

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Sociální práce s osobami se závažnou poruchou
verbální komunikace v domovech pro seniory
v Pardubickém kraji**

Bakalářská práce

Autor: Eliška Nováková
Studijní program: B6731 – Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: SPB Sociální práce
Forma studia: Prezenční studium
Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.



Zadání bakalářské práce

Autor: Eliška Nováková

Studium: U1819

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název bakalářské práce: **Sociální práce s osobami se závažnou poruchou verbální komunikace v domovech pro seniory v Pardubickém kraji**

Název bakalářské práce AJ: Social work with verbally impaired elderly patients in retirements homes within Pardubice region

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce bude zacílena na problematiku osob se závažnou poruchou verbální komunikace. Hlavním cílem bude zjistit, jak probíhá sociální práce s osobami se závažnou poruchou verbální komunikace. V teoretické části budou popsány stěžejní pojmy jako stáří, stárnutí, sociální práce se seniory, komunikace. Empirická část bude realizována kvalitativním výzkumem, formou polostrukturovaných rozhovorů.

MLÝNKOVÁ, J. 2011. Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada Publishing. NEUBAUER, Karel. Neurogení poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4. POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5. VYBÍRAL, Zbyněk. Psychologie komunikace. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

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

Oponent: Mgr. et Mgr. Daniel Štěpánek, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 30.4.2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

.....

Eliška Nováková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Lence Neubauerové, PhD. za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za věnovaný čas. V neposlední řadě patří velký dík patří mým nejbližším, kteří mě podporovali při mém studiu.

Anotace

NOVÁKOVÁ, Eliška. *Sociální práce s osobami se závažnou poruchou verbální komunikace*. Hradec Králové, 2021, 57 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.

Bakalářská práce je zacílena na problematiku osob se závažnou poruchou verbální komunikace. Hlavním cílem je zjistit, jak probíhá sociální práce s osobami se závažnou poruchou verbální komunikace. V teoretické části jsou popsány stěžejní pojmy jako stáří, stárnutí, sociální práce se seniory, komunikace. Empirická část je realizována kvalitativním výzkumem, formou polostrukturovaných rozhovorů.

Klíčová slova

Porucha komunikace, domov pro seniory, sociální práce, senior, verbální komunikace

Annotation

NOVÁKOVÁ, Eliška. Social work with people with impaired verbal communication in the Senior Nursing Homes in Pardubice region. Hradec Králové, 2021, 57 pp. University of Hradec Králové. Bachelor Degree Thesis. Head of Bachelor Degree Thesis: PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.

The bachelor thesis is focused on the issue of people with severe disorders of verbal communication. The main goal is to find out how social work with people with severe disorders of verbal communication takes place. The theoretical part describes key concepts such as old age, aging, social work with the elderly, communication. The empirical part is realized by qualitative research, in the form of semi-structured interviews.

Keywords

Language impairment, retirements home, social work, senior, verbal communication

Obsah

Úvod	9
TEORETICKÁ ČÁST	9
STÁŘÍ, STÁRNUTÍ	9
<i>Stáří</i>	9
<i>Role integrity ve stáří</i>	10
<i>Gerontologie a geriatrie</i>	11
<i>Ageismus</i>	12
ZMĚNY ZAPŘÍČINĚNÉ VLIVEM STÁRNUTÍ	12
<i>Psychické změny</i>	12
<i>Biologické aspekty</i>	13
<i>Sociální změny</i>	13
SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY	15
SOCIÁLNÍ PRÁCE A SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK	15
SOCIÁLNÍ PRÁCE V DOMOVECH PRO SENIORY A MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP	16
ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	17
<i>Domov pro seniory</i>	18
<i>Domovy se zvláštním režimem</i>	19
<i>Denní stacionáře</i>	19
<i>Týdenní stacionáře</i>	19
<i>Osobní asistence</i>	20
<i>Pečovatelská služba</i>	20
KOMUNIKACE	21
NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE	21
VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	22
<i>Poruchy verbální komunikace</i>	22
<i>Získané neurogení poruchy verbální komunikace</i>	22
KOMUNIKACE SE SENIORY	26
ZÁSADY KOMUNIKACE	26
KOMUNIKACE S OSOBAMI TRPÍCÍ DEMENCÍ	27
NEKOMUNIKUJÍCÍ KLIENT	28
BARIÉRY V KOMUNIKACI	29
USNADŇOVANÁ KOMUNIKACE, AUGMENTATIVNÍ A ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE	30
SHRNUTÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK	31
METODOLOGICKÁ ČÁST	33
VÝZKUMNÝ CÍL	33
HLAVNÍ CÍL A DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY, TRANSFORMAČNÍ TABULKA	33
VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU	37

TECHNIKA SBĚRU DAT	38
CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO TERÉNU	39
PRŮBĚH VÝZKUMU, ETICKÉ OTÁZKY	40
<i>Realizace výzkumného šetření</i>	40
ZPRACOVÁNÍ DAT	41
INTERPRETACE DAT ZÍSKANÝM VÝZKUMEM	41
DVC1: ZJISTIT, JAKÉ PORUCHY VERBÁLNÍ KOMUNIKACE SE NEJČASTĚJI OBJEVUJÍ	41
DVC2: ZJISTIT, JAK RESPONDENTI KOMUNIKUJÍ S KLIENTY S PORUCHOU VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	43
DVC3: ZJISTIT VNÍMANÍ KVALITY ŽIVOTA OSOB S PORUCHOU KOMUNIKACE	44
DVC4: ZJISTIT, JAKÝM ZPŮSOBEM RESPONDENT POHLÍŽÍ NA VZDĚLÁVÁNÍ TÝKAJÍCÍ SE KOMUNIKACE	45
DVC5: ZJISTIT, ZDA DANÉ ZAŘÍZENÍ VYUŽÍVÁ PORADENSKÝCH SLUŽEB	46
SHRnutí PRAKTICKÉ ČÁSTI	47
ZÁVĚR	48
SEZNAM TABULEK	49
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	49
SEZNAM PŘÍLOH	52

Úvod

Komunikace je nedílnou součástí našich životů. Používáme ji v každé situaci, nehledě na to, zda jsme šťastní či nikoliv. Slouží nám ke sdílení našich radostí i strastí, ke sdělení našich potřeb, a to i bez potřeby využití slov. Používáme ji jako prostředek k sebevyjádření. Ale co se stane, pokud komunikovat nemůžeme? Pravděpodobně se budeme cítit izolovaní od zbytku světa a jelikož člověk je tvor sociální, tak důležité napojení na ostatní osoby může vymizet, pokud se nám nepodaří najít způsob, jak se společně udržet v kontaktu.

Název bakalářské práce zní Sociální práce s osobami se závažnou poruchou verbální komunikace, důvod, proč jsem si toto téma vybrala je ten, že senioři s poruchou komunikace jsou často opomíjená skupina, které není, podle mého názoru, věnováno dostatek pozornosti. Z vlastní praxe v domově pro seniory mohu bohužel říct, že většina osob neví, jak s takovými osobami komunikovat. Pracovníci často nemají dostatek teoretických znalostí, což je zapříčiněno nedostatečným vzděláváním, a v zařízeních často chybí kompenzační pomůcky. Důležité je uvědomit si, že člověk s poruchou komunikace je plnohodnotný člen společnosti a okolí by se k němu mělo tak chovat.

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena na čtyři kapitoly, založené na základě analýzy odborné literatury. V první kapitole jsou popsány stěžejní pojmy týkající se tématu bakalářské práce jako je stáří, role integrity ve stáří, diskriminace starých lidí nazývaná ageismus. Rozebírá změny zapříčiněné vlivem stárnutí, které se dělí na psychické, biologické a sociální. Následující kapitola se zaměřuje na sociální práci se seniory, kde si vysvětlíme pojmy jako je sociální práce, kdo ji vykonává a jaké musí mít osobnostní předpoklady. Přiblížíme si, jak funguje sociální práce v domovech pro seniory, včetně důležitosti multidisciplinárního přístupu. Definujeme si Zákon o sociálních službách a zaměříme se na služby, které jsou nejčastěji využívány seniory. Následující kapitola přináší pohled do neverbální a verbální komunikace, kde jsou blíže rozebírány poruchy verbální komunikace, především pak získané neurogení poruchy verbální komunikace. Další kapitola je věnována specifické komunikaci se seniory.

Empirická část je provedena kvalitativní výzkumnou metodou, konkrétně polostrukturovanými rozhovory. Obsahuje charakteristiku výzkumného cíle, zkoumaného terénu a výzkumného souboru. Na hlavní cíl, který zní „Zjistit, jak probíhá sociální práce v domovech pro seniory s osobami se závažnou poruchou verbální komunikace“ navazuje pět dílčích cílů, na kterých jsou založeny tazatelské otázky.

Teoretická část

Stáří, stárnutí

V této kapitole si definujeme základní pojmy týkající se stáří. Vysvětlíme si, proč a jakou roli pojednává integrita v životě seniora, zaměříme se na pojmy gerontologie a geriatrie. Objasníme si, co znamená pojem ageismus, jeho původ a příčiny. V posledním bodě si shrneme psychické, biologické a sociální změny, které s sebou vyšší věk přináší.

Stáří

Jedná se o poslední vývojovou etapu, není přesně věkově ohraničená a jak uvádí Prchlík (1971, str. 4) stárnutí je „*plynulý, pozvolný, přirozený, zákonitý, fyziologický proces, ve kterém dochází ke změnám v organismu i psychice člověka*“.

Topinková, Neuwirth (1995 in Malíková, 2011, str. 15) chápou stárnutí jako „*specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem*“.

I přes to, že stáří přináší zhoršený fyzický stav a vyšší výskyt nemocí, nejedná o chorobu (Kalvach, 1997). Ve společnosti převládá negativní pohled na stáří, lidé se bojí ztráty identity, schopnosti se o sebe postarat a jisté omezenosti v životě (Malíková, 2011). Přináší nové zkušenosti a vyrovnat se s nimi je lidský vývojový úkol. Dochází k jistému pocitu naplnění a moudrosti díky nabytým zkušenostem (Vágnerová, 2000). Kalvach (1997) zmiňuje, že stáří je symbolem zkušenosti a moudrosti. Senior v penzi má velké množství času, díky kterému se může realizovat a dělat to, co ho baví. Podmínkou však je, že vnitřně dospěje ke smíření s procesem života a bude vidět jistou šanci ke štěstí v každém nabytém dni (Malíková, 2011).

Kalvach (1971) ve své publikaci zmiňuje, že stáří není přesně věkově ohraničené, ale univerzální rozdělení přináší Světová zdravotnická organizace (in Malíková, 2011, str. 14). Osoby ve věku 60-74 let se označují jako senescence, jedná se o počínající, časné stáří. Do kmetství (také senium, vlastní stáří) patří osoby ve věku 75-89 let. V sociální práci řešíme s osobami v takovém věku především ztrátu soběstačnosti a jejich následné zabezpečení (Kalvach et., 2004 in Haškovcová, 2010). Poslední vývojový cyklus přináší patriarchum, neboli dlouhověkost, kam spadají osoby věku 90+. Je však třeba mít na paměti, že stáří je individuální a každý jedinec stárne jinou rychlostí a způsobem.

Díky moderní zdravotnické péči a sociálním službám se prodlužuje střední délka života. „*Na začátku 21. století je očekávaná doba života v České republice pro muže 74,2 a pro ženy*

80,3 let“ (Haškovcová, 1990 in Haškovcová, 2010, str. 22.23). Kvůli vyššímu věku, kterého se ženy dožívají oproti mužům, bývá stáří označováno problémem starých žen (Haškovcová, 2010). Stále prodlužující se střední délka života a s ní spojené stárnutí lidské populace s sebou nese do budoucnosti velké změny v demografické struktuře. Podle projekce Českého statistického úřadu bude v roce 2030 tvořit podíl lidí starších 65 let 22,8 % populace, od roku 2050 dokonce až 31,3 % - v přepočtu 3 miliony osob (Neubauer, Neubauerová, 2020).

Role integrity ve stáří

Erikson (1963 in Vágnerová, 2000) vnímá jako náš hlavní vývojový úkol dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Integrity můžeme dosáhnout jen tehdy, pokud jsme zvládli úkoly přechozích vývojových období. Pomáhá nám pochopit smysl vlastního života ve smyslu generační posloupnosti. Můžeme nalézt několik podmínek nutných jejímu dosažení:

1. Pravdivost sobě samému – ve stáří už nemá smysl nic předstírat, uplynulý život je třeba vidět takový, jaký byl.

2. Smíření – vlastní život je třeba přijmout, jiné řešení by nemělo smysl.

3. Stabilizace a generalizace postoje k životu – prožitá zkušenost mění vztah k životu zcela obecně, umožňuje nadhled. V rámci dosažení integrity je starý člověk schopen chápat život šířeji, ve všech jeho souvislostech.

4. Kontinuita – v rámci integrity je možné uvažovat o vlastním životě jako součásti většího celku, tj. celé společnosti:

- ve vztahu k minulosti, jejímu sdílení i ve vazbě k minulým generacím, eventuálně historii společnosti, k níž člověk patří.

- ve vztahu k budoucnosti: člověk je schopen využít svou osobní zkušenost ve prospěch perspektivy dalších generací, resp. celé společnosti.

