



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



Název projektu	Rozvoj vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě
Registrační číslo projektu	CZ.02.2.69/0.0./0.0/16_015/0002400

Komunikace se seniory II.

Distanční studijní text

Silvie Quisová

Opava 2019



**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ

- Obor:** Sociální služby, péče o seniory
- Klíčová slova:** skupinová komunikace, rozvoj komunikačních dovedností, konflikt, asertivita, porucha vědomí, porucha komunikace, tělesné postižení, porucha sluchu, porucha zraku, demence, duševní onemocnění, návykové látky, náročné typy seniorů, paliativní péče
- Anotace:** Studijní opora navazuje na studijní oporu *Komunikace se seniory I.* a dále rozšiřuje znalosti a dovednosti studentů ve speciálních oblastech sociální komunikace se seniory, např. ve skupinové komunikaci, rozvoji komunikačních dovedností seniorů a komunikaci v konfliktních situacích.
- Stěžejní částí studijní opory *Komunikace se seniory II.* je zaměření se na komunikaci se seniory s poruchou komunikace, vědomí a různými typy postižení, včetně náročných typů seniorů. Zcela specifické komunikační dovednosti musí pomáhající pracovník zvládnout při komunikaci s umírajícím seniorem a při komunikaci s pozůstalými.

Autor: **Mgr. Silvie Quisová, Ph.D.**

Obsah

ÚVODEM.....	6
RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY.....	7
1 SKUPINOVÁ KOMUNIKACE SE SENIORY	8
1.1 Shrnutí zásad pro komunikaci se seniory	8
1.2 Skupinová forma komunikace.....	11
1.3 Skupinová forma komunikace.....	12
1.4 Skupinová komunikace a typy sociálních služeb	16
1.5 Shrnutí zásad skupinové komunikace se seniory	17
2 ROZVOJ KOMUNIKAČNÍCH DOVEDNOSTÍ SENIORŮ	21
2.1 Metody práce se seniory.....	21
2.1.1 Specifika aktivit pro seniory	22
2.1.2 Motivace k aktivitám	24
2.1.3 Vybrané metody práce se seniory	25
2.2 Rozvoj komunikačních dovedností seniorů	32
2.2.1 Procvičování kognitivních funkcí a komunikace.....	33
2.2.2 Podpora komunikace pomocí pohybových aktivit.....	36
2.2.3 Podpora komunikace pomocí stolních a zábavných her	38
2.2.4 Podpora komunikace pomocí muzikoterapie a arteterapie	39
3 KONFLIKTY SE SENIORY.....	42
3.1 Bariéry v komunikaci	42
3.2 Konflikt	44
3.2.1 Druhy konfliktů.....	46
3.2.2 Cyklus konfliktu.....	48
3.3 Strategie zvládnání a řešení konfliktů	50
3.4 Asertivita	53
4 KOMUNIKACE SE SENIORY S PORUCHOU KOMUNIKACE, VĚDOMÍ A RŮZNÝMI TYPY POSTIŽENÍ	59
4.1 Alternativní a augmentativní komunikační techniky	60
4.2 Komunikace se seniory s poruchou komunikace nebo vědomí	61
4.3 Zásady komunikace se seniory s tělesným postižením a dlouhodobým onemocněním	62
4.4 Zásady komunikace se seniory s poruchou sluchu.....	63

4.5	Zásady komunikace se seniory s poruchou zraku	64
4.6	Zásady komunikace se seniory s demencí.....	65
4.7	Zásady komunikace se seniory s duševním onemocněním nebo s mentálním postižením.....	68
4.8	Zásady komunikace se seniorem pod vlivem návykových látek	69
5	KOMUNIKACE S NÁROČNÝMI TYPY SENIORŮ.....	73
5.1	Reakce na zátěž a obranné mechanismy	73
5.2	Agresivní typ seniora	75
5.2.1	Zásady komunikace s agresivním typem seniora.....	76
5.2.2	Zásady komunikace s bezohledně agresivním typem seniora	78
5.3	Depresivní typ seniora.....	78
5.3.1	Zásady komunikace s depresivním typem seniora.....	80
5.4	Úzkostný typ seniora.....	80
5.4.1	Zásady komunikace s úzkostným typem seniora.....	82
5.4.2	Zásady komunikace s úzkostně agresivním typem seniora	82
5.5	Neurotický typ seniora	83
5.5.1	Zásady komunikace s neurotických typem seniora	84
5.6	Narcistní typ seniora.....	85
5.6.1	Zásady komunikace s narcistním typem seniora	86
5.7	Pedantérní typ seniora	86
5.7.1	Zásady komunikace s pedantérním typem seniora	87
5.8	Nepřístupný typ seniora	87
5.8.1	Zásady komunikace s nepřístupným typem seniora	88
5.9	Histrionský typ seniora.....	89
5.9.1	Zásady komunikace s histrionským typem seniora	89
6	SPECIFIKA KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI.....	93
6.1	Úzkost a strach ze smrti	93
6.2	Sociální práce s umírajícími.....	95
6.2.1	Nedirektivní rozhovor.....	96
6.2.2	Komunikace bez slov	97
6.2.3	Potřeby umírajícího člověka	97
6.2.4	Úkoly pracovníka v paliativní péči.....	99
6.3	Fáze umírání a komunikační intervence.....	100
6.3.1	1. fáze: šok, popírání, negace.....	101

6.3.2	2. fáze: vzpoura, agrese, hněv	102
6.3.3	3. fáze: vyjednávání, smlouvání, kompromis	102
6.3.4	4. fáze: deprese, smutek	103
6.3.5	5. fáze: akceptace, smíření	103
6.4	Shrnutí zásad komunikace s umírajícím klientem.....	105
6.5	Komunikace s pozůstalými	107
6.5.1	Zásady komunikace s dospělým jedincem.....	109
6.5.2	Zásady a principy komunikace s pozůstalými	110
LITERATURA		116
SHRUTÍ STUDIJNÍ OPORY		120
PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON.....		121

ÚVODEM

Studijní opora *Komunikace se seniory II.* je určena pro posluchače oboru Edukační péče o seniory. Tato opora navazuje na studijní oporu *Komunikace se seniory I.*, na základě které, si studenti osvojili základní i speciální komunikační dovednosti potřebné pro komunikaci se seniory. Cílem bylo porozumění komunikačním zvláštnostem a respektování specifík komunikace se seniory. Studijní text *Komunikace se seniory II.* je zaměřen na prohloubení poznatků a komunikačních dovedností ve speciálních oblastech sociální komunikace se seniory, např. ve skupinové komunikaci, rozvoji komunikačních dovedností seniorů, komunikaci v konfliktních situacích, komunikaci v paliativní péči apod.

Komunikovat znamená nejen předávat seniorovi informace, ale především navázat s ním vztah a dále ho rozvíjet. Komunikace se stává druhem pomoci. Předpokladem pro vznik a rozvoj pozitivního vztahu mezi pracovníkem a seniorem je jejich vzájemný respekt a úcta. Porozumění seniorovi, který je postižen četnými negativními projevy stáří, je nesnadné a bez respektu a úcty nemožné. Stejně tak se komunikace mezi pomáhajícím pracovníkem a seniorem komplikuje, pokud pracovník nemá potřebné znalosti o komunikačních zvláštnostech seniora a nerespektuje specifika komunikace se seniorem.

K lepší orientaci v textu a snadnějšímu získávání vědomostí slouží studentům distanční prvky, jedná se o průvodce textem, cíle a klíčová slova kapitoly, zvýrazněné důležité definice, kontrolní otázky, korespondenční úkoly a případové studie. V závěru studijní opory je přehled použité literatury, která může sloužit jako další studijní materiál rozšiřující daný text. Další rozšiřující materiály a podněty najde student v LMS kurzu a případné nejasnosti může konzultovat s vyučujícím.

Přeji všem posluchačům hodně studijních úspěchů.

Autorka

RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY

Text studijní opory je rozdělen do šesti kapitol. Student si na začátku opory může zopakovat specifika cílové skupiny, a tedy i specifika komunikace se seniory a v dalších kapitolách se naučit, jak rozvíjet komunikační dovednosti seniorů, ale i jak prohlubovat vlastní komunikační dovednosti.

V první kapitole je věnován prostor pro shrnutí zásad komunikace se seniory a dále se kapitola věnuje formám komunikace, speciálně skupinové komunikaci se seniory. Druhá kapitola nabízí praktické dovednosti a cvičení pro rozvoj komunikačních dovedností seniorů. Ve třetí kapitole najdou studenti informace potřebné k analýze konfliktu a jak konflikty se seniory řešit. Ve čtvrté kapitole a páté kapitole jsou velmi podrobně popsány zásady komunikace se seniory s různými komunikačními obtížemi a s náročnými typy seniorů. Šestá kapitola nabízí vzhled do fází umírání a doporučení, jak v jednotlivých fázích komunikovat s umírajícím seniorem i s jeho rodinnými příslušníky.

1 SKUPINOVÁ KOMUNIKACE SE SENIORY



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V první kapitole jsou stručně shrnuty zásady komunikace se seniory, které byly podrobně prezentovány ve studijní opoře *Komunikace se seniory I*. Na základě respektování těchto strategií kapitola dále představuje specifika skupinové komunikace se seniory, procesy skupinové dynamiky a možnosti ovlivnění skupinového dění pomocí komunikace.



CÍLE KAPITOLY

Student po prostudování této kapitoly:

- definuje specifika komunikace se seniory;
 - zná specifika skupinové komunikace se seniory;
 - zná zásady skupinové komunikace se seniory;
 - zná principy skupinové dynamiky;
 - dokáže komunikovat se skupinou seniorů.
-



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

zásady komunikace se seniory, formy komunikace, skupinová komunikace, skupinová dynamika, skupinové normy a pravidla.

1.1 Shrnutí zásad pro komunikaci se seniory

Na počátku kapitoly o skupinové komunikaci se seniory je důležité připomenout zásady pro komunikaci se seniory, které platí nejen při individuálním rozhovoru se seniorem, ale měly by být samozřejmostí i při skupinové komunikaci se seniory. Podrobnější informace o verbální a neverbální komunikaci se seniorem jsou uvedeny ve studijní opoře *Komunikace se seniory I*.

Pro optimalizaci komunikačního procesu se seniory dodržujte tyto zásady:

- Zajistěte optimální podmínky pro komunikaci. Jedná se zejména o vyčištění komunikačního kanálu, tzn. zajištění klidného prostředí tak, aby senioři nebyli zbytečně rozptylováni (hlukem, zvuky rádia, televize aj.). Negativně také může působit ostré světlo nebo naopak nedostatek osvětlení.
- Promyslete si vhodné kódování svého sdělení a průběžně si ověřujte schopnosti seniorů jej dekodovat a zpracovat. Využívejte všech vhodných forem kódování (verbální, neverbální, písemné, obrázkové, alternativní).
- Zvolte vhodný čas ke komunikaci a interakci se seniory, nejlépe poté, kdy jsou uspokojeny jejich základní potřeby a nejsou emočně rozladěni. (Koběřská a kol., 2004)

V rámci nonverbální a paralingvistické složky komunikace dodržujte tyto zásady:

- Při komunikaci se seniorem neustále posuzujte potřebu neverbální komunikace (např. respektování osobní zóny, potřeby haptického kontaktu) a ověřujte si tuto potřebu verbálně. Udržujte oční kontakt se seniorem a sledujte jeho oční kontakt.
- Zvolte odpovídající míru neverbálních projevů s ohledem na gestiku a mimiku tak, aby odrážela váš zájem o seniora. Vyvarujte se potenciálně rizikových gest v interkulturním kontextu, případně gest nesrozumitelných z hlediska mezigeneračních rozdílů.
- Používejte efektivně pozitivní potenciál gestiky (popisná nebo ukazovací gesta aj.) při verbálním vysvětlování a posturologických principů. (Slowík, 2010)
- Hlas pracovníka by měl být klidný, přiměřeně hlasitý, spíše nízkého tónu. Vysoké a hlasité tóny mohou vyvolávat v klientech úzkost a napětí. Tempo řeči pracovníka má být pomalejší, výslovnost zřetelná.
- Dodržujte princip autentičnosti a kongruence s verbálním vyjádřením.
- Dbejte na svůj vzhled. (Pokorná, 2010)

Pro verbální komunikaci se seniory dodržujte tyto zásady:

- Hovořte jasně, srozumitelně, ptejte se jednoznačně. Pokládejte vždy pouze jednu otázku a počkejte si na odpověď. Vyhybejte se narážkám, jinotajům, nepřiměřenému zevšeobecňování, ale i náznakům, dvojsmyslným sdělením, nepřesností např. vezměte tamto, udělejte toto, běžte tam apod.
- Respektujte kapacitu (věk, úroveň vědomostí, zkušeností, aktuální úroveň kognitivních schopností) každého seniora pochopit mluvené slovo i to, co se děje v komunikačním procesu. Také délka sdělení by měla být přiměřená délce soustředění seniorů. Je vhodnější užívat kratší a obsahově srozumitelné věty, vkládat mezi ně pauzu, aby senioři měli čas vaše sdělení zpracovat.

- Používejte slovník, který je seniorům známý, vyvarujte se odborných termínů, žargonu, slangu a elderspeaku. V případě nutnosti užit odborné výrazy přiměřeně vysvětlete seniorům, o co se jedná. Při verbální komunikaci se seniory mějte na mysli denotativní a konotativní význam slov.
- Nezahlcujte seniory velkým množstvím informací najednou.
- Při kladení otázek využívejte především otevřené otázky. Uzavřené otázky využijte v komunikaci se seniory pro usměrnění a upřesnění komunikace a ujištění se o významu sdělení seniorů. Vyvarujte se sugestivních nebo manipulativních otázek. Méně vhodné jsou také otázky vyžadující volbu nebo ambivalentní.
- Při verbální komunikaci se seniory dbejte na jazykovou správnost, dodržujte řečovou kulturu a úroveň, spisovnost apod. Mnozí senioři jsou ze „staré školy“, kde vulgarismy byly pokládány za vizitku hulváta. (Gabura, Pružinská, 1995)

K dalším nezbytným strategiím a zásadám pro komunikaci se seniory patří:

- Zvolte takovou komunikační strategii, která odpovídá handicapu seniora vzhledem k osobnosti, druhu a závažnosti konkrétních vad nebo poruch, a především jeho vlastním komunikačním schopnostem a preferovaným formám dorozumívání.
- Při komunikaci se seniory zaujměte postavení nebo posezení tváří v tvář tak, aby senioři dobře viděli váš obličej a případně mohli odezírat (Pokorná, 2010).
- Na začátku komunikace se představte, nechte seniory zopakovat své jméno.
- Zjistěte, jak si senioři přejí být oslovení.
- Pracujte citlivě s časem, pro úspěšnou efektivní komunikaci se seniorem je potřeba dostatek času. Vzhledem ke změnám kognitivních funkcí je nutné respektovat princip zpomalení. (Kalvach, Onderková, 2006)
- Pracujte se svými předsudky a stereotypy vůči seniorům, předcházejte projevům ageismu. Naučte se rozumět svým postojům, myšlenkám, sami sobě.
- Naslouchejte tomu, co senior skutečně říká. Nehodnoťte, nekritizujte, nekárejte.
- Buďte připraveni na agresivní nebo impulzivní reakce ze strany seniora. Neberte si zlost seniora osobně, uvědomte si, že senior se zlobí na situaci, ne na vás.
- Vyjadřujte bez agrese své kladné i záporné postoje. (Klevetová, Dlabalová, 2008)
- Neobávejte se říci, že nerozumíte sdělení seniora, požádejte opakovaně o vysvětlení.

- Nejste-li si jistí svojí odpovědí na otázku seniora nebo nevíte-li, jak reagovat během hovoru, raději chvíli mlčky přemýšlejte, případně sdělte seniorovi, že si potřebujete odpověď krátce promyslet (Pokorná, 2010).
- Umožněte seniorovi hovořit o jeho pocitech a potřebách a zajistěte podle možností jejich splnění (Kelnarová, Matějková, 2009).
- K ověření pochopení vašeho sdělení seniorem používejte kvalitní zpětnou vazbu a techniky aktivního naslouchání. Pro lepší orientaci v komunikaci rozhovor strukturujte podle fází.
- Dle fyzických možností umožněte seniorovi zažít pocit užitečnosti.
- A pamatujte, že jednou vyřčená slova již nelze vzít zpět, proto si vždy nejprve rozmyslete, co chcete říct, anebo je vhodnější mlčet. Senior ocení vaši rozvážnost a rád s vámi budete jen tak sedět a chvíli mlčet.

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ



Které ze zásad a strategií komunikace se seniory jsou pro vás obtížně zvládnutelné a z jakého důvodu?

1.2 Skupinová forma komunikace

Mezilidská komunikace nabývá mnoha forem a většinou celá řada druhů komunikace bývá v jednom projevu spojována, často i nekontrolovaně a neúmyslně. Pomáhající pracovník by měl mít přehled o základních formách komunikace. Záleží na dovednosti každého pracovníka, jakou optimální podobu komunikace ze široké škály možností zvolí, jak dokáže citlivě využívat kombinace různých forem komunikace.

Základní dělení komunikačních forem je na verbální a neverbální komunikaci. Tyto formy byly podrobně popsány v studijní opoře *Komunikace pro seniory I.* se zaměřením na komunikaci s jednotlivcem. Mikuláščík (2010) předkládá další podrobné dělení komunikace, které lze sledovat při skupinové komunikaci:

1. Dle záměrnosti: záměrná (komunikátor uspokojuje svůj záměr) a nezáměrná (komunikátor vlivem emocí mění svůj původní záměr), vědomá (komunikátor ví co a jak říká) a nevědomá (komunikátor nemá komunikaci pod vědomou kontrolou).
2. Dle převahy rozumu nebo emocí: kognitivní (smysluplná a racionální) a afektivní.

3. Dle ne/souhlasu: pozitivní (signalizuje souhlas, obdiv a nadšení) a negativní (vyjadřuje odmítnutí, kritiku, zatajování a předstírání).
4. Dle ne/shody sdělovaných informací: shodnou a neshodnou.
5. Dle míry sebeprosazení: asertivní (sebeprosazující), agresivní (útočná), manipulativní (neférová, úskočná) a pasivní (úniková).
6. Dle počtu zainteresovaných osob: intrapersonální (jedinec vede komunikaci sám se sebou) a interpersonální (komunikace s dalším jedincem nebo jedinci). Interpersonální komunikace nabývá další forem např. skupinová komunikace a masová komunikace.
7. Dle role mluvčího a posluchače: jednosměrná a dvousměrná.
8. Dle přímosti přenosu: bezprostřední (tváří v tvář) a zprostředkovaná (informace je předávána prostřednictvím dalších lidí nebo nějakého média).

Pracovník při skupinových aktivitách využívá jak individuální, tak skupinovou komunikaci s klienty. Vzhledem k připraveným aktivitám a stanovenému cíli aktivit se u pracovníka jedná o záměrnou a vědomou komunikaci, při které pracovník respektuje specifika komunikace se seniory a další specifika cílové skupiny. Je žádoucí, aby pracovník komunikoval se seniory s převahou kognitivní a pozitivně souhlasné komunikace a asertivně. Ve skupině se pracovník snaží v maximálně možné míře o vícesměrnou interpersonální komunikaci. Vzhledem ke specifikům cílové skupiny je vhodná bezprostřední komunikace s klienty, zároveň při některých aktivizačních technikách je používána zprostředkovaná komunikace (promítání filmů, poslech rádia apod.). Je zřejmé, že skupinová komunikace klade vysoké nároky na přípravu pracovníka na práci se skupinou klientů, na jeho profesní dovednosti, komunikační dovednosti, zkušenosti a sebereflexi.

Pokud by pracovník během skupinové komunikace reagoval pod vlivem negativních emocí afektivně, agresivně či pasivně, s nedostatkem sebereflexe a profesních zkušeností, je vysoce pravděpodobné, že dojde ke konfliktu s klientem/klienty. Příčinou konfliktů s klienty může být i převažující nesouhlasná komunikace pracovníka s klienty nebo pouze jednosměrná komunikace pracovníka se skupinou klientů.

1.3 Skupinová forma komunikace

V této podkapitole jsou v krátkosti připomenuty pojmy ze sociální psychologie, které se týkají práce se skupinou, a které pomáhají pracovníkovi při skupinové práci a komunikaci s cílovou skupinou.

DEFINICE

Skupinu, kterou tvoří lidé, označujeme jako **sociální skupinu**, ve které se dochází ke vzájemné interakci, vytváří se společenské vztahy a rozvíjí se další skupinové procesy. (Nakonečný, 2009)

Skupinu k sobě váže určitý společný znak, v případě práce s cílovou skupinou se např. jedná o terapeutickou nebo aktivizační skupinu seniorů v denních nebo pobytových zařízeních, případně o skupinu, kterou tvoří příbuzní klienta, kterým pracovník poskytuje sociální službu. Z hlediska velikosti skupiny pracovník vede většinou malé sociální skupiny, počet členů nepřevyšuje 30 osob a členové se osobně znají. Klienti celého zařízení pak mohou tvořit i středně velkou skupinu, kde je anonymita členů vyšší, vytrácí se interakce a nevytváří se tak často vztahy mezi jednotlivými členy. (Nakonečný, 2009) Členové malé sociální skupiny se společně podílí na dosahování skupinových cílů a jednání jednotlivých členů je transparentní. Nejvýznamnějším znakem fungování skupiny je její vliv na jednotlivé členy, mezi kterými probíhá bezprostřední interakce, mezilidské vztahy jsou strukturované a tvoří se vzájemná závislost členů skupiny. (Řezáč, 1998)

Malá sociální skupiny má své znaky, ke kterým patří: přímá nezprostředkovaná **interakce a komunikace**, blízké nebo shodné **cíle či hodnoty**, **očekávání naplnění individuální cílů** členů od skupiny, **utvoření skupinové struktury**, tj. vřazení do relativně stabilního systému pozic a rolí a respektování norem skupinového života. K vlastnostem malé skupiny, které vystihují jak strukturu, tak dynamiku skupiny, řadíme: stabilitu, kompaktnost (integrace), koheze (soudržnost), atraktivnost skupiny pro jedince, stálost (stabilita) v časovém horizontu, autonomie, velikost, intimita vztahů, uzavřenost, složení skupiny, hodnotová orientace, míra uspokojení, stupeň libosti, míra kontroly. (Řezáč, 1998) Mnohé vlastnosti skupiny seniorů se mohou v průběhu času měnit rychleji nebo naopak výrazně pomaleji než v jiných sociální skupinách. Tento nerovnoměrný proces je dán specifiky cílové skupiny.

Po vzniku skupiny se postupně tvoří a v průběhu času i mění struktura skupiny, tj. uspořádání pozic jednotlivých členů ve skupině a skladba vzájemných vztahů mezi nimi. Každý člen skupiny postupně zaujme určité místo ve skupině – pozici. Prestiž, význam či hodnota člena pro skupinu se označuje jako sociální status jedince. Jestliže člen skupiny využívá práva a povinnosti člena skupiny a chová-li se podle očekávání, která z jeho pozice vyplývají, zaujímá ve skupině sociální roli. (Kratochvíl, 2005)

Každá skupina má vytvořena svá všeobecná pravidla, soubor psaných či nepsaných pravidel, která určují, co je správné a nesprávné, žádoucí a nežádoucí. Pravidla ovlivňují postoje a chování členů ve skupině a zčásti i mimo skupinu. Jedná se o sociální normy skupiny nebo také skupinové normy, které se vztahují na všechny členy skupiny, ale mohou být odlišné dle statusového nebo rolového systému. (Kratochvíl, 2005) Pokud se hovoří o

pravidlech, pak se jedná o soubor pravidel obsažených v různých řádech zařízení, pravidlech služby apod. Zatímco norma určité skupiny nemusí být vždy v souladu s pravidly. V každé skupině vznikají normy velmi brzy a skupina vyvíjí nátlak na všechny členy, aby se normám podřídili. Jedinci jsou buď konformní nebo jsou skupinou vyloučeni ze svého středu a sankcionováni.



PŘÍPADOVÁ STUDIE

Skupina seniorů – kuřáků musí podle pravidel pobytového zařízení chodit kouřit na vyhrazené místo na zahradě. Když je špatné počasí, mnozí senioři odmítají chodit na zahradu a kouří v suterénu budovy. Postupně se v suterénu začali scházet nejen klienti – kuřáci, ale i kuřáci z řad pracovníků zařízení. Kouření v suterénu se stalo normou a část kuřáků, která nadále chodila kouřit na zahradu, byla označována za „slabočky“ a byla terčem různých poznámek z řad skupiny „suterénních kuřáků“. V zařízení postupně rostlo napětí mezi jednotlivými skupinami seniorů, podporované některými pracovníky – kuřáky. Teprve když napětí přerostlo v otevřený konflikt, zasáhlo vedení zařízení a stanovilo přísné sankce za porušování zákazu kouření v budově, včetně udělení písemných výtek zaangažovaným pracovníkům.



DEFINICE

Skupinová dynamika je souhrn komplexních a vzájemných sil i protisil, které působí ve se skupině. Skupinovou dynamiku tvoří veškeré skupinové dění, cíle, normy, struktura, pozice a role ve skupině, vůdcovství, koheze a tenze, projekce minulých zkušeností a vztahů do aktuálních interakcí, vytváření podskupin, skupinové interakce a vývoj vztahů i celé skupiny v čase. (Kratochvíl, 2005)

Úkolem pracovníka s cílovou skupinou je zaměřit se na všechny procesy skupinové dynamiky. Především se jedná o **kohezi čili soudržnost skupiny**. Jádrem koheze je sociální identifikace jednotlivce se skupinou. V komunikaci tuto skutečnost vyjadřuje člen skupiny slovy: *my patříme k sobě* nebo *moje skupina* apod. Každý člen může mít v rámci skupiny pocit soudržnosti jiný. Koheze skupiny výrazně ovlivňuje kvantitu a kvalitu skupinových interakcí. V kohezní skupině členové častěji vstupují do vzájemných interakcí, více spolu pozitivně komunikují. Koheze zvyšuje ovlivnitelnost členů, jedinci více přijímají skupinové normy a cíle. Čím vyšší je koheze skupiny, tím vyšší je produktivita a efektivita práce skupiny, členové skupiny jsou k sobě více otevřenější a více přijímají vlivy zvenčí, tj. působení pracovníka. Pozitivní vliv koheze byl zjištěn i na spokojenost členů skupiny, koheze

zvyšuje pocit bezpečí, redukuje úzkost, přispívá k pozitivnímu individuálnímu sebehodnocení, vzájemné akceptaci, důvěrnosti, porozumění a poskytování vzájemné podpory. (Kratochvíl, 2005)

Jakými faktory může pracovník podporovat skupinovou kohezi:

- uspokojování osobních potřeb jedinců ve skupině skrze své vlastní síly jedince či prostřednictvím skupiny,
- dosahování skupinových cílů, které jsou v souladu s individuálními cíli,
- výhody plynoucí z členství ve skupině, jedincovo očekávání přínosu a užitku z členství, vztahy sympatie členů skupiny a jejich vzájemná přitažlivost,
- motivace jedinců ke členství ve skupině,
- přátelská atmosféra ve skupině,
- prestiž skupiny a vzrůstající prestiž jedinců jako členů skupiny,
- atraktivnost skupinových aktivit, sdílení společných prožitků, zpětná vazba (reflexe), vzájemná komunikace,
- soutěžení s jinou skupinou, budování osobité identity skupiny,
- přítomnost společného „nepřítele“ nebo společné existenční otázky aj. (Kratochvíl, 2005)

Podstatným prvkem skupinové dynamiky je **tenze**, která je faktorem dynamizujícím, protože vede členy skupiny k nespokojenosti a úsilí po změně. Tenze vzniká při vzájemné interakci členů skupiny, tzn. při komunikaci. Podrobování se normám skupiny vede k omezení některých potřeb členů skupiny, následně se objevují pocity antipatie, zlosti, úzkosti, strachu, agresivity nebo nepřátelství. Příliš silná či dlouhodobá tenze, která není kompenzována emoční podporou a kohezí, zvyšuje odpor k aktivní účasti na skupinovém dění, a má za následek snahu členů o únik ze skupiny. Tenze je tedy hybnou silou skupiny, která podněcuje její členy k úsilí k dosažení změny. Nízká hladina tenze ve skupině, která je soudržná a ochraňující, dává členům skupiny pocit akceptace a uspokojení, vede však k odbíhání od problémů a ochuzuje tak skupinové dění. (Kratochvíl, 2005)

Jakými mechanismy může pracovník zvyšovat nebo snižovat tenzi ve skupině:

- zvyšování tenze: mlčení, projevování lhostejnosti, odmítání odpovědí na otázky, nejasné výroky, kritika, nepříjemné otázky, diskuse o konfliktních tématech,

- snižování tenze: přátelskost, vřelost, zájem, empatie, humor, smích, vyjadřování pozitivních emocí, uvolňující skupinové aktivity, podpora vzájemné kooperace (Kožnar, 1992).

Pro vytvoření příznivé atmosféry ve skupině je nutné najít vyvážený poměr koheze a tenze, ale nezapomínat i na další podstatné prvky ovlivňující atmosféru ve skupině jako je např. vedení skupiny, vývojové fáze skupiny, cíle a normy skupiny atd.

Při skupinové práci se seniory je nutné mít znalost a dovednost využití všech prvků skupinové dynamiky, zároveň však mnohé procesy jsou ve skupině seniorů natolik odlišné, že je nutné se pružně přizpůsobit specifikám cílové skupiny. Skupiny seniorů, které vznikají např. v denních či pobytových zařízeních, bývají, co se týče členů skupiny velmi proměnlivé, nesourodé (věkem, zdravotním postižením, vzděláním apod.), s menší či větší mírou koheze (skupiny často fungují jako „shromáždění“ jednotlivců na daném místě), a zároveň s nízkou potřebou vytvářet ve skupině tenzi (prioritou je potřeba bezpečí a ochrany).

1.4 Skupinová komunikace a typy sociálních služeb

Specifika skupinové komunikace se seniory jsou úzce spjata s dalšími faktory, např. s typem sociálních služeb, které jsou seniorům poskytovány, s prostředím, ve kterém komunikaci probíhá, se zaměřením poskytovaných sociálních služeb apod. Je tedy na místě zmínit kategorie sociálních služeb. Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou sociální služby rozděleny do třech kategorií a mohou být poskytovány formou terénní, ambulantní či pobytovou (Matoušek a kol., 2011):

- Sociální poradenství (základní a odborné).
- Služby sociální péče (osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domov pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče).
- Služby sociální prevence (raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace).

Janečková (in Matoušek a kol., 2011) vyčleňuje několik typů sociální práce se seniory – sociální práce se seniory ve zdravotnických zařízeních, s rodinou nemocného seniora,

přímá sociální práce se seniory, sociální práce se starými lidmi v domácím prostředí nebo v komunitě, sociální práce se starými lidmi žijícími doma, komunitní práce se seniory, sociální práce se seniory v rezidenčních zařízeních a další.

Podstatou přímé sociální práce se seniory je podpora klienta a jeho rodiny při rozhodování v obtížné životní situaci, vytvoření vhodných podmínek (prostředí, čas apod.) k tomu, aby byla co nejdéle zachována možnost seniora prosazovat a vyjadřovat svoji vůli a spolupřihodovat o tom, jak s ním bude zacházeno. Hlavním nástrojem při přímé práci s klienty je rozhovor. (Janečková in Matoušek a kol., 2011)

Se skupinovou komunikací se seniory je možné se setkat v zařízeních, které poskytují ambulantní nebo pobytové služby pro seniory. K ambulantním sociálním službám pro seniory patří denní centra, která navštěvují klienti žijící v samostatné domácnosti nebo ve společné domácnosti s rodinou. Ze zdravotních, psychických nebo sociálních důvodů však nechtějí být během dne o samotě a navštěvují denní centra. Zde je klientům nabízena podpora v těch oblastech, které nejsou schopni zvládnout samostatně a dále zde probíhají individuální i skupinové aktivity pro rozvoj psychických i tělesných funkcí (trénink paměti, psychomotorická cvičení, umělecké aktivity apod.) a činnosti, které by jinak klienti dělali ve svých domácnostech (pečení, vaření, úklid, šití aj.). Velkým přínosem pobytu v denním centru je kontakt klientů s vrstevníky i veřejností. K pobytovým sociálním službám pro seniory patří domovy s pečovatelskou službou, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem.

