

Formy a možnosti komunikace pečovatele se seniory v domovech pro seniory

Helena Třísková

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Helena TŘÍSKOVÁ**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Formy a možnosti komunikace pečovatele se seniory v domovech pro seniory.**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti komunikace.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

JANOŮŠEK, J. Verbální komunikace a lidská psychika. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1594-0

TEGZE, O. Neverbální komunikace. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-429-X

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I (ed.). Sociální psychologie. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 217 - 230. ISBN 978-80-247-1428-8

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Pavel Opatrný

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

15. února 2010

Termín odevzdání bakalářské práce:

7. května 2010

Ve Zlíně dne 15. února 2010

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 30.4.2010

..........

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací.

(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá formami a možnostmi komunikace se seniory žijících v domovech pro seniory. Skládá se z teoretické a praktické části. V teoretické části práce jsou na základě poznatků z odborné literatury vymezeny pojmy jako mezilidská komunikace, intrapersonální, interpersonální, verbální a neverbální forma komunikace. Dále se zabývá problematikou komunikace se seniory se zdravotním postižením. Poté následuje vymezení pojmu stáří, demence a pracovní kategorie Pracovník v sociálních službách.

Praktická část zahrnuje deskriptivní kvantitativní výzkum, který byl prováděn v Královéhradeckém kraji. Jeho cílem bylo zjistit, jaké vědomosti mají pracovníci v sociálních službách v oblasti komunikace, jak je využívají v praxi a zda se dále vzdělávají. Z realizovaného výzkumného šetření lze vysledovat informace o verbální, neverbální komunikaci, bazální stimulaci, validaci, augmentativních a alternativních metodách komunikace.

Klíčová slova: komunikace, formy komunikace, komunikace se seniory, Bazální stimulace, Validace, Preterapie, Videotrénink interakcí, stáří, demence, pracovník v sociálních službách.

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the forms and possibilities of communication with the elderly who live in homes for the elderly. It consists of theoretical and practical parts. The theoretical part is based on findings of terms such as interpersonal communication, intrapersonal, an interpersonal, verbal and nonverbal form of communication. It also deals with issues of communication with seniors with disabilities. There is also the definition of the old age, dementia and working class of workers in social services.

The practical part includes a descriptive quantitative research which was carried out in the region of Hradec Králové. Its aim was to determine what knowledge the workers in social services have in the field of communication, how they use this knowledge in real life and whether they are further educated. The information about verbal, nonverbal communication, basal stimulation, validation, augmentative and alternative communication methods can be traced from the research.

Keywords: social communication, forms of communication, communication with seniors, basal stimulation, validation, Pretherapie, brief view, old age, dementia, a worker in services.

Děkuji panu PhDr. Pavlu Opatrnému za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi poskytl během zpracování této bakalářské práce.

MOTTO

„Empatické naslouchání znamená dočasně žít životem druhého.“

Carl Rogers

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 KOMUNIKACE.....	14
2 FORMY KOMUNIKACE.....	16
2.1 INTRAPERSONÁLNÍ KOMUNIKACE.....	16
2.2 INTERPERSONÁLNÍ KOMUNIKACE.....	16
2.3 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	17
2.4 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	19
3 KOMUNIKACE SE SENIORY.....	22
3.1 KOMUNIKAČNÍ BARIÉRY.....	22
3.2 OBECNÉ ZÁSADY KOMUNIKACE SE SENIORY.....	23
3.3 AUGMENTATIVNÍ A ALTERNATIVNÍ SYSTÉM KOMUNIKACE.....	23
3.4 KOMUNIKACE SE SLUCHOVĚ HANDICAPOVANÝMI SENIORY.....	24
3.5 KOMUNIKACE SE ZRAKOVĚ HANDICAPOVANÝMI SENIORY.....	26
3.6 KOMUNIKACE SE SENIORY S TĚLESNÝM ZNEVÝHODNĚNÍM.....	26
3.7 KOMUNIKACE SE SENIORY TRPÍCÍMI DEMENCÍ.....	27
4 SPECIFICKÉ FORMY KOMUNIKACE SE SENIORY TRPÍCÍMI DEMENCÍ.	30
4.1 BAZÁLNÍ STIMULACE.....	30
4.2 VALIDACE.....	33
4.3 PRETERAPIE.....	37
4.4 VIDEOTRÉNINK INTERAKCÍ.....	38
5 STÁŘÍ.....	40
6 REZIDENČNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY.....	43
7 PRACOVNÍ KATEGORIE – PRACOVNÍK V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH..	44
7.1 CHARAKTERISTIKA.....	44
7.2 AKREDITOVANÝ KVALIFIKAČNÍ KURZ	45
7.3 REALIZOVANÝ VÝZKUM Z OBLASTI KVALIFIKAČNÍCH POTŘEB PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH PRO SENIORY.....	45
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	47
8 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU.....	48
8.1 CÍL VÝZKUMU.....	48
8.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	49
8.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	49

8.4	METODA SBĚRU DAT.....	50
9	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	51
9.1	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ - VYHODNOCENÍ.....	51
9.2	SHRnutí VÝSLEDKŮ.....	61
9.3	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	64
9.3.1	Obecná doporučení.....	64
9.3.2	Vlastní praxe.....	66
	ZÁVĚR.....	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	74
	SEZNAM TABULEK.....	75
	SEZNAM PŘÍLOH.....	76

ÚVOD

Komunikace je neodmyslitelnou součástí života každého člověka, potřeba komunikovat, sdílet s někým své zážitky a pocity je jednou z jeho základních potřeb. Plní funkci nejen dorozumívací, ale také naplňuje potřebu se sdružovat, patřit do nějaké skupiny. V komunikaci jsou základní tři věci: umět, chtít a moci komunikovat.

U seniorů, kteří žijí v domovech pro seniory se často setkáváme s tím, že nemohou nebo neumějí komunikovat z důvodu zdravotního omezení, které způsobují různé nemoci, stále častější jsou demence různého typu. Proto je žádoucí, aby pracovníci v pomáhajících profesích, tedy i pečovatelé u seniorů, kteří jsou s nimi v každodenním kontaktu, uměli a chtěli správně komunikovat, nechali jim dostatek prostoru k vyjádření se nebo jim ukázali alternativní způsoby komunikace.

Se stále zvyšující se kvalitou poskytované péče v domovech pro seniory stoupají také nároky na vzdělání, a to i v oblasti komunikačních dovedností. Pokud má být seniorům služba individuálně plánována je nutné zvládat různé komunikační techniky, aby bylo možné seniorům porozumět, rozpoznat jejich potřeby a přání, jejich plněním jim zajistit co nejkvalitnější život.

Důvodem pro volbu tohoto tématu mé bakalářské práce je fakt, že sama pracuji se seniory a z vlastní zkušenosti vím, jak je často obtížné se dorozumět a rozpoznat co nám senior sděluje, a to zvláště pokud trpí demencí a již není schopen verbální komunikace. Často vidím u lidí, kteří se s tímto onemocněním nesetkali, jak jsou bezradní a nevědí jak s takovýmto člověkem komunikovat. To mě utvrzuje v přesvědčení, že je nutné se v této oblasti stále vzdělávat a využívat nové poznatky v praxi.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části uvádím formy komunikace, komunikační techniky, které se využívají při komunikaci se seniory. Obsahuje také vysvětlení pojmu komunikace, stáří a demence, pracovník sociálních služeb.

Cílem praktické části mé práce bylo zjistit jaké vědomosti, znalosti a komunikační dovednosti mají pečovatelé v domovech pro seniory v Královéhradeckém kraji, zda se dále vzdělávají v této oblasti. Informace a závěry tohoto výzkumu mohou být vodítkem nejen pro pečovatele, v které oblasti se mají zdokonalit, ale také pro jejich zaměstnavatele, při zajišťování kurzů pro své zaměstnance. Také poskytovatelé kurzů mohou přizpůsobit podle nových požadavků zaměstnavatelů obsah nabízených kurzů.

Cíle předkládané bakalářské práce lze shrnout do následujících bodů:

1. Seznámení s problematikou mezilidské komunikace, s některými jejími formami (intrapersonální, interpersonální, verbální a neverbální).
2. Uvedení do problematiky komunikace se seniory, kteří žijí v domovech pro seniory a často mají některé zdravotní postižení (sluchové, zrakové, tělesné, onemocnění demence).
3. Vymezení některých specifických forem komunikace, které je možné využít při komunikaci se seniory s diagnostikovanou demencí (Bazální stimulace, Validace, Preterapie, Videotrénink interakcí).
4. Objasnění pojmu stáří, klasifikace nemoci demence, současná nabídka rezidenčních sociálních služeb pro seniory a charakteristika pracovní kategorie – Pracovník v sociálních službách
5. Zjištění znalostí v oblasti komunikace u pracovníků v sociálních službách – v domovech pro seniory v Královéhradeckém kraji (deskriptivní kvantitativní výzkum).
6. Shrnutí výsledků z realizovaného dotazníkového šetření, které mají význam ve vzdělávání v oblasti komunikace přímo pro pracovníky v sociálních službách i pro jejich zaměstnavatele v Královéhradeckém kraji.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE

„Slovo komunikace je latinského původu. V latině se slovesem *communicare* rozumí *communem reddere* – učiniti společným. To, co bylo dosud jen mým a co ty jsi postrádal, to se stává v komunikační interakci našim společným majetkem.“ (Křivohlavý, 1986, s. 98)

Vymezení přesné definice komunikace je obtížné, rozhodující je, z jakého oboru vychází rozbor komunikace. Komunikaci zkoumají vědci z různých oborů sociologové, psychologové, jazykovědci, kulturní a sociální antropologové, etnologové, sociální psychologové.

Definice vycházející ze sociální psychologie:

„Komunikace je specifickou formou spojení mezi lidmi, a to prostřednictvím předávání a přijímání významů. Souvisí s jinými formami spojení mezi lidmi, jako jsou společná činnost – kooperace, vzájemné působení – interakce a společenské vztahy.“ Jak uvádí Janoušek (In Výrost, 2008, s. 217)

Různí odborníci uvádějí, že specificky lidská forma komunikace je mluvená a psaná řeč. Komunikace mezi lidmi má podobu verbální, řečovou a neverbální, což jsou ostatní výrazové prostředky. Komunikace probíhá jako záměrná nebo nezáměrná, zvláště ve výrazových prostředcích, řeči těla, mimice. Každá kultura má vytvořený svůj systém významů, znaků, zahrnuje informace, emoce, hodnoty, postoje, dovednosti. Jedinec se učí rozumět těmto významům prakticky od narození, nejprve neverbální formou, dále se učí komunikovat verbálně, rozumět významům verbální komunikace. Smyslem komunikace je dorozumět se, přijímat nebo předávat informace. Informace jsou přenesené významy, prostřednictvím znaků – symbolů, signálů nebo symptomů. Nutnou podmínkou je, aby tyto významy byly sdílené, tedy chápány stejně aktéry komunikace. Nejedná se přitom pouze o stejný jazyk, ale i neverbální projevy. (Janoušek in Výrost, 2008)

Podle Nakonečného (2000) je komunikace také sociální akt, komunikace je druhem sociální interakce. Podle počtu účastníků probíhá komunikace jednostranně, mezi dvěma účastníky, ve skupině nebo je to komunikace masová. Prostředkem komunikace jsou slova, gesta a celkové chování. Z hlediska sociální interakce nelze nekomunikovat, komunikace probíhá, i když nechceme, i takto jsou námi předávány příjemci informace.

Odborníci se shodují, že každá komunikace má svůj určitý sled.

Nejprve je navázán vztah mezi aktéry komunikace, vědí o sobě, vnímají se. Komunikovat začíná mluvčí – komunikátor, který chce sdělit své myšlenky. Tyto myšlenky převede do

významů, zakóduje je a komunikačním kanálem je přeneše k příjemci neboli posluchači, který si tyto významy dekoduje. Po přijetí těchto významů příjemcem následuje zpětná vazba ve formě reakcí příjemce na obsah přijaté informace. Jestliže jsme v roli komunikátora, všímáme si reakcí posluchače, a tak se stáváme zároveň příjemci sdělení, mluvení i naslouchání probíhá současně. Důležité je, aby mluvčí i posluchač stejně chápali použité významy, měli společnou zásobu znaků. Komunikace může probíhat současně několika komunikačními kanály – zrakovým, čichovým, hmatovým, sluchovým, chuťovým. Komunikaci ovlivňuje komunikační šum, což jsou různé překážky při přenosu nebo příjmu informace. (De Vito, 2001)

„Velmi názorně ilustroval strukturu komunikace H. D. Laswell (in: L. Brusin, 1948)

1. Kdo (komunikátor)
2. říká co (komuniké)
3. komu (komunikant, recipient)
4. čím (druh komunikace, např. slova)
5. prostřednictvím jakého média (např. mluvené řeči v přímém fyzickém kontaktu)
6. s jakým úmyslem (intence, motivace)
7. s jakým účinkem.“

(Nakonečný, 2000, s. 159)

2 FORMY KOMUNIKACE

Komunikační formy odborníci dělí podle interakčních vztahů mezi aktéry komunikace na intrapersonální, interpersonální, skupinové nebo masové. Pokud se zaměříme na způsob předávání významů, komunikaci dělí na verbální, neverbální, která může být záměrná nebo nezáměrná.

Jelikož tato práce pojednává o komunikaci mezi pracovníkem a seniorem, tedy mezi dvěma osobami, komunikací skupinovou a masovou se dále v této práci nezabývám.

2.1 Intrapersonální komunikace

„Intrapersonální komunikace je komunikace jedince se sebou samým jako druhým objektem.“ (Janoušek in Výrost, 2008, s. 225)

Janoušek (2007) intrapersonální komunikaci nazývá intrapersonálním dialogem, mluvení se sebou samým, který může probíhat nahlas nebo potichu, také může probíhat při afektivních reakcích, kdy je uvědomovaná v průběhu nebo až dodatečně. Intrapersonální komunikace může probíhat i nezáměrně, např. komunikace se sebou samým ve snu, ve stavech omezené bdělosti. K intrapersonální komunikaci patří také monolog, který je určen pouze mluvčímu, ne posluchačům, příjemcům. Dále uvádí také další formy komunikace, které intrapersonální komunikaci připomínají, ale překračují její rámec. K nim řadí např. komunikaci s počítačem ve funkci pomocníka, s představovaným druhým člověkem.

Intrapersonální komunikace podle Nakonečného (2000) je komunikace se sebou samým, získávání informací pro sebe např. z počítače, archivu.

Při práci se seniory je možné pozorovat tuto komunikační formu, pokud ji užívají ve slyšitelné podobě, vědomě si nahlas mluví pro sebe. Jejich hovor není určen jiným osobám.

2.2 Interpersonální komunikace

Interpersonální komunikace je komunikace mezi dvěma nebo více osobami. Základním projevem interpersonálního sdělování je rozhovor. Rozhovor je tvořen třemi základními činiteli – mluvčí, posluchač a komuniké neboli obsah sdělované informace. Role mluvčího a posluchače se během rozhovoru střídá. Podle povahy obsahu komunikace lze rozhovor dělit na konverzaci nebo dialog, jak uvádějí různí autoři. Dialog se od konverzace liší tím, že je zaměřen na dosažení nějakého cíle, probíhá vzájemná výměna názorů, návrhů a podobně. Rozhovor může mít také podobu doprovodného dorozumívání při činnosti.

Pro zvýšení úspěšnosti a spokojenosti naší komunikace je třeba si předem ujasnit, čeho chceme rozhovorem dosáhnout, mít určité vědomosti o tématu, vnímat příjemce jako partnera v komunikaci a také vědět jak se zachovat na různé reakce příjemce komunikace. Senior jako příjemce reaguje různým způsobem na sdělený význam. Stává se, že pouze odpovídá na otázky, nereaguje na smysl promluvy a rozhovor tak nemůže pokračovat nebo nereaguje vůbec, komunikace není navázána. Další variantou je, že se odklání od tématu a pokračuje v rozhovoru na základě vlastních potřeb, zde je nutné správnými otázkami docílit toho, že rozhovor povede komunikátor. K tomu nám dopomůže také správná formulace otázek, které mají být jasné a stručné.

2.3 Verbální komunikace

„Verbální komunikace: Je specificky lidským způsobem komunikace, který má formu mluvené nebo psané řeči v užším smyslu (tj. formu jazyka).“ (Nakonečný, 2000, s. 163) Slova jsou základní znaky, které označují předměty, vlastnosti, vztahy a vytvářejí systém znaků. Při slovní komunikaci dochází k výběru a kombinování těchto znaků, přenesení slovních sdělení k příjemci a porozumění jim. Zde je nutnou podmínkou, aby mluvčí i posluchač používaly stejný systém znaků – stejný jazyk a alespoň podobné rozumění významům slov. Uplatňuje se zde také situační kontext, který dotváří obsah sdělení. Takto můžeme vyjádřit abstraktní obsah sdělovaného významu. (Nakonečný, 2000)

Za základní jednotku slovní komunikace odborníci považují komunikační akt. Z více komunikačních aktů jsou složeny delší promluvy. Tyto promluvy mohou mít formu monologu, což je promluva, kdy předává významy pouze mluvčí příjemci a neočekává jeho přímou odezvu. Další formou verbální komunikace je dialog, kdy je očekávána přímá odezva od příjemce. Dialog může mít podobu rozhovoru, jedná se o rozmluvu dvou nebo více lidí na stejné téma, řešení nějakého problému, úkolu apod. V průběhu rozhovoru se jeho aktéři střídají v roli mluvčího a posluchače. Nezávazný rozhovor se nazývá konverzace. Předmětem konverzace jsou různá obecná témata, otázky na zdraví, děti, lichotky a komplimenty. Obsahem konverzace nejsou závažné otázky a jejich řešení. Konverzace přispívá k udržení kontaktu s lidmi, pocitu sounáležitosti ke skupině. (Vybíral, 2000)

Podle Vybírala (2000) naše promluva může být egocentrická nebo sociocentrická.

Egocentrická řeč je zaměřena na vlastní osobu – mluvčího, je to snaha říci přesně to, co jsem chtěl říci. Sociocentrická řeč se vztahuje na osobu posluchače, je to snaha říci to tak, aby příjemce rozuměl. Sociocentričností by se měla vyznačovat mluva pracovníků v pomá-

hajících profesích, tedy i pracovníků v sociálních službách.

Během sociální interakce, rozhovoru se střídavě stáváme mluvčím i posluchačem, tak je součástí slovní komunikace také naslouchání, které neznamená jen slyšet, ale také chápat a rozumět. Naslouchání druhým lidem je každodenní činnost lidí, ale může mít podobu aktivního nebo pasivního naslouchání, což uvádějí různí psychologové.

Pasivní naslouchání znamená jen příjem informací bez zpětné vazby mluvčímu. Pak není zřejmé, zda posluchač pochopil, dobře slyšel a rozuměl.

Aktivní a empatické naslouchání vyvolává v mluvčím pozitivní pocity. Základem tohoto naslouchání je koncentrace na rozhovor a vyjádření pozornosti. Pozornost je možné vyjádřit mnoha způsoby např. očním kontaktem, souhlasným pokyvováním hlavy, otevřeným postojem, kladením doplňujících otázek, vyjádřením vyvolané emoce mimikou. Při empatickém naslouchání se posluchač vžije do pocitů mluvčího, do jeho situace, kterou nehodnotí svým pohledem, ale snaží se vidět věci stejně jako mluvčí. (Vybíral, 2000)

Aktivní a empatické naslouchání by mělo být běžně užíváno pracovníky v pomáhajících profesích.

Techniky aktivního naslouchání podle Pokorné (2006, s. 33-34)

„Povzbuzení – cílem je vyjádření zájmu o osobu a předmět hovoru.

Objasnění – cílem je pomoc objasnit, o čem je řeč, získávání informací.

Zrcadlení – cílem je vyjádření pochopení pocitů druhého, pojmenování toho, co druhý cítí, uznání toho, že pocity druhého jsou oprávněné.

Parafrázování – cílem je ověření toho, zda jsme správně pochopili, co druhý říká,
vyjadřujeme sdělovaný obsah vlastními slovy.

Shrnutí – cílem je zopakování důležitých faktů, myšlenek, pocitů. Popis dosaženého pokroku.

Ocenění – cílem je ocenění všeho, co ocenit lze – aktivní účast na rozhovoru, ochotu řešit daný problém, vyjádření názoru. Ocenění by mělo být věrohodné a týkat se všech.“

2.4 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je komunikace beze slov, zahrnuje mnoho oblastí lidských projevů a produktů. Odborníci se shodují, že vznikla dříve než verbální komunikace.

