

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Anna Javůrková

**KOMUNIKACE S OSOBAMI SENIORSKÉHO VĚKU
S NEUROKOGNITIVNÍ PORUCHOU (DEMENCÍ)**

Bakalářská práce

Olomouc 2023

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod odborným vedením
Mgr. Oldřicha Müllera, Ph.D. a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Prostějově dne 15.06.2023

.....

Anna Javůrková

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Anna Javůrková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2023

Název práce:	Komunikace s osobami seniorského věku s neurokognitivní poruchou (demencí)
Název v angličtině:	Communication with seniors with neurocognitive impairment (dementia)
Anotace práce:	Práce se zabývá definicemi neurokognitivních poruch, problematikou v komunikaci se seniory, metodami komunikace a upřesněním konkrétních metod komunikací se seniory trpící demencí. Cílem práce je bližší seznámení se způsoby komunikace a využíváním metod pro komunikaci v praxi pracovníků zaměstnaných v zařízení pro seniory s Alzheimerovou nemocí.
Klíčová slova:	Senior, demence, Alzheimerova nemoc, komunikace
Anotace v angličtině:	The work deals with definitions of neurocognitive disorders, issues in communication with the elderly, methods of communication and specifying specific methods of communication with elderly people suffering from dementia. The aim of the thesis is to become more familiar with the methods of communication and the use of methods for communication in the practice of workers employed in a facility for seniors with Alzheimer's disease.
Klíčová slova v angličtině:	Senior, dementia, Alzheimer's disease, communication
Přílohy vázané v práci:	Přepis nahrávky ohniskové skupiny Přepis nahrávky rozhovoru s aktivizační pracovnící Informované souhlasy s účastí ve výzkumu
Rozsah práce:	56 s. (105 868 znaků)
Jazyk práce:	Český

Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část.....	7
1 Neurokognitivní poruchy (demence).....	7
1.1 Vymezení pojmu demence	7
1.2 Specifika lidí s demencí	8
1.3 Fáze demence	9
1.3.1 První fáze demence – mírná demence.....	9
1.3.2 Druhá fáze demence – rozvinutá demence.....	10
1.3.3 Třetí fáze demence – těžká demence.....	10
1.4 Dělení demencí.....	10
1.5 Druhy demencí	14
1.6 Péče o lidi s demencí.....	16
2 Komunikace se seniory	18
2.1 Pojetí komunikace	18
2.2 Zvláštnosti komunikace.....	19
2.3 Specifika komunikace se seniory	19
2.4 Specifika komunikace se seniory s demencí	20
2.5 Chyby v komunikacích s osobami s demencí	21
2.6 Komunikace v jednotlivých fázích demence.....	21
2.6.1 Komunikace v první fázi demence	21
2.6.2 Komunikace ve druhé fázi demence	22
2.6.3 Komunikace ve třetí fázi demence	22
Praktická část	24
3 Cíl praktické části.....	24
4 Kvalitativní výzkum.....	24
4.1 Metody sběru dat.....	25
4.2 Metody analýzy dat	25
4.3 Výzkumné vzorky	25
4.4 Ohnisková skupina	25
4.4.1 Průběh setkání s ohniskovou skupinou	26
4.4.2 Realizace setkání ohniskové skupiny a analýza získaných dat	26
4.5 Individuální rozhovor s aktivizační pracovnící	28
4.5.1 Průběh setkání s aktivizační pracovnící	28
4.5.2 Realizace rozhovoru s aktivizační pracovnící a rozbor získaných dat	29
5 Diskuse a závěry výzkumu.....	31

Závěr	36
Seznam bibliografických zdrojů	37
Seznam internetových zdrojů	38
Seznam použitých zkratk	39
Seznam příloh	39
Přílohy	40
5.1 Příloha č. 1 - ohnisková skupina	40
5.2 Příloha č. 2 - rozhovor s aktivizační pracovnící	45
5.3 Příloha č. 3 - informovaný souhlas s rozhovorem.....	55
5.4 Příloha č. 4 - informovaný souhlas ohnisková skupina	56

Úvod

Největší motivací k výběru tématu bakalářské práce, byla pracovní povinnost v zimním semestru roku 2020, kdy autorka působila v oblasti přímé péče v domově seniorů. Zde se také poprvé setkala se seniory s touto nemocí a aktivně se s nimi snažila komunikovat.

Teoretickou část terminologií bakalářské práce tvoří dvě hlavní části. V první části se zabýváme vymezením neurokognitivních poruch, specifiky osob s demencí, fázemi demence a péčí o osoby s demencí. V druhé části se zabýváme hlavně problematikou týkající se komunikace se seniory. Rovněž se zde setkáváme s pojetím komunikace se seniory, zvláštnostmi v komunikaci, specifiky komunikace se zdravými seniory i se seniory s demencí, chybami v komunikaci a vzhledem komunikací v jednotlivých fázích demence.

Praktická část je složena ze dvou metod kvalitativního výzkumu. Na začátku Výzkum začíná rozhovorem s ohniskovou skupinou složenou ze zaměstnanců Domova se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou nemocí. Zaměstnanci poskytnou informace o způsobu komunikace, kterou právě oni využívají se seniory žijícími na jejich oddělení. Nastíní a reálně popíší, jak taková komunikace s osobami v těžším stádiu demence vypadá v praxi a umožní nám ze získaných poznatků formulovat otázky pro rozhovor s aktivizační pracovníci.

V druhé části je veden individuální rozhovor s aktivizační pracovníci, která se neúčastnila ohniskové skupiny a blíže se rozvinou témata, která byla získána analýzou poznatků zjištěných s ohniskovou skupinou. Rozšíříme si tak škálu informací potřebnou k zodpovězení výzkumných otázek.

Hlavním cílem praktické části práce je bližší seznámení se způsoby komunikace a využívání metod pro komunikaci. Tato část je zaměřena na praxi pracovníků zaměstnaných v zařízení pro seniory s Alzheimerovou nemocí a na zjištění rozdílů v komunikacích se seniory s touto nemocí a seniorů bez diagnózy.

Teoretická část

1 Neurokognitivní poruchy (demence)

Neurokognitivní poruchy (včetně deliria, mírného kognitivního poškození a demence) jsou charakterizovány poklesem dříve dosažené úrovně kognitivních funkcí. (DSM-V, 2015)

1.1 Vymezení pojmu demence

MKN-10 (2022) definuje demenci, jako syndrom způsobený chorobou mozku obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení a chápání, orientace, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.

Pidman (2007) uvádí, že demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších kognitivních funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřené. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno (někdy dokonce předcházeno) zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace. Diagnózu demence lze tudíž stanovit na základě klinického obrazu-psychiatrického (neuropsychiatrického) a psychologického vyšetření.

Jiráček a kolektiv (2009) popisují demence jako poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí (funkcí, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím, cílené chování). Mezi tyto funkce náleží kromě paměti pozornost, vnímání, řečové funkce (schopnost tvorby řeči i schopnost porozumění řeči), tzv. exekutivní (výkonné) funkce-schopnost být motivován k určité činnosti, tuto účelnou činnost naplánovat, provést a zpětně zhodnotit-funkce zajišťující účelné jednání a další. Celková úroveň kognitivních funkcí se obvykle označuje jako inteligence. K postižení kognitivních funkcí i dalších funkcí dochází onemocněním mozku, nejčastěji chronickým, postupujícím. Vědomí není u demencí zastřené (myslí se kvalitativní úroveň vědomí, uvědomění si sama sebe i správné uvědomění si situace, nikoli kvantitativní úroveň, kde porucha znamená ospalost, bezvědomí).

Zvěřová (2017) uvádí, že demence řadíme mezi organické duševní nemoci, které vznikají na základě makroskopického či mikroskopického poškození mozku. Podstatou demencí je úpadek kognitivních, poznávacích funkcí (paměť, vnímání, fatické funkce, inteligence, aj.) včetně exekutivních a výkonných funkcí (motivace, schopnost naplánování, provedení a zpětného zhodnocení smysluplné činnosti) od původní kapacity.

Ve většině případů patří demence dosud mezi ireverzibilní onemocnění a některá z nich představují nepochybně primární příčinu smrti (např. Alzheimerova choroba) nebo se významně podílejí na mortalitě. Do budoucna lze však doufat, že s rozvíjejícími se vědomostmi v neurobiologii, farmakologii, genetice a dalších oborech procento léčitelných demencí poroste (Zvěřová, 2017).

1.2 Specifika lidí s demencí

Pidman (2007) uvádí, že lze příznaky demence z hlediska praktického i didaktického rozdělit do tří základních skupin, které nazýváme A-B-C:

- narušení kognitivních funkcí (C-cognition)
- narušení aktivit denního života (A-activitiesofdailylife)
- poruchy chování (B-behavior)

Pidman (2007) uvedl, že z těchto tří skupin příznaků jsou základní a nejzávažnější z hlediska etiologického příznaky kognitivní. Pro demenci je základním a charakteristickým rysem úbytek kognitivních (tedy poznávacích) funkcí, a to především paměti a intelektu. Demence však zahrnuje i další symptomy:

- poruchy intelektu,
- poruchy paměti,
- poruchy orientace,
- porucha abstraktního myšlení,
- poruchy chápání,
- poruchy pozornosti a motivace,
- poruchy korových funkcí (apraxie, afázie),
- poruchy emotivity,
- poruchy chování,
- ztráta soběstačnosti,
- poruchy osobnosti,
- mohou se objevit psychotické příznaky.

Pidman (2007) uvádí obecná kritéria demence podle MKN-10:

- Zjevné zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti.
- Dále alespoň jeden z faktorů:
 - narušení abstraktního myšlení,
 - narušení soudnosti,
 - narušení ostatních kognitivních funkcí,
 - změny osobnosti.
- Tyto poruchy se manifestují v obvyklých pracovních či sociálních procesech ve vztahu k okolí.
- Nejde současně o poruchu vědomí.

Kučerová (2006) uvádí, že pokud jde o konkrétní příznaky těchto poruch, tak se mohou vyskytovat poruchy velmi různé. Nejde však jen o výčet těchto poruch, ale je také důležitá jejich vzájemná propojenost, kontext a vývoj v čase. U demencí dominují poruchy paměti, poruchy úsudku, logického myšlení, porucha učení se novým věcem, poruchy soustředivosti. Vyskytují se též poruchy emotivity (úzkosti, deprese, emoční labilita, apatie až emoční tupost), poruchy obsahu myšlení (zvýšená vztahovačnost až paranoidní bludy, zejména bludy okrádání a bludy žárlivosti), poruchy vůle, poruchy sociálního citění, zvýšený egocentrismus. Mohou se vyskytnout také halucinace v propuknuvších stavech zmatenosti. Časté jsou taktéž poruchy paměti, nesoustředivosti a tělesná slabost a pomalost, jenž vedou často k tomu, že postižený o sebe přestává dbát, nemyje se, špatně jí, zapomíná na pestrý jídelníček a živí se několik dní třeba kávou a rohlíky, aj.

1.3 Fáze demence

Hauke (2017) uvádí, že rozlišení jednotlivých fází a znalost jejich projevů jsou velmi důležité z pohledu efektivní komunikace a přístupů k člověku s demencí, které jsou v jednotlivých fázích odlišné.

Jednotlivé fáze jsou ve výše uvedené knize charakterizovány následovně:

1.3.1 První fáze demence – mírná demence

Počínající demence u Alzheimerovy nemoci je charakterizována poruchou paměti. Zapomnětlivost se stává každodenní skutečností. Obvykle je postupně narušována krátkodobá paměť. Člověk se přestává orientovat v novém prostředí, má potíže se zapamatováním si nových lidí a poměrně obtížně se učí novým dovednostem. Člověk si

pomalou a hůře vybavuje některá slova, jeho myšlení je těžkopádné. Plíživě a nenápadně se objevují tendence k sociální izolaci a nezájdek se u těchto osob projevují deprese.

1.3.2 Druhá fáze demence – rozvinutá demence

V této fázi je narušena dlouhodobá paměť, která vede k dezorientaci místem a časem. Nemocný není schopen vykonávat běžné a obvyklé aktivity denního života, jako je například vaření, nakupování a telefonování. Postupně se vytrácí jeho soběstačnost i v aktivitách denního života, jako je základní sebeobsluha. Neporadí si ani s běžnými problémy, neboť právě ty se jim jeví jako náročné a neznámé, protože neznají jejich řešení. Verbální projev je velmi narušen a jeví se jako nezvladatelný. Je obtížné se s ním dorozumět, neboť přicházejí problémy s porozuměním obsahu. Mohou se také objevovat poruchy chování a také vzniká ztráta schopnosti kontrolovat emoce. Častá je v této fázi také inkontinence a neschopnost dodržovat základní osobní hygienu. Je to stav, kdy senior potřebuje trvalý dohled a pomoc.

1.3.3 Třetí fáze demence – těžká demence

Postižená osoba není schopna vykonávat téměř žádné sebeobslužné činnosti. Je zcela odkázána na péči ostatních. Všechny projevy směřují k naplňování základních životních potřeb a bezpečí. Verbální komunikace se postupně zhoršuje a u pokročilé demence je prakticky nemožná. Senior již slovům nerozumí a ani je už neumí používat. V některých případech nahrazuje slova úsměvem a gesty např. kývání hlavou, mávání rukama. Objevují se poruchy příjmu potravy. Běžná je také úplná inkontinence. Objevuje se také bezcílné potulování či stereotypní pohyby. V závěru života je tato osoba prakticky upoutána na lůžko.

1.4 Dělení demencí

V MKN-10 (2022) je uvedeno o demenci následující. Je to syndrom způsobený chorobou mozku obvykle chronické nebo progresivní povahy. Dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Často se přidružuje porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace.

Rozdělení demence dle MKN-10 (2022):

F00* Demence u Alzheimerovy nemoci (G30-+)

F00.0* Demence u Alzheimerovy nemoci s časným nástupem (G30.0+)

F00.1* Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním nástupem (G30.1+)

F00.2* Demence u Alzheimerovy nemoci atypického nebo smíšeného typu (G30.8+)

F00.9* Demence u Alzheimerovy nemoci NS (G30.9+)

F01 Vaskulární demence

F01.0 Vaskulární demence s akutním nástupem

F01.1 Multiinfarktová demence

F01.2 Subkortikální vaskulární demence

F01.3 Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence

F01.8 Jiné vaskulární demence

F01.9 Vaskulární demence NS

F02* Demence u jiných nemocí zařazených jinde

F02.0* Demence u Pickovy choroby (G31.0+)

F02.1* Demence u Creutzfeldtovy–Jakobovy nemoci (A81.0+)

F02.2* Demence u Huntingtonovy nemoci (G10+)

F02.3* Demence u Parkinsonovy nemoci (G20+)

F02.4* Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiencie [HIV] (B22.0+)

F02.8* Demence u jiných určených nemocí zařazených jinde

F03 Neurčená demence

V MKN-11 (2023) bude dělení demencí rozšířeno o následující výčet:

- Demence v důsledku nemoci Lewyho tělíska
- Frontotemporální demence
- Demence způsobená psychoaktivními látkami včetně léků
- Demence v důsledku užívání alkoholu
- Demence v důsledku užívání sedativ, hypnotik nebo anxiolytik
- Demence v důsledku užívání těkavých látek
- Demence v důsledku jiné specifikované psychoaktivní látky
- Demence v důsledku roztroušené sklerózy
- Demence v důsledku poranění hlavy
- Demence v důsledku Downova syndromu

V DSM-V (2015) se demence řadí do nové skupiny s názvem Závažné neurokognitivní poruchy. Termín demence se může použít u etiologických podtypů, u nichž je tento výraz obvyklý. Navíc se zde vyskytuje i skupiny s názvem Mírně závažné neurokognitivní poruchy, takže se v DSM-V dané poruchy třídí podle diagnózy. Pojem demence je zachován z důvodu kontinuity a může být i nadále

využíván v prostředí, kde jsou lékaři a pacienti na tento termín zvyklí. Termín je obvykle používán pro degenerativní onemocnění, která se týkají především starších dospělých.

