

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Chování zdravotníků k pacientům s demencí
Romana Hetclová

Bakalářská práce
2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Romana Hetclová**
Osobní číslo: **Z15050**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Chování zdravotníků k pacientům s demencí**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
2. JIRÁK, Roman. Demence a jiné poruchy paměti. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
3. KALVACH, Zdeněk. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3
4. MELLANOVÁ, Alena. Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5589-2.
5. POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
6. PTÁČEK, Radek. Etické problémy medicíny na prahu 21. století. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5471-0.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jitka Rusová, DiS.
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2019

prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.

PhDr. Kateřina/Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 13. března 2019

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 9. 5. 2019

Romana Hetclová

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat především Mgr. Jitce Rusové, DiS. za její trpělivost, odborné vedení a pomoc při tvorbě této bakalářské práce. Dále také děkuji svým rodičům za pomoc a podporu, své rodině za trpělivost, a svým respondentům, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

ANOTACE

Péče o pacienty s demencí je velmi náročná a klade vysoké nároky na pečující. Cílem práce bylo zjistit, jak se k pacientům s demencí chovají zdravotníci a další profesionální pečující ve vybraných zařízeních a zda bude pozorován rozdíl v chování zdravotníků v zařízení se supervizí a bez supervize. K získání potřebných dat byla použita metoda přímého zúčastněného skrytého pozorování. Toto pozorování bylo doplněno polostrukturovanými rozhovory s vybranými pracovníky, zaměřenými na jejich motivaci k výkonu pomáhajícího povolání, zvládání obtížných situací a možné způsoby podpory v podobě vzdělávání, supervize a podpory od nadřízených. V obou zařízeních byl zaznamenán výskyt nevhodného až patologického chování zdravotníků k pacientům, byla zaznamenána nevhodná komunikace (elderspeak, výhrůžky atd.), nešetrná fyzická manipulace s pacienty i ignorování jejich potřeb ze strany pečujících. Z rozhovorů vyplynulo, že pracovníci, kteří nemají přístup k supervizi by tento způsob podpory uvítali a také to, že mnozí zdravotníci nepociťují podporu ze strany svých nadřízených.

KLÍČOVÁ SLOVA

Demence, elderspeak, chování zdravotníků, pomáhající profese, supervize

TITLE

The behaviour of health professionals to patients with dementia

ANNOTATION/ABSTRACT

Caring for patients with dementia is very demanding and places great demands on carers. The aim of this work was to find out how health professionals in selected health/social-care institutions behave to patients with dementia and whether there is a difference in the behaviour of health professionals in the institutions with and without supervision. The method of direct involved hidden observation was used to obtain the necessary data. This observation was supplemented by semi-structured interviews with selected staff, aimed at their motivation to pursue a helping profession, managing difficult situations and possible ways of supporting them in the form of education, supervision and support from their superiors. In both institutions, the incidence of inadequate to pathological behaviour of health professionals to patients was noted, inappropriate communication (elderspeak, threats, etc.), inconvenient physical manipulation with patients and ignoring their needs by carers. The interviews showed that workers who do

not have access to supervision would welcome this type of support and that many health professionals do not feel the support of their superiors.

KEYWORDS

behaviour of health professionals, care occupations, dementia, elderspeak, supervision

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	12
I TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 POMÁHAJÍCÍ PROFESE.....	15
1.1 Osobnost pomáhajícího.....	15
1.1.1 Osobnost zdravotníka	16
1.1.2 Vzdělání profesionálních pečujících.....	16
1.2 Profesionální chování	16
2 ETICKÁ PRAVIDLA PÉČE	18
2.1 Vztah zdravotníka a pacienta.....	18
2.2 Rizika pomáhající profese	19
2.2.1 Moc a bezmoc	19
2.2.2 Profesionální deformace	20
2.2.3 Syndrom vyhoření.....	20
3 NÁSTROJE PRO OSOBNOSTNÍ A PROFESNÍ RŮST POMÁHAJÍCÍHO PRACOVNÍKA.....	22
3.1 Adaptační proces.....	22
3.2 Supervize	23
3.2.1 Supervize v sociálních službách a ve zdravotnictví.....	23
4 SYNDROM DEMENCE	25
4.1 Postižení kognitivních funkcí	25
4.2 Postižení aktivit denního života.....	26
4.3 Behaviorální a psychologické příznaky	27
4.4 Potřeby lidí s demencí.....	28
4.4.1 Některé typy problémového chování.....	30
4.5 Práva osob s demencí.....	32
5 KOMUNIKACE.....	33

5.1	Komunikace s rodinou	35
5.2	Maligní komunikace a maligní vzorce chování	37
II.	VÝZKUMNÁ ČÁST	39
1	METODIKA PRÁCE	39
2	VÝSLEDKY OTEVŘENÉHO KÓDOVÁNÍ ZÁZNAMŮ Z POZOROVÁNÍ	41
2.1	Prezentace získaných dat dle kódů	43
3	ROZHOVORY – TEMATICKÁ ANALÝZA	65
3.1	Motivace k práci	65
3.2	Obtížné situace a jejich zvládnání	66
3.3	Nevhodné chování kolegů	68
3.4	Pojetí důstojnosti.....	69
3.5	Navázání vztahu s pacienty a jejich blízkými.....	70
3.6	Adaptační proces a vzdělávání	71
3.7	Supervize	74
3.8	Podpora od vedoucích pracovníků.....	75
III.	DISKUZE.....	77
	ZÁVĚR	88
	POUŽITÁ LITERATURA.....	89

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Diagram uspořádání kódů	42
--	----

SEZNAM ZKRATEK

ACH – Alzheimerova choroba

PMK – Permanentní močový katetr

ÚVOD

Stárnutí lidstva je celosvětový trend, který se vyskytuje i v České republice. Se stoupajícím věkem stoupá také i počet zdravotních, sociálních a ekonomických problémů. Jedním ze zdravotních problémů je demence, jejíž prevalence stoupá s věkem. (Jiráček & Holmerová, 2009, s. 21) Ve věku 65 let trpí rozvinutou demencí cca 5 % lidí, u osob starších 90 let je to už 50 % mužů a 60 % žen. (Kalvach & Čeledová, 2011, s. 298)

Demencí jsou označovány stavy, které se vyznačují poruchami paměti a dalších kognitivních funkcí. Tyto funkce jsou důležité pro správnou adaptaci na zevní prostředí a komunikaci s ním, a to vše zajistí cílené chování. Mezi tyto funkce jsou řazeny pozornost, vnímání, řečové funkce. Jde o tzv. exekutivní funkce. Tyto funkce každému z nás umožňují se motivovat k určité činnosti, naplánovat si ji, provést a následně také zhodnotit. Jsou také porušeny aktivity denního života, emoce, chování a spánek. Jde o soubor behaviorálních a psychologických příznaků demence. Rozsah porušení těchto funkcí musí být tak velký, aby se vzájemně prolínalo s běžnými životními aktivitami. Postižená osoba se pak stává nesoběstačnou, závislou na rodině či jiných institucích. (Jiráček & Holmerová, 2009, s. 11)

O osoby s demencí může být pečováno v domácím prostředí, anebo ve zdravotnických či sociálních institucích. Neprofesionální pečovatelé jsou vystaveni velké zátěži, která je spojená s fyzickými, psychologickými, emočními a jinými stresory v procesu poskytování péče. (Zvěřová, 2017, s. 82) Dlouhodobá a nepřetržitá péče o osobu s demencí představuje riziko, kdy začne pečující svého nejbližšího vnímat jako břemeno a svou roli jako nezvladatelnou. Hlavní úlohu hraje fyzická námaha, psychické napětí, nedostatek osobního volna i spánku. Situaci zhoršuje i vědomí nezastupitelnosti či nenahraditelnosti pečujícího. (Zvěřová, 2017, s. 93) Ve společném soužití pečujícího a opečovávaného existuje přímá závislost, pokud jde o kvalitu života každého z nich. Život osoby s demencí bude kvalitní, pokud bude kvalitní život osoby pečující. Proto by se pozornost odborníků měla obracet i směrem k pečovatelům ve smyslu snížení dopadu symptomů demence jako příčin stresů a zátěže pečujících. Podpora rodin zajišťujících péči osobě s demencí je poskytována s cílem prevence totálního vyčerpání, rozvoje syndromu vyhoření a zejména poskytující péči devalvující, která „*depersonalizuje člověka s demencí*“. (Jarolímová a kol., 2016)

„Jev sociálně psychologické malignity se může konstruovat i v procesu péče profesionálů.“ (Jarolímová a kol., 2016) I přes postupně se zhoršující stav v podobě ztráty soběstačnosti, změn chování a jiných komplikací, je důležité si uvědomit, že jde o stále stejného člověka, který cítí, má své potřeby a vztahy. Zaslouží si respekt, zachování důstojnosti, ať už je chování osoby

s demencí jakékoli. K lidem s demencí je nutné přistupovat speciálně, s notnou dávkou porozumění a s cílem pomoci jim a chránit jejich práva. Právě tito lidé dle Veřejného ochránce práv (2015, s. 63) patří „*k nejzranitelnějším skupinám seniorů, nejvíce ohroženým porušováním lidských práv a zásahy do jejich důstojnosti.*“ vyčerpání a přetížení profesionálních pečujících se projevuje v podobě nevhodného až násilného zacházení, které může mít také podobu individuálních odborně profesních chyb, nezájmu o osoby s demencí, nevstřícností či neslušností, které vedou k vytváření chladné a nepřátelské atmosféry až po „*neznalost, nepochopení určité problematiky, kdy jednotliví pracovníci ani systém „nevědí, že nevědí“.*

Haškovcová (2010, s. 310) označuje násilí profesionálů vůči seniorům v institucích za „*zvlášť varovné*“. Pro poskytování kvalitní péče individuálně zaměřené na každého člověka platí podmínka funkčního systému kontinuálního vzdělávání, které by reagovalo na potřeby osob s demencí i pečujících a tím také vytvářelo vhodné podmínky pro pracovní výkon. „*To všechno je nutné zajistit, protože jenom vzdělaný a empatický pracovník, který má dostatek informací o svém klientovi, zná jeho biografii, životní příběh, je zárukou zpracování takového individuálního plánu průběhu sociální služby, který je nutným předpokladem pro zajištění kvalitního života člověka s demencí. Jen takový pracovník je schopen s klientem vybudovat a udržet vztah založený na důvěře, respektu a zachování důstojnosti.*“ (Báňová, 2014 s. 79) Pracovníky ve zdravotnictví nevyjímaje.

Osoba s demencí bude v bakalářské práci jednotně pojmenována pacient. Pacienty budou nazýváni i uživatelé sociálních služeb, kteří jsou v praktickém životě označováni za klienty. Haškovcová (2010, s. 244) vysvětluje význam těchto označení. Klient je osoba, která využívá určitých služeb. Měl by být schopen specifikovat, jakou službu žádá a co od ní očekává. Pacient je osoba trpící, která potřebuje odbornou profesionální pomoc, ale konkrétní formu pomoci si neobjednává. Nemocný člověk není mnohdy schopen svůj požadavek formulovat a v těchto situacích je označení klient bezvýznamné. V žádném případě nelze označovat za klienta osobu v pokročilém stadiu demence. „*Zákaznický model má svá pravidla a neměl by být zaměňován nebo dokonce povyšován za profesionální partnerství.*“

Cíl práce

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak se zdravotníci chovají k pacientům s demencí. Zjistit, zda bude pozorován rozdíl v přístupu zdravotníků ke klientům v zařízení se supervizí a bez supervize.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 POMÁHAJÍCÍ PROFESE

Už z názvu se dá odvodit význam slov a náplň profese. Pomáhat potřebným, těm, jež to potřebují. Pomáhat křehkým, zranitelným, ohroženým. Mezi pomáhající profese patří všechny profese, jejichž zástupci pracují s lidmi ve všech věkových kategoriích. Ve školství, sociální oblasti a v neposlední řadě ve zdravotnictví. Výstižnou definici pomáhající profese uvádí Géringová (2011, s. 21). Definuje „*ji jako skupinu povolání, která jsou založená na profesní pomoci druhým lidem*“, a kromě již zmíněných třech hlavních profesí jmenuje dále duchovní, psychology, terapeuty. Jako zásadní rozdíl od ostatních profesí je právě nutný vztah s potřebnou osobou a zapojení vlastní osobnosti pomáhajícího do pracovního procesu. Uvádí, že tyto profese představují systém, u kterého stojí na jedné straně pomáhající, například lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník a na druhé straně ten, kterému má být pomoheno, pacient, klient.

