

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Komunikační kompetence seniorů

Diplomová práce

Autor: Tereza Hájková
Studijní program: N7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika – logopedie
Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová

Zadání diplomové práce

Autor:	Tereza Hájková
Studium:	P14P0750
Studijní program:	N7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika - logopedie
Název diplomové práce:	Komunikační kompetence seniorů
Název diplomové práce AJ:	Communication competence of seniors

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se bude zabývat komunikační kompetencí seniorů. V teoretické části se budeme věnovat vymezení klíčových pojmů, kterými jsou komunikace, komunikační kompetence, narušená komunikační schopnost, stárnutí, stáří, senior. V praktické části se zaměříme na zjištění narušení komunikační schopnosti ve 2 - 3 vybraných pobytových zařízeních pro seniory. Bude nás také zajímat povědomí personálu těchto zařízení o možnostech logopedické péče a terapie pro seniory. K dostání vytyčených cílů využijeme výzkumnou metodu pozorování, rozhovoru, případně dotazníku v závislosti na konkrétní situaci v jednotlivých zařízeních.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9. KALVACH, Z. a kol., 2008. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada Publishing. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. Vývojová psychologie. 2. aktualiz. vyd. 368 s. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9. LECHTA, V. 1990. Logopedické repetitório: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo. 278 s. ISBN 80-08-00447-9. MÜHLPACHR, P., 2009. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita. 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7. ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. 2003. Klinická logopedie. Praha: Portál. 616 s. ISBN 80-7178-546-6.

Garantující pracoviště:	Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Lenka Neubauerová
Oponent:	PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	27.1.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí práce a použila jsem pouze pramenů a zdrojů uvedených v seznamu literatury.

V Hradci Králové dne 9. 6. 2016

.....

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla nejdříve poděkovat PhDr. Lence Neubauerové za odborné vedení této práce, za její cenné rady a připomínky. Dále pak děkuji jednotlivým domovům pro seniory, jež mi umožnily realizovat výzkumné šetření ve svých zařízeních a v neposlední řadě všem respondentům, kteří se do výzkumného šetření zapojili.

Anotace

HÁJKOVÁ, Tereza. *Komunikační kompetence seniorů*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 97 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá komunikační kompetencí v seniorském věku. Skládá se z pěti stěžejních kapitol. První kapitola čtenáře seznamuje s problematikou stáří, stárnutí a změn, které toto období života provázejí. Následující kapitola je věnována komunikaci. Vysvětluje tento pojem a dále vymezuje oblast narušené komunikační schopnosti a blíže se věnuje obtížím v komunikaci souvisejícími se seniorským věkem. Hovoří také o specifikách a bariérách v komunikaci se seniory. Třetí kapitola se zabývá kvalitou života a zmiňuje se též o jejím ovlivnění stářím a narušenou komunikační schopností. Čtvrtá kapitola předkládá problematiku organizace péče o seniory. Stručně nahlíží do její historie, nastiňuje zákon o sociálních službách a dále zmiňuje formy péče o seniory. Poslední kapitola je již zaměřena na praktický výzkum, který byl pomocí dotazníkového šetření prováděn v pěti domovech pro seniory. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak pracovníci v těchto zařízeních komunikují s klienty s narušenou komunikační schopností, zda využívají ve své práci alternativní a augmentativní komunikaci, navštěvuje-li zařízení logoped a některé další poznatky, které se problematiky týkají.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, komunikace, kvalita života, péče o seniory

Annotation

HÁJKOVÁ, Tereza. *Communication competence of seniors*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2016. 97 pp. Master's Thesis.

The diploma thesis deals with communication competence in senior age. It consists of five main chapters. The first chapter introduces the reader to the problems of old age, aging, and the changes that accompany this period of life. The following chapter is devoted to communication, explains this concept, further defines the area of impaired communication ability, and deals closely with the difficulties in communication related to senior age. It also discusses the specifics of and barriers in communication with the elderly. The third chapter deals with the quality of life and also mentions the influence of age and impaired communication ability on the quality of life. The fourth chapter presents the issue of organization of elderly care. The chapter looks briefly the history of elderly care, examines the law on social services, and also discusses the forms of care for the elderly. The last chapter is focused on practical research, which was conducted via questionnaire in five homes for seniors. The aim of the research was to find out how workers in these facilities communicate with clients showing impaired communication ability, whether the facilities use augmentative and alternative communication, if the facilities are visited by speech therapist, and other related matters.

Key words: age, aging, communication, quality of life, elderly care

Obsah

Úvod	9
1. Stárnutí a stáří jako přirozená součást života	11
1.1. Proces stárnutí	12
1.2. Období stáří	12
1.2.1. Stáří a tělesné změny	14
1.2.2. Stáří a psychické (kognitivní) změny	14
1.2.3. Stáří a emoční změny	15
1.2.4. Stáří a sociální změny	16
1.3. Demografický vývoj společnosti	17
2. Komunikace	19
2.1. Verbální a neverbální komunikace	20
2.2. Narušená komunikační schopnost	20
2.2.1. Afázie	22
2.2.2. Dysartrie	23
2.2.3. Kognitivně komunikační poruchy	24
2.2.4. Narušení komunikační schopnosti z důvodu sluchové vady	25
2.3. Alternativní a augmentativní komunikace	26
2.4. Specifika komunikace seniorů / se seniory	27
2.5. Komunikační bariéry v komunikaci se seniory	28
3. Kvalita života	30
3.1. Vymezení pojmu kvalita života	31
3.2. Objektivní a subjektivní kvalita života	32
3.3. Rozsah pojetí kvality života	32
3.4. Vliv narušené komunikační schopnosti na kvalitu života	33
3.5. Kvalita života ve stáří	34
4. Organizace péče o seniory	36
4.1. Stručný pohled do historie péče o seniory	36
4.2. Zákon o sociálních službách	38
4.3. Formy péče o seniory	39
4.3.1. Zdravotní péče	39
4.3.2. Sociální péče	40
4.4. Okruh pracovníků v sociálních službách	41

4.5. Logopedická péče o seniory.....	42
5. Výzkumné šetření.....	44
5.1. Cíle výzkumného šetření.....	44
5.2. Stanovení výzkumných otázek	44
5.3. Popis použité metody sběru dat	45
5.4. Popis výzkumného vzorku.....	46
5.5. Výsledky a analýza získaných dat	46
5.6. Závěrečná analýza.....	82
Závěr.....	86
Seznam použité literatury	88
Seznam tabulek a grafů.....	94
Seznam příloh.....	97

Úvod

Společnost kolem nás je velmi rozmanitá a neustále se proměňuje. V poslední době je velmi diskutována proměna věkového složení světové populace. Přibývá jedinců, kteří se dožívají vysokého věku a zvyšuje se naděje, že se každý z nás dožije svého stáří. Výrazně se však také zvyšuje podíl osob starších šedesáti let ve společnosti. Rostoucí počet seniorů nelze zanechat bez povšimnutí a je potřeba s touto zvětšující se skupinou počítat. Nelze stále pouze vyzdvihovat ekonomickou zátěž, kterou skupina starších obyvatel přináší státu, ale je nutné se zaměřit na moudrost, zkušenosti a potenciál, který mohou senioři představovat.

Staří lidé jsou naši předci, naši rodiče, praprarodiče a jednou jimi budeme také my. Je tedy nasnadě položit si otázku, jak chceme, aby naše stáří vypadalo a jak chceme toto období života, které bude velmi pravděpodobně trvat více než jedno desetiletí, prožít. Zda se spokojíme s tím, že budeme považováni za přítěž nebo si přejeme žít ve stáří kvalitní a plnohodnotný život ve společnosti, kde bude starému člověku prokazována úcta a poskytována náležitá pomoc a podpora v případech, kdy ji bude potřeba.

Stáří je spojeno s mnoha změnami, na které není vždy nahlíženo pozitivně. Je logické, že nikdo nebude jásat nad úbytkem fyzických sil, pohyblivosti, nad přicházejícími nemocemi, změnami v psychické a kognitivní oblasti apod. Jisté však je, že se s těmito a dalšími změnami musíme nějakým způsobem vyrovnat. Práce, kterou se chystáte číst, se snaží přiblížit toto, v dnešní době, velmi aktuální téma, které dává mimo jiné do souvislosti s komunikací. Proto také nese název komunikační kompetence seniorů, která se s přibývajícím věkem může též proměňovat.

Práce je rozdělena do dvou stěžejních částí. V rámci první části se budeme nejprve věnovat teoretickému uvedení problematiky stáří a stárnutí. Zaměříme se na vymezení těchto pojmů a zjistíme, že není zcela jednoduché je definovat. Dále se podíváme na změny, které proces stárnutí provázejí a na to, jak jedince ovlivňují. V závěru první kapitoly věnujeme také pozornost demografickému vývoji společnosti, který je charakteristický zvyšujícím se počtem seniorů.

V druhé kapitole se budeme zabývat komunikací a komunikačním procesem. Zaměříme se na to, co znamená komunikace a proč je v životě člověka důležitá a také na to, jak může být v dospělém a seniorském věku narušena komunikační schopnost. Dále uvedeme specifika komunikace se seniory a též bariéry, které při komunikaci se starým člověkem mohou nastat.

Třetí kapitolu věnujeme kvalitě života a pokusíme se tento, v poslední době, hojně frekventovaný pojem vysvětlit, zjistit, co ho vymezuje a jak jej lze chápat. Zaměříme se též na kvalitu života člověka s narušenou komunikační schopností a na kvalitu života ve stáří. Ve čtvrté kapitole se pak podíváme na organizaci péče o seniory, stručně nahlédneme do její historie a vymezíme její formy.

V druhé části naší práce již necháme prostor výzkumu, jehož cílem bylo pomocí dotazníkového šetření prováděného v domovech pro seniory zjistit, jak pracovníci v těchto zařízeních komunikují s klienty, kteří mají obtíže v komunikaci. V rámci dotazníků se zaměříme také na to, zda jsou v domovech využívány systémy alternativní a augmentativní komunikace, zda zařízení navštěvuje logoped apod. Získané údaje se pokusíme přehledně zpracovat do grafů a tabulek a doplnit krátkým komentářem, ve kterém výsledky shrneme.

Téma stárnutí, stáří a mezilidské komunikace je velmi obsáhlé. Zasahuje do mnoha sfér, které v rámci naší práce není možné všechny podrobně zpracovat. Přesto se však následující text pokusí danou problematiku co nejvíce přiblížit a doplnit o vlastní výzkum, který, jak doufáme, téma obohatí.

1. Stárnutí a stáří jako přirozená součást života

Proces stárnutí je přirozenou součástí lidského života. Nejedná se o náhlý, nečekaný zvrat, ale o plynulý a postupný přechod provázející život každého jedince. O tom, že každý člověk stárne, tedy jistě není pochyb. A tvrzení, že stárnutí, stáří a též smrt jsou jedinou spravedlivou jistotou, kterou všichni máme, se zdá být jako velmi pravdivé. Přesto však často o vlastním stáří uvažujeme až tehdy, když se nás začne blízce týkat a do té doby se o něj zajímáme velmi málo či vůbec. Stáří můžeme vnímat jako něco nezajímavého, šedivého, něco, co je daleko. Nechceme o něm mluvit, slyšet o něm či ho vidět, zkrátka nechceme být staří. Ovšem k hranici „oficiálního stáří“ se postupně blížíme všichni. (Haškovcová, 2010; Křivohlavý, 2002).

Postoj každého člověka ke stárnutí a stáří bývá velmi individuální. Vyrovnat se s novými zkušenostmi, jež stáří přináší, musí však nějakým způsobem zvládnout každý jedinec. Nevyhnutelné přibližování stáří si lidé začínají uvědomovat kolem šedesátého roku života a záleží na každém, jak přicházející proměnu dokáže přijmout a zahrnout do svého životního plánu (Vágnerová, 2007). V rámci celkové adaptace na stáří lze hovořit o několika osobnostních dimenzích, kterými myslíme aktivitu a pasivitu, optimismus a pesimismus a dále přijetí a popření reality. Vágnerová (2000) takto rozlišuje pět možných modelů.

Prvním z těchto modelů je reálná akceptace stáří a hledání optimistických a aktivních způsobů, jak toto období života přijatelně zvládnout. Dalším modelem je realistický a též optimistický člověk, který je ovšem pasivní, nevdá mu být závislý na jiných osobách. Zpravidla není aktivní, protože nečeká, že by tato aktivita měla nějaký smysl. Třetím modelem podle Vágnerové (2000) je člověk, který skutečnost, že stárne, neakceptuje a odmítá se s ní smířit. Takový člověk často nepřijímá pomoc druhých a snaží se ukázat svou soběstačnost. Čtvrtým modelem je realistický avšak pesimistický člověk, který vnímá stáří jako katastrofu. Stáří je pro něj spojeno s úzkostí a nejistotou, která někdy může vést i k projevům agrese. Posledním modelem je pak jedinec s pesimistickým a rezignujícím postojem ke stáří. Takový člověk již neočekává nic pozitivního, bývá pasivní a depresivní. Tento postoj je však spíše krajní variantou přijetí vlastního stáří.

Vidíme, že stárnutí a stáří musí v životě řešit každý. Každý ho jinak vnímá, jinak o něm uvažuje a jinak ho přijímá. Definovat pojmy stáří a stárnutí není tedy jednoduché. V následujícím textu se pokusíme tyto, a další související, termíny vymezit a také přiblížit změny, které stárnutí a stáří provázejí.

1.1. Proces stárnutí

Stárnutí, jak je uvedeno výše, je proces, který se týká každého jedince. Každý člověk však stárne trochu jinak. Můžeme říci, že člověk stárne již od svého narození, jde tedy o proces celoživotní. V životě jsou období, kdy stárneme rychleji, ale také období, kdy stárneme pomaleji. Tuto charakteristiku stárnutí označujeme pojmem diskontinuita (Haškovcová, 2010).

Langmeier a Krejčířová (2006) popisují stárnutí jako soubor změn, které nastávají ve funkcích a struktuře organismu. Tyto změny potom podmiňují zvýšenou zranitelnost organismu a též snížení schopností a výkonnosti člověka a vrcholí v posledním stádiu života a ve smrti. Velmi nápadnými projevy stárnutí jsou změny biologické, jež lze zaznamenat ve všech tkáních lidského těla a v jejich buňkách. Zejména v endokrinní a nervové soustavě jsou tyto biologické znaky stárnutí závažné, jelikož právě tyto soustavy jsou zodpovědné za neurohormonální regulaci tělesných i duševních pochodů.

O procesu stárnutí byla také vytvořena spousta teorií, které se snaží vysvětlit, proč se tyto změny v organismu dějí. Podle Pacovského a Heřmanové (in Langmeier a Krejčířová 2006) lze vydělit tři skupiny teorií stárnutí. První skupinou jsou teorie opírající se o působení zevních vlivů, jako je vliv bakterií, virů, ekologických podmínek apod. Druhá skupina teorií zahrnuje působení vlivů vnitřních, mezi které patří např. vlivy genetické. A poslední, třetí skupinou teorií stárnutí, jež zmiňovaní autoři uvádějí, je porušení integrace a organizace.

Poněkud poetičtěji na stárnutí nahlíží Křivohlavý (2011), který ho přirovnává k plynoucí vodě, jež se z pramene mění v potok a dále v řeku. V některých místech proudí voda rychleji, čerá se, vytváří vodopády, jinde je zase poklidná. Stárnutí, stejně jako plynutí vody, je děj a stáří je pak určitý stav, tedy voda v určitém místě.

1.2. Období stáří

Z hlediska vývojové psychologie rozlišujeme jednotlivé etapy lidského života. V rámci nejzákladnějšího rozdělení můžeme hovořit o období dětství, dospělosti a stáří. V naší práci se budeme dále blíže zabývat obdobími stáří, které někdy bývá označováno jako tzv. třetí věk. Následuje totiž již zmiňované dětství (první věk) a dospělost (druhý věk). (Vágnerová, 2000; Křivohlavý, 2002). Stuart-Hamilton (1999) ve své publikaci rozlišuje navíc pojem čtvrtý věk. Třetím věkem autor míní nezávislý a aktivní život starého člověka a čtvrtým věkem pak období závislosti na pomoci druhých i v oblasti základních životních potřeb.

Vágnerová (2002; 2007) uvádí dvě etapy stáří a to období raného stáří, které ohraničuje věkem 60 - 75 let a období pravého stáří, o němž hovoří v souvislosti s věkem vyšším než 75 let. Další badatelé uvádějí ještě jiné dělení stáří, kdy hovoří o mladším stáří, které vymezuje kalendářní věk 65 – 75 let a o pokročilém stáří, tedy věku přesahujícím uvedenou hranici. Někteří gerontologové posunují hranici pokročilého stáří až k osmdesátému roku života (Stuart-Hamilton, 1999). Krivohlavý (2011) navíc zmiňuje pojem dlouhověkost, kterou uvozuje věkem 85 let a více.

Sak a Kolesárová (2012) hovoří o stáří jako o etapě života, která je ohraničena dvěma časovými body, přičemž o horní hranici stáří není třeba pochybovat. Tato hranice je jasně vymezena smrtí jedince. Odpovědět na otázku, kde je přesná spodní věková hranice stáří a koho lze již považovat za starého člověka, však tak jednoduché není. Procesy a jevy tvořící stáří se totiž v životě objevují postupně a teprve jejich souhrn utváří stáří. Jedním z důvodů, proč je určení spodní věkové hranice tak nejednoznačné je notná intraindividuální variabilita. Zatímco výkon v určitých činnostech může klesat, v jiných oblastech tomu tak být nemusí nebo dokonce může jít o vzrůst výkonnosti. Každý člověk je navíc jedinečný a určité znaky stáří tak u každého jedince mohou nastupovat v jiném věku. U někoho se známky stáří projeví velmi brzy u jiného až ve vysokém věku. Tato časová diferenciací je ovlivněna genetickými, společenskými i kulturními faktory (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Ze společenského hlediska, jak uvádí Langmeier a Krejčířová (2006), je člověk starý, pokud ho ostatní členové společnosti za starého považují. S tím, jak se společnost vyvíjí, se však mění i tato představa. Dnes bychom již za starého jistě neoznačili čtyřicetiletého či padesátiletého člověka, jako tomu bylo před sto lety. V současné době, jak je uvedeno výše, hovoříme o věkové hranici stáří kolem 65 let. Se zvyšující se délkou života se zájem dnešní gerontologie, tedy nauky o stárnutí, však posouvá ještě výše a to k věku od 75 let.

S obdobím stáří souvisí běžně užívaný pojem – senior. I tento výraz není úplně jednoduché vymezit. Sak a Kolesárová (2012) označují za seniora člověka, který završuje svůj život a má ve společnosti specifické postavení. Určit tedy přesnou věkovou hranici opět nelze. Statut seniora člověk získává pozvolna přechodem ze střední generace. Autoři o seniorovi hovoří jako o kategorii, která je vymezena sociálními a biologickými znaky a záleží na každém, které z těchto znaků do hodnocení „seniora“ zahrne.

Jak vychází z předcházejících vět, vymezit období stáří nelze jasně, stručně a jednoznačně. Určitý obraz o této etapě lidského života, z hlediska věkového rozmezí, jsme si však udělali. Dále se již zaměříme na konkrétní změny, které proces stárnutí a období stáří doprovázejí.

1.2.1. Stáří a tělesné změny

Proces stárnutí s sebou přináší mnoho změn. Patří mezi ně samozřejmě též změny somatické. Postupný tělesný (stejně tak jako duševní) úpadek má u každého jedince individuální charakter, který je dán jak genetickými dispozicemi tak exogenními, vnějšími vlivy. Výše jsme uvedli, že biologické změny lze zaznamenat ve všech tkáních lidského těla a v jejich buňkách, což následně ovlivňuje celkový somatický stav. Například svaly a pokožka ztrácejí postupně elasticitu a ochabují, vylučovací soustava snižuje svoji výkonnost, trávicí soustava hůře vstřebává živiny, dýchací soustava též snižuje svůj výkon apod. Stárnoucí tělo tedy postupně schází a není již tak výkonné a odolné jako dříve. To souvisí i se zvýšenou nemocností v období stáří (Vágnerová, 2007; Stuart-Hamilton, 1999).

Velmi častá jsou ve stáří chronická onemocnění oběhové soustavy, výjimkou nejsou ani demence, postižení pohybového ústrojí atd. Tyto a další obtíže doprovázející stáří omezují nejen fyzickou výkonnost, ale mají vliv také na psychiku člověka (např. emoční rozkolísanost, zvýšená unavitelnost či úzkostnost) (Vágnerová, 2007).

Změny se projevují také v zevnějším vzhledu starého člověka a tím výrazně ovlivňují i jeho sociální status. Okolí jej na základě těchto viditelných proměn začíná jako starého člověka nejen vnímat, ale také se k němu tak chovat. Změna vzhledu je stejně jako změna vnitřních tělesných funkcí u každého individuálně v rychlosti i míře proměny. Zevnější vzhled starého člověka však může vypovídat o celkovém somatickém i psychickém stavu jedince. Např. úpadek osobnosti či celková rezignace při demenci se může projevit také ztrátou zájmu o svůj zevnějšek (Vágnerová, 2007).

1.2.2. Stáří a psychické (kognitivní) změny

Určitým způsobem se ve stáří mění, jak již bylo naznačeno výše, i psychické funkce. Může to být důsledkem biologických změn, ale také psychosociálních vlivů či jejich kombinací. Vše je opět vysoce individuální záležitostí (Vágnerová, 2007).

Typickým průvodním jevem stáří je zhoršení smyslového vnímání. Smysly člověku umožňují kontakt s okolním světem a jejich úpadek tak ovlivňuje funkci mozku. Snižování funkce zraku, sluchu i dalších smyslů, které má počátek již v dospělosti, neumožňuje mozku plně vnímat a prožívat okolní prostředí. Poruchy sensorických receptorů ovlivňují mimo jiné komunikaci s druhými lidmi. To může mít za následek nejistotu, úzkost či hněvivost (Langmeier a Krejčířová, 2006; Stuart-Hamilton, 1999).

Další změnou v kognitivní oblasti starého člověka je zhoršení paměti spojené s obtížemi v učení se novému. Paměť dávno proběhlých událostí (např. z mládí či dětství)

zpravidla zůstává dobře zachována, často je ovšem obsahově i emočně zkreslena, kdy například minulé je hodnoceno spíše kladně. Obtíže se objevují především v oblasti paměti týkající se nových, nedávných událostí. To může souviset také s vyšší unavitelností staršího člověka a též s obtížnější koncentrací pozornosti (Langmeier a Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2007).

Změny kognitivních schopností ve stáří mají vliv také na inteligenci jedince, která ve vyšším věku značně klesá. Jednotlivé kognitivní schopnosti se však mění odlišně. Zatímco krystalická inteligence, která je dána množstvím vědomostí, jež člověk během života získal, tedy určitá moudrost, zůstává poměrně dobře zachována, fluidní inteligence neboli schopnost řešit nové úlohy, situace a problémy, tedy lidský důvtip, se postupně ztrácí. Konkrétní součásti intelektu jako je tvořivost, pozornost či organizace pojmu též s věkem klesají. Záleží však mnoho na každém jedinci, na jeho motivaci, nadšení či vytrvalosti. Věk se tedy nemusí stát překážkou tvořivosti, jak nám dokazují některá díla slavných umělců vytvořená v pozdním stáří (např. Michelangelova Pieta, druhý díl Goethova Fausta apod.) (Langmeier a Krejčířová, 2006; Stuart-Hamilton, 1999).

1.2.3. Stáří a emoční změny

Podle Labouive-Vief (in Vágnerová, 2007) emoční prožívání ve stáří prochází dvěma relativně protikladnými změnami. Dochází k celkovému zklidnění, zpomalení a umírnění. To se odráží nejen v oblasti emocí, ale projevuje se též i v dalších oblastech psychiky. Zvyšuje se však dráždivost, citlivost k některým podnětům a snižuje se emoční stabilita a rezistence vůči zátěži. Stuart-Hamilton (in Vágnerová, 2007) také zmiňuje změny afektivního prožívání u starého člověka. Hovoří o snižování intenzity emocí a jejich bezprostřednosti. Na rozdíl od Labouive-Vief však uvádí zvýšení emoční stability. To se může projevovat již zmiňovaným zklidněním, trpělivostí ale také snížením zájmu až apatií.

V pokročilém stáří často lidé neovládají adekvátně své reakce a nálady. Dochází ke zhoršení regulace emocí a snížení schopnosti sebeovládání. To bývá zpravidla nápadné v zátěžových situacích. Snížení autoregulace se může projevovat různě. Může se jednat o pocity strachu a úzkosti, neklid, apatii či projevy agrese (Vágnerová, 2007).

Na emoce starého člověka mají také vliv celoživotní zkušenosti, které umožňují vlastním pocitům lépe porozumět a orientovat se v nich. Na celkové emoční ladění pak působí, i když nepřímou, osobnostní vlastnosti jedince. Osobnost jedince se ve stáří nepřestane vyvíjet, což dokazují některé empirické studie, z nichž například vyplývá, že stárnutím se lidé

stávají introvertnějšími. Původní podstata a struktura osobnosti ovšem zůstává většinou stejná (Vágnerová, 2007; Langmeier a Krejčířová, 2006).

Síla citových vztahů se ve stáří zpravidla významněji nemění. Velmi důležitá je rodina, v níž hraje starý člověk většinou stále podstatnou roli. Role prarodiče či praprarodiče je obvykle silně a pozitivně přijímána. Kvalitní vzájemné kontakty mezi prarodiči a rodinami jejich dětí jsou velmi důležité a působí kladně na psychologickou adaptaci starého člověka na stávající situaci. Pozitivní rodinné vazby jsou také základem pro to, aby dospělé děti mohly být svým rodičům oporou a to až do terminálního stádia jejich života (Langmeier a Krejčířová, 2006).

1.2.4. Stáří a sociální změny

S pokročilým věkem dochází ke změně některých sociálních dovedností či k jejich redukci. Tento proces, jenž v krajním případě můžeme vnímat jako desocializaci, se nejvýrazněji projevuje v pozdním stáří. Velmi významnou změnou v životě staršího člověka je odchod do důchodu, který má za následek větší izolovanost od dění ve společnosti. Život těchto lidí je vázán převážně na vlastní rodinu. Starší lidé tak již nepotřebují některé sociální dovednosti a návyky. Z tohoto důvodu může docházet k jejich stagnaci či úpadku (Vágnerová, 2007).

V životě seniora se však mohou vyskytnout situace, kdy je naopak potřeba osvojit si nové způsoby chování, v dané situaci vhodné a účelné. Jedná se například o situaci, kdy člověk odchází z vlastního bydlení ke svým dětem či do domova pro seniory apod. Člověk je tak zpravidla nucen přijmout roli pasivního a submisivního jedince, od kterého se neočekává vlastní názor. Často je o něj, někdy nadbytečně, pečováno, což může přejít až k manipulaci se starým člověkem, u něhož se zvyšuje pocit závislosti na ostatních (Vágnerová, 2007).

Sociální skupiny, v rámci nichž staří lidé žijí, rozděluje Vágnerová (2007) do tří oblastí. Jedná se o rodinu, která je nejdůležitější sociální skupinou (partner, rodiny dětí, sourozenci). Další důležitou sociální skupinou jsou přátelé, kteří umožňují navazovat mnohé sociální kontakty, a pak se může jednat o skupinu obyvatel určité instituce, ve které člověk žije (léčebna dlouhodobě nemocných, domov pro seniory apod.).

Ve stáří dochází také ke změně sociálních rolí a k jejich redukci. Tato situace často naznačuje ztrátu společenské prestiže a růst závislosti na druhých lidech. Některé změny rolí jsou podmíněny sociálně, například odchod do důchodu, a jiné biologicky, například úmrtím partnera získaná role vdovce/ vdovy či role nemocného apod. V pozdním stáří může docházet také k osamělosti, která je dána právě ztrátou mnoha sociálních kontaktů (Vágnerová, 2007).

1.3. Demografický vývoj společnosti

Je jistě známým faktem, že společnost stárne. Nejedná se o záležitost vybraných zemí světa, ale jde o celosvětový problém, který se týká jak vyspělých států, tak i rozvojových zemí a stává se tak jednou z nejdiskutovanějších otázek současnosti. S výrazným pokrokem v lékařské péči, se zvyšováním životního standardu, se snižováním kojenecké, ale též celkové mortality a zvyšováním průměrné délky života postupně vzniká, jak ji označuje Stuart-Hamilton (1999), tzv. šednoucí populace (Zikmundová, 2015; Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017).

Stárnutí ovšem není záležitostí pouze dnešní, moderní doby, stává se však stále běžnější zkušeností a to zvláště v západních zemích. V prehistorických dobách, se dle existujících odhadů, nedožíval stáří téměř nikdo a pouze jedno procento populace pravděpodobně překročilo, až do sedmnáctého století, 65. rok života. Toto číslo vzrostlo na odhadovaná čtyři procenta jedinců, kteří uvedenou věkovou hranici překonali do devatenáctého století. Dnes, jak uvedeme níže, se procento populace dožívající se věku nad 65 let výrazně zvýšilo a poroste i nadále (Cowgill in Stuart-Hamilton 1999).

Zmiňované stárnutí populace lze, jak uvádí Zikmundová (2015), rozdělit na dva typy. Prvním z nich je absolutní stárnutí, které znamená postupné zvyšování počtu osob nad 60 let ve společnosti. Druhým typem stárnutí populace je relativní stárnutí (stárnutí populace následkem snižování porodnosti), které znamená zvýšení podílu osob starších 60 let ve společnosti.