Do závažných a mírných neurokognitivních poruch DSM-V specifikuje, zda je následkem vzniku:

- Alzheimerova nemoc,
- frontotemporální lobární degenerace,
- nemoci s Lewyho tělísky,
- vaskulární postižení mozku,
- traumatické poškození mozku,
- užívání látek/léků,
- HIV infekce,
- Prionové nemoci,
- Parkinsonovy nemoci,
- Huntingtonovy nemoci,
- jiná somatická onemocnění,
- více etiologií,
- nespecifikované etiologie.

Jiráková a kolektiv (2009) popisují, že demence lze dělit podle příčiny (ne zcela přesně a ostře) do dvou skupin:

1. Demence, které mají za podklad atroficko-degenerativní proces mozku.
2. Demence symptomatické (sekundární), které mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek. Symptomatické demence lze ještě dělit do dvou podskupin:
 - a. demence vaskulární (na podkladě poruchy mozkových cév, mozkového krevního zásobení),
 - b. ostatní symptomatické demence.

Zvěřová (2017) dělí demence podle etiologie, lokalizace a kurability.

Podle etiologie:

- demence neurodegenerativního původu atroficko-degenerativní demence (Alzheimerova demence, parkinsonská demence aj.)

- demence sekundární (symptomatické):
 - vaskulární
 - metabolicky podmíněné
 - infekčního původu
 - prionového původu
 - další

Podle lokalizace:

- kortikální
- subkortikální
- kortikosubkortikální

Podle kurability:

- léčitelné – reverzibilní
- neléčitelné – ireverzibilní

Pidman (2007) uvádí, že demence jako celek je možné dělit podle více způsobů. V přehledu nejprve předkládá dělení na primární, sekundární a smíšené.

a) Primárně degenerativní demence:

- Alzheimerova nemoc (nejčastější demence, představuje 60 % všech demencí),
- demence s Lewyho tělísky,
- frontotemporální demence.

b) Sekundární demence

Sekundární demence jsou nesourodou skupinou nemocí, na jejichž vzniku se podílí řada příčin. Jde např. o demence v souvislosti s traumatem, tedy posttraumatické demence, dále infekční, metabolické při poruchách jater, respiračního systému, ledvin (i při dialýze), demence při karencích vitamínu, dále při endokrinních onemocněních, při tumorech, epilepsii a v celé řadě dalších případů. Bylo popsáno více než 70 skupin sekundárních demencí. Z nich výše uvedený autor vybral ty nejzávažnější a nejčastější:

- vaskulární demence (představuje do 20 % všech demencí),
 - multiinfarktová,
 - mikroangiopatická (Binswangerova choroba),
- metabolické demence,
- toxické demence,
- demence při Parkinsonově chorobě,

- demence při Huntingtonově chorobě,
 - traumatické demence,
 - demence při normotenzním hydrocefalu,
 - demence při nádorech CNS,
 - demence při infekcích (sem náleží např. i demence syfilitická a demence při HIV infekci).
- c) Smíšené demence (přibližně 10-15 % všech demencí)
- smíšená Alzheimerova/vaskulární,
 - smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence,
 - ostatní smíšené.

1.5 Druhy demencí

Nejrozšířenější a nejběžnější demencí je Alzheimerova demence a vaskulární demence. Mezi další druhy patří např.: demence s Lewyho tělísky, alkoholová demence, demence u Parkinsonovy choroby, demence u Huntingtonovy choroby, demence při zánětlivých onemocněních CNS a mnoho dalších. Blíže přiblížím ve svojí práci Alzheimerovu a vaskulární demenci.

a) Alzheimerova demence

Zvěřová (2017) definuje Alzheimerovu demenci jako závažné progresivní a ireverzibilní neurodegenerativní onemocnění, které zasahuje do života celé pacientovy rodiny. Charakteristickým rysem je nenápadný plíživý začátek, kdy si prvních příznaků povšimne spíše okolí než samotný pacient.

Jirák a kol. (2009) definují Alzheimerovu demenci následovně. Je to neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek syndrom demence.

Alzheimerova choroba je primárním degenerativním onemocněním mozku neznámé etiologie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými vlastnostmi. Tato choroba začíná obvykle nenápadně a pomalu, ale trvale progreduje během období několika let (MKN-10, 2022).

b) Vaskulární demence

Pro tuto formu je charakteristický náhlý začátek a výrazné kolísání klinického stavu i během krátkého časového intervalu. Podkladem onemocnění je ischemie mozkové tkáně, která je zpravidla způsobena mnohočetnými drobnými mozkovými (mikro)

infarkty, mikroangiopatiemi. Demence se případně může rozvinout na základě jednoho většího mozkového infarktu v oblastech důležitých pro kognitivní funkce. Na rozdíl od Alzheimerovy demence bývá poměrně dlouho zachována osobnost“ (Zvěřová, 2017).

MKN-10 (2022) definuje vaskulární demenci takto, je to následek mozkových infarktů způsobených cévní chorobou včetně hypertenzní cerebrovaskulární choroby. Infarkty jsou většinou malé, ale jejich vliv se kumuluje. Výskyt je obvykle v pozdním věku.

Vaskulární demence vznikají kvůli narušením cévního zásobení mozku. Bezprostřední příčinou může být zúžení či postupné ucpávání mozkové cévy nebo krvácení. Některé cévní změny v mozku jsou vrozně podmíněné (cévní výdut'), jiné získané. Vznikají častěji u obézních lidí, kuřáků, lidí s diabetes mellitus, lidí se srdečním onemocněním, lidí s onemocněním krevní cévy, lidí se změnou krevního tlaku, lidí s akutním či chronickým onemocněním dýchacích cest, lidí s opakovaným traumatem hlavy a mozku (Jirák a kol., 2009).

Jirák a kol. (2009) vymezují několik typů vaskulárních demencí:

- Vaskulární demence s náhlým začátkem – vzniká při větších mozkových infarktech v oblastech mozku významných pro paměť. Demence se rozvíjí rychle po cévních mozkových příhodách.
- Tzv. multiinfarktová demence – vzniká při postižení infarkty v oblastech mozkové kůry i bílé hmoty. Obvykle je průběh (na rozdíl od Alzheimerovi demence) kolísavý, často dochází ke změnám psychického stavu. Postižení mívají dlouho relativně dobře zachovalou osobnost, uvědomují si poruchy paměti, často bývají depresivní.
- Tzv. převážně podkorová vaskulární demence – postihuje bílou hmotu mozku a šedou hmotu v oblasti tzv. bazálních ganglií-mozkových jader regulujících mimo jiné i hybnost, hlavně jemnou motoriku, a také výkonné (exekutivní) funkce. Tato demence (při výraznějším postižení bazálních ganglií nazývaná Binswangerova choroba) vzniká převážně u lidí trpících vysokým krevním tlakem. Projevuje se celkovým zpomalením, poruchou výkonných funkcí, často jsou deprese a poruchy jemné hybnosti (parkinsonský syndrom).

Pidman (2007) uvádí v typech vaskulární demence, tzv. demence při rozsáhlé CMP. Ke vzniku demence může vést rozsáhlá cévní mozková příhoda ve strategické oblasti CNS. Demence vzniká náhle po cévní příhodě, bývá vesměs stacionární. Velmi typické jsou neurologické příznaky, které se liší podle lokalizace cévní léze. V prvních týdnech až

měsících po závažné cévní příhodě se kognitivní i neurologické příznaky částečně zmírňují, pokud nedojde k recidivě.

1.6 Péče o lidi s demencí

Fertařová, Ondřiová (2020) uvádí, že je péče o seniory s kognitivní poruchou velmi náročná a je třeba ji přizpůsobit jeho specifickým potřebám.

Ehrenfeuchter a kol. (2014) uvádí, že většinu lidí postižených demencí uklidňuje důvěrně známé prostředí, které má na ně pozitivní účinky. Je předně důležité, aby se s nemocným domluvilo včas, jaký typ péče by si představoval. Uvádí také spektrum možností, které lze využít (v pořadí, v jakém jsou většinou využívány s postupem nemoci):

- donáška teplého jídla,
- pomoc v domácnosti,
- ambulantní a terénní pečovatelská služba (pomoc s osobní hygienou, zajištění stravování, pomoc s pohybem v domácnosti),
- domácí ošetrovatelská péče (zdravotní úkony prováděné v domácnosti kvalifikovanou sestrou),
- odlehčovací neboli respitní služba (přechodná péče po dobu, kdy není pečující osoba schopná se o nemocného starat),
- denní péče v příslušném zařízení (denní centrum či stacionář),
- trvalý pobyt v domově pro seniory, případně v domově se zvláštním režimem,
- pobyt v léčebně dlouhodobě nemocných.

Hauke (2017) ve své knize uvádí, že není příliš moudré ponechat péči o seniory s demencí pouze na jedné osobě. Je vhodné, pokud se sejdou veškeré zainteresované osoby, případně i za pomoci sociálního pracovníka nebo sociální služby, a dojednání, jak bude poskytování péče probíhat. Jako ideální uvádí, tzv. sdílenou péči, kdy je pomoc ze strany rodiny, případně jiných blízkých osob a doplněna i o profesionální sociální službu.

Ve své knize z roku 2017 také popsala, kdo může péči poskytovat:

- Rodinní příslušníci (osoba blízká) - pomineme-li, že pomoc rodičům je morální povinností dětí, mohou nastat situace, kdy péče o rodinného příslušníka přináší nutnost intenzivní pomoci. Je možnost využít příspěvku na péči.

- Soused, známý – pokud bude jejich pomoc hrazena z příspěvku na péči, jsou nazýváni asistentem péče a je nutno s nimi uzavřít písemnou smlouvu o poskytování pomoci.
- Poskytovatelé sociálních služeb – poskytování sociálních služeb institucemi je specifikováno v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění. Stanovuje povinnosti, jaké musí poskytovatel služeb splňovat, jako je registrace služby do Registru poskytovatelů sociálních služeb.

Seniorům s neurokognitivní poruchou může být poskytována domácí péče od rodiny či blízkých, nebo poskytována profesionální sociální služba.

a) Domácí péče (rodina a osoby blízké)

Fertařová, Ondřiová (2020) ve své knize uvádí, že cílem efektivní péče v rodině je zlepšit kvalitu života, která respektuje důstojnost, identitu a potřeby člověka s demencí, ale i pečovatele.

Hauke (2017) uvádí k domácí péči, že je velmi psychicky i fyzicky náročná. Rodinní pečující jsou vystavováni dlouhodobému stresu, který má často negativní vliv na jejich vlastní duševní zdraví, může narušovat vztah k pečované osobě i celkově zhoršit rodinné vztahy. Je důležité, aby si pečující stanovil své limity. Je nezbytné, aby došlo k rozdělení péče mezi celou rodinu.

Fertařová, Ondřiová (2020) k péči v domácím prostředí uvádějí, že pacienti v raných stádiích demence žijí doma samostatně, ale s progresí onemocnění potřebují stále intenzivnější pomoc a podporu rodiny. Někteří pacienti zůstávají i v rodinném prostředí i v terminální fázi onemocnění. Výhoda péče o nemocného v domácím prostředí spočívá v individuálním přístupu. V domácím prostředí je také ustavičně, přirozeně a v rámci svých možností stimulován k aktivitě (Kociová, Peregrinová, 2003, v cit. Fertařové, Ondřiové, 2020), může dodržovat své zaběhnuté denní rituály, na které byl zvyklý.

b) Péče poskytované sociální službou

Hauke (2017) uvádí, že všichni poskytovatelé sociálních služeb jsou uvedeni v Registru poskytovatelů služeb.

Tyto služby jsou rozděleny do tří skupin: terénní, pobytové a ambulantní. K terénním službám uvádí, že jde o služby poskytované v domácnosti klienta. Patří sem pečovatelská služba a osobní asistence. Pracovníci služby docházejí do domácnosti pečované osoby a pomáhají při zajištění stravování a chodu domácnosti, pomáhají při osobní hygieně v domácnosti nebo je v případě nevhodných podmínek v zařízení

poskytovatele. Terénní služby může být realizována i v domech s pečovatelskou službou (DPS). Zpravidla jde o byty v majetku města a obce, které bývají určeny seniorům a osobám se zdravotním postižením, které potřebují intenzivnější péči.

K pobytovým službám uvádí, že jde o domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, odlehčovací pobytové služby a týdenní stacionáře. Tyto služby poskytují ubytování (včetně úklidu, péče o ložní a osobní prádlo), stravování a pomoc s osobní hygienou.

Jako poslední uvádí ambulantní služby, kam spadají denní stacionáře a centra denních služeb. Tato zařízení jsou určena pro denní pobyt osob, která nechtějí nebo nemohou zůstat sami doma, zejména po dobu, kdy jsou jejich rodinní příslušníci v zaměstnání. Ve stacionáři je hlavně vyplněn volný čas klientů, zajištěné mají stravování, případně lze využít i podmínky k zajištění osobní hygieny.

2 Komunikace se seniory

„Komunikace nám dává pocit spojení s druhými. V demenci schopnost sdílet zkušenosti s druhými postupně mizí. Klient s demencí dokáže stále méně s druhými normálně mluvit. Stojí ho mnohem víc úsilí, když má druhým jasně vysvětlit, co cítí nebo potřebuje. Zároveň musí vyvíjet stále větší úsilí, aby pochopil, co se druzí snaží objasnit jemu. Při normálním rozhovoru mezi dvěma lidmi do něho oba přispívají víceméně stejně. Tato rovnováha však chybí, když se snažíme konverzovat s člověkem trpícím demencí. Chceme-li efektivně komunikovat s pacientem s demencí, musíme do toho investovat mnohem více energie“ (Hauke, 2017).

2.1 Pojetí komunikace

Hauke (2017) ve své knize uvádí, že není až tak důležité, z kolika procent je posluchač schopen vnímat to, co a jak mu řečník sděluje. Zásadní je uvědomění si skutečnosti, že slova, tedy co člověk říká (verbální komunikace), jsou sice důležitá, ale neméně důležité je, jak to říká (paraverbální komunikace) a jak se přitom chová (neverbální komunikace).