„Neverbální komunikaci využívá člověk k tomu, aby: podpořil řeč (reguloval její tempo, podtrhl a zdůraznil vyslovené); nahradil řeč (ilustroval, symbolizoval); vyjádřil emoci, resp. „zvládl“ prožitek emoce (aby se znovu dostal do emoční „rovnováhy“, adaptoval se); vyjádřil interpersonální postoj (např. pochybování, naléhavost při přesvědčování); uskutečnil sebevyjádření (sebe prezentaci) – představil se.“ (Vybíral, 2000, s. 70)

Podle Tegzeho (2003) je neverbální komunikace tvořena nejen řečí těla, ale zahrnuje i další oblasti – komunikace činy, oblast vlastních produktů člověka, oblast konzumace cizích produktů, oblast vztahů mezi individuálním a obecně sdíleným pohledem na život. Komunikace činy ukazuje v jaké je harmonii prožívání, chování člověka s jeho postoji a názory. Lze ji také vysvětlit jako obezřetnost při posuzování lidí, zda je jejich jednání a chování v souladu s jejich názory a postoji. Tato forma komunikace provází každého člověka již od dětství. Vlastní výtvořky umělecké nebo jiné mají velkou vypovídací hodnotu o člověku, o jeho myšlení, emocích, hodnotách, vnímání světa. Každý člověk je z vnějšku obklopen produkty, předměty, aktivitami, které si pořizuje, a to má také svoji vypovídací hodnotu. Posuzováno je oblečení, úprava, šperky, vůně, dekorace, zájmy, které člověk upřednostňuje apod. Studium vztahů mezi individuálním a obecně sdíleným pohledem na život, míra jejich souladu je spojnicí mezi minulostí, přítomností a budoucností, která vystihuje základní model vztahů lidí v dané společnosti, k jejich hodnotám. Je posuzována kultura, architektura, hudba, malířství, literatura jejich styly a trendy.

Různí autoři a odborníci se shodují na tom, že nejznámější oblastí neverbální komunikace je řeč těla. Neverbální signály přijímáme z gest, mimiky obličeje, pohybů celého těla. Pokud má být řeč těla správně posuzována, gesta se musí posuzovat jako celek, ne jednotlivě a také dávat do souvislosti se situačním kontextem. Mohou vznikat rozpory mezi verbálním a neverbálním projevem, tento nesoulad upozorňuje např. na lež, nepoctivé úmysly. Každý člověk více či méně tento nesoulad vnímá a přiklání se spíše k neverbálnímu sdělení.

Odborníci nejčastěji dělí řeč těla na tyto oblasti:

Kinezika- pohyby těla a končetin jiného druhu než gesta, které sdělují zvláště vztah ke druhému, jeho zájem. Strnulost vyjadřuje velké napětí, sklonění hlavy úzkost, strach,

zvednutá hlava a natočení k druhému vyjadřuje zájem, odvrácení hlavy vyjadřuje nezáměr, přerušování kontaktu, celkové nesení hlavy vyjadřuje míru sebevědomí.

Posturologie- držení těla, komunikace fyzickým postojem, které vyjadřuje momentální pocity člověka. Jinou tělesnou polohu zaujímá člověk uvolněný, cítící se dobře než člověk, který má strach, bolesti apod.

Haptika – předávání a přijímání signálů prostřednictvím přímého doteku, nejčastějším druhem doteku je podání ruky. Podáním ruky lze vyjádřit tři základní postoje – podřízenost, nadřízenost (dlaň směřuje dolů), rovnost.

Gestika – pohyby rukou, známe dvě základní gesta dlaní, a to dlaní vzhůru, což značí otevřenost, dlaní dolů – omezení, uzavření. Pomocí gest lze vyjádřit slova, zesílit význam slovního projevu.

Vizika – kontakt očí, vzájemné pohledy, délka očního kontaktu. Pohledy mohou mít různý význam – hledání zpětné vazby, vybízení ke komunikaci, vyjadřují také povahu vztahu. Negativní vztah je vyjádřen vyhýbavými pohledy, odvrácením pohledu.

Mimika – zahrnuje pohyby tváře, úst, nosu. Lidský obličej komunikuje v průběhu celé interakce, je nejvíce sledován aktéry komunikace.

Podle De Vita (2001) lidský obličej dokáže vyjádřit nejméně osm emocí – štěstí, překvapení, strach, hněv, smutek, odpor, opovržení, zájem, úžas, rozhodnost. Odhaluje prožívání, aktuální emoční stav.

Proxemika – vyjadřuje vzdálenost od partnera, přibližování a oddalování se, může vypovídat o jejich vztahu. Každý člověk má svoji intimní zónu, do které pustí pouze velmi blízké osoby, je v rozmezí do 45 cm. Osobní zóna je od 45cm do 120 cm. Tuto vzdálenost mezi sebou udržují lidé, kteří se znají. Společenská zóna od 120 cm do 3,7 m je užívána ke společenské komunikaci. Tuto vzdálenost mezi sebou udržují lidé, kteří se neznají. Veřejná zóna od 3,7m je užívána pokud se jedinec obrací k větší skupině lidí. Velikost jednotlivých zón není u všech lidí stejná. Je ovlivněna věkem, pohlavím, osobností člověka, kulturou a zalidněností místa, kde člověk žije. Pokud jsou aktéry komunikace lidé s rozdílným chápáním osobních zón, dochází k jejich přibližování a oddalování se k tzv. proxemickému tanci. K obraně svých zón lidé využívají bariéry, může to být stůl, který znemožní vstoupit do osobní zóny, zkřížení rukou, nohou apod. Pokud se člověk nachází v situaci, kdy je jeho osobní nebo intimní zóna narušena a nemůže odejít např. v autobuse, alespoň pohlíží do strany.

Teritorialita – souvisí se zónami mezilidské vzdálenosti. Teritorium je prostor, které člověk považuje za své vlastní území, osobní prostor. Má podobu např. oblíbeného křesla, domu, který je ohraničen plotem, autem.

Paralingvistika – vokální způsob řeči, k těmto aspektům řeči řadíme rychlost, hlasitost, výšku tónu, barvu hlasu, intonaci, přízvuk, akcent, přestávky v řeči, mlčení, chyby v řeči – nefunkční zvuky, jejichž příčinou bývá tréma, nedostatečná příprava projevu a parazitická slova, která jsou v mluvě neustále opakována. Hlas netlumočí jen obsah sdělení, ale také sděluje, v jakém psychickém stavu se nachází promlouvající osoba.

Chronemika – vyjadřování a užívání času vůči jiným lidem, tím jak člověk zachází s časem, o sobě také vypovídá. Posuzuje se, jak člověk hospodaří s časem, kolik času věnuje jiným osobám, problémům, jak je dochvilný apod.

3 KOMUNIKACE SE SENIORY

Komunikační dovednosti používané v interakci se seniory musí být vždy přizpůsobeny individuálním potřebám seniora. Právě zde hraje klíčovou roli sdělující, jeho znalosti a komunikační dovednosti. Sdělující by měl umět přizpůsobit komunikační styl schopnostem seniora, tím zvýšit pravděpodobnost navázání vztahu a úspěšné komunikace. Pokud seniorovi umožníme komunikovat, ať už v jakékoliv formě, je to pro něj přínosem. Stává se tak aktivním účastníkem sociální interakce, komunikace mu dává pocit sebedůvěry.

3.1 Komunikační bariéry

Odborníci vymezují komunikační bariéry jako překážky ve sdělování, v přenosu nebo přijímání významů v komunikaci, které mohou způsobovat vnitřní nebo vnější příčiny.

K vnějším příčinám řadíme komunikační šum, hluk, vyrušení další osobou, vizuální rozptýlování, neschopnost naslouchat, velké množství sdělovaného obsahu. Vnitřní příčinou vzniku komunikační bariéry je sám aktér komunikace, mluvčí nebo posluchač. Faktorem vzniku komunikační bariéry jsou schopnosti a dovednosti jedince, jeho prožívání a zdravotní stav. Komunikační bariéry mohou vzniknout, pokud se aktér komunikace obává neúspěchu, není připraven na komunikaci, cítí fyzické nepohodlí nebo je nemocný. (Ludvík, 2009)

Podle Pokorné (2006) je také komunikační bariérou překroucená informace, komunikační zahlcení, nevhodná forma předávání zpráv s ohledem na posluchače, devalvace v komunikaci, použití bezvýznamných slov, manipulace v komunikaci.

K překroucení informace dochází nejčastěji nepozorností posluchače nebo při špatném pochopení sdělovaného obsahu, proto je u seniorů důležitá zpětná vazba formou zopakování sděleného. Komunikační zahlcení je spojeno s neznalostí schopností a možností posluchače, jeho fyzického a psychického stavu. Často se stává, že se seniorem trpícím demencí člověk neznalý tohoto stavu komunikuje běžným způsobem a senior přitom není schopen přijmout větší množství informací nebo nerozumí sdělenému. Senior se sice tváří, že chápe, přikyvuje, ale pokud se spokojíme s touto zpětnou vazbou je jisté, že našemu sdělení neporozuměl. Předávání sdělení písemnou formou by mělo být u seniorů omezeno na nezbytné dokumenty a podobně, znemožňuje okamžitou zpětnou vazbu, což je u seniorů velmi důležité. Devalvací se rozumí snížení hodnoty člověka. Při komunikaci se projevuje nadřazeným, hrubým nebo neuznalým postojem k seniorovi, chováním, které snižuje jeho sebedůvěru a úctu. Použití bezvýznamných slov stěžuje chápání sdělovaného zvláště u

seniorů. Proto by sdělované mělo být jasné, stručné, v krátkých větách. U seniorů nelze používat termíny a pojmy, kterým nerozumí, nemohou si pak správně vysvětlit obsah sdělovaného, což může vést k dalším nedorozuměním nebo i k záměrné manipulaci.

Bohužel musím uvést, že i ve své praxi jsem se setkala s různými výše jmenovanými komunikačními bariérami, které se pečovatelé nesnažili zmírnit z důvodu neznalosti těchto bariér. Nejhorším příkladem je devalvace v komunikaci kdy např. pečovatelé mluví o seniorovi hrubě, nedůstojně, protože si myslí, že je nevnímá. Senioři také bývají záměrně manipulováni svojí vlastní rodinou, dětmi, např. při příchodu do domova důchodců si myslí, že jdou do lázní, na rehabilitaci.

3.2 Obecné zásady komunikace se seniory

Komunikaci se seniory ovlivňují faktory fyzické, psychické a sociální, řídí se obecnými zásadami v kombinaci s dalšími specifickými postupy.

K obecným zásadám, které různí autoři uvádějí, patří:

Před započítím komunikace si vymežíme cíl, účel a smysl komunikace. Se seniorem komunikujeme jako s partnerem, zvolíme si správnou komunikační formu a techniky, respektujeme omezení seniorů, respektujeme také komunikační bariéry, snažíme se je překonat. K seniorovi se chováme s úctou, jsme trpěliví. Máme na paměti, že komunikace seniorům umožňuje společenský kontakt.

3.3 Augmentativní a alternativní systém komunikace

Před započítím komunikace se seniorem je důležité vědět, jaké komunikační bariéry jsou přítomny a podle toho se rozhodnout, jakou formou bude pečovatel se seniorem komunikovat. K tomu je možné využít těchto dvou systémů.

„Cílem těchto systémů je umožnit jedincům se závažnými poruchami komunikačního procesu aktivní dorozumění, to je zprostředkování, usnadnění a rozšíření komunikace těm osobám, jejichž mluvená řeč je jen málo srozumitelná nebo jim je znemožněna Augmentativní systém komunikace je zaměřen na podporu a rozvoj zachovalých schopností komunikace, napomáhá lepšímu vyjádření sděleného a pochopení sdělovaného obsahu komunikace. Cílem je zvýšit kvalitu porozumění řeči a usnadnit vyjadřování. Alternativní systém komunikace je užíván jako náhrada mluvené řeči.“ (Janovcová, 2004, s. 16)

„Metody AAK

1. bez pomůcek – užití prostředků nonverbální komunikace (pohled, mimika, gestikulace, vizuálně motorické znaky)
2. s pomůckami – předměty, obrázky, fotografie, symboly (piktogramy, písmo), komunikátory
3. jiné typy – např. doplněk ke snadnějšímu ovládnutí počítače (alternativní klávesnice, spínače, apod.).“ (Janovcová, 2004, s. 17)

Z metod alternativních a augmentativních komunikačních systémů se u seniorů využívají prostředky neverbální komunikace v kombinaci s metodami využívající pomůcky. Nejčastějšími pomůckami jsou předměty, obrázky, fotografie, piktogramy, písmo. Využití fotografií a předmětů, které můžeme ukázat je vhodné i když už u seniora verbální komunikace ustala. Ještě i ve středním stadiu demence na známé tváře a předměty reaguje mimikou. Docílíme tak navázání kontaktu, senior si uvědomuje okolní svět. Vhodné je využití symbolů při vaskulární demenci, po proběhlé cévní mozkové příhodě, kde je přítomna afázie. Nemožnost vyjádřit se vyvolává u těchto seniorů negativní emoce, úzkost, deprese. Možnost vyjádřit se prostřednictvím obrázků, ukazování písmen a podobně eliminuje tyto stavy, snižuje pasivitu, frustraci z nepochopení seniora a podstatně tak zkvalitňuje život těchto lidí.

Ze své praxe mohu uvést příklad klientky, která se vrátila z hospitalizace v nemocnici po proběhlé mozkové příhodě, trpěla afázií. Dříve hodná, klidná paní byla nyní neklidná s projevy agrese, byla očividně frustrována nemožností vyjádřit se. Klientka nebyla schopna psát, ale významům obrázků rozuměla. Vytvořili jsme pro ni piktogramy ve formě fotografií, tak aby mohla komunikovat. Pak došlo ke zklidnění, agresivní projevy ustaly. Toto je jeden z mnoha příkladů toho, jak je komunikace pro člověka důležitá.

3.4 Komunikace se sluchově handicapovanými seniory

„V České republice je asi 5% populace nedoslýchavých a neslyšících. Většinu tvoří starší lidé, jejich sluch se zhoršil až v tomto období.“ (Vágnerová, 2004, s. 211)

Sluchové vady dělí odborníci na vrozené a získané. U vrozených sluchových vad se jedinec i jeho okolí učí komunikovat alternativním způsobem již od dětství. U získané sluchové vady vzniklé v pozdějším věku, kdy je již vybudovaná řeč jsou lepší možnosti komunikace.

Při komunikaci se seniorem s těžkou sluchovou vadou, neslyšícími se využívá alternativní způsob komunikace, kdy je verbální řeč nahrazena totální komunikací, jejími složkami

podle zvyklostí a možností seniora.

Součástí totální komunikace je znaková řeč, znakovaná řeč, prstová abeceda. Znaková řeč využívá schopnost zrakově vnímat posunky, které mají význam sdělení, je využívána i mimika a gestikulace. Znakovaná řeč je doslovným překladem orálního sdělení, tedy vyjadřuje i gramatiku příslušného jazyka. Je srozumitelná pouze pokud neslyšící zná příslušný jazyk, z kterého je znakovaná řeč překládána. U prstové abecedy jeden znak představuje písmeno, které se skládají do slov. I zde je nutné znát příslušný jazyk. Vyjadřování pomocí prstové abecedy je zdlouhavé. (Vágnerová, 2004)

Jestliže senior komunikuje touto formou komunikace je velmi častou komunikační bariérou ze strany odborného personálu, tedy i pečovateli neznalost totální komunikace.

U většiny seniorů jde o získanou nedoslýchavost v tomto pozdním věku. Vhodné je využívat augmentativní komunikaci. Podpora zachovalých komunikačních schopností je realizována pomocí kompenzačních pomůcek – sluchadel. U seniorů se nesmí zapomínat na kontrolu jejich správného používání a údržbu sluchadla.

Další kompenzační pomůckou je vizuální kontakt s aktérem komunikace, nedoslýchavý pro lepší porozumění musí odezírat – sledovat pohyb mluvidel při artikulaci, což je psychicky náročné, vyžaduje to koncentraci, která činí seniorům potíže.

Aby byly minimalizovány tyto komunikační bariéry, je nutné dodržovat určité zásady komunikace s osobami s poruchou sluchu. Různí odborníci uvádějí tyto zásady:

Před započítím komunikace odstraníme rušivé vlivy, dbáme na možnost výběru formy komunikace neslyšícího, vhodně upozorníme, že chceme komunikovat, nejlépe dotykem. Během rozhovoru dbáme, aby senior viděl na naše ústa, náš obličej musí být osvětlen, oči komunikujících jsou ve stejné úrovni, mluvíme srozumitelně, pomalu, stručně, bez zdrobnělin, nezakrýváme si ústa. Při komunikaci používáme i gesta, ale ne přehnaně, ukazujeme předměty, o kterých mluvíme. Nekřičíme, hovoříme jasně, ve stejné tónině. Pokud víme, že je postiženo jedno ucho, využíváme ke komunikaci zdravý sluchový orgán. Dáváme jednu otázku a vyžadujeme zpětnou vazbu, zda a co rozuměl, necháváme dostatek času na odpověď. Pokud komunikujeme ve skupině, neslyšícího seznámíme předem, jaké bude téma rozhovoru. Neslyšícího chválíme za snahu při rozhovoru. Pokud se nelze porozumět zajistíme přítomnost někoho, kdo je schopen s neslyšícím komunikovat – někdo z rodiny, tlumočnická znaková řeč. I v přítomnosti další osoby komunikujeme se seniorem, ne s jeho doprovodem. (Ludvík, 2009)

3.5 Komunikace se zrakově handicapovanými seniory

Poruchy zrakových funkcí mohou mít různou příčinu, stupeň závažnosti, mohou vznikat v různém období života.

„V pozdní dospělosti, resp. v období stáří jejich četnost významně stoupá, zrakové potíže má 4,4 % lidí nad 60 let.“ Jak uvádí Zlámalová a kol. (In Vágnerová, 2004, s. 195).

Různí autoři a odborníci uvádějí možná znevýhodnění takto handicapovaných seniorů.

Poškození zraku znevýhodňuje seniory při komunikaci, mají potíže s prostorovou orientací. Handicapem pro seniory se zrakovými potížemi je jejich omezení ve sledování neverbálních projevů aktérů komunikace, obsah sdělení tak ztrácí část informační hodnoty.

Hůře sledují vyjadřované emoce, postoje, doprovodná gesta, ale i to, zda je v souladu verbální a neverbální projev aktérů komunikace. Tito senioři se také méně neverbálně vyjadřují, těmto sdělením nepřikládají velký význam, což může způsobovat problémy s mylným vysvětlením jejich projevů příjemcem jejich sdělení, zpětné vazby např. zájem o rozhovor není vyjádřen úsměvem, přikývnutím. S těmito seniory je hůře navazován oční kontakt.

K zásadám komunikace s osobami s poruchou zraku patří přirozené chování aktérů komunikace, pomáháme taktně, na vyžádání, mluvíme se seniorem, ne s doprovodem. Pro podporu komunikace se snažíme využít dalších smyslů – hmat, sluch, čich. Dbáme na používání a čistotu kompenzačních pomůcek – brýle, lupa. Při komunikaci zdravíme jako první, podávání ruky slovně doprovázíme, díváme se do obličeje, neotáčíme se zády. Vysvětlujeme zvuky a hluk, kterým senior nerozumí. Při vstupu do místnosti se představíme, pokud nás klient nepozná po hlase, při podávání stravy popíšeme umístění stravy na talíři pomocí hodinového ciferníku. Pokud se pohybujeme a něco děláme u klienta v pokoji, vždy naši činnost popisujeme, když odcházíme, klientovi to oznámíme. Zásadně nepřemísťujeme žádné předměty v pokoji klienta, nikdy neříkáme tam a tady, vše řádně popisujeme. Klienta zbytečně nezeslechujeme. Svá specifika má doprovázení zrakově postižených seniorů, kteří jsou ve většině případů handicapováni i pohybově, proto se způsob doprovázení odvíjí spíše od pohybového postižení a zvyklostí jednotlivých seniorů. (Ludvík, 2009)

3.6 Komunikace se seniory s tělesným znevýhodněním

„Pohybové postižení je příčinou omezení samostatnosti, bývá spojeno s estetickým handicapem, s tělesnou deformací, která představuje především psychosociální zátěž. Pohybové postižení je velmi častým problémem, zejména starších lidí.“ (Vágnerová, 2004, s. 251).

Ve věku nad 60 let trpí nemocemi pohybového ústrojí 41,8 % seniorů.“ Jak uvádí Graham a kol. (In Vágnerová, 2004, s. 251).

Při tělesném handicapu může být u těchto seniorů odlišný neverbální projev, jak uvádějí různí autoři a odborníci. Podle typu tělesného poškození může být minimalizován nebo deformován mimický projev nebo může být zkreslen neovladatelnými grimasami. Odlišné mohou být také projevy kinezické a posturologické v závislosti na typu poškození. Tyto projevy pak mohou být mylně interpretovány. Další komunikační bariérou je snížené sebehodnocení těchto seniorů a z toho vyplývající nechuť komunikovat. (Vágnerová, 2005)

S tělesně handicapovanými seniory komunikujeme podle obecných zásad komunikace se seniory, komunikaci se nevyhýbáme, zjistíme stupeň sebepéče znevýhodněného, požadavky na způsob manipulace s ním, užívané kompenzační pomůcky. Všímáme si všech projevů klienta, udržujeme horizontální úroveň očního kontaktu. Pokud je senior na vozíku, nekomunikujeme vestoje, ale snížíme se na jeho úroveň, aby naše komunikace nepůsobila dojmem nadřazenosti. Nepomáháme tam, kde je soběstačný, ale zároveň akceptujeme jeho možnosti, ponecháváme dostatek času na zvládnutí úkonů, takto zamezíme zbytečnému snižování sebevědomí seniora. Při přítomnosti doprovodu komunikujeme se seniorem, ne s doprovodem. (Ludvík, 2009)

3.7 Komunikace se seniory trpícími demencí

„Demence postihuje především starší populaci. Její četnost se v přímé úměrnosti s pokračujícím stárnutím zvyšuje. Demencí trpí asi 5% lidí starších 65 let, u 75letých se vyskytuje v 10 % a po 85. roce postihuje až 30 % seniorů, kteří se tohoto věku dožili.“ Jak uvádí Smolík, Gelder a kol., Hanuš a kol.(In Vágnerová, 2004, s. 266).