(Říčan, 1989; Berger a Thomson, 1998 in Vágnerová, 2007)

Gerontologie a geriatrie

Gerontologie

Jedná se o multidisciplinární souhrn poznatků o stárnutí a stáří. Podnětem k rozvoji bylo nové paradigma věd, které se prosazovalo ke konci 20. století, které se snaží vytvořit lepší podmínky pro pochopení stárnutí a potřeb stárnoucích osob. (Čevela et., 2012)

Můžeme nalézt tři hlavní proudy:

- **Gerontologie experimentální** (též biologická) – zabývá se otázkami proč a jak živé organismy stárnou.
- **Gerontologie sociální** – zabývá se vzájemným vztahem starého člověka a společnosti, tím, co staří lidé od společnosti potřebují, i tím, jak stárnutí populace ovlivňuje společnost a její rozvoj. Jde o širokou problematiku zahrnující demografii, sociologii, psychologii, ekonomii, politologii, právní vědy, urbanistiku, architekturu, pedagogiku a další vědní obory.
- **Gerontologie klinická** (geriatrie v širším slova smyslu) – se zabývá zvláštnostmi zdravotního stavu a chorob ve stáří, specifickými aspekty jejich výskytu, klinického obrazu, průběhu, vyšetřování, léčení i sociálních souvislostí.

(Kalvach, 1997, str. 25)

Geriatric

V některých evropských státech (Česká republika, Slovenská republika, Velká Británie, Španělsko, Irsko) se jedná o „*samostatný specializační lékařský obor vycházející z vnitřního lékařství a zabývající se kromě všeobecně interní problematiky i sounáležujícími problémy rehabilitačními, neurologickými, psychiatrickými, ošetrovatelskými a propojením s primární péčí (praktický lékař, domácí ošetrovatelská péče) i sociálními službami.*“ (Kalvach, 1997, str. 25)

Zabývá se zdravím a jeho udržování ve stáří. Předmětem geriatrie jsou křehcí senioři, kteří potřebují speciální péči přesahující kompetence všeobecných praktických lékařů. Jedná se o týmovou práci, jehož součástí je také dlouhodobá péče. Vychází z komplexního geriatrického hodnocení pacienta. (Čevela et., 2012)

Malíková (2011, str. 23) zmiňuje, že vlivem stárnutí populace dochází k většímu zastoupení seniorů ve všech lékařských oborech, tzv. geriatrizace medicíny.

Ageismus

Pojem ageismus můžeme nalézt poprvé v USA koncem 60. let 20. století. Pochází od anglického slova age, což znamená věk. Termín označuje postoj, podle kterého společnost hodnotí seniory jako osoby s nízkou hodnotou a nízkým sociálním statutem, neočekává od nich nic pozitivního, jsou jim přičítány nežádoucí osobnostní vlastnosti. V důsledku toho dochází k diskriminaci jen na základě stáří. (Vágnerová 2007)

Nejčastěji formulovaná definice ageismu pochází od Vidovičové a Rabušice (2005, str. 6): „Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu manifestovaná skrze proces systematické, symbolické ireálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.“

Příčinu ageismu vidí Vágnerová (2007) ve faktu, že příslušníci mladších generací nevidí kontinuitu generací, která se udržovala společným žitím. V důsledku toho oslábly sociální vazby uvnitř rodiny, mladí lidé často ani nevědí, jak se mají chovat ke starším. Mimo jiné si neuvědomují, že mají se staršími lidmi mnoho společného. Odmítavý postoj k seniorům může pocházet z vlastního nezpracovaného strachu ze stárnutí a stáří.

Změny zapříčiněné vlivem stárnutí

Psychické změny

Mezi psychické změny můžeme zařadit zhoršení kognitivních funkcí, do kterého patří paměť, pozornost a vnímání (Mlýnková, 2011). Kvůli zpomalení poznávacích procesů a prodloužení reakčních časů se prodlužuje reakční čas až dvojnásobně. Zhoršení zrakových a sluchových funkcí má za následek horší příjem podnětů (percepce), který je důležitý pro orientaci v prostředí. V raném stáří můžeme pozorovat začínající nedostatky paměťových funkcí. (Vágnerová, 2011)

Důležitým tématem je proměna emocionality a citové oblasti života. Vágnerová (2007) podotýká, že změny nemusí být příliš nápadné. Seniori se snaží vyhýbat obtížným situacím ve snaze udržet si pocit bezpečí a pohody. Dochází k menšímu prožívání a střídání emocí, reakce na podněty je často minimální. Nastává pokles životní pohody, jedinci jsou často se svým životem „smířeni“. U starších lidí je typická zhoršená emoční regulace. „Příčina zhoršeného sebeovládání bývá primárně biologická, základem je změna fungování CNS“ (Vágnerová, 2007, str. 412). U některých jedinců je zvýšená bázlivost a úzkost (Mlýnková, 2011).

Biologické aspekty

Proces tělesného a duševního probíhá u každého jedince individuálně. Na tento jev působí faktor vnitřní, jako jsou dané genetické dispozice (dá se říct, že lidé mají ve svém genetickém programu zakódován počátek a průběh i pravděpodobnou délku života) a vnější faktory, týkající se zdravého životního stylu, kvality stravy, spánku, fyzické kondice. (Vágnerová, 2007)

Klevetová a Dlabalová (2008) uvedly mezi nejzásadnější změny například snížení tělesné výšky, úbytek kostní hmoty, ochabnutí svalů, snížení funkčnosti plic a zhoršení smyslových orgánů. Objevují se také hnědé, tzv. „stařecké“ skvrny a padání či šedivění vlasů (Mlýnková, 2011).

Sociální změny

Kvůli nemocem či zdravotnímu postižení bývají senioři velmi často v roli osamělých a sociálně izolovaných. Protože jejich nejbližší okruh lidí o ně nechce nebo nemůže starat, bývají nuceni opustit svůj stálý způsob života a dožít v nějakém ústavním zařízení. Klevetová a Dlabalová (2008) považují závislost na pomoci druhých jako jeden z nejtěžších problémů pro starého člověka. Dochází k další redukci sociálních rolí (Vágnerová, 2007).

Tíživá situace v životě seniora nastane při odchodu jednoho z partnerů. Často se stává, že jedinec ztratí chuť žít a má problém se vyrovnat s novou životní rolí vdovy či vdovce. Tato událost velmi ovlivní celkovou kvalitu života.

Mění se také postoje a sociální chování lidí a s nimi spojená potřeba sociálního kontaktu a způsob jejího uspokojování. Senioři mají zvýšenou potřebu soukromí, preferují kontakty se známými lidmi. Kontakt s vrstevníky seniorovi přináší jiné uspokojení než kontakt s mladými lidmi. (Vágnerová, 2000)

Hrozenská a Dvořáčková (2013, str. 43-44) zmiňují, že: *"psychosociální stárnutí výrazně ovlivňuje schopnost seniora adaptovat se na změny, které stáří přináší. Patří k nim také odchod do důchodu, který na jedné straně dává prostor k oddechu, spánku a péči o sebe sama, na druhé straně snižuje počet sociálních kontaktů člověka. Zároveň dává prostor novým aktivitám, různým zálibám, poskytuje možnost uskutečňovat vysněné rekreační činnosti. Období důchodového věku je jen jedním obdobím života, kdy se může volný čas trávit tak, jak si to člověk přeje. Hlavními proměnnými však zůstávají zdraví a příležitost k práci."* O odchodu do důchodu píše ve své publikaci i Křivohlavý (2011), podle kterého je opuštění pozice ekonomicky aktivního člověka radikální změnou. Nastává potvrzení ztráty výkonnosti a mění se pohled společnosti na užitečnost jedince (Vágnerová, 2007).

Sociální práce se seniory

Kapitola objasňuje definici sociální práce, sociálního pracovníka, jeho funkci v domovech pro seniory a jeho roli jakožto profesionálního pracovníka v multidisciplinárním týmu. Stručně si shrneme Zákon o sociálních službách a služby, které jsou nejčastěji používané starými osobami.

Pro seniory je velmi důležitý pocit bezpečí a jistoty, proto si sociální práce se seniory zakládá právě na těchto hodnotách. Kaufmanová (2004, in Hrozenská, Dvořáčková, 2013, str. 120) zjistila, že *„k hodnotám, které jsou pro seniory důležité, patří zdraví, láska, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, vlastní domácnost, psychická a fyzická pohoda“*. Často se nejedná jen o práci s jednotlivcem, ale i s jeho okolím, rodinou či partnerem. Klient může skrze sociálního pracovníka vyjádřit svoji vůli, a i nadále rozhodovat o svém životě. V případě zhoršené schopnosti komunikace klienta je důležité, aby byl sociální pracovník dostatečně vybaven dovednostmi k navázání kontaktu a rozpoznání potřeb. Vzhledem k možným fyzickým potížím, které přináší vyšší věk, bývá sociální práce propojena se zdravotní péčí, díky čemuž je klientovi poskytnuta kvalitní péče s ohledem na jeho fyzickou, psychickou i sociální stránku. (Matoušek et., 2010, str. 164)

Sociální práce a sociální pracovník

Definice sociální práce je mnoho, všechny se však shodují v tom, že předmětem zájmu sociální práce je člověk (ať už v podobě jednotlivce, skupiny či komunity) a zlepšení jeho sociální situace. Šířka a pestrost je ovlivněna hlavně sociálními problémy ve společnosti, ekonomicko-politickou situací ve společnosti, úlohami a kompetencemi, kterými profese disponuje (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Kompetence se dají definovat jako *„požadavky, které v sobě zahrnují určitou výbavu vědomostí, jisté spektrum praktických (sociálních) dovedností a určitou profesionálně-etickou identitu“* (Kraus, 2008 in Neubauerová, Neubauer, 2020, str. 28). Mezi hlavní hodnoty se řadí svoboda, autonomie, kultura, nenásilnost a sociální spravedlnost. Spolupráce s klientem je založena na tzv. partnerském přístupu, má právo na úplné a přesné informace a v celém procesu může spolurozhodovat o řešení problému. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013)

Sociální pracovník musí disponovat jistými osobnostními předpoklady a dovednostmi. Podle Matouška (2003, in Hrozenská, Dvořáčková, 2013) je důležité, aby oplýval fyzickou zdatností, jelikož se jedná o těžkou a vysilující práci. Musí mít jisté komunikační dovednosti, jelikož jsou hlavním nástrojem pro danou profesi. Pro komunikaci s klientem je důležité umět aktivně naslouchat, pozorně vnímat projevy a signály, které klient vysílá. Řadí se sem oční

kontakt, způsob, jakým klient sedí, zda hýbe rukama jako projev stresu a nervozity, jak je oblečen, v jaké náladě je, jaký má výraz obličeje a tak dále. Důležité je projevat empatii a následně analyzovat klientovy prožitky. Projevem empatie vcítění se do pocitů klienta, snaha o pochopení jeho vnímání. Je součástí lidské komunikace a patří k neodmyslitelné části emoční inteligence. K větší otevřenosti a transparentnosti klientů napomáhá přitažlivost, která souvisí jak s myšlenkovou a názorovou shodou, tak s fyzickým vzhledem. Jelikož se jedná o pomáhající profesi, sociální pracovníci jsou ohroženi syndromem vyhoření. (Hrozenková, Dvořáčková, 2013)

Syndrom vyhoření je „*soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu*“ (Matoušek, 2013, str. 52). Vzniká v důsledku intenzivního kontaktu s osobami, které využívají sociální služby a mají často nereálná očekávání. Mezi časté projevy syndromu vyhoření se řadí pocity vyčerpání, omezování komunikace s kolegy, neangažovaný vztah ke klientům a lpění na standartních postupech místo tvořivého přístupu k práci. Jediný způsob pro zlepšení situace je soustavná supervize po celou dobu výkonu práce. (Matoušek, 2013)

Sociální práce v domovech pro seniory a multidisciplinární přístup

Sociální pracovník v pobytových zařízeních je „*součástí přímé konkrétní pomoci seniorům, kteří zde žijí, a sociální pracovníci by se měli uplatnit i při koncepčním uvažování o podobě a funkcích těchto zařízení a o směřování jejich vývoje do budoucnosti.*“ (Matoušek et., 2010, str. 179)

Z důvodu komplexnosti poskytované péče je klient v péči tzv. multidisciplinárního týmu. Jedná se o skupinu profesionálů, která má za cíl spolupracovat za účelem poskytnutí nejlepší možné péče pro klienta. Může se jednat o tým uvnitř jedné organizace či o tým sestavený vně organizace. (Neubauerová, Neubauer, 2020)

V pobytovém zařízení je sociální pracovník podřízen vedoucímu zařízení. Nejčastěji spolupracuje s mnoha odborníky jako jsou pracovníci zdravotních služeb – vrchní sestry, všeobecné sestry, fyzioterapeuti, aktivizační sestry. Mezi další patří například pracovníci v sociálních službách, ergoterapeut a pokladní v zařízení. (Malíková, 2011)

Matoušek et. (2010, str.179) upozorňuje na problém, že v českém systému sociálních služeb sociální pracovník bývá pouhou „*administrativní silou, která vyplácí důchody a zabývá se jinými formálními záležitostmi klientů*“. Podotýká, že by měl být ve vedoucím týmu domova pro seniory společně s ředitelem a vrchní sestrou. (Matoušek et., 2010)

Mezi hlavní činnosti sociálního pracovníka patří jednání se zájemcem o službu, následně s ním uzavírá smlouvu o poskytování sociální služby a projednává všechny záležitosti spojené s přijímací procedurou. Seznamuje klienta se spolubydlícím, informuje ho o provozu a chodu zařízení a vede osobní spis. V průběhu pobytu se snaží zjistit, jak se klient adaptoval, zda změnu zvládá dobře, zjišťuje jeho osobní potřeby a případné stížnosti. Při ukončení služby předává pozůstalým osobní věci zesnulého, provádí je sociálním poradenstvím a nabízí jim služby pomoci ve formě psychoterapie. (Malíková, 2011)

Zákon o sociálních službách

Stěžejním zákonem pro všechny sociální služby v České republice je Zákon č. 108/2006 Sb., který je účinný od 1.1.2007.