Komunikovat můžeme různými způsoby. Verbální komunikace zahrnuje mluvené a psané slovo. V komunikaci však nejde jen o slova. Bohaté informace nám poskytuje také neverbální komunikace (řeč těla) a paralingvistika (tón a síla hlasu, rychlost řeči apod.). (Špaténková, Králová 2009)

2.2 Zvláštnosti komunikace

Hauke (2017) ve svém díle říká, že zvláštnosti komunikace vychází ze samotného průběhu demence. Jako zvláštnosti uvádí následující výčet věcí:

- dezorientace v času a místě,
- porucha pozornosti,
- emoční nestabilita, postupně přechází v pasivitu,
- narušení krátkodobé a dlouhodobé paměti,
- narušení abstraktního myšlení,
- zhoršující se logické uvažování,
- zapomnětlivost,
- upadání rozumění slovům a příběhům,
- narušené přijímání a zpracování informací,
- postupná ztráta schopnosti verbální komunikace.

2.3 Specifika komunikace se seniory

Marie Vágnerová (v cit. Špaténková, Králová, 2009) reflektuje specifika následovně:

- Starý člověk reaguje pomaleji, v komunikaci to znamená například komunikační problémy s příslušníky mladší generace, kteří bývají netrpěliví a nedočkaví.
- Poruchy paměti ovlivňují komunikaci seniorů v tom, že si člověk nemůže rychle nebo vůbec vybavit některé situace, čísla, jména atd.
- Opakování již sděleného je dalším typickým znakem komunikace seniorů, jako by se senior ubezpečoval, zda naslouchající pochopil, co mu chtěl sdělit, může také jít o pocity, snížené koncentrace apod.
- Senioři v důsledku problémů se sluchem (nedoslýchavost), vkládají do komunikace velké úsilí, přes všechnu jejich snahu se však může stát, že zpráve neporozumí a reagují nepřiměřeně dané situaci.
- Velmi častá je tendence seniorů komunikovat s ostatními pomocí tělesných obtíží, snaží se tímto způsobem upoutat pozornost. Mluví (rádi a často) o svých nemocech a potížích. Cílem však není simulace daného problému, ale právě upoutání pozornosti na sebe.
- Velkým problémem je pro seniory komunikace ve větší skupině lidí, senior musí vynakládat velké úsilí, případný hluk a šum komplikuje slyšení starého člověka,

který nemusí být schopen vnímat vše řečené, ale obává se opakovaně dotázat, a proto se raději stáhne do pasivity.

2.4 Specifika komunikace se seniory s demencí

Špaténková, Králová (2009) uvádí tato doporučení pro komunikaci s pacienty postiženými demencí:

- Udržujte komunikaci, ačkoliv se vám může zdát, že s dementními lidmi není komunikace možná (vždyť víte, že nelze nekomunikovat!).
- Mluvte zřetelně, pomalu, tváří v tvář, udržujte oční kontakt.
- Buďte připraveni některé informace vícekrát opakovat.
- Věnujte pozornost neverbální komunikaci dementního člověka (chybí-li jim slova, nahrazují je neverbálními prostředky).
- Uvědomujte si, že i vy komunikujete neverbálně a komunikujte, tak-využívejte mlčení, pohledů a hlavně doteků (většina seniorů je vděčná za kontakt, dotek-za terapii pohlazením).
- Hledejte (a najděte), co je potřebné pro lepší a efektivnější komunikaci s pacientem postiženým demencí (vhodná slova, pomůcky pro znázornění atd.).
- Než začnete mluvit, přesvědčte se, že vám postižený věnuje pozornost.
- Jestliže se komunikace s dementním člověkem zhorší, ujistěte se, že se nezhoršilo jeho smyslové vnímání (sluch, zrak, nebo zda jsou jeho kompenzační pomůcky v pořádku).

Hauke (2017) uvádí v knize obecná pravidla pro komunikaci:

1. Při komunikaci je důležité zajistit klidné prostředí.
2. Pracovník zachovává při komunikaci klid.
3. Pracovník nemluví o klientovi v jeho přítomnosti ve třetí osobě.
4. Neverbální komunikace-pracovník povzbuzuje klienta, vlídným zájmem zachovává klidné chování a pozitivní výraz. Přizpůsobuje se zpomalenému tempu osob s demencí.
5. Komunikace odpovídá věku klienta a jeho schopnostem.
6. Pracovník slovně provází činnosti, které provádí.
7. Nepoužívat otázky začínající proč.
8. Pracovník aktivně chrání důstojnost osob s demencí.
9. Aktivní naslouchání klientovi poskytuje zpětnou vazbu na rozhovor nebo své konání.

- Metody aktivního naslouchání: oceňování, parafrázování, zrcadlení emocí a shrnování.

2.5 Chyby v komunikacích s osobami s demencí

König, Zemlin (2020) uvádějí tyto nejčastější chyby, se kterými se lze setkat v souvislosti s osobami trpícími demencí. Mnohdy člověku ani nemusí docházet, že jeho chování v komunikaci se seniorem s demencí je chybné.

- Pouze zřídka dochází k očnímu kontaktu.
- Nepřizpůsobení řeči a hlasu.
- Znaková řeč/gestika jsou požívány pouze u neslyšících.
- Nebere se ohled na důsledky omezení řeči.
- Pečující reagují jednoznačně negativními gesty.
- Používá se příliš mnoho akustických podnětů.
- Nevyužívá se příležitosti k podání ruky.
- Nepřiměřené používání dotyků.
- Neuvážené používání zdvořilých slov.
- Netrpělivá reakce na opakování.
- Opravování vyřčeného.
- Nedostatečné využívání klíčových slov.
- Kladení otázek vyžadujících rozhodování.
- Lidé s demencí jsou vyzýváni k přemýšlení.
- Diskutuje se o otázkách viny.
- Striktně je podporována orientace v realitě.
- Důsledné opravování nesmyslů.
- Hovoří se výhradně spisovným jazykem.

2.6 Komunikace v jednotlivých fázích demence

Hauke (2017) ve své knize uvádí ke komunikaci se seniory v jednotlivých fázích demence následující:

2.6.1 Komunikace v první fázi demence

Senior většinou rozumí tomu, co mu pracovník říká. Je třeba pamatovat na počínající ztrátu krátkodobé paměti, mluvit pomalu, jednoduše, bez dlouhých a rozvinutých vět, nesdělovat příliš informací najednou. Také je důležité ověřovat si, jestli mi senior rozumí. Můžeme seniora například nechat shrnout náš rozhovor.

Je možné, že senior odpovídá na dotazy formálně správně, čímž se dá nabýt dojem, že jsme si porozuměli, ale neodpovídá to realitě. Někdy také to, že dáme seniorovi možnost volby, přináší velké problémy, a proto je vhodné se volbě vyhnout.

Senior může mít problém s nalézáním vhodných slov, a tak je zapotřebí klid, trpělivost a nespěchat na něj. Také je důležité oslovování jménem, případně titulem.

V první fázi pracovník seniora nenásilně vrací do reality, bez vysvětlování mu sděluje skutečnost. Pokud si senior nepamatuje pečovatelku, je důležité se vždy představit a sdělit mu, co děláme a proč. Slova provází klidný hlas a úsměv.

Cílem komunikace je udržet seniora v realitě a pomoci mu uchovat si co nejdéle orientaci místem, časem a situací.

Při komunikaci také hrají důležitou roli dotyky, vzdálenost a oční kontakt. V této fázi je důležité opatrně vyzkoušet, kam nás senior pustí.

S postupující demencí se vzdálenost mezi námi a seniorem zpravidla zmenšuje, ale může to být i naopak, oční kontakt se prodlužuje a dotyky zpravidla získávají stále více na důležitosti.

2.6.2 Komunikace ve druhé fázi demence

V této fázi se člověk s demencí přestává orientovat i na známých místech, nepoznává své blízké, ztrácí postupně schopnost používat běžné kuchyňské spotřebiče a jiné. Senior žije ve své realitě, minulost se stává přítomností. Seniorovi jeho prožitky a vzpomínky nevyvracíme, změněná realita má většinou svůj původ v prožitých životních událostech a nenaplněných životních potřebách.

Rozhovor by měl být jasný a stručný. Složitějším konstrukcím nebude senior rozumět. Pokud chceme, aby senior provedl požadované činnosti, musíme postupovat krok po kroku.

Nedohadujeme se o tom se seniorem, kdo má pravdu. Jsou však situace, kdy seniora musíme upozornit na chybu, jako například to, že nenecháme seniora odejít v pyžamu ven s tím, že nám senior tvrdí, že je v obleku, ve kterém chodí denně.

V této stejně jako v předešlé fázi jsou důležité dotyky, vzdálenost, oční kontakt a oslovování.

2.6.3 Komunikace ve třetí fázi demence

Senior je zcela odkázaný na péči, slovům většinou již nerozumí nebo se tak jeví, ani se slovně většinou nevyjadřuje. Všechny projevy komunikace směřují k uspokojování základních fyziologických potřeb a potřeb emočních, tedy k zajištění bezpečí a jistoty. Je podstatné, abychom nerezignovali v komunikaci. V přítomnosti

seniora se i nadále chováme, jako by nám rozuměl. Stále je také důležité oslovování, dotyky, úsměv, blízkost druhé osoby a oční kontakt.

Praktická část

Téma bakalářské práce nese název – *Komunikace se seniory s neurokognitivní poruchou (demencí)*. Bylo zvoleno na základě realizace pracovní povinnosti v roce 2020, kdy došlo k prvním bližším setkáním s pracovníky domova pro seniory a seniory v určitých fázích demence.

Téma je aktuální, neboť seniorů s demencí stále přibývá. V praktické části chceme tedy získat představu o tom, jak vypadá komunikace se seniory s Alzheimerovou nemocí v pobytových zařízeních. Chtěli bychom zjistit, zda zaměstnanci pečující o seniory využívají v praxi speciální metody pro usnadnění komunikace. Chceme objevit, zda existují rozdíly v komunikaci se seniorem s tímto onemocněním a se seniorem bez diagnózy. Tyto poznatky mají nastínit, jaké nástrahy v komunikaci jsou spojeny s pečováním o osobu s Alzheimerovou nemocí.

3 Cíl praktické části

Hlavním cílem praktické části je zjištění možností komunikace profesionálních pečujících se seniory s Alzheimerovou nemocí v pobytovém zařízení. Dílčími cíli jsou zjištění, jak se užívají komunikační metody v praxi a uvedení rozdílů v komunikacích se seniory s Alzheimerovou nemocí a se seniory bez diagnózy.

Úkolem pracovníků je sdělit nám své vlastní názory a poznatky ke komunikaci a doplnit o metody komunikace, které využívají v praxi. Získaná data využijeme pro zodpovězení výzkumných otázek. Zajímá nás, jak taková komunikace vypadá, zda využívají pracovníci speciální techniky a metody pro komunikaci, a jestli existují rozdíly v komunikaci se seniorem bez diagnózy a se seniory s demencí.

-Hlavní výzkumná otázka zní:

Jakým způsobem probíhá komunikace pracovníků se seniory s Alzheimerovou nemocí?

-Vedlejší výzkumné otázky:

Jaké metody usnadňující komunikaci se seniorem s demencí jsou využívány profesionálními pečovateli?

Jaké jsou rozdíly v komunikaci se seniorem s demencí a se seniorem bez zdravotního postižení probíhající v pobytových zařízeních?

4 Kvalitativní výzkum

V praktické části jsme zvolili vzhledem k charakteru tématu kvalitativní výzkum. Díky kvalitativnímu výzkumu získáme osobnější informace k tématu a také větší rozsah a objem odpovědí.

Kvalitativní přístup nám umožní sledovat interakce zúčastněných, neboť jsme chtěli čerpat data z faktů a zkušeností konkrétních osob, a ne z dostupných statistických dat, které jsou typické pro kvantitativní výzkum.

4.1 Metody sběru dat

Pro sběr dat jsme využili dvou metod kvalitativního výzkumu. Pro první vzorek byla zvolena metoda setkání ohniskové skupiny, která otevřeně mluvila na předem určené téma, konkrétně komunikace a doplňkově zodpověděla první spektrum otázek. Z těchto poznatků jsme sestavili otevřené otázky k druhému vzorku. Pro ten jsme zvolili metodu individuálního rozhovoru, který nám více přiblížil cíle naší práce a obohatil získané poznatky ze setkání s ohniskovou skupinou.

4.2 Metody analýzy dat

Pro obě analýzy jsme zvolili tvorbu kategorií, kdy jsme hledali nejčastější shody v odpovědích získaných za pomoci ohniskové skupiny. Z těchto shod jsme zpracovali základní výčet odpovědí. Poskytly nám potřebný materiál a informace, a tak nám usnadnily tvorbu otázek pro rozhovor s aktivizační pracovníci. Při následné analýze dat z rozhovoru jsme využívali také kategorií, které jsme měli stanovené z dat ohniskové skupiny. V případě obohacení dané kategorie došlo k rozšíření o odpověď aktivizační pracovníce.

4.3 Výzkumné vzorky

Pro sběr dat praktické části posloužily dva výzkumné vzorky. První výzkumný vzorek, kterým byla tvořena ohnisková skupina, se skládal z osob pečujících o seniory s těžkým stádiem demence v pobytovém zařízení. Druhý vzorek, který byl zkoumán za pomoci individuálního rozhovoru, tvořila pracovníce aktivizace, která se neúčastnila setkání ohniskové skupiny. Oba výzkumné vzorky byly vybrány náhodnou metodou, neboť byly tvořeny zaměstnanci přítomnými v den šetření na směně. Šlo o zaměstnance, kteří měli v danou chvíli čas a zájem zapojit se do výzkumu a stát se jeho součástí.

4.4 Ohnisková skupina

Švaříček, Šedřová (2007) ve své knize uvádějí, že ohnisková skupina představuje výzkumnou metodu, pomocí které získáváme data za využití skupinových interakcí, které samovolně vznikají a probíhají na předem určené téma.

4.4.1 Průběh setkání s ohniskovou skupinou

Zrealizovat setkání s ohniskovou skupinou zaměstnanců domova pro osoby s Alzheimerovou chorobou bylo velmi složité z důvodu vysoké nemocnosti. Schůzku se podařilo realizovat až na třetí pokus.

Setkání se zúčastnilo celkem pět zaměstnanců. Sešli se čtyři zaměstnanci přímé péče a jeden sociální pracovník. Realizace výzkumu probíhala v letních měsících, bylo tedy potřeba brát v potaz to, že zaměstnanci budou čerpat dovolenou, a proto se nebudou moci zúčastnit.

Z celého setkání byl pro potřeby realizace výzkumu pořízen zvukový záznam. V bakalářské práci bude využit přepis nahrávky při zachování anonymity zúčastněných a také samotných seniorů v zařízení. Tento přepis bude vložen do příloh a označen jako příloha č.1.

Setkání proběhlo dne 22. července 2022 v prostoru sesterny. Během konstruktivního rozhovoru byla skupina několikrát vyrušena pípáním pageru, který je propojen s pokoji seniorů. Průběh komunikace mezi pracovníky byl aktivní a přínosný, neboť docházelo i na informace a poznatky z praxe, které zdánlivě nepatřily mezi zkoumanou problematiku. V době konání schůzky bylo extrémní teplo, a to vytvářelo obtížné podmínky na soustředění všech přítomných.