1.5 Shrnutí zásad skupinové komunikace se seniory

Skupinová práce a komunikace může seniorům nabídnout smysluplný, pozitivní společný zážitek. Skupina však musí být uzpůsobena tak, aby vyhovovala potřebám jednotlivců. Opravdovou skupinu netvoří jen náhodní zájemci o nabízenou aktivitu, ale jedinci, kteří mají společný zájem, chtějí spolu komunikovat a řešit problémy. Senioři se v takové skupině stávají součástí většího celku a zároveň zůstávají sami sebou. Jako člen skupiny má účastník moc a kontrolu, možnost něco změnit, nachází spojení a vzájemnou podporu. Skupina dává svým členům zpětnou vazbu, vyjadřuje přijetí i odmítnutí. Např. pro jedince s demencí jsou náhodné a nesourodé skupiny s otevřeným členstvím ohrožující a vzniká velké riziko selhání, následuje odpor k podobným aktivitám a v důsledku toho další pokles kvality života seniora. Jediným správným měřítkem efektivity skupinové práce se seniory (obzvláště s klienty s dg. demence) je spokojenost a potěšení všech zúčastněných. Práce se skupinou seniorů přináší zisky nejen samotným účastníkům, ale i pracovníkovi, který může získat pochopení hodnoty mlčení a posílit víru, že i účastníci s vážně omezenými schopnostmi a dovednostmi dokážou vnášet do situace něco hodnotného. (Zgola, 2003)

Zásady skupinové komunikace se seniory:

- Pro efektivní skupinovou práci a komunikaci se seniory je důležitá pečlivá příprava, znalost skupinové dynamiky, ale zároveň schopnost pracovníka improvizovat a přizpůsobit skupinovou práci aktuálním potřebám klientů.
- Senioři bez ohledu na věk a onemocnění mohou vyžadovat více času pro sestavení odpovědi a vyhledávání informací z dlouhodobé paměti. Pro realizaci úspěšné efektivní komunikace se seniory je potřeba respektovat princip zpomalení. (Pokorná, 2010)
- Zvláště při únavě, větším nároku na soustředění nebo ve stresu se projev seniora zpomaluje. Senior potřebuje delší dobu na to, aby sdělený obsah slyšel, pochopil, našel odpověď a vyjádřil ji slovy. Vzhledem k principu zpomalení a rychlejší unavitelnosti jsou pro skupinovou práci a komunikaci vhodné skupiny max. 6–7 klientů a dostatek času.
- Někteří senioři, přestože mají potřebu mluvit, být slyšeni, mít pocit sounáležitosti s druhými lidmi, se komunikaci vyhýbají. Mají vlivem věku obavy z nepochopení, odsouzení, zklamání a zranění. (Pichaud, Thareauová, 1998)
- Dalšími faktory, výrazně ovlivňující skupinovou komunikaci se seniory, jsou smyslové poruchy, především nedoslýchavost a zhoršení zraku. Tito senioři hůře zachycují informace z okolí a mohou je i špatně interpretovat. V důsledku toho pak mají tito senioři tendenci stáhnout se do sebe a vykonávat činnosti, které kladou nároky na oslabené smysly. Je tedy nutné postupovat citlivě, využívat náhradních forem komunikace, zachovat důstojnost seniorů, pomoci jim v přijetí zhoršení smyslových funkcí a zároveň naplňovat jejich potřeby sounáležitosti a komunikace s druhými lidmi. (Venglářová, Mahrová, 2006)
- U seniorů s demencí je nutné při skupinové komunikaci respektovat všechny související projevy (výkyvy nálad, neklid, snížená sebekontrola, dezorientace, bludy apod.) a především jejich zhoršené paměťové schopnosti. Vhodnou podporou je dotyková komunikace, která uklidňuje a obrací pozornost ke sdělení, dále pomáhá pohled do očí a úsměv. (Venglářová, 2007)



PŘÍPADOVÁ STUDIE

Pracovník prostřednictvím plakátu pozval klienty pobytového zařízení na volnočasovou aktivitu – poslech starých desek s povídáním. V určený den přišlo 17 klientů, kteří se sotva vešli do místnosti. V průběhu aktivity nahlíželi dovnitř místnosti další klienti. Pracovník byl zaskočen a znejistěn takovým zájmem a po krátkém uvítání raději hned pustil první desku. Už během produkce si někteří klienti stěžovali na to, že hudbu neslyší, jiní zase na nedostatek vzduchu v místnosti, někteří klienti se spolu hlasitě bavili. Pracovník začal být nervózní

a pouštěl jednu písničku za druhou. Někteří klienti začali protestovat, že takové písničky neznají a chtějí jiné. Naopak část klientů byla spokojená a překřikovala stěžovatele. Dva klienti usnuli. Pracovník měl původně v plánu o každém zpěvákovi krátce něco říct, ukázat fotografie, zeptat se klientů, zdali znají jeho písničky a pak pustit vždy jednu písničku a ukázat původní album. Na povídání však nedošlo, během hodiny klienti postupně opouštěli místnost s tím, že se jim nelíbí hudba, že je to moc nahlas nebo naopak potichu, že se tam nedá dýchat apod. Odchody a příchody klientů byly velmi rušivé, některým klientům musel pracovník pomáhat s přesunem ke dveřím. Pracovník byl s proběhlou aktivitou a svým pracovním výkonem velmi nespokojen. Po poradě s kolegyní se rozhodl aktivitu zopakovat, ale omezil počet účastníků na aktivitu na maximálně 6 lidí s tím, že se mohou další přihlásit a aktivita se bude dle zájmu opakovat. Následně ještě provedl krátkou anketu mezi klienty, jakou hudbu/zpěváky/kapely měli/mají rádi a provedl úpravu aktivity tak, že nabízel v rámci jednoho setkání vždy pouze jeden žánr hudby. Před zahájením aktivity pověsil pracovník na dveře velkou ceduli s nápisem „Prosím nevstupovat, probíhá aktivita“ a piktogramem hlavy s ukazovátkem na rtech, která se dříve používala v kinech před zahájením představení. Při počtu 6 klientů měl pracovník čas se nejprve každého klienta zeptat na oblíbeného zpěváka a skladbu. Pak postupně dle přípravy představoval zpěváky, uváděl zajímavosti z jejich života, pouštěl skladby a společně s klienty si povídali nad alby zpěváků. Během hodiny se dostalo i na oblíbené skladby všech zúčastněných klientů. Klienti odcházeli spokojení a dobře naladěni. Také pracovník byl se svým pracovním výkonem spokojen.

KONTROLNÍ OTÁZKA



K jakým komunikačním chybám nejčastěji dochází při skupinové práci se seniory?

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



Proveďte analýzu již proběhlé skupinové práce se seniory. Jak byly respektovány zásady skupinové práce se seniory? Jak pracoval pracovník s kohezí a tenzí ve skupině?

SHRNUTÍ KAPITOLY



V úvodu první kapitoly bylo provedeno shrnutí zásad komunikace se seniory s ohledem na specifika cílové skupiny. Dále byly představeny specifika skupinové komunikace se seniory, procesy skupinové dynamiky a možnosti ovlivnění skupinového dění pomocí komunikace.



ODPOVĚDI

K jakým komunikačním chybám nejčastěji dochází při skupinové práci se seniory?

- nepřipravenost pracovníka, neznalost skupiny, nerespektování specifík cílové skupiny (smyslová postižení, demence apod.), nedostatek času, časový stres, příliš velký počet účastníků ve skupině, vysoká tenze ve skupině
-

2 ROZVOJ KOMUNIKAČNÍCH DOVEDNOSTÍ SENIORŮ

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Druhá kapitola je zaměřena na rozvoj komunikačních dovedností seniorů. Důležitou součástí kvalitní komplexní péče každého zařízení, které poskytuje sociální služby seniorům, jsou aktivity, které zmírňují negativní důsledky stárnutí, zachovávají soběstačnost seniora a snižují závislost na péči. V současné době je v aktivizačních programech pro seniory využíváno velké množství metod práce, z nichž některé budou v krátkosti představeny v této kapitole. Všechny aktivity jsou založeny na komunikaci pracovníka se seniorem, tudíž i na neustálé podpoře a rozvoji komunikačních dovedností seniora. Kapitola nabízí i ukázky konkrétních aktivit, které jsou využitelné při rozvoji komunikačních dovedností seniorů.

CÍLE KAPITOLY



Student po prostudování této kapitoly:

- definuje pozitiva a omezení aktivit se seniory;
- zná metody práce se seniory;
- dokáže sestavit aktivity pro seniory za účelem rozvoje komunikačních dovedností.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



metody práce se seniory, psychoterapie, speciálně pedagogické metody, reminiscence, validace, rezoluční terapie, preterapie, sebeudržovací terapie, videotrénink interakcí, kognitivní aktivizace a trénink, kinezioterapie, orientace realitou, terapeutické vaření, bazální stimulace, aktivity se zaměřením na rozvoj komunikace.

2.1 Metody práce se seniory

Současné koncepce „úspěšného stárnutí“ kladou důraz na udržení dostatečné aktivity seniorů. Nečinnost je patogenní tělesně (atrofie svalů, smyslových orgánů apod.), psychicky i sociálně. Nečinnost, podněťová nebo emoční deprivace vedou k urychlení involučních změn. Aktivizační programy jsou rozvíjeny úspěšně v úrovni preventivní (např.

trénink paměti pro zdravou stárnoucí populaci), léčebné (např. kognitivní rehabilitace po cévní mozkové příhodě) i sekundární prevence (např. reminiscenční terapie u klientů s počínající demencí). (Langmeier, Krejčířová, 2000)

Různorodé metody práce (nejen) se seniory v denních i pobytových zařízeních, si kladou za cíl zlepšit kvalitu života seniorů, posílit funkční schopnosti, podpořit fyzickou zdatnost, pohybové a kognitivní schopnosti. Řada aktivit vhodných pro seniory jsou určeny jak pro skupinovou práci, tak většinu lze provádět také individuálně. Jak uvádí Matoušek a kol. (2005) podstatou úspěšnosti použité metody je profesionální komunikace pracovníka se seniorem, která začíná účinným navázáním kontaktu.

Cílem aktivit pro seniory je vytváření podpůrného prostředí, a to jak v materiálním, tak v psychologickém, sociálním a duchovním slova smyslu. Prostor by měl pomáhat seniorovi při hledání významu a smyslu, mělo jej inspirovat a usnadňovat činnost. „Skutečná podpora aktivity klienta znamená společné hledání toho, co jej naplňuje radostí, dává mu smysl, rozmnožuje jeho příjemné prožitky a pocity tak, jak je tomu v každodenním životě každého člověka. Nezbytným předpokladem je důstojnost.“ (Kalvach a kol., 2004, s.437)

Univerzální lidskou potřebou je „být „někým“ – být považován za člověka, který má svou důstojnost, hodnotu, kterému se proto dostává potřebné pozornosti, ohledu a úcty od druhých lidí. Právě seniory s oslabenou soběstačností jsou často ohroženi pocitem či poznáním, že nejsou schopni naplňovat svůj životní koncept a že se stali obtížným břemenem pro své blízké i společnost. Organizace spojených národů již v roce 1991 proklamovala, že podpora seniorů by měla usilovat o 5 základních prvků:

1. důstojnost,
2. autonomie – svébytnost, kontrola nad dnem,
3. seberealizace – smysluplnost,
4. participace – sociální inkluze, sounáležitost, přínosnost,
5. zabezpečení – hmotná zabezpečení, tělesné nestrádání. (Čevela a kol., 2012).

2.1.1 SPECIFIKA AKTIVIT PRO SENIORY

Pozitiva a limitace aktivit se seniory (Suchá a kol., 2013):

- Různorodost aktivit a individuální přístup – každého seniora baví něco jiného, možnost volby z velkého spektra různých činností.

- Společenská funkce aktivit – prevence proti osamělosti a izolaci seniora, kontakt s druhými lidmi, vrstevníky, personálem, zlepšení komunikace, pozitivního sebezpřijetí, pocitu emoční sounáležitosti.
- Aktivity jako „mentální odbočka“ – umožňují seniorovi myslet na jiné věci než se zabývat chmurnými myšlenkami, bolestmi apod. Navození pozitivních emocí jako je radost, potěšení, zábava.
- Uspokojení vyšších potřeb seniora – naplňování potřeb uznání od druhých lidí, seberealizace a smysluplnosti.
- Strukturování dne (týdne, měsíce) do určitých úseků, udržování časové orientace, schopnosti plánovat apod.
- Přizpůsobení aktivit zdravotnímu stavu seniora – různé varianty aktivit pro seniory na vozíku nebo na lůžku.
- Překonání předchozí špatné zkušenosti seniora s aktivitou – významná role pracovníka, jeho profesionalita, komunikační zkušenosti, empatie a diplomacie.

Při plánování aktivizačních programů pro seniory je nutné dbát na specifika změn v oblasti psychiky a tělesna každého jedince. Některá specifika byla již popsána v předchozí kapitole. Podle Haškovcové (2002) se zpravidla jedná o tyto projevy:

- zhoršení zejména krátkodobé paměti,
- zhoršená schopnost koncentrace pozornosti,
- zpomalení psychomotorického tempa,
- zabíhavé myšlení,
- pokles smyslové výkonnosti,
- ochuzení fantazie a kreativity,
- snížení sebedůvěry,
- zhoršení adaptability,
- zhoršení schopnosti navazovat nové vztahy.

I ve vyšším věku nemusí docházet ke zhoršení intelektu a slovní zásoby. Pokud se u seniora vyskytují tyto obtíže, pak je nutné provést odborné vyšetření za účelem zjištění případných degenerativních změn.

V oblasti změn fyzického stavu se jedná o tyto projevy:

- úbytek svalové hmoty,
- zhoršení elasticity svalů,
- vyšší křehkost kostí,
- strukturální změny na páteři,
- degenerativní změny na kloubech,
- pokles pohyblivosti, vytrvalosti a statické síly.

Naopak změny k lepšímu, které mají vzestupnou tendenci s přibývajícím věkem, se projevují v osobnostních vlastnostech a schopnostech jako jsou:

- rozvážnost, trpělivost,
- stálost názorů a vztahů,
- tolerance, zejména k chybám jiných lidí,
- úsudek, nadhled a všeobecný rozhled,
- schopnost vnímat různé drobné detaily (Haškovcová, 2002).

Aktivizace seniorů musí plně respektovat individuální možnosti a přání každého jedince. Pracovník pomocí vhodných metod pomáhá klientovi najít motivaci pro vytváření krátkodobých i delších cílů, umožňuje mu prožít úspěch a posilovat sebeúctu. V případě nadměrné a násilné aktivizace lze hovořit o týrání starých lidí. Bohužel v našich ústavních (i domácích) podmínkách se lze spíše setkat s nedostatkem příležitostí k aktivizaci a podnětovou deprivací seniorů. (Langmeier, Krejčířová, 2000)

U klientů s demencí je ochota účastnit se denních činností velmi různorodá. Do jednotlivých aktivit nemůžeme klienty nutit, pokud to sami nechtějí. Je však dobré, aby setrvali s ostatními lidmi, pokud možno co nejvíce v společném prostoru a dění alespoň sledovali. Ze zhoršujícím se celkový stavem potřebují klienti s demencí co nejvíce individualizovaný režim. Jsou rychleji unavitelní, nemají zájem, z jejich chování je zřejmé, že jim účast ve skupinových činnostech nedělá dobře a nepřináší jim žádný užitek, naopak může jejich stav zhoršovat. (Jiráček a kol., 2009)

2.1.2 MOTIVACE K AKTIVITÁM

Personál zařízení, které poskytují péči seniorům, často zápasí s otázkami, jak motivovat seniora činnosti, co s těmi seniory, kteří se nechtějí zapojit, co se seniory, kteří jsou imobilní

nebo nekomunikují. Aktivita pro seniory v pobytových zařízeních by měly co nejvíce připomínat aktivity každodenního života jedince v domácím prostředí. Provádění aktivit je na kvalifikovaném pracovníkovi, který je obeznámen se způsobem identifikace potřeb seniора, s hodnocením jeho funkčního potenciálu, jeho možností i s hodnocením životní satisfakce. Pracovník by se měl orientovat v široké škále nejrůznějších aktivit, technik, programů apod. (Kalvach a kol., 2004)

Při motivaci seniorů k aktivitám je nutné klást důraz na:

- praktickou každodennost,
- smysluplnost,
- dobrovolnost,
- příjemnost,
- sociální přiměřenost,
- úspěšnost,
- pomoc a podmiňování (Kalvach a kol., 2004)

2.1.3 VYBRANÉ METODY PRÁCE SE SENIORY

V následující podkapitole jsou vymezeny některé vybrané metody práce se seniory, z nichž některé mohou používat pouze odborní kvalifikovaní pracovníci (psychologové, sociální pracovníci, zdravotní pracovníci, fyzioterapeuti aj.) a jiné využívají pracovníci v sociálních službách a pracovníci volnočasových aktivit. Pro efektivní komplexní práci s klientem je důležitá spolupráce všech členů týmu, předávání informací o práci jednotlivých pracovníků s klientem a společné plánování dalších aktivit.

K metodám práce (nejen) se seniory patří:

1) Psychoterapie

Využívá se spíše jako součást jiných typů terapie (pracovní, expresivní apod.). Psychoterapie naplňuje primární (profylaxe), sekundární (léčba) i terciální (rehabilitace) prevenci poruch zdraví. Uskutečňuje se výhradně psychologickými prostředky, a to prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychoterapie je vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a klienta, kdy dochází k působení na duševní život, mezilidské vztahy i tělesnou stránku klienta. Psychoterapie navozuje žádoucí změny nebo je přímo vyvolává. (Vymětal a kol., 2004)

K reálným omezením psychoterapie ve stáří patří pokles fluidní inteligence, tzn. nižší pružnost, menší přizpůsobivost, horší chápání souvislostí. Verbální kontakt terapeuta se

seniorem je omezen senzoryckými úbytky (zhoršení zraku a sluchu). Slábnoucí paměť seniorů znesnadňuje schopnost vzpomínání a vybavování, a tím se omezuje bližší rozbor závažných životních událostí. Analýze snů v rámci analytického přístupu brání nepamátování si obsahu svých snů seniorem. Poruchy hybnosti mohou omezovat i samotné docházení na psychoterapii do ambulance. U hospitalizovaných seniorů nebo těch, kteří pobývají v domovech pro seniory, psychiatrické nemocnici apod., je vhodné využívat aktivační terapii pohybem, zpěvem, hudbou, společenskými zábavami, praktikování realitní orientace, kognitivního tréninku, kontaktem s malými zvířaty atd. Tyto terapeutické aktivity zahrnují širší koncept geriatrické socioterapie. Cílem psychoterapie u seniorů je včasné a postupné seznámení s psychologií a filozofií stáří, trénink kognitivních funkcí, udržení morálky do nejvyššího věku, výchova seniorů v umění zemřít s minimem psychických obtíží, motivace k účasti na akademiích a univerzitách třetího věku, udržení osobních zájmů, překonávání nejruznějších tabu, motivace k účasti na společenském životě apod. (Kalvach a kol., 2004)

2) Speciálně pedagogické metody

Podle Müllera (2014) se jedná o takové způsoby odborného a cíleného jednání, které směřují k odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, odstranění jejich příčin, k prospěšné změně (v chování, prožívání atd.). Při práci se seniory jsou využívány čtyři základní skupiny terapií speciální pedagogiky:

- činnostní a pracovní terapie (ergoterapie),
- psychomotorické terapie (tanec, relaxace, pantomima, taneční terapie, psychogymnastika, improvizace s pohybem apod.),
- expresivní terapie (dramaterapie, muzikoterapie, biblioterapie, arteterapie apod.),
- terapie se zvířaty – animoterapie (petterapie, zooterapie, hipoterapie, canisterapie, felinoterapie aj.).

3) Reminiscence

Jedná se o speciální metodu práce se seniory, tzv. „terapii vzpomínkou“, která pomáhá pracovníkovi v lepším chápání seniora jako osobnosti, upevňuje vztah mezi pracovníkem a seniorem, pracovník lépe chápe chování seniora a jeho potřeby (Janečková in Matoušek, 2005). Metoda je založena na uznání důležitosti vzpomínání seniora s ohledem na zvyšování (resp. udržení) kvality jeho života. Terapie široké spektrum interaktivních, kreativních a výrazových aktivit, jejichž základem je zájem o minulé životní zkušenosti seniorů, kteří se jí účastní. Reminiscence je hlasité nebo tiché vzpomínání a vybavování událostí, situací a zkušeností, které probíhá individuálně nebo skupinově s pomocí vhodných podnětů (předměty, fotografie, hudba aj.). Reminiscenční aktivity by měly probíhat při každodenním kontaktu pracovníků se seniorem. Přírozenou součástí reminiscence je také vybavení bolestivých zážitků a nepříjemných událostí, jejichž zpracování může pomoci klientovi vyřešit staré problémy a vyrovnat se s nimi. Reminiscence se prolíná s dalšími metodami, jako

je validace, bazální stimulace, psychobiografický model nebo sebeudržovací terapie. (Špa-tenková, Bolomská, 2011)

Vhodné je v rámci reminiscenčních aktivit, aby si senior sám nebo s pomocí rodiny, případně pracovníků zařízení, vytvářel svou knihu života nebo krabici vzpomínek. Zde se ukládá věci důležité pro jeho život, tzn. rodinné fotografie, dokumenty, předměty apod. Vytváření knihy života nebo krabice vzpomínek napomáhá adaptačnímu procesu a zachování kontinuity života v období bezprostředně po přijetí do pobytového zařízení pro seniory. Reminiscence aktivně podporuje komunikaci a aktivitu osob s demencí. (Kalvach a kol., 2004)

4) Validační terapie

Metoda, která je využitelná (nejen) pro klienty s demencí. Principy metody vycházejí z humanistické psychologie a o její vznik se zasloužila americká sociální pracovníce Naomi Feilová. Podstatou metody je tolerance, empatie, vcítění se a akceptace. Pracovník pomáhá klientovi vyrovnat se se svým životem, bilancovat, ospravedlnit a uzavřít svoji minulost. K metodě validace dále nedílně patří navozování pocitu důvěry, blízkosti, užívání hlubšího hlasu, metody zrcadlení, parafrázování apod. Validovat znamená dávat hodnotu každému projevu klienta, respektovat jej v jeho původních společenských rolích, komunikovat s klientem o jeho tématu a nevnučovat mu témata jiná, orientovat se v klientově světě, přijmout jeho čas, zážitky, emoce, potvrzovat a brát na vědomí city klienta jako pravé a pravdivé. Validace napomáhá obnovovat v klientovi pocity vlastní hodnoty, redukuje stres klienta i pečujících osob, řeší konflikty z minulosti, redukuje používání donucovacích prostředků ke zvládnutí klientova maladaptivního chování, zlepšuje verbální a neverbální komunikaci, brání zpětnému chodu v jeho vývoji, zlepšuje tělesné a duševní zdraví klienta, prodlužuje dobu samostatnosti a nezávislosti seniora na okolí a dodává mu životní sílu. (Janečková in Matoušek a kol., 2005)

K validačním technikám patří dotek, zrcadlení, hudba, jasný hlubší teplý hlas plný citu, upřímný přímý delší pohled „z očí do očí“, empatické naslouchání verbálnímu i neverbálnímu vyjadřování seniora, intuice. „Validace pomáhá obnovovat pocity vlastní ceny, dodává sílu a podporuje to, co je v člověku zdravé.“ (Kalvach a kol., 2004, s.449)

5) Rezoluční terapie

Jedná se o metodu s opačnou podstatou než validace. Metoda je vhodná pro klienty s těžkou demencí. Smyslem není řešení minulých traumatizujících prožitků, ale podstata metody vychází ze zachycení momentálních projevů klienta, respektování a přijetí aktuálního okamžiku. Pracovník přijímá klienta bez výhrad, neopravuje ho, neusměřňuje, nevysvětluje mu skutečnost. Odporování klientovi a objasňování skutečné reality pouze zvyšuje nespokojenost klienta a pocit nepochopení. Pracovník přistupuje na klientovu změněnou realitu, důstojně „hraje roli“, v níž ho klient vidí. Pracovník se zaměřuje především na zachování důstojnosti klienta, posílení jeho spokojenosti a vnitřního klidu. (Malíková, 2011)

6) Preterapie

Jedná se o terapii, která se využívá k navázání kontaktu a budování vztahu s klientem, se kterým je komunikace obtížná nebo zcela nemožná. V našich podmínkách se však tato terapie příliš nevyužívá. Autorem metody je Garry Prouty a východiskem je přístup zaměřený na klienta Carla Rogerse, tzn. důsledné uplatňování přístupu orientovaného na klienta. Během preterapie pracovník provádí specifické techniky (některé postupy validace, zrcadlení, reflektování, blízkost, dotek aj.), jejichž základem je kontaktní reflexe. Pracovník opakuje slova vyřčená klientem a vyslovuje to, co vidí a vnímá, a tím posiluje vztah klienta k realitě, pomáhá klientovi navazovat kontakt se svým prožíváním a okolním světem a tím uchovat jeho autonomii a kontrolu. Jedná se o metodu, která umožňuje jednoduché „bytí s člověkem“, a proto je možné i uplatnit i v paliativní péči. (Janečková in Matoušek a kol., 2005)

Preterapie posiluje kontakt seniora s realitou, kontakt se sebou samým a kontakt s druhou osobou. Prvky validační terapie jsou zde více propracované, kontakt je mnohem intenzivnější a je prohlubován tak, aby senior mohl co nejvíce projevit své pocity a přání a tím i kontrolu nad svým životem. (Kalvach a kol., 2004)

7) Sebeudržovací terapie

Sebeudržovací terapie psycholožky Barbary Romero přispívá u klientů s demencí k udržení samostatnosti, ale také ke zlepšení a zachování jejich stávajících schopností. Pracovník nejprve velmi podrobně mapuje dosavadní život klienta s pomocí jeho rodiny, příbuzných a s pomocí testů pocitů i paměti, jeho bývalou profesi, co měl rád a co ne. Z těchto informací vycházejí při práci s klientem, aby se cítil dobře a věnoval se tomu, co i dříve měl rád. Klienti má vytvoření denní a týdenní neměnné individuální plány. Prostředí kolem klienta je uspořádáno tak, aby bylo známé a příjemné a klient je obklopen známými obrázky a předměty. Pracovník tak umožňuje klientovi zůstat v kontaktu se svými vzpomínkami (sebepoznávací trénink) a facilituje uspokojení každodenních činností. (Júnová, 2014)

8) Videotrénink interakcí

Podstatou metody je natáčení běžného styku pracovníka s klientem na video nebo jiných interakcí klienta s vnějším okolím. I krátký videozáznam umožňuje analýzu komunikace klienta a hledání možností, posilování a rozvoj pozitivních komunikačních dovedností, hledání možností řešení problematických situací a cest k navázání účinného kontaktu a k lepší spolupráci s klientem. Videotrénink interakcí je využíván také jako zpětná vazba pro pracovníky ke zlepšení jejich přístupu ke klientům a zvýšení kvality poskytovaných služeb. (Koběrská in Matoušek a kol., 2005)

9) Kognitivní aktivizace a trénink

O prevenci (kognitivním tréninku) hovoříme u seniorů s lehkými poruchami paměti nebo úbytkem kognitivních schopností způsobený věkem. U těchto seniorů je prvořadým cílem trénovat paměť v nesoutěžních aktivitách. Kognitivní rehabilitace – aktivizace je

úspěšně používána u seniorů s těžším postižením kognitivních funkcí s cílem zachovat dostatečnou kvalitu života, tzn. procvičovat, udržovat a zlepšovat funkce poznávacích procesů (pozornost, paměť, zrakově-prostorové schopnosti, jazyk a myšlení). Součástí kognitivní aktivizace může být i senzorická stimulace. (Holmerová a kol., 2009)

10) Kinezioterapie

Kinezioterapie je podpůrnou léčebnou metodou, která působí paralelně vedle farmakoterapie, biologické, fyzikální, psychologické a chirurgické terapie. Kinezioterapie je realizovaná aktivně prováděným záměrným pohybem a vedoucí k somatopsychickému ovlivnění jedince, jeho duševních procesů, stavů, osobnosti a vztahů. „Kinezioterapie je somatoterapeutická aktivita, která používá modelované cíleně zaměřené pohybové programy. Při jejich provádění vyžaduje aktivní přístup pacienta, pracuje nejen s biologickou složkou osobnosti, ale i s její psychikou a sociálními vztahy.“ (Hátlová, 2002, s.3)

Cílem této terapie je spolupůsobit na zmírnění či odstranění psychických a psychosomatických obtíží nebo jejich příčin prostřednictvím programů, které využívají prvky tělesných cvičení, sportů a pohybových her. V současnosti se v Evropě přechází název metody „kinezioterapie“ k názvu „psychomotorická terapie“. Průběh terapie je založen na respektu osobnosti klienta a jeho potřeb, podpoře jeho sebeúcty, vědomí spoluúčasti a sounáležitosti, přizpůsobení možnostem klienta, důvěře mezi pracovníkem a klientem, stabilní formě jednotlivých cvičení, stereotypech a rituálech, zároveň na variabilitě, bezpečném prostředí a pravidelnosti cvičení. Pohybová aktivita má krátkodobý i dlouhodobý účinek na psychickou pohodu. K déletrvajícím účinkům na psychický stav patří regulace aktivity jedince, zvýšení sebeúcty, pozitivní vnímání vlastního „Já“, snížení úzkosti a depresí, euforizační účinky, zlepšení mentálních funkcí, zlepšení spánku apod. (Hátlová, 2002)

Mezi vhodné aerobní pohybové aktivity pro seniory řadí Hátlová a kol. (2010) dynamickou chůzi, turistiku, cvičení ve vodě, plavání a cyklistiku. Aerobní aktivity stimulují srdeční a plicní činnosti, podporují vytrvalost. Pohyb rozvíjí také řadu kladných vlastností a návyků důležitých pro úspěšný vstup do stáří, např. pozornost, paměť, schopnost koordinace, sebedůvěru, úctu k sobě i druhým. Například u seniorů s těžší formou demence lze použít koncentrativně zaměřené provádění nenáročných gymnastických a dechových cvičení doprovázených automasáží. Cílem je uvědomování si vlastního těla, jeho částí i celistvosti, a tím je možné zmírnit míru dezintegrování. Cvičení mohou provádět senioři i v sedu na židli. U seniorů s lehčí formou demence je možné využít aktivně relaxujících programů s použitím gymnastických a tanečních prvků. K dalším prvkům cvičení patří manipulace s drobnými předměty, řešení úkolů spojených s manipulací, neverbální komunikační programy, sportovní prvky a hry pro muže, pro ženy malé pohybové taneční motivy a cvičení za doprovodu hudby apod. Vhodné je cvičení 2x až 3x týdně v délce 30-45 minut. (Hátlová, 2002)

11) Orientace realitou (orientace v realitě)

Metoda vhodná pro seniory s demencí a kognitivními poruchami, její použití je však sporné vzhledem ke skutečnosti, že v případě necitlivého použití může vést ke zhoršení chování a prožívání klienta, k vyvolání agresivity nebo úzkosti. Cílem metody je zlepšení celkové orientace klienta, umožnit mu co nejdelší dobu rozumět situacím, jeho ho obklopují a tím zmenšit jeho zmatenost a dezorientovanost. Principem orientace realitou je poskytování informací pro orientaci v realitě, orientace časem, místem a osobou. Všichni členové týmu nabízí klientovi informace, které mu pomáhají v orientaci, vysvětlují, komentují, upozorňují klienta na to, jak věci doopravdy jsou, a tím pomáhají klientovi nalézt záchytné body a najít vnitřní jistotu. Dalšími postupy jsou např. úprava prostředí (orientační body, barevné značení místností apod.), volba vhodného způsobu komunikace (klidný, neohrožující způsob, správné oslovení klientů atd.), dbání na klientovu důstojnost a podpora jeho sebedůvěry. Nejlepšího výsledku této metody lze dosáhnout pouze při plném respektu k osobnosti a prožívání klienta. (Holmerová a kol., 2009) V praxi se však využívají spíše prvky orientace realitou než jako celek, např. hodiny a kalendář na viditelném místě, nástěnka připomínající roční období, jasné nápisy, barevná označení apod. (Jirák a kol., 2009)

12) Terapeutické vaření

K této činnosti není potřeba klienty příliš motivovat, jedná se o vděčnou techniku práce se seniory. Vaření a pečení jsou pro většinu seniorů běžné a přirozené činnosti, při kterých zužitkují schopnosti a dovednosti, získané v průběhu života, přičemž se většinou jedná o stereotypní činnosti, které zvládají i jedinci v pokročilém stádiu demence. Navíc pečení a vaření přináší konkrétní, hmatatelné výsledky. (Holmerová a kol., 2009) Senioři rádi vykonávají v kuchyni i drobné přípravné práce (loupání, krájení, mytí, mazání aj.), mají radost ze zapojení do aktivity, zažívají pocit užitečnosti a spolupráce. Zároveň při těchto činnostech procvičují hrubou a jemnou motoriku, trénují kognitivní a exekutivní funkce, stimulují smysly, rozvíjejí sociální vztahy a komunikaci a v neposlední řadě jim tato činnost přináší potěšení ze samotného jídla (především sladkého).

13) Terapie zahradničením

Jedná se o „staronovou“ metodu, která příznivě působí na tělo, duši i mysl. Jedná se o aktivitu, ke které jsou motivováni i klienti, kteří odmítají cvičit. Klienti mohou pěstovat pokojové rostliny, sbírat léčivé byliny, pěstovat květiny na zahradě, zakládat záhony, vysazovat stromy, shrabovat listí, okopávat, sbírat plody apod. Zahradničením se klienti zároveň podílejí na utváření prostředí, ve kterém žijí. Terapie zahradničením přináší fyzickou aktivizaci, příležitost pro tvoření a sebevyjádření, uspokojování individuální potřeby se o něco starat a pečovat, facilituje společenské činnosti (kluby, bazary, trhy, zahradní slavnosti aj.), poskytuje příležitost dostat se i mimo „své“ prostředí (zahradnictví, botanická zahrada, skleníky aj.), zlepšení společenských schopností klientů. (Rheinwaldová, 1999)

14) Bazální stimulace

Metoda je využívána u skupiny osob s demencí v pokročilém stádiu. Autorem konceptu je německý speciální pedagog Andreas Fröhlich, který od roku 1970 pracoval v Německu s dětmi s těžkým kombinovaným postižením. Bazální stimulace umožňuje jedinci získat podněty i tam, kde není schopen si je zajistit sám (vzhledem ke svému postižení). Koncept bazální stimulace je holistickou (ucelenou) metodou, kdy nedělá rozdíly mezi tělesným a duševním působením. Pomocí tělesné stimulace pracovník uvádí klienta do reality, zprostředkovává mu vjem a zkušenost (Vítková in Müller, 2014).