Posláním zákona je vytvořit právní rámec pro vztahy mezi podporou a pomocí potřebným, zastupovat zájmy a práva lidí, kteří to nemohou nebo nejsou schopni dělat sami. (Otázky, s.1 in Malíková, 2011)

„Zákon vymezuje vedle práv a povinností jednotlivců také práva a povinnosti obcí, krajů, státu a samozřejmě také poskytovatelů sociálních služeb.“ (Otázky, str. 1, [online]. [cit. 2020-12-18].

Dostupné z: https://www.apoa.cz/media/dokumenty/poradna/Otazky_a_odpovedi%20MPSV.pdf

Rozděluje tři druhy sociálních služeb:

- **sociální poradenství** (poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace“ včetně pomoci při uplatňování práv, jsou nedílnou činností veškerých sociálních služeb)
- **služby sociální péče** (napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.)
- **služby sociální prevence** (napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů)

(Zákony pro lidi [online]. [cit. 2020-12-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>)

Přesné rozdělení a specifikaci jednotlivých sociálních služeb můžeme nalézt v zákoně o sociálních službách. Ve své bakalářské práci jsem se rozhodla zaměřit pouze na sociální služby, které jsou nejčastěji poskytovány seniorům.

Domov pro seniory

Dle zákona o sociálních službách jsou vymezeny: „*V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*“ (Zákony pro lidi [online]. [cit. 2020-12-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>)

Matoušek a Křišťan (2013) uvádí, že důvodem pro změnu pobytu může být tíživá sociální situace nebo dlouhodobé zhoršení zdravotního stavu. Mezi tíživou životní situací se řadí nekvalitní bydlení, vysoké stáří i osamělost. Nejčastěji starý člověk volí domov pro seniory v okamžiku, kdy se o sebe nedokáže již nadále plně postarat, nestačí mu pečovatelská péče či pokud se jeho rodina o něj nechce nebo nemůže postarat.

Neuskutečnitelnost péče v rodině může být z důvodu nevyhovujícího bydlení z hlediska velikosti bytu či domu, ztrátě soukromí. Pečující osoba, která musí docházet do zaměstnání není schopná poskytnout seniorovi, který potřebuje celodenní péči plnohodnotnou péči a dostatečnou pozornost. Má také povinnosti vůči vlastní rodině, musí se starat o děti a domácnost. Překážkou může být také vzdálenost rodin a celkové vyčerpání rodinných příslušníků při péči o seniora. (Mlýnková, 2011)

Zřizovatelem domovů pro seniory mohou být krajské úřady a obce (zhruba 74 %), nestátní neziskové organizace (21 %). Zbytek zařízení spadá pod církve nebo soukromé firmy. (Matoušek a Křišťan, 2013).

Domovy se zvláštním režimem

„*V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben*

specifickým potřebám těchto osob.“ (Zákony pro lidi [online]. [cit. 2020-12-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>)

Jedná se o pobytové zařízení, od běžných domovů pro seniory se liší vyšším počtem personálu, který disponuje speciální kompetencí a hlubšími znalostmi týkajícími se problémových skupin. (Matoušek a Křišťan, 2011)

Denní stacionáře

Jde o ambulantní sociální službu. Je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení nebo duševního onemocnění. Osobám je poskytována komplexní péče s ohledem na individuální potřeby. Služba provozuje také socializační a aktivizační činnosti a sociálně terapeutické činnosti. (Otázky, str. 8, [online]. [cit. 2020-12-20]. Dostupné z: https://www.apoa.cz/media/dokumenty/poradna/Otazky_a_odpovedi%20MPSV.pdf)

Týdenní stacionáře

Jedná se o pobytovou službu, která funguje obvykle od neděle večer nebo od pondělí ráno do pátku odpoledne. Je určen pro osoby, které mají sníženou soběstačnost. Využívají je často rodiny, které jedou na dovolenou a z toho důvodu se nemohou o seniora postarat. (Mlýnková, 2011, str. 66)

Osobní asistence

Služba je terénně poskytována osobám se sníženou soběstačností, které vyžadují pomoc jiné fyzické osoby. „*Osobní asistenti pomáhají člověku zvládnout péči o sebe a umožňují jim účastnit se života společnosti.*“ (Otázky, str. 7, [online]. [cit. 2020-12-20]. Dostupné z: https://www.apoa.cz/media/dokumenty/poradna/Otazky_a_odpovedi%20MPSV.pdf)

Pečovatelská služba

„*Poskytuje péči seniorům v jejich domácím prostředí. Sociální služby jsou placené a zahrnují ošetrovatelské úkony (hygienickou péči, přípravu snídaně, nakrmění apod.), nakupování, péči o domácnost, praní, žehlení, doprovod k lékaři a další asistenční služby.*“ (Mlýnková, 2011, str. 66)

Maximální výše úhrady za poskytnuté služby je stanovena v § 6 vyhlášky č. 505/2006 Sb. 130 Kč za hodinu. „(Zákony pro lidi [online]. [cit. 2020-12-21]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>)

Komunikace

Kapitola obnáší pojmy neverbální a verbální komunikace. Vysvětlíme si základní poruchy verbální komunikace, zaměříme se především na problematiku získaných neurogenních poruch verbální komunikace, kam spadají cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody, traumatická poškození tkáně CNS, nádory a infekce CNS a degenerativní onemocnění CNS včetně demence. Pojem demence je vysvětlen více z důvodu četnosti onemocnění.

Téma řečové komunikace je velmi složitý proces. V literatuře můžeme nalézt velké množství definic:

„Komunikace je přenos nejrůznějších informačních obsahů v rámci různých komunikačních systémů za použití různých komunikačních médií, zejména prostřednictvím jazyka, sdělování.“
(Pokorná, 2006 in Pokorná, 2010, str. 12)

„Komunikace je sociální proces a sociální instituce.“ (Moscovici, 2000 in Vybíral, 2009, str. 27)

Lidská komunikace je *„médiem pozorovatelných manifestací lidských vztahů“* (Watzlawick, Beavinová, Jackson, 1969 in Vybíral, 2009, str. 26)

Pokorná (2010, str. 11) uvádí, že je: *„zjednodušeně chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty“*.

Pochází z latinského slova *communicare*, které v překladu znamená dělat něco společným, radit se. Tvoří základ všech vztahů. Díky ní je možné sdělovat a uskutečňovat výměnu významů a hodnot, kam patří rozmanité výsledky lidské aktivity, ale i oblast informací. Jedná se o transakční proces, každá zúčastněná osoba může být mluvčím i posluchačem. (Pokorná, 2010)

Neverbální komunikace

Nejčastěji je definována jako *„komunikace nepoužívající slov“* (Pokorná, 2010, str. 28). Oproti verbální komunikaci je vývojově starší a spontánnější, kvůli čemuž je i méně kontrolovatelná a tím i pravdivější (Plamínek, Franc, 2012). Mikuláščík (2003, in Pokorná, 2010, str. 26) zdůrazňuje, že: *„význam je více konotativní než denotativní“*, má *„subjektivizující význam pro*

jednotlivce a zdůrazňuje osobní názor a cítění jedince“. Sdělení, která jsou citově a hodnotově významná, se více šíří pomocí neverbální komunikace. V raném věku jsme učeni více vnímat neverbální komunikaci, později kvůli verbálnímu sdělování ji nesledujeme pečlivě a ustoupí spíše na nevědomou úroveň. (Plamínek, Franc, 2012)

Do neverbální komunikace se řadí neverbální zvukové projevy, jako jsou melodie, intonace hlasu a dynamika hlasového projevu, neverbální nezvukové projevy (gestikulace, mimika aj.), manuální jazykové kódy – znakové či posunkové a v neposlední řadě soubory komunikačních symbolů, kam se řadí piktogramy a zvuková symbolika. (Neubauerová, Neubauer, 2020)

Verbální komunikace

Nebeská (1992, in Neubauer, 1997, str. 6) definuje pojem řečová komunikace takto: *„Řečová komunikace je komplexní proces, na kterém se podílejí ve vzájemné podmíněnosti všechny tři typy předpokladů: vrozené mentální předpoklady užívání jazyka, předpoklady získané aktivní interakcí jedince s prostředím (učením) i faktory aktuálně působící v komunikační situaci.“*

Jedná se tedy o komunikaci pomocí symbolů – slov, znakových symbolů. Souvisí s racionálním obsahem sdělení (Plamínek, Franc, 2012). Mezi faktory, které ovlivňují komunikační styl patří kultura, přirozený jazyk, pohlaví a paralingvistické projevy jako je tón hlasu nebo tempo řeči (Pokorná, 2010).

Poruchy verbální komunikace

Neubauer (1997, str. 6) zmiňuje, že *„obecná problematika mezilidské komunikace je zkoumána jazykovědnými a psychologickými disciplínami, jejichž syntézou vznikla oblast psycholingvistického výzkumu řečové komunikace, jehož výsledky a východiska jsou inspirativní i pro současnou logopedii.“*

Získané neurogení poruchy verbální komunikace

Častým důvodem pro vznik různých poruch řeči jsou právě neurogeně podmíněné postižení. Neubauer et. (2007) popisuje čtyři mechanismy poškození činnosti CNS, jejich rozdělení a stručné základní body si uvedeme níže. Zhruba u 20-33 % případů prodělaných mozkových příhodách se objeví poruchy řečové komunikace okamžitě, u dalších 10-18 % později v průběhu vývoje onemocnění. (Cséfalvay, Traubner, 1996 in Neubauer et., 2007)

Cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody

Cévní onemocnění mozku (COM) a cévní mozkové příhody (CMP) vznikají náhle a řadí se mezi třetí nejčastější příčinu smrti. Kvůli vážným následkům patří také k nejobávanějším onemocněním. Je častou příčinou pro vznik demence. (Neubauer a kol., 2007)

Charakteristické je nedostatečné zásobení mozku v krvi. Do 30 dnů po prodělání COM i CMP zemře zhruba 10-20 % osob, dalších 30 % do půl roku. Mezi projevy nemoci se řadí závratě, slabost, náhlý pád, prudké bolesti hlavy, poruchy řeči a zraku, pocit ztuhlosti v oblasti tváře a jazyka, ochrnutí poloviny či celého těla, dezorientace, ztráta vědomí a poruchy dýchání. (Mlýnková, 2011)

Traumatická poškození tkáně CNS

Po COM se jedná mezi druhou nejčastější příčinou vzniku poruch řečové komunikace. Důvodem pro poškození tkáně CNS bývají dopravní nehody – až při 50 % dochází k úrazům mozku. (Neubauer a kol., 2007)

Nádory a infekce CNS

Na rozdíl od COM se poruchy funkcí objevují spíše pozvolna s graduujícími komplikacemi onemocnění. U nádorových onemocnění se následky tumoru mohou objevit v celém spektru neurogenních komunikačních poruch, záleží na lokalizaci a typu nádoru. (Neubauer a kol., 2007)

Degenerativní onemocnění CNS a demence

Pojem demence pochází ze předpony „*de*“ (odstranit) a „*mens*“ (mysl), doslova to tedy znamená „*bez mysli*“. Osoby, které mají těžké stádium demence umírají tak, jak na tento svět vstoupily – jako bezmocné děti. (Buijsseh, 2006 in Mlýnková, 2011). Demence byla dříve považována za neléčitelný a neovlivnitelný proces. Dnešní vnímání je jiné, bylo dokázáno, že pokud je terapie a léčba zahájena včas, může dojít ke zpomalení rozvoje nemoci. Nemalý důraz je kladen na terapeutické postupy, které pomáhají především se schopností komunikace. (Mlýnková, 2011)

Vyznačuje se snížením intelektové a paměťové úrovně oproti té, kterou měl jedinec před rozvojem nemoci. Dalšími znaky jsou porušené psychické funkce jako je emotivita, pozornost, vnímání a osobnost (Neubauer, 1997).

Základní rozdělení příznaků:

- **Poruchy kognitivních funkcí** – objevují se poruchy paměti ve formě zapomínání (ze začátku týkající se především krátkodobé paměti) doprovázený poruchami soustředění a vnímání, orientace, myšlení a řeči
- **Postižení aktivit každodenního života, sociální příznaky** – u středních demencí jedinec ztrácí schopnost jednoduchých činností, které před rozvinutím onemocnění prováděl každý den (nákupy, vaření, udržování osobní hygieny). Jedinec s těžkým stádiem demence je plně odkázán na pomoc druhých osob. Kvůli výše zmíněným symptomům jedinec ztrácí kontakt se svým okolím.
- **Poruchy chování, bludy, poruchy emocí** – klient je často neklidný až agresivní, napadá pečující osoby, má tendence utíkat z domova, trpí poruchami spánku, poruchami sexuálního chování, má depresivní stavy a psychotické příznaky

(Holmerová a kol., 2007, Jiráček a kol., 2009 in Mlýnková, 2011, str. 137-138)

Nejčastější příčinou vzniku jsou atroficko-degenerativní nemoci, u kterých je nejvíce zastoupená Alzheimerova choroba. Druhým nejčastějším důvodem jsou vaskulární poruchy, především pak multiinfarktová demence. Třetí místo patří tzv. sekundárním demencím, vznikají po úraze či tumoru CNS (Neubauer, 1997, str. 42). Mezi další časté typy se řadí demence s Lewyho tělísky a demence u Parkinsonovy choroby (Mlýnková, 2011).