Samotný průběh setkání byl poklidný, všichni se představili. I tak bylo znát, že se přítomní cítí nekomfortně, a proto bylo třeba atmosféru uvolnit, a pokud to bude možné, všechny rozmluvit. Zúčastněným pracovníkům byly kladeny otázky vztahující se k tématu. Přestože se velmi dobře orientují v této oblasti a mají své zkušenosti, bylo znát, že se nechtějí příliš vyjadřovat. Situace nakonec vyústila do živé debaty, neboť Komunikace je pro ně vlastně nástroj k výkonu práce. Poznatky a informace byly zajímavé, podnětné a inspirativní. Vytvořil obraz a výstup tohoto setkání.

4.4.2 Realizace setkání ohniskové skupiny a analýza získaných dat

Bylo provedeno srovnání veškerých odpovědí získaných na setkání ohniskové skupiny. Nejčastější shody odpovědí vytvořily základ pro tvorbu dalších otázek k rozhovoru s aktivizační pracovníci.

Na úvod byl zmíněn způsob, jak samotní zaměstnanci komunikují s uživateli. Zaměstnanci uváděli, že nevyužívají žádné speciální metody pro komunikaci, ale převážně se seniory komunikují za pomoci gest, hlasité mluvy, udržováním očního kontaktu, volbou vhodných slov a pomalejším vyjadřováním. Velmi dobře se osvědčilo

ukazování názorných pomůcek při nejrůznějších činnostech. S úspěchem se využívají iniciační dotyky k navázání komunikace.

Z úvodu nám také vyplynula samotná první kategorie analýzy, která se zabývá průběhem komunikace.

Zaměstnanci sdělili v podstatě nejpřirozenější metody pro komunikaci, které jsou běžné při kontaktu s kýmkoli. Gestikulaci využíváme každý v podstatě denně. Jde o univerzální způsob, kterým lze komunikaci více zdůraznit, či se domluvit s kýmkoli. Udržování očního kontaktu je důležité v každé situaci. Jde o projev úcty k druhému, se kterým vedeme rozhovor. Hlasitá mluva, pomalejší intonace a vhodná slova jsou přirozeným jevem při kontaktu se staršími lidmi. Toto chování je běžné u každého člověka, který při komunikaci se seniorem začne automaticky mluvit jinak. Iniciační dotyky a vlastně všeobecně dotyky jsou projevem soucitu a zároveň upozornění druhého na to, že se něco bude dít. Z rozhovoru vyplynulo, že bude zajímavé, zda i aktivizační pracovníci jsou na tom obdobně nebo využívají i nějakých speciálních metod.

Dalším tématem tohoto pracovního setkání bylo téma nekomunikace. Sociální pracovníce se při šetření setkala s tím, že seniorka nechtěla vůbec komunikovat. Pouze pozdravila, a pak si jí nijak nevšímala. Nepomáhalo ani to, že jí syn ukázal její oblíbené obrázky. Díky tomu si i ostatní zúčastnění vzpomněli na své podobné zkušenosti. Přimo na oddělení měli totiž seniorku, která po příchodu do domova, s nimi vůbec nekomunikovala. Trvalo to nějakou dobu, než k nim našla důvěru. Další výrazná zkušenost z práce se seniory je ta, že mají na oddělení případy, kdy naopak senioři komunikují více se sociálními pracovníky než se svými blízkými. Vzniká silný dojem pracovníků domova, že senioři pohledem, výrazem obličeje, jako by chtěli a potřebovali svolení a ujištění o správnosti či vhodnosti situace, že tam jsou se svojí rodinou.

Druhou kategorií naší analýzy jsou tedy způsoby komunikace s nekomunikujícími.

Došlo v podstatě ke spontánnímu rozhovoru ze strany zaměstnanců. Překvapivě z povídání vyplynulo, že nastává situace, kdy sociální pracovník nemá možnost během šetření něco zjistit. Stejně tak nezřídka senior nově přijatý na oddělení se zcela uzavře do sebe a svého světa a nekomunikuje s okolím. Hlavní otázky pro rozhovor s aktivizační pracovníci jsou zaměřeny a směřovány na způsob a formu komunikace. Je Prvotní a zároveň nesmírně obtížné, aby zaměstnanci získali důvěru klientů, aby s nimi začali komunikovat, a jak dlouho asi trvá tato fáze po přijetí do domova. Mnoho rozhodují také pracovní zkušenosti a schopnosti aktivizačních pracovníků, jak a jestli je

využívají při komunikaci obrázky, stejně jako je při domácím šetření sociální pracovnice využíval syn seniorky.

Posledním tématem rozhovoru byla diskuse a rozbor přístupů pracovníků k seniorům s chorobou a bez choroby. Cílem je dosáhnout srovnání chování pracovníků k seniorům na pracovišti specializovaném na Alzheimerovu chorobu a na klienty bez této choroby. Uvedli, že v jejich domově jsou všichni senioři velmi přátelští, kontaktní a nezištní. Byť pořádně nekomunikují, dokážou své emoce vyjádřit po svém jinak. Zjištění rozdílů mezi domovy pro seniory a pro osoby s Alzheimerovou chorobou bylo překvapující. Hlavně tedy co se týká seniorů samotných. Pro další šetření je třeba se zaměřit na to, zda nějaké rozdíly pociťují i aktivizační pracovníci, či nikoli.

Poslední kategorie analýzy je tvořena rozdíly v komunikacích.

Pro rozhovor s aktivizační pracovníci vyplynuly následující otázky, které bude třeba zodpovědět pro ještě větší rozšíření tématu komunikace se seniory s Alzheimerem.

1. Využíváte speciální metody pro komunikaci se seniory?
2. Pociťujete někdy bariéry při komunikaci se seniory? Jak si případně získáte jejich důvěru?
3. Využíváte pro snazší komunikaci obrázky?
4. Jaké rozdíly při komunikaci se seniory v domově s Alzheimerovou chorobou a běžném domově pro seniory jste zaznamenali?

Stanovili jsme tři hlavní kategorie, analyzovali a popsali získaná data. Kategorie budou použity také pro rozbor dat získaných při rozhovoru s aktivizační pracovníci. Budeme zařazovat odpovědi získané od aktivizační pracovnice a zařadíme je podle kategorií: průběh komunikace, způsob komunikace s nekomunikujícími a rozdíly v komunikaci.

4.5 Individuální rozhovor s aktivizační pracovníci

Švaříček, Šed'ová (2007) definují rozhovor jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.

4.5.1 Průběh setkání s aktivizační pracovníci

Rozhovor s aktivizační pracovníci domova pro osoby s Alzheimerovou nemocí byl dohodnut s časovou rezervou a proběhl v pátek 31. března 2023. Schůzka s pracovníci se uskutečnila přímo v budově domova. Rozhovor trval zhruba půl hodiny a byl velmi vyčerpávající, přesvědčivý a plný poznatků.

Z celého setkání byl pro potřeby realizace výzkumu pořízen zvukový záznam. V bakalářské práci bude využit přepis nahrávky z důvodů zachování anonymity zúčastněné a také samotných seniorů v zařízení. Tento přepis bude vložen do příloh a označen jako příloha č. 2.

Rozhovor se uskutečnil v ergo místnosti, která je využívána převážně pro individuální aktivizaci seniorů s Alzheimerovou nemocí. Celé setkání bylo poměrně klidné a neobjevovaly se rušivé momenty. Chvillemi se ozýval jeden ze seniorů, který byl neslyšící. V průběhu jednání vstoupila do místnosti jedna z pracovnic domova a na chodbě před dveřmi hovořily mezi sebou pracovnice úklidu. Nešlo však o nic závažného a rušivého, co by nějak ovlivnilo celý průběh rozhovoru.

Aktivizační pracovnice byla velmi milá a velice otevřená. Na začátku setkání byla cítit prvotní nervozita z rozhovoru, která však v průběhu pominula. Tento den byla na oddělení přítomna jako jediná aktivizační pracovnice. Tím se dá částečně vysvětlit její počáteční nervozita, neboť zastávala povinnosti i za nepřítomné kolegyně. O to více byla její účast a vstřícnost na rozhovoru přínosná.

4.5.2 Realizace rozhovoru s aktivizační pracovnicí a rozbor získaných dat

Pro rozhovor s aktivizační pracovnicí byly připraveny otázky, které vyplynuly z poznatků získaných při setkání s ohniskovou skupinou. Rozbor využívá odpovědi, které rozšiřuje spektrum všech poznatků sdělených pracovníky přímé péče. Získané poznatky se třídí do kategorií využívaných při rozboru dat získaných z ohniskové skupiny. První kategorie je tedy průběh využívané komunikace, druhou kategorií je komunikace s nekomunikujícími a poslední kategorií jsou rozdíly při komunikacích. Rozbor rozhovoru je také sepsán pro snazší orientaci podle pořadí daných kategorií.

První otázka se týkala využívání speciálních metod pro komunikaci se seniory s Alzheimerovou nemocí. Aktivizační pracovnice hned jako první odpověď uvedla využívání prvků validace.

„Validace je metodou podle Naomi Feil, která pomáhá porozumět dezorientovaným klientům bez ohledu na to, kde se právě ve svém vnitřním světě nacházejí. Validace pomáhá odstraňovat pocit strachu u klienta, posiluje jeho sebehodnocení a umožňuje mu v klidu a důstojně prožít závěrečnou etapu života.“ (Alzheimercentrum pp s.r.o.)

K této otázce také uvedla, že je velmi důležité seniorům věci hodně opakovat, předměty spíše vkládat do rukou než jim vysvětlovat, o co se jedná. Je potřeba být pořád v klidu, nebyt' vznětlivý. Důležité je nevyvracet seniorům jejich tvrzení a spíše je

při tom nechat a hrát to s nimi. Na úvod aktivizace vždy také seniorům sděluje, co je za den, jaké je datum a roční období pro takové uvedení do reality.

Další otázka se týkala využívání obrázků či jiných pomůcek při komunikaci s nekomunikujícími. Aktivizační pracovnice sdělila, že využívají terapeutická zvířata a terapeutické panenky, podle zaměření daného seniora. Tyto pomůcky byly v místnosti, pro případnou demonstraci, kde probíhal rozhovor. Jedná se o plyšové hračky. Aktivizační pracovnice uvedla, že tyto pomůcky jsou velmi účinné. Na oddělení je umístěna paní, která má vlastní panenku a komunikuje právě hlavně s ní. Dalším významným krokem je většinou silná pozitivní reakce seniorů na psa v rámci canisterapie. Někteří mnohdy i se psem mluví, i když normálně nekomunikují. Do této oblasti spadá i část týkající se vkládání předmětů do rukou, kdy při činnosti namísto vysvětlování, dostávají senioři konkrétní předmět na osahání do ruky.

Třetí otázka se zabývala tématem bariér při komunikaci a jejich překonávání. Aktivizační pracovnice porozuměla otázce, podle svých zkušeností, a tak sdělila informace o potýkání se s bariérou ve formě osahávání seniorem, které je jí velmi nepříjemné. Současně však otevřeně objasnila, jak v tomto okamžiku reaguje a jakým způsobem zvládá řešení této nepříjemné situace, čímž pracovnice přešla i k tématu slovní komunikace. Popsala způsob, jak vysvětluje seniorovi, že takové věci dělat nesmí. Současně dodala, že se bohužel tyto situace opakují stále a stále dokola, protože senior na tyto výtky brzy zapomene. Mnohdy jde i kvůli tomu senior do agrese a pracovnice může využít domluvu, kdy stále klidným hlasem a tónem opakuje, že to nesmí dělat. Aktivizační pracovnice posléze pokračovala odpovědí na položenou otázku týkající se obsahu bakalářské práce, tj. komunikace se seniory, kteří v přítomnosti aktivizační pracovnice třeba nemluví. Uvedla tedy, že v takovýchto případech čeká u lůžka, udržuje oční kontakt, pozoruje, zda je seniorovi její přítomnost nepříjemná, anebo jen prostě nemůže či nechce komunikovat. Významným faktorem je neopominutelné duševní rozpoložení, v jakém se senior nachází. Jeden den může mlčet a mračit se a druhý den povídat o všem možném.

Poslední otázka se zabývala rozdíly v komunikaci se seniory s Alzheimerovou nemocí a s běžnými seniory, protože tato konkrétní aktivizační pracovnice měla zkušenosti i s prací v běžném domově pro seniory. Pracovnice uvedla, že v komunikaci jsou opravdu velké rozdíly. Senioři na běžném domově hodně a rádi vzpomínají a vzpomínky na sebe často navazují, jsou smysluplné a jsou tedy i na pokračování. Naproti tomu u osob s Alzheimerovou nemocí senioři vypráví právě v té určité chvíli,

ale nikdy se už k vyprávění nevrátí, protože si to již nepamatují. Je to hodně o krátkodobé paměti a vybavení si vzpomínek z minulosti je v podstatě jednorázové. Uvedla, že senioři na běžném domově si vás také pamatují a dávají vám zpětnou vazbu, ale v domově pro osoby s Alzheimerovou nemocí se tohoto bohužel nedočkáte. U seniorů s Alzheimerovou nemocí je dobré být hercem a v domově pro seniory je naopak třeba být reálným partnerem, protože mnohdy potřebují řešit ještě své běžné věci jako třeba nákupy.

Toto téma bylo zakončeno doplňující otázkou. Ta vyplynula při hovoru s aktivizační pracovnící a seniorky, která na aktivizaci dorazila i přesto, že měla nařízený klid na lůžku. Aktivizační pracovníce zodpověděla otázku týkající se toho, jakým způsobem této seniorce vysvětlila, že aktivizace formou masáže u ní ten daný den nemůže být provedena. Sdělila tedy, že to je celkem těžké, a že kdyby nevěděla od zdravotnického personálu domova, že paní má nařízený klid na lůžku, aktivizaci by u ní provedla. Vzhledem k tomu, že to věděla, snažila se opakovaně vysvětlovat, že má nařízený klid na lůžku, a proto jí ten den tedy masírovat nemůže. Dala jí masírovací pomůcku do rukou, aby nezvedala nohy a ruce, ale i přesto se paní cítila dotčená, že jí aktivizační pracovníce masírovat nechce. Jiný způsob, než neustálé opakování není a jinak se tomu nedá vyhnout, neboť si paní nepamatuje, že jí lékař nařídil klidový režim. O tomhle ta nemoc je a je třeba být hlavně klidný, nechovat se k těmto lidem hrubě, aby se pak oni nezačali chovat hrubě k nám.

Aktivizační pracovníce uvedla také některé informace, které nebyly odpověďmi na položené dotazy. Přinesly však podstatné poznatky, jež s tématem souvisí. Uvedla, že důležitá je také komunikace mezi personálem a bez té by to mnohdy nešlo. Také je důležitá komunikace s rodinami seniorů a jejich přístup k seniorům. Neméně důležité je, aby rodina hrála role, které jí senior přiřadí, namísto toho, aby seniorovi jeho tvrzení rodina vyvracela a trvala na skutečnosti.

Rozhovor byl velmi obsáhlý a přínosný pro získání mnoha dalších poznatků, které pomohou zodpovědět výzkumné otázky.

