

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Komunikace se seniory s demencí
v domově se zvláštním režimem**

Bakalářská práce

Autor: Lenka Kondisová

Studijní program: B6731-Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Forma studia: Kombinovaná

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

Hradec Králové, 2018



Zadání bakalářské práce

Autor: Lenka Kondisová

Studium: U15001

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Název bakalářské práce: **Komunikace se seniory s demencí v domově se zvláštním režimem**

Název bakalářské práce A): Communications with seniors with dementia in the home with special regime

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se bude zabývat tím, jaký vliv má onemocnění demence na komunikační schopnosti seniora. Jaké vznikají bariéry mezi nemocnými a jejich pečovateli. Jaké lze využívat techniky a metody při komunikaci s touto cílovou skupinou. Kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování, polostrukturovaný rozhovor.

HOLMEROVÁ, I. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou, Gerontologické centrum, 2007
JÍRÁK, R. a kol. Demence a jiné poruchy paměti-Komunikace a každodenní péče, Grada, 2009
VYBÍRAL, Z. Psychologie komunikace, Portál, 2005
ZGOLA, J. M. Úspěšná péče o člověka s demencí, Grada, 2003

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

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

Datum zadání závěrečné práce: 27.4.2017

Prohlášení

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

V Trutnově dne 30. 3. 2018

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Zuzaně Truhlářové, Ph.D. za metodické vedení práce, cenné rady a připomínky, které mi vždy s ochotou poskytovala. Také informantům z domova se zvláštním režimem Centrum spokojeného stáří za jejich čas a ochotu ke spolupráci při provádění výzkumu.

Anotace

KONDISOVÁ, Lenka. *Komunikace se seniory s demencí v domově se zvláštním režimem*. Hradec Králové, 2018. 55 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Bakalářská práce se zabývá problematikou komunikace mezi seniory s demencí a pracovníky v sociálních službách. Cílem práce je zjistit, jak pracovníci v sociálních službách vnímají náročnost komunikace se seniory s demencí v domově se zvláštním režimem. V teoretické části je charakterizován termín demence, její dělení, stádia a dopady na chování člověka. Dále je vymezen termín komunikace, definováno narušení komunikačních schopností vlivem demence a vznikající bariéry mezi seniorem s demencí a pečujícím. Jsou popsány zásady komunikace se seniory s demencí a techniky, které je možné využívat. Pro účely práce je charakterizováno pobytové zařízení domov se zvláštním režimem a pracovník v sociálních službách.

V praktické části je využita kvalitativní výzkumná strategie a technika polostrukturovaného rozhovoru. Cílem analýzy rozhovorů je zjistit názory pracovníků v sociálních službách na náročnost komunikace se seniory s demencí v domově se zvláštním režimem. Závěr práce poskytuje odpovědi na výzkumnou otázku a nabízí možná využití pro praxi.

Klíčová slova: demence, komunikace, narušení komunikačních schopností, domov se zvláštním režimem, pracovník v sociálních službách

Annotation

KONDISOVÁ, LENKA. *Communications with seniors with dementia in the home with special regime*. Hradec Králové: Philosophical Faculty, University of Hradec Králové, 2018, 55 p. Bachelor Degree Thesis. Supervisor: Mgr. Zuzana Truhlářová, PhD.

The bachelor thesis deals with the communications issues between seniors with dementia and workers in social services. The aim of the work is to find out, how workers in social services perceive the difficulty of communications with seniors with dementia in home with special regime. The theoretical part defines the term dementia, its division, stages, impacts on human behaviour. Further defines term communications, disruption of communications abilities due to dementia and emerging barriers between seniors with dementia and the caregiver. Also, the principles of communications with seniors with dementia are described and techniques that can be used. For the purposes of the work is characterized home with a special regime and worker in social services.

The practical part is based on qualitative research strategy, semi-structured interview technique. The purpose of analyzing the interview is to find out the opinions workers in social services on the difficulty of communications with seniors with dementia in home with a special regime. The conclusion of the thesis provides an answer to the research question and offers use for practice.

Keywords: dementia, communications, disruption of communications abilities, home with a special regime, worker in social service

Obsah

Úvod	9
1 Demence.....	11
1.1 Charakteristika problému demence.....	11
1.2 Definice pojmu demence.....	12
1.3 Dělení demencí.....	12
1.4 Příznaky demence	14
1.5 Stádia demence a jejich charakteristika dle potřeb péče	17
2 Komunikace se seniory s demencí.....	20
2.1 Vymezení pojmu komunikace.....	21
2.2 Narušená komunikační schopnost.....	22
2.3 Poruchy komunikace u seniorů s demencí	23
2.4 Projevy poruch komunikace u seniorů s demencí	23
2.5 Bariéry v komunikaci se seniory s demencí.....	24
2.6 Komunikace dle typu a stádia demence	25
2.7 Zásady komunikace se seniory s demencí	28
3 Domov se zvláštním režimem	30
3.1 Charakteristika Domova se zvláštním režimem.....	30
3.2 Režim Domova se zvláštním režimem.....	31
3.3 Pracovník v sociálních službách	32
3.3.1 Předpoklady pro výkon pracovníka v sociálních službách.....	33
4 Shrnutí teoretické části	34
5 Komunikace se seniory s demencí v domově se zvláštním režimem.....	35
5.1 Metodologické ukotvení.....	35
5.2 Výzkumné prostředí a jeho charakteristika.....	36
5.3 Formulace výzkumných cílů	37
5.4 Realizace výzkumu a charakteristika informantů	40
5.5 Interpretace první dílčí výzkumné otázky (DVO1)	42
5.6 Interpretace druhé dílčí výzkumné otázky (DVO2).....	45
5.7 Interpretace třetí dílčí výzkumné otázky (DVO3)	48
5.8 Interpretace čtvrté dílčí výzkumné otázky (DVO4).....	52
5.9 Závěr výzkumného šetření a výstupy pro praxi	56
Závěr	59

Seznam použitých zdrojů	61
Seznam tabulek:	64
Přílohy	65

Úvod

Tématem této práce je **Komunikace se seniory s demencí v domově se zvláštním režimem**. Onemocnění, která jsou příčinou demence v seniorském věku člověka, představují v současné době velký problém pro celou společnost. V důsledku prodlužování lidského věku a stárnutí populace se zvyšuje počet lidí trpících demencí. Postižení se projevuje narušením poznávacích funkcí, schopností zvládat běžné denní aktivity a poruchami chování. To má dopad na fungování ve společnosti a komunikaci s okolním prostředím. Senior trpící demencí, progresí choroby postupně ztrácí své stávající dovednosti a přichází o komunikační schopnosti. Ztráta schopností zvládat běžné denní aktivity je často příčinou, že senior nemůže zůstat ve svém přirozeném prostředí a péči o něj je třeba zajistit pomocí některé z pobytových služeb, například domova se zvláštním režimem. Nedílnou součástí péče o seniory s demencí tvoří komunikace, vyžadující speciální přístupy, založené na mnoha znalostech a dovednostech. To klade nároky na pečující a představuje jeden z náročných aspektů péče.

K tomuto tématu mě přivedla vlastní zkušenost z kontaktů s klienty v domově se zvláštním režimem, kde jsem pracovala. V domově jsem pracovala na recepci, která byla umístěna ve vestibulu budovy. Klienti zde často sedávali a sledovali dění, procházeli zde do jídelny, do zahrady nebo ven. Při výkonu svého zaměstnání jsem s nimi byla v každodenním kontaktu. Klienti domova se na mě často obraceli s různými dotazy, potřebami, s žádostí o pomoc. Také si chtěli popovídat, svěřit se se svými starostmi. Každý klient byl jiný a měl jiné potřeby a zároveň jiné postižení demencí, jiné vlastnosti, jinak zvládal svou nemoc a pobyt v domově. Často pro mne nebylo jednoduché pochopit, co mi klient sděluje, nebo jaké jsou důvody jeho momentálního jednání. Uvědomovala jsem si, že pečující, kteří se o ně starají, jsou vystaveni těmto situacím při poskytování péče mnohem častěji. Z toho důvodu mě zajímalo, jak to vnímají pracovníci v sociálních službách, kteří jsou se svými klienty v celodenním kontaktu. **Hlavním cílem práce je zjistit, jak pracovníci v sociálních službách vnímají náročnost komunikace se seniory s demencí v domově se zvláštním režimem.**

Pro zjištění hlavního cíle jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii a jako nástroj polostrukturované rozhovory s pracovníky v sociálních službách, kteří vykonávají přímou péči o seniory s demencí v domově se zvláštním režimem. Výsledky výzkumného šetření pomohou přiblížit, jak probíhají komunikační procesy mezi pečujícími v domově se zvláštním režimem a jejich klienty, co jim činí největší problémy a jak se tyto problémy snaží řešit.

Cílem práce je popsat problematiku komunikace při práci s klienty s demencí v domově se zvláštním režimem a zjistit názory a pocity pracovníků v sociálních službách vztahující se k tomuto tématu. Domnívám se, že pracovníci v sociálních službách mají při péči o takto postižené seniory nelehkou úlohu, proto je účelem této práce také poskytnout podrobnější náhled na jejich práci.

Práce by mohla být přínosná pro další pečující, kteří se starají o osoby s demencí. Seznámí s dopady demence na jedince a na to, jak ovlivňuje komunikační schopnosti. Závěry výzkumného šetření poskytnou zkušenosti pracovníků domova se zvláštním režimem s komunikací se seniory s demencí a přiblíží, jaké postupy a metody pracovníci v sociálních službách používají k ulehčení komunikace, což by mohlo sloužit jako možný návod, či inspirace, jak postupovat v konkrétních situacích.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části. První část se věnuje demencím a jejich dopadům na život člověka v seniorském věku, se zaměřením na postižení, která ovlivňují kontakt postiženého s okolím. Dále se věnuje problematice komunikace, vymezení pojmu a popisuje, jaká vznikají narušení komunikačních schopností osob s demencí a další možné bariéry mezi postiženým a jeho pečujícími. V neposlední řadě se věnuje zásadám komunikace se seniory s demencí a přístupům, které je možné využívat. Dále se věnuje charakteristice domova se zvláštním režimem a vymezení pracovníka v sociálních službách. Druhá část práce popisuje realizované výzkumné šetření ve vybraném domově se zvláštním režimem včetně formulace cílů, popisu prostředí a informantů a způsobu provedení výzkumu.

1 Demence

Stáří a seniorský věk je provázen zhoršováním zdravotního stavu a zvýšeným výskytem chorob. Zvyšuje se nemocnost, chronické a degenerativní choroby a také se zvyšuje výskyt akutních stavů. Mezi nejčastější obtíže seniorů patří dle Pidrmána (2007) kardiovaskulární choroby, nemoci pohybového aparátu, metabolické choroby, gastrointestinální choroby, respirační choroby a kognitivní poruchy a demence. Pro tuto bakalářskou práci je stěžejní oblastí onemocnění demencí.

1.1 Charakteristika problému demence

Demence vznikají postižením mozku a mají za následek poruchy různého typu. Tyto poruchy vedou k snižování úrovně paměti, snižování poznávacích funkcí, ovlivňování vědomého chování a ovlivňování komunikace s okolním prostředím. Z počátku onemocnění dochází k nenápadným změnám, které bývají často podceňovány a bagatelizovány jako běžné příznaky stáří. Jak nemoc postupuje, rozvíjí se komplex příznaků. Rozvoj příznaků má vliv na kvalitu života postiženého, jeho rodiny a okolí. Omezení se týká zejména soběstačnosti a samostatného fungování ve společnosti a komunikace postižených s okolím. S tím jsou spojené také psychické dopady na postiženého (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, Pidrman, 2007). O demenci se hovoří jako o „*Tiché epidemii 21. století*“ představující závažné onemocnění s důsledky pro nemocného, jeho rodinu i celou společnost (Haškovcová, 2010).

Podle zdrojů České alzheimerské společnosti v České republice dosud neexistuje spolehlivý a přesný výzkum, který by zde mapoval výskyt demence v populaci. Správnou diagnózu má pouze 20-30 % lidí s demencí. Pro stanovení počtu postižených jedinců se používají evropské a světové výzkumy a počty nemocných se odhadují podle výsledků prevalenčních studií dle výzkumů Alzheimer Europe. Česká alzheimerská společnost vydává od roku 2014 Zprávu o stavu demence v České republice a každoročně aktualizuje data o počtech nemocných. Ze Zprávy o stavu demence z roku 2016 vyplývá, že v České republice byl počet nemocných přibližně 160 tisíc. Z toho více než 100 tisíc nemocných tvoří ženy a 60 tisíc muži. Z uvedeného počtu nemocných žije jedna pětina v domovech pro seniory a přibližně 6 % v domovech se zvláštním režimem (Zpráva o stavu demence, 2016). Péče o seniory s demencí je velmi nákladná. Přináší řadu specifických potřeb seniora a klade velké

nároky na vzdělání pečujících a vybavení v zařízení poskytující tuto péči. Zejména z hlediska aktivního přístupu k nemocnému, adekvátní farmakoterapie a speciálních forem rehabilitace. Důležitou roli při péči o seniory s demencí má komunikace založená na odborných poznatcích a znalostech o jednotlivých typech a stádiích demence (Haškovcová, 2010, Horecký, 2016).

1.2 Definice pojmu demence

Slovo demence pochází z latinského výrazu „*demens*“ a v překladu lze definovat jako „*bez mysli*“, nebo jako „*ten kdo ztratil ducha*“. Pojem zavedl francouzský lékař Philippe Pinel, jako charakteristiku pro různé choroby, které vedou k poškození intelektu a nevztahují se k přirozenému procesu stárnutí. Demence není jedna konkrétní nemoc, ale syndrom. Představuje soubor jednotlivých onemocnění způsobených chorobou mozku progresivního nebo chronického charakteru s odlišnými příčinami a průběhem v závislosti na dispozicích jednotlivých osob (Vágnerová, 2014).

Jiráček a Koukolík definují demenci takto: „*Demence je skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého onemocnění mozku. Demence je syndrom, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, nakonec ztráta schopnosti samostatné existence.*“ (in Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 9).

1.3 Dělení demencí

Demence lze dělit z několika možných hledisek. Podle příčiny vzniku, dle místa výskytu, zda jsou reverzibilní či ireverzibilní. Pidrman (2007) dělí demenci podle příčin vzniku na:

Primární demence

Primární demence, jiným názvem také atroficko-degenerativní, jsou zapříčiněny degenerativním procesem v mozku. Dochází ke snižování počtu nervových buněk, snižování počtu nervových spojů a k poruchám funkce neuronů. Dále se v mozkové tkáni tvoří a ukládají patologické bílkoviny, v nichž probíhají další patologické

procesy. Zároveň dochází k uvolňování nadměrného množství volných kyslíkových radikálů a chybí enzymy, které by tyto radikály likvidovaly. Ty se pak vážou na stěny nervových buněk a ničí je. Důsledkem těchto procesů dochází k poruše přenosu vzruchu mezi nervovými buňkami, následně k poruchám funkce mozku a rozvoji syndromu demence (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, Koukolík, Jirák, 1998, Vágnerová, 2014). Dle Pidrmána (2007) mezi primární demence patří:

- Alzheimerova nemoc (60 % všech demencí)
- demence s Lewyho tělísky
- frontotemporální demence

Sekundární demence

Sekundární demence vznikají v důsledku jiné poruchy, nebo onemocnění vedoucí k poškození centrálního nervového systému. Tvoří velkou skupinu onemocnění na jejichž vzniku se podílí řada příčin. Největší skupinu tvoří tzv. „*ischemicko-vaskulární demence. Jsou způsobeny kombinací faktorů, které vedou k nedostatečnému prokrvení a okysličení mozkové tkáně a ke snížení mozkové látkové výměny*“ (Jirák, Obenberger, Preiss, 1998, s. 10). Následkem je ucpání mozkových tepen a poškození mozkové tkáně. Dalšími příčinami vzniku sekundárních demencí jsou infekce, metabolické poruchy, intoxikace, endokrinní poruchy, úrazové a poúrazové stavy a mnoho dalších příčin. Dosud bylo popsáno přes 70 skupin různých sekundárních demencí (Pidrman, 2007, Jirák, Holmerová, Borzová, 2009). Mezi nejčastější a nejzávažnější sekundární demence patří:

- vaskulární demence (do 20 % všech demencí)
 - multiinfarktová
 - mikroangiopatická
- metabolické demence
- toxické demence
- demence při Parkinsonově chorobě
- demence při Huntingtonově chorobě
- traumatické demence
- demence při normotenzním hydrocefalu
- demence při nádorech CNS

Smíšené demence

Smíšené demence tvoří přibližně 10-15 % všech demencí. Vnikají v důsledku kombinace primární atroficko-degenerativní demence a sekundární demence (Vágnerová, 2014).

- smíšená Alzheimerova/vaskulární
- smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence
- ostatní smíšené demence

1.4 Příznaky demence

Demence se projevují širokým spektrem příznaků a postižení s ohledem na výše uvedené dělení a individuální stav jedince. Tyto příznaky se dělí do třech základních skupin, které se mohou vzájemně prolínat (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, Pidrman, 2007).