Pokud tedy hovoříme o stárnutí populace je vhodné, alespoň stručně, přiblížit kritéria staré populace. Z demografického hlediska jako charakteristiku tzv. regresivního typu populace uvádí Zikmundová (2015) následující údaje. V dané společnosti je více než 12% osob starších 60 let a více než 7% osob starších 65 let. Pokud se podíváme na data Českého statistického úřadu, zjistíme, že podíl osob starších 60 a 65 let v České republice výrazně převyšuje uvedené hranice. Statistická ročenka České republiky pro rok 2015 uvádí, jako podíl osob ve věku vyšším než 65 let (k 31.12.2014) v naší zemi, číslo 17,8 %. Česká populace je tedy populací velmi starou, což se nezmění ani v budoucnu. Naopak bude dále ještě více stárnout.

Podíváme-li se na údaje z dřívějších let a porovnáme-li je s prognózami do budoucnosti, uvidíme ještě markantnější rozdíly. V České Republice např. roku 1960 žilo 9,34 % obyvatel starších 65 let, v roce 1980 to bylo již 13,57% a na přelomu tisíciletí 13,74% obyvatel. V roce 2016 vzrostlo toto číslo na 17,54%. Podíl staršího obyvatelstva tedy

jednoznačně roste. Předpokládaný demografický vývoj má opět stoupající tendenci. V roce 2030 je podíl osob ve věku vyšším než 65 let v České republice odhadován přibližně na 25%, v roce 2060 na něco málo přes 33%. V dalších letech se již předpokládá stagnace tohoto čísla na přibližně stejné hodnotě či jeho mírné snižování k 31% v roce 2100 (<http://world-statistics.org/>).

Někteří odborníci i laici vnímají stárnutí populace jako negativní jev. Stuart-Hamilton (1999) vysvětluje ve své publikaci pojem „demografická časovaná bomba“, který naznačuje obavu z ekonomického zatížení společnosti jednadvacátého století vzrůstajícím počtem stárnoucího obyvatelstva. Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 chápe demografické stárnutí jako výzvu a též příležitost, díky níž se můžeme pokusit využít znalostí a potenciálu, který s sebou rostoucí počet starších jedinců v naší společnosti přináší. Zvyšující se podíl těchto osob, které mají mnoho životních zkušeností, často vysokou odbornost ve své profesi, větší spolehlivost, odpovědnost a disponují též názorovou stabilitou, znamená pro společnost rozhodně přínos a je velmi důležité s touto věkovou skupinou obyvatelstva počítat a to nejen jako s přítěží, která bude zatěžovat ekonomiku státu.

2. Komunikace

Každá živá bytost, člověka samozřejmě nevyjímaje, potřebuje k životu ovládat nějakou formu vzájemného dorozumívání a být schopna vydávat a přijímat informace. Lejska (2003) upozorňuje, že na světě neexistuje žádná forma života, která by neměla potřebu, ale také schopnost komunikovat. Komunikace je dle něho vrozená a můžeme ji zařadit mezi instinkty, se kterými všichni živočišové přicházejí na svět. Každá živá hmota si vyvinula určitý způsob komunikace, jehož přesnost a dokonalost je tím vyšší čím je vyšší vývojový stupeň, na němž se konkrétní živá bytost nachází. Lidská komunikace je pak logicky rozdílná ve srovnání s komunikací nižších druhů. Nejvýznamnějšími odlišovacími znaky lidské komunikace jsou symbolika a řeč (Mikuláščík, 2010). Klenková (2006) potom hovoří v souvislosti člověka a komunikace o tzv. sociální komunikaci.

Termín komunikace vychází z latinského slova *communicatio*. Tento výraz můžeme přeložit jako sdělování, přenos či spojování, ale také jako společenství. Klenková (2006) uvádí, že se jedná o schopnost používat výrazové prostředky a pomocí nich vytvářet a udržovat vzájemné mezilidské vztahy. V širším významu pak komunikaci můžeme chápat jako přenos informací mezi dvěma subjekty, které se díky ní mohou vzájemně ovlivňovat. Lejska (2003) komunikaci vysvětluje jako složitý děj, v rámci něhož vydáváme, přijímáme a dekódujeme přichozí informace.

Komunikace, jako proces vzájemné výměny informací, je založen na čtyřech základních prvcích, jimiž jsou komunikátor, komunikant, komuniké a komunikační kanál. Komunikátorem je osoba, která vysílá informaci, je tedy jejím zdrojem. Komunikant je osoba, která vyslanou informaci přijímá a nějakým způsobem na ni reaguje. Komuniké je obsah sdělení, informace, kterou chceme předat a komunikační kanál je cesta, která slouží k předání informace (Klenková, 2006; Mikuláščík, 2010).

Schopnost adekvátně se dorozumívat v rozličných situacích s různými lidmi označujeme termínem komunikační kompetence (Heger, 2012). Komunikační kompetencí nerozumíme pouze správné užívání gramatiky, ale též vhodný způsob vyjádření se v určité společnosti přiměřeným způsobem. Komunikační kompetence je tedy schopnost, která nám říká, jak máme mluvit, o čem máme mluvit, ale také kdy, kde a s kým mluvit, tedy jak vhodně používat jazyk (Pokorný, 2010).

2.1. Verbální a neverbální komunikace

Komunikace neboli vzájemné dorozumívání je důležitou součástí sociálního kontaktu. S její pomocí si předáváme informace, dáváme najevo své city a pocity k druhým, vyjadřujeme své potřeby atd. K vysílání těchto informací využíváme dvě cesty – verbální a neverbální. I když se může zdát, že komunikujeme zejména slovy, podstatnou část informací přijímáme i vysíláme mimoslovně. (Vágnerová, 2000; Venglářová, 2007, Klenková, 2006).

Verbální komunikace, tedy komunikace slovní je velmi důležitá pro sociální kontakty a hraje tak ve společenském životě velmi významnou roli. Utváření a udržování mezilidských vztahů je do značné míry závislé na schopnosti jazykové výměny, rozhovoru, jazykovém sebepředstavení, diskuzi atd. Neméně důležitou roli má však též komunikace neverbální, neslovní, která je ontogeneticky i fylogeneticky starší. Může doprovázet mluvenou řeč, ale též být samostatným a hlavním sdělovacím prostředkem. Často se pomocí ní vyjadřují a navozují mezilidské vztahy. Mezi projevy neverbální komunikace řadíme např. gesta, pohledy očí, mimiku, vzdálenost mezi komunikujícími, prostorovou pozici, ale také tón hlasu, oblečení, zdobnost a podobně (Klenková, 2006).

Neverbální komunikace je tedy velmi důležitou součástí lidského života a tak ji nelze podceňovat. V případě, že komunikace verbální z nějakého důvodu selhává, může se stát výrazným či hlavním pomocníkem v dorozumívání se.

2.2. Narušená komunikační schopnost

Výše jsme naznačili, že komunikační schopnost může být nějakým způsobem narušena a komunikace tak nemusí vždy probíhat zcela hladce. Vymezit pojem narušená komunikační schopnost však není jednoduché. Problém začíná již ve vymezení normality. Je těžké vymezit nějakou „nadslovní normu“ v užívání jazyka, jelikož různá prostředí mají své jazykové zvláštnosti. Pokud tedy chceme určit, zda je komunikační schopnost jedince narušena, je třeba zohlednit jazykové prostředí, v němž člověk žije (Česká republika či Francie, Praha či Ostrava apod.), ale též další aspekty jako je vzdělání, povolání atd. Stejný řečový projev konkrétního člověka tak může být hodnocen odlišně právě v závislosti na zmíněných faktorech (Lechta, 1990; Klenková, 2006).

Navíc se při hodnocení komunikační schopnosti nelze omezit pouze na zvukovou rovinu jazyka či na správnou výslovnost jednotlivých hlásek, ale je třeba zaměřit se i na ostatní jazykové roviny. Lechta (1990, str. 19) na těchto základech

říká, že: „Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, jestliže některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Přitom může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu jazykových projevů.“

Narušenou komunikační schopnost si jedinec může, ale také nemusí uvědomovat. V rámci klinického obrazu se může jednat o poruchu dominantní či symptomatickou, tedy tu, která doprovází jiné, dominantní postižení či nemoc. Dle rozsahu lze narušenou komunikační schopnost dělit na totální (úplnou) a parciální (částečnou). Dále, z časového hlediska, se může jednat o trvalé či pouze přechodné narušení komunikační schopnosti a právě z tohoto důvodu není vhodné užívat termín postižení, ale výraz narušení (Lechta, 1990; Klenková, 2006).

Narušená komunikační schopnost může být vrozená nebo získána na základě příčin orgánových či funkčních. Vezmeme-li v úvahu hledisko času, pak rozdělujeme příčiny narušené komunikační schopnosti na prenatální, perinatální a postnatální. Pokud budeme uvažovat o hledisku lokalizačním, příčinami mohou být různé genové mutace, porušení centrální či periferní nervové soustavy, vliv nevhodného prostředí apod. Z hlediska závažnosti narušení komunikační schopnosti se pak může jednat o lehké narušení, ale též o velmi těžkou poruchu, která výrazně komplikuje život. Zasahovat může sféru symbolických i nesymbolických procesů a projevit se může jak v dimenzi zvukové tak nezvukové. Může se týkat verbální i neverbální, mluvené i grafické podoby komunikace a zastihnout může složku expresivní (produkce řeči) i receptivní (rozumění řeči) (Lechta, 1990; Lechta, 2003; Klenková, 2006).

Lechta (1990), dle symptomatického hlediska, dělí narušenou komunikační schopnost do deseti základních kategorií, které zde pro přehled také uvedeme. Jsou jimi:

- vývojová nemluvnost,
- získaná orgánová nemluvnost (afázie),
- získaná neurotická nemluvnost (mutismus),
- narušení zvuku řeči (rinolálie, palatolálie),
- narušení plynulosti řeči (balbuties, tumultus sermonis),
- narušení článkování řeči (dyslálie, dysartrie),
- narušení grafické stránky řeči (dyskalkulie, dysgrafie, dyslexie),
- symptomatické poruchy řeči,
- poruchy hlasu,

- kombinované vady a poruchy řeči.

Z uvedeného přehledu vidíme, jak je oblast narušené komunikační schopnosti rozsáhlá. Jelikož se naše práce věnuje problematice komunikační kompetence seniorů, zaměříme se v následující části na stručnou charakteristiku vybraných poruch řeči a jazyka, které nejčastěji zasahují do života starého člověka.

2.2.1. Afázie

Afázie je získanou organickou poruchou individuálního jazykového systému. Spadá do oblasti vyšších kortikálních poruch, kam řadíme též např. apraxii, akalkulii, alexii apod. Lze ji definovat jako náhlou ztrátu schopnosti komunikovat. Může zasáhnout expresivní i receptivní složku komunikace, stejně tak jako mluvenou i psanou řeč (Neubauer, 2014; Čecháčková, 2003).

Příčinou vzniku afázie je poškození centrální nervové soustavy. Nejčastějšími příčinami jsou cévní mozkové příhody, úrazy mozku, nádory mozku, záněty mozku, intoxikace mozku a degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy (Klenková, 2006).

Symptomatologie afázie je velmi široká. Příznaky se vyskytují v různé kvalitě, množství a v rozličných kombinacích. Velmi důležitými příznaky, podle nichž lze afázii též jednoduše rozdělit, jsou fluence či nonfluence mluvy. Dále je podstatné zda se jedná o narušení exprese či percepce řeči. Čecháčková (2003) uvádí následující symptomy afázie. Jsou to paraafázie (deformace slov), parafrázie (snížení schopnosti větného vyjádření nebo úplná nemožnost vyjadřovat věty), poruchy rozumění, perseverace (ulpívání na podnětu, který již nepůsobí, i v dalších odpovědích), logorhea (rychlá, překotná mluva se špatnou srozumitelností) a anomie (obtíže v pojmenovávání).

Nezákladnější dělení afázie je na motorickou (Brockovu) afázii, kdy je nejvíce narušena expresivní složka řeči, tedy vlastní řečová produkce, na sensorickou (Wernickeovu) afázii, při níž je nejvýrazněji zasažena receptivní složka řeči, tedy porozumění a na afázii totální neboli globální (Čecháčková, 2003).

Existuje více klasifikací afází, které z důvodu různých afaziologických škol a široké škály symptomů nejsou jednotné. Nyní stručně uvedeme jednu z nejznámějších klasifikací afázie, tzv. Bostonskou klasifikaci, která při hodnocení pozoruje především fluenci řeči, schopnost opakování, pojmenování a rozumění (Čecháčková, 2003).

V rámci tohoto dělení hovoříme o Brocově afázii, při níž je mluva nonfluentní, rozumění je relativně zachováno. Častý je výskyt parafrází a agramatismů. Mluva je pro jedince velmi náročná. Dalším typem je Wernickeova afázie. Projev je fluentní, obtíže

jsou v porozumění, pojmenování i opakování. Přítomna bývá logorhea, parafrázie či neologismy. Postižený si tuto poruchu většinou neuvědomuje. Třetím typem je afázie globální, kdy je těžce narušena někdy zcela znemožněna produkce řeči, ale též porozumění (Čecháčková, 2003; Neubauer, 2014).

Bostonská klasifikace dále vymezuje kondukční afázii, která je typická narušením v oblasti opakování. Plynulost mluvy a porozumění je však dobře zachováno. Pátým typem je afázie anomická, kdy jsou největší obtíže v pojmenování. Fluence řeči je přerušována tzv. anomickými pauzami. Nakonec Bostonské dělení hovoří o transkortikální afázii, která je charakteristická zachovanou schopností opakovat slova. Transkortikální afázii dělí ještě na senzorickou a motorickou (Čecháčková, 2003; Neubauer, 2014).

2.2.2. Dysartrie

Dysartrií jsou nazývány poruchy motorické realizace řeči, které vznikají na základě organického poškození centrální nervové soustavy. Nejedná se pouze o narušení artikulace. Dysartrie postihuje i další složky řeči, jimiž jsou také respirace, fonace a rezonance. Nejtěžším stupněm dysartrie je tzv. anartrie, která znamená úplnou ztrátu schopnosti komunikovat verbálně (Neubauer, 2014; Klenková, 2006).

Dysartrie může vzniknout v různých životních obdobích. Může vzniknout jako následek vrozené vady či poškození centrální nervové soustavy v perinatálním období (často spojena s dětskou mozkovou obrnou). Může však také být následkem různých neurologických onemocnění v pozdějším věku, traumatických poranění hlavy, nádorů, cévních onemocnění apod. (Klenková, 2006; Lechta, 1990).

V závislosti na etiologii dysartrie se může v klinickém obraze poruchy projevit variabilní komplex symptomů, který se odvíjí od místa a rozsahu centrálního poškození. Podle umístění léze v nervovém systému lze rozlišit několik typů dysartrie. Hovoříme potom o flacidní nebo též periferní dysartrii, jejímž nejnápadnějším symptomem je monotónní nezřetelný projev často spojen s poruchou respirace a polykání, zvýšenou nazalitou a chraptivostí. Dalším typem je spastická či centrální dysartrie, při níž jsou přítomny poruchy celkové hybnosti. Pohyby jsou pomalé a omezené, vyskytují se též poruchy polykání. Řeč je následkem tohoto postižení značně zpomalena a velmi pracná. Slova jsou protahována a delší řečový projev je nesrozumitelný. Dále rozlišujeme dysartrii ataktickou neboli cerebrální, která je doprovázena celkovou hypotonií, obtížnou koordinací svalových skupin a špatným cílením pohybů. Následkem toho je řeč nepravidelná, s typickým vyražením slabik či slov. Nepravidelné je též dýchání, rezonance i síla hlasu. Rigidita a akinéza svalových skupin spolu

s klidovým třesem je častým příznakem dysartrie hopokinetické (extrapyramidové). Mluvní projev je monotónní s opakováním slov či slabik, dýchání je přerušované a pro řeč nedostačující. Projev se může postupně zpomalovat nebo naopak zrychlovat až do nesrozumitelnosti. Dalším možným typem je dysartrie hyperkinetická (extrapyramidová), která je typická mimovolnými abnormálními pohyby. Ty poté v různém stupni závažnosti narušují motoriku i řečový projev, který je vykřikovaný, hlasitý, přerušovaný náhlými neovladatelnými pohyby. Patrná je dyskoordinace řeči a dechu. Posledním typem dysartrie, který rozlišujeme je dysartrie smíšená. Ta je charakteristická příznaky centrálních i periferních paréz (Neubauer, 2014).

2.2.3. Kognitivně komunikační poruchy

Kognitivně komunikační poruchy charakterizuje jistá dvoumodálnost. Jedná se zde o poruchu kognitivních funkcí, zároveň však i o poruchu komunikace. Kognitivně komunikační poruchy poukazují na propojení paměťových neuronálních a neurokognitivních jazykových sítí mozku (Neubauer, 2014).

Tyto poruchy komunikačního procesu mohou vzniknout na základě několika příčin. První z nich je výskyt kognitivně komunikačních poruch spojených s traumatickým poškozením centrální nervové soustavy. Velmi vážnou a poměrně častou příčinou těchto poruch jsou úrazy mozku, nejvíce otřes mozku, zhmoždění mozku a krvácivé procesy v mozku (Neubauer; 2014).

Dále se kognitivně komunikační poruchy vyskytují u syndromu demence, který je charakteristický úbytkem kognitivních funkcí, nejvíce je zasažena paměť a intelekt. Příznaky demence však zasahují i do jiných oblastí, nejenom do oblasti kognitivní, ale též do sféry chování, verbální a neverbální komunikace. Mohou se vyskytnout také psychické poruchy. Vnitřní svět jedince, u něhož je přítomná kognitivně komunikační porucha, je značně proměnlivý (Neubauer; 2014; Klevelandová, 2008).

Holmerová a Jarolímová (2009) zdůrazňují, že osoba trpící syndromem demence je vždy jedinečný člověk a tak je nutné k ní i přistupovat a respektovat ji. Při komunikaci s takovýmto člověkem je důležitá trpělivost, vlídnost, empatie a také úsměv. Nutné je stále pátrat po tom, co si člověk s demencí přeje, co potřebuje a snažit se reflektovat jeho stav. Osoby s demencí jsou vnímavé k neverbální komunikaci, a proto je vhodné ji při kontaktu s nimi také využívat. Dobré je komunikovat taktiálně, nespěchat, ale najít si dostatek času na komunikaci (Hauke, 2011).

Komunikujeme-li s člověkem s demencí je důležité z prostředí odstranit rušivé vlivy, chovat se klidně a snažit se udržovat pozitivní výraz. Nutné je vyjadřovat se srozumitelně, spíše v jednodušších větách a pomaleji. Vhodné je usnadnit porozumění ukazováním na předměty, osoby či věci, o kterých mluvíme. Dále je třeba udržovat oční kontakt a často se ujišťovat, zda nám osoba s demencí porozuměla (www.nrzp.cz).

Při komunikaci s jedincem s počínající demencí se snažíme sdělovat skutečnost a opatrně člověka vracet do reality. Pomáháme mu udržet si důležité informace o prostředí, ve kterém žije, o lidech, s kterými se setkává a samozřejmě o sobě samém. Vše mu nenásilně připomínáme při každém kontaktu. V pokročilé demenci se nesnažíme vyvracet nemocnému jeho vzpomínky a prožitky, ale snažíme se potvrzovat jeho vnitřní svět. V praxi je často užívána rezoluční a validační terapie (Klevetová, 2008).

Pokud se zaměříme na narušenou komunikační schopnost u osob seniorského věku, je právě oblast demence velmi podstatnou oblastí, neboť výskyt syndromu demence s věkem výrazně stoupá a nejvíce postihuje populaci ve věku nad 60 let. Senioři ve věkovém rozmezí 65 – 75 let trpí demencí ve 2 -3%, senioři ve věku 80 – 85 let dokonce v 20% (Neubauer; 2014).

2.2.4. Narušení komunikační schopnosti z důvodu sluchové vady

Stáří je spojeno s mnoha změnami, které jsme stručně popsali v předchozí kapitole. Jednou z těchto změn je snižování výkonnosti smyslových orgánů, z nichž komunikační schopnost nejvíce ovlivní stav sluchového analyzátoru, který se ve stáří často zhoršuje. Nejčastějšími vadami sluchu u dospělých jedinců jsou senzorineurální vady, kterých s rostoucím fyzickým věkem přibývá (Lejska, 2003).

Během lidského života se rozsah sluchu pozvolně snižuje. Již od dětství klesá horní hranice sluchu a tak klesá citlivost sluchového analyzátoru pro vyšší frekvence zvuku. V období stáří, se vlivem opotřebování a degenerace smyslových buněk vnitřního ucha, tento proces zrychluje. Hovoříme poté o vzniku tzv. stařecké nedoslýchavosti neboli presbyakuzie, která je fyziologickým projevem doprovázejícím stárnutí sluchového systému a patologickou se stává tehdy, narušuje-li komunikační pohodu jedince (Arnoldová, 2015; Pokorná 2010; Lejska, 2003).

V dospělosti a tedy i ve stáří mohou vady sluchu vzniknout též následkem úrazu, expozice extrémně intenzivnímu zvuku či dlouhodobého působení silného hluku na jedince. Vliv na sluchový orgán a stav sluchu mají též toxiny vznikající uvnitř těla (např. při poškozeném trávení, diabetu, hormonálních či imunitních onemocněních) i toxiny

z vnějšího prostředí (především nikotin a některé léky např. diuretika). Dalšími příčinami vady sluchu v dospělém věku mohou být nádorová a zánětlivá onemocnění (Lejska, 2003).

Zasažení komunikační schopnosti úbytkem sluchu je dáno především velikostí sluchové ztráty. Při menší ztrátě se zpravidla jedinec dobře orientuje v prostředí a v komunikaci využívá zpravidla mluvený jazyk. Komunikaci velmi usnadní sluchadla, kterými se sluchová ztráta kompenzuje a též se lze opřít o odezírání. V případě, že je sluchová ztráta tak velká, že lze mluvit o ohluchnutí, je již komunikační schopnost jedince zasažena mnohem závažněji. Lidé, kteří ohluchnou v pokročilém věku, preferují k dorozumívání mluvený jazyk, v němž jsou obvykle dostatečně kompetentní. Produkovat mluvenou řeč tedy nebývá problematické, je však znemožněno informace sluchovou cestou vnímat. Nabízí se zde tedy využít psanou formu jazyka, což je však při běžné komunikaci nepraktické, či opět využít odezírání. Tuto schopnost však neovládá každý (Skákalová, 2011).

Oblast zmíněných narušení komunikační schopnosti je velmi rozsáhlá a zdaleka jsme nevyčerpaly možnosti v jejich charakteristice. Na podrobnější zabývání se těmito narušeními však bohužel není v naší práci prostor, pro bližší informace lze ovšem nahlédnout do některé z mnoha publikací věnujících se zmiňované problematice, např. do publikace *Klinická logopedie* (Škodová, Jedlička a kol., 2007), *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie* (Neubauer, Dobias, 2014) či *Základy logopedie* (Kerekrétiová a kol., 2009).

2.3. Alternativní a augmentativní komunikace

V případě, že je komunikační schopnost narušena tak výrazným způsobem, že nelze dostatečně využít k dorozumívání mluvenou řeč, přichází v úvahu využití alternativní či augmentativní komunikace.

Jedincům, kteří z nějakého důvodu nemohou komunikovat verbálně, dává alternativní a augmentativní komunikace možnost dorozumět se se svým okolím, vyjadřovat své pocity, přání, názory reagovat na přichozí podněty atd. Výraz augmentativní znamená komunikaci rozšiřující, doplňkovou, která podporuje stávající systém komunikace. Slovo alternativní znamená náhradní komunikaci, tedy zcela nahrazuje mluvenou řeč (Klenková, 2006; Janovcová, 2003).

Smyslem a cílem alternativní a augmentativní komunikace je umožnit jejím uživatelům aktivní mezilidskou komunikaci a zapojení se do společnosti. Využitelná je u široké škály jedinců např. se smyslovými vadami, mentálním postižením, kombinovaným

postižením. Své místo má ale také u získaných a degenerativních onemocnění, kde se může jednat o nádory mozku, poúrazové stavy, Alzheimerovu nemoc, Parkinsonovu chorobu, cévní mozkové příhody apod. Výhodou je možnost přizpůsobit systémy alternativní a augmentativní komunikace mentální úrovni konkrétního jedince (Janovcová, 2003).

Systémy alternativní a augmentativní komunikace lze rozdělit do dvou základních skupin. Jedná se o systémy nevyžadující pomůcky a systémy vyžadující pomůcky. Mezi systémy bez pomůcek řadíme prostředky neverbální komunikace např. gesta, mimika, cílený pohled atd. a též manuální znaky a systémy. Druhá skupina systémů alternativní a augmentativní komunikace využívá pomůcky, kterými mohou být fotografie, obrázky, zástupné předměty, piktogramy, písmo, elektronické komunikační pomůcky a podobně (Janovcová, 2003; Laudová, 2003).

2.4. Specifika komunikace seniorů / se seniory

Aby komunikace probíhala, úspěšně je důležité se přizpůsobit komunikačnímu partnerovi, v našem případě seniorovi a jeho komunikačním schopnostem a dovednostem, které jsou ovlivněny změnami tělesných schopností, ale také emocionálními, kognitivními a psychosociálními změnami které s sebou stáří přináší (Pokorná, 2010).

Vágnerová (2000) shrnuje specifika komunikace seniorů do několika bodů. Prvním z nich je častá nedoslýchavost ve stáří, která vyžaduje větší soustředění při komunikaci a značně tak seniora unavuje. Stane se také, že senior ne zcela zachytí sdělovanou informaci a nepřesně jí porozumí. Někdy je komunikace pro starého člověka náročná natolik, že se jí raději vyhýbá. Další příčinou, která může seniora vést k vyhýbání se komunikaci, jsou obtíže s pamětí, s vybavováním některých slov, jmen atd., což vede k nepříjemnému napětí při hovoru.

Dalším specifíkem je pomalost komunikace a potřeba delšího času ke zpracování informace a následnému vyjádření odpovědi. Toto nejvíce ovlivňuje komunikaci s mladšími generacemi, které nemají trpělivost ani čas se tempu starého člověka přizpůsobit (Vágnerová, 2000).

Pro seniory je charakteristická tendence opakovat svá sdělení. To může vyplývat z nejistoty, zda komunikační partner dobře porozuměl informaci. Starý člověk totiž sám mívá obtíže při zapamatování nových informací, a proto je raději opakuje i ostatním. V životě seniora již není mnoho nových událostí a tak se mění i obsah sdělení. Starý člověk opakuje i sdělení týkající se běžných denních situací, které pro něho mají velkou váhu. Typický je také

sklon opakovaně hovořit o svých tělesných potížích. Senioři tak činí proto, že se jim jiným způsobem nedaří upoutat pozornost a iniciovat hovor. Snaží se takto vzbudit zájem blízkého člověka (Vágnerová, 2000).

Vágnerová (2000) dále uvádí obtíže v komunikaci se skupinou, které jsou zpravidla výraznější než při kontaktu s jednotlivcem. Tento druh komunikace je náročnější na koncentraci a logicky člověka více unavuje. Situaci navíc ztěžuje hluk a šum. Senior se nechce stále ptát, kdo co říkal a tak mu často uniká obsah konverzace. Navíc se stává spíše pasivním účastníkem hovoru, jelikož se hůře prosazuje a dostává ke slovu.

Klevetová (2008) uvádí zásady, které je vhodné mít na paměti při komunikaci se starým člověkem. Patří mezi ně uvědomění. Měli bychom si položit otázku a uvědomit si jaký rozhovor chceme se seniorem vést (motivující, naslouchající, edukační atp.), zamyslet se nad tím, zda senior hledá pomoc nebo potřebuje pouze vyslechnout, jedná-li ve prospěch svůj či ve prospěch seniora, kolik času můžeme rozhovoru věnovat (a to seniorovi také sdělit, jelikož starý člověk má většinou dostatek času a je proto vhodné vymezit délku rozhovoru již na jeho počátku, abychom si ušetřili vysvětlování, proč se již nemůžeme dále konverzaci věnovat) apod. Další zásadou je zvolit vhodné oslovení, vymezit vzájemné role a také vytvořit prostředí laskavosti a důvěry. Důležité je též umět naslouchat, někdy je důležité být „pouze“ přítomen.

2.5. Komunikační bariéry v komunikaci se seniory

Komunikace mezi dvěma subjekty nemusí vždy probíhat bezproblémově. Je třeba počítat s tím, že se můžeme setkat s překážkami, které budou naši komunikaci komplikovat. Pokud si však možné problémy budeme uvědomovat, děláme tak, jak uvádí Mikuláščík (2010), první krok k jejich překonání a vyrovnání se s nimi.

Komunikační bariéra je tedy překážka, která narušuje úspěšnou komunikaci. V lepším případě komunikaci pouze znesnadní. V řadě případů však může komunikaci zcela znemožnit. Bariéry, jež mohou v komunikaci vzniknout lze rozdělit na interní neboli vnitřní bariéry a bariéry externí. Interní bariéru chápeme jako vnitřní, osobnostní problémy osoby, která komunikuje. Může se jí stát obava z neúspěchu při komunikaci, emoční rozpoložení, odlišná jazyková úroveň komunikujících, jejich rozdílná kultura, užívání slangu či nářečí jedním z komunikujících. Mezi vnitřní komunikační bariéry lze však také zařadit nesoustředěnost na komunikaci, fyzické nepohodlí při komunikaci, vzájemné nesympatie, deprese, různá onemocnění nebo snížení funkčnosti smyslových orgánů atd. Externí bariérou, kterou máme

na mysl rušivý vliv prostředí, může být hluk či vizuální rozptylování komunikujících osob, nezvyklé prostředí ve kterém se nacházíme nebo vyrušování třetí osobou. Patří sem také demografické bariéry, kde svoji roli hraje věk či pohlaví (Mikuláščík, 2010; Špatenková, Smékalová, 2015).