Holmerová et. (2007, in Mlýnková, 2011, str. 135-136) popsala rizikové faktory, které mohou podporovat vznik demence. Závisejícím faktorem je věk, nad 60 let je výskyt tohoto onemocnění nejčastější. Avšak výskyt je možný i u dětí starších dvou let a po celý život. U Alzheimerovy choroby je dokázáno, že je geneticky podmíněná. Dále se vyskytuje, jak jsme si popsali výše, u osob s cévní mozkovou příhodou. Vliv na rozvoj demence má nadměrná konzumace alkoholu, jelikož působí na mozkové buňky a ničí je. Prokázaný vliv při ochraně proti demenci má tělesná a duševní aktivita.

Ačkoliv člověk trpící demencí ve vyšším stádiu již nekomunikuje, tak stále vnímá intonaci našeho hlasu, cítí bolest a uvědomuje si, pokud je s ním zacházeno nevhodně. Proto je vhodné danou osobu nekritizovat, vyhýbat se konfliktům, zařadit do našeho slovníku velké množství pochval, které je dobré využívat po každé činnosti, kterou vykoná a když se mu něco povede. Aby se jeho kognitivní funkce nezhoršily, snažíme se člověka postiženého demencí aktivizovat, zadávat mu jednoduché úkoly, aby byl mentálně zaměstnán a trénovat paměť. To můžeme

provádět formou kladení jednoduchých otázek v průběhu celého dne. Základem péče o nemocného člověka je bezpečí a přijetí. (Holmerová a kol., 2007 in Mlýnková, 2011)

Komunikace se seniory

V této kapitole se zaměříme na komunikaci se seniory. Rozebereme si základní zásady komunikace se seniory, vysvětlíme komunikaci ve spojení s osobami trpícími demencí. Text nás dále uvede do problematiky nekomunikujícího klienta a možných bariér v komunikaci. V poslední části se dozvíme více o termínu usnadňovaná komunikace a termínu augmentativní a alternativní komunikace.

Komunikace se seniory má své specifické znaky, kvůli možné nedoslýchavosti se senioři musí více soustředit na poslech, což je pro ně vyčerpávající, výměnu informací zatěžuje i zvýšená pomalost. Vzhledem k poruchám paměti nastávají potíže s vybavením si slovních výrazů a jsou též možné tendence svá sdělení opakovat. (Vágnerová, 2000)

Vhodné je připravit si dopředu téma rozhovoru. Podle toho rozeznáváme několik typů rozhovoru, které mají odlišné cíle:

- **Vzdělávací rozhovor** (edukační): klienta chceme informovat o ošetřování rány, rodinu informujeme o tom, jaké pomůcky pro inkontinenci existují
- **Za účelem získání ošetřovatelské anamnézy** – získáváme informace potřebné ke stanovení ošetřovatelských problémů, které bude pečovatel řešit
- **Naslouchající** – senior se potřebuje vypovídat
- **Podporující** – klient si nevěří, že zvládne rehabilitační cvičení, a potřebuje podporu, pomoc, která jej povzbudí k dalšímu cvičení
- **Motivující** – klienta motivujeme ke spolupráci při dodržování léčebného a ošetřovatelského režimu

(Mlýnková, 2011, str. 56)

Zásady komunikace

Kvůli získaným percepčním problémům a nejistotě porozumění může být běžný rozhovor náročný tolik, že z něho osoba s problémy porozumění raději odstoupí. Této pasivity si často jeho okolí ani nevšimne a senior se vlastně ani nechce dále prosazovat v konverzaci. (Vágnerová, 2007)

Proto bychom se měli řídit jistým desaterem při komunikaci se seniory, aby komunikace byla srozumitelná a výhodná pro obě strany:

1. Respekt, posilování sebedůvěry – správné oslovení.
2. Důsledně se vyhýbáme zdětinšťování seniora.
3. Při ošetřování cílevědomě chráníme důstojnost.

4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem.
 5. Důležité informace (termíny vyšetření, užívání léků) několikrát zopakujeme nebo napíšeme na papír.
 6. Aktivně a taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku) a přizpůsobíme tomu komunikaci.
 7. Zdržujeme se v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt.
 8. Bez ověření nedoslýchavosti nezvyšujeme hlas, „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, hluk odstraníme.
 9. Pomoc při pohybu, odkládání oděvu či ulehání na lůžko vždy nabízíme, ale nevnučujeme.
 10. Komunikace i ošetrovatelská aktivita by měla cílevědomě směřovat k podpoře a udržení soběstačnosti seniora, nikoliv předčasně předpokládat její ztrátu.
- (Urbanová in Mojžíšová, 2019, str. 64)

Klevetová a Dlabalová (2008) doplňují, že je užitečné se zeptat, ze které strany klient lépe slyší a zajistit dostatek světla, aby postižený viděl na ústa mluvícího. Důležité je pamatovat na to, že míra pochopení by měla být průběžně ověřována (Robb, Barrett, Komaromy, 2004 in Neubauerová, Neubauer, 2020).

Komunikace s osobami trpící demencí

Senioři s touto diagnózou jsou velmi vnímaví na projevy neverbální komunikace, proto při komunikaci s nimi je vhodné dodržovat určitých pravidel jako je udržování očního kontaktu, úsměvu a užití přiměřené gestikulace. (Urbanová in Mojžíšová, 2019, str. 65).

Urbanová (in Mojžíšová, 2019, str.65) rozděluje možnosti komunikace podle stádia demence. První, lehké stádium se projevuje výkyvy v časové a prostorové orientaci. Klient rozumí jednodušším souvětím, pracovník by měl klientům věnovat zvýšenou pozornost při překonávání komunikačních bariér. Je vhodné zařadit různé techniky tréninku paměti. Neubauer (1997) podotýká, že cílem je maximalizovat zachovaný komunikační potenciál. Zmiňuje především komunikační adaptivní strategie, komunikační facilitační strategie a skupinové formy terapie, kterých je vhodné využít například pro osoby izolované.

V druhém stádiu střední demence jsou postižené osoby dezorientované v čase i prostoru. Jedinec má výrazně sníženou schopnost komunikace, nerozumí sdělením a jejich souvislostem.

Jedinec, který se nachází v třetím stádiu (těžká demence) je dezorientován časem, prostorem i vlastní osobou. Kvůli ztrátě schopnosti abstraktně přemýšlet není schopen

porozumět verbálním sdělením, a je proto plně odkázán na pomoc zdravotnického personálu či rodinných příslušníků.

Čtvrté, terminální stádium se vyznačuje kompletní závislostí na ošetrovatelské péči. Osoby nejsou schopny jakékoliv aktivity, včetně komunikace.

Urbanová (in Mojžíšová, 2019, str.65)

Nekomunikující klient

U nekomunikujících klientů bývá často opomínáno naplňování osobních cílů a potřeb, jsou uspokojovány jen základní biologické potřeby. Malíková (2011, str. 176-177) rozděluje tři základní kategorie. První skupinou jsou klienti s poruchou komunikace se zachovaným vědomím, kteří jsou plně orientováni a uvědomují si svoji situaci, pouze je omezená nebo zneschopněna možnost komunikace. Mezi tyto osoby se často řadí klienti, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu či nějaký jiný typ neurologického onemocnění. K dorozumívání je možno využít elektronických komunikačních tabulek, počítačového vybavení či metod usnadňované komunikace nebo znakové řeči Makaton.

Druhou skupinou jsou klienti s kombinovanou poruchou komunikace a vědomí. Kvůli přítomnosti poruchy vědomí je jejich schopnost uvědomění své osoby vymizelá úplně či s mezerami. Nejčastěji se jedná o osoby s demencí, řadí se sem také ležící, imobilní a závislí klienti. Dorozumívají se především neverbálně. Komunikace je možná formou piktoqramů, usnadňovanou komunikací, intuitivními technikami nebo metodou validace.

Mezi třetí skupinu se řadí klienti bez verbální komunikace s těžkou poruchou vědomí. „*Verbální projevy jsou spíše na úrovni zvuků nebo nesrozumitelných slabik.*“ (Malíková, 2011, str. 177). Klienti nejsou orientováni v místě, čase či prostoru, a jsou plně závislí na komplexní ošetrovatelské péči. Jedná se o osoby s pokročilým či terminálním stádiem demence, včetně řady neurologických onemocnění. Komunikace s nimi je velmi obtížná či nemožná, proto hlavní metoda dorozumívání je pomocí intuitivních technik. (Malíková, 2011)

Pro zjištění potřeb u nekomunikujících klientů slouží několik technik, které je možno využít. Popisuje je Malíková (2011, str. 178-179). Mezi ně patří pozorování uživatele v reálné situaci, jehož cílem je zjistit, co klient v daný okamžik potřebuje. Pracovník sedí minimálně 15 minut u klienta, který v danou chvíli neprovádí žádnou činnost, pozoruje klienta a provádí vlastní sebereflexi – jaké pocity v danou chvíli cítí, jak na něj působí pokoj, ve kterém se nachází, co mu je příjemné a nepříjemné. Dané pocity konzultuje se členy týmu. Další metodu, kterou můžeme nalézt se nazývá empatická fantazie. Pracovník se snaží vcítit do klienta, co on sám by v dané situaci chtěl a potřeboval. Výsledkem je individuální plán s potřebami klienta.

Doplněním těchto dvou metod je imaginativní rozhovor, pracovník si představuje, že vede dialog s uživatelem. Jeho kvalita je závislá na schopnostech pracovníka, především na porozumění vlastním představám a pocitům. Méně využívaná je metoda modelového rozhovoru mezi dvěma pracovníky. Jeden zaujme roli pracovníka-empatika, snaží se vcítit do klienta, často zaujme i stejnou pozici. Na otázky se snaží odpovídat rychle a spontánně. Vede pak rozhovor o poskytování služby s druhým pracovníkem.

Mimo intuitivních technik je také možno použít analýzu uspokojení potřeb, která stojí na znalosti o lidských potřebách. K jejímu využití se používá například Maslowova klasifikace lidských potřeb, podle níž se vytvoří seznam, který je dále zkoumán a vyhodnocován. Cílem je pokrýt veškeré potřeby klienta. (Zpravodaj, 2008 in Malíková, 2011, str. 178-179)

Bariéry v komunikaci

V zásadě můžeme nalézt dvě hlavní rozdělení možných bariér: interní (vycházejí ze zdravotního stavu jedince, jeho schopností, dovedností a emočního prožívání). Mezi ně patří například obava z neúspěchu, negativní emoce (strach, zlost), bariéry postoje (xenofobie), nepřipravenost, fyzické nepohodlí, nemoc. Druhý druh jsou bariéry externí, které jsou podmíněny prostředím a jeho uspořádáním. Řadí se zde vyrušení další osobou, hluk a šum, vizuální rozptylování, neschopnost naslouchat, komunikační zahlcení, významnou bariérou v komunikaci může být i „neoblíbený klient“ (Urbanová in Mojžíšová, 2019). Stejně dělení popisuje i Pokorná (2010).

Oproti tomu Venglářová (2007, str. 75) a Mlýnková (2011, str.53) rozdělují bariéry na straně klienta, pracovníka a v prostředí. Jako příklad bariér na straně klienta uvádí neochotu komunikovat, nedůvěru či téma konverzace, které je pro klienta tabu. Patří sem i nedůvěra v pracovníka, především to, jak bude dále pracovat s informacemi od klienta. Častým důvodem, proč klienti nechtějí komunikovat jsou somatické bariéry jako je bolest, únava, poruchy sluchu a řeči či demence. Na straně pracovníka či pečovatele může rozhovor ztěžovat strach ze závažných témat jako je smrt. Problémem především v institucionálních zařízeních je nedostatek času potřebného k ošetrovatelské péči. Zařízení si často nemohou z finančních důvodů dovolit dostatečný počet personálu. Mezi bariéry v prostředí se řadí hluk, nedostatek soukromí či časová tíseň.

Usnadňovaná komunikace, augmentativní a alternativní komunikace

I s osobami, které nemohou plynně verbálně komunikovat se můžeme domluvit. Slouží nám k tomu tzv. usnadňovaná komunikace, což je alternativní augmentativní komunikační metoda, která je založena na sebevyjádření klienta. O její založení se zasloužila Rosemary Crossleyová v roce 1987. Je vhodná k použití nejen pro seniory, ale i pro osoby s autismem, kombinovanými vadami a osobami v kómatu. Základem je uvědomit si, že i osoba, která není schopna verbálního vyjádření a nekomunikuje, vnímá stejně jako osoba, která zvládá verbálně komunikovat. Probíhá ve spolupráci s „usnadňovatelem“, což je osoba, která drží klienta za ruku pomáhá mu s jeho vyjádřením. Jejím cílem je „*umožnit nekomunikujícím osobám vlastní vyjádření prostřednictvím obrázků, písmen, slov, předmětů nebo i klávesnice (v případě, že klient je schopen s pomocí psát na klávesnici).*“ (Malíková, 2011, str. 250)

Můžeme nalézt mnoho systému augmentativní a alternativní komunikace, pro provedení některých nepotřebujeme speciální pomůcky či vybavení (posunková řeč, prstová abeceda, standardně užívaná gesta), jiné jsou technicky náročnější (počítačové programy) (Malíková, 2011). Dělení na techniky využívající/nevyžívající pomůcky popisuje i Krhutová (2013).