5 Diskuse a závěry výzkumu

Pro práci jsme zvolili kvalitativní výzkum formou ohniskové skupiny a individuálního rozhovoru. S ohniskovou skupinou jsme získali prvotní informace k tématu komunikace. Po analýze dat získaných šetřením s ohniskovou skupinou nám vyplynuly čtyři otázky, které jsme využili při rozhovoru s aktivizační pracovnící.

Z odpovědí zaměstnanců jsme dostali potřebné množství dat k dokončení výzkumu. Porovnáním odpovědí všech zaměstnanců, jsme získali veškeré potřebné informace k jednotlivým výzkumným otázkám.

Pro náš výzkum byly stanoveny tři výzkumné otázky a označeny postupně jako V₁, která je hlavní výzkumnou otázkou. Označení V₂ až V₃ je pro vedlejší výzkumné otázky. S pomocí těchto dat jsme mohli sepsat veškeré relevantní odpovědi, které se k těmto výzkumným otázkám vztahovaly.

V₁: Jakým způsobem probíhá komunikace pracovníků se seniory s Alzheimerovou nemocí?

Šetřením jsme se dozvěděli, že pracovníci hojně využívají pomalé, klidné mluvy. Často seniorům slova opakují a ukazují konkrétní věci. Důležitá je také vhodná volba slov a používání krátkých jednoduchých vět, doporučuje se nepoužívat dlouhá souvětí. Dozvěděli jsme se, že je podstatné zachovávat klid, udržovat se seniorem oční kontakt, nebýt výbušný a nevyvracet seniorům jejich skutečnosti. Neméně důležité je také vyvarovat se vulgarismům a jakýmkoliv sporům, neboť to může vyústit v agresivitu seniorů. Je podstatné s nimi spolupracovat. V případě, že senior nekomunikuje, je třeba vyzorovat, zda jsme seniorům sympatičtí, či jim naše přítomnost vadí. Také jestli na základě toho s námi komunikovat nechce nebo nemůže. Domníváme se, že v určitých případech je těžké vyhnout se sporům, neboť i pracovníci jsou pouze lidé. Vyhnout se možným konfliktům lze dobrou odbornou přípravou např. formou různých školení, kde by se dále vzdělávali ve věcech týkajících se způsobů komunikace a předcházení nepříjemným situacím. Domníváme se, že tato práce je pro pracovníky velmi psychicky náročná, proto by měli myslet i na sebe a využívat prvků psychohygieny a nenosit se práci domů. Je důležité, aby předešli syndromu vyhoření, který by mohl u zaměstnanců při hromadění stresových podnětů nastat. Pro snazší navázání odpovídající komunikace se seniorem s demencí lze využívat prvků bazální stimulace. Za pomoci prostředků bazální stimulace jde u agresivních seniorů navodit klid a dochází k aktivování činností mozku, které napomáhají k lepšímu vnímání a komunikaci. Bazální stimulaci zahajujeme iniciálním dotykem, o kterém se samotní pracovníci při ohniskové skupině zmínili, ale dále jej nerozvedli. Můžeme tedy předpokládat, že bazální stimulaci zaměstnanci nejspíše, alespoň z části, využívají. Pro navázání kontaktu s nekomunikujícími seniory bychom pracovníkům také doporučili využívat prvků preterapie. Preterapie umožňuje navázat kontakt s klientem za pomoci

pozorování, reflektování a zrcadlení. Zrcadlením pracovník napodobuje seniora, a tak mu umožňuje vnímat sám sebe a emoce.

V₂: Jaké metody usnadňující komunikaci se seniorem s demencí jsou využívány profesionálními pečovateli?

K této otázce jsme se při šetření dozvěděli, že speciální metody zaměstnanci tohoto domova příliš nevyužívají. Pracovníci přímé péče účastníci se ohniskové skupiny, uváděli, že než speciální metody využívají a dávají přednost běžným způsobům komunikace, jako jsou například názorné ukázky konkrétních předmětů při činnostech či využívání gest a mimiky. Rozhovorem s aktivizační pracovníci jsme zjistili, že v jejich případě se využívá z metod pro komunikaci hlavně prvků validace. Dále také využívají canisterapii, terapeutická zvířata a panenky. Pro vysvětlování aktivizačních činností volí spíše vložení předmětů seniorům do rukou než složité popisování postupů. Domníváme se, že používání pouhých gest a mimiky je nedostačující. Myslíme si, že využívat prvky validace by měli také pracovníci přímé péče, neboť je to jedna z nejvyužívanějších technik pro komunikaci se seniory s neurokognitivními poruchami. U využívání konkrétních předmětů se domníváme, že je vhodnou volbou pro komunikaci, když nám senior nerozumí a nechápe, co se bude dít. Navíc je ukazování konkrétních předmětů jednou z technik alternativních komunikací. Řadíme to do low-tech pomůcek. Jde tedy o netechnické pomůcky, pro které není potřeba žádných elektronických zařízení.

V₃: Jaké jsou rozdíly v komunikaci se seniorem s demencí a se seniorem bez zdravotního postižení probíhající v pobytových zařízeních?

Rozborem dat získaných z obou šetření bylo zjištěno, že v komunikaci se seniory s Alzheimerovou nemocí a se seniory, kteří se s touto nemocí nepotýkají, jsou poměrně velké rozdíly. Od zaměstnanců jsme se při šetření dozvěděli, že komunikace se seniorem v běžném domově je mnohdy i na pokračování, neboť si pamatuje, že nějaká debata byla. Také lze očekávat zpětnou vazbu, ať už pozitivní, či negativní. Seniorovi bez diagnózy je důležité být vždy oporou a partnerem při řešení různých věcí. U seniorů s Alzheimerovou nemocí, je důležité naslouchat jeho vzpomínkám, nevyvracet mu skutečnosti a neočekávat, že další den bude vědět, že tato konverzace proběhla. Také nelze očekávat zpětnou vazbu. Důležitá je hlavně komunikace ze strany pracovníka, zachování klidné mysli a trpělivost. Myslíme si, že zaměstnanci shrnuli rozdíly v komunikacích dostatečně, bohužel jsou to prvky, které nijak neovlivníme. Pokud je již senior ve fázi probíhající neurokognitivní poruchy, nezbývá nám než se pouze smířit se

situaci a přistoupit na případné role, které nám senior přiřadí. Také musíme brát v potaz, že nemůžeme klást složité otázky a očekávat interakce. Domníváme se, že by bylo možné využívat pro komunikaci se seniory reminiscenční terapii, a pracovat tak se vzpomínkami seniorů. Za pomoci této terapie by docházelo ke zlepšení nálady a stavu seniora.

Výzkum probíhal ve velmi poklidné atmosféře. Oba rozhovory nám pomohla realizovat samotná sociální pracovnice, která informovala zaměstnance domova pro seniory o příchodu autorky na oddělení. Také dohodla veškeré termíny, které nám umožnily setkání. Při obou setkáních jsme se zabývali tématy spojenými s komunikací se seniory s neurokognitivní poruchou. Pracovníci zúčastnění na ohniskové skupině poskytli informace, které nám posloužily pro přípravu dalších otázek pro individuální rozhovor s aktivizační pracovnicí. Dozvěděli jsme se, jak vypadá komunikace z jejich pozice a co přesně při komunikaci dělají. Z jejich pozice nedochází k využívání žádných speciálních metod a odkázali právě na aktivizační pracovnici jejich oddělení. Ta nám rozšířila spektrum získaných odpovědí, které nám posloužily k představě toho, jak takový rozhovor s osobou v těžké fázi demence probíhá. Rozhovor s osobou s Alzheimerovou nemocí by měl být velmi pomalý a měl by obsahovat vhodně zvolená slova a krátké věty.

Umožnilo nám to také zjistit, zda jsou v běžné praxi zaměstnanců využívány speciální metody pro komunikaci. Zjistili jsme, že speciální metody komunikace zaměstnanci využívají spíše méně často. Spoléhají mnohem více na svoji intuici a využívají běžné způsoby komunikace. Jsou ovšem mezi nimi i jedinci, kteří využívají aktivně prvků validace. Aktivizační pracovnice užívají prvky alternativních komunikací v podobě terapeutických panenek a zvířat, které mnohdy usnadňují komunikaci se seniory s těžkou demencí.

V této části také diskutujeme úskalí, se kterými jsme se setkali při realizaci všech šetření. Úskalím, se kterým se autorka setkala při realizaci setkání s ohniskovou skupinou byla stále se prodlužující doba k uskutečnění setkání. Tato doba byla dvakrát narušena nemocemi a až na třetí pokus se realizace setkání podařila. Za problém lze také považovat počáteční nervozitu přítomnou při obou setkáních. Pracovníci byli na začátku rozhovorů nesví, byť dopředu věděli, že se náš rozhovor bude dotýkat tématu komunikace se seniory na jejich oddělení. Nakonec však všichni zúčastnění byli velmi vstřícní a otevření dotazům potřebným k dokončení šetření. Úskalí nastalo také na začátku a v závěrech obou setkání, kdy autorka pocítila vnitřní nejistoty. Nevěděla, jak

vhodně otevřít a poté i zakončit, zda se ještě na něco ptát nebo vše pouze s poděkováním celé uzavřít. Poslední problém nastal při prepisech obou rozhovorů, kdy z nahrávek nebyly patrné a zřetelné některé odpovědi a šlo těžko správně interpretovat některá slova. Bylo nutné nahrávku poslouchat opakovaně a vracet se k některým pasážím.

Výzkumem jsme zjistili základní znalosti v komunikaci osob pečujících o seniory s Alzheimerovou nemocí. Získaná data nám umožnila vžít se do role těchto pracovníků a zjistit, s čím se ve své praxi potýkají. Umožnilo nám to nahlédnout na oddělení a na základě toho jsme mohli zodpovědět výzkumné otázky, které jsme si pro naši praktickou část stanovili. Celý výzkum nám také odhalil slabiny pracovníků, které se týkaly využívání speciálních metod v praxi. Autorka doporučuje na základě výzkumu pro zkvalitnění jejich práce vzdělávání a důsledné seznámení se s metodami pro komunikaci se seniory. Například validace je vhodná pro porozumění klientům, bez ohledu na to, ve kterém vnitřním světě zrovna jsou. Je na uvážení, zda zaměstnanci pouze neznají název této metody a v praxi ji přitom běžně aplikují nebo tuto techniku opravdu neznají. Pracovníci odhalili také své slabiny v komunikaci se seniory nekomunikujícími. Pro usnadnění komunikace s těmito seniory by bylo vhodné zkusit zavedení metod alternativní komunikace, a to konkrétně za pomoci obrázků. Senior, kterému nejde mluvit, by ukázal pomocí kartičky, co v dané chvíli požaduje, a to by mohlo ulehčit práci i pracovnícům. Ta by potom mohla snadno a rychle poznat, jaký a jestli je problém. Současně by tímto způsobem bylo možné předejít případné agresi ze strany seniora a vyhnout se konfliktu, který by mohl být způsoben nepochopením požadavku.

Závěr

V bakalářské práci jsme se zabývali tématem Komunikace s osobami s neurokognitivními poruchami. Práce se skládá ze dvou částí teoretické a praktické.

V teoretické části jsou uvedeny veškeré definice neurokognitivních poruch, vymezena specifika osob s demencí. V této části byly také demence rozděleny a upřesněny jednotlivé fáze těchto poruch. Uvedeny jsou také veškeré druhy existujících demencí a nejtýpější z nich. V této části nás zajímala péče o osoby trpící demencí a komunikace s těmito osobami. Upřesněno je také pojetí samotné komunikace se seniory. Její zvláštnosti v komunikaci, specifika komunikace se seniory a se seniory s demencí, chyby v komunikaci a vzhled komunikace v jednotlivých fázích demence.

V praktické části bylo za pomoci metod kvalitativního výzkumu realizováno šetření s pracovníky domova se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou nemocí. S pracovníky přímé péče a sociální pracovníci byla realizována ohnisková skupina, kde byly zjištěny informace na téma komunikace, způsob komunikace z pozice zaměstnanců a pojetí komunikací z jejich pohledů. Tyto informace sloužily jako zdroj pro další otázky k individuálnímu rozhovoru s aktivizační pracovníci, která nám ještě blíže nastínila téma komunikace. Veškerá získaná data z ohniskové skupiny a rozhovoru s aktivizační pracovníci byla zanalyzována a byly z nich použity veškeré odpovědi potřebné k dosažení našeho cíle práce. Cílem práce bylo zjištění způsobů a metod komunikací pracovníků v pobytovém zařízení pro seniory s Alzheimerovou nemocí.

Díky tomu, jak byli pracovníci otevření všem výzkumům a rozhovorům, jsme získali mnoho odpovědí potřebných k dosažení našeho vytčeného cíle.

V závěru práce bychom chtěli všem zúčastněným pracovníkům poděkovat, že k výzkumu přistoupili ochotně, upřímně a otevřeně zodpověděli všechny potřebné dotazy. Poděkování směřuje také sociální pracovníci, která veškeré rozhovory potřebné pro výzkum dohodla a pomohla je realizovat.

Na tuto práci by mohlo být v budoucnu ještě dále navázáno, a to případným rozšířením o poznatky ke komunikaci zaměstnanců z dalších zařízení zaměřených na péči o osoby s Alzheimerovou nemocí. Navazující šetření by bylo možné realizovat za pomoci dotazníku a využitím kvantitativního výzkumu v co největším množství zařízení zaměřených na péči o osoby s Alzheimerovou nemocí.

Seznam bibliografických zdrojů

EHRENFREUCHTER, C. a kolektiv, 2014, *Když se paměť vytrácí: život s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence z pohledu pacientů i pečujících.*, překlad Emílie HARANTOVÁ a Pavel DANKO., 1. vydání, Praha: Tarsago Česká republika Reader's Digest, 256 s. ISBN 978-80-7406-248-3.

FERTALOVÁ, T., I., ONDRIOVÁ, 2020, *Demence nefarmakologické aktivizační postupy*, 1. vydání, Praha, Grada, 458 s. ISBN 978-80-271-1462-7.

HAUKE, M. a kolektiv., 2017, *Když do života vstoupí demence, aneb praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*, 1. vydání, Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 308 s. ISBN 978-80-906320-7-3.

JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ, C. BORZOVÁ a kol., 2009, *Demence a jiné poruchy paměti.*, 1. vydání, Praha, Grada, 165 s. ISBN 978-80-247-6629-4.

KUČEROVÁ, H., 2006, *Demence v kazuistikách*, 1. vydání, Praha, Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-6518-1.

KÖNIG, J., C. ZEMLIN, 2020, *100 chyb při péči o lidi s demencí*, 2. vydání, přeložila Lucie SIMONOVÁ, Praha, Portál, 119 s. ISBN 978-80-262-1706-0.

PIDRMAN, V., 2007, *Demence.*, 1. vydání, Praha, Grada, 184 s. ISBN 978-80-247-6672-0.

RABOCH, J. a kolektiv, 2015, *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch.*, 1. vydání, Praha: Hogrefe-Testcentrum, 1032 s. ISBN 978-80-86471-52-5.

