, 2014).

V komunikaci s osobami trpící demencí se systémy AAK snaží primárně o zachování co nejvyšší úrovně komunikačních, paměťových a ztracených funkcí. V České republice je preferována neverbální forma způsobu komunikace, protože je snadno pochopitelná. Nejčastěji využívané prostředky AAK jsou komunikační tabulky, abecední znaky, slova, věty, fráze a symbolická schémata jako jsou například obrázky nebo fotografie. Velmi často se používají také piktogramy, Makaton a Znak do řeči (Hruška, 2022).

V případě jedinců s demencí využíváme prostředky AAK převážně ze systémů navržených pro osoby s mentálním postižením. Pokud je demence spojená s problémy pohybového aparátu můžeme zvážit použití některých systémů určených pro osoby s tělesným postižením. Volba AAK je přesto u osob s demencí složitá, zejména kvůli nepředvídatelné prognóze a měnícímu se průběhu onemocnění. Je proto klíčové, aby pacienti začali získávat dovednosti v práci s komunikačními pomůckami již v raných fázích onemocnění a aby intervence byla maximálně přizpůsobena individuálním potřebám konkrétního klienta (Šarounová, 2014).

S ohledem na rozmanitost nástrojů, metod a technik v oblasti alternativní a augmentativní komunikace existuje několik možností, jak je systematicky strukturovat a klasifikovat. Například Bendová (2014) , Maštalíř a Pastieriková (2018) člení AAK následovně:

- komunikační systémy bez pomůcek
- komunikační systémy s pomůckami, které se dále dělí na:
 - pomůcky netechnické povahy
 - pomůcky technické povahy

3.1.1 Metody AAK bez pomůcek

Metody bez jakýchkoliv pomůcek uskutečňují komunikaci prostřednictvím gest, mimiky nebo naučených symbolů. Pro používání mimiky, gest a dalších přirozených prostředků není potřeba rozsáhlého tréninku, tyto formy komunikace se vyvinuly spontánně. V případě vizuálně-motorických systémů je ovšem nezbytné, aby jedinec naučil a zvládal jednotlivé symboly (Šarounová, 2014).

Metody bez pomůcek lze uplatnit bez potřeby fyzické podpory od jiné osoby. Z výsledků průzkumu prostřednictvím dotazníků vyplývá, že poskytovatelé sociálních služeb preferují tyto bezpomůckové metody komunikace při interakci s lidmi postiženými demencí nejčastěji (Hrušková, Foldýnová a kol., 2020).

Vybrané metody AAK bez pomůcek využívané u seniorů s demencí:

Prostředky neverbální komunikace

Hrušková, Foldýnová a kol. (2020) uvádí, že v rámci komunikace s osobami trpícími demencí lze pozorovat, že sdělování informací prostřednictvím neverbálních signálů má zásadní význam, který je srovnatelný s komunikací slovní. Neverbální interakce se proto často stává preferovanou volbou mezi odborníky v oblasti péče o klienty s demencí, protože je snáze pochopitelná a nevyžaduje složité procesy.

Neverbální komunikace zahrnuje rozmanité formy. Dle Vybírala (2009) to jsou např.:

- nejrůznější gesta, pohyby hlavy a ostatní pohyby těla
- specifické držení těla
- různé výrazy obličeje
- směr a intenzitu pohledů
- prostor mezi námi a druhými lidmi, včetně našeho postavení vůči nim
- dotyky a jiné formy fyzického kontaktu
- tónu našeho hlasu a rytmu, které spadají do kategorie paralingvistických prvků
- náš vzhled, včetně oblečení a dalších aspektů, které ovlivňují, jak působíme na okolí

Orální řeč – vokalizace s komunikačním záměrem

V případech, kdy to zdravotní stav klienta dovoluje, tak verbální komunikace zůstává klíčovým způsobem vzájemného dorozumívání, i když může docházet k záměně nebo špatné výslovnosti slov, což může komplikovat běžnou komunikaci. Klienti mohou používat jednoduchá slova nebo fráze skládající se z jedné či dvou slabik, z nichž tvoří krátké věty. Tato slova pak mohou mít různé významy, závislé na kontextu, ve kterém jsou použita. Například slovo „papá“ může vyjadřovat rozloučení, pozvání k odchodu a podobně, zatímco „ham“ může signalizovat, že někdo právě jí, vyjadřovat pocit hladu nebo upozornění na přítomnost jídla. Pokud není klient schopen vyslovit i ty nejjednodušší slova, jako jsou jednoslabičné nebo dvojslabičné výrazy, často se přistupuje k vokalizaci s komunikačním záměrem. V tomto případě klienti vydávají zvuky, které mají za cíl vyjádřit určité potřeby nebo přání, například vydání zvuku „Á“ může signalizovat hlad, zatímco „Í“ může vyjadřovat potřebu navštívit toaletu nebo touhu odejít někam jinam. Tento způsob komunikace s lidmi trpícími demencí se mezi poskytovateli sociálních služeb ukázal být dle průzkumů velmi rozšířený a oblíbený pro svou jednoduchost a efektivitu (Hruška, 2022).

Makaton

Komunikační metoda zahrnující slovní vyjadřování, gesta a vizuální znaky. Své kořeny má v jazyce neslyšících a využívá znaky, které jsou obvykle vyučovány v rámci vzdělávání právě u osob neslyšících. Kombinace gest a mluveného slova je doplněna o symboly. Tyto symboly v rámci Makatonu slouží jako základní komunikační nástroj, podporují rozvoj jazykových schopností a rovněž napomáhají v rozvoji schopnosti čtení. (Kubová, 1996 in Neubauer a kol., 2018).

Systém komunikace se vyvíjí v souladu s preferencemi a schopnostmi uživatele a to v oblasti verbální komunikace, gest a vizuálních symbolů. Využívání gest pro klíčová slova, podobně jako v metodě znak do řeči, je časté, avšak postupem času může dojít k redukci používání gest a celkové sdělení se pak formuje pomocí mimiky, intonace hlasu mluvěcího a daného kontextu (Janovcová, 2010, Neubauer a kol., 2018).

Znak do řeči

Znak do řeči se opírá o vizuální stimuly, přirozená gesta a výrazovou mimiku, zdůrazňuje klíčová slova ve výpovědi. V tomto přístupu gesto slouží pouze jako doplněk k verbálnímu sdělení. Hlavním principem je kombinace gesta s významově důležitými slovy, která jsou prezentována pomalu a ve zkrácených větách, přičemž se používají pojmy, které jsou uživateli známé. Slovní forma a manuální gesto jsou prováděny synchronně s důrazem na jejich koordinaci v rytmu a pohybu. Nezbytnou součástí je kvalitní vizuální kontakt s komunikujícím, jeho motivace a soustředění. Cílem je rozvoj slovní zásoby s podporou vizuálních a kinetických paměťových podnětů, což může vést k maximálnímu rozvoji schopnosti expresivní verbální komunikace, porozumění a kognitivních funkcí (Neubauer a kol., 2018).

Hrušková, Foldýnová a kol. (2020) tvrdí, že pouze jedna organizace ve výzkumu prohlásila, že využívá přístup Makatonu v poskytování sociálních služeb pro osoby s demencí. Uvedli také, že tento koncept používají jen omezeně a znaky, které používají musí být intuitivní. Pro osoby s demencí je tento přístup již obtížný na paměť a porozumění.

3.1.2 Metody s pomůckami

Pro dosažení fungující komunikace se také využívají metody AAK s podporou reálných předmětů, zmenšenin, fotografií, různých grafických symbolů a jiná vizuální zpracování. Mohou se využívat fotografie, piktogramy a další hmotné předměty k uskutečňování komunikace a předávání informací. Tyto prostředky mohou rovněž sloužit k doplnění jiných metod augmentativní a alternativních komunikací (Šarounová, 2014).

Vybrané metody AAK s pomůckami využívané u seniorů s demencí:

Fotografie

Fotografie jsou velmi často využívaným netechnickým nástrojem AAK, kdy se jedná o fotografie, které zobrazují místa, kde klienti nyní bydlí či v minulosti bydleli, snímky z osobních archivů klientů, zahrnující rodinné okamžiky, domácí zvířata, jakož i fotografie z oblíbených míst, každodenních předmětů, zaměstnanců, známých tváří a z doby mládí klientů (Hrušková, Foldýnová a kol., 2020).

Fotografie nacházejí uplatnění nejen ve formě obrázků v rámečcích či digitálních fotorámečcích, ale jsou také součástí různých pomocných prostředků jako fotokalendářů, fotonástěnných koláží, či fotopexes. Využití fotografií v sociálních službách se nejčastěji týká reminiscenčních aktivit, stimulace a uklidnění klientů skrze vzpomínky. Fotografie mohou sloužit k lepší orientaci v prostoru zařízení, například fotografiemi na dveřích, k pochopení denního režimu díky fotografiím denního plánu, nebo k rozpoznávání osob, či vztahů se zaměstnanci a rodinnými příslušníky. Poskytovatelé sociálních služeb dále poukazují na význam fotografií pro trénink paměti, výběr vhodných aktivit, her a dialogu, během něhož klienti vyprávějí o svých zkušenostech a blízkých osobách (Hruška, 2022).

Piktogramy

Piktogramy jsou symboly, vytvořené v roce 1980 v Kanadě. Jsou to černobílé, snadno identifikovatelné obrázky s jasným významem, což zajišťuje srozumitelnost nejen pro klienty ale i pečovatele a okolí. Často jsou využívány jako doplněk komunikace (Šarounová, 2014).

Piktogramy představují formu vizuální komunikace. Každý piktogram má za úkol zjednodušeně vyjádřit fyzickou věc, činnost, či nějakou vlastnost. Každý piktogram by měl být zároveň dostatečně jednoduchý, aby jasně předával obsah, který má sdělit. Piktogramy jsou navrženy tak, aby byly snadno pochopitelné každým jednotlivcem a svou jednoduchostí sloužili jako efektivní nástroj komunikace pro jedince s různými druhy postižení (Tomová, Křivková, 2016).

U lidí s demencí jsou piktogramy aktivně využívány, aby usnadnili orientaci svým klientům v pobytových zařízeních a podpořili jejich samostatnost v každodenním životě. Tyto vizuální pomůcky jsou také významné pro zlepšení porozumění mezi klienty a personálem, který se o ně přímo stará. Využívány jsou k podpoře aktivního životního stylu klientů, včetně oblékání, stravování, osobní hygieny a sebepečce. Dále se používají v oblasti kognitivní rehabilitace a při komunikaci, jako je například vyjádření potřeb, představení klienta a navázání konverzace (Hruška, 2022).

„Piktogramy slouží zejména k orientaci na bytě či v prostorách domova. Značky pro jídlo (lednice), toaletu (aby trefili na záchod), společenskou místnost (aby si došli třeba pro jídlo do kuchyňky). Piktogramy používáme při popisu různých místností, v kuchyni – co je umístěné v dané skříňce a na toaletách – moderní splachovadla a zásobníky na toaletní papír, klienti totiž vše hledali, po použití těchto piktogramů jsme problémy vyřešili“ (Hrušková, Foldýnová a kol., 2020).

Hruška (2022) dále uvádí, že pro AAK pracovníci u osob s demencí používají pracovní listy s různým obsahem (omalovánky, spojovačky, vzpomínkové listy, piškvorky, matematické úlohy), denní rozvrhy, pracovní postupy, flipcharty, komunikační karty, zmenšeniny a makety reálných předmětů, zážitkové deníky apod.

4 Péče o seniory s demencí

Péče o seniora zahrnuje podporu jeho fyzického zdraví, psychické pohody a také péči o její sociální vazby.

Sociální interakce je pro každého z nás důležitá, protože nám dodává pocit uspokojení. Avšak pro osoby trpící demencí je tato interakce komplikovanější. Tato nemoc způsobuje, že nemocní mají problémy s rozpoznáváním lidí, které dobře znají, což vede k jejich postupnému odcizení. Často se vyhýbají společenským interakcím, protože se cítí trapně kvůli svému zdravotnímu stavu. Tato situace může vést k rezignaci, depresím, apatii a nakonec i k sociální izolaci. Práce s apatickou osobou je náročná, protože nemocný odmítá spolupracovat a jakékoliv snahy o rehabilitaci nebo léčbu. V rámci péče o člověka s demencí je proto důležitá také psychoterapie. Hlavním cílem psychoterapie je zlepšit kvalitu života pacienta, maximalizovat jeho schopnosti a pomoci mu zvládnout problémy, které demence přináší. Psychoterapie je také klíčová pro zvládání případných depresí a poruch chování (Fertaľová, Ondriová, 2020).