15) Terapie pohybem

Pravidelně cvičící senior je zdravější, cítí se fyzicky a duševně lépe než ten, který ne cvičí. Terapie je realizovaná formou záměrného cvičení, chůzí i tancem. Vzhledem k menší oblíbenosti cíleného cvičení u seniorů je potřeba klienty k aktivitě dostatečně motivovat, vysvětlit jim, jaký praktický důsledek cvičení pro ně má a jak je prospěšné pro jejich zdraví. Efekt terapie pohybem je v celkové aktivizaci klientů, lepší a snazší pohyblivosti, pocitu uspokojení z toho, že zvládají různé úkony a mohou se zlepšovat, zvýšení sebevědomí, upevnění pocitu zdravého Já, zlepšení psychického stavu, posílení autonomie a celkově pozitivním ovlivnění kvality jejich života. (Payneová, 1999)

Nejrozšířenější formou fyzioterapie seniorů je kondiční cvičení. Nedílnou částí je dechová gymnastika, která zahajuje většinu pohybových cvičebních lekcí. Podstatou dechové gymnastiky je technika dýchání. Spolu se cvičební polohou ovlivňuje technika dýchání výsledný efekt kondičního cvičení. U seniorů je potřeba dbát na dvě základní pravidla: 1) nezadržovat dech a 2) dýchat bez silového úsilí, tj. dýchat volně a pravidelně. (Kalvach a kol., 2002)

16) Kraniosakrální terapie

Jedná se o jemnou manuální metodu testování a léčby celého těla, která může mít pozitivní vliv na téměř každý tělesný systém. Kraniosakrální terapie ovlivňuje tělesné a duševní zdraví člověka. Standardně se terapie provádí na masážním lehátku, ošetřovaný lež v poloze na zádech, nemusí se svlékat, terapeut provádí techniky terapie přes oděv. Terapeut postupně provádí soubor velmi jemných manuálních palpačních technik na povrchu těla, nejdříve detekuje a diagnostikuje činnost kraniosakrálního systému, jeho frekvenci, intenzitu, synchronicitu, odchylky, tlakový odpor apod. Poté aplikuje potřebné techniky, které kraniosakrální systém normalizují, odstraňují překážky a obnovují tím přirozený pohyb lebčích kostí. Vzhledem k délce terapie, tj. 60–90 minut, je v podmínkách zařízení pro seniory aplikace kraniosakrální terapie ve standardním rozsahu nereálná. Výsledky výzkumů však ukazují na efektivitu terapie prováděné i v kratším rozsahu. (Malíková, 2011)

2.2 Rozvoj komunikačních dovedností seniorů

Aktivity je možné rozdělit z různých hledisek např. individuální – skupinové, aktivní – pasivní, více zatěžující fyzickou aktivitu – více zatěžující kognici, pracovní – sebeobslužné – zájmové apod. Při sestavování programů pro seniory je nutné, aby byly aktivity ve vzájemné rovnováze, a především v souladu s potřebami jednotlivých klientů. (Suchá a kol., 2013)

Pro zdárný úspěch programu je nezbytné si na počátku promyslet cíl každé aktivity, na **jaké funkce** bude činnost zaměřena a **adekvátní náročnost** (případně pro jaké klienty je tudíž tato činnost nevhodná), stanovit **orientační dobu trvání** v závislosti na počtu zúčastněných osob, **seznam pomůcek** a optimální **postup** a eventuálně **různé varianty postupu** dle individuální potřeb cílové skupiny. Vše se musí dít **na bázi dobrovolnosti**. Proto by aktivity měly probíhat v přátelské pozitivní atmosféře, v klidném prostředí bez rušivých vlivů a v návaznosti a propojenosti s běžným životem a realitou. Aktivity musí být přiměřené věku a možnostem klientů, a především zachovávat jejich důstojnost. Pro zdárný úspěch programu je důležitá motivace klientů k účasti na aktivitě. Na každého klienta funguje jiný způsob, pro někoho je to touha být užitečný, pro jiného potřeba být ve společnosti jiných lidí apod. Ukazuje se, že na akcích, při kterých se podává čaj nebo káva a sušenky, bývá účast větší. (Suchá a kol., 2013)

K vhodným knihám, ze kterých je možné čerpat inspirace pro vzdělávání seniorů a konkrétní aktivity pro seniory, patří například:

ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. Sociální gerontologie. Úvod do problematiky. Praha: Grada, 2012.

HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013.

KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P. Kognitivní trénink v praxi. Praha: Psyché, 2016.

SCHWINGHAMMER, Y., WEHNER, L. Smyslová aktivizace – v péči o seniory a klienty s demencí. Praha: Grada, 2013.

SUCHÁ, J. Skupinové hry pro cvičení paměti v každém věku. Praha: Portál, 2012.

SUCHÁ, J. A KOL. Hry a činnosti pro aktivní seniory. Praha: Portál, 2013.

SUCHÁ, J. Trénink slovní zásoby pro každý věk. Praha: Portál, 2014.

ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika. Praha: Grada, 2015.

2.2.1 PROCVIČOVÁNÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ A KOMUNIKACE

AKTIVITA – ZAPAMATOVÁNÍ PŘEDMĚTŮ

Cíle: procvičení krátkodobé paměti, koncentrace pozornosti, stimulace pravé hemisféry, rozvoj a zachování slovní zásoby

Doba trvání: 10–15 minut

Náročnost: 2–3 (středně těžké až obtížné cvičení, vhodné pro klienty s lehčí kognitivní poruchou nebo bez porušení kognitivních funkcí)

Pomůcky: soubor 8–15 předmětů běžné denní potřeby (pro klienty s horším zrakem nebo výraznější kognitivní poruchou jsou vhodné předměty větší velikosti a jasného významu)

Postup: Předměty rozložíme na stůl a vyzveme účastníky, aby se v časovém limitu, který zvolíme podle jejich trénovanosti (1–3 minuty), pokusili zapamatovat si maximum předmětů na stole. Po uplynutí časového limitu předměty zakryjeme např. ubrusem a vyzveme účastníky, aby se snažili vybavit si z paměti co nejvíce předmětů. Poté co jsme všechny předměty určili (popř. s malou nápovědou), můžeme účastníky vybídnout, aby si vzpomněli na barvy jednotlivých předmětů, materiál, z něhož jsou vyrobeny apod.

Varianta 1: Do souboru předmětů vybereme pouze ty, které jsou vyrobené z jednoho materiálu, např. ze dřeva, kovu aj., a vyzveme účastníky, aby určily, co mají všechny předměty společného.

Varianta 2: Větší počet předmětů (15–25) společně s účastníky rozdělíme do několika skupin – např. podle účelu, materiálu, barvy apod.

Varianta 3: Soubor předmětů k zapamatování vytvoříme z osobních věcí účastníků, samozřejmě po předchozím dovození majitelů.

Varianta 4: Ze souboru předmětů odebereme 1–3 předměty (tak, aby účastníci neviděli které). Úkolem účastníků je uhádnout, co bylo odebráno. (Suchá a kol., 2013)

Varianta 5: Místo poznávání předmětů zrakem můžeme pro účastníky připravit poznávání zvuků, vůní a pachů nebo poznávání věcí pohmatem.

Varianta 6: V rámci obměny aktivity můžeme připravit pro účastníky poznávání nebo spíše seznámení se s předměty moderní doby, např. dotykový telefon, tablet, PSP, ruční skener apod.

AKTIVITA – BALÍME KUFRY

Cíle: procvičení krátkodobé paměti, koncentrace pozornosti, stimulace pravé hemisféry, rozvoj a zachování slovní zásoby

Doba trvání: 10–20 minut

Náročnost: 2–3 (středně těžké až obtížné cvičení, vhodné pro klienty s lehčí kognitivní poruchou nebo bez porušení kognitivních funkcí)

Pomůcky: žádné

Postup: V této aktivitě imaginárně „balíme kufry“ na dlouhou cestu. Každý účastník vymyslí věc, kterou by přibalil do kufru. Začínáme u prvního účastníka – ten vymyslí např. deštník. Další účastník slovo zopakuje a přidá další předmět – např. kapesník. Další účastník zopakuje předešlá slova – deštník a kapesník – a přidá další slovo, třeba brýle. Takto pokračujeme tak dlouho, jak jsou účastníci ještě schopni zapamatovat si informace. Neustálým opakováním celého řetězce se informace lépe vstřípí do paměti. (Suchá a kol., 2013)

Varianta 1: Účastníci nemusí opakovat jen předchozí slovo (slova), ale mohou říkat i jméno toho, kdo dané slovo řekl. Například: „Jana si do kufru sbalí deštník, Karel přibalí kapesník a já – Petr – přibalím knihu ...“. Tímto opakováním si účastníci lépe zapamatují i jména ostatních účastníků.

Varianta 2: Na začátku aktivity můžeme vymezit soubor věcí, které zrovna balíme, např. oblečení, jídlo, věci pro volný čas. Účastníci pak musí vymýšlet pouze věci, které patří do daného souboru, např. oblečení: ponožky – kalhoty – svetr – čepice atd.

Varianta 3: Na začátku aktivity upřesníme, o jaký typ cesty (dovolené) se jedná, např. letní dovolenou, zimní, u moře, na horách, kolem světa apod. Účastníci pak musí vymýšlet pouze věci, které je vhodné si vzít na určený typ cesty, např. cesta k moři: opalovací krém – plavky – poduška – ručník atd.

Varianta 4: Po procvičení aktivity na obvyklých věcech, které k cestování patří, vyzveme účastníky, aby si vymýšleli věci, které jsou hodně zvláštní, a které by nám na cestách více překážely, než byly nápomocny, např. hodiny s kukačkou – pračka – lopata atd.

Varianta 5: Aktivita se může obměnit i tím, že účastníci postupně říkají, kam cestují. Dle zdatnosti účastníků se může na začátku aktivity upřesnit, zdali to bude cestování po České republice nebo po celém světě, např. cestujeme po ČR: Praha – Karlovy Vary – Ostrava – Šumava atd.

AKTIVITA – CO O SOBĚ VÍME

Cíle: procvičování dlouhodobé paměti, rozvoj komunikace ve skupině

Doba trvání: 10–20 minut

Náročnost: 1–2 (nenáročné až středně těžké cvičení, vhodné pro klienty s lehčí a středně těžkou kognitivní poruchou)

Pomůcky: připravený soubor otázek, popř. flipchart a fixy

Postup: Vedoucí skupiny – pracovník nebo vybraný klient – pokládá skupině různé otázky. Pokud se určitá otázka týká nějakého účastníka, může se přihlásit. Cílem aktivity je, aby se účastníci o sobě co nejvíce rozhovořili a aby je ostatní lépe poznali. Při této aktivitě pracovník i klienti zjišťují o ostatních velmi zajímavé věci, které mohou pomoci navazovat bližší sociální kontakty. Soubor otázek se může obměňovat a doplňovat o další otázky podle skupiny seniorů, se kterými pracujeme. Některé otázky mohou vyvolat i negativní emoce, pokud se například týkají rodiny, která se seniorem nekomunikuje nebo došlo v nedávné době k úmrtí některého z členů rodiny apod.

Soubor otázek:

- Kdo se někdy učil hrát na nějaký hudební nástroj?
- Kdo někdy choval nějaké domácí zvíře?
- Kdo umí řídit nákladňák (traktor, motorku, kombajn atd.)?
- Kdo navštívil někdy jiný světadíl, než je Evropa?
- Kdo se nevdával v bílém? (otázka pro ženy)
- Kdo se narodil doma, a ne v porodnici?
- Kdo někdy vyhrál v nějaké loterii?
- Kdo někdy vyhrál nebo se účastnil nějaké soutěže (sportovní, hudební aj.)?
- Kdo nemá rád špenát?
- Kdo nosil již v dětství brýle?
- Kdo umí psát na stroji?
- Kdo má rád zmrzlinu?
- Kdo umí hvízdát na prsty?
- Kdo je levák? (Suchá a kol., 2013)

Varianta 1: Účastníci si mohou tahat otázky z klobouku, pokud se jich otázka netýká, mohou si vytáhnout jinou nebo vyzvat k odpovědi ostatní účastníky.

AKTIVITA – ROČNÍ OBDOBÍ

Cíle: udržení a rozvoj slovní zásoby, procvičování dlouhodobé paměti, vizuální stimulace

Doba trvání: 10–20 minut

Náročnost: 1–2 (nenáročné až středně těžké cvičení, vhodné pro klienty s lehčí a středně těžkou kognitivní poruchou)

Pomůcky: velké fotografie přírody v různých ročních obdobích (např. ze starých kalendářů)

Postup: Všechny obrázky rozložíme na stůl. Úkolem účastníků je nejprve rozdělit obrázky do čtyř skupin podle ročních období, k němuž se hodí. V rámci jednotlivých skupin obrázků pak mohou účastníci obrázky dále řadit (např. předjaří, pozdní jaro apod.). Poté postupně probíráme jednotlivé skupiny a účastníci mohou společně vzpomínat, co je pro dané roční období typické, např. počasí, kvetoucí rostliny, dozrávající plody, svátky apod. (Suchá a kol., 2013)

Varianta 1: Účastníci mohou vzpomínat i na typické činnosti a aktivity, které k danému období patří, např. Co jste na jaře dělali na zahradě? Čemu jste se věnovali v zimě?

Varianta 2: Skupina se může rozdělit do čtyř skupin podle oblíbenosti jednoho z ročních období a poté sdělit ostatním, co na daném období měli/mají rádi.

2.2.2 PODPORA KOMUNIKACE POMOCÍ POHYBOVÝCH AKTIVIT

Současné výzkumy upozorňují na fakt, že cvičení pomáhá uchovávat funkce mozku a stimuluje krevní oběh. Pohybová cvičení mohou zpomalit zhoršování srdečních funkcí, ubývání svalové síly a pohyblivosti kloubů. Pohybové aktivity tedy nejen prodlužují život, ale i vysoce zvyšují jeho kvalitu. Mezi vhodné aktivity pro seniory patří dynamická chůze, turistika, cvičení ve vodě, plavání, cyklistika. (Štílec in Suchá a kol., 2013) Kromě blahodárného účinku na fyzickou stránku člověka má pohyb i prokazatelné účinky na psychiku. Pohyb zlepšuje představu cvičícího o sobě, má pozitivní vliv na sebehodnocení a soběstačnost, zlepšuje výkonnost kognitivních funkcí, zlepšuje uvědomování vlastního těla a jeho vztahu s okolním prostředím, zlepšuje kvalitu spánku a snižuje výskyt jeho poruch, uvolňuje od stresu, zlepšuje náladu atd. (Suchá a kol., 2013)

AKTIVITA – POSÍLÁNÍ MÍČKU U STOLU

Cíle: procvičování hrubé a jemné motoriky horních končetin, rozvoj a udržení koordinace ruka – oko, rozvoj neverbální a verbální komunikace ve skupině, procvičování koncentrace pozornosti a paměti

Doba trvání: 10–30 minut

Náročnost: 1 (nenáročné cvičení vhodné pro klienty se středně těžkou kognitivní poruchou i klienty na vozíčku)

Pomůcky: malý míček (5–10 cm v průměru), volíme výraznou barvu míčku, aby byl dobře viditelný i pro účastníky se zhoršeným zrakem

Postup: Účastníci si sednou kolem stolu (popř. i více spojených stolů) tak, aby nebyly mezi účastníky příliš velké mezery. Před jednoho z účastníků dáme míček. Jeho úkolem je naměřovat ho kutálením k někomu dalšímu u stolu. Takto si účastníci mezi sebou míček posílají a snaží se, aby nespádl ze stolu. (Suchá a kol., 2013)

Varianta 1: Před posláním míčku k dalšímu účastníkovi může posílající říct jméno účastníka, kterému míček posílá (vhodné pro klienty bez kognitivních obtíží nebo s lehkou kognitivní poruchou).

Varianta 2: Posílající může účastníka, kterému míček posílá, oslovit jménem a zeptat se ho, jak se mu vede. Př. Pane Karle, jak se vám dnes vede? Účastník, který míček dostane, odpoví, klade otázku a posílá míček dalšímu účastníkovi (vhodné pro klienty bez kognitivních obtíží nebo s lehkou kognitivní poruchou). Otázky při posílání míčku se mohou obměňovat podle schopností účastníků, např. Co jste dělal včera? Co budete dělat odpoledne? Co plánujete na víkend?

AKTIVITA – HÁZENÍ NA KOŠ

Cíle: rozvoj a udržení svalové síly horních končetin, posilování koordinace ruka – oko, rozvoj sounáležitosti a komunikace ve skupině

Doba trvání: 10–20 minut

Náročnost: 1 (nenáročné cvičení vhodné pro klienty se středně těžkou kognitivní poruchou i klienty na vozíčku)

Pomůcky: malé míčky, koš podobný odpadkovému, záznamový arch a tužka

Postup: Koš umístíme na stůl nebo na zem (pro klienty na vozíčku), stanovíme vzdálenost (volíme tak, aby se trefování dařilo a účastníci se bavili) a vyzýváme jednoho účastníka po druhém, aby se pokusili trefit míčky do koše. Můžeme hrát několik kol a v každém kole

snížit počet vřazovaných míček. Ostatní účastníci povzbuzují a fandí. si sednou kolem stolu (popř. i více spojených stolů) tak, aby nebyly mezi účastníky příliš velké mezery. Před jednoho z účastníků dáme míček. Jeho úkolem je nasměrovat ho kutálením k někomu dalšímu u stolu. Takto si účastníci mezi sebou míček posílají a snaží se, aby nespádl ze stolu. (Suchá a kol., 2013)

Varianta 1: Místo míček můžeme použít klubíčka vlny, papírové koule, overball, masážní míčky různých velikostí, čisté papuče, dřevěné vařečky apod. a přiměřeně velký koš např. proutěný nebo prádelní koš.

2.2.3 PODPORA KOMUNIKACE POMOCÍ STOLNÍCH A ZÁBAVNÝCH HER

Stolní a zábavné hry mají při práci se seniory nezastupitelné místo. Cílem těchto aktivit je mimo jiné zlepšení komunikace ve skupině, zábavné procvičení paměti a dalších kognitivních funkcí. Přínosem může být i mezigenerační propojení – při hraní her seniorů s (pra)vnoučaty může probíhat smysluplná komunikace. K typickým stolním a zábavným hrám pro seniory patří šachy, dáma, bingo, loto, domino, pexeso, mikádo, scrabble, kostky, puzzle, Člověče nezlob se, Aktivity, Příběhy z kostek, kvízové hry typu Česko, Český film apod. (Suchá a kol., 2013)

AKTIVITA – SCRABBLE

Cíle: procvičování kognitivních funkcí – paměť, pozornost, rozvoj a udržení slovní zásoby, podpora a rozvoj komunikace

Doba trvání: 30–45 minut

Náročnost: 3 (obtížné cvičení, vhodné pro klienty bez porušení kognitivních funkcí)

Pomůcky: hra Scrabble (lze použít také větší kostky z pěnové gumy s písmenem na každé straně nebo karty s písmeny), tužky, papíry

Postup: Pravidla klasické hry Scrabble by mohla být pro některé seniory zbytečně složitá a obtížná, proto se na začátku aktivity s účastníky domluvíme na zjednodušených pravidlech. Např. všechny hrací kameny s písmeny (kostky, karty) jsou na začátku vloženy do vhodné nádoby (košík nebo krabice) a každý účastník si vytáhne nebo dostane určený počet kamenů (obvykle 7–10). Každý účastník se snaží sestavit z vylosovaných hracích kamenů (kostek, karet) slovo o co největším počtu písmen. Pak se hrací kameny vrátí do nádoby a hraje se znovu. (Suchá a kol., 2013)

Varianta 1: Účastníci sestavují z vylosovaných kamenů co největší počet různých slov. Slova mohou zapisovat na papír.

Varianta 2: Účastníci se rozdělí do dvojic nebo malých skupinek (3–4 účastníci), ve kterých sestavují slova společně.

2.2.4 PODPORA KOMUNIKACE POMOCÍ MUZIKOTERAPIE A ARTETERAPIE

Aktivity s hudbou a zpěvem jsou v rámci aktivizačních programů pro seniory využívány k podpoře a posílení sebevědomí a smysluplného trávení volného času. V těchto aktivitách se nepracuje s modelem psychoterapeutickým nebo pedagogickým. V aktivitách jsou využívány prvky hudby – rytmická cvičení, zpěv, hra na hudební nástroje, poslech hudby apod. Hudba působí nejen v oblasti tělesné, ale i duševní a duchovní. (Jindrová in Suchá a kol., 2013)

Arteterapie znamená léčbu výtvarným uměním, tj. všemi způsoby výtvarného vyjádření. Výtvarné techniky mají vždy výpovědní hodnotu o prožitcích autora. Cílem arteterapie není vytvořit hodnotné dílo, ale smyslem činnosti je vlastní aktivita, produktivní činnost seniora, zvýšení sebevědomí z vlastní kreativity a smysluplné trávení volného času.

AKTIVITA – MELODICKE A TEXTOVÉ HÁDANKY

Cíle: procvičování výslovnost, trénink dlouhodobé paměti – vybavení textů písní, rozvoj komunikace

Doba trvání: 30–45 minut pro skupinu 6–12 osob

Náročnost: 1 (nenáročné cvičení vhodné i pro klienty s poruchou řeči)

Pomůcky: přehrávač, nahrávky, hudební nástroje

Postup: Účastníkům pustíme nebo zahrajeme na hudební nástroj melodii známé nebo oblíbené písně. Ostatní účastníci hádají název, text a přidávají se se zpěvem.

Varianta 1: Účastníci hledají písně na vybrané téma (např. města, profese, barvy aj.) a některé si pak společně zazpívají. Mezi častá témata patří: města (Kdyby byl Bavorov; Já jsem z Kutné Hory; Kolíne, Kolíne aj.), profese: (Já jsem malý mysliveček; Co jste hasiči; Já jsem muzikant aj.), barvy (Červený šátečku, Zelení hájové aj.) apod. (Suchá a kol., 2013)

AKTIVITA – PŘÍPRAVA NA VELIKONOCE

Cíle: procvičování paměti, rozvoj a udržení motorických dovedností, smyslová aktivizace, rozvoj kreativity, rozvoj vzájemné komunikace ve skupině, skupinová sounáležitosti

Doba trvání: 20–30 minut na jednotlivých stanovištích, nutná přítomnost více pracovníků

Náročnost: 1–3 (výběr aktivit pro každého klienta dle jeho dle individuálních potřeb)

Pomůcky: přírodniny – zelené větvičky, kameny, květiny, vrbové proutky, provázek, mašle, papíry, barvy, štětce, semena pšenice, misky s hlínou, vajíčka – kraslice, potřeby na malování kraslic, potřeby a suroviny na pečení atd.

Postup: Před zahájením programu pracovníci připraví jednotlivá stanoviště – „pracoviště“: aranžování přírodnin, pletení pomlázky, výroba papírových kraslic a zvířátek, sázení semen pšenice, výroba velikonočních přání, malování kraslic, pečení beránka a mazanců apod. Při všech aktivitách mohou účastníci vzpomínat na rodinné tradice spojené s Velikonocemi, zážitky z koledy, společně si říkat koledy a zazpívat velikonoční písničky apod. Po dokončení své činnosti na jednom stanovišti se mohou klienti přesunout k dalšímu stanovišti a vyzkoušet jiné činnosti. Každý klient si může zvolit takovou činnost, kterou zvládá nebo může být jen přihlížející. (Mlýnková, 2011)



PŘÍPADOVÁ STUDIE

Klientky pobytového zařízení pro seniory se společně s aktivizační pracovníci setkávají pravidelně dvakrát týdně a věnují se vaření, pečení, pletení, šití, vyšívání nebo jiným aktivitám v souvislosti s ročním obdobím. Před Velikonocemi se skupina klientek rozhodla zapojit i další klienty zařízení do přípravy na svátky. S pomocí pracovníků zařízení klientky na konkrétní den připravily ve velké společenské místnosti stoly s různými činnostmi, např. pletení pomlázky, barvení a malování vajíček, pečení beránka a vánočky, výroba zajíčků a kuřátek z papíru a přírodních materiálů na výzdobu oken a zařízení apod. Každá klientka si vzala na starost jednu z činností, pracovníci pak pomáhali příchozím klientům vybrat si činnost, kterou si chtějí vyzkoušet a pomáhali jim se zapojit. Mnozí z imobilních klientů se nechali přivést na křesle, aby se alespoň podívali, co se v místnosti děje. Nakonec se všichni klienti i pracovníci sešli u jednoho velkého stolu, z přehrávače hrály koledy, popíjelo se kafičko, ochutnával beránek a vánočka, vzpomínalo se na zvyky a rituály během Velikonoc, v celém zařízení zavládla pohodová sváteční atmosféra.



KONTROLNÍ OTÁZKY

V čem se liší aktivity pro seniory bez poruchy kognice a aktivity pro seniory s lehčí a těžkou poruchou kognitivních funkcí? S jakými překážkami při realizaci aktivit je nutné počítat a v čem se bude lišit příprava pro jednotlivé skupiny?

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



Sestavte aktivizační program se zaměřením na rozvoj komunikace pro seniory s lehkou poruchou kognitivních funkcí a jejich rodinné příslušníky. Připravte si jednotlivé aktivity a jejich varianty, přemýšlejte o možných úskalích. Po realizaci programu získejte zpětnou vazbu účastníků.

SHRNUTÍ KAPITOLY



Ve druhé kapitola se studenti seznámili s možnostmi rozvoje komunikačních dovedností seniorů prostřednictvím různých činností. je zaměřena na rozvoj komunikačních dovedností seniorů. Kapitola nabídla i ukázky konkrétních aktivit, které jsou využitelné při rozvoji komunikačních dovedností seniorů.

ODPOVĚDI



V čem se liší aktivity pro seniory bez poruchy kognice a aktivity pro seniory s lehkou těžkou poruchou kognitivních funkcí? S jakými překážkami při realizaci aktivit je nutné počítat a v čem se bude lišit příprava pro jednotlivé skupiny?

- aktivity pro seniory bez poruch kognice mohou být náročnější na paměť, pozornost, komunikaci, mohou trvat déle, jsou vhodné všechny aktivity jako pro dospělou populaci
 - aktivity pro seniory s poruchami kognice musí respektovat specifika daného klienta, výrazně nižší nároky na paměť, pozornost, více času pro pochopení zadání a vykonání aktivity, jednodušší a přehlednější pomůcky, více pomůcek zaměřených na hmat a sluch, více aktivity je na pracovníkovi
-

3 KONFLIKTY SE SENIORY



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V této kapitole se studenti seznámí s překážkami, které vstupují do komunikace mezi pracovníkem a seniorem, a jsou příčinou konfliktů. Kapitola je zaměřena na pojmenování druhů a příčin konfliktů, popisuje cyklus konfliktu, a především nastiňuje strategie, jak vzniklé konflikty řešit.



CÍLE KAPITOLY

Student po prostudování této kapitoly:

- definuje slovo konflikt;
 - zná druhy a příčiny konfliktů;
 - dokáže analyzovat spouštěče konfliktu;
 - dokáže aplikovat vhodnou strategii při řešení konfliktů se seniory.
-



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

bariéry v komunikaci, konflikt, druhy konfliktů, příčiny konfliktů, cyklus konfliktu, strategie řešení, asertivita.

3.1 Bariéry v komunikaci

Podle Venglářové (2007) je dobrá komunikace s klientem základem vztahu mezi pracovníkem a klientem. Do procesu komunikace každý vstupuje s určitými představami o druhých, o jejich schopnostech, motivaci a vůli. Představy o druhé člověku jsou objektivní jen do určité míry. Mohou být dokonce zcela mylné. Klient má obavy z nepřijetí, pracovník předpokládá, že klient o rozhovor nestojí. Nezájem komunikovat může mít mnoho důvodů, stejně jako konflikt mezi klientem a pracovníkem.

Obecně se rozlišují tři bariéry, které vedou k překážkám v komunikaci, popřípadě konfliktům, a vyplývají z analýzy komunikačního procesu:

1. **Bariéry na straně klienta** – jedná se o různé zábrany (neochota komunikovat, nedůvěra, seniorem vnímané nesympatie vůči pracovníkovi, obavy, jak bude s informacemi naloženo aj.), vliv aktuálního fyzického i psychického stavu a v neposlední řadě specifické obtíže seniorů – smyslová postižení, poruchy kognitivních funkcí apod. Jsou témata, o kterých se v generaci dnešních seniorů nemluvílo, mnohá byla i tabuizována (sexualita, intimní záležitosti, konflikty v rodině, finance aj.).
2. **Bariéry na straně pracovníka** – i pracovník může mít různé zábrany a problémy v komunikaci, např. strach ze závažných témat (umírání, nevyléčitelné choroby aj.), problém s konkrétním klientem, špatné zkušenosti z předchozí praxe apod.), hovory na erotické téma (včetně sexuálního obtěžování), nedostatek času atd.
3. **Bariéry v prostředí** – prostředí vytváří nespočet bariér v komunikaci, např. hluchost, nedostatek soukromí, spěch apod. (Venglářová, 2007)

Pro odstranění či zmenšení bariér při komunikaci pracovníka se seniorem je důležitá profesionalita pracovníka a respektování specifík komunikace s cílovou skupinou (blíže se zabývá studijní materiál *Komunikace se seniory I.*). Výskyt problematických a konfliktních situací přímo závisí na naplňování základních životních potřeb. Pokud senior není schopen uspokojovat své potřeby běžným, ostatním akceptovatelným způsobem, volí náhradní způsoby uspokojování, které mohou být příčinou konfliktu s okolím. (Hauke, 2014) K problematickým situacím se seniory patří např. ignorování společenských norem, nespolupráce, negativismus, agresivita, autoagrese, toulání, paranoidita, omezení svéprávnosti, noční neklid apod. Praktické postupy zvládání problematických situací se seniory nabízí ve svých knihách autoři Venglářová (2007) a Hauke (2014).

Je důležité mít neustále na mysli, že senioři vyrůstali v jiném kulturním a historickém kontextu, velká část seniorů je věřících, mnoho z nich zažilo vykáni rodičům a dříve nebylo běžné používání vulgarismů. Na stranu druhou může senior používat nadávky a překračovat společenské hranice, ne vždy je to vlivem onemocnění. Pracovník (nejen) při práci se seniory musí tréninkem neustále rozvíjet své komunikační schopnosti. Ke kterým v první řadě patří empatie, schopnost naslouchat, být kongruentní (shoda verbální a neverbální komunikace) a mít cit pro celkový projev člověka. Empatie není soucit, jde o to představit si, jak bych se asi cítil v situaci, v níž je nyní senior, a co bych v takové situaci nejvíce potřeboval (Honzák, 1999). Dobrá znalost specifík seniorů pracovníkovi umožňuje respektovat zvláštnosti a odchylky klienta při komunikaci, odstraňovat bariéry v komunikaci a předcházet tak konfliktu. Přes veškerou snahu pracovníka se však některým konfliktům nedá předejít.

KONTROLNÍ OTÁZKA



Jaké bariéry v komunikaci mezi pracovníkem a seniorem mohou vést ke konfliktu?

3.2 Konflikt

„Jsou konflikty tragédií? Tato odpověď zní: Nemusí být, naučíme-li se rozumět jim, předcházet jim a řešit je tvořivě, a ne bořivě.“ (Křivohlavý, 2008, s. 11) Problém konfliktů nevězí v tom, že existují konflikty, ale v tom „jak“ tyto konflikty řešíme. Nejde ani tak o taktiku, kterou zvolíme, spíše o to, v jakém duchu jsou konflikty řešeny. V psychologické terminologii jsou konflikty řešení buď soupeřením (kompetitivně) nebo spoluprací (koope-
rativně), tzn. v přátelském duchu nebo nepřátelském duchu. Konflikty ničí naši radost ze života, odvalu se o něco pokusit, narušují dobré vztahy s lidmi, zanechávají jizvy a šrámy na duši atd. Je potřeba se naučit mít „vzhled“ do konfliktů, vidět to podstatné, tzn. naučit se „prorokovat“ - vidět dopředu, naučit se strategicky myslet a jednat. (Křivohlavý, 2008)



DEFINICE

Pojem **konflikt** znamená rozpor, spor, střetávání protichůdných tendencí (Hartl, Hartlová, 2000).

Křivohlavý (2008) hovoří o konfliktu jako o střetnutí dvou nebo více zcela nebo do určité míry navzájem se vylučujících či protichůdných snah, sil, potřeb, zájmů, citů, hodnot nebo tendencí. Tito si vzájemně konkurují, konfrontují a vzájemně se vylučují.

Konflikt představuje velkou zátěž pro lidskou psychiku, která se následně může projevit i psychosomaticky. Sám o sobě konflikt není negativním jevem, negativní jsou emoce, které jej provázejí. Konflikty bývají doprovázeny negativními emocemi jako jsou rozčilení, napětí, úzkost, strach, lítost, pocit viny, pocit křivdy, bezmoc, zlost a agrese. Ale konflikt může přinést i řadu pozitivních emocí a aspektů jako jsou uvolnění, uspokojení, aktivizaci sil nebo radost. V konfliktu se mísí prvky věcné i iracionální. Čím bližší a těsnější jsou vztahy mezi konfliktními stranami, tím je konflikt vyhocenější a závažnější. Pro zdárné vyřešení konfliktu je často nutné uvážit více alternativ. (Křivohlavý, 2008)

Konflikt se převážně vyvíjí v určitých předvídatelných stádiích. Konflikt často nepropuká náhle, ale postupně se vyvíjí:

1. předjímání, očekávání – konflikt ještě nenastal, ale připravuje se pro něj půda;
2. nevyjádřená neshoda – napětí roste, ale konflikt ještě není otevřený;
3. diskuse – zainteresované strany si sdělují názory;
4. konfrontace – otevřený konflikt – neshody se vyjasňují;
5. eskalace – destrukce – stupňování konfliktu;

6. deescalace – uklidnění/vyčerpání – je dosaženo nějaké řešení nebo obě strany jsou vyčerpané;
7. otevřený neproduktivní konflikt – obě strany zaujmou „zákopové“ postavení a válčí o své vítězství. (Matějková, 2007)

PŘÍPADOVÁ STUDIE



Žena (79 let, omezená hybnost dolních končetin, pohybuje se pouze s pomocí francouzských holí) po příchodu do zařízení prohlásila bez dalšího vysvětlování, že s některými pracovníky si určitě nebude rozumět. Při kontaktu s některými pracovníky klientka opakovaně projevuje svoji nespokojenost potřásáním hlavy a tichým mumláním. S některými pracovníky zcela odmítá spolupracovat, odmítá se převlékat nebo koupat. Sociální pracovnice se domluví s klientkou na individuálním rozhovoru, aby zjistila její důvody nespokojenosti. Klientka zpočátku odmítá komunikovat, odpovídá jednoslovně. Když sociální pracovnice položí otázku na spokojenost s pracovníky zařízení, tak klientka vybuchne, že s ní to řešit nebude, že chce mluvit s někým starším a zkušenějším. Klientka zvýšeným hlasem vyčítá sociální pracovníci, že nic neví o životě, že nemá žádné zkušenosti, jak může pracovat v takovém zařízení. Křik klientky přivolá vedoucí zařízení, která se k rozhovoru připojuje. Klientka obrací pozornost na vedoucí zařízení a opět zvýšeným hlasem si stěžuje, že jsou v zařízení zaměstnány „děti“, a že se odmítá s těmito pracovníky bavit, natož aby se před nimi svlékala. Vedoucí zařízení v klidu klientce vysvětluje, že mnozí pracovníci, z pohledu klientky „děti“, mají 35 a více let, všichni pracovníci mají příslušné vzdělání pro výkon své profese a mají dlouholetou praxi v sociálních službách. Pouze jedna pracovnice je absolventka, která v zařízení začíná. Klientka zlobně kroutí hlavou a hovoří o zkušenosti z jiného zařízení, kde velmi mladá pracovnice s ní jednala jako s kusem hadru, otevřeně se vysmívala jejímu stáří, a když si klientka stěžovala, tak to bylo ještě horší, nikdo ji nevěřil. Při popisování této zkušenosti se klientka rozplakala. Sociální pracovnice projevuje empatii k pocitům klienty a říká: „Chápu, že po této zkušenosti máte obavu, že by se mohlo takové jednání opakovat. Mohu vás ujistit, že můžete kdykoliv přijít za mnou nebo za paní vedoucí a stěžovat si na přístup pracovníků. Můžeme se dohodnout, že pokud to bude možné s ohledem na provoz zařízení, tak za vámi budou chodit věkově starší pracovníci. Pokud budete s něčím nespokojena, tak budu ráda, když o tom budu vědět a můžeme to hned řešit.“ Klientka souhlasí a již klidněji odchází na pokoj. V následujících týdnech je ještě ostražitá, ale postupně vlivem empatického přístupu pracovníků dokáže spolupracovat i s „mladšími“ pracovníky.