Komunikační bariéra může vzniknout téměř v každé situaci a samozřejmě též při kontaktu se seniorem. Clark (in Pokorná, 2010) zmiňuje základní bariéry, jež mohou při komunikaci se seniorem vzniknout. Dle něj jsou jimi poškození zraku a sluchu, sensorická deprivace, obtíže v orientaci a zmatenost, dále obtíže související s poruchou řeči a důsledky cévní mozkové příhody.

Při komunikaci se seniorem v domově pro seniory či jiném podobném zařízení mohou vzniknout bariéry jak na straně klienta, tak na straně pracovníka. Ze strany klienta to může být nedůvěra či neochota komunikovat, ale také strach ze zneužití sdělených informací. Řada témat je také ze strany některých seniorů tabuizována např. oblast financí, intimních záležitostí apod. Bariérou se také může stát aktuální stav seniora, únava, úzkost, zdravotní obtíže, bolest atd. (Venglářová, 2007).

Venglářová (2007) uvádí také bariéry, které se mohou vyskytnout na straně pracovníka. Jedná se často o strach hovořit o závažných tématech (těžká choroba, umírání...), nedostatek času, ale též problém s konkrétním klientem (např. špatná zkušenost při dřívějších kontaktech).

3. Kvalita života

Je běžné hovořit o kvantitě, tedy délce života. Není problematické vyjádřit, jak dlouho ten který člověk žije či žil. Kvantitu života lze poměrně snadno vyjádřit číselným údajem. Pokud ovšem hovoříme o kvalitě života, nemáme tak jasný ukazatel který by jednoduše kvalitu života vystihl. Můžeme se setkat s názorem, že kvalita života je téměř synonymem zdraví a kvalitní život může žít tedy pouze zdravý jedinec. Pokud bychom však s tímto názorem souhlasili, zavrhl bychom tak naději na kvalitní život všech jedinců, kteří trpí nějakou nemocí. Přikláníme se tak k tvrzení, že kvalita života je velmi tvárný fenomén a kvalitní život lze žít i v nemoci. Jedná se o subjektivní kategorii a záleží pouze na každém konkrétním jedinci, zda a do jaké míry svůj život vnímá jako šťastný a kvalitní (Křivohlavý, 2002; Haškovcová, 2010).

Ač se kvalitou lidského života lidé zabývali od pradávna, v posledních letech je tento pojem skloňován stále častěji. Lidí dožívajících se vysokého věku neustále přibývá a stoupá tak i potřeba zabývat se otázkou kvality jejich života. Výše jsme uvedli, že kvalita života se neopírá pouze o zdravotní stav, který se ve stáří velmi často mění, ale zejména o vlastní subjektivní prožitek. Kvalita života je pak podle Müllera (2006) mimo jiné závislá na zdravotním stavu, věku, duchovní úrovni, rodinném zázemí, finančním zajištění, na vlastních přáních, cílech, na možnosti seberealizace, ale také na společnosti a kultuře, v níž daný jedinec žije, na úrovni poskytovaných služeb apod. Subjektivní hodnocení kvality vlastního života se však často neshoduje s objektivním hodnocením okolí (Křivohlavý, 2002; Haškovcová, 2010).

Světová zdravotnická organizace termín kvalita života popisuje jako vnímání vlastního postavení ve společnosti a kultuře, ve které člověk žije a to ve spojitosti se svými zájmy, očekáváními, cíli a životním stylem. Opět je zde tedy kladen důraz na subjektivní pohled na vlastní život (Dragomirecká, Šelepová, 2004).

Šolcová a Kebza (2004) hovoří o častém spojování pojmu kvalita života s pojmem osobní pohoda (tzv. „well-being“), přičemž osobní pohodu chápou jako dlouhodobý pocit spokojenosti se životem. Jedná se o hodnocení kvality života jako celku, které zahrnuje tělesnou, duševní i sociální dimenzi.

Dle Ryffové a Keyesové (in Šolcová a Kebza, 2004) lze do struktury osobní pohody zahrnout šest oblastí. Jsou to sebepřijetí (pozitivní vztah k sobě, přijetí všech aspektů vlastní osobnosti, kladných i negativních vlastností, srovnání s vlastní minulostí apod.), dobré vztahy s druhými lidmi, autonomie (sebeurčení, nezávislost, právo na vlastní názor atd.). Dále

sem autorky zahrnují zvládání životního prostředí (přehled o okolním světě, zvládání každodenních nároků apod.), smysl života (pocit smysluplnosti minulého i přítomného života) a osobní rozvoj (otevřenost novým věcem, schopnost vidět pozitivní změny sebe sama, pocit trvalého rozvoje apod.).

3.1. Vymezení pojmu kvalita života

Již jsme zmiňovali, že pojem kvalita života je v současné době velmi frekventovaně užíván v rozličných souvislostech a v mnoha vědních oborech např. sociologie, lékařské vědy, psychologie, ekologie a další. Přesto a možná právě proto, jak uvádí Hnilicová (2005) však nenacházíme v této oblasti názorovou shodu. Sociologové se zabývají zkoumáním kvality života v sociálních skupinách, které navzájem srovnávají a hledají determinanty kvality života. Oblast psychologie se zaměřuje na subjektivní vnímání kvality života, které se snaží různými metodami zjišťovat. Zdravotníci se při uvažování o kvalitě života opírají především o vymezení pojmu zdraví Světovou zdravotnickou organizací, která zdraví chápe jako úplnou fyzickou, psychickou a sociální pohodu, tedy ne pouze jako nepřítomnost nemoci. Další vědní disciplíny nahlízejí na kvalitu života zase z jiné perspektivy, která je vlastní jejich oboru.

Brown (2003) zmiňuje, že při zamyšlení se nad významem pojmu kvalita života si mnoho lidí v první chvíli vybaví život v krásném domě, řízení perfektního auta, cestování do exotických zemí celého světa apod. Při hlubším zamyšlení si však uvědomí, že kvalita života znamená mnohem více. Může znamenat zajímavou práci, pocit bezpečí, blízkost lidí, kteří s námi sdílejí život, radost, spokojenost se sebou samým či žití života hodnot, které jsou pro nás důležité. Kvalita života dále znamená svobodné rozhodování se a dostatek příležitostí, které se nám skýtají. Autor uvádí, že zmíněné „charakteristiky“ kvality života jsou důležité pro většinu lidí na světě. Přesto však to, co je důležité pro mě, nemusí být stejně důležité pro mého souseda. Vše je tedy vysoce individuální a stejně, jako je každý člověk jedinečný, je i jedinečné jeho vnímání kvality života.

Pokud tedy chceme vymezit obecné faktory, které kvalitu života ovlivňují a vymezují, musíme mít vždy na paměti subjektivní a individuální vnímání těchto faktorů. Dvořáčková (2012) hovoří o faktorech ze sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální oblasti, které mohou kvalitu života ovlivňovat přímo či nepřímo. Zcela konkrétními a velmi specifickými faktory jsou potom rodinná situace, vzdělání, kultura, finanční zajištěnost, nemocnost, věk, pohlaví apod.

3.2. Objektivní a subjektivní kvalita života

V sociálních vědách se velmi často setkáváme s dichotomním dělením kvality života na subjektivní a objektivní. To je potřebné zejména při měření kvality života. Objektivní kvalitou máme na mysli materiální a sociální aspekty života a fyzické zdraví jedince. Tedy to, co lze nějakým způsobem zhodnotit zvenčí. Subjektivní kvalita již zahrnuje pocit spokojenosti se životem a subjektivní pohodu, která se vztahuje k vlastním hodnotám, zájmům, cílům a celkovému stylu života (Gurková, 2011).

Cummins (in Sirgy, 2012) tvrdí, že kvalitu života nelze zvýšit bez přihlídnutí k oběma dimenzím, tedy subjektivní i objektivní. Uvádí čtyři případy, ve kterých ukazuje na možný vztah subjektivní a objektivní kvality života. Jsou to:

- Dobrá objektivní kvalita života a dobrá subjektivní kvalita života. Tento stav označuje termínem „well-being“, který jsme výše zmiňovaly jako osobní pohodu a poprvé užívá také termínu „happy rich“ (šťastný, spokojený bohatý).
- Dobrá objektivní kvalita života a špatná subjektivní kvalita života. Tento stav je označován termínem „disonance“ a autorem je nazvaný jako „unhappy rich“ (nešťastný, nespokojený bohatý).
- Špatná objektivní kvalita života a dobrá subjektivní kvalita života. Pro tento stav je užíván termín „adaptace“ a Cummins ho označuje jako „happy poor“ (šťastný, spokojený chudý).
- Špatná objektivní kvalita života a špatná subjektivní kvalita života. Tento poslední možný stav je nazván jako „deprivace“ a dle autora jej vystihuje slovní spojení „unhappy poor“ (nešťastný, nespokojený chudý).

Dvě krajní kategorie, osobní pohoda a deprivace, o sobě již z názvu mnohé vypovídají. V těchto dvou stavech se objektivní realita shoduje s realitou subjektivní a pocit osobní pohody je nekontroverzní. Kontroverze naopak spočívá v druhých dvou stavech, disonance a adaptace, kde se objektivní a subjektivní pohled na kvalitu života neshoduje a je mezi nimi pouze nízká korelace (Cummins in Sirgy, 2012).

3.3. Rozsah pojetí kvality života

Problematika kvality života je velmi široká a život jednotlivce je pouze jednou z jejich dílčích částí. Oblast kvality života lze podle Engela a Bergsmy (in Krivohlavý, 2002), rozčlenit do tří sfér, jež na sebe hierarchicky navazují. Autoři hovoří o makro-rovině, mezo-rovině a o rovině osobní (personální).

První z těchto rovin se týká velkých společenských celků a zabývá se kvalitou života např. vybraného státu či kontinentu. Na této úrovni se zamýšlíme nad životem jako nad absolutní morální hodnotou, kterou je nezbytné respektovat. Uvažujeme zde o smyslu života. Kvalita života je pak začleněna do primárních politických úvah týkajících se např. boje s chudobou, terorismem, epidemiemi, ale také investic do zdravotnictví, infrastruktur atd. (Engel a Bergsma in Křivohlavý, 2002)

V druhé rovině Engel a Bergsma (in Křivohlavý, 2002) hovoří o malých sociálních skupinách, kterými chápeme např. domov pro seniory, školu, firmu, nemocnici apod. Respektování života jako morální hodnoty je zde opět důležité, do popředí zájmů se však dostávají také otázky týkající se vzájemných vztahů (např. pečovatelek a seniorů v domově pro seniory), sociálního klimatu, uspokojování potřeb členů skupiny atp.

V personální rovině máme na mysli život konkrétního jedince. Tato sféra se tedy dotýká každého z nás. Engel a Bergsma (in Křivohlavý, 2002) uvádějí, že při hodnocení kvality života jedince jde, jak jsme již několikrát zmiňovali výše, o subjektivní pohled na vlastní život. Důležité jsou zde osobní hodnoty jednotlivce.

Kromě tří uvedených sfér uvažují Engel a Bergsma (in Křivohlavý, 2002) ještě o sféře fyzické existence, která nabízí možnost objektivně hodnotit chování a projevy druhých lidí. Ač lze údaje z této sféry objektivně měřit, autoři nedoporučují jejich používání při určování kvality života. Chybí jim totiž něco, co je podstatné pro hlubší uvažování o kvalitě života.

3.4. Vliv narušené komunikační schopnosti na kvalitu života

Ve druhé kapitole jsme zdůrazňovaly význam komunikace pro život člověka, mimo jiné jako základního prostředku pro utváření a udržování mezilidských vztahů. Je tedy nesporné, že narušená komunikační schopnost bude mít dopad nejen na společenské vztahy, ale také na kvalitu života jedince.

Lejska (2003) uvádí, že většina mezilidských vztahů je determinována právě nepoškozenými informačními kanály. Člověk nežije sám, ale zpravidla je obklopen rodinou, přáteli, pracovním kolektivem apod. Tito lidé se vzájemně potkávají a komunikují mezi sebou, jsou si sympatičtí a blízcí či naopak nesympatičtí, vzdělávají se, rozhodují, plánují atd. Vše probíhá pomocí slova. Lidé ve společnosti získávají pocit sounáležitosti, možnost být pro druhého důležitý či možnost vyniknout, což je podle psychologů jedna z nejdůležitějších potřeb člověka. Pokud je však mezilidská komunikace narušena může být narušena i tato potřeba.

Člověk s narušenou komunikační schopností, který má výrazné obtíže v dorozumívání může být sociálně deprivován. Jeho schopnost být uznávaným a platným členem společnosti je potlačována a jedinec se dostává na okraj sociální skupiny, kde může být přehlížen a považován za méně významného. Často jsou omezeny jeho sociální styky a tak i narušeny společenské vztahy. U člověka, u něhož se vyskytují tyto komunikační i společenské problémy, je výrazně ohrožena potřeba seberealizace. Tento stav může vést až ke změně osobnosti jedince a především ke změně kvality života (Lejska, 2003).

Venglářová (2006) upozorňuje, že určujícím kritériem, které má vliv na kvalitu života člověka s narušením komunikační schopnosti není pouze rozsah „postižení“, ale i to, jak dokáže jedinec toto narušení přijmout. Kvalita života je potom úměrná přijetí narušení a zvolení jiných možností komunikace a kontaktu s okolím. Důležité je tedy, aby člověk kvůli ztížení či znemožnění řečové komunikace nezůstal izolovaný od sociálního kontaktu.

3.5. Kvalita života ve stáří

Pravděpodobnost, že se člověk dožije stáří, výrazně roste a tak, jak již jsme zmínili v úvodu této kapitoly, je velmi aktuální zabývat se otázkou kvality života seniorů. Zvyšující se podíl seniorů ve společnosti poukazuje na nutnost přizpůsobení produktů i služeb potřebám těchto osob. Abychom však zajistili kvalitní život ve stáří, je třeba především změnit obecně negativní pohled a také přístup ke starší generaci a stárnutí populace (MPSV, 2008). Vágnerová (2000) o tomto negativním postoji hovoří jako o ageismu a charakterizuje ho jako přesvědčení o nekompetentnosti stáří a jeho nízké hodnotě. Ageismus popisuje jako předsudek, kvůli kterému dochází k podceňování až odmítání starých lidí. Pokud tedy tento názor bude v myšlení společnosti převažovat, jen těžko můžeme hovořit o kvalitním životě ve stáří.

Kromě změny koncepce pohledu na stáří je ke zvýšení kvality života důležité dát všem lidem příležitost pro vzdělávání, učení, uplatnění a především jim umožnit aktivní život. Hranice v lineárním modelu, kde na vzdělání navazuje práce a na ni důchod, ztrácejí svou ostrost a získávají flexibilitu. Starší lidé se svými zkušenostmi, vědomostmi a znalostmi by se měli stát ohniskem změn realizovaných v souvislosti se stárnutím populace (MPSV, 2008).

Vláda České republiky si v Národním programu přípravy na stárnutí (na období let 2008 až 2012) stanovila za prioritu zaměření pozornosti na kvalitu života ve stáří. V různých oblastech je nezbytné provést změny, které ovlivní kvalitu života ve stáří pro budoucí

generace. Snahou je udělat maximum pro vytvoření vhodných podmínek pro zdravý, důstojný a aktivní život ve stáří a také využít potenciálu, který starší občané mohou nabídnout (MPSV, 2008).

Stárnoucí společnost potřebuje vytvářet více příležitostí pro soběstačný a aktivní život ve stáří. Aby byl život starého člověka kvalitní, je nutné mu nabídnout možnost rozličných sociálních aktivit, možnost hodnotně trávit volný čas, flexibilní služby, důstojné bydlení odpovídající jeho potřebám apod. Všichni stárneme a záleží na nás, jak v budoucnu tuto etapu života prožijeme a zda si pro prožití tohoto období vytvoříme vhodné podmínky (MPSV, 2008).

Z předchozího textu vyplývá, že nemalou roli v kontextu kvality života hraje aktivita. Důležité je tedy žít aktivní život. Význam aktivity pro kvalitu života seniorů zdůrazňuje také Müller (2006). Chápe ji jako jednu z nejpodstatnějších položek, která kvalitu života seniorů naplňuje. Toto své tvrzení vysvětluje tím, že senior získává kladný prožitek a pocit spokojenosti ze smysluplně stráveného času, s dobře provedené práce apod. Dále hovoří o přispívání aktivity k zachování duševní i tělesné výkonnosti.

4. Organizace péče o seniory

Staří lidé vždy byli součástí společnosti, která se o ně nějakým způsobem starala a prokazovala úctu jejich moudrosti a stáří. Rheinwaldová (1999) uvádí, že se změnou životního stylu se změnil i tento postoj ke starým osobám. Dříve, i v našich zemích, bylo nepsanou tradicí postarat se o starší generace. K tomuto účelu sloužil např. systém výměnků, kde staří lidé z rodiny dožívali. Dnes se mladí lidé často stěhují za prací do větších měst, bydlí v menších bytech, kde není dostatek prostoru pro soužití více generací a nemálokdy se o své stárnoucí rodiče nemohou, ani při nejlepší vůli, postarat z časových důvodů. Zvláště v případech, kdy senior potřebuje celodenní péči je prakticky nemožné skloubit zaměstnání, vlastní rodinu a domácnost s péčí o stárnoucí rodiče. I přesto, že rodina by měla být hlavním systémem, který se o seniory postará, je na místě, i z výše uvedených důvodů, že senioři, kteří se o sebe již nedovedou samostatně postarat, odcházejí do domovů pro seniory či jiných podobných zařízení.

4.1. Stručný pohled do historie péče o seniory

Přestože cílem práce není zmapovat historii péče o seniory, uvádíme zde ve stručnosti alespoň základní informace, které se tohoto tématu týkají a na nichž můžeme pozorovat jak a kam se péče o staré a nemocné spoluobčany posunula. Zájemci se mohou více dočíst např. v publikaci Fenomén stáří (Haškovcová, 2010), z níž mimo jiné také čerpáme.

Haškovcová (2010) zmiňuje v souvislosti s historií péče o staré lidi tzv. vývojovou triádu, kterou míní charitu, obec a stát. Dnes se všechny tyto složky navzájem kombinují, po dlouhou dobu byla však charitativní péče jedinou strategií, která starým a nemocným lidem poskytovala nějakou pomoc. Charita zůstala v této oblasti aktivní i v době, kdy v ní začaly hrát svoji roli i obce a poté též stát.

Péče o staré lidi byla nejprve zpravidla záležitostí rodiny, která se o své předky starala. Již jsme zmiňovaly systém výměnků, který však nebyl vždy zcela ideální, navíc pokud se rodina nemohla nebo nechtěla do péče o staré rodiče a prarodiče zapojit, ocitali se tito často na okraji společnosti, kde v nevhodných podmínkách živořili. Pomoc zde nabízela církev. Charitativní péče v období středověku, založená na lásce k bližnímu, byla charakteristická vznikem a provozem chudobinců a starobinců (Haškovcová, 2010; Novák, 2014).

Církevní řády zakládaly také špitály, předchůdce dnešních nemocnic, kde byla poskytována základní péče nemocným. Vznikaly též hospice a hospitály, které pečovaly o potřebné (chudé, zestárlé, nemocné, umírající...). Významným mezníkem v péči o chudé

a nemocné byl na našem území konec osmnáctého století, kdy byl Josefem II. vydán zákon o zřizování léčebných ústavů. Nebyly to však ústavy pouze pro zestárlé jedince, ale též pro nevléčitelně nemocné (Haškovcová, 2010; Mlýnková, 2011).

Postupně byly zakládány další léčebné ústavy. Začátkem 20. století to byla např. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze. Starší zařízení byla v tomto období modernizována. Ve válečném a poválečném období se pozornost orientovala spíše na odstranění škod způsobených válkou. Po druhé světové válce však již začaly vznikat první domovy důchodců, o nichž dnes hovoříme jako o domovech pro seniory, a též léčebny dlouhodobě nemocných. Vše již spadalo pod státní sféru (Mlýnková, 2011).

Přestože od období středověku došlo k výraznému posunu péče o staré a nemocné jedince, ještě v nedávné historii se existence osob s postižením, osob nemocných, umírajících atd. tabuizovala a tito lidé byli ne zřídka umísťováni do sociálních či zdravotnických zařízení, kde byli do značné míry izolováni od společnosti. Ačkoli ústavní péče byla založena na rutinním skupinovém přístupu bez ohledu na individuální charakteristiky, potřeby, možnosti a schopnosti každého jedince, tvářila se společnost, že je o staré a nemocné spoluobčany dobře postaráno. Neexistovala možnost volby, jak bude o nesoběstačného seniora postaráno v případě, že mu rodina nemůže zajistit adekvátní péči. Jedinou možností byla ústavní péče ve státních domovech důchodců, která byla financována státem (Malíková, 2011).

Senior byl v domově důchodců pasivním příjemcem péče. Musel se přizpůsobit zavedenému režimu, zpravidla nebyl brán ohled na jeho dosavadní návyky a jeho život se radikálně změnil. Senioři v těchto zařízeních trávili poslední roky svého života ve vícelůžkových pokojích se sociálním zařízením na patře. Značně bylo tedy zasaženo do jejich soukromí. Nekomunikujícím jedincům a jedincům s demencí nikdo nerozuměl a často netušil, že existují možnosti, jak se jim přiblížit (Malíková, 2011).

Ačkoli péče o seniory nebyla před rokem 1989 zcela ideální a lze oprávněně kritizovat postupy domovů důchodců, jež byly často nevyhovující, je třeba poznamenat, že každý člověk měl jistotu, že o něj ve stáří bude odborně postaráno. Také není vhodné péči o seniory v tomto období soustavně oceňovat. Velmi důležitý byl individuální přístup pečovatелů, z nichž mnozí se o své klienty svědomitě a lidsky starali (Haškovcová, 2010; Malíková, 2011).

Revoluční rok 1989 s sebou přinesl velké změny v mnoha oblastech a dotkl se také poskytování péče seniorům. Zvýšila se nabídka a dostupnost mnohých účinných léků, zavedly se nové léčebné i diagnostické metody, začaly vznikat standarty pro zajišťování kvalitní péče apod. V roce 1995 byl v Červeném Kostelci založen první hospic v České republice, který

poskytoval péči umírajícím lidem. K nejvýraznější proměně v systému sociálních služeb však došlo až v roce 2006, kdy vstoupil v platnost zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. Transformace se dotkla celé sociální oblasti. Důraz je kladen na deinstitucionalizaci a na integraci osob s postižením do společnosti. Stát již nemá výhradní zodpovědnost za sociální služby, ta nyní spočívá na krajích, obcích, neziskových organizacích, církvích či jiných právnických, ale i fyzických osobách. (Malíková, 2011; Mlýnková, 2011, Haškovcová, 2010).

4.2. Zákon o sociálních službách

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. upravuje podmínky, za nichž je jedincům v nepříznivé sociální situaci poskytována pomoc a podpora. Poskytované sociální služby musí na osoby v nepříznivé sociální situaci působit aktivně a rozvíjet jejich samostatnost, posilovat jejich začlenění do společnosti, zachovávat jejich lidskou důstojnost a vycházet z individuálních potřeb každého jedince. Sociální služby musí vždy dodržovat základní lidská práva a svobody a musí být poskytovány v náležité kvalitě (zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách).

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách vymezuje nepříznivou sociální situaci jako oslabení či ztrátu schopnosti vzniklou situací adekvátně řešit a to např. z důvodu nepříznivého zdravotního stavu, či z důvodu věku atd. Sociální služby jsou rozděleny do tří oblastí, jimiž jsou sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Může se jednat o služby terénní (poskytované v přirozeném prostředí), ambulantní (za kterými osoba dochází) a pobytové (spojené s ubytováním).

Sociální poradenství dělí zákon o sociálních službách (108/2006 Sb.) na základní a odborné. Účelem základního sociálního poradenství je poskytnout klientům potřebné informace k řešení situace, se kterou se na sociální službu obrátili. Základní sociální poradenství musí zajistit všichni poskytovatelé sociálních služeb. Odborné sociální poradenství je již zaměřeno na jednotlivé okruhy sociálních skupin. K tomu slouží např. poradny pro seniory, manželské a rodinné poradny atp. Mezi základní činnosti odborného poradenství patří sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu s prostředím a pomoc při uplatňování práv, zájmů a obstarávání osobních záležitostí.

Cílem služeb sociální péče je podpořit život jedince v přirozeném prostředí, zajistit jeho psychickou a fyzickou soběstačnost a zajistit jeho zapojení do života společnosti v maximální možné míře. V případě, že předešlé cíle nelze naplnit, je snahou služeb sociální

péče zajistit jedinci důstojné prostředí pro jeho život. Do těchto služeb patří např. pečovatelská služba, osobní asistence, domovy pro seniory a mnoho dalších (zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách).

Posledním druhem sociálních služeb jsou služby sociální prevence. Cílem těchto služeb je zabránit sociálnímu vyloučení jedinců ze společnosti, kteří jsou tímto ohroženi a pomoci jim při překonávání nepříznivé sociální situace, ve které se ocitli (zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách).

4.3. Formy péče o seniory

Péči o osoby seniorského věku lze rozdělit do tří stěžejních skupin. Jedná se v první řadě o péči, kterou zajišťují seniorovi rodinní příslušníci a poté o péči zdravotní a sociální (Mlýnková, 2011).

Domov je bezesporu místo, kde se člověk cítí příjemně, obklopuje ho pocit jistoty a bezpečí. Rodina je tedy ideální možností v péči o seniora. Rodina, jako známé prostředí, je jistě lepší variantou než institucionální péče. Poměrně častou situací je, že se stárnoucí rodiče přestěhují ke svým dětem. To s sebou nese výhody i nevýhody. Pozitivem rodinné péče je úspora času a možnost rozdělení péče mezi jednotlivé členy rodiny. Nespornou výhodou je, že se senior obklopen svými blízkými nemusí cítit sám. Nevýhodou tohoto řešení mohou být napjaté vztahy v rodině. Senior se nemusí v bytě svého dítěte cítit dobře. Koneckonců není doma a často si připadá pouze jako host nebo dokonce jako přítěž (Mlýnková, 2011; Novák, 2014).

Překážkou pro rodinnou péči o seniory se může stát nevyhovující bydlení (např. příliš malý byt), zaměstnanost střední generace (nemožnost zůstat celý den doma se seniorem), povinnosti při péči o vlastní rodinu či vyčerpání a únava při péči o staré rodiče (Mlýnková, 2011).

4.3.1. Zdravotní péče

Zdravotní péče je poskytována především v zařízeních nemocnic lůžkového či ambulantního typu. Síť zdravotnických zařízení zajišťuje potřebnou odbornou péči osobám různého věku s různými zdravotními problémy. Pokud se zaměříme na péči o seniory, je dobré zmínit oddělení následné péče, které zahrnuje rehabilitační a doléčovací oddělení, které je známé pod názvem léčebna dlouhodobě nemocných (Mlýnková, 2011).

Dalším druhem zdravotní péče o seniory jsou hospice. Tato zařízení se starají o nevléčitelně nemocné v terminálním stádiu jejich života. Hospicová péče poskytuje též pomoc pozůstalým. Zvláštní formou této péče je tzv. domácí hospic, který seniorům umožňuje prožít poslední etapu života v kruhu svých blízkých (Mlýnková, 2011; Tomeš, 2015).

Dále existuje ambulantní a terénní služba, která poskytuje zdravotní péči v domácím prostředí a to především těm seniorům, u nichž není nutná hospitalizace, chybí však potřebná rodinná péče. Tuto formu zdravotní péče poskytují agentury domácí péče skrze návštěvy zdravotních sester u pacientů doma (Mlýnková, 2011).

V rámci zdravotní péče můžeme zmínit též geriatrická denní centra. Zde je seniorovi poskytnuta ošetrovatelská i léčebná péče, dále ergoterapie, fyzioterapie, kognitivní trénink a psychická aktivizace. Tato centra tak zajišťují denní pobyt seniora, některá zařízení i pobyt noční (Mlýnková, 2011).

4.3.2. Sociální péče

Poskytování sociální péče zaštiťuje v České republice již zmiňovaný zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, který vymezuje různé druhy sociálních služeb, jež mohou být seniorovi či jinému člověku poskytnuty. Základní rozdělení sociálních služeb na poradenství, péči a prevenci a rozlišení forem sociálních služeb na pobytové, ambulantní a terénní jsme výše již nastínili. Některé sociální služby jsou klientům poskytovány zcela zdarma (např. sociální poradenství či sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením), jiné si klienti částečně nebo plně hradí sami (např. domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a další).

Sociální služby poskytují mnoho různých činností, kterými se snaží podpořit jedince v nepříznivé sociální situaci a pomoci mu. Prostřednictvím sociálních služeb je tak jedinci poskytována pomoc při péči o vlastní osobu, poskytnutí stravy, ubytování či přenocování, pomoc s vlastní domácností, dále vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv a další (zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách). V následujícím textu se blíže zaměříme pouze na vybrané služby, které mohou hrát významnou roli v životě seniora.