- postižení aktivit denního života (activity of daily life)
- poruchy chování (behaviour)
- postižení kognitivních funkcí (cognition)

Postižení aktivit denního života

Onemocnění demence má zásadní vliv na soběstačnost seniora a dochází k úbytku schopností zvládat běžné denní aktivity. Úbytek souvisí se stádiem a typem demence, ve kterém se senior nachází. Nejprve dochází ke ztrátě schopnosti zvládat složitější aktivity a profesionální dovednosti. Poté se porucha rozšiřuje na tzv. „*instrumentální aktivity*“, což jsou činnosti potřebné k samostatnému nezávislému životu (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007). Mezi tyto činnosti patří zejména hospodaření s financemi, péče o domácnost, nakupování, vaření, cestování dopravním prostředkem, užívání léků, používání telefonu a další. V dalších fázích demence dochází ke ztrátě schopnosti zvládat základní denní aktivity a péči o vlastní osobu. Mezi základní denní aktivity patří oblékání, stravování, hygiena, kontrola vyprazdňování močového měchýře a střev (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Poruchy chování

Poruchy chování se mohou objevit již v počátku onemocnění, ale většinou se objevují až u rozvinutější demence a vrcholí v posledním stádiu. Představují náročný aspekt

z důvodu péče a komunikace s postiženými demencí. Poruchy chování mají různý charakter, který se u každého projevuje jinak, a to v závislosti na daném jedinci a průběhu choroby. Mezi nejčastější poruchy chování patří podrážděnost (agitovanost), úzkost, neklid, deprese. Dále se mohou poruchy chování projevovat jako hypoaktivita otupělostí a apatií, nebo jako hyperaktivita neklidem a nutkavým chováním. Mohou se objevit také změny sexuálního chování. S progresí chorob se přidávají další poruchy chování a prohlubují se stávající. Dochází k otočení spánkového rytmu, emoční nestabilitě (výbuchy vzteku, záchvaty smutku), halucinacím, agresi, nutkavému chování, bloudění. Objevují se afektivní poruchy nálad jako projev organických změn mozku nebo jako reakce na onemocnění, kdy si postižený uvědomuje svoji bezmoc a stoupající závislost. V důsledku rozvíjející se demence dochází k degradaci osobnosti a jejímu rozpadu. Mění se celkový temperament jedince a dochází k zvýrazňování negativních i pozitivních osobnostních rysů (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, Vágnerová, 2014).

Postižení kognitivních funkcí

Poruchy kognitivních funkcí představují nejnápadnější příznaky demence. Objevují se jako první a definují vlastní podstatu syndromu demence. Projevem postižení kognitivních funkcí je zejména úbytek paměti a intelektu a mnoho dalších symptomů. Mezi nejčastější postižení kognitivních funkcí patří (Pidrman, 2007):

Intelektová deteriorace je snížení rozumových schopností (intelektové kapacity) narůstající s progresí onemocnění.

Poruchy paměti nejnápadnější a nejznámější znak demence. Představují ztrátu schopnosti učit se novým věcem. Nejprve dochází k poruše krátkodobé paměti. Postižený ztrácí schopnost vštípit si nové paměťové obsahy a zapamatovat si nové události. Nepamatuje si, co se událo před hodinou, co měl k obědu, kdo ho navštívil atd. Projevem pak jsou opakované dotazy, ztráta orientace v různých životních situacích a následné konfabulace k zamaskování či vyrovnání se se situací. V pozdějších stádiích dochází také k poruše dlouhodobé paměti. Dlouhodobá paměť jedince má dvě složky: paměť deklarativní, představující naučený soubor vědomostí, a paměť procedurální, která představuje obsahy daných zkušeností. Postižena může být jedna ze složek dlouhodobé paměti, nebo obě najednou (Holmerová, Jarolímová,

Suchá, 2007, Zgola, 2003). Ztráta dlouhodobé paměti se projevuje zpomalenou nebo nepřesnou výbavností, ovlivňuje vnímání vlastního prožívání a nemocný „*postupně ztrácí vlastní identitu*“. Vnímání jeho světa se odlišuje od reality, ale pro nemocného je to svět reálný (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, Pidrman, 2007).

Poruchy orientace v důsledku onemocnění dochází k dezorientaci časem, místem, prostorem a později také vlastní osobou. Člověk se přestává orientovat na známých místech, neví, jaký je den, zda je ráno nebo odpoledne. S progresí onemocnění se poruchy orientace zhoršují a postižený neví kolik mu je let, kolik má dětí, zaměňuje příbuzné, v zrcadle nepoznává sám sebe a odraz považuje za cizí osobu (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, Vágnerová, 2014).

Poruchy exekutivních funkcí zahrnují poruchy myšlení, chápání a poruchy pozornosti a motivace. U nemocného se vytrácí schopnost racionálního úsudku a abstraktního myšlení. Není schopen plánování a rozhodování. Přestává se orientovat v životních situacích. Poruchy pozornosti a motivace se projevují neschopností začít či dokončit nějakou činnost, nebo lpěním na nepodstatném detailu dané činnosti. Nemocní ztrácejí zájem o oblíbené aktivity. Přestávají sledovat dění ve svém okolí i ve své rodině (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, Kučerová, 2006).

Poruchy korových funkcí vznikají v důsledku atrofie mozkové tkáně, kdy dochází k poškození senzoryckých oblastí mozku. U nemocného se projevují poruchy smyslového vnímání a potíže s rozpoznáním podnětů. Následkem postižený pociťuje, že špatně vidí nebo slyší, ačkoliv nemá žádný objektivní nález poškození zraku či sluchu. Dále mezi korové poruchy patří tzv. fatické poruchy, projevující se postižením řečových schopností. Nemocný ztrácí schopnost porozumět mluvenému slovu a verbálně se vyjadřovat, což má opět dopad na jeho komunikaci s okolím (Pidrman 2007, Vágnerová, 2014). Mezi základní korové poruchy patří (Vágnerová, 2014):

- afázie (porucha nebo ztráta řeči)
- agrafie (porucha písemného projevu)
- alexie (porucha čtení)
- akalkulie (neschopnost počítat)

- agnosie (snížená schopnost rozpoznávat předměty, lidské tváře, místa atd.)
- apraxie (porucha obratnosti a zručnosti, neschopnost používat předměty běžné denní potřeby)

1.5 Stádia demence a jejich charakteristika dle potřeb péče

Rozvoj demence probíhá u každého jednotlivce v jiném tempu a má jiný průběh, i když se jedná o stejnou diagnózu. Proces rozvoje demence se dělí do jednotlivých stádií, podle závažnosti a rozvoje příznaků choroby (Vágnerová, 2014). K pochopení potřeb nemocného a vhodně zvolené komunikaci je důležité vědět, v jakém stádiu demence se nachází a znát jejich jednotlivé charakteristiky. Z hlediska potřeb péče a podpory P-PA-AI¹ dělíme demenci do tří stádií (Holmerová, 2014).

Stádium počínající a mírné demence

První stádium počínající a mírné demence bývá často přehlédnuto, protože příznaky jsou bagatelizovány jako nevýznamné, nebo jsou dávány do souvislosti se stárnutím. A to i přesto, že prvnímu stádiu demence často předchází tzv. mírná kognitivní porucha. Ta se projevuje lehkými poruchami paměti, soustředění a orientace. Při provedení příslušných testů však kritéria pro diagnostiku demence nesplňuje. U dvou třetin postižených přechází mírná kognitivní porucha do prvního stádia demence (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, Pidrman, 2007).

Příznaků projevujících se v prvním stádiu demence je široká škála. Převažují zejména poruchy krátkodobé paměti, poruchy koncentrace, orientace a poruchy sociálních funkcí. Nemocní ztrácejí schopnost vštěpovat si nové poznatky. Objevují se první potíže s vyjadřováním. Dále se projevují poruchy abstraktního myšlení, logického myšlení, zpomaluje se psychomotorické tempo, nemocný přestává zvládat složitější činnosti a vyhýbá se novým situacím (Jirák, 2009, Vágnerová, 2014).

V prvním stádiu demence je postižený relativně soběstačný. Dokáže žít samostatně, bez nutnosti trvalé kontroly. Potřebuje občasný dohled a pomoc při určitých

¹ P-PA-AI - péče a podpora lidem postiženým syndromem demence, strategie České alzheimerovské společnosti, vycházející z odlišných potřeb osob v jednotlivých stádiích demence, vzniklá na zákl. profesionálních odborníků i laických pečujících (alzheimer.cz)

činnostech. Pro nemocné je v této fázi nejdůležitější stanovení diagnózy, zahájení odpovídající farmakoterapie a naplánování dalšího postupu (Strategie České Alzheimerovské společnosti P-PA-IA).

Stádium středně pokročilé demence

Druhé stádium demence je typické postupující ztrátou soběstačnosti. Příznaky vzniklé v prvním stádiu se prohlubují a přidávají se k nim další. Problémy s krátkodobou pamětí jsou velmi zřetelné. Nemocný není schopen vybavit si nedávné události, přestává se orientovat v čase i prostoru. Časté jsou také bloudění a útěky, které mohou ohrozit bezpečnost nemocného. Nemocný přestává ovládat některé samoobslužné činnosti. Objevují se neklid a agresivita, může docházet k nepřiměřenému chování. Celkově se mění temperament a osobnost postiženého. Z důvodu pokročilého postižení se zhoršuje komunikace a je obtížné porozumět vyjádřením nemocného (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Nemocný potřebuje pomáhat s běžnými denními aktivitami, jako je oblékání, provádění hygieny a podávání stravy. V tomto stádiu je důležitá role smysluplné aktivizace k podpoře zachovalých schopností a soběstačnosti. Při poruchách chování, je důležité zjistit, co je příčinou, případně zajistit vhodnou farmakoterapii. Příbuzní a okolí nemocného často přestávají zvládat péči v domácím prostředí a využívají služeb denního stacionáře, nebo některou z pobytových služeb (Janečková in Matoušek, 2013, Strategie České Alzheimerovské společnosti P-PA-IA).

Stádium těžké demence

Třetí stádium těžké demence je posledním stádiem, do kterého syndrom demence dospěje. Demencí je v této fázi postižena celá osobnost. Nemocný je zcela nesoběstačný a závislý na péči okolí. Postižení paměti je velmi rozsáhlé, senior nepoznává své příbuzné, ani dobře známé předměty. Není schopen se vyjadřovat, mizí schopnost verbální komunikace a navázání slovního kontaktu. Dochází ke zhoršování všech funkcí. Z důvodu poruch hybnosti přestává nemocný chodit a postupně zůstává trvale upoután na lůžko. Má obtíže s polykáním a přijímáním stravy. Dochází k úbytku hmotnosti. Nemocný má také potíže s vyprazdňováním moči a stolice. V posledních

dnech je nemocný dezorientovaný, přestává reagovat na podněty a většinu času spí (Pidrman, 2007, Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

V posledním stádiu již nemocný není schopen vykonávat samostatně žádné činnosti. Potřebuje odbornou ošetrovatelskou péči, zajištění pohodlí a základních životních potřeb. Verbální komunikace je často úplně vymizelá a je třeba věnovat pozornost komunikaci neverbální, zejména projevům libosti a nelibosti. V tomto stádiu se uplatňují specifické přístupy komunikace např. bazální stimulace (Janečková in Matoušek, 2013, Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA).

2 Komunikace se seniory s demencí

Komunikace, jako součást každodenního života každého člověka, představuje hlavní prostředek pro kontakt s okolím a začlenění do sociálního prostředí. Umožňuje mu vyjadřovat svá přání, navazovat mezilidské vztahy, poznávat okolní svět. Základním smyslem komunikace je dorozumět se a porozumět si. „*Komunikováním s druhými také nalézáme, rozvíjíme a potvrzujeme svou vlastní identitu*“ (Vybíral, 2009, s. 34).

Při péči o seniory s demencí tvoří komunikace základní profesionální výbavu pečujících a také základní předpoklad spolupráce s klienty. Tvoří jednu z hlavních složek péče, pokud má být kvalitní a efektivní. Proces komunikace mezi nemocným a pečujícím je často náročný. „*Doprovázení a péče o lidi s demencí může být velmi stresující a těžké. Ke vzájemnému psychickému rozladění pro pečující i nemocné vedou zejména nevyjasněné komunikační problémy*“ (Júnová, 2015, s. 26). Zjednodušeně se dá říci, že každý nahlíží na svět ze své perspektivy. A protože perspektiva nemocného demencí je zkreslená jeho postižením, zůstává odpovědnost, aby pochopil a byl pochopen, na pracovníkovi, který o něj pečuje. K tomu je třeba, aby měl znalosti o zvláštlostech v komunikačních potřebách osob s demencí a principech efektivní komunikace s těmito osobami. Dále kladl důraz na verbální i neverbální složky komunikace u své osoby a vnímal verbální a neverbální projevy u osoby, o kterou pečuje (Jiráková, Holmerová, Borzová, 2009, Zgola 2002).

„*Pro pochopení vztahu nemocných demencí k jejich onemocnění a jejich projevům je potřeba, aby pečující měli alespoň minimální znalost forem demencí. Z toho pak vyplývá schopnost přistupovat k nemocnému tak, jak je zapotřebí. Každá forma demence se projevuje jinými příznaky, s jiným časovým nástupem, změnami v chování a paměti.*“ (Júnová, 2015, s. 26). Dále pečující musí rozumět tomu, co vyjadřuje chování osoby s demencí, znát její povahu, zvyklosti, životní příběh a potřeby s ohledem na stádium a druh postižení. Pokud má znalosti o specifikách komunikace se seniory s demencí a z těchto znalostí vychází, je schopen správně chápat jejich potřeby a vyjádření, stejně tak jako problematické chování. „*Největší skupinu poruch chování způsobuje neadekvátní reakce ošetřujících, kteří neumějí s člověkem s demencí uspokojivým způsobem komunikovat a analyzovat jeho potřeby*“ (Jiráková, Holmerová, Borzová, 2009, s. 127). Kvalitně zvládnutá komunikace pomůže nastavit

pozitivní interakce mezi seniorem a pečujícím, umožní pečujícím navázat s klientem důvěrný vztah a usnadní vzájemnou spolupráci (Zgola, 2002).

2.1 Vymezení pojmu komunikace

Pojem komunikace pochází z latinského „*communicatio*“, což je „*vespolné účastnění*“ a z něj výraz komunikovat „*communicare*“, v překladu znamená „*společně něco sdílet*“. S ohledem na původ slova lze komunikaci definovat jako společné podílení se na nějaké činnosti ve vzájemném kontaktu, během níž dochází k proudění informací mezi dotčenými subjekty (Vybíral, 2009). Základními funkcemi komunikace podle Vybírala (2009, s. 31) jsou: „*informovat, instruovat, přesvědčit, vyjednat (domluvit se), pobavit*.“ Motivaci komunikovat má každý člověk. Chce se podělit o své myšlenky a názory, zjistit názory a postoje ostatních, navazovat vztahy, zažívat pocity sounáležitosti či poutat na sebe pozornost. K tomu, aby jedinec mohl komunikovat, musí ovládat komunikační kompetence, tzn. že umí identifikovat signály druhé osoby, chápe daný jazyk, zná jeho systém, rozumí jeho pravidlům a je schopen v daném jazyce vytvářet věty (DeVito, 2001, Vybíral, 2009).

Komunikace je mnohostranný složitý interakční proces, zasahující do všech oblastí lidského života, obsahující několik složek. Komunikátor je ten, který sděluje informace, má důvod ke komunikaci. Další složkou je komunikant, ten, který přijímá informace. Komuniké je zpráva, která je sdělována, výsledek procesu předávání informace. Čtvrtou složku představuje zpětná vazba, dekodování a pochopení přijímané informace nebo také potvrzení účastníka komunikace, že zprávu přijal. Poslední složkou je šum nebo také situační kontext, což je prostředí a rušivé vlivy, ovlivňující přijímání a dekodování zprávy (DeVito, 2001, Pokorná, 2010). I u osob bez narušených komunikačních schopností může docházet „*na všech výše uvedených úrovních komunikačního řetězce k poruše, poškození, nedokonalosti: k nesprávné interpretaci, nepochopení, komunikačním bariérám, ať už v důsledku objektivních či subjektivních, odstranitelných či neodstranitelných bariér*“ (Pokorná, 2010, s. 12).

Základními formami komunikace jsou verbální a neverbální sdělení. Verbální komunikace představuje vyjadřování pomocí jazyka a řeči. Vybíral (2009, s. 106) ji charakterizuje jako „*dorozumívání se jedné, dvou nebo více osob pomocí jazyka nebo jinými znaky jazykového systému*“. Neverbální komunikace představuje vše, co je

vyjádřeno či signalizováno mimoslovně, samostatně nebo jako doprovod verbální komunikace. Mezi základní složky neverbální komunikace patří oční kontakt (vizika), výrazy tváře (mimika), celkové pohyby těla (kinetika), pohyby rukou (gestika), tělesný kontakt a doteky (haptika), strukturování času (chronemika), volba a změna vzdálenosti (proxemika) a síla a intenzita, zabarvení a intonace hlasu (paralingvistika). Neverbální komunikace má vysokou výpovědní hodnotu, neboť probíhá mimovolně a často nezávisle na vůli člověka. V mnoha případech je způsob neverbální komunikace důležitější než obsah sdělovaný verbálně (Pokorná, 2010, Vybíral, 2009).