KONTROLNÍ OTÁZKA



Co je to konflikt?

3.2.1 DRUHY KONFLIKTŮ

Z obecného hlediska jsou konflikty děleny na:

- skrytý (latentní) nebo otevřený, případně násilný;
- názorový nebo mocenský;
- vnitřní (intrapersonální) nebo vnější (interpersonální).

Konflikty se podle počtu zúčastněných osob dělí na:

- intrapersonální konflikty – vnitřní, osobní konflikty jedné osoby;
- interpersonální konflikty – konflikty mezi dvěma lidmi;
- skupinové konflikty – konflikty uvnitř dané skupiny lidí;
- meziskupinové konflikty – konflikty mezi dvěma skupinami lidí;
- konflikt jedince se skupinou – zvláštní druh skupinového konfliktu.

Podle psychologické charakteristiky se konflikty dělí na:

- konflikty představ,
- konflikty názorů,
- konflikty postojů,
- konflikty zájmů. (Křivohlavý, 2008)

Otevřený konflikt pracovníka a klienta může vyvolat jednání, chování nebo reakce, která je dána na obou stranách množstvím faktorů. Jedná se např. o osobnostní dispozice, aktuální psychický stav, frustraci, nesplněné očekávání, absenci alternativních voleb, záměr jako prostředek k získání převahy, nedorozumění, chybné chápání chování, projevy a osobnost partnera v komunikaci, nezvládnutí aktuální role atd. (Fisher a kol., 2004)

Intrapersonální konflikty klienta mohou být spouštěči interpersonálních konfliktů mezi klienty a pracovníky. Jedná se o tyto **motivační konflikty**:

- konflikt dvou pozitivních motivů: **APETENCE – APETENCE** – klienta lákají dva cíle, ale nelze se věnovat oběma;

PŘÍPADOVÁ STUDIE

Klient (85 let) v pobytovém zařízení se chce večer dívat na dva zajímavé televizní programy zároveň, nedokáže si vybrat, je rozrušený a zlobí se na všechny kolem. Pracovník si ke klientovi sedá a ptá se ho, jaké programy ho zajímají. Nabízí mu, že se podívá, zdali některý z programů neběží ještě v jinou dobu v repríze. Společně se dívají na program a zjišťují, že opravdu jeden program běží hned další den dopoledne. Klient je spokojený, dívá se na vybraný program a jeho nálada se výrazně zlepšuje.

- konflikt dvou negativních motivů: **AVERZE – AVERZE** – klient se musí rozhodnout mezi dvěma negativními alternativami, často volí „menší zlo“ a různé formy úniku;

PŘÍPADOVÁ STUDIE

Klientka (78 let) by se ráda přestěhovala do jiného pokoje, protože má pocit, že ji současná spolubydlící bere věci a dělá naschvály. Zároveň ví, že je volné místo pouze na pokoji, kde bydlí klientka, která ji také nepřipadá příliš sympatická. Je z toho nešťastná, necítí se dobře a ztrácí zájem o jakékoliv aktivity. Pracovnice využije chvíli, kdy klientka sedí na zahradě a přisedne si k ní. Chvilí si povídají o květinách, klientka vzpomíná, jaké druhy pěstovala na své zahrádce. Pak se pracovnice zeptá na spokojenost klientky v zařízení. Klientka nejprve jen krčí rameny, ale když se pracovnice zmíní o tom, že slyšela o nějakých neshodách na pokoji, tak si klienta postěžuje, že ji spolubydlící bere bez dovolení časopisy a dělá naschvály. Nemluvila s ní o tom, raději se přestěhuje do jiného pokoje. Pracovníci zajímá, o jaké naschvály jde. Klientka popisuje, že měla několikrát schované papuče pod skříň. Zároveň se jí nechce moc stěhovat, už je v pokoji zvyklá, líbí se jí výhled a nechce znovu balit všechny své věci. Pracovnice pozorně naslouchá a pak klientce nabízí, že si se spolubydlící promluví. Klientka je ráda, že to někdo udělá za ni, nerada se hádá. Po rozhovoru pracovnice se spolubydlící vyšlo najevo, že klientka odložila časopisy na parapet a spolubydlící si myslela, že už je má přečtené. Papuče dávala pod skříň paní uklízečka, když vytírala. Pracovnice zorganizovala schůzku s klientkou i její spolubydlící, vysvětlila jim situace a dohodly se na pravidlech ohledně půjčování věcí. Klientka projevovala mírnou obavu, zdali to bude fungovat, ale zároveň byla ráda, že se nemusí stěhovat.

- konflikt mezi pozitivním a negativním motivem: **APETENCE – AVERZE** – klienta něco přitahuje, ale zároveň odpuzuje;



PŘÍPADOVÁ STUDIE

Klient (81 let) by si rád pohladil psa při canisterapii, ale zároveň se ho bojí, proto sedí opodál a jen psa pozoruje. Když se pracovník zeptal klienta na jeho zkušenosti s pejsky, klient se rozpovídal o tom, že doma měli vždy nějakého pejška malé rasy, protože se jako dítě (i dospělý) bál velkých psů. Přesto by chtěl psa pohladit, protože mu tady v zařízení kontakt s pejskem chybí. Pracovník jej ujistil, že terapeutický pes bude chodit do zařízení opakovaně, že se nejprve může jen dívat a až bude chtít, tak mu třeba podat míček. Vzhledem k mírné povaze psa už během krátké doby klient překonal obavy a s radostí mu házel míček. Když pak pes přišel k jeho židli a položil mu hlavu s míčkem do klína, klient se nejprve se staženým obličejem a třesoucí rukou lehce dotýkal jeho hlavy a pak se stále větším uvolněním si užíval hlazení.

- **dvojitý konflikt kladných a negativních motivů** (Křivohlavý, 2008).



PŘÍPADOVÁ STUDIE

Klientka (81 let) se donedávna ráda účastnila reminiscenční terapie, ale protože ji vede pracovník, se kterým měla na minulém setkání konflikt, odmítá nyní na terapii docházet. Později se ukázalo, že v právu byl pracovník, klientka však nerada přiznává chybu a obává se i posměchu ze strany ostatních klientů. Zároveň ji mrzí, že na terapii nechodí, protože se tam vřdycky hodně nasmála. Tento stav trval několik dní, poté pracovník vyhledal klientku a konflikt si vyjasnili. Ostatní klienti se ke konfliktu nevraceli a klientka mohla opět docházet na terapii.



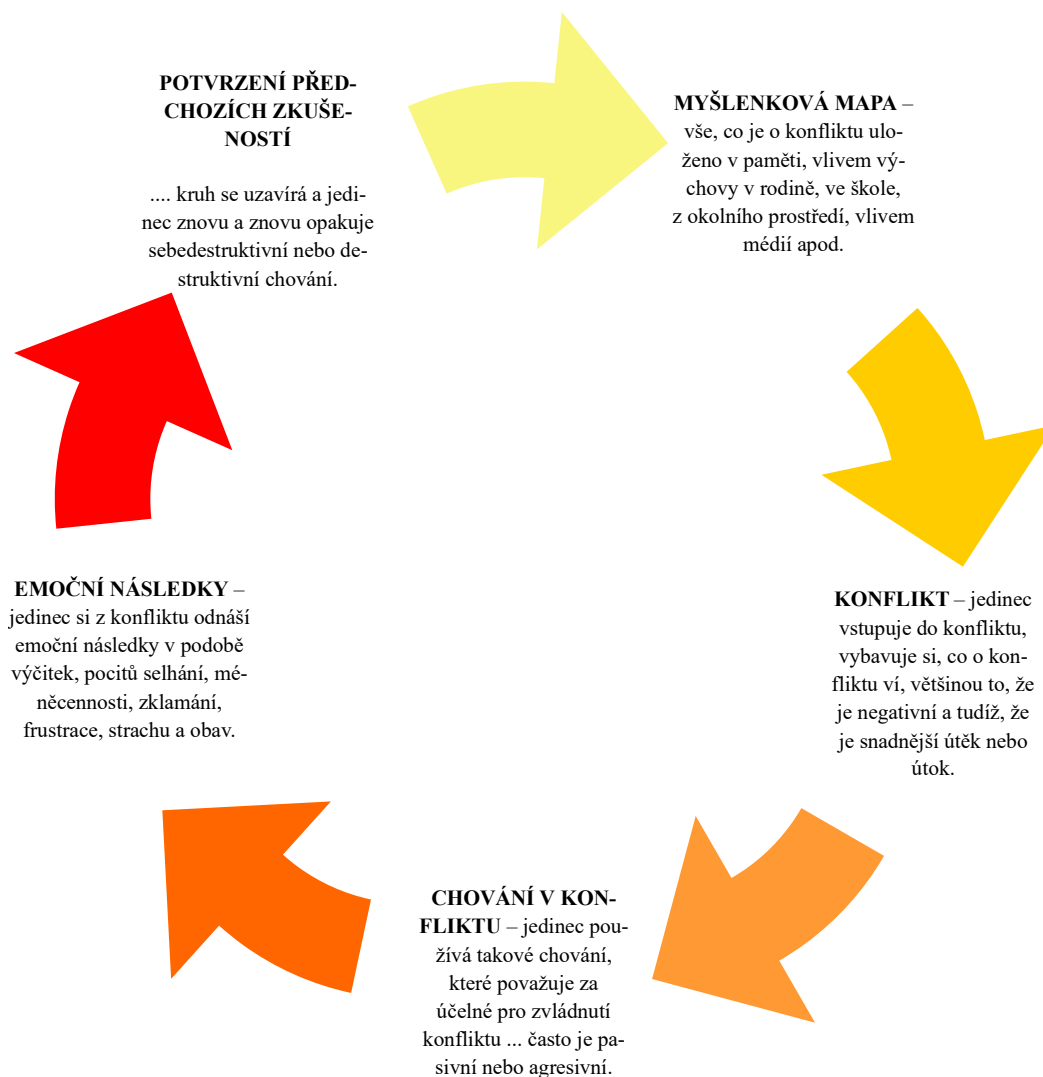
KONTROLNÍ OTÁZKY

Jaké jsou druhy konfliktů? K jakým motivačním konfliktům může docházet?

3.2.2 CYKLUS KONFLIKTU

Vývoj a průběh konfliktu lze popsat „začarovaným kruhem“. Tento neustále se opakující cyklus má 4 fáze. Na počátku (1. fáze) jsou postoje neboli myšlenková mapa o konfliktu v hlavě jedince. Myšlenková mapa se tvoří od narození jedince do současné doby, ukládá se zde vše, co jedinec zažil, všechny zkušenosti, vzory a vlivy z rodiny, ze školy, z pracovního prostředí, médií, z okolního prostředí i vlastní zkušenosti jedince. Při vstupu jedince do konfliktu (2. fáze) se v hlavě vynořuje vše, co jedinec o konfliktu ví, většinou se jedná o negativní myšlenky a jedinec volí v konfliktní situaci útěk nebo útok. Jedinec volí takové

chování v konfliktu, odezvu (3. fáze), které považuje za účelné. Poté si jedinec odnáší emoční následky (4. fáze) z prožitého konfliktu, často převažují negativní emoce v podobě výčitek, pocitů selhání, méněcennosti, zklamání, frustrace, strachu a obav. Tímto se kruh konfliktu uzavírá a jedinec si ukládá do své myšlenkové mapy další negativní zkušenost s konfliktem. S velkou pravděpodobností v průběhu příštího konfliktu opět použije sebedestruktivní nebo destruktivní chování a pomyslná smyčka se utahuje. Vyústěním začarovaného kruhu je psychické nebo psychické zhroutil jedince, ublížení na zdraví druhému jedinci nebo impuls k potřebě přerušit kruh a zahájení řešení konfliktu. (Kolektiv autorů, 2004)



Pokud se má jedinec poučit z konfliktu a změnit své vzory jednání, potřebuje k tomu udělat kroky:

1. **Uvědomění:** Jak obvykle reagujeme na konfliktní situaci? Jak se cítíme? Utíkáme nebo se bráníme? Popíráme, že se skutečně jedná o konflikt? Předpokládáme, že je konflikt neřešitelný? Co by pomohlo, aby se konflikt vyvíjel jinak? Na vědomé úrovni analyzujeme své vklady do konfliktu.

2. **Ochota – osobní angažovanost:** Ochota experimentovat a pracovat na nových přístupech v konfliktu. Ochota prozkoumat a změnit část našeho názorového systému, odložit neprospěšné postoje. Vidění konfliktu v novém světle.
3. **Dovednosti:** Pro efektivní zvládnutí konfliktu je nutné si osvojit nové dovednosti, rozvíjet schopnosti. Schopnost efektivní komunikace. Schopnost aktivního naslouchání. Asertivita. Další schopnosti a dovednosti, které nám pomohou zvládnout konflikt. (Kolektiv autorů, 2004)



KONTROLNÍ OTÁZKA

Co tvoří „začarovaný kruh“ konfliktu a jak z něj ven?

3.3 Strategie zvládnání a řešení konfliktů

Pro správné vyřešení konfliktní situace je nutné:

1. si vyjasnit, kdo je jejím účastníkem;
2. vědět, o co jde (jaký je předmět konfliktu);
3. oddělit podnět ke konfliktu od jeho vlastní příčiny;
4. zohlednit osobnosti účastníků;
5. určit společný cíl (řešení konfliktu) (John, 2006).

Z hlediska spolupráce pomáhajícího pracovníka a seniora je také důležité, aby v rámci řešení konfliktu pracovník:

- měl upřímnou snahu konflikt řešit;
- ujasnil si se seniorem v klidu situaci, která konflikt vyvolala;
- byl ochoten sebekriticky rozpoznat vlastní podíl na situaci, která nastala;
- zahájil aktivní řešení situace;
- vyřešený konflikt považoval za skončený. (Kelnarová, Matějková, 2009)

Model, který pomáhá uspořádat si myšlenky o individuálním chování v konfliktních situacích je dvojrozměrný a rozlišuje pět strategií zvládnutí konfliktu. První dimenzí je asertivita – míra, do jaké se jedinec pokouší uspokojit své vlastní zájmy. Druhou dimenzí je spolupráce – míra, do jaké se pokouší uspokojit zájmy protistrany.

Existuje pět základních strategií zvládnutí a řešení konfliktů:

1. **Soutěž – konkurence – prosazení se:** vysoká míra asertivity, nízká míra spolupráce. Jedinec se soustředí na vlastní zájmy na úkor zájmu ostatních.
2. **Snaha o vyhovění – přizpůsobení se:** nízká asertivita, vysoká míra spolupráce. Jedinec je ochoten obětovat vlastní zájmy pro zájmy ostatních, časem však narůstá pocit frustrace, vzniká vnitřní konflikt a jedinec obvykle žádá změnu.
3. **Snaha vyhnout se konfliktu – únik:** nízká míra asertivity i spolupráce, neschopnost spolupracovat. Jedinec je lhostejný ke svým zájmům i zájmům druhých, řešení odkládá.
4. **Kompromis:** stojí na pomezí asertivity a spolupráce, obě strany něco získají, v něčem ustoupí a zachovávají si do jisté míry i dobré vztahy. Jedinec má snahu o rychlé řešení a co nejrychlejší ukončení konfliktu, jeho potřeby a zájmy však byly uspokojeny jen zčásti.
5. **Spolupráce – konsenzus:** vysoká míra asertivity i spolupráce, cílem je uspokojit jak vlastní zájmy, tak zájmy druhé strany. Časově nejnáročnější strategie řešení konfliktů. Tato strategie je založena na naplnění zájmů, cílů a potřeb všech zúčastněných stran, řeší současnou situaci i budoucnost. (Plamínek, 2012)

Podstatou řešení konfliktů je efektivní komunikace. K efektivní komunikaci, která předchází a řeší konflikty, se řadí aktivní naslouchání, vyjadřování svých pocitů a potřeb (já-výrok), umění popisovat ne posuzovat, oznamovat informace, dávat možnost výběru, umění vyjádřit zpětnou vazbu.

Principy efektivní komunikace, které mohou jedinci pomoci ze začarovaného kruhu konfliktu:

- Držet se přítomnosti: jde o komunikaci o tom, co je „zde a teď“, o věcech, se kterými můžeme něco udělat v přítomnosti.
- Držet se problému – vyhnout se hodnocení osoby: tzn. vyhýbat se shazování a ironii, srovnávání a vydírání. Stačí konstatovat, v čem je problém a co je třeba udělat.
- Zprostředkovat smysluplnost: podávat především informace, sdělovat pocity a potřeby, omezit příkazy a pokyny, včetně řečnických otázek.

- Dávat prostor: nabízet spoluúčast na řešení nebo možnost volby, vyhýbat se vyhrožování, manipulaci k pocitům viny.
- Zaměřit se na pozitiva: pozitivní motivace je silnější než kritizování a hledání chyb.
- Vzít v úvahu emoce: dát nejdříve najevo snahu o porozumění, jak se druzí lidé cítí, jak se cítí sám jedinec, vyhýbat se srovnávání, zlehčování.
- Při sdělování požadavků šetřit slovy: vyhnout se kázání, litaniím, používat jasné výroky.
- Hlídat si tón hlasu: když nemůže být tón hlasu přívětivý a milý, měl by být alespoň věcný, ne nadřazenost a despekt. (Kopřiva a kol., 2006)

Konflikt může být vyřešen vyjednáváním, které je kombinací empatické komunikace a kreativní spolupráce. **Doporučení pro vyjednávání:**

- Vytvořit vhodné podmínky, tzn. místo a čas.
- Vyjádřit svoji upřímnou touhu po porozumění a vyjádřit respekt vůči názorům ostatních.
- Hledat, co mají účastníci konfliktu společného, identifikovat společný účel, sdílené hodnoty a cíle.
- Pozorně naslouchat, sbírat informace, nechat všechny aktéry vyslovit své obavy.
- Definovat problém.
- Respektovat účastníky, vyhnout se obviňování, osočování, nátlaku nebo zastrahování.
- Používat konstruktivní kritiku, nenechat emoce, aby ovládly komunikaci.
- Analyzovat problém, používat parafrázování a vyjasňující sdělení.
- Navrhovat řešení, apelovat na společný účel, sdílené hodnoty a cíle. (Špatenková, Králová, 2009)



PŘÍPADOVÁ STUDIE

Muž (74 let, dg. demence) se opakovaně dostává do konfliktu s dalšími klienty v zařízení, protože si nepamatuje, kam odložil své osobní věci a následně má pocit, že mu je ostatní klienti schovávají schválně nebo mu je ukradli. Pracovnice vstupuje do konfliktu ve chvíli, kdy klient křičí na ostatní klienty, že si to s nimi vyřídí. Pracovnice se klidným hlasem dotazuje klienta, co se stalo. Klient vykřikuje nadávky na ostatní klienty, že mu kradou věci a

dělají naschvály. Pracovnice se znovu klidně a přívětivě dotazuje, co se stalo, co klient hledá. Klient má tendenci poukazovat na všechno, co mu kdy ostatní klienti udělali. Pracovnice se opět klidným hlasem ptá, co hledá. Klient odpovídá, že brýle, protože si chce přečíst noviny. Pracovnice konstatuje, že tedy hledají brýle, a nabízí klientovi pomoc s jejich hledáním. Procházejí společně všechny místnosti zařízení, kde se klient pohyboval. Brýle nachází na okenním parapetu na WC, kam si je pravděpodobně sám klient odložil. Pracovnice říká klientovi: „To jsem ráda pane Z., že jsme vaše brýle našli.“ Klient je už klidný, nasazuje si brýle a jde si číst noviny.

KONTROLNÍ OTÁZKY



Jaké jsou základní strategie zvládnání a řešení konfliktů? Jaké principy efektivní komunikace mohou pomoci vyřešit konflikt?

3.4 Asertivita

Asertivita neboli přímé dospělé jednání, ukazuje možnosti, jak předcházet konfliktům i jak je řešit. Dává možnost opravdovějších mezilidských vztahů. Zvyšuje sebedůvěru u neprůbojných a zároveň umožňuje zachovávat lidskou důstojnost pro sebe i pro druhé lidi. Zahrnuje jak obsah, tak formu jednání, včetně mimoslovních projevů, jako jsou gesta, mimika a hlas. Asertivita se překládá jako zdravé, přiměřené sebeprosazení. (Medzihorský, 1991)

Praktické využití teorie mezilidské komunikace založené na asertivitě se snažil naučit své žáky Američan Salter (podle Capponi, Novák, 1992) již před padesáti lety. Salter své žáky učil spontánním reakcím, přiměřenému projevu emocí, umění dát najevo svá přání a požadavky. Učil je vyjádřit vlastní stanovisko, nebát se oponovat, vyrovnat se s kritikou, umět požádat o laskavost, hledat kompromisy, aniž by tím byla dotčena práva druhých nebo vlastní.

Mnoho lidí se nerado vyjadřuje jasně a jednoznačně. Neumí vznést konkrétní požadavek nebo prosbu. Takoví lidé jsou často mistry v manipulování s náznaky. Manipulační chování je protipólem asertivity. Manipulace je ovlivňování druhých pomocí různě skrytých a nepřímých manévřů, které vyvolávají pocity viny a zlosti. Záludnost manipulace spočívá v tom, že na první pohled nemusí být jasné, o co jde. Přesto ten, kdo je manipulován, intenzivně prožívá narušení svých práv. Asertivita se zcela jednoznačně staví proti jakékoliv formě manipulace.

Pro lepší pochopení a porozumění asertivnímu jednání je důležité umět jej odlišit od agresivity a pasivity.

Agresivní jednání znamená, že člověk trvá na svých právech, ale dělá to takovým způsobem, který poškozuje práva druhých. Ignoruje nebo odmítá potřeby, názory, pocity a přesvědčení druhých. Vyjadřuje vlastní potřeby a názory nevhodným způsobem – bez ohledu na ostatní. Agresivní jednání vyvolává u druhých lidí buď protiútok nebo pasivitu. Pro mezilidskou komunikaci není ani jedno žádoucí. (Medzihorský, 1991)

Pasivní jednání chutná hořce. Člověk netrvá na svých právech nebo se chová takovým způsobem, že je ostatní mohou přehlédnout. Pasivně se člověk chová, když proti své vůli podlehne manipulaci, ustupuje, nedokáže prosadit svůj názor, nejde za svým, ale pak toho lituje, pociťuje ztrátu vlastní hodnoty.

Asertivní jednání není ani pasivní ani agresivní. Člověk trvá na svých vlastních právech způsobem, který nepoškozuje práva druhých a nesnižuje jejich důstojnost. Vyjadřuje vlastní pocity, potřeby, názory a přesvědčení jasně, přímo, čestně a přijatelným způsobem. Asertivita je především kontrola sebe sama a poctivost vůči sobě samotnému. Ve svém důsledku je asertivita víc než pouze způsob jednání – je to způsob myšlení, způsob pohledu na svět.

Asertivní práva má každý z nás a jejich cílem je zabránit manipulativnímu chování druhých lidí vůči nám (Medzihorský, 1991). Jsou to však naše práva a ne povinnosti. Záleží tedy na každém z nás, zda se v dané situaci rozhodneme jednat asertivně nebo ne. Morálním předpokladem asertivního jednání je plnění vlastních povinností a respektování skutečnosti, že druzí lidé mají stejná práva jako my.

Deset základních asertivních práv:

1. Mám právo sám posuzovat své vlastní chování, myšlenky, city a pocity a být za ně zodpovědný.
2. Mám právo nenabízet žádné omluvy či výmluvy ospravedlňující mé chování.
3. Mám právo posoudit, zda a nakolik jsem zodpovědný za řešení problémů druhých lidí.
4. Mám právo změnit svůj názor.
5. Mám právo říct „já nevím“.
6. Mám právo být nezávislý na dobré vůli ostatních.
7. Mám právo dělat chyby a být za ně zodpovědný.
8. Mám právo dělat nelogické rozhodnutí.

9. Mám právo říct „já ti nerozumím“.
10. Mám právo říct „je mi to jedno“. (Vybíral, 2005)

Podle Vybírala (2005) je asertivita terapeutickou technikou pro naši komunikaci, celou sadou dílčích technik. Podstatou je její věcný a neústupný komunikační styl, ale také tzv. podpůrný vztah k partnerovi v komunikaci a vědomé vyhýbání se komunikačním podražkům, např. uraženému mlčení.

Vybíral (2005) popisuje **šest základních asertivních technik** (doporučení), které byly zformulovány v samých počátcích rozvoje asertivity:

1. Vyjadřujte své pocity, např. „to se mi nelíbí“.
2. Vaše mimika má odrážet, co cítíte.
3. Návčik nesouhlasu; nebojte se říci „ne“.
4. Technika užívání slova „já“.
5. Technika „přijímání pochvaly“.
6. Nebojte se improvizovat a jednat spontánně.

V praxi **nejčastěji používané asertivní techniky**, které vedou k domluvě, ke kompromisu nebo k prosazení svého oprávněného požadavku (Janiš, Bártová, 2005):

- využití pozitivní a negativní zpětné vazby,
- asertivní vyjádření ne či ano,
- pokažená gramofonová deska,
- otevřené dveře,
- sebeotevření,
- volné informace,
- negativní aserce,
- negativní dotazování,
- selektivní ignorování,
- přijatelný kompromis.



KONTROLNÍ OTÁZKY

Co je to asertivita? Jaký je rozdíl mezi agresivním, pasivním a asertivním jednáním?

Jaká máme asertivní práva?

Jaké jsou asertivní techniky?



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Proveďte analýzu konfliktní komunikace s klientem – seniorem. Popište, jak se konflikt vyvíjel, co předcházelo konfliktu a jak byl konflikt vyřešen. Jaké strategie konflikt prohlubovaly a co vedlo k řešení? Jaké jiné strategie řešení konfliktu byste mohli využít? Jak preventivně předcházet podobnému konfliktu?



SHRNUTÍ KAPITOLY

Třetí kapitola studenty seznámila s překážkami – bariérami, které vstupují do komunikace mezi pracovníkem a seniorem, a mohou být příčinou konfliktů. Kapitola je zaměřena na pojmenování druhů a příčin konfliktů, popisuje cyklus konfliktu, a především nastiňuje strategie efektivní komunikace, jak vzniklé konflikty řešit, včetně asertivního jednání.



ODPOVĚDI

Jaké bariéry v komunikaci mezi pracovníkem a seniorem mohou vést ke konfliktu?

- bariéry na straně klienta, na straně pracovníky, bariéry prostředí.

Co je to konflikt?

- Pojem konflikt znamená rozpor, spor, střetávání protichůdných tendencí. O konfliktu se hovoří jako o střetnutí dvou nebo více zcela nebo do určité míry navzájem se vylučujících či protichůdných snah, sil, potřeb, zájmů, citů, hodnot nebo tendencí. Tito si vzájemně konkurují, konfrontují a vzájemně se vylučují.

Jaké jsou druhy konfliktů? K jakým motivačním konfliktům může docházet?

- z obecného hlediska: skrytý x otevřený, názorový x mocenský, vnitřní x vnější,

- podle počtu osob: intrapersonální, interpersonální, skupinové, meziskupinové, konflikt jedince se skupinou,
- podle psychologické charakteristiky: konflikty představ, názorů, postojů, zájmů.
- Motivační konflikty jsou konflikty dvou pozitivních motivů, dvou negativních motivů, pozitivního a negativního motivu a dvojitý konflikt kladných a negativních motivů.

Co tvoří „začarovaný kruh“ konfliktu a jak z něj ven?

- Jedná se o opakující se cyklus, který tvoří myšlenková mapa, chování v konfliktu, odezva na chování, emoční následky.
- Nutné jsou tři kroky – uvědomění, ochota, dovednosti.

Jaké jsou základní strategie zvládnání a řešení konfliktů? Jaké principy efektivní komunikace mohou pomoci vyřešit konflikt?

- Soutěž, přizpůsobení se, únik, kompromis, spolupráce.
- Držet se přítomnosti, držet se problému, zprostředkovat smysluplnost, dávat prostor, zaměřit se na pozitiva, vzít v úvahu emoce, při sdělování požadavků šetřit slovy, hlídat si tón hlasu.

Co je to asertivita? Jaký je rozdíl mezi agresivním, pasivním a asertivním jednáním?

- Asertivita je zdravé, přiměřené sebeprosazení. Agresivní jednání znamená, že člověk trvá na svých právech, ale dělá to takovým způsobem, který poškozuje práva druhých. Pasivně se člověk chová, když proti své vůli podlehne manipulaci, ustupuje, nedokáže prosadit svůj názor, nejde za svým, ale pak toho lituje, pociťuje ztrátu vlastní hodnoty. Asertivní člověk trvá na svých vlastních právech způsobem, který nepoškozuje práva druhých a nesnižuje jejich důstojnost.

Jaká máme asertivní práva?

- Máme právo: posuzovat své vlastní chování, myšlenky, city a pocity a být za ně zodpovědný; nenabízet žádné omluvy či výmluvy ospravedlňující mé chování; posoudit, zda a nakolik jsem zodpovědný za řešení problémů druhých lidí; změnit svůj názor; říct „já nevím“; být nezávislý na dobré vůli ostatních; dělat chyby a být za ně zodpovědný; dělat nelogické rozhodnutí; říct „já ti nerozumím“ ; říct „je mi to jedno“.

Jaké jsou asertivní techniky?

- Asertivní techniky: využití pozitivní a negativní zpětné vazby, asertivní vyjádření ne či ano, pokažená gramofonová deska, otevřené dveře, sebeotevření, volné informace, negativní aserce, negativní dotazování, selektivní ignorování, přijatelný kompromis.
-

4 KOMUNIKACE SE SENIORY S PORUCHOU KOMUNIKACE, VĚDOMÍ A RŮZNÝMI TYPY POSTIŽENÍ

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Čtvrtá kapitola nabízí studentům přehled vhodných přístupů a komunikačních strategií v komunikaci s klienty s narušenými komunikačními dovednostmi, poruchou vědomí nebo různými typy postižení, včetně klientů – seniorů pod vlivem návykových látek. Znalost alternativních a augmentativních komunikačních technik, používání vhodných komunikačních strategií a dodržováním doporučených zásad s ohledem na specifika seniorů s konkrétními typy postižení pracovník výrazně snižuje problematické chování seniorů a riziko vzniku konfliktů. Pro lepší pochopení problematiky komunikace s klienty s vybranými typy postižení je vhodné si současně nastudovat specifika jednotlivých typů postižení, která nabízí speciální pedagogika.

CÍLE KAPITOLY



Student po prostudování této kapitoly:

- orientuje se v alternativních a augmentativních komunikačních technikách;
- zná zásady komunikace se seniory s narušenými komunikačními schopnostmi;
- dokáže použít efektivní komunikační strategie s konkrétním klientem;
- dokáže předcházet problematickému chování seniorů a konfliktům vhodným přístupem.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



alternativní metody, augmentativní techniky, zásady komunikace, porucha komunikace, porucha vědomí, demence, tělesné postižení, dlouhodobé onemocnění, porucha zraku, porucha sluchu, demence, senior pod vlivem návykové látky.

4.1 Alternativní a augmentativní komunikační techniky

„Jsme vyčerpaní tehdy, mluvíme-li s lidmi, a přesto se s nimi uvnitř, ve svém srdci, nesetkáváme. Když jeden z nich nebo oba dva jsou z nějakého důvodu nepřístupní. V těch případech, kdy máme to štěstí, že se s někým skutečně setkáme, není tu vůbec otázka únavy. Oba se cítíme osvěženi, protože se něco stalo. Je to, jako by se otevřely dveře.“ (De Castillejo in Zgola, 2003)



DEFINICE

Alternativní techniky komunikace = náhradní metody komunikace. **Augmentativní komunikační techniky** = doplňující metody komunikace.

U seniorů s těžkými poruchami expresivní řeči hledat alternativní a augmentativní metody/techniky komunikace. Pro některé klienty může být alternativní a augmentativní komunikace (dále jen AAK) dočasným komunikačním prostředkem, pro jiné trvalým. Klienti s poruchou komunikace, u kterých se AAK používá, se postupně stávají klidnější, vyrovnanější, šťastnější, ale i aktivnější. (Malíková, 211)

K alternativním augmentativním komunikačním metodám patří **usnadňovaná komunikace**. Usnadňovanou komunikaci rozpracovala jako komunikační metodu Australanka Rosemary Crossleyová v roce 1987, ve Francii pak metodu usnadňované komunikace rozšířila logopedka Anne-Marguerite Vexiau. Cílem této metody je umožnit nekomunikujícím osobám vlastní vyjádření prostřednictvím obrázků, písmen, slov, předmětů nebo i klávesnice. Při usnadňované komunikaci úzce spolupracuje klient a komunikační partner, tzv. „usnadňovatel“, který drží klienta za ruku a doprovází jeho pohyb k předmětu, obrázku, slovu nebo klávesnici. Usnadňovatel však musí respektovat pohyby klienta, nevede ho, jen klienta v jeho vyjádření doprovází. (Malíková, 2011)

AAK zahrnuje podle Malíkové (2011) využití těchto prostředků a způsobů:

- piktogramy (psané, kreslené, tištěné),
- piktogramy Mayer-Johnson (cca 300 piktogramů zpracovaných ve formě softwaru),
- komunikační systém Bliss (Blissovy symboly),
- vlastní obrázkové symboly,
- znaková řeč Makaton,
- augmentativní komunikace osob s afázií.