Základní sociální službou terénního či ambulantního typu, která je často využívána seniory, je pečovatelská služba. Tato služba poskytuje v domácím prostředí či v zařízeních sociálních služeb pomoc s péčí o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění

stravy (např. dovážka jídla do bytu) a pomoc s obstaráváním domácnosti. Další základní činností pečovatelské služby je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách; Matoušek, 2007).

Mezi nejznámější a nejdůležitější služby pobytového typu pro seniory řadíme zejména domovy pro seniory. Tato zařízení jsou určena pro osoby, jež mají sníženou soběstačnost především z důvodu věku, nemohou žít samostatně a potřebují pomoc a péči jiné fyzické osoby. V těchto zařízeních je klientům zajišťováno ubytování, strava, pomoc s péčí o vlastní osobu, pomoc s osobní hygienou, kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a zájmů (zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách; Mlýnková, 2011).

Dalším druhem pobytových zařízení, která mohou být užívána seniory, jsou domovy se zvláštním režimem. Zde jsou klientům poskytovány stejné základní služby jako v domovech pro seniory. Do domovů se zvláštním režimem jsou však přijímány osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu duševní poruchy či závislosti na návykových látkách. V těchto domovech je dále postaráno o osoby se stařeckou, Alzheimerovou či jinou demencí, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Tato zařízení jsou podobná domovům pro seniory, mají však více specializovaného personálu, který je zaměřen na konkrétní poruchy. Režim v těchto zařízeních vychází ze specifických potřeb těchto osob (zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách; Mlýnková, 2011).

Senior samozřejmě může využít mnoha dalších sociálních služeb, které jsou v našem státě poskytovány např. osobní asistenci, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, denní a týdenní stacionáře, sociálně aktivizační služby pro seniory atd. Komplexní výčet těchto služeb podává, několikrát již uváděný, zákon o sociálních službách číslo 108/2006 Sb.

Ač jsme si v předchozím textu rozdělili zdravotní a sociální péči o seniory do zvláštních podkapitol, neznamená to, že by měly tyto systémy fungovat odděleně. Naopak, jak zdůrazňuje Haškovcová (2010) je důležité, s ohledem na potřeby seniorské populace, zdravotní a sociální péči důmyslně provázat.

4.4. Okruh pracovníků v sociálních službách

V sociálních službách, podle zákona 108/2006 Sb., vykonávají odbornou činnost sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci,

manželští a rodinní poradci, další pracovníci přímo poskytující sociální služby a též dobrovolníci.

Do kompetencí sociálního pracovníka spadá výkon sociálního šetření, zabezpečování sociální agendy, poskytování sociálně právního poradenství. Dále analytická, metodická a koncepční činnost, odborná činnost v zařízeních sociální prevence, depistáž. Sociální pracovník poskytuje krizovou pomoc, zajišťuje sociální rehabilitaci a sociální poradenství (zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.).

Zákon 108/2006 Sb. vymezuje také pracovníka v sociálních službách. Tím je ten, který vykonává přímou obslužnou péči v rámci ambulantních či pobytových služeb (např. pomoc s oblékáním, s osobní hygienou, podpora soběstačnosti, nácvik běžných denních činností apod.), výchovnou nepedagogickou činnost (např. upevňování a prohlubování hygienických, sociálních, pracovních návyků, zajišťování volnočasových aktivit jako prostředku k rozvoji osobnosti, znalostí, zájmu atd.) a pečovatelskou činnost v domácnosti klientů. Dále je pracovníkem v sociálních službách ten, kdo vykonává pod dohledem sociálního pracovníka depistáž, poradenství, výchovnou, vzdělávací a aktivizační činnost, pomáhá při uplatňování práv a zájmů a při obstarávání osobních záležitostí klientů a zprostředkovává kontakt se společenským prostředím.

4.5. Logopedická péče o seniory

Narušená komunikační schopnost není pouze záležitostí dětí, ale jak jsme již popsali v kapitole o komunikaci, může se týkat dospělých jedinců i seniorů. V takovém případě potřebují tito jedinci, stejně jako děti, logopedickou péči. Jak uvádí Košťálová (2011) pacient s narušenou komunikační schopností patří do odborné péče klinického logopeda. Tato péče vždy směřuje k dosažení maximální možné úrovně komunikace. Pokud však klinický logoped není součástí dlouhodobé komplexní péče o pacienta, nelze tohoto cíle zpravidla dosáhnout.

V České republice logopedickou péči zajišťují tři resorty. Jedná se o resort školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), resort zdravotnictví (MZ) a resort práce a sociálních věcí (MPSV). Logoped působící v resortu MŠMT poskytuje péči žákům a studentům ve výchovně vzdělávacím procesu. Logoped pod záštitou MZ pečuje o osoby bez jakýchkoli rozdílů, tedy i bez ohledu na věk. Působí ve státních i soukromých ambulancích či na logopedických pracovištích při neurologických, psychiatrických, rehabilitačních odděleních, v léčebnách dlouhodobě nemocných, může působit na jednotkách intenzivní péče, v denních stacionářích při zdravotnických zařízeních apod. Logoped dále může být zaměstnán v resortu MPSV,

kde se uplatní např. v domovech pro seniory, léčebnách dlouhodobě nemocných aj. (Fukanová, 2003)

V případě, že dojde k narušení komunikační schopnosti u dospělého jedince, je na místě co nejdříve zajistit logopedickou intervenci (jakmile to umožní zdravotní stav pacienta). Intenzita a míra poskytování logopedické péče je vždy individuální a velmi závisí na fyzickém a psychickém stavu jedince. Intervenci klinického logopeda hradí zdravotní pojišťovna (např. v akutní fázi onemocnění se může jednat o každodenní návštěvy u lůžka pacienta, v chronické fázi onemocnění je však logopedická péče hrazena maximálně dvakrát do týdne). Čím vyšší je však intenzita logopedické péče, tím vyšší je i její účinnost, proto je často velmi důležitá každodenní práce bez přímé přítomnosti logopeda, strukturovaná pouze podle jeho pokynů (Košťálová, 2011).

Seniorům se potřebné logopedické péče může dostat v soukromé logopedické ambulanci, ve zdravotnickém zařízení např. v nemocnici, ale i v zařízení sociálních služeb např. v domově pro seniory. Aby však logopedická práce byla kvalitní je potřeba zapojit do procesu terapie i rodinu seniora. Ta by měla být seznámena se situací, ve které se její blízký nachází a měla by být mimo jiné informována i o vhodné reedukaci řeči. Důležité je rodinu informovat o tom, že lze v komunikaci se seniorem užít kompenzačních logopedických pomůcek, na které je možné získat i finanční příspěvek (Kejklíčková, 2011).

Narušení komunikační schopnosti je závažné zejména proto, že komunikace patří k nejdůležitějším potřebám člověka. Řeč a jazyk jsou prostředky lidského myšlení a projevuje se díky nim i osobnost jedince (Košťálová, 2011). Proto je logopedická péče velmi potřebnou a nemělo by se zapomínat na její kvalitní poskytování všem, kdo ji potřebují, samozřejmě tedy i osobám seniorského věku.

5. Výzkumné šetření

V teoretické části této práce jsme se snažili postihnout problematiku stáří, stárnutí, kvality života, komunikace a péče o seniory. Nyní se pokusíme teoretické základy rozšířit a obohatit o praktický výzkum, který je zaměřený na komunikační kompetence seniorů v domovech pro seniory. Bude nás zajímat, jestli se v pobytových zařízeních pro seniory vykytuje narušená komunikační schopnost, co je pravděpodobně její příčinou, jak s klienty s poruchami komunikace jednájí zaměstnanci těchto zařízení apod. Otázky budou též směřovat na logopedickou péči o seniory v domovech pro seniory či na užívání alternativní a augmentativní komunikace v kontaktu se seniory s narušenou komunikační schopností atd.

5.1. Cíle výzkumného šetření

V rámci výzkumného šetření jsme si kladli za cíl zjistit výše zmíněné informace, které se týkají komunikační kompetence seniorů v pobytových zařízeních pro tuto skupinu osob. Na základě prostudované literatury jsme shromáždili potřebná data ke zkoumané problematice a stanovili jsme si následující cíle výzkumného šetření:

1. Zjistit, zda se u seniorů v domovech pro seniory vyskytuje narušená komunikační schopnost.
2. Zjistit, na jakém podkladě nejčastěji vzniká narušená komunikační schopnost u seniorů v domovech pro seniory.
3. Zjistit, jak pracovníci ve vybraných domovech pro seniory komunikují s klienty s narušenou komunikační schopností a zda při kontaktu s těmito klienty využívají systému alternativní a augmentativní komunikace.
4. Zjistit, zda jsou klienti s narušenou komunikační schopností více izolováni než klienti bez obtíží v komunikaci.
5. Zjistit, zda vybrané domovy pro seniory navštěvuje logoped.

5.2. Stanovení výzkumných otázek

Na základě stanovených cílů jsme formulovali následující výzkumné otázky, na které jsme chtěli v rámci prováděného výzkumného šetření nalézt odpověď:

Otázka č. 1: Vyskytuje se u seniorů ve vybraných domovech pro seniory narušená komunikační schopnost?

Otázka č. 2: Na jakém podkladě, dle názorů respondentů, nejčastěji vzniká narušená komunikační schopnost u seniorů ve vybraných domovech pro seniory?

Otázka č. 3: Jakým způsobem komunikují pracovníci ve vybraných domovech pro seniory s klienty s narušenou komunikační schopností?

Otázka č. 4: Využívají pracovníci, ve vybraných domovech pro seniory, při komunikaci s klienty alternativní a augmentativní komunikaci?

Otázka č. 5: Jsou, dle názorů respondentů, klienti s narušenou komunikační schopností ve vybraných domovech pro seniory více izolovaní než klienti bez obtíží v komunikaci?

Otázka č. 6: Působí ve vybraných domovech pro seniory logoped?

5.3. Popis použité metody sběru dat

Ve výzkumném šetření jsme pro sběr dat zvolili metodu dotazníku. Gavora (2000) dotazník vymezuje jako způsob, kterým získáváme od respondentů písemné odpovědi na písemně kladené otázky. Je to velmi často užívaná výzkumná metoda, která umožňuje v relativně krátkém čase získat poměrně velké množství informací. V rámci našeho výzkumu jsme použili dotazník v písemné formě, který jsme do vybraných zařízení distribuovali osobně.

Jakýkoli výzkumný nástroj, tedy i dotazník, má, jak uvádí Gavora (2000), dvě důležité vlastnosti, kterými jsou validita a reliabilita. Chráska (2007) k nim řadí ještě praktičnost, kterou chápe jako jednoduchost, časovou nenáročnost či hospodárnost apod. Validitu můžeme také označit pojmem platnost. Znamená, že výzkumný nástroj zjišťuje opravdu to, co zjišťovat má. Reliabilitu měření lze jinými slovy označit jako spolehlivost či přesnost. Reliabilitu měření zjistíme např. tak, že opakovaný výzkum za stejných podmínek poskytne stejné výsledky.

Dotazník se skládá z jednotlivých otázek (položek). Tyto položky jsou buď otevřené (nestrukturované), uzavřené (strukturované) či polouzavřené. U položek otevřených nejsou respondentovi nabídnuty možnosti, ale respondent sám vytváří a formuluje odpověď či svůj názor na danou problematiku. U položek uzavřených respondent vybírá či jinak manipuluje s předem již navrženými odpověďmi. Polouzavřené položky jsou kombinací předešlých dvou typů položek. Obsahují v první části možnosti, s nimiž respondent pracuje a následně žádají o nějaké dovysvětlení (Chráska, 2007; Gavora, 2000). V našem dotazníku využíváme všech

tří typů položek. Respondent tedy pouze nepracuje s předformulovanými možnostmi, ale má prostor se k předkládané problematice vyjádřit, sdělit své zkušenosti či postřehy.

Dotazník, který jsme pro účely naší práce vytvořili, se skládá z jednadvaceti otázek. Pro větší přehlednost je rozdělen do tří částí. První zjišťuje osobní údaje o respondentovi, druhá je zaměřena na komunikační kompetenci seniorů a poslední část se týká logopedické péče v domovech pro seniory. Dotazník je jako příloha součástí této práce.

5.4. Popis výzkumného vzorku

Výzkumné šetření bylo prováděno v domovech pro seniory. Dotazník byl vytvořen pro pracovníky v těchto zařízeních, přičemž věk, délka praxe či pohlaví respondentů nebylo nijak specifikováno. Podmínkou byla pouze pracovní pozice respondentů v domově pro seniory, díky níž se téměř denně dostávají do kontaktu se seniory.

O spolupráci jsme požádali pět domovů pro seniory, které se nacházejí na území svitavského okresu. Oslovili jsme domovy sídlící v obcích s rozšířenou působností - Litomyšl, Moravská Třebová, Polička a Svitavy. Ve všech těchto městech se nachází minimálně jedno pobytové zařízení pro seniory. Tato zařízení nejsou příliš velká a také proto jsme se odklonili od původního plánu provádět výzkumné šetření pouze ve dvou či třech zařízeních a rozšířili jsme dotazníkové šetření na pět domovů. Pro kontaktování vybraných zařízení jsme zvolili telefonickou cestu, pomocí níž jsme oslovili ředitele těchto zařízení a požádali je o spolupráci. Po jejich souhlasu jsme dotazníky osobně předali do jejich rukou či do rukou vedoucích sociálních pracovníků, kteří následně rozšířili dotazníky mezi další pracovníky v zařízení.

Dotazníky jsme rozdali v polovině dubna 2016 a vyzvedli jsme je o měsíc později. V konkrétních zařízeních jsme vždy nechali tolik dotazníků, kolik ředitel či sociální pracovník, s nímž jsme komunikovali, uznal za reálný počet, jež mohou zaměstnanci v daném domově vyplnit. Celkem jsme tedy v domovech pro seniory zanechali 70 dotazníků. Návratnost dotazníků nebyla tak velká, jak jsme očekávali, přesto se však podařilo získat 52 dotazníků (to znamená 74% všech rozdaných dotazníků), s nimiž můžeme v rámci našeho výzkumu pracovat.

5.5. Výsledky a analýza získaných dat

Získané výsledky výzkumného šetření v následující části práce graficky zpracujeme, pro větší přehlednost a názornost, do tabulek a grafů, které doplníme krátkým komentářem.

Analýzou jednotlivých položek dotazníku se pokusíme odpovědět na stanovené výzkumné otázky a získat tak praktické informace o zkoumané problematice.

Položka č. 1

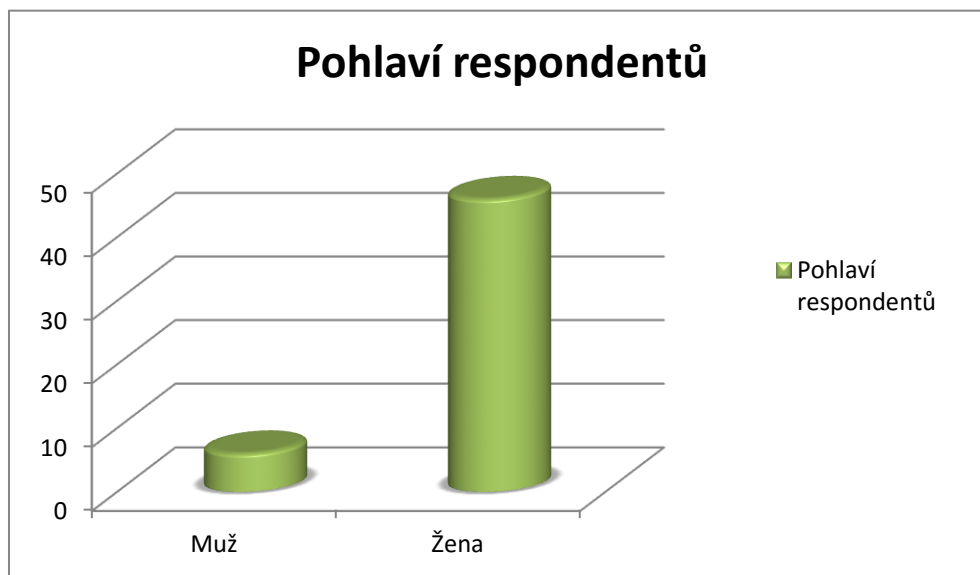
Pohlaví respondentů

Úvodní část dotazníků směřovala k zjištění osobních údajů respondentů. Tyto položky jsme zařadili proto, že nás zajímala struktura pracovníků, kteří se výzkumu účastnili. První otázka zjišťuje pohlaví respondentů. Je to otázka uzavřená, která dává na výběr ze dvou logických možností, zdali je pracovník v domově pro seniory muž nebo žena.

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muž	6	11,54
Žena	46	88,46
	52	100

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



Z tabulky a grafu jasně vyplývá poměr žen a mužů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření. Přibližně 88,5% pracovníků v domovech pro seniory, v nichž byl výzkum prováděn, jsou ženy a pouze 11,5% jsou muži. To znamená, že z celkového počtu 52 respondentů odpovídalo na dotazník 46 žen a 6 mužů.

Položka č. 2

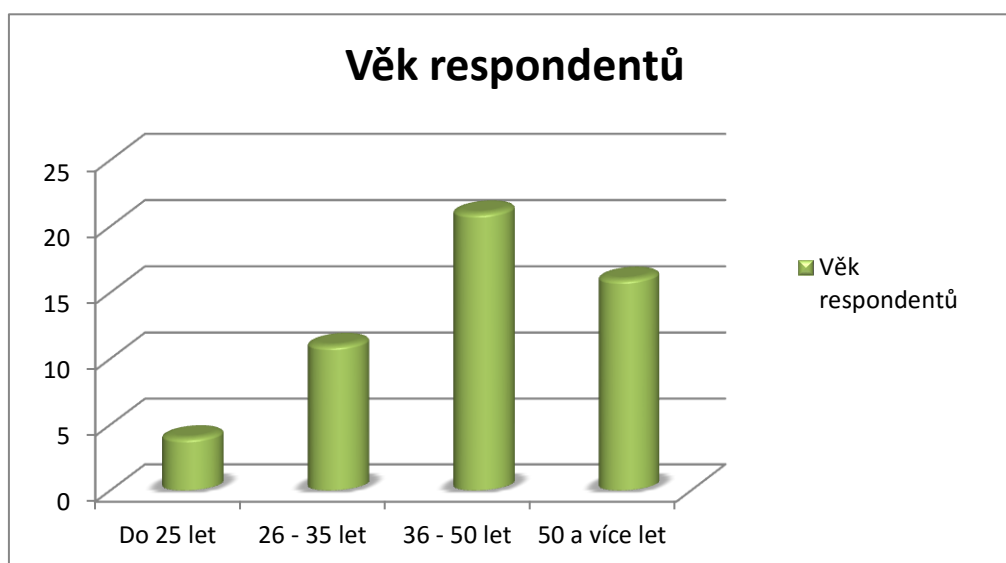
Věk respondentů

Druhá položka dotazníku směřovala k zjištění věku respondentů. Byla koncipována jako otázka uzavřená. Respondenti vybírali jedno ze čtyř předem stanovených věkových rozmezí.

Tabulka č. 2 Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 25 let	4	7,70
26 – 35 let	11	21,15
36 – 50 let	21	40,38
50 a více let	16	30,77
	52	100

Graf č. 2 Věk respondentů



Z celkového počtu 52 respondentů se největší část, přibližně 40% (tedy 21 pracovníků), nachází ve věkovém rozmezí 36 – 50 let. Necelých 31% respondentů (16 pracovníků) je starší 50 let. 21 % respondentů (to znamená 11 odpovídajících) je ve věku 26 – 35 let a nejmenší počet, pouze 8% (4 pracovníci), je mladších 25 let. Vidíme tedy, že ve vybraných domovech pro seniory, v nichž výzkum probíhal, pracují zejména lidé ve věku střední a starší dospělosti.

Položka č. 3

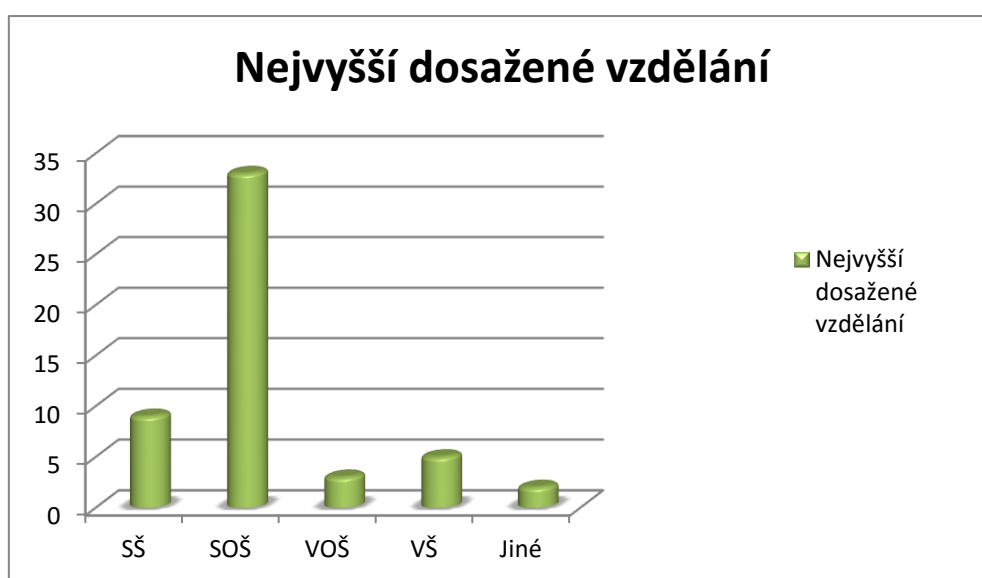
Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v oboru

Třetí položkou jsme zjišťovali nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v oboru. Položku jsme sestavili jako polouzavřenou. Respondenti mohli vybírat ze čtyř předdefinovaných odpovědí (střední škola, střední odborná škola, vyšší odborná škola, vysoká škola) a v případě, že jim žádná možnost nevyhovovala vypsali, jakého jiného vzdělání dosáhli, jaký kurz absolvovali apod.

Tabulka č. 3 Nejvyšší dosažení vzdělání respondentů v oboru

Nejvyšší vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Střední škola (SŠ)	9	17,31
Střední odborná škola (SOŠ)	33	63,46
Vyšší odborná škola (VOŠ)	3	5,77
Vysoká škola (VŠ)	5	9,61
Jiné	2	3,85
	52	100

Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v oboru



Tabulka a graf názorně ukazují, že respondenti mají ve více než 60% (33 pracovníků) střední odborné vzdělání. Přibližně v 17% (9 pracovníků) absolvovali respondenti střední

školu. Necelých 6% respondentů (3 pracovníci) má vyšší odborné vzdělání a necelých 10% (5 pracovníků) vzdělání vysokoškolské. 1 respondent uvedl v kolonce jiné vzdělání akreditovaný kurz, druhý vybral možnost jiné bez další specifikace. Někteří respondenti k absolvovanému vzdělání doplnili ještě kurzy, kterých se zúčastnili. Jednalo se nejčastěji o kurz pracovníka přímé péče, ale vyskytly se i kurzy bazální stimulace či specializace domácí péče a další.

Položka č. 4

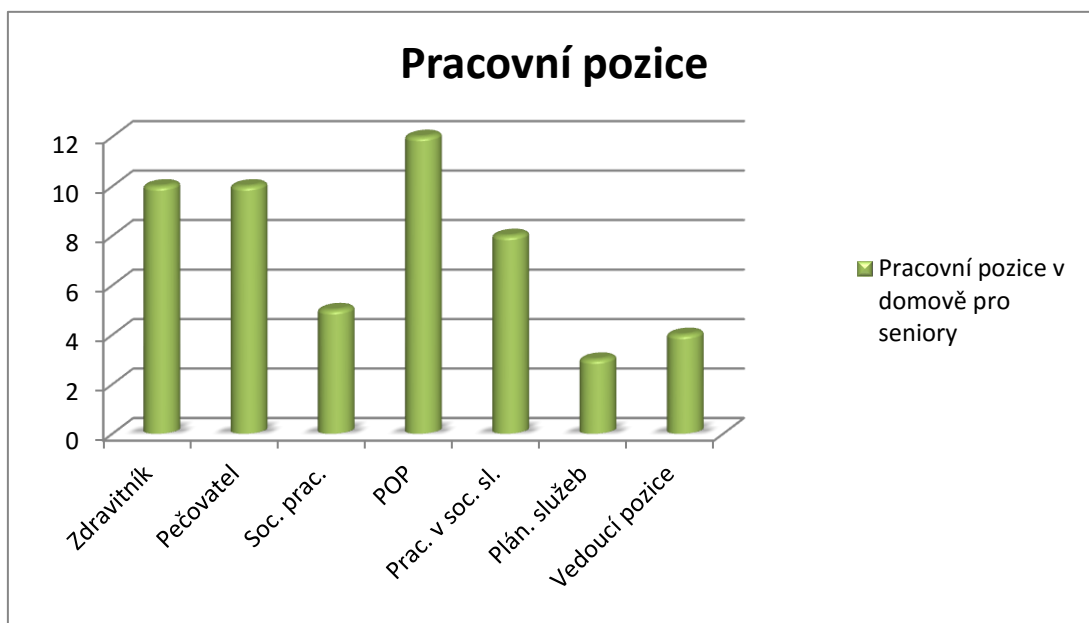
Pracovní pozice respondentů v domově pro seniory

V této položce nás zajímalo, jakou pracovní pozici mají respondenti v domově pro seniory. Otázku jsme zařadili, abychom získali přehled o tom, kdo se našeho dotazníkového šetření účastnil. Položka je kladená formou otevřené otázky, kdy respondenti vypisují své pracovní zařazení. Z důvodu velkého množství rozličných odpovědí jsme, pro lepší orientaci v získaných informacích, rozdělili uváděné pracovní pozice pouze do několika obecnějších kategorií.

Tabulka č. 4 Pracovní pozice respondentů v domově pro seniory

Pracovní pozice	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Zdravotník	10	19,23
Pečovatel	10	19,23
Sociální pracovník	5	9,61
Přímá obslužná péče (POP)	12	23,08
Pracovník v sociálních službách (blíže nespecifikováno)	8	15,39
Plánování služeb a volnočasových aktivit	3	5,77
Vedoucí pozice	4	7,69
	52	100

Graf č. 4 Pracovní pozice respondentů v domově pro seniory



Pracovní zařazení respondentů v rámci dotazníkového šetření je poměrně rozmanité. Všichni se však setkávají při své práci denně se seniory. Z 52 respondentů vykonává přibližně 23 % (12 pracovníků) přímou obslužnou péči. Cca 19% respondentů (10 pracovníků) jsou zdravotničtí pracovníci a stejné procento jsou pečovatelé. Menší zastoupení měli ve výzkumném šetření sociální pracovníci (cca 9,5 %, tzn. 5 respondentů), pracovníci pro plánování služeb a volnočasových aktivit (cca 6%, tj. 3 respondenti) a pracovníci ve vedoucích pozicích (cca 7,5%, tedy 4 respondenti). Poslední skupinou respondentů byli pracovníci v sociálních službách bez bližší specifikace (cca 15%, tzn. 8 respondentů).

V předchozí otázce jsme se ptali na nejvyšší dosažené vzdělání. Pokud získané odpovědi porovnáme s touto otázkou, zjistíme, že absolventi vysokých škol vykonávají v domově pro seniory většinou vedoucí funkce či povolání sociálního pracovníka.

Položka č. 5

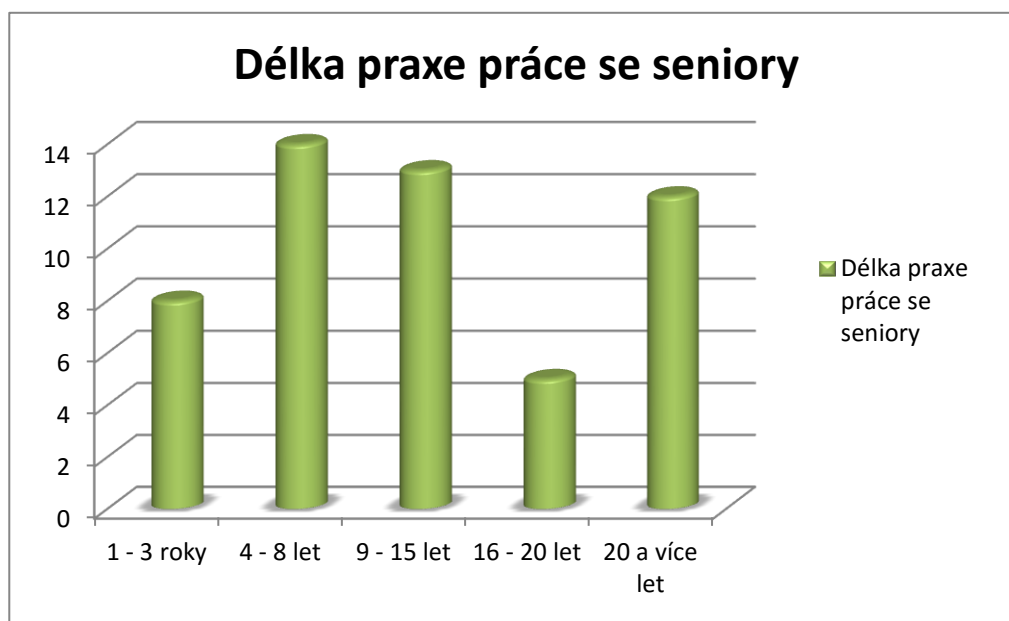
Délka praxe práce se seniory

V rámci páté otázky nás zajímala délka praxe práce se seniory. Chtěli jsme zjistit, kolik zkušeností mají dotazovaní pracovníci při práci se seniory. Respondenti měli na výběr z pěti možností, které udávaly časové rozmezí v letech praxe.