2.2 Narušená komunikační schopnost

Přestože, jak bylo zmíněno výše, může docházet ke špatné interpretaci a nedorozumění v kterékoliv části komunikačního řetězce, jsou osoby bez narušené komunikační schopnosti přibližně na stejné úrovni, tak aby si porozuměli. Vnímají signály verbální i neverbální komunikace a reagují na ně. Do rozhovoru přispívají obě strany rovnoměrně (Pokorná, 2010, Zgola, 2003). Pro každého člověka je proto nepříjemné, když o schopnost zdravě komunikovat s okolím přijde a není schopen přiměřeného kontaktu s jinými osobami.

„Komunikační schopnost člověka je narušená tehdy, jestliže některá jazyková rovina jeho projevu (případně i několik rovin simultánně nebo sukcesivně) působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačním záměrům“ (Lechta, 2007, s. 23). Zahrnuje všechny komunikační roviny jazyka: foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou i pragmatickou. Narušenou komunikační schopnost lze posuzovat z hlediska způsobu komunikování zkoumáním verbálního, neverbálního a grafického projevu. Dále z hlediska průběhu komunikování, dle narušení produkce řeči a narušení porozumění řeči. Z hlediska časového posuzujeme poruchy trvalé, vrozené nebo získané (Lechta, 2007). Jednou z příčin vzniku narušené komunikační schopnosti člověka je propuknutí a rozvoj demence.

„Poruchy komunikace provázejí s různými projevy a intenzitou všechny typy a stádia demence. Projevují se poruchami kontaktu s okolím, poruchami řeči, jazykového vyjadřování, rozumění verbálnímu projevu a jsou spjaté s poruchami čtení a psaní“ (Neubauer in Škodová, Jedlička, 2007, s. 181). Jak velice výstižně uvádí Zgola (2002, s. 21): *„Demence působí jako filtr, který ovlivňuje jak informaci doručovanou, tak*

odesílanou. Porucha deformuje obraz, který osoba o světě získává, a také způsob, kterým vyjadřuje své reakce“. Hlavní narušení komunikace způsobují příznaky demence. Nejčastěji poruchy paměti, zejména krátkodobé, poruchy orientace, nepochopení řeči, a neschopnost vyjádřit se. Poškozeny jsou řečové složky, je narušena zvuková stránka řeči, a také její obsahová a gramatická stránka (Lechta, 2007, Neubauer in Škodová, Jedlička, 2007).

2.3 Poruchy komunikace u seniorů s demencí

U demencí se v souvislosti s narušenou komunikační schopností hovoří o afázii a dysartrii. Dysartrie je porucha schopnosti vyslovovat a artikulovat jednotlivá slova, podmíněná postižením svalstva podílejícího se na tvorbě řeči. Člověk rozumí významu slov, ale není schopen je správně vyslovovat a jeho řeč se stává nesrozumitelnou (Vágnerová, 2014). Při afázii dochází ke ztrátě schopnosti porozumět smyslu mluvené řeči, a to v obou jazykových složkách expresivních a receptivních. Receptivní složka, „*jazyk kterým vnímáme*“, představuje schopnost, „*dekódovat*“, porozumět mluvené řeči jiných. Narušení receptivní složky se projevuje potížemi s rozpoznáváním slov a porozumění složitějším větám. Expresivní složka, „*jazyk, kterým se vyjadřujeme*“, představuje schopnost, „*kódovat*“, formulovat a vyjadřovat své vlastní myšlenky. Poškození expresivní složky se projevuje neschopností srozumitelně se vyjádřit. Dochází k obtížnému hledání slov, nahrazování slov jinými výrazy, nesprávným řazením slov ve větě a používáním rozsáhlých popisů místo jasného zformulování (Zgola, 2002).

Další poruchy komunikace způsobené progresí demence se projevují zpomaleným, nebo naopak překotným vyjadřováním. Řeč se stává monotónní a chybí jí dynamika. Objevuje se zabíhavá komunikace, kdy senior není schopen odlišit podstatné od nepodstatného a při vyprávění odbíhá k dalším tématům. Ulpívavá komunikace, projevující se stereotypním opakováním slov, frází. Také se objevuje nutkání k nesmyslné mluvě a přerušovaná komunikace z důvodů výpadků paměti (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, Vybíral, 2009).

2.4 Projevy poruch komunikace u seniorů s demencí

V rámci verbální komunikace, je pro pečující velice zatěžující slovně agresivní i neagresivní chování, zejména dochází-li k jeho neustálému opakování.

Mezi neagresivní projevy patří: opakování dotazů, zdlouhavé opisování, nedorozumění, nepochopení, a vyprávění stále stejných historek. Je důležité, aby si pečující uvědomili, že senior za své jednání nemůže a nedělá to schválně. Podkladem pro jeho chování je snaha pomocí zachovalých schopností, nahradit to, co už nemůže použít. Svým jednáním se snaží o kontakty, které mu pomohou eliminovat pocity bezradnosti ze své bezmocnosti (Venglářová, 2007, Venglářová, Mahrová, 2006).

Slovní agrese se projevuje nadávkami, křikem, používáním hanlivých výrazů a vulgarismů. Také se mohou objevit stížnosti a výhrůžky. Agresivitu vyvolávají různé příčiny. Může se jednat o souvislost s nenaplněnými potřebami seniora, nebo o reakci na chování okolí, či reakce na prostředí. Při projevech agresivity se jako nejspolehlivější postup jeví, reagovat klidně, bez emocí, ale dostatečně sebejistě a rozhodně. Pokusit se odvést seniorovu pozornost od situace, která jeho agresi vyvolala. Poté co výbuch agrese odezní, pokusit se zjistit, co ji vyvolalo. (Venglářová, 2007, Zgola, 2002).

2.5 Bariéry v komunikaci se seniory s demencí

Potíže v komunikaci mezi pečujícím a seniorem s demencí nemusí vznikat jen z důvodů projevů demence. Komunikační bariéry mohou vznikat z různých důvodů ze strany seniora, pečujícího nebo prostředí. Bariéry ze strany seniora představují jeho neochotu komunikovat např. z důvodů jeho osobního rozpoložení. Také může mít zábrany vůči svému pečovateli, či k němu pociťovat nedůvěru. Může se jednat o projevy stresu, únavy, nebo úzkosti.

Také pečující mohou mít problémy v komunikaci. Při péči o seniory s demencí se často dostávají do situací, kdy nevědí, jak s nimi mluvit. Důvodem může být strach ze závažných témat, špatná zkušenost z dřívějších dob, neadekvátní reakce seniorů. Častá bariéra ze strany pečujících je také nedostatek času. Bariéry prostředí tvoří okolní rušivé vlivy, hluk, velké množství podnětů a nedostatek soukromí (Venglářová, 2007).

2.6 Komunikace dle typu a stádia demence

Z výše uvedených kapitol vyplývá, že pro efektivní komunikaci se seniorem s demencí je pro pečujícího velice důležité vědět jakým typem demence trpí, v jakém stádiu se nachází a znát jaké jeho schopnosti jsou zachovány a jaké nikoliv.

Komunikace ve stádiu mírné a počínající demence

Ve stádiu počínající a mírné demence, má senior zachovalou schopnost verbální komunikace, ale zhoršuje se mu vybavování a vyjadřování. Senior dokáže vyjádřit svá přání a potřeby. Není třeba využívat žádných speciálních komunikačních technik. Postačí empatická a trpělivá komunikace, využívající podklady pro komunikaci se seniory s demencí. K podpoře komunikace využíváme aktivní naslouchání. Dopomáháme nemocnému najít vhodné výrazy, ale neskáčeme mu do řeči, nedoplňujeme hned slova a myšlenky za něj. Nemocnému dáváme dostatek času, aby se vyjádřil. Ve vhodných chvílích využíváme pochvaly (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Komunikace ve stádiu středně pokročilé demence

Ve stádiu středně pokročilé demence, kdy začíná být vnímání a komunikace více narušena, je třeba využívat další vhodné způsoby, které usnadní porozumění, předejdou konfliktům a problémovému chování. Mezi techniky, které mohou velmi zkvalitnit komunikaci v tomto stádiu patří:

Validační terapie

Validační terapie je komunikační metoda uznávající a potvrzující hodnotu osobnosti seniora. Jako jeden z nástrojů pro komunikaci s dezorientovaným seniorem s demencí je v současné době součástí komplexí péče. Tato metoda byla koncipována Naomi Freil zejména jako reakce na nespokojenost s tradičními přístupy komunikace, založenými na orientaci v realitě. Základním východiskem validace je akceptace jedinečnosti a hodnoty člověka bez ohledu na to, jak dezorientovaný je a přijetí faktu, že jeho chování nesouvisí pouze s projevy choroby, ale odráží kombinaci změn, k nimž docházelo během života. Principem je, že seniora s demencí nelze nutit ke změně chování, ale empaticky se pokusit vcítit do jeho situace. Hlavní úlohou validujícího přístupu je nevyvracet tvrzení seniora, ale potvrdit mu, že jeho emoce a pocity jsou skutečné a

pečující je bere vážně. Každé jednání a prožitek má svůj význam, ukotvený v minulosti seniora. Díky tomuto přístupu se senioři s demencí pomocí „oživených vzpomínek“ vracejí do minulosti, kde byli produktivními a soběstačnými osobami, a to jim pomáhá obnovovat jejich důstojnost. Pozitivně ovlivňuje vztah mezi pečujícím a seniorem a také umožňuje ovlivnit stres, nervozitu a agresivitu (Janečková in Matoušek, 2013, Procházková, 2012).

Technika preterapie

Další přístup, který lze využívat při péči o seniory s demencí je metoda preterapie. Tato metoda se využívá u osob s mentálním a duševním onemocněním s možným využitím pro projevy deprese a agrese. V mnoha bodech se velmi podobá metodě validace. „Jmenovaná technika slouží k navázání kontaktu a následně umožňuje spolupráci. Dává nemocnému pocit společného prožitku“ (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 117). Vychází z reflexe, že prožívání a pocity nemocného jsou důležité a při komunikaci je spoluprožíváme. Metoda preterapie využívá tyto postupy: situační reflexe (uvědomění si situace), faciální reflexe (vyjádření emočního prožitku), verbální reflexe (hledání vhodných slov), tělová reflexe (popis činností prováděných tělem) a opakování slov po nemocném. Na rozdíl od validace, je pro používání preterapie doporučováno absolvovat výcvik (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Rezoluční terapie

„Tato metoda předpokládá, že cokoliv nemocný řekne právě teď je pro něj realitou a nemá smysl to měnit. Využívá se u těch nemocných, u nichž demence již pokročila natolik, že obnovování reality je naprosto nemožné a také neúčelné“ (Klevetová, 2008, s. 115). Vychází ze skutečnosti, že chování nemocného má podklad z prožitků v minulosti a představují pro něj současnou realitu tzn. „minulost se stává přítomností“. Proto je pro rezoluční terapii důležité znát minulost nemocného a vědět k jaké události se možné situace v chování pojí, nebo co je vyvolává. Při rezoluční terapii pečující přijímá vše, co nemocný řekne, jako reálné. Neopravuje ani nevyvrací sdělené informace. Tím pomáhá obnovovat jeho sebedůvěru a snižuje pocity bezradnosti či bezmoci a také pomáhá předcházet problematickému chování (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Komunikace ve stádiu těžké demence

Ve stádiu těžké demence, je nemocný závislý na péči okolí a jeho komunikační schopnosti velmi omezené. Je však stále schopen vnímat, jak se k němu pečující chová. Komunikace se seniorem v těžkém stádiu demence by měla být především založená na laskavém a klidném přístupu. Při kontaktu využíváme neverbální komunikaci, doteky, pohlazení. Sledujeme seniorovi projevy libosti, či nelibosti. V tomto stádiu demence se uplatňuje kromě výše uvedených technik také technika bazální stimulace (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Bazální stimulace

Bazální stimulace je zde zařazena do komunikačních technik, přestože se nejedná přímo o komunikační metodu, ale o tzv. koncept ošetrovatelské péče. Je postavena na zásadě, že péče musí být pro klienta příjemná v každém stádiu jeho choroby. Forma komunikace probíhá přes doteky. Pomocí nich bazální stimulace obnovuje paměťové dráhy v mozku, které při demenci postupně zanikají. Výhodou této metody je, že ji lze uplatňovat také u seniorů, kteří přicházejí o schopnost verbálně se vyjadřovat, nebo přestávají vnímat. *„Koncept Bazální stimulace vychází z předpokladu individuální strukturované péče na základě biografické anamnézy klienta. Druhým podstatným faktorem pro tuto péči je integrace klientovy nejbližší osoby do péče. Tato ošetrovatelská péče umožňuje neustálý (situaci klienta přiměřený) přísun podnětů z vlastního organismu a také z jeho okolního světa.“* (Institut bazální stimulace, 2015). Stimulace doteky se dělí do různých typů, dle způsobu provádění.

Přístupy na základě typu demence

Existují také přístupy na základě typu demence. Z poznatků o chování seniorů s různými typy demence popisují Jiráček, Holmerová, Borzová (2009) tři schémata možných vzorců jednání: „máma“, „táta“, „kouč“. Pro seniory s Alzheimerovou chorobou je vhodný přístup „máma“ kdy je seniora s demencí třeba přijímat, podporovat a laskavě provázet životem a jeho úskalími. Vyjadřovat mu podporu a snažit se mu pomáhat. Zároveň však nastavit pravidla a rituály, které budou senior i pečující dodržovat. U frontotemporálních poruch, kde nejsou tak závažné poruchy kognitivních funkcí, zejména poruchy chování, se uplatňuje přístup „táta“. Vhodnější je důraznější přístup k dosažení motivace seniora. Rázný přístup však nesmí

přejít v hrubé a arogantní jednání. U vaskulární demence, kde se do popředí chování dostává nejistota, se uplatňuje přístup „kouč“. Pečující nemocného vede a motivuje k činnosti. Povzbuzuje ho a chválí při jakémkoli úspěchu a snaží se mu dodávat sebejistotu. Uvedení autoři k tomu zároveň dodávají, že nelze tato doporučení brát paušálně u každé diagnózy demence. Vždy je třeba ke každému jedinci a jeho onemocnění přistupovat individuálně.

2.7 Zásady komunikace se seniory s demencí

Při komunikaci se seniorem s demencí, by měl pečující vycházet z doporučených zásad a principů. Podklad pro správnou a efektivní komunikaci vychází zejména z poznatků o komunikaci se seniory s demencí, z úplných informací o klientově osobnosti a z poznatků o stupni a typu demence. Každé stádium a typ demence vyžaduje specifický přístup, proto je důležité nejprve získat ucelené informace a následně je využít spolu se znalostmi zásad o přístupech a komunikaci (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, Venglářová, Mahrová, 2006, Zgola, 2002).

To, co nejvíce formuje přístup k seniorovi s demencí, je vlastní postoj pečujícího. To znamená, že pečující chce porozumět a vyvine dostatečnou snahu, aby toho dosáhl (Júnová, 2015). Další podklad pro komunikaci by měl být tvořen pozitivním vztahem mezi seniorem a pečujícím. Proto je důležité brát ho jako cennou lidskou bytost, respektovat jeho osobnost. Chránit jeho důstojnost a komunikovat s ním zdvořile a laskavě. Vyvarovat se podceňování a negativních verbálních i neverbálních projevů (Klevetová, Dlabalová, 2008, Venglářová, Mahrová, 2006).

Při jakémkoli slovním kontaktu je důležité navázání očního kontaktu. Pečující by měl zaujmout takovou polohu, která umožňuje oční kontakt. Tak si zajistí zpětnou vazbu, zda ho senior vnímá a je schopen mu naslouchat. Chybou je oslovování seniora ze vzdálenějšího místa, kdy pečující není v jeho zorném poli. Dále je důležité udržovat oční kontakt, pokud se nám senior snaží něco sdělit, nebo nám něco vypráví (Pokorná, 2010). Velkou roli hraje vytvoření vhodných podmínek s eliminací akustických elementů a jiných rušivých podnětů. Může se jednat o puštěnou televizi, hlasitý hovor, nedostatek soukromí, nevhodnou výzdobu apod. Tyto podněty mohou působit rušivě, rozptylovat pozornost, či vyvolávat nepřiměřené reakce (Konig, Zemlin, 2017).

Prizpůsobit hlas a řeč konkrétnímu seniorovi a situaci. Mluvit zřetelně, pomalu. Respektovat princip zpomalení a chránit nemocného před časovým stresem. Dávat důraz na jasné a přesné formulování. Používat krátké stručné věty a instrukce vysvětlovat v jednotlivých krocích. Využívat slovník postižené osoby, výrazy, které sama užívá a rozumí jim. K podpoře verbálního sdělení využívat taktilní komunikaci, gestiku a další neverbální sdělení. Gesta a mimika představují pro seniora potvrzení, že byl správně pochopen. S ohledem na potřeby seniora využívat doteky k podpoře pozitivního naladění (Venglářová, Mahrová, 2006, Zgola, 2002).

