



Bakalářská práce

Komunikace s lidmi s demencí v domově se zvláštním režimem

Studijní program:

B0923P240005 Sociální práce

Autor práce:

Sandra Veitová

Vedoucí práce:

Mgr. et Mgr. Lenka Nádvorníková, Ph.D.

Katedra sociální práce a speciální pedagogiky

Liberec 2024



Zadání bakalářské práce

Komunikace s lidmi s demencí v domově se zvláštním režimem

Jméno a příjmení:

Sandra Veitová

Osobní číslo:

P21000371

Studijní program:

B0923P240005 Sociální práce

Zadávající katedra:

Katedra sociální práce a speciální pedagogiky

Akademický rok:

2022/2023

Zásady pro vypracování:

Cíl bakalářské práce: Zjistit možnosti a limity komunikace s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazování.

Při zpracování bakalářské práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucí práce.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování práce:

Jazyk práce:

tištěná/elektronická

čeština

Seznam odborné literatury:

DLABAL, M., 2021. *Komunikace v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1806-7.

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

KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0102-3.

STÁREK, L., 2022. *Sociální práce se seniory žijící s demencí*. Praha: Educa service. ISBN 978-80-87306-14-7.

ZVĚŘOVÁ, M., 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0561-8.

Vedoucí práce:

Mgr. et Mgr. Lenka Nádvorníková, Ph.D.

Katedra sociální práce a speciální pedagogiky

Datum zadání práce:

21. června 2023

Předpokládaný termín odevzdání: 26. dubna 2024

L.S.

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan

Mgr. et Mgr. Lenka Nádvorníková,
Ph.D.
garant studijního programu

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. et Mgr. Lence Nádvořnickové Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při tvorbě bakalářské práce.

Anotace

Tématem bakalářské práce je komunikace s lidmi s demencí v domově se zvláštním režimem. Teoretická část nejprve definuje demenci (jako syndrom/nemoc), její formy, příčiny a stádia. Následující část práce se zabývá komunikací a třetí kapitola seznamuje čtenáře s metodami a přístupy v komunikaci s lidmi s demencí. Teoretická část je zakončena kapitolou, která popisuje sociální služby.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké jsou možnosti a limity komunikace s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby. Dílčím cílem je také zjistit jaké metody a přístupy jsou využívány v komunikaci s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby. V empirické části je zvolena kvalitativní metoda. Průzkumné šetření v domově se zvláštním režimem v Libereckém kraji je realizováno prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s otevřenými otázkami s respondentkami vybranými na základě metody záměrného výběru. Získaná data z průzkumného šetření jsou analyzována technikou otevřeného kódování a následně interpretována a shrnuta. Průzkumem je zjištěno, že komunikovat s lidmi s demencí lze nejčastěji prostřednictvím neverbální komunikace. Především se osvědčuje laskavý a trpělivý přístup. Za limit v komunikaci je považován negativní přístup pracovníka, okolní vlivy a čas. Z průzkumu vyplývá, že pracovníci při péči často pracují s biografií daného klienta.

Klíčová slova: demence, komunikace, přístupy, sociální služba, sociální pracovník, pracovník přímé péče

Annotation

The topic of this bachelor thesis is communication with people having dementia in elderly homes with special regimes. The theoretical part of this thesis defines *dementia* (as a syndrome), its forms, possible causes and stadiums. The following text deals with communication as such and the third chapter acquaints the readers with the methods and attitudes available in communication with people suffering from dementia. The theoretical part is ended by a chapter which describes currently available social services.

The main objective of this thesis is to ascertain the possibilities and limits in communicating with dementia sufferers from elderly home's worker's point of view. A partial objective was set to find out the methods and approaches that are practically daily used by those workers. In the empirical part, the qualitative method was selected. The exploratory research in one concrete elderly home with special regime in Liberecký region was realized by half-structured interviews containing open questions. The female respondents were picked up using the nonprobability sampling design method. The acquired data were analyzed using the open coding technique and subsequently interpreted and summarized by the thesis author. The research helped to discover that the communication with people sufferint from dementia could be led most frequently by using non-verbal communication. Especially patient and kind approaches have proved successful. Any kind of negative attitude from the worker's side, environment influences and time could be considered a communication limit. The research informs us about the possible use of biography of the concrete patients which is frequently used by the workers and positively influences the patient-assistant relationship.

Keywords: dementia, communication, approaches, social services, social worker, direct service worker

Obsah

Seznam použitých zkratk.....	10
Úvod.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 Demence.....	13
1.1 Formy demence.....	14
1.2 Příznaky demence.....	15
1.3 Stádia demence.....	17
2 Komunikace.....	19
2.1 Verbální komunikace.....	20
2.2 Neverbální komunikace.....	20
2.3 Paralingvistické aspekty v komunikaci.....	23
2.4 Specifika komunikace s lidmi s demencí.....	24
2.5 Komunikace v jednotlivých stádiích demence.....	27
3 Metody a přístupy v komunikaci s lidmi s demencí.....	29
3.1 Bazální stimulace.....	29
3.2 Reminiscence.....	30
3.3 Validace podle Naomi Feil.....	30
3.4 Psychobiografický model péče prof. Erwina Böhma a životní příběh.....	31
4 Sociální služby.....	33
4.1 Pobytové sociální služby.....	34
4.2 Osoby pracující v sociálních službách.....	36
Empirická část.....	38
5 Úvod do průzkumu.....	38
5.1 Cíl a průzkumné otázky.....	38
5.2 Metoda a technika sběru dat.....	39
5.3 Organizace sběru dat a vzorek respondentů.....	39

5.4 Etika a limity průzkumu	40
6 Analýza a interpretace výsledků	43
6.1 Interpretace HPO1	44
6.2 Interpretace HPO2	52
6.3 Interpretace DPO1	56
7 Výsledky průzkumného šetření	60
8 Diskuze a navrhovaná opatření	61
8.1 Diskuze	61
8.2 Navrhovaná opatření	63
Závěr	65
Seznam použité literatury	67
Seznam příloh	72
Příloha č. 1 Ukázka kategorií s kódy	73
Příloha č. 2 Scénář rozhovoru	75
Příloha č. 3 Ukázka rozhovoru s kódováním	77

Seznam použitých zkratk

č. – číslo

et al. – a další

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

R – respondentka

s. – strana

WHO (SZO) – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Úvod

V současné době je na celém světě zhruba 55 milionů lidí s onemocněním demence a v příštích letech se tyto počty budou nadále zvyšovat. Syndrom demence způsobuje lidem mnoho obtíží a v pokročilých stádiích v důsledku progresu onemocnění je potřebná nepřetržitá péče a podpora. Ta je mnohdy poskytována pracovníky domova se zvláštním režimem, jež jsou v přímém kontaktu s lidmi s demencí. Tématem této bakalářské práce je komunikace s lidmi s demencí v domově se zvláštním režimem.

Lidé s demencí v průběhu onemocnění postupně přichází o schopnost verbálně komunikovat a porozumět slovům. Čím dál častěji mají problémy s nalezením vhodných slov a s vyjadřováním. Přesto však nadále potřebují a chtějí sdílet svoje pocity, přání, touhy, bolesti i smutky.

Motivací k volbě tématu bakalářské práce je snaha co nejvíce porozumět lidem s demencí a umožnit jim prostřednictvím důstojné a efektivní komunikace nadále naplňovat své potřeby a přání do samého závěru života. Předmětem zájmu této práce jsou tedy pracovníci přímé péče v domově se zvláštním režimem a jejich způsob komunikace s lidmi s demencí.

Bakalářská práce je členěna na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část se nejprve zaměřuje na definici, formy a příznaky demence. Následující kapitola se zabývá komunikací a zahrnuje specifika komunikace s lidmi s demencí. Třetí kapitola seznamuje čtenáře s metodami a přístupy v komunikaci s lidmi s demencí. Teoretická část je zakončena kapitolou, která popisuje sociální služby, kde jsou charakterizovány zejména pobytové sociální služby a osoby pracující v sociálních službách.

Empirická část je rozdělena do třech kapitol. Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké jsou možnosti a limity komunikace s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby. Dílčím cílem je zjistit, jaké metody a přístupy jsou využívány v komunikaci s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby. Vybranou pobytovou sociální službou je domov se zvláštním režimem. Pro průzkumu byla zvolena kvalitativní metoda. Data jsou shromažďována pomocí polostrukturovaných rozhovorů obsahujících otevřené otázky a analyzována technikou otevřeného kódování. Průzkumné šetření probíhalo v domově se zvláštním režimem v Libereckém kraji se šesti respondentkami vybranými na základě metody záměrného výběru. V závěru empirické

části je diskuze porovnána s odbornou literaturou a ostatními výzkumy a rovněž jsou zde uvedena navrhovaná opatření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Demence

V návaznosti na cíl bakalářské práce je nutné si nejprve definovat pojem demence. Autorka práce se v této kapitole také zaměřila na formy demence, jelikož každá z nich se liší postižením, a to i v oblasti komunikace. Následující podkapitola se zabývá jejími příznaky, které mají rovněž vliv na komunikaci. Podkapitola „Stádia demence“ je popsána dle Strategie České alzheimerovské společnosti.

Syndrom demence postihuje čím dále více lidí a hovoří se o tom, že společnost by se na tento předvídatelný trend měla v budoucnosti připravit. Zejména proto, že toto onemocnění bude představovat problém zdravotní, sociální, ale i ekonomický. Pro člověka s rozvíjející se demencí se postupem času potřeba péče zvyšuje v mnoha oblastech. Aby člověk mohl vést co nejdéle kvalitní život i s tímto onemocněním, potřebuje podporu svého okolí a zajištění některých zdravotních a sociálních služeb. Práce s lidmi by měla vycházet ze znalostí problematiky demence, z respektu, hodnot a přání člověka (Hauke a kol. 2017, s. 23–25).

Podle WHO (World Health Organization 2023) může být demence způsobena řadou nemocí, které způsobují poškození mozku, ničí nervové buňky a vedou ke zhoršení kognitivních funkcí. Dle WHO je jako nejčastější forma demence uváděna Alzheimerova choroba, která se podílí na 60–70 % případů. V dnešní době trpí demencí na celém světě okolo 55 milionů lidí a zároveň je demence sedmou nejčastější příčinou úmrtí. Důležité je upozornit, že zatím na ni neexistuje žádný lék.

Ševčíková (In Šáteková a kolektiv 2021, s. 20) vysvětluje doslovné znění pojmu demence, které znamená „nemyslíci“ vznikem spojení dvou latinských slov, kdy „de“ znamená odstranění a „mens“ je mysl. Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, rozvíjí se poruchy paměti, orientace, intelektu, myšlení, emocí a sociálních funkcí (Fert'alová, Ondriová 2020, s. 9). Holmerová a kol. (2014, s. 70–74) za prevenci před onemocněním demence považuje tělesnou i duševní aktivitu, která by měla být pravidelná a příjemná. Samozřejmostí je pestrá a kvalitní vyvážená strava.

Na základě etiologie a klinického obrazu rozlišuje Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10 několik druhů demence, které řadí do diagnostické skupiny F00-09: Organické duševní poruchy, včetně

symptomatických (Fert'alová, Ondriová 2020, s. 10). V současné době se pracuje na nové implementaci MKN-11 do českého systému zdravotní péče, která vstoupila v platnost 1. ledna 2022 a přináší mnoho významných technických a obsahových změn (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí).

1.1 Formy demence

V této podkapitole se zaměříme na dělení demence podle příčin a budou zde popsány nejčastější formy demence. Existují různé taxonomie demence, ta nejčastější dělí formy tohoto onemocnění podle příčiny na atroficko-degenerativní a symptomatické. *U skupiny atroficko-degenerativních chorob je hlavním etiopatogenetickým činitelem atrofie mozku. Jde o atrofii převážně selektivní, doprovázenou řadou dalších patogenetických změn* (Zvěřová 2017, s. 28).

Atroficko-degenerativní demence:

Alzheimerova choroba postupuje často plíživě po mnoho let. Jako první ji popsal psychiatr a neuropatolog Alois Alzheimer a v dnešní době je jednou z nejčastějších příčin syndromu demence. Mezi projevy nemoci patří zejména poruchy paměti a postižena je i orientace. Alzheimerova choroba způsobuje potíže se zapamatováním nových informací, narušena je schopnost plánovat, soustředit se a řešit problémy. Člověk s touto nemocí obtížně hledá slova a vznikají problémy s vyjadřováním (Hauke 2014, s. 33–34).

Alzheimerova choroba tvoří téměř 70 % všech případů demencí, objevuje se většinou u lidí nad 65 let a její výskyt byl prokázán více u žen (Kisvertová 2020, s. 18). Zvěřová (2017, s. 16) poukazuje na to, že Alzheimerova choroba je někdy nazývána jako tichá epidemie a zdůvodňuje to tím, že je mnoho případů onemocnění nediagnostikováno a neléčeno. Rovněž poznamenává, že právě demence a kognitivní poruchy mohou v mnoha případech za invaliditu seniorů a jejich závislost na okolí.

Demence s Lewyho tělísky je druhou nejčastěji se vyskytující neurodegenerativní demencí na hranici Parkinsonovy a Alzheimerovy nemoci. Vedle příznaků těchto nemocí má i své specifické příznaky. Objevují se scénické zrakové halucinace lidských postav a zvířat. Narušena je soustředěnost a kvalita vědomí. Člověk s touto nemocí má zvýšenou citlivost k antipsychotickým lékům (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 36).

Demence u Parkinsonovy choroby se vyznačuje tím, že jsou postiženy všechny typy paměti. Tato forma demence bývá lehkého až středního stupně a bývá přítomná

u 20–40 % nemocných. Typické je zhoršení pozornosti a soustředění. Myšlení a psychomotorické tempo je zpomalené (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 40).

Frontotemporální demence se vyskytuje zhruba v 10 % všech případů demencí a má plíživé příznaky. Vyznačuje se změnami v chování, poruchami řeči, změnami charakterových vlastností, stravovacích návyků a nekritičností (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 43). Nejznámější je Pickova choroba a demence u Huntingtonovy choroby.

Druhou skupinou dělení demence dle příčiny jsou demence **symptomatické** (sekundární). Ty mají za podklad celkové onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek. Lze je dělit na demence vaskulární a ostatní symptomatické demence (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 19).

Demence symptomatické:

Vaskulární demence vznikají poškozením mozkové tkáně cévními poruchami. Za vznik mohou především mnohočetné drobné mozkové infarkty nebo i jeden rozsáhlý mozkový infarkt v oblastech důležitých pro paměť (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 20). Výskyt vaskulární demence je druhý nejčastější po Alzheimerově chorobě a tvoří až 20 % všech případů demencí. *Vaskulární demence tvoří tři základní skupiny: strategicky umístěný infarkt, multiinfarktová demence a Biswangerova demence* (Kisvertová 2020, s. 20).

Ostatní symptomatické demence vznikají na podkladě celkových onemocnění organismu postihujících také mozek. Rovněž na podkladě intoxikace, infekcí a zánětů. Symptomatické demence mohou vzniknout po úrazu mozku, nádorů mozku a dalších příčinných faktorů ovlivňujících činnost centrálního nervového systému (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 20).

1.2 Příznaky demence

Autorka bakalářské práce považuje za důležité vymezit příznaky demence, jelikož jejich znalost je nedílnou součástí porozumění osobám s tímto onemocněním. Rovněž i ve vztahu ke komunikaci je přínosné se v této oblasti orientovat, protože pochopení projevů nemoci může být jedním z faktorů, které významně přispějí k efektivní komunikaci.

Mezi základní klinické příznaky demence patří postižení kognitivních funkcí, postižení aktivit denního života a behaviorální a psychologické příznaky demence.

Postižení kognitivních funkcí

Kognitivní funkce též nazývané kognice nebo vyšší funkce mozku lze rozdělit do samostatných oblastí: pozornost, paměť, řeč a jazyk, funkce řídicí (exekutivní) a funkce zrakově-prostorové (gnostické). *Kognitivní funkce představují základní kámen myšlení a spolu s prožíváním, další důležitou součástí lidské psychiky, jsou výsledkem fungování mozku. Kombinace schopnosti přemýšlet a prožívat je tím, co člověka činí člověkem* (Čechová, Mazancová, Marková a kol. 2019, s. 31).

Oblast postižení kognitivních funkcí zahrnuje například poruchy paměti, poruchy čtení, psaní a koncentrace. Narušena je pozornost, orientace, logické a abstraktní myšlení. Postiženy jsou i funkce výkonné rovněž nazvané exekutivní, jedná se o schopnost rozhodování, plánování, organizace a další (Holmerová a kol. 2014, s. 83–84).

U člověka s demencí se objevují problémy s percepcí. Percepce je schopnost rozumět tomu co nás obklopuje a posuzovat to. Vnímáme prostřednictvím zraku, sluchu, hmatu, chuti a čichu. Člověk s demencí může mít *agnózi*, jejíž projevem je, že lidé nepoznávají známé předměty a prostředí. Můžeme to vysvětlit jako ztrátu schopnosti vizuálního vnímání (Glennier a kol. 2012, s. 12–13).

Postižení aktivit denního života

Míra postižení člověka s demencí je ovlivněna stádiem demence. Zpočátku člověk přestává být schopen svých profesních aktivit, které souvisí s každodenními povinnostmi (Hauke 2014, s. 22). Také dochází k narušení instrumentálních aktiv, které zahrnují vaření, používání běžných domácích spotřebičů, telefonování, organizování času, plánování a další. V dalším stadiu demence jsou narušeny schopnosti v oblasti základní sebeobslužné činnosti (Hauke a kol. 2017, s. 46).

Behaviorální a psychologické příznaky demence

Hauke (2014, s. 22) poukazuje na oblast příznaků, jež považuje za jedny z nejobtížnějších. Jedná se o neklid, útoky, napadání osob kolem sebe, bludy, halucinace a poruchy emocí. Přítomny mohou být i deprese a poruchy spánku. Tyto příznaky úzce souvisí s poruchami chování. *Poruchy chování jsou charakteristické takovými projevy jedince, které se vymykají přiměřenému chování dané věkové a sociokulturní skupiny* (Slowík in Hauke 2014, s. 23).

Zároveň se v časných stádiích demence vyskytuje podezřívavost, která je nejčastějším projevem chování u člověka s demencí a je způsobena poruchou paměti (Hauke 2014, s. 28). Venglářová (In Hauke 2014, s. 31–33) dodává, že další příznaky jsou opakování dotazů, bloudění a nesmyslná manipulace s předměty. Rovněž také upozorňuje na slovně agresivní chování (křik, nadávky, vulgarismy) nebo také fyzicky agresivní chování. Takovéto jednání může mít různé příčiny a agresivita může být chápána jako prostředek k dosažení cíle, jako emoční reakce, jako povahový rys a také jako odpověď na nevhodnou péči či spěch pečovateli.

1.3 Stádia demence

V této podkapitole jsou stádia demence popsána dle Strategie České alzheimerovské společnosti P–PA–IA z pohledu péče a podpory lidem postiženým syndromem demence. V odborné literatuře lze však nalézt různé definice stádií demence. Stádia demence jsou významná i v oblasti komunikace s lidmi s demencí, jelikož každé stádium se pojí s jinými příznaky a obtížemi. Právě jejich znalost pomáhá ke zjištění, v jakém stádium se člověk s demencí nachází, a to umožňuje efektivně přizpůsobit komunikaci.

Zkratka P–PA–IA vymezuje jednotlivá stádia vývoje demence, která jsou spojena s nároky na péči a podporu (Česká alzheimerovská společnost 2020). „P“ vymezuje první stadium, v němž je významná **podpora, psychologická pomoc a poradenství**. „PA“ vymezuje druhé stadium a je zkratkou pro **programové aktivity**. „IA“ vymezuje třetí stadium, které souvisí s **individuální asistencí**.