Tabulka č. 5 Délka praxe práce se seniory

Počet let praxe	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1 – 3 roky	8	15,39
4 – 8 let	14	26,92
9 – 15 let	13	25,00
16 – 20 let	5	9,61
20 a více let	12	23,08
	52	100

Graf č. 5 Délka praxe práce se seniory



Délka praxe respondentů při práci se seniory je ve většině případů poměrně vysoká. Z 52 respondentů pouze cca 15% (8 odpovídajících) pracuje se seniory méně než čtyři roky. Přibližně 27% respondentů (tzn. 14 pracovníků) má praxi v rozmezí čtyř až osmi let. Téměř 34,5% respondentů (tj. 18 pracovníků) uvedlo délku své praxe se seniory vyšší než devět let (ale nižší než dvacet let) a cca 23% respondentů (tedy 12 pracovníků) se věnuje práci se seniory již více než dvacet let života.

Položka č. 6

Jsou ve vašem zařízení osoby s obtížemi v komunikaci?

Šestá položka již byla směřována ke komunikační kompetenci seniorů ve vybraných pobytových zařízeních. Jednalo se o otázku uzavřenou, která nabízela respondentům výběr ze tří možností (ano, ne, nevím). Tato položka byla pro náš výzkum důležitá. Ač jsme předpokládali, alespoň minimální, výskyt narušené komunikační schopnosti v domovech pro seniory, přesto nás zajímalo, zda všichni respondenti vnímají přítomnost komunikačních obtíží u některých klientů.

Tabulka č. 6 Výskyt obtíží v komunikaci ve vybraných domovech pro seniory

Obtíže v komunikaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Vyskytují se	49	94,23
Nevyskytují se	0	0,00
Nevím	3	5,77
	52	100

Graf č. 6 Výskyt obtíží v komunikaci ve vybraných domovech pro seniory



Téměř 95% zaměstnanců (49 respondentů) z výzkumného vzorku uvádí, že jsou v jejich zařízení osoby, které mají obtíže v komunikaci. Pouze necelých 6% respondentů (3 pracovníci) označilo možnost nevím. Nikdo z dotazovaných není toho názoru, že v domově

pro seniory, kde pracuje, nejsou žádné osoby, které by měly obtíže v komunikaci. Na první výzkumnou otázku (Vyskytuje se u seniorů ve vybraných domovech pro seniory narušená komunikační schopnost?) tedy můžeme již nyní kladně odpovědět, že ve vybraných domovech pro seniory se u klientů narušená komunikační schopnost vyskytuje.

Položka č. 7

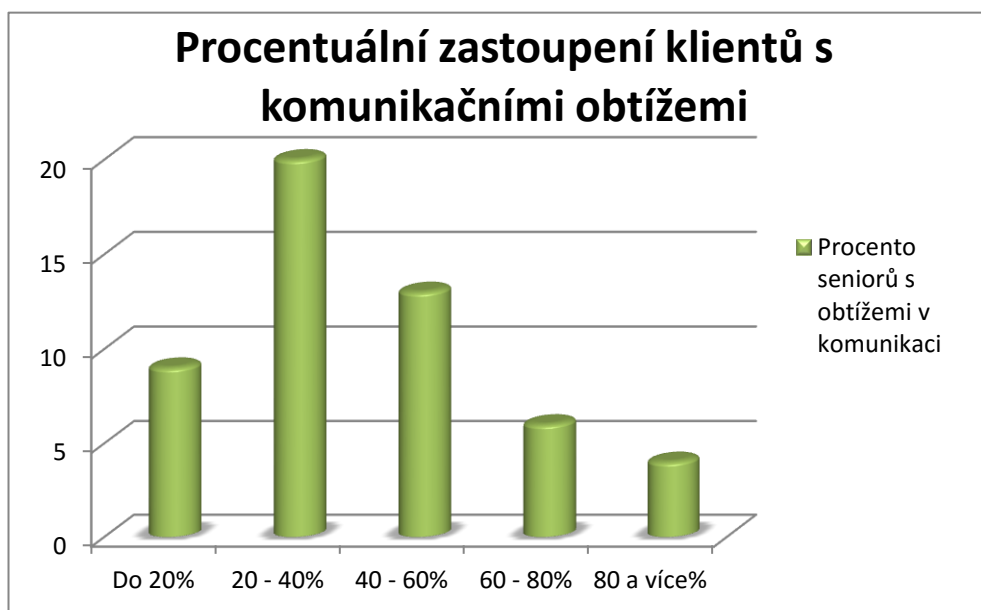
Kolik procent klientů má ve Vašem zařízení (dle Vašeho odhadu) komunikační obtíže?

V této položce nás zajímal odhad respondentů týkající se procentuálního zastoupení klientů s komunikačními obtížemi v daném zařízení. Otázka byla opět koncipována jako uzavřená a respondenti vybírali z předdefinovaných možností. Přesto, že někteří respondenti v předchozí otázce označili odpověď „nevím“, všichni v této položce odhadli nějaké procento seniorů s komunikačními obtížemi. Jsme si vědomi, že získané výsledky jsou pouze informační a nelze je považovat za směrodatný statistický údaj, jelikož vyjadřují pouze individuální odhad (jistě ovlivněný mnoha proměnnými) každého respondenta. Přesto nám však přišlo zajímavé zařadit tuto otázku a zjistit jak každý jednotlivě vnímá tuto situaci.

Tabulka č. 7 Procentuální zastoupení klientů s komunikačními obtížemi ve vybraných domovech pro seniory

Procento klientů s obtížemi v komunikaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 20%	9	17,31
20 – 40%	20	38,46
40 – 60%	13	25,00
60 – 80%	6	11,54
80 a více %	4	7,69
	52	100

Graf č. 7 Procentuální zastoupení klientů s komunikačními obtížemi ve vybraných domovech pro seniory



Tabulka a graf nám ukazují, jak respondenti odhadují procentuální zastoupení seniorů, kteří mají obtíže v komunikaci. Největší část respondentů (cca 38,5%, tzn. 20 pracovníků z celkových 52) se domnívá, že komunikační obtíže jsou v jejich zařízení přítomny u 20 – 40% klientů. 25% respondentů (13 pracovníků) odhadlo, že těžkosti v komunikaci jsou přítomny u 40 – 60% seniorů v zařízení. Přibližně 19% pracovníků (tj. 10 respondentů) pozoruje komunikační obtíže u více než 60% klientů. A nakonec cca 17% respondentů toto číslo odhaduje na méně než 20%. Vidíme tedy, že ve výsledcích nepanuje shoda. Výzkum byl prováděn v pěti domovech pro seniory a ani v rámci každého jednoho zařízení jsme v odpovědích respondentů nenašli shodu, ale poměrně odlišné odpovědi. To může být zapříčiněno nejenom různou schopností relevantního odhadu, ale také pohledem každého respondenta na to, co znamenají obtíže v komunikaci. Každý má jistě jiná vnitřní měřítko, podle kterých usuzuje, zda je komunikace daného klienta bezproblémová či nikoli.

Položka č. 8

Na jakém podkladě jsou nejčastěji vzniklé poruchy komunikace klientů?

Ač nebylo naším cílem zjišťovat přesné příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti u klientů, přesto jsme tuto položku do dotazníkového šetření vložili. Snažili jsme se tak alespoň okrajově zmapovat, co u seniorů nejčastěji vedlo k poruchám v komunikaci. Vytvořili jsme čtyři skupiny příčin, kterým respondenti přiřazovali čísla podle významu jejich zastoupení. 1 značila nejčastější příčinu a 4 nejméně častou příčinu. Tuto položku bohužel

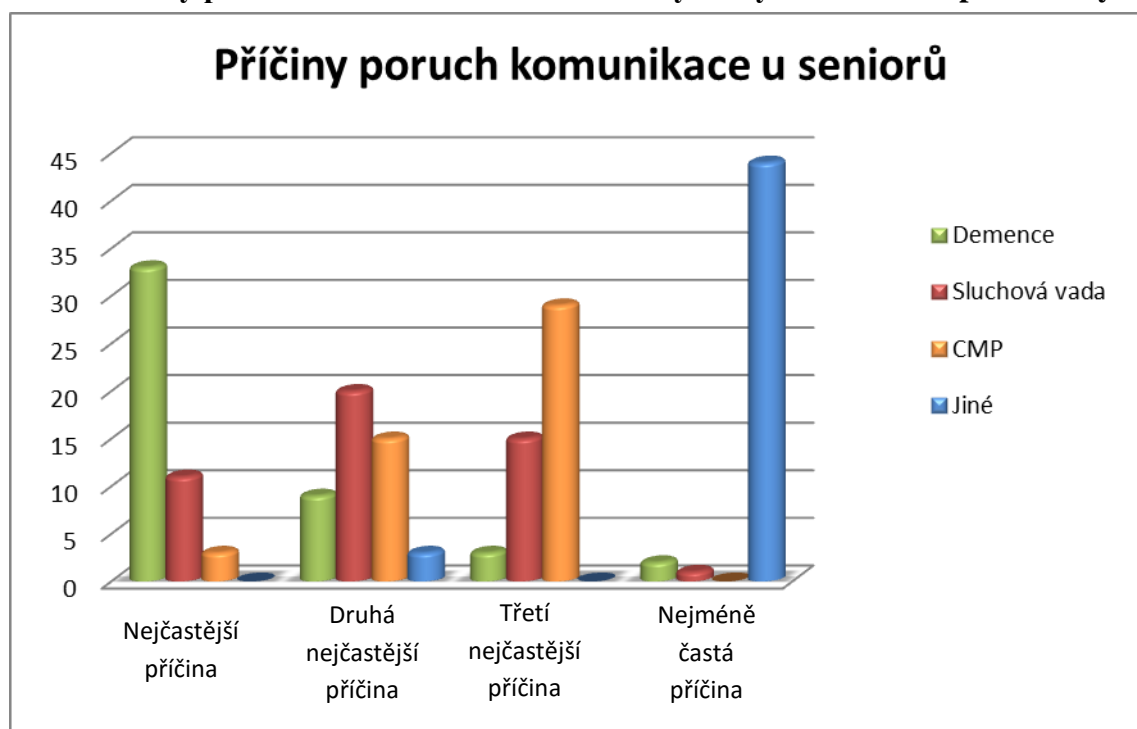
nevyplnili správně všichni respondenti, požadovaným způsobem položku vyplnilo 47 respondentů (pro tuto položku tedy 47 dotazníků považujeme za 100%).

Tabulka č. 8 Příčiny poruch komunikace u seniorů ve vybraných domovech pro seniory

Příčiny poruch komunikace	Abs. četnost (n)	Rel. četnost (%)	Abs. četnost (n)	Rel. četnost (%)	Abs. četnost (n)	Rel. četnost (%)	Abs. četnost (n)	Rel. četnost (%)
	1	1	2	2	3	3	4	4
Demence	33	70,22	9	19,15	3	6,38	2	4,25
Sluchová vada	11	23,40	20	42,55	15	31,92	1	2,13
CMP	3	6,38	15	31,92	29	61,70	0	0,00
Jiné	0	0,00	3	6,38	0	0,00	44	93,62
	47	100	47	100	47	100	47	100

Seřazeno od nejčastější příčiny (1) po nejméně častou příčinu (4)

Graf č. 8 Příčiny poruch komunikace u seniorů ve vybraných domovech pro seniory



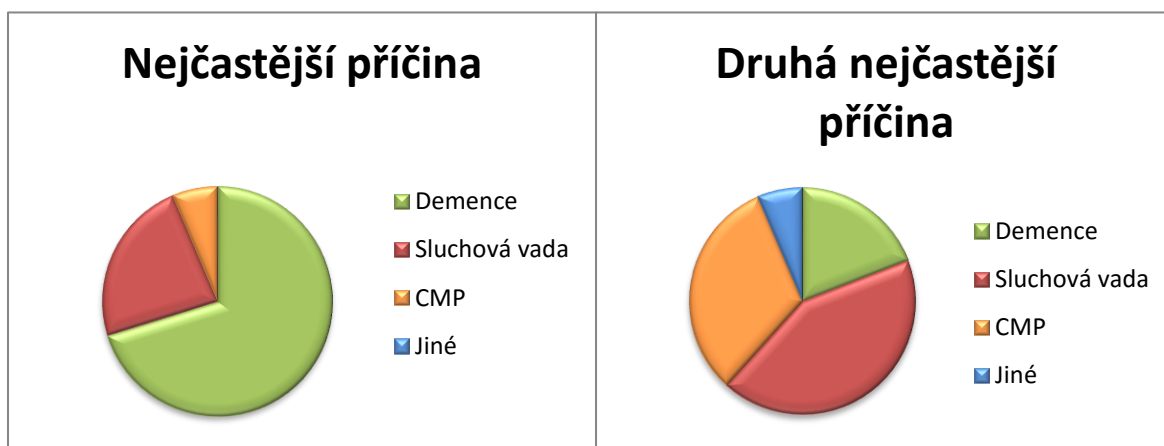
Výsledky dotazníkového šetření ukazují, jak je patrné z grafu a tabulky, že za nejčastější příčinu vzniku poruch komunikace u seniorů považují respondenti degenerativní kognitivní poruchu (demenci). Jako nejčastější příčinu ji označilo cca 70% respondentů (tj. 33 odpovídajících). Přibližně 42% respondentů (20 pracovníků)

se shodlo na tom, že druhou nejčastější příčinou je sluchová vada a 32% respondentů (15 pracovníků) na toto místo zařadilo cévní mozkovou příhodu. Téměř 94% (tedy 44 ze 47 odpovídajících respondentů) respondentů označilo za nejméně častou příčinu vzniku komunikačních poruch klientů možnost jiné (např. úraz, tracheostomie, nádorové onemocnění atd.). Jsme si vědomi toho, že se jedná pouze o vzorek, který nemůže reprezentovat situaci v domovech pro seniory v celé České republice či dokonce ve světě. Ovšem ve vybraných pobytových zařízeních pro seniory ve svitavském okrese, v nichž výzkum probíhal, lze za nejčastější příčinu poruch komunikace u seniorů označit demenci, následně sluchovou vadu a cévní mozkovou příhodu. Tímto jsme také odpověděli na druhou výzkumnou otázku (Na jakém podkladě, dle názorů respondentů, nejčastěji vzniká narušená komunikační schopnost u seniorů ve vybraných domovech pro seniory?).

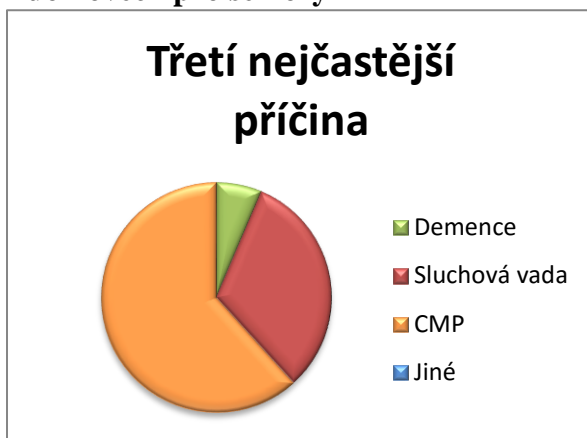
Tato položka je v dotazníkovém šetření velmi důležitá a proto, pro větší názornost uvádíme ještě grafické znázornění příčin, kde ve čtyřech samostatných grafech vidíme, kolikrát byla která příčina označena za nejčastější, druhou nejčastější, třetí nejčastější a nejméně častou. Opět jasně vidíme, že za nejčastější příčinu je považována demence a za nejméně častou kategorie jiných příčin (úraz, nádorové onemocnění a další).

Graf č. 9 Nejčastější příčina poruch komunikace ve vybraných domovech pro seniory

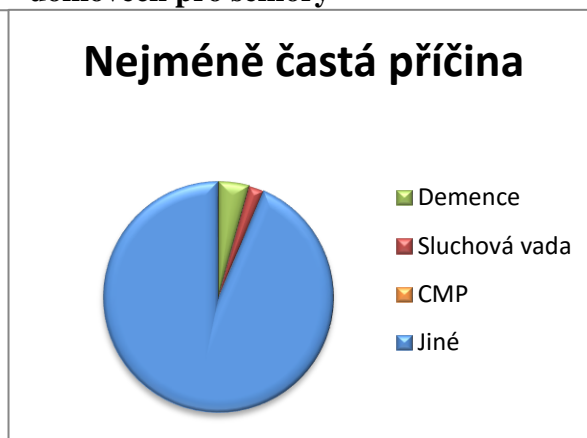
Graf č. 10 Druhá nejčastější příčina poruch komunikace ve vybraných domovech pro seniory



Graf č. 11 Třetí nejčastější příčina poruch komunikace ve vybraných domovech pro seniory



Graf č. 12 Nejméně častá příčina poruch komunikace ve vybraných domovech pro seniory



Položka č. 9

S kterými klienty je dle vaší zkušenosti nejobtížnější komunikace?

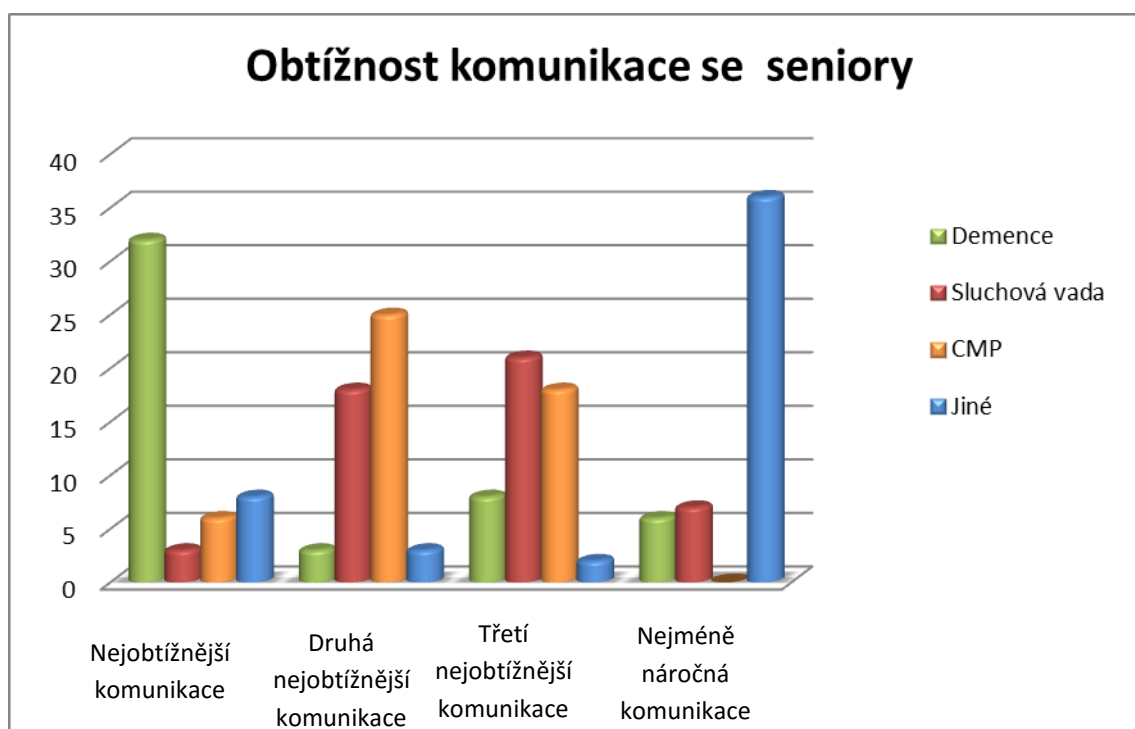
V deváté položce nás zajímalo, s kterými klienty je ve vybraných domovech pro seniory nejobtížnější komunikace. Položka byla, stejně jako předchozí otázka koncipována jako uzavřená a respondenti přiřazovali ke čtyřem předdefinovaným kategoriím čísla od 1 do 4, kdy 1 znamenala nejobtížnější komunikaci a 4 nejméně náročnou komunikaci. Kategorie klientů byly rozděleny podobně jako v předchozí položce na klienty s demencí, klienty se sluchovou vadou, klienty po cévní mozkové příhodě a klienty s jinou diagnózou. Tuto položku správně vyplnilo 49 respondentů (pro tuto položku tedy 49 dotazníků považujeme za 100%).

Tabulka č. 9 Obtížnost komunikace se seniory ve vybraných domovech pro seniory

Diagnóza klientů	Abs. četnost (n)	Rel. četnost (%)	Abs. četnost (n)	Rel. četnost (%)	Abs. četnost (n)	Rel. četnost (%)	Abs. četnost (n)	Rel. četnost (%)
	1	1	2	2	3	3	4	4
Demence	32	65,31	3	6,12	8	16,33	6	12,24
Sluchová vada	3	6,12	18	36,73	21	42,86	7	14,29
CMP	6	12,24	25	51,03	18	36,73	0	0,00
Jiné	8	16,33	3	6,12	2	4,08	36	73,47
	49	100	49	100	49	100	49	100

Seřazeno od nejobtížnější komunikace (1) po nejméně náročnou komunikaci (4)

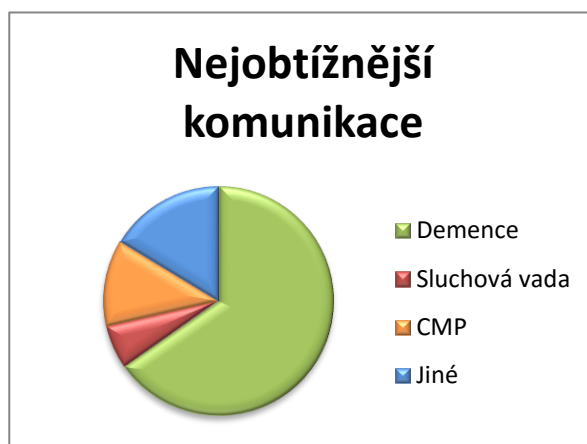
Graf č. 13 Obtížnost komunikace se seniory ve vybraných domovech pro seniory



Z tabulky i grafu vyplývá, že nejobtížnější komunikace je, dle cca 65% respondentů (tj. 32 ze 49 odpovídajících), s klienty trpícími demencí. Jako druhou nejnáročnější komunikaci vidí více než polovina respondentů (25 pracovníků) v kontaktu s klienty po cévní mozkové příhodě. Na třetí místo respondenti nejčastěji (přibližně v 43%, tzn. 21 pracovníků) zařadili komunikaci se seniory se sluchovou vadou. Za nejméně náročnou považuje téměř 74% respondentů (36 pracovníků) komunikaci s klienty s jinou diagnózou. Domníváme se, že je tomu tak proto, že tato skupina je velmi široká a nemusí vždy nutně znamenat narušení komunikační schopnosti. Z předchozí položky také vyplývá, že tato skupina klientů není ve vybraných zařízeních příliš početná.

Jelikož je předchozí graf poměrně složitý, vytvořili jsme ještě čtyři grafy, které ukazují samostatně obtížnost komunikace od nejnáročnější po nejméně náročnou. Předkládají stejné výsledky jako graf č. 12, přesto jsme je zařadili, jako v předchozí položce pro větší názornost a snazší orientaci v získaných odpovědích.

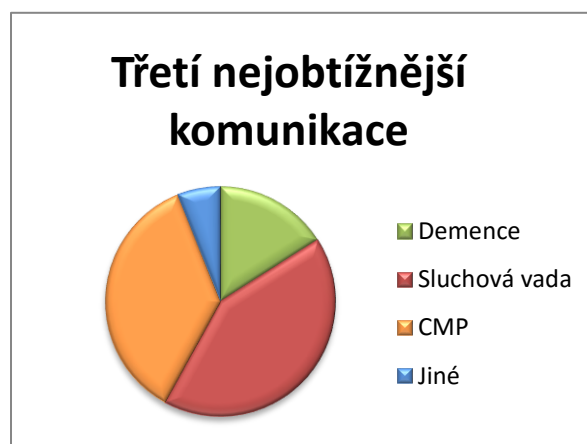
Graf č. 14 Nejobtížnější komunikace se seniory ve vybraných domovech pro seniory



Graf č. 15 Druhá nejobtížnější komunikace se seniory ve vybraných domovech pro seniory



Graf č. 16 Třetí nejobtížnější komunikace se seniory ve vybraných domovech pro seniory



Graf č. 17 Nejméně náročná komunikace se seniory ve vybraných domovech pro seniory



Položka č. 10

Jsou dle Vašeho názoru klienti s narušenou komunikační schopností více izolovaní než klienti bez problémů v komunikaci?

Položka č. 10 A

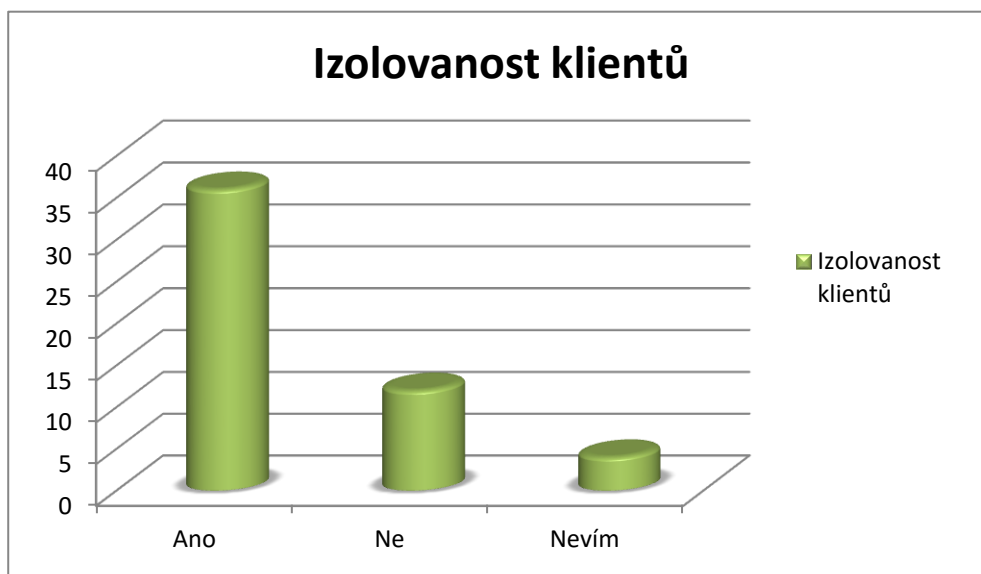
Pokud ano, jsou to nejčastěji klienti s demencí, klienti se sluchovou vadou, klienti po cévní mozkové příhodě či klienti s jinou diagnózou?

Tato položka se skládala ze dvou částí. V první části respondenti vyjadřovali svůj názor na to, zda narušená komunikační schopnost seniory izoluje. Zde vybírali z možností ano, ne či nevím. V případě, že na otázku odpověděli kladně, pokračovali v druhé části položky, kde dle svého názoru řadili klienty se zmíněnými diagnózami podle míry izolovanosti. 1 představovala nejvíce izolované seniory a 4 nejméně izolované klienty.

Tabulka č. 10 Izolovanost klientů s narušenou komunikační schopností ve vybraných domovech pro seniory

Izolovanost klientů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	36	69,23
Ne	12	23,08
Nevím	4	7,69
	52	100

Graf č. 18 Izolovanost klientů s narušenou komunikační schopností ve vybraných domovech pro seniory



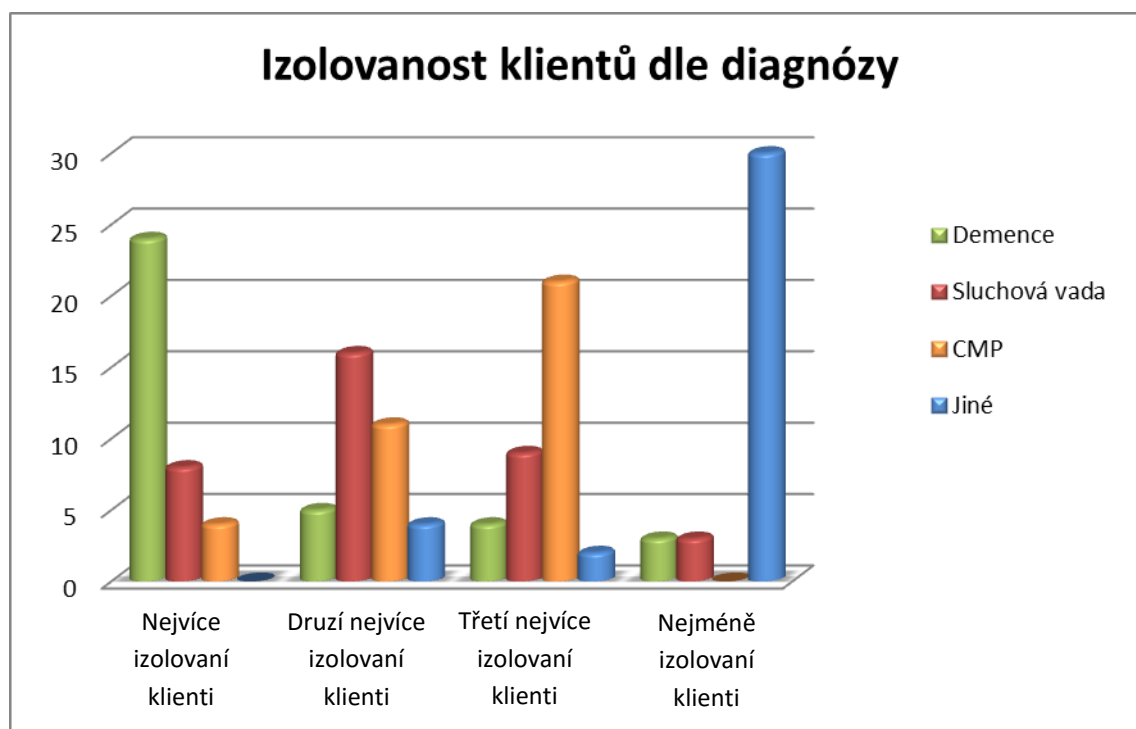
Z 52 odpovídajících respondentů se téměř 70% (36 pracovníků) domnívá, že klienti s narušenou komunikační schopností jsou více izolovaní než klienti bez obtíží v komunikaci. Nezanedbatelné procento respondentů (cca 23%, tzn. 12 pracovníků) je však toho názoru, že tito klienti nejsou izolovanější. Přibližně 7% respondentů (4 pracovníci) označilo možnost nevím. Šestatřicet respondentů, kteří zde vybrali možnost ano, v následující podotázce uváděli, kteří klienti jsou to nejčastěji.