Brát ohled na omezení myšlení a řeči. Při nesprávném pojmenování neopravovat, neupozorňovat na omyly, neuvádět mylná tvrzení na pravou míru. Eliminuje se tak konfrontace nemocného s vlastní nesoběstačností a nedostatečností. Vyvarovat se netrpělivých reakcí na opakované dotazy. Smysluplně odpovídat takovým způsobem, o kterém víme, že na danou osobu funguje. Zcela nevhodné jsou odpovědi typu „*To už jsem vám říkala*“ (Konig, Zemlin, 2017). Minimalizujeme kladení otázek s otevřeným koncem, např. „*kam jdete?*“ Senior na ně není schopen adekvátně reagovat, protože není schopen aktivovat odpovídající představu. Správně položená otázka by v tomto případě zněla např. „*nechtěl byste jít ven?*“ Chybou jsou také otázky vyžadující rozhodování. Přínosnější je nabízet různé možnosti, ze kterých si nemocný snáze vybere. Další chybou jsou dotazy vyzívající seniora k přemýšlení: „*Co jste dělal včera?*“. V tomto případě využíváme tzv. připomínkové věty „*Právě jste mi vyprávěl*“ (Konig, Zemlin, 2017, Zgola, 2002).

Neklademe striktní důraz na podporování v realitě. Seniori s demencí z důvodu svého postižení věří, že jejich realita je pravá. Pokud jim pečující vyvrací jejich tvrzení s tím, že to není pravda, stejně nejsou schopni ji pochopit. „*Pravda, jak ji známe ve světě nemocného demencí neexistuje*“ (Konig, Zemlin, 2017, s. 65). Konfrontace s ní vyvolá u seniora pouze nejistotu a naruší vztah mezi ním a pečujícím.

3 Domov se zvláštním režimem

Demence představují závažné postižení člověka s dopadem na jeho soběstačnost. Pokud rodina nebo jiné blízké osoby, s ohledem na zvyšující se nároky na péči, nezvládají zajištění takto postiženého ani ve spolupráci s terénními službami či denním stacionářem, mohou využít možnost umístit seniora do zařízení poskytující pobytové sociální služby. Lze využít služeb domova pro seniory nebo domova se zvláštním režimem. Obě zařízení poskytují péči na odborné úrovni. Domov se zvláštním režimem je přímo uzpůsoben specifickým potřebám seniora s demencí.

3.1 Charakteristika Domova se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem (dále jen DZR) jsou, podle zákona č. 108/2006, o sociálních službách, pobytovým zařízením, kde poskytují služby a péči osobám „*které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo v závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby*“ (§ 50). Péče je poskytována zejména osobám starším 65 let. Jsou zde také osoby mladších věkových skupin. Přijetí do DZR je podmíněno věkem a odpovídající diagnózou. Poskytované služby zahrnují oblast sociální a zdravotní a obsahují tyto základní úkony: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. DZR existují jako samostatná zařízení, nebo jako oddělení, která jsou součástí domovů pro seniory. U domovů pro seniory je ve většině případů zřizovatelem kraj nebo obec. V menší míře jsou zřizovány neziskovými organizacemi, církvemi a soukromými subjekty (Janečková in Matoušek, 2013).

DZR má za úkol vytvořit chráněné prostředí pro osoby s demencí. Mají zde možnost trávit den běžným způsobem, udržovat nebo zlepšovat svoji soběstačnost a samostatnost prostřednictvím vhodných aktivit. Klienti jsou pod trvalým dohledem proškoleného personálu zdravotnického i nezdravotnického, vzdělaného v oblastech demence, poruch chování, a přidružených zdravotních komplikací (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, Malíková, 2011).

Prostory domova by měly být navrhovány tak, aby odpovídaly specifickým potřebám obyvatel. A to i přesto, že oddělení se zvláštním režimem vznikají v rámci prostor stávajících domovů pro seniory. Obytné jednotky nemusejí být velké, ale příjemně a účelně zařízené jednoduchým příslušenstvím. Pokoje jsou většinou jednolůžkové, dvoulůžkové, třílůžkové a čtyřlůžkové. Standardem je koupelna a WC u každé obytné jednotky. Součástí domova by měly být dostatečné prostory pro aktivity, rehabilitaci, relaxaci, volný pohyb a jídelní prostory a také zabezpečené venkovní prostory s intuitivními chodníky a dostatkem míst pro sezení. Další samozřejmostí vybavení domova by měla být vodítka pro snadnou orientaci klientů. Příkladem jsou barevné kontrasty rozlišující patra budovy a jednotlivé místnosti, velká písmena u značících cedulí a návodné piktogramy na dveřích místností (Jiráková, Holmerová, Borzová, 2009, Veřejný ochránce práv, 2015).

3.2 Režim Domova se zvláštním režimem

DZR je pro klienta náhradou domova. Z důvodu svého postižení je vytržen ze svého přirozeného prostředí a přestěhován do nového, pro něj neznámého. Režim by měl proto být co nejvíce individualizovaný a pokud to podmínky dovolují, co nejvíce se přibližovat jeho předešlému dennímu režimu. Standardem je, aby režim byl postaven na individuálním plánu, který bude vycházet ze znalostí o životě klienta, jeho zvyklostí a v závislosti na jeho schopnostech (Jiráková, Holmerová, Borzová, 2009, Zgola, 2002). Jednotlivá oddělení DZR s kapacitou maximálně 15-20 klientů by měla mít samostatný personál a denní režim, oddělený od ostatních oddělení. Režim by měl být strukturován v přirozeném rytmu, většinou podáváním stravy. S ohledem na potřeby klientů může den začínat ranní hygienou. Následuje snídaně a po ní dopolední aktivita. Po dopoledních aktivitách následuje oběd. Po obědě většina klientů potřebuje čas na odpočinek. Následují odpolední aktivity, přerušované odpolední svačinou a den končí večeří a večerní hygienou (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, Jiráková, Holmerová, Borzová, 2009).

Zvláštní režim spočívá také v tom, že oddělení sloužící pro seniory s demencí mají tzv. polouzavřený systém. S ohledem na práva klientů není možné omezovat jejich pohyb a zakazovat jim, či jinak zamezovat, aby se volně pohybovali. *„Něméně je třeba připustit, že lidé trpící onemocněním způsobující demenci nejsou pouhými obyvateli*

zařízení či uživatelé sociálních služeb, ale jedná se o lidi nemocné, kteří (zejména ve stádiu rozvinuté demence) se zpravidla chovají tak, že svým jednáním mohou ovlivnit svou bezpečnost, ale také bezpečnost jiných lidí“ (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 122). Princip polouzavřeného režimu spočívá v tom, že klienti se mohou volně procházet po oddělení nebo uzavřené zahradě. Nemohou však sami bez dohledu z oddělení odcházet. Toho je docíleno například atypickými klikami, signalizačním zařízením nebo východy s recepcí, která zajišťuje dohled. Návštěvy a rodinní příslušníci mohou klienta navštěvovat bez omezení (Malíková, 2011, Veřejný ochránce práv, 2015).

3.3 Pracovník v sociálních službách

Péči o seniory v DZR zajišťuje kvalifikovaný personál. Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách zajišťují odbornou činnost a péči:

- sociální pracovníci
- pracovníci v sociálních službách
- zdravotničtí pracovníci
- pedagogičtí pracovníci a další odborníci, kteří přímo poskytují sociální služby.

Tato práce se věnuje skupině vykonávající přímou obslužnou péči pracovníkům v sociálních službách (dále jen PSS), kteří jsou se seniory s demencí při poskytování péče v nejužším kontaktu. PSS je kvalifikovaný pracovník, který uživatelům domova se zvláštním režimem zajišťuje: „*přímou obslužnou péči o osoby spočívající v nácviu jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb, zajišťuje nepedagogickou činnost, zejména činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit...*“ (§116).

Slovník sociálního zabezpečení Ministerstva práce a sociálních věcí uvádí, že PSS při těchto činnostech využívají své komunikační dovednosti k zajištění ochrany práv

uživatelů. Jsou připraveni řešit nouzové a krizové situace. Ovládají metodické postupy pro poskytování sociálních služeb a plánování jejich poskytování podle osobních cílů uživatelů. (Slovník sociálního zabezpečení, 2018).

3.3.1 Předpoklady pro výkon pracovníka v sociálních službách

Podmínkou pro výkon PSS je plná svéprávnost, plnoletost, zdravotní a odborná způsobilost odpovídajícím požadavkům zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a doplňující vyhlášky 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Odbornou způsobilostí PSS je základní vzdělání nebo střední vzdělání s výučním listem, nebo maturitou nebo vyšší odborné vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu v rozsahu 150 hodin. Kvalifikační kurz je nutné splnit do 18 měsíců ode dne nástupu do zaměstnání. Do doby splnění této podmínky vykonává zaměstnanec činnost PSS pod dohledem odborně způsobilého PSS. Další povinností PSS je vzdělávat se k upevnování a doplnění kvalifikace v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok.

Péče o člověka s demencí představuje náročný a často psychicky a fyzicky vyčerpávající proces. Každý, kdo chce v tomto oboru pracovat, by měl zvážit mimo kvalifikačních předpokladů, také své osobnostní předpoklady. V požadavcích na PSS v DZR se nejčastěji objevují osobnostní předpoklady jako je: spolehlivost, flexibilita, ochota učit se novým věcem, komunikační dovednosti, kladný a vstřícný vztah k seniorům, samostatnost, empatie, umění naslouchat atd. (Kučerová, 2006, Malíková, 2011). Komunikační dovednosti jsou definovány pouze obecně, bez bližší specifikace a zaměření na znalosti přístupů k seniorům s demencí.

Podle Holmerové (2007, s. 61), by měl mít profesionální pečující tyto předpoklady: *„fyzická zdatnost, psychický klid a vyrovnanost, měl by chtít tuto práci vykonávat, měl by být vzdělaný a umět tuto péči kvalifikovaně poskytovat“*. PSS si musí uvědomovat, že jeho postoj a přístup k seniorovi o kterého pečuje, tvoří nedílnou součást jeho péče. Kromě toho, že provádí činnosti definované zákonem o sociálních službách, musí vynaložit mnoho energie k tomu, aby se svými klienty dokázal spolupracovat, vzhledem k jejich postižením a byl pro ně záchytným bodem, který v nich buduje pocit jistoty a bezpečí (Zgola, 2002).

4 Shrnutí teoretické části

Onemocnění demence a její pokročilá stádia představují velký dopad na soběstačnost, chování a komunikaci člověka a jeho interakce s ostatními osobami. Z důvodu progresu choroby se mění vnímání reality postiženého, vzniká narušení komunikačních schopností. Pokud není možné zajistit péči o seniora s demencí v domácím prostředí, ani s využitím dostupných služeb a s pomocí blízkých osob, lze využít možnosti institucionální péče například domova se zvláštním režimem. Velkou část péče o seniory s demencí v DZR zajišťují pracovníci v sociálních službách. Vykonávají přímou obslužnou péči, jsou se svými klienty v úzkém kontaktu a tráví s nimi hodně času. Nedílnou součástí péče o seniory s demencí tvoří také komunikace s nimi. Jejím hlavním úkolem je dorozumět se s klientem a porozumět mu. Při tomto procesu jsou PSS konfrontováni s narušenou komunikační schopností svých klientů, musí se vyrovnávat s bariérami z jejich strany, snažit se eliminovat bariéry ze své strany a také minimalizovat bariéry ze strany prostředí DZR. Z narušení komunikačních schopností seniorů s demencí a bariér vzniká pro PSS při poskytování péče řada náročných a zatěžujících momentů.

K tomu, aby PSS mohli efektivně komunikovat se seniory s demencí, musí znát zásady komunikace s touto cílovou skupinou. Dále je musí poznat, získat informace o jejich životním příběhu, zhodnotit jejich dorozumívací schopnosti a hledat způsoby, jak se s nimi nejlépe domluvit. To na PSS klade velké nároky z hlediska osobnostních předpokladů, vzdělávání a zvládnání psychické zátěže.

5 Komunikace se seniory s demencí v domově se zvláštním režimem

Komunikace mezi pečovatelem a seniorem s demencí, o kterého pečuje, je náročný a často psychicky vysilující proces. A to zejména, když má pečující na starosti více osob s tímto postižením, jako tomu je v pobytových službách. Pracovníci v sociálních službách jsou při výkonu svého povolání vystaveni nepřetržité interakci se svými klienty. Výzkumná část této práce se věnuje tématu, jak vnímají pracovníci v sociálních službách komunikaci se seniory s demencí v domově se zvláštním režimem. Hlavním výzkumným cílem (HVC) této práce je zjistit, **jak vnímají pracovníci v sociálních službách náročnost komunikace se seniory s demencí v domově se zvláštním režimem**. Zejména při běžné denní péči a běžných denních situacích. Ke zjištění výzkumného cíle byla vybrána kvalitativní výzkumná strategie. Jako výzkumná metoda byl zvolen polostrukturovaný rozhovor s pracovníky v sociálních službách, vykonávající přímou obslužnou péči v domově se zvláštním režimem Centrum spokojeného stáří Alzheimer Care ve Svobodě nad Úpou. Na základě analýzy provedených rozhovorů, byly identifikovány skutečnosti, které PSS znesnadňují komunikaci a představují náročné prvky při poskytování péče seniorům s demencí.

5.1 Metodologické ukotvení

Kvalitativní výzkum zaujímá rovnocenné postavení mezi ostatními výzkumnými metodami. Podle Dismana (2000) jsou kvalitativní výzkumné postupy nenumerická šetření, kde nedochází ke statistickému zpracování získaných dat, ale pracuje se se slovy. Používá především data z rozhovorů, pozorování a dokumentů. Pro vymezení a provádění kvalitativního výzkumu neexistuje jeden obecně uznávaný způsob. *„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu (Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 17).* Výzkumník vyhledává a analyzuje informace, které přispívají k objasnění výzkumných otázek. Výzkum se zpravidla provádí pomocí

delšího kontaktu s daným terénem nebo skupinou jedinců. Výzkumník se snaží získat pohled na zkoumanou oblast a snaží se izolovat konkrétní témata. Sběr a analýza dat probíhá současně. Z analyzovaných dat se vytváří interpretace a popis zkoumaného jevu. Hlavní nevýhoda kvalitativního výzkumu je spatřována v snadné ovlivnitelnosti výsledků výzkumníkem a jeho osobními preferencemi (Hendl, 2005).

Pro kvalitativní výzkum je typické využití méně standardizovaných metod. Pro výzkumné šetření ke zjištění HVC jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připravených otázek. Předchází mu důkladná příprava teoretických znalostí zkoumaného jevu a prostředí, kde bude výzkum probíhat. K přípravě patří také tvorba základních témat, které vycházejí z HVO a formulace otázek k DVO. „*Cílem hloubkového polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu.*“ (Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 13). Polostrukturovaný rozhovor je méně formální, umožňuje klázení otázek v libovolném pořadí a reagovat na získané informace, případně klást další doplňující dotazy. Podle Hendla (2005) je polostrukturovaný rozhovor ideální pro získání individuálních názorů informantů na zkoumanou problematiku a porozumění jejich situaci.

5.2 Výzkumné prostředí a jeho charakteristika

Svůj výzkum jsem prováděla v domově se zvláštním režimem Centrum spokojeného stáří Alzheimer Care ve Svobodě nad Úpou. Tento domov jsem si vybrala, protože jsem zde pracovala 3 roky a prostředí mi bylo známé. Pro provádění výzkumu jsem využila znalost prostředí, pracovníků DZR a také osobní zkušenosti se zkoumanou problematikou.

Centrum spokojeného stáří je registrovaným poskytovatelem pobytové sociální služby dle § 50 Domovy se zvláštním režimem, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Cílovou skupinu tvoří zejména osoby starší 55 let, s chronickým neurodegenerativním onemocněním centrálního nervového systému, převážně s Alzheimerovou chorobou a dalšími typy demence ve všech stádiích onemocnění.

Objekt je tvořen dvěma shodnými 4 patrovými budovami, které jsou v prvním nadpodlaží propojené vstupním příjmovým vestibulem. Kapacita domova je 120 lůžek. Dohromady je zde 10 jednolůžkových, 10 dvoulůžkových, 6 třílůžkových a 18

čtyřlůžkových pokojů. Pokoje jsou uspořádány vždy po dvou s malou chodbičkou a samostatným sociálním zařízením, které tvoří bezbariérové WC a sprchový kout. Klienti jsou rozděleni podle stupně soběstačnosti a kognitivního deficitu do 3 kategorií (I. mírné až středně těžké postižení, II. středně těžké postižení, III. těžké postižení). 1. a 2. patro je určeno převážně pro umístění klientů nejtěžší III. kategorie a část klientů II. kategorie, kteří potřebují zvýšenou ošetrovatelskou péči. 3. patro je určeno pro II. kategorii klientů. A 4. patro je přednostně určeno pro I. nejlehčí kategorii obyvatel. Vždy dvě patra tvoří jedno oddělení s 30 klienty o které se stará 6-8 pracovníků v sociálních službách. Každé oddělení má samostatný provoz nezávislý na ostatních odděleních. V každém patře je společenská místnost sloužící jako jídelna a jako prostor pro konání různých akcí. Pro větší akce s více lidmi se využívá velká jídelna a prostor před recepcí v prvním patře. Dále mají klienti k dispozici velkou zahradu se zastřešenou terasou, přístupnou z recepcie.