Stádium P–PA–IA 1: počínající a mírná demence – v tomto stádiu demence jsou lidé většinou soběstační, nepotřebují nepřetržitou pomoc, ale občasný dohled a dopomoc. Dochází k postižení paměti i dalších kognitivních funkcí a mohou se objevit i nekognitivní příznaky. Pro člověka s demencí a jeho blízké je důležitá správná a včasná diagnóza. Významné jsou informace související s postupem léčby a progresí onemocnění. Člověk by měl mít v tomto čase možnost učinit taková rozhodnutí, která později nebudou možná z důvodu postupujícího onemocnění a také by měl mít povědomí o tom, že existuje možnost předem vyslovit svá přání ohledně další léčby a péče o svou osobu. Lidé s onemocněním demence potřebují podporu, poradenství a profesionální psychologickou pomoc (Česká alzheimerovská společnost 2020).

Stádium P–PA–IA 2: středně pokročilá a rozvinutá demence – u člověka, který se nachází v tomto stádiu demence se objevuje omezená soběstačnost, dezorientace, potřeba pomoci v jednotlivých denních aktivitách a potřeba trvalého dohledu. Je to

období, které odpovídá možnostem a potřebě péče v denních stacionářích nebo v pobytových zařízeních sociálních služeb. Je třeba zmínit, že k pobytu člověka s demencí v zařízení nesmí dojít bez jeho souhlasu. V této fázi je člověk schopen vykonávat aktivity, na které je zvyklý ve svém životě a zároveň prožívat radost z určitých činností, situací. Mnohdy je komunikace zachována. (Česká alzheimerská společnost 2020)

Stádium P-PA-IA 3: těžká demence – je to období pokročilé a těžké demence, rovněž i období v němž se vykytují poruchy chování. Člověk s demencí vyžaduje individualizovanou asistenci a aktivity jsou vybírány podle jeho potřeb tak, aby pro něj byli prospěšné. *V této fázi syndromu demence dochází k výraznému omezení verbální komunikace, což klade nároky na schopnost personálu navázat s člověkem s demencí kontakt, komunikovat s ním nonverbálně a umět mu porozumět* (Česká alzheimerská společnost 2020).

Terminální stádium – trvá několik měsíců a kvalita života je závislá na kvalitě ošetrovatelské a lékařské péče. Je to období, ve kterém dochází ke ztrátě schopnosti komunikovat a být v kontaktu s okolím (Česká alzheimerská společnost 2020).

2 Komunikace

Autorka práce v této kapitole vymezuje, co je to *komunikace* a zaměřuje se okrajově na verbální komunikaci. Podstatná část je věnována neverbální komunikaci, která je jedním z nejdůležitějších prostředků komunikace s lidmi s demencí, pomáhá zejména porozumět jejich potřebám a přáním. Také jsou zde vysvětleny paralingvistické prvky v komunikaci, popsány specifika komunikace s lidmi s demencí a shrnuta komunikaci v jednotlivých stádiích demence.

Stárek (2022, s. 100) zmiňuje, že komunikace patří k důležitým lidským schopnostem, bez níž neexistuje žádná lidská společnost a je jednou z nejdůležitějších potřeb lidského života. Ovlivňuje naše způsoby projevů a chování v lidských vztazích. Každá lidská akce vychází z předávání a sdílení informací, pocitů, vjemů.

Vybíral (2009, str. 25) říká, že existuje více vysvětlení slova *komunikace*. Ta může být definována jako proudění informací z jednoho bodu k druhému či jako přenos nebo vytváření znalostí. Komunikační výměně lze i rozumět jak ve smyslu sdělování, tak i sdílení. Uvádí, že *communicatio* znamenalo „vespolné účastnění“ a *communicare* „činit něco společným, společně něco sdílet“.

Hasenblas (In Vybíral 2009, s. 25) komunikaci vysvětluje zešíroka, jako „*obcování lidí, společné podílení se na nějaké činnosti ve vzájemném kontaktu*“. Zároveň ji chápe nejen jako prodění informací, ale i tak, že se lidé podílí na celku komunikace, povaze či dopadu zprávy tím, že jsou přítomni a komunikují. V procesu komunikace je každý zároveň zdrojem (mluvčím) i příjemcem (posluchačem), sdělení jsou souběžně vysílána i přijímána. Své myšlenky při komunikaci kódujeme, převádíme do řeči nebo dekódujeme a to způsobem, že přijaté zvukové vlny převádíme na myšlenky (DeVito 2008, s. 34–35).

Tím, že komunikujeme s druhými lidmi, komunikaci vytváříme, ovlivňujeme, přispíváme k ní a jsme její součástí (Vybíral 2009, s. 25–26). Plaňava (2005, s. 15) dodává, že komunikování probíhá ve zcela určitém prostředí, za určitých okolností, v určitém kontextu, který je unikátní, a to dělá z komunikace jedinečnou a neopakovatelnou událost. Komunikovat můžeme verbálně, jedná se o komunikaci slovy, řečí v mluvené nebo písemné podobě. Rovněž může probíhat neverbálně, tedy řečí těla (Helus 2018, s. 226).

Komunikace zahrnuje i paralingvistické prostředky, které Helus (2018, s. 227) popisuje jako přechod mezi komunikací verbální a neverbální, která je vázaná na řeč, ale nejedná se jen o to, co říkáme, ale jedná si i to, jak to říkáme. Autorka práce považuje

za důležité zmínit pojem metakomunikace. Metakomunikace se týká vztahu mezi úrovněmi komunikace verbální versus neverbální. Lze tomu porozumět tak, že člověk něco říká slovy, ale něco jiného vyjadřuje neverbálně (Helus 2018, s. 231).

2.1 Verbální komunikace

V této podkapitole je definována verbální komunikace, také jsou zde uvedeny odlišnosti v porozumění slovům a významnost vyjadřování prostřednictvím slov nebo jazyka ve vztahu k sociálnímu životu člověka. Autorka práce se ztotožňuje s Mikuláštkem (2010, s. 98), který tvrdí, že význam slov nelze oddělit od neverbálních složek komunikace, jsou vždy doplněna o neverbální prostředky a svrchní tón řeči.

Janoušek (2015, s. 10) považuje verbální komunikaci za ryze lidský proces a jev, který charakterizuje lidského jedince i lidské společnosti. Definiuje ji jako formu spojení mezi lidmi prostřednictvím předávání a přijímání verbálních významů a skrze sdílení a nesdílení.

Mikuláštk (2010, s. 98) dodává, že komunikace je součástí sociálního života a nezbytnou podmínkou myšlení a také, že vyjadřování probíhá pomocí slov nebo jazyka. Jazyk je pomocníkem při určování toho, jak vidíme, jak vnímáme, jak smýšlíme o světě, o skutečnosti kolem sebe. Slova mohou mít podobu konkrétní nebo abstraktní. Vybíral (2009, s. 106) jako příklad slovní komunikace uvádí i vnitřní řeč k sobě samému či samomluvu.

Sdělení jsou denotační i konotační. Pojem denotace se týká objektivního významu určitému termínu, kterému obecně rozumíme a připisujeme ho danému slovu. Pojem konotace se týká slov, které mají pro člověka subjektivní nebo emocionální význam a také podle toho, co v nás vyvolává určité slovo (DeVito 2008, s. 124).

Porozumění slovům, která označují konkrétní objekty lidé rozumí podobně než slovům abstraktním. Avšak i konkrétní slova mohou být pochopena odlišně, jelikož každý má jiné životní zkušenosti a očekávání. Abstraktní slova mohou být chápána rozdílně, protože mohou mít silný konotativní význam. Životní zkušenost v tom hraje důležitou roli (Mikuláštk 2010, s. 98).

2.2 Neverbální komunikace

Vzhledem ke stanovenému cíli této práce její autorka považuje za důležité vysvětlit složky neverbální komunikace. Neverbální komunikace představuje jednu z nejvýznamnějších možností komunikace a porozumění lidem s demencí.

Vymětal (2008, s. 54) neverbální komunikaci chápe jako proces dorozumívání se beze slov, která se uskutečňuje na základě přenosu informací a sdělení prostřednictvím pohybů člověka, jeho gest, mimiky, činnosti očí, dotyků, zaujímání vzdálenosti a další. V sociální komunikaci se můžeme setkat s pojmem „řeč těla“. Člověk tedy mluví, i když mlčí. Neverbální komunikace dokáže mnohé prozradit o samotném člověku.

Vybíral (2009, s. 94) říká, že komunikující se řečí těla ovlivňují a pokud dochází k situaci, kdy řeč těla není v souladu s tím, co člověk verbálně sděluje, vyvolává to u příjemce zmatek, ruší ho to a odvádí to jeho pozornost. Pozorovatel dává větší váhu neverbálnímu sdělení než verbálnímu. Každý disponuje různým repertoárem gest a má své vlastní tempo. Postoje mohou sdělovat bezprostřední naléhavost nebo uvolněnost. Oči toho však prozradí nejvíce, lze v nich pozorovat strach, smutek, radost i zlobu.

Složky neverbální komunikace

Mimika je komunikace prostřednictvím obličejových svalů v oblasti tváří, nosu, úst, očí i víček, obočí a čela (Malíková 2020, s. 217). Mimika sděluje zejména emoce člověka jako je strach, smutek, odpor, hněv, překvapení, lítost a další (DeVito 2008, s. 158).

Emoce nejsou soukromou záležitostí, vyjadřují se různým způsobem, ale vždy jsou viditelné (Ekman 2015, s. 79). Úsměvem můžeme vyjádřit radost, spokojenost, povznášející pocit, úlevu i pobavení (Ekman 2015, s. 237). Pro projev hněvu je typické zúžení červené linie rtů, rty se ztenčí. Je těžké tento pohyb potlačit a člověk si ho ani neuvědomuje, ale pro okolí už je zřetelný (Ekman 2015, s. 164).

Gestika je nauka o pohybové činnosti člověka, gesta mnohé sdělují, zvýrazňují, doplňují a naznačují co by mohlo být řečeno slovem. Základní gesta jsou pohyby hlavy, rukou, pohyby ramen. V neverbální komunikaci je řeč gest nejbohatší, gesta dokáží nahradit slova a mají široký význam. Pohyby hlavou mohou vyjadřovat souhlas, nesouhlas či smutek. Pohyby rukou mohou být chápány jako volání, odmítání nebo prosba (Zacharová 2016, s. 62).

Kinezika se zaměřuje na pohyby různých částí těla. Jedná se například o hlazení brady, dotyk nosu, kroucení prstů. Pohyby jsou to spontánní a nemají význam gest, jsou specifické pro každého a dá se z nich vyčíst určitá informace. Pro porozumění nejen gestům, ale i spontánním pohybům, je třeba vycházet z dané situace a celkového neverbálního chování (Mikuláščík 2010, s. 111).

Haptika je komunikace prostřednictvím dotyků, který je důležitý k upevnění vztahů a bývá prvním kontaktem při seznámení. Podání ruky dává o člověku prvotní informaci.

Vnímáme sílu stisku, neochotu, mechanické nebo letmé podání. Zároveň pozorujeme, zda je dotyk vlídný, přátelský, naznačuje náklonnost nebo je naopak chladný až odtažitý. Dotyky mohou mít podobu pohlazení, podržení za ruku, objetí, letmé dotyky končetin. Dotýkat se může člověk sám sebe, což je sebehaptika. Prostřednictvím sebehaptiky vyjadřujeme různé emoce jako je například strach, úzkost, nepohoda, napětí a další (Zacharová 2016, s. 58–59). Malíková (2020, s. 218) zmiňuje, že dotyky mají různý význam a charakter a mohou být formální, neformální, přátelské i intimní.

Proxemika vysvětluje vzdálenost mezi lidmi a dodržování prostorových hranic při neverbální komunikaci. Zacharová (2016, s. 56–58) uvádí dva směry, horizontální a vertikální. Horizontální směr je chápán ve smyslu vzdálenosti komunikujících od sebe, jak se přibližují nebo oddalují, mohou tím vyjadřovat zájem v pokračování nebo ukončení hovoru. Vertikální směr se zajímá o výšku očí při rozhovoru, kdy pohled „nad“ působí dominantně a pohled „pod“ submisivně. Upozorňuje také na to, že nejde jen o vzdálenost při rozhovoru, ale i o celkovou dynamiku pohybu a rozděluje zónové oblasti, na intimní, osobní, společenskou a veřejnou. Zóny vyjadřují pomyslnou psychickou hranici od druhé osoby. Zároveň při zachování citlivosti pro prostorové chování lze významně ovlivnit úspěch komunikace.

Posturologie se zabývá držením těla, zda je v napětí nebo v uvolnění, v jaké poloze jsou ruce, hlava a nohy. Posturologie mnohé napoví o vztahu mezi lidmi při komunikaci, podle toho, jak je člověk nakloněn a kam jeho tělo směřuje. Pokud jsou komunikující v souladu, vyjadřují tím sympatie, porozumění, opakem vyjadřují negativní vztah, nesympatii (Mikuláščík 2010, s. 111). Postoje mohou být otevřené, zúčastněné, uzavřené, podezřívavé. Mnoho pohybů, gest a překřížené ruce mohou naznačovat nervozitu (Zacharová 2016, s. 59).

Vizika se zaměřuje na řeč očí. Mikuláščík (2010, s. 111) přisuzuje očím podstatnou roli především proto, že určují a ovlivňují interpersonální vztah a organizují diskusi.

Vymětal (2008, s. 64–65) doplňuje také významnost délky očního kontaktu, pohyby očí, víček, obočí i souvisejících svalů. U signálů očí lze sledovat frekvenci mrkání, vrásky u kořene nosu, pootevření zornic, přímý pohled, četnost a sled pohledů. Zároveň očním kontaktem vysíláme i přijímáme sdělení, dlouhé pohledy mohou vyjadřovat sympatie, zájem, ale i v kontextu situace podrážděnost a zvýšené napětí. Zornice charakterizují emocionální stav člověka a nedají se ovlivnit vůlí.

2.3 Paralingvistické aspekty v komunikaci

Autorka práce se zabývá v této podkapitole paralingvistickými aspekty v komunikaci, které různým způsobem ovlivňují komunikaci s lidmi s demencí.

Vymětal (2008, s. 115) popisuje paralingvistiku jako vědní obor zkoumající doprovodné rysy verbální komunikace. Tyto rysy mohou u příjemce i odesílatele ovlivnit význam i smysl komunikování. *Jedná se o mimojazykový faktor, který dokresluje verbální komunikační projev a v řadě případů i charakterizuje osobnost mluvčího* (Vymětal 2008, s. 115).

Paralingvistické aspekty v komunikaci zahrnují:

Hlasitost projevu – mnohdy vystihuje řečníka jako osobnost, jak je zaujat tématem i jak chce působit na posluchače (Vymětal 2008, s. 115). Také lze optimální hlasitostí přilákat pozornost posluchačů, přičemž se doporučuje při dlouhém projevu hlasitost obměňovat, aby projev nebyl monotónní a nepůsobil tlumivě (Mikuláščík 2010, s. 103).

Výška hlasu – hlas může mít různou výšku i zabarvení, tyto jevy jsou dány součtem kmitočtů. Hlasy mohou být sametové, dunivé, ostré, hluboké. Mikuláščík (2010, s. 103) říká, že hlubší hlas působí důvěryhodněji a přesvědčivěji.

Barva a emoční zabarvení hlasu – barva hlasu prozrazuje momentální náladu a emoční stav mluvčího. Zabarvením hlasu člověk vyjadřuje různé emoce, například lásku, hněv, nudu, veselost, radost, smutek a netrpělivost (Vymětal 2008, s. 116).

Objem a kvalita sdělení i řeči – jedná se o množství slov, kterými člověk předá určité sdělení nebo je řekne v určitém čase. Vymětal (2008, s. 116) k tomu poznamenává, že ženy vyřknou za den více než dvojnásobně slov než muži. Sdělení by mělo být srozumitelné, přiměřeně sebevědomé, stručné, věcné a soustředěné na podstatu věci.

Rychlost projevu – Vymětal (2008, s. 116–117) doporučuje důležité, závažné a významné informace sdělovat důrazněji a pomaleji, střídat různá tempa řeči, protože tempo řeči významně ovlivňuje sdělení. Tempo řeči vypovídá o mluvčím mnohé, například pomalejší tempo je charakteristické pro vyrovnanost, rozvážnost oproti tomu temperamentní a impulzivní mluvčí používá rychlejší tempo řeči.

Plynulost, pomlky, frázování – pomlky mohou být úmyslné nebo neúmyslné a každá z nich plní svoji funkci, taktéž mají za úkol způsob chápání sdělení upřesnit a ovlivnit (Vymětal 2008, s. 118).

Slovní vata – jsou to taková slova, která se používají většinou ve chvíli, když člověk hledá správný a přesný výraz, jsou mnohdy naučená a nemají pro sdělení žádný význam (Vymětal 2008, s. 118).

Chyby v projevu – mají různou podobu, například přeříkávání, zadržávání, koktání, polykání, nevhodně volená slova, vulgarizmy a další. Za rušivé paralingvistické nedostatky jsou považovány nedostatečná slovní zásoba, příliš rychlá řeč, špatná výslovnost a artikulace (Vymětal 2008, s. 118).

2.4 Specifika komunikace s lidmi s demencí

V návaznosti na cíl bakalářské práce je tato podkapitola jednou ze stěžejních, jelikož vysvětluje změny v komunikaci u lidí s demencí, shrnuje její možnosti a zabývá se jejími limity. Porozumění zvláštnostem v komunikaci s lidmi s demencí usnadňuje komunikaci, působí preventivně v oblasti vzniku problémového chování a je jedním z předpokladů respektujícího a partnerského přístupu v komunikaci.

Hauke a kol. (2017, s. 67–69) vnímá vedení správné komunikace jako předpoklad pro rozpoznávání a uspokojování potřeb člověk s demencí. Dobře zvolená komunikace působí rovněž jako prevence vzniku problémového chování a také pomáhá zvládat již vzniklé problémové chování. Průběh demence vytváří zvláštnosti v komunikaci. Člověk má zhoršené logické uvažování, obtížně rozumí slovům, příběhům a postupně dochází ke ztrátě schopnosti verbální komunikace (Hauke a kol. 2017, s. 69).

Demence způsobuje poruchy komunikace. Mezi nejčastější poruchy komunikace patří: **dysartie**, která se vyznačuje postižením řečových mechanismů, **dysfagie** což je porucha polykání slin, tekutin, tuhé stravy nebo léků a **afázie** jako získaná porucha porozumění a produkce řeči (Stárek 2022 s. 102–104).

Alzheimerova choroba a další typy demence způsobují snížení schopnosti člověka komunikovat, změny se mohou lišit podle progresu nemoci. U člověka s demencí se můžeme setkat s potížemi při hledání správných slov, s logickým uspořádáním slov, popisu známých objektů a ztrátou toku myšlenek (Alzheimer's Association 2023).

Za obecná pravidla v komunikaci s lidmi s demencí Hauke a kol. (2017, s. 71–72) považuje zajistit klidné prostředí, zachovávat při komunikaci klid a nemluvit o klientovi v jeho přítomnosti ve třetí osobě. V neverbální komunikaci je důležité přizpůsobit se pomalému tempu osoby s demencí, omezit pohyby a přecházení. Zůstat v zorném poli člověka a aktivně navázat a udržovat oční kontakt. V každém případě je její soulad

s ostatními typy komunikace pro správný průběh nezbytný. V opačném případě by bylo obtížné získat důvěru a spolupráce by byla narušena nebo znemožněna. Při komunikaci je zachováván respekt k věku, k osobnosti a ke schopnostem člověka s demencí. Zároveň je zachováván partnerský přístup a vnímání klienta jako dospělého rovnocenného partnera.

Důležitou součástí komunikace je aktivní naslouchání, které zahrnuje oceňování, parafrázování, zrcadlení emocí, shrnování. Aktivní naslouchání je považováno za nezbytný předpoklad úspěšné komunikace s respektem ke klientovi (Hauke a kol. 2017, s. 73–75).

Oceňování poskytuje pozitivní zpětnou vazbu, vede ke zplnomocnění člověka, zvyšuje jeho sebevědomí, prokazuje úctu a má být pravdivé (Hauke a kol. 2017, s. 74).

Parafrázování umožňuje sdělit co slyšíme, přeformulovat a nabídnout člověku zpětnou vazbu na jeho sdělení (Hauke a kol. 2017, s. 75).

Zrcadlení emocí znamená pochopit pocity člověka a umět je reflektovat, vyjadřovat pocity a myšlenky slovy (Klevetová 2017, s. 116).