ŠPATENKOVÁ, N., J. KRÁLOVÁ, 2009, *Základní otázky komunikace, Komunikace (nejen) pro sestry*, 1. vydání, Praha 5, Galén, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠVAŘÍČEK, R., K., ŠEĐOVÁ, 2007, *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, 1. vydání, Praha, Portál, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0 Dostupné také z:

<https://www.bookport.cz/e-kniha/kvalitativni-vyzkum-v-pedagogickych-vedach-1285296/>

ZVĚŘOVÁ, M., 2017, *Alzheimerova demence.*, 1. vydání, Praha, Grada, 108 s. ISBN 978-80-271-0561-8.

Seznam internetových zdrojů

Alzheimercentrum pp s.r.o., *Validace*, [online], publikováno 2019, [cit. 2023-04-05]

Dostupné z: <https://www.alzheimercentrum.cz/index.php?p=validace>

MKN-10, 2022, *Demence F00-F03*, [online], platná verze od 01.01.2022, [cit.2022-08-15]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00>

MKN-11, 2023, *Dementia 6D80 – 6D8Z*, [online], poslední aktualizace 27.02.2023, [cit. 2023-03-01]. Dostupné z: [https://icd.who.int/dev11/l-](https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/546689346)

[m/en#/http://id.who.int/icd/entity/546689346](https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/546689346)

Seznam použitých zkratk

Aj.	A jiné
AP	aktivizační pracovnice
Atd.	a další
Cit.	citace
CMP	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervová souprava
Č.	číslo
DPS	domy s pečovatelskou službou
DSM-V	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
Ergo místnost	Ergoterapeutická místnost
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
MKN-11	Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize
NS	Nervová soustava
Sb.	Sbírka
Tzv.	Takzvaně

Seznam příloh

Příloha č. 1- přepis rozhovoru s ohniskovou skupinou

Příloha č. 2- přepis rozhovoru s aktivizační pracovnicí

Příloha č. 3- Informovaný souhlas s rozhovorem

Příloha č. 4- Informovaný souhlas s účastí v ohniskové skupině

Přílohy

5.1 Příloha č. 1 - ohnisková skupina

Psaná verze nahrávky ze setkání s ohniskovou skupinou. Pro přepis nahrávky byl zvolen doslovný způsob převodu na text pro větší autentičnost. Diskuse se zúčastnilo pět pracovníků, z toho jedna sociální pracovníce a čtyři pracovníci přímé péče, kteří budou v této psané verzi označeny čísly 1 až 4.

Moderátor (autorka práce): „Vaším tématem je komunikace se seniory s neurokognitivní poruchou. Záleží na Vás, co mi budete k tématu chtít povědět o té komunikaci tady u Vás na oddělení. Jak prostě každý den komunikujete právě Vy se svými uživateli a podobně. Jestli používáte nějaké speciální metody nebo prostě jen jak to cítíte. Můžete tedy začít mluvit.“

Po mém úvodu vyzvali jednoho z pracovníků, aby začal. Bude tedy označen jako Pracovník 1.

Pracovník 1: „Tak já třeba hodně používám gestiku. Jo, hodně lidí je tady v takovém stádiu, že ta komunikace už není taková, jak by měla být. Takže já třeba gestikou, když je zdravím, tak hodně ruku vysoko nahoru a oni na to reagují. Nebo, když třeba ukončuji nějakou činnost, tak ukazuji, jakože konec nebo tak třeba. Potom vlastně záleží, s kým konkrétně komunikuji. Já k tomu přistupuji víceméně individuálně. Máme tady třeba pána, který byl sportovec, takže podle toho s ním komunikuji. Co byste dodali vy ostatní?“

V ten moment zavládla chvíle ticha.

Moderátor: „Pocitujete rozdíly, když komunikuje ten senior se svojí rodinou, a když komunikuje s Vámi? Jestli třeba, když to zahlídnete, jestli s nimi mluví nebo třeba vůbec.“

Pracovníci současně: „Je to, tak nastejno.“

Moderátor: „Všechno na jedné úrovni?“

Pracovník 2: „Možná jen jedna uživatelka víc komunikuje s rodinou, ta víc reaguje na vnučky.“

Moderátor: „Takže tam víc pocítujete, že víc reaguje, když přijde rodina než na Vás... Co vy ostatní, jak komunikujete s nimi vy?“

Pracovník 3: „Přistoupíme, aby nás viděli. Nahlas jako by, navážeme ten oční kontakt, aby prostě věděli, že začne nějaká ta komunikace a srozumitelně a klidně hlavně. Žádný prostě rychle. Pomalu, pomalu.“

Do rozhovoru vstoupil Pracovník 4.

Pracovník 4: „Potřebují čas.“

Pracovník 3: „Třeba dvakrát zopakovat, třikrát, než vidíme, že...“

Moderátor: „A setkali jste se i někdy s komunikačními problémy? Že opravdu, třeba vůbec na Vás nikdo nereagoval, i když jste se snažili prostě upozornovat na sebe nějakým způsobem, a že třeba Vás fakt vůbec nevnímali, že tam jste?“

Pracovník 1 a 3: „Nestalo“.

Sociální pracovnice: „To se mi stalo teďka. Jsem byla na šetření a paní byla teda doma a jenom reagovala na pozdrav. Já jsem ji pozdravila, ona se na mě usmála, a potom se prostě zavřela. Sedla si ke stolu a vůbec nekomunikovala. Ale to říkal i syn, že měla zrovna nedobry den. Že to bylo i asi reakce na mě. Protože, že nemá ráda ženy. Protože se cítí jakoby v ohrožení. Ona teda už manžela nemá, ale že to cítila jakoby ohrožení její osoby. A že tak teda ta reakce její byla i na její vlastní dceru. Na ni taky takhle reaguje, jakože na ženu. Ona už si asi ani moc neuvědomuje, že to je dcera a vůbec, vůbec nekomunikovala, nic. Snažila jsem se, syn jí ukazoval nějaká zvířátka, měli nějakou srnečku. Na to, vždycky jako by slyšela, ale teď vůbec. Zavřela se do sebe a pak jsem já něco probrala se synem, odešli jsme a bylo to bez komunikace. Komunikace absolutně vůbec.“

Pracovník 3: „To mi připomnělo, když přišla jedna paní uživatelka. Ta, když přišla, tak byla taky taková zamlklá, zamračená, ruky v kapsách. Vůbec se s námi nebavila. Chodil za ní syn se sestrou, vlastně děti její. S nimi mluvila a seděla na pokoji, četla slabikář a český jazyk a až postupem času si na nás zvykla a začala na nás reagovat. Byla pořád taková zamračená.“

Pracovník 1: „A potom vlastně už byla doslova super. Je taková veselá, komunikativní.“

Pracovník 2: „Je to taky o tom zvyku. Než si uživatel zvykne na nás a prostředí.“

Pracovník 3: „Máme tady uživatelku, která reaguje líp třeba na nás než na svou dceru.“

Moderátor: „A mohla byste to více rozvést? Čím to třeba může být?“

Pracovník 3: „Netuším, má dvě dcery a více reaguje lépe na mladší dceru než na tu starší. Že na ni třeba říká, ať už jde, že nechce jít s ní. My musíme jít vyvést ji a půjdete na procházku, tak ona se nás chytne, jako nenápadně, abychom šli spolu. Možná, že je na nás už víc zvyklá, že je s námi už víc v kontaktu.“

Pracovník 2: „Nás vidí častěji. Ty rodiny přicházejí, odcházejí. To si myslím, že tady přicházejí celkem hodně na návštěvu.“

Pracovník 3: „Za ní chodí pravidelně, ale postupem času, možná i jak to postupuje celkově všechno, jedno s druhým. Takže už víc reaguje líp na nás než třeba na ni no. Že je na ni taková.“

Pracovník 2: „Máme to tu tak i s jedním pánem. Přišla za ním manželka a chtěla ho držet za ruku. On se po mně díval, jestli může nebo ne.“

Pracovník 3: „Teďka se to tady stalo i s lékama. Byly tady kočeny ze zdravotky na praxi a chtěly dát jednomu pánovi prášky a on se podíval, jestli si to může od ní vzít, když jsem teda kývla, že ano, tak otevřel pusou... Reagují i hodně na hlasy. Poznají nás podle hlasu.“

Pracovník 2: „Ta intonace toho hlasu, kdo má třeba ten hlas nějaký vysoký, jim nepříjemné, tak jsou třeba i agresivní. Takže pak tam musí přijít nějaké to zklidnění. Někdo, na koho reagují dobře.“

Moderátor: „A když jsem teď slyšela, že u paní při šetření využívali speciální kartičky a takové. Využíváte taky něco takového tady při komunikaci? Jestli také nějaké máte.“

Pracovník 3: „To spíš mají aktivizační pracovnice.“

Nastala chvíle, kdy se všichni přítomní začali bavit mezi sebou a hledali aktivizační pracovníci. Bylo by přínosem, kdyby též přispěla svými zkušenostmi k tématu. Nepodařilo se námi ji najít, a tak jsme pokračovali ve stejném složení.

Pracovník 3: „Oni to mají zase trošku jinak.“

Moderátor: „Takže spíše na aktivizaci využívají ty obrázky a podobně.“

Pracovník 2: „No to my nemáme, že bychom to u sebe nosili v kapsičkách.“

Moderátor: „Ještě někdo máte něco k té komunikaci, co byste mi k tomu ještě sdělili? Přece jen o tomto tématu mluvilo jen pár z Vás, tak kdyby chtěla ještě někdo něco sdělit.“

Pracovník 4: „Já jsem tady čtrnáct dní i s botama, takže já spíš jen poslouchám“

Pracovník 1: „Já bych doplnil, když jste zmínila teda ty obrázky, tak já třeba když chci dělat nějakou činnost, tak většinou dejme tomu: výměna inkontinenční pomůcky, tak některým ukážu tu pomůcku, že budu vyměňovat a taky na to celkem dobře reagují.“

Moderátor: „Takže hned jako pochopí?“

Pracovník 1: „Jo.“

Pracovník 2: „Já taky hodně používám ruky, nohy.“

Pracovník 1: „Ta gestika dělá hodně no.“

Moderátor: „To je takový základ no.“

Pracovník 2: „Hodně se dívají na obličej, na vás, jak se tváříte. Jsou hodně přátelští tady. Oni velmi rádi chodí za ruku a hodně mají rádi dotyky.“

Moderátor: „To je pro ně taky kontakt a způsob komunikace v podstatě.“

Pracovník 2: „Oni jsou hodně kontaktní. Když ukážeme na ně ruku, tak oni hned vědí, že někam půjdeme.“

Moderátor: „Přemýšlím, co ještě byste mi mohli povědět. Přijde mi, že jste mi toho řekli již mnoho, ale zároveň nevím, jestli je toho dostatek. Nutit Vás však samozřejmě mluvit nebudu. Pokud už nemáte nic dalšího, co říct. Třeba jestli jste se již dříve setkali, někde i jinde třeba se seniory v rámci komunikace.“

Pracovník 2: „Verbální a neverbální komunikace tam hodně byla. Hodně záleželo, jestli ten člověk byl komunikující nebo nekomunikující. To pak byli využívány iniciální doteky, když jste k němu přistoupila, dala ruku na rameno. To děláme i tady.“

Pracovník 3: „To je tak víceméně všude. Určitě.“

Pracovník 1: „Ale tak třeba byl tady i pán, který vlastně nereagoval na všechny úplně pozitivně. Třeba měla probíhat koupel, šly za ním holky a on, že s nimi nepůjde. Tak zavolaly vždycky mě a hned on pojď za mnou, ony mě chtějí něco to. Se mnou to pak vždy šlo.“

Pracovník 2: „U jedné pracovnice mu vadil jen její hlas a nechtěl s ní být. Oni hodně reagují na ty hlasy. To pak prostě vidíte.“

Moderátor: „Jak se jim pak přičí být s tím člověkem?“

Pracovník 2: „No, a ještě pak i na jednu sestřičku, takhle reagovali.“

Pracovník 1: „On měl užší okruh prostě těch lidí, které on bral.“

Moderátor: „Se kterýma opravdu chtěl komunikovat a být s nimi?“

Pracovník 1: „Přesně tak.“

Moderátor: „Tak jestli už nic nemáte, tak bych to teda ukončila.“

Pracovník 2: „Hlavně si připište, že jsou přátelští. Fakt strašně moc.“

Moderátor: „To já i vím, jsem tady byla jeden den v rámci praxe na aktivizaci.“

Pracovník 1: „Když srovnám prostě domov pro seniory a Alzheimery, tak ti Alzheimeri jsou daleko pozitivnější a mnohem víc komunikují než senioři v domově.“

Moderátor: „Jo, takže i v tomhle vidíte rozdíly, jo?“

Pracovník 1: „Jo, je v tom velký rozdíl.“

Moderátor: „Oni, jakože komunikují víc než na běžném domově?“

Pracovník 3: „No, ani ne spíše prostě víc reagují. To pozitivní dokážou víc projevit. Když to řeknu blbě, senior Vás dokáže využívat, ale prostě oni tady ne.“

Pracovník 1: „Oni jsou neskutečně vděční.“

Pracovník 3: „Jsou fakt hrozně moc milí.“

Sociální pracovnice: „Oni to nedokážou říct, ale člověk to prostě vidí.“

Pracovník 3: „To, jak se prostě tváří, ta reakce je prostě taková.“

Moderátor: „Prostě na něm vidíte, že je spokojen.“

Pracovník 3: „Oni se usmívají, ráno vás pozdraví ahoj a nemají takovou tu jak klasický senior prostě dobrý den. Oni jsou takoví nezištní.“

Pracovník 1: „Nebo kolikrát přijdete ráno a někteří, co jsou už vzhůru, tak se zaradují.“

Pracovník 3: „Nebo se ptají, kde jsme tak dlouho.“

Pracovník 1: „To mně jedna paní řekla, že jsem tu dlouho nebyl, tak jsem jí odpovídal, že jsem měl dovolenou.“

Pracovník 3: „Nebo mě ještě napadlo, že když jdeme tak na nás začnou dělat takové jen zvuky a z toho prostě už poznáte, že chce složit deku na půl a chce přikrýt.“

Moderátor: „Takže Vy už máte prostě takové zvyky tady, to už ani nepotřebujete komunikovat verbálně, ale máte už to prostě nějakým způsobem naučené.“

Pracovník 3: „Jo, to už prostě víte, co člověk chce.“

Moderátor: „Já Vám tedy děkuji za účast, myslím, že nakonec toho je dost. Když budete mít zájem, můžu Vám, pak poskytnout to, co z toho vznikne.“

5.2 Příloha č. 2 - rozhovor s aktivizační pracovnící

Psaná verze nahrávky ze setkání s aktivizační pracovnící. Pro přepis nahrávky byl zvolen doslovný způsob převodu na text pro větší autentičnost. Aktivizační pracovnice je pro přepis označováno zkratkou AP.