Tabulka č. 11 Izolovanost klientů s narušenou komunikační schopností dle diagnózy ve vybraných domovech pro seniory

Diagnóza klientů	Abs. četnost (n)	Rel. četnost (%)	Abs. četnost (n)	Rel. četnost (%)	Abs. četnost (n)	Rel. četnost (%)	Abs. četnost (n)	Rel. četnost (%)
	1	1	2	2	3	3	4	4
Demence	24	66,67	5	13,89	4	11,11	3	8,33
Sluchová vada	8	22,22	16	44,44	9	25,00	3	8,33
CMP	4	11,11	11	30,56	21	58,33	0	0,00
Jiné	0	0,00	4	11,11	2	5,56	30	83,34
	36	100	36	100	36	100	36	100

Seřazeno od nejvíce izolovaných klientů (1) po nejméně izolované klienty (4)

Graf č. 19 Izolovanost klientů s narušenou komunikační schopností dle diagnózy ve vybraných domovech pro seniory



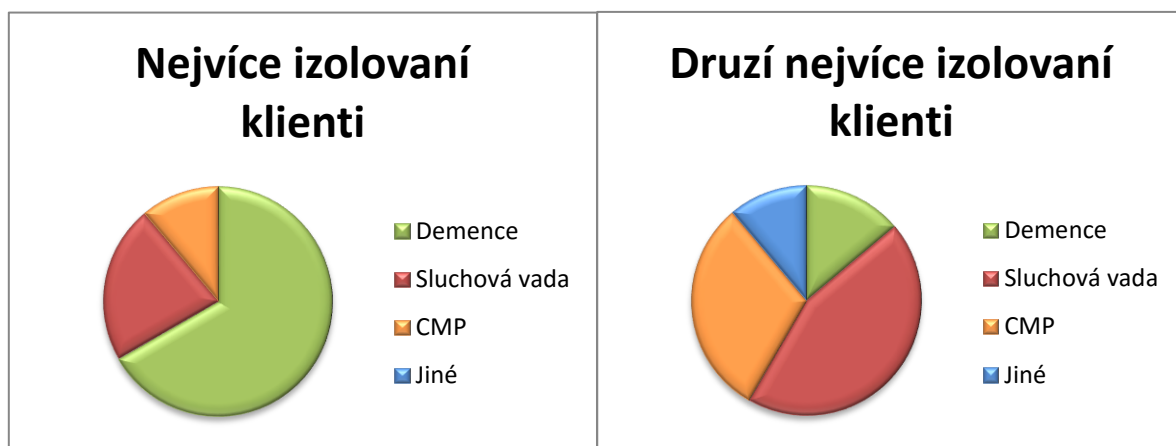
Přibližně 67% respondentů (tj. 24 z 36 odpovídajících) považuje za nejvíce izolované klienty seniory trpící syndromem demence. 44,5% respondentů (16 pracovníků) vidí jako druhou nejvíce izolovanou skupinu seniory se sluchovou vadou a 30,5% respondentů (11 pracovníků) seniory s cévní mozkovou příhodou. Nejméně izolovaní jsou podle většiny

odpovídajících respondentů (cca 83%, tedy 30 respondentů) klienti s jinou diagnózou. To znamená, že ve vybraných domovech pro seniory jsou nejčastěji izolováni senioři s demencí, proto by se jim měla věnovat zvýšená péče i v oblasti komunikace.

Názorněji ukazují získané výsledky následující čtyři grafy. Opět vidíme, že nejvíce izolovaní jsou dle názoru respondentů klienti s demencí, poté jsou to senioři se sluchovou vadou a cévní mozkovou příhodou a nakonec klienti s jinou diagnózou.

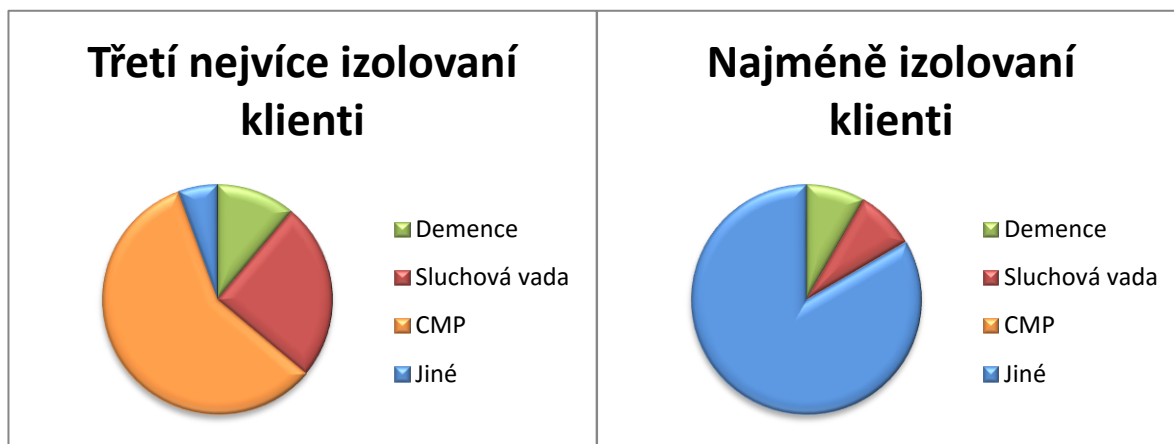
Graf č. 20 Nejvíce izolovaní klienti s narušenou komunikační schopností ve vybraných domovech pro seniory

Graf č. 21 Druzí nejvíce izolovaní klienti s narušenou komunikační schopností ve vybraných domovech pro seniory



Graf č. 22 Třetí nejvíce izolovaní klienti s narušenou komunikační schopností ve vybraných domovech pro seniory

Graf č. 23 Nejméně izolovaní klienti s narušenou komunikační schopností ve vybraných domovech pro seniory



V rámci vyhodnocení této položky můžeme odpovědět na pátou výzkumnou otázku (Jsou klienti s narušenou komunikační schopností ve vybraných domovech pro seniory více izolovaní než klienti bez obtíží v komunikaci?), že většina respondentů se domnívá, že senioři

s narušenou komunikační schopností jsou více izolovaní než ostatní klienti. Přičemž nejvíce izolovaní jsou, jak jsme již výše prezentovali, senioři s demencí, poté senioři se sluchovou vadou a dále senioři po cévní mozkové příhodě.

Položka č. 11

Domníváte se, že přítomnost komunikační poruchy u klientů snižuje kvalitu jejich života?

Ve třetí kapitole jsme se zabývali kvalitou života a tím co ji ovlivňuje. Zmínili jsme také, jako jeden z faktorů, narušenou komunikační schopnost. V rámci dotazníkového šetření nás tedy také zajímalo, zda se respondenti domnívají, že přítomnost komunikační poruchy u klientů snižuje kvalitu jejich života. Položku jsme vytvořili jako uzavřenou a respondenti vybírali ze čtyř možností (ano, velmi; ano, mírně; ne, nesnižuje; nevím).

Tabulka č. 12 Kvalita života seniora s narušenou komunikační schopností ve vybraných domovech pro seniory

Snížená kvalita života	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, velmi	24	46,16
Ano, mírně	21	40,38
Ne	1	1,92
Nevím	6	11,54
	52	100

Graf č. 24 Kvalita života seniora s narušenou komunikační schopností ve vybraných domovech pro seniory



Přibližně 86% respondentů (tzn. 45 z 52 odpovídajících pracovníků) se domnívá, že přítomnost narušené komunikační schopnosti u klientů narušuje kvalitu jejich života. Z toho 46% (24 respondentů) si myslí, že kvalita života u těchto klientů je snížena velmi a 40% (21 respondentů), že je snížena mírně. Cca 12% respondentů (6 pracovníků) neví, zda je kvalita života seniorů ovlivněna přítomností komunikační poruchy a pouze jeden respondent je toho názoru, že není.

Položka č. 12

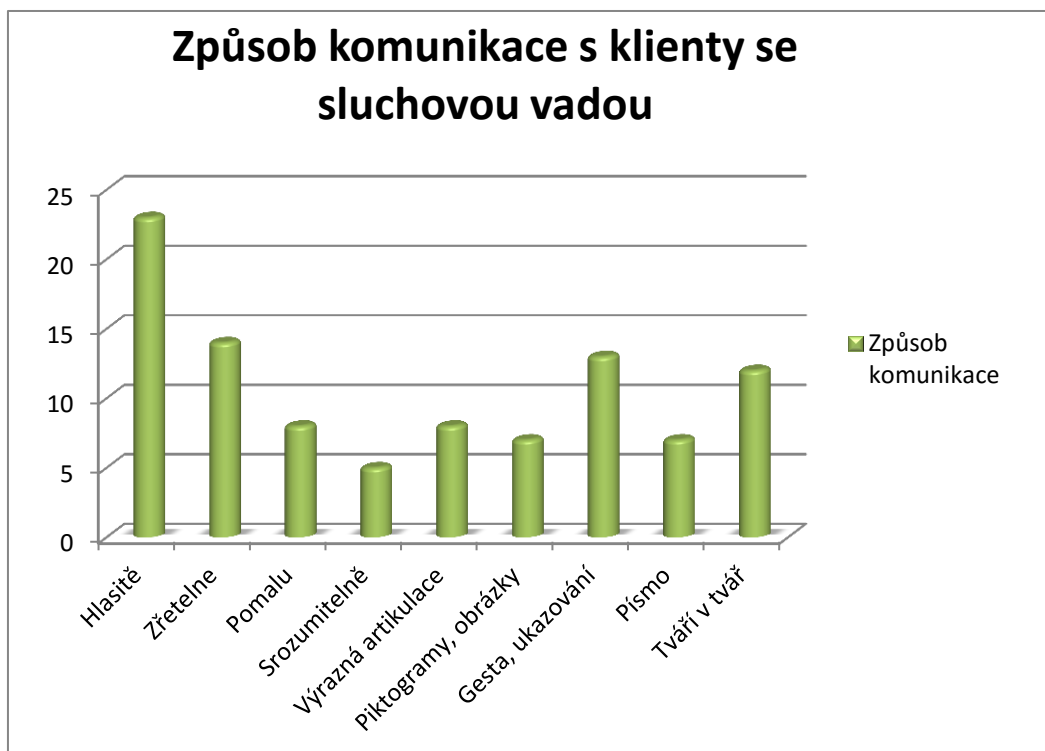
Jakým způsobem komunikujete s klienty se sluchovou vadou?

V rámci této otázky jsme chtěli zjistit, jak komunikují respondenti s klienty se sluchovou vadou. Nenabízeli jsme zde žádné předdefinované možnosti, ale nechali jsme respondentům volný prostor pro vyjádření jejich vlastní „strategie“ a zkušenosti. Otázka tedy byla koncipována jako otevřená a díky tomu jsme získali velké množství rozmanitých odpovědí. Proto budou získané informace zpracovány trochu odlišně od předchozích položek. Vzhledem k tomu, že každý respondent mohl uvést více způsobů komunikace s klienty, celkový počet odpovědí byl tedy výrazně vyšší než počet respondentů. Následující tabulka a graf zachycují pouze nejčastěji se opakující odpovědi. První sloupec tabulky vyjadřuje způsob komunikace, druhý sloupec kolik respondentů (z 52 dotazovaných) tuto odpověď uvedlo a třetí sloupec ukazuje stejný údaj ovšem v procentech (kdy 100% je tedy 52). Ostatní odpovědi respondentů uvedeme v komentáři níže.

Tabulka č. 13 Nejčastější způsoby komunikace s klienty se sluchovou vadou ve vybraných domovech pro seniory

Způsob komunikace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Hlasitě	23	44,23
Zřetelně	14	26,92
Pomalů	8	15,38
Srozumitelně	5	9,62
Výrazná artikulace	8	15,38
Piktogramy, obrázky	7	13,46
Gesta, ukazování	13	25,00
Písmo	7	13,46
Tváří v tvář	12	23,08

Graf č. 25 Nejčastější způsoby komunikace s klienty se sluchovou vadou ve vybraných domovech pro seniory



Z odpovědí, které jsme získali, vyplývá, jak ukazuje také tabulka a graf, že respondenti při komunikaci s klienty se sluchovou vadou velmi často používají hlasitou řeč (uvedeno téměř v 45%, tzn., že takto odpovědělo 23 z 52 respondentů), dále zřetelnou a pomalou mluvu. Nejčastěji byla uváděna kombinace těchto tří komunikačních strategií. Čtvrtina respondentů (13 pracovníků) uvedla, že používá při kontaktu se sluchově postiženými neverbální komunikaci (gesta, náznaky, ukazování apod.). Necelých 14% respondentů (7 pracovníků) pracuje také s piktogramy či obrázky. Přibližně 23% respondentů (12 pracovníků) zdůrazňovalo oční kontakt a komunikaci tváří v tvář.

Mimo tyto nejčastěji užívané způsoby komunikace, které jsou zpracovány v tabulce a grafu, respondenti uváděli např. snahu hovořit na tu stranu klienta, kde je sluch méně poškozen, používat jednodušší věty, přesné slovní výrazy, přiblížit se více ke klientovi. Zaznamenali jsme také důraz na užívání sluchadla a odezírání. Další respondenti uváděli, že při kontaktu se sluchově postiženým klientem mluví vždy jen jedna osoba. Zaznamenali jsme též odpověď, že než chtějí pracovníci něco sdělit, poklepují na rameno seniora atd. Vidíme tedy, že způsoby komunikace jsou poměrně rozmanité, přesto se však některé opakují častěji (např. hlasitá, pomalá či neverbální komunikace).

Položka č. 13

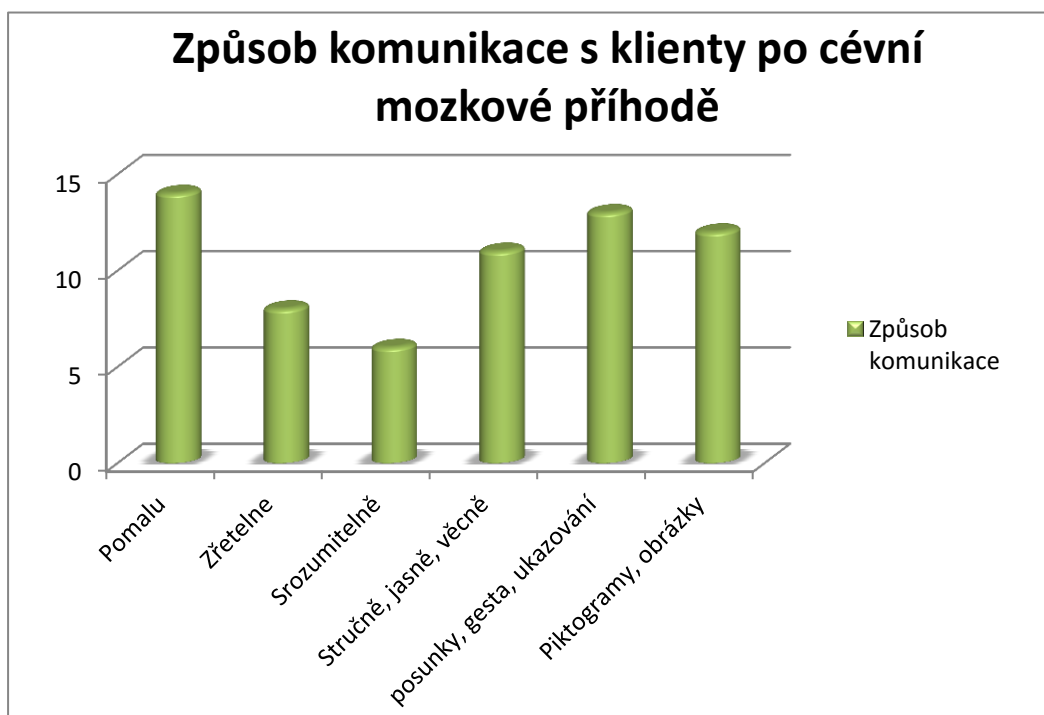
Jakým způsobem komunikujete s klienty po cévní mozkové příhodě?

Zde nás zajímalo, jak respondenti komunikují se seniory po cévní mozkové příhodě. Otázka je kladena stejným způsobem jako předchozí položka. Získali jsme opět mnoho různých odpovědí, které zpracujeme stejným způsobem jako v předešlé položce, kdy do tabulky a grafu uvedeme pouze nejčastěji se opakující odpovědi.

Tabulka č. 14 Nejčastější způsoby komunikace s klienty po cévní mozkové příhodě ve vybraných domovech pro seniory

Způsob komunikace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Pomalu	14	26,92
Zřetelně	8	15,38
Srozumitelně	6	11,54
Stručně, jasně, věcně	11	21,54
Posunky, gesta, ukazování	13	25,00
Piktogramy, obrázky	12	23,08

Graf č. 26 Nejčastější způsoby komunikace s klienty po cévní mozkové příhodě ve vybraných domovech pro seniory



Tabulka a graf ukazují nejčastěji uváděné způsoby komunikace se seniory po cévní mozkové příhodě ve vybraných domovech pro seniory. Vidíme, že z celkového počtu 52 respondentů téměř 27% (tj. 14 pracovníků) hovoří s těmito klienty pomalu. Čtvrtina respondentů (13 pracovníků) používá posunků, gest či ukazování na předměty. Přibližně 23% respondentů (12 pracovníků) uvedlo komunikaci pomocí piktogramů a obrázků. Poměrně často je tedy využívána komunikace neverbální. Cca 22% respondentů (11 pracovníků) se snaží komunikovat stručně, jasně a věcně. Nemalá část pracovníků hovoří s klienty po cévní mozkové příhodě zřetelně a srozumitelně.

Získali jsme mnoho dalších opovědí, které se však opakovaly velmi málo či vůbec. Některé z nich pro zajímavost také uvádíme. Byly to např. výrazná artikulace, písemná komunikace, poskytnutí klientovi více času na odpověď, trpělivost, nepokládání více otázek najednou či nabízení možností odpovědí. Dále respondenti uváděli užívání jednoduchých vět, oční kontakt s klientem, častější ujišťování se, zda klient rozumí, individuální komunikaci s každým klientem dle jeho zdravotního stavu apod. Někteří respondenti uvedli, že se seniorem po cévní mozkové příhodě ještě nekomunikovali.

Položka č. 14

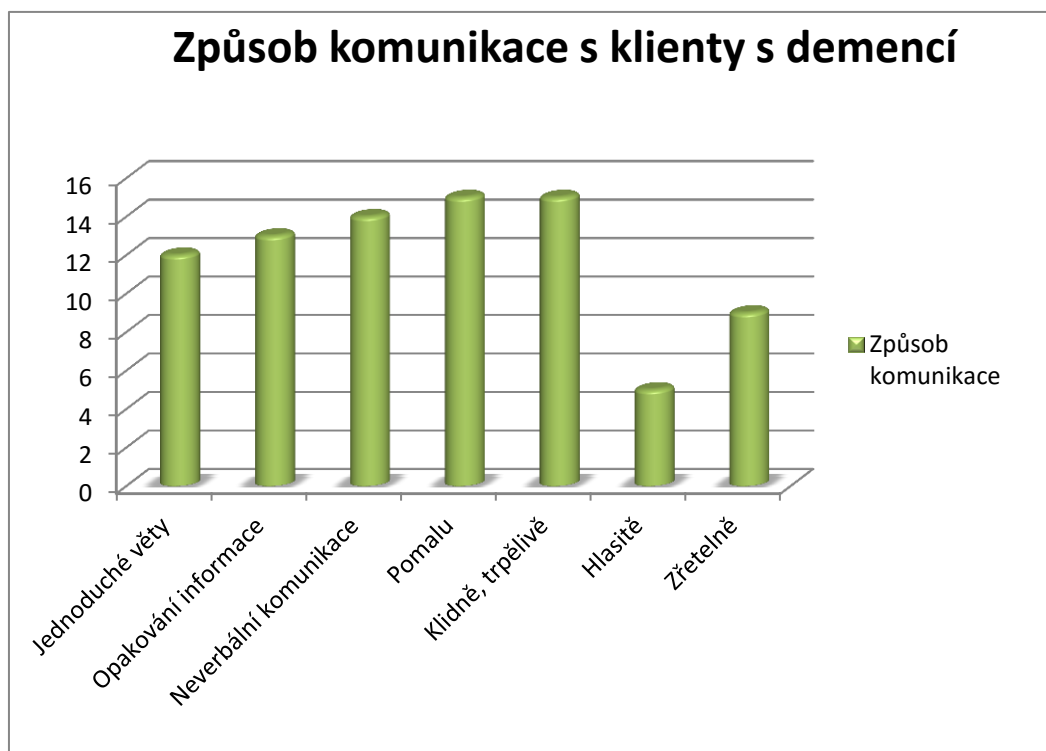
Jakým způsobem komunikujete s klienty s demencí?

Otázka je položena opět stejným způsobem jako dvě předchozí otázky. Nyní se však zaměřujeme na komunikaci respondentů s klienty trpícími demencí. Opět jsme získali velké množství odpovědí. Nejčastěji uváděné způsoby komunikace uvádíme v obdobně koncipované tabulce a grafu jako v předchozích dvou položkách.

Tabulka č. 15 Nejčastější způsoby komunikace s klienty s demencí ve vybraných domovech pro seniory

Způsob komunikace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Jednoduché věty	12	23,08
Opakování informace	13	25,00
Neverbální komunikace	14	26,92
Pomalu	15	28,85
Klidně, trpělivě	15	28,85
Hlasitě	5	9,62
Zřetelně	9	17,31

Graf č. 27 Nejčastější způsoby komunikace s klienty s demencí ve vybraných domovech pro seniory



Téměř 29% z 52 respondentů (tedy 15 pracovníků) komunikuje se seniory trpícími demencí pomalu. Stejně procento respondentů se snaží vést hovor s těmito klienty klidně a trpělivě. Velká část dotazovaných pracovníků (cca 27%, tzn. 14 respondentů) uvedla užívání neverbální komunikace (nejčastěji, gest, posunků, ukazování na předměty, obrázků či piktogramů). Čtvrtina respondentů (13 pracovníků) zmínila potřebu několikanásobného opakování sdělovaných informací či otázek. Častou odpovědí bylo užívání jednoduchých vět, zřetelné vyslovování a také hlasitější řeč.

Dalšími uváděnými odpověďmi, které již nejsou znázorněny v tabulce a grafu, byly např. srozumitelná, důsledná komunikace s poskytnutím dostatku času na odpověď, individuální přístup ke každému klientovi podle stupně demence, komunikace z očí do očí, neklást více otázek současně, používat písemné komunikace apod. Často byla uváděna kombinace verbální a neverbální komunikace. Vidíme, že komunikace s klienty s demencí je velmi rozmanitá, záleží však především na individuálním stavu každého klienta.

Jakým způsobem komunikujete s klienty, jejichž komunikační schopnost je narušena z jiného důvodu?

V této položce nás zajímalo, jak respondenti komunikují s klienty, jejichž narušená komunikační schopnost vznikla na jiném podkladě než v předchozích případech (tedy mimo sluchovou vadu, cévní mozkovou příhodu a demenci). Jiným důvodem jsme měli na mysli např. úraz, tracheostomii, nádorové onemocnění atd. Někteří respondenti uvedli, že s takovým klientem dosud ještě nekomunikovali (5 pracovníků) a značná část respondentů na otázku vůbec neodpověděla (24 respondentů). Domníváme se, že to mohlo být právě z důvodu, že se s takovými klienty nesetkávají. Získali jsme tedy odpovědi od 23 respondentů. Tyto odpovědi vycházely z individuálních zkušeností každého jednotlivého respondenta a byly velmi různorodé. Vzhledem k rozmanitosti získaných odpovědí zde neuvádíme grafické zpracování ani pomocí tabulky ani pomocí grafu, jelikož se domníváme, že by nepřispělo ke snadnější interpretaci výsledků. Ty zmiňujeme pouze slovně v následujících řádcích.

Velká část získaných odpovědí byla kombinací komunikačních strategií užívaných v komunikaci s klienty po cévní mozkové příhodě a s klienty s demencí. Zaznamenali jsme hlasitou, zřetelnou, jasnou, věcnou komunikaci. Též opakování, užívání jednoduchých vět, neverbální komunikace, psaného slova. Někteří z respondentů užívají též afatický slovník. Často byl zdůrazňován individuální přístup odvíjející se od konkrétního stavu klienta a jeho omezení, který je zde jistě na místě.

Díky této a třem předešlým otázkám jsme získali odpověď na třetí výzkumnou otázku (Jakým způsobem komunikují pracovníci ve vybraných domovech pro seniory s klienty s narušenou komunikační schopností?). Respondenti komunikují s klienty s narušenou komunikační schopností zpravidla podle konkrétní situace, která je u každého klienta jiná. Snaží se volit individuální přístup a v komunikaci kromě modulace tempa řeči a hlasitosti mluvy užívají také neverbální komunikaci. Dávají si pozor, aby hovořili srozumitelně a jasně a v případě potřeby informaci opakovali a komunikaci vedli klidně a trpělivě.

Položka č. 16

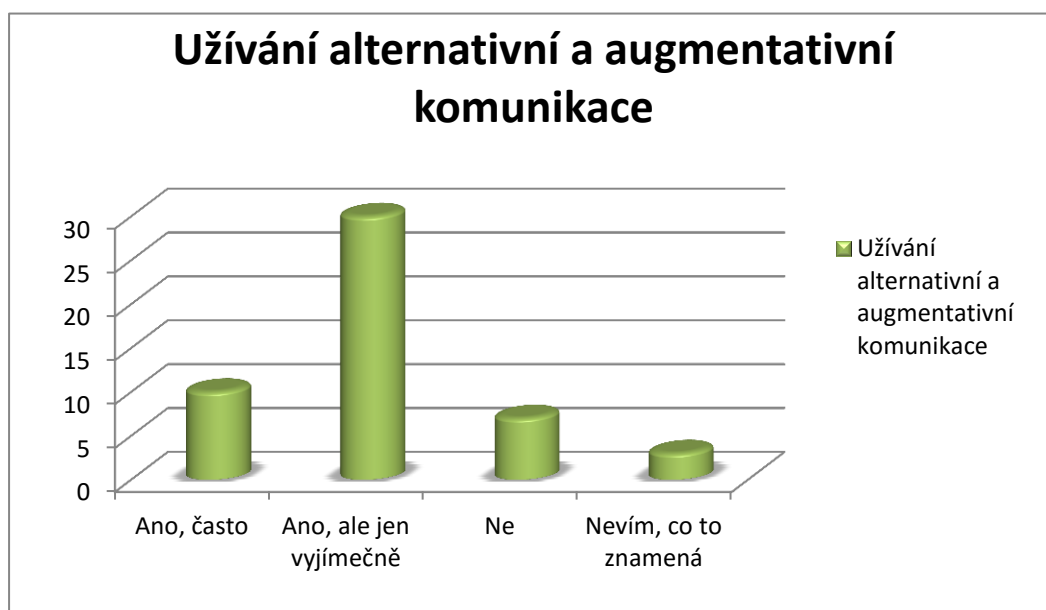
Užíváte v komunikaci s klienty prostředky alternativní a augmentativní komunikace?

Zajímalo nás, zda pracovníci ve vybraných domovech pro seniory využívají při komunikaci s klienty prostředky alternativní a augmentativní komunikace. Otázka byla uzavřená a nabízela čtyři možnosti (ano, často; ano, ale jen výjimečně; ne; nevím, co to znamená). Na otázku odpovědělo pouze 50 respondentů (v rámci této otázky tvoří tedy 100%), 2 neoznčili žádnou z možností.

Tabulka č. 16 Užívání alternativní a augmentativní komunikace při kontaktu s klienty ve vybraných domovech pro seniory

Užívání alternativní a augmentativní komunikace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, často	10	20,00
Ano, výjimečně	30	60,00
Ne	7	14,00
Nevím, co to je	3	6,00
	50	100

Graf č. 28 Užívání alternativní a augmentativní komunikace při kontaktu s klienty ve vybraných domovech pro seniory



Z grafu a tabulky vyplývá, že dotazovaní respondenti většinou vědí co je alternativní a augmentativní komunikace (dále AAK) a také ji ve své práci využívají. Z celkového počtu 50 odpovídajících respondentů pouze 6% (3 pracovníci) neví co AAK znamená. 20% respondentů (10 pracovníků) při komunikaci s klienty užívá prostředky AAK často, 60% (30 pracovníků) spíše výjimečně. 14% respondentů (7 pracovníků) AAK nepoužívá vůbec. Přestože je AAK používána spíše výjimečně, má ve vybraných domovech pro seniory své místo. Většina respondentů ví, že lze tyto systémy použít a v případě potřeby je možné s nimi pracovat. Díky vyhodnocení této položky můžeme na čtvrtou výzkumnou otázku (Využívají pracovníci, ve vybraných domovech pro seniory, při komunikaci s klienty alternativní a augmentativní komunikaci?) odpovědět, že v 80% pracovníci v domovech pro seniory, kde byl výzkum prováděn, využívají prostředky alternativní a augmentativní komunikace. Toto zjištění potvrzují též odpovědi na předešlé otázky, kde respondenti hovořili o využívání obrázků, piktogramů apod.