V další části si popíšeme některé hlavní komunikační systémy alternativní komunikace:

Komunikační systém s obrázkovými symboly (piktogramy) - Podle mezinárodních norem se jedná o „*vnímatelný útvar, který je vytvořen psaním, kreslením, tiskem nebo jinými postupy.*“ (Janovcová, 2003, str. 18). Využívají se společně s mluvenou řečí. Zvyšují kognitivní možnosti uživatele a možnost zapojení se do konverzace. V České republice se nejvíce používá systém piktogramů převzatý ze zemí Severní Evropy, který obsahuje zhruba 700 symbolů, které vystihují osoby, předměty, činnosti, vlastnosti, pocity a jiná slova. (Janovcová, 2003)

Komunikační systém Bliss (Blissovy symboly) – Byl založen rakouským chemikem Charlesem Blissem, který chtěl vytvořit univerzální řeč, kterou by se mohl domluvit každý, bez ohledu na jeho mateřský jazyk (Janovcová, 2003). Podle Cséfalvay (2000, in Malíková, 2011) se jedná o náročnější techniku na naučení, ale poskytuje plnohodnotný komunikační nástroj. Je vhodná pro osoby neomezenými či mírně omezenými kognitivními funkcemi. Jedná se o mezinárodně standardizovaný systém, obsahem je zhruba 2000 slov. K lepšímu pochopení je u každého obrázku slovy napsáno, co obrázek představuje. (Malíková, 2011)

Znaková řeč Makaton – Jedná se o mezinárodní systém manuálních znaků a symbolů. Základem znaků slouží znakový jazyk komunity neslyšících osob. Slovník obsahuje 350 slov,

kteřé jsou rozřazeny do osmi stupňů podle stoupající náročnosti. Nachází využití v nemocnicích, školách, výcvikových a sociálně-vzdělávacích centrech. (Janovcová, 2003).

„Znakování (pohyb jedné ruky nebo oběma – vyjádření důrazu) je doprovázeno mluvenou řečí. Pro snadnější pochopení smyslu se obsah výpovědi dotváří mimickými prvky, modulací řeči, kontextem celé situace.“ (Janovcová, 2003, str. 26)

Vlastní obrázkové symboly – Klient si často s jeho oblíbeným pracovníkem vytvoří svůj vlastní systém dorozumívání. Ten může být tvořen z jednoduchých obrázků, symbolů nakreslených pracovníky či jinými osobami, výstřižků z časopisů. Díky tomu může klient vyjádřit své pocity a jeho vnitřní rozpoložení, které je dále bráno v potaz při tvorbě individuálního plánování. (Malíková, 2011)

Shrnutí teoretických východisek

V teoretické části této bakalářské práce jsou zařazeny stěžejní kapitoly pro uchopení tématu. První kapitola je věnována samotným seniorům, na které se zaměřuje celá práce. Jsou definovány pojmy jako je stáří a role integrity v životě seniora. Mimo jiné nabízí shrnutí základních poznatků o gerontologii a geriatrii. Zaměřuje se na diskriminaci seniorů a její příčinu v moderním světě. V kapitole dále nalezneme změny zapříčiněné vlivem stárnutí, které se dále dělí na psychické, biologické a sociální.

Druhá kapitola nabízí pohled do sociální práce se seniory. Vysvětluje, co sociální práce je, kdo ji vykonává a jaké musí mít osobnostní předpoklady. Zaměřuje se na sociální práci v domovech pro seniory, včetně úkonů, které sociální pracovník provádí. Nabízí vysvětlení funkce multidisciplinárního týmu a jakou roli hraje v péči o uživatele sociálních služeb. Poslední část kapitoly se zaměřuje na zákon o sociálních službách a charakteristiku primárních sociálních služeb využívaných seniory.

Následující kapitola je zaměřená na komunikaci, která se dělí na neverbální a verbální. Kvůli tématu práce jsou blíže specifikovány poruchy verbální komunikace, především pak získané neurogenní poruchy verbální komunikace, kam patří cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody, traumatická poškození tkáně CNS, nádory a infekce CNS a v neposlední řadě degenerativní onemocnění CNS a demence, která je v práci blíže specifikována kvůli četnosti výskytu.

V další kapitole jsou charakterizovány základní zásady komunikace se seniory. Přináší rozdělení základních typů rozhovorů a bariéry v komunikaci. V práci je dále specifikována komunikace s osobami trpící demencí a s klientem, který nekomunikuje vůbec. Poskytuje několik metod, jak zjistit potřeby u nekomunikujících osob. Poslední část je věnována usnadňované komunikaci. Shrnuje elementární druhy alternativní a augmentativní komunikace.

Metodologická část

Pro výzkum tématu Sociální práce s osobami se závažnou poruchou verbální komunikace byl vybrán kvalitativní výzkum, který je vhodný pro hlubší porozumění dané problematice. Toto výzkumné šetření bylo zvoleno z důvodu vhodnějšího zachycení jedinečných zkušeností osob, proto by kvantitativní výzkumná technika nebyla vhodná.

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Creswell, 1998, in Hendl, 2016, str. 46)

Mezi přednosti kvantitativního výzkumu patří možnost získání podrobného popisu a vhledu při zkoumání jedince, skupiny, události či fenoménu, možnost zkoumání v přirozeném prostředí. Dále také umožňuje navrhnout teorie a studovat procesy. Mezi nevýhody patří jisté riziko, že získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí, je těžké provádět kvantitativní predikce a testovat hypotézy a teorie. Výsledky také mohou být ovlivněny výzkumníkem, proto by měl být co nejvíce nestranný a nezaujatý. (Hendl, 2016, str. 48)

Výzkumný cíl

Cílem provedeného výzkumu je zjistit, jak probíhá sociální práce v domovech pro seniory s osobami se závažnou poruchou verbální komunikace. Mimo jiné se snaží zjistit, jak pracovníci v sociálních službách vnímají osoby s poruchou komunikace, zda mají sníženou kvalitu života, jaké nejčastěji používají techniky k domluvení se s uživateli služby, jakým způsobem jsou vzděláváni na téma komunikace a zda do daného zařízení chodí nějaký specialista.

Práce se snaží poukázat na často opomíjené osoby s poruchou komunikace. Informace získané z výzkumu mohou dát impulz vedení domovů pro seniory k hlubšímu vzdělávání v této problematice a pomoci osobám pracujícím v sociálních službách.

Hlavní cíl a dílčí výzkumné otázky, transformační tabulka

Hlavní výzkumná otázka vychází z výzkumného cíle a zní: **Zjistit, jak probíhá sociální práce v domovech pro seniory s osobami se závažnou poruchou verbální komunikace**

Hlavní výzkumná otázka (H) je dále rozdělena do pěti dílčích cílů (DVC), na kterých jsou založeny tazatelské otázky (TO), které budou dále zjišťovány formou polostrukturovaných rozhovorů:

DVC1: Zjistit, jaké poruchy verbální komunikace se nejčastěji objevují

Tazatelské otázky vztahující se k DVC1:

TO1: Nachází se ve vašem zařízení osoby s poruchou verbální komunikace?

TO2: S jakými poruchami v řečové komunikaci u seniorů v domově se nejčastěji setkáváte, s jakým klientem je pro Vás komunikace nejobtížnější?

TO3: Existuje něco, co při své práci se seniory s poruchou řečové komunikace postrádáte?

TO4: Jak hodnotíte množství a kvalitu informací, které jsou vám poskytnuty o klientech domova? Jsou informace o klientech s poruchou komunikačních schopností dostatečné pro vaši práci?

DVC2: Zjistit, jak respondenti komunikují s klienty s poruchou verbální komunikace

Tazatelské otázky:

TO5: Jaké metody či techniky využíváte nejčastěji k domluvení se s uživatelem služby?

TO6: Setkali jste se ve Vaší praxi s nově příchozím seniorem, který měl vlastní slovník?

TO7: Stalo se Vám během Vaší praxe, že jste dle vašeho názoru zcela přizpůsobila komunikaci zdravotnímu stavu, aktuální situaci seniora, a on Vám přesto nerozuměl?

DVC3: Zjistit vnímání kvality života osob s poruchou komunikace

Tazatelské otázky:

TO8: Jak vnímáte člověka s poruchami řečové komunikace?

TO9: Myslíte si, že osoby s poruchou komunikace mají sníženou kvalitu života? Vnímáte zvýšené pocity izolace?

TO10: Ovlivňuje závažná porucha řečové komunikace sociální začlenění? Jaké aktivity s nimi provozujete?

DVC4: Zjistit, jakým způsobem respondent pohlíží na vzdělávání týkající se komunikace

Tazatelské otázky:

TO11: Jsou Vám poskytovány kurzy, školení zaměřující se na komunikaci?

TO12: Vnímáte poskytované vzdělávání jako dostatečné?

TO13: Vzděláváte se i ve svém volném čase?

DVC5: Zjistit, zda dané zařízení využívá poradenských služeb

Tazatelské otázky:

TO14: Dochází do vašeho zařízení specialista – logoped, ergoterapeut, psycholog?

TO15: Byla by dle vašeho názoru přínosná spolupráce s logopedem?

TO16: V čem vnímáte přínos specialistů?

Transformační tabulka

Tabulka č.1: Transformační tabulka

Hlavní cíl výzkumu	Dílčí výzkumné cíle (DVC)	Tazatelské otázky (TO)
Zjistit, jak probíhá sociální práce v domovech pro seniory s osobami se závažnou poruchou verbální komunikace	DVC1 - Zjistit, jaké poruchy verbální komunikace se nejčastěji objevují	TO1: Nachází se ve vašem zařízení osoby s poruchou verbální komunikace? TO2: S jakými poruchami v řečové komunikaci u seniorů v domově se nejčastěji setkáváte, s jakým klientem je pro Vás komunikace nejobtížnější? TO3: Existuje něco, co při své práci se seniory s poruchou řečové komunikace postrádáte? TO4: Jak hodnotíte množství a kvalitu informací, které jsou vám poskytnuty o klientech domova, jsou informace o klientech s poruchou komunikačních schopností dostatečné pro vaši práci?

	<p>DVC2 - Zjistit, jak respondenti komunikují s klienty s poruchou verbální komunikace</p>	<p>TO5: Jaké metody či techniky využíváte nejčastěji k domluvení se s uživatelem služby?</p> <p>TO6: Setkali jste se ve Vaší praxi s nově přichozím seniorem, který měl vlastní slovník?</p> <p>TO7: Stalo se Vám během Vaší praxe, že jste dle vašeho názoru zcela přizpůsobila komunikaci zdravotnímu stavu, aktuální situaci seniory, a on Vám přesto nerozuměl?</p>
	<p>DVC 3 - Zjistit vnímání kvality života osob s poruchou komunikace</p>	<p>TO8: Jak vnímáte člověka s poruchami řečové komunikace?</p> <p>TO9: Myslíte si, že osoby s poruchou komunikace mají sníženou kvalitu života, vnímáte zvýšené pocity izolace?</p> <p>TO10: Ovlivňuje závažná porucha řečové komunikace sociální začlenění?</p>
	<p>DVC4 - Zjistit, jakým způsobem respondent pohlíží na vzdělávání týkající se komunikace</p>	<p>TO11: Jsou Vám poskytovány kurzy, školení</p>

		zaměřující se na komunikaci? TO12: Vnímáte poskytované vzdělávání jako dostatečné? TO13: Vzděláváte se i ve svém volném čase?
	DVC5 - Zjistit, zda dané zařízení využívá poradenských služeb	TO14: Dochází do vašeho zařízení specialista – logoped, ergoterapeut, psycholog? TO15: Byla by dle vašeho názoru přínosná spolupráce s logopedem? TO16: V čem vnímáte přínos specialistů?

Zdroj: vlastní

Výběr výzkumného souboru

Celkový výzkumný soubor tvoří 5 osob pracujících v sociálních službách. Zastoupeny jsou pracovníci přímé obslužné péče a sociální pracovníci. Pro přehled byla vytvořena tabulka, kde jsou znázorněni jednotliví respondenti, jejich pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a doba, po kterou pracují v sociálních službách s danou cílovou skupinou (senioři s poruchou komunikace).

Tabulka č.2: Přehled respondentů

Informant	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Doba zaměstnání v sociálních službách
R1	Žena	Vyšší odborné	12 let
R2	Žena	Vysokoškolské	20 let

R3	Žena	Vysokoškolské	25 let
R4	Žena	Vyšší odborné	10 let
R5	Žena	Vysokoškolské	3 roky

Zdroj: vlastní

Byla použita metoda záměrného výběru, která je součástí nepravděpodobnostní metody (Miovský, 2006). Předpokladem pro umožnění rozhovoru byla zkušenost s osobami s poruchou komunikace a délka praxe minimálně jeden rok.