1.1 Osobnost pomáhajícího

Osobnost si lze představit jako celek se všemi vlastnostmi, vztahy k sobě, k okolí, přístupy k životu. Zacharová (2017, s.74) vyjádřila osobnost jako systém otevřený vlivům prostředí. Psychický svět každého člověka je vystaven konfrontaci požadavkům vnějšího prostředí a vnitřními tendencemi. Tento kontakt se pak projeví v jednání, chování a vnitřních prožitcích každého člověka. Osobnost můžeme chápat jako někoho, kdo se prezentuje svými činy, skutky i názory a tím se odlišuje od ostatních. Říčan (2010, s. 13) definuje tři hlavní významy osobnosti. Hodnotící pojem vyjadřuje osobnost jako někoho pozoruhodného, vynikajícího, a to zejména v pozitivním smyslu. Druhým významem osobnosti je psychická individualita jedince, kterou se odlišuje od jiných jedinců téhož věku a kultury. A třetím znakem je osobnost jako architektura, uspořádání celku psychiky. V práci pomáhajícího hraje jeho osobnost velkou úlohu. Géringová (2011, s. 25) označuje osobnost pomáhajícího za jeden z důležitých nástrojů při jeho práci a poukazuje na velký vliv jeho osobnosti na kvalitu práce ve zdravotnictví, školství, psychologii a psychoterapii. Rozsah zapojení vlastní osobnosti pomáhajícího do vztahu s klientem určuje výsledné fenomény, kterými jsou například pocit naplnění a uspokojení z práce, ale na druhé straně také nebezpečí v podobě pocitu vyhoření.

1.1.1 Osobnost zdravotníka

Na osobnost zdravotníka jsou kladeny vysoké nároky. Kromě požadavků odborné přípravy, které obsahují znalosti, dovednosti, zručnost, schopnost zvládnout fyzickou zátěž své práce v neposlední řadě se předpokládá, že bude dodržovat žádoucí formy jednání ve vztahu k nemocným, ale i ke spolupracovníkům. Očekává se, že při plnění svých pracovních povinností odsune do pozadí své osobní či rodinné problémy, které život přináší a bude se plně věnovat své profesi. Toto jsou velmi náročné požadavky na osobnost člověka, na profesionální průpravu, styl práce, způsob života i duševní stabilitu. K výkonu práce zdravotníka jsou ale nutné i určité osobnostní předpoklady, které již člověka k výkonu tohoto povolání předurčují. Mezi základní se řadí například klidné vystupování, s pohotovými reakcemi a určitou dávkou kreativity, schopností řešit a reagovat na nové podněty. Neméně důležitá je dávka empatie a porozumění problémům pacientů a k nim také humánní vztah. Mohlo by se zdát, že humor není úplně vhodný do prostředí nemocí, bolesti, strachu a nejistoty, ale opak je pravdou. Tím správným smyslem pro humor, nepřehnaná míra optimismu naopak odvádí pozornost od negativních emocí a snižuje napětí. (Zacharová, 2017, s. 75)

1.1.2 Vzdělání profesionálních pečujících

Osobnost je částečně formována také vzděláním. Na každou profesi jsou ale jiné požadavky. Tyto požadavky jsou stanovené zákony, které vymezují rozsah, kompetence i odbornou způsobilost. Otázkou zůstává shoda očekávání společnosti a skutečností. Géringová (2011, s. 36) uvádí, *„že očekávání, která společnost, má vůči pracovníkům pomáhajících profesí, však neodpovídají struktuře institucionálně poskytovaného vzdělání.“* Poukazuje právě na absenci *„vzdělávání zaměřeného na rozvoj a budování osobnosti.“* Tím je myšleno *„učení, jak zvládat stres a krizové situace, jak komunikovat ve skupině, pracovat v týmu, předcházet vyhoření.“* V oblasti dalšího vzdělávání zmiňuje také absenci podrobně vypracované koncepce zaměřené na potřeby a zátěž pomáhajících, ale také nedostatečné informace o *„možnostech terapeutické podpory“*.

1.2 Profesionální chování

V odborné literatuře se setkáváme s popisem profesionálního chování jako formou projevu, která je typická pro určitou profesi a která se vyvíjela po celou dobu jejího trvání. Čím je profese starší, tím jsou formy jednání stabilnější. A tím jsou také stabilnější i postoje a motivy nositelů

profese, jejich povinnosti a práva a v neposlední řadě i představa druhých o jejich chování v rámci role. Mellanová (2017, s. 57, 60) upozorňuje na fakt, který vyvrací podmínku pochopení své profesionální role i pojetí ošetřovatelství a výsledného profesionálního chování. Zmiňuje vnitřní a vnější faktory, které velmi určují kvalitu konečného profesionálního chování. Vnitřní faktory úzce souvisí s osobou, která se rozhodla pro výkon dané profese. Zda je schopna tyto předpoklady splnit. Velkou roli hraje vzdělání před nástupem do odborného programu, motivace pro profesi, kvalita socializace, psychické předpoklady a stupeň sociální zralosti. Vnější faktory jsou dány vnějším prostředím, ve kterém budoucí zdravotník žije, kde se připravuje na své budoucí povolání a kde pracuje. Roli hraje i historie. Jinou prestiž bude mít profese sestry v Anglii, ve které F. Nightingalová patřila do nejvyšší sociální skupiny a jiné prestiže se bude dosahovat v našich zemích, kde ještě v 19.století patřily pečovatelky – ošetřovatelky mezi služebnictvo. Významnou roli ve formování profesionálního chování zauímají vzdělávací instituce a pracovní prostředí. Zdravotnické školy a lékařské fakulty jsou instituce, jejichž hlavním cílem je výchova a vzdělávání budoucích profesionálů. Zdravotnická zařízení jsou posledním objektivním vnějším faktorem, které zásadním způsobem ovlivňuje profesionální chování. V jednom zařízení se mohou jednotlivá oddělení významnou mírou lišit svými požadavky na vystupování svého zaměstnance. Na pracovišti se sestra může setkat s různými požadavky na své chování. Svou novou mladou kolegyni zcela specificky formují její nejbližší spolupracovníci, ti mají vůbec nejsilnější vliv. A pokud se liší její představa a zásady, pak je pro ni velmi těžké se prosadit a obstát.

2 ETICKÁ PRAVIDLA PÉČE

Zdravotničtí pracovníci se ve své praxi řídí etickými kodexy. Pro zdravotníky, kteří poskytují péči osobám s demencí platí Etický kodex sester, Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů a Etický kodex pracovníků v sociálních službách. Tyto kodexy nabádají zdravotníky, aby při poskytování péče mimo jiné „zachovávali úctu k životu a ke každé lidské bytosti zachovávali důstojnost a respektovali její práva. A to všem bez ohledu na věk, pohlaví, národnost, rasu, víru, politické přesvědčení či sociální postavení. Etickou zásadou pro zdravotnického pracovníka také je dodržování mlčenlivosti a s informacemi, které má o pacientovi, zachází jako s důvěrnými. Důvěru pacientů nezneužívá, stejně jako jejich závislosti. Svou péčí vytváří pacientům individuální podmínky s ohledem na aktuální situaci každého z nich. (Malíková, 2011, s. 55-57)

2.1 Vztah zdravotníka a pacienta

Kladný vztah zdravotníka a pacienta závisí na znalostech zdravotníků z oboru psychologie, ale také je potřebná pořádná dávka empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, které proměňují znalosti v umění správně s pacientem jednat. Profesi zdravotníka nelze vykonávat bez osobního zájmu o pacienta, ale ani chováním s prvky agrese, posměchu, lhostejnosti či podceňování pacienta. Nebezpečí toho vztahu spočívá v pojetí profese zdravotníkem. Zdravotník může velkou mírou nadchnutí, angažovanosti celým svým tělem i duší i výkon své profese jako takový využít k překonání pocitu osamělosti a nejisté sebeúcty. Má své pacienty, kterým se věnuje a cítí se díky tomu významnější. Jde ale o problematické tendence. Pro úroveň vztahu, a tudíž i spolupráci zdravotníka s pacientem hraje roli faktorů. Jedním z nich je očekávání obou účastníků vztahu. V životě každého jedince by měla platit zásada *neočekávání*. U zdravotníků by tato zásada stát na předních místech v pravidlech přístupu k pacientům. Vyhnuli by se potom zklamání či nevhodných reakcí na chování pacienta. Automatické očekávání spolupráce pacientů, věčně trvající tolerance neohleduplného chování zdravotníků v podobě „*narušování vlastní integrity, bolestivé i zraňující manipulace*“ (Plevová, 2011, s. 96-97, 99) Vztah zdravotníka a geriatrického pacienta, respektive pacienta s demencí je ovlivněn ošetřovatelskou náročností. Ta je způsobena nejen tělesnými i psychickými změnami, typickými pro toto období, ale zejména chorobným procesem demence. Staří lidé a lidé se zdravotním postižením, který je i demence, jsou vystaveni riziku oslabení či úplné ztráty jejich autonomie. Příčinou je právě jejich nedostatečná soběstačnost, samostatnost v rozhodování a z toho plynoucí i možnost kontroly své životní situace. V „jejich nejlepším zájmu“ za ně

rozhodují jiní, kteří v podstatě očekávají a akceptují jejich nekompetentnost a závislost, a to u nich také posiluje tendenci k nadměrné ochraně až k paternalizmu. Smutné je, že právě profesionálům často autonomie splývá se způsobilostí neomezeně vykonávat každodenní aktivity osobní péče. Zajímavé je ale zjištění z výzkumů, že i staří lidé vnímají autonomii jako schopnost rozhodovat se o záležitostech, které se jich týkají. Mají ji spojenou s fyzickou a finanční soběstačností. (Kalvach, 2011, s. 37)

2.2 Rizika pomáhající profese

Pomáhat druhým bez znalosti, jak pomoci sobě, jak sebe ochránit před negativními důsledky a pomáhat správně a kvalitně, aby z toho profitovaly obě strany není vždy jednoduché a snadné. Mezi pozitivním a negativním pomáháním není vždy jasná hranice. Patologické jevy jsou často jen naznačovány, vyskytují se jako stíny a jsou jen těžko rozpoznatelné. (Géringová, 2011, s. 78)

2.2.1 Moc a bezmoc

Géringová (2011, s. 79-81) poukazuje „na cestu pomáhajícího jako na cestu hrdiny, který usilovně hledá správný směr, smysl, důvody a motivace a bojuje s příšerami a touží po míru a konečném spočinutí“. Poukazuje právě na cestu plnou zkoušek v podobě odolání nástrahám lákadel a pastí, ve kterých může uvíznout každý z pomáhajících. Rozdíl je pouze v době, než se z pasti vysvobodí. Jednou z lákadel je moc. V jednotlivých profesích existují rozdíly v použití moci. Může se jednat o **moc reálnou**, kterou pomáhající omezuje svého potřebného z důvodu ochrany jeho zdraví nebo může jít o **moc pocit'ovanou**. Znaky moci jsou viditelné z paraverbálních i neverbálních znaků při komunikaci. Pomáhající se často svou nadřazeností projeví postavením k druhému člověku, pohledem, mimikou nebo tónem hlasu. V situacích, kde vítězí moc, rozhoduje pomáhající za druhého, vždyť on sám nejlíp ví, co druhý potřebuje. Na rozdíl od skutečné pomoci, která je postavena na spolupráci, na přijmutí nabízené pomoci.