Položka č. 17

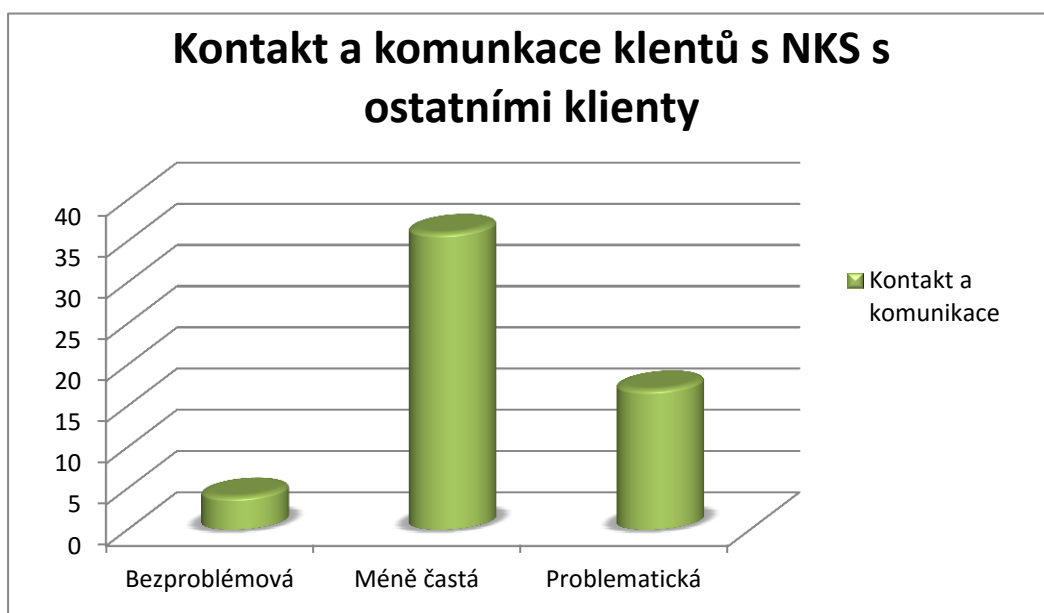
Jak vnímáte komunikaci a kontakt klientů s narušenou komunikační schopností s ostatními klienty v zařízení?

V rámci této položky jsme se respondentů ptali, jak vidí komunikaci a vzájemný kontakt seniorů s narušenou komunikační schopností (NKS) s ostatními seniory v zařízení. Respondenti mohli označit jednu i více z nabízených možností. Proto jsme také získali více odpovědí než je počet respondentů (na tuto otázku odpovědělo 48 respondentů, to je tedy pro tuto položku 100%). Následující tabulka v prvním sloupci ukazuje nabízené možnosti, ve druhém počet zaznamenaných odpovědí u každé možnosti a třetí sloupec stejný údaj v procentech.

Tabulka č. 17 Komunikace a kontakt seniorů s narušenou komunikační schopností s ostatními klienty ve vybraných domovech pro seniory

Kontakt a komunikace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Bezproblémová	4	8,33
Méně častá	36	75,00
Problematická	17	35,42

Graf č. 29 Komunikace a kontakt seniorů s narušenou komunikační schopností s ostatními klienty ve vybraných domovech pro seniory



Komunikace a kontakt seniorů s narušenou komunikační schopností (NKS) s ostatními klienty ve vybraných domovech pro seniory se zdá pouze cca 8% respondentů (tj. 4 pracovníci ze 48 odpovídajících) bezproblémová. Ostatní respondenti uvedli, že kontakt těchto seniorů s jinými klienty je méně častý (toho si všimlo 75% respondentů, tzn. 36 pracovníků). Přibližně 35% respondentů (17 pracovníků) označilo komunikaci a kontakt klientů s NKS za problematický. Častá kombinace odpovědí byla, že komunikace je méně častá a také problematická.

Položka č. 18

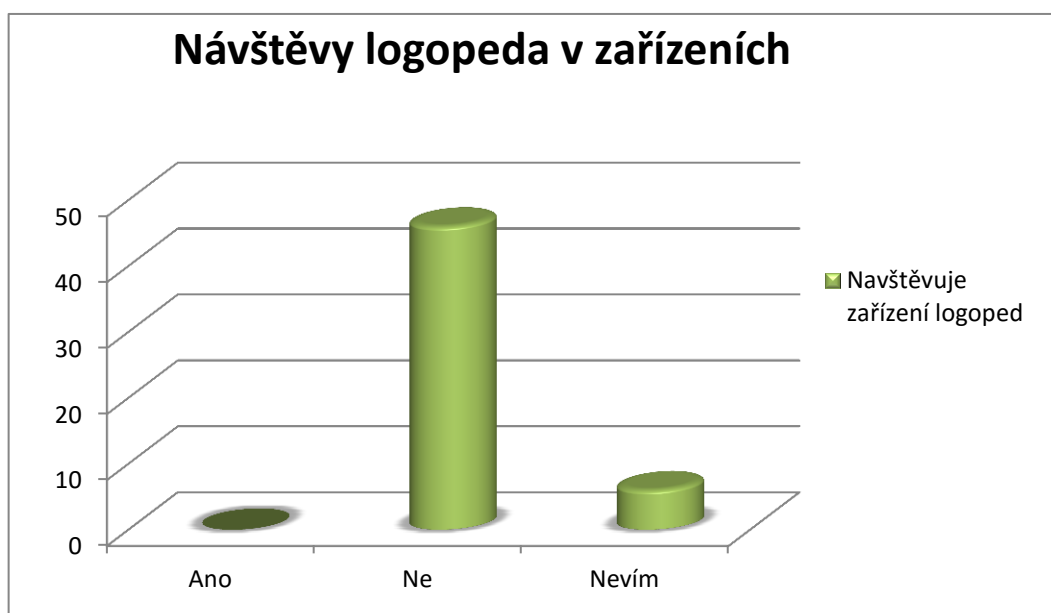
Navštěvuje vaše zařízení logoped?

Tato položka v dotazníku byla velmi důležitá. Zajímalo nás, zda vybraná zařízení pro seniory navštěvuje logoped. Respondentům jsme v této uzavřené otázce dali na výběr z kladné a záporné odpovědi (ano či ne) a dále jsme přidali možnost odpovědět nevim.

Tabulka č. 18 Návštěvy logopeda ve vybraných domovech pro seniory

Navštěvuje zařízení logoped	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ANO	0	0,00
NE	46	88,46
Nevím	6	11,54
	52	100

Graf č. 30 Návštěvy logopeda ve vybraných domovech pro seniory



V odpovědích respondentů se neobjevila jediná kladná odpověď. To znamená, že domovy pro seniory, v nichž probíhal výzkum, logoped nenavštěvuje nebo o tom respondenti alespoň nevědí. Cca 88,5% respondentů (tedy 46 z 52 pracovníků) odpovědělo, že logoped zařízení nenavštěvuje a cca 11,5% respondentů (tj. 6 pracovníků) neví, zda logoped do zařízení dochází. Ač se ve vybraných zařízeních, jak jsme zjistili z předchozích položek dotazníku, vyskytují senioři s narušenou komunikační schopností, není jim v rámci zařízení poskytnuta zpravidla žádná logopedická péče. Odpověď na poslední výzkumnou otázku (Působí ve vybraných domovech pro seniory logoped?) je tedy bohužel záporná.

Položka číslo 18 byla dále tvořena šesti podotázkami. Čtyři z nich navazovali na kladnou odpověď a dvě z nich na zápornou. Jelikož však nikdo z respondentů nevybral možnost, že zařízení navštěvuje logoped, nezískali jsme na první čtyři podotázky žádné

odpovědi. Uvádíme tedy pouze znění těchto otázek (blíže si je můžete prohlédnout v dotazníku, který je jako příloha součástí této práce).

Položka č. 18 A

Jak často vaše zařízení navštěvuje logoped?

Položka č. 18 B

Jedná se o individuální návštěvy jednotlivých klientů nebo o skupinová sezení?

Položka č. 18 C

Za kterými klienty logoped dochází nejčastěji?

Položka č. 18 D

Vnímáte návštěvy logopeda jako přínosné?

Blíže se budeme věnovat podotázkám, které navazovaly na zápornou odpověď. Vyplnili je tedy respondenti, kteří odpověděli, že jejich domov pro seniory logoped nenavštěvuje nebo o tom neví. Položky nevyplnili bohužel všichni respondenti. Získali jsme celkem 37 odpovědí, s kterými v následujících tabulkách a grafech budeme počítat jako se 100%.

Položka č. 18 E

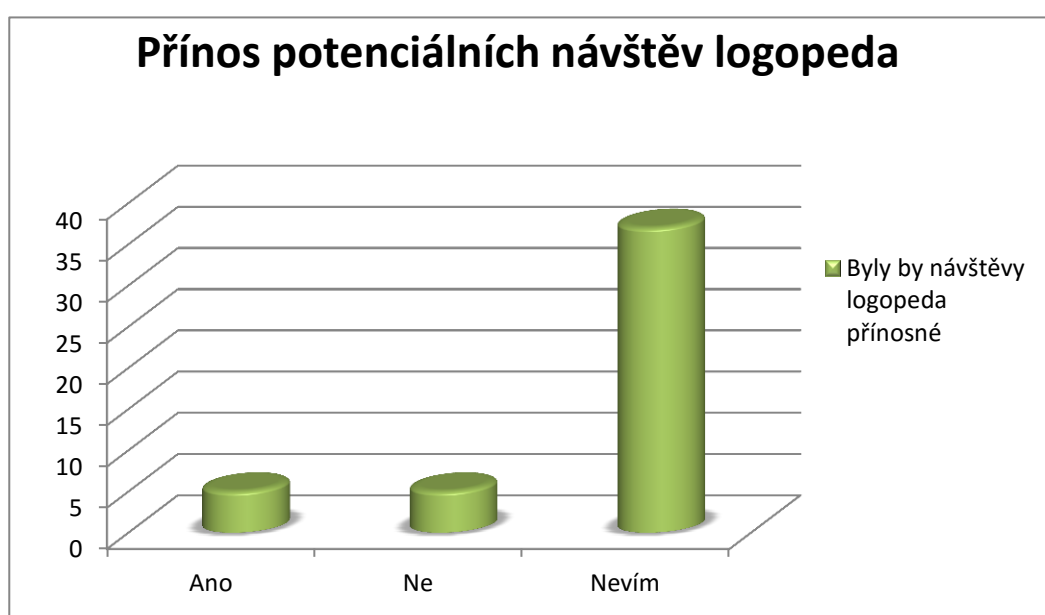
Pokud vaše zařízení logoped nenavštěvuje, vnímali byste jeho případné návštěvy jako přínosné?

Zajímalo nás, jak respondenti vidí možnost, že by jejich zařízení navštěvoval logoped. Zdali by tuto možnost uvítali jako přínos nebo zda se domnívají, že by tyto návštěvy neměly žádný efekt. Opět jsme však zařadili možnost nevím, protože jsme si vědomi toho, že ne všichni mají na tuto problematiku jasný názor.

Tabulka č. 19 Přínos potenciálních návštěv logopeda ve vybraných domovech pro seniory

Byly by návštěvy logopeda přínosné	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ANO	5	13,51
NE	5	13,51
Nevím	27	72,98
	37	100

Graf č. 31 Přínos potenciálních návštěv logopeda ve vybraných domovech pro seniory



Z tabulky a grafu vyplývá, že většina respondentů nemá vyhraněný názor na tuto problematiku. Téměř 73% respondentů (tj. 27 z 37 odpovídajících pracovníků) neví, zda by návštěvy logopeda v jejich zařízení byly přínosné. Domníváme se, že to může být způsobeno i nedostatkem informací o možnostech logopedické péče pro dospělé osoby. Pouze 10 respondentů (cca 27%) vyjádřilo vyhraněný názor. Polovina z nich se domnívá, že návštěvy logopeda v zařízení by nebyly přínosné a druhá polovina, že by přínosné byly.

Položka č. 18 F

Pokud vaše zařízení logoped nenavštěvuje, z jakého důvodu?

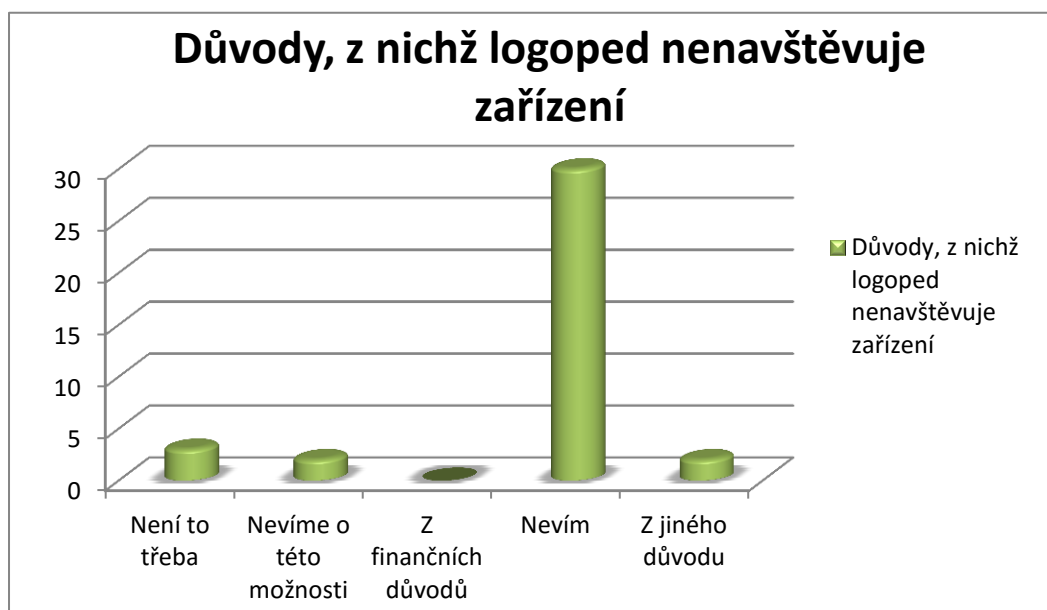
Tato polouzavřená otázka dávala respondentům na výběr z pěti předdefinovaných možností. Poslední z těchto možností poskytovala respondentům prostor pro vyjádření jiného

důvodu, který předchází možnosti nenabízely. Na otázku opět neodpověděli všichni dotazovaní pracovníci, ale pouze 37 z nich (100% je pro tuto položku tedy opět 37 respondentů).

Tabulka č. 20 Důvody, z jakých logoped nenavštěvuje vybrané domovy pro seniory

Důvody, z jakých logoped zařízení nenavštěvuje	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Není to třeba	3	8,12
Nevíme o této možnosti	2	5,40
Z finančních důvodů	0	0,00
Nevím	30	81,08
Z jiného důvodu	2	5,40
	37	100

Graf č. 32 Důvody, z jakých logoped nenavštěvuje vybrané domovy pro seniory



Respondenti v této položce opět nejčastěji volili možnost nevím (přibližně 80%, tedy 30 z 37 pracovníků). Pouze necelých 20% (tzn. 7 pracovníků) se vyjádřilo jinak. Cca 8% respondentů (3 pracovníci) se domnívá, že logopedická péče v jejich zařízení není potřebná, 5,5 % (2 pracovníci) o této možnosti neví a 5,5% označilo možnost jiné. Přesto, že se jedná pouze o dva respondenty, kteří zvolili tuto možnost, uvádíme zde jejich názor. První z nich se domnívá (v předchozí otázce označil možnost, že logoped by nebyl přínosem),

že by senioři logopedickou péčí zřejmě nepochopili. Druhý respondent (na předchozí otázku odpověděl kladně, tedy že logoped by přínosem byl) k této otázce uvedl, že o návštěvě logopeda nikdy neuvažovali. Možnost, že logoped domov pro seniory nenavštěvuje z finančních důvodů, neoznačil nikdo.

Položka č. 19

Dochází někteří klienti k logopedovi mimo zařízení?

Kromě toho, zda domovy pro seniory, v nichž probíhalo výzkumné šetření, navštěvuje logoped, nás také zajímalo, jestli někteří senioři dochází k logopedovi mimo zařízení. Respondentům jsme v rámci této otázky dali tři možnosti odpovědí (ano, ne, nevím). Otázku nezodpovědělo všech 52 dotazovaných respondentů, ale pouze 47 (tyto respondenty považujeme u této položky za 100%).

Tabulka č. 21 Logopedická péče o klienty mimo zařízení vybraných domovů pro seniory

Dochází senioři k logopedovi mimo zařízení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ANO	0	0,00
NE	36	76,60
Nevím	11	23,40
	47	100

Graf č. 33 Logopedická péče o klienty mimo zařízení vybraných domovů pro seniory



Z celkového počtu 47 odpovídajících respondentů přibližně 77% (tj. 36 pracovníků) odpovědělo, že nikdo ze seniorů v jejich zařízení nenavštěvuje logopeda. 23% respondentů (11 pracovníků) o tomto neví. Žádný z klientů ve vybraných domovech pro seniory tedy, dle odpovědí respondentů, nedochází k logopedovi mimo zařízení. Vzhledem k tomu, že v zařízeních, v nichž probíhal výzkum, jsou klienti s narušenou komunikační schopností, je smutnou realitou, že za nimi logoped nedochází a ani klienti nedocházejí k němu.

Položka č. 20

Konzultujete s někým komunikační situaci a možnosti komunikace s klienty, kteří mají obtíže v komunikaci?

Položka č. 20 A

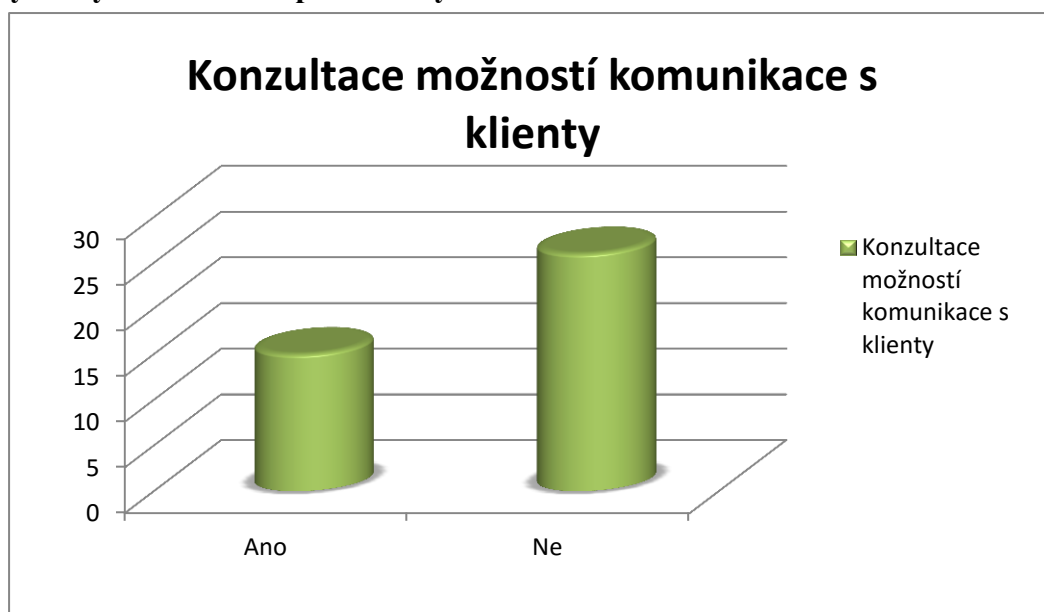
Pokud komunikační situaci a možnosti komunikace konzultujete, s kým?

V položce číslo 20 nás zajímalo, zda dotazovaní pracovníci konzultují s někým komunikační situaci a možnosti komunikace s klienty, kteří mají obtíže v komunikaci. Nejprve jsme dali respondentům možnost zvolit kladnou či zápornou odpověď. Ve druhé části otázky jsme se pak ptali, na koho se obrací pro radu v případě, že situaci konzultují. Zde mohli respondenti vybírat z pěti možností a v případě, že vybrali možnost poslední (jiné), byli požádáni o upřesnění. Na první část položky odpovědělo pouze 41 respondentů, které pro tuto otázku považujeme za 100%.

Tabulka č. 22 Konzultace komunikační situace a možností komunikace s klienty ve vybraných domovech pro seniory

Konzultujete s někým komunikační situaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ANO	15	36,59
NE	26	63,41
	41	100

Graf č. 34 Konzultace komunikační situace a možností komunikace s klienty ve vybraných domovech pro seniory



Přesto, že všichni dotazovaní respondenti neodpověděli na tuto otázku, získali jsme určité množství informací, z nichž lze vyčíst, že přibližně 63% respondentů (26 ze 41 pracovníků) nekonzultuje komunikační situaci a komunikaci s klienty, kteří mají obtíže v komunikaci s žádnou další osobou. Značná část respondentů (cca 37%, tzn. 15 pracovníků) však tuto problematiku s někým konzultuje. To chápeme jako velké pozitivum, protože to ukazuje na zájem pracovníků zlepšit aktuální úroveň komunikace s klienty.

Ve druhé části otázky mohli respondenti zvolit jednu i více odpovědí. Vzhledem k tomu, že na tuto část otázky však odpovídalo pouze 15 respondentů, neuvádíme v tabulce procentuální zastoupení odpovědí, ale pouze celkový počet zaznamenaných odpovědí.

Tabulka č. 23 Osoby, s nimiž respondenti konzultují komunikační situace a možnosti komunikace s klienty ve vybraných domovech pro seniory

Osoby, s nimiž respondenti konzultují komunikační situace	Absolutní četnost (n)
Logoped	0
Speciální pedagog	0
Psycholog	2
Rodina klienta	12
Jiné	10

Od patnácti odpovídajících respondentů jsme získali celkem čtyřadvacet odpovědí. Nejčastěji respondenti konzultují komunikační situaci s rodinou klienta. Tuto možnost označili téměř všichni. Pouze dva dotazovaní pracovníci využívají konzultace s psychologem a žádný respondent se neradí ani s logopedem ani se speciálním pedagogem. Velká část odpovídajících pracovníků zvolila také možnost jiné a následně odpověď specifikovala.

Dalšími osobami, na které se respondenti ohledně komunikace s klienty obracejí, jsou lékař (praktický lékař, geriatr), supervizor, senioři, kteří jsou s daným jedincem na pokoji, ale nejčastěji je situace probírána s kolegy (sociální pracovníci, pečovatelky, staniční sestra, vedoucí úseku sociální péče...). Velký význam mají pro většinu odpovídajících tedy i názory a zkušenosti ostatních pracovníků v domově pro seniory.

Položka č. 21

Co by dle Vašeho názoru nejvíce pomohlo při Vaší práci s klienty s komunikačními obtížemi?

Na konec dotazníku jsme zařadili otevřenou otázku, která se týkala nápadů respondentů na zlepšení komunikace s klienty, kteří mají komunikační obtíže. Zajímalo nás, zda respondenti mají představu o tom, co by jim mohlo komunikaci s těmito klienty usnadnit, co by jim při jejich práci nejvíce pomohlo. Neočekávali jsme, že tuto položku vyplní všichni respondenti, ale doufali jsme, že získáme alespoň nějaké návrhy, čehož se nám podařilo dosáhnout. K otázce se vyjádřilo celkem třináct respondentů, jejichž názory níže uvádíme. Vzhledem k různorodosti a nevelkému počtu odpovědí nebudeme výsledky graficky zpracovávat, ale předkládáme je pouze slovně.

V odpovědích na tuto otázku jsme našly tyto odpovědi: spolupráce s logopedem, psychologem a dalšími odborníky, osobní přístup, žádné předem dané šablony, školení personálu s praktickou ukázkou komunikace s klienty, semináře zaměřené na komunikaci, více fotografií klientů, s nimiž by se dalo pracovat, více času na postižené klienty, více pomůcek, moderní komunikační technika, empatie, trpělivost, více společných aktivit pod vedením odborníka, semináře určené pracovníkům v přímé péči (eventuálně by bylo vhodné mít v zařízení pracovníka, který by měl logopedické vzdělání), vzdělávací aktivity pro seniory, řečová cvičení pro klienty pomocí her a výukových projektů. Některé z odpovědí se vyskytly vícekrát, většina odpovědí však byla zcela originálních.

5.6. Závěrečná analýza

Na tomto místě chceme shrnout výsledky předkládaného výzkumného šetření, které probíhalo v pěti vybraných domovech pro seniory. Na začátku této kapitoly jsme zformulovali šest výzkumných otázek, na které jsme chtěli nalézt odpověď. Přesto, že jsme se již těchto otázek v analýze výsledků výzkumu dotkli a stručně na ně odpověděli, pokládáme za důležité se nyní ke každé výzkumné otázce vrátit a zhodnotit, zda se nám na ni podařilo odpovědět uspokojivě. Zmíníme zde nejdůležitější informace, které jsme získali a uvedeme závěry, ke kterým jsme dospěli.

První výzkumná otázka byla zaměřena na zjištění, zda jsou ve vybraných domovech pro seniory jedinci s narušenou komunikační schopností. Předpokládali jsme, že odpověď na tuto otázku bude kladná. Výsledkem opravdu bylo, že ve všech pěti zařízeních, v nichž výzkum probíhal, jsou osoby s obtížemi v komunikaci. Procento těchto klientů je dle odhadu respondentů různé. 38,46% z nich odhaduje počet seniorů s obtížemi v komunikaci v jejich zařízení mezi 20 – 40%, přesně čtvrtina respondentů se domnívá, že těchto klientů je 40 – 60%. Ostatní respondenti (36,54%) odhadují procento seniorů s obtížemi v komunikaci nižší než 20% či vyšší než 60%. Z výsledků tedy vyplývá, že se nejedná o jednoho či dva seniory s narušenou komunikační schopností v zařízení ale o poměrně velkou část klientů, kteří si zaslouží odbornou péči. To, že v domovech pro seniory žijí také senioři s narušenou komunikační schopností, dokazují i obdobné výzkumy např. bakalářské práce *Narušená komunikační schopnost v domově pro seniory* (Zapletalová, 2009) či *Zastoupení komunikačních poruch u osob umístěných v domovech pro seniory* (Kajzarová, 2015).

Druhá výzkumná otázka se ptala na příčiny, na jejichž základě nejčastěji vzniká narušená komunikační schopnost u klientů ve vybraných domovech pro seniory. 70,22% respondentů se domnívá, že nejčastější příčinou obtíží v komunikaci u klientů je syndrom demence. 23,40% respondentů vidí jako nejčastější příčinu komunikačních obtíží sluchovou vadu. 42,55% respondentů se domnívá, že sluchová vada je druhou nejčastější příčinou těchto poruch. 61,70% respondentů shodně označilo jako třetí nejčastější příčinu vzniku obtíží v komunikaci cévní mozkovou příhodu. Za nejméně častou příčinu označilo 93,62% respondentů odpověď jiné (např. úraz, tracheostomie, nádorové onemocnění atd.). Ve zkoumaných domovech pro seniory je tedy jednoznačně nejvíce osob s narušenou komunikační schopností, která vznikla na podkladě demence, dále je velké zastoupení poruch vzniklých na základě sluchové vady a cévní mozkové příhody. Pro srovnání výzkum

Kajzarové (2015) ukazuje, že 85% respondentů, dotazovaných v rámci jejího výzkumu, označilo jako nejčastější příčinu poruch komunikace sluchové postižení.

Další výzkumná otázka zněla takto: Jakým způsobem komunikují pracovníci ve vybraných domovech pro seniory s klienty s narušenou komunikační schopností? V rámci dotazníkového šetření jsme vytvořili položky, které byly zaměřeny na komunikaci s klienty se sluchovou vadou, s demencí, po cévní mozkové příhodě a s klienty u nichž narušená komunikační schopnost vznikla na jiném podkladě (než v předchozích položkách). Získali jsme velké množství informací, z nichž zde zmíníme ty nejčastěji se opakující.

Při komunikaci se seniory se sluchovou vadou 44,23% respondentů uvedlo hlasitou řeč, 26,92% se snaží hovořit zřetelně, 25% respondentů zmínilo užívání gest případně ukazování na konkrétní věci apod. 23,08% respondentů se snaží, aby komunikace s těmito klienty probíhala vždy tváří v tvář. Dále respondenti uváděli zpomalení tempa řeči, výraznou artikulaci, ale také používání psaného slova, obrázků a piktogramů.

Komunikují-li respondenti se seniorem, který má narušenou komunikační schopnost, jejíž příčinou je cévní mozková příhoda, hovoří pomalu (26,92%), stručně, jasně a věcně (21,54%). 25% respondentů užívá při komunikaci s těmito klienty posunky, gesta a ukazování, 23,08% nezapomíná také na piktogramy a obrázky. Dále se respondenti snaží mluvit zřetelně a srozumitelně.