KONTROLNÍ OTÁZKY



Co je to alternativní a augmentativní komunikace? K čemu slouží?

4.2 Komunikace se seniory s poruchou komunikace nebo vědomí

Při komunikaci se seniory se pracovníci mohou setkat s problémy v komunikaci, které jsou zapříčiněny poruchou komunikace nebo poruchou vědomí klienta. Při prvním setkání se seniorem si pracovník při komunikaci všímá, zdali klient vidí a slyší, zda používá kompenzační pomůcky pro čtení či naslouchání, zdali se orientuje v místě, prostoru, čase a osobě, a jak sdělení klienta odpovídá realitě. Je nutné mít stále na zřeteli, že se může jednat o klienty se sníženou soběstačností vlivem věku, chronického onemocnění nebo o klienty se širokou škálou zdravotního postižení. Vzhledem k různorodosti postižení u seniorů se může pracovník setkávat se specifickými problémy v interpersonální komunikaci. U jednotlivých skupin seniorů s různými druhy postižení je možné stanovit určitá obecná specifika jejich komunikace a sestavit obecné strategie pro komunikaci. Volba správného přístupu a vhodné komunikace výrazně ovlivňuje prožívání klientů, jejich spokojenost a nespokojenost, a tedy jejich ochotu spolupracovat. Klienti – senioři se nacházejí v náročné či tíživé osobní a zdravotní situaci, která je často prognosticky nepříznivá a různě komplikovaná. Z toho důvodu jsou senioři více vnímavější vůči chování pracovníků, jejich přístupu, verbálním a neverbálním projevům. (Malíková, 2011)

Malíková (2011) dělí neformálně klienty s problémem v komunikaci do tří kategorií a specifikuje i přístupy k těmto klientům:

1. **Klient s poruchou komunikace se zachovaným vědomím:** klient je při vědomí, zcela se orientuje a uvědomuje si svoji situaci, ale verbálně nekomunikuje. Příčinou může být cévní mozková příhoda, neurologické onemocnění, nemoc či pooperační stav hrtanu nebo hlasivek.

Přístup: klient je schopen komunikovat neverbálně gesty, mimikou, kýváním hlavy apod.), za pomoci elektronických komunikačních tabulek, počítačového vybavení, metody usnadňované komunikace, piktogramů nebo znakové řeči. K podpůrným opatřením se řadí bazální stimulace, techniky kraniosakrální terapie, zooterapie, muzikoterapie aj.

2. **Klient s poruchou komunikace a vědomí:** nejčastější příčinou tohoto stavu u seniorů je demence. Klient může být schopen pohybu a provádění některých běžných činností, ale nemá své jednání pod vědomou kontrolou. Často se jedná o ležící, částečně nebo úplně imobilní a závislé klienty.

Přístup: komunikaci lze zprostředkovat reminiscencí, užíváním piktogramů, nebo usnadňovanou komunikací, metodou validace, preterapie, intuitivní techniky, rezoluční terapie. K dalším podpůrným opatřením se řadí bazální stimulace, techniky kraniosakrální terapie, zooterapie, muzikoterapie aj.

3. **Klient bez verbální komunikace s těžkou poruchou vědomí:** klient komunikuje nesrozumitelně, ojediněle nebo vůbec, jeho verbální projevy jsou na úrovni zvuků a slabik. Klient není orientován v čase, místě ani prostoru. Příčinou může být u seniorů pokročilé stádium demence, neurologické onemocnění, stav po velmi těžké cévní mozkové příhodě apod. Do této kategorie se řadí klienti ležící, nesoběstační, plně závislí na péči okolí.

Přístup: komunikace je možná pomocí intuitivních technik, využitím dotyků. K dalším podpůrným opatřením se řadí bazální stimulace, techniky kraniosakrální terapie, aromaterapie, zooterapie, muzikoterapie aj.

Zásady komunikace s klientem s řečovým deficitem formulují Špatenková a Králová (2009):

- dopřejte klientovi dostatek času, aby informaci přijal a formuloval myšlenku;
- zaměřte se na ty komunikační dovednosti, které klient má a rozvíjejte je;
- používejte dostatečně neverbální komunikaci;
- buďte flexibilní, zkoušejte další možnosti komunikace s klientem;
- mluvte krátce a k věci;
- oceňte klientovu snahu, případné pokroky, pochvalte ho;
- používejte laskavý humor pro odlehčení náročných situací;
- vyhledejte konzultaci s logopedem a společně hledejte adekvátní způsoby komunikace s daným klientem.

4.3 Zásady komunikace se seniory s tělesným postižením a dlouhodobým onemocněním

Jedná se o klienty s různými podobami vrozeného či získaného narušení tělesné konstituce (např. chybějící končetiny nebo jejich části, rozštěpové vady, deformity páteře, pohybová omezení zapříčiněná centrálními nebo periferními obrnami často spojená s narušením řečových schopností apod.).

Zásady efektivní a smysluplné komunikace:

- zjistit rozsah postižení a možná komunikační omezení,
- vytvořit prostor bez bariér fyzických i psychických,
- dát dostatek času k formulaci sdělení,
- pozorně naslouchat a ověřovat si porozumění,
- s klientem na vozíčku komunikovat ve stejné úrovni očí, neopírat se o vozík, nemani-
pulovat s vozíkem bez vědomí a žádosti klienta,
- pokud je klient na lůžku, nestůjte nad ním, ale posaďte se,
- asistenčního psa klienta nikdy nehladit, nekrmit a nevolat na něj bez dovolení kli-
enta,
- využívat v hojné míře neverbální formy komunikace (mimika, gesta, obrázky, pik-
togramy aj.),
- nepředpokládat automaticky, že tělesné postižení znamená i postižení intelektu a
myslů. (Honzák, 1999; Slowík, 2010)

4.4 Zásady komunikace se seniory s poruchou sluchu

K vhodným komunikačním strategiím patří:

- zajistit klidné prostředí bez rušivých podnětů;
- navázat a udržovat oční kontakt;
- vyslovovat zřetelně, přesně, pomalu artikulovat;
- komunikovat tváří v tvář s klientem, zajistit dostatek světla, aby byla vidět ústa mlu-
vícího, plnovous nebo zakrývání úst rukou vytváří komunikační bariéry;
- používat krátké věty s jednoznačným významem;
- sdělení doplnit gestem, názornou ukázkou nebo pomůckou;
- ptát se, ověřovat, zdali klient rozuměl a nechat klienta sdělovat, jak pochopil infor-
maci, vyhýbejte se odborné terminologii;
- všímat si neverbálních projevů klienta;
- dát čas a poskytnout možnost oddechu;

- pochvalte klienta a nelekňte se velmi expresivního stylu odpovědi. (Honzák, 1999; Venglářová, Mahrová, 2006; Klevetová, Dlabalová, 2008)

4.5 Zásady komunikace se seniory s poruchou zraku

Klienti se poruchami zraku vyžadují specifické komunikační strategie:

- omezit rušivé podněty;
- navázat komunikaci s klientem jako první;
- komunikovat přímo s nevidomým, ne s jeho doprovodem;
- představit se jménem i funkcí;
- klást důraz na oslovení spolu s pevným dotykem (rameno, loket);
- seznámit klienta s prostředím, popsat místnost, upravit nebo odstranit překážky;
- nepohybovat se po místnosti tiše, dávejte o sobě srozumitelně vědět, informujte klienta o tom, kdo přišel nebo odešel z místnosti;
- popisovat slovy vše, co se děje, co dělá/udělá pracovník, poskytovat informace o prováděném výkonu (popsat předměty, barvy, tvary, materiál aj.);
- používat přesné výrazy, ale jinak mluvíte normálně;
- využívat hmatových schopností klienta, dle možností nechat písemné materiály vyhotovit v Braillově písmu;
- při písemné komunikaci psát velkým tiskacím písmem, využít kontrastů (tmavý fix na bílém papíru);
- vyvarovat se přílišných projevů soucitu;
- vždy se zeptat, zda potřebuje klient pomoc, s čím a jak;
- nemluvit na vodícího psa, nekrmit, nedotýkat se jej bez vědomí klienta, pes je „v práci“;
- upozornit na odchod, rozloučit se stejným dotykem jako při seznamování. (Honzák, 1999; Venglářová, Mahrová, 2006; Klevetová, Dlabalová, 2008; Špatenková, Králová, 2009; Slowík, 2010)

4.6 Zásady komunikace se seniory s demencí

Demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních funkcí, tj. poznávacích funkcí, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím, cílené chování apod. Při demenci jsou postiženy funkce paměti, pozornosti, vnímání, řečové funkce, exekutivní (výkonné) funkce apod. U demencí se vyskytují tři základní okruhy postižení, kdy se tyto okruhy navzájem prolínají, jedná se o postižení kognitivních funkcí, postižení aktivit denního života a behaviorální a psychologické příznaky. (Jirák a kol., 2009)

K problémovému chování u klientů s demencí patří např. bránění v péči, agitovanost, (pod)večerní stavy zmatenosti, toulání se a bloudění, poruchy spánku, psychotické příznaky, misidentifikace, deprese a úzkost. Úzkost se u klientů s demencí vyskytuje již v počátečním stádiu, kdy si jedince ještě neuvědomuje svůj kognitivní deficit, ale úzkostně reaguje na pocit, že „něco není v pořádku“. Agresivita u klientů s demencí může být projevem psychotické symptomatiky, deprese nebo nepochopené manipulace ze strany pečujících. Lidé s demencí často mají tendenci zrcadlit chování svých pečujících. (Jirák a kol., 2009)

V případě náhlého propuknutí obtížného a problematického chování u seniora je potřeba, aby pracovníci zachovali pozitivní vztah a aby si klient udržel pocit kontroly nad svou situací. Znamená to:

- udržet pozornost klienta prostřednictvím očního kontaktu, klidným a přátelským postojem,
- neptat se a nežádat vysvětlení jeho chování,
- vyhýbat se boji o moc,
- nekritizovat a nenapomínat klienta.
- pomoci klientovi uchovat si svoji tvář,
- rozpoznat a potvrdit emoce, které klient vyjadřuje,
- nabídnout klientovi smysluplnou alternativu, případně svoji účast, odvrátit pozornost klienta, převést ji k pozitivnější činnosti. (Zgola, 2003)

Pro minimalizaci budoucího výskytu problémů je potřebné, aby pracovník:

- identifikoval, co bylo spouštěčem chování,
- identifikoval své vlastní pocity týkající se problematického chování a analyzoval, jak s nimi naložil,

- svěřil tuto informaci svému týmu a identifikoval, které změny prostředí by mohly výskyt podobných incidentů redukovat. (Zgola, 2003)



PŘÍPADOVÁ STUDIE

Muž (81 let, dg. demence) v jídelně začal vztekle házet příborem a shodil na zem i talíř. Pracovnice si vzala klienta stranou a začala v klidu zjišťovat, co se děje. Klient se po krátké chvíli uklidnil a pracovnice tak mohla zjistit, že v danou chvíli zapomněl, jak se jí příborem, a to ho znejistilo a zároveň naštvalo, cítil se naprosto bezmocný. Domluvili se, že může jíst lžící, poté klient v klidu snědl své jídlo.

Pro efektivní komunikaci s klientem s demencí je potřeba se řídit čtyřmi principy (Zgola, 2003):

1. Klient s demencí má potřebu zvláštní komunikace, která je důsledkem jeho emoční závislosti, neschopnosti dělat ústupky a přizpůsobit se.
2. Zodpovědnost za to, aby tato osoba rozuměla a bylo rozuměno jí, leží na pracovníkovi.
3. Nejdůležitějším úkolem pracovníka je nastolit a podporovat partnerství, vzájemnou úctu a důvěru.
4. Klient má skutečnou a nepomíjivou poruchu komunikace. Není v moci pracovníka zařídit, aby porucha zmizela, ale může použít k překonání specifických problémů účinné strategie.

Jiráček a kol (2009) doporučují v péči o klienta s demencí využívat tyto strategie:

- přistupovat ke klientovi otevřeně, přátelsky a laskavě – i přes naléhavost situace nebo vlastní rozčilení, vytvořit vstřícnou atmosféru,
- zajištění péče o celkový tělesný stav,
- bezpečné a vhodné prostředí,
- vyvarovat se spěchu, nepřeceňovat síly klienta,
- úkoly členit do malých, jednoduchých kroků, kterým klient rozumí,
- hlasité a jednoznačné vyjadřování, komunikace z očí do očí,
- předcházet selhání, spouštěčům úzkosti a agrese, eliminace stresorů,

- nezesměšňovat, nevyčítat,
- vyvarovat se negativních emocí, podráždění,
- klid, vlídnost, trpělivost,
- vhodné techniky: masáže, aromaterapie, multisenzorická stimulace, pet terapie, muzikoterapie a tanec,
- edukace rodinných příslušníků a pečujících.

K hlavním zásadám komunikace se seniory s demencí patří:

- vytvoření vhodných podmínek pro komunikaci, bez rušivých vlivů a šumů,
- na začátku rozhovoru oslovit klienta jménem, dbát na správné oslovení seniora dle jeho přání,
- představit se, včetně své role a vztahu vůči klientovi, sdělit cíl návštěvy nebo setkání,
- „připojení se“ ke klientovi – navázat kontakt skrze významné situace a zážitky, osoby a činnosti v minulosti seniora,
- ověření, že pracovník věnuje probíhajícímu rozhovoru veškerou pozornost – pozornost pracovníka a zaměřená energie pomáhá soustředit se klientovi,
- používejte popisný jazyk, tzn. pojmenovávejte, co děláte vy, co má dělat klient,
- držte se jen jednoho tématu, mluvíte o tom, co se děje „tady a teď“,
- nekladte nadbytečné otázky,
- hovořit v jednoduchých větách, srozumitelně a pomalu, vždy jen jedna věta v jednu chvíli, každá instrukce by měla zahrnovat pouze jeden krok,
- udržovat oční kontakt a trpělivě opakovat informace,
- informace dávkovat po malých částech, průběžně ověřovat porozumění,
- když klient nerozumí, pokusit se říct totéž jiným způsobem,
- používat výrazy, které senior zná a nejčastěji používá, neopravujte klienta, pokud něco řekne nesprávným způsobem,
- využívat vhodné alternativní formy komunikace (piktogramy aj.), využívat několika komunikačních kanálů zároveň,

KOMUNIKACE SE SENIORY S PORUCHOU KOMUNIKACE, VĚDOMÍ A RŮZNÝMI TYPY POSTIŽENÍ

- využívat řeč těla, např. jemný dotyk, držení za ruku, ale ne dříve, než dá klient svolení vstoupit do jeho osobního prostoru,
- sdělovat a popisovat činnost pracovníka, informovat seniora o čase a prostoru,
- přijímat iniciativy klienta a reagovat na ně než přicházet s řadou vlastních iniciativ,
- pokud klient reaguje negativně nebo je nervózní, nezačínat spor a vyhnout se domluvám,
- pokud to lze, ignorovat nevhodné chování, nekárat seniora za jeho nedostatky,
- k vyjádřeným emocím klienta se stavět s účastí a klidně jej směřovat na pohodlné místo nebo k činnosti, která jej uklidní,
- být pro klienta zdrojem pohody a bezpečí, ne protivník.
- povzbuzujte klienta, dávejte mu najevo, co dělá správně, dávejte mu konkrétní zpětnou vazbu,
- komunikujte s klientem s demencí jako s dospělým. (Zgola, 2003; Koběrská a kol., 2003; Venglářová, Mahrová, 2006; Klevetová, Dlabalová, 2008; Slowík, 2010)



PŘÍPADOVÁ STUDIE

Žena (78 let, dg. demence) pravidelně ráno odchází z pokoje v pyžamu a hledá východ z budovy. Nová pracovnice klientku nezná a přes chodbu na ni volá: „Kam jdete paní X.? Klientka se zarazí a vyhrne, že jde za manželem. Pracovnice ji na to říká: „To nemyslíte vážně? Ted’? Vraťte se do pokoje paní X., za chvíli bude snídaně.“ Klientka se dá do pláče a odmítá se vrátit do pokoje. Starší pracovnice si ke klientce sedá, dotýká se její ruky a podává ji papírový kapesník. Klidným hlasem ji vysvětluje, že za manželem půjde v neděli (klientka chodí na hřbitov každou neděli). „Dnes je čtvrtek paní X., je půl osmé, už se podává snídaně. Dneska je ta výborná jahodová marmeláda, kterou máte paní X. tak ráda. Pojdte, doprovodím vás do pokoje.“ Klientka se postupně uklidňuje a odchází do pokoje se připravit na snídani.

4.7 Zásady komunikace se seniory s duševním onemocněním nebo s mentálním postižením

Komunikační obtíže seniorů s duševním onemocněním se mohou projevat velmi různorodým způsobem podle konkrétní diagnózy. Například u klientů s psychózami se může objevovat snížená, opožděná nebo i narušená schopnost reagovat na okolí, neschopnost

přijímat, zpracovávat i dávat informace, narušené vnímání sebe a okolí, paranoia, psychomotorický neklid, halucinace (sluchové, zrakové, taktilní, čichové), narušený obraz reality, poruchy myšlení, izolace od lidí apod. (Venglářová, Mahrová, 2006)

K obecným zásadám komunikace patří:

- příprava na rozhovor, vytvoření klidného a bezpečného místa,
- představení všech zúčastněných, zdůvodnění jejich přítomnosti, jasné pojmenování cíle setkání,
- empatické a pozorné naslouchání a reagování na specifické potřeby klienta,
- chovat se ke klientovi dle jeho věku,
- oslovovat přímo klienta, ne doprovod,
- přizpůsobit sdělení mentální úrovni seniora,
- vést kratší, ale častější rozhovory,
- volit krátké a jasné věty, nepoužívat cizí výrazy, abstraktní pojmy, zkratky apod.,
- mluvit pomalu a průběžně ověřovat porozumění,
- opakujte otázky a instrukce tolikrát, kolikrát je to zapotřebí,
- trpělivý přístup, poskytnout dostatek času na odpověď,
- podpořit verbální komunikaci neverbální, respektovat osobní zónu klienta, využívat nenucený oční kontakt,
- nemanipulovat s klientem, nenaléhat, nepřesvědčovat,
- na závěr vše shrnout, poděkovat za spolupráci. (Honzák, 1999; Venglářová, Mahrová, 2006; Slowík, 2010)

4.8 Zásady komunikace se seniorem pod vlivem návykových látek

Se závislostmi na návykových látkách (včetně zneužívání léků) se můžeme setkat i v seniorském věku. Funkce vnímání a pozornosti, které jsou negativně ovlivněny stářím, jsou navíc vlivem návykových látek ještě více otupělé a narušené.

K charakteristickým znakům nadužívání alkoholu patří kolísání nálad, rozlady, úzkosti, bolesti hlavy, nespavost, poruchy trávení, poruchy paměti, okénka, malátnost, nervozita,

KOMUNIKACE SE SENIORY S PORUCHOU KOMUNIKACE, VĚDOMÍ A RŮZNÝMI TYPY POSTIŽENÍ

nejistota, halucinace, vidiny, hlasy, paranoia apod. (Venglářová, Mahrová, 2006) Klient se může chovat euforicky, nebezpečně, agresivně nebo může být somnolentní, upadnout do soporu či kómatu. U chronicky závislých klientů dochází k poruchám intelektu, k tělesným poruchám, agresivním útokům, případně v souvislosti s depresí i k sebevražedným pokusům. Konečným stadiem závislosti na alkoholu jsou alkoholické psychózy a demence. (Kelnarová, Matějková, 2009)

U seniorů se nejčastěji setkáváme s nevhodným užitím nebo zneužitím běžné medikace, zneužíváním a závislostí na psychoaktivních lécích (hypnotika, anxiolytika) a zneužíváním a závislostí na alkoholu (někdy v kombinaci s psychoaktivními léky). U seniorů je problematika zneužívání léků a návykových látek spojena s celou řadou negativních událostí a vlivů (ztráta životního partnera, osamělost, chronická bolest, chudoba, strach, deprese, deprese apod.).

Při komunikaci s klientem pod vlivem návykových látek je potřeba se vyvarovat kritizování a hodnocení jeho osoby a chování, kárání, poučování, poskytování rad, projevům znechucení a výčitkám.

Zásady komunikace se seniorem pod vlivem návykových látek:

- Jednejte s klientem bez předsudků, zachovejte profesionalitu.
- Hovořte jasně, srozumitelně a konkrétně.
- Stanovte jasná pravidla pro vzájemnou spolupráci. Jednejte s klientem v době, kdy je schopen vás vnímat a souhlasit s pravidly.
- Zachovejte klid a neutralitu ve verbálním i neverbálním projevu.
- Sledujte a předvídejte klientovo chování. Předcházejte agresivnímu chování.
- Podporujte motivaci ke změně chování a jednání klienta.
- Doporučte odbornou pomoc. (Kelnarová, Matějková, 2009)



PŘÍPADOVÁ STUDIE

Klient (75 let, stabilizovaný stav po mozkové příhodě, snížená hybnost pravé poloviny těla, abúzus alkoholu) se i přes zdravotní komplikace není ochoten vzdát pití alkoholu, je přesvědčen, že to je jeho jediné pouto se životem. Říká, že raději umře, než by odložil láhev. Pracovníci denního centra se opakovaně pokoušejí nastavit pravidla, které klient musí dodržovat, aby mohl využívat služby zařízení. Klient je schopen pravidla většinou dodržovat, což pracovníci oceňují a při jednání s klientem poukazují na tuto schopnost. Několikrát se však stalo, že v opilosti byl klient vulgární a agresivní na pracovníky i na ostatní klienty. V takovém případě pracovníci s klientem nediskutovali, stručně a věcně mu vysvětlili, že

služby zařízení mu nebudou dále poskytovány a vyprovodili jej ze zařízení. Po vystřízlivění klient svého chování litoval a všem pracovníkům se několikrát omluvil. Změnit svůj přístup k alkoholu však odmítá.

KONTROLNÍ OTÁZKY



Jaké komunikační strategie lze využít u seniora s kombinovaným postižením (zdravotním i psychickým), který má výraznou poruchu komunikace? Jaké moderní technologie mohou být nápomocny komunikace s takovým klientem?

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



S jakými typy seniorů s poruchami komunikace se na svém pracovišti nejčastěji setkáváte? Jak jejich zdravotní nebo psychický stav ovlivňuje jejich komunikaci s okolím? Jaké jsou strategie komunikace s těmito klienty?

SHRNUTÍ KAPITOLY



Čtvrtá kapitola nabídla studentům přehled vhodných přístupů a komunikačních strategií v komunikaci s klienty s narušenými komunikačními dovednostmi, poruchou vědomí nebo různými typy tělesného nebo psychického postižení, včetně seniorů pod vlivem návykových látek. Znalost alternativních a augmentativních komunikačních technik, používání vhodných komunikačních strategií a dodržování doporučených zásad s ohledem na specifika seniorů s konkrétními typy postižení pracovník výrazně snižuje problematické chování seniorů a riziko vzniku konfliktů.

ODPOVĚDI



Co je to alternativní a augmentativní komunikace (AAK)? K čemu slouží?

- Alternativní techniky komunikace = náhradní metody komunikace. Augmentativní komunikační techniky = doplňující metody komunikace. AAK slouží ke komunikaci s lidmi s narušenými komunikačními schopnostmi.

KOMUNIKACE SE SENIORY S PORUCHOU KOMUNIKACE, VĚDOMÍ A RŮZNÝMI TYPY POSTIŽENÍ

- AAK zahrnuje piktogramy, Blissovy symboly, vlastní obrázkové symboly, Makaton apod.

Jaké komunikační strategie lze využít u seniora s kombinovaným postižením (zdravotním i psychickým), který má výraznou poruchu komunikace? Jaké moderní technologie mohou být nápomocny komunikace s takovým klientem?

- využití AAK
 - pc – softwarové programy, dotykové tablety, telefony apod.
-

5 KOMUNIKACE S NÁROČNÝMI TYPY SENIORŮ

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



V páté úvodu kapitoly je krátký popis reakce na zátěž a přehled obranných mechanismů. Dále tato kapitola seznamuje studenty s komunikací s náročnými typy seniorů, tzn. agresivními, úzkostnými, depresivními, uzavřenými apod., jejichž negativní projevy mohou být spouštěči konfliktních situací. Projevy každého typu jsou nejprve popsány a poté následují zásady a doporučení, jak s jednotlivými typy seniorů komunikovat. Je nutné mít na paměti, že tzv. „čisté“ typy jsou spíše vzácností. Každý klient je jedinečný a v této kapitole uvedená typologie pouze poukazuje na možné typické znaky a vlastnosti uvedených typů klientů, které by však neměly být klientům přiřazovány paušálně. Stejně tak nadměrná sebereflexe a násilná autokorekce pracovníka při komunikaci s klientem může přispět ke vzniku konfliktu.

CÍLE KAPITOLY



Student po prostudování této kapitoly:

- umí definovat „náročný typ seniora“;
 - zná verbální a neverbální projevy jednotlivých náročných typů seniorů;
 - dokáže zvolit vhodnou komunikační strategii pro daný typ;
 - vytváří optimální podmínky pro komunikační proces se seniorem, a tak předchází konfliktům.
-

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



reakce na zátěžovou situaci, obranné mechanismy, agresivní typ, depresivní typ, úzkostný typ, úzkostně – agresivní typ, neurotický typ, narcistní typ, pedantní typ, nepřístupný typ, histrionský typ.

5.1 Reakce na zátěž a obranné mechanismy

Každý člověk má jinou míru únosnosti zátěže a k pochopení neobvyklých reakcí klienta je potřeba, aby si pracovník uvědomil, jak jedinec obecně reaguje na zátěžovou situaci.

Reakce probíhá v těchto krocích a souvislostech:

1. hodnocení situace ohroženým jedincem a interpretace významu a míry ohrožení
2. emoční reakce – prožitek zátěže
3. udržení kontroly nad situací a víra ve zvládnutí, zátěž jako výzva
4. podnět k hledání efektivních způsobů řešení zátěže nebo rezignace
5. flexibilita jedince oprostít se od nepříjemného zážitku nebo ulpívání na neefektivním způsobu řešení
6. schopnost udržet sociální kontakt a přijmout pomoc
7. schopnost komunikace o problému. (Vágnerová, 2008a)



DEFINICE

Mechanismy vyrovnávání se se zátěží jsou označovány jako **obrné mechanizmy**, kterými jsou **útok** a **únik**, mají za cíl udržet, resp. znovu získat psychickou pohodu a rovnováhu. Vědomou volbou při zvládnutí zátěžové situace je **coping**. (Vágnerová, 2008a)

Útok vyjadřuje tendenci se zátěžovou situací bojovat, kdy je agrese zaměřena na zdroj ohrožení, náhradní objekt (např. pracovníka, rodinné příslušníky apod.) nebo vůči sobě. Únik vyjadřuje tendenci utéct ze situace, kdy může jít o skutečný útěk, přenesení zodpovědnosti za řešení na jiného člověka nebo rezignaci. Při copingu se jedinec zaměřuje na dosažení možné pozitivní změny a tolerance, resp. smíření s tím, co změnit nelze. (Vágnerová, 2008a)

K obranným reakcím, které nejsou plně uvědomované, vycházejí z osobnostního nastavení jedince, jeho zkušeností i momentálního stavu patří např. popření, potlačení a vytěsnění, reakce, negace, projekce, racionalizace, kompenzace, identifikace, fantazie, regrese aj.

Všechny výše uvedené obranné mechanismy, které se vyskytují i u seniorů, mohou vnést do komunikace bariéry a být příčinou konfliktů.



PŘÍPADOVÁ STUDIE

Klientka (75 let, dg. diabetes 2. typu) po amputaci levé dolní končetiny projevuje již několik dní známky šoku. Do operace to byla velmi aktivní klientka, která se s chutí účastnila různých aktivit v pobytovém zařízení, ráda komunikovala s okolím a zajímala se o dění

doma i ve světě. Po operaci s pracovníky ani jinými klienty nekomunikuje, odvrací oči, dává najevo nezáměr o kontakt, jen pro sebe si potichu mumlá: „Jsem mrzák. Jsem k ničemu. Všichni to vidí. Nechte mě být! Nechte mě umřít!“ Za několik dalších dní již klientka nemluví vůbec, upadá do apatie, apaticky nechává se ošetřovat, nespolupracuje, projevuje nechuť k životu. Přes veškeré úsilí pracovníků i rodinných příslušníků se nepodařilo pomoci klientce překonat její obranné mechanismy a efektivním způsobem řešit situaci. O několik týdnů později klientka umírá.

KONTROLNÍ OTÁZKA



Co jsou to obranné mechanismy, obranné reakce a coping?

5.2 Agresivní typ seniora

DEFINICE



Podle Hartla a Hartlové (2000) je agrese útočné nebo výbojné jednání. Může jít o projev nepřátelství vůči určitému objektu, úmyslný útok na překážku, osobu či předmět, který stojí v cestě uspokojení potřeby.

Agrese bývá projevem nízké tolerance k psychické zátěži a bolesti. V případě seniorů může jít o reakci na neschopnost seniora kognitivně vyhodnotit aktuální dění, vzniká pocit ohrožení a potřeba se bránit. Nejčastějším spouštěčem agrese bývá strach, např. strach z budoucnosti, z diagnózy, ze zákroku, z bolesti, ze ztráty vlastní důstojnosti, ze seniorem vnímaného nepřátelského prostředí nebo personálu apod. Kromě strachu mohou být dalšími spouštěči agresivního chování křivda a nespravedlnost, zklamání, zbytečná zátěž, stres, bezmoc, ponížení a zesměšnění, psychopatické rysy jedince, psychiatrická diagnóza, organické poškození mozku, návykové látky, existenční stres apod. (Kelarová, Matějková, 2009)

Projevy agresivního chování:

- verbální agrese, např. vulgarismy, nadávky, obviňování, kritika atd.,
- fyzické napadání, např. štípání, škrábání, kousání, házení věcmi atd.,
- poškozování věcí, např. rozbíjení zdravotnického zařízení, ničení oblečení atd.,

- sebepoškozování, např. řezání, polykání nestrávitelných věcí, nadměrná konzumace léků nebo odmítání léků atd.,
- neverbální projevy, např. grimasy, křik, úšklebky, chození po místnosti, kopání do nábytku, bouchání do stolu, intenzivní gestikulace, nepravidelný dech, porušování osobní zóny aj. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Komunikace s agresivním typem klientem je založená na zájmu pomáhajícího pracovníka o klienta. Úspěch při komunikaci s agresivním typem klientem je založen na pochopení, že jeho neadekvátní reakce vyplývá ze strachu z jeho ohrožení, ze ztráty kontroly nebo nezávislosti. Je potřeba nebrat si agresivitu klienta osobně, zpravidla to není pracovník, na koho se klient zlobí, pracovník je prostě jen „po ruce“. Zároveň je nutné si uvědomit, že častým zdrojem agrese klientů bývá právě chování pracovníků, pokud: ignorují klienta, projevují nezájem, neochotu a nevstřícnost, používají bagatelizaci, křičí a nadávají, podceňují, pohrdají klientem, vyjadřují neúctu, devalvaci, vyhrožují, mluví žargonem, nevhodně používají asertivní techniky. (Špatenková, Králová, 2009)



PŘÍPADOVÁ STUDIE

Klient (73 let, dg. demence, omezená hybnost, agresivní typ) sedí na posteli, je rozrušený, křičí a shazuje věci z nočního stolku na zem. Jeho spolubydlíci se ho marně snaží uklidnit, po chvíli přivolává personál. Klient je znám svými agresivními výlevy. Pracovník klidným hlasem oslovuje klienta a ptá se, co se stalo. Klient se zlobí, že se mu ztratily hodinky, že mu je určitě někdo ukradl. Obviňuje svého spolubydlíciho, uklízečku, pracovníky zařízení. Pracovník pokyvuje hlavou a ptá se klienta, jak hodinky vypadají. Klient se trochu uklidní a začne hodinky popisovat. Pracovník naslouchá. Klient vypráví o hodinkách, kde a kdy si je koupil, to mu připomene cestování, tak vzpomíná, kde všude byl. Nakonec požádá pracovníka, aby mu ze skříně podal krabičku, ve které má různé upomínky z cesty. Pracovník klientovi podává krabičku, ve které kromě suvenýrů jsou i „ukradené“ hodinky. Klient se raduje, že hodinky vidí, během povídání zapomněl, že je hledal.

5.2.1 ZÁSADY KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM TYPEM SENIORA

Na pracovníka jsou při komunikaci s agresivním typem klientem kladeny tyto nároky:

- klidné a profesionální jednání,
- klidný, vlídný a níže položený hlas,
- neodpovídáme na agresi protiútokem,
- konstatujeme, že klient je rozčilený a sdělíme, jak to na nás působí,

- vyjádříme nesouhlas s chováním, nikoliv s klientem,
- udržovat oční kontakt,
- klidný a vlídný výraz,
- pomalé pohyby,
- jasné, stručné a srozumitelné sdělení,
- projevujeme zájem o situaci klienta, pozorně vyslechneme stížnosti, zjišťujeme okolnosti celé situace,
- zachováme akceptující postoj (přijetí druhého, jaký je), nehodnotíme chování, neodsuzujeme klienta za jeho projevy,
- akceptace neznamená souhlas se situací,
- vhodný haptický kontakt,
- zajistit přítomnost dalšího pracovníka (Kelnarová, Matějková, 2009).

Linhartová (2007) doporučuje pomáhajícím pracovníkům v některých případech zvolit „zrcadlovou reakci“, tzn. že pracovník se chová stejně jako klient. Tato strategie je však na zváženu, při špatném odhadu situace může rychle vést ke stupňování agrese ze strany klienta.