Bezmoc může pomáhající pocítit v konkrétních situacích pomáhání ve vztahu k potřebnému. V praxi jde o nejrůznější důvody, proč nelze již pomoci. V sociální oblasti může jít o klienty, kteří se svým opakovaným nezodpovědným chováním *propadnou opět na dno*, zdravotníci pomáhající pacientům, kteří si *sami ničtí zdraví*. Jako záchrana se jeví určit viníka, který uleví od pocitu neschopnosti, pasivity bezmoci. Proti konkrétnímu viníkovi se lépe bojuje. Postupem

času se bezmoc může rozvinout až „do cynismu, emoční otupělosti, vyhoření nebo také potlačované agrese a uplatňování moci.“

2.2.2 Profesionální deformace

Profesionální deformaci lze definovat různými způsoby. Autoři se shodují v názoru, že jde o takový typ chování, které může vzniknout v důsledku přemíry povinností, nepřiměřených požadavků, zátěžových situací, špatnou organizace práce. Výjimkou není stav, kdy profesionál přenáší pracovní návyky a postupy do osobního života. „*Takový jedinec používá v soukromém životě odbornou terminologii svého oboru, uplatňuje návyky a pracovní postupy...chová se stejně jako v rámci profesionální role.*“ Ve vztahu k potřebnému se tato profesionální deformace projevuje téměř shodně se syndromem vyhoření. Zdravotník projevuje citovou lhostejností, nezájem o nemocného, otupělost či ztrátu lidské účasti ve vztahu profesionál – potřebný. (Mellanová, 2017, s. 87) Zacharová (2017, s. 83) zmiňuje, že profesionální deformace „*může souviset s dlouhodobým negativním návykem, na který nebyl zdravotník upozorněn, s emocionálním opotřebováním zdravotníky*“, za jejich vznikem stojí nejen profesní vyčerpání, ale také soukromé starosti a problémy. Za zmínku stojí i další faktory, kterými jsou „*nevhodná motivace práce, nižší rozumová úroveň a odbornost zdravotníka či nevhodné pracovní vzory.*“

2.2.3 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření jde o „*soubor příznaků, které se projeví ztrátou radosti ze života, ztrátou energie a nadšení*“. To jsou ale ty nejdůležitější atributy potřebné k výkonu profese. Navenek se syndrom vyhoření projeví především „*tělesným a emocionálním vyčerpáním, únavou a negativním až cynickým postojem k vlastní práci*“ a k pacientům. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 129) Mellanová (2017, s. 88) definuje syndrom vyhoření „*jako tělesný a duševní stav, který je spojen s pomáhajícími profesemi, ve kterých dochází k intenzivnímu kontaktu s druhým člověkem.*“ Dále uvádí, že ve zdravotnictví existují pracoviště, které jsou zdrojem častějšího stresu než ostatní. Jsou to pracoviště, na kterých je práce spojená s časovým stresem a velmi vysokou zodpovědností. Jedná se o jednotky intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitační oddělení či dialyzační jednotky. Stresující je také práce v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, na geriatrických odděleních a v domovech pro seniory. Důvodem je specificky dlouhodobý kontakt s pacientem a z toho vyplývající dobrá znalost jeho osudu, a to jak minulého, tak i budoucího. Významnou roli v prevenci syndromu vyhoření hraje adaptační proces u mladého

začínajícího pracovníka. Často bývá opomíjen stres z nového prostředí, z náročných situací, přemíra empatie, která přeroste v soucit s pacientem.

Na vzniku a rozvoji syndromu vyhoření se podílí v práci se seniory a taktéž s pacienty s demencí několik faktorů. Tyto faktory jsou označovány za „*stresové faktory*“ a se řadí zhoršení zdravotního stavu seniorů nebo jejich úmrtí, fyzická náročnost práce v závislosti na mobilitě a soběstačnosti seniorů, stresor času a s tím spojené požadavky rodin, případný nezáměr příbuzných, nespokojenost seniorů, neocenení práce ze strany seniorů a jejich nejbližších. Podíl vlivu stresujících faktorů na syndromu vyhoření, kterými jsou dle pečujících také nedostatečná podpora či ohodnocení ze strany zaměstnavatele a problematické interpersonální vztahy na pracovišti, lze vhodné péči o profesionální pečující minimalizovat. (Hrozenská, Dvořáková, 2013, s. 128)

3 NÁSTROJE PRO OSOBNOSTNÍ A PROFESNÍ RŮST POMÁHAJÍCÍHO PRACOVNÍKA

Nástrojů, které podporují osobnostní i profesní růst profesionálů a zároveň působí v oblasti prevence vyhoření, je celá řada. V každé organizaci, která poskytuje jak sociální, tak zdravotní služby, by měly být vypracovány *“postupy pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, které obsahují zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace.”* Stejný význam mají *„písemné programy dalšího vzdělávání zaměstnanců“* a *„systém výměny informací“* mezi pracovníky, *„systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců“* a systém péče o jejich psychický komfort. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 131)

3.1 Adaptační proces

Adaptační proces by měl mít své pevné místo na samém začátku profesní kariéry každého pracovníka. A aby bylo vedení adaptačního procesu efektivní, je důležité použít všechny postupy, které dokáží uvolnit rozvojový potenciál nového zaměstnance a tím mu dát prostor a možnost přispět k úspěšnému fungování celého týmu i pracoviště. Tento proces se týká všech zdravotnických oborů a specializací. Netýká se pouze nových pracovníků, ale měl by ho absolvovat každý pracovník, který se vrací do zdravotnické oblasti nebo přestupuje na pracoviště jiného charakteru. Schopnost a kvalita adaptace jsou významnou součástí profesního růstu pracovníka, ale také ovlivňují úroveň kvality a bezpečnosti poskytované zdravotní péče. (Zítková, Pokorná, & Mičudová, 2015, s.11)

Velmi důležitá je koncepce a řízení procesu tak, aby nepřerostl do profesionální deformace. Za kvalitně zadaptovaného zdravotníka považuje takového pracovníka, který je nositelem tří hlavních znaků profese. Dle sociologů to jsou: kolektivní orientace, univerzalizmus a emocionální neutralita. **Kolektivní orientaci** označuje Mellanová (2011, s. 83) *„za centrální hodnotu profese“*. Předpokládá, že budou pro zdravotníka vždy prioritou potřeby a zájmy pacienta a jeho rodiny. Potřeby zdravotníka jsou až na druhém místě. To ale vyžaduje nezištnost, sebezapření, ochotu a jen sociálně zralá osobnost je schopna takového jednání bez pocitů frustrace, nespokojenosti nebo nespravedlnosti. **Univerzalizmus** vyjadřuje odosobnění zdravotníka, který musí zaujmout svoji roli ke všem pacientům a jejich rodinným příslušníkům bez ohledu na svůj osobní postoj k nim. Lze říci, že odosobnění je takřka povinné, protože nelze vyloučit určité sympatie nebo antipatie vůči druhým lidem. A pod pojmem **emocionální neutralita** se skrývá schopnost udržet své emoce pod kontrolou rozumu. Zdravotníci nesou ve

své profesi vysokou míru zodpovědnosti za své pacienty. Emocionální neutralita znamená výkon profese bez vnitřních konfliktů a zároveň vytváří základ pro lidský přístup, humánní chování a přiměřenou adaptaci na složité a náročné situace při výkonu zdravotnické profese. Průběh a úroveň adaptačního procesu úzce souvisí s osobnostní charakteristikou každého pracovníka a vztahu ke zvolené profesi. Z vnějších faktorů se uplatňuje kvalita odborné přípravy, náročnost práce a interpersonální vztahy uvnitř skupiny. Řízení procesu je v kompetenci vedoucího pracovníka, který má k dispozici řadu nástrojů a neměl by v žádném případě význam tohoto procesu podceňovat. Svou důležitost v profesním růstu zdravotníka má také supervize.

3.2 Supervize

Profese zdravotníka v sobě skrývá značnou psychickou zátěž. Jednu rovinu zátěže tvoří očekávaný bezchybný výkon díky svým odborným vědomostem a praktickým dovednostem. Druhou rovinu zátěže tvoří různé emocionální stresy. Pro zdravotníky by mělo být téměř povinné pečovat o svou psychohygienu. Supervize je jedním z profesionálních zdrojů podpory. Ostatními zdroji podpory jsou kolegové, členové pracovních týmů, může to být i nadřízený. Kultura organizace, atmosféra na pracovišti či neoblíbené metodiky či standardy jsou zdroji podpory. (Venglářová, 2013, s. 9)

3.2.1 Supervize v sociálních službách a ve zdravotnictví

Zavedením supervize do sociálních služeb došlo k posunu „*v chápání sociální služby, tedy skutečně jako služby klientovi, ne jako realizaci našich představ o životě druhých.*“ Zároveň došlo také ke změnám ve vzdělávání sociálních pracovníků na všech úrovních. (Venglářová, 2013, s.10) Celý proces supervize nesměřuje pouze k zaměstnancům, má vliv a prospěch uživatelům sociální služby a chrání tím jejich zájmy. Prostřednictvím supervize se zvyšuje kvalita jejich života a celkově se zvyšuje i kvalita poskytovaných sociálních služeb. Mezi nejčastější témata supervizí v sociálních zařízeních patří zvládnutí přímého kontaktu s úmrtím klienta, nedostatek času, konfliktní uživatel, vlastní míra zodpovědnosti za klienta, komunikace mezi pracovníky, motivace uživatele k péči, smysl práce profesionálů a další. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 134-135)

Význam supervize ve zdravotnictví je velký. Důraz se klade na péči o pracovníka, který bude poskytovat kvalitní péči pacientům, protože by měl být v dobré psychické pohodě a zároveň

bude tímto zajištěn i odborný růst. Oblastí, kde využít vlivu a funkce supervize je několik. Ve vztahu k pacientovi pomáhá zdravotníkům zvládnout emoce, pomáhá mu pochopit pacienta a vytvořit si k němu pozitivní vztah. Na úrovni odborné si pomocí supervize rozvíjí své dovednosti, nové přístupy a zlepšuje i vztahy mezi pracovníky navzájem.

Supervize může mít různé formy. **Individuální supervize** probíhá rozhovorem supervizora s jedním pracovníkem. Tato forma nebývá obvyklá. Důvodem bývá mimořádná událost. Je zaměřena „na pracovní problematiku pracovníka“, ale je zde riziko sklouznutí do psychoterapie. Supervizor by neměl překročit tuto hranici. **Skupinová supervize** znamená setkání pracovníků k rozhovorům o práci, pacientech. (Venglářová, 2013, s. 11, 36–37) Pečovatel v sociálních službách je zbaven zátěže odborníka ve zdravotnictví, ale zátěž emocionálních stresů zažívá stejně jako zdravotníci. Všichni, kdo dlouhodobě pracují se seniory jsou vystaveni psychické zátěži. Haškovcová (2010, s. 280) zmiňuje „*profesionální otrlost, která je „dobrou“ obranou před nepříjemnostmi profese...*“, ale následně si za některé nešťastné reakce vyslouží kritiku.