Odborníci uvádějí, že při tomto onemocnění jsou postiženy paměťové funkce, je narušená pozornost. Myšlení je narušeno v oblasti formální i obsahové. Dochází k úbytku kritičnosti a soudnosti. Vzniká agnózie, kdy senior vidí a slyší, ale nepoznává, nedokáže zpracovat ani běžné informace. Také je narušená orientace v čase, prostoru, osobách a nakonec i v sobě samém. K úbytku psychických funkcí dochází postupně, trvale až k úplné degradaci osobnosti.

Z těchto důvodů je důležité určit, v jakém stadiu nemoci se senior nachází, jaké schopnosti a dovednosti jsou zachovány a podle toho zvolit nejvhodnější způsob komunikace a snížit tak komunikační bariéry.

Odborníci dělí toto onemocnění na tři stádia, každé z nich se projevuje jinými příznaky:

V prvním mírném stádiu je u těchto seniorů nutný dohled u běžných základních činností. Verbální schopnosti jsou zachovány, v souvislosti se ztrátou krátkodobé paměti mají potíže s významem slov, nemohou si vzpomenout na správné slovo, což zakrývají používáním mlhavých, prázdných slov. Neřeknou, hledám tužku, ale hledám to, tu věc apod. Dále dochází ke komolení slov. V tomto stádiu demence relativně dobře rozumějí tomu, co se jim říká. Je důležité je podporovat v komunikaci a udržovat co nejdéle jejich komunikační schopnosti na dobré úrovni. Podpora komunikace se uplatňuje v podobě různých technik tréninku paměti, zvýšené pozornosti seniorům, aby neustávali v komunikaci i přes bariéry, které jim tato nemoc přináší.

Ve středním stádiu demence postupně vlivem zhoršující se paměti chápou význam stále u méně slov, nechápou již význam abstraktních slov. Zpočátku je pro ně obtížné se zapojit do hovoru, nedokážou již souvisle vyprávět, chybí zpětná vazba, nerozlišují přítomnost a minulost, často používají běžné, naučené fráze. Později již nejsou schopni vytvořit správně větu, jejich slovník je stále chudší, až sami přestávají aktivně komunikovat. Jsou ještě schopni odpovídat na otázky – ano, ne, ale jejich odpovědi jsou převážně špatné.

V těžkém stádiu demence tito lidé již verbálně nejsou schopni komunikovat, vydávají pouze neartikulované zvuky. Komunikace v této fázi nemoci se odehrává pouze v neverbální rovině, pomocí alternativních metod komunikace.

Různí autoři se shodují na určitých zásadách, podle kterých je nutné komunikovat s těmito seniory. Pokud komunikujeme verbálně, odstraníme rušivé vlivy, tak aby se senior mohl soustředit na hovor. Upozorníme dotekem, že chceme komunikovat. Užíváme krátké, jednoduché věty, zaměřené na jedno téma. Při otázkách dáváme výběr jen ze dvou možností. Pokud chceme, aby senior něco udělal, říkáme to těsně před započítím tohoto úkonu. Čekáme na zpětnou vazbu, zda pochopil, co po něm chceme, nespokojíme se s odpovědí ano, ne, ale až začne provádět to, o co žádáme, je to signál, že pochopil, co říkáme. Na zpracování přijímaných informací necháváme dostatek času. Pro poruchu krátkodobé paměti se vyhýbáme otázkám na věci, které se staly před krátkou dobou, nezahrnujeme seniora otázkami. Při konverzaci se zaměřujeme na témata z minulosti, která si ještě pamatuje, tak zajistíme jeho chuť komunikovat. Také je neopravujeme, pokud komolí nebo vymýšlejí nová slova.

Ve své praxi často vidím příbuzné seniorů s demencí, kteří neznají tyto zásady, vyptávají se jich na nedávné události, na které nejsou schopni odpovědět. Např. co bylo k obědu, kdo tu byl včera na návštěvě, doslova je zahrnují otázkami. Přínosnější je pro tyto seniory poslouchat vyprávění o rodině, blízkých, protože i když již nerozumí všem slovům, působí na ně i neverbální sdělení, vyjádření pocitů, emocí a hlavně zájem o jejich osobu.

Neverbální komunikace se seniory trpícími demencí má také své zásady. Důležitý je náš paralingvistický projev – mluvíme klidným, vyrovnaným tónem, nezvyšujeme hlas, snažíme se o přátelský tón hlasu. Tito senioři jsou vnímavý k našim mimickým projevům, nejdůležitější je úsměv, udržování očního kontaktu, pokud mluvíme, zůstáváme v jejich zorném poli, reagují pak rychleji. Zásadně se neotáčíme zády ani nepřistupujeme zezadu, mohlo by to vyvolat neklid až agresi z nepochopení našeho úmyslu komunikovat. Jako doprovod slovní komunikace využíváme gesta, ukazujeme na předměty, o kterých mluvíme. Snažíme se využít více komunikačních kanálů – sluch, čich, zrak, hmat. Senior je schopen rozumět našim neverbálním projevům, náladě, upřímnosti. Nikdy nepředpokládáme, že senior trpící demencí není schopen rozumět tomu, co se říká kolem něj.

4 SPECIFICKÉ FORMY KOMUNIKACE SE SENIORY TRPÍCÍMI DEMENCÍ.

Zejména ve středním a těžkém stádiu demence, kdy senior již není schopen verbálně komunikovat, je důležité nalézt vhodný způsob komunikace a důsledně ho využívat při komunikaci se seniorem. Takto mu umožníme prožít sociální interakci, vnímat sebe i okolní svět. K tomu účelu se využívají speciální komunikační techniky.

4.1 Bazální stimulace

Autorem tohoto pedagogicko – ošetrovatelského konceptu je speciální pedagog Prof. Dr. Andreas Fröhlich. Na počátku 70. let 20. století vypracoval teorii podpory rozvoje schopností u dětí s těžkými změnami v oblasti vnímání, hybnosti a komunikace. Později spolupracoval se zdravotní sestrou Prof. Christel Beinnstein, která tento koncept přenesla do ošetrovatelské péče o dlouhodobě nemocné i do péče v intenzivní medicíně. V České republice lektorovala Mgr. Karolina Friedlová první základní kurz Bazální stimulace v roce 2003 na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Roku 2005 byl založen Institut Bazální stimulace, která je garantem poskytovaných seminářů. (Friedlová, 2005)

Koncept Bazální stimulace vychází z poznatků, že bez nedostatečně podnětného okolí dochází k senzomotorické deprivaci a následně k dalším změnám v oblasti intelektu. Kognitivní vývoj, který zahrnuje vnímání, myšlení, pozornost, řeč je spojen s dostatkem pohybových zkušeností. Bazální stimulace se snaží tyto podněty člověku zprostředkovat stimulací jeho smyslových orgánů. Zprostředkovává člověku vjemy ze svého těla a stimulací vnímání vlastního organismu mu umožňuje vnímat okolní svět a navázat s ním komunikaci. (Friedlová, 2005)

Tento koncept lze velmi dobře využít u seniorů s pokročilým onemocněním demence, kdy již nejsou schopni komunikovat verbálně. Základním předpokladem je nalezení společného komunikačního kanálu, přizpůsobení se komunikační úrovni seniora a zvolení odpovídající komunikační formy. Takto seniorovi poskytneme prostor pro orientaci, jistotu a další rozvoj jeho osobnosti. Jakákoliv reakce seniora je chápána jako jeho možnost navázat kontakt s okolím a tak komunikovat. Koncept Bazální stimulace využívá všech komunikačních kanálů, je prováděna cílená stimulace tělesná, zraková, čichová, sluchová, chuťová, hmatová a pomocí polohy vlastního těla.

Friedlová (2005) uvádí tyto způsoby komunikace:

Somatická komunikace

Koncept využívá možnosti pomocí doteků terapeuticky působit v technikách – polohování, masážní techniky, pomoc při pohybu a korekci polohy, somatická stimulace v kontextu celkové koupele. Nejvíce využívané při technikách somatické stimulace jsou doteky. Dotek je jednoduchá forma komunikace beze slov, ruce pečovatele přenášejí takto spoustu informací k seniorovi o jeho těle i okolním světě, utváří se vztah mezi pečovatelem a seniorem. Velmi dobře je využíván i při středním stadiu demence tzv. iniciální dotek, který seniora upozorňuje na naši přítomnost a započítí nebo ukončí komunikaci. V těžkém stadiu demence je senior schopen vyvinout jen málo aktivit, proto je důležité se zaměřit i na minimální reakce jako je např. mrknutí, dýchání, mimika. I když je jedinou aktivitou seniora dýchání zaměřujeme se na rytmus dýchání, kterým nám také senior něco sděluje. Můžeme je využít ke komunikaci, „naladit se na stejnou komunikační vlnu“ pomocí technik somatické stimulace k podpoře dýchání – masáž stimulující dýchání. Tak dojde k významné neverbální komunikaci, která seniorovi poskytne pocit jistoty a akceptace.

Vibrační komunikace

U seniorů jsou k vibracím na těle používány pouze ruce pečovatele, je tak navázána interakce mezi nimi. Dále je seniorovi umožněno pocítit tělesnou hloubku, tělo jako celek a tělesné hranice. Vibrace je také důležitá pro sluchový orgán, k vytvoření hlasového projevu. Slouží jako příprava k vnímání pohybu.

Vestibulární komunikace

Senioři upoutaní na lůžko nedostávají mnoho podnětů ke vnitřnímu sluchovému orgánu a jeho rovnovážnému ústrojí, může tak docházet k neschopnosti vestibulárního aparátu reagovat na změny polohy. Pomocí technik vestibulární stimulace zprostředkovává pečovatel seniorovi informace o postavení v prostoru.

Optická komunikace

Zejména senioři dlouhodobě upoutaní na lůžko musejí být stimulováni i zrakem. Pozorování stále stejných objektů např. bílého stropu nad lůžkem vyvolává halucinace a dezorientaci. Pro optickou stimulaci i komunikaci je důležitá jakákoliv změna polohy, mění se tak i zorné pole seniora. Takto může sledovat dění v okolí, orientovat se na svém těle, což mu dodává pocit jistoty a bezpečí. Změnou polohy je současně prováděna i stimulace

somatická a vestibulární, které také přispívají ke zlepšení zrakového vnímání. Pokud navazujeme zrakovou komunikaci pomocí obrázků, musíme dodržovat některé zásady, které umožní seniorovi lepší zrakové vnímání. Obrázky musí být dostatečně velké, umístěné v zorném poli seniora, nejlépe jemu známe. Pokud má senior brýle, musíme mu je nasadit.

Auditivní komunikace

Jejím cílem je stimulace sluchového vnímání a rozlišovací schopnosti pro jednotlivé zvuky, navázání kontaktu se seniorem, zprostředkovat mu informace o sobě a o svém těle, umožnit mu se orientovat a mít pocit jistoty. K auditivní komunikaci se využívá hudba, zpěv, vyprávění. Základem je minimalizovat nejasné zvuky z okolí. Vhodné je před a po skončení komunikace použít iniciální dotek, poskytovat jen jasné informace, nezapomínat na sluchadla, pokud je senioři mají.

Orální komunikace

Ústa slouží ke komunikaci, příjmu potravy, vnímání chutě, vůně, konzistence, k dýchání a k vyjádření emocí. Podle aktivity úst může pečovatel posuzovat stav vědomí seniora. Čím více je vědomí zastřené, tím méně pohybuje jazykem a padá dolní čelist. Cílem orální stimulace je zprostředkovat vjemy ze svých úst a tak stimulovat vnímání. U této techniky je nutné dodržovat pozici vsedě a zásady při podávání stravy.

Olfaktorická komunikace

Tato stimulace a navázání komunikace pomocí čichových vjemů je důležitá pro vyvolání vzpomínek, navázání kontaktu. K vyvolání pozitivní asociace s vůní je nutné znát seniorovu autobiografii. Např. senior, který pracoval u koní, může pach koňského hnoje vnímat jako pozitivní vůni, která vyvolá vzpomínky. Zásadně nabízíme vůně jemu známé a po krátkou dobu.

Taktilně - haptická komunikace

Haptická stimulace a komunikace je s úspěchem využívána u neklidných, nepohyblivých seniorů. Tento neklid rukou je projevem nedostatku hmatových podnětů ze svého okolí, proto tito senioři tahají katétr, trhají pleny, žmoulají lůžkoviny a podobně. Pečovatel předkládá seniorovi známe předměty a materiály, které je schopen pomocí hmatu identifikovat. Jsou to oblíbené předměty, předměty užívané k výkonu povolání, hrníček, lžice, ručník, teplo, chlad, pytlíky s pískem, zrním, rýží a podobně. Osvědčené jsou také kufříky vzpomínek, kde mají senioři své drobné osobní věci, kterými se mohou probírat. Identifika-

ce známých předmětů a materiálů jim dodává pocit jistoty.

Pomocí konceptu Bazální stimulace lze navázat interakci mezi pečovatelem a seniorem a umožnit mu tak komunikaci, i když jen na základní úrovni. Pokud je tento koncept v praxi dobře využíván zkvalitňuje péči o tyto seniory, poslední stádia nemoci prožívají důstojně, nejsou sociálně izolováni.

Bazální stimulaci zahrnuje do alternativních metod komunikace také Janovcová (2004). Je využívána u jedinců s těžkým postižením (mentálním, tělesným, smyslovým nebo kombinovaným). Tento způsob komunikace vymezuje jako bazální formu dialogu, vcítění se, dialog těla k tělu. Cílem je vymanit jedince ze sociální izolace, umožnit mu prožít bezprostřední kontakt s druhým člověkem, přijímat signály jeho těla. Jako příklad bazálně dialogické podpory uvádí metodu DOSA - metoda, která se používá u dětí s dětskou mozkovou obrnou.

4.2 Validace

Tuto metodu rozpracovala v letech 1963 – 1980 Naomi Feil, gerontologická sociální pracovníce, rodačka z Mnichova, která život prožila v USA. Vycházela ze své vlastní zkušenosti při práci s dezorientovanými a velmi starými lidmi v ošetrovatelských ústavech. Na základě porozumění jejich chování, které je podobné v určitém stupni etapy vyřešení vyvinula praktické techniky komunikace. (Feil, 1993)

Podle Naomi Feil (1993) člověk prochází etapami života, v kterých musí řešit různé životní úkoly. Nevyřešené úkoly přetrvávají, jestliže jim odmítáme čelit, objeví se ve vysokém stáří, kdy je oslabené naše ovládání. Vymezila 7 etap života. V raném dětství je úkolem naučit se důvěřovat, v dětství naučit se ovládat, v dospívání je úkolem vzepřít se, v dospělosti je životním úkolem sblížit se s jiným člověkem, ve středním věku je úkolem částečně se podvolit, umět se vyrovnat se ztrátami, se stárnutím. V etapě stáří je úkolem ospravedlnovat, co jsme v životě udělali, ujasnit si, čím jsme byli. Pokud člověk nedokáže přijmout, kdo je, důvěřovat, že ho někdo má rád, stává se zoufalý, zahořklý, což vede k depresi, kterou si člověk přenáší do vysokého stáří. Lidé, kteří plní své životní úkoly se ve stáří dokážou vyrovnat se ztrátami, přijímají nové role, plní další své cíle, validaci nepotřebují. Lidé s nevyřešenými životními úkoly procházejí poslední etapou života dezorientovaných seniorů, etapou vyřešení, která má svá podstádia – špatná orientace, dezorientace v čase, stereotypní pohyby a vegetace. Každé stadium se vyznačuje jiným chováním, které je u všech seniorů podobné. Validace je založená na postoji úcty a empatie ke starým lidem, kteří

mají ještě vyřešit svoje nedokončené životní záležitosti, předtím než zemřou.

Feil (1993) uvádí jako základ validace vybudování důvěry mezi pečovatelem a seniorem, vztít na vědomí jejich city jako pravdivé. Popřením citů seniorů popíráme je samé. Tato metoda pomáhá seniorům obnovit důstojnost, zmírnit úzkost a zabránit ústupu do vegetace. Pečovatel se stává empatickým posluchačem, který nehodnotí seniorovo chování a přijímá jeho pohled na realitu. Úkolem pečovatele je najít způsoby, jak pomoci dezorientovaným seniorům vyrovnat se svým životem, vztít se do jejich uzavřených světů. Principem je přijetí tématu a postoje zvoleného seniorem a postupná práce s ním. Validace vychází z přesvědčení, že musí být uspokojeny jejich psychické a společenské potřeby a že každé jejich chování má nějakou příčinu. Potřebují vyjádřit své pocity, obnovit pocit rovnováhy, navázat sociální vztahy, vyřešit neuspokojivé vztahy z minulosti, vyřešit nedokončené životní úkoly, aby mohli v pokoji zemřít. Aby tyto potřeby uspokojili, vrací se často do minulosti, vybavují si hlasy, které jim znějí jako skutečné, provádějí stejné pohyby jako v dřívějším zaměstnání apod. Tito dezorientovaní senioři pokud zůstávají v izolaci a nejsou validováni, se projevují pro své okolí nepochopitelným chováním, uzavírají se do sebe, nekomunikují a umírají ve stadiu vegetace, živoření. Validáčnické techniky napomáhají pečovateltům přivést seniora na cestu vstřícnosti, vážení si sama sebe, upřednostnit pěkné vzpomínky, srovnat se stářím.

Techniky validace se dají provádět v průběhu dne, hodí se pro různá stádia etapy vyřešení.

Naomi Feil (1993) uvádí tyto techniky:

Technika Centrování:

Je určena pro validujícího, slouží k vypuzení vlastní zlosti a frustrace, pomocí dechového uvolnění. Pro pečovatele je důležité uvolnění vlastních emocí, aby byl schopen empatického naslouchání validovanému.

Technika: Budování důvěry neohrožujícími slovy

Senioři nacházející se v etapě vyřešení nechtějí rozumět svým pocitům, tomu proč se chovají právě tak, jak se chovají. Validující proto neklade otázky proč, ale pouze faktické otázky – kdo, co, jak, kdy, kde.

Technika: Opakování slov

Dezorientovaní senioři mohou nacházet útěchu v tom, že slyší opakovat svá vlastní slova vyslovená validujícím. Zásadou je, že validující opakuje jádro toho, co validovaný řekl, při opakování napodobuje tón i rychlost řeči.

Technika: Použití polarity

Tato technika je zaměřena na vnitřní obsah prožívání. Pomáháme validovanému uvolnit úzkost, zlost pomocí nejhoršího příkladu toho, na co si stěžuje. Např. stížnosti na jídlo mohou být spojeny s frustrací z nemožnosti kousat, špatně padnoucí zubní protézy.

Technika: Představit si opak

Tato technika je založena na systemickém přístupu. Validovaný je veden k tomu, aby si vzpomněl, jak podobné situace řešil v minulosti.

Naomi Feil(1993) uvádí příklad: Validovaná žena vidí v noci muže v pokoji. Validující ji přivádí na myšlenky, kdy se tam neobjevuje, jak se chovala v minulosti, když zemřel její manžel – vzpomínání, fotografie, validovaná si obnovuje svůj ozkoušený způsob zvládnutí strachu, když zůstala sama po smrti manžela.

Technika: Vzpomínání

Vzpomínání, čerpání z minulosti vede k překonání ztráty přítomnosti, také napomáhá obnovit si dříve používané metody zvládnutí problémů. Validující se nevyhýbá ani smutným vzpomínkám, těžkým zážitkům validovaného.

Technika: Udržování upřímného blízkého očního kontaktu

Senior nacházející se ve stádiu dezorientace v čase, stereotypní pohyby se cítí být milován a v bezpečí pokud má možnost vnímat soustředěný pohled validujícího. Snižuje se tak úzkost validovaného.

Technika: Užívání nejednoznačných výrazů

Senioři ve stádiu dezorientace v čase často používají neznámá, vymyšlená nebo zkomolená slova. Validující se zásadně neptá na jejich význam, nemluví o nich a pokračuje v komunikaci. Tímto způsobem je zajištěno, že neustávají v komunikaci a předchází se tak ústupu do vegetace.

Technika: Užívání zvučného, laskavého hlasu

Prívětivý hlas může aktivovat vzpomínky na blízké osoby, snižuje stres. Pronikavé tóny způsobují podráždění nebo se validovaný stahuje do sebe a přestává komunikovat.

Technika: Pozorování a opakování pohybů a emocí

Senioři ve stádiu dezorientace v čase, stereotypních pohybů vyjadřují své emoce bez zábran. Pečovatel by měl vědět, jakým způsobem se validovaný pohybuje, všímá si i jeho mimiky, dýchání. Technika je založena na zrcadlovém napodobování pohybů, pokud je provázeno empatií, dochází k navození důvěry, pomáhá vybudovat vzájemný verbální i neverbální vztah.