Poskytování kvalitní péče jednotlivcům s demencí představuje značnou výzvu. S postupujícím úbytkem kognitivních schopností a také tělesných funkcí se pacient stává stále více závislým na péči svých pečovateli. Při poskytování péče pacientům s demencí je klíčové věnovat pozornost nejen samotnému nemocnému, ale také jejich pečujícím. Kvůli vysoké náročnosti péče na fyzické, psychické a finanční úrovni mohou rodinní příslušníci čelit obtížím při zvládání péče o nemocného. Tato situace je často označována termínem „skryté oběti demence“. V péči o pacienty s demencí se mohou vyskytovat nejen komunikační problémy, ale i poruchy chování, což může výrazně komplikovat celý proces poskytování péče (Janoutová a kol. 2020).

Každá forma péče o starší občany, bez ohledu na to, zda je poskytována v domácím prostředí nebo v rámci specializovaných zařízení, přináší unikátní soubor charakteristik, výhod a nevýhod. Přestože se tyto metody mohou lišit v mnoha aspektech, všechny mají společný záměr a to zabezpečit starší populaci adekvátní péči, která jim umožní prožít jejich pozdní léta naplněně a důstojně. Různé strategie péče o stárnoucí generaci jsou

rozmanité a mají své jedinečné přednosti a omezení, avšak jejich hlavní ambice zůstává stejná (Ptáčková, 2021).

4.1 Péče v rodinném prostředí

Každodenní situace se postupně mění, když ti, kteří byli považováni za nejbližší, náhle přebírají roli pečujících. Nastává obrat, kdy rodiče či starší příbuzní, kteří dříve vedli a radili, nyní sami potřebují pomoc a závisí na podpoře svých dětí, či jiných příbuzných a blízkých. Dochází ke změně, kdy se ti, kdo byli kdysi v roli vedení najednou obrací na své potomky s otázkami ohledně toho, co mají dělat nebo co by měli jíst. Lidé, kteří se stávají pečujícími, se často ocitají v nové a nečekané situaci, kde hrají úplně novou roli, která je pro ně zcela nová (Vojtová, 2020).

Hlavní překážky, které se objevují při péči o seniory v domácí péči se vyskytují hlavně na straně pečujících z důvodu jejich nedostatečně volného času kvůli jejich zaměstnání, závazky vůči jiným rodinným členům, problematické mezilidské vztahy v rodině, nevyhovující bytové podmínky nebo finanční omezení, obavy z poskytování péče, vlastní zdravotní problémy, či nutnost speciálního ošetřování a další faktory. Při poskytování domácí rodinné péče je proto potřeba, aby se pečující osoby důkladně zamyslely nad svými kapacitami a silami, protože péče o seniory může být jak fyzicky, tak emocionálně náročná. Je zásadní, aby tato péče přesahovala běžnou asistenci v každodenních potřebách a zahrnovala také podporu a povzbuzení pro udržení aktivního života. Cílem by mělo být zachování alespoň částečné nezávislosti seniorů na co nejdelší dobu (Ptáčková, 2021).

Klíčem k minimalizaci rizika a prevenci různých nehod je systematické odstraňování potenciálních nebezpečí, která by mohla hrozit. Je důležité zajistit, aby v domácnostech byly malé předměty, jako jsou brýle, klíče a doklady, ukládány vždy na stejná místa. Tímto způsobem se zvyšuje přehlednost a minimalizuje riziko jejich ztráty. Důležité je dále udržovat ostré předměty na bezpečném místě, aby nedocházelo k nechtěným úrazům. Pro zvýšení bezpečnosti je důležité zajistit důkladné upevnění madel a držadel na vhodných místech, což usnadní pohyb a minimalizuje riziko pádu či úrazu. Pro zlepšení orientace v noci je zas výhodné instalovat noční světlo, což přispívá ke zvýšení bezpečnosti nemocného v prostředí s omezenou viditelností (Fertaľová, Ondriová, 2020).

Efektivní řešení péče o starší osoby v domácím prostředí se nabízí využití služeb pečovatelů, ať již pro krátkodobé asistence několik hodin týdně nebo pro nepřetržitou péči. Klíčové přednosti těchto služeb spočívají v jejich profesionálním přístupu, odborných znalostech, zdravotnickém vzdělání a praktických zkušenostech. Díky absolvování specializovaných kurzů a bohatým praktickým zkušenostem jsou pečovatelé často schopni poskytnout vysoce kvalitní péči. V situacích, kdy domácí péče není realizovatelná, je nutné uvažovat o možnosti institucionální péče (Ptáčková, 2021).

4.2 Péče v institucionálním prostředí

V zařízeních sociálních služeb jsou poskytovány specifické služby spojené s ubytováním, označované jako pobytové služby. Tato kategorie zahrnuje širokou škálu sociálních služeb, mezi něž patří týdenní stacionáře, domovy pro seniory, odlehčovací služby, chráněné bydlení, domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby se zdravotním postižením. Tato variabilita nabízených pobytových sociálních služeb reflektuje různorodé potřeby a specifika klientů v oblasti sociální péče. Vytváření a poskytování těchto služeb je klíčovým prvkem podpory komplexního a individuálního přístupu k sociální péči ve prospěch klientů v různých životních situacích (Zákon o sociálních službách, č. 108/2006 Sb., § 44, §47- §51).

Senioři, kteří se stěhují do zařízení institucionální péče, procházejí významnou změnou ve svém životě. Proces adaptace na nové okolí může být značně náročné, neboť jedinci opouštějí své známé domácí prostředí a vstupují do neznámého kolektivu. Musí se vyrovnat s dodržováním pravidel a režimu zařízení, zvykat si na stálý dohled personálu a často se potýkají s pocitem ztráty soukromí a nezávislosti. Navíc vstup do institucionální péče obvykle není jedinou změnou v jejich životech, jelikož se mnozí senioři musí současně vyrovnávat i se změnou svého zdravotního stavu, omezením své samostatnosti a někdy i se ztrátou blízké osoby (Ptáčková, 2021).

V současnosti se stát snaží o přesun seniorů z institucionálních zařízení do jejich domácího prostředí. Hlavním cílem je umožnit starším osobám zůstat co nejdéle ve svém přirozeném domově. Rozvoj terénních a ambulantních služeb by měl podporovat setrvání seniorů doma i v případě, že se ocitnou v obtížných životních situacích, či dojde k zhoršení jejich zdravotního stavu (Malíková, 2020).

4.2.1 Domov se zvláštním režimem

Podle zákona číslo 108/2006 Sb. se v určených zařízeních nabízejí služby pobytového charakteru pro jedince, kteří mají omezenou schopnost soběstačnosti kvůli trvalým psychickým problémům, závislostem na návykových látkách, stejně jako pro ty, kteří trpí demencí spojenou se stárnutím, Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence vedoucími k omezení jejich nezávislosti. Služby jsou rovněž dostupné pro ty, kteří vyžadují stálou asistenci od jiné osoby. Prostředí těchto specializovaných zařízení je navrženo tak, aby vyhovovalo konkrétním potřebám těchto osob.

Chodounská (2017) poukazuje na to, že domovy se zvláštním režimem hostí i seniory nižšího věku, a to především ty, kteří trpí mentálními poruchami, nebo jsou závislí na drogách. Převážná většina klientů v zařízení jsou přesto osoby starší 66 let, tvořící více než 80 % klientely. Přestože počet zařízení pro starší občany je poměrně konstantní, domovy se zvláštním režimem zaznamenali v období mezi lety 2010 a 2015 významný růst, kdy jejich počet vzrostl o polovinu. Téměř všichni klienti (96 %) v těchto zařízeních vykazují určitý stupeň závislosti na péči jiných, přičemž dvě třetiny z nich mají vysoký stupeň závislosti. Navíc 42 % klientů má omezenou schopnost pohybu a 25 % je dokonce trvale upoutáno na lůžko.

5 Úvod do praktické části bakalářské práce

Empirická část bakalářské práce se bude zabývat využíváním alternativní a augmentativní komunikace v péči o seniory s demencí v domovech se zvláštním režimem. Tato kapitola bude obsahovat důkladný popis celého procesu od přípravy přes samotnou realizaci až po vyhodnocení prováděného výzkumu. Detailně proberu metodiku, kterou jsem se rozhodla využít, včetně výběru účastníků, použitých nástrojů a způsobu sběru dat.

5.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem výzkumné části práce je zjistit možnosti využití alternativní a augmentativní komunikace při péči o seniory s demencí v domově se zvláštním režimem.

Hlavní výzkumná otázka (HVO): Jaké je využití alternativní a augmentativní komunikace při péči o seniory s demencí v domovech se zvláštním režimem?

Hlavní výzkumná otázka byla transformována do čtyř dílčích výzkumných otázek.

Dílčí výzkumná otázka 1 (DVO1): Zjistit jaké komunikační obtíže a bariéry identifikují při péči se seniory s demencí sociální pracovníci, klíčoví pracovníci a aktivizační pracovníci?

Cíl této dílčí otázky je získat informace o komunikačních obtížích a bariérách, které mohou vzniknout při péči o seniory s demencí. Tyto informace jsou užitečné pro lepší porozumění specifických výzev, kterým lidé při komunikaci s touto skupinou čelí. Informace a vědomosti o těchto obtížích mohou napomoci k vytvoření efektivnějších přístupů a komunikaci se seniory s demencí, což může mít pozitivní vliv na jejich kvalitu života.

Dílčí výzkumná otázka 2 (DVO2): Jaké komunikační strategie a metody znají a využívají oslovení profesionálové při komunikaci se seniory s demencí?

Cílem této výzkumné otázky je získat informace o postupech, metodách a technikách které vybraní profesionálové v domově se zvláštním režimem používají k překonání komunikačních překážek se seniory s demencí.

Dílčí výzkumná otázka 3 (DVO3): Jak pracovníci hodnotí své kompetence v komunikaci se seniory s demencí?

Třetí výzkumná otázka má za cíl zjistit, jak sami pracovníci v domovech se zvláštním režimem posuzují své kompetence v oblasti problematiky komunikace se seniory trpícími demencí.

Dílčí výzkumná otázka 4 (DVO4): Jaké jsou možnosti vzdělávání zaměstnanců v problematice komunikace se seniory s demencí?

Cílem této otázky je získat informace o dostupných možnostech vzdělávání pro zaměstnance ve vybraných domovech se zvláštním režimem týkající se problematiky komunikace se seniory s demencí. Vhodně vybrané vzdělání v této oblasti je důležité pro zlepšení svých dovedností a tím efektivnější komunikaci s touto specifickou skupinou klientů.

5.2 Transformace výzkumných otázek

Každou ze čtyř výzkumných otázek jsem přetvořila do sady tazatelských otázek, které jsem následně použila při rozhovorech s vybranými informanty. Na základě jejich odpovědí jsem získala informace týkající se dílčích výzkumných cílů a na základě těchto dat jsem následně provedla hodnocení dosažení hlavního cíle.