4 SYNDROM DEMENCE

Péče o osoby s demencí patří k těm „*ošetřovatelsky a pečovatelsky nejnáročnějším, neboť kromě zátěže a povinností*“, které jsou shodné s ošetřováním osoby se stejně závažnou nemocí, se u osob s demencí objevuje řada jiných symptomů spojenými se změnou osobnosti. Následné projevy ve smyslu agresivity, bludů, halucinací, výčitek a podezírání mají velký podíl na výskytu „*kolizních situacích, vyčerpání pečovatele a syndromu vyhoření.*“ (Kalvach, 2014, s. 43) Příčinou syndromu demence může být řada organických postižení mozku, která jsou ve většině případech progresivní. Postupem času dochází kromě již výše zmíněné změně osobnosti, také k poruše pohyblivosti a smrt nastává na přidružené komplikace. Nejčastějšími příčinami jsou Alzheimerova choroba, multiinfarktová demence způsobená cévními změnami. Syndrom demence se projevuje příznaky, které můžeme rozdělit do tří základních skupin, které se vzájemně prolínají. Všechny tři skupiny symptomů tvoří schéma tzv. ABC demence. Porucha soběstačnosti (A), porucha chování (B) a porucha kognice (C) jsou elementární součásti schématu. (Kalvach, Čeledová, 2011, s. 298, 300)

4.1 Postižení kognitivních funkcí

Porucha paměti je první signál blížícího se onemocnění. Nemusí se objevit vždy jako první. Výjimku tvoří Frontotemporální demence, která na sebe upozorní poruchou chování. (Jirák, 2009, s. 22) První poruchy se objevují tzv. epizodické poruchy, charakteristickou poruchou výbavnosti nedávných prožitků. S postupnou progresí onemocnění se tato porucha paměti prohloubí na události z dávné minulosti. Narušena bývá postupem času sémantická paměť. Tento stav se projevuje neschopností reprodukovat naučené vědomosti. A dále je narušena i recentní paměť, vybavit si to, co bylo před chvílí vyřčeno, opakující se dotazy na totéž, ztrácení věcí a podobně. V těžkých stádiích choroby je narušena procedurální paměť. Tito lidé již nedokáží provádět naučené dovednosti jako je jízda na kole, tanec, plavání a jiné. A nakonec se u nich projeví v brzké době fatické poruchy. (Zvěřová, 2017, s. 70)

Hauke (2017, s. 49) poukazuje na nápadnou **zapomnětlivost** jako počáteční projev poruchy paměti. Často se nad tímto symptomem mávne rukou s tím ... „*že zapomínají i mladší*“ a to ovšem jen do okamžiku, kdy se tato zapomnětlivost promítne do běžných domácích činností v podobě zapomenutého sporáku, elektrické konvice na kamnech, nezavřená voda a vyplavení sousedé. Také něco stále hledají, a to se následně projeví jako pocit nejistoty a napětí. Konfabulace jsou jedním z maskovacích manévřů, kterými lidé s demencí maskují poruchy paměti a

využívají k tomu dlouhodobé paměti. S počátečním obdobím je spojena i porucha exekutivních funkcí, člověk si nedokáže naplánovat a zorganizovat činnosti různé náročnosti. Uvařit oběd či naplánovat rodinnou oslavu.

Porucha krátkodobé paměti, vstřípivosti a výbavnosti jsou dalšími projevy demence v počátečních fázích. Člověk není schopen zapamatovat nové situace, skutečnosti, lidi, nová místa. Nepamatuje si čas, stále zjišťuje, kolik je hodin. Nemá již schopnost odhadu uplynutí času. Tato osoba také stále hledá věci, o kterých si myslí, že mu je někdo zcizil, ale jen proto, že si nepamatuje, kam je odložil. Pro pečovatele je zásadní vědět, že pro člověka s demencí je každá změna zatěžující, protože v něm vyvolává pocity úzkosti a nejistoty. Je třeba se vyzbrojit velkou dávkou trpělivosti, otázky začínající slovem *Proč* nebo věty typu „*Už jsem vám to říkala!*“ nemají smysl. S postupem času dochází také **k rozpadu dlouhodobé paměti**. Postupně se začínají vytrácet z paměti časově nejbližší události, a nakonec ty nejbližší. Proto si také osoby s demencí vybavují ať už pozitivní nebo negativní zážitky z mládí či dětství. A jsou pro ně realitou. (Hauke, 2017, s. 50-51)

4.2 Postižení aktivit denního života

Za aktivity denního života se řadí běžné dovednosti, péče o sebe sama, ale také profesionální dovednosti. První výpadek se zaznamenává u výkonu složitějších profesních aktivit a postupem času se porucha rozšíří i na instrumentální aktivity denního života. U pokročilých stádií jsou pak postiženy základní aktivity denního života. Osoba s demencí v tomto stádiu není schopna se sama obléknout, svléknout, udržovat základní osobní hygienu, samostatně se najíst a napít. (Jiráček, 2009, s. 22)

Z instrumentálních všedních činností se demence nejprve projeví na těch nejsložitějších. Jsou to například uklízení, vaření, nakupování, řízení vozidla, finance, péče o dům a postupně se přidává neschopnost vykonávat základní sebeobslužné činnosti. Ztráta motorických schopností, tzv. apraxie se projeví například u oblékání, stravování či při hygieně. Tento člověk si dokáže obléknout svetr na nohy, neví, jak si zapnout knoflíky u košile, jak použít příbor, co má dělat s kartáčkem na zuby, neví, jak použít mýdlo a vodu a ručník skládá, namísto, aby se do něj utřel. (Hauke, 2017, s. 51-52)

4.3 Behaviorální a psychologické příznaky

Tyto příznaky jsou pro okolí, ale i pro samotného pacienta nejobtížnějšími projevy. Výrazné podoby nabývají většinou ve středních stadiích demence a vrcholí v těžkých stadiích. Poruchy chování mohou mít různé podoby. Jde o agitovanost, stavy neklidu drobného či výrazného charakteru. Stavy silného neklidu mohou být spojené s agresivitou. Není to ovšem pravidlo. Lze do těchto projevů „zařadit útoky z domova, napadání členů rodiny, pečovateli, zdravotního personálu, vykřikování, nadávání, neustálé upoutávání pozornosti“ a další. Občas se mohou u dementních osob vyskytnout přechodné psychotické příznaky produkující např. bludy. Tito lidé jsou pak přesvědčení o okrádání a mohou být velmi úporní při prosazování svých bludných představ. Mezi nejčastější poruchy vnímání se řadí zrakové halucinace, při kterých jsou viděni vcházející cizí osoby do místnosti, a to především v noci. Poruchy emocí jsou zpravidla přechodné a kolísavé. Často se vyskytují nekontrolované afekty vzteku a smutku s pláčem. Naopak ve větším měřítku se objevují poruchy spánku, ať už ve formě posunu cyklu spánku-bdění či úplné změně cyklu. (Jirák, 2009, s. 23)

Dodržování pravidel a norem sociálního chování v dané společnosti je stále složitější. Bohužel dochází k narušení mezilidských vztahů. Nemocný neví, jak se má chovat ve společnosti druhých osob, v restauraci, svléká se na různých místech, je schopen odejít z domu i nahý, vykonává potřebu na místech, kde se právě nachází či kde jej to napadne. A toto chování si ve většině případů ani neuvědomuje. Postupujícím zhoršováním demence se člověk uzavírá do sebe, izoluje se od ostatních lidí, nerozumí současnému světu. (Hauke, 2017, s. 53) Je důležité si uvědomit, že za těmito poruchami se často skrývá potřeba něco sdělit, snaha sdělit potřebu. Jde právě často o neshodu mezi potřebami nemocného a schopnostmi okolí těmto potřebám vyhovět. Odborná literatura dále uvádí i možnost vzniku tohoto chování z nudy či naopak únavy, ale v každém případě je nutné pamatovat na fakt, že jde o symptom demence, nikoliv schválnost. (Jirák, 2009, s. 74) Existuje skupina poruch chování, které nevyžadují žádnou zvláštní léčebnou intervenci. Jde o chování, které se v různé míře vymyká od běžného normálních chování, ale pacient ani jeho okolí není ohrožen. Jsou to činnosti, které mají pouze pro pacienta svou důležitost, smysl či dokonce radost. Projevují se neustálým přecházením, přerovnáváním věcí, úklid neexistujícího nepořádku, zpíváním, opakováním, vyprávěním nesrozumitelných sdělení a dalších. (Kalvach, Čeledová, 2011, s. 304)

4.4 Potřeby lidí s demencí

Potřebami osob s demencí se podrobně zabývá Česká alzheimerovská společnost (ČALS), která vypracovala klasifikaci P-PA-IA. Obecně se dá říci, že čím je člověk ohroženější a závislejší na pomoci druhých, tím je pro něj potřeba bezpečí velmi důležitá. Mít svůj domov, místo, kam patří, kde se cítí bezpečně. Také potřeba lásky či kladného přijetí a ohodnocení má svou důležitost a významnost. „*Osamocený člověk chradne, uzavírá se do sebe a objevují se u něj depresivní stavy*“. Zároveň ovšem odmítání úplné závislosti na druhých je součástí potřeby autonomie, potřeby dělat si věci po svém, mít možnost si rozhodovat o věcech, které se ho týkají. Potřeba seberealizace je naplňována prostřednictvím předávání svých zkušeností, vyprávění svých příběhů z minulosti o profesi, mládí, láskách, o svém životě. Ve stáří se objevuje nová specifická potřeba „*zemřít v klidu*“. Aby byla tato potřeba naplněna, musí člověk splnit několik požadavků. Přijmout život takový jaký je, vyrovnat se s ním, vyrovnat se se stárnutím a stářím, odpustit sám sobě i ostatním. Musí také přijmout konečnost života. Pak teprve dojde k naplnění této potřeby. (Hauke, 2017, s. 78) Ostatní potřeby se liší dle jednotlivých stádií demence.

Stadium mírné demence Česká alzheimerovská společnost označuje písmenem P, které vyjadřuje slovo paměť. Už z tohoto označení je patrné, že jsou narušené kognitivní funkce při dobré soběstačnosti. Narušena je především novopaměť. Lidé si své problémy uvědomují, rozumí svému stavu, a to také vyvolává depresi, úzkost, obavy. Odborná pomoc v tomto stadiu má formu konzultací, návodů a upomínek. Pro samotného člověka s mírnou demencí „*je vhodný dohled a dopomoc, obvykle ze strany rodinných příslušníků*“. (Kalvach, Čeledová, 2011, s. 298) Hauke (2017, s. 50) zmiňuje tendence k sociální izolaci. Důvodem je právě výše zmiňované uvědomování si svých chyb, selhávání v plnění svých úkolů a povinností a více méně je také z obav z dalšího neúspěchu delegují na druhé. Ztrátou svých společenských kompetencí a rolí se následně mohou objevit deprese.

Stadium pokročilé a rozvinuté demence je druhou fází demence, charakteristickou narušením dlouhodobé paměti, která vede k dezorientaci místem i časem. Osoby s rozvinutou demencí už neví, co je za den, kolikátého je, jaké je roční období, nepoznávají svůj domov ani známá místa. Je značně narušený verbální projev ve smyslu porozumění i dorozumění. Člověk s demencí velmi obtížně hledá i základní slova. Z důvodu apraxie se rozvíjí ztráta sebeobsluhy. Postupně se zhoršuje schopnost vykonávat instrumentální aktivity denního života a zároveň přestává také vykonávat základní aktivity denního života, kterými jsou sebeobslužné činnosti.

Lidé se středně pokročilou demencí jsou schopni vykonávat různé aktivity, zapojují se do programových aktivit, proto také označení PA klasifikace ČALSu. Programové aktivity jsou připravené, navozené a vedené jinou osobou, kterou je rodinný příslušník nebo profesionál. Tyto činnosti mají za úkol naplňovat den osoby s demencí s ohledem na zachování soběstačnosti a orientaci v realitě. Aby byly vhodným a správným způsobem uspokojeny potřeby těchto osob, je nutné splnění základních předpokladů pro poskytování péče. Prostory pro programové aktivity organizované ve formě služeb, by měly být vybavené takovým způsobem, aby připomínaly domácnost. Důraz se klade na vybavení drobnými kuchyňskými předměty pro přípravu kávy, čaje, pro společné stravování. Stejně pozornosti zasluhuje zařízení toalet, zákoutí na odpočinek a určité prostor pro pohybové a jiné aktivity. Zde se uplatní kognitivní sady, výtvarné potřeby, hudební nástroje a jiné. Rozhodující je zájem a preference osoby s demencí. Personální požadavky se týkají počtu pracovníků na skupinu osob s demencí. Skupiny by neměly být větší než 15 osob, kterým by se věnovali nejméně 2 pracovníci. Personál by měl být samozřejmě obeznámen se syndromem demence. Pokud osoba s demencí v tomto stadiu využívá zařízení pro dlouhodobý pobyt, mělo by být zajištěno těmto osobám soukromí. Většinou bohužel nelze splnit podmínku soukromí na jedno či dvoulůžkových pokojích, soukromí na toaletě či při hygieně je bezpodmínečné. Klíčové je respektování práv a důstojnosti vhodným oslovením pane/paní, titulem, profesním oslovením či dle přání samotné osoby s demencí. Na oblékání se v tomto stadiu nic nemění, vše probíhá obvyklým způsobem. Během dne civilní oblečení, na noc noční oblečení. Pečlivá úprava vlasů i oděvu posiluje socializaci zejména u žen. Omezovací prostředky, farmakologické ani mechanické by se v těchto zařízeních neměly používat. Za omezovací prostředek se nepovažuje chráněné prostředí ani programované aktivity v přítomnosti personálu. Chráněné prostředí znamená uzavřené. Lidé s demencí jsou ohroženi blouděním a nepozorovaný odchod z budovy by mohl mít fatální důsledky.