Na přímé péči o klienty domova se podílí 32 PSS v závislosti na rozpisu směn. Většinou se jedná o ženy, ale na každém oddělení vykonávají přímou obslužnou péči i muži. Ženy jsou však v početní převaze. Všichni PSS vykonávají přímou obslužnou péči a základní výchovnou nepedagogickou činnost. Úzce spolupracují se zdravotními sestrami, zdravotnickými asistenty, fyzioterapeutem, lékařem, ergoterapeutkami a dalším personálem. Na každém oddělení zůstávají stejní PSS, aby klienti měli stále prostředí a nebyli stresováni změnami.

5.3 Formulace výzkumných cílů

Hlavní výzkumná otázka zní: **Jak vnímají pracovníci v sociálních službách náročnost komunikace se seniory s demencí v domově se zvláštním režimem?** Odpověď na hlavní výzkumnou otázku jsem hledala pomocí čtyř dílčích výzkumných otázek:

První dílčí výzkumná otázka (DVO1): Jak hodnotí pracovníci v sociálních službách své kompetence v oblasti komunikace se seniory s demencí?

Cílem této dílčí otázky bylo zjistit, jak sami pracovníci v sociálních službách hodnotí své znalosti, dovednosti a vzdělání v oblasti komunikace se seniory s demencí. Kompetence je zde chápána jako schopnost komunikovat s klienty s demencí, vycházející ze znalosti klienta (jeho povahy, zvyklostí, minulosti, specifických

projevů a reakcí), znalosti zásad komunikace se seniory s demencí a schopnosti tyto dovednosti využívat.

Druhá dílčí výzkumná otázka (DVO2): Jaké komunikační bariéry a narušení komunikačních schopností pracovníkům v sociálních službách komplikují komunikaci se seniorem s demencí?

Cílem této dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, které komunikační bariéry a narušení komunikačních schopností, podle osobních zkušeností pracovníků v sociálních službách působí komplikace při komunikaci se seniory s demencí a ztěžují péči.

Třetí dílčí výzkumná otázka (DVO3): Jaké situace plynoucí z bariér a komunikačních obtíží jsou pro pracovníky v sociálních službách zatěžující?

Cílem této dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, které situace při běžné denní péči plynoucí z bariér a narušené komunikace jsou pro pracovníky v sociálních službách zatěžující a mají problémy s jejich řešením.

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka (DVO4): Jaké postupy, techniky a metody pomáhají pracovníkům v sociálních službách ulehčovat komunikaci a překonávat komunikační bariéry?

Cílem této dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, jaké postupy využívají pracovníci v sociálních službách, aby překonali komunikační bariéry, našli způsoby, jak komunikovat v určitých situacích a ulehčili si tak péči o klienty.

Transformace dílčích výzkumných otázek do tazatelských

Každou dílčí výzkumnou otázku jsem transformovala do sad tazatelských otázek, které jsem následně použila v rozhovorech s pracovníky v sociálních službách v Centru spokojeného stáří Alzheimer Care. Na základě odpovědí pracovníků jsem získala odpovědi na dílčí výzkumné cíle a z nich jsem poté vyhodnotila naplnění hlavního cíle.

Tab. 1 Transformace dílčích výzkumných otázek do otázek tazatelských

HVO Jak vnímají pracovníci v sociálních službách náročnost komunikace se seniory s demencí v domově se zvláštním režimem?			
Dílčí výzkumný cíl (DVO)	Technika pro získání informací	Nositel informací (informant)	Sada tazatelských otázek
DVO1: Zjistit, jak hodnotí pracovníci v sociálních službách své kompetence v oblasti komunikace se seniory s demencí?	Polostrukturovaný rozhovor	Pracovník v sociálních službách vykonávající přímou obslužnou péči o seniory s demencí v domově se zvláštním režimem	TO1 TO2 TO3 TO4 TO5
DVO2: Zjistit, jaké komunikační bariéry a narušení komunikačních schopností pracovníkům v sociálních službách komplikují komunikaci se seniorem s demencí?	Polostrukturovaný rozhovor	Pracovník v sociálních službách vykonávající přímou obslužnou péči o seniory s demencí v domově se zvláštním režimem	TO6 TO7 TO8 TO9 TO10
DVO3: Zjistit, jaké situace plynoucí z bariér a komunikačních obtíží jsou pro pracovníky v sociálních službách zatěžující?	Polostrukturovaný rozhovor	Pracovník v sociálních službách vykonávající přímou obslužnou péči o seniory s demencí v domově se zvláštním režimem	TO11 TO12 TO13 TO14
DVO4: Zjistit, jaké postupy, techniky a metody pomáhají pracovníkům v sociálních službách ulehčovat komunikaci a překonávat komunikační bariéry?	Polostrukturovaný rozhovor	Pracovník v sociálních službách vykonávající přímou obslužnou péči o seniory s demencí v domově se zvláštním režimem	TO15 TO16 TO17

Tazatelské otázky pro polostrukturovaný rozhovor

TO1: Jak hodnotíte své znalosti o klientech, o které pečujete, o jejich osobnosti, životě, minulosti, stádiu a typu demence?

TO2: S jakým typem a stádiem demence se u svých klientů setkáváte?

TO3: Jaké způsoby komunikace klienti využívají?

TO4: Jak hodnotíte své znalosti o komunikaci se seniory s demencí?

TO5: Znáte nějaké speciální přístupy v komunikaci se seniory s demencí např. validaci, rezoluční terapii, preterapii, bazální stimulaci? A pokud ano využíváte tyto přístupy v praxi?

TO6: S jakými obtížemi v komunikaci se u svých klientů setkáváte?

TO7: Které komunikační obtíže Vám komplikují péči o seniora s demencí?

TO8: Jaké obtíže vnímáte z klientovy strany?

TO9: Vnímáte nějaké obtíže ze své strany? Jaké?

TO10: Jaké obtíže vnímáte ze strany prostředí, ve kterém pečujete o seniora s demencí?

TO11: Které situace, plynoucí z komunikačních obtíží, Vám komplikují péči o seniora s demencí?

TO12: Co pro Vás představuje nejnáročnější momenty při komunikaci se seniorem s demencí?

TO13: Co Vás nejvíce zatěžuje při komunikaci s klienty při běžné denní péči?

TO14: Jak se cítíte po celodenní komunikaci se svými klienty?

TO15: Které postupy, strategie využíváte při běžné denní komunikaci?

TO16: Máte nějaké postupy, kterými si usnadňujete komunikaci s klienty? V jakých situacích a jaké?

TO17: Jakým způsobem si ověřujete, že senior, o kterého pečujete, rozumí tomu, co mu říkáte?

5.4 Realizace výzkumu a charakteristika informantů

Během měsíce září 2017 jsem si domluvila schůzku s vedoucí sociální pracovnící DZR Centrum spokojeného stáří. Vysvětlila jsem jí svůj záměr o provedení výzkumu pro potřeby bakalářské práce a požádala o svolení provést výzkum v daném zařízení mezi pracovníky v sociálních službách. Vedoucí sociální pracovnice neměla námitek za podmínky, že výzkum nenaruší provoz domova a provedení výzkumu mi ústně povolila.

Kritériem výběru výzkumného vzorku bylo, aby šlo o pracovníky v sociálních službách, kteří vykonávají přímou obslužnou péči o klienty DZR. Při výběru

výzkumného vzorku jsem se zaměřila na to, aby informanti měli různě dlouhou praxi. Protože jsem v domově pracovala od jeho otevření v listopadu 2013, všechny PSS jsem znala osobně a výběr informantů mi nečinil problém. Vytipovala jsem si několik PSS a oslovila je s žádostí o výzkumný rozhovor. Z PSS, kteří souhlasili s provedením rozhovoru, jsem vybrala jednoho informanta a s ním realizovala pro ověření srozumitelnosti otázek pilotní předvýzkum.

20. 11. 2017 jsem provedla s vybraným PSS domova pilotní předvýzkum. Během předvýzkumu se mi potvrdilo, že můžu klást otázky v různém pořadí v závislosti na průběhu rozhovoru. Informanta jsem nechala volně odpovídat a během odpovědi na jednu otázku mi často poskytl více odpovědí najednou na další dotazy ze sady tazatelských otázek. Na základě předvýzkumného rozhovoru jsem některé tazatelské otázky přeformulovala pro větší srozumitelnost a dále zredukovala jejich počet.

Po provedení předvýzkumu jsem vybrala z PSS, kteří souhlasili s poskytnutím rozhovoru, 6 informantů, 5 žen a 1 muže. Vybrané informanty jsem podrobně seznámila s účelem výzkumu. Pro účel výzkumu jsem je označila I.1-I.6. S každým informantem jsem si předem domluvila datum a čas setkání na konání rozhovoru. Výzkumná skupina byla různorodá z hlediska věkové struktury, životních a pracovních zkušeností a vzdělání. V následující tabulce jsou uvedeni jednotliví informanti a jejich stručná charakteristika.

Tab. 2 Přehled informantů-pracovníků v sociálních službách

informant	pohlaví	věk	vzdělání	délka praxe v Centru spokojeného stáří
I.1	žena	56 let	středoškolské, zdravotní oblast	4 roky
I.2	žena	38 let	středoškolské, gymnázium	2 roky
I.3	žena	52 let	středoškolské, ekonomická oblast	2 a 1/2 roku
I.4	žena	42 let	základní	1 rok
I.5	žena	30 let	středoškolské, zdravotní oblast	3 roky
I.6	muž	35 let	vyučen, kuchař číšník	3 a 1/2 roku

V listopadu 2017 jsem docházela do Centra spokojeného stáří a prováděla výzkumné rozhovory domluvené s jednotlivými informanty. Informanty jsem seznámila s účelem výzkumu a také se skutečností, že citace z rozhovorů budou anonymně použity pro účely bakalářské práce. Informanty jsem ujistila, že zjištěné skutečnosti neposkytnu jiné osobě a záznamy budou vedeny anonymním způsobem. Vlastní výzkumné šetření bylo vedeno formou osobního rozhovoru na předem připravené otázky. Rozhovory probíhaly po pracovní době informantů, na jejich pracovišti v místnosti určené pro pracovní a výtvarné aktivity. Informanti odpovídali jednotlivě a každý rozhovor trval přibližně hodinu. Slovní odpovědi jsem si zaznamenávala písemně na papír tužkou ke zkratkám jednotlivých otázek, případně jsem doplňovala další otázky, které vyplynuly v průběhu rozhovoru. Zaznamenávání odpovědí tužkou na papír jsem zvolila, protože informanti projevovali zábrany a stud, při dotazu, zda by byli ochotni mluvit do diktafonu. Z toho jsem pochopila, že by jim to nebylo příjemné. Při záznamu rozhovoru jsem pro zrychlení používala zkratky slov. Pokud jsem u informanta zaznamenala neverbální vyjádření doprovázející jeho slovní projev, zaznamenala jsem jej do závorky k uvedené odpovědi. Po každém provedeném rozhovoru jsem ten samý den, provedla přepis rozhovoru do dokumentu Word. Získané odpovědi jsem poté vyhodnocovala a interpretovala k jednotlivým dílčím výzkumným cílům, pomocí kterých jsem vyhodnotila hlavní výzkumný cíl.

5.5 Interpretace první dílčí výzkumné otázky (DVO1)

DVO1: Jak hodnotí pracovníci v sociálních službách své kompetence v oblasti komunikace se seniory s demencí?

Ke DVO1 jsem pokládala tazatelské otázky, které mi pomohly zjistit, jak PSS hodnotí své dovednosti v oblasti komunikace s klienty v DZR a zda považují své znalosti o klientech za dostatečné, aby tvořily kvalitní podklad pro komunikaci při poskytování péče.

Z rozhovoru je patrné, že hodnocení znalostí o klientech a dovednosti komunikace s nimi závisí zejména na délce spolupráce mezi klientem a pečujícím. Informanti uváděli, že čím déle pečovali o klienta s demencí, tím měli lepší znalosti o jeho osobě a uměli s ním lépe komunikovat. **I5:** „*Ted' už znám naše klienty dobře. Ze začátku mi to trvalo, než jsem se s nimi seznámila a poznala je. Přišlo mi, že na to nebylo moc*

času. Všechno bylo v takovém spěchu a já měla pocit, že nic nestíhám. Pro mě to byl kolotoč koupání, krmení. Ale časem se to poddalo a teď už dobrý“. **I1:** „Já myslím, že znalosti o klientech mám dobré. K tomu jsem se dopracovala postupně. Jsem tady od začátku, kdy otevřeli. Nejdříve tady bylo 5 klientů. Pak postupně přibývali. Takže jsem se s nimi seznamovala postupně. Myslím, že to byla výhoda. Teď má každé oddělení více jak 25 klientů a když sem někdo nastoupí, musí se s nimi seznámit najednou.“ Většina dotázaných informantů měla znalosti o stádiu a typu demence klientů a dále se všichni informanti shodli, že klienti využívají všechny způsoby komunikace, verbální i neverbální, oční kontakt, doteky.

Při otázce, jak hodnotí své znalosti o klientech, vyplynulo, že informanti hodnotí své znalosti jako dostačující. Informace získávají zejména od klientů samotných, od jejich příbuzných, z plánů péče a také si je sdělují při předávání směny na ranních poradách. **I2:** „...znalosti o klientech si myslím, že mám dobré. Hodně informací jsem se dozvěděla z plánů péče a taky od holek.“ **I6:** „Já si myslím, že o nich mám dobré znalosti. Hodně si s nimi povídám. Poznám, když mají dobrou náladu, nebo když jim není dobře. Taky si hodně povídám s jejich příbuznými, když chci něco vědět, tak se zeptám... Informace si předáváme na začátku směny, ráno při poradě.“ Pouze informantka č. 4, která pracuje v zařízení 1 rok, své znalosti o klientech nehodnotila jako dostatečné. Jako důvod uváděla, že se s klienty neseznámila na takové úrovni, aby své kompetence v oblasti komunikace s nimi hodnotila pozitivně. **I4:** „Zatím to není žádná sláva. Jsem tady rok. Holky mi říkaly, že to trvá, než si člověk všechno zapamatuje.“

Dále informanti uváděli, že největší znalosti mají o klientech, u kterých dělají klíčového pracovníka. **I1:** „Jsem klíčový pracovník dvou klientek a o nich toho vím nejvíc.“ **I4:** „Jsem klíčový pracovník u pana XXX. O tom toho vím hodně. Má jenom sestru a dříve měl za partnerku cikánku a žil s ní v maringotce s komunitou cikánů. Občas používá cikánské výrazy. Nejdřív jsem nevěděla, co je to za řeč. Ale jak jsem se o něm dozvěděla, že žil s cikány, tak mi to došlo...“ Nejméně informací měli informanti o klientech, kteří nově nastupovali do zařízení. **I2:** „Nejhorší to je, když sem nastoupí někdo nový. Máme o něm jenom pár informací, nevím, jak se bude chovat.“ Nebo pokud museli jít vypomáhat na jiné oddělení a pečovali o klienty, které

neznají. **I3:** „Klienty od nás z oddělení znám dobře. Horší je to, když musíme jít vypomáhat na jiné oddělení. Tam ty klienty moc neznáme a oni neznají nás.“

Své znalosti o komunikaci se seniory s demencí většina informantů hodnotila pozitivně. Většina dotazovaných také uváděla znalosti zásad komunikace se seniory s demencí, které se snaží dodržovat. **I4:** „Já myslím, že mi to jde... vím, že musím mluvit pomalu a zřetelně. Používat jednoduché krátké věty a toho se snažím držet.“ Další informant uvádí **I5:** „O komunikaci se seniory s demencí toho vím hodně. Měli jsme i hodně kurzů na tohle téma a mě to zajímalo. Víím, že musím mluvit pomalu, v krátkých větách...“ Z odpovědí informantů opět vyplývalo, že k získání znalostí o komunikaci s klienty s demencí je potřeba čas a zkušenosti. **I1:** „Já už tady pracuju přes 3 roky a za tu dobu jsem se naučila, jak s nimi mluvit. Jak už jsem říkala nejhorší to bylo ze začátku. Nic jsem o klientech nevěděla, neuměla jsem s nimi mluvit, nevěděla jsem, jak reagovat.“ Zároveň dodávali, že teoretické znalosti o komunikaci se seniory s demencí mají, ale praxe je mnohem více komplikovaná. **I1:** „Každý tu nemoc prožívá jinak, jinak se chová, jinak reaguje.“ **I3:** „No je pořád co se učit. I když nějakého klienta poznám, tak mě stejně vždycky něčím zaskočí.“

Všichni dotázaní informanti věděli, že se při komunikaci se seniory s demencí využívají speciální přístupy a měli teoretické znalosti o nějakém z nich. Informace o speciálních přístupech získali na kurzech povinného vzdělávání PSS. Jednalo se zejména o validaci a bazální stimulaci. O rezoluční terapii a preterapii neslyšeli vůbec nebo jen zběžně a při péči o své klienty tyto přístupy nepoužívali. **I1:** „O validaci vím, měli jsme to v jednom kurzu, ty ostatní techniky neznám, nikdy jsem o nich neslyšela. A bazální stimulaci taky znám.“ Další informant uvádí **I2:** „O nějakých komunikačních technikách jsme mluvili na kurzech. Nejvíce asi o validaci. Ty ostatní si moc nepamatuju.“ **I4:** „Znám validaci a bazální stimulaci. Na to jsme měli školení. A oboje používáme.“

Vyhodnocení DVO1

Odpovědi na DVO1 Jak hodnotí pracovníci v sociálních službách své kompetence v oblasti komunikace se seniory s demencí jsou tato zjištění. Informanti vnímali své kompetence v oblasti komunikace se seniory pozitivně, jako dostatečné. Kompetence vycházeli ze znalostí klienta, jeho osobnosti, postižení a komunikačních

obtíží v závislosti na době praxe. Dále ze znalostí zásad komunikace se seniory s demencí a znalostí validačního přístupu. Kompetence v komunikaci se postupně zlepšovali v závislosti na době praxe. Informanti uváděli, že dovednosti komunikovat se svými klienty získali dlouhodobým kontaktem s nimi, pomocí sdílení informací mezi dalšími pracovníky DZR, pomocí absolvování kurzů a vzdělávání o komunikaci se seniory s demencí.