Feil (19993) uvádí příklad bývalé sekretářky, která opakuje stereotypní pohyby prstů, jako když píše na psacím stroji. Validující pečovatelka opakuje stejné pohyby, validovaná vzhlédne, je navázán oční kontakt. Pečovatelka pokračuje a zeptá se: „Kolik vy umíte psát slov za minutu?“ Validovaná jí odpovídá. Byla to první slova za šest měsíců pobytu v ústavu.

Technika: Spojování chování s nesplněnými lidskými potřebami

Tato technika vychází z potřeb každého člověka – být milován, být aktivní, moci vyjádřit své emoce. Pokud senioři bouchají, přecházejí sem tam nebo se plácají, spojí si validující pečovatel jejich chování s neuspokojením některé lidské potřeby.

Zde mohu uvést příklad z vlastní praxe, kdy klientka neustále bouchala do stolu, stále ve stejném rytmu, beze slov. Když byla uspokojena potřeba užitečnosti, aktivity – obnovení pohybů spojených s prací, bouchání ustalo. Validovaná, která byla dříve kuchařka, dostala mísu a vařečku, byla zaměstnaná mícháním. Na mou otázku: Co děláte? Navázala oční kontakt a odpověděla.

Technika: Rozpoznání a užívání oblíbeného smyslu

Znalost oblíbeného smyslu napomáhá vytvořit důvěru, mluvit jazykem validovaného. Technikou k určení oblíbeného smyslu je analýza vyprávění nějakého zážitku validovaného z minulosti. Oblíbený smysl může být zrak – validovaný bude dobře reagovat na vizuální popisná slova (viděl jsem), jiní lidé upřednostňují sluchová slova (slyšel jsem to, to zní dobře, jeho hlas zněl), pocitová slova (cítím se, něco cítím, vnímám to).

Technika: Dotečky

Tato technika se užívá v pozdějších stádiích demence, v etapě dezorientace v čase. Dotečky validovanému umožňují kontakt s jinou osobou, sociální interakci, protože v této etapě mají často již velmi poškozen zrak i sluch. Kontakt pomocí doteků, kterým je validující přístupný a jsou mu příjemné, pomáhá navodit bezprostřední důvěrný vztah.

Feil(1993) uvádí, že doteky vyvolávají příjemné vzpomínky na rané dětství, pokud pečovatel provádí doteky stejným způsobem, jako jejich blízký člověk.

Pokud validovaný reaguje na fyzický kontakt negativně, respektujeme jeho osobní prostor a tuto techniku nepoužíváme.

Technika: Užívání hudby

Tato technika se využívá ve stádiu Dezorientace v čase, ve stádiu Stereotypních pohybů. Tito lidé jsou schopni zazpívat jednoduché melodie naučené v dětství. Často nejsou schopni komunikovat, nepoznávají blízké osoby, ale dokážou s pečovatelem zazpívat jim známou píseň, poté jsou schopni říci i několik slov. Hudba těmto seniorům dodává energii.

4.3 Preterapie

Zakladatelem této metody je americký psycholog Garry Prouty. Tuto metodu vyvinul v roce 1966 v malé dílně pro klienty s mentálním postižením a duševním onemocněním. Preterapie se rozšířila i do Evropy, tento přístup byl přijat a rozvíjen hlavně v Belgii, Itálii, Nizozemsku a Německu. V holandském Amsterdamu byla roku 1995 založena společnost lidí zajímajících se o preterapii Pre-Therapy Network International. Počet lidí, zabývajících se touto metodou se stále zvyšuje, uplatňuje se ve stále více oblastech, nejen u mentálně a duševně nemocných, ale i u seniorů, u klientů s demencí, u umírajících. Je užívána při zvládání krizových stavů klientů, jako součást terapeutického procesu, při navazování kontaktu v běžném životě. (Prouty, 2005)

Metoda preterapie vychází z přístupu zaměřeného na klienta, umožňuje navázat kontakt a budovat vztah s lidmi, kteří obtížně komunikují nebo nekomunikují vůbec. Základní metodou preterapie jsou kontaktní reflexe, které nespočívají v pouhém zrcadlení nebo opakování, ale pomáhají pečovateli zaujmout postoj zaměřený na klienta, vcítit a vžít se do jeho světa. Reflexe slouží i k podporování kontaktu klienta s jeho prožíváním každodenního života. Kontaktní reflexe se užívají, jen pokud je klientův kontakt s realitou, se sebou samým, druhými lidmi narušen, jakmile je kontakt navázán, musí se změnit i způsob komunikace. (Prouty, 2005)

Prouty (2005) uvádí tyto techniky:

Kontaktní reflexe jsou techniky, které se uskutečňují pomocí empatického kontaktu, jsou realistické, konkrétní a zdvojené.

Situační reflexe – při této reflexi sledujeme klientovo okolí, prostředí a jeho chování, které reflektujeme. Prouty (2005) uvádí příklad klienta, který se dívá na skvrnu na podlaze, terapeut reflektuje: „Díváte se na skvrnu na podlaze.“ Tento druh reflexí povzbuzuje ke kontaktu s okolím, realitou.

Obličejové reflexe – pozorujeme výraz tváře klienta, jaké emoce vyjadřuje a to pak slovně reflektujeme. Takto podněcujeme kontakt v emoční rovině. Např.: „Jana se mračí“.

Tělové reflexe – můžeme reflektovat slovně nebo fyzicky. U klientů bývá často nepřirozené držení těla, gesta, strnulé pozice, opakující se pohyby, tyto reflexe jim pomáhají překonat tělesné odcizení, uvědomit si vlastní tělo. Např. klient, který sedí a kývá se do stran – slovní reflexe: „Sedíte a kýváte se.“ Fyzická reflexe – provádíme stejné pohyby jako klient.

Slovní reproduktivní reflexe – používá se u klientů, kteří komunikují slovně pouze částečně, používají zkomolená slova, nesouvislé věty, zvuky a ojedinelá slova. Musíme pozorně naslouchat projevu klienta a reflektujeme slovo (jeho významu nemusíme rozumět), jen paralingvistický projev nebo oboje. Takto se klient stane naším rovnocenným partnerem v komunikaci, což ho povzbuzuje k rozšíření svého projevu.

Zopakované reflexe – jsou základem pro opakovaný kontakt. Pokud klient reaguje na naši reflexi, zopakujeme ji. Tyto reflexe mohou být krátkodobé a dlouhodobé.

Prouty (2005) uvádí příklad krátkodobé reflexe: terapeut reflektuje: „Usmál jste se.“ – několik minut ticho – terapeut opakuje: „Pořád se usmíváte.“ (zopakovaná reflexe) – klient poté řekne „šťastný“.

Tyto reflexní techniky poskytují klientům možnost se vyjádřit, navázat vztah s terapeutem a dostat se tak na úroveň verbální komunikace, emocionálního vyjadřování a uvědomování si svých pocitů a emocí, uvědomování si okolního světa, lidí, věcí, událostí, času.

Při práci se seniory, s klienty s demencí, s umírajícími mohou pečovatelé tuto metodu velmi dobře využít k navázání kontaktu, k pomoci seniorům při uvědomění si a vyjádření svých prožitků a pocitů a sami mohou vyjádřit, že seniorovi rozumí, dokážou s ním komunikovat, sdílet s ním jeho prožitky, což jim bezesporu zkvalitňuje život.

4.4 Videotrénink interakcí

Tato metoda vznikla na počátku 80. let 20. století v Nizozemsku. V České republice ji do poradenských míst zavádí občanské sdružení SPIN roku 1995. Původně byla určena pro rodiny s obtížemi při výchově dětí. Ukázala se jako efektivní nejen v rodinách a školách při

práci s dětmi, ale také jako nástroj pro rozvoj komunikačních dovedností pracovníků pomáhajících profesí, je s úspěchem uplatňována i u seniorů. Akreditovaní VTI trenéři se zaměřují většinou na děti a rodiny, někteří i na seniory. Podle mých zkušeností v domovech pro seniory, kde pracovníci prošli kurzem VTI, si sami provádějí videozáznamy a poté rozbor různých situací při komunikaci se seniory. Jako příklad mohu uvést mé vlastní pracoviště Domov V Podzámčí Chlumeck nad Cidlinou, domovy se zvláštním režimem, kde bylo proškoleny 10 pracovníků. Všeobecná registrovaná sestra, která prošla tímto kurzem je pověřena vedením VTI, natáčí různé situace při interakci se seniory, které jsou pak v týmu rozebírány. Na našem pracovišti slouží rozbor záznamu také jako ukazatel spokojenosti seniorů v různých situacích, kdy se sledují jejich neverbální projevy při různých pobídkách, činnostech, zda reagují pozitivně nebo negativně, jakým způsobem to vyjadřují apod.

Videotrénink interakcí není komunikační formou, ale slouží ke kontrole zpětné vazby klientů, správnému pochopení jejich projevů a tím usnadňuje a zkvalitňuje komunikaci mezi pečovatelem a seniorem.

Cílem této metody je podporovat a rozvíjet komunikaci, hlavním nástrojem je videozáznam běžných situací seniora, rozhovor a analýza záznamu pracovníky. Tato metoda je založena na nahrávání běžných situací na videozáznam, který je pak analyzován celým týmem pracovníků. Je tak využíván mnohostranný pohled na téhož seniora a jeho situaci. Sledování seniora je zaměřeno na jeho verbální i neverbální projevy a reakce pečovatelů. Rozbor videozáznamu napomáhá porozumět seniorům s nemocí demence, nalézt nové a užitečné způsoby řešení problémových situací, rozpoznat význam jejich neverbálních projevů, zvláště u těch seniorů, kteří již nekomunikují verbálně. Videozáznam zde slouží jako nástroj zpětné vazby, ne jako kontrola práce pečovatelů. (Koběřská, 2003)

Metody sociální práce se seniory s omezením v komunikaci Validaci, Preterapii a Videotrénink interakci doporučuje také Doc. PhDr., Oldřich Matoušek ve své knize Sociální práce v praxi. (2005) Pokud je pomáhající pracovník nadaný empatií a dokáže rozpoznat u seniorů i malé náznaky interakce, dokáže s ním komunikaci pomocí těchto metod navázat. Život těchto seniorů je pak kvalitnější, nejsou sociálně izolováni.

5 STÁŘÍ

„Stárnutím se rozumí souhrn pochodů, především biofyziologických, probíhajících v čase. Postupné biofyziologické změny, které jsou nezvratné, způsobují nakonec zánik organismu, jeho smrt“ (Jobánková „aj.“, 1996, s. 47).

Stáří se vymezuje od doby, kdy jedinec již není schopen plného fyzického a psychického výkonu, proto je velmi těžké stáří vymezit kalendářním věkem. Počáteční stáří začíná mezi 60 až 66 rokem. Dále přechází do období pokročilého stáří, kdy se výkonnost seniora dále zhoršuje a potřebuje pomoc také v samoobslužné činnosti. Stadium vrcholného stáří je vymezeno od 90 let, ve většině případů je senior již zcela odkázán na péči jiných osob (Kuric, 2001).

Různí autoři uvádějí, že k nejčastějším chorobám seniorů patří nemoci kardiovaskulárního systému, pohybového aparátu, metabolické, respirační a gastrointestinální nemoci, zvyšuje se počet kognitivních poruch a demencí. Tím, že je v současné době zdravotní péče na vysoké úrovni a jsou dobré sociální podmínky prodlužuje se délka života. Vystává tak problém s péčí o seniory, kteří jsou zčásti nebo zcela odkázáni na pomoc druhých osob. Zvláště při onemocnění demencí jakéhokoliv typu je tato péče náročná, vyžaduje odborné znalosti a je často zajišťována formou residenčních sociálních služeb.

Prognózy demografického vývoje předpokládají další stárnutí populace. Jak uvádí Pidrman (2007, s. 13): „Senioři nad 65 let v roce 2000 byly zastoupeni 13,9 %, v roce 2025 by to mělo být 23,1%. Senioři ve věkové kategorii nad 85 let byli zastoupeni v naší populaci v roce 2000 2,5%, v roce 2025 to má být již 5,3%.“

Demence

Odborníci definují demenci je získané chronické onemocnění mozku, způsobené atrofií centrálního nervového systému, vyznačuje se úpadkem kognitivních funkcí – inteligence, paměti, dalších psychických funkcí. Zhoršení funkcí paměti, myšlení, orientace, řeči, učení a úsudku je doprovázeno zhoršením kontroly emocí, sociálního chování. Postupně dochází k degradaci celé osobnosti.

Demence je možné dělit podle příčiny vzniku, takto se dělí na primární, sekundární a smíšené. Nejčastější primární demencí, kde je prvotní příčinou degenerativní postižení mozku je Alzheimerova choroba, vyskytuje se v 50–70%. Sekundární demence vznikají jako důsledek jiného onemocnění, které poškozuje mozek. Tyto se dále dělí na ischemicko – vaskulární demence, příčinou vzniku je kardiovaskulární onemocnění, vyskytuje se v 15 –

30% a ostatní sekundární demence, které zanikají z jiných příčin – metabolické onemocnění, infekční choroby, poúrazové, následkem otravy, při nádorovém onemocnění mozku a CNS. Smíšené demence vznikají z více příčin, nejčastěji je to kombinace primární Alzheimerovy demence a vaskulární demence. (Vágnerová, 2004)

Alzheimerova nemoc

Alzheimerova nemoc je primární degenerativní onemocnění šedé kůry mozkové, dochází k atrofii, úbytku mozkových buněk. Různí autoři ji dělí na tři stádia časné, střední, těžké. Každé stádium vykazuje jiné, ale stále přibývajících a zhoršujících se příznaky. Toto onemocnění se vyvíjí plíživě, ale přitom pomalu a trvale progreduje, úpadek psychických funkcí je komplexní. Dochází k postupnému úbytku paměti, myšlení, orientace v čase a prostoru, schopnosti rozumět významům slov a později se i verbálně vyjadřovat. Také ke změnám v emočních projevech, mezilidských vztazích, chování, v dodržování základních společenských, hygienických návyků, pohybových dovedností až k celkovému úpadku, apatii.

Vaskulární demence

Vaskulární demenci odborníci vymezují jako sekundární onemocnění vznikající v důsledku poškození mozku v bílé hmotě mozkové způsobené odumřením mozkové tkáně po drobných cévních příhodách, kterých je větší množství tzv. multiinfarktová demence. Vznik onemocnění je náhlý, má kolísavý charakter, zhoršování má podobu skoků. Tito nemocní si déle uvědomují zhoršování svého stavu. V počátku je postižena krátkodobá paměť, zhoršuje se pozornost, úbytek myšlení je nerovnoměrný, může vzniknout afázie, apraxie (neschopnost provádět účelné pohyby), ochrnutí končetin nebo jedné strany těla, emoční prožívání – typická je labilita, úzkost, depresivita, přecitlivělost, úpadek osobnosti není tak velký, k celkovému rozpadu osobnosti dochází jen někdy v pozdním stádiu nemoci. U vaskulární demence jsou typické stavy zmatenosti.

Rozdíly v komunikaci podle druhu demence

Alzheimerova demence – vlivem postupné ztráty paměti se snižuje i slovní zásoba, tyto lidé přestávají chápat významy slov, nemohou si vybavit správná slova, což zpočátku nahrazují jinými slovy nebo smyšlenými slovy. Jejich verbální projev se stále zmenšuje až k jednoslovné odpovědi, která je většinou již nepřiléhavá. V těžkém stádiu verbální projev zcela ustává, vydávají pouze zvuky a komunikace probíhá pouze v neverbální rovině.

Vaskulární demence – pokud je přítomna afázie – porucha chápání, nacházení slov, tvorba řeči. Tito senioři mohou slova chápat, ale nedokáží se vyjádřit nebo nechápou význam

slov. Může docházet také ke špatné výbavnosti slov, zpomalení řeči, jen k opakování slov, pojmenovávání předmětů, komolení slov, může být postižena schopnost číst a psát. Pokud je jim znemožněno se vyjádřit, dochází k sociální izolaci, depresivitě nebo naopak k agresivitě, proto je důležité jim nabídnout alternativní formu komunikace.

Pokud není poškozeno centrum řeči tito senioři komunikují zcela běžným způsobem a vzápětí jsou neorientovaní, nepamatují si co bylo před 5 minutami, neví, kde jsou, co dělají a podobně. Postupem času také více zapomínají slova, nedávné události, hůře rozumí obsahu sdělovaného, což dokáží zpočátku skrývat, právě proto, že si svůj stav uvědomují. Často se stává, že tito senioři jakoby žijí v minulosti, např. chtějí odjet do práce, čekají až přijdou děti ze školy, senior, který již nechodí, se dožaduje odchodu do dílny, kde musí spravovat auto.

6 REZIDENČNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY

Cílem pobytových služeb pro seniory je podporovat nebo rozvíjet jejich zachovalé schopnosti a dovednosti, obnovit nebo zachovat jejich životní styl. Umožnit jim, pokud jsou toho schopni, vést samostatný život a pokusit se o návrat do vlastního domácího prostředí. Tyto cíle a druhy rezidenčních služeb jsou vymezeny zákonem 108/2006 Sb. o sociálních službách:

Týdenní stacionáře

Poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, zdravotního postižení, jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Slouží k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti seniorů. Jsou určeny těm, kteří nepotřebují akutní lůžkovou zdravotní péči, ale péče o ně nemůže být zajištěna v domácím prostředí. Tyto služby jsou poskytovány do doby než je zajištěno poskytování terénních, ambulantních nebo pobytových sociálních služeb.

Domovy pro seniory

Poskytují dlouhodobé pobytové služby pro seniory, kteří potřebují pomoc druhé osoby a nemohou být v domácím prostředí.

Některé domovy poskytují ještě odlehčovací služby, což jsou krátkodobé pobytové služby pro seniory, o které pečuje jiná osoba v domácím prostředí. Cílem této služby je poskytnout odpočinek pečující osobě.

Domovy pro seniory se zvláštním režimem

Tyto domovy jsou určeny pro seniory s diagnostikovanou demencí různého typu, kteří nemohou být v domácím prostředí a potřebují stálou odbornou péči.

7 PRACOVNÍ KATEGORIE – PRACOVNÍK V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.

Se změnou legislativy, přijetím zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách se změnil název pracovníků této pracovní kategorie – dříve pečovatel, v současnosti pracovník v sociálních službách. Změnou neprošel jen název, ale také požadavky na tuto profesi a samozřejmě i požadované vzdělání. Každý pracovník v sociálních službách musí absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz v rozsahu 150 hodin. Jeho součástí je i vzdělávání v oblasti komunikace, z čehož jsem vycházela při realizaci výzkumu.

Dalším východiskem při realizaci výzkumu byl již provedený výzkum v roce 2006, který se také zabýval pracovní kategorií pracovník v sociálních službách.

7.1 Charakteristika

Předpoklady pro výkon této činnosti jsou vymezeny v zákoně 108/2006 Sb. § 116:

Podmínkou pro výkon činnosti pracovníka v sociálních službách je odborná způsobilost, bezúhonnost a zdravotní způsobilost.

Požadované vzdělání:

Základní vzdělání nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného specializačního kurzu v rozsahu nejméně 150 hodin a další vzdělávání.

Zaměstnavatel je povinen zabezpečit pracovníkům v sociálních službách další vzdělávání nejméně 24 hodin za rok, kterým si prohlubují kvalifikaci. Může to být specializační vzdělávání, akreditované kurzy, odborné stáže, školicí akce. Toto vzdělávání musí být doloženo osvědčením, které vydává vzdělávací zařízení.

Pracovník v sociálních službách vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulancích nebo pobytových zařízeních, základní výchovnou nepedagogickou činnost, pečovatelskou činnost v domácnosti osoby s fyzickými nebo psychickými obtížemi.

Charakteristika práce pracovníka v sociálních službách – pečovatele:

Pracovní náplní je přímá obslužná péče, nácvik jednoduchých denních činností, pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulace s přístroji, pomůckami, prádlem. Podpora soběstačnosti, aktivizace, doprovody klientů. Práce na individuálním plánování péče, uplatňování komplexnosti a aktivity v péči o klienty.

7.2 Akreditovaný kvalifikační kurz

Kvalifikační kurz je rozdělen na část obecnou a zvláštní. Každá část má určeny tématické okruhy. Rozsah tématických okruhů je vymezen ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. § 37:

Jeden tématický okruh obecné části kurzu je věnován základům komunikace, rozvoji komunikačních dovedností, asertivitě a metodám alternativní komunikace s časovou dotací 12 hodin. Pečovatele má seznámit s teorií komunikace, komunikačními formami, specifiky komunikace v pomáhajících profesích, komunikačními zlozvyky. Dále je prováděn praktický nácvik komunikace s klientem, s rodinou.

Dále obsahuje úvod do problematiky kvality v sociálních službách, standardy kvality v sociálních službách, úvod do psychologie, psychopatologie, somatologie, základy ochrany zdraví, etiku sociálního pracovníka, základy prevence vzniku závislosti osoby na sociální službě, sociálně právní minimum, metody sociální práce.

Zvláštní část obsahuje základy péče o nemocné a hygieny, aktivizační, vzdělávací techniky, základy pedagogiky volného času, prevenci týrání a zneužívání osob, základy výuky péče o domácnost, krizovou intervenci, úvod do problematiky zdravotního postižení, zvládání jednání osoby, které je služba poskytnuta včetně šetrné sebeobranu. Součástí zvláštní části kurzu je také odborná praxe.