Shrnování slouží k ujištění, že komunikující pochopili sdělení, shrnování může být přenecháno člověku s demencí, avšak ano nemusí vždy odpovídat realitě (Hauke a kol. 2017, s. 75).

Přesto, že u lidí s demencí dochází k narušení komunikačních schopností, je nezbytné nadále komunikovat s důstojností, což například znamená:

1. *brát člověka s demencí vážně a věnovat pozornost otázkám, které pokládá,*
2. *všímat si jeho reakcí,*
3. *chválit a povzbuzovat,*
4. *nesouhlas vyjadřovat citlivě,*
5. *dávat najevo porozumění, které pomáhá zlepšovat vztah s člověkem, o němž pečujete (Dementia, Komunikace s důstojností).*

Hauke (2014, s. 87) zmiňuje *zlatá pravidla srozumitelné komunikace*, čímž má na mysli jednoduchost, uspořádanost, stručnost a podnětnost. Vše dohromady je významné, pokud chceme porozumět člověku s demencí. Při péči je důležité vnímat pocity libosti a nelibosti. Tyto pocity představují jasné reakce na péči.

Stárek (2022, s. 101–102) poukazuje na to, že nástrojem úspěchu v komunikaci je vhodný komunikační klíč a vhodné komunikační techniky. Umět rozpoznat a respektovat

omezení člověka a mít na paměti, že člověk má za sebou určitou historickou cestu, například předchozí společenské a profesní uplatnění, životní role a další.

Stárek (2022, s. 108) shrnuje zásady komunikace získané z praxe a říká, že při komunikaci není vhodné mít snahu přesvědčovat a vyvracet některé informace, nebo jakkoli do tohoto procesu člověka nutit. Upozorňuje na to, že by mělo být respektováno soukromí, vnímáno a reflektováno emoční rozpoložení člověka. Měli bychom se snažit využít neverbálních komunikačních technik a vyvarovat se opravování slov či dokončování vět.

Je velmi důležité navázat smysluplný kontakt a Brackey (2019, s. 229) radí zastavit se, sklonit se do úrovně člověka, dotknout se ho na koleně, podívat se mu do očí a především ho pochválit. Úsměv je považován za výborného pomocníka v komunikaci, který zlepšuje duševní pohodu, uvolňuje napětí a svalstvo. Lidé s demencí dokáží být nesmírně duchaplní a vtipní.

Přizpůsobit komunikaci s člověkem s demencí lze prostřednictvím pozitivní interakce. Techniky pozitivní interakce jsou klíčem k úspěšné komunikaci a Glenner a kol. (2012, s. 44–47) uvádí čtyři základní pravidla.

- 1. Snažte se být stále příjemní, klidní a dodávejte člověku sílu. Přispějete tak k tomu, že i on bude příjemný a klidný.*
- 2. Vždy u člověka podporujte pozitivní sebehodnocení.*
- 3. Usnadněte člověku porozumění používáním jednoduchým vět a jejich případným opakováním.*
- 4. Usnadněte člověku porozumění neverbálními signály.*

Fert'alová a Ondriová (2020, s. 58) upozorňují na to, že člověk často kopíruje naše vlastní rozpoložení a pokud na něj působíme nepříznivě, znepokojivě nebo smutně, bude tyto projevy zrcadlit. V případě, že působíme uvolněně a klidně bývá komunikace úspěšná. Předpokladem kvalitní péče je efektivní komunikace, jež vyžaduje odborné znalosti, komunikační dovednosti, přiměřenou a adekvátní dávku trpělivosti, empatii a schopnost naslouchat.

Vzhledem k cíli bakalářské práce je významné objasnit limity v komunikaci s lidmi s demencí. Ta je ovlivněna mnoha faktory. Při komunikaci dochází k bariérám, chybám a nevhodné komunikaci a pro účely práce budou tyto faktory považovány souhrnně za limity v komunikaci.

Dle König a Zemlin (2017, s. 51–60) dochází k chybám v komunikaci v situacích, kdy je člověk s demencí osloven ze vzdáleného místa a z důvodu nemoci nemůže kontakt dostatečně vnímat. Mezi další chyby patří nepřizpůsobení řeči a hlasu, reagování jednoznačně negativními gesty a nepřiměřené používání dotyků. Rovněž také neuvážené používání zdrobnělin, opravování vyřčeného a kladení otázek vyžadujících rozhodování.

Hauke a kol. (2017, s. 70–72) upozorňuje také na nevhodnou komunikaci, která má za následek prohloubení problémového chování, může vyvolávat nepříjemné pnutí a nervozitu. Nevhodnou komunikací se rozumí například nesoulad složek komunikace. Člověk s demencí velmi výrazně vnímá neverbální a paraverbální projevy komunikace. Mezi další významné faktory, které negativně ovlivňují komunikaci jsou rušivé vlivy jako je hluk z televize, rádia, nadměrný hluk a jiné. Pro člověka s demencí je důležité, aby mu bylo sdělováno vše, co se děje, jaké budou voleny postupy, vyvarovat se neočekávaným manipulacím, které mohou vyvolávat problémové chování. Žádoucí je používat přímá pojmenování, vyhýbat se zájmenům a vnímat, že tón hlasu, intonace i melodie zprostředkovávají člověku pocit bezpečí a jistoty. Taktéž se vyhýbat otázkám, které začínají „proč“, aktivně chránit práva klienta, zabraňovat jeho ponižování, infantilizaci a nálepkování.

Některé otázky a slova jsou pro člověka s demencí frustrující až zraňující a při komunikaci je přínosné se jim vyhnout. Jedná se zejména o otázky začínající „kdy“, upozorňování na to, že opakovaně odpovídáte na stejnou otázku a připomínání bolestivých událostí, které člověk s demencí mohl zapomenout. Zatěžující je pokládat příliš mnoho otevřených otázek o minulosti a také používat dlouhé a složité věty (Alzheimer's society 2023).

2.5 Komunikace v jednotlivých stádiích demence

V této podkapitole se autorka práce zaměřila na komunikaci v jednotlivých stádiích demence. Z následujícího textu vyplývá významnost porozumění komunikace v jednotlivých stádiích.

Komunikace v prvním stádiu demence

V prvním stádiu demence obvykle člověk rozumí, co se mu sděluje. Z důvodu počínající ztráty krátkodobé paměti je ovšem vhodné komunikovat pomalu, používat krátké věty a sdělovat jen přiměřené množství informací najednou. Důležité je oslovovat člověka jménem případně titulem, zachovávat klid, trpělivost a nespěchat, pokud má člověk problém s nelezením vhodných slov. Zároveň si ověřovat, zda člověk porozuměl

řečenému. Velmi významné je se představit, hovořit o tom, co děláme a proč. Cílem je pomoci člověku si uchovat co nejdéle orientaci místem, časem a situací. Člověk si mnohé uvědomuje, zejména to, že v některých situacích selhává a zapomíná a může být pro něj obtížné si to přiznat (Hauke a kol. 2017, s. 75–76).

Komunikace v druhém stádiu demence

V druhém stádiu se člověk přestává orientovat i na známých místech, nepoznává své blízké a objevuje se postupná ztráta schopnosti vykonávat běžné činnosti. Dochází ke změnám v chování, ke ztrátě schopnosti logicky uvažovat a člověk žije ve své realitě. Minulost se stává přítomností. Prožitky a vzpomínky se nevyvrací, změněná realita může pocházet z prožitých životních událostí a nenaplněných životních potřeb. Osoby z minulosti mohou být symbolem důvěry, bezpečí, jistoty a potřeby být milován. Rozhovor má být jasný a stručný a při instruování k požadované činnosti postupovat krok po kroku. Taktéž dotyky, vzdálenost i oční kontakt jsou v druhém stádiu demence významné a k neverbální komunikaci by se mělo přistupovat citlivě s ohledem na projevy člověka (Hauke a kol. 2017, s. 77–79).

Komunikace ve třetím stádiu demence

Ve třetím stádiu demence dochází k ztrátě řeči a porozumění slovům, člověk potřebuje celodenní péči, projevy komunikace směřují k uspokojování základních fyziologických potřeb a potřeb emočních. Obecně jsou velmi důležité v komunikaci dotyky, melodie hlasu, úsměv, blízkost druhé osoby, oční kontakt, pohlazení po tváři, vlasech a objetí (Hauke a kol. 2017, s. 79–80).

3 Metody a přístupy v komunikaci s lidmi s demencí

Metody a přístupy, jež jsou zde popsány, pomáhají v komunikaci lépe porozumět člověku a jeho potřebám, zachovávat důstojnost a nastavit individuální péči. Dalším pozitivním aspektem je, že mohou usnadnit komunikaci a podpořit soběstačnost. V odborné literatuře lze nalézt mnoho metod a přístupů v komunikaci, ale autorka práce se zaměřila pouze na čtyři níže uvedené.

3.1 Bazální stimulace

Bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept, jehož cílem je usnadnit komunikaci, podpořit vnímání a pohybové schopnosti u lidí s demencí. Pracuje s autobiografií a sociální zkušeností člověka s demencí. Pomáhá porozumět stylu komunikace nemocného, navázat komunikaci a navodit uklidnění. Také snižuje riziko zranění, významně ovlivňuje poruchy chování, aktivizuje k smysluplným aktivitám a podporuje orientaci v čase a prostoru (Zrubáková, Bartošovic a kol. 2019, s. 87).

Koncept má vypracované rehabilitační techniky pro základní prvky stimulace, tj. stimulaci tematickou, vestibulární, vibrační, a nástavbové prvky stimulace, tedy taktilně-haptickou, chuťovou, optickou, auditivní a olfaktorickou (Friedlová in Zrubáková, Bartošovic a kol. 2018, s. 87).

Stimulace mají široké uplatnění, například podporují v soběstačnosti, pomáhají aktivizovat mozkovou aktivitu a ovlivnit svalový tonus, orientovat se, poznávat lidi a předměty (Zrubáková, Bartošovic a kol. 2019, s. 87–90).

Komunikace v konceptu bazální stimulace má významné místo, jelikož je propojena s vnímáním a pohybem. Vnímání je možné jen s využitím smyslových orgánů, které slouží jako komunikační kanály, vnímání taktéž umožňuje pohyb, komunikace je umožněna pohybem a vnímáním. Mezi základní zásady komunikace v konceptu bazální stimulace patří: stejně oslovovat člověka při zahájení i ukončování činnosti, používat iniciální dotek na stejném místě při zahájení a ukončování činnosti, mluvit zřetelně, srozumitelně, nezvyšovat hlas a využívat přirozenou hlasovou intonaci. Všichni by měli používat stejný způsob komunikace. Verbální a neverbální komunikace musí být v souladu a podstatné je usilovat o odstranění hluku (Friedlová in Malíková 2020, s. 191–193).

Člověk projevuje buď spokojenost nebo nespokojenost s činnostmi v rámci bazální stimulace. Spokojenost může být vyjádřena změnou v kvalitě dýchání, mžikání očima

nebo vydáváním zvuků. Lze pozorovat klidný a uvolněný pohled. Nespokojenost může být vyjádřena změnou barvy obličeje, zavíráním očí a dutiny ústní, změnou v kvalitě a frekvenci dýchání, křikem, sténáním apod. Důležité je pozorně sledovat projevy člověka při bazální stimulaci. Významnou součástí konceptu je integrace příbuzných do péče, jejich pomoc při získávání anamnézy a spolupráce (Friedlová in Malíková 2020, s. 193).

3.2 Reminiscence

Pojem reminiscence lze považovat za synonymum slova vzpomínka, oživení něčeho z minulosti. Reminiscence je přínosná u lidí s demencí a má za cíl zlepšit komunikaci, posílit lidskou důstojnost, pomoci a podpořit rodinné pečující. Reminiscenční terapií se rozumí rozhovor pracovníka s člověkem o jeho životě, o aktivitách, kterým se v minulosti věnoval, prožitých událostech a zkušenostech. Jako pomůcky při rozhovoru jsou využívány fotografie z mládí, dříve používané předměty, pracovní nářadí, módní doplňky, filmy a další. Lidé s demencí mají zasaženou krátkodobou paměť, ale prožitky z minulosti si často vybavují dobře. Proto reminiscence pomáhá vybavovat si a oživovat zkušenosti z minulosti, zejména pozitivní zážitky, například rodinné události, svátky, svatby. Při reminiscenci se využívají rovněž i neverbální metody, které umožňují vyjádřit vzpomínky pomocí těla nebo výtvarných prostředků. Při reminiscenci je dobré se vyhnout příliš hlubokým nepříjemným tématům, a zaměřit se na vzpomínání v období mládí a středního věku (Fert'alová, Ondriová 2020, s. 53–54).

Zásady při využívání reminiscenční terapie zahrnují lidem dopřát dostatek času na odpověď a uspořádání myšlenek, netrvat za každou cenu na tématu, obsah zaměřovat s respektem k věku a minulosti člověka, nezahrnovat je nadměrným množstvím pomůcek a další (Dvořáčková in Fert'alová, Ondriová 2020, s. 53–55).

3.3 Validace podle Naomi Feil

Slovo „validace“ znamená „platnost“, někoho nebo něco uznat platným. Potvrzení, že emoční prožívání daného člověka je přijaté, tak jak jej v tom daném okamžiku projevuje (Hauke a kol. 2017, s. 87).

Validace je komunikační metoda, vhodná pro dezorientované lidi, založená na jednání s respektem a empatií. Validace znamená potvrdit emoce člověka a uznat, že tyto emoce jsou pravdivé, je to i způsob, který usnadňuje člověku uspokojovat své základní lidské potřeby a prožít v klidu závěrečnou etapu života. Metoda rovněž umožňuje

posoudit druh chování dezorientovaných lidí a prostřednictvím jednoduchých a praktických technik pomáhá obnovit důstojnost. Metoda validace se zaměřuje na celistvost člověka, v popředí není pouze diagnóza, ale především člověk, který není schopný se vyrovnat s vlastním životem. Autorkou metody je Naomi Feil, která tvrdí, že příčinou dezorientace není pouze neurodegenerativní proces v mozku, ale také neschopnost člověka přizpůsobit se změnám, které v životě přichází. Validace se opírá o vývojovou teorii Erika Homburgra Eriksona. Jejím cílem je přispět k tomu, aby člověk mohl zůstat ve svém domácím prostředí a dal smysl prožitému životu (Hauke a kol. 2017, s. 85–89).

Naomi Feil vysvětluje, že člověk své negativní události a křivdy, pokud je nezpracuje, odkládá do svého „životního batohu“, který si nese celý život s sebou. Pro člověka je mnohdy náročné ho celý život nést a v období stáří ho otevírá a nachází mnohé bolesti a nevyřešená témata. Nemá sílu bolestné životní události řešit a stává se dezorientovaným, aby se mohl „vrátit“ tam, kde zažil obtížné chvíle a opět si prožil danou emocionální událost. Je významné zmínit, že u validace jde o filozofii vnímání lidí s demencí a pokud ji do péče převzou všichni pečující dochází k pozitivním výsledkům. Prostřednictvím empatie a dlouhodobého validačního postoje lze dosáhnout pozitivní změny v chování, komunikaci a prožívání reality dezorientovaného člověka (Hauke a kol. 2017, s. 86–88).

3.4 Psychobiografický model péče prof. Erwina Böhma a životní příběh

Autorem psychobiografického modelu péče je Erwin Böhm, který říká, že pokud chceme pečovat individuálně o člověka, musíme znát jeho životní příběh (Procházková 2020, s. 49).

Psychobiografický model poskytuje péči aktivizující, podporující pozitivní potenciál klienta a vnímá klienta jako osobnost, která prožívá životní fázi stáří (Erwin Böhm institut 2015). Psychobiografický model péče mění způsob myšlení personálu, způsob porozumění člověku a způsob poskytnutí odborné péče, která podpoří člověka v jeho soběstačnosti a jeho schopnosti rozhodovat o svých záležitostech co nejdéle. Cílem modelu je oživit psychiku člověka, oživit profesní zájem pečovatелů, podnítit zájem o odbornou problematiku, zvýšit odbornou úroveň a rozšířit vnímání společenské normality (Procházková 2020, s. 37–40).

Prof. Böhm ve svém modelu péče zdůrazňuje nutnost uvědomit si, že starý člověk má nejen tělo, ale i duši a emoce, která vystupují do popředí právě ve vyšším věku a vyžaduje zcela specifický přístup v péči (Procházková 2015). Procházková (2020, s. 80) tento model doplňuje a vysvětluje biografickou péči tak, že vychází z postupně odhalených osobních přání a potřeb člověka na základě práce s životním příběhem. Takto nastavená péče zapojuje zachovalé schopnosti a dovednosti člověka a poskytuje uchopitelné pracovní postupy, které zkvalitní individuální plánování péče.

Biografie je životní příběh člověka, měla by komplexně a nezaújatě popisovat život člověka v jeho souvislostech. Je to jakýsi životopis člověka, napsaný někým jiným. V péči je pojem biografie souborem informací o člověku. Pokud se na ni podílí člověk sám, jedná se o aktivní biografii, pokud informace poskytuje rodina, známí, personál hovoříme o pasivní biografii (Procházková 2020, s. 51). Smyslem biografie je nalézt životní příběh člověka, možnost získat informace o rituálech a zvyklostech člověka v denních aktivitách. Výše zmíněné významně pomáhá při utváření individuálního plánu péče (Procházková 2020, s. 89).

Životní příběh lze zpracovat mnoha způsoby. Jedním ze způsobů je textový záznam v podobě vzpomínkových tematických listů. Životní příběh může být zachycen v biografické knize, ve zvukovém záznamu vyprávění nebo jako série kreseb. Znalost životního příběhu pečujícím zprostředkuje pohled na to, jaké hodnoty lidé s demencí zastávali, jakým aktivitám se v minulosti věnovali, nebo co naopak neměli rádi a kdo byl pro něj důležitý. Biografický materiál může poskytnout informace o historii člověka, co měl rád, co dávalo jeho životu smysl. Prostřednictvím biografie lze pochopit přání a zájmy lidí s demencí a také posílit vztahy klient-pečující, snížit komunikační bariéry a nepochopení. A v neposlední řadě zájem o životní příběh zvyšuje důvěru v pečující a podporuje pocit bezpečí (Matoušek a kol. 2022, s. 310–313).

4 Sociální služby

Následující text se zabývá sociálními službami a rovněž jsou zde popsány pobytové sociální služby, které jsou velmi významné v oblasti péče o lidi s demencí. Poslední podkapitola teoretické části se věnuje osobám pracujícím v sociálních službách, které poskytují různé formy pomoci a podpory lidem s demencí.

Sociální služby jsou vymezeny v zákoně č. 108/2006, Sb., o sociálních službách, v platném znění a zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. *Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli* (Matoušek a kol. 2011, s. 9).

Existují sociální služby pobytové, ambulantní, terénní. V zákoně je upravena základní definice takovéto služby a cílová skupina osob, pro které je sociální služba určena (Ondrušová, Krahulcová a kol. 2019, s. 62).

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění definuje pobytové služby, jako takové služby, které jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí. Ambulantní služby jsou vymezeny jako služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění, § 33).

Lidé s demencí mohou využít základní sociální poradenství, které je součástí všech sociálních služeb nebo odborné sociální poradenství. Odborné sociální poradenství může například nabídnout informace o možnostech podpory členů rodiny, kteří poskytují péči nebo se na ní podílejí. Sociální služby vhodné pro lidi s demencí jsou osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, telefonická krizová pomoc, průvodcovské a předčitatelské služby. Významnou službou pro pečující osoby jsou odlehčující služby, které zajistí na přechodnou dobu péči o lidi s demencí a umožní pečujícímu tolik potřebný odpočinek. Mezi další sociální služby patří centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře. Tyto služby mimo jiné poskytují výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti zaměřené na nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností. Pro osoby v seniorském věku, které jsou ohrožené sociálním vyloučením jsou určeny sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

Služba poskytuje zájmové, vzdělávací a volnočasové aktivity a socioterapeutické činnosti zaměřené na rozvoj nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování (Sborník příkladů dobré praxe 2019, s. 16–20).