Tab. 1 Transformace dílčích výzkumných otázek do otázek tazatelských (zdroj vlastní)

HVO	Jaké je využití alternativní a augmentativní komunikace u seniorů s demencí v domově se zvláštním režimem?			
Dílčí výzkumný cíl (DVO)	Technika pro získání informací	Informant	Sada tazatelských otázek	
DVO1: Zjistit jaké komunikační obtíže a bariéry identifikují při péči se seniory s demencí	Polostrukturovaný rozhovor	sociální pracovník, klíčový pracovník, aktivizační pracovník	TO1	Jaké nejčastější obtíže v komunikaci seniorů s demencí pozorujete?
			TO2	Jaké komunikační obtíže Vám nejvíce komplikují péči o klienty s demencí?

sociální pracovníci, klíčoví pracovníci a aktivizační pracovníci?			TO3	Jak prostředí ovlivňuje komunikaci se seniory s demencí?
			TO4	Jaké bariéry během komunikace s klienty vnímáte na své straně?
			TO5	Co pro Vás představuje nejnáročnější situace při komunikaci se seniorem s demencí?
DVO2: Jaké komunikační strategie a metody znají a využívají oslovení profesionálové při komunikaci se seniory s demencí?	Polostrukturovaný rozhovor	sociální pracovník, klíčový pracovník, aktivizační pracovník	TO6	Jak navazujete a udržujete verbální komunikaci se seniory s demencí?
			TO7	Jaké neverbální signály a gesta využíváte nejčastěji při komunikaci se seniory s demencí?
			TO8	Jaké postupy a metody Vám usnadňují komunikaci s klienty s demencí při běžné denní péči?
			TO9	Pokud znáte pojem alternativní a augmentativní komunikace, můžete mi vyjmenovat o jaké

				konkrétní systémy se tam jedná?
			TO10	Jaké jsou vaše osvědčené metody a techniky komunikace s klienty s demencí?
DVO3: Jak pracovníci hodnotí své kompetence v komunikaci se seniory s demencí?	Polostrukturovaný rozhovor	sociální pracovník, klíčový pracovník, aktivizační pracovník	TO11	Jak hodnotíte své znalosti o klientech, o které pečujete?
			TO12	Které informace považujete za důležité o klientech s demencí znát a jaké informace Vám chybí?
			TO13	Jaké konkrétní dovednosti by podle Vás měla mít osoba, která komunikuje se seniory s demencí?
			TO14	Jaký je váš postup a reakce, když klient s demencí nereaguje na to, co mu říkáte?
DVO4: Jaké jsou možnosti vzdělání zaměstnanců o problematice komunikace se	Polostrukturovaný rozhovor	sociální pracovník, klíčový pracovník, aktivizační pracovník	TO15	Jakých školení ohledně problematiky komunikace s lidmi s demencí jste se zúčastnil/la?

seniory s demencí?			TO16	Jak zařízení, kde pracujete podporuje odborný rozvoj svých zaměstnanců?
			TO17	Můžete uvést příklady situací, ve kterých vám vzdělání pomohlo zlepšit komunikaci s lidmi trpícími demencí?

5.3 Výběr metody a techniky

V rámci výzkumného šetření jsem se rozhodla uplatnit kvalitativní přístup. K shromažďování údajů pro mé výzkumné účely jsem se rozhodla využít konkrétně metodu polostrukturovaných rozhovorů.

Švaříček a Šedřová (2014) tuto metodu definují: „*Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*“

Hendl (2016) tvrdí, že cílem tohoto výzkumu je shromáždit detailní a ucelené informace. Data získaná od informantů budou přepsána, zpracována a následně analyzována metodami kódování a kategorizace. Tento přístup umožní porovnat a vyhodnotit podobnosti a rozdíly a poskytné hlubší porozumění zkoumané problematice.

Rozhovor je nejčastěji využívaná metoda pro sbírání dat v rámci kvalitativního výzkumu. Tato metoda zahrnuje hloubkové rozhovory, kde se respondentům kladou otevřené otázky, aby se získalo hlubšímu porozumění jeho vnímání, zkušeností, myšlenek a názorů na zkoumaný jev. Skrze rozhovory je možné uchovat autentické výpovědi a slova osob,

které jsou zachyceny v jejich přirozené formě. Hlubkové rozhovory lze kategorizovat do dvou základních typů: polostrukturované a nestrukturované. Polostrukturovaný rozhovor je tvořen sadou předpřipravených otázek, dle kterých se pak rozhovor odvíjí. Na druhé straně, nestrukturovaný rozhovor může vycházet pouze z jedné klíčové otázky a jeho další průběh se odvíjí spontánně podle odpovědí respondentů, bez pevně stanoveného rámce (Švaříček, Šedřová, 2014).

V souladu k cílům tohoto výzkumu, kterými je získání odpovědí na specifické výzkumné otázky, byla zvolena forma polostrukturovaného rozhovoru.

Informanti byli předem informováni o tom, že rozhovory budou zaznamenávány pomocí diktafonu a nahrávky budou bezpečně uloženy bez možnosti přístupu a zneužití jiných osob. Bylo také zmíněno, že všechny záznamy budou po přepsání smazány. Dále jsem zdůraznila, že informace z rozhovorů nebudou využity pro žádné jiné účely, než pro potřeby daného výzkumného projektu.

5.4 Charakteristika a popis výzkumného prostředí

Výzkumné šetření je realizováno ve dvou domovech pro seniory se zvláštním režimem. Obě zařízení se nachází v Pardubickém kraji. Informace o charakteristice míst šetření jsou získány z veřejně dostupných ročních zpráv obou institucí a doplňovány osobním pozorováním a poznámkami provedených během získávání rozhovorů.

Popis prvního zařízení – Z1

Toto zařízení jsem vybrala pro svůj výzkum, jelikož jsem zde měla možnost absolvovat praxi během mého studia speciální pedagogiky, což mi umožnilo se detailně seznámit s prostředím a personálem. Tato předchozí zkušenost mi poskytla značnou výhodu pro realizaci rozhovorů díky již předchozí znalosti prostředí, zaměstnanců a některých stále přítomných klientů.

Ubytovací kapacita domova činí celkem 185 lůžek, které jsou distribuovány mezi jednolůžkové, dvoulůžkové a třílůžkové pokoje. Všechny pokoje jsou vybaveny vlastním sociálním zařízením a navrženy tak, aby poskytovaly pohodlí a zároveň splňovaly požadavky klientů.

Cílovou skupinou zařízení jsou osoby s různými typy organických duševních poruch, včetně Alzheimerovy choroby a různých forem demence, kteří vyžadují asistenci jiných osob ve svém každodenním životě. Zařízení neposkytuje služby osobám, které mohou zůstat ve svém domácím prostředí s pomocí dostupných terénních sociálních služeb, nebo těm, kteří potřebují péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení, stejně jako osobám s akutními infekčními onemocněními nebo závislostí na alkoholu a drogách v akutní fázi.

Toto zařízení se nachází na předměstí menšího města, kde jeho umístění poskytuje klidné a bezpečné prostředí díky vlastní rozlehlé zahradě. Tato zahrada je využívána pro relaxaci klientů, procházky a petterapii, což napomáhá jejich celkovému zdraví a pohodě.

Základním posláním tohoto domova je vytváření takových podmínek, které umožňují osobám s nízkou mírou soběstačnosti a s poruchami paměti a orientace prožívat život s důstojností a zároveň jim poskytovat nepřetržitou odbornou sociální, zdravotní a ošetrovatelskou péči s ohledem na jedinečnost každého jedince.

V rámci svého poslání a cílů toto zařízení zavazuje poskytovat klientům bezpečné a přátelské prostředí, zajištění základních životních potřeb, podporu v osobních kontaktech a pomoc s vyřizováním osobních záležitostí. Důraz je kladen na úctu k člověku, zachování lidské důstojnosti, individuální přístup a odbornou péči, čímž se snaží vzájemnou důvěrou a respektem mezi klienty a personálem.

Popis druhého zařízení – Z2

Druhé zařízení, kde byl realizován výzkum je nově otevřený domov se zvláštním režimem se zahájením provozu na jaře 2023 s kapacitou 90 lůžek.

Toto zařízení nabízí komplexní služby na podporu osob s Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence. Domov je situován v klidné lokalitě města a designováno tak, aby svým klientům poskytovalo maximální pohodlí a podporu. Domov slibuje individuální přístup, založený na hlubokém porozumění potřebám každého klienta, což je vidět i ve výběru aktivizačních činností a terapií určených k udržení a rozvoji schopností klientů.

Zařízení se pyšní nadstandardně vybaveným lékařským pracovištěm a spoluprací s předními odborníky v oblasti geriatric a psychiatrie, což umožňuje poskytovat klientům komplexní zdravotní péči přímo v domově. Klienti mají k dispozici jednolůžkové nebo dvoulůžkové pokoje s vlastním sociálním zařízením, přičemž celý objekt je bezbariérový, což umožňuje snadný pohyb všem bez ohledu na jejich fyzickou kondici.

Důraz je kladen nejen na zdravotní péči, ale i na sociální služby, které podporují soběstačnost klientů a nabízí bohatý program aktivit od muzikoterapie po reminiscenční terapie, které jsou přizpůsobeny individuálním zájmům a potřebám klientů. Domov tak poskytuje nejen základní péči, ale i prostředí, které stimuluje mysl a podporuje dobré duševní zdraví. Zařízení je zároveň součástí širší sítě těchto domovů v různých krajích a městech, což umožňuje využívání sdílených zkušeností a osvědčených postupů v péči o osoby s demencí. Tato integrace služeb zdravotních a sociálních pod jednou střechou přináší klientům a jejich rodinám nejen profesionální péči, ale i komfort a bezpečí domácího prostředí.

5.5 Charakteristika informantů

Výběr vhodných informantů zahrnutých do mého výzkumného šetření byl založen na kritériu, že musí jít o pracovníky poskytující péči seniorům s demencí v domovech se zvláštním režimem. V rámci mého výzkumu jsem usilovala o shromáždění dat z různých perspektiv z daného zařízení s cílem získat komplexní přehled o zkoumané problematice z pohledů informantů působících na rozličných pracovních pozicích. Hledala jsem proto konkrétně tři klíčové pracovníky, tři sociální pracovníky a tři aktivizační pracovníky. Při výběru informantů jsem také hleděla na to, aby tito informanti měli různorodou délku praxe v dané oblasti. Při hledání vhodných informantů mi byla nápomocna vedoucí daného zařízení, s níž jsem konzultovala možnost realizace výzkumu. Paní vedoucí mi pak vytipovala konkrétní informanty a ty jsem pak následně oslovila k rozhovorům.

Každého vybraného respondenta jsem důkladně informovala o cílech a účelu daného výzkumu. S každým z nich byl individuálně dohodnut konkrétní čas a místo setkání pro uskutečnění rozhovoru. Soubor respondentů byl charakteristický svojí diverzitou, co se týče věku, životních a pracovních zkušeností i úrovně dosaženého vzdělání. Všichni respondenti pracují v domově se zvláštním režimem a jsou z dvou různých zařízení

v pardubickém kraji. Informanti I1, I2, I5, I8, I9 jsou ze zařízení Z1, zatímco informanti I3, I4, I6, I7 jsou ze zařízení Z2.

V následující tabulce jsou představeni jednotliví informanti spolu s jejich základními charakteristikami.

Tab. 2 Přehled informantů (zdroj vlastní)

informant		zařízení	pohlaví	věk	vzdělání	délka praxe v péči o seniory v domově se zvláštním režimem
sociální pracovník	I1	Z1	žena	50	vyšší odborná škola	11 let
	I2	Z1	žena	28	vysoká škola, bakalářský titul	4 roky
	I3	Z2	žena	30	vysoká škola, magisterský titul	3 roky
klíčový pracovník	I4	Z2	žena	28	základní	1 a 1/2 roku
	I5	Z1	žena	45	střední odborné bez maturity	5 let
	I6	Z2	žena	33	základní	3 roky
aktivizační pracovník	I7	Z2	žena	49	středoškolské s maturitou	6 let
	I8	Z1	žena	41	vyšší odborná škola	2 roky
	I9	Z1	žena	27	střední odborné bez maturity	1 rok

5.6 Realizace výzkumného šetření

Samotné rozhovory probíhaly od ledna do března 2024, ale již ke konci roku 2023 jsem si vyhledala kontakty na zařízení v mém okolí, které byly vhodné pro účel mého výzkumu a domluvila se s vedoucími v zařízeních na možnosti provedení rozhovorů pro mou bakalářskou práci. Podrobně jsem vedoucím v daném zařízení vysvětlila můj výzkum, cíle rozhovorů a požádala jsem o povolení k realizaci rozhovorů mezi jejich zaměstnanci.

Kontaktovala jsem celkem pět domovů se zvláštním režimem, z nichž pouze dva souhlasili s realizací rozhovorů. Dvě zařízení po krátké komunikaci nesouhlasili s realizací rozhovorů u nich v zařízení a z jednoho zařízení na mé telefonáty a emaily nikdo nereagoval. Nakonec jsem se mi podařilo domluvit se ve dvou zařízeních, kde mi bylo povoleno provést výzkum za předpokladu, že tím nebude narušen běžný provoz. Jedno zařízení, kde výzkum proběhl pro mě bylo zcela nové, avšak druhé zařízení mi bylo dobře známé, protože jsem tam v roce 2023 vykonávala praxi během studia speciální pedagogiky. Vedoucí těchto dvou zařízení, s kterými jsem komunikovala od začátku mi poskytli jména a kontakty na zaměstnance vhodné pro moje rozhovory. Po získání kontaktů na vybrané pracovníky jsem je oslovila s nabídkou účasti na výzkumném rozhovoru a následně si s nimi domluvila schůzku přímo u nich v domově se zvláštním režimem. Jeden z rozhovorů proběhl v domácím prostředí u informanta doma, neboť se jednalo o osobu z mé rodiny. Respondenti, kteří se výzkumu zúčastnili pocházeli ze dvou různých institucí a zastávali tři různé pracovní pozice. Celkem bylo realizováno osm rozhovorů s devíti účastníky, kdy v jednom případě proběhl rozhovor se dvěma informanty současně.