Technika sběru dat

Ve své práci jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Jedná se o nejčastěji používanou podobu rozhovoru, z důvodu možné eliminace nevýhod strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru a zároveň možné maximalizace výhod těchto variant. Tazatel si předem připraví okruh otázek, který respondentům pokládá. Ty mohou být pokládány v různém pořadí, tak, abychom maximalizovali výtěžnost rozhovoru. Je vhodné se doptávat respondenta na doplňující otázky, tak, abychom si byli jisti, že jsme pochopili a interpretovali odpovědi respondenta. Miovský (2006) doporučuje otázku „*Jak to myslíte?*“. Polostrukturovaný rozhovor obsahuje jádro interview, což znamená, že máme některé otázky a okruhy témat, které musíme s respondentem probrat. Na jádro se dále nabalují doplňující otázky, jak bylo zmíněno výše. Nabízí možné využití různých pomůcek. Jedna z nejčastěji používaných je záznamový arch, která nabízí možnost zaznamenání důležitých informací o respondentovi. Mimo jiné je možné použít osnovu interview, která nám pomáhá udržet strukturu a neztratit se v rozhovoru. (Miovský, 2006)

Polostrukturovaný rozhovor lze rozdělit na několik fází. První, přípravná a úvodní část se věnuje přípravě otázek a navázání kontaktu s potencionálním účastníkem, získání souhlasu s rozhovorem a domluvením se na schůzce. Druhá část patří vzestupu a upevnění kontaktu s budoucím respondentem. V této fázi se snažíme aktivně vytvářet podmínky k prolomení psychických bariér a „naladit se“ na účastníka rozhovoru. Další fáze je už samotné jádro interview, kdy klademe otázky a snažíme se zaznamenat odpovědi. Po samotném rozhovoru nastává jen závěr a ukončení, kdy je důležité se zachovat takovým způsobem, aby respondent neměl pocit, že byl zneužit pouze jako zdroj informací. (Miovský, 2006)

Vedení rozhovoru vyžaduje „*dovednost, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění a disciplínu*“ (Hendl, 2016, str. 170). Důležité je nepodcenit začátek. Pokud špatně zahájíme rozhovor, respondent se nám nemusí otevřít a jeho výpovědi mohou být zkreslené.

Proto je vhodné se hned ze začátku ptát na souhlas se záznamem a prolomit tak možné psychické bariéry. (Hendl, 2016)

Charakteristika zkoumaného terénu

Výzkumné šetření probíhalo ve třech Domovech pro seniory v Pardubickém kraji. Uvedeme si zde jejich základní charakteristiku.

Domov u Fontány je příspěvková organizace Pardubického kraje. Sociální služby poskytuje již přes 50 let. Nabízí tři sociální služby: domov pro seniory (DPS), domov se zvláštním režimem a odlehčovací službu. Domov pro seniory má kapacitu 40 lůžek, které jsou v dvoulůžkových a jednolůžkových pokojích. Mezi hlavní poskytované služby patří ubytování, stravování, podpora a pomoc v oblasti soběstačnosti klientů, ošetrovatelská, zdravotní péče a rehabilitace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, úklid, praní, udržení a rozvoj samostatnosti, soběstačnosti a volnočasové aktivity, sociální poradenství a pomoc při zajištění práv a oprávněných zájmů. Domov se zvláštním režimem má kapacitu 111 lůžek v dvoulůžkových a jednolůžkových pokojích a specializuje se na osoby se sníženou soběstačností z důvodu Alzheimerovy choroby či jiných typů demence. Služby poskytuje osobám od 45 let. Domov se snaží o maximální zapojení rodiny, která si sama může individuálně zvolit, jak často se chce zapojovat do péče o člena rodiny. (Domov u Fontány [online]. [cit. 2020-01-09]. Dostupné z: <http://www.domovufontany.cz>)

Domov u Kostelíčka je součástí příspěvkové organizace Sociální služby města Pardubic, zřizované Magistrátem města Pardubic. Skládá se z Domova pro seniory (DPS) a Domova se zvláštním režimem. Celková kapacita činí 297 lůžek, z čehož DPS má 106 lůžek a Domov se zvláštním režimem 191 lůžek. V roce 2018 získali certifikát Vážka, který je udělován Českou Alzheimerovou společností. Slouží také jako nové kontaktní místo. (Domov u Kostelíčka [online]. [cit. 2020-01-09]. Dostupné z <http://ssmpce.cz/dps-kostelicek>)

Domov pro seniory Dubina spadá pod Sociální služby města Pardubic. Zřizovatelem je Magistrát města Pardubic. Byl otevřen v roce 1976 jako jeden z prvních DDS a tvoří ji 4 propojené budovy. Celková kapacita je 153 uživatelů. Služba je určena pro seniory od 65 let, kteří mají sníženou samostatnost. (Domov pro seniory Dubina [online]. [cit. 2020-01-09]. Dostupné z: <http://ssmpce.cz/dps-dubina>)

Průběh výzkumu, etické otázky

Příprava výzkumu probíhala od srpna do prosince roku 2020. Samotné rozhovory probíhaly v rozmezí od ledna do března 2021. Kvůli situaci ohledně pandemii COVID-19, kdy není možné domovy pro seniory osobně navštívit, byly rozhovory realizovány prostřednictvím online video hovorů.

Respondenti měli právo odmítnout či ukončit rozhovor předčasně. Předem vyplnili aktivní souhlas s provedením rozhovoru, zpracováním osobních dat a pořizováním nahrávek. Vyplněné souhlasy jsou archivovány u autora práce. Před zahájením rozhovoru byli seznámeni s tématy, kterých se bude rozhovor týkat, o smyslu a průběhu výzkumu. Dále byli informováni, že bude dodržena anonymita a respektování soukromí.

Realizace výzkumného šetření

Rozhovory probíhaly formou polostrukturovaných rozhovorů. Respondenti byli předem seznámeni s tématem práce. Byli informováni o možnosti přeskočit otázky, na které nebudou chtít odpovídat nebo rozhovor předčasně ukončit, popřípadě nesouhlasit s nahráváním rozhovoru. Ani jedné možnosti žádný respondent nevyužil. Kvůli situaci týkající se viru COVID-19 rozhovory nemohly probíhat v přímém kontaktu. Byla využita metoda online komunikace po předchozí telefonické domluvě.

Zpracování dat

Po nahrání byly rozhovory s respondenty zpětně přepsány metodou redukce do písemné podoby. Nebyly přepisovány výroky, které se opakovaly a neměly potřebnou informační hodnotu. Redukce dat probíhá při jejich analýze. (Hendl, 2005).

Byla využita metoda kódování, která pomáhá popsat data (Hendl, 2016). Po transkripci rozhovorů bylo použito barvení textu. To pomohlo k zachycení témat, které se v rozhovoru prolínaly. V našem případě se jednalo o vzorce:

- Identifikace klientů
- Metody a techniky využívané ke komunikaci
- Kvalita života klientů
- Vzdělávání
- Poradenské služby

Interpretace dat získaným výzkumem

Kapitola přináší bližší interpretování dat získaných kvalitativním výzkumem. Kapitola je rozdělena dle jednotlivých dílčích cílů a tazatelských otázek navazujících na ně. Doslovný přepis jednoho z rozhovorů je umístěn v přílohách této bakalářské práce, ostatní zbylé jsou uloženy v osobním archivu autora BP.

DVC1: Zjistit, jaké poruchy verbální komunikace se nejčastěji objevují

Cílem prvního dílčího cíle je získat bližší podvědomí o osobách, které mají poruchu verbální komunikace, zjistit jaké poruchy se nejvíce objevují v daných zařízeních. Dále je důležité zjistit, jaké jsou největší překážky v komunikaci a co by pracovníkům pomohlo při komunikaci s takovými osobami, což by mohlo dát impuls vedení pro zlepšení pracovních podmínek zaměstnanců.

TO1: Nachází se ve vašem zařízení osoby s poruchou verbální komunikace?

Ve všech zařízeních se nacházely osoby s poruchou verbální komunikace. R1: *„Ano, nacházejí. Zrovna u nás, řekla bych, je to určitě skoro polovina všech klientů.“* Ostatní respondenti se shodovali v názoru, že v zařízeních, kde momentálně pracují, se nachází poměrně velké množství osob s poruchou verbální komunikace.

TO2: S jakými poruchami v řečové komunikaci u seniorů v domově se nejčastěji setkáváte a s jakým klientem je pro Vás komunikace nejobtížnější?

Odpovědi respondentů se lišily. R2 uvedl, že: *„Nejčastěji se setkáváme s mozkovými příhodami, dále pak s úrazy hlavy s krvácením do mozku a demencí, ale to u nás minimálně.“*, oproti podle R5 *„Máme velké množství klientů s demencí, ti budou určitě nejčastější. Nachází se zde i hodně klientů po cévní mozkové příhodě a pár klientů, kteří prodělali nějaké poškození CNS.“*. R1 i R4 uvedli, že se nejčastěji setkávají s různými formami demence. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že se v jejich zařízení nachází jak osoby s demencí, tak senioři po cévní mozkové příhodě, nádorových onemocnění a traumatickém poškození CNS. Všichni respondenti shodně uvádějí, že nejtěžší je pro ně komunikace s osobami trpící demencí.

TO3: Existuje něco, co při své práci se seniory s poruchou řečové komunikace postrádáte?

Pouze jeden respondent uvedl, že v zařízení mají dostatek pomůcek a nic nepostrádá. Zbytek respondentů uvedl, že postrádají pomůcky potřebné ke komunikaci. R4: *„Z mého pohledu máme*

nedostatek pomůcek, to by nám určitě ulehčilo práci s klienty a i pro ně byla komunikace třeba pomocí obrázků jednodušší.“ R1 uvedl, že jejich zařízení má pomůcek dostatek, ale uvítal by větší možnost vzdělávání se v komunikaci.

TO4: Jak hodnotíte množství a kvalitu informací, které jsou vám poskytnuty o klientech domova, jsou informace o klientech s poruchou komunikačních schopností dostatečné pro Vaší práci?

Většina respondentů se shodla na tom, že množství a kvalita informací poskytnuté o nově přichozích klientech domova jsou nedostatečné. Jako hlavní problém vidí většina respondentů v tom, že neví klientovu historii, čím si v životě prošel a jeho zdravotní diagnózu, jelikož sociální pracovníci a pracovníci přímé péče toto vědět nesmí. To dosvědčuje výrok R3: *„Kdybychom mohli znát diagnózu klienta, tak by byla péče o něho jednodušší, protože bychom měli nějaký základ.“* Respondenti špatně hodnotí i spolupráci s obvodním lékařem nově přichozích klientů, často se setkávají s tím, že se lékař nezapojuje a napíše krátkou zprávu, ze které mají nedostatek informací o klientovi. Bohužel pouze jeden respondent hodnotí informace jako dostatečné, protože jako podmínky přijetí do domova mají cestu života klienta a dbají na zapojení rodiny, díky které mají potřebné informace k výkonu jejich práce.

DVC2: Zjistit, jak respondenti komunikují s klienty s poruchou verbální komunikace

Druhým dílčím cílem je zjistit, jaké metody a techniky alternativní komunikace pracovníci nejčastěji používají k domluvení se s uživateli služby. Pomocí tazatelských otázek bylo zjištěno, zda se pracovníci setkali s nově přichozím uživatelem služby, který měl vlastní slovník a zda se někdy stalo, že se pracovník snažil maximálně přizpůsobit klientovi a i přes to mu klient nerozuměl.

TO5: Jaké metody či techniky využíváte nejčastěji k domluvení se s uživatelem služby?

Mezi nejčastější techniky, které respondenti zmiňovaly, patřilo používání jednoduchých, krátkých vět, hlasitá mluva a často neverbální komunikace – R3 *„Když si nevíme rady a víme, že nám klient nerozumí, často se domlouváme pomocí neverbální komunikace, nohama a rukama se snažíme ukazovat to, co myslíme. Většina klientů pak chápe, co se po nich chce, nebo co se bude dít.“* Mezi časté způsoby vzájemné komunikace, především se špatně či úplně neslyšícími klienty patří komunikace psaním do poznámkového bloku. Pouze jeden respondent se zmínil, že s klienty komunikuje pomocí piktogramů a jiných alternativních metod komunikace.

TO6: Setkali jste se ve Vaší praxi s nově příchozím seniorem, který měl vlastní slovník?

Tři respondenti uvedli, že se ve své praxi setkali se seniorem, který měl vlastní slovník. Podle jejich slov se jedná o pozitivní věc a jsou rádi, když mají způsob, jak se s klientem služby domluvit. Tomu dosvědčuje i výrok R2: *„Když přijde někdo nový a má vlastní způsob, jak komunikovat, určitě to oceníme a všichni se tomu snažíme přizpůsobit a vyjít vstříc.“* R4 uvedl, že se ve své praxi nesešel s nově příchozím klientem, který by měl vlastní slovník, ale s uživatelem, který používal tabulku. Pouze jeden respondent uvedl, že se mu to po dobu jeho praxe nestalo.

TO7: Stalo se Vám během Vaší praxe, že jste dle vašeho názoru zcela přizpůsobila komunikaci zdravotnímu stavu, aktuální situaci seniory, a on Vám přesto nerozuměl?

Naprostá většina respondentů odpověděla, že i přes veškerou vynaloženou snahu a přizpůsobení komunikace ze strany pracovníka se stává, že občas klient neporozumí sdělení, ať už verbálnímu či nikoliv. R1 naopak uvedl, že: *„Ano, bohužel i to se někdy stává, ale řekla bych, že vždycky se nějakým způsobem, většinou nohama rukama dorozumíme. Aspoň ty základní věci, jako je koupání, jezení a tak.“*

DVC3: Zjistit vnímání kvality života osob s poruchou komunikace

Osoby, které mají poruchu komunikace mohou trpět velkými pocity osamocení, protože se mohou cítit odstrčeni od ostatních osob z důvodu, že nemohou komunikovat. Třetí dílčí otázka se zaměřuje právě na tuto problematiku. Jejím cílem je zjistit, zda si pracovníci myslí, že jsou osoby s poruchou komunikace izolovány a zjistit jejich názor na kvalitu života. Poslední tazatelská otázka se zaměřuje na aktivity, které jsou s takovými osobami provozovány.

TO8: Jak vnímáte člověka s poruchami řečové komunikace?