4.1 Pobytové sociální služby

V následujícím textu se autorka práce zaměří na pobytové sociální služby, které jsou velmi významné v oblasti péče o lidi s demencí nejen v pokročilejší fázi demence. Zejména pak u domovů se zvláštním režimem, které jsou nejvíce využívány pro osoby s demencí v případech, kdy péče v domácím prostředí není z různých důvodů možná.

Jak již bylo výše zmíněno pobytové sociální služby jsou spojené s ubytováním. Služba je financována z plateb uživatelů sociálních služeb, příspěvků na péči, státních dotací a příjmů z veřejného zdravotního pojištění. Sociální služby, tedy i pobytové se poskytují jen na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb, které poskytovatel získá rozhodnutím o registraci. Vydané rozhodnutí o registraci je zapsané v registru poskytovatelů sociálních služeb. Poskytovatelé sociálních služeb mají stanoveny povinnosti, které jsou uvedeny v § 88 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění. Žadatelé o pobytovou sociální službu musí odpovídat cílové skupině pro kterou je služba určena. Mezi další povinnosti poskytovatele patří dodržovat standardy kvality sociálních služeb, vést dokumentaci, plánovat průběh poskytování sociální služby a další. Se zájemcem o pobytovou sociální službu je uzavřena písemná smlouva ještě před nástupem do zařízení (Malíková 2020, 57–62).

Odlehčovací služby

Odlehčovací služba je převážně pobytová sociální služba poskytující celodenní péči spojenou s ubytováním a stravováním. Služba je vyhledávána ve chvíli, kdy pečující z nějakého důvodu nemohou pečovat o lidi s demencí, zejména pokud potřebují odpočinek, načerpat energii nebo nemohou poskytovat péči ze zdravotních či jiných důvodů a potřebují zastoupit. Pobyt v odlehčovací službě je časově omezen a cena za služby je zákonem stanovena (Čechová, Mazancová, Marková a kol. 2019, s. 338). Služba je poskytována také i terénní a ambulantní formou.

Domovy pro seniory

Jsou nejvýznamnější pobytovou sociální službou pro seniory (Sborník příkladů dobré praxe 2019, s. 19). Poskytují celoroční provoz osobám se sníženou soběstačností, které potřebují pravidelnou pomoc (Malíková 2020, s. 42). Služba poskytuje ubytování, stravu,

pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, kontakt se společenským prostředím a další (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění, § 49). Hauke a kol. (2017, s. 257) dodává, že se lze setkat s domovy pro seniory, které nepřijímají lidi s demencí.

Domovy se zvláštním režimem

Jedná se o pobytovou službu, která je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, osobám s Alzheimerovou demencí a ostatními typy demence. Domov se zvláštním režimem poskytuje ubytování, stravu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, kontakt se společenským prostředím a další (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění, § 51).

V tomto typu zařízení je režim speciálně uzpůsoben k zabezpečení potřeb lidí s demencí. Především prostory a podmínky jsou přizpůsobeny tak, aby vyhovovaly této cílové skupině. Služba je poskytována speciálně vyškoleným personálem jako jsou zdravotní sestry, pečovatelé, pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci. V mnoha zařízeních není k dispozici celodenně lékař, ale pravidelně dochází. Pobyt v domově se zvláštním režimem není časově omezen a platba za služby je stanovena zákonem. Přijetí do domova se zvláštním režimem je proces, na jehož začátku je žádost o přijetí, poté následuje sociální šetření, které provádí sociální pracovník a závěrem je uzavřena smlouva o poskytování sociální služby, pokud to umožňuje kapacita domovů se zvláštním režimem. V praxi se však lze setkat s dlouhými čekacími lhůtami právě z důvodu přeplněné kapacity (Čechová, Mazancová, Marková a kol. 2019, s. 339–342).

Sociální služby ve zdravotnickém zařízení

Služba je poskytována ve zdravotnickém zařízení lidem, kteří jsou propuštěni z akutního oddělení nemocnici, avšak v důsledku nepříznivého zdravotního stavu se neobejdou bez pomoci druhé osoby, a proto nemohou být propuštěni ze zdravotnického zařízení. Zdravotnická zařízení poskytují lidem sociální lůžka na nezbytně nutnou dobu, než je zprostředkována navazující péče v pobytových sociálních službách nebo péči převezme a zajistí osoba blízká. Služba poskytuje ubytování, stravu, pomoc při hygieně a další. Služba je hrazena a péči zajišťuje tým zdravotnických pracovníků (Čechová, Mazancová, Marková a kol. 2019, s. 343).

Týdenní stacionáře

Týdenní stacionáře jsou pobytovou službou pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním a vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba poskytuje ubytování, stravu, pomoc při osobní hygieně a při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu a další (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění, § 47).

4.2 Osoby pracující v sociálních službách

V sociálních službách působí široké spektrum pomáhajících profesí. V dalším textu se zaměříme především na sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách a zdravotnické pracovníky, kteří jsou nedílnou součástí pobytových sociálních služeb.

Sociální pracovník

Sociální pracovník je definován v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění a musí splňovat odbornou způsobilost a předpoklady k výkonu povolání sociálního pracovníka a také se musí dále vzdělávat. V pobytových sociálních službách, zejména pak v domově se zvláštním režimem by sociální pracovník měl umět vytvořit s lidmi s demencí vztah založený na vzájemné důvěře, toleranci a hlubokém lidském porozumění. Taktéž má mít skutečný zájem o člověka, vysoké pracovní nasazení a motivaci pracovat s lidmi s demencí. (Holcerová, Dvořáčková in Zrubáková, Bartošovic a kol. 2019, s. 125).

Právě sociální pracovník je v sociálních službách mnohdy zprostředkovatel prvního kontaktu a je důležité být maximálně nápomocný, poskytovat doprovod, podporu a pomoc a rovněž se soustředit na to, že člověk je bio-psycho-socio-spirituální bytost, která má individuální touhy, potřeby a limity. Sociální pracovník má mít vlastnosti zralé osobnosti, empatii, flexibilitu, komunikativnost a všeobecný přehled. Úlohou sociálního pracovníka v pobytových službách je také pomoci lidem s demencí adaptovat se na nové prostředí. Komunikace může být v tomto procesu úspěšným nástrojem. Komunikace mnohdy neprobíhá pouze s člověkem, ale i s jeho rodinou a příbuznými a aby byla efektivní, je zapotřebí ji v každém okamžiku přizpůsobit aktuálnímu rozpoložení člověka, míře jeho pozornosti a celkové schopnosti fungovat (Zrubáková, Bartošovic a kol. 2019, s. 125–126).

Pracovník v sociálních službách

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění říká, že pracovník v sociálních službách vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních služeb a zároveň upravuje podmínky výkonu této činnosti (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění, § 116).

Pracovník v sociálních službách mimo jiné disponuje všeobecnými znalostmi například z oboru psychologie, orientuje se v systému zdravotních a sociálních služeb a má všeobecný přehled o anatomii a fyziologii lidského těla. Dokáže efektivně ovládat komunikaci a uplatňovat ji v praxi a zná techniky komunikace s nekomunikujícími klienty, tak aby dokázal zjistit jejich potřeby. Při práci s klientem umí používat podpůrné a stimulační metody k aktivizaci a zároveň dodržuje a respektuje práva klientů. S klienty provádí volnočasové aktivity. Jako pracovník v sociálních službách se zajímá o svůj obor, má empatický lidský přístup, je citlivý a ochotný (Malíková 2020, s. 94–97).

Zdravotnický pracovník

Malíková (2020, s. 97) za nelékařské pracovníky v pobytových sociálních službách považuje vrchní sestru nebo vedoucí ošetrovatelské péče, všeobecnou sestru, fyzioterapeuty a ergoterapeuty. Všichni musí splňovat podmínky k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, které jsou uvedeny v zákonech č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, vyhlášky č. 424/2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění.

Malíková (2020, s. 99–104) uvádí, že v pobytových zařízeních jde o *sestru v sociálních službách*, která musí splňovat kvalifikační požadavky a musí mít způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odbornou způsobilost. Sestra v sociálních službách má umět zhodnotit stav klienta, zajímat se o svůj osobnostní a profesionální růst, o obor a zaujímat empatický přístup. Důležité je mít všeobecný přehled z psychologie nemocných a umět používat vhodné komunikační techniky. Nezbytnou podmínkou je znát a rozumět specifickým odlišnostem v komunikaci v gerontologie a dokázat je použít nejen u komunikujících, ale i u nekomunikujících klientů.

Empirická část

5 Úvod do průzkumu

Empirická část bakalářské práce je úzce propojena s částí teoretickou. Tématem bakalářské práce je komunikace s lidmi s demencí v domově se zvláštním režimem. Komunikace, jak již bylo uvedeno v teoretické části je důležitou lidskou schopností, která umožňuje lidem předávat informace, navázat vztah s druhými, porozumět světu kolem nás, vyjadřovat emoce a sdělovat své postoje.

Lidem s demencí onemocnění způsobuje narušení komunikačních schopností a v závěrečném stádiu demence dochází k úplné ztrátě řeči a porozumění slovům. Předmětem zájmu této práce jsou tedy pracovníci přímé péče v domově se zvláštním režimem a jejich způsob komunikace s lidmi s demencí.

Autorka práce se proto v empirické části snaží zjistit a popsat, jak komunikují pracovníci pobytové sociální služby s lidmi s demencí, jaké mají možnosti a co považují za limity v komunikaci.

Empirická část je členěna na tři části, kdy první část vymezuje cíl, průzkumné otázky, popisuje metodu a techniku sběru dat, seznamuje s organizací sběru dat a vzorkem respondentů a upozorňuje na etiku a limity průzkumu. Následující text seznamuje se způsobem analýzy dat a získaná data jsou interpretována. Závěrečná část se věnuje diskuzi, ve které jsou shrnuta zjištěná data a poznatky jsou porovnávány s odbornou literaturou a ostatními výzkumy. Rovněž obsahuje navrhovaná opatření.

5.1 Cíl a průzkumné otázky

Cílem bakalářské práce je zjistit možnosti a limity komunikace s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby. Pojem „pracovník“ v následujícím textu představuje sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách a zdravotnický personál, který jsou v přímé péči s lidmi s demencí. Ve vztahu k cíli bakalářské práce byly stanoveny dvě hlavní průzkumné otázky a jedna dílčí.

HPO1: Jaké jsou možnosti komunikace s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby?

Tato otázka se zaměřuje na zjištění, jakým způsobem pracovníci komunikují s lidmi s demencí při péči. Smyslem otázky bylo také zmapovat, jak pracovníci zjišťují, co klient

potřebuje, zda má nějaké obtíže nebo potřeby. Rovněž se otázka zajímala o to, co pracovníkům pomáhá a usnadňuje komunikaci s lidmi s demencí.

HPO2: Jaké jsou limity v komunikaci s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby?

Tato otázka měla za cíl zjistit, co pracovníci považují za limity v komunikaci s lidmi s demencí. Porozumět s jakým omezením se pracovníci v komunikaci s lidmi s demencí setkávají a jak charakterizují bariéry v komunikaci. Další cílem bylo zjistit, co vše může ovlivnit komunikaci.

Dále byla stanovena jedna dílčí průzkumná otázka, prostřednictvím které chce autorka práce zjistit, zda pracovníci využívají nějaké metody a přístupy v komunikaci s lidmi s demencí.

DPO1: Jaké metody a přístupy jsou využívány v komunikaci s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby?

5.2 Metoda a technika sběru dat

Vzhledem k cíli bakalářské práce byla zvolena kvalitativní metoda, a to z toho důvodu, aby bylo možné hlouběji prozkoumat možnosti a limity komunikace pracovníků, kteří jsou v přímé péči s lidmi s demencí. *Kvalitativní výzkum se často snaží vysvětlit sociální jednání pomocí subjektivních významů aktérů a jejich konstrukcí o vlastním jednání a jednání jiných* (Hendl, Remr 2017, s. 27).

Pro naplnění cíle bakalářské práce byla použita metoda dotazování prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Polostrukturovaný rozhovor zahrnuje předem připravené otázky (Příloha č. 2), které jsou v přímém vztahu k cíli bakalářské práce. Rovněž připravené otázky dávají rozhovoru určitý systém, ale ponechávají také prostor respondentům a díky tomu lze do problému proniknout hlouběji (Hricová, Ondrášek, Urban 2023, s. 29).

5.3 Organizace sběru dat a vzorek respondentů

Průzkumné šetření probíhalo v domově se zvláštním režimem, který sídlí v Libereckém kraji. Domov je rodinného typu a klienti zde naleznou sociální a zdravotní péči. Domov se v péči o lidi s demencí inspiroje psychobiografickým modelem péče profesora Erwina Böhma. V domově péči zajišťují pracovníce v sociálních službách, sociální pracovníce, zdravotnický personál a aktivizační pracovníce.

Respondenti byli vybíráni metodou záměrného výběru, jelikož tento způsob byl nejvíce vyhovující pro potřeby výzkumného šetření. Novotná (In Hricová, Ondrášek, Urban 2023, s. 83) dodává, že záměrný výběr umožňuje zkoumat jasně vymezený a daný jev u dané cílové skupiny, významná je však skutečnost, že nikde jinde potřebnou informaci neseženeme. Za respondentky byly zvoleny pracovnice domova se zvláštním režimem, které pracují s lidmi s demencí.

Po domluvě s ředitelkou domova se zvláštním režimem autorka práce oslovila 6 pracovnic, které s průzkumným šetřením souhlasily. Sběr dat se uskutečnil v září 2023. Rozhovory s respondentkami probíhaly v pracovní době v různých částech domova. Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon se souhlasem respondentek, nejprve však probíhalo představení, seznámení s tématem a cílem průzkumného šetření. Otázky byly předem připravené, ale jejich pořadí se přizpůsobovalo průběhu rozhovoru. Rovněž byly kladeny doplňující otázky, které vedly k většímu porozumění daného problému. V následujícím textu jsou pracovníci označováni v ženské rodě jako respondentky a z důvodu anonymizace jsou uváděny pod označením R1-R6.

Autorka práce si pro průzkumné šetření připravila 16 otázek (Příloha č. 2). Prostřednictvím prvních dvou otázek z průzkumu, které nejsou číslovány a dále nejsou zahrnuty v textu z důvodu možné identifikace respondentek, chtěla autorka práce navodit důvěrnější atmosféru a zároveň zjistit, jak respondentky dlouho pracují s lidmi s demencí a jak se k této profesi dostaly.

Otázky z polostrukturovaného rozhovoru číslo 2, 3, 7, 9, 10, 11, 12, 15 směřovaly k zodpovězení první průzkumné otázky a měly za cíl zjistit jaké jsou možnosti komunikace s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby. K zodpovězení druhé průzkumné otázky, které se zabývala limity v komunikaci s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby sloužily otázky číslo 1, 4, 5, 6, 8, 16. Dílčí otázka zjišťující metody a přístupy v komunikaci zahrnovala otázky č. 13 a 14 z polostrukturovaného rozhovoru.

5.4 Etika a limity průzkumu

V této podkapitole autorka poukáže na etiku a možné etické otázky s přípravou a realizací průzkumu. Dále se bude zabývat limity průzkumu, které mohou ovlivnit výsledky průzkumného šetření.

Etika a etické otázky výzkumu je možné rozdělit do dvou časových oblastí. V počátku výzkumného šetření se výzkumník zabývá etickými otázkami a etikou

spojenou s přípravou a realizací vlastního výzkumného šetření. Druhá oblast etiky a etických otázek výzkumu je spojena s prezentací výsledků výzkumu. Prostředky využívané k ochraně respondentů výzkumného šetření jsou především důvěrnost a anonymita. Výzkumník také dbá na dodržování emočního bezpečí respondentů, jejich autonomie, respektuje názory účastníků výzkumu a jejich soukromí. Bezpečí a ochrana osobních údajů se netýkají pouze respondentů, ale i výzkumníka. Při výzkumech je důležité získat informovaný souhlas nejen od zaměstnanců vybrané sociální služby, pokud jsou respondenty, ale rovněž informovat organizaci o tom, jak budeme nakládat s daty a jakým způsobem budeme prezentovat data. Výsledky výzkumu by měly být zpřístupněny nejen odborné veřejnosti, ale i respondentům, a to ve srozumitelné podobě, která nepoužívá odborný jazyk (Hricová, Ondrášek, Urban 2023, s. 87–92).

Před samotným průzkumem autorka práce informovala nejprve statutárního zástupce domova se zvláštním režimem a seznámila ho s tématem bakalářské práce a cílem průzkumného šetření. Předmětem diskuze byl souhlas s účastí a možné oslovení pracovníků domova se zvláštním režimem k průzkumnému šetření. Zároveň statutární zástupce požádal o seznámení s výsledky průzkumného šetření.

Před zahájením rozhovoru s respondentkami se autorka práce nejprve představila a popsala téma bakalářské práce a vysvětlila cíl průzkumného šetření. Uvedla rovněž časový prostor pro rozhovor a objasnila průběh průzkumného šetření, který zahrnuje předem připravené otázky, přičemž bylo upozorněno na to, že budou zapisovány poznámky k rozhovoru. Také zaznělo, že hovor bude nahráván a zda respondentky s nahráváním rozhovoru souhlasí. Důležitou informací bylo, že autorka práce nebude s nikým rozhovor sdílet, že odstraní veškerá osobní data a poznámky budou anonymizované. Bylo umožněno pokládání dotazů před začátkem rozhovoru i během něj.

Limity průzkumu

V této části by autorka práce chtěla upozornit na možné limity průzkumného šetření. Za limit v průzkumu lze považovat počet respondentů, kteří se účastnili rozhovoru, což významně ovlivňuje zobecnění výsledků průzkumného šetření. Dalším limitem byl shledán fakt, že respondentky byly zaměstnankyně vybrané pobytové sociální služby a autorka předem věděla, že domov se inspiroje psychobiografickým modelem péče profesora Erwina Böhma a z tohoto důvodu, byly cíleně položeny některé otázky, které se zabývaly minulostí člověka s demencí. Za velmi významný limit v průzkumu by autorka práce uvedla časový rámec při rozhovorech, a to z toho důvodu, že probíhaly

v pracovní době. Jak respondentky, tak i průzkumník si byli vědomi časové tísně a mohlo to ovlivnit obsáhlost odpovědí.

6 Analýza a interpretace výsledků

V této části textu se autorka práce zabývá způsobem analýzy získaných dat a dále se věnuje interpretaci zjištěných výsledků průzkumného šetření. *Úkolem analýzy dat je redukce, organizace, syntéza a sumarizace s cílem dát výsledkům význam a provádět úvahy podporované validní evidencí* (Hendl, Remr 2017, s. 215). Kvalitativní analýza dat zahrnuje přepis dat, opakované čtení prepisů, segmentace a kódování dat a hledání souvislostí v datech (Hendl, Remr 2017, s. 216).

Získaná data z průzkumného šetření byla nejprve přepsána pomocí online nástroje pro automatický přepis Beey¹. Následně byla data důkladně a opakovaně pročitána s cílem zjistit významné prvky v rozhovoru. Autorka práce zvolila jako techniku analýzy dat otevřené kódování a inspirovala se poznatkem Švaříčka, Šed'ové a kol. (2007 s. 211), jež se domnívají, že tato technika univerzálně a velmi efektivním způsobem nastartuje analýzu dat.

K otevřenému kódování podle zakotvené teorie lze doplnit, že je to část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů prostřednictvím důsledného studia údajů (Strauss, Corbin 1999, s. 43). *Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými fragmenty textu potom výzkumník pracuje* (Švaříček, Šed'ová a kol. 2007, s. 211.).