7.3 Realizovaný výzkum z oblasti kvalifikačních potřeb pracovníků v sociálních službách pro seniory.

Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory. Závěrečná zpráva z výzkumu. (Musil, a kol., 2006)

Tento výzkum prováděl Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, výzkumné centrum Brno v roce 2006. Výzkum byl zaměřen na kvalifikační potřeby pracovníků v přímé péči o klienty – seniory. Zabýval se rozdělením typových pozic pracovníků v sociálních službách, jednou z nich je pracovník pro pečovatelskou činnost, která je běžně označovaná jako pečovatel. Další výzkumnou otázkou bylo, které činnosti jsou podle očekávání běžnou součástí role pečovatele a které činnosti se daří naplňovat z obtíží. Dále jaké kvalifikační potřeby je třeba v zájmu naplnění jejich poslání uspokojovat.

Z výzkumné zprávy vyplývá, že běžně očekávanou činností pečovatelů v ústavních zařízeních je zajištění hygienických potřeb, uspokojování individuálních požadavků, které nenaruší rutinní chod zařízení, pomoc při sebeobsluze, doprovody klientů, spolupráce

s ostatními pracovníky. Běžně očekávaná činnost, která pečovatelům působí obtíže je každodenní komunikace s klienty, povídání si s klienty, zprostředkování sociálního kontaktu, aktivizace klientů v sebeobsluze a dalších zájmových činnostech.

Dále bylo zjištěno, že pro práci pečovatele se očekává vzdělání v podobě sanitářského kurzu nebo dvouleté ošetrovatelské školy. Se zvyšováními kvalifikačních požadavků se nepočítá. Očekává se, že se budou tito pracovníci do vzdělávat pomocí kurzů a školení. Tyto jsou však vybírány nesystematicky, neumožňují dotvářet předpoklady pracovníků pro zvládnutí psycho – sociální dimenze pečovatelské činnosti. V komunikaci s klienty by se vzdělávání mělo zaměřit na schopnost aktivně naslouchat, schopnost komunikovat a adekvátně jednat s agresivními klienty, schopnost rozpoznat požadavky klientů, které jsou někdy časově nekonzistentní nebo obsahově nesrozumitelné.

Závěrečné doporučení pro tuto typovou pozici – pečovatel, které vydává tento výzkum je kultivovat další vzdělávání těchto pracovníků nebo je začlenit do nově obsahově koncipovaného zdravotně – sociálního učebního oboru.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

V teoretické části jsem se snažila o poskytnutí uceleného přehledu o formách komunikace a dalších možnostech komunikace se seniory. V současnosti jsou kladeny vysoké nároky na komunikační dovednosti pracovníků sociálních služeb se seniory, proto jsem výzkum zaměřila na zjištění stávající situace, tedy jaké znalosti o komunikaci se seniory mají pečovatelé, kteří jsou s nimi v domovech pro seniory nejvíce v kontaktu. Pro výzkum jsem zvolila Královéhradecký kraj, při regionální pojetí výzkumu budou mít získané výsledky větší význam při jejich využití v praxi. Zkoumanou problematikou jsou znalosti a komunikační dovednosti pracovníků v sociálních službách, pečovatelů. Ke zjištění této stávající situace jsem zvolila kvantitativní empirický výzkum. Takto budou získány objektivní informace o vědomostech pečovatelů týkajících se komunikace se seniory. Hlavním cílem je identifikace a popis vědomostí z oblasti komunikace u pečovatelů v domovech pro seniory v královéhradeckém kraji. Dílčími cíly je popis znalostí a praktického využívání základních a specifických forem komunikace u pečovatelů, popis vzdělávání pracovníků sociálních služeb – pečovatelů.

8.1 Cíl výzkumu

Cílem praktické části této práce bylo zjistit, jaká je úroveň vědomostí pracovníků v sociálních službách v přímé obslužné péči – pečovatelů, o komunikaci se seniory.

Hlavní cíl byl formulován následovně:

Identifikace a popis vědomostí v oblasti komunikace u pracovníků sociálních služeb – pečovatelů v domovech pro seniory.

Dále jsem zformulovala následující dílčí cíle:

Dílčí cíl č. 1:

Deskripce znalostí základních a specifických forem komunikace u pracovníků sociálních služeb – pečovatelů v domovech pro seniory.

Dílčí cíl č. 2:

Deskripce praktického využívání základních a specifických forem komunikace u pracovníků sociálních služeb – pečovatelů v domovech pro seniory.

Dílčí cíl č. 3:

Deskripce dalšího vzdělávání v oblasti komunikace u pracovníků sociálních služeb – pečovatelů v domovech pro seniory.

8.2 Výzkumný problém

Provedený výzkum by měl dát odpověď na otázku, jaké vědomosti mají pracovníci v sociálních službách o komunikaci se seniory. Výzkum jsem zúžila na pracovníky sociálních služeb – pečovatele, kteří pracují v domovech pro seniory v královéhradeckém kraji. Zvolený výzkumný problém patří do kategorie deskriptivních výzkumných problémů a zní: „Jaké vědomosti v oblasti komunikace mají pečovatelé v domovech pro seniory v královéhradeckém kraji?“

Výzkumné otázky –

„Vědecké hypotézy se dají formulovat jen pro relační a kauzální výzkumné problémy, nikdy ne pro deskriptivní výzkumné problémy. Hypotéza je totiž předpověď o vztahu mezi dvěma proměnnými.“ (Gavora, 2000, s. 28)

Z tohoto důvodu jsem neformulovala hypotézy, ale výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka byla formulována takto:

Jaké vědomosti mají pečovatelé v domovech pro seniory o komunikaci se seniory?

Dílní výzkumné otázky mají dát odpovědi vztahující se k dílním cílům.

Dílní výzkumné otázky byly formulovány takto:

Dílní výzkumná otázka č. 1:

Jaké jsou znalosti pečovatelů o základních a specifických formách komunikace?

Dílní výzkumná otázka č. 2:

Používají pečovatelé specifické formy komunikace se seniory v praxi?

Dílní výzkumná otázka č. 3:

Vzdělávají se pečovatelé v oblasti komunikace se seniory?

8.3 Výzkumný soubor

Základní soubor tvoří domovy pro seniory a jejich pracovníci v sociálních službách – pečovatelé v přímé obslužné péči v královéhradeckém kraji.

Výběrový reprezentativní soubor byl určen náhodným výběrem za použití techniky losování. Takto byla dodržena podmínka reprezentativnosti výběrového souboru.

8.4 Metoda sběru dat

K tomuto výzkumu jsem zvolila metodu dotazníku, který je nestandardizovaný, vlastní konstrukce. Touto metodou lze v poměrně krátkém časovém intervalu získat potřebné informace od velké skupiny respondentů, finančně je tato metoda méně náročná.

Při tvorbě uzavřených otázek jsem zařazovala odpověď neví, což přispělo k validitě získaných údajů. U polozavřených otázek jsem nabízela alternativu „něco jiného – uveďte, vypište“, což také zabraňuje zkreslení odpovědí. Správné sestavení dotazníku a jasnou formulaci otázek jsem ověřila předvýzkumem.

Dotazník (viz. Příloha č. P1) obsahuje 22 otázek. Otázky č. 1, 2, 3, 4 jsou identifikační, otázky č. 12, 20 jsou otevřené, otázka č. 6, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22 jsou polozavřené a otázky č. 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, jsou uzavřené. Dotazník je anonymní, obsahuje jasné pokyny pro jeho vyplnění a na závěr poděkování respondentům za jejich ochotu a čas. Nevýhodou této statistické metody je nízká návratnost dotazníků, které jsem se snažila zamezit osobním předáním dotazníků na pracoviště s možností vysvětlení případných nejasností a osobním vyzvednutím vyplněných dotazníků. Takto se mi podařilo zajistit 80 % návratnost, tj. z celkového počtu 110 rozdaných dotazníků se mi jich vrátilo 88 vyplněných.

9 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Získaná data jsou zpracována a znázorněna statisticky, v tabulkách a grafech (Příloha č.P4) dle četností. Pro lepší názornost je ke každé tabulce připojen slovní komentář. Statistické zpracování bylo uskutečněno v programu Microsoft Office Excel 2003. Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří odpovídali na danou položku. Relativní četnost poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu, je vyjádřena v procentech.

9.1 Výsledky dotazníkového šetření - vyhodnocení

Pohlaví respondentů

Identifikační otázka č. 1 měla zjistit, jaké je procentuální zastoupení žen a mužů v profesi pracovník v sociálních službách. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 88 respondentů, z nichž bylo 95% žen, jen 5% mužů.

Tab. 1. Pohlaví respondentů

<i>Pohlaví</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ženy	84	95%
Muži	4	5%
Celkem	88	100%

Věk respondentů

Identifikační otázka č. 2 měla zjistit, jaké je věkové rozložení pracovníků v sociálních službách. Bylo zvoleno šest věkových kategorií, do kterých se respondenti zařazovali. Největší zastoupení má věková kategorie 51-60 let, kterou tvořilo 32% respondentů, 26% dotazovaných je ve věkové kategorii 41-50 let a 31-40 let, ve věku 21-30 let bylo 14% respondentů, po 1% má zastoupení nejnižší věková kategorie 18-20 let a také nejvyšší věková kategorie 60 let a víc.

Tab. 2. Věk respondentů

<i>Věk</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
18-20	1	1, %
21-30	12	14%
31-40	23	26%
41-50	23	26%
51-60	28	32%
60 a více	1	1%
Celkem	88	100%

Vzdělání respondentů

Identifikační otázka č. 3 měla zjistit, jaké vzdělání mají pracovníci v sociálních službách, zda se vztahuje k této profesi. Bylo zvoleno pět kategorií pro dokončené vzdělání od základního po středoškolské s maturitou s další možností výběru, zda je jejich obor ve zdravotní, sociální nebo jiné oblasti. Nejvíce respondentů 50% je vyučeno v jiném oboru, 22% dotazovaných má pouze základní vzdělání. Vyučení ve zdravotním nebo sociálním oboru uvedlo 15% respondentů. Nejméně respondentů má středoškolské vzdělání s maturitou 7% respondentů má vystudovaný zdrav. Nebo sociální obor, 6% respondentů má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou v jiném oboru.

Tab. 3. Nejvyšší dokončené vzdělání

<i>Vzdělání</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Základní	19	22%
Střední vzdělání s výučním listem ve zdravotním nebo sociálním oboru	13	15%
Střední vzdělání s výučním listem v jiném oboru	45	50%
Střední vzdělání s maturitou ve zdravotním nebo sociálním oboru	6	7%
Střední vzdělání s maturitou v jiném oboru	5	6%
Celkem	88	100%

Délka praxe respondentů

Identifikační otázka č. 4 měla zjistit, jak dlouho dotazovaní pracují se seniory. Délku praxe respondenti zapisovali do dotazníků, následně jsem pro větší přehlednost vytvořila šest kategorií pro délku praxe. Nejvíce dotazovaných 35% pracuje se seniory 6-10 let, 24% respondentů uvedlo délku praxe 3-5 let, 20% respondentů má délku praxe od 0 do 2 let,

11-15 let se seniory pracuje 12% dotazovaných, 16 až 20 let 8% respondentů a 1% dotazovaných má délku praxe 21-25 let. Při grafickém znázornění je jasně vidět, že postupně od 10 let praxe ubývá pracovníků, kteří pracují se seniory, snižuje se počet respondentů podle délky praxe.

Tab. 4. Délka praxe

<i>Délka praxe</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
0 až 2 roky	18	20%
3 až 5 let	21	24%
6 až 10 let	31	35%
11 až 15 let	10	12%
16 až 20 let	7	8%
21 až 25 let	1	1%
Celkem	88	100%

Znalost pojmu verbální komunikace

Otázkou č. 5 bylo zjišťováno, zda respondenti znají význam pojmu verbální komunikace. Dotazovaní odpověděli správně, verbální komunikace je slovní komunikace v 100%.

Tab. 5. Znalost pojmu verbální komunikace

<i>Verbální komunikace je:</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Gesta	0	0%
Slovní komunikace	88	100%
Mimika	0	0%
Nevím	0	0%
Celkem	88	100%

Rozpoznání neverbálního vyjádření postoje člověka

V šesté otázce měli respondenti rozpoznat, co neverbálně vyjadřuje nakreslená postava. Měli na výběr ze dvou variant – strach, obranný postoj nebo zlost, připravenost k útoku,



další možností bylo vypsát vlastní názor na neverbální projev postavy na obrázku. Všichni respondenti, tedy 100% odpověděli správně, zobrazená postava v dotazníku vyjadřuje připravenost k útoku, zlost.

Tab. 6. Rozpoznání neverbálního vyjádření postoje člověka

<i>Postoj vyjadřuje:</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Obranný postoj, strach	0	0%
Připravenost k útoku, zlost	88	100%
Něco jiného	0	0%
Celkem	88	100%

Znalost konceptu Bazální stimulace

Sedmá otázka měla zjistit, jestli dotazovaní vědí, co je bazální stimulace, k čemu se využívá. Respondenti mohli volit ze tří různých možností nebo možnost nevím. Většina respondentů, 79% odpovědělo správně, bazální stimulace je ošetrovatelský koncept podporující vnímání, hybnost a komunikaci. 20% respondentů nevědělo a 1% dotazovaných uvedlo špatnou odpověď. Tedy celkem 21% respondentů nezná bazální stimulaci.

Tab. 7. Znalost konceptu Bazální stimulace

<i>Koncept bazální stimulace je:</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Stimulace řeči u nedoslýchavých pomocí naslouchadel	0	0%
Ošetrovatelský koncept, který podporuje vnímání, hybnost a komunikaci	69	78%
Asertivní chování k seniorům	1	1%
Nevím	18	21%
Celkem	88	100%

Znalost metody Validace

Otázkou č. 8 bylo zjišťováno, zda respondenti znají metodu Validace. Měli na výběr tři dané možnosti odpovědi a odpověď nevím. 67% respondentů zvolilo správnou odpověď, Validace je komunikační technika určená pro seniory s demencí. Odpověď nevím uvedlo 31% respondentů, po 1% dotazovaných uvedlo odpověď komunikační bariéra a asertivní chování k seniorům. Metodu validace nezná celkem 33% respondentů.

Tab. 8. Znalost metody Validace

<i>Validace je:</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Komunikační bariéra	1	1%
Komunikační technika pro seniory s demencí	59	67%
Pasivní naslouchání	1	1%
Nevím	27	31%
Celkem	88	100%

Znalost komunikačních bariér

Cílem deváté otázky bylo zjistit, zda respondenti znají komunikační bariéry, dokáží určit co je a není komunikační bariéra. Dotazovaní měli výběr ze tří určitých možností a také možnost nevím. Správnou odpověď, komunikační bariéra není komunikační akt určilo 55% respondentů. Za komunikační bariéru nepovažuje nedoslýchavost 10% respondentů a komunikační zahlcení 5% respondentů. Odpověď nevím označilo 30% dotazovaných. Celkem 45% respondentů neví, co jsou komunikační bariéry, nedokáží je určit.

Tab. 9. Znalost komunikačních bariér

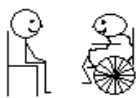
Kom. bariéra není:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedoslýchavost	9	10%
Komunikační akt	48	55%
Komunikační zahlcení	5	5%
Nevím	26	30%
Celkem	88	100%

Znalost zásady komunikace se seniorem s pohybovým postižením

Otázkou č. 10 bylo zjišťováno, jestli respondenti znají zásady komunikace se seniory s pohybovým postižením. Dotazovaní měli určit, na kterém obrázku je pracovník ve správné pozici při komunikaci se seniorem na vozíku. Správnou pozici pracovníka, který se seniorem komunikuje ve stejné výši očí, snížil se na úroveň seniora poznalo 99% dotazovaných, nesprávnou odpověď uvedlo 1% dotázaných.



č. 1



č. 2

Tab. 10. Znalost zásady komunikace se seniorem s pohybovým postižením

Správný postoj je:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Obrázek č. 1	1	1%
Obrázek č. 2	87	99%
Celkem	88	100%

Znalost zásady komunikace se seniorem se zrakovým postižením

Cílem jedenácté otázky bylo zjistit, zda respondenti znají zásadu komunikace se seniory zrakově postiženými. Odpovídali na otázku, jestli popisujeme svoji činnost v pokoji seniora se zrakovým postižením. Dotazovaní měli na výběr jen možnost ano, ne. Většina, 91% respondentů odpovědělo správně ano, špatnou odpověď zvolilo 9% dotazovaných, neznají

tedy zásadu komunikace se seniory zrakovým postižením a tudíž ji v praxi nepoužívají.

Tab. 11. Znalost zásady komunikace se seniorem se zrakovým postižením

<i>Zná zásady:</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano	80	91%
Ne	8	9%
Celkem	88	100%

Znalost zásad komunikace se seniory s demencí

Otázkou č. 12 bylo zjišťováno, jaké zásady komunikace se seniory s demencí respondenti znají. Dotazovaní měli vypsát zásady, které znají. Všechny uvedené odpovědi byli správné, 46% respondentů uvedlo jednoduché, krátké věty a otázky, 19% respondentů uvedlo jednoduché věty, navázat oční kontakt, 9% dotázaných uvedlo používání mimiky, tón hlasu, mluvit srozumitelně, 6% uvedlo krátké věty, zpětná vazba, 5% uvedlo jednoduché věty, doteky, nechat čas na odpověď. Celkem 85% dotázaných uvedlo zásady správně, 15% respondentů uvedlo nevím, tedy nezná a nepoužívá tyto zásady.

Tab. 12. Používané zásady komunikace se seniory s demencí

<i>Zná zásady:</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Jednoduché, krátké věty, otázky	41	46%
Jednoduché věty, doteky, čas na odpověď	4	5%
Krátké věty, zpětná vazba	5	6%
Jednoduché věty, oční kontakt	17	19%
Používat mimiku, tón hlasu, srozumitelně	8	9%
Nevím	13	15%
Celkem	88	100%

Znalost pojmu alternativní komunikace

Otázka č. 13 měla zjistit, jestli respondenti znají alternativní komunikaci. Dotazovaní vybírali ze tří různých možností a možnosti nevím. Správnou odpověď, alternativní komunikace je náhrada mluvené řeči označilo 61% respondentů, špatné odpovědi označilo 5% respondentů – komunikace a 3% respondentů – verbální komunikace. Odpověď nevím označilo 31% dotázaných. Nezná a tedy i nepoužívá alternativní komunikaci celkem 39% dotázaných.

Tab. 13. Znalost pojmu alternativní komunikace

<i>Alternativní komunikace je:</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Náhrada mluvené řeči	54	61%
Konverzace	4	5%
Verbální komunikace	3	3%
Nevím	27	31%
Celkem	88	100%

Znalost neverbálního projevu postojem člověka

Cílem otázky č. 14 bylo zjistit, zda respondenti znají neverbální vyjadřování postojem těla,



postavením rukou, mimikou obličeje. Dotazovaní měli vyhodnotit

obrázek postavy, co vyjadřuje. Na výběr měli tři možnosti a jinou,

vlastní odpověď. Obrázek postavy vyjadřuje otevřenost, což správně

vedlo 98% respondentů, vyjadřuje radost uvedli 2% respondentů, což lze považovat také za správnou odpověď.

Tab. 14. Znalost neverbálního projevu postojem člověka

<i>Postoj vyjadřuje:</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Strach	0	0%
Otevřenost	86	98%
Bolest	0	0%
Něco jiného - Radost	2	2%
Celkem	88	100%

Využití piktogramů v praxi

Otázka č. 15 měla zjistit, zda a jaké piktogramy respondenti používají v praxi. Respondenti mohli odpovídat ne, ano a zároveň uvést nebo nakreslit jaké piktogramy používají.

Dotazovaní nejvíce uváděli 24% fotografie, obrázky, 11% dotazovaných používá fotografie, obrázky a písmo, 5% pouze písmo, 2% dotazovaných používá abecedu a písmo.

Odpověď nepoužívá piktogramy uvedlo 58% respondentů.

Tab. 15. Využití piktogramů v praxi

<i>Používané piktogramy:</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Foto, obrázky	21	24%
Foto, obrázky, písmo	10	11%
Písmo	4	5%
Abeceda, foto	2	2%
Ne	51	58%
Celkem	88	100%

Používání prvků bazální stimulace v praxi

Otázka č. 16 měla zjistit, zda respondenti a jaké prvky bazální stimulace používají v praxi. Měli na výběr odpověď ano a vypsát jaké prvky používají a odpověď ne. Správné odpovědi uvedlo 27%, kteří používají doteky, 13% dotazovaných používá masáže, 11% používá zrakovou a hmatovou stimulaci. Celkem správně odpovědělo 51% respondentů. Špatnou odpověď pohlazení uvedlo 10% respondentů, nevědělo 39% respondentů. Bazální stimulaci tedy nepoužívá celkem 49% respondentů.