5.6 Interpretace druhé dílčí výzkumné otázky (DVO2)

DVO2: Jaké komunikační bariéry a narušení komunikačních schopností pracovníkům v sociálních službách komplikují komunikaci se seniorem s demencí?

Pro získání odpovědi na DVO2 jsem pokládala tazatelské otázky, které mi pomohly zjistit, které komunikační bariéry a narušení komunikačních schopností komplikují pracovníkům v sociálních službách komunikaci se seniory s demencí. Zjišťovala jsem komunikační obtíže seniorů s demencí a komunikační bariéry ze strany seniorů s demencí, ze strany PSS i ze strany prostředí.

Informanti popisovali, že komunikační obtíže klientů jsou různé a liší se v závislosti na postižení a osobnosti klienta **I4**: „*To je různé. U každého je to trochu jiné. Skoro všichni klienti mají problémy s pamětí, někdo větší, někdo menší. A to se pak projevuje různě. Zapomínají různé události, zapomínají, co jsme jim řekli...*“ Informant **I1** například uváděl: „*To je různé podle klientů. Někteří skoro nemluví. Někteří si nepamatují a potom se pořád dokola ptají, nebo nedokážou říct co by chtěli.* Při dotazu, s jakými obtížemi v komunikaci se u svých klientů setkávají, informanti jmenovali zejména obtíže typické pro projevy demence, jako jsou potíže s pamětí **I2**: „*...mají potíže s pamětí, nepamatují si, co bylo před chvílí. Třeba jsme po obědě a oni chtějí oběd, že ještě nejedli*“, opakující se dotazy, neschopnost vyjádřit se, špatnou výslovnost. **I3**: „*Špatně mluví, špatně vyslovují, zaměňují slova, nepamatují si nedávné události.*“. Mezi častou komplikací patřila neschopnost seniorů vyjádřit se a od to se odvíjející frustrace klienta **I5**: „*...Někdy neví, co chtějí. Přijdou neklidní, mám pocit, že se snaží něco říct, ale nejsem schopná to z nich dostat. I když se ptám, nabízím různé možnosti, varianty*“, informant **I3** rozvádí příklad na konkrétním klientovi: „*...pán za mnou pořád chodil a něco chtěl, ale nebyl schopný mi říct co. Nebyl schopný*

se vyjádřit, najít slova. Byl z toho hodně frustrovaný ...Snažila jsem se ho různě vypyávat, nabízet mu různé možnosti, ale většinou se mi nepodařilo přijít na to co by chtěl. A nedařilo se mi ani ho uklidnit. Uvědomoval si, že se s ním něco děje a hodně špatně se s tím vyrovnával. Bylo to vyčerpávající pro něj i pro mě. Ani ostatní nevěděli, jak na něj“...Frustrace klientů z neschopnosti vyjádřit a formulovat svá sdělení se projevovala nervozitou, neklidem, zmateností a v některých případech také agresí. **I2:** „Ještě s tou pamětí souvisí, že prostě neumějí říct, co by chtěli, různě se zadržávají, pak jsou z toho nervózní, rozčilují se...“

Mezi další jmenované obtíže klientů komplikující komunikaci patřila neschopnost porozumět sdělovaným informacím a zapamatovat si více informací najednou. **I2:** „Často mi taky nerozumí, co jim říkám, nebo vůbec nereagují.“ Tyto uvedené obtíže způsobovaly komplikace při péči o seniory. Informanti uváděli, že musejí dohlížet na klienty a kontrolovat jednotlivé kroky provádění pokynů například při podávání stravy, oblékání, provádění hygieny. Informant **I4** k tomu uváděl: ...někteří klienti si nepamatují ani jednoduché postupy. Třeba při ranních hygienách to nejde abych pana XXX poslala do koupelny, aby se oholil. Než by došel do koupelny, tak zapomene, proč tam šel. Musím jít s ním a krok po kroku mu říkat co má dělat...“ Tyto instrukce u jednotlivých úkonů museli informanti opakovat klientům každý den.

Informanti si také byli vědomi obtíží a bariér, které vycházeli z jejich strany. Jmenovali například, že mají problém komunikovat s určitými klienty, nejsou schopni reagovat na určité situace (například pláč klientů, různé druhy otázek). **I3:** „...pořád chodí dokola s jedním problémem, třeba že se mu ztratilo nějaké oblečení a já mu vysvětluju, že je v prádelně na vyprání a on to zapomene a chodí s tím pořád dokola.“ **I2:** „Cítím se hodně nesvá u klientů, kteří nekomunikují. Jak tam nemám zpětnou vazbu, že to dělám správně, tak jsem nejistá.“ **I4:** „Je tady klient, se kterým se mi špatně komunikuje...nevím jak na něj. Je pořád nepříjemný, všechno mu vadí...“ Dále mluvili o problémech komunikovat klidně a bez emocí v situacích, kdy byli v časové tísní, měli na starost několik klientů najednou. Také připouštěli, že mají problémy reagovat klidně v případě častého opakování dotazů, dožadování se pozornosti od klientů. **I5:** ...Když dokola opakují stále stejné věci, mám problém se v určitých situacích ovládnout a nevybuchnout.“ Informanti také uváděli, že jsou si vědomi, že

svými netrpělivými reakcemi, odsekáváním a neverbálními signály přenášejí nervozitu také na klienty. **I1** například uváděl: „*Když jsem rozčilená, tak to nedokážu skrývat a je to na mě hned poznat.*“ V neposlední řadě zmiňovali informanti jako bariéru ze své strany nedostatek času. Z důvodu velké vytíženosti neměli v určitých případech možnost, nechat klienta vyjádřit se. **I2**: „*Celý den se nezastavíme, není ani chvilka oddechu. Je nás tady málo.*“

Během rozhovoru zmínili informanti několik bariér ze strany prostředí, ve kterém poskytují péči klientům. Jednalo se zejména o nedostatek soukromí na vícelůžkových pokojích. Jednotliví klienti neměli dostatek klidu a nemohli se věnovat aktivitám podle momentální nálady a dispozic. Například pokud šlo o sledování televize, poslech rádia, klidu na odpočinek a další individuální činnosti. Informant č.2 k uváděl **I2**: „*...Podle mě to tu není úplně uzpůsobené pro seniory s demencí. Je tu hodně pokojů, ale nejsou tu prostory pro další činnosti. Podle mě tu nejsou dostatečné prostory pro soukromí. Klienti nemají možnost být v klidu.*“, další informant k tomu uváděl **I4**: „*Mě vadí, že je tady málo prostoru. Když to tady stavěli, tak nad tím moc nepřemýšleli. Není tady dost společenských místností, aby klienti měl soukromí. My na oddělení máme dvě společenské místnosti a ty jsou před den pořád plné. Přes den tam běží televize nebo rádio. Na pokojích běží taky televize nebo rádio. Na vícelůžkových pokojích se často hádají, na co se budou dívat. Klid mají jenom klienti, co mají jednolůžkový pokoj. A když o víkendu chodí návštěvy, a těch chodí hodně, tak je tu dost přecpáno.*“

Vyhodnocení DVO2

Odpovědí na DVO2 je identifikace bariér a narušených komunikačních schopností, které pracovníkům v sociálních službách komplikují komunikaci se seniory s demencí. Informanti reflektovali narušení komunikačních schopností a bariéry ze strany klientů, dále bariéry ze své strany a ze strany prostředí, ve kterém pečovali o klienty. Komunikaci jim komplikovaly obtíže klientů způsobené projevy demence, zejména postižení paměti a postižení vyjadřovacích schopností. Mezi konkrétně jmenované obtíže patřilo:

- neschopnost zapamatovat si více úkonů najednou
- neschopnost vyjádřit se

- opakující se dotazy
- špatná výslovnost.

Tyto obtíže často způsobovaly další komplikace v komunikaci, neboť vyvolávaly u klientů zmatenost, nervozitu a mnohdy také agresivitu.

Mezi bariéry, které informanti reflektovali u sebe, patřili:

- problémy komunikovat s určitými klienty
- reagovat na specifické situace
- reagovat klidně ve stresových situacích
- nedostatek času.

Bariérou ze strany prostředí v Centru spokojeného stáří bylo dle informantů málo soukromí pro klienty z důvodu nedostatku prostoru.

5.7 Interpretace třetí dílčí výzkumné otázky (DVO3)

DVO3: Jaké situace, plynoucí z bariér a komunikačních obtíží, jsou pro pracovníky v sociálních službách zatěžující?

Bariéry a narušení komunikačních schopností vytvářejí množství zatěžujících situací při komunikaci se seniory s demencí v DZR. Pro zjištění DVO3 jsem pokládala tazatelské otázky, které pomohly tyto situace z pohledu informantů identifikovat a také přiblížit, zda má na informanty interakce s klienty nějaké dopady. Informanti v odpovědích na tazatelské otázky DVO3 popisovali, jakým způsobem bariéry a narušení komunikačních schopností, které identifikovali v DVO2 ztěžují komunikaci se klienty. Cílem DVO3 bylo z odpovědí informantů přiblížit, které situace, vycházející z narušených komunikačních schopností a bariér, jsou náročné na zvládnutí a zatěžují je zejména po psychické stránce.

Jak je uvedeno výše, z výpovědí informantů vyplynulo, že zatěžující situace vznikají zejména z bariér ze stran klientů a narušených komunikačních schopností klientů blíže popsanych v DVO2. Jednalo se zejména o neschopnost klientů jasně se vyjádřit, neschopnost porozumět pokynům, neschopnost zapamatovat si nedávné události. Všichni informanti shodně uváděli, že je zatěžuje, když klient nekomunikuje, když

se klient nechce domluvit a když nejsou schopni odpoutat jeho pozornost od určitého momentu na kterém lpí. Informanti uváděli, že je jich často málo a nemají dostatek času věnovat prostor tomu, co chtějí klienti vyjádřit. **I2:** „*Všechno by bylo v pohodě, kdyby člověk pořád někam nespěchal. Některé dny jsou hrozně náročné. Celý den se nezastavíme, není ani chvilka oddechu. Je nás tady málo... prostě nemám čas věnovat se pořádně tomu co mi říkají. Někdy mě to až mrzí*“. Informant č. 2 také uváděl, že si je vědom toho, že by bylo potřeba, aby klienti měli více času k vyjadřování a formulaci svých přání, ale z důvodu vytíženosti to často není možné. Také informant č. 5 uváděl jako zatěžující faktor nedostatek času **I5:** „*Pro mě je největším problémem čas. Celý den se skládá z hygien, podávání jídla, stlaní postelí, skládání oblečení. Když je to nejvíce potřeba není čas*“.

Na otázku, jaké situace plynoucí z bariér a komunikačních obtíží jsou pro PSS zatěžující, uváděli informanti konkrétní příklady, ke kterým dochází během doby, kdy se starají o klienty. Často zmiňovanou zatěžující situací bylo, že klient nechápe, nebo nepochopí, že informanti mají jinou práci a nemohou se jim v určitou chvíli věnovat. K těmto situacím často docházelo při ranních či večerních hygienách a v době podávání stravy. **I1:** „*Pak co mě hodně rozčiluje, když mám nejvíce práce, třeba při ranních hygienách, když koupeme a připravujeme snídani a někdo kdo už je vykoupáný a připravený, a já mám práci s dalším klientem, tak za mnou chodí a něco strašně potřebuje a nevysvětlím mu, že musí chvíli počkat. Ty rána jsou dost hektický*“. Další informant k tomu uváděl: **I2:** „*Pro mě je nejhorší, když mám nejvíce práce a klienti za mnou chodí, že něco chtějí a nechápou, že musí chvíli počkat...* **I3** uváděl: ...“*když mám nejvíce práce a klient za mnou neustále chodí, že něco chce, nebo mi chce pomáhat, ale já ho do té činnosti zapojit nemůžu*“. Stejný problém popisoval také **I5:** „*Asi nejhorší to je při ranních hygienách, když postupně umýváme všechny klienty na oddělení a připravujeme je na snídani. Ti, kteří už jsou připraveni za mnou pak chodí, kdy už bude snídani. Je těžké jim v klidu vysvětlit, že musí počkat, když za mnou chodí do koupelny, kde myju další paní.*“

Další zmiňovanou situací, která představuje zatěžující faktor, je ulpívání klientů na určité věci, projevující se například opakováním dotazů, opakováním konkrétní činnosti atd. Informant č. 1 popisoval situaci s klientkou, která je fyzicky velmi aktivní a má utkvělou představu, že musí jít domů z důvodu, že na ní čeká maminka. Uváděl

k tomu, že tato situace se opakuje i 10krát za směnu. **I1:** ... „*druhá paní je taky v pokročilejším stádiu, ale jinak je hrozně vitální a akční. Pořád chce někam odcházet, domů, do Libče, za maminkou, a to je pak taky sranda to ukočírovat (úsměv)*“ ... Další informant popisoval situaci, kdy si klient v důsledku postižení krátkodobé paměti nevybavuje nedávné události a trvá na podání stravy, i když už jedl **I2:** „*když se někdo pořád dokola dožaduje oběda, který už měl, tak nevím... Dát mu ho nemůžu, to by taky mohl jíst pořád dokola a když mu říkám, že už jedl, tak ho akorát rozčilím*“ ... Další informant popisoval situaci s klientkou kuřačkou, která si neuvědomovala, že nemá dostatek peněz na to, aby kouřila, kdykoliv má chuť a opakovaně se dožadovala cigarety **I4:** „*paní chodí kouřit, ale nemá moc peněz a cigarety má na příděl, aby jí vystačily. Loudí po nás cigarety pod různými záminkami a já už nevím, co jí mám říkat. Někdy jí tu cigaretu dám, ale pořád to nejde (pokrčí rameny). Nechci na ní být hnusná, ale někdy už je hodně otravná*“.

Další zatěžující situace vzniklá z narušených komunikačních schopností se váže k pohybu klientů po budově domova. Klienti se volně pohybují v prostorech domova bez omezení. Informanti uváděli, že klienty často hledají po budově, protože například bloudí, zůstanou na pokoji jiného klienta, odejdou a PSS neinformují o svém odchodu atd. **I1:** „*U nás chodí klienti po celé budově volně, v tomhle je neomezujeme. Můžou jít do společenské místnosti, dolů na velkou televizi, do vestibulu nebo na zahradu. A tak se nám docela často stává, že hledáme klienty po celé budově, protože stačí okamžik a jsou pryč. A pak jsou různě po pokojích jiných klientů nebo v koupelnách, nebo zalezou do cizí postele(smích). Kolikrát mám docela strach, když nemůžeme někoho najít*“.

Další otázka se vztahovala k identifikaci nejvíce zatěžujících situací vznikajících při komunikaci s klienty. Informanti zmiňovali, že je velmi zatěžuje, když neví, jak reagovat v určitých situacích. **I1:** „*Pak takový ty momenty, kdy klient chce něco, co nejde a trvá na tom a já nejsem schopná mu to rozmluvit nebo odvést pozornost*“. Při žádosti, aby uvedli konkrétní situace informant č.3 popisoval **I3:** „*Máme tu jednu paní, celkem hodně schopnou, hodně chodí, pomáhá, ráda si povídá. Ale je strašně lítostivá. Každou chvíli pláče, že se na ni rodina vykašlala, že ji tu nechali, sebrali jí barák a teď už je nezajímá. Přitom za ní jezdí a často si ji berou na víkendy domů.... A já už nevím, jak na ty její stesky reagovat... Pak pořád pláče, že u sebe nemá žádné*

peníze, že ji okradli... Pořád dokola jí vysvětluju, že peníze má uložené na účtě, že jí z toho nakupujeme, co si řekne. Ona to odkýve, jako, že v pořádku, že se jí ulevilo a za 10 minut přijde znovu, že nemá žádné peníze, že ji okradli...kolikrát nevím, co jí mám říkat...“ Informant č.4 uváděl **I4**: „Pro mě je těžké, když klienti nevědí, proč tu jsou a pláčou. Nevědí proč se jim to stalo, že se tady ocitli“ ...A také další informant měl podobný problém **I5**: „Mě hodně zatěžuje, když mi klient nerozumí, nebo nemá zájem komunikovat. A taky když je smutný a já nevím, jak je utěšit“.