Významné kódy byly ve vytištěném textu (Příloha č. 1 a Příloha č. 3) barevně zaznamenány metodou „tužka-papír“ a pro přehlednost byly následně vytvořeny seznamy kódů. Při dalším prostudování a nalezení podobností byly kódy seskupeny do kategorií. Švaříček, Šed'ová a kol. (2007, s. 137) říkají, že kategorie jsou obecnější, kódům nadřazenou jednotkou, kategorie může obsahovat několik kódu, zároveň však může být jedním kódem. Z kódu byly stanoveny tyto kategorie:

- 1. Aspekty usnadňující komunikaci s lidmi s demencí**
- 2. Východiska při zjišťování obtíží a potřeb u lidí s demencí**
- 3. Principy komunikace s lidmi s demencí s narušenou komunikační schopností**
- 4. Adaptace pracovníka na narušené komunikační schopnosti u lidí s demencí**
- 5. Bariéry a nevhodná komunikace s lidmi s demencí**
- 6. Faktory ovlivňující komunikaci s lidmi s demencí**
- 7. Biografie a minulost lidí s demencí**

¹ <https://www.beey.io/cs/>

6.1 Interpretace HPO1

Tato hlavní průzkumná otázka má za cíl zjistit, jakým způsobem pracovníci komunikují s lidmi s demencí při péči. Zejména, jak pracovníci zjišťují, co klient potřebuje a zda má nějaké obtíže. Zároveň je cílem zjistit, co pracovníkům pomáhá a usnadňuje komunikaci s lidmi s demencí. **HPO1:** *Jaké jsou možnosti komunikace s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané sociální služby?* Níže uvedený text charakterizuje stanovené kategorie.

Aspekty usnadňující komunikaci s lidmi s demencí

Tato kategorie vznikla dle výpovědí respondentek na otázku, které byly využity za účelem zjištění, co pracovníkům usnadňuje komunikaci s lidmi s demencí a co se jim osvědčilo. Z odpovědí vznikly následující kódy: **neverbální komunikace, činnosti doprovázené slovem, informace, znalost klienta, osobní nastavení pracovníka, zásady komunikace, přístup pracovníka, pozorování, verbální komunikace, biografie, intuice, agrese klienta, zklidnění, změna tématu, zrcadlení emocí, reakce pracovníka, pozornost, zdrobněliny.**

Za významný nástroj dorozumívání s klienty považují respondentky neverbální komunikaci. Zejména zmiňují dotek, mimiku a různé ukazování. Prostřednictvím neverbální komunikace se ujišťují, zda s klientem navázaly kontakt. **R1** říká: „*Úplně je zbytečný na ně mluvit, když vás nevidí, musí vás vidět, musí vás vnímat. ...musí na vás koukat, abyste s nima mohli komunikovat.*“ **R5** to vnímá podobně a uvádí: „*Osvědčilo se mi jednat s nimi přímo do očí. Přímý, udržovat přímý oční kontakt.*“ **R2** doplňuje: „*Tak hodně komunikaci mi u našich klientů usnadňuje právě mimika a používání různého ukazování...*“ **R5:** „*... se s tím člověkem nedá komunikovat, ale pořád funguje určitá nonverbální komunikace, kterou třeba já hodně využívám.*“ **R3:** „*Tak když se umí ještě nějak hýbat nebo něco, tak někdo zmáčkne ruku. Takže i ten dotek.*“

Taktéž v rozhovorech dodávají, že je přínosné činnosti s klienty doprovázet slovy a neverbální komunikací. Vnímají, že to může být způsob, který umožní komunikaci ve chvíli, kdy už se klient slovně nevyjadřuje. **R1:** „*... dávat ty posunky rukou, ...ukazovat těma rukama, je to taková berlička dopředu, že až on ztratí tu schopnost porozumět těm významům toho slova, takže ale bude pořád rozumět té vaší, vlastně tomu, co mu ukazujete.*“

Respondentky uvádí, že jim komunikaci usnadňuje znalost klienta a informace, které získávají od klientů, z biografie, od rodiny nebo poznatky kolegyň. **R1** říká: „*Jo, když*

víte, jak se projevuje.“ **R2** vysvětluje: „... ono vám může pomoci spousta věcí, ale to už potom potřebujete znát opravdu detailně toho klienta, takže můžete pracovat s jeho biografií, například, že víte, jako čím se živil, zabýval celý život a tak.“ **R5** potvrzuje slovy: „Určitě mi usnadňuje komunikaci, to že o tom člověku vlastně už něco vím. S tím, že když přijde z jiného zařízení nebo od rodiny a ta rodina nám sdělí nějaké informace o tom klientovi, tak to nám hodně usnadňuje komunikaci...“ **R4** doplňuje: „... každá má ty klienty zažité v jiný čas v jiný den. ...takže se třeba po čase zjistí, že vlastně na někoho platí nakonec úplně něco jiného, než jsme si myslely. Zjistí to jedna kolegyně, předávají se takhle tím pádem informace jakoby dál.“

R3 komunikaci usnadňuje osobní nastavení a říká: „No, být nad věcí. Nesmí si to člověk tak brát a připouštět, to by se z toho zbláznil.“

V rozhovorech zazněly také zásady v komunikaci, kterými se pracovníci řídí a využívají je. Odpovědi vycházely především z otázky, co se pracovníkům v komunikaci s lidmi s demencí osvědčilo. Je důležité však upozornit, že respondentky zásady v komunikaci zmiňovaly napříč celým rozhovorem. **R1** uvádí: „A pak vlastně, pak jsou takový ty klasický zásady, u kterých se máte držet. Žádný souvětí, protože by vám to jako nerozuměl. Jednoduchý věty doplňovat u těch slov. Jako trošku ukazovat, co vlastně po něm chcete.“ **R6**: „... pokládat ty otázky, na které může odpovědět ano, ne.“ **R2** říká: „U klienta s demencí musíte používat krátké jednoduché věty. Pokud se na něco ptáte, tak se ptát na každou věc zvlášť.“ **R1** pomáhá, pokud potřebuje zjistit, zda ji klient porozuměl dotaz zopakovat nebo použít jinou formulaci slov a říká: „A když si nejsem jistá, tak tu věc zopakuju. Zopakovat a třeba použiju, já nevím, vstaňte, tak jiný slovo, postavte se.“ Respondentka **R4** hledá různé způsoby komunikaci a vysvětluje: „Je každý úplně jinej s tím, že vždycky, když prostě k někomu jakoby novému přistupuju, tak zkouším nejdřív jakoby rozlehlou komunikaci, potom zkrácenou...“

Respondentky často zmiňovaly přístup pracovníka, který zásadně ovlivňuje komunikaci s lidmi s demencí. Především klidný přístup a úsměv pracovníka má významný vliv na komunikaci a atmosféru. Zejména proto, že klient velmi vnímá naladění pracovníka a zároveň pozitivní přístup zrcadlí. **R1**: „Fakt být klidný, když je pečovatel klidný, je klidný i ten klient, protože se nic se neděje. Oni z vás necítí nějaký stres.“ **R6** doplňuje: „Úsměv, protože člověk, když přijde k nim v dobrý náladě..., tak prostě i ten člověk se naladí na pozitivní věci. Vnímají všechno.“ **R3**: „Tak jako poznám to, s kým sloužím. Tak se to pak projevuje celkově na té atmosféře těch lidí jako během

dne. Úplně jako krásně je to poznat. Lidi jsou v klidu, když sloužím s nějakým klidásem, ... chutná jim, je to takový v pohodě.“ **R5**: „... i si všímám toho mezi pečovatelkami, že hodně podle toho, jaké jsou povahy, tak i tak přistupují k těm klientům a i ten klient potom tu zpětnou vazbu má jinou prostě s každou pečovatelkou. Nastavují nám trochu zrcadlo někdy.“ **R4** odpovídá: „Dobrý přístup.“ Po žádosti u upřesnění **R4** vysvětluje: „Když k nim přijdete jakoby s dobrou náladou s úsměvem a je milý, tak na 98 % lidí to zapůsobí tak, že jsou taky.“ Respondentce se také osvědčil především laskavý a trpělivý přístup, jak **R5** uvádí: „Snažím se jako i o laskavý přístup, snažím se s tím člověkem nejdřív začít kontaktem, že ho třeba pohládím, aby o mě věděl...“

Respondentky také v rozhovorech upozorňovaly na možnou agresi klientů a popisovaly, jakým způsobem reagují. Zároveň připouštěli možnou příčinu agrese a uváděly, že mnohdy za tímto chováním stojí nevhodný přístup pracovníka. **R3** říká: „Agrese. Ale to je zase jako si myslím, že když ta pečovatelka toho druhého pochopí, tak si k němu cestu jako najde, jo. Ale jsou agresivní, samozřejmě jsou sprostý.“ **R4** vznik agrese přisuzuje momentu, kdy je klient tlačěn do něčeho, co nechce: „Někdy jsou i agresivní. Já už jsem dostala třeba dvakrát pěstí do hlavy, takže když nechťejí, tak nechťej.“ **R4** byla položena doplňující otázka, jak reaguje na agresi a odpověď zní: „Většinou se snažím, tak jako to neřeším. Přejdu to, anebo se s nima pokouším mluvit prostě hned jakoby v tu chvíli na jiný téma... Odvést vlastně tu pozornost úplně někam jinam. Ale většinou se nám to vždycky osvědčilo a povede.“ **R2** dodává: „Pokud tomu člověku nebudete dělat něco, co nechce, tak on zpravidla nebude agresivní.“ **R2** pokračuje a vysvětluje, co ji pomáhá: „... nepokračovat v té činnosti, co se mu nelíbí, nebo to zkusit za chvíli. Máme tu zkušenost, protože mi fakt nejdeme jakoby proti přání toho klienta. Máme tu zkušenost, že potom nebývá tenhle problém.“ **R1** vysvětluje agresi klienta takto a vnímá, že činnost nebyla doprovázená slovem: „Ta agresivita byla jenom to, že on se lekl. To bylo u převlíkání a najednou se jako lekl. Nevěděl, co se bude dít. Pečovatelka byla před ním a najednou se rychle postavila. On se lekl a uhodil ji.“ **R1** zmiňuje způsob komunikace, který použila ve chvíli, kdy chtěla klienta zklidnit a říká: „... šla jsem za pánem do té místnosti, pán byl rozrušenej a vlastně já jsem v tu chvíli zrcadlila, ...já jsem chtěla, aby se zklidnil a aby si se mnou sednul na postel. A tady, i když jsem použila zdrobnělinu, to mělo smysl.“

Východiska při zjišťování obtíží a potřeb u lidí s demencí

Kategorie byla definována na základě odpovědi na otázky zabývající se zjištěním, jak pracovníci poznají, zda má člověk s demencí obtíže a zda jim porozuměl. Z rozhovoru vyplynuly následující kódy: **dotazování, verbální komunikace, neverbální komunikace, intuice, nepodsouvání příznaků, pozorování, biografie, přístup pracovníka, informace, znalost klienta.**

Nejvíce zastoupenou odpovědí respondentek bylo, že nejčastěji obtíže poznají z neverbální projevů klienta, především pozorováním, zejména u klientů, kteří se slovně nevyjadřují. **R5**: *„Snažím se to vypořádat z řeči jeho těla. Vidím jako zkrivení obličeje, to poznám, že je něco bolestivého.“* **R6** uvádí: *„Na obličeji, nebo sténáním. ...když jsou nešťastný, ono to už je vidět, když je něco bolí, prostě zkrivená pusa.“* **R2**: *„To ukázání je hrozně jako pro ně jednoduchý jo, takže to dlouhou dobu je zachovaný... Samozřejmě ho pozorujete. Kulhá na nohu, drží si ruku, přestal používat ruku nebo se chytá za hlavu.“* **R3**: *„... pokud neumí mluvit, tak jako se snažíme se pozorovat, jestli nemá někde nějaký dekubity nebo něco.“* **R4**: *„Většinou jakoby to pozorování při těch ranních hygienách...“* **R1** uvádí: *„Tak zase on se vyjádří tou mimikou. Mimika, obličej.“* Respondentky také uvedly, že se při zjišťování obtíží spoléhají na svou intuici a znalost klientových projevů. **R3**: *„... ale snažíme se opět těmi svými pocity. No tak většinou se to pozná, že vlastně není to on, jo, když ho znáte jakoby v té dobré náladě.“* **R2**: *„... už opravdu o tom, že ho znáte a tušíte. Anebo se toho velmi těžko dopracujete.“*

Respondentky u klientů se zachovalou schopností řeči obtíže zjišťovali především dotazováním. **R2** k tomu dodává, že je žádoucí nepodsouvat zdravotní obtíže klientům: *„Doptávám se, ale nepodsouvám jim tu odpověď.“* **R1** oproti tomu upozorňuje na to, že obtíže mohou pocházet z minulosti: *„Někdy, někdy jsou schopný to říct. ...ale vy si to musíte ověřit, protože někdy ta bolest je třeba, že si vzpomenou, že měli před dvěma roky zlomenou ruku.“*

Z rozhovoru bylo patrné, že důležitou součástí poznání potřeb lidí s demencí je neverbální komunikace. **R2** vysvětluje konkrétně: *„Tak takový to, že potřebuje nějaký kontakt. To poznáte, že vás chytají za ruce, že chtějí prostě tu blízkost, abyste byla u nich.“* **R5** mluví o své zkušenosti: *„Tak já samozřejmě hledám to, co by je mohlo trápit, takže když vidím, že se třeba tváří bolestivě, tak se snažím najít příčinu. Důležité tvář, pohyby. Úsměv samozřejmě něco příjemného. Když pohladím klientku, tak vidím, zda se jí to líbí, nebo nelíbí tím, že mi to oplátí tím úsměvem, nebo mě třeba chytne za ruku...“*

Dle výpovědí bylo zjištěno, že respondentky se opírají při zjišťování potřeb rovněž o svou intuici a znalost klienta. Prostřednictvím znalosti individuálních neverbálních projevů klienta pracovník dokáže porozumět potřebám klientů a využít je při péči. **R2** říká: „... to je občas detektivní práce, že pokud už fakt je ta komunikace hodně ztížená, tak holt musíte vymýšlet, co by tak. Nabízet, zkoušet, jako poznat. ... když ty klienty dobře znáte, tak to odhadnete“. **R2** svou výpověď demonstruje na příkladu a uvádí: „Třeba jsme tady měli paní, která pobíhala dokolečka, čím rychle běhala, tím větší hlad měla“. **R3** doplňuje: „Tak řídím se jako spíš vlastním pocitem... Říkám si, co by asi teďka ten člověk chtěl. ...vidím, jak furt kouká z okna, tak ho vezmu ven“. **R6** popisuje svoji zkušenost s klientkou: „Třeba u paní už vím, že když má žízeň, tak mlaská.“ **R1**: „Třeba u jídla. Paní neměla ráda špenát. Zjistili jsme to tak, že jakmile bylo něco se špenátem na talíři, tak ten talíř letěl skrz celou jídelnu.“ **R4**: „Máme tady klienty, kteří milují sladký..., potřebujeme z nich dostat třeba zrovna tu informaci nebo aspoň něco kolem toho, tak se přinese čokoláda.“ Respondentkám v poznání klientových potřeb pomáhají biografie, především informace od rodiny. **R1**: „Chceme právě po rodině, abychom měli, znali nějaký ten jejich život..., co měli rádi, koníčky, jídlo a takový.“

Klienti se zachovalou schopností řeči vytváří různé soupisky potřeb. Respondentky zmiňují, že klienti umí mnohdy dobře vyjádřit své potřeby, zavolají, ukáží rukou. V souvislosti se zjišťováním potřeb je přínosná trpělivost. **R1** mluví o jiné klientce: „Nahoře je paní..., ta komunikuje ještě velmi dobře a ta vám udělá i soupisku potřeb.“ **R6**: „Tady třeba paní, ta nás zavolá, že něco potřebuje, takže rukou. Sice to neřekne jako srozumitelně, ale prostě snažíme se s ní delší čas trávit, aby nám prostě řekla, co potřebuje.“ **R2** shrnuje: „Oni si to umějí docela dobře říct, i když už jako komunikují opravdu jako těžce.“

Principy komunikace s lidmi s demencí s narušenou komunikační schopností

Kategorie byla stanovena z odpovědí na otázky, které se zabývaly zjištěním, jak pracovníci komunikují s lidmi s demencí, kteří se slovně nevyjadřují a jak se projevuje jejich nesouhlas. Kategorie také objasňuje, jak pracovníci zjišťují, že jim lidé s demencí porozuměli. Dle výpovědí byly stanoveny následující kódy: **neverbální komunikace, zjišťování potřeb, činnosti doprovázené slovem, znalost klienta, projev nesouhlasu, komunikace ze strany pracovníka, zpětná vazba, intuice, formulace slov a vět, pozorování, verbální komunikace, bazální stimulace.**

Respondentky se shodují, že jednou z nejdůležitějších forem komunikace s lidmi s demencí, kteří mají narušenou komunikační schopnost je neverbální komunikace, jejím prostřednictvím zjišťují spokojenost a nespokojenost klientů. Znalost klienta a jeho individuálních neverbálních projevů pomáhá respondentkám porozumět potřebám a rozpoznat obtíže. Zároveň však dodávají, že ony hovoří vždycky a činnosti doprovází slovem. **R5** uvádí: „... *snažím se na něj mluvit, aby věděl, jaký výkon dělám, kam ho třeba budu otáčet, jak ho napolohuju. ...snažím se pozorováním zjistit, jestli mu to je příjemné, nebo jestli se třeba mračí, že mu není příjemné to, co dělám.*“ Respondentce **R5** byly položeny dvě doplňující otázky, první se zajímala o to, co vidí, když je klientům příjemně. **R5** reaguje: „*Tak vidím, že je spokojený, vidím to ve tváři, vidím, že se tělo uvolní.*“ Druhá se zaměřovala na to, co vidí, když jsou klienti nespokojení. **R5** odpovídá: „*Tak je v křeči, je jako napjatý, zatíná pěsti a v obličejí samozřejmě grimasa toho, že zkříví obličej.*“ **R4** objasňuje: „*Snažím se asi tak, jako se všema ostatníma, protože oni sice jakoby nemluví, ale my víme, že vnímají. Já si myslím, že vnímají jakoby úplně všechno. ...máme jednu klientku, která mrkne jednou, znamená to ne, mrkne dvakrát a jakoby tak jako zaštěpí oči, to znamená vlastně odpověď ano.*“ **R4** uvádí ještě jeden příklad a říká: „*Nebo jedna paní. Ona se vyjadřovala hodně takovým hlučným stylem... A když prostě byla zticha, tak jsme viděli, že je nějaký problém.*“ **R2**: uvádí: „*Jo a pak, když už naopak i ten klient nemluví, tak vám pomáhá, jestli se na vás usměje, nebo jestli se tváří spokojeně nebo mimika.*“ **R3** doplňuje: „*Tak očima. Tak, když se umí ještě hýbat nebo něco, tak zmáčkne ruku. Takže i ten dotek.*“ **R6**: „... *že nám ukazují.*“ **R1** objasňuje: „*Já budu mluvit vždycky. Ty moje činnosti budou doprovázeny slovem. Popisuju. ...pokud se mnou už nekomunikuje, tak vlastně dám na jeho mimiku.*“ **R1** ještě upozorňuje na důležitost znalosti klienta a dodává: „*To zase je dobrý vědět, jestli to měl rád, neměl rád předtím, když se ještě mohl jako vyjádřit.*“

Respondentky dále popisují, jak rozumí projevům nesouhlasu prostřednictvím neverbální komunikace u lidí s demencí, kteří se slovně nevyjadřují. **R4** říká: „*Jsou takový jakoby zarputilý, nechtějí třeba otevřít pusku, když jim dáváte jídlo, kterým jim prostě nechutná. Brání se. Někdy jsou i agresivní. ...nebo po vás rukama házejí předměty, když se otočíte.*“ **R5** popisuje tělesné příznaky: „...*zkřivení obličej, svalové napětí nebo se uzavírají se do sebe, brání se rukama.*“ **R3** vysvětluje: „*No, začne prostě jakoby vstávat třeba z toho křesla nebo začne křičet.*“ **R6** popisuje konkrétní zkušenost s klientkou: „*Paní ta prostě odhání rukama nebo začne křičet.*“ **R1** uvádí tuto situaci

s dalším klientem: „Zamračí se, začne kroutit hlavu. To tělo je celý napnutý, jako poznáte to z toho těla, že není v pohodě.“ **R2** obecně shrnuje: „Bud' vás nějak odstrčej nebo jsou naštvaní, anebo vám taky dát facku, to všechno jako může nastat ve chvíli, kdy děláte něco, co on nechce a vy jakoby nepřestáváte.“