Data byla sbírána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Každý rozhovor se skládal ze sedmnácti tazatelských otázek jejichž seznam je přiložen v Tabulce I. Tyto otázky vytvářely základní strukturu pro rozhovor, přičemž postup a formu pokládání otázek jsem upravovala v souladu s aktuálním průběhem konverzace a v případě potřeby jsem se dále vyptávala na podrobnosti týkající se daných odpovědí. Doba trvání rozhovorů se pohybovala mezi 18 minutami a 1 hodinou a 5 minutami, přičemž průměrná délka rozhovoru činila přibližně 31 minut.

Před samotnými rozhovory jsem realizovala pilotní rozhovor, který měl za cíl otestovat srozumitelnost tazatelských otázek a mé vedení rozhovoru. V lednu 2024 jsem s tímto vybraným informantem uskutečnila pilotní šetření a díky tomu pak upravila některé otázky tak, aby byly lépe pochopitelné a zároveň jsem snížila celkový počet tazatelských otázek. Pilotním rozhovorem jsem si potvrdila, že většina otázek je srozumitelná a rozhovor fungoval na obou stranách. Po pilotním rozhovoru jsem následně realizovala v průběhu dvou následujících měsíců všechny potřebné rozhovory.

Před každým rozhovorem jsem informanty seznámila s cílem mého výzkumu, odhadovaným časem rozhovoru a zdůraznila jsem zásady zachování anonymity a nahrávání záznamu na diktafon. Po vysvětlení, jak bude s nahrávkami naloženo a jejich následné likvidaci po přepsání, jsem dostala souhlas s nahráváním od pěti z osmi informantů. Nahrávání rozhovoru odmítli tři informanti, kteří vyjadřovali pocit nepohodlí a nervozity při myšlence, že by jejich odpovědi byly zaznamenávány diktafonem a na základě toho jsem usoudila, že by preferovali tradiční metodu zaznamenávání. U těchto informantů jsem tedy zvolila zaznamenávání slovních odpovědí pomocí poznámek na papír. Během záznamu odpovědí jsem k zefektivnění procesu používala zkratky a v případě, že informátor během své verbální odpovědi použil neverbální vyjadřovací prostředky zaznamenala jsem je do poznámek v závorkách.

Během rozhovorů jsem se snažila vytvořit přátelskou a důvěrnou atmosféru. Po získání všech potřebných odpovědí na tazatelské otázky, během kterých jsem případně přidávala další doplňující otázky, které z rozhovoru vyplynuly, naše setkání často končilo přátelskou neformální diskusí. Následně jsem každý rozhovor ještě v ten samý den přepsala do digitální podoby v programu Microsoft Word. Analýza a interpretace získaných dat pak probíhala s ohledem na jednotlivé dílčí výzkumné cíle na základě kterých jsem vyvodila závěry ohledně hlavního výzkumného cíle. Přepis jednoho z rozhovorů je přiložen v příloze mé bakalářské práce.

6 Interpretace výzkumného šetření

Z důvodu zachování anonymity při interpretaci výzkumných otázek nebudou uvedena pravá jména informantů. Místo toho budou informanti označeny písmenem I a doplněny o číselné označení 1-9. Tato metoda označování je detailně popsána v tabulce č. 2, kde jsou také specifikovány charakteristiky jednotlivých informantů. Veškeré citace z rozhovorů budou v textu vyznačeny uvozovkami a pro lepší přehlednost budou psány kurzívou.

6.1 Interpretace první dílčí výzkumné otázky (DVO1)

DVO1: Zjistit jaké komunikační obtíže a bariéry identifikují při péči se seniory s demencí sociální pracovníci, klíčoví pracovníci a aktivizační pracovníci?

V rámci získávání odpovědí na DVO1 jsem informantům pokládala TO1-5, které mi umožnily identifikovat nejčastější poruchy komunikačních schopností, které pracovníci v domovech se zvláštním režimem pozorují u seniorů s demencí a bariéry, které komplikují jejich vzájemnou komunikaci a tím i celkovou péči.

Na 1TO, jaké nejčastější obtíže v komunikaci seniorů s demencí pozorujete popisovali informanti různorodost komunikačních obtíží klientů, kdy se ale většina odpovědí shodovala. Všichni informátoři souhlasí s tím, že všichni klienti s demencí mají obtíže s nalézáním vhodných slov a míra narušené komunikace souvisí se stádiem nemoci. **I1** tvrdí: *„Každý klient je jedinečný, někteří mají větší obtíže než jiní, což závisí většinou na stádiu jejich diagnózy. U všech je ale běžné, že si nevybavují události a informace, které jsme jim již dříve řekli.“* Informátor **I4** uvedl: *„Obtíže v komunikaci s klienty spočívají hlavně v tom, že nedochází k vzájemnému porozumění, že mi nerozumí a často ani já jim. Tím pádem pak vzniká frustrace na obou stranách a kolikrát i agresivním chováním ze strany klientů. Pár klientů pak dokonce reaguje i fyzickým útokem, ale ne vždy je to takhle extrémní. Jejich nálada se mění podle okolností, ze dne na den, někdy jsou lepší, jindy ne. Je to prostě vždy o situaci a konkrétním dni a jejich rozpoložení.“* Další problémy, které informátoři často zdůrazňovali, zahrnovaly stále se opakující dotazy a nedostatečnou schopnost vyjádřit se, nebo chybnou výslovnost. Podle informanta **I6**: *„Někteří klienti mají téměř nulovou schopnost mluvit a nemohou vyjádřit své potřeby. Také se opakovaně ptají na dokola stejné věci.“* Informátor **I2** uvedl: *„Jejich řeč je nejasná, mají potíže s*

formulací vět, dochází k záměnám různých slov a také zapomínají nedávné události. “ I3: „Často začínají nějakou větou a uprostřed ji zapomenou.“ Většina informantů také popisovala frustraci, která vzniká, když klienti nedokážou pochopit sdělené informace a zapamatovat si více věcí najednou. Informátor I9 zmínil: „Často se stává, že klienti nechápou mé sdělení, nebo na ně ani vůbec nereagují.“

U otázky, jaké z těchto komunikačních obtíží nejvíce komplikují péči o klienty s demencí se všichni zmínili o ztrátě schopnosti mluvit, nebo porozumění. Podle informantů je ale hlavním problémem právě nedorozumění. Shodují se, že právě neporozumění negativně ovlivňuje chování klientů. U klientů u kterých nedojde k porozumění, dochází k znejistění a ztráty pocitu bezpečí, což následně vede k neadekvátní reakci. Bezpečí je klíčové pro lidskou pohodu a jeho absence může způsobit, že se senioři chovají agresivně, jsou naštvaní, vulgární, plačtiví, smutní nebo apatičtí. Informátor I7 uvádí, že: *„Hlavním problémem je vzájemné nepochopení a to, že nedokážou adekvátně reagovat ani vyjádřit své potřeby.“* To stejné uvedl informátor I2: *„Nejtěžší situace nastává, když se snaží něco sdělit, ale nedokážou to. Pak těžko zvládneme plnit jejich přání a potřeby. Jsou z toho následně frustrovaní a rozladění. Často to pak dávají za vinu nám.“* Jiná informantka I6 zmiňuje: *„Máme tady jednoho pana, který začne vulgárně nadávat, pokud se nemůže adekvátně vyjádřit. Takové agresivní chování nám péči ztěžuje dost.“*

U TO3, jak prostředí ovlivňuje komunikaci s klienty s demencí, se některé odpovědi lišily. Většina informátorů však poukázala, že prostředí určitě hraje roli pro správné porozumění. Dle informátora I7: *„Když je v prostředí, kde s klientem komunikuju nedostatek soukromí, negativně to ovlivňuje naše vzájemné porozumění a celkovou komunikaci.“* Informátor I2: *poznámek: „Komunikace s klienty probíhá nejlépe, když jsme o samotě v jejich pokoji, kde k tomu přispívají třeba i jejich osobní předměty, které mohou evokovat vzpomínky a emoce, což pomáhá v navazování efektivní komunikace.“* I5: *„Hodně. Přijde mi, že prostředí hraje velkou roli. Třeba v jídelně, na chodbě, tak tam se mnohdy kvůli ruchu nedomluví ani s kolegyní natož s klientem, protože je všude kolem spoustu rušivých podnětů.“* Naopak I9: *„V našem zařízení nevnímám, že by prostředí hrálo nějakou větší roli. Nerozumím mu stejně tak na pokoji o samotě, tak i na chodbě.“*

Informanti si byli vědomi i vlastních komunikačních bariér u TO4, kdy zmínili například obtíže v komunikaci s určitými klienty, neschopnost adekvátně reagovat na určité situace, jako je pláč nebo dotazy klientů. Všichni informanti se shodli na tom, že největší bariéra je nedostatek času pro větší individualitu. **I8** uvedl: „*Málo času kvůli nedostatku pracovníků, pak není čas na individuální aktivity.*“ Informátor **I9** uvedl: „*Občas mi dělá problém udržet klid, když klienti neustále opakují stejné dotazy.*“ Jako bariéra, kterou vidí **I7** je: „*Když se snažím porozumět jejich názorům, aniž bych jim je zpochybňovala, nebo vyvracela, i když se jasně jedná o úplný nesmysl.*“ Pro informanta **I1** je nejtěžší pochopit, že tito lidé prožívají úplně odlišnou realitu: „*Podobají se ve svých často nesrozumitelných reakcích dětem, na rozdíl od nás, kteří jsme schopni své emoce kontrolovat.*“

U otázky, co pro Vás představuje nejnáročnější situace při komunikaci se seniorem s demencí informátoři uvedli, že je obzvláště náročné, když si nejsou jistí, jak reagovat v určitých situacích. Například informátor **I9** popsal situaci, kdy klient trvá na nerealizovatelném požadavku a nepřijímá jakékoliv alternativy. Informátor **I4** zmínil problémy s klienty, kteří nerozumí důvodu svého pobytu v zařízení a cítí se kvůli tomu nešťastní. Podobně informátor **I6** uvedl: „*Velmi mě vyčerpává, když klient nerozumí nebo nechce komunikovat a když jsou smutní a já nevím, jak je utěšit.*“ Informátor **I2** vyjádřil, že se mu obtížně udržuje klid, když musí opakovaně vysvětlovat stejné informace pořád dokola. „*Hodně klientů opakovaně klade dokola stejné otázky, ale já nemám vždy dostatek času na to jim vysvětlovat to stejné stále dokola. Pak mi také dělá problém, když je na mě klient zlý až agresivní, i když vím, že to je součástí jejich onemocnění.*“

Shrnutí DVO1

Z jednotlivých odpovědí informantů je patrné, že v kontextu tohoto konkrétního cíle odpovědi výrazně korespondují s teoretickými závěry v teoretické části práce. Demence se projevuje řadou symptomů, které zahrnují narušení paměti, učení, řeči a jazyka, dezorientaci v čase a prostoru, potíže s porozuměním a změn v chování. Tyto symptomy významně ovlivňují komunikační schopnosti jedinců. Informace z praxe, které jsem získala od informantů ukazují, že komunikační obtíže se liší v závislosti na stadiu a typu demence, přičemž některé problémy jsou běžnější než jiné.

Mezi typické obtíže, které informanti identifikují a nejvíce jim komplikují péči patří:

- neschopnost udržet v paměti více úkolů současně
- poruchy výslovnosti
- problémy s vyjádřením
- opakující se dotazy
- zhoršené vybavování slov
- obtíže s porozuměním
- nezájem o veškerou komunikaci

Tyto problémy v komunikaci pak vedou k dalším komplikacím, protože způsobují klientům zmatek, nervozitu a někdy i agresivitu.