Zásady komunikace s agresivním typem klientem:

- Naslouchejte klientovi, nechte ho mluvit, neskákejte mu do řeči.
- Pokuste se zjistit důvod jeho agresivního jednání. Pokud senior nemluví, zeptejte se ho: Co vás trápí? Co se vám přihodilo? Jak vám mohu pomoci?
- Udržujte bezpečnou vzdálenost od klienta tak, aby vám nemohl ublížit. (Pozor na házené předměty, berle apod.)
- Omluvte se klientovi, pokud je příčinou jeho hněvu chyba na straně personálu.
- V případě, že se klient neuklidní, zavolejte na pomoc lékaře nebo policii. (Kelnarová, Matějková, 2009)

5.2.2 ZÁSADY KOMUNIKACE S BEZOHLEDNĚ AGRESIVNÍM TYPEM SENIORA

Bezohledně agresivní typ klienta se vyznačuje robustní postavou, neměnným, nechápavým a nepřátelským vzezřením. Jeho myšlení je pomalé, nepohotové, podezřivé a vztahovačné. Projevuje se hlučně, nekultivovaně, mluví nespisovně, nelogicky, užívá vulgární výrazy. Jedná zkratkovitě výbušně, netolerantně, razantně prosazuje svoje zájmy. Má nepřátelské postoje vůči obecně uznávaným hodnotám, ideálům, autoritám, konvencím a zvyklostem. Klient se chová celkově hlučně, překřikuje druhé osoby, zastrašuje submisivní a slušnější jedince. (Bláha, Staňková, 2004)

Jedná-li se bezohledně agresivní typ klienta je vhodné použít tyto zvládací strategie:

- Udržujte pohled vodorovně z očí do očí.
- Hovořte plynule, pomalu, jistým a nevzrušeným hlasem, neosobně, bez afektu.
- Stůjte uvolněně, gestikulujte pomalu, plynule. Nejednejte zmatečně nebo zakřiknutě.
- Jednejte vážně a důstojně, bez přehnané kultury projevu a nadřazené noblesy.
- Stůjte za svými stanovisky, projevte však pochopení a uznání.
- Apelujte na čestnost a férovost. Neved'te jednání do slepé uličky, nabídněte možnosti důstojného ústupu. (Novosad, 2009)



KONTROLNÍ OTÁZKA

Jaká jsou doporučení pro komunikaci s agresivním a bezohledně agresivním typem klienta?

5.3 Depresivní typ seniora

Honzák (1999) definuje depresi jako chorobný smutek. Jedná se o duševní stav s pocity smutku, skleslosti, vyhaslosti, vnitřního napětí, nerozhodnosti a ztrátou zájmu o věci i lidi kolem sebe. U depresivních typů klientů se objevuje porucha spánku, únava, nechutenství, pokles sebevědomí, sebeobviňování, zpomalená řeč i hlas. Depresivní jedinec často hovoří o odchodu ze života, myslí na sebevraždu, nemá zájem dále žít. U seniorů může být deprese vyvolaná ztrátou partnera nebo dalších blízkých osob.

Ve stáří je deprese častý jev, přichází ruku v ruce s involučními změnami mozku i životními událostmi. Deprese se podílí u seniorů na geriatrické křehkosti. K projevům deprese patří neodklonitelný a situaci nepřiměřený smutek, úzkost, bolestivá prázdnota, pocit bezvýchodnosti, sebeobviňování, pocit nedostačivosti a selhání, apatie, omezení kontaktů a komunikace, ztráta zájmu, ztráta životní radosti a potěšení, poruchy koncentrace, poruchy spánku, ranní pesima, psychosomatické obtíže, somatizace apod. V extrému může vést deprese u seniora k sebevražednému jednání, kdy za hlavní důvod je považována beznaděj, zoufalství z neudržitelnosti životního konceptu, sebeúcty, z toho, že se senior stává přítěží. Na dalších místech důvodu vedoucí k sebevražednosti je ztráta partnera, osamělost, bolest či jiné zdravotní potíže. (Čevela a kol., 2012)

Depresivní stav se může prohlubovat netrpělivostí pracovníka v komunikaci se seniorem. Netrpělivost často plyne z nedostatku času, který pracovník na depresivního klienta má. Časový stres vede pracovníka ke zvyšování tlaku na klienta, aby se rychle rozhodl a vykonal nějakou činnost apod. Kognitivní procesy u depresivního typu klienta jsou však zpomalené a časový stres ještě více blokuje schopnost rozhodování i samotné jednání. Deprese způsobuje, že klient jen stěží zvládá denní činnosti. Deprese klienta se dále může v komunikaci prohlubovat, když jej pracovník „nutí“ přemýšlet o budoucnosti (Tak si představte, co budete dělat za rok, za dva ...) nebo naopak, když pracovník „bere“ klientovi naději (To víte, ve vašem věku to tak chodí, lepší už to nebude.). K dalším přitěžujícím okolnostem patří projevy nedůvěry vůči klientovi a bagatelizace jeho obtíží. (Kelarová, Matějková, 2009) Nevhodné je také klienta zatěžovat zcela novými aktivitami, které kladou vysoké nároky na adaptaci a tím klienta přetěžují. Zároveň by neměl být klient ponechán sám sobě, přestože odmítá péči i zájem pracovníků. (Venglářová, 2007)

PŘÍPADOVÁ STUDIE



Klientka (82 let, zrakové postižení, depresivní typ) dochází 1x týdně do seniorského klubu, sedí stranou od ostatních, je smutná a plačtivá. Již je 20 let vdova a v nedávné době ji zemřel jediný syn. Vnoučata žijí v zahraničí. Klientka se odmítá účastnit aktivit, vyhovuje jí poslouchat potichu hudbu z rádia. Jedna z novějších pracovníček zařízení, která klientku ještě dobře neznala, se snažila klientku přemluvit k účasti na aktivizačním cvičení. Klientka odmítla, po dalším naléhání se rozplakala a nebyla k utišení. Byla doporučena konzultace s psychiatrem. Nyní již pracovníčky klientku nepřemlouvají, uvaří ji kávu, posadí se vedle ní a často spolu jen tak sedí a poslouchají hudbu. Občas klientka vzpomíná na svého manžela nebo syna. Po čase se nálada klientky začala zlepšovat, občas měla i zájem povídat si s dalšími klienty a účastnit se čtení na pokračování. Dle zjištění pracovníček začala klientka užívat na doporučení psychiatra antidepresiva, pochvalovala si, že je méně unavená, v noci lépe spí a více ji chutná.

5.3.1 ZÁSADY KOMUNIKACE S DEPRESIVNÍM TYPEM SENIORA

K vhodným komunikačním strategiím s depresivním typem seniora patří:

- I přes odmítání péče zajistěte u klienta naplňování základních potřeb, jako je hygiena, stravování a úměrné střídání aktivity a odpočinku (Venglářová, 2007).
- Projevte empatii, komunikujte a chovejte se evalvačně.
- Pozorně klientovi naslouchejte.
- Dejte klientovi dostatečný prostor k přemýšlení a komunikaci.
- Pozor na vztahovačnost klientů, važte každé slovo.
- Nevymlouvejte klientovi jeho smutek, věřte mu jeho trýzeň.
- Není vhodné apelovat na silnou vůli klienta (snížená vůle je projevem deprese).
- K vhodným strategiím nepatří ani bagatelizace, doporučování nových aktivit, nutit klienta k rychlému rozhodování nebo naopak nechat jej sama sobě. (Venglářová, Mahrová, 2006)
- Projevte snahu o společné řešení problému.
- Buďte otevření a vnímaví k jednání a chování klienta. V případě sebevražedných sklonnů uzavřete antisuicidální smlouvu.
- Neodsuzujte klienta a jeho chování.
- Doporučte klientovi pracoviště, kde se deprese léčí.
- V případě zájmu klienta využijte muzikoterapii, aromaterapii, jógu, zájmové činnosti, psychoterapii a arteterapii. (Kelnarová, Matějková, 2009)



KONTROLNÍ OTÁZKA

Jaká jsou doporučení pro komunikaci s depresivním typem klienta?

5.4 Úzkostný typ seniora

Úzkost je podle Hartla a Hartlové (2000) „strach z ničeho“. Jedná se o nepříjemný stav provázený podobnými psychickými i somatickými znaky jako strach, s tím rozdílem, že

příčina úzkosti není známá. Úzkost je normální přirozenou reakcí, pokud je někdo ohrožen na zdraví nebo na své pohodě či obvyklém fungování (Špatenková, Králová, 2009).

Úzkost se projevuje schouleným držením těla, těkavým pohledem, klopením zřaku, nejistými gesty. Výraz obličeje odráží zábrany, váhání, nerozhodnost. V řeči dělá úzkostný typ klienta nejisté pomlky, často opakuje dotazy, vyslovuje obavy a naléhavé žádosti o ujištění. Snadno podléhá vnitřní panice, bojí se učinit rozhodnutí, trpí pochybnostmi a výčitkami, obviňuje sám sebe. Úzkostný typ klienta si nevěří, kapituje, volí únikové cesty, odstupuje od složitých jednání. Stydí se za své chování, nevrací se tam, kde selhal. Bere si na pomoc jiné osoby, odvolává se na autority. (Novosad, 2009)

Úzkostný typ klienta neustále vyhledává kontakt s personálem, vyžaduje zvýšenou pozornost pracovníků i svých blízkých. Klient stále hovoří o svém zdravotním stavu a obtížích, neustále se ujišťuje, že odborníci mají vše pod kontrolou, zároveň stále opakuje tvrzení typu: Mně už nikdo nepomůže. Nikdo o mě nemá zájem. Všichni budou rádi, až umřu. Klient žije ve svém světě nedůvěry a beznaděje. Přestože se mu dostane opakovaně odpovědi na jeho otázky, znovu a znovu se ptá, vyhledává další odborníky, ověřuje si informace v odborné literatuře i na internetu. Svým chováním je úzkostný typ klient velmi náročný pro své okolí. (Kelnarová, Matějková, 2009)

Úzkost klienta prohlubuje nechuť a nezájem pracovníků o komunikaci, používání elderspeaku nebo dominantní vystupování pracovníků, které seniora staví do role malého dítěte. Stejně tak může pracovník zvětšit úzkost klienta, pokud ho zatěžuje velkým množstvím detailů o jeho situaci nebo stavu, používáním odborné terminologie nebo žargonu a slangu.

PŘÍPADOVÁ STUDIE



Klient (78 let, těžká nedoslýchavost, úzkostný typ) vyžaduje opakovaně vyšetření hlavy, má pocit, že mu v hlavě roste nádor. V lékařských knihách si vyhledal informace a při vyšetření poukazuje na vzácné onemocnění, která se mohou projevovat bolestí hlavy. Přestože všechny výsledky jsou negativní, klient je přesvědčen, že lékaři něco opomenuli a trvá na dalších vyšetřeních. V důsledku nedoslýchavosti a své úzkosti se klient často opakovaně vpytvává zdravotnického personálu na výsledky svého vyšetření a má snahu konzultovat své hypotetické diagnózy s ošetřujícím lékařem. Zdravotnický personál už často ztrácel trpělivost a klienta odbýval slovy, že dalších vyšetření už není potřeba, že je klient v pořádku. Poté, co byla jeho žádost o další vyšetření magnetickou resonancí opakovaně zamítnuta, se klient do sebe uzavřel. Při dotazu pomáhajícího pracovníkem odmítl klient komunikovat se slovy, že stejně brzo umře. Pracovník se dále trpělivě dotazoval na průběh posledního vyšetření a na výsledky. Společně s klientem pročetli všechny zprávy, klient se rozmluvil o svých obavách z budoucnosti, ze zesilujících bolestí hlavy. Domluvili se, jak dál může klient postupovat. Klient byl spokojený, že se o něj někdo zajímá.

5.4.1 ZÁSADY KOMUNIKACE S ÚZKOSTNÝM TYPEM SENIORA

K vhodným komunikačním strategiím s úzkostným typem seniora patří:

- S klientem hovořte klidně a trpělivě.
- Vaše mimika a gestika je pozorně sledována klientem, používejte neverbální komunikaci uvážlivě.
- Mějte dostatek času na rozhovor s úzkostným typem seniorem.
- Ke komunikaci zvolte klidné prostředí, úzkostný jedinec často vyžaduje soukromí k rozhovoru.
- Informace podávejte jasně a srozumitelně. Volte pomalejší tempo řeči.
- Odpovídejte na všechny dotazy klienta, dle potřeby zopakujte sdělení.
- Buďte vnímaví vůči symptomům úzkosti. Respektujte klientovy pocity, ukažte zájem a poskytněte podporu. (Špatenková, Králová, 2009)
- Přípravě klienta na lékařské vyšetření nebo zákrok věnujte zvýšenou pozornost.
- Podporujte klienta při jeho rozhodování.
- Podporujte klienta v kontaktech s jeho rodinou, blízkými nebo dalšími lidmi v okolí. (Kelnarová, Matějková, 2009)
- Vyvarujte se nátlaku na rozhodnutí otázek typu „bud' anebo“.
- Uvažujte za klienta nahlas, klad'te jím nevyslovené otázky a vyslovte za něho pochvy. Odpovídejte pak na ně.
- Nedělejte přímá rozhodnutí za klienta, ale přispějme rekapitulací otázek, obecným shrnutím závěrů, alternativ, zkušeností u jiných apod. (Novosad, 2009)

5.4.2 ZÁSADY KOMUNIKACE S ÚZKOSTNĚ AGRESIVNÍM TYPEM SENIORA

Úzkostně agresivní typ klienta sedí nebo stojí křečovitě vzpřímeně, má pevný úchop předmětů, bojovně odměřený pohled, sevřeně svráštělé rty. Klient je věcně nesdílný, v řečovém projevu strohý, v hlase zaznívá stíněnost a nervozita. Úzkostně agresivní typ klienta má pocit újmy, krivdy a ústrků, kategoricky odmítá projevy pomoci a péče. Projevuje odhodlanost sebeobětování, cynismus při domnělých prohrách. V komunikaci často užívá jízlivé poznámky a zraňující výroky, vedené na city a morálku druhých. Klientovy křečovité výpady jsou provázené pláčem na krajíčku, útočí za každou cenu. (Bláha, Staňková, 2004)

V komunikaci s úzkostně agresivním typem seniora je vhodné používat tyto zvládací strategie:

- Vysílejte očním kontaktem ochotu k jednání, dodržujte horizontální polohu pohledu z očí do očí.
- Dívejte se zájem do obličeje klienta, když hovoří. Pokud hovoříte, střídejte pohled do očí s odklonem pohledu stranou.
- Hovořte klidně, věcně, srozumitelně. Podejte vstřícně vyčerpávající informace.
- Pokud vám klient skočí do řeči, vyčkejte a pak pokračujte ve svém sdělení. Ne zvyšujte hlas a tempo řeči.
- Co nejméně užívejte odpovědi *NE* a nahraďte jej odpovědí *ANO ... A*
- Dejte najevo, že jakékoliv rozhodnutí klienta je pro něj důstojné a pro vás do značné míry akceptovatelné. (Novosad, 2009)

KONTROLNÍ OTÁZKA



Jaká jsou doporučení pro komunikaci s úzkostným typem a úzkostně agresivním typem klienta?

5.5 Neurotický typ seniora

U seniorů se mohou objevovat neurotické projevy díky rozporům mezi jeho potřebami, tužbami a možnostmi je uskutečnit. Příznaky jsou psychické i somatické, kdy tělesné příznaky mají často psychický původ. V komunikaci má neurotický typ klienta tendenci se svěřovat se svými problémy (dušnost, hypertenze, tachykardie aj.), je citlivý na hodnocení své osoby, stěžuje si na neschopnost lékařů mu pomoci. (Kelnarová, Matějková, 2009)

Neurotické projevy se mohou zvýraznit, pokud pracovník zlehčuje psychické problémy klienta, projevuje nedůvěru v to, že klient má i somatické problémy, podezírá klienta, že je simulant. Neurotický typ klienta nečeká rady od pracovníka (Odejděte od manžela, když vás tak trápí.), neumí ze dne na den změnit svůj životní styl (Chodte každý den na procházku a bude vám líp.). Při komunikaci s neurotickým typem klienta často nefunguje ani apel na „rozum“ (Podívejte, vaše výsledky vyšetření jsou negativní, musí vám být dobře!) nebo sdělování svých osobních problémů pracovníka (Mě taky všechno bolí.). (Kelnarová, Matějková, 2009)



PŘÍPADOVÁ STUDIE

Klientka (74 let, neurotický typ) si po výměně kyčelního kloubu neustále stěžuje na bolesti v celém těle. Přestože od operace uplynulo již několik měsíců a z lékařského hlediska je vše v pořádku, klientka odmítá zatěžovat nový kloub. Klientka má obavu, že dojde k nějakému poškození, stále užívá léky na bolest, chodí shrbeně o berlích a svému okolí avizuje nemožnost. Odmítá představu, že je v pořádku, poukazuje na problémy jiných operovaných lidí, očekává zhoršení svého stavu. Pracovníci klientce její představy nevyvracejí, dopřávají klientce dostatek času, aby verbalizovala své obavy a dle možností odvádějí pozornost klientky od jejího zdravotního stavu k jiným činnostem (např. k jejímu dříve oblíbenému šití a pletení nebo povídání o vnoučatech).

5.5.1 ZÁSADY KOMUNIKACE S NEUROTICKÝCH TYPEM SENIORA

K vhodným komunikačním strategiím s neurotickým typem seniora patří:

- Zvolte ke komunikaci s klientem klidné prostředí v soukromí.
- Zajistěte dostatek času pro rozhovor s klientem.
- S klientem hovořte klidně, jasně a srozumitelně.
- Vyjadřujte klid a trpělivost i v neverbální komunikaci.
- Projevte empatii a zájem o problémy klienta.
- Dejte klientovi možnost hovořit o svých problémech. Povzbuďte jej při komunikaci a vzájemné interakci.
- Neskákejte klientovi do řeči.
- Nabídněte klientovi pomoc a možnost navštívit odborníky.
- Buďte přiměřeně optimističtí a povzbuzující. (Kelnarová, Matějková, 2009)
- K nevhodným strategiím patří zanedbání základních vyšetření, bagatelizace sdělení, apel na rozum, příliš mnoho psychohygienických rad, přístup jako k simulujícímu, předčasné rady a návody, doporučení radikálních řešení apod. (Venglářová, Mahrová, 2006).

KONTROLNÍ OTÁZKA

Jaká jsou doporučení pro komunikaci s neurotickým typem klienta?

5.6 Narcistní typ seniora

Hartl a Hartlová (2000) definují narcismus jako přemrštěné zaměření jedince na vlastní osobu, na obdiv k sobě samému, s egocentrickým laděním.

Smyslem života narcistních typů klientů je stálé sebezpotvrzování o jejich dokonalosti, jejich představy o své výjimečnosti. Klienti mají sníženou empatii, těžko přijímají kritiku, chovají se nadřazeně, vyžadují nadstandardní péči, jsou věčně nespokojení, stále si na něco stěžují. Věnují velkou pozornost svému zevnějšku, rádi se poslouchají, uvádějí styky s vlivnými lidmi, dožadují se péče od primářů a největších specialistů. V komunikaci, aby dosáhli narcistně agresivní typy klientů svého, se uchylují k výhrůzkám a verbální agresi, manipulaci a k vyvolávání pocitu bezmoci a frustrace u pracovníků. Konflikty s těmito klienty vznikají, když se pracovníci snaží apelovat na jejich zdravý rozum a změnit jejich chování nebo s nimi bojují o moc. Stejně nebezpečné z hlediska vzniku konfliktu může být podbíživé chování pracovníka, které narcistnímu typu klienta nabízí prostor k manipulaci s takovým pracovníkem. (Kelnarová, Matějková, 2009)

PŘÍPADOVÁ STUDIE

Klientka (83 let, dg. demence, narcistní typ) se dožaduje rozhovoru s ředitelem zařízení, tvrdí, že má nárok na nadstandardní péči, které se jí podle jejích slov nyní nedostává. Vzhledem k narušeným kognitivním schopnostem vlivem demence klientka během dne opakovaně zapomene na svoji žádost a následně se znovu dožaduje slyšení u vedení organizace. Průběžně si stěžuje na špatnou práci všech pracovníků, poukazuje na nedostatky v úklidu, péči o klienty i organizaci zařízení. Klientka je díky každodenní péči své neteře stále pečlivě upravená, nalíčená a pěkně oblečená. Mezi pracovníky upřednostňuje klientka ty, kteří jsou ochotni ji vyslechnout, pochválit její vzhled a řídit se jejími pokyny. Pro všechny pracovníky je péče o tuto klientku velmi náročná, dle možností se snaží vyhovět jejím požadavkům, aby předešli konfliktům (např. směr vytírání podlahy, výběr tisku pro klienty, podávání stravy apod.). 1x týdně za klientkou dochází ředitel zařízení a vyslechne si všechny její stížnosti. Dále se osvědčilo požádat klientku, aby své stížnosti napsala na papír a zároveň napsala i doporučení, jak věci dělat jinak. Vzhledem k její dlouholeté pracovní kariéře vrchní zdravotní sestry jsou mnohé její doporučení pro zařízení velmi užitečné.

5.6.1 ZÁSADY KOMUNIKACE S NARCISTNÍM TYPEM SENIORA

K vhodným komunikačním strategiím s narcistním typem seniora patří:

- Jednejte s klientem s úctou, důstojně, na úrovni. Dbejte na evalvací při komunikaci.
- Udržujte při komunikaci vzdálenost od klienta asi 1,3 metru.
- Vyhledávejte pohledy z očí do očí.
- Jednejte s klientem jako s partnerem, navod'te ovzduší spolupráce.
- Podávejte vždy plné informace, vyvarujte se poučování a mentorování.
- Dejte klientovi najevo, že je středem zájmu.
- Neodbyvejte klienta, pokud se mu nemůžete hned věnovat, dejte najevo, že o něm víte, signalizujte, že byl všimnut a vyžádejte strpení.
- Vznikne-li konflikt s narcistním klientem, nabídněte mu krátkou profesionální omluvu. (Novosad, 2009)
- K nevhodným strategiím je snaha změnit klienta, apel na rozum, boj o moc, podbíživé jednání a žoviální přístup (Venglářová, Mahrová, 2006).



KONTROLNÍ OTÁZKA

Jaká jsou doporučení pro komunikaci s narcistním typem klienta?

5.7 Pedantérní typ seniora

Pedantérní typ seniora je charakteristický pevným držením těla, uvážlivým projevem, zodpovědným výrazem obličeje, přímým pohledem, disciplinovaným uspořádáním gest, ukázněným vystupováním, střízlivým oblečením a pečlivou úpravou zevnějšku. Tento typ klienta je pořádkumilovný, dodržuje předpisy, směrnice a nařízení. Používá přísně logické myšlení, má rozškátlivý svět podle svých šablon a neměnné zásady. Vůči optimistickým a otevřeným lidem je klient popudlivý a odtažitý, pro věcné a střízlivě jednající osoby má pochopení. Pokud je narušen jeho vnitřní řád, reaguje podrážděně, zlobně a nedůtklivě. Uspořádané a zákonitě probíhající děje ho uklidňují. (Novosad, 2009)

PŘÍPADOVÁ STUDIE



Klient (80 let, zdravotní postižení, pedantérní typ) velmi podrážděně reaguje na mladou pracovníci zařízení, která si při práci zpívá, nahlas se směje a ráda si povídá s klienty. Klient odmítá její přítomnost v pokoji, stěžoval si i u vedoucího zařízení na její nepřiměřené chování, kterým ruší jeho klid a studium odborné literatury. Klient je bývalý právník. Po domluvě pracovního týmu byl klientovi přidělen pracovník – muž, který je klidný, málomluvný a má pro osobnostní nastavení klienta pochopení. Klient je s jeho přístupem nadmíru spokojen.

5.7.1 ZÁSADY KOMUNIKACE S PEDANTÉRNÍM TYPEM SENIORA

K vhodným komunikačním strategiím s pedantérním typem seniora patří:

- Jednejte uspořádaně, klidně, věcně a střízlivě. Vyvarujte se překotnosti a zmatečného jednání.
- Nezahlcujte klienta informacemi. Na dotazy odpovídejte logicky a stručně.
- Projevte pochopení, signalizujte názorovou příbuznost a respekt k zásadám a tradicím.
- Vyvarujte se striktně oponentních stanovisek, bagatelizaci hodnot, negací tradic.
- Při sporu apelujte na zkušenost, projevte úctu k osobě klienta a respekt jeho svobodnému právu se rozhodovat, dovolávejte se zákonitostí vývoje, chronologie postupů a kauzality. (Novosad, 2009)

KONTROLNÍ OTÁZKA



Jaká jsou doporučení pro komunikaci s pedantérním typem klienta?

5.8 Nepřístupný typ seniora

Klient je charakteristický celkovou pomalostí, zdrženlivými reakcemi a pohyby, pomalou chůzí. Ve tváři mívá neměnný výraz, nevyhledává setkání pohledů. Vůči okolí se jeví skepticky rozmrzelý a ironicky přehlížející. Klient nevyhledává fyzickou přítomnost dru-

hých lidí. Často oblečením a gesty demonstruje odlišnost a distancování od skupiny. Ne-projevuje se otevřeně, místo otevřených názorů a přímých doporučení se projevuje skepsí, nedůvěrou a negací názorů druhých. Nepřístupný typ klienta ironizuje druhé i sám sebe, hovoří pomalu, dává si načas, vyjadřuje se v narážkách, nadsázkách, paradoxech a přímě-rech. Svým verbálním projevem se stává pro ostatní nesrozumitelný. Na srdečnost, vřelost a vstřícnost druhých reaguje odměřeností, ironií, zraňující upřímností a sebeznehodnocující vulgaritou. (Novosad, 2009)



PŘÍPADOVÁ STUDIE

Klient (68 let, omezená hybnost po CMP, nepřístupný typ) se odmítá účastnit aktivit v rámci aktivizačního programu, stranou poté kritizuje pracovníky i program. Při dotazu na to, co by chtěl změnit nebo dělat jiného, tak mlčí. Při individuálním rozhovoru klient mlčí a s úšklebkem se dívá na pracovníka. Pracovník klientovi stručně a věcně vysvětlí nabídku zařízení a cíle služby, předloží klientovi program na celý měsíc, vyčerpávajícím způsobem popíše náplň jednotlivých aktivit a bez emotivních projevů klientovy doporučí projít si předloženou nabídku a dle svého zájmu ji využít. Klient po celou dobu rozhovoru mlčí. Pracovník chvíli vyčkává, pak poděkuje klientovi za čas a odchází. Klient po krátkém čase přichází sám za pracovníkem a má zájem využít některé nabízené aktivity. Pracovník věcně ocení jeho zájem.

5.8.1 ZÁSADY KOMUNIKACE S NEPŘÍSTUPNÝM TYPEM SENIORA

K vhodným komunikačním strategiím s nepřístupným typem seniora patří:

- Nepřístupujte ke klientovi jako první, nechte klienta určit komunikační vzdálenost.
- Jednejte neosobně, klidně a důstojně.
- Podávejte dostatečné množství informací, hovořte stručně a věcně, neopakujte se.
- Neudržujte hovor za každou cenu, nenechte se vyvést z míry mlčením klienta.
- Vyvarujte se emotivních projevů, nereagujte na to, co nebylo otevřeně řečeno.
- Užívejte nedokončených vět, pomlček, nadhozených a nezodpovězených otázek. Hrajte o čas. (Novosad, 2009)

KONTROLNÍ OTÁZKA



Jaká jsou doporučení pro komunikaci s nepřístupným typem klienta?

5.9 Histrionský typ seniora

Tento typ se vyznačuje oproti nepřístupnému typu rychlou chůzí, prudkými gesty, živou mimikou vyjadřující emoce. Klient je režisérem i hercem v jedné osobě, teatrálními projevy na sebe poutá pozornost druhých. Rád vztahuje do „hry“ ostatní. V chování klienta je možné sledovat celou škálu „emočních poloh“, od expresivně vyjádřeného zoufalství po manipulativně teatrální roztomilost. V komunikaci je klient méně srozumitelný díky projevu, který postrádá logiku a řeč se stává emocionálním výlevem. Klient má tendenci v komunikaci křičet, slovně napadat okolí, rozbíjet předměty, trhat na sobě oblečení a projevovat další demonstrativní agresi i autoagresi. (Novosad, 2009)

PŘÍPADOVÁ STUDIE



Klientka (74 let, dg. demence, histrionský typ) před odchodem na výstavu do galerie začala křičet: „Nikam nepůjdu! Ach bože, co kdyby mě někdo uviděl v těchto nemožných šatech! Nemám nic slušného na sebe. Všechno mi vzali. V tom můžu jít leda na zahradu!“ Klientka ze sebe začala strhávat šaty a házet je po chodbě. Další klienti se shromáždili kolem ní a uklidňovali ji. Čím více klientku uklidňovali, tím více propukala v pláč a křik. Teprve po příchodu vedoucího zařízení, který klidným, ale věcným tónem nabídl klientce židli a kapesník a ostatní klienty odeslal pryč, byla klientka ochotná odejít na svůj pokoj a převléci se.

5.9.1 ZÁSADY KOMUNIKACE S HISTRIONSKÝM TYPEM SENIORA

K vhodným komunikačním strategiím s histrionským typem seniora patří:

- Snižte možnost pohybu a gestikulaci uvedením do těsnějšího prostoru, jednejte s klientem v sedě.
- Odved'te jednání mimo pozornost dalších osob.
- Buďte vstřícní a chápající, vracejte ale stále jednání k předmětu věci. Odbočování od tématu neakceptujte.

- Hovořte věcně, stručně, jednoznačně. Volte obraty a tvrzení, která vylučují možnost polemiky a smlouvání.
- Regulujte jednání tak, aby šlo k co nejrychlejšímu konci.
- Buďte rozhodní, pevní, rázní, autoritativní. Vyvarujte se však despektu a agresivity. (Novosad, 2009)



KONTROLNÍ OTÁZKA

Jaká jsou doporučení pro komunikaci s histrionským typem klienta?



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Analyzujte konkrétní rozhovor se seniorem, který patří k některému v této kapitole uvedených náročných typů. Popište jeho verbální a neverbální komunikace a projevy chování. Uvědomte si a pojmenujte své vlastní pocity, které komunikace s tímto klientem ve vás vyvolává. Pojmenujte případné překážky v komunikaci na všech úrovních a sestavte optimální komunikační strategii s tímto klientem.



SHRNUTÍ KAPITOLY

V páté kapitole se studenti seznámili s typy reakcí na zátěž a přehledem obranných mechanismů. Dále se studenti seznámili s náročnými typy seniorů, např. agresivními, úzkostnými, depresivními, uzavřenými apod., jejichž negativní projevy mohou být spouštěči konfliktních situací, a jaké jsou optimální komunikační strategie s jednotlivými typy klientů.



ODPOVĚDI

Co jsou to obranné mechanismy, obranné reakce a coping?

- Mechanismy vyrovnávání se se zátěží jsou označovány jako obranné mechanismy, kterými jsou útok a únik, mají za cíl udržet, resp. znovu získat psychickou pohodu a rovnováhu. Vědomou volbou při zvládnutí zátěžové situace je coping.

- K obranným reakcím, které nejsou plně uvědomované, vycházejí z osobnostního nastavení jedince, jeho zkušeností i momentálního stavu patří např. popření, potlačení a vytěsnění, reakce, negace, projekce, racionalizace, kompenzace, identifikace, fantazie, regrese aj.

Jaká jsou doporučení pro komunikaci s agresivním a bezohledně agresivním typem klienta?

- Agresivní typ: naslouchat, nechat mluvit, neskákat do řeči, pokusit se zjistit důvod agresivního chování, doptávat se na emoce, udržovat bezpečnou vzdálenost, omluvit se v případě, že je chyba na straně pracovníka, při ohrožování sebe nebo okolí přivolat lékaře nebo policii.
- Bezohledně agresivní typ: vodorovný pohled z očí do očí, plynulá mluva, pomalý, klidný, neosobní hlas, bez afektu, uvolněný nenadřazený postoj, stát si za svými stanovisky, projevit pochopení a uznání, apel na čestnost a férovost, nabídka možnosti důstojného ústupu.

Jaká jsou doporučení pro komunikaci s depresivním typem klienta?

- zajistit i přes odmítání naplňování základních potřeb, projevit empatii, chovat se evalvačně, naslouchat, dát prostor k přemýšlení a komunikaci, vážit každé slovo, nevymlouvat klientovi smutek, neapelovat na silnou vůli klienta, nebagatelizovat, nedoporučovat nové aktivity, dát dostatek času a prostoru k rozhodování, projevit snahu řešit problém, být otevřený a vnímavý k jednání a chování klienta, neodsuzovat jej, v případě sebevražedných sklonů uzavřít antisuicidální smlouvu, doporučit odborníka na léčbu deprese, využívat muzikoterapii, aromaterapii, jógu, arteterapii, psychoterapii.

Jaká jsou doporučení pro komunikaci s úzkostným typem a úzkostně agresivním typem klienta?

- Úzkostný typ: hovořit klidně a trpělivě, uvážlivě používat neverbální komunikaci, dát dostatek času na rozhovor, volit klidné prostředí, podávat jasné a srozumitelné informace, pomalejší tempo řeči, odpovídat na všechny dotazy, dle potřeby zopakovat sdělení, být vnímavý vůči symptomům úzkosti, respektovat klientovi pocity, dávat podporu, podporovat kontakty s rodinou, vyvarovat se nátlaku na rozhodování buď anebo, uvažovat za klienta nahlas, klást nevyslovené otázky, ale nedělat rozhodnutí za klienta.
- Úzkostně agresivní typ: oční kontakt, hovořit klidně, věcně, srozumitelně, podávat vyčerpávající informace, nezvyšovat tempo řeči, při přerušení klientem vyčkat a pak pokračovat ve svém sdělení, méně používat slovo *ne* a více *ano* a, dávat najevo respekt k jakémukoliv rozhodnutí klienta.

Jaká jsou doporučení pro komunikaci s neurotickým typem klienta?