Respondentky byly také dotazovány, jakým způsobem zjišťují, že jim lidé s demencí porozuměli. Rozhovory ukázaly, že neverbální komunikaci je i v tomto případě významným faktorem, který napoví, zda lidé s demencí pracovníkům porozuměli. Dále zmiňovaly svoji intuici a ověřování si porozumění zpětnou vazbou od klientů. **R3** se podílí o svou zkušenost: „Tak mluvím na něj a koukám se, tak to vidím v očích.“ **R4** vysvětluje, jak pochopení od klienta pozná: „Tak asi svojí jakoby intuicí. Někdy prostě fakt jako hejbnou třeba tou rukou nebo nohou... Nebo se usmějí, cuknou jim třeba koutky, to taky jakoby hodně u nich platí.“ **R2** uvádí: „... u těch klientů, kde už ta komunikace je fakt náročná, oni nemluví tak podle toho, jak se tváří. ...bud' se teda usmívá, spokojený a jako aspoň částečně pochopil co mu říkám anebo je teda naštvanej a znamená to, že teda mám asi spíš odejít a nechat ho na pokoji.“ **R6** říká: „... nebo se usmějí občas i obejmou. Paní mrkne, když porozumí.“ **R5**: „Snažím se o nějakou zpětnou vazbu, zkontrolovat si to nějakou zpětnou vazbou.“ **R5** byla položena doplňující otázka, jaká by byla třeba ta zpětná vazba a **R5** odpovídá: „No, tak pokud mu řeknu, ať provede nějaký úkon, tak zpětná vazba je, že ho provede správně, tím si ověřím, že mi ten klient rozumí a nemusí mluvit...“ **R1** zakončuje: „To poznáte na té mimice.“ Respondentka **R4** zmiňuje, že využívá bazální stimulaci ve chvíli, kdy zjišťuje, zda ji klient porozuměl a říká: „... u kterých prostě víme, že to nezvládnou, tak se pak používá jakoby bazální stimulace. Vlastně na to, aby třeba věděli, že to je levá ruka, abychom jim naopak ještě pomohly.“ **R5** dodává: „Snažím se nejprve o iniciální dotek, snažím se ho dotknout třeba ramene, aby věděl, že vůbec tam jsem přítomna...“

Shrnutí výsledků HPO1: Z průzkumného šetření vyplynulo, že mezi aspekty usnadňující komunikaci patří především neverbální komunikace. Navázání očního kontaktu považují respondentky za významné, pokud chtějí zjistit, zda je klient vnímá. Často využívají mimiku a doteky. Uvádí, že činnosti doprovází slovy a ukazováním, zejména v době, kdy se klient už slovně nevyjadřuje. Dalším usnadňujícím aspektem jsou informace od klientů, rodiny, biografie, poznatky kolegyň a osobní znalost klienta. V rozhovoru respondentky popisovaly zásady v komunikaci, které zahrnují používání krátkých jednoduchých vět, dotazování se na každou věc zvlášť a pokládání

jednoduchých otázek. Za přínosné považují hledat různé způsoby komunikace. Taktéž doporučují slova doplňovat neverbální komunikací a v případě, že klient nepochopil dotaz opakovat nebo zvolit jinou formulaci slov. Další významným aspektem ovlivňujícím komunikaci je přístup pracovníka. Respondentky poukazují na to, že klient velmi vnímá a zrcadlí jejich naladění. Klidný a pozitivní přístup má vliv na celkovou atmosféru a naladění klienta.

Průzkumné šetření odhalilo možnosti komunikace s klientem v agresi. Respondentky zmiňovaly, že za příčinou agrese mnohdy stojí nevhodný přístup pracovníka. Považují za důležité vnímat nesouhlas klienta a netlačit na něj. Žádoucí je činnosti doprovázet slovy a předem informovat klienta a tom, co bude následovat. Z výpovědí vyplynulo, že při agresivním chování je dobré člověka zklidnit a zrcadlit jeho pocity, nepokračovat v činnostech, které se mu nelíbí, odvést pozornost nebo změnit téma.

Rozhovory také ukázaly východiska při zjišťování obtíží a potřeb u lidí s demencí. Obtíže respondentky nejčastěji zjišťují pozorováním neverbálních projevů klienta. Jedná se o projevy v obličeji, sténání, držení ruky, kulhání na nohu a ukazování. Uvádějí, že se často spoléhají na svou intuici. Poukazují na to, že pokud znají klienta a pozorují změnu v jeho projevu, dokážou snáze rozpoznat obtíže. Zmiňují, že u klientů se zachovalou schopností řeči obtíže zjišťují dotazováním, ale zároveň upozorňují, že nepodsouvají zdravotní obtíže a uvědomují si, že obtíže mohou pocházet z minulosti.

Při zjišťování potřeb se respondentky taktéž opírají o svou intuici, trpělivost a pomáhá jim dobrá znalost klienta. Dokáží z individuálních neverbálních projevů klienta porozumět potřebám a využít je při péči. Taktéž z výpovědí vyplynulo, že biografie, především informace od rodiny jsou významným pomocníkem při zjišťování potřeb. U člověka se zachovalou schopností řeči respondentky uvádí, že potřeby zjišťují prostřednictvím běžné komunikace a hovoří o klientem vytvořené soupisce potřeb.

Respondentky uvádí, jakými principy se řídí v komunikaci s lidmi s demencí, kteří mají narušené komunikační schopnosti. Nejvíce prostřednictvím neverbální komunikaci odhalí projevy souhlasu a nesouhlasu a zjistí, zda jsou klienti spokojeni nebo nespokojeni. Uvádí, že spokojenost bývá vyjádřena úsměvem a uvolněným tělem. Pokud se člověk mračí, zatíná pěsti a je v křeči vnímají to jako nespokojenost. Z výpovědí vyplynulo, že respondentky za nesouhlas klientů považují odstrčení, křik a házení předmětů. Zmiňují, že klienti mají napjaté tělo, brání se, jsou agresivní a uzavírají se do sebe. Rozhovory ukázaly, že je významné znát člověka a porozumět jeho individuálním neverbálním

projevům, především proto, že snadněji rozpoznají individuální potřeby a obtíže. Upozorňují na to, že ony hovoří vždycky a činnosti doprovází slovem. Vzájemné porozumění si ověřují zpětnou vazbou, svojí intuicí, pozorují neverbální komunikaci klientů a využívají bazální stimulaci.

6.2 Interpretace HPO2

Cílem této průzkumné otázky je zjistit, co pracovníci považují za limity v komunikaci s lidmi s demencí. Zejména s jakým omezením se pracovníci v komunikaci s lidmi s demencí setkávají a jak charakterizují bariéry v komunikaci. Cílem je také zjistit, co vše může ovlivnit komunikaci. **HPO2:** *Jaké jsou limity v komunikaci s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby? Z rozhovoru vznikly následující kategorie.*

Adaptace pracovníka na narušené komunikační schopnosti u lidí s demencí

Tato kategorie vznikla z odpovědí na otázky týkající se zjištění, s jakým omezením v komunikaci se pracovníci setkávají při péči s lidmi s demencí a jak ji přizpůsobují klientům. Z výše uvedeného vyplynuly následující kódy: **individuální přístup, znalost klienta, stádium demence, neverbální komunikace, přístup pracovníka, omezení ze strany klienta, přizpůsobení komunikace, způsoby verbální komunikace.**

Na otázku, s jakým omezením se pracovníci setkávají u lidí s demencí, respondentky odpovídaly, že nejčastěji je to řeč, že lidé nemluví nebo vydávají pouze zvuky a také zmiňovaly, že jim klienti nerozumí. Často při komunikaci dostávají jednoslovné odpovědi nebo dokonce žádné. **R1** vysvětluje postřeh: *„Nejčastěji je to tím, že vás nechápu. To, že nerozuměj, tak ještě to nechťejí dát na sobě znát, protože vědí, že se něco děje.“*

Omezení v komunikaci rovněž výrazně ovlivňuje stádium demence, jak uvádí **R2**: *„Ono záleží, v jaký fázi demence se nachází. Tak od toho se potom odvíjí, jak je schopen vlastně pochopit, co s ním chcete komunikovat.“* **R5** upozorňuje: *„Tak většinou je to podle toho, v jaký fázi ten člověk je, takže když je na tom jako velmi těžce, tak samozřejmě se s tím člověkem nedá komunikovat“.*

V souvislosti se zjišťováním omezení v komunikaci s lidmi s demencí byla položena otázka: *„Podle čeho přizpůsobujete komunikaci s lidmi s demencí?“* Z odpovědí vyplynulo, že je to velmi individuální, každý klient je jiný, každé onemocnění je jiné a je třeba člověka poznat. Zejména porozumět způsobu vyjadřování klientů a podle toho

přizpůsobit komunikaci. **R3** uvádí: „*Jako člověk musí toho druhého poznat, aby pak už věděl, jak se k němu má chovat nebo jak s ním má mluvit.*“

U klientů, kteří se slovně nevyjadřují pomáhá pracovníkům znalost jejich neverbálních projevů. **R2** říká: „... *když už naopak ten klient ani nemluví, tak vám pomáhá, jestli se na vás usměje, nebo jestli se tváří spokojeně nebo mimika.*“ **R4:** „*A nebo třeba neodpovídají, třeba místo odpovědi mrkají a že už jako člověk pak musí vidět a rozeznat u každého, jakým stylem k němu musí přistupovat.*“

Bariéry a nevhodná komunikace s lidmi s demencí

Kategorie vznikla na základě odpovědí na otázky, které se zaměřovaly na to, co považují pracovníci v komunikaci s lidmi s demencí za náročné a obtížné. Následující otázka zjišťovala, co v komunikaci s lidmi s demencí nepoužívat. Zároveň zde byli identifikovány strategie pracovníků, jenž jim v náročné komunikaci pomáhají. Z odpovědí vznikly tyto kódy: **projev klientů, neverbální komunikace, stadium demence, znalost klienta, strategie usnadnění komunikace, reakce pracovníků na potřeby klientů, záporné věty, rozkazovací způsob v komunikaci, nepříjemná komunikace, využívání zdvořilých, dlouhé otázky, tón hlasu.**

Z odpovědí vyplynulo, že pracovníci mnohdy nemohou adekvátně reagovat na potřeby klientů z důvodu ztížené komunikace. **R6** to vnímá takto: „*Že prostě jim nemůžu pak vyhovět, to je to nejnáročnější, že ty lidi mají svoji potřebu a člověk jim prostě nemůže vyhovět, protože jim nerozumí.*“ **R4:** „... *dozvědět se, jako jestli je všechno v pořádku, jestli se cítí dobře, anebo naopak, jestli je něco nebolí.*“

Respondentky vnímali náročnost také v oblasti projevů klienta, který byl pouze neverbální nebo žádný. **R3** zmiňuje: „*Když vůbec nikdo vlastně neprojevuje vůbec nic, úplně jako to vzdá a už je smířenej s tím, že tady nechce být...*“

Jednou z náročných oblastí v komunikaci je také klienta poznat, aby pracovník věděl, jak s ním může komunikovat. **R2** říká: „*Pokud před vás někdo postaví klienta, tak vám prostě nějakou chvíli trvá, než zjistíte, jak s ním vlastně nejlépe můžete mluvit...*“

Pro **R5** je emočně náročná komunikace ve chvíli, kdy se klienti vrací do minulosti a znovu prožívají bolestné emoce a uvádí: „... *když se ten člověk už vlastně vrací do těch jiných fází života, který už prožil a vrací se do nějaké doby, která je pro něj bolestná, tak neumím to jakoby odfiltrovat a je to potom bolestné i pro mě.*“

Z rozhovoru je patrné, že respondentky disponují různými strategiemi, které jim v náročnou komunikaci pomáhají. Náročnou komunikaci jim usnadňuje znalost klienta a jeho projevů, dotek, klidný hlas a pozorování mimiky. V emočně silných momentech komunikaci usnadnila změna tématu hovoru.

Průzkumné šetření ukázalo, co respondentky považují za nevhodnou komunikaci s klienty. Z výpovědi **R1** a **R2** vyplynulo, že je důležité nepoužívat záporné věty. **R1** vysvětluje: „*Když klient nerozumí, neví co po něm chcete, tak to ne, je hrozně důležitý. ... je to hodně těžký nepoužívat to.*“ **R2** doplňuje: „*Jako pokud chcete s klientem něco udělat, nějaký úkon, tak tam nedávejte zápor.*“ **R3** za nevhodné považuje křičet a mluvit příliš vysokým tónem hlasu a vysvětluje, že to při péči negativně působí na klienty. Upozorňuje také na nevhodné využívání rozkazovací způsobu v komunikaci. **R3** říká: „*No a nepřikazovat, hlavně nerozkazovat, vždycky spíš požádat.*“ **R4** nevhodnou komunikaci definuje takto: „*Nebýt na ně ošklivá. Takže určitě jakoby to vulgární, hanlivý, taková ta nepřijemná komunikace.*“ **R5** nepoužívá příjmení u klientek a zdůvodňuje to tím, že si ho nemusí pamatovat, a proto se je snaží oslovovat křestním jménem. Rovněž za nevhodné uvádí používání zdrobnělin v komunikaci s lidmi s demencí. **R2** vnímá chybu v komunikaci ve chvíli, kdy je klientům položena příliš dlouhá otázka a odůvodňuje to tím, že si klient relevantně nevybral, jelikož opakuje to, co slyšel jako první nebo poslední. **R2**: „*Pokud se na něco ptáte, tak se ptát na každou věc zvlášť.*“

Faktory ovlivňující komunikaci s lidmi s demencí

Kategorie byla definována dle výpovědi respondentek na otázku, která se snažila zjistit, co vše může ovlivnit a komplikovat komunikaci s lidmi s demencí. Cílem otázky bylo také charakterizovat nejen faktory ovlivňující komunikaci na straně klienta, ale také porozumět faktorům, které komunikaci ovlivňují ze strany pracovníků. Ve vztahu ke kategorii byly zjištěny tyto kódy: **negativní přístup pracovníka, okolní vlivy, neverbální komunikace, klientův stav, čas, naladění klienta.**

U lidí s demencí je komunikace ovlivněna mnoha faktory. Jedním z faktorů, který ovlivňuje komunikaci je zhoršený zdravotní stav klientů. **R5** říká: „*Když ten klient se zničehonic jako zhorší, tak ta komunikace, ta se tomu musí přizpůsobit. A i z jeho strany je ta komunikace i horší.*“

Komunikaci s lidmi s demencí významně ovlivňují okolní vlivy, zejména je to pak hlučné prostředí. U klienta se to projevuje tím, zda pracovníka dobře slyší nebo neslyší. **R4**: „*Jsou to starší lidi, který prostě ten hluk nemají rádi, takže hluk prostě.*“ **R3**: „*Když*

někdo křičí okolo, tak se ten člověk nedokáže ani soustředit. “ **R2** popisuje, jak ona vnímá okolní vlivy a říká: „*Aby byl klid, pokud mám s tím člověkem komunikovat, aby nás někdo nevyrušoval, aby nám do toho někdo nevstupoval, ideálně nějaký trochu soukromí.*“ Za okolní vliv **R2** považuje taktéž počasí a dodává: „*Oni jsou takový barometry, takže jaký je tlak, jaký je počasí.*“ ...*oni reagují i na takový právě detaily, jako je třeba tlak vzduchu a pak se vám stane, že s tím člověkem nedokážete vůbec nic, protože je spavý a nedokážete ho v podstatě ani probudit.*“

Z rozhovoru vyplynulo, že komunikaci ovlivňuje také momentální naladění klientů.

R1: „... *jeho naladění, protože ten klient taky není každé den naladěnej stejně, jo.*“ **R5:** „... *emoce celkově, když třeba přijde rodina, tak ta komunikace po té návštěvě je taky trošku náročnější...*“

Respondentky se téměř shodovaly, že komunikaci nejvíce ovlivňuje přístup pracovníka, zejména s jakým naladěním přistupuje ke klientovi. Popisovaly to tak, že klienti velmi vnímají a reagují na negativní emoce pracovníka a neverbální projev. Připouštěli, že jakým způsobem přistupují ke klientovi, takový se jim vrací zpátky. **R4:** „*Tak vy, s jakou náladou přijdete s takovou přistupujete k lidem a taková se na těch lidech odráží k vám. Oni strašně dobře umějí vycejtít jakoby, co z vás v tu chvíli srší.*“ **R3:** „*Někdo je nervózní, nedokáže si prostě sednout v klidu a pochopit, že ten druhý už nedokáže zvládat ty věci, jak běžnej člověk...*“ **R5:** „*A i celkově třeba moje povaha si myslím, takže ovlivní jako komunikaci. ...když procházím takhle ty patra a vidím, že někoho jednu usměvavou pečovatelku, tak ten klient se taky usmívá, když vidím, že někoho něco trápí, tak ten klient potom je taky takový zaražený a nekomunikativní, jako fakt nastavujou hodně zrcadlo klienti.*“ **R1:** „*Jo, oni vycítí vaše naladění, takže i kdybyste tam přišla s dobrým úmyslem, ale špatnou náladou, tak se to nemusí povést.*“ **R6:** „*Oni prostě, když máte špatnou náladu, necítíte se dobře, jste nemocná, oni to všechno vnímají. Jsou pak takový skleslí.*“

Za další faktor ovlivňující komunikaci respondentky označily čas, který je limitující při péči o lidi s demencí a je jedním z důsledků vytváření tlaku na klienty při provádění úkonů. **R5** říká: „... *čas, to je z mojí strany, si myslím hodně důležité, že když na toho klienta máme hodně času, tak taky ten přístup je jiný, když spěcháme, tak se to zase negativně odráží. I ten klient to pocítí.*“ **R1:** „*Vy už budete mít vsugerovaný, že už by to mělo být a vlastně nechtěně na něj stejně vy dáváte ten tlak.*“

Shrnutí výsledků HPO2: Respondentky považují za omezení v komunikaci ze strany klientů zejména to, že lidé nemluví nebo vydávají pouze zvuky. Setkávají se také s jednoslovnými nebo žádnými odpověďmi na položenou otázku. Zároveň upozorňují, že významný vliv na omezení v komunikaci má stadium demence, které ovlivňuje porozumění i způsob vyjadřování klientů. Rozhovory ukázaly, že respondentky komunikaci individuálně přizpůsobují klientům podle toho, v jakém stádiu demence se klient nachází a jaké má onemocnění. Velmi výrazně pomáhá klienta poznat a porozumět individuálním neverbálním projevům a způsobu vyjadřování.

Respondentky upozorňují na bariéry v komunikaci a popisují, že jsou pro ně náročné chvíle, kdy nemohou adekvátně reagovat na potřeby klientů, nemohou vyhovět, protože nerozumí. Za obtížné také považují dorozumívání s klienty, kteří se slovně nevyjadřují a dodávají, že je mnohdy složité klienta poznat a vědět, jak s ním může pracovník komunikovat. Respondentka také upozorňovala, že je pro ni emočně náročné reagovat na bolestné prožitky klientů z minulosti. Průzkumné šetření ukázalo, že respondentky využívají strategie, které jim náročnou komunikaci usnadní. Zejména je to znalost klienta a jeho projevů, dotek, klidný hlas a pozorování mimiky.

Nevhodné je používat záporné věty, především z toho důvodu, že klient na dotaz záporně odpoví. Také nedoporučují hovořit příliš vysokým hlasem, rozkazovat a křičet. Respondentky uvádí, že nepoužívají příjmení při oslovování a zdůvodňují to tím, že si to klient nemusí pamatovat. Za chybu považují položení příliš dlouhé otázky a využívání zdrobnělin.

Vzájemná komunikace je ovlivněna mnoha faktory. Respondentky uváděly okolní vlivy, jako je počasí, hlučné prostředí a také zmiňovaly naladění a zdravotní stav klienta. Z rozhovoru vyšlo, že nejvíce komunikaci ovlivňuje negativní přístup pracovníka, tedy nervozita, povaha, negativní emoce a neverbální projev. V průzkumné šetření upozorňovaly na fakt, že klienti dobře vnímají a zrcadlí naladění pracovníka. Respondentky ve výpovědích zmiňovaly rovněž nedostatek času, který považují za limitující při péči.