Tab. 16. Používání bazální stimulace v praxi

<i>Prvky bazální stimulace</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Doteky	24	27%
Masáže	11	12%
Zraková, hmatová stimulace	10	12%
Pohlazení	9	10%
Nepoužívá	34	39%
Celkem	88	100%

Používání metody validace v praxi

Cílem sedmnácté otázky bylo zjistit, zda a jaké validační techniky respondenti používají v praxi. Měli na výběr odpověď ano a vypsát používané techniky a odpověď ne. Správné odpovědi uvedli respondenti, kteří napsali gesta, zrcadlení – 2%, zrcadlení, použití stejného tónu hlasu – 1%, přijetí reality klienta – 1%. Špatné odpovědi mimika uvedli 4% respondentů, komunikace - 1% dotazovaných. Odpověď validační techniky nepoužívá 91% respondentů. Celkem validační techniky používá jen 4% dotazovaných, nepoužívá celkem 96% respondentů.

Tab. 17. Používání metody validace v praxi

<i>Validační techniky:</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Mimika	3	4%
Gesta, zrcadlení	2	2%
Komunikace	1	1%
Zrcadlení, použití stejného tónu hlasu	1	1%
Přijetí reality klienta	1	1%
Nepoužívá	80	91%
Celkem	88	100%

Znalost a používání v praxi videotréninku interakcí

Otázka č. 18 měla zjistit, zda respondenti znají a používají videotrénink interakcí v praxi. Dotazovaní měli na výběr tři možnosti – znám a nepoužívám, znám a používám, vypsát jak a možnost neznám. 21% respondentů odpovědělo správně, používám pomocí videozáznamu, jeho rozborem (popsáno vlastními slovy), 31% respondentů zná videotrénink interakcí a nepoužívá ho, 48% dotazovaných ho vůbec nezná.

Tab. 18. Znalost a používání v praxi videotréninku interakcí

<i>Videotrénink:</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Znám - nepoužívám	27	31%
Znám - používám	19	21%
Neznám	42	48%
Celkem	88	100%

Používání totální komunikace v praxi

Cílem této otázky bylo zjistit, jestli respondenti umějí komunikovat s neslyšícími seniory pomocí některé složky totální komunikace – znaková, znakovaná řeč, prstová abeceda. Dotazovaní mohli volit odpověď ano a zároveň vypsát co ovládají a odpověď ne. 6% dotazovaných ovládá prstovou abecedu, 94% respondentů neumí komunikovat pomocí totální komunikace.

Tab. 19. Používání totální komunikace v praxi

<i>Používám:</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Prstová abeceda	5	6%
Ne	83	94%
Celkem	88	100%

Znalost mimických projevů člověka

Cílem otázky č. 20 bylo zjistit, zda respondenti dokáží rozpoznat mimické projevy podle obrázků obličeje. Obrázky vyjadřovali radost, smutek, zlost. Správně odpovědělo 98% respondentů. 1% respondentů uvedlo špatnou odpověď, 1% respondentů pod obrázky vepsalo nevím. Celkem neznalo odpověď 2% dotázaných.



Tab. 20. Znalost mimických projevů člověka (radost, smutek, zlost)

Určení mimiky:	Absolutní četnost	Relativní četnost
správně	86	98%
chybně	1	1%
nevím	1	1%
Celkem	88	100%

Absolvované kurzy k rozvoji znalostí o komunikaci se seniory

Otázkou č. 21 bylo zjišťováno, jaké kurzy respondenti absolvovali, jejichž součástí bylo vzdělávání v oblasti komunikace. 33% respondentů absolvovalo jen kvalifikační pečovatelský kurz, 34% kvalifikační a sanitářský kurz, pouze sanitářský kurz má 3% respondentů, kurz péče o lidi s demencí uvedlo celkem 16%, bazální stimulaci uvedlo celkem 3%, videotrénink interakcí uvedlo 6%, individuální plánování služeb uvedlo 5%, psychiatrické minimum uvedli 3% respondentů.

Tab. 21. Absolvované kurzy k rozvoji znalostí o komunikaci se seniory

Absolvované kurzy:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sanitářský kurz	3	3%
Akreditovaný kvalifikační kurz (pečovatelský)	29	33%
Kvalifikační kurz, sanitářský kurz	30	34%
Kvalifikační kurz, kurz péče o lidi s demencí	6	8%
Kvalifikační kurz, sanitářský, péče o lidi s demencí	4	5%
Kvalifikační kurz, sanitářský, bazální stimulace	3	3%
Kvalifikační kurz, videotrénink interakcí	5	6%
Kvalifikační kurz, individuální plánování služeb	2	2%
Kvalifikační kurz, sanitářský, psychiatrické minimum	3	3%
Kvalifikační kurz, sanitářský, individ. plánování, péče o lidi s demencí	3	3%
Celkem	88	100%

Aktivní vyhledávání informací o komunikaci

Cílem poslední otázky bylo zjistit, zda si respondenti sami aktivně vyhledávají informace o komunikaci, zda se sami vzdělávají. Dotazovaní měli na výběr odpověď ano a zároveň uvést zdroje informací a odpověď ne. 14% respondentů získává nové informace jen z odborných časopisů, 8% dotazovaných si informace vyhledává na internetu, 8% respondentů z časopisů a internetu, 5% respondentů získává informace z časopisů, knih a internetu, 3% z knih a časopisů, 2% získává informace jen na pracovišti. Celkem si aktivně vyhledává informace o komunikaci 40% dotázaných, 60% se o tyto informace nezajímá.

Tab. 22. Aktivní vyhledávání informací o komunikaci

<i>Zdroj informací:</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Časopisy, knihy, internet	4	5%
Internet	7	8%
Časopisy (Zdraví, Sestra)	12	14%
Knihy, časopisy	3	3%
Info na pracovišti	2	2%
Časopisy, internet	7	8%
Ne	53	60%
Celkem	88	100%

9.2 Shrnutí výsledků

Cílem výzkumu bylo zmapovat, jaké vědomosti v oblasti komunikace se seniory mají pracovníci v sociálních službách v přímé obslužné péči v domovech pro seniory v Královéhradeckém kraji.

Identifikační otázky:

Cílem identifikačních otázek bylo přiblížit pracovníky v sociálních službách. Kdo tuto profesi vykonává, jejich věkové rozložení, jaké mají tyto pracovníci vzdělání a jak dlouho tuto práci vykonávají.

Dotazníkové šetření se zúčastnilo 95% žen, což potvrzuje obecně známý fakt, že v přímé péči pracují převážně ženy. Nejvíce pracovníků 32% je ve věkové kategorii 51- 60 let, po 26% je zastoupena věková kategorie 41- 50 let a 31- 40 let. Do 30 let v této profesi pracuje jen 15% respondentů. Z výzkumu je také patrné, že nejvíce respondentů 35% pracuje se seniory 6 až 10 let, poté se počet respondentů snižuje. Délku praxe 11- 15 let má jen 12% dotazovaných. Respondenti mají nejvíce střední vzdělání s výučním listem v jiném oboru – 50%, ve zdravotním nebo sociálním oboru (vyučení, maturita) má vzdělání jen 22%

respondentů, oproti tomu 22 % respondentů dosáhlo jen základního vzdělání, střední vzdělání s maturitou v jiném oboru má 6% dotazovaných.

První dílčí cíl byl stanoven takto:

Deskripce znalostí základních a specifických forem komunikace u pracovníků sociálních služeb – pečovatelů v domovech pro seniory.

První dílčí výzkumná otázka byla stanovena takto:

Jaké jsou znalosti pečovatelů o základních a specifických formách komunikace?

K této dílčí výzkumné otázce se vztahují otázky č. 5, 6, 7, 8, 13, 14, 20.

Všichni respondenti znají význam slova verbální komunikace, dokáží určit, co vyjadřuje postoj člověka, což jsem ověřovala otázkami č. 6, 14. mimické projevy dokázalo správně určit 98 % respondentů. Znalosti specifických forem komunikace – bazální stimulace – 79% respondentů tento koncept zná, 21% nezná. Metodu Validace zná 67% respondentů, nezná 33% respondentů. Alternativní komunikaci správně určilo 61% respondentů, 39% respondentů nezná tuto formu komunikace.

Z těchto výsledků se dá usuzovat, že pracovníci sociálních služeb znají verbální i neverbální komunikaci a jsou schopni identifikovat základní rozdíly mezi nimi, stejně jako dokáží určit neverbální projevy člověka. Více jak polovina respondentů je seznámena i se specifickými metodami komunikace – bazální stimulace, validace, alternativní komunikace. Z těchto výsledků vyplývá, že pracovníci v sociálních službách mají dobré teoretické znalosti o formách i metodách komunikace.

Druhý dílčí cíl byl stanoven takto:

Deskripce praktického využívání základních a specifických forem komunikace u pracovníků sociálních služeb – pečovatelů v domovech pro seniory.

Druhá dílčí výzkumná otázka byla stanovena takto:

Používají pečovatelé specifické formy komunikace se seniory v praxi?

K této dílčí výzkumné otázce se vztahují otázky č. 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19. Při komunikaci se seniory je nezbytná znalost komunikačních bariér. Respondenti odpovídali správně komunikační akt není komunikační bariérou v 55%, Z výsledků vychází, že 45% respondentů nezná komunikační bariéry Respondenti prokázali znalost zásad komunikace

se seniory s tělesným postižením, správně jich odpovědělo 99%. Také zásady komunikace se zrakově postiženým znají, správnou odpověď uvedlo 91% respondentů. Dokázali vypsát zásady komunikace se seniory s demencí v 85%. Odpověď neznalo 15% dotazovaných. Piktogramy používá pouze 42% respondentů.

Prvky bazální stimulace v praxi používá 51% respondentů, validační techniky používá jen 4% respondentů. Videotrénink interakcí v praxi používá 21 % respondentů, ale zná metodu a nepoužívá 31 % respondentů, vůbec metodu nezná 48% respondentů.

Dorozumívát se s neslyšícími by dokázalo jen 6% respondentů, a to pomocí prstové abecedy, jiné složky totální komunikace respondenti neznají, neovládají. Zde se potvrdil fakt, že i pracovníci sociálních služeb mají potíže se dorozumět s neslyšícími, nemají k tomu odpovídající vzdělání.

Z výsledků vyplývá, že pracovníci v sociálních službách – pečovatelé znají a používají obecné zásady komunikace se seniory s různým typem postižení. Problémy v komunikaci jsou s neslyšícími seniory. S neslyšícími se dorozumí jen 6% respondentů, pomocí prstové abecedy, obecně jsou to velmi nedostatečné znalosti v této oblasti. Mají nedostatečnou znalost o komunikačních bariérách, což může mít negativní důsledky při komunikaci se seniory. Pro správné zvolení komunikační formy se seniorem je nutné znát komunikační bariéry, které znesnadňují komunikaci a umět je zmírňovat nebo odstraňovat.

Ze specifických forem komunikace je nejvíce využívána bazální stimulace, její používání je mírně nadpoloviční, validační techniky jsou používány minimálně, také videotrénink interakcí využívá jen 21 % respondentů. Alternativní komunikaci, používání piktogramů pro usnadnění komunikace využívá 42% dotazovaných. Zde z výzkumu vyplynul zajímavý fakt. Ačkoliv koncept bazální stimulace zná 79% dotazovaných, v praxi ho používá podstatně méně – 51%, metodu validace zná 67% respondentů, ale v praxi ji využívá jen 4% z nich. Videotrénink interakcí zná celkem 52% respondentů, ale v praxi ho používá jen 21% z nich a to pomocí rozboru videozáznamu, což respondenti uváděli vlastními slovy v dotazníku.

Třetí dílčí cíl byl stanoven takto:

Deskripce dalšího vzdělávání v oblasti komunikace u pracovníků sociálních služeb – pečovatelů v domovech pro seniory.

Třetí dílčí výzkumná otázka byla stanovena takto:

Vzdělávají se pečovatelé v oblasti komunikace se seniory?

K této dílčí výzkumné otázce se vztahují otázky č. 21, 22.

Výzkumem bylo zjištěno, že 3% respondentů nemá absolvovaný akreditovaný kvalifikační kurz – pečovatelský, ale jen sanitářský, který je již nedostačující. 33% dotazovaných absolvovalo pouze kvalifikační kurz pečovatelský, jiného vzdělávání se nezúčastnili. 34% respondentů absolvovalo kvalifikační pečovatelský kurz a sanitářský kurz. Jen 30% respondentů se zúčastnilo ještě jiného kurzu, který byl zaměřen také na komunikaci, nejvíce respondenti uváděli kurz péče o lidi s demencí, dále videotrénink interakcí, individuální plánování služeb, bazální stimulaci, psychiatrické minimum.

Aktivní zájem a sebevzdělávání v oblasti komunikace uvedlo 40% respondentů, ale jen z časopisů, knih, internetu. Žádný respondent se sám nevzdělává pomocí různých kurzů.

O vzdělávání v této oblasti nemá zájem 60% respondentů.

Výsledky výzkumu ukazují, že pracovníci v sociálních službách ve většině absolvovali kvalifikační kurz pečovatelský, dalším odborným vzděláváním prošlo jen 30% dotazovaných. U respondentů převažuje nezájem se sami aktivně vzdělávat. Pokud se vzdělávají, tak pouze z dostupných materiálů, do sebevzdělávání neinvestují, sami se žádných kurzů neúčastní.

9.3 Doporučení pro praxi

9.3.1 Obecná doporučení

Z hodnocení výsledků výzkumu vyplynulo několik zajímavých údajů, kterými by bylo vhodné se dále zabývat.

Výsledky výzkumu ukázaly, že o profesi pracovník v sociálních službách mají malý zájem muži a lidé mladší 30 let. Příčinou je podle mého názoru neodpovídající finanční ohodnocení této náročné práce, nízká prestiž tohoto povolání. Proto bych doporučovala ztraktivnit odpovídající učební obory – sociální péče – pečovatelská činnost, sociální činnost – sociální pečovatelsví, rodinná škola – sociální služby, u kterých není nutné absolvovat kvalifikační kurz, jak to stanoví příloha č. 4 k vyhlášce č. 505/2006 Sb. Dále by bylo nutné zajistit, aby tito vyučení pečovatelé z těchto oborů byli přijímáni do praxe a byli finančně zvýhodněni před pracovníky sociálních služeb, kteří mají jen kvalifikační pečovatelský kurz. Toto doporučení pro přijímání nových pracovníků vychází z mých praktických zku-

šeností. Zaměstnavatelé dávají přednost pracovníkům s kvalifikačním kurzem před vyučenými pečovateli. Tito jsou přijímáni jen pokud se spokojí se stejným finančním ohodnocením, takto podhodnocené pracují na této pozici i některé zdravotní sestry. V tomto ohledu by bylo nutné působit na legislativu, na zlepšení podmínek pro přijímání těchto absolventů. Již v roce 2006, kdy byl realizován výzkum Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách bylo doporučováno zavedení nového zdravotně – sociálního oboru.

Další závažný nedostatek, který byl ve výzkumu zjištěn je, že ačkoliv pracovníci znají specifické metody komunikace, v praxi je používají mnohem méně. Došla jsem tak k názoru, že chybí provázanost teorie s praxí. Na tento fakt ukazuje i další problém, který pracovníci mají s určováním komunikačních bariér, tzn. umět se prakticky připravit na komunikaci se seniorem, zvolit správnou formu komunikace. K řešení této situace bych navrhovala soustředit pozornost pracovníků na další vzdělávání v oblastech, které mohou využít v praxi, což je i oblast komunikace. Zaměstnavatelé by měli vybírat kurzy, které nejsou pouze teoretické, ale jsou zaměřeny i na praktický nácvik komunikačních dovedností, nejlépe přímo v zařízeních, kde pečovatelé pracují. Pokud by pak byla vyšší poptávka po těchto kurzech, preferujících praktický nácvik získaných dovedností, přizpůsobili by i vzdělávací agentury svoji nabídku.

Další zjištění bylo, což se dalo i očekávat, že pečovatelé téměř neumějí komunikovat pomocí totální komunikace. Není to jen problém této profese, ale téměř všech pomáhajících pracovníků, kteří přímo nepracují s lidmi používajícími tuto formu komunikace. K tomuto problému musím uvést poznatek ze své praxe. Za celou dobu své patnáctileté praxe jsem se nesetkala se seniorem, který by ovládal některou složku totální komunikace. Protože беру v úvahu i finanční zátěž na vzdělávání pracovníků, doporučovala bych zaměstnavatelům umožnit absolvovat takovýto kurz jen v případě zájmu jednotlivých pracovníků.

Poslední část výzkumu byla věnována dalšímu vzdělávání a sebevzdělávání. I zde došlo k zajímavému zjištění. Pracovníci v sociálních službách nepřikládají velký význam sebevzdělávání, kurzů se účastní pouze na pokyn zaměstnavatele. Příčinou je podle mého názoru nemotivující prostředí pro sebevzdělávání. Doporučila bych zaměstnavatelům, aby motivovali své pracovníky k dalšímu vzdělávání a zároveň k aplikaci získaných poznatků do praxe prostřednictvím různých bonusů a výhod, např. lístek do divadla, na muzikál, zaplacení kadeřnice, pochvalou. Jsem si vědoma toho, že na finanční odměny v sociálních službách není dostatek prostředků, ale motivovat a vyjádřit uznání lze i jinými způsoby.

V současné době dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách mají pracovníci v sociálních službách povinnost dalšího vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za rok. Toto vzdělávání je jim povinen zajistit zaměstnavatel formou účasti v akreditovaných kurzech, na odborných stážích v zařízeních sociálních služeb nebo účasti na školicích akcích. Bohužel musím uvést, že se v praxi opět projevuje nedostatek finančních prostředků na vzdělávání, jsou pořádány školicí akce přímo zaměstnavatelem např. na provozní schůzi se něco přečte a pracovníci dostanou potvrzení, že se školili dvě hodiny. Pokud bude ze strany zaměstnavatelů k tomuto nařízení přistupováno tímto způsobem, bude stále obtížné zavádět v praxi nové metody a postupy tak, aby byla práce efektivní a kvalitní.

Závěrečné doporučení z tohoto výzkumu pro zaměstnavatele je umožnit pracovníkům v sociálních službách další vzdělávání v oblasti komunikace. V komunikaci se seniory by se vzdělávání mělo zaměřit zejména na praktické využití specifických forem komunikace, dovednost získané poznatky aplikovat do praxe. Dále by bylo vhodné motivovat pracovníky sociálních služeb k sebevzdělávání.

Závěrečné doporučení z výsledků tohoto výzkumu bude předáno zařízením, které o tyto výsledky projeví zájem.

9.3.2 Vlastní praxe

Jak je významné ovládat specifické formy komunikace a aplikovat je do praxe mohu doložit i vlastní zkušeností s ošetrovatelským konceptem Bazální stimulace, s používáním alternativních metod komunikace, piktogramů. Po absolvování základního a nástavbového kurzu Bazální stimulace jsem tento ošetrovatelský koncept aplikovala u klientky, která měla diagnostikovanou vaskulární demenci, afázii, byla dlouhodobě upoutaná na lůžko. Jednoduchým pokusem nakreslení vlastní postavy jsem se přesvědčila o tom, že člověk dlouhodobě upoutaný na lůžko přestává mimo jiné vnímat své tělo, prostor, zhoršují se komunikační schopnosti, stává se apatickým. Její postava byla nakreslena pouze v základních obrysech, bez detailů (obrázek č. 1).



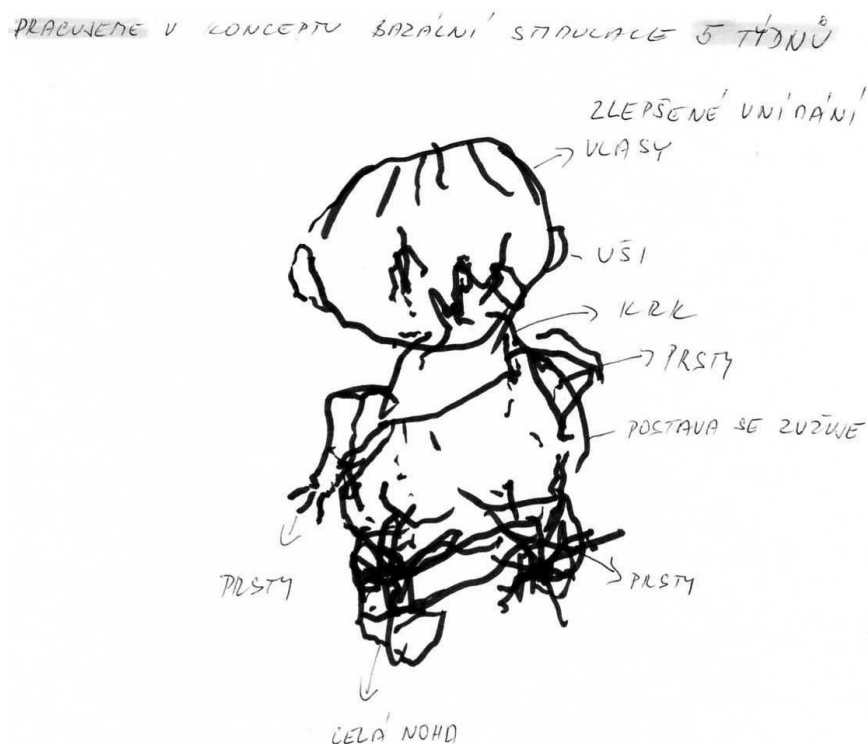
Obr. 1. Běžná ošetrovatelská péče

Po každodenně prováděné stimulaci se vnímání klientky zlepšilo, byla schopna navázat interakční vztah. Opakovaná kresba po sedmi dnech bazálně – stimulační péče již vykazovala změny, které ukazují na zlepšení vnímání. (obrázek č. 2)



Obr. 2. Kresba po 7 dnech bazálně stimulační péče

Po pěti týdnech provádění stimulací a využívání všech komunikačních kanálů na základní úrovni dokázala nakreslit správně postavu i s některými detaily, což ukazuje na obnovení vnímání sebe sama. (obrázek č. 3)



Obr. 3. Kresba po 5 týdnech bazálně stimulační péče

Tím, že klientka začala více vnímat sebe i okolí měla také větší potřebu komunikovat. Naučila se používat kartičky s odpovědí Ano, Ne, na které ukazovala po položení jednoduché otázky, později přešla k obrázkovým piktogramům. Myslím si, že to je dobrá ukázka toho, jak je důležité umět využít i specifické formy komunikace a zkvalitnit tak život seniorům. Detailní informace jsou popsány v kazuistice: Navázání komunikace s klientkou pomocí konceptu bazální stimulace. (Příloha č. P2)

ZÁVĚR

Na profesi pracovník v sociálních službách jsou v současné době kladeny stále větší nároky. Nejedná se pouze o náročnost fyzickou, ale výkon této profese způsobuje i značnou psychickou zátěž. Pracovním nástrojem těchto pracovníků jsou nejen jejich ruce, ale také jejich ústa – jejich komunikační dovednosti. Tito pracovníci zažívají často stres z časové náročnosti této práce, musejí uspokojit potřeby mnoha klientů zároveň. Komunikaci s klienty se tak často nepřikládá takový význam, který skutečně má. Je nutné si uvědomit, že komunikace není cílem, ale prostředkem spojení mezi lidmi. Správně zvolená komunikace by tak měla pracovníkům v sociálních službách přinést pomoc, podporu, snížit stres při každodenní náročné péči o seniory. Nedorozumění mezi nimi nebo poskytování pomoci seniorovi, které je bez odezvy je velmi vyčerpávající.