Odpovědi byly velmi podobné, všichni respondenti pohlíží na klienty s poruchou komunikace jako na plnohodnotné členy společnosti, kteří nejsou méně hodnotní než kdokoliv jiný. Tomu dosvědčují i výroky R1: *„Bereme je jako plnohodnotné členy společnosti i přes to, že nemohou komunikovat.“*, R5: *„Pohlížím na ně prostě jako na lidi. Nejsou hodnotně jiní. Mají své potřeby, cítí jako všichni ostatní.““*

TO9: Myslíte si, že osoby s poruchou komunikace mají sníženou kvalitu života, vnímáte zvýšené pocity izolace?

Podle všech respondentů osoby s poruchou komunikace opravdu mají sníženou kvalitu života. Všichni respondenti se shodli na faktu, že záleží na tom, o jakou konkrétní poruchu komunikace se jedná. Dosvědčuje tomu i odpověď R2, která značí i zvýšené pocity izolace: „*Ano, myslím, že mají nižší kvalitu života kvůli tomu, že nemohou komunikovat. Zvýšené pocity izolace vnímám, jedna klientka u nás zrovna je kvůli tomu hodně izolovaná, bohužel ji nejde moc mluvit, bojí se, že se jí budou ostatní posmívat, a proto se raději straní.*“ Stejně odpověděl i R1, který navíc tvrdil, že „*podle mě trpí hlavně doma, když jejich rodina neví, jak s nima komunikovat a nějak je dále nerozvíjí. Z mého pohledu se tu mají lépe, protože se více zapojují s ostatními a snažíme se ty klienty co nejvíce rozvíjet.*“

TO10: Ovlivňuje závažná porucha řečové komunikace sociální začlenění?

Dva respondenti uvedli odpověď na otázku, zda ovlivňuje porucha komunikace sociální začlenění „*nemyslím si, z mého pohledu se tito klienti normálně zapojují do běžného chodu a provádějí různé aktivity*“ a „*Kdo chce, tak se normálně zapojuje, schází se na terase, hrají spolu společenské hry, šachy často spolu zpívají – muzikoterapie. Většinou se normálně zapojí, jen musí být vyšší trpělivost s vysvětlováním.*“ Naopak zbytek respondentů uvedl, že porucha komunikace opravdu sociální začlenění ovlivňuje. Často zmiňují psychickou náročnost kontaktu pro klienty s takovým handicapem, časté pocity studu a pochybnosti v sebe sama. Tomu nasvědčuje i výrok R2 „*jedna klientka u nás zrovna je kvůli tomu hodně izolovaná, bohužel ji nejde moc mluvit, bojí se, že se jí budou ostatní posmívat, a proto se raději straní.*“ Všichni respondenti se shodují ve vysoké míře oblíbenosti canisterapie a arteterapie.

DVC4: Zjistit, jakým způsobem respondent pohlíží na vzdělávání týkající se komunikace

Dílčí cíl číslo čtyři se zaměřuje na vzdělávání pracovníků ohledně komunikace. Snaží se zjistit, zda pracovníci v sociálních službách vnímají poskytované vzdělávání jako dostatečné, popřípadě zda se vzdělávají sami ve svém volném čase.

TO11: Jsou Vám poskytovány kurzy, školení zaměřující se na komunikaci?

Ve všech zařízeních jsou pravidelně poskytovány školení, které mohou mít různé zaměření. R4 uvedl, že v jejich zařízení probíhá jednou ročně zpětná vazba, díky které si mohou pracovníci říct, v čem se chtějí zlepšovat a dát tak podnět vedení. V dnešní době je vzdělávání většinou

pozastaveno kvůli situaci ohledně COVID-19. Jako přínosnou vidí respondenti spolupráci s Českou alzheimerovou společností, která díky certifikátu Vážka poskytuje vzdělávání v komunikaci s osobami trpící demencí. Vzdělávání probíhá zhruba 2x ročně.

TO12: Vnímáte poskytované vzdělávání jako dostatečné?

Všichni respondenti se jednohlasně shodli na tom, že vzdělávání nevnímají jako dostatečné a byli by rádi, kdyby dostali více příležitostí k prohloubení znalostí. R2: *„Podle mě je vzdělávání nedostatečné, byla bych radši, kdyby nám bylo poskytováno větší množství příležitostí, což by vedlo k poskytování kvalitnější práce.“* Vnímají však jako pozitivní, že vzdělávání probíhá přímo na jejich pracovišti, a tak nemusí nikam dojíždět. Často se také opakovala odpověď týkající se důležitosti vzdělávání rodiny a příbuzných klientů ohledně komunikace, kterou hodnotí jako nedostatečnou.

TO13: Vzděláváte se i ve svém volném čase?

Pouze jeden respondent uvedl, že se vzdělává i ve svém volném čase pomocí čtení internetových článků týkajících se problematiky seniorů. R1: *„Občas se také zúčastním nějakým seminářů na vlastní pěst, hlavně poslední dobou se rozšířily různé kurzy přes internet.“* Ostatní respondenti uvedli, že se ve svém volném čase nevzdělávají, a to z různých důvodů, především kvůli nedostatku času. Snaží se však nalézt příležitost ke vzdělávání ve volnějších chvílích během jejich pracovní doby.

DVC5: Zjistit, zda dané zařízení využívá poradenských služeb

Cílem poslední, páté dílčí otázky je zjistit, zda daný domov pro seniory navštěvuje specialista (logoped, ergoterapeut, psycholog), popřípadě zda si myslí, že by byla užitečná spolupráce s logopedem a v čem vnímají jejich přínos ve spojení s jejich prací.

TO14: Dochází do vašeho zařízení specialista – logoped, ergoterapeut, psycholog?

Mezi specialistu, který dochází do všech zařízení, ve kterých se prováděl výzkum, patří psychiatr. Často zařízení také navštěvuje psycholog, který pomáhá seniorům vypořádat se především s adaptací na nové prostředí při přechodu z jejich původního domova. Pouze do jednoho zařízení dochází pravidelně logoped, který se snaží zlepšovat řečové schopnosti uživatelů služby.

TO15: Byla by dle vašeho názoru přínosná spolupráce s logopedem?

Dva respondenti odpověděli, že podle jejich názoru by spolupráce s logopedem nebyla užitečná, a to především z důvodu velkého množství klientů s různou formou demence, u kterých by podle nich taková spolupráce neměla smysl. Zbytek respondentů by uvítal možnost takové spolupráce. Respondent, který uvedl, že jejich zařízení logoped navštěvuje se domnívá, že taková spolupráce je velmi užitečná a u většiny klientů vidí velký pokrok s řečovými schopnostmi.

TO16: V čem vnímáte přínos specialistů?

Jako hlavní přínos respondenti zmiňují odborné znalosti, které oni sami nemají. Mezi další pozitiva se řadí možnost klientů se rozvíjet a pomoci jim od fyzické či psychické nepohody. Tomu dosvědčuje i výrok R1: *„Jako pozitivum vnímám to, že by klienty určitě rozvíjeli takovým způsobem, jakým my nemůžeme a neumíme to, protože nejsme na tuhle problematiku specialisti.“* a R2: *„Pokud jsou ve špatné náladě, klienti sami jsou moc rádi za příležitost popovídat si s psychologem. Specialisté nám ukazují nové cesty a techniky, jak se chovat k našim klientům.“*

Shrnutí praktické části

Ve všech zařízeních, kde probíhal výzkum, se vyskytují osoby s poruchou komunikace. Podle respondentů se jedná o veliké množství osob, v jednom zařízení se jedná až o polovinu všech uživatelů služby. Nejčastěji se jedná o klienty s různými formami demence, dále se vyskytují klienti po cévní mozkové příhodě a osoby po traumatickém poškození CNS. Jako nejobtížnější druh klienta, se kterým komunikují, považují osoby s demencí, převážně kvůli obtížnosti porozumění. Z tohoto dílčího cíle vyplynulo, že v domovech pro seniory často chybí kompenzační pomůcky potřebné pro komunikaci. Pracovníci by uvítali hlavně komunikační systém s obrázkovými symboly, tzv. piktogramy z důvodu jednoduchosti provedení a lehkého pochopení ze strany klienta. Informace, které mají pracovníci dostupné o klientech potřebné pro jejich výkon práce, především jejich množství a kvalitu, hodnotí jako nedostatečné. Problémovost vidí hlavně v dysfunkční spolupráci s obvodním lékařem klientů a komunikaci s rodinou.

Mezi hlavní metody a techniky využívané ke komunikaci s uživatelem služby patří především používání jednoduchých, krátkých vět, hlasitá mluva a výrazná artikulace. Pracovníci se snaží dbát na to, aby komunikace probíhala v klidném a nerušivém prostředí. Jako nejosvědčenější metodu pracovníci uvádí neverbální komunikaci, tzv. „rukama, nohama“. Je vyvíjena co největší snaha o to, aby klient pochopil, co se mu snaží pracovník sdělit, bohužel i přes to se setkávají s klienty, kdy se zcela přizpůsobí zdravotnímu stavu, a i tak mu klient neporozumí. Při komunikaci s klienty, co špatně či vůbec neslyší, se využívá poznámkového bloku, kde probíhá vzájemná konverzace. Kompenzační pomůcky jsou využívány málo, hlavní důvod může být jejich nedostatečnost či úplná absence. Většina respondentů se setkala s nově přichozím klientem, který měl vlastní slovník či jinou pomůcku, na což pohlíželi pozitivně.

Pohled respondentů na osoby s poruchou komunikace je totožný, vnímají je jako plnohodnotné členy společnosti. Bohužel však většina respondentů se domnívá, že mají sníženou kvalitu života, především z důvodu horšího spojení s ostatními lidmi, ovšem záleží, jakou poruchu komunikace klient má. U osob s demencí se nedá určit, zda poruchou komunikace trpí, naopak u osob po cévní mozkové příhodě to lze určit jednoznačněji. Problémy nastávají při komunikaci s rodinami klientů, především protože sami neví, jak s uživatelem služby komunikovat. Časté jsou pocity izolace, které ovlivňují i jakýsi stud ohledně neplynulých komunikačních schopností. Odpovědi ohledně sociálního začlenění byly velmi rozdílné, podle některých respondentů porucha komunikace ovlivňuje sociální začlenění, podle některých

nikoliv. Záleží hlavně na individuálním klientovi a jeho přání se zapojovat do okolního dění. Oblíbená je hlavně canisterapie a arteterapie.

Respondenti uvedli, že vzdělávání týkající se přímo komunikace je provozováno zřídka, v dnešní době je vzdělávání pozastaveno úplně. Jako přínosnou vidí respondenti spolupráci s Českou alzheimerovou společností, která díky certifikátu Vážka poskytuje vzdělávání v komunikaci s osobami trpící demencí. Z dílčího cíle vyplynulo, že respondenti vnímají poskytnuté vzdělávání jako nedostatečné, a byli by rádi za více možností od zaměstnavatele si rozšiřovat znalosti. Ve volném čase se vzdělává pouze jeden respondent, a to především pomocí online zdrojů. Zbytek respondentů se snaží vzdělávat ve volnějších chvílích během jejich pracovní doby.

Do zařízení, kde byl prováděn výzkum, dochází především psychiatři, doprovázení prací psychologů, kteří hrají roli především při fázi adaptace nově přichozích klientů do domova. Pouze do jednoho zařízení dochází pravidelně logoped, který se snaží zlepšovat řečové schopnosti uživatelů služby. Co se týče otázky přínosu práce logopedů, vyplynulo, že pohled respondentů se liší. U osob s demencí si nemyslí, že by taková spolupráce byla užitečná, naopak mají kladný pohled při práci s osobami po cévní mozkové příhodě. Hlavní přínos vidí v možném rozvíjení klientů a ve schopnosti ukazovat nové cesty a techniky, jak spolupracovat s klienty domova.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá problematikou seniorů s poruchou verbální komunikace. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak probíhá sociální práce v domovech pro seniory s osobami se závažnou poruchou verbální komunikace. Hlavní cíl byl rozdělen do pěti dílčích cílů, které zjišťují, jaké poruchy se nejčastěji v domovech pro seniory objevují, jakým způsobem na takové osoby pohlížejí pracovníci v sociální službě a jak s nimi komunikují, a zda si myslí, že mají sníženou kvalitu života. Bylo zjišťováno, jakým způsobem respondenti pohlíží na vzdělávání týkající se komunikace a zda jejich zařízení využívá poradenských služeb. Byla využita technika polostrukturovaného rozhovoru, která umožňuje hlubší pohled do světa respondentů.

Z výzkumu bakalářské práce vyplynulo, že v domovech pro seniory často chybí kompenzační pomůcky potřebné pro komunikaci. Pracovníci by uvítali hlavně komunikační systém s obrázkovými symboly, tzv. piktogramy z důvodu jednoduchosti provedení a lehkého pochopení ze strany klienta. Jako nejosvědčenější metodu domluvy pracovníci uvádí neverbální komunikaci, tzv. „rukama, nohama“, kterou používají především v momentech, kdy vyčerpali ostatní metody komunikace. Respondenti vnímají osoby s poruchou komunikace jako plnohodnotné členy společnosti. Bylo zjištěno, že však většina respondentů se domnívá, že osoby s poruchou komunikace mají sníženou kvalitu života, především z důvodu horšího spojení s ostatními lidmi, ovšem záleží, jakou konkrétní poruchu komunikace klient má. U osob s demencí se nedá určit, zda poruchou komunikace trpí, naopak u osob po cévní mozkové příhodě to lze určit jednoznačněji. Respondenti apelovali především na nedostatečné znalosti týkající se komunikace u rodin klientů. Podle jejich názoru je vzdělávání ohledně problematiky komunikace nedostatečné, a uvítali by více příležitostí k rozvoji jejich znalostí. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že do většiny zařízení dochází psychiatr a psycholog. Pouze jedno zařízení, ve kterém byl prováděn výzkum, využívá služeb logopeda. V otázce užitelnosti se odpovědi lišily. U osob s demencí si nemyslí, že by taková spolupráce byla užitečná, naopak mají kladný pohled při práci s osobami po cévní mozkové příhodě. Hlavní přínos vidí v možném rozvíjení klientů a schopnosti ukazovat nové cesty a techniky, jak spolupracovat s klienty domova.