Stadium těžké demence s poruchami chování je charakteristické plnou závislostí osob s demencí na péči druhých. Zkratka IA vyjadřuje individualizovanou asistenci. Programované aktivity již nejsou pro tyto osoby přínosné, často jsou naopak zatěžující a způsobují jim dyskomfort. Verbální komunikace je výrazně omezena, často se objevuje afázie. Proto je také důležitá schopnost pečujících nonverbálně komunikovat a dokázat porozumět. Od pečujících se vyžaduje schopnost analýzy příčiny poruch chování, které může způsobit tělesná příčina, například bolest, dehydratace, zácpa, retence nebo jiný diskomfort. Časté jsou poruchy polykání a pak je nutné zajistit přiměřenou výživu a hydrataci jinou cestou než perorální. Každopádně není vhodné vyloučit tyto lidi z účasti na denních aktivitách. Naopak, ovšem ne proti jejich vůli

a pak z nich budou profitovat. (Kalvach, Čeledová, 2011, s. 300) Pohybová aktivita je prezentována v podobě bezcílného potulování či stereotypních pohybů. Stereotypní pohyby jsou charakteristické pohyby rukou „jako by šil“ nebo svými pohyby napodobuje chování dítěte v náruči. V závěru života je osoba upoutána na lůžko, může zaujímat flekční polohu, která je popisována jako poloha plodu. Navázat s ním kontakt je velmi složité, protože je uzavřen do svého vnitřního světa. Je zcela závislý na ošetrovatelské péči. Tato fáze může trvat různě dlouhou dobu, několik týdnů, měsíců i déle. (Hauke, 2017, s. 56)

4.4.1 Některé typy problémového chování

Člověk s demencí nemusí mít možnost naplnit své potřeby obvyklým způsobem nebo způsobem, který by mu vyhovoval, proto hledá jiný náhradní způsob, jak toho dosáhnout. V tomto směru většinou nedochází ke shodě s představami profesionálů, kteří tyto náhradní způsoby uspokojování potřeb vyhodnocují jako problémové chování. Základní a nejčastější problémové chování patří agresivita, agitovanost, bloudění, podezíravost, bludy a halucinace či odmítání péče. (Hauke, 2017, s. 104)

Agresivita

Je jednou z neobávanějších forem problémových chování. Může být verbální v podobě křiku, nadávek anebo brachiální, fyzická. Příčinou bývají situace, kterým člověk nerozumí nebo si s nimi neví rady. Změna prostředí je pro člověka s demencí velmi stresující a zmatečné. V případě, že dojde také ke změně pečující osoby je velká pravděpodobnost, že se s tou novou situací osoba s demencí nevyrovná úplně hladce. Přestěhování do sociálního zařízení nebo hospitalizace jsou právě takovými situacemi. Porucha orientace v realitě je příčinou možného konfliktu mezi osobou s demencí a profesionálem, který se bude snažit uvést tohoto člověka zpět do reality a bude mu znovu a znovu vysvětlovat, že jeho manželka již zemřela, a tudíž tu nemůže být s ním.

V životě občas platí zlatý střední standard, u osob s demencí to platí dvojnásob. Nic by se nemělo přehánět a ani dokonalá péče není zárukou kvality. Velmi záleží na schopnostech profesionálního pečujícího, který dokáže vysledovat potřeby člověka s demencí. Pokud to lze a okamžik volby nejsou stresující pro tohoto člověka, je vhodné nechat ho se rozhodnout. Je řada činností, které lze odsunout a vykonat v pozdějších hodinách. Profesionál by měl myslet na to, že agresivita může být typickým projevem prosazování vlastní vůle.

Péče o tyto osoby není v žádném případě jednoduchá a snadná. Profesionální pečující by měl myslet na potřebu bezpečí a jistoty, kterou bude mít osoba s demencí až do konce života. Pokud se nebude cítit bezpečně, bude se také tak chovat. Pro tuto osobu jsou právě neočekávané situace impulsem neočekávaných reakcí. Pokud bude pečující přistupovat k člověku s demencí zezadu a začne s ním manipulovat nebo s ním může manipulovat bez jakéhokoliv slovního komentáře, budou to pro něj neočekávané situace a podle toho také bude na ně reagovat. Reagovat agresivitou může také v případě, že nedokáže udělat to, pro co se rozhodl. Například když si bude chtít obléknout svetr, ale oblékne si jej na nohy, pečovatel mu jej bude chtít obléknout správně. Rozhodující je způsob nabídnutí pomoci, nikdy ne s despektem a s přehlížením jeho důstojnosti. (Hauke, 2017, s. 106-107)

Bloudění

Pro pečující osoby je bloudění nebo odchody z domova či zařízení velmi stresující. Nebezpečí odchodů je ohrožení života člověka s demencí. Riziko, že se stane obětí dopravní nehody, přepadení či úrazu je velké. Příčiny jsou opět různé. Jednou z nich je odchod domů. Postupující demencí se stává, že osoba s demencí odejde ze svého bytu, ve kterém žije celý život a jde domů. Nenaplněná potřeba bezpečí je další příčinou odchodu. Člověk odchází hledat místo, kde mu bude dobře, bezpečně a nebude mít stavy úzkosti. V důsledku obráceného režimu spánku-bdění může osoba s demencí být v noci bdělá a toulat se po bytě či po chodbách oddělení. Bývá to v případě nedostatečně či nevhodně zvolené aktivizace. Pokud dojde k nápravě a osoba s demencí je vhodně během dne zaměstnána a stále přetrvává noční bloudění, je důležité kontaktovat lékaře a řešit tuto situaci vhodně volenou medikací. Samota není vhodná a milá téměř pro nikoho. Osoba s demencí může svou potulkou hledat spřízněnou duši, někoho blízkého. Profesionální pečující musí také myslet na možné zdravotní obtíže, které člověk s demencí nedokáže dobře verbálně vyjádřit. Může mít bolesti, které ho nutí chodit z místa na místo a mohou být i příčinou nočního neklidu. (Hauke, 2017, s. 114)

Osoba s demencí odmítá péči

Odmítání péče je jednou z dalších problematických situací. V takových případech je péče, o které je pečovatel přesvědčen, že je nezbytná a člověk s demencí není schopen její význam náležitě ocenit, je mu proto poskytována proti jeho vůli. Tato situace je nepříjemná pro obě strany. U člověka s demencí může vyvolat problémové chování, pro pečovatele to znamená značný stresor. Pokud již není člověk s demencí schopen dát verbálně dostatečně jasně a zřetelně najevo svůj nesouhlas s péčí, měl by pečovatel při dalším plánování péče vycházet

z několika faktorů. K profesionálnímu pohledu pečovatele vzít do úvahy i představy blízkých osob, velmi důležitý je životní příběh a eventuální projevy libosti či nelibosti člověka s demencí. Přes přímý vzdor péči nelze poskytovat, ale na místě je zodpovězení otázek, *Co se stane, když pacient odmítne péči? Bude jeho život nebo zdraví ohroženo?* (Hauke, 2017, s. 128)

4.5 Práva osob s demencí

Každá lidská bytost má svá práva. Také lidé trpící demencí mají svoje práva, mezi která patří například: „ *být vnímám při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě ...být informován o své chorobě...mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči...být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak jen to je možné...při vyjadřování svých pocitů být brán vážně...je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami...žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí...být ošetřován pracovníky, kteří jsou vyškoleni pro péči o osoby s demencí“.* (ČALS)

Právo volby znamená pro profesionály nenutit do ničeho, co ten druhý odmítá. Odmítání tekutin, stravy či jakékoliv jiné aktivity vyžaduje změnit taktiku, využít jiný prostředků v podobě motivace, nabízení. Jiné donucovací prostředky nejsou dovolené. Právo na změnu představuje možnost změnit to, co měl rád, co rád dělal. Pít kávu, kterou dříve nepil, více odpočívat, i když byl dříve stále v pohybu. Právo vyjádřit své požadavky a potřeby, které se ale mohou v průběhu měnit. Profesionální pečující na tyto potřeby aktuálně reaguje. Nevystupuje jako jeho nepřítel, který mu právo vyjádřit svá práva a požadavky upírá. (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 133)

Pro dodržování a naplňování práv osob s demencí jsou velmi důležité komunikační dovednosti.

5 KOMUNIKACE

Každý pečující, ať už je to profesionál či laik by si měl uložit do své paměti přirovnání člověka s demencí ke čtenáři, který náhodně otevře novou knihu někde uprostřed a začte se do děje. Čtenář bude mít zmatek v postavách i ději. A právě tak se to má i s pocity člověka s demencí. Trpí úzkostí z odloučení blízké osoby, nerozumí tomu, co se právě děje a proč, je ztracený v našem normálním, zdravém světě. A k tomu abychom tohoto člověka provedli tím našim světem potřebujeme dostatečně pevné lano v podobě komunikace. (Glennner, 2012, s. 42)

Komunikace znamená sdělovat si informace prostřednictvím mluvené řeči nebo psaného projevu. Jde o reprezentanty verbální komunikace. Řeč doplňuje neverbální složka, která obsahuje postoje, mimiku, pohled, proxemiku, dotyky a paraverbální složku a ta zahrnuje tón hlasu, intonaci, hloubku a jiné. Komunikace má svůj účel a slouží k dosažení cílů, uspokojení potřeb. Pro správnou, vhodnou a efektivní komunikaci s osobou s demencí je nutná znalost komunikačních zásad a komunikační technik. Správnou komunikací lze zjistit, vypožorovat a následně uspokojit potřeby těchto osob. (Hauke, 2017, s. 67)

Komunikační problémy u osob s Alzheimerovou demencí jsou způsobeny kognitivními poruchami – neschopností udržet pozornost, poruchami paměti, myšlení i poruchami řeči a s přidruženými smyslovými poruchami je komunikace ještě složitější. (Glennner, 2012, s. 43)

V komunikaci s osobou s demencí platí základní pravidla.

Empatický přístup je velmi důležitý. Obsahuje v sobě pochopení podstaty demence a přijímat pacienta takového jaký je. Pokud si pečovatel nebude brát jeho případné slovní výpady osobně a zachová klid, obejde se vše bez zbytečných konfliktů. Důraz se klade na paraverbální složku komunikace. Tón hlasu by měl být uklidňující a příjemný, výška hlasu by se měla udržovat v prostředním rozmezí a rychlost přiměřená.