Na otázku, jak se informanti cítili po celodenní komunikaci se svými klienty u většiny následoval unavený úsměv nebo povzdech. Informanti uváděli, že hodně záleželo na tom, jaký měli den v závislosti na individuálních okolnostech. Mezi individuální okolnosti patřilo složení personálu na směně, rozpoložení a nálada klientů i daných informantů a celkový průběh směny. **I3**: „Podle toho, jaký mám den. Někdy je to v pohodě a někdy je to náročné. Nejhorší jsou dny, kdy někdo vypadne na směně. To se pak celý den nezastavíme“. **I6**: „Podle toho, jaký mám den. Někdy je to v pohodě, všechno se daří. A někdy je toho tolik, že musím být celý den ve střehu. To jsem pak rád, že směna skončila a já můžu jít domů“. Všichni informanti uváděli, že po směně cítí únavu a psychické vyčerpání. Informanti také uváděli, že záleželo na tom, kolik směn mají za sebou. Po druhé a třetí směně už se z celodenní komunikace cítili velmi vyčerpání. **I1**: „Někdy je to opravdu náročný. Zvláště když mám tři směny za sebou (pozn. 12 hodinové). To se pak těším, až pojedu domů. Doma mi pak nadávají, že se mnou není řeč. Tak hodinu jenom sedím a koukám“. Informant č. 5 zmiňuje že po směně dává přednost tichu. **I5**: „Popravdě, někdy nevím, čím jsem. Vždycky se pak těším na to ticho, když jedu autem domů. Taky mi pomáhá, když jdu se psem na procházku“. I další informanti uváděli zvýšenou potřebu klidu, a také že určitou dobu po směně komunikovali s okolím pouze minimálně.

Shrnutí DVO3

Odpovědí na DVO3, jaké situace, plynoucí z bariér a komunikačních obtíží, jsou pro pracovníky v sociálních službách zatěžující, jsou tato zjištění. Situace, které pro informanty byly zatěžující opět vycházely zejména z narušených komunikačních schopností klientů a bariér mezi klienty a PSS. Důsledkem toho byly tyto zatěžující situace:

- klienti nechápou, že se jim pracovník momentálně nemůže věnovat a vyžadují jeho pozornost
- klienti opakovaně chodí za PSS s jedním problémem
- klienti lpí na určité skutečnosti a PSS nejde odpoutat pozornost
- klienti nechtějí komunikovat, nechtějí se domluvit
- klienti neinformují PSS, že někam odchází a PSS ztrácejí přehled, kde se klienti pohybují
- PSS neví, jak reagovat v určitých situacích

Jako náročné vnímali informanti také skutečnost, že mají na starosti hodně klientů s podobným postižením a jsou těmito situacím vystaveni během směny opakovaně, což pro ně představovalo velký psychický nápor.

5.8 Interpretace čtvrté dílčí výzkumné otázky (DVO4)

DVO4: Zjistit, jaké postupy, metody a techniky pomáhají pracovníkům v sociálních službách ulehčovat komunikaci se seniory s demencí při běžné denní péči.

Cílem DVO4 bylo zjistit v návaznosti na DVO2 a DVO3, které postupy pomáhají PSS ulehčovat komunikaci se seniory s demencí při situacích, kdy se projevuje narušená komunikační schopnost a bariéry mezi PSS a klienty. Odpovědi přímo navazují na konkrétní situace popisované informanty, kdy po popsání určitých momentů, byli vzápětí dotázáni, jak v takových situacích postupují.

Informanti uváděli, že byli v rámci vzdělávání pro pracovníky v sociálních službách a dalších kurzů, proškoleni v zásadách komunikace se seniory s demencí. V rozhovoru uváděli, jaké zásady dodržují a zároveň si tím ulehčují komunikaci se svými klienty. Mezi základní zásady komunikace se seniory s demencí podle informantů patřilo mluvit pomalu, srozumitelně, používat krátké věty a dávat jednoduché pokyny. V rozhovoru uváděli například **I1**: ... *“s klientama, co mají hlavně problém s pamětí, pomáhá mluvit pomalu, krátké věty. Když se někdo pořád dokola ptá, tak se snažím odpovídat“* ... **I2**: *„Snažím se mluvit pomalu, s tím mám trochu problém, protože*

mluvím dost rychle a nahlas... při běžné situaci se mi osvědčilo, když mluvím klidně, pomalu a v krátkých větách“...I4: „Vím, že musím mluvit pomalu a zřetelně. Používat jednoduché krátké věty a toho se snažím držet... I5: „otázky nesmí být otevřené, ale uzavřené. Poskytovat dostatek času na odpověď, nespěchat. Když na někoho mluvím, udržuju s ním oční kontakt“.

Dále uváděli, že dodržují zásady slušného chování a ke klientům se snaží přistupovat individuálně a s úctou. **I2:** *„Ke každému přistupuji individuálně, podle jeho schopností a momentálního stavu. Snažím se být milá a slušná. Když k někomu vcházím do pokoje, tak zaklepu. Chvilí počkám a až pak vejdu. Když vejdu pokaždé pozdravím všechny v pokoji. Tak zaregistrují, že někdo vešel“.* Podobnou odpověď poskytl také informant **I6:** *„Snažím se přizpůsobit momentálnímu stavu klienta. Podle toho, jakou má náladu, jestli se cítí dobře nebo ne. Snažím se mluvit pomalu a klidně. Vysvětlovat co dělám. Když se klientovi něco nelíbí, tak přestanu“.* Informanti také uváděli, že pokud pokyny sdělovali postupně, používali také názorné příklady, aby klienti jednotlivé kroky lépe pochopili. **I6:** *„A když klientovi něco vysvětluju, tak mu u toho postupně ukazuju jednotlivé kroky. Třeba při mytí, ukazuju, tady je mýdlo. řeknu mu, aby ho vzal do ruky, namydil si ruce, opláchnul si ruce ... a pak koukám, jestli to dělá a když tak mu pomůžu, vezmu mýdlo, ukážu mu, jak si má namydřit ruce“.*

Dále k ulehčení používali metodu validace zejména z toho důvodu, aby klienty neuváděli do stresových situací konfrontací s realitou **I4:** *„Validaci používáme často. Hlavně když klienti chtějí domů, že tam mají malé děti, nebo za maminkou, která už je po smrti, nebo chtějí jít sami ven. Zkoušíme různě odvést jejich pozornost, aby jsme je nerozčilovali“.* Tato metoda pomáhala dle informantů předcházet tomu, že klienti reagovali rozčilením nebo agresí, smutkem atd. **I3:** *„nemáme klientům natvrdo říkat, že něco není pravda, že je tím akorát stresujeme, ale že když třeba chtějí domů, tak se jich zeptat jaké to je u nich doma a nechat je o tom vyprávět. A tím odvedeme jejich pozornost“.* **I5:** *„Na začátku, když tady bylo pár klientů a neměla jsem s tím žádné zkušenosti, tak jsem jim vyvracela všechny nesmysly, co říkali. ...třeba, že musí domů, že tam mají děti, nebo že jdou na autobus. Jenže to nikam nevedlo a jenom to zhoršovalo situaci. Byli z toho nervózní, nevěřili mi, pak třeba i křičeli, že jim lžeme. Tak jsme zkoušeli reagovat jinak... že půjdeme, ale musíme počkat až po obědě. To je uklidnilo a bylo to mnohem lepší než jim říkat, že tam žádné děti nejsou“.*

Další metodou, která pomáhala PSS ulehčovat komunikaci se seniory s demencí, byly různé způsoby ověřování, zda klient informanta vnímá a chápe sdělované informace. Na dotaz, jakým způsobem si ověřují, zda klient rozumí pokynům, uváděli informanti, postupy, které používali. **I3:** „Často musím několikrát opakovat pokyny, než mi klient porozumí. Nebo mu to musím rovnou jít ukázat. Nejčastěji si to ověřuji tak, že sleduji reakce... třeba mu ukážu hrnek, jestli chce napít, nebo fotografie, jestli chce prohlížet.“ **I1:** „Nejčastěji to dělám tak, že sleduji reakci klienta, jestli mi rozumí, jestli přikývne, nebo začne dělat, co jsem mu řekla. Když třeba nijak nereaguje, tak mu to ještě jednou zopakují nebo se ho dotknu, aby věděl, že na něj mluvím“. **I4:** „Zeptám se ho, jestli mi rozumí. Nebo koukám na jeho reakci... někdy nám nerozumí vůbec a musíme s nimi všechno dělat“. **I6:** Když nerozumí, nebo nepochopím, co mi říká, tak se ho zkuším doptávat, jak to myslel... Nebo mu ukazuju a sleduju jeho reakce, jestli jsem se trefil nebo ne“.

Z rozhovorů s informanty vyplynulo, že k ulehčení komunikace se seniory s demencí často pomůžou drobné detaily. Bylo ovšem důležité, aby PSS vnímali klienty, jejich chování. Všimli si jejich reakcí a zkušeli různé způsoby komunikace s ohledem na jednotlivé klienty. **I4:** „Někdy to jsou opravdu maličkosti, které stačí k odvedení pozornosti. Třeba zapojení do činnosti, aby s něčím pomáhali. Nebo je vzít na procházku, uvařit jim kafe a chvíli si povídat...“ **I2:** „Já se snažím být na každého milá. Podle mě se dá domluvit s každým. Někdy stačí málo. Třeba jsme měli problém s jednou klientkou. Nechtěla tu být, byla na nás agresivní, nadávala nám, nadávala ostatním klientům. Nevěděli jsme, co s ní. Od dcery jsme se dozvěděli, že je to bývalá primářka onkologie... Jednou jsem ji spíš ze srandy oslovila „paní primářko“ a paní úplně roztála. Od té doby ji tak oslovujeme a paní se chová úplně jinak“. U těchto drobných detailů, které mohli pomoci změnit či ulehčit komunikaci mezi klientem a PSS, však záleželo na tom, zda se je podařilo odhalit. **I1:** „Ale teď už taky vím, jak na ni. Když má ten svůj záchvat a chce domů, tak jí řeknu, že půjdeme, ale že musíme něco dodělat nebo zařídit. Třeba narovnat prádlo, nebo uklidit a ona na to mezi tím zapomene. Sice se to pak znova opakuje, třeba 10krát za den, ale když se mi podaří odvést její pozornost, tak je mnohem klidnější a nehádá se s námi a nepere.“

Důležitou roli také hrálo, jak jednotliví pečující přistupovali ke svým klientům. **I6:** „Ke každému si najít cestu. Nejtěžší je, že každý je jiný, každý reaguje jinak. Co se líbí

jednomu, tak vadí druhému“. Informanti také uváděli, že jim pomáhá, když si uvědomí, že klienti za většinu svého chování nemohou a nedělají to schválně. **I6:** *„A pak si taky říkám, že zato nemůžou, jsou nemocní, nedělají to schválně. Někdy je těžké nebrat si to osobně“.* **I3:** *„... já si říkám, že paní za to nemůže. Je prostě nemocná. Ale někdy je fakt náročné jí neustále ujišťovat, že peníze má. Nejhorší je, že ona pak pozná, když jsem rozčilená a říká mi: „Tak se na mě nezlobte sestřičko“. A to mi pak je ještě hůř“.* V situacích, kdy klienti lpěli na určitých věcech, či opakovali různé dotazy, pomáhalo informantům, mimo zmiňované odvedení pozornosti, také trpělivé a klidné jednání. Informanti jmenovali klidné vysvětlování, odpovídání na dotazy, uklidňování a povzbuzování. Na otázku, jak řeší určité situace, častá odpověď zněla **I1:** *„Musím být trpělivá, tady nic jiného nepomáhá... V případě, že se klienti dožadovali pozornosti, když měli PSS na starosti péči o jiného klienta (jak bylo popsáno při interpretaci DVO3), uváděli informanti, že se pokusili odvést klientovu pozornost, nebo mu neustále opakovali, že musí chvíli počkat. I2: *„Snažím se nebýt agresivní (smích). Jinak mi nezbyvá nic jiného než pořád dokola vysvětlovat, že musí počkat.“**

Shrnutí DVO4

Na základě analýzy získaných odpovědí, jsem dospěla ke zjištění, že komunikaci se seniory s demencí v DZR pomáhá pracovníkům v sociálních službách ulehčovat dodržování zásad pro komunikaci s touto specifickou skupinou:

- mluvit pomalu, klidně, trpělivě odpovídat
- používat krátké věty a uzavřené otázky
- poskytovat dostatek času na odpovědi
- instrukce vysvětlovat postupně v jednotlivých krocích (případně také ukazovat).

Mezi další postupy, které ulehčovaly komunikaci patřil:

- individuální přístup ke každému klientovi
- jednání s klienty s úctou a respektem
- vědomí, že klient nedělá naschvály.

Dále komunikaci pomáhají ulehčovat různé způsoby ověřování, zda klient vnímá a rozumí tomu, co je mu sdělováno. Mezi způsoby ověřování patřilo:

- sledování reakcí klienta
- opakování sdělovaných informací
- doptávání se různými způsoby
- použití doteků
- ukazování předmětů a opětovné sledování reakcí.

Ze specifických metod využívali informanti k ulehčení komunikace techniku validace, zejména pokud chtěli předejít vytvoření stresové situace pro klienta. Z rozhovorů také vyplynulo, že k ulehčení komunikace často pomohou drobné detaily, v závislosti na konkrétní situaci a klientovi například:

- různé druhy oslovování klientů
- zapojování do činností
- různé druhy odvádění pozornosti.

5.9 Závěr výzkumného šetření a výstupy pro praxi

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jak vnímají PSS náročnost komunikace se seniory s demencí v DZR Centrum spokojeného stáří ve Svobodě nad Úpou. Na tuto otázku jsem hledala odpověď pomocí čtyř dílčích výzkumných otázek. Informanty výzkumu byli vybraní pracovníci v sociálních službách, poskytující přímou obslužnou péči o klienty s demencí.

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku, jak PSS vnímají náročnost komunikace se seniory s demencí, je tato. Pro informanty bylo náročné dorozumět se s klienty před tím, než získali dostatečné kompetence komunikovat s nimi. Dále vnímali náročnost v tom, že byli nuceni získávat stále nové komunikační dovednosti s ohledem na měnící se stavy klienta, nástupy nových klientů a vzniku nových skutečností. Další náročný aspekt pro ně představovalo, že byli vystaveni komunikačním obtížím svých klientů opakovaně. Byli neustále konfrontováni s jejich vnímáním reality a museli vynakládat velké úsilí, aby klienty uklidnili, rozptýlili, odvedli jejich pozornost, což představovalo neustálé hledání způsobů, jak toho dosáhnout. Další náročnost představovala nepředvídatelnost reakcí klientů a častá neschopnost pracovníků reagovat na určitá vyjádření klientů. Komunikace s klienty v mnohých situacích vyžadovala od informantů notnou dávku trpělivosti a sebeovládání.

Z rozhovorů vyplynulo, že informanti hodnotí své kompetence komunikovat se seniory s demencí pozitivně až po určité době kontaktu se svými klienty. Všichni informanti shodně uváděli, že určitý čas trvalo, než se k dovednosti komunikovat se svými klienty dopracovali. Na základě analýzy získaných odpovědí, jsem vyvodila závěr, že PSS nastupují do zařízení vybaveni teoretickými znalostmi, částečnými zkušenostmi a znalostmi o komunikaci se seniory s demencí. Jejich kompetence se prohloubí a zdokonalí kontaktem s klienty. Poznají jejich osobnost, seznámí se s jejich minulostí a naučí se jakým způsobem k nim přistupovat a komunikovat s nimi. S měnícím se stavem klienta, nebo nástupem nového klienta doplňují své stávající dovednosti o další.

V DZR, kde jsem prováděla výzkum, bylo častou stížností informantů, že neměli v začátcích dostatečnou podporu ostatních pracovníků a dostatek času pro získání daných dovedností a bylo pro ně náročné komunikovat s klienty, které dostatečně neznali. Jako důležité pro zmírnění náročnosti v komunikaci se seniory s demencí, bych proto viděla vytvoření vhodných podmínek pro usnadnění získávání kompetencí. V době nástupu do DZR a v období po něm poskytnout PSS dostatek času na poznání klientů a osvojení si, jak k nim přistupovat. Dále pak jim zajistit podporu zkušenějších PSS a systematické vedení. Pro podporu a upevňování získaných dovedností využívat v rámci povinného vzdělávání PSS školení zaměřená na komunikaci se seniory s demencí.