- klidné prostředí, soukromí, dostatek času, klidná, jasná a srozumitelná mluva, klid a trpělivost v neverbální komunikaci, empatie a zájem o problémy klienta, možnost hovořit o problémech, neskákat do řeči, nabídnout pomoc a možnost hovořit s odborníky, přiměřený optimismus a povzbuzení, nebagatelizovat, nedoporučovat radikální řešení a příliš mnoho psychohygienických přístupů.

Jaká jsou doporučení pro komunikaci s narcistním typem klienta?

- jednat s úctou, důstojně, na úrovni, evaluačně, dodržovat osobní zóny, oční kontakt, partnerské jednání, dávat najevo klientovi, že je středem zájmu, podávat plné informace, vyvarovat se mentorování a poučování, neodbývat klienta, v případě pochybení nabídnout krátkou profesionální omluvu.

Jaká jsou doporučení pro komunikaci s pedantním typem klienta?

- jednat uspořádaně, klidně, věcně, vyvarovat se překotnosti a zmatečnému jednání, nezahlcovat informacemi, odpovídat logicky a stručně, projevit pochopení, respekt k zásadám a tradicím, vyvarovat se striktně oponentních stanovisek, projevit úctu ke zkušenostem a osobě klienta.

Jaká jsou doporučení pro komunikaci s nepřístupným typem klienta?

- klient určuje komunikační vzdálenost, jednat neosobně, klidně, důstojně, podávat dostatečné množství informací, nenechat se vyvést z míry mlčením klienta, vyvarovat se emotivních projevů, nereagovat na to, co nebylo otevřeně řečeno, hrát o čas, užívat nedokončených vět, pomlky, nezodpovězených otázek.

Jaká jsou doporučení pro komunikaci s histrionským typem klienta?

- snížit možnost pohybu v těsnějším prostoru, jednat v sedě, být mimo pozornost dalších osob, být vstřícní a chápající, ale držet se tématu, hovořit věcně, stručně, jednoznačně, nedávat možnost polemizovat a smlouvat, být rozhodní, pevní, rázní, autoritativní, ale vyvarovat se despektu a agresivity.
-

6 SPECIFIKA KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Základem komplexní péče o umírajícího klienta je efektivní komunikace s klientem a jeho rodinou. Šestá kapitola nabízí studentům specifika komunikace v paliativní péči. Kapitola se zabývá úkoly pracovníka v paliativní péči, nedirektivním rozhovorem a dále nabízí pojmenování jednotlivých fází, kterými klient prochází, jakmile se dozví, že je smrtelně nemocný. V návaznosti na tyto fáze jsou v kapitole popsány možné potíže v komunikaci s klientem a jsou uvedeny zásady a strategie komunikace s umírajícím klientem a jeho blízkými. V závěru kapitoly studenti naleznou i specifika komunikace s pozůstalými.

CÍLE KAPITOLY



Student po prostudování této kapitoly:

- dokáže vnímat potřeby nemocného seniora;
 - definuje fáze umírání a dokáže správně intervenovat v jednotlivých fázích;
 - zná zásady komunikace s umírajícím klientem a vhodné komunikační strategie s rodinou klienta;
 - dokáže vhodně komunikace s pozůstalými.
-

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



strach ze smrti, sociální práce s umírajícími, nedirektivní rozhovor, komunikace bez slov, potřeby nemocného, fáze umírání, pozůstalí.

6.1 Úzkost a strach ze smrti

Yalom (2008) odhaluje za nadměrnou úzkostí ze smrti absenci smyslu života. Pocit naplnění, že člověk prožil život dobře, že jeho život měl smysl, zmírňuje děsivost smrti. Dalo by se očekávat, že nespokojení a zklamaní lidé by mohli vítat odpočinek, který smrt přinese. Opak je pravdou. Člověk nedokáže čelit vyhlídce na smrt, dokud nepoznal plný život.

Jak uvádí Haškovcová (2010) v minulosti se lidé setkávali se smrtí mnohem častěji. V minulosti byl fakt, že smrt je s námi od zrození, je všudypřítomná, přijímán samozřejmě. Hojně se umíralo v dětství, v mladém i středním věku, smrt nebyla „privilegiem starých lidí“. Procesy umírání a smrti patřily k bazální socializaci každého dítěte, děti viděly umírat domácí zvířectvo a byly svědkem smrti svých blízkých nebo lidí z okolí. Člověk v minulosti se tedy od dětství v průběhu celého svého života připravoval na svou smrt. Samozřejmě, že i tehdy se člověk bál onoho kroku do neznáma, kde končí lidská zkušenost. Každý po svém bojoval se svým strachem. Jednou z historicky propracovaných forem obrany proti strachu ze smrti byla víra, že život nějakým způsobem pokračuje dál. Víra v Boha je však ryze osobní záležitost, není řešením pro všechny. Další vhodnou obranou proti strachu ze smrti byla ritualizace procesu umírání, smrti i truchlení.

Aktuálně je osobní konfrontace jedince se smrtí méně častá, což je způsobeno tím, že stále větší počet lidí umírá v nějakém lékařském zařízení, často bez účasti svých nejbližších, bez rozloučení. Institucionalizace smrti umožnila značný komfort v péči o umírající, ale opomněla péči „o duši“ a znesnadnila akceptaci smrti jak umírajícím, tak jejich rodinám. Dnešní člověk se chce bavit, žít dlouho, šťastně a úspěšně. Myšlenkami na nemoci, utrpení, stáří a smrt, se nezaobírá. Stejně jako mu může unikat v dnešním přetechnizovaném světě smysl života. Problém nastává, když se smrt objeví blízko a umírá někdo blízký. Tím, že se smrt stala předmětem tabuizace, brání v osvojení si základních znalostí potřeb umírajících. Bez těchto znalostí je však pomoc obtížná, pracovník zažívá konfrontaci s umírajícím, a neví, jak se má k umírajícímu člověku zachovat, neví, jak s ním hovořit, a neví, co říci pozůstalým a jak zvládat jejich zármutek a žal. (Haškovcová, 2010)

Samotná komunikace o umírání a smrti je tabuizována víc než sexualita a vyměšování. Většina lidí se rozhovorům o umírání a smrti vyhýbá, musí-li mluvit s umírajícím, pak unikají do banalit nebo lživého přesvědčování, že smrt je ještě hodně daleko. Takové chování je pravděpodobně obranou proti vlastní úzkosti. Popírání faktu umírání druhého člověka je popíráním jistoty, že oni sami se jednou ocitnou ve stejné situaci. Většina umírajících si je však vědoma svého stavu a touží po otevřeném dialogu, kterého se jim málokdy dostane. (Langmeier, Krejčířová, 2000)

Ve společnosti se musí znovu začít veřejně mluvit o smrti. Smrt by neměla být něčím zatlačeným do pozadí. Musí zpátky nabýt svou přirozenou důležitost. Společnost se musí znovu naučit umírat. (Fedlmann in Špatenková a kol., 2014, s. 29).

Stáří je obdobím, které víc, než jiné předchozí vývojové období je postaveno na duchovnu. Duchovno dává člověku příležitost dalšího růstu, proniknutí do nového hloubky lidského života, a to včetně přípravy na umírání. (Grün, 2009)

„Zkušenost z doprovázení je cenná a umožní pečujícím dospět k osobní životní moudrosti: k přijetí vlastní konečnosti i odvahy zemřít jednou svou „dobrou smrtí“. (Haškovcová, 2010, s.325)

6.2 Sociální práce s umírajícími

DEFINICE



Paliativní (úlevná, útěšná, zmírňující) péče je péče o smrtelně nemocného člověka. Paliativní péče zahrnuje jak lékařské, tak nelékařské aspekty péče, pro nemocného i jeho rodinu, a to trvale po dobu nemoci. (Svatošová, 2011)

K životu zákonitě patří i smrt. Každý člověk má právo na důstojnou smrt. V paliativní péči je zdůrazňován multidisciplinární přístup k nemocnému. K hlavním zásadám paliativní péče patří vyloučení nebo maximálně možné omezení všech invazivních metod, vyšetřovacích i léčebných. Pomocí nedirektivního přístupu je snahou všech pečujících a doprovázejících pracovníků respektovat vůli nemocného a ponechat mu potřebný pocit, že má věci pod kontrolou, což přispívá významně ke kvalitě jeho života. (Svatošová, 2011)

Sdělování pravdy smrtelně nemocnému se dnes stává běžnou součástí pracovní náplní pomáhajících pracovníků. V minulosti nebylo respektováno právo klienta na pravdivé informace, důvodem byla často obava převzít psychologickou péči o nemocného, který je na konci života. Byly používány „milosrdné lži“, protože se ošetřující domnívali, že nemocný by neunesl pravdu. Psychologové však poukazují na fakt, že pravdu by často neunesl pomáhající pracovník. Mnohdy sami lékaři považovali smrt za svoji terapeutickou prohru. V současné době se již neřeší otázka, zda nemocnému sdělit pravdu, ale řeší se kdo, kdy, kde a jak. (Kelnarová, Matějková, 2009)

Je potřeba dobře zvážit kdy, ve které fázi onemocnění je vhodné klienta informovat o nevléčitelnosti jeho choroby a říci mu pravdu. O tom, že je klient vážně nemocen, by se měl klient dozvědět hned, když je diagnóza potvrzena. Sdělující pracovník reálně informuje klienta o diagnóze, zároveň mu nesmí brát naději na zlepšení stavu klienta díky léčebným postupům, která má medicína k dispozici. Poté se většinou klient ptá na podrobnosti svého onemocnění a léčení. Pracovník dává konkrétní, přímočaré a jasné odpovědi. Kdo je pro sdělení tak vážné a nepříznivé informace tou nejvhodnější osobou? V prvé řadě je to ošetřující lékař. Stejně dobře může se svolením lékaře převzít tento úkol duchovní, zdravotní sestra, rodinný příslušník, psycholog nebo jiný pomáhající pracovník. V každém případě by se mělo jednat o pracovníka, ke kterému má klient důvěru. Z hlediska komunikace pomáhajícího pracovníka a klienta je zásadní způsob, jak sdělit nemocnému informace. Klientovi nemusíme sdělovat, že umírá, nebo že je nevléčitelně nemocný, pro klienta je přijatelnější sdělení, že je vážně nemocen. K uvědomění si možnosti vlastní smrti by měl klient dospět sám. (Kübler-Rossová, 1994)

Vhodnou metodou v paliativní péči je technika nedirektivního rozhovoru, kdy většinu času stráveného s klientem pracovník naslouchá a využívá komunikace beze slov. Nepostradatelnou znalostí pro komunikaci pracovníka s umírajícím klientem je i znalost potřeb nemocného a fází, kterými klient prochází.



KONTROLNÍ OTÁZKA

Co je to paliativní péče?

6.2.1 NEDIREKTIVNÍ ROZHOVOR

Ve zvláště emočně vypjatých situacích, kterou může být interakce s umírajícím seniorem, se jeví vhodné využít techniku tzv. nedirektivního rozhovoru. V takové situaci lze předpokládat, že senior nepotřebuje slyšet jednoznačnou odpověď, ale jde mu spíše o navázání kontaktu, o sdílení pocitů z blížící se smrti. **Technika nedirektivního rozhovoru** vychází z principů na klienta orientované psychoterapie neboli **rogersovské terapie**. Základními složkami této techniky jsou: **nedirektivita, empatie a emoční blízkost**. Používání této techniky vychází z předpokladu, že pracovník má opravdový zájem o klienta, rozvíjí partnerství v komunikaci, podporuje a povzbuzuje klienta, dává mu prostor k vyjádření a nabízí svou přítomnost. Pracovník klienta nehodnotí a nekritizuje, nementoruje, respektuje emoce seniora, projevuje zájem o situaci seniora, o jeho osobní záležitosti, pocity apod. Klient je pracovníkem přijímán jako lidská bytost s problémy, chybami a pocity. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Mezi **zásady vedení nedirektivního rozhovoru** patří:

- Iniciativu nechejte na seniorovi.
- Dejte najevo své sympatie a pochopení pro situaci seniora.
- Reflektujte sdělení seniora.
- Zajímejte se o pocity seniora.
- Nepokládejte přímé otázky. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Matoušek a kol. (2003) doplňují profesní kompetence pracovníka, který užívá techniku nedirektivního rozhovoru o **autenticitu (pravdivost, věrohodnost, kongruenci), reflexi a akceptaci**. Za velmi důležitou součást považují Matoušek a kol. (2003) **úctu pomáhajícího pracovníka k seniorovi**, kterou pracovník vyjadřuje přijetím rozhodnutí seniora, i když s ním nesouhlasí.

Kopřiva (2006) v souvislosti s nedirektivním rozhovorem hovoří o typu intervence, a to o **rezonanci**, jedná se o druh zpětné vazby, „ozvěnu“. Tento typ intervence je používán jak v rogersovském přístupu, tak v příbuzných směrech z proudu humanistické psychologie. Pracovník naslouchá, zrcadlí, opakuje to hlavní, co senior řekl, aby dal najevo, že to slyšel a dobře pochopil. Pracovník seniora neřídí. Senior například říká: „Dejte mi pokoj, nechci žádná další vyšetření, to raději umřu dřív.“ Pracovník rezonuje: „Hmm. Říkáte, že raději umřete dřív, než abyste šel na další vyšetření.“

KONTROLNÍ OTÁZKA



Jaké jsou zásady nedirektivního rozhovoru?

6.2.2 KOMUNIKACE BEZ SLOV

Další možností pro porozumění situaci klienta je neverbální komunikace. Mnohdy neverbálními prostředky vyjádříme více než slovy. Naslouchání patří k respektujícímu typu rozhovoru. Když sedíte s někým, kdo mlčí, můžete říct: „Jen posedím a budu vám dělat společnost.“ (Kopřiva, 2006) V komunikaci se seniory je nutné připomenout některé mimoslovní prostředky, které mohou být doprovázejícím pracovníkovi v paliativní péči nápomocny:

- **Mlčení** může znamenat tiché spojení a jednotu beze slov (Pichaud, Thareauová, 1998). O hlubokém a uzdravném tichu hovoří Křivohlavý (1993), takové ticho nastává v okamžiku, kdy už bylo vše řečeno, není co dodat a je užitečné setrvat v tichu a klidu.
- **Pohled** vyjádří víc než slova, pohled z očí do očí je projevem přátelství, podpory, soucítění a zájmu. Žádný klient by neměl být přehlížen (Venglářová, Mahrová, 2006).
- **Dotyky** nahrazují komunikaci, když člověk přestane vidět a slyšet. Dotyky vyvolávají mnoho emocí. Pracovník může dotekem klientovi projevit blízkost, uklidnit, ubezpečit. Pro umírajícího člověka je fyzický dotek důležitý, pohlazení a dotek mírní utrpení. Pracovník může vzít klienta za ruku, ale nechává se vést. (Pichaud, Thareauová, 1998)

6.2.3 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍHO ČLOVĚKA

V souvislosti s paliativní péčí je důležité zmínit i téma potřeb umírajícího člověka, které bývají uspokojovány jen částečně. Definice potřeb umírajícího vychází z definice zdraví

podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která říká, že zdraví je plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka. Z této definice vyplývá, že také potřeby nemocného, umírajícího jedince jsou tělesné, duševní, sociální a duchovní. V některých zdravotnických zařízeních dosud převažuje zaměření u umírajícího pacienta především na potřeby tělesné. Naopak v rámci hospicové péče je možné již vnímat hlubší a osobnější angažovanost pracovníků a zaměření na uspokojování duchovní potřeb klienta. Od pracovníků v hospicové péči se očekává nejen soucit a vcítění, zralost, smysl pro hodnoty, ale i vytvoření podmínek. Proto se v hospicích za standard pokládá jednolůžkový pokoj pro klienta s přistýlkou pro rodinu, tak aby bylo respektováno právo umírajícího člověka na soukromí a na přítomnost rodiny. (Svatošová, 2011)

Přestože se potřeby v bezprostřední blízkosti smrti mění, mnohé mají určitý význam a různou intenzitu i za těchto okolností:

- **silná potřeba citové jistoty a bezpečí** – senior má větší tendenci hledat oporu a pomoc, potřebuje vyjádřit své pocity, potvrdit si svůj vztah s blízkými lidmi, potřebuje naslouchajícího, potřebuje ještě před svoji smrtí něco nebo někomu sdělit a předat, touží po pohlazení, tělesné blízkosti apod.;
- **potřeba stimulace bývá snížena** – senior už mnohé podněty nevnímá, zájmy se redukuje, výrazně se snižuje koncentrace pozornosti;
- **vysoká potřeba zachování sebeúcty** – senior může úzkostně prožívat perspektivní ztrátu vlastní identity, rozklad těla, zmizení z tohoto světa apod., senior může mít různá přání, kterými snižuje tuto úzkost (rituály, zpověď apod.);
- **potřeba otevřené budoucnosti, přesahu vlastní fyzické existence** – senior se někdy potřebuje vyjádřit k budoucnosti, která se ho už osobně netýká, ale vztahuje se k jemu blízkým lidem. (Vágnerová, 2008b)

Proč se zabývat potřebami nemocného:

- **Tělesné (biologické) potřeby** lze těžko uspokojit, pokud není možné získat od nemocného souhlas s léčbou – předpokladem je pravdivé a řádné poučení nemocného. K biologickým potřebám patří všechno, co potřebuje nemocné tělo.
- **Psychické potřeby** lze těžko uspokojit, pokud pracovníci nemocnému lžou a jsou neupřímní, klient se necítí v bezpečí a je zahrán do izolace. K psychologickým potřebám patří především potřeba respektování lidské důstojnosti, a to nezávisle na stavu tělesné schránky. Dále se patří potřeba bezpečí a komunikace.
- **Sociální potřeby** (zabezpečit rodinu nebo firmu) může naplnit pouze nemocný, který je včas a pravdivě informován o svém stavu, dokud si ještě schopen své věci

uspořádat. Člověk je tvor společenský, nežije izolovaně, a tudíž izolovaně ani nestůně a neumírá. Nemocný většinou stojí o návštěvy a potřebuje je, ne ale vždy a ne všechny.

- **Spirituální (duchovní) potřeby** se mohou naplnit pouze tehdy, kdy je nemocnému sdělena pravdivá prognóza (při zachování naděje), aby nemocný mohl zmobilizovat síly k možná největšímu a nejdůležitějšímu životnímu rozhodnutí a činu. Každý člověk potřebuje před koncem svého života vědět, že mu bylo odpuštěno, a má potřebu i sám odpouštět. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl až do poslední chvíle smysl. (Svatošová, 2011)

KONTROLNÍ OTÁZKA



Jaké potřeby nabývají na intenzitě nebo naopak slábnou v bezprostřední blízkosti smrti?

6.2.4 ÚKOLY PRACOVNÍKA V PALIATIVNÍ PÉČI

Svatošová (in Matoušek a kol., 2005) považuje za hlavní přínos sociálního pracovníka pro práci multidisciplinárního týmu jeho zaměření na konkrétní sociální situaci konkrétní osoby. Je k dispozici klientovi i jeho rodině s praktickou i emoční pomocí, zároveň řeší složité situace, kdy potřeby klienta a pečujících osob jsou v konfliktu.

K úkolům pracovníka v paliativní péči patří:

- Zmapovat potřeby pacienta a jeho rodiny.
- Posoudit schopnosti klienta a jeho rodiny situaci zvládnout, případně taktně nabídnout způsoby pomoci.
- Vytvářet optimální podmínky k vyjádření svých pocitů, jak klientovi, tak jeho rodině i pečujícím, a to jak jednotlivě, tak společně.
- Respektovat etnické a náboženské vlivy na způsob zvládnání situace klientem a jeho rodinou.
- Všimát zranitelnějších lidí v okruhu umírajícího klienta (děti, adolescenti, závislí, senioři apod.), předvídat možné negativní dopady náročné situace na jejich život. Taktně nabídnout způsoby pomoci.
- Pomoci klientovi a rodině překonat komunikační překážky, vyřešit konflikty a věnovat dobře čas, který umírajícímu klientovi zbývá.

- Pomoci všem zúčastněným se postupně přizpůsobovat nové situaci.
- Asistovat dle potřeby a zájmu klienta a jeho rodiny při jednání s jinými organizacemi, zohledňovat potřeby klienta i pečujících osob, pomoci s vyřizováním žádostí o dávky aj.
- Nabídnout pomoc pozůstalými s vyřízením pohřebního, zprostředkovat pomoc okolí apod.



KONTROLNÍ OTÁZKA

Jaké jsou úkoly pracovníka v paliativní péči?

6.3 Fáze umírání a komunikační intervence

Bouchal (in Křivohlavý, 2002) uvádí řadu různých reakcí lidí na blížící se smrt:

- pozitivní kompenzace – snaha o dokončení rozdělaného díla;
- negativní forma kompenzace – nadužívání alkoholu, drog, přejídání, sexuální výstřelky apod.;
- pasivní rezignace (netečnost a nezájem);
- únik do vzpomínek na to, jaké to kdysi bylo;
- únik do fantazie a úvah o nesmrtelnosti;
- smíření a vyrovnání (přijetí nevyhnutelného).

Lékařka Kübler-Rossová (1994) popsala 5 fází, kterými klient prochází od chvíle, kdy se dozví, že je smrtelně nemocný. Tyto fáze nemusí vždy zachovávat stejný sled u každého klienta, některé fáze se opakovaně vracejí, střídají a dvě i tři se mohou během jednoho dne prolínat. Fáze nejsou stejně dlouhé, může se stát, že některé chybí. Časový posun je možné zaznamenat i v prožívání jednotlivých fází u klienta a jeho blízkých. Zatímco klient již dosáhl stadia smíření, jeho okolí stále prožívá fázi smlouvání a vyjednávání, a to může být pro klienta ke škodě.

Podle Haškovcové (2007) předchází fázi negace, kterou popisuje Kübler-Rossová jako první fázi umírání, **fáze nulová**. Tato fáze může být různě dlouhá, objevují se příznaky nemoci, ale nemocný ze strachu odmítá vyhledat lékaře. Nulová fáze začíná stavem nevědomosti, kdy klient neví nic o svém reálném stavu, a přechází do stavu nejistoty. Poté pře-

chází nejistota do stavu odmítání pravdy po nepříznivé prognóze onemocnění a končí objektivním zjištěním diagnózy. Nulová fáze snižuje šanci na úspěšnější léčbu klienta či vyléčení nebo odsunutí neodvratného konce.

Kübler-Rossová (1994) rozdělila fáze umírání na 5 fází: negace, vzpoura – agrese, smlouvání, deprese a smíření.

6.3.1 1. FÁZE: ŠOK, POPÍRÁNÍ, NEGACE

Klient odmítá komunikaci s pracovníky, odmítá spolupráci, péči. Často klient odmítá diagnózu slovy: *To není možné. Zaměnili jste výsledky. To je omyl. To není možné. Ne, pro mne to neplatí.* **Cílem intervence doprovázejícího pracovníka je navázat kontakt s klientem a získat jeho důvěru.**

Vhodné intervence:

- Nezasahujte do tohoto procesu. Klient má právo odmítnout léčbu. Hovořte s klientem o možnostech, které léčba nabízí. Hovořte s klientem o jeho obavách. Nabídněte možné alternativy, které existují v léčbě daného onemocnění.
- Neodsuzujte klienta, pokud nerespektují pokyny lékaře ohledně léčebných kroků. Ujistěte klienta, že není a nebude v této náročné životní situaci sám.
- Nepopírejte skutečnost, hovořte o realitě.
- Naslouchejte klientovi. Nabídněte klientovi útěchu a klid, ve smyslu fyzickém, duchovním i emocionálním. Posad'te se ke klientovi a řekněte např.: Je to hodně těžké, vidíte. Z čeho máte konkrétně obavy? S čím potřebujete pomoci?
- Nedohadujte se, co klient potřebuje, ale zeptejte se ho, např. Co mohu udělat, aby vám bylo líp?
- Pokračujte v nácviku sebepéče a soběstačnosti.
- Je-li to volba klienta, dovolte mu zůstat ve fázi negace.
- Najděte si na pracovišti místnost, kde můžete dát průchod svým citům, kde můžete plakat, nadávat, křičet. I vy potřebujete dát průchod nahromaděným pocitům. (Kübler-Rossová, 1994; Haškovcová, 2007; Svatošová, 2011)

6.3.2 2. FÁZE: VZPOURA, AGRESE, HNĚV

Klient se bouří proti tomu, co se děje, má zlost na všechny zdravé lidi, včetně pomáhajících pracovníků. Vyjadřování klienta může být velmi hrubé vůči všem, kteří s ním přicházejí do kontaktu. Zlost si klient vybíjí na pracovnících, ale i na svých přátelích a příbuzných. Klient může odmítat péči, stavu, ošetření, hází předměty apod. Svůj hněv často klient vyjadřuje slovy: *Proč zrovna já? Čí je to vina? Doted' mi nic nebylo!* **Cílem intervence doprovázejícího pracovníka je dovolit klientovi odreagování, nepohoršovat se nad chováním klienta.**

Vhodné intervence:

- Mějte na mysli, že klient se nezlobí na pracovníky. Je-li zloba opodstatněná, sjednejte nápravu (např. kvalita jídla, pocit soukromí apod.).
- Nedovolte pokračovat klientovi v destruktivním chování.
- Buďte empatičtí. Vybidněte klienta, aby slovy vyjádřil svoji zlost, strach a hněv. „Legalizujte“ právo klienta se zlobit slovy např. *Chápu váš vztek, máte právo se zlobit, na vašem místě bych se asi také zlobila.*
- Neodsuzujte ani věřící klienty, kteří se ve svém vlastním bezmocném vzteku rouhají a ztrácejí pevnost svojí víry. (Kübler-Rossová, 1994; Haškovcová, 2007; Svatošová, 2011)

6.3.3 3. FÁZE: VYJEDNÁVÁNÍ, SMLOUVÁNÍ, KOMPROMIS

Klient se snaží „smlouvat se životem a smrtí“, je ochoten dát vše za uzdravení (Křivoňavý, 2002). Klient a jeho nejbližší hledají zázračný lék, léčitele, jsou ochotni zaplatit cokoliv za oddálení smrti klienta. Klient chce pro sebe získat více času, často v souvislosti s důležitými událostmi v rodině, např. narození vnoučka, svatba syna, promoce dcery apod. **Cílem intervence doprovázejícího pracovníka je maximální trpělivost s klientem a jeho nejbližšími.**

Vhodné intervence:

- Dopřejte klientovi přijmout skutečnost, že umírá.
- Buďte na blízku umírajícímu tak dlouho, pokud si to bude přát.
- Stanovujte s klientem malé, ale realistické cíle.
- Pochvalte klienta i za pokus o dosažení cíle. (Kübler-Rossová, 1994; Haškovcová, 2007; Kelnarová, Matějková, 2009; Svatošová, 2011)

6.3.4 4. FÁZE: DEPRESE, SMUTEK

U klienta se objevuje stálá únava, nespavost nebo naopak neschopnost se probudit, pláč, apatie, nezáměr o lidi, nechutenství. Klient dává najevo svoji nechuť dál žít, může mít předtuchu blížící se smrti, prožívá smutek ze utrpěné ztráty, z hrozící ztráty. Klient může prožívat strach z účtování, strach o zajištění rodiny, chod firmy apod. Potřeba umřít se u klientů často spojuje s odmítáním věcí, do kterých je někdo nutí. Klient má především potřebu se uzavřít do sebe, odpoutat se od svého okolí a být ponechán v klidu. Proces separace, „odpoutávání se“ je pro klienta nutný k tomu, aby sám v sobě mohl najít potřebnou vnitřní sílu, klid a mír. **Cílem intervence doprovázejícího pracovníka je trpělivě naslouchat, pomoci klientovi urovnat vztahy, pomoci hledat řešení při zajištění rodiny apod.** (Kübler-Rossová, 1994)

Vhodné intervence:

- Respektujte separaci klienta od života, dopřejte klientovi klid.
- Neutěšujte klienta a nesnažte se ho rozveselit. Pokud mluví o smrti, nepopírejte ji např. výrokem: *Ale ne, takhle nemluvte!* Nechte klienta vyjádřit svůj pocit marnosti a beznaděje.
- Pokud klient vysloví přání brzké smrti, sdílejte a hovořte s ním o této naději. (Kübler-Rossová, 1994)
- Buďte klientovi nablízku, třeba jenom tiše sedíte v pokoji s klientem.
- Pokud si to klient přeje, držte ho za ruku.
- Akceptujte pláč klienta, nesnažte se ho utiшит.
- Zachovejte za všech okolností důstojnost klienta.
- Zajistěte přítomnost milující osoby. (Kübler-Rossová, 1994; Haškovcová, 2007; Kelnarová, Matějková, 2009; Svatošová, 2011)

6.3.5 5. FÁZE: AKCEPTACE, SMÍŘENÍ

Klient je často v klidu, neprojevuje silné emoce, vyjadřuje tak souhlas s neměnným děním, smíření se s tím, co se děje (Křivohlavý, 2002). Klient působí důstojným dojmem vyrovnanosti, klidu a míru. Naopak klient, který rezignuje, bývá pobouřený, plný hořkosti, pocitu bezcennosti a mučivé úzkosti, a pronáší věty např.: *K čemu to všechno?* Smířený klient znovuprožívá zážitky ze svého uplynulého života, hledí do vlastního nitra, vybavuje si události a osoby, které pro něj byly důležité, snaží se shrnout hodnotu svého dosavadního života a objevit jeho význam. Vyrovnaní se se smrtí je jednou z nejrealističtějších věcí, k

níž se člověk může dopracovat, neboť všichni dříve či později zemřeme. (Kübler-Rossová, 1994)

Umírající klient v důsledku ubývání fyzických i psychických sil se více soustředí na vlastní prožívání, vlastní nitro, vzdaluje se od vnějšího světa. Klesá jeho zájem o jiné lidi, televizi, čtení apod. Nemusí vždy stát o návštěvy příbuzných a známých, raději má u sebe své nejbližší. Často spí nebo naopak stále bdí. Postupně odmítá jídlo, nejprve maso, pak další těžce stravitelné potraviny, nakonec nejí vůbec. (Haškovcová, 2007) Někdy chce být umírající sám – proto je sporná trvalá přítomnost příbuzných nebo pracovníků u lůžka umírajícího. Někdy je umírající vděčný za možnost rozjímat o samotě. (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995)

Tuto fázi často komplikují příbuzní klienta, kteří se na nemocného „upnou“ a nedokáží jej „nechat odejít“. Klient pak není schopen zemřít v klidu, míru a vnitřně vyrovnan, když vidí kolem sebe zmatek a bolest, kterou prožívají jeho nejbližší, kteří se odmítají s jeho odchodem vyrovnat. Klient pak snadno znovu upadá do stavů deprese nebo hněvu. Pomáhající pracovníci mohou pomoci příbuzným akceptovat reálný stav klienta, sladit fáze prožívání umírání u jednotlivých zúčastněných lidí a tím nepřímo pomoci i klientovi, aby mohl zůstat nebo dospět do fáze akceptace. **Cílem intervence doprovázejícího pracovníka je mlčenlivá lidská přítomnost, držení za ruku, utírání slz a péče o rodinné příslušníky klienta.** (Kübler-Rossová, 1994)

Vhodné intervence:

- Buďte nablízku, klient nechce být sám.
- Zajistěte přítomnost nejbližších. (Kelnarová, Matějková, 2009)
- Pomáhejte blízkým klienta, aby dokázali klienta „nechat odejít“. (Kübler-Rossová, 1994)

Příbuzní umírajícího klienta procházejí stejnými fázemi jako klient. Jsou utrápení, zlobí se, prožívají mučivou úzkost, zmatky a nejistotu. Jejich neventilované pocity mohou vést ke konfliktům v komunikaci s pracovníky i zneužívání ošetřujícího personálu. Stejně jako klient potřebují příbuzní dostat prostor k ventilování svých pocitů, nalezení odpovědí na své otázky a dostat naději, že jejich blízkému se dostane potřebné péče a společně s pracovníky překonají a zvládnou toto pro všechny obtížné období. (Kübler-Rossová, 1994)

Při komunikaci s rodinnými příslušníky je nutné respektovat stejné zásady jako při komunikaci s dospělým klientem (viz následující podkapitola 6.5.1). Při ošetrovatelské péči, pokud to okolnosti umožňují, spolupracuje personál zařízení s rodinnými příslušníky. Je nutné dodržovat jasná pravidla a dbát na hranice jejich kompetencí. Problém a konflikty nejčastěji nastávají při informování rodinných příslušníků o zdravotním stavu klienta. Personál může dávat informace obecného rázu (např. *Paní Jedličková dnes spala klidně celou noc.*). Bližší informace o zdravotní stavu klienta podává pouze ošetřující lékař, který také

musí respektovat přání klienta, který má právo určit komu, kdy a za jakých okolností budou informace o jeho zdravotní stavu předávány. Lékař a personál zařízení vždy respektuje přání klienta, pokud je vysloveno při vědomí klienta. (Kelnarová, Matějková, 2009) V týmu pomáhajících pracovníků je nutná vzájemná komunikace a předávání informací o tom, kdo, kdy, kde, co a jak sdělí informace klientovi nebo jeho příbuzným.