Moderátor (autorka práce): „Takže tady vlastně mám pár otázek k té komunikaci. První otázka by byla, jestli využíváte nějaké speciální metody pro komunikaci vlastně se seniory tady?“

Aktivizační pracovnice (dále jen AP): „No tady určitě, protože tady se pracuje s tou Alzheimerovou chorobou, takže tady se musí používat speciální metody. Hlavně prvky validace. Prvky validace jsou tady samozřejmě odstupňovaný ty validace. Validace mají 4 fáze, takže se tady validuje, i s jak se říká úplně komunikujícími a s plně mobilními, ale tím že už mají tu diagnózu, tak vlastně už je to forma validace, protože je to takový to nevyvracení těch skutečností. Když jim vyvracíte skutečnosti, tak oni jdou do agrese mnohdy fakt. Nesmíte si tady v tomhle brát nikdy nic osobně, takže ten člověk musí být hodně empatický, nesmí být vznětlivý. Když už se chce vyventilovat, tak určitě ne před lidmi v kolektivu. Proto já bych řekla, že my jsme tady skvělý kolektiv, že se tady navzájem podržíme, a jak říkají děvčata, že hromadu věcí děláme my aktivizační, tak oni taky aktivizují. Protože tady bych řekla, že i jako vlastně obslužná péče prostě musí aktivizovat, protože my zde nejsme vlastně 24 hodin. Takže jako je toho hodně, třeba dneska jsem tady sama, takže jako fakt jako v té jejich součinnosti je to hodně důležitý. Takže takový to naslouchání, nevyvracení skutečnosti. Prostě hlavně klidný přístup, nespěchat na ně, to je taky velice důležitý.“

Moderátor: „Takže v podstatě vlastně hrajete jakoby s nimi, když mají prostě představu, že jsou někde, tak opravdu je v tom spíš necháváte.“

AP: „Určitě, určitě si s nimi popovídat, někteří mají ještě zbytky těch vzpomínek z mládí, ze školy, ze zaměstnání, tak prostě nechat je mluvit. To je takový to důležitý, jako neopravovat je, nevyvracet jim takový to, že to není pravda. Třeba tady paní mně vykládala zrovna včera, že by bratr zrovna teď oslavil 37. narozeniny. Paní má skoro 90, tak jako nebudu jí říkat, že je to nesmysl. Tak jsem ji vyslechla, protože ona byla taková plačtivá, že on zemřel tragicky, tak potřebovala o tom mluvit. Ale už je to jako takový to navození té klidné atmosféry. Oni si vás stejně pletou s někým z rodiny nebo s někým známým, kamarádem. Takže tady je to hodně takový, že se i třeba snaží tykat. My samozřejmě stále zachováváme tu fázi toho, že se všem vyká. Ale jsou tady takové

výjimky, u kterých máme zavedený a písemně ošetřený, že se jedné paní musí říkat vlastním jménem. Ona vůbec nereaguje na svoje příjmení, takže už jenom na oslovení vlastním jménem. Je to takový, že než jsem si na to zvykla, bylo to pro mě hodně specifický, ale když jsem viděla, že i rodina neřekne ahoj mami, ale řeknou jí jménem. Ona vůbec nepoznává, že jsou to děti. Je to hlavně tady ještě i o té spolupráci s tou rodinou velká. Rozhodně větší než třeba na různých jiných odděleních, protože ta rodina je z toho nešťastná a oni sami si s tím nevědí rady. Je to takový, oni už jsou z toho tak chudáci někteří nešťastní, pláčou tady nad maminkou, že je nepoznává. Tak musíte být ještě té rodině takovouto oporou, že jako prostě je to pořád ta jejich maminka, že je to ten jejich tatínek.“

Moderátor: „Bohužel to jinak nejde než...“

AP: „Třeba když s nimi tvoříme něco, tak je to hodně spíš o ukázkách, o vkládání materiálu do rukou, aby si to spíš osahali než vysvětlování, co to je. Někdo už ani není schopný. Mám tady skvělou paní, která vlastnila šicí salon, ale už není schopná ani vystříhnout kolečko. Když jí dáte něco na stříhání, ona stejně všechno rozstříhá. Ona už neví, ale jako poví vám všechno pomalu o účetnictví. Takže působí takovým jako dojmem... Je to hodně těžká práce, jako s ní. Někdy ona jde třeba až do té agrese. Protože si najednou uvědomí, že je tady, a že chce být doma. To je tady taky, lidi, co ještě komunikují, skoro vesměs všichni chtějí jít domů. Je to pro nás těžký, o to ještě je to těžší, protože víte, že tohle je uzavřený oddělení, aby prostě neutekli, takže je to fakt jako náročný tohle. Takový to vysvětlování, že prostě pán pořád chce jít domů, stále opakuje třeba jméno své manželky. Je to hodně o té trpělivosti. Samozřejmě proto ty lidi, co tady pracují, tak by se měli jako, jak se říká věnovat takové té samoočištění. Nebrat si to hlavně domů, nebrat si to osobně, protože i když vám fakt nadají, oni to za 5 minut neví. Já jsem třeba zrovna, když vám dám třeba příklad, včera jsem měla aktivitu. My jsme loupali klacíky. Tady tuhle vrbu, potom z těch klacíků budeme vytvářet takový věnec, a to tam některým lidem velmi šlo. My jsme jim to jako by předoloupali a oni to doloupali. Taková prostě jemná motorika, procvičování jemné motoriky. No, a pán měl návštěvu a přišla a ta místnost, jak jste viděla je veliká a já jsem říkala, ať jdou sem a oni že ne, že zůstanou s pánem tam. Sedli si tam do koutěčku, já jsem jim tam rozsvítila, udělala jsem jim místo u stolečku. Oni si tam povídali a říkali mu, že je to tady jako pěkný, že jako tady máme nějakou zábavu a chodíš sem? No a pán řekl té návštěvě, no ještě jsem tady nikdy nebyl, jakože na něj kašlou. Jako je to samozřejmě nesmysl a prostě si to nepamatoval. Nebudete zasahovat, protože jste

vyslechla, jak se říká nechtěně rozhovor, tak nebudete do toho vstupovat. Je to takový nebrat si to osobně, ne jako aby byla tady taková ta povaha, že vystartuje a řekne Ježíš Marja, jako pane několikrát jste tady byl. Jako už je to o tom přístupu té rodiny, že ta rodina by taky asi měla přistoupit na tu hru toho uživatele, aby ho prostě nechali při tom. Když jim vyvracíte, tak oni jsou spíš zmatenější ještě víc. Je to prostě už takový jako, no že jdou do té agrese, jak verbální, tak se třeba ohání. No pak je samozřejmě tady, ještě taková ta komunikace s těma, co už nekomunikují. Je to hodně náročný, já si je беру sem, aby nenarušovali. Protože tím, jak jsem říkala, že jdou do agrese, tak oni se dokážou i napadat. Tady třeba pán, kterého slyšíte, tak on se neslyší. On je neslyšící, a proto tak jako vydává ty zvuky, jenomže všichni ho napadají. Nechci ani jako citovat jak, takže musíte prostě trochu eliminovat. Já jsem tady dneska sama, ale normálně tady býváme třeba tři, a tak se snažíme fakt udělat minimálně dvě skupiny a ta třetí třeba chodí ještě po pokojích, anebo i do třetí skupiny. Jedna je v jídelně, jedna ve společenské místnosti a třetí je tady v ergo místnosti. Tady bývá hodně ta individuální skupina. Pouštím na gramofonu nějaký ty starý písničky a ukazují jim spíš jako nějakou tu ruční práci. Samozřejmě každý den musíte jim připomenout, co je za den. Takže já jim vždycky připomenu, máme středu jo, máme pátek jednatřicátého března, venku je tak a tak. Jako vždycky připomenout to roční období, takže když je to jaro, tak několikrát. Pořád opakovaně, opakování je tady u těch Alzheimerů hodně důležitý. Proto se snažíme skoro každý den cvičit no a třeba na ostatních odděleních cvičí jednou týdně, tak my tady cvičíme skoro denně. Jakože se snažíme vždycky, protože oni už neví.“

Moderátor: „A když teda fakt jsou ti, co teda opravdu vůbec nekomunikují, tak využíváte nějaký i třeba obrázky nebo...?“

AP: „Využíváme, jak terapeutická zvířátka, tak terapeutické panenky. Vkládáme jim ty předměty do těch rukou, oni na ty panenky a na ta zvířátka reagují, podle toho, jak je kdo zaměřený. Jsou tady dokonce paní, který mají svou vlastní panenku. A třeba jedna paní je tady taková, ona ještě jak kdyby komunikuje a říkám jak kdyby, protože to je slovní salát. Ona nedá dvě slova vedle sebe. Ona si jako zpívá takový jako nesmysly plý plý plá plá. Ale ona má tu panenku a ona prostě komunikuje s ní, jako oční kontakt s panenkou, všechno prostě panence. Jak třeba kolikrát nemá tu panenku, když je třeba jiná směna a stalo se to už, že nepřivezou paní s panenkou nebo se, nedej bože, panence třeba pere oblečeníčko nebo něco, tak je paní taková jako že nesvá. Je ten den napjatá. Poznáte to. Hodně krásně reagují lidi na psa na canisterapii, my se snažíme tady

minimálně jedenkrát měsíčně, když to vyjde, taky dvakrát do měsíce sem přichází pes a děláme, jak skupinovou canisterapii, tak chodíme se psem po pokojích a u všech, teda ne úplně všech, zkoušíme. Samozřejmě vyloženě kdybychom měli někde v záznamu, že odmítal psa nebo neměl rád, bál se zvířat, tak to dělat nebudeme, ještě může být někdo alergický, že tak to taky jako vynecháváme. Ale třeba zrovna tahle paní začne normálně komunikovat: pojď sem, ty seš hezký. Najednou to dává smysl a jenom s tím psem. Hladí ho, a to se vám chce brečet tady u takových okamžiků. To jsou takový ty světlé okamžiky a řeknu vám, že to je takový, že vás to zasáhne. Jako z ničeho nic, když vidíte, že ona prostě čtrnáct dnů nedá prostě dvě slova a najednou ježíš pojď sem, ty jsi hezký a jako vždycky si říkám, kde se to v ní bere.“

Moderátor: „Najednou si prostě fakt vzpomene na všechna ta slova.“

AP: „Je to prostě zvláštní, ale vždycky bych chtěla vědět, co se jim odehrává v té hlavě. On ještě ten Alzheimer je hodně specifický v tom, že vlastně jestli to byl Alzheimer, se pozná až po pitvě. Dneska samozřejmě máme plno těch speciálních testů, že takže už ti doktoři, a když jsou to velcí odborníci, tak už to jako poznají, že to tak je. Ale jsou právě tady ty, jak jsem říkala, ty fáze. Takový ty ještě ty kognitivní poruchy, který prostě si myslí, že sem nepatří, ale když mají v papírech napsaný, že mají Alzheimera od svého lékaře, tak prostě jsou tady umístěni.“

Moderátor: „Ale mají ten pocit, že ještě ne, ještě je brzo.“

AP: „Že je ještě brzo, ano to je ta fáze, že je ještě brzo. Chtěli by být doma, ale už si neuvědomují to, že už se o sebe nepostarají. Jako je tady z 90 % ta inkontinence, že nebo že už to prostě nejde být doma.“

Moderátor: „Jako že by tam musel opravdu ten člen té rodiny být 24 hodin.“

AP: „Přesně jsou někteří, kteří jsou toho schopni, ale jak říkáte málokdy.“

Moderátor: „Je to náročný i pro tu rodinu, takže tady toto je lepší řešení.“

AP: „No, přesně, já právě jsem vděčná těm rodinám, když sem často chodí a berou si je na procházky anebo fakt s nimi tady posedávají. To si vždycky říkám, že určitě jim taky dá a je to takový odpočinek pro tu rodinu. Určitě v dnešní době si myslím, že je to tak na špičkové úrovni, ta péče že... *došlo k malému přerušení, do místnosti vešla kolegyně aktivizační pracovnice. Omlouvám se.*“

Moderátor: „Ještě bych se chtěla zeptat, jestli pociťujete někdy i bariéry při té komunikaci a jak je případně přejdete?“

AP: „No bariéry, ano bariéry, určitě člověk, který by řekl, že je nepociťuje. Tak samozřejmě třeba příklad pán, který tady nastoupil, tak je takový, prostě rád ořápkává

ženy, je takový jako vulgární vůči ženám, a to už je taková, prostě to je pro mě třeba jedna bariéra, jak se tady s tím vyrovnat. Samozřejmě slušným způsobem říkáte, že to nesmí dělat, že nesmí na vás takhle šahat, vám nesmí tykat, ale on to samozřejmě opakovaně dělá. Prostě je mu to úplně jedno, kdo přijde. Sahal tak i na paní ředitelku. Jako je to prostě fakt nepříjemný a tomu já říkám, teda jako pro mě to byla taková bariéra, protože já, když jsem dělala na seniorech, tak tam když jsem to pánovi řekla, tak už se to neopakovalo. Když to řeknete tím tónem, jenomže tady pán má svou diagnózu, takže každá žena je pro něho, jak kdyby byla ta jeho žena, takže je to takový, pojd' si se mnou lehnout, a to prostě bylo pro mě první takový překonání tady té bariéry, jak na něho. Jenomže když jste na něho ráznější nebo jdete na něho rázně, tak on už potom taky jde do té slovní agrese. Takže musíte být trochu opatrná, trochu opatrně jak z toho ven. Já už jsem se snažila třeba ptát na školení, jak jako na ně nebo je to takový strašně náročný. Musíte prostě být na něho usměvavá a klidná, ale je prostě pořád stále opakovat, tady u něho prostě jenom to opakování, a že prostě nesmí, ale slušným tónem. Ale někdo prostě už to nevydrží, že je to takový, jako jsme přece jenom ženy a víte, že je to takový. Já bych řekla překonání té bariéry, která vlastně tady je hodně těžce překonatelná, protože fakt, jak říkám, když to řeknete orientovanému pánovi, tak ví, že přestřelil, a ještě se vám třeba omluví, rozumíte, ale tady se omluvy nedočkáte, spíš agrese. Vás pošle někam, takže je to takový. Jako tady toto bylo pro mě hodně náročný. Ale jestli myslíte třeba bariéru, co se týče třeba rasismu, no tak to jsme tady ještě neměli.“

Moderátor: „No spíš hlavně jako třeba v té komunikaci, jestli třeba s vámi nekomunikoval, jakože fakt mlčel, třeba když už jste tam přišla?“

AP: „Jsou takové případy, a tak to už tam potom vlastně postojíte u toho lůžka. Je to o tom bytí u toho lůžka, snažit se s ním aspoň udržovat ten oční kontakt, vyzorovat, jestli jste mu fakt nepříjemná nebo už prostě mluvit nemůže nebo nechce. Ono je to taky den ode dne, on vám jeden den nemusí říct ani slovo a druhý den vám řekne recept na buchtu. Fakt to tak jako je, že oni to mají, že se i hrozně střídá spánek s bděním. Já nevím to prostě, vždycky říkám laicky rakovina mozku, že tak je tam prostě takový to a oni prostě chvíli dokážou úplně natvrdo usnout a za chvíli jsou úplně jako vzhůru, že prostě fakt se to střídá. Je to taková ta únava, já si myslím, že to dělá všechno ta hlava. U někoho samozřejmě už i věk, protože tady jsou fakt někteří v pokročilém věku, takže i ten věk, takže tady toto. Tak jako chcete něco číst nebo začnete něco číst a teď zjistíte, že oni poslouchají a teď se podíváte a spí. Ale je to takový, jako musíte se tady s tím se

vším jako smířit. Prostě je to tady třeba i o tom zpěvu, oni velmi rádi zpívají, protože nemají zábrany. Tak v té diagnóze už nejsou vlastně zábrany, takže když pustím nějakou hudbu a jsou takový ty fakt paní, co chodily třeba do těch tanečků. No tak oni začnou zpívat, tak je bezvadný zpívat s nimi, takže nechat je prostě, aby měli jako takový pocit...“