Mezi bariéry, které informanti popisovali na své straně patří:

- nedostatek času
- zachování klidu ve stresujících momentech
- obtíže v komunikaci s konkrétními klienty
- reakce na specifické situace
- pochopení

Prostředí má dle poloviny informantů pro efektivnější komunikaci také značný vliv, kdy informanti popisovali nejefektivnější komunikaci v klidném a dobře známém prostředí, což je nejčastěji na pokoji klienta.

6.2 Interpretace druhé dílčí výzkumné otázky (DVO2)

Dílčí výzkumná otázka 2 (DVO2): Jaké komunikační strategie a metody znají a využívají oslovení profesionálové při komunikaci se seniory s demencí?

V rámci TO6, jak pracovníci navazují a udržují verbální komunikaci se seniory s demencí u většiny informantů (**I2, I3, I4, I6, I7, I8**) byla popisovaná počáteční iniciativa pro zahájení komunikace ze strany nich samotných, zatímco zbylí (**I1, I5**) popisovali navazování komunikace jako vyrovnané, nebo spíše ze strany klienta. Dle **I1**: „*Když přistoupím ke klientovi, často mě předběhne pozdravem a ihned se na něco zeptá, takže by se dalo říci, že iniciativa většinou vychází od klienta.*“ K této otázce se dále informanti shodovali, že při komunikaci s klienty užívají formu vykání a oslovují je podle jejich

příjmení, přičemž v některých situacích používají i jméno klienta, ale stále udržují formální vykáni. V některých specifických situacích, jestliže si to klient přeje nebo pokud je to nevyhnutelné, protože na své příjmení nereagují, může docházet k tykání. **I7** zmiňuje, že: „V souladu s interními pravidly bychom klientům měli vykat a oslovovat je příjmením“, k tomu ještě dodává: „může se ale stát, že klienti přestanou reagovat na své příjmení. V takovém případě není možné nic jiného, než je oslovit jménem, což je nezbytné pro další práci s nimi.“ **I6** doplňuje: „Když klient pochází z rodinného prostředí, kde byl celý život oslovován jako Vašek, může být pro něj neznámé reagovat na své příjmení. V takovém případě ho také oslovujeme jménem Vašku“. Všichni informanti se shodují, že pro udržení komunikace je důležité uzpůsobení tempa konverzace, které je třeba prokládat pauzami a také opakovat důležité body pro lepší zapamatování. **I3**: „Nejprve je potřeba jasně a důrazně pozdravit, aby si klient všiml, že tam jsem. V případě že nereaguje, tak ho pohládím na rameni, nebo na ruce. Snažím se udržovat oční kontakt, což mi taky přijde důležité.“ **I8** dodává: „Důležité informace opakuju a poskytuju dostatek času na odpověď, než přejdeme k dalšímu tématu, nebo otázce. Napomáhám si taky neverbálními signály.“

U TO7, jaké neverbální signály a gesta informanti nejčastěji využívají odpověděl **I9**: „Z neverbální komunikace používám nejčastěji různá gesta a výrazy obličeje. Myslím taky, že je hodně důležitý úsměv. S důležitostí úsměvu souhlasí většina informantů a **I5** dodává: „Je důležité, aby se klienti cítili dobře, protože pokud jsou z něčeho smutní, nešťastní mohou mít větší problémy s vyjadřováním a být víc agresivní a úsměvem tu pozitivní energii navozujeme.“ **I2** dále doplnil: „Často se opíráme o smyslové formy komunikace, jako je třeba pohlazení.“ S tvrzením o důležitosti očního kontaktu souhlasila většina informantů např. **I7** tvrdí: „Navázaný oční kontakt považuji už za takovou zpětnou vazbu.“, avšak **I8** tvrdí opak: „Oční kontakt mi nepřijde moc podstatný, pohled některých klientů je stejně takový prázdný.“

U TO8, jaké postupy a metody usnadňují komunikaci s klienty s demencí při běžné denní péči se většina shodla na vizuálních pomůckách, udržování očního kontaktu a zdůraznili důležitost opakování. **I2** tvrdí: „Komunikace by měla být jednoduchá a přímá. Složitě věty a slovíčkaření mohou klienta snadno zmást.“ **I9**: „Dávat instrukce krok za krokem a

udržovat věty krátké a jasné, aby klient mohl snadno porozumět a následovat pokyny. “

I5: *Mně přijde důležitý dodržovat jasné a konzistentní rutiny. Často taky používáme různé vizuální pomůcky, jako jsou obrázky nebo symboly.*

Dále mě zajímala znalost pojmu alternativní a augmentativní komunikace a zda informanti vědí o jaké systémy se jedná. Odpovědi byly půl na půl, kdy polovina informantů tento pojem znala a zvládla vyjmenovat také několik komunikačních systémů. Druhá půlka informantů tento pojem neznala, nebo neznala natolik, aby věděla, že jde o AAK. 2 informantky (**I1, I3**) znají čtyři takové systémy, 3 informantky (**I2, I5, I9**) znají 2 systémy AAK, zatímco zbylé 4 informantky pojem alternativní a augmentativní komunikace neznají, avšak z rozhovorů vyplynulo, že nějaké systémy v praxi využívají. Informanti, kteří jsou seznámeni s pojmem alternativní a augmentativní komunikace, rovněž používají alespoň jeden z těchto systémů v praxi, přičemž 4 informanti využívají dva komunikační systémy AAK při komunikaci s klientem. **I9:** *„Pojem znám, je to používání fotografií, obrázků a další jazykové systémy jako třeba Makaton a další, ale tady v zařízení to zas tolik nevyužíváme, převážně jen ty fotografie a obrázky. Není čas.“*

I3: *„My to tady moc nevyužíváme, ale AAK znám a přijde mi to jako fajn věc.“*

Na TO10, jaké jsou vaše osvědčené metody a techniky komunikace s klienty s demencí se nejvíce informantů shoduje na využívání obrázků a fotografií. **I1** doplňuje další metodu: *„U jedné paní využíváme piktogramy, ale vždy to závisí na jejím aktuálním stavu a našem času.“*. Informantka **I9** souhlasí a doplňuje: *„Piktogramy jsou kromě fotografií a obrázků jedinou metodou, která se nám osvědčila.“*. **I8:** *„Základní je to říct jako sobě rovnému, jen případně pozměnit slova na lehčí.“*

Shrnutí DVO2

Komunikace se seniory s demencí vyžaduje specifické přístupy a techniky, aby byla efektivní. Oslovení pracovníci používají různé strategie a metody pro zlepšení komunikace. Zde jsou nejběžnější techniky a metody, které z rozhovorů vyplynuly:

- používání jednoduchého jazyka
- krátké a jasné instrukce
- důležitost opakování
- neverbální komunikace
- využívání fotografií, obrázků a případně piktogramů

Pro navázání pozornosti a udržení verbálního kontaktu je dle odpovědí důležité:

- iniciační dotek
- zachování očního kontaktu
- přizpůsobení tempa
- opakování informací

Tato kombinace metod pomáhá pracovníkům lépe komunikovat se seniory s demencí.

6.3 Interpretace třetí dílčí výzkumné otázky (DVO3)

Dílčí výzkumná otázka 3 (DVO3): Jak pracovníci hodnotí své kompetence v komunikaci se seniory s demencí?

Dotazy související s DVO3 jsem položila tak, abych zjistila, jakým způsobem pracovníci v sociálních službách posuzují své kompetence v komunikaci s klienty a zda si myslí, že mají dostatek informací o klientech pro efektivní komunikaci při poskytování péče.

Své znalosti o klientech informanti hodnotili jako dostačující. Informace se obvykle dozvídají od samotných klientů, jejich rodinných příslušníků, z pečovatelských plánů, nebo si je sdílejí s kolegy. **I2** uvedl: *„Mám pocit, že o nich vím hodně. Často s nimi komunikuji a dokážu rozpoznat, jak se cítí. Také se bavím s jejich rodinou a když potřebuji něco zjistit, jednoduše se zeptám. Informace si předáváme na začátku směny nebo během ranní porady. **I6** souhlasí a doplňuje: „*Ted' mi přijde, že už mám dobrý přehled o našich klientech. Zpočátku mi teda chvíli trvalo, než jsem se s nimi dostatečně seznámila a porozuměla jim, ale po těch letech vím i to co nechci.*“ Všichni informanti také uznali, že největší znalosti mají o klientech, u kterých působí jako klíčoví pracovníci. Pouze dvě novější zaměstnankyně **I4** a **I9**, které jsou v zařízení rok, si nemyslí, že by o klientech věděly dostatečně. Důvodem je, že neměly příležitost navázat s klienty dostatečně hluboký vztah, aby mohly své komunikační dovednosti s nimi hodnotit dostatečně.*

Důležité informace, které potřebují informanti pro svou práci vědět se dle většiny shodují. **I2** tvrdí: *„Pro mě je primární znát zdravotní stav a diagnózu.“ **I1**: „Pro svou práci potřebuju znát kontaktní informace rodiny nebo opatrovníků.“*

Z těchto informací, které jsou dle respondentů pro práci důležité jim chybí zdravotní stav, **I4** uvádí: „*Například u nových klientů mi chybí znalost specifických spouštěčů, které vedou u klienta k nečekané reakci a nemůže se tak vyvarovat těmto situacím.*“ **I3** dodává: „*Komplexní přehled o jejich životě a zdravotním stavu, léčích a chápat jejich chování*“. **I5** z pozice klíčového pracovníka tvrdí: „*Pro mě je důležité znát zájmy, aktuální potřeby a preference v péči klienta*“. Z těchto informací, které jsou dle respondentů pro práci důležité například **I7** chybí vědět: „*U nových klientů mi chybí znalost specifických spouštěčů, které vedou u klienta k nečekané reakci a nemůžu se tak vyvarovat těmto situacím.*“

Na tazatelskou otázku 13, jaké konkrétní kompetence by měla mít osoba, která komunikuje a pečuje o seniory s demencí se všichni respondenti shodují na stejných vlastnostech a všichni zmiňují primárně empatii a trpělivost. Je potřeba také zvládnutí efektivních a jasných komunikačních technik a zachování pozitivního přístupu. V rozhovoru uváděl například **I6**: „*No rozhodně je důležitá schopnost vcítit se do situace klientů, porozumět jejich emocionálnímu stavu a mít pro ně pochopení.*“ **I4**: „*Trpělivost je nezbytná vzhledem k možným opakovaným otázkám nebo zapomínání.*“ **I8**: „*Umět aktivně naslouchat, protože jen mluvit nestačí.*“ **I5**: „*Schopnost udržení pozitivního a povzbuzujícího přístupu.*“ **I1**: „*Pro tuhle práci je důležitá schopnost rychle se přizpůsobit změnám v chování nebo náladě seniora. Schopnost odhadnout, kdy je potřeba změnit téma nebo ukončit konverzaci.*“ Kromě těchto schopností z rozhovorů vyplynulo, že je důležité mít a zachovat určitý respekt a zacházet se seniory s úctou a udržovat jejich důstojnost, bez ohledu na jejich zhoršující stav. V péči o seniory s demencí se jedná o týmovou záležitost, tudíž je také důležitá schopnost efektivně spolupracovat s ostatními členy týmu, včetně rodiny a dalších pečovatelů. Bez porozumění teorie o různých typech demence, jejich průběhu a dopadu na paměť, myšlení, emocionální stav a chování to dle většiny informantů také nejde.

Postup a reakce, když klient s demencí nereaguje na to, co mu informanti říkají se všichni shodují na podobném postupu. Nejprve opakuji, zkouším zvýšit hlas, aby se nestalo, že klient nerozumí kvůli zhoršenému sluchu, lehce se klienta dotknou, nebo pohladí. **I4**: „*Když klient s demencí nereaguje na to, co mu říkám, snažím se zachovat hlavně klid a trpělivost.*“ **I9** dodává: „*Nejprve opakuji, pak zvýším hlas a v tuhle chvíli už většinou*

začnou reagovat. Když i tak stále nereagují, tak je pohladím, zkusím je nějak namotivovat“.

Shrnutí DVO3

Znalosti o klientech většině informantů nedělá problém. Informace si sdílí s kolegy, nebo zjišťují od samotných klientů, či jejich rodin. Dostatečné znalosti souvisí také s délkou jejich pracovní zkušenosti v zařízení, takže u nových zaměstnanců informovanost a znalosti nejsou tak velké.