6.3 Interpretace DPO1

Prostřednictvím této dílčí průzkumné otázky je cílem zjistit, zda pracovníci využívají nějaké metody a přístupy v komunikaci. Respondentky byly dotazovány, jakým způsobem zjišťují minulost člověka před onemocněním. Zároveň jim byla položena otázka, jaký pro ně má význam minulost člověka při komunikaci. **DPO1:** *Jaké metody*

a přístupy jsou využívány v komunikaci s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby? Z dílčí průzkumné otázky byla stanovena tato kategorie.

Biografie a minulost lidí s demencí

Kategorie vznikla z otázek, které mapovaly, jakým způsobem pracovníci zjišťují minulost člověka před onemocněním. Zároveň byla položena otázka, jaký má význam minulost člověka při komunikaci. Kategorii charakterizují následující kódy: **individuální péče, dotazník, informace, stádium demence, zjišťování obtíží, ověřování informací, rozhovor, biografie, aktivizační činnosti, jídlo, na co se neptat, znalost života před onemocněním, fotografie, význam minulosti.**

Z výpovědí vyplynulo, že respondentky minulost člověka zjišťují především z rozhovorů s klienty, rodinou a přáteli. Minulost zjišťují i z fotografií od klientů. Také hovořily o dotazníku, kde je zmíněno, co má nebo nemá klient rád, kolik měl dětí a další. Respondentky uváděly, že pracují s biografií člověka. Biografii popisovaly jako knihu nebo sešit, který je sepisován na základě získaných informací o klientovi. Biografie představuje jakýsi životopis člověka. **R5** říká: „*Snažím se sbírat informace jak od samotného klienta, tak i od rodiny.*“ **R3** dodává: „*Tak máme tady vlastně o nich nějakou biografii, takže to si přečtu a s kým se dá ještě komunikovat, tak se snažím jakoby z nich získat nějaký informace sama.*“ **R6** uvádí: „*Z těch zápisů a někdy mluvíme spolu, ... nebo pak si to přečteme vlastně v těch knížkách.*“ **R4** vysvětluje, jak získává informace o klientovi a říká: „*Většinou z komunikace s rodinou. A od kamarádů. Všechno, cokoli, co se kde dá. Třeba oni občas přijdou s krabicí svých fotek, takže vlastně tam se i zjišťuje třeba, kde byli, kde pracovali a takhle.*“ **R1** uvádí: „*U klienta, který vám aspoň něco řekne, tak při normálním rozhovoru, že jo, když děláte péči. ...z těch denních činností nějaký ty střípky posbíráte.*“ **R1** doplňuje: „*Ted'ka děláme ty biografie.*“ **R2**: „*Je to tak, že pokud je to člověk, který nekomunikuje, tak se musíme spolehnout na informace od rodiny. Samozřejmě ale jako my se snažíme i s tím klientem, protože právě dost často nastupují v nějaký středně těžký demenci, tak se dá s nima ještě docela dobře. Na patrech je sešit klienta a tam se zapisuje všechno, co se od něj zjistí.*“

Respondentky se shodují, že minulost člověka má pro ně velký význam. **R6** říká: „*No, hodně velký. Ono je lepší vědět o nich prostě co prožili, co mají rádi, jako kde pracovali.*“ **R2** uvádí: „*Ta má hodně velký význam a z toho i jakoby vycházíme v té péči... Takže vycházíme z toho životního příběhu těch klientů...*“ **R1**: „*A je dobrý znát jeho minulost, znát povolání.*“ **R3**: „*No, určitě velké, protože jako kdo měl rád určitý věci*

a můžete mu je tady dopřát... “ R5: „Ta má samozřejmě velký význam. Pracujeme s tím hodně, co si ten člověk prožil, co má rád, co nemá rád.“ R4: „No já bych řekla, že hodně velké. Nejlepší je podle mě, když víme, jak vyrůstal, jaký měl dětství, jaký měl mládí... “

Z rozhovoru vyplynulo, že biografie lidí má pro respondentky široký význam. Zejména pomáhá v péči, která je přizpůsobena individuálně každému klientovi. Uspodňuje komunikaci a zároveň je přínosná v náročných situacích, kdy je třeba klienta uklidnit. Respondentky popisují, že získané informace jsou využívány při aktivizačních činnostech, především s cílem nabídnout aktivitu, která bude klienta bavit a bude mu příjemná. Znalost biografie umožňuje navázat kontakt s klientem a hovořit s ním o tématech, která jsou mu blízká. **R1** dodává: *„Ne každá ženská se bude bavit o pečení, některý ženský nepečou... Jako nebude je to bavit, nevtáhnete je do takovýchle komunikace. Takže byste měli vědět koničky a takový.“ R3 říká: „No, v aktivitách, jo, v povídání, jako aby se ten člověk hlavně zabavil.“ R5 říká: „Pracujeme s tím hodně, co si ten člověk prožil... I se snažíme tomu uzpůsobit třeba jídlo... Když víme, že měl rád nějakou hudbu, tak se snažíme tomu člověku to pouštět... oživuje mu to vzpomínky a navozuje mu to vlastně příjemné pocity a pak se s ním lépe pracuje.“ R6 uvádí: „... ono je lepší vědět o nich prostě co prožili, co mají rádi, jako kde pracovali. To je taky jako u nás velký bonus, že my tady můžeme vyhovět.“ R2: „Určitě vám do dává i na výplň toho volného času třeba klientů, že víte, co dělali nebo co měli rádi. Co je bavilo. A od toho se odpíchnete. A dá se to potom použít v těch náročných situacích, kdy klient není v nějaký pohodě a můžete ho nalákat přes nějakou jeho oblíbenou činnost.“*

Z výpovědi bylo zjištěno, že pokud respondentky znají biografii člověka, dokáží rozpoznat v jakém časovém období života z minulosti se klient nachází. Zda se pohybuje v dospělosti, mládí, dětství. Odhalují to zejména pak podle toho, o čem klient vypráví. Respondentky uvádí, že se u klientů poté setkávají s jinými potřebami, odlišnými aktivitami, které je zaujmou a jinými chutěmi v jídle. **R2**: *„... potom se to trošinku změní v rámci toho, že člověk se vrací zpět, tak se může stát, že třeba v dětství měl rád nějaké jídlo, které ale v dospělosti v životě nejedl.“*

Pro **R1** má biografie význam i ve chvíli, kdy potřebuje klienta uklidnit. Vnímá, že se klient pohybuje ve vzpomínkách v dětství a má obavy. **R1** říká: *„A když pak začnou mít takový. „Asi bychom měli jít domů, aby se maminka nezlobila, tak už nám je úplně jasný, že už se jsme zase úplně v tom mládí. Právě, když mají ty obavy, aby byli doma, takže vlastně to uklidnění.“*

Zajímavostí bylo, že respondentky zmiňovaly, že mají v biografii zaznamenané oblasti, na které se klientů neptají. **R1:** „*Máme tam i poznamenaný, na co se neptat. Třeba úmrtí dítěte nebo něco takového.*“ **R6** doplňuje: „*O čem se nesmíme s nimi bavit. Že jsou prostě takové ty silné emoční věci, které jim prostě ubližují.*“ **R4:** „*Pak samozřejmě hodně řešíme jakoby věci, který se vyhýbáme, což je většinou úmrtí. ...ty jsou s velkými vykřičníky, protože na to ty klienti nereagují vůbec dobře...*“

Shrnutí výsledků DPO3: Průzkumné šetření ukázalo, že respondentky pracují s biografií člověka a minulost zjišťují z rozhovorů s klienty, rodinou, přáteli, z fotografií a dotazníků. Uváděly, že minulost člověka a její znalost má pro ně velký význam. Biografii popisovaly jako knihu nebo sešit, která je vytvořena na základě získaných informací o klientovi. Dle výpovědí biografie pomáhá individuálně přizpůsobit péči každému klientovi, usnadňuje komunikaci a je přínosná v náročných situacích. Respondentkám velmi pomáhá znalost klientova života. Zejména co měl klient rád, jaké měl povolání a aktivity, jak prožil mládí a dětství. Respondentky dodávaly, že znalost biografie umožňuje nabídnout klientům vhodnou aktivizační činnost, navázat kontakt a hovořit o tématech, která jsou mu blízká. Její znalost umožňuje rozpoznat v jakém časovém období se klient v minulosti nachází. Pro respondentky to znamená, že lépe rozumí odlišným potřebám, aktivitám, chutím, které do té doby klient upřednostňoval. V rozhovorech bylo také upozorněno, že jsou v biografii poznamenané obtížné chvíle ze života klientů, kterým se při komunikaci vyhýbají.

7 Výsledky průzkumného šetření

Cílem průzkumného šetření bylo zjistit, jaké jsou možnosti a limity komunikace s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby. Dílčím cílem bylo také zjistit jaké metody a přístupy jsou využívány v komunikaci s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby. **Cíl byl splněn.**

Pro průzkumné šetření byly zvoleny následující otázky:

HPO1: *Jaké jsou možnosti komunikace s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané sociální služby?*

Z průzkumného šetření vyplynulo, že neverbální komunikace pomáhá porozumět potřebám a obtížím ze strany klientů. Při komunikaci je významné nejprve navázat oční kontakt, činnosti doprovázet slovy a používat krátké jednoduché věty. Zároveň hledat různé způsoby komunikace, dotazovat se na každou věc zvlášť a pokládat jednoduché věty. Důležitý je především klidný a trpělivý přístup, který má vliv na celkovou atmosféru a naladění klienta. Při komunikaci s klienty v agresi je vhodné předem informovat o následujících krocích a netlačit na klienta. Pozorovat neverbální projev klientů a vnímat nesouhlas. Jednou z možností, jak klienta v agresi zklidnit je zrcadlit jeho pocity, nepokračovat v činnostech které se mu nelíbí, odvést pozornost nebo změnit téma.

HPO2: *Jaké jsou limity v komunikaci s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby?*

Limitem v komunikaci pro pracovníky je zejména to, že lidé nemluví, nebo vydávají pouze zvuky. Pro pracovníky je složité klienta poznat a zároveň považují za náročné, že nemohou adekvátně reagovat na potřeby a nemohou vyhovět. Komunikaci ovlivňuje výrazně stadium demence a forma onemocnění. Nevhodné je používání záporných vět, hovořit příliš vysokým hlasem, rozkazovat a křičet. Rovněž také pokládat příliš dlouhé otázky a při komunikaci využívat zdvořilost. Komunikaci ovlivňuje naladění, zdravotní stav klienta, nedostatek času, a především negativní přístup pracovníka.

DPO1: *Jaké metody a přístupy jsou využívány v komunikaci s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby?*

Pracovníci pracují s biografií člověka a minulost zjišťují z rozhovorů s klienty, rodinou, přáteli, z fotografií a z dotazníků. Biografie je při péči významná a pomáhá individuálně přizpůsobit péči každému klientovi, usnadňuje komunikaci a je přínosná v náročných situacích.

8 Diskuze a navrhovaná opatření

Kapitola zahrnuje diskuzi a navrhovaná opatření. Diskuze se zaměřuje na shrnutí výsledků, které jsou následně porovnávány s ostatními výzkumy a poznatky z odborné literatury. V následující podkapitole jsou navrhovaná opatření, jež mohou být inspirací pro pracovníky přímé péče s lidmi s demencí.

8.1 Diskuze

Cílem průzkumného šetření bylo zjistit, jaké jsou možnosti a limity komunikace s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby. Dílčím cílem bylo zjistit, jaké metody a přístupy jsou využívány v komunikaci s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby. Pro naplnění cíle byla zvolena kvalitativní metoda a sběr dat byl realizován prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s otevřenými otázkami. Získaná data z průzkumného šetření byla analyzována technikou otevřeného kódování. V této části bakalářské práce jsou výsledky průzkumného šetření shrnuta a porovnávána s ostatními výzkumy a poznatky z odborné literatury.

Dle průzkumu byla za nejvýznamnější formu dorozumívání s lidmi s demencí označena neverbální komunikace. Zejména se jedná o doteky, různé ukazování, využívání mimiky a navázání očního kontaktu. Jejím prostřednictvím lze spolehlivě odhalit projevy souhlasu a nesouhlasu a také zjistit, zda je klient spokojený nebo nespokojený. Spokojenost bývá vyjádřena úsměvem a uvolněným tělem a nespokojenost se projevuje zamračeným výrazem, ztuhlostí a zatínáním rukou v pěst. Rovněž Juráňová (2021, s. 51), která čerpá ze své praxe upozorňuje na neverbální komunikaci a za největšího pomocníka považuje úsměv, kterým srozumitelně dáváme najevo pozitivní emoce, pocit bezpečí, radost a přijetí. Zároveň dodává, že očním kontaktem sdělujeme, s kým se bavíme a kdo je pro nás důležitý. Dotyk považuje za dobrý neverbální komunikátor.

V průzkumném šetření bylo zjištěno, že je přínosné činnosti doprovázet slovy a ukazováním, zejména v době, kdy se klient už slovně nevyjadřuje. Což je v souladu s tvrzením Jiráka, Holmerové, Borzové a kol. (2009, s. 113), kteří říkají, že sdělení mají být názorná, tedy doprovázena přiměřenou nonverbální komunikací.

Respondentky ve výpovědích zmiňovaly zásady v komunikaci. Především upozorňovaly na používání krátkých jednoduchých vět, na které lze odpovědět ANO/NE.

Pokud klient neporozuměl, doporučují dotaz zopakovat nebo zvolit jinou formulaci slov a tázat se na každou věc zvlášť. To se shoduje s poznatky organizace Dementia (Dementia, Praktické rady pro komunikaci s nemocným), která ve svém článku taktéž doporučuje jednoduchou a srozumitelnou komunikaci s lidmi s demencí. Uvádí, že je důležité ptát se na jednu věc a otázku spojit s ukazováním. Využívat při dorozumívání jednoduchý jazyk a krátké věty.

V rámci rozhovoru bylo zjištěno, že komunikaci a celkovou atmosféru značně ovlivňuje přístup pracovníka. Klienti vnímají a napodobují klidný a pozitivní přístup. Chomátová (2022) ve svém výzkumu zjistila, že získání důvěry je důležité při navázání kontaktu, přičemž významný je v tomto procesu klidný přístup, empatie a trpělivost.

Z průzkumného šetření vyplynuly možnosti komunikace s klientem v agresi a zároveň bylo upozorněno na možné příčiny vzniku agrese. Respondentky uváděly, že je důležité vnímat nesouhlas klienta. To znamená netlačit ho do činností a ani nevykonávat činnosti, na které nebylo předem upozorněno a nebyly doprovázené slovem. Za příčinu agrese mnohdy považují nevhodný přístup pracovníka. Věbrová (2014) ve svém výzkumu uvádí, že příčinou agresivní chování může být cokoli, je to individuální. Zároveň zmiňuje frustraci z nenaplněných potřeb, porušení denních rituálů a další. Poukazuje také na to, že agresivní chování u klientů může vyvolat nervozita, zvýšení hlasu, spěch, nátlak, nadřazený postoj či nevhodné oslovení.

Komunikaci s lidmi s demencí respondentky přizpůsobují individuálně. Poukazují na to, že každý klient je jiný, každé onemocnění je jiné a je třeba člověka poznat. Z rozhovoru je patrné, že omezení v komunikaci u lidí s demencí výrazně ovlivňuje stadium demence. Hauke a kol. (2017, s. 69) uvádí, že je důležité pochopit problematiku demence, respektovat dorozumívací schopnosti klienta a rozumět samotnému průběhu onemocnění.

V průzkumném šetření se zjistilo, že komunikaci s lidmi s demencí ovlivňuje hlučné prostředí. Respondentky také upozorňovaly na nedostatek času, který považují za limitující při péči. Kutnohorská (2017) to ve svém článku potvrzuje a za bariéry v komunikaci s lidmi s demencí považuje taktéž nedostatek času, spěch, hlučné prostředí a další.

Dle výpovědí komunikaci nejvíce ovlivňuje přístup pracovníka, zejména s jakým naladěním přistupuje ke klientovi. Klienti velmi vnímají a reagují na negativní emoce pracovníka a neverbální projev. Bylo zjištěno, že jakým způsobem přistupují

respondentky ke klientovi, takový se jim vrací zpátky. Což se shoduje s poznatky Kondisové (2018), která se zabývá ve své práci zjištěním, co komplikuje komunikaci s lidmi s demencí. Z jejího výzkumu vychází, že pracovníci jsou si mnohdy vědomi, že svým negativním přístupem přenášejí nervozitu na klienty.

Z rozhovoru vyplynulo, že je nevhodné je používat záporné věty, hovořit příliš vysokým hlasem, rozkazovat a křičet. Za chybu respondentky také považují položení příliš dlouhé otázky a využívání zdrobnělin. To je v souladu s tvrzením König a Zemlin (2017, s. 51–60), jak je uvedeno v teoretické části v podkapitole zabývající se specifiky komunikace s lidmi s demencí.

Průzkumné šetření ukázalo, že respondentky pracují s biografií a dvě respondentky uvedly v rozhovoru, že využívají bazální stimulaci. Minulost člověka a její znalost má pro ně velký význam. Biografie pomáhá individuálně přizpůsobit péči každému klientovi, usnadňuje komunikaci a je přínosná v náročných situacích. Umožňuje nabídnout klientům vhodnou aktivizační činnost, navázat kontakt a hovořit o tématech, která jsou blízká. Elnerová (2021) ze svého výzkumu zjistila, že prostřednictvím zjištěné biografie se dá velmi zkvalitnit péče o klienty. Zároveň poukázovala na to, že z biografie lze zjistit potřeby člověka, dozvědět se o skrytých zdrojích a silných stránkách a poznat emocionální prožívání klientů. Hauke a kol. (2017, s. 39-40) však zdůrazňuje, že se péče o lidi s demencí mění a vyvíjí s novými výzkumy a poznatky. Pokud přístup nerespektuje specifické potřeby lidí s demencí, považuje mimo jiné psychobiografický model péče prof. Böhma za nemoderní a neodpovídající současnému poznání.

Průzkumné šetření probíhalo pouze v jednom pobytovém sociálním zařízení s šesti respondentkami. Přínosné by bylo při dalším průzkumném šetření oslovit více respondentů z různých zařízení, která poskytují péči lidem s demencí a porovnat zjištěné výsledky. Následující průzkum by mohl zkoumat vzdělávání pracovníků pobytové sociální služby v komunikaci s lidmi s demencí a zároveň zhodnotit, zda jsou tito pracovníci více ohroženi syndromem vyhoření než kolegové z jiných pomáhajících profesí.

8.2 Navrhovaná opatření

Ze zjištěných informací z průzkumného šetření jsou navrhovány následující opatření. Navrhovaným opatřením je vytvoření přehledného manuálu komunikace s lidmi s demencí pro začínající pracovníky v domově se zvláštním režimem. Ten v bodech zahrnuje možnosti komunikace s lidmi s demencí. *Možný obsah manuálu:* při komunikaci

s lidmi s demencí pracovníci nejprve navazují oční kontakt, prostřednictvím kterého se ujišťují, zda je klient vnímá. Taktéž používají krátké jednoduché věty a dotazují se na každou věc zvlášť. Pozorují klientův neverbální projev, který významně usnadní porozumění potřebám a obtížím, zejména ve chvíli, kdy se klient už slovně nevyjadřuje. Zároveň prostřednictvím neverbálních projevů zjišťují, zda je klient spokojen nebo nespokojen. Pracovník činnosti doprovází slovy a ukazováním a předem informuje o následujících krocích. Při komunikaci s klientem v agresi jsou vnímány projevy nesouhlasu a doporučuje se, nepokračovat v činnostech, které jsou vyhodnoceny jako spouštěč agresivního chování. Pracovník dbá především na klidný a trpělivý přístup. Při agresivním chování je vhodná změna tématu rozhovoru, odvedení pozornosti a zrcadlení emocí. Znalost životního příběhu klienta může být využita při navázání kontaktu, aktivizačních činnostech, při zjišťování obtíží a potřeb. Zejména pak pomáhá individuálně přizpůsobit péči každému na míru.