Moderátor: „Pro ně je to vlastně taky ten projev komunikace.“

AP: „Já jsem vyzpozovala, nějaký pánové třeba rádi tancují, tady jeden pán, když ho vezmete a začnete s ním tancovat, ale musí to být zase v sounáležitosti celého toho týmu, aby si z vás třeba nedělal někdo legraci. Někdo to nezlehčoval, abyste se v tom vy cítila komfortně, že protože to fakt je jako náročný tady tohle.“

Moderátor: „No to věřím, to fakt. Tak obrázky to už jsme si řekli, a tak ještě protože jste zmiňovala, že jste dělala i u normálních seniorů, tak jestli vidíte rozdíly v těch komunikacích nějak?“

AP: „Rozhodně, tam to bylo, i když tady taky jako vzpomínají, ale je to takový to krátkodobý a už vám to třeba po druhý neřeknou. U seniorů třeba taková ta reminiscence, to vzpomínání je třeba na pokračování a můžete se k tomu vrátit. Je ta komunikace určitě úplně jiná, nehledě na to, že si vás pamatují. Já jsem třeba teď byla nedávno nemocná a překvapilo mě, že jedna paní si mě pamatovala, že mi říkala sestřičko jste to vy, dobře vidím. Ale je to taky jedna z dvaceti osmi. Oni komunikují prostě tak, jak kdybyste měla orientovanou babičku, tak je to tam na seniorech, ale tady už prostě nemůžete počítat s odezvou, s nějakou zpětnou vazbou. Na seniorech je to o té zpětné vazbě, tam máte vždycky zpětnou vazbu, ať je to negativní nebo pozitivní zpětná vazba a tady je to takové v té linii. Tady prostě ani dolů ani nahoru. Tady je to prostě o vás, jak komunikujete. Je to o vás, právě o tom klidu, zachování toho fakt jako toho dekóra. Prostě nevybuchovat, nebýt rychlý, prostě fakt jako klid a naslouchání. Takový to naslouchání, vcítění se, pochopit to. Je to náročný.“

Moderátor: „Je to náročný, právě vím, já jsem tady byla jeden den v rámci praxe přidělená a taky paní právě mi neustále dávala plyšáka a furt, že si ho mám pohladit, že to je pěkná kočička, a právě taky jsem se snažila, protože to bylo pro mě poprvé, co jsem se tady vůbec setkala jako takhle s tím.“

AP: „Tady je to o tom být takovým tím hercem, tady je to o tom být hercem a vlastně na klasickém domovu pro seniory, tam musíte být reálně takovým tím partnerem, aby si fakt člověk připadal, že má ještě toho partnera, že fakt jako se může obrátit, když ta rodina vlastně nemůže. Co se týče vyřízení nějakých osobních záležitostí, tam se třeba

chodí hodně třeba s lidmi i po obchodech. Tady už ani ten zájem o to není. Jsme rádi, že třeba reagují dobře na kávu, když se uvaří káva nebo moučník, ale oni sní moučník a řeknou vám půlka z nich, že ho neměla, a že mě nedáte. To je taková oblíbená věta, takže musíte taky být klidná. Takový ten smích není tady na místě, protože fakt jako oni i když mají ty svoje diagnózy, dokážou reagovat. Vy se mi smějete...“

Moderátor: „Takže to si najednou uvědomí prostě...“

AP: „Přesně zrovna tohle je takový, jakože na toto jsou fakt citlivý. Takže když je tady někdo mladší, tak ho usměřňovat.“

Moderátor: „Fakt dávat si prostě pozor, v závěru, co člověk řekne.“

AP: „Určitě, tady je to o tom zaměstnání, někteří jsou ještě jakoby rádi, pořád něco jako tak dělali, i když jak říkám, moc toho už nesvedou. Takže jim dávat prostě časopisy, knížky, jak si prohlíží nebo přize do ruky. Motání klubiček, procházení je hodně takový, oni jsou hodně mobilní někteří a furt by chodili no tak prostě s nimi. Nás by tady mělo být jako mnohem víc, abychom jsme se jim mohli jako adekvátně věnovat, protože třeba dneska fakt jsem tam sama a viděla jste tu skupinu. Tak jsem právě říkala, je to takový, není to prostě na místě jako mít tam tolik lidí. Ono je ideální skupina, když ji máte tak do těch sedmi pro jednu. Tak do těch sedmi je to u Alzheimerů až, až. Já, když mám tady čtyři až pět, tak je to značka ideál.“

Moderátor: „Opravdu se můžete věnovat každému z nich.“

AP: „A stejně vám někdo z nich vylije pití. To vždycky paní uklízečka říká, povede se to někomu. Tak si vždycky říkám, že nevím, jestli nechtějí na sebe upozornit. Víte, že jsou takoví, jakože...“

Moderátor: „Může to být jakoby forma taky toho vyjádření...“

AP: „Nejlépe reagují, když se bavíme, takhle tváří v tvář, face to face. Tak já vždycky říkám, že úžasný by byli osobní asistenti, kdyby měl každý svého osobního asistenta, protože sedíte s nimi u stolu a reagují ti okolo vás, a jak už je trošku dál, tak oni se dívají, tak jak kdyby za vás. Už je to takový prostě...“

Moderátor: „Už to pro ně není to ono.“

AP: „Není. To musíte zaujmout. Já se vždycky snažím, i když předcvičuji, být taková jako expresivní. Jako ty výrazy a jako prostě a přirovnáváte různý ty cviky k něčemu, aby se zasmáli, abych trošku vyvolala trošku takovou tu atmosféru.“

Moderátor: „Aby ta odezva tam byla.“

AP: „Nebýt lhostejný, to je strašně důležitý. To já vždycky říkám, když má někdo špatnou náladu, ať si ji nechá doma, protože tady se to hned zrcadlí. Okamžitě se

přenesla ta špatná nálada, a pak i ta práce je těžší. I ten shon víte, když se něco tady děje, třeba když se umývají okna nebo třeba teď nám tady spravují tu vodu, tak oni prostě všechno tak jako vnímají. Chlapi by chtěli pomáhat, oni se do všeho montují, ženský by chtěly všechno uklízet. Ještě to někteří takhle mají, že prostě oni tady budou a složí vám tu ubrus, odnesou si ho na pokoj. No, tak už máme vytipované lidi, kteří to dělají.“

Moderátor: „Jakože případně víte, kde hledat.“

AP: „Samozřejmě nenadávat zase, jako prostě tak ten přístup. Je to takový i o té individualitě, jako že se souhlasem samozřejmě rodiny máme u jedné paní i zamčenou skříň, protože ona byla schopná vyskládat všechno prostě a kamkoliv to uklidit. Tak je to takový, že paní byla asi velice pořádná, stále uklízela. Takže ji bereme do jídelny, ona nám pomáhá chystat jídelnu a chystá příbory, ubrousky a ona je taková, prostě je ráda, že je potřebná. Ona uvidí drobeček a ona se tady s tím drobečkem začne ... Je vidět, že ona tady toto má takový to poslední zanechání, ale taky už jako si s ní nepopovídáte, už má takový ty fakt ... Jako ona by vám ráda něco řekla a je to bývalá sestra z psychiatrie a jako určitě inteligentní paní to bývala, taková dáma prvorepubliková a jako tak to je taky takový...“

Moderátor: „Jako když pak vidíte, jak prostě ten člověk dopadne že...“

AP: „Je to prostě fakt smutný, no. Nesmíte, ale tady tu lítost nebo tady tohle dát najevo. Vždycky říkám říct si to spolu někde, ale prostě před nimi být pořádkem...“

Moderátor: „Jako ten neutrální článek...“

AP: „Taková ta pomocná ruka, aby ve vás viděli ten klid. Aby prostě byli klidní, aby prostě byli takový jako v rámci svých možností. Protože kdyby šli všichni do nějaké tenze, do nějakého napětí, tak jsou vám schopní tady rozbit okna.“

Moderátor: „Takže je opravdu potřeba zachovávat prostě pohodu na tom oddělení.“

AP: „Určitě. Jako za bývalého režimu byli schopni tady ty lidi zavírat do klecových lůžek a někde přivazovat k postelím, aby prostě nedělali to, co dělají a je to i třeba, co se týče v rámci vyprazdňování, neví že jo, že je neslušné třeba se vymočít v koutě nebo na stoličce jít někam, kde se nemá. To se všechno musí hlídat a toto je zase hodně o práci součinnosti, tady toho obslužného personálu, aby to vypožorovali a my už si to i předáváme. Samozřejmě ještě je to o předávání informací, to je, že i zdravotní personál musí nám předat ty informace, protože paní i když má klid na lůžku, tak ona vstane a přijde. Ona to neví, ona neposlechne. Ona přejde stejně na ten svůj invalidní vozík. Tady máme paní, ona přijde a má mít klid a přijde na cvičení a chce namasírovat. No

a má mít klid, takže je to hodně i o předávání těch informací, abychom to věděli.“

Moderátor: „A jak případně té paní vysvětlíte, že nemůže?“

AP: „No to je taky, to je ano, to je velice náročný. My se snažíme právě paní zabavit třeba i nějak jinak a opakuji jí to. Zas je to o tom opakování, říct jako dneska paní cvičit nebudeme. Byla jste u toho pana lékaře a on říkal, že to není zdravé. Jenom se na nás dívejte, buďte tady s námi. Dáte jí třeba do ruky nějakou tu masážní pomůcku, abyste jí zabavila, aby prostě nezvedala ruky, nohy. Ale je to prostě ... Tady toto je jako dobrá otázka, protože to je fakt jako náročný pro toho člověka. Já to právě vždycky říkám těm zdravotním sestřám, že je to těžký. Ta paní stejně přijde, ta paní se tam stejně dostaví, nám nic neřekne, říkám, a právě to co třeba má zakázaný, zrovna vyžaduje, že třeba tu masáž šíje, ale taky když si to právě předáme, tak jí to nedělám, ona se samozřejmě rozčiluje, že ji nechceme namasírovat, a tak se jí to vždycky snažím klidným tónem vysvětlit, že ne. Tak oni jsou takoví někteří, že jsou, jak se říká vzdorovití, že jako se urazí nebo trucují, a tak já jdu pryč nebo tak. Ale musíte to přejít, oni stejně za chvíli, se vrátí a oni to neví. To je ta jejich, nemůžu říct výhoda, to určitě výhoda není, ale jako že si nepamatují ten konflikt. Vy samozřejmě ano.“

Moderátor: „Ale oni to vypustí.“

AP: „Vypustí to, určitě do druhého dne je to všechno v pořádku.“

Moderátor: „Jako kdyby nebylo nic.“

AP: „No hlavně, je to právě o nás. Je to o nás, aby my jsme nešli do toho konfliktu. To, že oni jsou, to je o té trpělivosti a o té fakt sebekázní, jak se říká. To je strašně důležité.“

Moderátor: „Tam to hlavně záleží prostě na tom pracovníkovi, jak bude vypadat to všecko tady.“

AP: „Myslím, že je důležitý výběr tady těch pracovníků a měla by být i velká jako fluktuace těch pracovníků, protože myslím si, že na tady tom oddělení jako dlouhodobě by neměl být nikdo. Protože tady potom hrozí to vyhoření. Víc než kde jinde, když nemáte žádnou zpětnou vazbu, tak je to fakt jako náročný. Já si myslím, že fakt je to tady vždycky na pár let a mělo by se to jako změnit, a když už je to i o tom koordinátorovi. Máme skvělou koordinátorku, aby vyzbrozovala, že tomu člověkovi to nesedí a požádala potom vedení, o přesun na jiné oddělení, protože my máme všechny vlastně tady služby, takže tady může být na chráněném bydlení, na seniorech, na psychotických.“

Moderátor: „Prostě tady se to dá protáčet.“

AP: „Ano. No, my máme i terénní služby, takže ten člověk jako pracovník může kamkoli, a když to nejde, tak je lepší, když odejde. Protože vždycky říkám, že ne každý na to má pracovat s lidmi. To vidíte i v těch obchodech, že ne každý má na to pracovat s lidmi, ta prodavačka.“

Moderátor: „To je vlastně úplně to stejný...“

AP: „Kdybyste měla ještě něco o tom...“

Moderátor: „No, to už bych řekla, že je to všechno, protože jsme to tak nějak všechno plošně v závěru prošly. Všechny ty otázky tím, že jste byla tak otevřená, tak se to pěkně všechno zodpovědělo, tak já vám děkuji.“

5.3 Příloha č. 3 - informovaný souhlas s rozhovorem

Pro zachování anonymity zúčastněných jsme informované souhlasy začernili, neboť si všichni zaměstnanci přáli zůstat anonymní a považujeme za vhodné, aby i v případě jejich podpisu bylo toto dodrženo.

Informovaný souhlas s rozhovorem pro účely výzkumu bakalářské práce Anny Javůrkové

Rozhovor je anonymní, což znamená, že nikde nebude uvedeno mé jméno. Moje účast na rozhovoru je zcela dobrovolná a kdykoli během rozhovoru můžu odmítnout odpovědět na otázky, na které nechci odpovědět. Jsem si vědom/a toho, že celý rozhovor bude nahráván a přepsán do písemné formy. Přepis rozhovoru bude důvěrný a v bakalářské práci Anny Javůrkové na téma Komunikace se seniory s neurokognitivní poruchou, nebudou uvedeny údaje, podle kterých by bylo možné mě identifikovat.

Souhlasím s účastí ve výzkumu a provedením rozhovoru za účely výzkumu k bakalářské práci Anny Javůrkové.

Podpis: 

Datum: 31. 3. 2023

5.4 Příloha č. 4 - informovaný souhlas ohnisková skupina

Informovaný souhlas s účastí v ohniskové skupině pro účely výzkumu bakalářské práce Anny Javůrkové.

Souhlasím s účastí v ohniskové skupině, jejímž tématem je komunikace se seniory s těžkou fází demence. Má účast je zcela dobrovolná a vše je anonymní. Jsem si vědom/a toho, že celá debata ohniskové skupiny bude po celou dobu nahrávána a následně přepsána do písemné formy. Přepis bude důvěrný a v bakalářské práci Anny Javůrkové na téma Komunikace se seniory s neurokognitivní poruchou (demencí), nebudou uvedeny údaje, podle kterých by bylo možné členy ohniskové skupiny identifikovat.

Souhlasím s účastí ve výzkumu a účastí v ohniskové skupině k bakalářské práci Anny Javůrkové.

Podpisy:

Datum: 22.7.2022

[Redacted signatures]