Cílem teoretické části bylo shrnout dostupné informace o formách komunikace a také o dalších možnostech komunikace se seniory. Jsou zde také vymezeny pojmy stáří, demence a její druhy. Dále jsou zde uvedeny rezidenční zařízení pro seniory, charakteristika profese pracovník v sociálních službách.

Praktická část zahrnuje kvantitativní výzkum prováděný metodou dotazníkového šetření. Na jeho základě bylo vyhodnoceno, jaké vědomosti mají pracovníci v sociálních službách v oblasti komunikace, zda tyto vědomosti používají v praxi a zda se sami dále vzdělávají v této oblasti. Výzkum byl prováděn v Královéhradeckém kraji.

Tato práce není univerzálním návodem, jak komunikovat se seniory. Každý člověk je individualita, proto je i komunikace se seniory, ať už mají nebo nemají nějaké zdravotní omezení vždy jedinečná. Jedná se o různé možnosti, které mohou přispět ke zlepšení komunikace, porozumění mezi lidmi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BUIJSSEN, H. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X
2. DE VITO, J. A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-988-8
3. FEIL, N. *The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with „Alzheimer’s – type dementia.“* Baltimore, Md.: Health Professions Press, 1993. ISBN 1-878812-11-4
4. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I*. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2005. ISBN 80-239-6132-2
5. JANOUSEK, J. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1594-0
6. JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2003. ISBN 80-210-3204-9
7. JOBÁNKOVÁ, M., aj. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1996. ISBN 80-7013-209-4
8. KOBĚRSKÁ, P. a kol. *Společnou cestou. Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-981-X
9. KŘIVOHLAVÝ, J. *Já a ty: o zdravých vztazích mezi lidmi*. Praha: Avicenum, 1986.
10. KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2001. ISBN 80-214-1844-3
11. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. s. 184 – 188. ISBN 80-7367-002-X
12. MUSIL, L., KUBALČÍKOVÁ, K., HUBÍKOVÁ, O. *Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory. Závěrečná zpráva z výzkumu*. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno, 2006. ISBN 80-87007-41-7
13. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0690-7

14. PEASE, A. *Řeč těla: jak porozumět druhým z jejich gest, mimiky a postojů těla*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-582-2
15. PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5
16. PODGÓRECKI, J. *Sociální komunikace v edukaci*. Ostrava: Repronis, 1998. ISBN 80-861-22-20-4
17. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-440-2
18. PROUTY, G., WERDE, D., PÖRTNER, M. *Preterapie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-949-6
19. TEGZE, O. *Neverbální komunikace*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-429-X
20. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3
21. VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2
22. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I (ed.). *Sociální psychologie* Praha: Grada Publishing, 2008. s. 217 - 230. ISBN 978-80-247-1428-8
23. ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

24. MPSV – Registr poskytovatelů sociálních služeb. [online]. 2006, [cit. 7.2.2010] Dostupné z WWW: <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/zabezpeceni_fw.do?SUBSESSION_ID=1265555382518_10>
25. SPIN – nestátní nezisková organizace pro rozvoj metody videotrénink interakcí v České republice. [online]. 2000, [cit.2.2.2010]. Dostupné z WWW: <<http://www.spin-vti.cz/>>

SEZNAM DOKUMENTŮ

26. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
27. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
28. Příloha č. 4 k vyhlášce č. 505/2006 Sb. – Obory vzdělávání, při jejichž absolvování se nevyžaduje absolvování kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách
29. LUDVÍK, M. „aj.“ *Sociální práce se seniory*, seminární práce Zlín: UTB FHS, 2009. s. 25 – 32.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AAK	augmentativní a alternativní komunikace
aj.	a jiní
apod.	a podobně
č.	číslo
foto	fotografie
individ.	individuální
info.	informace
kol.	kolektiv
např.	například
resp.	respektive
s.	strana
Sb.	Sbírky
soc.	sociální
Tab.	tabulka
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaný
VTI	videotrénink interakcí
zdrav.	zdravotní

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. Běžná ošetrovatelská péče.....	67
Obr. 2. Kresba po 7 dnech bazálně stimulační péče.....	67
Obr. 3. Kresba po 5 týdnech bazálně stimulační péče.....	68

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Pohlaví respondentů.....	51
Tab. 2. Věk respondentů.....	52
Tab. 3. Nejvyšší dokončené vzdělání.....	52
Tab. 4. Délka praxe.....	53
Tab. 5. Znalost pojmu verbální komunikace.....	53
Tab. 6. Rozpoznání neverbálního vyjádření postoje člověka.....	54
Tab. 7. Znalost konceptu Bazální stimulace.....	54
Tab. 8. Znalost metody Validace.....	54
Tab. 9. Znalost komunikačních bariér.....	55
Tab. 10. Znalost zásady komunikace se seniorem s pohybovým postižením.....	55
Tab. 11. Znalost zásady komunikace se seniorem se zrakovým postižením.....	56
Tab. 12. Používané zásady komunikace se seniory s demencí.....	56
Tab. 13. Znalost pojmu alternativní komunikace.....	57
Tab. 14. Znalost neverbálního projevu postojem člověka.....	57
Tab. 15. Využití piktogramů v praxi.....	58
Tab. 16. Používání bazální stimulace v praxi.....	58
Tab. 17. Používání metody validace v praxi.....	59
Tab. 18. Znalost a používání v praxi videotréninku interakcí.....	59
Tab. 19. Používání totální komunikace v praxi.....	59
Tab. 20. Znalost mimických projevů člověka (radost, smutek, zlost).....	60
Tab. 21. Absolvované kurzy k rozvoji znalostí o komunikaci se seniory.....	60
Tab. 22. Aktivní vyhledávání informací o komunikaci.....	61

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P 1:

DOTAZNÍK

Příloha P 2:

KAZUISTIKA

Příloha P 3:

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

Příloha P 4:

GRAFY K TABULKÁM

Příloha P 5:

SEZNAM DOMOVŮ PRO SENIORY KRÁLOVÉHRADECKÝ KRAJ

PŘÍLOHA P 1:

DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jmenuji se Helena Třísková, jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Ráda bych Vám předložila dotazník, který bude sloužit k účelům vypracování bakalářské práce s tématem: Formy a možnosti komunikace pečovatele se seniory v domovech pro seniory.

Dotazník je zcela anonymní a všechny získané informace budou sloužit pouze pro studijní účely. Označte vždy jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Svě odpovědi zakroužkujte.

Děkuji za vyplnění.

Helena Třísková

1. Pohlaví:

- muž
- žena

2. Věk

- 18 – 20 let
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 60 let a více

3. Nejvyšší dokončené vzdělání

- základní vzdělání
- střední vzdělání s výučním listem ve zdravotním nebo sociálním oboru
- střední vzdělání s výučním listem v jiném oboru
- Střední vzdělání s maturitou ve zdravotním nebo sociálním oboru
- střední vzdělání s maturitou v jiném oboru

4. Kolik let pracujete se seniory? Uveďte.

.....

5. Co je verbální komunikace?

- gesta
- slovní komunikace
- mimika
- nevím

6. Co neverbálně vyjadřuje tento obrázek?

- obranný postoj, strach
- připravenost k útoku, zlost
- něco jiného, vypište



7. Co je Bazální stimulace?

- stimulace řeči u nedoslýchavých pomocí naslouchadel
- ošetrovatelský koncept, který podporuje vnímání, hybnost a komunikaci
- asertivní chování k seniorům
- nevím

8. Co je Validace?

- komunikační bariéra
- komunikační technika pro seniory s demencí
- pasivní naslouchání
- nevím

9. Co není komunikační bariéra?

- nedoslýchavost
- komunikační akt
- komunikační zahlcení
- nevím

10. Který obrázek vyjadřuje správný postoj mluvčího při komunikaci se seniorem na vozíku?



11. U zrakově handicapovaných seniorů vždy popisujeme co děláme u nich v pokoji?

- ano
- ne

12. Vámi nejčastěji používané zásady při verbální komunikaci se seniory trpícími demencí – vypište.

.....

.....

.....

13. Co je alternativní komunikace?

- náhrada mluvené řeči
- konverzace
- verbální komunikace
- nevím

14. Jaký postoj dle Vás vyjadřuje tento obrázek?

- strach
- otevřenost
- bolest
- něco jiného, uveďte.....



15. Používáte ke komunikaci se seniory piktogramy (obrázky, fotografie, písmo, abeceda)?

- ano, napište, nakreslete jaké.....
- ne

16. Využíváte prvky bazální stimulace ke komunikaci v praxi?

- ano, napište jaké.....
- ne

17. Používáte validační techniky v praxi?

- ano, napište jaké
- ne

18. Znáte videotrénink interakcí?

- Zním – nepoužívám
- Zním – používám – vypište jak.....
- Neznám

19. Ovládáte některé složky totální komunikace (znaková řeč, znakovaná řeč, prstová abeceda)

- ano, napište jaké.....
- ne

20. Jaké mimické projevy vyjadřují tyto obrázky? Napište.



.....

.....

21. Absolvované kurzy k rozvoji znalostí a komunikačních dovedností. Možnost více odpovědí.

- sanitářský kurz
- akreditovaný kvalifikační kurz (pečovatelský, rozsah 150 hodin)
- jiný, vypište

22. Vyhledáváte si informace o komunikaci se seniory?

- ano, uveďte z jakých zdrojů.....
- ne

Děkuji za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku..

PŘÍLOHA P 2:

KAZUISTIKA

Navázání komunikace s klientkou pomocí konceptu bazální stimulace

Kazuistika popisuje vlastní pozitivní zkušenost se specifickou formou komunikace – Bazální stimulace, alternativní metodou komunikace – použití piktogramů.

Osobní anamnéza:

Paní: K.

Věk: 69 let

Stav: vdova

Děti: 2 – syn, dcera

Dosažené vzdělání: základní vzdělání

Zájmy: zahrádka

Rodinná anamnéza:

Celý život prožila na vesnici v úplné rodině, měla jednoho bratra, který již nežije. Zde se také provdala a žila ve spokojeném manželství ve vlastním domku, narodily se dvě děti, zdravé. Syn i dcera již mají své domácnosti, oba bydlí ve vzdáleném městě, navštěvovali ji jen občas, asi jednou za měsíc. Má celkem čtyři vnoučata. Po smrti manžela zůstala sama, zvládala se starat o domácnost. Před půl rokem prodělala cévní mozkovou příhodu, která zanechala trvalé následky. Celou tuto dobu nebyla doma, byla hospitalizována v nemocnici, poté v léčebně dlouhodobě nemocných. Pobyt v domově pro seniory ji zařídila dcera, která ji také doprovázela při nástupu, byla přivezena sanitou. Dcera za matkou jezdí asi jednou za dva týdny, má o ní zájem. Se synem se paní K. nestýká.

Medicínská diagnóza:

Chronická ischemická choroba srdeční I 25.9

Arteriální hypertenze I 10

Cévní mozková příhoda I 64

Vaskulární demence F 01.1

Paní K. prodělala cévní mozkovou příhodu, při hospitalizaci byla diagnostikována:

- levostranná hemiplegie, což je úplná ztráta hybnosti levé poloviny těla
- hypotonus horní i dolní levé končetiny, které má svalově ochablé
- afázie, která se u paní K. projevuje ztrátou schopnosti hovořit

Pro neschopnost polykat byla paní K. provedena perkutánní endoskopická gastrostomie, což znamená, že výživa je podávána sondou přímo do žaludku. Tato sonda se zavádí do žaludku a je vyvedena přes stěnu břišní.

V domově pro seniory byla vyšetřena psychiatrem, který diagnostikoval vaskulární demenci.

Prognóza onemocnění je dle odborníků špatná, stav je nevratný.

Medikamentózní terapie:

Digoxin 0,125 (1- 0- 0), Furon 40 (1-0-0), Cinarizin 75 (1-0-1),

Výživa:

Nutrison standard do 2000 ml denně do Peg sondy.

Popis současného stavu:

Paní K je dlouhodobě upoutaná na lůžko, apatická, reaguje minimálně, pouze navazuje oční kontakt, jinak se nesnaží komunikovat. Občas je v noci neklidná. Tento stav je způsoben dlouhodobým upoutáním na lůžko, hlavní příčinou je nepodnětné okolní prostředí, z čehož vzniká senzomotorická deprivace. Neklid až halucinace mohou vznikat tím, že se neustále dívá na bílý strop, nejvíce leží v poloze na zádech. U této paní jsme přistoupili k provádění terapeuticko – ošetřovatelského konceptu – bazální stimulace.

Plánování ošetřovatelské péče:

Hlavním cílem naší práce bylo zkvalitnění života paní K., odstranění sociální izolovanosti. Jednoduchým pokusem nakreslení vlastní postavy jsem se přesvědčila o tom, že člověk dlouhodobě upoutaný na lůžko přestává mimo jiné vnímat své tělo, prostor, zhoršují se komunikační schopnosti, stává se apatickým. Její postava byla nakreslena pouze v základních obrysech, bez detailů (obrázek č. 1).

S pomocí dcery, která zodpovídala dotazy jsem sepsala ošetřovatelskou anamnézu v konceptu bazální stimulace.(Příloha č. P3) Poté jsem sestavila pro paní K. vhodnou strukturu dne, která obsahovala různé ošetřovatelské nabídky, aby byly stimulovány všechny smysly,



Obrázek č. 1 – běžná ošetrovatelská péče

tato struktura dne se měnila podle zdravotního stavu, schopností a ochoty přijímat tyto nabídky. Započala tak nejen stimulace smyslů, ale také komunikace mezi pečovateli a paní K. Ke komunikaci byly využívány všechny komunikační kanály- zrakový, sluchový, doteky, čichový, chuťový. Do této péče byla zapojena i dcera, která občas jezdila na návštěvy.

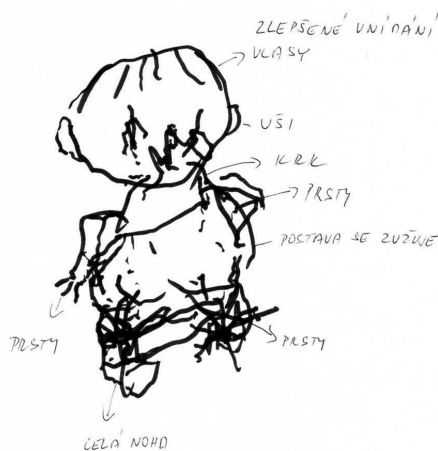
Zkoumání výsledků působení a verifikace správnosti postupu:

Po každodenně prováděné stimulaci se vnímání klientky zlepšilo, byla schopna navázat interakční vztah. Pro potvrzení vhodnosti sestavené struktury dne a zmapování stavu paní K. jsem přistoupila opět ke kresbě vlastní postavy. Kresba byla provedena po sedmi dnech provádění bazální stimulace. Tato postava již vykazovala pro nás podstatné změny, které



Obrázek č. 2 – kresba po 7 dnech bazálně stimulační péče ukazují na zlepšené vnímání. Tento obrázek již není tak chudý, jsou naznačeny detaily postavy, oči, nos, ruce, dolní končetiny se prodlužují. (obrázek č. 2)

PRÁVĚNĚ V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE 5 TÝDNŮ



Obrázek č. 3 – kresba po 5 týdnech bazálně
stimulační péče

Také komunikace se postupně zlepšuje, paní K sama vyhledává oční kontakt, používá více mimiku. Po pěti týdnech provádění stimulací a využívání všech komunikačních kanálů na základní úrovni dokázala nakreslit správně postavu i s některými detaily, což ukazuje na obnovení vnímání sebe sama. (obrázek č. 3)

Tím, že začala více vnímat sebe i okolí měla také větší potřebu komunikovat, vyjadřovat svoje potřeby a přání. Nejprve využívala ke gestikulaci pravou ruku. U paní K. nedošlo ke ztrátě schopnosti rozumět významům slov, proto jsme jí naučili používat kartičky s odpovědí Ano, Ne, na které ukazovala po položení jednoduché otázky, později přešla k obrázkovým piktogramům, které jsme vytvořili pomocí fotografií. Hybnost ochrnuté poloviny těla se nepodařilo zlepšit, i když byly prováděny cíleně neurofyziologické masáže při koupeli, částečné masáže končetin v lůžku a pasivní rehabilitace.

Závěr:

Hlavní cíl byl splněn – život paní K. je kvalitnější, jsou naplňovány její sociální potřeby, nejen základní. Nejprve bylo u paní K. přistoupeno k podpoře a rozvoji zachovalých komunikačních schopností. Tyto, ale nestačily k vyjádření jejích potřeb a přání, proto byla dále nabídnuta metoda alternativní komunikace. Takto je schopna být v interakci s lidmi, není sociálně izolovaná, dokáže vyjadřovat svoje přání, komunikuje.

PŘÍLOHA P 3:

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE®

Paní / pán..... Věk..... 69 let

Blízká osoba..... ZUZKA

INICIÁLNÍ DOTEK, POKUD ANO – MÍSTO : NE (ZVOLENO L. LADENO)

Tělesná péče

() levák (X) pravák

Je pro něj / ni péče o své tělo velmi důležitá? () ano (X) ne

Jak často a kdy? () denně () ráno () večer

(X) občas – specifikujte..... 1 x týdně

Teplota vody () chladná () vlažná (X) teplá () horká

K mytí používá..... SRECH. MYDLO, ŽÍVLU

Potřebuje pomoc při mytí? (X) ano () ne

Rituály při mytí? NE

Stav pokožky () normální () mastná (X) suchá

Toaletní potřeby (X) k dispozici () budou přineseny () nemá

Krém. TĚL. MLEKO..... pěna na holení..... deodorant..... NE

Holení () mokré () elektrický strojek, má vlastní? ano () ne ()

Péče o zuby, na co brát ohled?.....

Vlastní kartáček a pasta? () ano () ne

Zubní protéza? (X) ano () ne

Specifikujte: (X) plná protéza () částečná protéza () horní čelist () dolní čelist

Spí s protézou? () ano (X) ne NEPOUŽÍVÁ

Jak často si myje vlasy?..... 1 x týdně..... Používá speciální prostředky?..... NE

Nehty (X) žádné zvláštnosti () specifika.....

Tělesný kontakt

Je zvyklý na tělesný kontakt? ano () ne

Na kterém místě nemá rád dotek? ...*ČASÍDLA*.....

Spánek

Obvykle spí na: záda () břicho () pravý bok () levý bok

Jak spí? chodí časně spát () chodí pozdě spát () v noci se budí
() vstává velmi časně () spí ráno dlouho odpolední spánek

Má nějaký oblíbený polštář, deku, jiné? ...*NE*.....
přineseno: () ano ne

Přikrývá se tak, že si dá deku až za ramena? () ano ne

Kolik hodin denně spí? ...*12*... Má hodně zatemněno při spánku? () ano ne

Jídlo a pití

Upřednostňuje chuť: sladké () kyselé () ostré () slané
Teplota jídla? () teplé vlažné () studené
Konzistence: () měkké () pevná strava tekutá strava *NUTRITION*
Oblíbený nápoj...*ZÁVA*..... oblíbený pokrm.....*do 78g*
Nesnáší

Přinesené vlastní předměty (např. hrnek)...*HRNEK, KVĚTINY, FOTOGRAFIE*.....

Vlastní přinesené poživatiny.....
.....