Taktéž by mohl být vytvořen každému klientovi komunikační sešit, který by zahrnoval specifické potřeby v oblasti komunikace a byl by aktualizován a doplňován podle stavu klienta. Nabízel by vhodné komunikační techniky pracovníkům, které by byly individuálně přizpůsobeny klientovi. Prostřednictvím komunikačního sešitu by si pracovníci předávali zjištěné informace, které by následně poskytovaly oporu a usnadňovaly komunikaci.

Závěr

Tématem bakalářské práce byla komunikace s lidmi s demencí v domově se zvláštním režimem. Teoretická část se zabývala vymezením pojmu demence, komunikací obecně a vysvětlovala specifika komunikace s lidmi s demencí. Třetí kapitola popisovala metody a přístupy využívané s lidmi s demencí a v závěru se čtenář seznámil s kapitolou pojednávající o sociálních službách.

Empirická část byla rozdělena do třech kapitol, přičemž první se zaměřovala na vytyčené cíle průzkumného šetření a definovala průzkumné otázky. Následující kapitola objasňovala použité metody a techniky sběru dat a představila průzkumný vzorek respondentů. V kapitole bylo též poukázáno na možné limity průzkumu a etiku průzkumu. Empirická část byla zakončena interpretací získaných dat, diskuzí a navrhovaným opatřením.

Cílem průzkumného šetření bylo zjistit, jaké jsou možnosti a limity komunikace s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby. Dílčím cílem bylo také zjistit, jaké metody a přístupy jsou využívány v komunikaci s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby. Pro naplnění cíle byla zvolena kvalitativní metoda. Sběr dat byl realizován prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s otevřenými otázkami. Průzkumné šetření probíhalo v domově se zvláštním režimem v Libereckém kraji se šesti respondentkami vybranými na základě metody záměrného výběru. Získaná data z průzkumného šetření byla analyzována technikou otevřeného kódování a následně interpretována.

Na základě průzkumného šetření bylo zjištěno, že pracovníci velmi často s lidmi s demencí využívají neverbální komunikaci. Zejména mimiku, doteky a při komunikaci navazují oční kontakt. Pomáhá jim činnosti doprovázet slovy a ukazováním. Při dorozumívání se řídí zásadami v komunikaci a hledají různé způsoby. Potíže a potřeby jsou zjišťovány pozorováním neverbálních projevů klienta a dotazováním. Rovněž pracovníkům komunikaci usnadňuje znalost klienta a také mnohdy spoléhají na svou intuici. Při komunikaci s klientem v agresi doporučují klienta zklidnit, zrcadlit jeho pocity, odvést pozornost jinam a nepokračovat v činnostech, které se mu nelíbí. Průzkumné šetření odhalilo, že komunikaci zásadně ovlivňuje přístup pracovníka, počasí, hluk a čas. Nevhodné je používat záporné věty, hovořit příliš vysokým hlasem, rozkazovat a křičet. Za náročné pracovníci považují chvíle, kdy nemohou vyhovět přáním a potřebám lidí s demencí, protože nerozumí. Pracovníci pracují s biografií člověka.

Minulost zjišťují z rozhovorů s klienty, rodinou a přáteli. V průzkumném šetření se zjistilo, že minulost člověka má pro pracovníky velký význam. Biografie pomáhá individuálně přizpůsobit péči, usnadňuje komunikaci a je přínosná v náročných situacích. Znalost biografie umožňuje nabídnout klientům vhodnou aktivizační činnosti a navázat kontakt.

Bakalářská práce by mohla být přínosná pro rodinné pečující, kteří jsou na začátku cesty péče o lidi s demencí. Prostřednictvím této práce mohou získat užitečné informace, které jim pomohou lépe porozumět svým blízkým a naučit se s nimi efektivněji komunikovat. Taktéž může být práce přínosná pro pracovníky v sociálních službách, kteří zde najdou ucelený přehled možností komunikace s lidmi s demencí.

Seznam použité literatury

ALZHEIMER'S SOCIETY, 2023. *What not to say to somebody with dementia*. [online]. [vid. 15. 8. 2023]. Dostupné z: <https://www.alzheimers.org.uk/blog/language-dementia-what-not-to-say>

ALZHEIMER'S ASSOCIATION, *Communication and Alzheimer's*. [online]. © 2023 Alzheimer's Association®. [vid. 16. 8. 2023]. Dostupné z: <https://www.alz.org/help-support/caregiving/daily-care/communications>

BRACKEY, J., 2019. *Alzheimer: dejte jim lásku a štěstí*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7553-633-4.

ČECHOVÁ, K., FENDRYCH MAZANCOVÁ, A., MARKOVÁ, H., a kol., 2019. *V bludišti jménem Alzheimer: na co v ordinaci nezbývá čas*. Praha: Management Press. ISBN 978-80-264-2707-0.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2020. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. In: *Doporučení ČALS*. [online]. © 2015 VIZUS [vid. 16. 8. 2023]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/publikace/doporuceni-cals/>

DEMENTIA, Péče o člověka s demencí. 5. Komunikace s důstojností. [online]. [vid. 18. 8. 2023]. Dostupné z: <https://dementia.cz/5-komunikace-s-dustojnosti/>

DEMENTIA, Péče o člověka s demencí. 4. Praktické rady pro komunikaci s nemocným. [online]. [vid. 18. 8. 2023]. Dostupné z: <https://dementia.cz/4-prakticke-rady-pro-komunikaci-s-nemocnym/>

DEVITO, J. A., 2008. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2018-0.

EKMAN, P., 2015. *Odhalené emoce: naučte se rozpoznávat výrazy tváře a pocity druhých*. Brno: Jan Melvil. ISBN 978-80-87270-81-3.

ELNEROVÁ, D., 2021. Využití biografie v individuálním plánování u klientů s demencí. [online]. [vid. 20. 2. 2024]. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Fakulta evangelická teologická. Katedra sociální práce. Vedoucí práce Hana Janečková. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/150492>

ERWIN BÖHM INSTITUTE. 2015. Základní stavební kameny Psychobiografického modelu (PBN) prof. E. Böhma. [online]. [vid. 25. 10. 2023]. Dostupné z: <http://www.ebinbio.cz/teorie-pbm/>

- FERT'ALOVÁ, T., ONDRIOVÁ, I., 2020. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2479-4.
- GLENNER, J. A., a kol., 2012. *Péče o člověka s demencí*. Rádci pro zdraví. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0154-0.
- HAUKE, M., a kol., 2017. *Když do života vstoupí demence, aneb praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociální služeb ČR. ISBN 978-80-906320-7-3.
- HAUKE, M., 2014. *Zvládnání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5216-7.
- HELUS, Z., 2018. *Úvod do psychologie*. 2. přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4675-3.
- HENDL, J., REMR, J., 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.
- HOLMEROVÁ, I., a kol., 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3119-6.
- HRICOVÁ, A., ONDRÁŠEK, S., URBAN, D., 2023. *Metodologie v sociální práci*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4104-8.
- CHOMÁTOVÁ, P., 2022. *Možnosti komunikace s lidmi se syndromem demence: Reflexe a podpora dovedností pracovníků*. [online]. [vid. 20. 2. 2024]. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Fakulta filozofická. Katedra Sociální práce. Vedoucí práce Daniela Vodáčková. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/174640>
- JANOUSEK, J., 2015. *Psychologické základy verbální komunikace: projevy psychických funkcí ve verbální komunikaci, významová dynamika a struktura komunikačního aktu, komunikace písemná, ženská, mužská, virtuální, vnitřní kooperace a vnitřní řeč ve verbální komunikaci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4295-3.
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
- JURÁŇOVÁ, J., 2021. *O alzheimerově nemoci a naději: Jak (spolu) s nemocným zůstat v kontaktu*. Praha: PowerPrint. ISBN 978-80-7568-351-9.
- KISVERTOVÁ, H., 2020. Demence a kvalita života. In: *Starám se a pracuji*. [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. [vid. 20. 8. 2023]. ISBN 978-80-244-5709-3. Dostupné z: https://staramseapracuji.cz/_Upload/Images/publikace/Publikace%20-

%20Demence%20a%20kvalita%20%C5%BEivota%20-
%20ke%20sta%C5%BEen%C3%AD.pdf

KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. přepr. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0102-3.

KONDISOVÁ, L., 2018. *Komunikace se seniory s demencí v domově se zvláštním režimem*. [online]. [vid. 20. 2. 2024]. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové. Fakulta filozofická. Vedoucí práce Zuzana Truhlářová. Dostupné z: <https://theses.cz/id/iz4fpe/>

KÖNIG, J., ZEMLIN, C., 2017. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1184-6.

KUTNOHORSKÁ, J., 2017. Bariéry v komunikaci se seniory. In: *Seniorzone*. [online]. [vid. 20. 2. 2024]. Dostupné z: https://www.seniorzone.cz/33/bariery-komunikace-se-seniory-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4_CGK9d-8qNljgAE/

MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-271-1638-6.

MATOUŠEK, O., a kol., 2022. *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1952-1.

MATOUŠEK, O., a kol., 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. vyd., Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3.

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

ONDRUŠOVÁ, J., KRAHULCOVÁ, B., a kol., 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. ISBN 978-80-246-4383-0.

PLAŇAVA, I., 2005. *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy - dovednosti - poruchy*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0858-2.

PROCHÁZKOVÁ, E., 2019. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1008-7.

PROCHÁZKOVÁ, E., 2015. Psychobiografický model péče prof. Erwina Böhma. Florence. Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. [online]. č. 11, [vid. 25. 10. 2023] Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/11/psychobiograficky-model-pece-prof-erwina-b-hma/>

SBORNÍK PŘÍKLADŮ DOBRÉ PRAXE, 2019. *V oblasti péče o seniory, zvláště o seniory s demencí*. [online]. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-907053-7-1. [vid. 18. 8. 2023]. Dostupné z: https://www.apsscr.cz/files/files/SBORNIK_Erasmus_DOBRA%20PRAXE_CZ_Final.pdf

STÁREK, L., 2022. *Sociální práce se seniory žijící s demencí*. Praha: Educa Service. ISBN 978-80-87306-14-7.

STRAUSS, A., CORBIN, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Scan. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.

ŠÁTEKOVÁ, L., a kolektiv, 2021. *Demence: hodnotící techniky a nástroje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1695-9.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K., a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. [online] Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [vid. 20. 3. 2024]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>

VÉBROVÁ, K., 2014. *Agresivita u jedinců s demencí žijících v Domově se zvláštním režimem*. [online]. [vid. 20. 2. 2024]. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta pedagogická. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce Kateřina Sayoud Solárová. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/uyu8e/>

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

VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2614-4.

ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.

Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. In: *Zákon pro lidi* [online]. 2006 [vid. 25. 10. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108?text=z%C3%A1kon+o+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEb%C3%A1ch>

ZRUBÁKOVÁ, K., BARTOŠOVIČ, I., a kol., 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatrici*. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2207-3.

ZVĚŘOVÁ, M., 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0561-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023. *Dementia*. [online]. [vid. 17. 8. 2023].

Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ukázka kategorií s kódy

Příloha č. 2: Scénář rozhovoru

Příloha č. 3: Ukázka rozhovoru s kódováním

Příloha č. 1 Ukázka kategorií s kódy

HPO1: Jaké jsou možnosti komunikace s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby?	
Aspekty usnadňující komunikaci s lidmi s demencí	
Kódy	Neverbální komunikace Činnosti doprovázené slovem Informace Znalost klienta Osobní nastavení pracovníka Zásady komunikace Přístup pracovníka Pozorování Verbální komunikace Biografie Intuice Agrese klienta Zklidnění Změna tématu Zrcadlení emocí Reakce pracovníka Pozornost Zdrobněliny
Principy komunikace s lidmi s demencí s narušenou komunikační schopností	
Kódy	Neverbální komunikace Zjišťování potřeb Činnosti doprovázené slovem Znalost klienta Projev nesouhlasu Komunikace ze strany pracovníka Zpětná vazba Intuice Formulace slov, vět Pozorování Bazální stimulace Verbální komunikace
Východiska při zjišťování obtíží a potřeb u lidí s demencí	
Kódy	Dotazování Verbální komunikace Neverbální komunikace Intuice Nepodsouvání příznaků Pozorování Biografie Přístup pracovníka Informace Znalost klienta

HPO2: Jaké jsou limity v komunikaci s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby?	
Adaptace pracovníka na narušené komunikační schopnosti u lidí s demencí	
Kódy	Individuální přístup Znalost klienta Stadium demence Neverbální komunikace Přístup pracovníka Omezení ze strany klienta Přizpůsobení komunikace Způsoby verbální komunikace
Bariéry a nevhodná komunikaci s lidmi s demencí	
Kódy	Projev klientů Neverbální komunikace Stadium demence Znalost klienta Strategie usnadnění komunikace Reakce pracovníků na potřeby klientů Záporné věty Rozkazovací způsob v komunikaci Nepříjemná komunikace Využívání zdrobnělin Dlouhá otázky Tón hlasu
Faktory ovlivňující komunikaci s lidmi s demencí	
Kódy	Negativní přístup pracovníka Okolní vlivy Neverbální komunikace Klientův stav Čas Naladění klienta
DPO1: Jaké metody a přístupy jsou využívány v komunikaci s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby?	
Biografie a minulost lidí s demencí	
Kódy	
Biografie	Individuální péče
Aktivizační činnosti	Dotazník
Jídlo	Informace
Na co se neptat	Stadium demence
Znalost života před onemocněním	Zjišťování obtíží
Fotografie	Ověřování informací
Význam minulosti	Rozhovor

Příloha č. 2 Scénář rozhovoru

Představení: Děkuji moc za ochotu, že se mnou uděláte rozhovor. Jsem Sandra Veitová a studuji na Technické univerzitě v Liberci obor Sociální práce. Píšu bakalářskou práci na téma komunikace s lidmi s demencí v domově se zvláštním režimem.

Čas a obsah: Máme na sebe zhruba 30 minut. V rámci práce dělám průzkum, který se zabývá možnostmi a limity komunikace s lidmi s demencí z pohledu pracovníků vybrané pobytové sociální služby.

Otázky: Mám tu připravené otázky, na které se občas podívám, abych na nic nezapomněla. Možná si sem tam napíši nějakou poznámku.

Nahrávání: Hlavně si ale náš rozhovor nahraji, abych se k němu pak mohla vracet. Nebudu ho s nikým sdílet a až ho zpracuji, tak ho smažu. Své poznámky pak anonymizuji.

Deidentifikace: Vaše odpovědi nejsou spojovány s vaším jménem. Své poznámky pak anonymizuji, odstráním veškerá osobní data. Souhlasíte s nahráváním rozhovoru?

Nepříjemnosti: Každopádně pokud na cokoli nebudete chtít odpovídat, stačí říct. Na odpověď tlačit nebudu.

Dotazy: Než začneme, chcete se na něco zeptat?

Rozehrátí 5 minut: Možná bych se na začátku zeptala, jak jste se dostala k této práci? Jako dlouho pracujete s lidmi s demencí?

1. S jakým omezením v komunikaci se setkáváte s lidmi s demencí?
2. Podle čeho přizpůsobujete komunikaci lidem s demencí?
3. Co Vám usnadňuje komunikaci s lidmi s demencí?
4. Co považujete v komunikaci s lidmi s demencí za náročné?
5. Co ovlivňuje komunikaci s lidmi s demencí?
6. Co komplikuje komunikaci s lidmi s demencí?
7. Jakým způsobem zjišťujete, že Vám člověk s demencí porozuměl?
8. Můžete mi popsat situaci, ve které se Vám obtížně komunikovalo s člověkem s demencí? A co Vám pomohlo při komunikaci?
9. Jak zjišťujete, co člověk s demencí potřebuje?
10. Jak poznáte, zda má člověk s demencí nějaké obtíže?

11. Jak komunikujete s člověkem, který se slovně nevyjadřuje?
12. Jak se projevuje nesouhlas u lidí s demencí, kteří se slovně nevyjadřují?
13. Jak zjišťujete minulost člověka před onemocněním demence?
14. Jaký význam má pro Vás minulost člověka při komunikaci?
15. Pokud byste mi měla dát radu, co v komunikaci s člověkem s demencí nepoužívat, jak by ta rada vypadala?
16. Pokud byste mi měla dát radu, co se Vám v komunikaci s lidmi s demencí osvědčilo, jak by ta rada vypadala?

Závěr: Poděkování.

Příloha č. 3 Ukázka rozhovoru s kódováním

schopný vám to ukázat.

To ukázání je hrozně jako pro ně jednoduchý, jo, takže to dlouhou dobu je zachovaný, že se s nima takhle můžete dorozumět, jo. Samozřejmě ho pozorujete. Kulhá na nohu, drží si ruku, přestal používat ruku nebo se chytá za hlavu. Takže jako to pozorování samozřejmě, ale jako pokud potřebujete z něj tu informaci dostat, tak to ukazování funguje a docela dlouho.

Průzkumník
A třeba člověk, který opravdu vůbec nekomunikuje.

Respondent 2 13
Tak už opravdu o tom, že ho znáte a tušíte, anebo se toho velmi těžko dopracujete. To máte jako novorozence, bude brečet, ale nezjistíte to. Nebo když s tím člověkem manipulujete a vidíte, že jakmile sáhnete na ruku, tak syká, jo, nebo dělá gri masu nebo něco, tak z tohoto. Pak už to pozorování, pokud nejste schopný se s tím klientem jakkoliv domluvit, protože to není schopen, tak už jedineč pozorování.

Průzkumník
Jak komunikujete s člověkem, který nekomunikuje slovy?

Respondent 2 14
Pozorujete ho a zkoušíte, jestli ještě by dokázal teda vám aspoň lokalizovat, co se děje.

Průzkumník
Jak zjišťujete nebo jak se projevuje nesouhlas lidí s demencí, kteří se slovně nevyjadřují?

Respondent 2 15
Buď teda vám dají najevo, že ne. Buď vás nějak odstrčej, nebo jsou naštvaní, a nebo vám může taky dát facku, to všechno jako může nastat ve chvíli, kdy děláte něco, co on nechce a vy jakoby nepřestáváte. Takže pokud chcete s tím člověkem něco udělat a vidíte náznak nesouhlasu, tak je prostě nejlepší jako z toho vycouvat. Odstrčení, nebo i úplnej ignor na vás, jako že budou dělat, že tam nejste, protože prostě nebudu s tebou mluvit, chceš mně něco, jako, čemu já nerozumím, nevím, nechci, že jo.

Průzkumník
A jak třeba komunikujete s lidma, který mají náročnější chování.

Respondent 2 16
Ono právě to je o tom. Pokud tomu člověku nebudete dělat něco, co nechce, tak on zpravidla nebude agresivní. Ale jako musíte se fakt tím řídit, no, že musíte odhadnout to, že to je

FOKUS DOROZUMĚVÁNÍ PŘI OBSTÁČKÁCH
UKÁZÁNÍ
JEDNODUCHÝ
DLOUHOU ZACHOVÁNO
POZOROVÁNÍ
DRŽÍ SI RUKU
PŘESTAL POUŽÍVAT RUKU
KULHÁ
CHYTA SE ZA HLAVU
OPATŘENÍ U NEKOMUNIKÁCI
ZNALOST ČLOVĚKA TUŠÍTE
PŘI MANIPULACE
POZOROVÁNÍ
ROZTEKY → PROJEV V GRAMATICE ← OPRAVILI
NEBO HLAVOU SYKA
KOMUNIKACE U NĚKTERÝCH KLIENTŮ
POZOROVÁNÍ A ZKOUŠENÍ ZDA DOKÁŽE UKAZOVAT
PROJEVENÍ NESOUHLASU U NEKOMUN. K.
SLOVEM → NE ODSTRČEJ, NAŠTVÁNÍ, FACKA
V SITUACI KDY NECHCE DĚLAT, NEBO IGNOR JEŠI
DEJANÍ ŽE TAM NEJSI
POKYÁHA - Z TOHO VYCOUVAT NEBUDOU MLUVIT
KOMUNIKACE S LIDMI S NAROC. CHOVÁNÍ
NEBUDOU DĚLAT CO NECHCE, NEBUDOU AGRESIVNÍ
10
ŘÍDIT SE TÍM - ODHADNOUT NESOUHLAS

POZOROVÁNÍ
ZNALOST KL.
POZOROVÁNÍ
VERB. KOM.
REVER. K.
INIMAVOSI KL.
AGRESIE