6.4 Shrnutí zásad komunikace s umírajícím klientem

Zásady a vhodné strategie:

- Respektujte právo umírajícího klienta na pravdivé informace.
- Mějte na paměti, že informace o zdravotním stavu klientovi podává lékař. Po dohodě pracovního týmu i jiný pracovník např. zdravotní sestra, psycholog, duchovní apod.
- Dávejte klientovi realistickou naději na zlepšení nebo pozastavení postupu nemoci.
- Neurčujte konkrétní čas, který klientovi zbývá do konce života.
- Respektujte vyhýbání se klienta mluvit o své smrti.
- Nevnučujte umírajícímu klientovi potřebu přijmout (akceptovat) fakt konce.
- Respektujte zvýšenou potřebu klienta vyhledávat pomáhajícího pracovníka k rozhovorům o pocitech. Vyčkejte, až sám nastolí téma smrti a umírání.
- Zajistěte léčbu a tlumení bolesti, zbavte se zbytečných předsudků z farmakoterapie.
- Buďte klientovi k dispozici ve všech fázích umírání. Věnujte klientovi tolik času, kolik potřebuje.
- Podporujte klientovo hledání (a nalézání) smyslu života, dojít ke spirituálnímu probuzení.
- Pokuste se orientovat klienta spíše na přítomnost, pomozte mu žít v přítomnosti.
- Naslouchejte klientovi i jeho rodině. Umožněte klientovi i příbuzným hovořit o všech pocitech, potřebách a přáních a zajistěte dle možnosti jejich splnění.
- Využívejte i neverbální komunikaci – haptiku.
- Dopřejte klientům pocit kontroly nad jejich životem a způsobem, jak ho dožijí.
- Komunikujte s rodinou klienta i po jeho úmrtí. (Kübler-Rossová, 1994; Špatenková, Králová, 2009; Kelnarová, 2007)

Přestože většina lidí ztratí vědomí nebo ho má zastřené těsně předtím, než zemřou, neměl by být žádný umírající člověk ponechán o samotě, ani klient, který je v hlubokém bezvědomí. Pracovník, který sedí u umírajícího klienta, by měl jednat tak, jako by klient plně vnímal, i poté, co upadne do bezvědomí. Můžeme si sice myslet, že umírající člověk už nevnímá nic z toho, co se děje, ale nejednou se takový klient probral a personál nebo i rodina zjistili, že tento člověk vnímal vše, co se kolem dělo. Také ostatní klienti mohou být velmi rozladěni, pokud se s umírajícím člověkem v bezvědomí zachází způsobem, jako by už byl mrtvý. Být umírajícímu člověku na blízku je psychicky náročné, pokud není u klienta jeho rodina, pak by to měl být pracovník zařízení, případně dobrovolník. (Mindel in Kupka, 2014)



PŘÍPADOVÁ STUDIE

Klientka (83 let, dg. demence) je dlouhodobě upoutána na lůžko, nekomunikuje, odmítá přítomnost pracovníků, je zesláblá a apatická. Nikdo z příbuzných ji nenavštěvuje. Pracovnice přichází a nabízí klientce, že ji přečte denní tisk. Klientka zavírá oči a odvrací hlavu od pracovnice. Pracovnice vyhodnocuje odpověď klientky jako „ne“. Pracovnice říká: „Paní Marie, rozumím tomu dobře, že noviny přečíst nechcete?“ Klientka zůstává odvrácena. Pracovnice nabízí poslech hudby s tím, že slyšela, že klientka ráda poslouchala jazz. Klientka otáčí hlavu zpět a dívá se na pracovníci a na rádio. Pracovnice vyhodnocuje její reakci jako „ano“ a říká: „,Tak já zapnu rádio a naladím vaši oblíbenou stanici paní Marie.“ Pracovnice chodí pouštět rádio nebo předčítat noviny klientce každý den. Jednou ji klienta chytá za ruku a upřeně se na ni dívá. Pracovnice nejprve neví, co má dělat, potom si přisune židli k posteli klientky. Klientka zavírá oči, ale ruku pracovnice nepouští. Pracovnice tiše sedí a svoji druhou ruku položí na ruku klientky. Pracovnice takto tráví s klientkou čas každý den, zpočátku jen tiše sedí a drží klientku za ruku, společně poslouchají rádio, později pracovnice klientce povídá o tom, jak se potýká s pletením svetry (ví, že klientka dříve hodně pletla), jak učí vyšívat svoji dceru apod. Klientka má většinou zavřené oči, ale již nevypadá tak nepřístupně, výraz v obličeji se ji postupně uvolňuje. Pokud pracovnice není přítomna v zařízení, klientka nadále odmítá přítomnost ostatních pracovníků. Po několika týdnech klientka tiše umírá, dle pracovnice, která ji těsně před smrtí držela za ruku, smířená.



KONTROLNÍ OTÁZKA

Jaké jsou vhodné intervenční strategie v jednotlivých fázích umírání?

6.5 Komunikace s pozůstalými

Náhlá, nečekaná smrt milovaného člověka patří mezi nejvíce zátěžové situace, které člověk může v životě postihnout. Na realitu smrti jsme chabě vnitřně vybaveni, než abychom ztrátu někoho blízkého dokázali dobře snášet. Pokud smrti předchází onemocnění, můžeme se zvolna a postupně na konec života připravit. Proto je mimořádně důležité, aby se příbuzným klienta po dobu jeho umírání nebo již truchlící rodině po jeho smrti dostalo pomoci v podobě vhodné komunikace s pomáhajícími pracovníky. Především je důležité, aby příbuzní klienta měli dostatek času se vymanit z počátečního šoku a překonali stádium negace. Znamená to být jim k dispozici a nablízku, aby mohli kdykoliv o svých pocitech hovořit. (Kübler-Rossová, 1994)

Je normální, že pozůstalí v okamžiku ztráty blízké osoby prožívají hluboký zármutek, cítí se opuštěni, zoufalí a bezmocní. **Truchlení je přirozenou reakcí na ztrátu blízké osoby** a musí proběhnout, aby byl založen základ k vytvoření nové identity a integrity. Riziko patologického procesu truchlení vzniká především z nadměrné heroické snahy pozůstalého (pozůstalých) po jeho překonání. (Špatenková, 2013)

Aby mohl pracovník pozůstalým pomoci truchlení zvládnout, musí vědět čím pozůstalí prochází, jaké jsou normální fyziologické reakce na ztrátu, jakými fázemi pozůstalí prochází a zdali existují rizika pro patologické truchlení. Truchlení zahrnuje více či méně výrazné reakce v oblasti emocionální, sociální i somatické. Truchlení jako přirozený způsob zpracování ztráty se projevuje:

- **konfliktní záplavou emocí** – smutek, žal, sklíčenost, vymizení radosti, šok, obavy, nejistoty, strach, úzkost, bezmoc a beznaděj, hněv, agrese, pocity viny a sebeobviňování, pocity opuštěnosti, osamělost, otupělost, ulehčení i vysvobození;
- **somatickými obtížemi** – únava, nedostatek energie, nechutenství, nespavost, svírání u srdce, třes, pocit sevřeného hrdla, dušnost a dechová nedostačivost, svalová ochablost, senzorní přecitlivělost, narušení imunitního systému, poruchy vidění, mdloby, vyrážka, gastrointestinální poruchy, ztráta sexuální apetence, padání vlasů, zjištění: „všechno mě bolí“ apod.;
- **dezorganizací denních zvyklostí** – změna stravovacích návyků, změny v sexuálním životě, vyhýbání se vzpomínkám na zemřelého člověka, vyhledávání míst nebo předmětů, které zemřelého připomínají, sny o zemřelém, vzdychání, hledání a volání, pláč;
- **impulzivním, chaotickým jednáním a únikovými reakcemi** (omamné a psychotropní látky, denní snění, náboženské zanícení, mystika apod.);
- **zahlcením představami o zemřelém** – odmítání skutečnosti, zmatenost, dezorientace, depresivní myšlenky, pocit přítomnosti zemřelého;

- **identifikací se zemřelým** – přebírání určitých vzorů a modelů jednání;
- **vyhýbáním se sociálním kontaktům.** (Kubíčková, 2001)

Kubíčková (2001) provedla syntézu přístupů různých autorů (např. Pullen, Scott, Winkler atd.) a popisuje **truchlení jako proces, který má čtyři fáze**, které se mohou překrývat nebo pozůstalí některé fáze přeskočí a k jiným se opakovaně vracejí:

1. **Šok a otřes** se objevují bezprostředně po ztrátě, trvají několik hodin až dnů. Pozůstalí si připadají zmatení a otupělí. Jejich reakce jsou zautomatizované a nevěřícíně říkají: *To přece nemůže být pravda! Ne, to ne!* Pozůstalí se mohou projevat excesivně nebo tiše a otupěle. Fáze šoku trvá zpravidla několik hodin až dní.
2. Příprava na pohřeb neumožňuje pozůstalým zcela podlehnout smutku, **zachovávají sebekontrolu**. Teprve po pohřbu a odchodu smutečních hostů na ně plnou silou doléhá bolest ztráty.
3. Až tři měsíce může trvat **regrese**. Truchlení je provázeno pláčem a intenzivním smutkem. Pozůstalí se dostávají do regrese – chovají se jako děti, jsou apatičtí, úzkostní, uzavření, zoufalí, dezorientovaní, nezvládající nároky běžného fungování, vřazení zpět do pracovního procesu, odstřížení od sociálních kontaktů. K typickým průvodním projevům patří poruchy spánku a jídelních návyků.
4. Rok a déle trvá **adaptace**. Pozůstalí postupně získávají sebekontrolu, zvládají běžné nároky, nastupuje smíření se ztrátou blízkého člověka, adaptace na svět bez zemřelého, citové odpoutání od zemřelého a pozvolné investování energie jiným směrem.

Proces truchlení je vysoce individuální záležitost a je možné stanovit určitá stádia, kterými procházejí téměř všichni pozůstalí. Proces truchlení má podle Kubíčkové (2001) tři stádia:

1. krátké období otřesu – konfuze,
2. období intenzivního zármutku a žalu – exprese,
3. období rekonvalescence (uzdravování) – akceptace.

Senioři jsou nejvíce ohroženi úmrtím manžela nebo manželky, na tento fakt se špatně adaptují, proto mohou patologicky setrvávat ve fázi šoku. Nenajdou-li si starší vdovy nebo vdovci nový smysl života a dostanou-li se do sociální izolace, umírá do dvou let po ztrátě životního partnera poměrně mnoho starších vdov a vdovců. U starých a osamělých mužů výrazně narůstá procento sebevražděných pokusů a dokonaných sebevražd. Starým ovdovělým jedincům je potřeba věnovat zvýšenou pozornost. (Vymětal, 2003)

KONTROLNÍ OTÁZKA



Jakými fázemi procházejí pozůstalí po ztrátě blízkého člověka?

6.5.1 ZÁSADY KOMUNIKACE S DOSPĚLÝM JEDINCEM

Kelnarová a Matějková (2009) doporučují pro jednání s dospělými klienty a příbuznými klientů dodržovat tyto obecné zásady:

- chovejte se a jednejte evalvačně,
- buďte empatičtí,
- projeďte altruismus,
- chovejte se a jednejte asertivně,
- pokuste se minimalizovat hladinu strachu a úzkosti,
- dbejte na správné oslovení všech zúčastněných,
- komunikujte v klidné prostředí a se všemi pravidly slušného chování,
- poskytněte informace ve srozumitelné podobě, včas a s předstihem,
- neskákejte do řeči, dejte prostor pro dotazy,
- vyhněte se stereotypnímu poučování a radám,
- poskytněte psychickou, duchovní a spirituální podporu,
- respektujte individualitu jedince, jeho práva,
- vhodně užívejte neverbální komunikaci, buďte kongruentní (shoda verbální a neverbální komunikace),
- nepoužívejte příliš mnoho odborné terminologie,
- respektujte přání a rozhodnutí klienta (rodinných příslušníků),
- nekritizujte klienta (rodinné příslušníky) před ostatními,
- pochvalte klienta (rodinné příslušníky) veřejně,

- nepodkládejte příliš osobní otázky, pokud to není nutné,
- ubezpečte klienta a informujte rodinné příslušníky o povinnosti mlčenlivosti personálu o zdravotní stavu klienta,
- zachovejte lidskou důstojnost.

6.5.2 ZÁSADY A PRINCIPY KOMUNIKACE S POZŮSTALÝMI

Atmosféra při rozhovoru s pozůstalými je často emočně a komunikace vyhrocená (pláč, exprese intenzivních pocitů, křik apod.). Úkolem pracovníka je naladit se na společnou pocitovou vlnu, ale zároveň se nenechat strhnout vypjatostí situace. Od pracovníka se vyžaduje především schopnost aktivně naslouchat, autenticky projevit soustrast a umění mlčet, když pozůstalí mluví. Naslouchání mohou komplikovat obrany pracovníka před bolestnými emocemi pozůstalých – objeví se pocity omrzení a únavy. Také vlastní nezpracovaný strach ze smrti může blokovat pracovníka v komunikaci o smrti s pozůstalými. Snadno pak podlehne mylnému přesvědčení, že mluvit o smrti je bolestné, proto o ni s pozůstalými raději mluvit nebude. Příčinou bolesti pozůstalých však není rozhovor o smrti, ale samotná smrt. Má-li pozůstalý možnost hovořit o smrti, stává se toto téma skutečnější a pozůstalý může uvolnit emoce. (Špatenková, 2013)

Pokud pozůstalí nebyli v době úmrtí klienta v jeho blízkosti je nutné jim citlivě a ohleduplně sdělit informaci o úmrtí blízkého člověka. Velmi nevhodné je sdělování této informace na chodbě mezi dveřmi, stejně jako sdělení informace telefonicky. Informace o úmrtí by měla být sdělena osobně. Nutný je bezpečný a klidný prostor, zachovat společenské rituály (představit se, posadit se společně, sdělit zprávu a vyjádřit soustrast). Pracovník sděluje srozumitelně a jednoduše okolnosti smrti, ujišťuje pozůstalé, že smrt byla klidná, bezbolestná, že bylo učiněno vše, co mohlo být učiněno. Ponechat čas pozůstalým zprávu nejen slyšet, ale také ji přijmout a srovnat se s ní. Při rozhovoru nepospíchat. Adekvátní způsob sdělení o úmrtí blízkého člověka usnadňuje celkový proces truchlení, v opačném případě dochází k rozvoji neadekvátních reakcí u pozůstalých. (Haškovcová, 2007; Vymental, 2003)

Přibližně dvěma třetinám pozůstalým stačí od pracovníka jednorázová, lidsky upřímná podpora bezprostředně po ztrátě blízké osoby. Od pracovníka se v rozhovoru s pozůstalými očekává empatické naslouchání, ale zároveň i mapování varovných známek a rizikových faktorů. **Cílem je zjistit, zdali se mezi pozůstalými nachází ohrožená osoba, se kterou je potřeba dále pracovat.** Pracovník citlivě pokládá pozůstalým otázky (Svatošová, 2011):

- *Kdo byl někdo na zemřelém zvlášť silně citově závislý?*
- *Kdo byl někdo na zemřelém existenčně závislý?*
- *Ztratil někdo úmrtím klienta domov?*

- *Je někdo nápadně bezradný a nerozhodný?*
- *Mohl by se někdo cítit provinile ve vztahu k zemřelému?*
- *Jak se rodina připravovala na úmrtí blízké osoby?*
- *Jaká atmosféra byla ve vaší rodině? Vyskytoval se nějaký vážný nesoulad?*
- *Očekává někoho v brzké době další stres?*
- *Jeví se někdo neschopen se o sebe postarat?*
- *Pro koho byla péče mimořádně stresující?*
- *Mluvil někdo z pozůstalých o sebevraždě?*
- *Vyskytuje se v rodině, mezi pozůstalými někdo s duševním onemocněním?*

V rámci hospicové péče nabízí pracovník pomoc pozůstalým v podobě korespondence, telefonátů, osobních návštěv, zprostředkování kontaktů a pomoci apod. Někteří pozůstalí vítají i možnost zúčastnit se vzpomínkových akcí v zařízení, kde jejich blízký zemřel. Rituály vztahující se k umírání a smrti lidé potřebují k udržení duševního zdraví. Pohřeb je poslední dar zemřelému a do jisté míry povinnost pozůstalých vůči zemřelému. Rituál pohřbu dává živým možnost vzdát zemřelému poslední poctu a doprovodit ho na jeho poslední cestě. (Špatenková a kol., 2014).

Špatenková (2013) považuje při komunikaci pracovníka s pozůstalými za zásadní rychlé vytvoření dobrého kontaktu s pozůstalými klienty, vytvoření podmínek k rozhovoru a expresi pocitů spjatých s úmrtím blízkého člověka. Jádrem komunikace pracovníka s pozůstalými je poskytování emocionální podpory. Bezúčelné jsou utěšující věty nebo udílení rady typu: *Vzchopte se přece, máte pro koho žít. To bude dobré, vyspíte se a zítra už bude líp. Nesmíte se tomu tak poddávat. Život jde dál. Vím, co prožíváte. Rozumím Vám.* Kontakt s pozůstalými narušují i komplikované otázky typu: *Jak se cítíte? Co pro vás mohu udělat? Co ode mě očekáváte?* Naopak pomoci mohou věty, které se dotýkají toho, co se stalo (smrt blízké osoby): *Vím, že váš tatínek zemřel a je to pro vás těžké. Můžeme si to tom promluvit. Je mi to líto. Cítím s vámi. Nevím, proč se to stalo. Ne, není to spravedlivé. Jsem tu, abych naslouchala.* Dále pak věty, které oceňují pozůstalého za vyhledání pomoci: *Je dobře, že jste se rozhodla vyhledat pomoc.*

Cílem poradenství a terapie s pozůstalými je pomoci jim v tom, aby se psychicky vyrovnali se vším, co si v souvislosti se smrtí svého blízkého nejasnili a na základě toho se potom se zemřelým definitivně rozloučili. Dále pak povzbuzování k ventilaci zármutku a k překonání fixací a bariér, které jim brání v otevřené exploraci pocitů, pomoc při procesu adaptace na nový způsob života bez zemřelého, dodávání odvahy při emocionálním odpoutávání se od zemřelého a pomoc při přenosu uvolněných emocí do jiných vztahů. (Worden in Kubíčková, 2001) V další komunikaci – kromě emocionální podpory

– ujišťujeme pozůstalé, že truchlení je přirozený proces, každý člověk reaguje na ztrátu jinak, a proto délka a intenzita reakcí se u různých lidí liší. Pracovník „normalizuje“ pocity a symptomy truchlení, ujišťuje pozůstalé, že to, co cítí a prožívají, je normální a přirozené: *Je to normální reakce na to, co se stalo*. Závažná ztráta může (nemusí) být spouštěčem psychiatrického onemocnění – nejčastěji se jedná o depresi. Pracovník by měl dokázat rozlišit, zdali se u seniora jedná o normální truchlení, smutek, nebo zda se spustila deprese či jiné onemocnění. Pak je na místě psychiatrická intervence. (Špatenková, 2013)

Truchlení může být dlouhý a bolestivý proces. Špatenková (2013) připodobňuje tento proces k výstupu na vysokou horu – horu hoře. Během svého „výstupu na horu hoře“ mohou pozůstalí potřebovat kdykoliv pomoc a podporu, pomoc průvodce – poradce pro pozůstalé jako doprovázejícího. Poradce („šerpa, nosič zavazadel“) pomáhá pozůstalému nést jeho náklad, aby mohl pozůstalý hledat svou cestu a stoupat ke svému cíli. Doprovázení pozůstalého je charakterizováno jako pomoc klientovi s problémem, o kterém ví, že ho nelze změnit.

Zásady komunikace s pozůstalými:

- Bezprostředně po úmrtí člověka nespíchejte s pomocí a radou pro pozůstalé, nebuďte hned aktivní.
- V souladu s tradicí i z hygienických důvodů otevřete okno. Nechte působit zvláštnost a výjimečnost tohoto okamžiku. Pro věřící je čas na modlitbu, ostatním probíhají v mysli společně strávené chvíle a zážitky se zemřelým. (Haškovcová, 2007)
- Vytvořte bezpečný prostor a podporujte pozůstalé, aby si dovolili dávat najevo své pocity (plakali, naříkali, zlobili se, křičeli aj.) a ventilovali všechny emoce po ztrátě blízkého. Neodsuzujte jejich emoce.
- Nabízejte mluvení o vztahu pozůstalých k zemřelém, nechte je o něm vyprávět, idealizovat jej. Přinášejte existenciální témata smyslu a hodnoty života. Opírejte se o vzpomínky zemřelého a tím dávejte pozůstalým pocit jeho blízkosti. Nepřerušujte pozůstalé, nechte hlavně hovořit pozůstalé.
- Pomáhejte pozůstalým odlišit reálný a iracionální pocit viny. Poskytněte pozůstalým ujištění, že udělali pro zemřelého vše, co bylo momentálně v jejich silách.
- Dovolte, aby se ticho stalo součástí konverzace. (Kubičková, 2001)
- Aktivizujte přirozené zdroje sociální opory. (Špatenková, 2013)
- Nabídněte pomoc s organizací pohřbu zemřelého. Akt rozloučení pozitivně ovlivňuje proces truchlení. Pohřeb uspokojuje potřeby pozůstalých. (Kübler-Rossová, 1994)

Shrnutí základních principů a zásad komunikace s pozůstalými:

- Pomoc v přijetí ztráty blízkého člověka.
- Pomoc odhalit a vyjádřit své emoce.
- Pomoc žít dál bez zemřelého.
- Pomoc s emočním odpoutáváním od zemřelého.
- Poskytnutí času a prostoru pro truchlení.
- Vysvětlit přirozenost a normalnost chování pozůstalých.
- Počítat s rozdíly mezi jednotlivými pozůstalými.
- Nabízet pomoc a podporu.
- Zkoumat obranné mechanismy a způsoby překonávání krize u pozůstalých.
- Zajistit adekvátní péči u patologických projevů. (Špatenková, 2013)

KONTROLNÍ OTÁZKA



Jaké jsou zásady a principy komunikace s pozůstalými?

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



Zamyslete se nad svými osobnostními a profesními předpoklady k doprovázení umírajícího seniora a k práci s pozůstalými. V čem jsou vaše silné stránky a v čem vnímáte slabiny?

SHRUTÍ KAPITOLY



Šestá kapitola se zabývala specifiky komunikace v paliativní péči. Kapitola nabídla studentům přehled úkolů pracovníka v paliativní péči a informace, jak vést nedirektivní rozhovor. Dále text nabídl přehled jednotlivých fází umírání a vhodných intervencí. V návaznosti byly uvedeny možné obtíže v komunikaci, jak je překonat, zásady a strategie komunikace s umírajícím klientem a jeho blízkými. V závěru kapitoly byly popsány specifika komunikace s pozůstalými.



ODPOVĚDI

Co je to paliativní péče?

- Paliativní (úlevná, útěšná, zmírňující) péče je péče o smrtelně nemocného člověka. Paliativní péče zahrnuje jak lékařské, tak nelékařské aspekty péče, pro nemocného i jeho rodinu, a to trvale po dobu nemoci.

Jaké jsou zásady nedirektivního rozhovoru?

- iniciativu nechejte na seniorovi, dejte najevo své sympatie a pochopení pro situaci seniora, reflektujte sdělení seniora, zajímejte se o pocity seniora, nepokládejte přímé otázky

Jaké potřeby nabývají na intenzitě nebo naopak slábnou v bezprostřední blízkosti smrti?

- silná je potřeba citové jistoty a bezpečí, zachování sebeúcty, otevřeně budoucnosti, přesahu vlastní fyzické existence, naopak potřeba stimulace je snížena

Jaké jsou úkoly pracovníka v paliativní péči?

- Zmapovat potřeby pacienta a jeho rodiny. Posoudit schopnosti klienta a jeho rodiny situaci zvládnout, případně taktně nabídnout způsoby pomoci. Vytvářet optimální podmínky k vyjádření svých pocitů, jak klientovi, tak jeho rodině i pečujícím, a to jak jednotlivě, tak společně. Respektovat etnické a náboženské vlivy na způsob zvládání situace klientem a jeho rodinou. Všimnout zranitelnějších lidí v okruhu umírajícího klienta (dětí, adolescenti, závislí, senioři apod.), předvídat možné negativní dopady náročné situace na jejich život. Taktně nabídnout způsoby pomoci. Pomoci klientovi a rodině překonat komunikační překážky, vyřešit konflikty a věnovat dobře čas, který umírajícímu klientovi zbývá. Pomoci všem zúčastněným se postupně přizpůsobovat nové situaci. Asistovat dle potřeby a zájmu klienta a jeho rodiny při jednání s jinými organizacemi, zohledňovat potřeby klienta i pečujících osob, pomoci s vyřizováním žádostí o dávky aj. Nabídnout pomoc pozůstalými s vyřízením pohřebního, zprostředkovat pomoc okolí apod.

Jaké jsou vhodné intervenční strategie v jednotlivých fázích umírání?

- 1.fáze: nezasahovat do tohoto procesu, neodsuzovat klienta, nepopírat skutečnost, hovořit o realitě, naslouchat klientovi, nedohadovat se, co klient potřebuje, ale zeptat se ho, pokračovat v nácviku sebepečce a soběstačnosti, dovolit klientovi zůstat ve fázi negace je-li to jeho volba, dát průchod i svým emocím

- 2.fáze: nedovolit klientovi pokračovat v sebedestruktivním chování, respektovat zlobu klienta, být empatičtí, legalizovat právo klienta se zlobit, neodsuzovat věřící klienty, že se rouhají
- 3.fáze: dopřát klientovi přijmout skutečnost, že umírá, být na blízku tak dlouho, dokud si to klient přeje, stanovovat malé, ale realistické cíle, chválit klienta i za pokus o dosažení cíle
- 4.fáze: respektovat separaci klienta od života, dopřát klid, neutěšovat a nesnažit se klienta rozveselit, pokud klient vysloví přání brzké smrti, hovořit s ním o této naději, být klientovi na blízku, dle přání klienta jej držet za ruku, akceptovat pláč, nenašit se ho utiřit, zachovat důstojnost klienta, zajistit přítomnost milující osoby
- 5.fáze: být na blízku, věnovat tolik času, kolik klient potřebuje, neverbální komunikace, dotyky, zajistit přítomnost nejbližších, pomoc blízkým klienta, aby ho „nechali odejít“

Jakými fázemi procházejí pozůstalí po ztrátě blízkého člověka?

- šok a otřes, zachování sebekontroly – příprava na pohřeb, regrese, adaptace

Jaké jsou zásady a principy komunikace s pozůstalými?

- nespíchat s pomocí a radou, otevřít okno, vytvořit bezpečný prostor pro pozůstalé, poskytnout čas a prostor pro truchlení, nabídnout mluvení o zemřelém, být podporou a oporou v přijetí ztráty, pomoci odhalit a vyjádřit emoce, pomoci žít dál bez zemřelého, nechat působit ticho, aktivizovat přirozené zdroje sociální opory, nabídnout pomoc s organizací pohřbu
-

LITERATURA

BLÁHA, K., STAŇKOVÁ, M. Komunikace v praxi. České ošetřovatelství 13, Sestra a právo. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských oborů, 2004.

CAPPONI, V., NOVÁK, T. Asertivně do života. Praha: Svoboda, 1992. ISBN 80-205-0240-8.

FISHER, R. A KOL Jak dosáhnout souhlasu – zásady úspěšného vyjednávání. Praha: Management Press, 2004.

GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. Poradenský proces. Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 1995.

GRÜN, A. Umění stárnout. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2009.

HAŠKOVCOVÁ, H. Manuálek sociální gerontologie. Brno: IPVZ, 2002.

HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie. Nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2007.

HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000.

HÁTLOVÁ, B. Kinezioterapie v léčbě psychiatrických onemocnění. Praha: Karolinum, 2002.

HÁTLOVÁ, B. A KOL. Psychologie seniorského věku. Ústí nad Labem: Univerzita J.E.Purkyně, Pedagogická fakulta, 2010.

HAUKE, M. Zvládání problémových situací se seniory – nejen v pečovatelských službách. Praha: Grada, 2014.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ E., SUCHÁ, J. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Gerontologické centrum, Vážka, 2009.

HONZÁK, R. Komunikační pasti v medicíně – Praktický manuál komunikace lékaře a pacienta. Praha: Galén, 1999.

JANIŠ, K., BÁRTOVÁ, Z. Uplatnění asertivity v sociální komunikaci. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové, 2005. ISBN 80-7041-679-3.

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009.

JOHN, F. Jak úspěšně zvládnout tlak a stres v práci: jak se vypořádat s konfliktními situacemi a lidmi. Praha: Grada, 2006.

- JŮNOVÁ, M. Koncept SET – sebeudržovací terapie. Přelouč: Domov u fontány v Přelouči, 2014.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. A KOL. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004.
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. Stáří – Pojetí geriatrického pacienta jeho problémů v ošetrovatelské praxi. Praha: Galén, 2006.
- KELNAROVÁ, J. Tanatologie v ošetrovatelství. Brno: Litera, 2007.
- KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. Psychologie a komunikace pro zdravotní asistenty – 4.ročník. Praha: Grada, 2009.
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada, 2008.
- KOBĚRSKÁ, P. a kol. Společnou cestou. Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi s demencí. Praha: Portál, 2004.
- KOLEKTIV AUTORŮ Konflikt, koření života. Praha: Partners Czech, o.p.s., 2004.
- KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál, 2006.
- KOPŘIVA, P., NOVÁČKOVÁ, J., NEVOLOVÁ, D., KOPŘIVOVÁ, T. Respektovat a být respektován. Kroměříž: Spirála, 2006.
- KOŽNAR, J. Skupinová dynamika (teorie a výzkum). Praha: Univerzita Karlova, 1992.
- KRATOCHVÍL, S. Skupinová psychoterapie v praxi. Praha: Galén, 2005.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Povídej: naslouchám. Praha: Návrat, 1993.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Konflikty mezi lidmi. Praha: Portál, 2008.
- KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. Poslední úsek cesty. Praha: Návrat domů, 1995.
- KUBÍČKOVÁ, N. Zármutek a pomoc pozůstalým. Praha: ISV, 2001.
- KUPKA, M. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada, 2014.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E. Otázky a odpovědi o smrti a umírání. Turnov: Arita, 1994.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie. Praha: Grada, 2000.
- LINHARTOVÁ, V. Praktická komunikace v medicíně. Praha: Grada, 2007.
- MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011.

MATĚJKOVÁ, E. Jak řešit konflikty a problémy v partnerských vztazích. Praha: Grada, 2007.

MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005.

MATOUŠEK, O. A KOL. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2011.

MEDZIHORSKÝ, Š. Asertivita. Praha: Elfa, 1991. ISBN 80-900197-1-4.

MIKULÁŠTÍK, M. Komunikační dovednosti v praxi. Praha: Grada, 2010.

MLÝNKOVÁ, J. Péče o staré občany. Praha: Grada, 2011.

MÜLLER, O. A KOL. Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika. Olomouc: Univerzita Palackého, 2014.

NAKONEČNÝ, M. Sociální psychologie. Praha: Academia, 2009.

NOVOSAD, L. Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním. Praha: Portál, 2009.

PAYNEOVÁ, H. Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi. Praha: Portál, 1999.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, 1998.

PLAMÍNEK, J. Konflikty a vyjednávání. Umění vyhrávat, aniž by někdo prohrál. Praha: Grada, 2012.

POKORNÁ, A. Komunikace se seniory. Praha: Grada, 2010.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, 1998.

RHEINWALDOVÁ, E. Novodobá péče o seniory. Praha: Grada, 1999.

ŘEZÁČ, J. Sociální psychologie. Brno: Paido, 1998.

SLOWÍK, J. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, 2010.

SUCHÁ J. A KOL. Hry a činnosti pro aktivní seniory. Praha: Portál, 2013.

SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. Ostrava: Karmelitánské nakladatelství, 2011.

ŠPATENKOVÁ, N. Poradenství pro pozůstalé. Praha: Grada, 2013.

ŠPATENKOVÁ, N. A KOL. O posledních věcech člověka -- Vybrané kapitoly z thanatologie. Praha: Galén, 2014.

- ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. Reminiscenční terapie. Praha: Galén, 2011.
- ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry. Praha: Galén, 2009.
- VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008a.
- VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2008b.
- VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada, 2007.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Galén, 2006.
- VYBÍRAL, Z. Psychologie komunikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4.
- VYMĚTAL, J. Lékařská psychologie. Praha, Portál, 2003.
- VYMĚTAL, J. A KOL. Obecná psychoterapie. Praha, Grada, 2004.
- YALOM, I. D. Pohled do slunce. O překonávání strachu ze smrti. Praha: Portál, 2008.
- ZGOLA, J. M. Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha: Grada, 2003.

SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY























Gratuluji studentí, dočetli jste studijní oporu Komunikace se seniory II. Pokud jste se poctivě zabývali kontrolními otázkami a vypracovávali zadané úkoly, věřím, že jste si osvojili nejen teorii, ale i potřebnou praxi. Doufám, že pro vás téma komunikace se seniory již není na okraji zájmu. Věřím, že tak jako já spatřujete v interakci a komunikaci se seniory cestu ke zlepšení postoje současné společnosti k seniorům, cestu k posílení respektu a přístupu k seniorům a cestu k našemu lidství. Starých lidí je mnoho, stále jich přibývá, a i my se jednou staneme součástí této cílové skupiny. Proto je potřeba, aby si nejen profesionálové, ale i laici osvojili realistický, pozitivní a humanistický pohled na poslední etapu lidského života.

Stárnout je umění. Stáří bývá označováno jako jedno z nejkrásnějších životních období, jako pozitivní a plnohodnotný úsek života. Pro mnoho lidí je to období uvědomování si a nacházení pozitivních aspektů a ctností stáří, jako jsou např. moudrost, shovívavost, pokora, trpělivost, mírnost, pokoj, humor, nacházet smysl života a smrti aj. Je to zároveň období, kdy člověk s klidem a vyrovnaností akceptuje novou situaci, přijímá svůj věk, projevuje dostatek flexibility, užívá si zaslouženého odpočinku, umí vyplnit volný prostor realizací všeho, co zatím v životě z různých důvodů nestihl. Na druhou stranu je hodně lidí, kteří mají ze stárnutí a stáří strach, ne každý má schopnost akceptovat přibývajících léta se všemi neduhy a omezeními, takový člověk nebude prožívat radost, vděčnost a štěstí. A zde je místo pro nás – profesionály, abychom doprovázeli seniory na jejich cestě, pomáhali jim překonávat obavy a překážky, umožnili jim (i nám) prožívat pozitivní emoce a vzájemně se tak obohatili o umění stárnout.

Přeji všem hodně studijních, osobních i pracovních úspěchů.

Autorka

PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON

	Čas potřebný ke studiu		Cíle kapitoly
	Klíčová slova		Nezapomeňte na odpočinek
	Průvodce studiem		Průvodce textem
	Rychlý náhled		Shrnutí
	Tutoriály		Definice
	K zapamatování		Případová studie
	Řešená úloha		Věta
	Kontrolní otázka		Korespondenční úkol
	Odpovědi		Otázky
	Samostatný úkol		Další zdroje
	Pro zájemce		Úkol k zamyšlení

Název: **Komunikace se seniory II.**

Autor: **Mgr. Silvie Quisová, Ph.D.**

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě

Určeno: studentům SU FVP Opava

Počet stran: 118

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.