Neverbální složka by neměla zrcadlit vnitřní pocity pečovatele zejména pokud jsou negativní. Naopak z tváře i z očí pečovatele by měl zářit úsměv, klid a pohoda. A vnímat celé tělo a končetiny, v jakém se nachází postavení. Doporučuje se bližší náklon k pacientovi s rozevřenými dlaněmi. Naopak záklon postavy, založené ruce na hrudi či u těla se zatnutými pěstmi vyvolávají u dementních pacientů negativní sdělení. (Glennner, 2012, s. 44)

Právě prostřednictvím postoje a řeči těla se sdělují pocity a myšlenky. Je to sdělování daleko silnější než mluveným slovem. Proto by měl pečující svou sdělovanou zprávu posílit ještě svým

výrazem obličejem, tónem hlasu a dotykem a ukázat tím i pocity náklonnosti. Určitě je důležité se vyhnout přesvědčování, že se osoba s demencí mýlí. (Family Caregiver Alliance)

Velký význam v komunikaci má sebereflexe, která dokáže pečujícího na složitou a náročnou komunikaci zkoncentrovat, zklidnit a očekávat již známé reakce. Nezbytná sebereflexe, pokora a vůle s aktivním přístupem k vlastním seberozvoji by měli být povinnou součástí profesního pracovníka. „*Velmi mocnými nástroji jsou vedle celoživotního vzdělávání též supervize a dlouhodobé výcviky zaměřené na komunikaci a poznání*“. (Hauke 2017, s. 71)

Podporující přístup směřující k pozitivnímu sebehodnocení vyžaduje od pečujícího, že bude přijímat člověka s demencí bez ohledu, jak se chová, za sobě rovného. Tento přístup se označuje za bezpodmínečné přijetí. V komunikaci se jedná o dodržování zákazů pro pečovatele ve smyslu používání záporů, kritických hodnocení, hovořit o pacientovi v jeho přítomnosti ve třetí osobě, používání zdvořilých otázek typu *Proč to děláte? Proč to vyndáváte?* (Glennner 2012, s. 45) Otázky typu *Proč* připomínají výslech, nikoliv partnerskou a respektující komunikaci. Člověk s demencí na tyto otázky většinou nemá odpovědi. A pečovatelé pojmou podezření, že jde o schválnosti. Další možností je obrana člověka s demencí proti neustálé kontrole pečovatele a on jiným způsobem obrany nenašel. Jisté ale je, že ve slově *Proč* je obsažena nadřazenost, bezradnost, zoufalství, zloba, snaha o kontrolu, moc nad druhou osobou. Může to být forma úlevy, ale bez adekvátní odpovědi. (Hauke 2017, s. 73)

V komunikační praxi by se nikdy neměly objevovat situace, při kterých se v přítomnosti člověka s demencí **hovoří jako o třetí osobě**. Zatím to tak bohužel není a není vůbec jednoduché tuto zásadu splnit. Často tomu nahrává stav člověka, který budí dojem duševní nepřítomnosti. Ne vždy je to záměrné, ale důležité je těmto situacím předcházet a eventuálně jim zabránit. Není to záležitost jen laiků, ale mnoho zdravotníků se tohoto zlovyku dopouští. Je vhodné zapojit dotyčného do hovoru, a to vždy záměrně a zjevně. Na tuto zásadu by se měli upozorňovat i ostatní a vzájemně se kontrolovat a podporovat. (Glennner 2012, s. 44)

Slovní komentování jakékoliv činnosti pracovníka u pacienta je velmi důležitá. Nejen pro navázání a budování vztahu pracovník – pacient, ale také jako prevence předcházení problematickému chování. Paraverbální složku komunikace je velmi důležitá také ve třetí fázi demence, kdy se již může zdát, že pacient nevnímá. Ale opak je pravdou. Pacient vnímá tón hlasu, jeho intonaci, melodii do poslední chvíle. A dává mu pocit bezpečí a jistoty. Správně zvolená a vedená komunikace je jedním ze způsobů a nástrojů, kterými je zachována úcta k člověku, k jeho důstojnosti a respektu k jeho osobnosti. Každý profesionál by měl mít na

myslí, že zachování si vlastní autonomie, schopnosti rozhodovat o sobě, jak to tomu druhému vyhovuje znamená udržet jeho kvalitu života v co nejvyšší možné míře. (Hauke 2017, s. 72)

Pro vytvoření dobrého vztahu mezi zdravotníkem a osobou s demencí se doporučuje použít **metodu pojmenování**. Tato metoda má několik plusů. Pečující prostřednictvím pojmenování zpomaluje ve svých činnostech, v akcích, stává se pro pacienta s demencí *čitelnější* a tím i přijatelnějším, protože se tímto způsobem dokáže zdravotník naladit na nemocného. Je vhodné použít pojmenování při sdílení negativních i pozitivních emocí. Pojmenovává se vše, co dělá zdravotník, ale i pacient s demencí, co zdravotník slyší, vidí, co oba cítí a co si myslí. Tato metoda se doporučuje i při komunikaci s osobami s demencí, u kterých je již verbální komunikace omezena. (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 133)

Vhodně zvolený **způsob předávání informací** je zásadní. Lišit se budou dle typu demence. S osobami s mírnou demencí komunikace probíhá co *nejnormálněji*. Zjednodušené a velmi krátké věty může tento člověk vnímat jako ponižující, posměvačně. Naopak u osob s těžkou demencí tento přístup fungovat nebude. U těch naopak jsou jednoduché věty žádoucí a měly by být konkrétní. Opakováním všeho potřebného i v průběhu činnosti se předchází zapomenutí „*co to vlastně dělám*“. V případě nepochopení i po několika zvolit jiná slova. Místo věty „*Pepo, pojd' na svačinu*“ vyslovit větu „*Pepo, vezmi si chleba*.“ (Glennner, 2012, s. 46)

Pokud pokládá pečovatel otázky, platí pravidlo *jedné otázky*. Pro osoby s demencí jsou nejvhodnější otázky s odpovědí ano nebo ne. Otevřené otázky a otázky s více možnostmi odpovědi by se těmito lidem neměly vůbec pokládat. Pokud ale chceme umožnit výběr, využijeme vizuální výzvy. U oblečení nabídneme například dvě různé košile, a výběr už necháme o dotyčném. Vhodné je udržovat si smysl pro humor. Použít jej lze vždy, pokud je to možné, ale nikdy ne na účet osob s demencí. Tito lidé naopak mají snahu udržovat si sociální dovednosti a rádi uvítají veselé situace, kterým si společně s pečovateli zasmějí. (Family Caregiver Alliance)

5.1 Komunikace s rodinou

Komunikace s těmi nejbližšími pacienta s demencí je velmi důležitá a žádoucí. Většinou se jedná přímo o osobu, která pečuje o tohoto člověka v domácím prostředí. Tudiž má pro profesionálního pečujícího řadu cenných informací. V případě, že se nejedná o pečovatele, má ale tento příbuzný určitě konkrétní představy, jak by měla péče od profesionála vypadat, co vše by měli zdravotníci poskytnout a v jaké míře.

Pro pracovníky ze sociálních služeb, ale i ze zdravotnictví, mohou plnit příbuzní pacienta nepřiliš konkrétní a jasnou úlohu. Pokud v rodině fungují zdravě vztahy, je pro osobu s demencí jeho rodina velkou oporou. Problémy mohou nastat v případě, že přání a představy o péči rodiny jsou jiná než představy člověka s demencí. Tyto představy se týkají především denních aktivit a zapojení jejich nejbližšího do těchto činností. Osoba s demencí je více unavená, je odmítavá k aktivitám a stoupá nebezpečí rozvoje problematického chování. V těchto situacích jsou velmi důležité záznamy o péči, o pocitech a reakcích pacienta s demencí na poskytovanou péči. Následně by se měl celý proces péče přehodnocovat a plánovat, tak aby byl hlavně v zájmu pacienta s demencí. (Hauke, 2017, s. 80)

Pro jednání zdravotníků s rodinou by měly platit určité zásady. Důležité je ocenit snahu návštěvy pacientovi prospět a vyjádřit pochopení pro starosti a zneklidnění rodiny. Vhodným způsobem získat důležité anamnestické údaje, které mohou přispět ke zkvalitnění péče. Zároveň dle kompetencí poskytuje zdravotník pro rodinu cenné informace o pacientovi i o jejich důležité roli pro pacienta. Vzájemně si ujasnit cíl spolupráce zdravotnického týmu, jehož nedílnou součástí je právě i rodina. (Zacharová, 2017, s. 87)

Pro profesionála je v péči o osobu s demencí jeho okruh potřebných rozšířen i na okruh rodiny. Podporu nepotřebuje pouze pacient, ale i jeho nejbližší. Tato podpora se dostává rodině formou pravidelných kontaktů třeba i v rámci setkání s multidisciplinárním týmem. Důležitou zásadou pro pečujícího je ovšem zachování neutrality, neodsuzovat, posuzovat vztahy či se do nich vměšovat. (Hauke, 2017, s. 81)

Svémi pravidelnými návštěvami zajišťuje podporu a zároveň tím také plní funkci advokáta, který hájí práva a zájmy jejich nejbližších. Dává tím personálu najevo svůj zájem o pacienta a současně provádí kontrolu kvality péče. Tato kontrola by měla probíhat nenápadně, přirozeně a bez konfliktů. Tím by mělo být zajištěno důstojné zacházení s pacientem a předchází se tím také zanedbání péče.

Velmi vhodné je zapojení rodiny do rehabilitačního ošetřovatelství, do mobilizace, do aktivit, jakými jsou podávání stravy nebo péče o pokožku. Aby vše probíhalo efektivně a ke spokojenosti všech, je důležitá vzájemná spolupráce, ke které dopomáhá vhodná komunikace. „*Zájem rodiny přispívá také k upravenosti nemocných. Aby i lidé, kteří si zdánlivě, domněle „nic neuvědomují“, byli důstojně oblečeni, aby zvláště ženy měly upravené.*“ (Provažníková, Kalvach, 2016, s. 57)

5.2 Maligní komunikace a maligní vzorce chování

Kalvach a Čeledová (2011, s. 51) uvádějí vzorce tzv. maligního chování dle Kitwooda a Bredina. Jedná se o chování, které může být pro závislé a křehké osoby velmi nebezpečné, škodlivé až destruktivní. Zvláště nebezpečná je rovnice, která vyjadřuje nebezpečí závislosti. Čím závislejší je člověk na péči a pomoci druhého, tím je i více zranitelnější a tím se také častěji objevují tyto maligní vzorce chování a komunikace s čím dál tím těžšími dopady. Maligní komunikace s ní spojené destruktivní chování pečujících se objevuje v nejrůznějších podobách. Jednou z nich je **Infantilizace**, která vyjadřuje chování k dospělému jako k malému dítěti, především se používají zdobněliny, žvatlání či jiné slovní projevy. Do této skupiny komunikační malignit se řadí tzv. elderspeak, kdy se volí dětské náměty.

Bezmocnost pacienta svádí pečovatele k tomuto jednání s ním. Vždy je nutné si uvědomit, že jde o dospělého člověka, respektovat jeho věk a jeho schopnosti. Věty typu „...oblékneme pyžamko, napapáme se...a jiné“ nevyjadřují partnerský přístup, kterým se zachovává důstojnost a respekt k jeho osobě. Tento přístup by měl mít zvnitřně každý pracovník. (Hauke, 2017, s.72) **Podvádění, lest, zrádovství** znamená, že pečující úmyslně nemluví pravdu s cílem usnadnit si práci nebo přimět osobu s demencí k činu, který si on sám ovšem nepřeje. **Nálepkováním** se přidělují hanlivá označení často na základě nesprávného pochopení problémů a potřeb. Mezi nejčastější nálepky patří hysterky, chronický stěžovatel, mrtvičkář a jiné. A v případě **stigmatizace** jde o vystupňovanou formu nálepkování. Nemocný je zařazen do skupiny. Která je společností negativně vnímána nebo podceňována a na základě tohoto označení se pečující chovají s despektem, minimalizují komunikaci i péči. Jde o označení dementních osob jako dementů, psychiatrických jako bláznů a další podobné. **Ignorování se** projevuje jako nedostatečně věnovaná pozornost tomu, co nemocný sděluje, hovoří se o něm v jeho přítomnosti ve třetí osobě, pečující vstupují do pokoje bez zaklepání, hovoří s doprovodem. **Odmítání a odpírání pozornosti** vyjadřuje způsob chování, při kterém se nevyhází vstříc potřebám pacientů, nevěnuje se jim potřebná pozornost či se kategoricky odmítá splnit jejich přání či žádosti. Despekt často souvisí se stigmatizací a nálepkováním. Situace, kdy pečující záměrně odmítají s pacientem mluvit nebo jej nechávají zbytečně čekat, se označují jako **Odhánění či zapuzování**. Důvodem je většinou dokázat dominantní postavení. **Zesměšňování se** dopouští pečovatelé, pokud se baví na vrub pacienta, zesměšňují jeho chování, zveličují chyby, nedostatky za účelem snížit sebevědomí a důstojnost. Podobný výsledek má v praxi **ponižování, pohrdání, bagatelizování či podceňování**. Pečující nepřikládají téměř žádný význam pacientovým sdělením nebo naopak komentují sarkastickými

poznámkami jeho sdělení. O **zneschopňování** se hovoří v situacích, kdy se nevyužívá schopností pacienta v denních činnostech, nevytváří se mu prostor pro jeho samostatné jednání. Opět je důvodem zrychlení a usnadnění si práci, nezdržovat se, zjednodušit komunikaci. Tato forma nevhodného chování může být prováděna s dobrým úmyslem jako hyperprotektivní péče, ale s velmi zlými důsledky. V závěru se pak rozvíjí naučená závislost, pacient je chválen za poslušnou pasivitu a v případě „tvrdošíjně“ komplikující aktivitu je kárán. Nejčastějším jevem u pečujících o osoby s demencí je **netrpělivost, spěch, nerespektování tempa**. Projevuje se formou rychlého předávání informací bez možnosti porozumění a zapamatování. Velmi časté používání citoslovce „šup,šup“, zákazů a příkazů namísto volby pro klienta, pro co se rozhodne, sám se obslouží. V některých případech jsou tyto komunikační chyby vyřčeny úmyslně, mnohdy však se jich pečující dopouští neúmyslně, často v důsledku profesní slepoty a osvojení si nevhodných komunikačních vzorců o jejichž důsledcích již nikdo nepřemýšlí. Bývá to i následkem pracovního přetížení či syndromu vyhoření. (Kalvach, Čeledová 2011, s.51)

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak se zdravotníci chovají k pacientům s demencí a zda bude pozorován rozdíl v přístupu zdravotníků ke klientům v zařízení se supervizí a bez supervize.