Potíže při polykání? ano () ne specifikujte...*ZAVEDENA 78g SOKO, ÚSTY NEPRVNÍ DÁ*

Pohyb, tělesná aktivita

Zvyklý na aktivní pravidelnou tělesnou aktivitu? () ano ne

Jakou?

Specifikujte postižení: poruchy rovnováhy () hemiplegie () poruchy citlivosti

hypotonus () spasticita () kontraktury
Lokalizace, popř. jiná specifikace..... L. horní a dolní.....

Kompenzační pomůcky NE

Způsob života

Povolání V. VED - DOMÁCNÍ

Koníčky, zájmy ZAHŘEVÁNÍ

Děti, vnoučata 2 DĚTI - SYN, DCERA, 4 VNUČATA

Zvířata PES

Přinesené předměty vtahující se k povolání, zájmům L. VĚTVY

Víra NE

Jak snáší bolesti? DOBŘE, NESTŘEŽUJE SI

Jak zvládá zátěžové situace? PLÍČ NĚBO VZTR

Má relaxační techniky? NE

Důležitý zážitek v poslední době? -

Jiné... ..

Přinesené předměty k uspořádání jeho okolí L. VĚTVY, FOTOGRAFIE,

..... ZAŘÍZENÍ OZDOKY K 6 STUPU, ČERNÉ KAPKOVÉ

Anamnézu sepsal/la : T. J. ŠKODL dne.....

Dotazy zodpověděl/la : P. D. V. je v poměru k pacientovi : DCERA

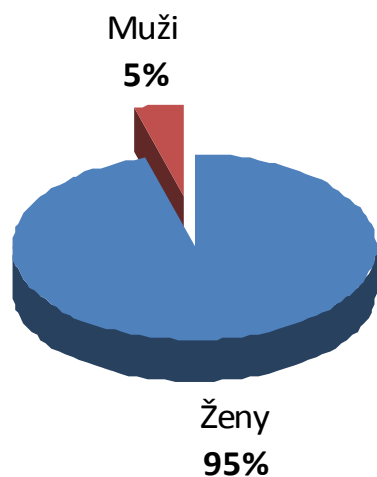
Převzato doslovně (Friedlová, 2006)

FRIEDLOVÁ, K. *Skriptum pro certifikovaný nástavbový kurz Bazální stimulace*. 5. vyd. Frýdek Místek: Institut Bazální stimulace, 2006

PŘÍLOHA P 4:

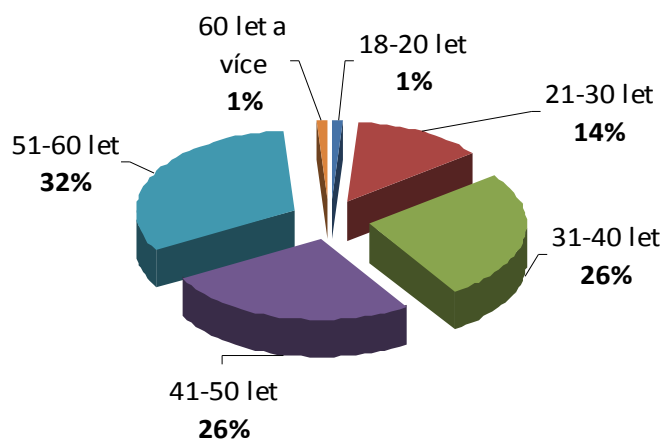
GRAFY K TABULKÁM

Graf č. 1 k tabulce č. 1 – **Pohlaví respondentů**



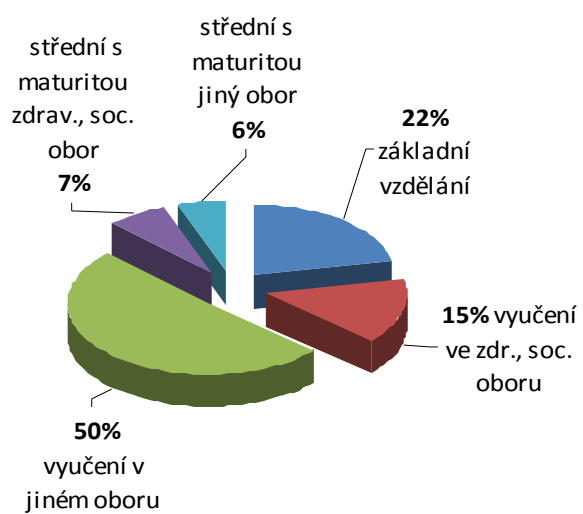
Graf č. 1 – Pohlaví respondentů

Graf č. 2 k tabulce č. 2 – **Věk respondentů**



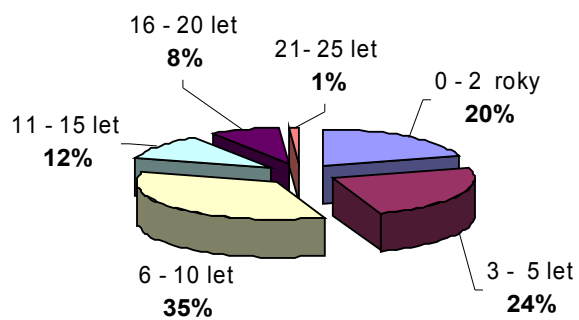
Graf č. 2 - Věk respondentů

Graf č. 3 k tabulce č. 3 – **Vzdělání respondentů**



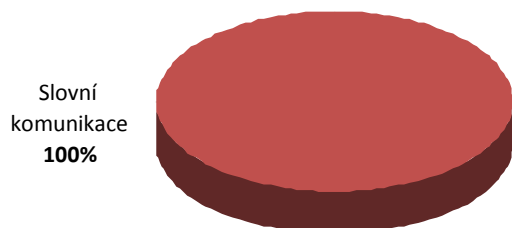
Graf č. 3 – **Vzdělání respondentů**

Graf č. 4 k tabulce č. 4 – **Délka praxe respondentů**



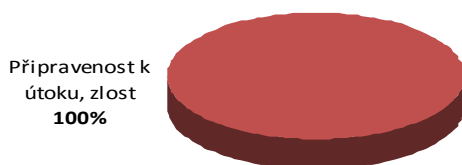
Graf č. 4 **Délka praxe**

Graf č. 5 k tabulce č. 5 – **Znalost verbální komunikace**



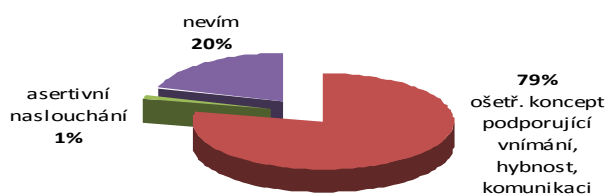
Graf č. 5 – Znalost verbální komunikace

Graf č. 6 k tabulce č. 6 **Rozpoznání neverbálního vyjádření postoje člověka**



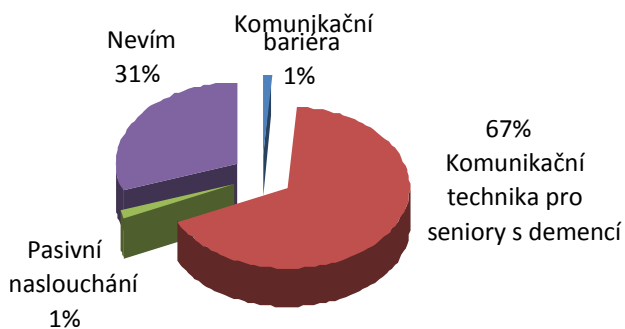
Graf č. 6 Znalost neverbálního postoje člověka

Graf č. 7 k tabulce č. 7 **Znalost konceptu bazální stimulace**



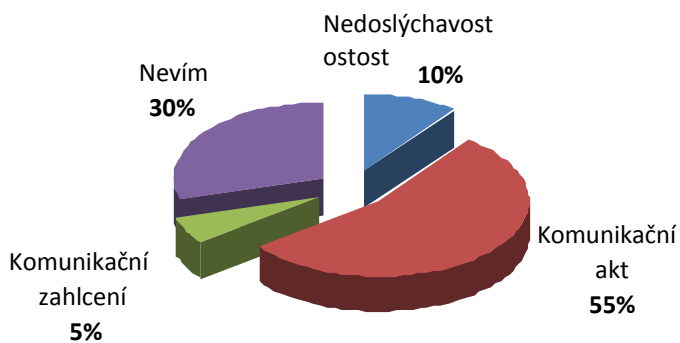
Graf č. 7 Znalost konceptu bazální stimulace

Graf č. 8 k tabulce č. 8 **Znalost metody Validace**



Graf č. 8 Znalost metody Validace

Graf č. 9 k tabulce č. 9 **Znalost komunikačních bariér**



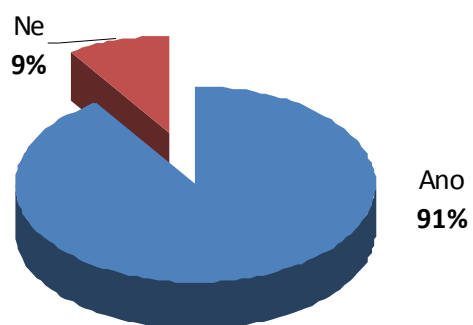
Graf č. 9 Znalost komunikačních bariér

Graf č. 10 k tabulce č. 10 **Znalost zásad komunikace se seniorem s pohybovým postižením**



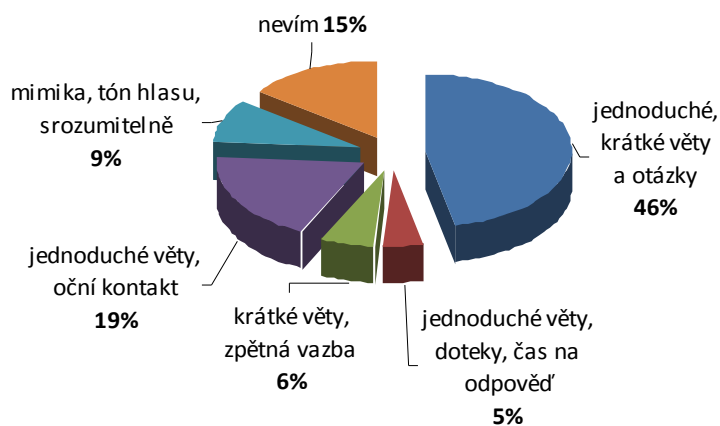
Graf č. 10 Znalost zásady komunikace se seniorem s pohybovým postižením

Graf č. 11 k tabulce č. 11 **Znalost zásad komunikace se seniorem se zrakovým postižením**



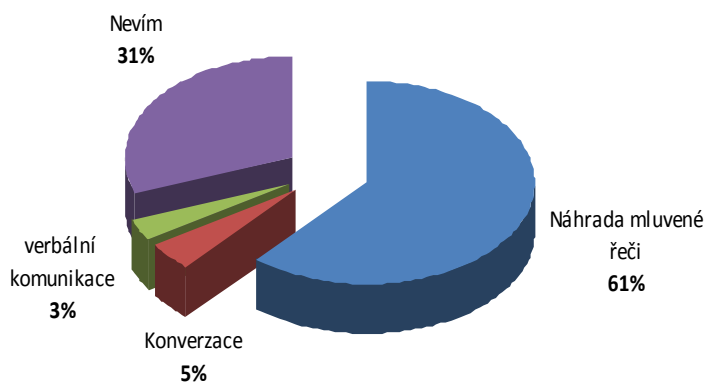
Graf č. 11 Znalost zásady komunikace se seniorem se zrakovým postižením

Graf č. 12 k tabulce č. 12 **Používané zásady komunikace se seniory s demencí**



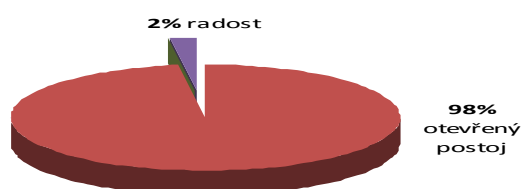
Graf č. 12 Znalost zásad komunikace se seniory s demencí

Graf č. 13 k tabulce č. 13 **Znalost pojmu alternativní komunikace**



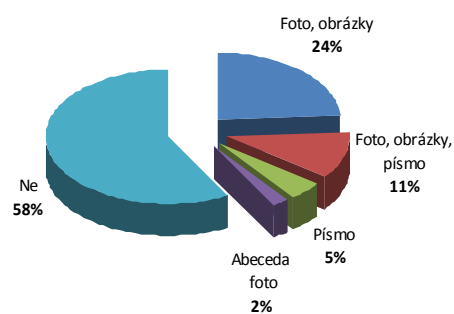
Graf č. 13 Znalost alternativní komunikace

Graf č. 14 k tabulce č. 14 **Znalost neverbálního projevu postojem těla**



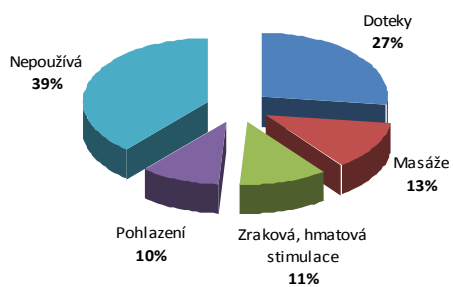
Graf č. 14 Znalost neverbálního projevu postojem těla.

Graf č. 15 k tabulce č. 15 **Využití piktogramů v praxi**



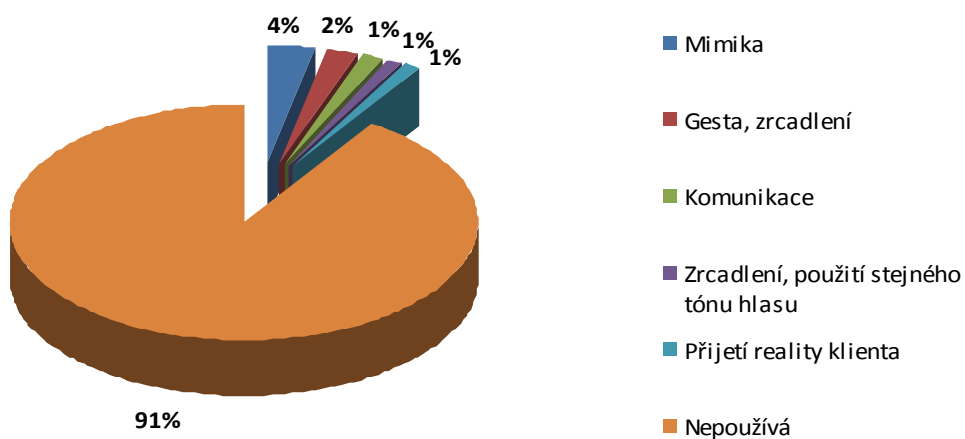
Graf č. 15 Používání piktogramů

Graf č. 16 k tabulce č. 16 **Používání prvků bazální stimulace v praxi**



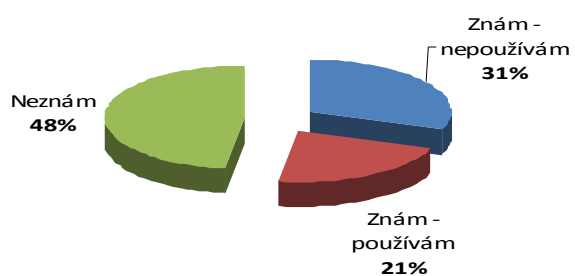
Graf č. 16 Používání prvků bazální stimulace v praxi

Graf č. 17 k tabulce č. 17 **Používání metody Validace v praxi**



Graf č. 17 Používání validačních technik v praxi

Graf č. 18 k tabulce č. 18 **Znalost a používání videotréninku interakcí v praxi**



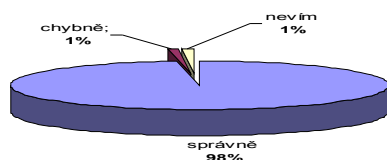
Graf č. 18 Znalost a používání videotréninku interakcí v praxi

Graf č. 19 k tabulce č. 19 **Znalost totální komunikace**



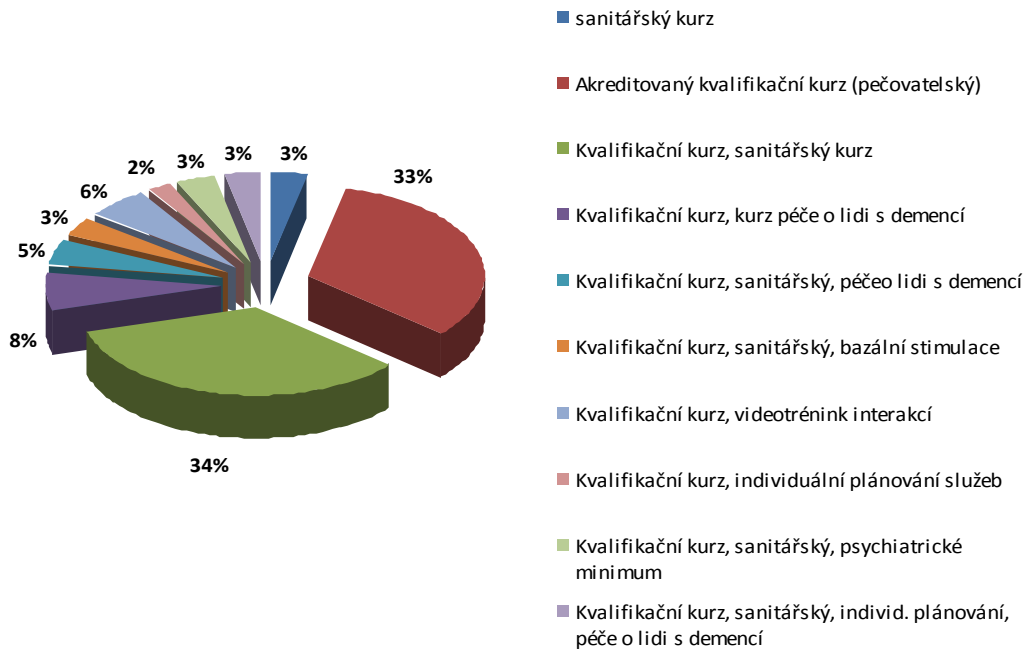
Graf č. 19 Znalost totální komunikace

Graf č. 20 k tabulce č. 20 **Znalost mimických projevů člověka**



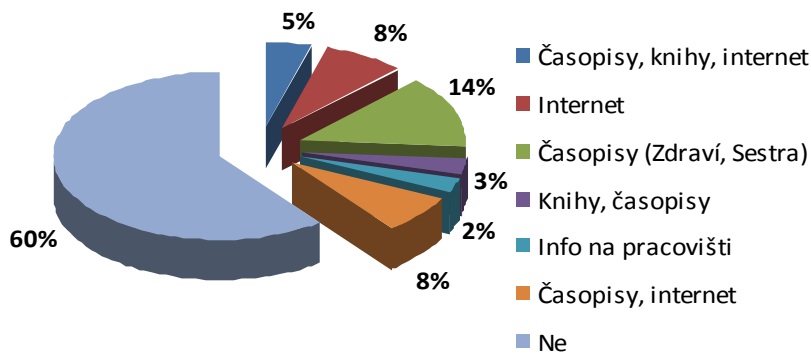
Graf č. 20 Znalost mimických projevů člověka

Graf č. 21 k tabulce č. 21 **Absolvované kurzy k rozvoji znalostí o komunikaci se seniory**



Graf č. 21 Absolvované kurzy

Graf č. 22 k tabulce č. 22 **Aktivní vyhledávání informací o komunikaci**



Graf č. 22 Aktivní vyhledávání informací o komunikaci

PŘÍLOHA P 5:

SEZNAM DOMOVŮ PRO SENIORY KRÁLOVÉHRADECKÝ KRAJ

1. Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí
2. Domov pro seniory Anička Vamberk
3. Domov důchodců Broumov
4. Domov důchodců Borohrádek
5. Domov důchodců Česká Skalice
6. Domov důchodců Černožice
7. Domov důchodců Dubí
8. Domov důchodců Dvůr Králové nad Labem
9. Domov důchodců Hořice
10. Domov důchodců Hradec Králové
11. Domov důchodců Humburky
12. Domov důchodců Chomutice
13. Domov odpočinku ve stáří Justýnka Hronov
14. Domov důchodců Jitřenka Opočno
15. Domov pro seniory Jičín
16. Domov důchodců Lampertice
17. Domov pokojného stáří Libošovice
18. Domov pro seniory Mariánské Lázně
19. Ústav sociálních služeb Milíčeves
20. Domov důchodců Mlázovice
21. Domov důchodců Malá Čermná
22. Domov pro seniory Oáza Nové Město nad Metují
23. Domov důchodců Náchod
24. Domov důchodců Nová Paka
25. Domov důchodců Nechanice
26. Domov důchodců Police nad Metují
27. Domov důchodců Pilníkov
28. Domov V Podzámčí Chlumeck nad Cidlinou
29. Domov důchodců Proseč u Pošné
30. Česká katolická charita Přepychy - Rokle
31. Dům klidného stáří Radim – Luže

32. Sociální služby Semily
33. Geriatrické centrum Týniště nad Orlicí
34. Domov pro seniory Trutnov
35. Domov důchodců Tmavý Důl
36. Domov důchodců Vrchlabí
37. Domov důchodců ChD- Zdislava – Třebechovice pod Orebem

Převzato z registru poskytovatelů sociálních služeb.