Na základě poznatků získaných z výzkumu bych doporučila zvýšit povědomí o důležitosti komunikace a metod alternativní a augmentativní komunikace, a to jak na rovině zařízení, tak v rodinách klientů. Alarmující je nedostatek pomůcek v zařízeních týkajících se

komunikace. Vhodné by bylo udělat navazující výzkum s vyšším počtem respondentů, z důvodu menší pravděpodobnosti zkreslení výsledků. Pokud by se tvrzení potvrdila, doporučila bych zavést na rovině zařízení více příležitostí ke vzdělávání, primárně na rozšíření znalostí v alternativní a augmentativní komunikaci. Pro rodiny by bylo vhodné zařadit informativní letáčky se stěžejními informacemi o tom, jak se dorozumívat s klienty, kteří nějakou poruchu komunikace mají. Výsledky zjištěné touto prací mohou být užitečné pro další navazující výzkumy a pro zvýšení povědomí o poruchách komunikace v domovech pro seniory. Navrhuji také zařadit tuto problematiku více do studijních plánů pro budoucí pracovníky v sociálních službách.

Seznam tabulek

Tabulka č.1: Transformační tabulka

Tabulka č.2: Přehled respondentů

Seznam použité literatury

1. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
3. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
4. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
5. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
6. JANOVCOVÁ, Zora. Alternativní a augmentativní komunikace: učební text. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3204-9.
7. KALVACH, Zdeněk. Úvod do gerontologie a geriatric: integrovaný text pro interdisciplinární studium. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.
8. KLEVETOVÁ, D., & DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9
9. KRHUTOVÁ, Lenka. Komunikace v kontextu sociální práce s lidmi se zdravotním postižením. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013. ISBN 978-80-7464-411-5.
10. KŘIVOHLAVÝ, J. 2011. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Praha: Grada Publishing.
11. MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
12. MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
13. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

14. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
15. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. *Psyché* (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
16. MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing.
17. MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, ed. *Sociální práce se seniory*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2019. ISBN 978-80-7394-761-3
18. NEBESKÁ, Iva. *Úvod do psycholingvistiky*. Praha: H & H, 1992. ISBN 80-85467-75-5.
19. NEUBAUER, Karel. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.
20. NEUBAUER, Karel. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Ostrava: Asociace klinických logopedů ČR, 1997.
21. NEUBAUEROVÁ, Lenka a Karel NEUBAUER. *Neurogeně podmíněné poruchy komunikace u seniorů v sociálně-zdravotní péči*. [Hradec Králové]: Gaudeamus, 2020. ISBN 978-80-7435-794-7.
22. PLAMÍNEK, Jiří a Daniel FRANC. *Komunikace a prezentace: umění mluvit, slyšet a rozumět*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. *Komunikace* (Grada). ISBN 978-80-247-4484-1.
23. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. *Sestra* (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
24. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
25. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0
26. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
27. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

Internetové zdroje

1. Domov u Fontány [online]. Dostupné z: <http://www.domovufontany.cz>
2. Domov pro seniory u Kostelíčka [online]. Dostupné z: <http://ssmpce.cz/dps-kostelicek>
3. Domov pro seniory Dubina [online]. Dostupné z: <http://ssmpce.cz/dps-dubina>
4. VIDOVIČOVÁ, Lucie a Ladislav RABUŠIC, 2005. Věková diskriminace - ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh [online]. Praha, Brno: VÚPSV [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/346875-Vekova-diskriminace-ageismus-uvod-do-teorie-a-vyskyt-diskriminacnich-pristupu-ve-vybranych-oblastech-s-durazem-na-pracovni-trh.html>.
5. Otázky, dostupné z: https://www.apoa.cz/media/dokumenty/poradna/Otazky_a_odpovedi%20MPSV.pdf
6. Zákony pro lidi. *Zákon č. 108/2006 Sb.* [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
7. Zákony pro lidi. *Vyhláška č. 505/2006 Sb.* [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

Seznam příloh

Příloha č.1: Souhlas s rozhovorem

Informovaný souhlas s poskytnutím údajů za účelem vypracování bakalářské práce s názvem Sociální práce s osobami se závažnou poruchou verbální komunikace v domovech pro seniory v Pardubickém kraji

Jméno a příjmení: _____

Rozhovor je anonymní, nikde nebudou uvedeny identifikační údaje.

Data jsou vázána mlčenlivostí, bude s nimi pracovat pouze Eliška Nováková. Archivována budou do května roku 2021, kdy proběhne obhajoba BP.

Prohlašuji, že v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a vyhláškou EU 2016/679 o GDPR souhlasím se zpracováním údajů získaných během rozhovoru a byl(a) jsem před zahájením informován(a) o výzkumu.

Datum: _____

Respondent

Eliška Nováková

Příloha 2: Přepis rozhovoru

TO1: Jako první bych se Vás chtěla zeptat, zda se ve vašem zařízení nachází osoby s poruchou verbální komunikace.

R1: Ano, nacházejí. Zrovna u nás, řekla bych, je to určitě skoro polovina všech klientů.

TO2: Tak to je celkem vysoký poměr. Jaké poruchy se objevují nejvíce?

R1: Nejvíc tu máme asi klientů s demencí. To dorozumívání se s nima je občas fakt těžký, většina z nich ani neodpovídá adekvátně na otázky, tak tam je ta porucha komunikace. Pak tu máme taky klienty, co špatně slyší, ale nosí naslouchátka, tak s nima se ještě docela domluvit jde.

TO2: Dokážete vystihnout, v čem nastávají největší problémy v komunikaci s nimi?

R1: No, u těch klientů s demencí je to spíš o tom, že ten personál musí mít nějaký vzdělání a vědět o tom onemocnění něco, aby věděl, jak reagovat, když ten klient něco potřebuje. Většinou totiž mluví úplně mimo, když po něm něco ten zaměstnanec chce. Další problémy jsou právě s navázáním kontaktu a být s ním ve spojení. Často se stávají situace, kde nám ty klienti něco chtějí říct, ale nemůžou najít správná slova.

TO3: Existuje něco, co při své práci se seniory s poruchou řečové komunikace postrádáte?

R1: Já si myslím, že je to spíše o tom, aby se ty zaměstnanci mohli vzdělávat pomocí kurzů, školení nebo stáží. Ale zrovna naše zařízení si myslím, že jde docela s dobou, mimo jiné máme taky certifikát Vážky, což je vlastně kontaktní místo Alzheimer centra, kde jsou právě různé odkazy a kurzy, jak správně komunikovat a vlastně jak se chovat k osobám, co mají demenci.

TO4: Jak hodnotíte množství a kvalitu informací, které jsou vám poskytnuty o klientech domova? Jsou informace o klientech s poruchou komunikačních schopností dostatečné pro vaši práci?

R1: Jako pracovníci nemůžeme ze zákona znát diagnózu klienta, což nám někdy výrazně ztěžuje výkon práce. Kdybychom hned věděli, s čím klient přichází, mohli bychom rychleji najít způsob, jak se s ním domluvit. Takže celkově informace o klientech nevnímám jako dostatečné.

TO5: Jaké metody či techniky využíváte k domluvení se s uživatelem služby?

R1: Snažíme se používat jednoduché, krátké věty, aby si to zapamatovali. Taky se snažíme, aby ta komunikace probíhala v co nejklidnějším prostředí. Často to ale skončí tím, že se dorozumíváme rukama a nohama, něco ukazujeme, hlavně jakoby skrz neverbální komunikaci. U někoho taky používáme obrázky a oni pak docela dokážou vyjádřit, co chtějí.

TO6: Setkali jste se ve Vaši praxi s nově příchozím seniorem, který měl vlastní slovník?

R1: Občas k nám přijde někdo, s kým se snažila rodina komunikovat pomocí různých metod. Z mé praxe jsem zažila pár klientů, kteří si s sebou přivezli blok, ve kterém měli nějaké slova nebo obrázky, které nám ukazovali a snažili se pomocí jich komunikovat.

TO7: Stalo se Vám během Vaší praxe, že jste dle vašeho názoru zcela přizpůsobila komunikaci zdravotnímu stavu, aktuální situaci, ve které se senior nachází, a on Vám přesto nerozuměl?

R1: Ano, bohužel i to se někdy stává, ale řekla bych, že vždycky se nějakým způsobem, většinou nohama rukama dorozumíme. Aspoň ty základní věci, jako je koupání, jezení a tak.

TO8: Jak vnímáte člověka s poruchami řečové komunikace?

R1: Bereme je jako plnohodnotné členy společnosti i přes to, že nemohou komunikovat.

TO9: Myslíte si, že osoby s poruchou komunikace mají sníženou kvalitu života? Vnímáte zvýšené pocity izolace?

R1: Asi jo, myslím, že mají. Řekla bych, že u nich zvýšená izolace je. Většinou se hůře adaptují v novém prostředí a pak se jejich zdravotní stav celkově zhorší.

TO9: V čem vnímáte tu sníženou kvalitu života?

R1: Podle mě trpí hlavně doma, když jejich rodina neví, jak s nima komunikovat a nějak je dále nerozvíjí. Z mého pohledu se tu mají lépe, protože se více zapojují s ostatními a snažíme se ty klienty co nejvíce rozvíjet. Podle mě nejvíce trpí tím, že mají snížené množství kontaktu a s nikým si nepokecají. Ale třeba u osob s demencí těžko říct, protože nevíme, co si myslí a jak to vnímá, kdežto u osob po cévní mozkové příhodě to je jistý.

TO10: Ovlivňuje porucha řečové komunikace sociální začlenění? Jaké aktivity s nimi provozujete?

R1: Kdo chce, tak se normálně zapojuje, schází se na terase, hrají spolu společenské hry, šachy často spolu zpívají – muzikoterapie. Většinou se normálně zapojí, jen musí být vyšší trpělivost s vysvětlováním. Klienti s poruchou komunikace mají často rádi canisterapii a arteterapii. Podle mého názoru je to dost individuální, někteří klienti opravdu omezení komunikací nejsou, jiní se kvůli tomu zapojovat nechtějí.

TO11: Víím, že jste o tom už trochu mluvila, ale ráda bych se o tom pobavila více. Jsou Vám tedy poskytovány kurzy nebo školení zacílené přímo na komunikaci?

R1: No, už rok jsme bez jakéhokoliv vzdělávání kvůli koruně. Většinou jsou ty vzdělávací kurzy zacílený na nějaké téma, jedno z nich je právě verbální a neverbální komunikace. Další vzdělávání nám poskytuje právě ta Vážka.

TO12: Vnímáte to poskytované vzdělávání jako dostatečné, nebo by podle Vašeho názoru mohlo být více rozšířené?

R1: Jako výhodu vidím, že ty kurzy, co máme, probíhají přímo u nás na pracovišti. Často jezdí lektoři, kterým můžeme předávat ty naše kazuistiky a příběhy klientů, které tam zrovna teď máme a tím nám dají přímo radu, jak s tím konkrétním člověkem komunikovat. Já osobně bych uvítala více možností se vzdělávat. Ale myslím si, že je problém spíše s rodinami klientů. Ty většinou neví, jak s nimi komunikovat a pak po nás často chtějí věci, který k tomu konkrétnímu klientovi úplně nejsou možné. Řekla bych, že oni by si zasloužili nějaký možnosti, jak se vzdělávat.

TO12: Otázka také je, kolik z nich by takovou možnost uvítalo.. Jak často třeba takové kurzy u vás probíhají?

R1: Většinou tak dvakrát ročně.

TO13: Vzděláváte se i ve svém volném čase, ze svého vlastního zájmu?

R1: Ano.

TO13: A jakým způsobem?

R1: Čtu různé články na internetu, týkající se problematiky seniorů. Občas se také zúčastním nějakým seminářů na vlastní pěst, hlavně poslední dobou se rozšířily různé kurzy přes internet. To mi přijde fajn. Do určité částky za rok nám to platí zaměstnavatel.

TO14: Dochází do Vašeho zařízení nějaký specialista – logoped, ergoterapeut, psycholog?

R1: K nám dochází akorát psychiatr.

TO15: A ocenila byste docházku nějakého jiného specialisty? Myslíte si, že by pro Vás byla přínosná spolupráce s logopedem?

R1: Podle mě by bylo fajn mít přímo logopeda, který by se zaměřoval na různá cvičení s klientama a pomáhal by jim zlepšovat ty komunikační dovednosti. Přece jenom to jsou prostě profesionálové. Ergoterapeuta bych také uvítala.

TO16: V čem vnímáte přínos specialistů?

R1: Jako pozitivum vnímám to, že by klienty určitě rozvíjeli takovým způsobem, jakým my nemůžeme a neumíme to, protože nejsme na tuhle problematiku specialisti. Taky si myslím, že pokud klienti chtějí, je fajn s nimi co nejvíce pracovat.