1 METODIKA PRÁCE

Pro naplnění cíle byla zvolena metoda přímého zúčastněného skrytého pozorování. Bylo rozhodnuto, že pozorování bude probíhat ve dvou zařízeních poskytujících péči osobám s demencí, přičemž zařízení byla volena tak, aby v jednom z nich probíhala supervize a v druhém nikoliv.

Prvním zařízením bylo pobytové zařízení sociální péče poskytující péči osobám s demencí. Toto zařízení je označováno jako domov se zvláštním režimem. Význam tohoto označení spočívá v režimu upraveném přímo individuálním potřebám osob s demencí, jak technicky, tak i personálně. V zařízeních tohoto typu je povinná supervize. V práci je toto zařízení označováno jako sociální zařízení. Druhým zařízením bylo zařízení zdravotnické, které poskytuje následnou péči a je specializované na ošetřování osob s Alzheimerovou chorobou nebo jinou kognitivní poruchou. V práci je toto zařízení označováno jako zdravotnické zařízení. Z důvodu zachování anonymity nebudou bližší údaje o zařízeních uvedeny.

Celý výzkum probíhal v období od listopadu 2018 do února 2019. Souhlas s výzkumem byl písemnou formou získán od vedení daných zařízení.

Výzkum byl prováděn metodou přímého zúčastněného skrytého pozorování z pozice stážistky s aktivním zapojením do péče, avšak s co nejmenší mírou samostatnosti, aby bylo pozorování uskutečnitelné. Na konci výzkumného období to však bylo již velmi náročné z důvodu přidělování samostatných úkolů.

Pozornost byla zaměřena zejména na navazování kontaktu, průběh komunikace a další prvky chování zdravotníků (manipulace s pacientem atd.). Všechny pozorované situace byly zaznamenávány ve formě podrobných poznámek a co nejdříve přepsány do záznamových listů. Zaznamenávány byly především situace s dějem, rozsáhlejší komunikace zdravotníka s pacientem, chování a jednání zdravotníka při pečování. Celé pozorování provázela snaha o objektivitu a nezasahování do probíhajících situací.

V každém zařízení bylo ve výzkumném období provedeno celkem 12 pozorování, tedy celkem 24 pozorování v celkovém rozsahu 200 hodin. Zdravotníci byli pozorováni při denních a

odpoledních službách, v kterémkoliv dnu v týdnu. Nebylo předem stanoveno, kolikrát má být který zdravotník pozorován, vždy záleželo na obsazenosti dané směny, ve které pozorování probíhalo. Mezi pozorovanými zdravotníky byly sestry, sanitáři / sanitárky, pracovníci v sociálních službách, fyzioterapeuti a v průběhu pozorování bylo zaznamenáno také chování dvou pracovníků úklidu, také dvě pracovnice úklidu, které pomáhaly s podáváním stravy pacientům. V sociálním zařízení bylo celkem pozorováno 17 pracovníků, ve zdravotnickém jich bylo 9. Všichni pozorovaní pracovníci s výjimkou pracovníků úklidu jsou označováni jako zdravotníci. Číselné označení zdravotníků je postupné od 1 do 24 s rozlišením typu zařízení S (supervidované, sociální) a N (nesupervidované, zdravotnické).

V době průzkumu pobývalo v sociálním zařízení 27 osob. Z toho 4 muži a 23 žen. Skladba personálu denní služby znamenala jedna sestra, dvě nebo tři pracovnice přímé péče. Počet pracovníků přímé péče se lišil dle situace personálu na oddělení. Vliv měl počet pracovníků na dovolené či pracovní neschopnosti. Staniční a vrchní sestra se na oddělení vyskytovala průběžně a pravidelně během dne. V případě potřeby bylo zajištěno mezi sestrou ve službě a staniční sestrou přímé telefonické spojení.

Ve zdravotnickém zařízení bylo v době průzkumu hospitalizováno 12 pacientů. Z toho 4 muži a 8 žen. Denní i noční služby byly zajištěny jednou sestrou a jedním sanitářem nebo sanitárkou. V pracovních dnech byla na oddělení ještě fyzioterapeutka. Staniční sestra se vyskytovala na oddělení nepravidelně.

Křestní jména i iniciály příjmení pacientů jsou pozměněná.

Záznamy z pozorování byly analyzovány a kódovány (otevřené kódování). Data byla následně seřazena dle jednotlivých kódů a jsou prezentována v následující kapitole.

Pozorování bylo doplněno polostrukturovanými rozhovory se čtyřmi respondentkami (jedna ze sociálního zařízení a tři ze zařízení zdravotnického). Výběr respondentů byl ovlivněn pozorováním a směřován byl k získání informací v předem stanovených oblastech motivace pro práci v pomáhající profesi, postoj k obtížným situacím, navazování vztahu s pacienty / rodinou a zdroje podpory a rozvoje (vzdělávání, supervize, podpora od nadřízených atd.). Rozhovory byly doslovně přepsány, anonymizovány a analyzovány dle předem stanovených oblastí, dle kterých jsou získaná data také prezentována.

2 VÝSLEDKY OTEVŘENÉHO KÓDOVÁNÍ ZÁZNAMŮ Z POZOROVÁNÍ

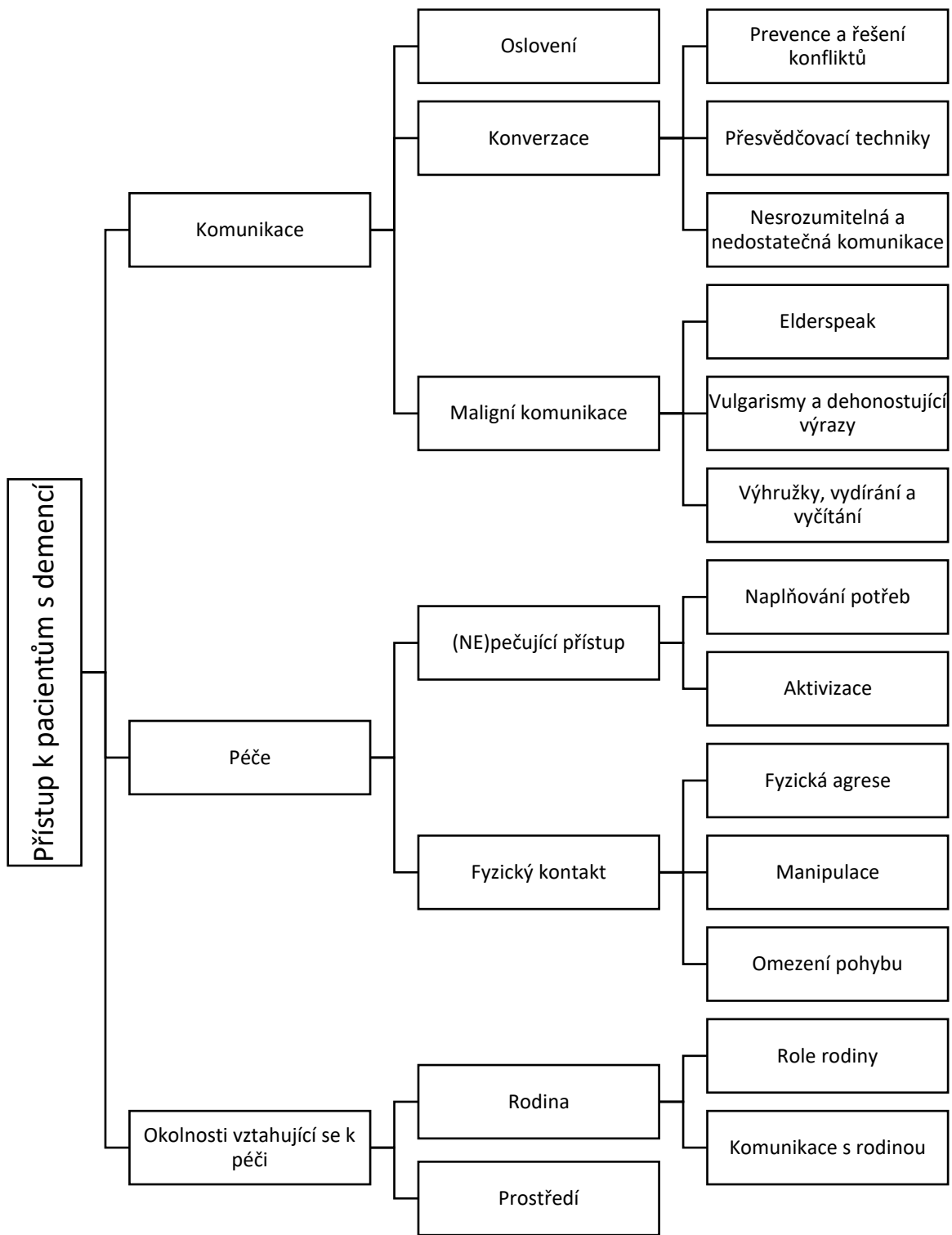
Při otevřeném kódování záznamů z pozorování byly identifikovány tři hlavní oblasti – **komunikace, péče a okolnosti vztahující se k péči.**

Každá oblast je pak dále dělena. **Komunikace** zahrnuje jednak **oslovení**, dále pak průběh **konverzace** (využití komunikace pro **předcházení konfliktům** a jejich řešení, **přesvědčování pacientů** a jevy **chybějící či nedostatečné komunikace**) a výskyt **maligní komunikace** (**elderspeak, dehonestující výrazy, výhružky, vydírání nebo vyčítání**).

Oblast **péče** je rozdělena na **pečující přístup** (se zaměřením na **naplňování potřeb a aktivizaci**) a dále jevy týkající se **fyzického kontaktu** (jakým způsobem probíhá **manipulace s pacientem**, zda dochází k **omezování pohybu** a k výskytu **fyzické agrese**).

Třetí oblast **okolností vztahující se k péči** je zaměřená na **rodinu** (na **roli rodiny a komunikaci s rodinou**) a dále na **prostředí**.

Uspořádání jednotlivých kódů je vyobrazeno v diagramu na obrázku č. 1.



Obrázek 1: Diagram uspořádání kódů

2.1 Prezentace získaných dat dle kódů

Nejprve bude pozornost věnována **komunikaci**, posléze pak **pěči** a následně **okolnostem poskytované péče**.

Komunikace

První skupina kódů se vztahuje ke komunikaci, a to k jejímu zahájení (oslovení), vedení (konverzace) a patologiím (maligní komunikace).

Oslovení

V oblasti komunikace byla pozornost věnována nejprve základnímu komunikačnímu prvku, kterým je oslovení. Zajímavé bylo zjištění, že v pozorované praxi existuje mnoho různých způsobů oslovení, které zdravotníci používají.