Pokud komunikují respondenti s klienty trpícími demencí, hovoří klidně, trpělivě a pomalu (28,85%), užívají jednoduché věty (23,08%) a často informaci opakují (25%). 26,95% respondentů komunikuje s těmito klienty pomocí neverbální komunikace. Část respondentů uvedla, že se snaží mluvit zřetelně a také hlasitěji.

Při komunikaci s klienty, u nichž narušená komunikační schopnost vznikla na jiném podkladě než v předešlých případech, často respondenti využívají komunikační strategie, které jsou kombinací způsobů komunikace s klienty s demencí, cévní mozkovou příhodou i sluchovou vadou. V odpovědích respondentů se objevovala hlasitá, zřetelná, věcná a jasná komunikace. Dále užívání jednoduchých vět, opakování sdělované informace, využívání neverbální i písemné komunikace. Důraz byl ale kladen především na individuální přístup ke každému klientovi.

Zapletalová (2009) ve svém výzkumném šetření položila respondentům též otázku, která se týkala jejich komunikace s klienty s obtížemi v komunikaci. Dospěla k podobným závěrům jako my, a to, že pracovníci v domově pro seniory (v němž byl realizován její výzkum) komunikují s těmito klienty hlasitěji, zřetelně, pomalu, informaci v případě potřeby opakují a často využívají také neverbální komunikace.

Čtvrtá výzkumná otázka se zaměřovala na zjištění, zda pracovníci ve vybraných domovech pro seniory využívají při komunikaci s klienty alternativní a augmentativní komunikaci. Z výsledků dotazníkového šetření jsme se dozvěděli, že 20% respondentů tento druh komunikace využívá často. 60% respondentů sice prostředky alternativní a augmentativní komunikace ve své práci využívá, ale spíše výjimečně. Pouze 14% respondentů tuto komunikaci nevyužívá vůbec a 6% respondentů neví, co alternativní a augmentativní komunikace znamená. K podobným výsledkům dospěla také Kajzarová (2015), která zjistila, že 73% pracovníků v domovech pro seniory (v nichž výzkum realizovala) využívá při komunikaci s klienty s obtížemi v komunikaci prostředky alternativní a augmentativní komunikace.

Důležitým výsledkem výzkumného šetření také bylo, že klienti s narušenou komunikační schopností jsou více izolovaní než ostatní klienti. O tom je přesvědčeno 69,23% respondentů, z nichž se více než polovina domnívá, že nejvíce izolovaní jsou klienti trpící demencí. Tímto zjištěním jsme odpověděli na pátou výzkumnou otázku, která se ptala právě na to, zda jsou, dle názorů respondentů, klienti s narušenou komunikační schopností ve vybraných domovech pro seniory více izolovaní než klienti bez obtíží v komunikaci.

Také nás zajímalo, jaký mají respondenti názor na kvalitu života seniorů s narušenou komunikační schopností. 46,16% respondentů se domnívá, že kvalita života těchto seniorů je velmi snižená a 40,38%, že je mírně snižená. Pouze jeden respondent si nemyslí, že by kvalita života seniorů s narušenou komunikační schopností byla snižená. Pro zajímavost můžeme naše výsledky opět porovnat s výsledky výzkumu Kajzarové (2015), kde na podobnou otázku odpovědělo 32% respondentů, že porucha komunikace kvalitu života podstatně zhoršuje a 59%, že kvalitu života zhoršuje mírně.

Poslední výzkumná otázka směřovala k zjištění, zda ve vybraných domovech pro seniory působí logoped. Bohužel jsme dospěli k závěru, že ani jedno z pěti zařízení, v nichž jsme výzkumné šetření prováděli, logoped nenavštěvuje. Přesto, že jsme neočekávali, že bude logoped do vybraných domovů pro seniory docházet často, domnívali jsme se, že jeho občasné návštěvy by alespoň v některém z těchto domovů mohly být realitou. Bohužel tomu tak není. 8,12 % respondentů se domnívá, že služby logopeda v jejich zařízení nejsou třeba, 5,40% o této možnosti neví. Většina respondentů (81,08%) se vyjádřila, že neví, proč logoped zařízení nenavštěvuje. Velká část respondentů (72,98%) též neví, zda by případné návštěvy logopeda v domově byly přínosné. 13,51% respondentů se domnívá, že by intervence logopeda přínosná byla, stejné procento respondentů si však myslí opak.

Ptali jsme se také na to, zda někteří klienti logopeda navštěvují mimo zařízení. I zde jsme se však setkali se zápornou odpovědí. Přesto, že se ve všech zkoumaných domovech pro seniory vyskytují klienti s narušenou komunikační schopností, není zde pro ně zajištěna žádná logopedická péče. Domníváme se, že to může být způsobeno převládajícím názorem ve společnosti, že logoped patří k dětem. Touto prací jsme chtěli poukázat na skupinu obyvatel, seniorů s narušenou komunikační schopností žijících v domovech pro seniory, kteří by si též zasloužili kvalifikovanou péči odborníka na poruchy komunikace – logopeda.

Můžeme konstatovat, že se nám v rámci výzkumného šetření podařilo nalézt odpovědi na všechny vytyčené výzkumné otázky. Jsme si však vědomi toho, že práce zaznamenává pouze situaci v malé části naší republiky a že výsledky nemohou být bez výjimky vztahovány ke všem domovům pro seniory. Pro tyto účely by bylo zapotřebí získat informace od mnohem většího počtu respondentů z různých domovů pro seniory v České republice.

Nepochybujeme o tom, že ve všech pěti domovech pro seniory, které jsme navštívili je jistě poskytována klientům kvalitní a odborná péče v mnoha oblastech. Domníváme se však, že by se v těchto i ostatních podobných zařízeních měla věnovat větší pozornost jedné z nejdůležitějších potřeb lidského života – potřebě komunikovat. Dle našeho názoru je třeba informovat domovy pro seniory, že existuje odborník, který by mohl seniorům s narušenou komunikační schopností pomoci a že by bylo více než vhodné se o jeho služby zajímat a poskytnout tak svým klientům další službu, jež může pomoci ke zkvalitnění jejich života.

Výzkumné šetření jsme prováděli pomocí dotazníků. Na tomto postupu jsme se dohodli s vedoucími pracovníky, s nimiž jsme spolupracovali. Vzhledem k nevelkému počtu pracovníků v domovech pro seniory by pro ně bylo velmi časově náročné absolvovat osobní rozhovor, proto jsme zvolili metodu dotazníku. Domníváme se však, že by bylo jistě přínosné a zajímavé se na některé otázky zaměřit blíže právě prostřednictvím rozhovoru. Zajímavé by jistě bylo podrobněji se zaměřit na komunikaci pracovníků v domovech pro seniory s klienty trpícími konkrétními poruchami jako je např. afázie, dysartrie, presbyakuzie apod. Vhodné by jistě bylo realizovat též přímé pozorování komunikace seniorů a pracovníků a osobně se též kontaktovat s některými seniory. Uvedli jsme zde pouze několik z mnoha možných doplnění a rozšíření naší práce a doufáme, že v budoucnu se podaří alespoň některé z těchto návrhů realizovat a přispět tak ke zmapování situace v domovech pro seniory.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo podat čtenáři ucelené základní informace o komunikační kompetenci seniorů. Na základě prostudování odborné literatury jsme sestavili několik kapitol, které by dle našeho názoru neměly v této práci chybět. Nejprve jsme teoreticky uvedli problematiku stáří a stárnutí, navázali jsme kapitolou o komunikaci, narušené komunikační schopnosti a specifických komunikace seniorů a se seniory. Dále jsme se zabývali kvalitou života seniorů a také tím, jak ji ovlivňuje narušená komunikační schopnost. Domnívali jsme se, že by v práci neměly chybět informace o organizaci péče o seniory v České republice, proto jsme tuto problematiku shrnuli v poslední teoretické kapitole.

Součástí práce je výzkumné šetření zaměřené na komunikační kompetence seniorů v domovech pro seniory. V rámci tohoto výzkumu jsme, v pěti vybraných domovech pro seniory, pomocí dotazníků zjišťovali, zda se v těchto zařízeních vyskytují seniři s narušenou komunikační schopností a jak s těmito klienty komunikují pracovníci v těchto domovech. Prováděný výzkum má spíše regionální dosah a pro rozšíření výsledků na širší území by bylo zapotřebí shromáždit mnohem více odpovědí, jak jsme již zmiňovali v diskuzi. Přesto se nám však podařilo shromáždit informace, s nimiž jsme mohli dále pracovat.

Jako cíl práce jsme si stanovili zjistit, zda se u seniorů v domovech pro seniory vyskytuje narušená komunikační schopnost a na jakém podkladě nejčastěji u seniorů v těchto zařízeních vzniká. Pomocí dotazníkového šetření se nám podařilo shromáždit názory dvaapadesáti pracovníků v domovech pro seniory, díky nimž jsme také mohli stanovené cíle naplnit. Zjistili jsme, že ve vybraných domovech pro seniory žijí také seniři s narušenou komunikační schopností, která nejčastěji vzniká na základě demence, poté sluchového postižení a cévní mozkové příhody.

Naším dalším cílem bylo zjistit, jak pracovníci ve vybraných domovech pro seniory komunikují s klienty s narušenou komunikační schopností a zda při kontaktu s těmito klienty využívají systému alternativní a augmentativní komunikace. Těchto cílů se nám také podařilo dosáhnout. Zjistili jsme, že pracovníci se snaží přizpůsobovat komunikaci klientům s různě narušenou komunikační schopností. Upravují sílu hlasu, rychlost mluvy, volí taková slovní vyjádření, kterým konkrétní klient porozumí, užívají neverbální komunikace i komunikace alternativní a augmentativní.

Jedním z dílčích cílů bylo také zjistit, zda jsou klienti s narušenou komunikační schopností více izolováni než klienti bez obtíží v komunikaci. Respondenti se zpravidla domnívali, že je tomu opravdu tak, přičemž nejvíce izolovaní jsou klienti trpící demencí.

Posledním cílem, který jsme si na začátku stanovili, bylo zjistit, zda vybrané domovy pro seniory navštěvuje logoped. Jak jsme již okomentovali v diskuzi, logoped i přes přítomnost narušené komunikační schopnosti u některých klientů, nenavštěvuje žádné z pěti zařízení, v nichž jsme výzkum prováděli.

Smyslem naší práce však nebylo pouze dostat výše uvedeným cílům, ale také upozornit na skupinu starých a stárnoucích osob, které se nemálokdy potýkají s narušenou komunikační schopností a poukázat na potřebu poskytnout těmto lidem odbornou logopedickou péči. Doufáme, že tato práce, může být jedním ze střípků, jež přispějí k řešení této situace, byť pouze tím, že se této problematice věnuje a zdůrazňuje její aktuálnost a důležitost. Několikrát jsme již zmiňovali, že komunikace je jednou z nejdůležitějších lidských potřeb a je důležité, aby každý člověk, tedy i senior v domově pro seniory, mohl tuto potřebu kvalitně uspokojovat. A jestliže k tomu může přispět logopedická péče, a my se domníváme, že ano, je důležité ji této skupině osob poskytnout.

Seznam použité literatury

ARNOLDOVÁ, A. 2015. *Sociální péče 1. Díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. 240 s. ISBN 978-80-247-9899-8.

BROWN, I., BROWN, R. I. 2003. *Quality of Life and Disability: An Approach for Community Practitioners*. United Kingdom: Jessica Kingsley Publishers. 272 s. ISBN 1-84310-005-3.

ČECHÁČKOVÁ, M. 2003. Získané organické poruchy řečové komunikace. Afázie. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. A kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. s 143 – 176. ISBN 80-7178-546-6.

DRAGOMIRECKÁ, E., ŠELEPOVÁ, P. 2004. *Kvalita života u seniorů - mezinárodní výzkum*. In: *Kvalita života: Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10. 2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky*. s 91 - 101. ISBN 80-86625-20-6.

DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

FUKANOVÁ, V. 2003. *Koncepce logopedické péče*. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. s 44 – 49. ISBN 80-7178-546-6.

GAVORA, P. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. 207 s. ISBN 80-8593179-6

GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAUKE, M. 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: Praktický průvodce*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-247-3849-9.

HEGER, V. 2012. *Komunikace ve veřejné správě*. Praha: Grada Publishing. 256 s. ISBN 978-80-247-3779-9.

HNILICOVÁ, H. 2005. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. s 205 – 216. ISBN 80-7254-657-0.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. 2009. *Jak komunikovat s člověkem trpícím demencí*. In JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing. s 108-115. ISBN 978-80-247-2454-6.

CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANOVCOVÁ, Z. 2003. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. Brno: Masarykova univerzita. 48 s. ISBN 80-210-3204-9.

KAJZAROVÁ, A. 2015. *Zastoupení komunikačních poruch u osob umístěných v domovech pro seniory*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové. 70 s. Bakalářská práce.

KEJKLÍČKOVÁ, I. 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.

KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 80-247-1110-9.

KLEVETOVÁ, D. 2008. *Účelná komunikace zdravotní sestry se starší osobou*. In KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing. s 93 – 123. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOŠŤÁLOVÁ, M. 2011. *Logopedie*. In KAVLACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing. s 229 – 234. ISBN 978-80-247-4026-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. 141 s. ISBN 978-80-247-3604-4.

LAUDOVÁ, L. 2003. *Augmentativní a alternativní komunikace*. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. A kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. s 561 – 577. ISBN 80-7178-546-6.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

LECHTA, V. 1990. *Logopedické repetitórium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo. 278 s. ISBN 80-08-00447-9.

LECHTA, V. 2003. *Základní vymezení oboru logopedie*. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. s. 17-27. ISBN 80-7178-546-6.

LEJSKA, M. 2003. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido. 156 s. ISBN 80-7315-038-7.

MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, O. 2007. *Typologie sociálních služeb podle cílových skupin*. In MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. s 79 – 106. ISBN 978-80-7367-9.

MIKULÁŠTÍK, M. 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.

MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

MÜLLER, O. 2006. *Aktivizační přístupy u osob seniorského věku*. In: Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. Olomouc: Univerzita Palackého. s 36 – 50. ISBN 80-244-1552-6.

NEUBAUER, K. 2014. *Získané neurogení poruchy*. In NEUBAUER, K., DOBIAS, S. *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Hradec Králové: Gaudeamus. s 9-205. ISBN 978-80-7435-518-9.

NOVÁK, T. 2014. *Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-5152-8.

POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

POKORNÝ, J. 2010. *Lingvistická antropologie: jazyk, mysl a kultura*. Praha: Grada Publishing. 352 s. ISBN 978-80-247-2843-8.

RHEINWALDOVÁ, E. 1999. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.

SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.

SIRGY, J. 2012. *The Psychology of Quality of Life: Hedonic Well-Being, Life Satisfaction, and Eudaimonia*. 2. vydání. New York: Springer Dordrecht. 622 s. ISBN 978-94-007-4404-2.

SKÁKALOVÁ, T. 2011. *Uvedení do problematiky sluchového postižení*. Hradec Králové: Gaudeamus. 94 s. ISBN 978-80-7435-098-6.

STUART-HAMILTON, I. 1999. *Psychologie stárnutí*. Vyd. 1. Praha: Portál. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.

ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. 2004 *Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory*. In *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*, Hnilicová Helena, Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. s 21 - 32. ISBN 80-86625-20-6.

ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.

TOMEŠ, I. 2015. *Vývoj pojmů a pojetí*. In TOMEŠ, I., DRAGOMIRECKÁ, E., SEDLÁROVÁ, K., VODÁČKOVÁ, D. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum. s 11- 21. ISBN 978-80-246-2941-4.

VÁGNEROVÁ, M. 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, M., 2006. *Komunikace s pacienty s různými druhy postižení*. In *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. s 123 - 136. ISBN 80-247-1262-8.

VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

ZAPLETALOVÁ, M. 2009. *Narušená komunikační schopnost v domově pro seniory*. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy Univerzity. 69 s. Bakalářská práce.

ZIKMUNDOVÁ, K. 2015. *Studium zdravotního stavu obyvatelstva*. In ČEVELA, R. a kol. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Karolinum. 65 - 77 s. ISBN 978-80-246-2938-4.

Elektronické zdroje

Český statistický úřad. 2015. *Statistická ročenka České republiky – 2015*. [online]. [cit. 17.4.2016]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/4-obyvateľstvo->.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2008. *Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008- 2012*. [online]. [cit. 2.5.2016]. Praha. 60 s. ISBN 978-80-86878- 65-2. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2014. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*. [online]. [cit. 18.4.2016]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/20851/NAP_311214.pdf.

Národní rada osob se zdravotním postižením. 2006. *DESATERO komunikace s pacienty se syndromem demence*. [online]. [cit. 20.5.2016]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/354-desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence.html>

World Statistics. [online]. [cit. 18.4.2016]. Dostupné z: [http://world-statistics.org/index-res.php?code=SP.POP.65UP.TO.ZS?name=Population%20ages%2065%20and%20above%200\(%20of%20total\)#top-result](http://world-statistics.org/index-res.php?code=SP.POP.65UP.TO.ZS?name=Population%20ages%2065%20and%20above%200(%20of%20total)#top-result)

World Statistics. [online]. [cit. 18.4.2016]. Dostupné z: [http://world-statistics.org/index-res.php?code=WP.POP.65UP.SEX?name=Population%20ages%2065%20and%20above%20by%20sex%20\(%20of%20total\)%20\(Projection%202015-2100\)#top-result](http://world-statistics.org/index-res.php?code=WP.POP.65UP.SEX?name=Population%20ages%2065%20and%20above%20by%20sex%20(%20of%20total)%20(Projection%202015-2100)#top-result)

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online]. [cit. 13.5.2016]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf.

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č.1 Pohlaví respondentů.....	47
Tabulka č.2 Věk respondentů.....	48
Tabulka č.3 Nejvyšší dosažení vzdělání respondentů v oboru.....	49
Tabulka č.4 Pracovní pozice respondentů v domově pro seniory.....	50
Tabulka č.5 Délka praxe práce se seniory.....	52
Tabulka č.6 Výskyt obtíží v komunikaci ve vybraných domovech pro seniory.....	53
Tabulka č.7 Procentuální zastoupení klientů s komunikačními obtížemi ve vybraných domovech pro seniory.....	54
Tabulka č.8 Příčiny poruch komunikace u seniorů ve vybraných domovech pro seniory.....	56
Tabulka č.9 Obtížnost komunikace se seniory ve vybraných domovech pro seniory.....	58
Tabulka č.10 Izolovanost klientů s narušenou komunikační schopností ve vybraných domovech pro seniory.....	61
Tabulka č.11 Izolovanost klientů s narušenou komunikační schopností dle diagnózy ve vybraných domovech pro seniory.....	62
Tabulka č.12 Kvalita života seniora s narušenou komunikační schopností ve vybraných domovech pro seniory.....	64
Tabulka č.13 Nejčastější způsoby komunikace s klienty se sluchovou vadou ve vybraných domovech pro seniory.....	65
Tabulka č.14 Nejčastější způsoby komunikace s klienty po cévní mozkové příhodě ve vybraných domovech pro seniory.....	67
Tabulka č.15 Nejčastější způsoby komunikace s klienty s demencí ve vybraných domovech pro seniory.....	68
Tabulka č.16 Užívání alternativní a augmentativní komunikace při kontaktu s klienty ve vybraných domovech pro seniory.....	71
Tabulka č.17 Komunikace a kontakt seniorů s narušenou komunikační schopností s ostatními klienty ve vybraných domovech pro seniory.....	72
Tabulka č.18 Návštěvy logopeda ve vybraných domovech pro seniory.....	74
Tabulka č.19 Přínos potenciálních návštěv logopeda ve vybraných domovech pro seniory.....	76
Tabulka č.20 Důvody, z jakých logoped nenavštěvuje vybrané domovy pro seniory.....	77

Tabulka č.21 Logopedická péče o klienty mimo zařízení vybraných domovů pro seniory.....	78
Tabulka č.22 Konzultace komunikační situace a možností komunikace s klienty ve vybraných domovech pro seniory.....	79
Tabulka č. 23 Osoby, s nimiž respondenti konzultují komunikační situace a možnosti komunikace s klienty ve vybraných domovech pro seniory.....	80
Graf č.1 Pohlaví respondentů	47
Graf č. 2 Věk respondentů.....	48
Graf č. 3 Nejvyšší dosažení vzdělání respondentů v oboru.....	49
Graf č. 4 Pracovní pozice respondentů v domově pro seniory.....	51
Graf č. 5 Délka praxe práce se seniory.....	52
Graf č. 6 Výskyt obtíží v komunikaci ve vybraných domovech pro seniory.....	53
Graf č. 7 Procentuální zastoupení klientů s komunikačními obtížemi ve vybraných domovech pro seniory.....	55
Graf č. 8 Příčiny poruch komunikace u seniorů ve vybraných domovech pro seniory.....	56
Graf č. 9 Nejčastější příčina poruch komunikace ve vybraných domovech pro seniory.....	57
Graf č. 10 Druhá nejčastější příčina poruch komunikace ve vybraných domovech pro seniory.....	57
Graf č. 11 Třetí nejčastější příčina poruch komunikace ve vybraných domovech pro seniory.....	58
Graf č. 12 Nejméně častá příčina poruch komunikace ve vybraných domovech pro seniory.....	58
Graf č. 13 Obtížnost komunikace se seniory ve vybraných domovech pro seniory.....	59
Graf č. 14 Nejobtížnější komunikace se seniory ve vybraných domovech pro seniory.....	60
Graf č. 15 Druhá nejobtížnější komunikace se seniory ve vybraných domovech pro seniory.....	60
Graf č. 16 Třetí nejobtížnější komunikace se seniory ve vybraných domovech pro seniory.....	60
Graf č. 17 Nejméně náročná komunikace se seniory ve vybraných domovech pro seniory.....	60

Graf č. 18 Izolovanost klientů s narušenou komunikační schopností ve vybraných domovech pro seniory.....	61
Graf č. 19 Izolovanost klientů s narušenou komunikační schopností dle diagnózy ve vybraných domovech pro seniory.....	62
Graf č. 20 Nejvíce izolovaní klienti s narušenou komunikační schopností ve vybraných domovech pro seniory.....	63
Graf č. 21 Druzí nejvíce izolovaní klienti s narušenou komunikační schopností ve vybraných domovech pro seniory.....	63
Graf č. 22 Třetí nejvíce izolovaní klienti s narušenou komunikační schopností ve vybraných domovech pro seniory.....	63
Graf č. 23 Nejméně izolovaní klienti s narušenou komunikační schopností ve vybraných domovech pro seniory.....	63
Graf č. 24 Kvalita života seniora s narušenou komunikační schopností ve vybraných domovech pro seniory.....	64
Graf č. 25 Nejčastější způsoby komunikace s klienty se sluchovou vadou ve vybraných domovech pro seniory.....	66
Graf č. 26 Nejčastější způsoby komunikace s klienty po cévní mozkové příhodě ve vybraných domovech pro seniory.....	67
Graf č. 27 Nejčastější způsoby komunikace s klienty s demencí ve vybraných domovech pro seniory.....	69
Graf č. 28 Užívání alternativní a augmentativní komunikace při kontaktu s klienty ve vybraných domovech pro seniory.....	71
Graf č. 29 Komunikace a kontakt seniorů s narušenou komunikační schopností s ostatními klienty ve vybraných domovech pro seniory.....	73
Graf č. 30 Návštěvy logopeda ve vybraných domovech pro seniory.....	74
Graf č. 31 Přínos potenciálních návštěv logopeda ve vybraných domovech pro seniory.....	76
Graf č. 32 Důvody, z jakých logoped nenavštěvuje vybrané domovy pro seniory.....	77
Graf č. 33 Logopedická péče o klienty mimo zařízení vybraných domovů pro seniory.....	78
Graf č. 34 Konzultace komunikační situace a možností komunikace s klienty ve vybraných domovech pro seniory.....	80

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník pro pracovníky v domovech pro seniory

Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník pro pracovníky v domovech pro seniory

Vážení respondenti,

Jsem studentkou posledního ročníku magisterského studijního oboru Speciální pedagogika – logopedie a v tomto akademickém roce bych měla ukončit studia a obhájit diplomovou práci, která nese název Komunikační kompetence seniorů. Její praktická část je zaměřena na komunikaci seniorů v pobytových zařízeních jako je to Vaše a proto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který je zaměřen právě na komunikační kompetence klientů v pobytových zařízeních pro seniory.

Vyplnění dotazníku by Vám nemělo zabrat více než 15 minut. Dotazník je také plně anonymní a velmi ráda Vám po jeho zpracování poskytnu získané výsledky.

Předem Vám moc děkuji za spolupráci a čas, který vyplnění dotazníku věnujete.

Tereza Hájková

Osobní údaje

1. Pohlaví

Muž Žena

2. Věk

do 25 let 26 – 35 let 36 – 50 let 50 let a více

3. Nejvyšší dosažené vzdělání v oboru

Střední škola

Střední odborná škola

Vyšší odborná škola

Vysoká škola

Jiné (např. akreditovaný kurz apod.) – prosím vypište

.....

4. Pracovní pozice v domově pro seniory – prosím vypište:

.....

5. Délka praxe práce se seniory

1 – 3 roky 4 – 8 let 9 – 15 let

16 – 20 let 20 a více let

Komunikační kompetence klientů

6. Jsou ve Vašem zařízení osoby s obtížemi v komunikaci?

Ano Ne Nevím

7. Kolik procent klientů má ve Vašem zařízení (dle Vašeho odhadu) komunikační obtíže?

do 20% 20 – 40% 40 – 60%

60 – 80% 80% a více

8. Poruchy komunikace u klientů jsou nejčastěji vzniklé na jakém podkladě? Seřad'te prosím od nejčastějšího po nejméně časté (1 nejčastěji, 4 nejméně časté).

Degenerativní kognitivní porucha (demence)

Sluchová vada

Cévní mozková příhoda

Jiné (př. úrazu, tracheostomie, nádorové onemocnění...)

9. S kterými klienty je, dle Vaší zkušenosti, nejobtížnější komunikace? Seřad'te prosím od nejobtížnější komunikace po nejméně náročnou (1 nejobtížnější, 4 nejméně náročná).

Klienti s demencí

Klienti se sluchovou vadou

Klienti po cévní mozkové příhodě

Klienti s jinou diagnózou

10. Jsou dle Vašeho názoru klienti s narušenou komunikační schopností více izolovaní než klienti bez problémů v komunikaci?

Ano Ne Nevím

a. Pokud ano jsou to nejčastěji klienti s: (Seřad'te prosím od nejčastějšího po nejméně časté 1 nejčastěji, 4 nejméně často).

Klienti s demencí

Klienti se sluchovou vadou

Klienti po cévní mozkové příhodě

Klienti s jinou diagnózou

11. Domníváte se, že přítomnost komunikační poruchy u klientů snižuje kvalitu jejich života?

Ano, velmi Ano, mírně Ne, nesnižuje Nevím

12. Jakým způsobem komunikujete s klienty se sluchovou vadou? Prosím stručně vypište.

.....
.....

13. Jakým způsobem komunikujete s klienty po cévní mozkové příhodě? Prosím stručně vypište.

.....
.....

14. Jakým způsobem komunikujete s klienty s demencí? Prosím stručně vypište.

.....
.....

15. Jakým způsobem komunikujete s klienty, jejichž komunikační schopnost je narušena z jiného důvodu? Prosím stručně vypište.

.....
.....

16. Užíváte v komunikaci s klienty prostředky alternativní a augmentativní komunikace (např. piktogramy, fotografie, referenční předměty,...)?

Ano, často Ano, ale jen výjimečně Nevím, co to znamená Ne

17. Jak vnímáte komunikaci a kontakt klientů s narušenou komunikační schopností s ostatními klienty v zařízení? Můžete označit více možností.

Bezproblémová komunikace

Méně častá komunikace

Problematická komunikace

Logopedická péče

18. Navštěvuje Vaše zařízení logoped?

Ano Ne Nevím

a. Pokud ano, jak často? Prosím uveďte.

.....

b. Pokud ano jedná se většinou o:

Individuální návštěvy jednotlivých klientů

Skupinová sezení či terapie

c. Pokud ano nejčastěji dochází za klienty s jakou diagnózou? Seřad'te prosím dle četnosti (1 nejčastěji dochází za těmito klienty, 4 nejméně často dochází za těmito klienty).

Klienti s demencí

Klienti se sluchovou vadou

Klienti po cévní mozkové příhodě

Klienti s jinou diagnózou

d. Pokud vaše zařízení logoped navštěvuje, vnímáte jeho návštěvy jako přínosné?

Ano, velmi Poměrně ano Minimálně Vůbec Nevím

e. Pokud vaše zařízení logoped nenavštěvuje, vnímali byste jeho případné návštěvy jako přínos?

Ano Ne Nevím

f. Pokud vaše zařízení logoped nenavštěvuje, z jakého důvodu?

Není to třeba Nevíme o této možnosti Z finančních důvodů
Nevím Z jiného důvodu (prosím uveďte)

.....

19. Dochází někteří klienti k logopedovi mimo zařízení?

Ano Ne Nevím

20. Konzultujete s někým komunikační situaci a možnosti komunikace s klienty, kteří mají obtíže v komunikaci?

Ano Ne

a. Pokud ano, s kým? Můžete označit více odpovědí.

S logopedem

Se speciálním pedagogem

S psychologem

S rodinou klienta

Jiné (prosím uveďte)

.....

.....

21. Co by dle Vašeho názoru nejvíce pomohlo při Vaší práci s klienty s komunikačními obtížemi?

.....

.....

.....

.....

.....