Pro práci s touto cílovou skupinou informanti považují za důležité znát:

- historii chování
- spouštěče různých reakcí
- osobní i rodinnou anamnézu
- zdravotní stav
- stádium a typ demence
- kontaktní informace rodiny nebo opatrovníků

Komunikace se seniory trpící demencí vyžadují specifické dovednosti a přístupy, které mohou pomoci vytvořit pohodlné a podpůrné prostředí pro obě strany. Nejčastější odpovědi na kompetence, které by měla mít osoba pečující o seniory s demencí, aby zvládala komunikovat s touto klientelou jsou:

- empatie a pochopení
- schopnost aktivního naslouchání
- psychicky odolný
- zvládnutí efektivních a jasných komunikačních technik
- trpělivost
- schopnost přizpůsobit se různým situacím a změnám
- základní znalosti o demenci
- respekt a důstojnost
- týmovost

6.4 Interpretace čtvrté dílčí výzkumné otázky (DVO4)

Dílčí výzkumná otázka 4 (DVO4): Jaké jsou možnosti vzdělávání zaměstnanců v problematice komunikace se seniory s demencí?

Vzdělávání zaměstnanců v oblasti komunikace se seniory s demencí je klíčové pro poskytování kvalitní péče a podpory těmto klientům. Abych zjistila, jak jsou informanti v této problematice proškolení, ptala jsem se na otázku, jakých školení ohledně problematiky komunikace s lidmi s demencí se informanti zúčastnili. 5 informantů se vůbec nezúčastnilo kurzu zaměřeného na komunikaci s klienty s demencí. Informantky **I2** a **I7** se přímo zúčastnili kurzu na toto téma, kdy **I2** tvrdí: „*Ano, šlo o vzdělávací kurz speciálně určený pro komunikaci se seniory trpícími demencí. Na název si ale už nevzpomenu*“. **I9**: „*Ano, zúčastnila. Myslím, že se přímo jmenoval komunikace se seniorem s demencí, ale nehodnotím to nijak přínosně. Bylo to příliš teoretický a nedostali jsme dostatek praktických informací o tom, jak používat získané znalosti při práci s klienty*“. Informantka **I6** dodává: „*Na toto téma jsem žádný kurz neměla, ale téma komunikace je diskutováno ve většině kurzů*“. **I3**: „*Byla jsem na kurzu „dementia v obrazech“, nebo nějak tak se to jmenovalo. Tam jsem zjistila nějaké základy, jak s nimi komunikovat. Jinak mám školení spíš na jiná témata*“.

U otázky TO15 jsem se chtěla dozvědět, jak zaměstnavatel podporuje vzdělávání svých zaměstnanců. Všichni informanti se shodli, že se každý rok účastní kurzů, které jsou podle zákona požadované, což je 24 hodin. Jen **I1**, **I9** se párkrát zúčastnili více kurzů nad rámec tohoto minima. **I6**: „*Vedoucí mi poskytne přehled dostupných kurzů a já si z nich vyberu ten pravý. Dohodnu se s vedoucím na vhodném kurzu a on mě do něj zaregistruje*“. **I7**: „*S paní vrchní se vždy na začátku roku dohodnu na kurzu, který bych chtěla absolvovat a pokud ho můžu uplatnit v práci, tak mi ho schválí*“. **I4**: „*Hlavně dosáhnout těch 24 hodin povinného vzdělávání za rok a jinak se to nějak víc neřeší. Ty kurzy stejně většinou nejsou moc realistické. Realita je prostě pak jiná*“.

Zda mohou informanti uvést příklady situací, ve kterých jim vzdělání pomohlo zlepšit komunikaci s lidmi trpícími demencí odpověděl **I4**: „*V práci si často nemohu dovolit věnovat čas něčemu z kurzů. Většinu času máme podstav, takže na takové věci opravdu není příliš času*“. **I6**: „*Stává se, že nám ukazují techniky, které už v praxi beztak*

používáme automaticky." I9: „Tak třeba od té doby, co jsem byla na kurzu ohledně komunikace u klientů s demencí vím, že klientům nemám vyvracet jejich realitu a nechat je při tom, neopravovat je. Dřív jsem vždy měla tendenci jim říkat realitu, což není správný. Třeba hodně klientů tvrdí, že je rok třeba 1970, tak je v tom nechám“ I2: „U demence je důležitá komunikace nejen s klientem, ale i s jeho rodinou. Kurz mi poskytl dovednosti potřebné k vedení citlivějších rozhovorů s rodinami, vysvětlení situace debatu o nejlepší možné péči apod.“

Shrnutí DVO4

S nárůstem osob trpících demencí je klíčové neustále rozvíjet a upravovat vzdělávací strategie, aby odpovídaly nejnovějším poznatkům a trendům. Je zřejmé, že investování do vzdělání zaměstnanců zlepšuje nejen péči o klienty, ale také zvyšuje jejich spokojenost a profesní rozvoj. Důležitost vzdělávání by měla být normou v každém zařízení, které se stará o seniory, a i přesto dle výzkumu vyplývá že většina informantů výzkumu na kurzu o komunikace se seniory nebyla. U většiny respondentek chybí motivace pro další vzdělávání, nebo považují kurzy za zbytečné a vzdělávání pro ně znamená jen splnění povinného 24hodinového vzdělávání.

7 Závěr výzkumného šetření a diskuze

Na základě polostrukturovaného rozhovoru, který jsem uskutečnila s informanty pečující o seniory s demencí, jsem získala a shromáždila údaje, které jsem následně interpretovala ve vztahu k jednotlivým výzkumným otázkám. V této kapitole se zaměřím na odpověď na hlavní cíl výzkumného šetření.

Cílem výzkumné studie bylo zjistit možnosti využití alternativní a augmentativní komunikace v kontextu péče o seniory s demencí v domovech se zvláštním režimem. Formulace cíle výzkumného šetření odpovídala hlavní výzkumné otázce.

7.1 Závěr výzkumného šetření

Výzkum hledal odpověď na hlavní výzkumnou otázku, jaké je využití alternativní a augmentativní komunikace v péči o seniory s demencí v domovech se zvláštním režimem. Hlavní cíl výzkumného šetření byl úspěšně naplněn. K dosažení výsledku přispělo zodpovězení 4 dílčích cílů, které byly nastaveny v souladu s hlavním cílem. Výsledky na jednotlivé dílčí otázky byly shrnuty v interpretaci konkrétní dílčí otázky v kapitole shrnutí.

Z výzkumného šetření vyplývá, že odpověď na hlavní otázku je tato. AAK v praxi nabízí řadu výhod zejména pro osoby trpící pokročilým stádiem demence, kde je běžná verbální komunikace výrazně omezena, nebo dokonce nemožná. AAK umožňuje těmto jedincům vyjadřovat se a komunikovat, což výrazně zlepšuje jejich kvalitu života a usnadňuje práci pečovatelům.

V rámci šetření bylo rovněž zjištěno, že přestože jsou si pracovníci pečující o osoby s demencí vědomi výhod, které AAK může přinést, ve skutečnosti se tento typ komunikace nevyužívá v plné míře a možnostech. Pracovníci často využívají jednodušší a méně náročné metody, jako jsou obrázky, fotografie a neverbální komunikace. Tyto metody jsou využívány především z důvodu jejich časové nenáročnosti. Jak bylo často zdůrazněno v rozhovorech, právě nedostatek času je hlavním problémem, kvůli kterému pak v komunikaci s klienty občas chybí individuální přístup.

Rozhovory s informátory také poukázaly na jiné systémy AAK, které jsou ale složitější a pracovníci mají obavy, zda jsou schopni tyto systémy efektivně implementovat. Tyto pochybnosti pramení z nedostatku zkušeností a specifického školení v oblasti AAK.

7.2 Diskuze

Studie se zaměřila na zjištění možností a využití alternativní a augmentativní komunikace u seniorů s demencí v domovech se zvláštním režimem.

Komunikační techniky popsané v odborné literatuře v praktické části práce a zjištěné informace ve výzkumu jsou v souladu. Výzkum ukazuje, že efektivní komunikační metody zahrnují přizpůsobení komunikace stavu a kondici klienta. Respondenti navrhuji používat jednoduché věty, uzpůsobit tempo a rychlost komunikace, mluvit s klientem jasně a srozumitelně, zachovávat oční kontakt, přistupovat ke klientům na individuální bázi, respektovat jejich důstojnost a osobní hranice. Podobné komunikační přístupy doporučuje také Hauke (2017), kdy zdůrazňuje důležitost respektování komunikačních schopností klientů a přizpůsobení se komunikační situaci, aby se předešlo bariérám v komunikaci.

Efektivní komunikace může pomoci pracovníkům v předcházení konfliktům, zatímco nevhodná komunikace může zhoršit problematické chování. Respondenti zdůrazňují důležitost empatie v komunikaci s osobami s demencí, což znamená vcítění se do situace druhé osoby. Na význam empatie poukazuje například Miller (2015), který uvádí, že pro dosažení optimální úrovně komunikace je klíčové vcítění se do osob s demencí a projevení vysoké míry empatie.

Giovagnoniová, Hron a kol. (2019) ve výzkumu MPSV uvádí, že problémem v oblasti sociálních služeb je personální nedostatek. To vede k tomu, že mnoho pracovníků je přetíženo a nemá dostatek času na individuální a kvalitní péči o klienty s čímž souvisí také efektivní komunikaci s nimi. V této oblasti chybí zejména kvalifikovaní a motivovaní pracovníci. Tyto data vyplynuly i z mého výzkumného šetření, kdy informanti nedostatek času a personálu zmiňovali v mnoha odpovědích.

Pokud by mělo dojít k většímu využití AAK je potřeba pracovníkům poskytnout větší motivaci k dalšímu vzdělávání, protože z rozhovorů vyplývá, že většina informantek vnímá vzdělávání pouze jako nutnost. V komunikaci s osobami trpícími demencí často

dochází k stereotypům a pracovníci se tak neposouvají a nezkouší experimentovat s novými komunikačními metodami.

Pokud bych se dále věnovala a pokračovala v prohloubení tématu využívání AAK u seniorů s demencí, určitě bych zkusila tentokrát kvantitativní výzkumnou strategii. Zatímco jsem se ve své práci zaměřila pouze na dva domovy se zvláštním režimem z Pardubického kraje, kvantita by mi naopak umožnila analyzovat větší vzorek respondentů a získat tak statisticky významné výsledky, které by mohly lépe objasnit využívání AAK v České republice. Výzkum využití AAK v péči v domácím prostředí by mohl přinést také nové zajímavé poznatky.

Závěr

Bakalářská práce si kladla za cíl prozkoumat možnosti a využití alternativních a augmentativních komunikačních metod u seniorů s demencí v domovech se zvláštním režimem. Výsledky tohoto výzkumu jsou důležité pro pochopení, jak tyto metody mohou zlepšit kvalitu života seniorů a usnadnit vzájemnou komunikaci.

Teoretická část práce poskytla komplexní pohled na demenci, její fáze a dopady na komunikační schopnosti seniorů s demencí. Díky definování klíčových aspektů onemocnění a prohloubení poznatků vlivů demence na chování seniorů bylo možné lépe pochopit potřeby této specifické skupiny seniorů.

Praktická část byla založená na kvalitativním šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky domovů se zvláštním režimem. Výzkumné šetření odhalilo, že přestože jsou alternativní a augmentativní komunikační metody většině pracovníkům známy a jsou považovány za užitečné, jejich skutečné uplatnění v praxi je často omezené kvůli nedostatku času, prostředků a proškolení zaměstnanců.

Vzhledem k těmto zjištěním je zřejmé, že je nutné zvýšit povědomí a odbornou připravenost v oblasti AAK pracovníků, kteří se o osoby s demencí starají. Spolupráce s logopedy, ergoterapeuty a dalšími specialisty může přinést nové perspektivy a zlepšit komunikační dovednosti seniorů s demencí. Efektivní zaškolení by mohlo maximalizovat využití AAK a výrazně rozšířit používání složitějších, avšak potenciálně účinnějších systémů AAK, což by mělo pozitivní dopad jak na kvalitu péče, tak na celkovou spokojenost a pohodu pacientů.

Tato bakalářská práce přispěla k lepšímu porozumění významu a možnostem zlepšení komunikace se seniory s demencí a otevřela dveře k dalšímu zkoumání a rozvoji v této problematice. V budoucnu by bylo zajímavé v této problematice provést výzkum v oblasti AAK a sledovat technologické inovace. Implementace AAK by mohla být rozšířena i do jiných oblastí péče o seniory s demencí, například v domácím prostředí. Je důležité, aby se tato problematika a možnosti alternativních a augmentativních komunikačních strategií dostali do povědomí osob pečujících o seniory s demencí.