Obtíže komplikující komunikaci představovaly několik skupin: narušení komunikačních schopností klientů, bariéry ze strany klientů, bariéry ze strany PSS a bariéry ze strany prostředí. Narušení komunikačních schopností se vztahovalo k postižení demencí a zasahovalo zejména paměť a vyjadřování klientů. Na tyto komplikace se vázaly další problémy v komunikaci, neboť často vyvolávaly neklid, nervozitu a někdy také agresivní projevy. Bariéry ze strany klientů představovala neochota komunikovat. PSS měli problém komunikovat s určitými klienty, reagovat na specifické situace, reagovat klidně, bez podráždění ve stresových situacích. Ze strany prostředí představoval největší bariéru nedostatek soukromí. Z výše uvedených obtíží docházelo mezi klienty a PSS k mnoha situacím, které PSS zatěžovaly a zároveň jim komplikovaly poskytování péče. Nejčastěji zmiňovanou situací bylo, že klienti vyžadují pracovníkovu pozornost a nechápou, že se jim

z důvodu vytíženosti nemůže věnovat. Další zatěžující aspekt představovaly opakované dotazy a lpění na určité skutečnosti, od kterých se pracovníkům nedařilo odpoutat pozornost.

Jako jednu z možností, jak pomoci zmírnit tyto komplikace, vidím v podpoře sdílení informací o specifických jednotlivých klientů, například formou organizované intervize mezi PSS, ale i zdravotními sestrami a dalším personálem. To by mohlo pomoci ke zlepšení informovanosti, jak řešit různé komunikační problémy klientů mezi PSS a pomoci ke zlepšení komunikace. Dalším nástrojem jsou dle mého názoru supervize, zaměřené na řešení konkrétních zátěžových a stresových situací s využitím modelových situací a jak při nich postupovat.

Při komunikaci se seniory s demencí v DZR využívali PSS řadu postupů, které jim v mnohých situacích pomáhali komunikaci ulehčovat. Patřilo mezi ně dodržování zásad při komunikaci se seniory s demencí, různé způsoby komunikace v závislosti na konkrétní situaci a klientovi, individuální přístup ke klientům. Dále také validační metoda, různé způsoby odvádění pozornosti opět individuální s ohledem na jednotlivé klienty. Velkou roli při usnadňování komunikace hrály drobné detaily vyžadující od PSS všímavost. K odhalení těchto detailů také často dopomohla náhoda.

Rozvoj znalostí různých postupů pro ulehčení komunikace se seniory s demencí vidím opět v intenzivním sdílení informací mezi PSS formou zmiňovaných intervizí a školení zaměřených na komunikační techniky.

Závěr

Komunikace mezi lidmi představuje důležitý prvek pro navazování sociálních vztahů a kontaktů. Schopnost dorozumět se, je proto důležitou dovedností, bez níž je zmíněný kontakt s okolím komplikovanější. Onemocnění demencí v seniorském věku a jeho dopady na kognitivní funkce, paměť a chování, je jednou z příčin, že senior o schopnost dorozumět se s okolím postupně přichází. Pokud se senior nachází v některém z institucionálních zařízení, jsou s jeho narušenými komunikačními schopnostmi konfrontovány pečující osoby, zejména pracovníci v sociálních službách.

Cílem této práce bylo zjistit, jak pracovníci v sociálních službách vnímají náročnost komunikace se seniory s demencí v domově se zvláštním režimem. Odpověď na tuto otázku jsem hledala pomocí dílčích výzkumných otázek: Jak hodnotí PSS své kompetence, které vycházejí, ze znalostí klientů a dovednosti dorozumět se s nimi. Dále, které komunikační obtíže jim komplikují péči, které situace vzniklé z těchto obtíží je zatěžují a jaké postupy a techniky využívají k řešení těchto problematických situací. Informanty výzkumu byly vybraní pracovníci v sociálních službách v domově se zvláštním režimem Centrum spokojeného stáří ve Svobodě nad Úpou.

Z provedeného výzkumu vyplynulo, že informanti vnímají náročnost komunikace se svými klienty z několika hledisek. Z pohledu hodnocení kompetencí komunikovat, je pro informanty náročné komunikovat s klienty předtím, než je poznají, získají dostatečné dovednosti a osvojí si způsoby, jak s nimi komunikovat, s ohledem na jejich individuální potřeby. Narušení komunikačních schopností, bariéry ze strany klientů a z něj vznikající zátěžové situace představují pro informanty další náročnou součást komunikace. Zátěžovým situacím, které od informantů vyžadují velké úsilí, aby klienty uklidnili, odvedli jejich pozornost, porozuměli jejich vyjadřování a dokázali s nimi komunikovat, jsou vystavováni opakovaně. Při komunikaci se svými klienty využívají informanti řadu postupů, které jim v mnohých situacích pomáhají komunikaci ulehčovat. Ale i s využitím doporučených postupů pro komunikaci se seniory s demencí a možných metod, ve kterých byli informanti proškoleni, mají často problémy reagovat na určité situace, či komunikovat s určitými klienty. Najít cestu, jakým způsobem s klientem komunikovat, vyžaduje od informantů velkou všímavost k jejich potřebám a reakcím.

Možnosti, které mohou náročnost komunikace se seniory s demencí v domově se zvláštním režimem, ve kterém probíhal výzkum, alespoň částečně zmírňovat, vidím ve využívání těchto nástrojů. V adaptačním období poskytnout PSS dostatek času na poznání klientů a osvojení si postupů, jak k nim přistupovat a zároveň jim poskytnout metodické vedení a podporu zkušenějších PSS. Dále pomocí organizovaných intervizí mezi PSS, ale i zdravotními sestrami a dalším personálem DZR napomoci ke sdílení informací o komunikačních specifikách jednotlivých klientů a také postupů řešení, které jednotliví pracovníci využívají. Dalším nástrojem jsou dle mého názoru supervize zaměřené na řešení konkrétních zátěžových a stresových situací. Pro podporu a upevňování získaných dovedností využívat v rámci povinného vzdělávání PSS školení zaměřená na komunikaci se seniory s demencí.

Na jednání se seniory s demencí neexistují jednotné postupy a snadná řešení. Naučit se komunikovat se seniory s demencí, rozumět jejich vyjádřením a potřebám je dlouhodobý proces. Základem tohoto procesu jsou teoretické znalosti o komunikaci s touto cílovou skupinou, přístup PSS, zejména ochota porozumět a vyvinout pro to dostatečné úsilí. Dále musí PSS neustále získávat nové poznatky pomocí vzdělávání a vstřebávat informace o klientech. Hledat další a další způsoby, jak s klienty komunikovat s ohledem na změny jejich zdravotního stavu i osobního rozpoložení a vyrovnávat se s dopady demence na jejich komunikační schopnosti.

Tato bakalářská práce se zabývala náročností komunikace mezi pracovníky v sociálních službách a jejich klienty ve vybraném zařízení. Poznatky a zjištění mohou být využitelná také pro další pečující, pracující s touto cílovou skupinou. Navrhované nástroje zmírnění náročnosti komunikace mohou být možným návodem pro kompetentní vedoucí pracovníky, jak podpořit PSS a ulehčit jim jednání s klienty při poskytování péče.

Seznam použitých zdrojů

Česká alzheimerovská společnost: *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence* [online]. Praha: Copyright © 2015 VIZUS, 2016 [cit. 2017-11-27]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/publikace/doporuceni-cals/>

Česká alzheimerovská společnost: *Zpráva o stavu demence 2016* [online]. Praha: Copyright © 2015 VIZUS, 2016 [cit. 2017-11-27]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/publikace/zpravy-o-stavu/>

DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada, 2001. Expert (Grada). ISBN 80-7169-988-8.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367040-2.

HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 2014. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.

HORECKÝ, Jiří. Kdo se o nás postará aneb Dlouhodobá péče v ČR. *Sociální služby*. 2016, roč. 18, č. 10, s. 10-13. ISSN 1803-7348.

HROZENSKÁ, Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

Institut bazální stimulace: O bazální stimulaci [online]. Frýdek-Místek: © INSTITUT Bazální stimulace®, 2015 [cit. 2017-12-17]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>

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

JIRÁK, Roman, OBENBERGER, Jiří PREISS, Marek. *Alzheimerova choroba*. Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-88-8.

JŮNOVÁ, Miluše. Cesta k porozumění lidem s demencí, inovační koncept SET-sebeudržovací terapie 2. část. *Sociální služby*. 2015, roč. 17, č. 8-9, s. 26-28. ISSN 1803-7348.

KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.

KOUKOLÍK, František JIRÁK, Roman. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.

KÖNIG, Jutta, ZEMLIN, Claudia. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Přeložila Lucie SIMONOVÁ. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1184-6.

KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1491-4.

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

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

MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.

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

PROCHÁZKOVÁ, Lucie. Validace-metoda práce s dezorientovanými lidmi. *Sociální služby*. 2012, roč. 14, č. 2, s. 12-13. ISSN 1803-7348.

Slovník sociálního zabezpečení: Pracovník v sociálních službách [online]. MPSV: MPSV © 2016–2018, 2018 [cit. 2018-02-28]. Dostupné z: <http://slovník.mpsv.cz/pracovník-v-socialnich-sluzbach.html>

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

ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

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

VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.

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

Veřejný ochránce práv: Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem: Zpráva ze systematických návštěv Veřejného ochránce práv 2015 [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2015 [cit. 2017-10-24]. ISBN 978-80-87949-11-5. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zarizeni/zarizeni-socialnich-sluzeb/>

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

Vyhláška č. 505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

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

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0183-9.

Seznam tabulek:

Tab. 1 - Transformace dílčích výzkumných cílů do tazatelských otázek	str. 39
Tab. 2 - Přehled informantů-pracovníků v sociálních službách	str. 41

Přílohy

Příloha 1 Přepis rozhovoru s informantem

Příloha 1: Přepis rozhovoru s informantem

TO: Pracujete tady už skoro 4 roky, jak byste zhodnotila své znalosti o životech klientů, jejich osobnost, minulost, stádium a typ demence?

I1: „*Teď už si myslím, že toho vím hodně. Když jsem nastoupila, tak to trvalo docela dlouho, než jsem se s nimi tak nějak seznámila a dozvěděla se o nich něco. Při nástupu se tady se mnou moc nepárali a hodily mě do vody, ať plavu. Na našem oddělení je 25 klientů, takže to nebyla žádná sranda je poznat. Hodně nám pomáhají příbuzní, od nich se toho hodně dozvím během návštěv. Jsem klíčový pracovník dvou klientek a o nich toho vím nejvíce. Jedna paní je v pokročilém stádiu a už nechodí a skoro nemluví, ale reaguje na lidi kolem sebe, usmívá se, je taková pořád dobře naladěná. Druhá paní je taky v pokročilejším stádiu, ale jinak je hrozně vitální a akční. Pořád chce někam odcházet, domů, do Libče, za maminkou, a to je pak taky sranda to ukočírovat (usmívá se). Ale teď už taky vím jak, na ni. Když má ten svůj záchvat a chce domů, tak jí řeknu, že půjdeme, ale že musíme něco dodělat nebo zařídit. Třeba narovnat prádlo, nebo uklidit a ona na to mezi tím zapomene. Sice se to pak znova opakuje, třeba 10krát za den, ale když se mi podaří odvést její pozornost, tak je mnohem klidnější a nehádá se s námi a nepere.“*

TO: S jakým typem a stádiem demence se u svých klientů setkáváte?

I1: „*U nás na oddělení máme klienty s Alzheimerovou chorobou, pak tu jsou s demencemi po mrtvici, s alkoholovou demencí a myslím ještě vaskulární demence. A stádia tady jsou ty pokročilejší.“*

TO: Jaké způsoby komunikace klienti využívají?

I1: „*Nejčastěji s námi mluví. Někteří ležící už skoro nemluví, ale vydávají různé zvuky, když něco chtějí. Nebo komunikují očima“.*

TO: Jakým způsobem si ověřujete, že senior, o kterého pečujete rozumí tomu, co mu říkáte?

I1: „*Nejčastěji to dělám tak, že sleduji reakci klienta, jestli mi rozumí, jestli přikývne, nebo začne dělat, co jsem mu řekla. Když třeba nijak nereaguje, tak mu to ještě jednou zopakuji nebo se ho dotknu, aby věděl, že na něj mluvím.“*

TO: Jak byste zhodnotila své znalosti o komunikaci se seniory s demencí?

I1: „Já už tady pracuju přes 3 roky a za tu dobu jsem se naučila, jak s nimi mluvit. Jak už jsem říkala nejhörší to bylo ze začátku. Nic jsem o klientech nevěděla, neuměla jsem s nimi mluvit, nevěděla jsem, jak reagovat. Teďka už s nimi umím mluvit, vím, co můžu čekat. Na druhou stranu je pořád co se učit, hlavně s tím, jak přicházejí noví klienti. Každý tu nemoc prožívá jinak, jinak se chová, jinak reaguje.“

TO: **Znáte některé z komunikačních přístupů např. validaci, rezoluční terapii, preterapii, bazální stimulaci. A pokud ano využíváte tyto přístupy?**

I1: „O validaci vím, měli jsme to v jednom kurzu, ty ostatní techniky neznám, nikdy jsem o nich neslyšela. A bazální stimulaci taky znám, učili nás to na kurzu a taky sem dochází sem jedna paní školitelka a ta nám ty postupy na klientech ukazuje a my to pak používáme hlavně u klientů, kteří jsou ležící.“

TO: **S jakými obtížemi v komunikaci se u svých klientů setkáváte?**

I1: „To je různé podle klientů. Někteří skoro nemluví. Někteří si nepamatují a potom se pořád dokola ptají, nebo nedokážou říct co by chtěli. Nejvíce se na tom projevuje ta paměť. Z toho podle mě vychází většina problémů. Klienti jsou zmatení, nervózní, neklidní, když si nemůžou vzpomenout, nebo když třeba neví co se pořádně děje.“

TO: **Co Vám pomáhá ulehčit komunikaci při těchto obtížích?**

I1: „U klientů, kteří nemluví, není skoro žádný problém, možná je někdy trochu těžší poznat, co by chtěli, ale většinou se z jejich reakce dá poznat, jestli se jim něco líbí, nebo nelíbí. Tady pomáhá sledovat reakce. A pokud se jim něco nelíbí, tak nepokračovat. S klientama, co mají hlavně problém s pamětí pomáhá mluvit pomalu, krátké věty. Když se někdo pořád dokola ptá, tak se snažím odpovídat i když někdy je to taky těžké nedat najevo, že mě to otravuje.“

TO: **A které situace plynoucí z komunikačních obtíží vám komplikují péči o klienty?**

I1: „To by vyšlo na celý román. Člověk musí být pořád v pozoru. Nejhörší jsou asi útky. Tady jim prostě nevysvětlíme, aby nám řekli, kam jdou. Oni sami to asi nevědí. U nás chodí klienti po celé budově volně, v tomhle je neomezujeme. Můžou jít do společenské místnosti, dolů na velkou televizi, do vestibulu nebo na zahradu. A tak se nám docela často stává, že hledáme klienty po celé budově, protože stačí okamžik a jsou pryč. A pak jsou různě po pokojích jiných klientů nebo v koupelnách, nebo zalezou

do cizí postele (smích). Kolikrát mám docela strach, když nemůžeme někoho najít, je to blběj pocit. Ale zatím se nám nikdo neztratil, všechny jsme našli (smích).“

„Pak co mě hodně rozčiluje, když mám nejvíce práce, třeba při ranních hygienách, když koupeme a připravujeme snídani a někdo kdo už je vykoupaný a připravený, a já mám práci s dalším klientem, tak za mnou chodí a něco strašně potřebuje a nevysvětlím mu, že musí chvíli počkat. Ty rána jsou dost hektický.“

TO: A jak toto řešíte?

II: *„Musím být trpělivá, tady nic jiného nepomáhá, akorát mě to dost znervózňuje.“*

TO: Vnímáte nějaké komunikační obtíže také z vaší strany?

II: *„Někdy nevím, jak reagovat... A někdy prostě nemám náladu... Mluvím hodně rychle. Když jsem rozčilená, tak to nedokážu skrývat a je to na mě hned poznat.“*

TO: Co pro vás představuje nejnáročnější momenty v komunikaci s klientem?

II: *„Nejnáročnější momenty (pauza přemýšlí). Asi když klient nechce komunikovat vůbec, nebo když dělá naschvály, takový ten typ klienta, co mu vadí úplně všechno a nedá se s ním vůbec domluvit. Pak takový ty momenty, kdy klient chce něco, co nejde a trvá na tom a já nejsem schopná mu to rozmluvit nebo odvést pozornost. A pak ještě, když pláčou, že je nikdo nemá rád a nechodí za nimi a co jim to příbuzní udělali, že je dali sem. To pak často nevím, jak reagovat.“*

TO: Jak se cítíte po tom, když celou směnu komunikujete se svými klienty?

II: *„(úsměv)Někdy je to opravdu náročný. Zvláště když mám tři směny za sebou (pozn. 12 hodinové). To se pak těším, až pojedu domů. Doma mi pak nadávají, že se mnou není řeč. Tak hodinu jenom sedím a koukám. A ten první den volna nejsem schopná nic moc dělat, jenom doma polehávám a dávám se dohromady.“*