Zdroje

ADI [Alzheimer's disease international], 2022. New study predicts the number of people living with Alzheimer's disease to triple by 2050 [online]. London: Alzheimer's Disease International, 7th January 2022 [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://www.alzint.org/news-events/news/new-data-predicts-the-number-of-people-living-with-alzheimers-disease-to-triple-by-2050/>

BANOVIC, Silva; ZUNIC, Lejla a SINANOVIC, Osman. Communication Difficulties as a Result of Dementia. Online. *Materia Socio Medica*. 2018, roč. 30, č. 2. ISSN 1512-7680. [cit. 2024-03-05] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30515063/>

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

CARVALHO, Joana, et al., 2021. "Body & Brain": effects of a multicomponent exercise intervention on physical and cognitive function of adults with dementia – study protocol for a quasi – experimental controlled trial. *BMC geriatrics* [online]. 21(1), 1–14 [cit. 2024-02-01]. Dostupné z: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02104-1>

Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. [online]. Praha [cit. 2024-15-1] Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/cals/>

FENCLOVÁ, Eliška a kol. 2020. Rizikové faktory Alzheimerovy nemoci. *Čes a slov Psychiat* [online]. 116(2), 59–65 [cit. 2023-11-20]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1316>

FERTAIOVÁ, Terézia a ONDRIOVÁ, Iveta. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.

GIOVAGNONIOVÁ, Romana, HRON, David a kol., *Analýza stávající situace v oblasti vzdělávání pracovníků v sociálních službách v ČR*, MPSV, září 2019. Dostupné také z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864299/Analytick%C3%A11_zpr%C3%A1va

[Vzd%C4%9Bl%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD PSS.pdf/43e18e2f-39b1-e8f4-d93c-c7626f9bc9ab](#)

HRUŠKOVÁ, Andrea, FOLDÝNOVÁ, Ivana a kol. Souhrn nástrojů AAK pro osoby s demencí v České republice. Ostrava: ACCENDO, 2020.

HAUKE, Marcela. Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.

HAUKE, Marcela, 2017. Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 314 s. ISBN 978-80-906320-7-3.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 9788026209829.

HOLMEROVÁ, Iva a kol., 2020. Strategie České alzheimerovské společnosti P–PA–IA [online]. Revidovaná verze 2013. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. [cit. 2024-02-01]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/publikace/doporuceni-cals/>

HRUŠKA TVRDÝ, Lubor. Nové přístupy v komunikaci a prezentaci: on-line prostředí pro rozvoj vzdělávání v dobrovolnictví – zkušenosti a praxe. Ostrava: Accendo – Centrum pro vědu a výzkum, z.ú., 2022. ISBN 978-80-87955-11-6.

CHODOUNSKÁ, Helena. Jen čtvrtina klientů domovů pro seniory nemá omezení mobility. [online] 2017 [cit. 2024-02-20]. Dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/2017/04/26/jen-ctvrtina-klientu-domovu-pro-seniory-nema-omezeni-mobility/>

INTERNATION CLASSIFICATION OF DISEASES 11TH REVISION, (ICD-11). Disorders of intellectual development. Online. [cit. 2024-02-01]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#546689346> .

JANOVCOVÁ, Zora (2010). Alternativní a augmentativní komunikace: Učební text / (2. vyd.). Masarykova univerzita.

JANOUTOVÁ, Jana; AMBROZ, Petr; ZATLOUKALOVÁ, Anna; MACHACZKA, Ondřej; KOVALOVÁ, Martina a kol. Care for patients with dementia. Online. Profese online. 2020, roč. 13, č. 1, s. 1-5. ISSN 18034330. [cit. 2024-03-01]. Dostupné z: https://www.profeseonline.upol.cz/artkey/pol-202001-0004_pece_o_pacienty_s_demenci.php

KISVETROVÁ, Helena. *Demence a kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5708-6.

KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0102-3.

KÖNIG, Jutta; ZEMLIN, Claudia. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. 2. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1706-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Bariéry komunikace se seniory. Online. [cit. 2024-02-03]. Dostupné z: https://www.seniorzone.cz/33/bariery-komunikace-se-seniory-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4_CGK9d-8qNljgAE/

LANGE, Elisabeth. *Demence: trpělivá péče a pomo: užitečná příručka pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Vašut, 2019. ISBN 978-80-7541-142-6.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

MAŠTALÍŘ, Jaromír; PASTIERIKOVÁ, Lucia (2018) *Alternativní a augmentativní komunikace*. Olomouc: UPOL. [cit. 2023-12-22]. Dostupné z: <https://uss.upol.cz/wp-content/uploads/2019/01/AAK-Maštalíř-Pastieriková.pdf>

MILLER, Stephen. *Communicating Across Dementia: How to talk, listen, provide stimulation and give comfort*. London: Hachette UK, 2015. ISBN

9781472114785. Dostupné také z: <https://www.amazon.com/Communicating-Across-Dementia-provide-stimulation/dp/1845285700>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2020. Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030. [cit. 2024-4-1]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/04/NAPAN-2020-2030.pdf>

NEUBAUER, Karel. Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.

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

PTÁČKOVÁ, Hana a Radek PTÁČEK, 2021. Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-4463-1.

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

ŠÁTEKOVÁ, Lenka a kol., Demence: hodnoticí techniky a nástroje. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1695-9.

ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

TOMOVÁ, Šárka a KŘIVKOVÁ, Jana. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0064-4.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS). nedatováno. 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). Online. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>

VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014. ISBN isbn978-80-262-0696-5.

VOJTOVÁ, Hana, 2020. Musíme si pomáhat: aneb Domácí péče o seniora s demencí. Frýdek Místek: JOKL. ISBN 978-80-88070-01-6.

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

ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.

Zákon č. 108/2006 Sb.: Zákon o sociálních službách, 2006. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o. ISSN 1211-1244.

Seznam tabulek

Tab. 1 - Transformace dílčích výzkumných otázek do otázek tazatelských str. 41

Tab. 2 - Přehled informantů str. 48

Přílohy

Příloha č. 1 Přepis rozhovorů s informantem I3 – sociální pracovník

Příloha č. 2 Přepis rozhovorů s informantem I5 – klíčový pracovník

Příloha č. 3 Přepis rozhovorů s informantem I8 – aktivizační pracovní

Příloha č. 1: Přepis rozhovoru s informantem I3– sociální pracovník

TO1: Jaké nejčastější obtíže v komunikaci seniorů s demencí pozorujete?

Tak těch obtíží je opravdu hodně. Když vypíchnu nějaké konkrétní, tak určitě problémy s pochopením, porozuměním významu, nebo klienti například často zapomínají slova uprostřed věty, opakují stejná slova nebo fráze, mají potíže s hledáním správných slov. Často začínají nějakou větu a uprostřed ji zapomenou. Je toho spousta.

TO2: Jaké komunikační obtíže Vám nejvíce komplikují péči o klienty s demencí?

Tak z mého pozice sociální pracovnice hodnotím jako největší komplikaci neschopnost podpisu. To je něco, co mi mou práci komplikuje dost, protože pokud klient není zatím zbavený svéprávnosti, tak ten podpis od něj získat potřebuji a když toho není schopen, tak je pak náročný a složitý to řešit.

TO3: Jak prostředí ovlivňuje komunikaci se seniory s demencí?

Určitě. Prostředí má zásadní vliv na komunikaci s našimi klienty. Klidné prostředí je pro komunikaci určitě lepší, než společenské místnosti, kde je hluk, mnohdy chaos a další klienti.

TO4: Jaké bariéry během komunikace s klienty vnímáte na své straně?

To úplně nevím, co odpovědět, ale asi nějakou mou emocionální a psychickou pohodu a aktuální pracovní zátěž. Ze začátku, co jsem začala dělat tuhle práci to bylo těžší, ale člověk si pak nějak zvykne. Určitě také záleží, jak se ten den cítím, zda nejsem trochu nemocná, nebo unavená, což je pak těžší být trpělivý.

TO5: Co pro Vás představuje nejnáročnější situace při komunikaci se seniorem s demencí?

No nejnáročnější je, když klient už vůbec nereaguje. V takových momentech je obtížné zjistit, co klient potřebuje nebo co cítí, což je frustrující jak pro něj, tak pro nás. Pokud klient ještě trochu komunikuje ať už verbálně, nebo neverbálně, tak to nějak jde ale v těchto případech už nefunguje skoro nic.

TO6: Jak navazujete a udržujete verbální komunikaci se seniory s demencí?

Nejprve je potřeba jasně a důrazně pozdravit, aby si klient všiml, že tam jsem. V případě že nereaguje, tak ho pohladím na rameni, nebo na ruce. Snažím se udržovat oční kontakt, což mi taky přijde důležité.

TO7: Jaké neverbální signály a gesta využíváte nejčastěji při komunikaci se seniory s demencí?

Z neverbálních signálů nejčastěji využívám asi úsměv, nebo i palec nahoru jako znak že dobrý. Potom ještě různé napodobování pohybů nebo ukazování.

TO8: Jaké postupy a metody Vám usnadňují komunikaci s klienty s demencí při běžné denní péči?

Já jako sociální pracovník do běžných denní činnosti úplně nepřicházím To je spíš otázka na kolegyně z péče..

TO9: Pokud znáte pojem alternativní a augmentativní komunikace, můžete mi vyjmenovat o jaké konkrétní systémy se tam jedná?

My to tady moc nevyužíváme, ale AAK znám a přijde mi to jako fajn věc. Byla jsem dokonce na jednom kurzu přímo o těchto systémech, takže vím, že jde o piktogramy, nějaké technické pomůcky, komunikační tabulky, fotografie, obrázky.

TO10: Jaké jsou vaše osvědčené metody a techniky komunikace s klienty s demencí?

To mě napadá opakování a technika zaseknuté gramofonové desky a určitě používat jednoduché, jasné a stručné věty, bez toho to nejde. Taky jim vše říkám jako sobě rovnému. Otázky zjednoduším a slova pozměním na jednodušší. Pokud se jedná o nějaký delší dotaz, tak ho rozdělím.

TO11: Jak hodnotíte své znalosti o klientech, o které pečujete?

Řekla bych, že dostatečně. Vše, co potřebuju vědět si zjistím. Třeba zdravotní stav bych vědět správně neměla ani diagnózu, ale já potřebuju chápat jejich chování a stav například i v pozdější fázi, kdy pro klienta zajišťuju paliativní péči. Správně by zdravotní stav měli vědět jen sestry a lékař.

TO12: Které informace považujete za důležité o klientech s demencí znát a jaké informace Vám chybí?

Tak pro moji práci je klíčové mít komplexní přehled o jejich životě a zdravotním stavu, lécích, jaké bere, chápat jejich chování.

TO13: Jaké konkrétní dovednosti by podle Vás měla mít osoba, která komunikuje se seniory s demencí?

Pochopení, trpělivost, schopnost přizpůsobit se, ochotu.

TO14: Jaký je váš postup a reakce, když klient s demencí nereaguje na to co mu říkáte?

Nejdřív to zopakuju trochu hlasitěji, případně nějak pozměním na jednodušší větu a když ani to nepomáhá tak třeba přijdu jiný den.

TO15: Jakých školení ohledně problematiky komunikace s lidmi s demencí jste se zúčastnila?

Jak už jsem zmínila byla jsem na jednom kurzu o alternativní a augmentativní komunikaci, ale nebylo to zaměřené jen na seniory, ale spíš obecně o těch systémech. Pak někdy úplně na začátku mojí pracovní dráhy, myslím že to byl snad můj úplně první kurz ještě v předchozím zaměstnání jsem byla na kurzu „demenace v obrazech“, nebo nějak tak se to jmenovalo tehdy. Tam jsem zjistila nějaké základy, jak s nimi komunikovat. Jinak mám školení spíš na jiná témata.

TO16: Jak zařízení, kde pracujete podporuje odborný rozvoj svých zaměstnanců?

Normálně máme dva kurzy za rok a můžeme si vybrat na jaký kurz chceme zrovna jít. Já si spíš vybírám kurzy k mojí práci sociální pracovnice jako jak se připravit na inspekci, papírování apod., než kurzy na komunikaci.

TO17: Můžete uvést příklady situací, ve kterých vám vzdělání pomohlo zlepšit komunikaci s lidmi trpícími demencí?

Určitě, na denní bázi. Konkrétní situaci asi teď nevím, ale celkově že vím jak na to a jsem si jistá komunikace s nimi, ale to je spíš díky praxi, než kurzům.

Příloha č. 2: Přepis rozhovoru s informantem I5– klíčový pracovník

TO1: Jaké nejčastější obtíže v komunikaci seniorů s demencí pozorujete?

Často zapomínají správná slova, nebo si vůbec nevzpomenou, co chtěli říct, opakují stejné fráze. Taký mají problémy s pochopením složitějších pokynů a udržet jejich pozornost na delší dobu je taky obtížné.

TO2: Jaké komunikační obtíže Vám nejvíce komplikují péči o klienty s demencí?

Nejvíce nám komplikují péči, když klienti nerozumí pokynům.

TO3: Jak prostředí ovlivňuje komunikaci se seniory s demencí?

Hodně. Přijde mi, že prostředí hraje velkou roli. Třeba v jídelně, na chodbě, tak tam se mnohdy kvůli ruchu nedomluví ani s kolegyní natož s klientem, protože je všude kolem spoustu rušivých podnětů.

TO4: Jaké bariéry během komunikace s klienty vnímáte na své straně?

Stres, únava a nedostatek času, jinak si úplně nejsem jiných bariér vědoma.

TO5: Co pro Vás představuje nejnáročnější situace při komunikaci se seniorem s demencí?

Nejnáročnější situace nastává, když je klient rozrušený a agresivní a nijak se nám nedaří najít způsob, jak ho uklidnit.

TO6: Jak navazujete a udržujete verbální komunikaci se seniory s demencí?

Snažím se mluvit pomalu, jasně a používat jednoduché věty. Důležité informace opakuju a poskytuju dostatek času na odpověď, než přejdeme k dalšímu tématu, nebo otázce. Napomáhám si taky neverbálními signály. Celkově klíčem je vytvořit prostředí důvěry a pohody, kde se senioři cítí bezpečně a respektovaně.

TO7: Jaké neverbální signály a gesta využíváte nejčastěji při komunikaci se seniory s demencí?

Jedním z klíčových gest, které používám je udržování očního kontaktu. Také se snažím o otevřenou a přátelskou body language. Úsměv taky považuju jako důležité gesto.

TO8: Jaké postupy a metody Vám usnadňují komunikaci s klienty s demencí při běžné denní péči?

Mně přijde důležitý dodržovat jasné a konzistentní rutiny. Často taky používáme různé vizuální pomůcky, jako jsou obrázky nebo symboly.

TO9: Pokud znáte pojem alternativní a augmentativní komunikace, můžete mi vyjmenovat o jaké konkrétní systémy se tam jedná?

To je například používání fotografií, obrázku apod. ale nic moc víc o tom nevím,

TO10: Jaké jsou vaše osvědčené metody a techniky komunikace s klienty s demencí?

To vždy záleží na klientovi. Je důležitý být individuální, na každého platí něco jiného.

TO11: Jak hodnotíte své znalosti o klientech, o které pečujete?

Myslím, že moje znalosti o klientech, o které pečuju je dobrá, ale samozřejmě vždy existují situace a věci, které třeba nevím. Nicméně u té demence je fakt důležité, abychom klienty znali a chovali se k nim individuálně. Nejvíc ale vím o klientech, kde jsem klíčový pracovník samozřejmě.

TO12: Které informace považujete za důležité o klientech s demencí znát a jaké informace Vám chybí?

Hlavně ty základní věci. Pro mě je důležité znát zájmy, aktuální potřeby a preference v péči klienta.

TO13: Jaké konkrétní dovednosti by podle Vás měla mít osoba, která komunikuje se seniory s demencí?

Úplně nejdůležitější mi přijde empatie, schopnost vcítit se do situace a pocitů seniora, trpělivost a schopnost zachovat klid.

TO14: Jaký je váš postup a reakce, když klient s demencí nereaguje na to, co mu říkáte?

Když klient s demencí nereaguje na to, co mu říkám, snažím se zachovat klid a trpělivost. Nejprve zkontroluji, zda nemá nějaký akutní fyzický problém, jako je nepohodlí, potřeba

jít na toaletu, který by mohl ovlivnit jeho schopnost reagovat. Následně se snažím upravit svůj přístup. Mluvím pomaleji a jasněji, zjednoduším větu. Opakuju.

TO15: Jakých školení ohledně problematiky komunikace s lidmi s demencí jste se zúčastnila?

Jo nějaké školení na podobné téma jsem měla. Myslím, že nějaký kurz na neverbální komunikaci a pak si ještě vybavuju kurz na téma zvládnání náročných situací.

TO16: Jak zařízení, kde pracujete podporuje odborný rozvoj svých zaměstnanců?

Máme nastavené dva kurzy za rok.

TO17: Můžete uvést příklady situací, ve kterých vám vzdělání pomohlo zlepšit komunikaci s lidmi trpícími demencí?

Určitě. Situace třeba, když je klient agresivní a opakovaně se ptá, kdy přijde jeho rodina. Tak díky školení vím, že je důležité reagovat klidně, uklidňujícím tónem, používat uklidňující fráze a opakovat, že jsme tady, abychom se o něj postarali a že jeho rodina ví, kde je a že je v bezpečí a mají ho rádi apod.

Příloha č. 3: Přepis rozhovorů s informantem I8 – aktivizační pracovník

TO1: Jaké nejčastější obtíže v komunikaci seniorů s demencí pozorujete?

Nejčastěji pozoruju, že klienti neslyší, nerozumí otázce. Když klienta o něco požádám a řeknu mu například, ať se nají a podám mu lžici do ruky, tak se zeptá, co s tím má dělat.

TO2: Jaké komunikační obtíže Vám nejvíce komplikují péči o klienty s demencí?

Že semnou klient odmítá komunikovat, že neslyší. Klienti nemají pocit hladu a tím pádem odmítají jíst až se stávají agresivní a pak s ním už není řeč. Nebo když má klient k demenci přidruženou ještě nějakou vada například máme tu jednu paní, která ještě k tomu nevidí. U té je pak složité i přesun z lůžka na vozík, protože i když komentuju činnosti co se budou dít, tak se i tak lekne, že se přesouvá, že neví, co se s ní děje a pak se vzpírá.

TO3: Jak prostředí ovlivňuje komunikaci se seniory s demencí?

Po adaptaci v zařízení nevnímám, že by prostředí nějak ovlivňovalo komunikaci. Nejhorší je to, když je klient nový, když přejde z domácího prostředí k nám do zařízení, protože klient chce být doma a odmítá všechno, včetně komunikace.

TO4: Jaké bariéry během komunikace s klienty vnímáte na své straně?

Málo času kvůli nedostatku pracovníků, pak není čas na individuální aktivity.

TO5: Co pro Vás představuje nejnáročnější situace při komunikaci se seniorem s demencí?

Pro mě je nejhorší, když za klientem přijde na návštěvu rodina a klient si najednou uvědomí domov a začne být skleslý, že s nimi nemůže odejít domů. Je pak smutný, brečí, odmítá jíst, to mě pak taky trápí tomuhle přihlížet a klienta utěšovat.

TO6: Jak navazujete a udržujete verbální komunikaci se seniory s demencí?

Tak třeba ráno, kdy pomáháme s hygienou přijdu za klientem a když ještě spí, tak ho jemně pohladím, pozdravím, popřeju dobré ráno, zeptám se, jak se vyspal a pak mu řeknu, že ho jdu umýt a převléknout. Všechny své kroky komentuju, aby klient věděl, co se bude dít. Tím, jak se ho ptám na otázky a komentuju činnosti udržuju ten kontakt. Třeba pečovatelky ukrajinky to moc nekomentují, protože některá třeba moc česky neumí a tam je vidět, že je klient hned agresivnější, tolik nespolupracuje.

TO7: Jaké neverbální signály a gesta využíváte nejčastěji při komunikaci se seniory s demencí?

Různé gesta, ukazuju na věc, na lžíci u jídla, ukazuju názorné příklady, nebo i pohazení, oční kontakt například „otevřete oči, dívejte se na mě“.

TO8: Jaké postupy a metody Vám usnadňují komunikaci s klienty s demencí při běžné denní péči?

Když klient má o danou aktivitu zájem, což hodně ovlivním tím, jak ho namotivuju, mým pozitivním přístupem. Taky zvažuju, pro jakou skupinu klientů mám ten den aktivitu, tak se snažím to přizpůsobit jejich individuálním potřebám.

TO9: Pokud znáte pojem alternativní a augmentativní komunikace, můžete mi vyjmenovat o jaké konkrétní systémy se tam jedná?

Pojem znám, je to používání fotografií, obrázků a další jazykové systémy jako třeba Makaton a další, ale tady v zařízení to zas tolik nevyužíváme, převážně jen ty fotografie a obrázky. Není čas.

TO10: Jaké jsou vaše osvědčené metody a techniky komunikace s klienty s demencí?

Z komunikace to je hlavně asi opakování. Základní je to říct jako sobě rovnému, jen případně pozměnit slova na lehčí. Další metody, které používáme jsou reminiscenční terapie, dobře se nám pracuje i s muzikoterapií a velkou radost jim dělá canisterapie, což nejsou úplně metody komunikace, ale tyto techniky u lidí navodí lepší náladu, uvolní se a pak i ta komunikace jde ve výsledku líp.

TO11: Jak hodnotíte své znalosti o klientech, o které pečujete?

Nejlíp. Znáám je jak své boty, vím o nich úplně vše.

TO12: Které informace považujete za důležité o klientech s demencí znát a jaké informace Vám chybí?

Co měl klient rád v minulosti, kde pracoval, životní příběh, co ho bavilo, tomu pak mohu přizpůsobit aktivitu. Zdravotní stav například hlavně cukrovka, protože často pečeme, tak vím, že mu nemůžu dát. Důležité je pro mě, zda není nějak nemocný, čímž myslím nějakou aktuální nemoc jako teplota, bolest hlavy atd. Žádné informace mi asi ani nechybí. Třeba

zdravotní stav ani přesnou diagnózu vědět nesmíme, ale nepříjde mi to, že by mi to chybělo a když to potřebuju, tak si to zjistím.

TO13: Jaké konkrétní dovednosti by podle Vás měla mít osoba, která komunikuje se seniory s demencí?

Komunikační dovednosti, umět naslouchat. Trpělivost je důležitá, protože kdybych ji neměla, tak klienty víc podráždím, budou agresivnější a přestanou i třeba úplně komunikovat.

TO14: Jaký je váš postup a reakce, když klient s demencí nereaguje na to co mu říkáte?

Nejprve opakuji, pak zvýším hlas a v tuhle chvíli už většinou začnou reagovat. Když i tak stále nereagují, tak je pohladím, zkusím je nějak namotivovat. Třeba u jídla je to nejhorší, protože nechtějí často jíst a když pak opravdu nereagují a nejí, tak to hlásíme sestře a ty jim pak dají léky, nebo kapačky.

TO15: Jakých školení ohledně problematiky komunikace s lidmi s demencí jste se zúčastnil/la?

V tomto zařízení nic moc, to máme spíš nějaké kurzy na požární hlášení apod. Ohledně demence jsme neměli, co si tak pamatuju ani jedno školení. V předchozí práci jsem se ale zúčastnila různých školení, kde byla zahrnuta komunikace, třeba co si vybavuju tak byl kurz komunikace pracovníka v sociálních službách, ale vyloženě na demenci to jsem nebyla na žádném.

TO16: Jak zařízení, kde pracujete podporuje odborný rozvoj svých zaměstnanců?

Nějaký počet hodin je povinných. O nějaké konkrétní školení si taky můžeme požádat i z vlastní iniciativy. Před půl rokem jsme měli jedno takové školení na náš požadavek, protože jsem na našem týmu viděla, že nevědí, co s klienty dělat za aktivity, co obnáší ergoterapie, tak jsem požádala vedení o kurz ohledně toho a ti nám pak takové školení zařídili a umožnili, což bylo fajn.

TO17: Můžete uvést příklady situací, ve kterých vám vzdělání pomohlo zlepšit komunikaci s lidmi trpícími demencí?

To si nevybavuju. Vše většinu už praktikuju automaticky. Používám srdce a cit.