Zejména v sociálním zařízení se často vyskytovalo oslovení křestním jménem. Křestním jménem zdravotníci oslovovali především pacienty s těžkou demencí, kteří již nekomunikovali nebo jen jednoslovně či v krátkých větách. Tito pacienti si mnohdy ani nepamatovali své příjmení. Při představování podala paní J. K. výzkumnici ruku a řekla, že se jmenuje Jarmila. Na dotaz „A jak dál?“ odpověděla: „To už nevím.“ „Jste paní K.“ Usmívala se a řekla: „Nevím.“

Většina zdravotníků v sociálním zařízení pacientům vždy po oslovení křestním jménem vykala, jak je patrné na příkladu Zdravotníka S1: „*Jarmilo, postavte se.*“ „*Kamilko, pojd'te, umyji vás.*“ „*Maruško, půjdete si lehnout po obědě.*“ Na dotaz (položený v průběhu pozorování), zda je zaznamenáno v dokumentaci, jakým způsobem mají být pacienti oslovoováni, tento zdravotník odpověděl, že si myslí, že tam musí být zapsáno jen týkáni. Ale ona je oslovovat křestními jmény bude, protože se tím lépe navazuje vztah, mají to radši.

Zdravotník S6 také vykál: „*Dobré ráno, Kamilko, umyju vás.*“ „*Tady se držte, prosím, Kamčo.*“, stejně pak Zdravotník S5 („*Evičko, nesu vám léky.*“ „*Věruško, vaše léky.*“) a Zdravotník S3 („*Maruško, pojd'te si vzít léky.*“) zachovávali vykání pacientům po oslovení křestním jménem. Zdravotník S7 vykál pacientce při hygieně: „*Dobré ráno, Maruško. Jak jste se vyspala?*“

Zdravotník S8 pacientku oslovoval zdvojnásobením křestního jména, ale větu buď nedokončil nebo nepoužil sloveso: „*Pavlíčko, už to bude.*“ U jiné pacientky se situace s oslovením opakovala, ale již bylo zřetelné vykání v rozhovoru: „*Dobré ráno, Maruško. Jak jste se vyspala?*“ Zajímavá situace byla pozorována u zdravotníka S9, který oslovoval pacientku křestním jménem a vykál ji („*Musíte jíst, Barunko.*“), avšak pacientka se tak nejmenovala. Zda to bylo záměrně nebo omylem, zjištěno nebylo.

Pokud po oslovení křestním jménem zdravotníci pacientům tykali, byli to pacienti s těžkou demencí. Tito pacienti nebyli schopni samostatné chůze, měli inkontinenci močí i stolice, nezvládli bez pomoci druhé osoby úkony péče o vlastní osobu. Zdravotník S2 pacientce při ranní hygieně po oslovení křestním jménem tykal: „*Maru, ted' se postav a tady se drž*“ a ukazuje na desku stolu. „*Vyměním ti plenu jo.*“ Zdravotník S10 při rozhovoru s 93letým pacientem: „*Franto, pojd' sem. Ukaž, co to máš?*“ Zdravotník S12 při polední hygieně oslovuje pacienta křestním jménem, tyká mu a vybízí ho na toaletu: „*Chce se ti čurat?*“ Odpověď je záporná. Zdravotník S13 hovořil s pacientem, který byl v polohovacím křesle. Po oslovení křestním jménem byl pacientovi položen dotaz: „*Ona tě nakrmí, ano?*“. Zdravotník S4 také tykal: „*Frantíku, přinesla jsem ti léky*“.

Během pozorování byl vzorek pozorovaných osob postupně rozšířen o dvě pracovnice, které nejsou zdravotnice, ale vypomáhaly zdravotníkům při podávání stravy pacientům v jídelně. Pracovnice č. 1 si všimla, že jedna pacientka přestala obědovat a odsouvá se se židlí od stolu. „*Co děláš?*“ Přisune ji ke stolu. Vloží jí lžičku do ruky a pobízí jí k jídlu: „*Jez.*“ Zcela jiný byl přístup její kolegyně. Pracovnice úklidu č. 2 ve společné jídelně pomáhala zdravotníkům s podáváním stravy pacientům. Když viděla paní Š. brát si jídlo rukama, upozornila jí na lžičku: „*Rukama ne, paní Š., máte tam lžičku.*“

Ve zdravotnickém zařízení se během pozorování vyskytlo oslovení pacientky křestním jménem (doprovázené vykáním) pouze v jednom případě, při předávání telefonu: „*Janičko, volá vám dcera.*“

V sociálním zařízení byli zdravotníci, kteří některým pacientům vykali a oslovovali je příjmením. Byli to pacienti s mírnou až středně těžkou demencí, tyto pacienti také pravidelně docházeli na aktivizační programy do aktivizační místnosti nebo do knihovny. Příkladem je zdravotník S2: „*Dobrý den, paní O., půjdete se vysprchovat, jo?*“

Za povšimnutí stojí také následující situace. Zdravotník S6 oslovil pacientku v úvodu rozhovoru křestním jménem, ale v průběhu rozhovoru ji oslovoval příjmením. „*Tady se držte, prosím, Kamčo. Můžete si sednout, paní L., prosím.*“ Zdravotník S3 byl pozorován v jídelně při rozdávání léků, kde oslovoval příjmením paní B. i paní Ch. Zvláštnost spočívala v tom, že ne všichni zdravotníci oslovují příjmením paní B., ale všichni zdravotníci oslovují příjmením paní Ch. a vykájí jí, což pravděpodobně souvisí s jejím povoláním (a titulem).

Zdravotník S3 oslovoval dvě pacientky u jednoho stolu různým způsobem: „*Co se stalo, paní F.?*“ „*Maruško, potřebujete něco?*“ Stejně tak zdravotník S10 komunikoval na jednom pokoji se dvěma muži odlišnými způsoby: „*Pane U., utřu vám pusku.*“ a druhého muže oslovoval křestním jménem a tykal mu.

Ve zdravotnickém zařízení ošetřující personál pacientům vždy vykal. Rozdíly byly v oslovení a v obsahu sdělení. Zdravotník N18 vyzýval pacientku k pohybu slušnou formou „*Ted' se postavte, paní W.*“ „*Nožky si srovnejte. Tuhle si dejte sem a tuhle takhle. Nakloňte se víc dopředu. Tady se chytete a až odpočítám tři, postavíte se. Raz, dva, tři a postavte se...*“ Zdravotník N5: „*Dobré ráno, paní N., tady máte snídani. Jak jste se vyspala?*“

Zdravotník N19 směřoval svůj projev ke konkrétní osobě, ale obsahem se jedná o velmi maligní komunikaci. Jednalo se o situaci problematického chování pacientky, v podobě naléhavého vyžadování své potřeby vyprazdňování a pokud již pacientka byla na toaletě, pak tam už nevěděla, co má na toaletě dělat a chtěla jít „*doopravdy na záchod*“. Zdravotník N19 vnímal situaci jako vypjatou a na další zavolání reagoval tímto způsobem: „*Zavřete ten zobák, paní Ř. Jste zlá, hnusná a protivná.*“

Zda zdravotníci vykali nebo tykali pacientům se odvíjelo od oslovení, ale tento vztah nebyl vždy směrodatný. Více tykali zdravotníci pacientům v sociální oblasti. Zdravotník S4 vysvětlil (bez vznesení dotazu), proč všem pacientům tyká a tykat prý i nadále bude, neboť to klienti lépe přijímají, mají k sobě blíže. Tato zdravotnice pracuje v domově tři roky, předtím pracovala v domově pro seniory, ale původně je dětská sestra. Když do tohoto domova nastoupila, musela si na klienty s demencí zvykat, hledala si k nim cestu a nebylo to pro ni jednoduché. Kdyby to nezvládla, odešla by. Přistupuje k nim, jako k dětem. Také děti potřebují klidný láskyplný přístup. Klienty má ráda a myslí si, že oni ji také.

Ve zdravotnickém zařízení nebylo v průzkumném období zaznamenáno tykání, a to ani ve vypjatých situacích, nicméně se zde vyskytla situace, při které zdravotník oslovoval pacienty **pouze příjmením a vykal jim**. Zdravotník N21 sloužil již čtvrtou dvanáctihodinovou službu za sebou. V tu dobu byly hospitalizovány na oddělení dvě pacientky, které byly velmi naléhavé a celé to bylo vnímáno velmi napjatě. „*Ř. neřvěte. Co je, prosím vás?*“ „*H., proč voláte? Co potřebujete?*“ „*Máte si sednout Ř.*“ „*Ř. neřvěte.*“ „*H. co chcete?*“

Zdravotníci navazovali rozhovory s pacienty také **bez úvodního oslovení nebo je ani v průběhu rozhovoru neoslovili**. Zdravotník N20 v rozhovoru s pacientkou: „*Kdo mě se dovez?*“ „*Vaše dcera.*“ „*To není možné. Já musím domů.*“ „*Pojďte si lehnout. Zítra přijde dcera na návštěvu, tak si s ní popovídáte.*“ Stejný zdravotník, ale s jinou pacientkou a v jiné situaci: „*Posad'te se tady. Tady, tady. Posad'te se. Tak ... vyfoukám vám vlasy.*“

Zdravotník N17 během sprchování pacienta směřoval a informoval, co mu bude provádět, ale v průběhu rozhovoru ho neoslovil jeho jménem: „*Sundám vám kalhoty. Sedněte si, prosím. Nespadnete. Já vás držím.*“. Stejným způsobem komunikoval Zdravotník N19 s pacientem, kterého s kolegyní polohovaly: „*Já vám sundám tu mikinu. Pojedete ted' s hlavou dolů, tak se*

nelekněte.“ Ve všech těchto případech šlo o komunikaci mezi dvěma osobami, třetí osoba se již v té místnosti nevyskytovala. Lze se domnívat, že si zdravotníci mysleli, že je adresát jejich komunikace jasný a nemusí jej konkrétně oslovovat.

Zajímavou kapitolou je oslovování titulem. V sociálním zařízení byly dvě pacientky s vysokoškolským titulem. Ani u jedné z nich titul k oslovení použit v průběhu pozorování nebyly. Zdravotníci obě ženy oslovovali příjmením a vykali jim.

Ve zdravotnickém zařízení byli v průběhu pozorování tři pacienti s vysokoškolským vzděláním. Dva muži s titulem inženýra a jeden lékař. Oslovován titulem byl **pouze lékař**, který kdysi zastával funkci primáře (na jiném oddělení). Zdravotník N21: „*Pane doktore, pojdte se sem posadit. Sem do toho křesla.*“ „*Počkejte pane doktore, ještě sed'te.*“

U druhého muže byla zaznamenána situace, při které pozorovatel přímo nabídl Zdravotníkovi N17 oslovení titulem, ale ten jej neverbálně odmítl použít. Bylo to v situaci, kdy zdravotník N17 doprovázel pacienta do koupelny. Před koupelnou ho chtěl nasměrovat správným směrem a oslovit ho příjmením, ale zřejmě si nemohl vzpomenout na jeho jméno. Opakovaně mu říkal: “*Tudy, pane, pane.*“ Na náповědu: “*pane inženýre*“ zdravotník N17 ale zakroutlí hlavou a velmi potichu odpovídá, že ne, že takhle jim říkat nebude. V koupelně zůstávají spolu sami, jen zdravotník N17 a pacient. Je slyšet jen Zdravotník N17: „*Sundám vám kalhoty. Sedněte si, prosím. Nespadnete. Já vás držím.*“

Pokud jde o oslovení pacientů, které lze označit jako **nevhodné s prvky elderspeaku**, častější výskyt tohoto jevu byl zaznamenán v sociálním zařízení. Zdravotník S1 hovořil na pacientku, která si dokázala říci, pokud se jí něco nelíbilo či nevyhovovalo a používala i vulgární výrazy takto: “*No, zlatíčko, hodná holka*“. Vzájemně se obejmou a zdravotník pozorovateli vysvětluje: „*Ona se ráda tulí.*“. Se stejnou pacientkou hovořil Zdravotník S7: „*No zlatá moje...*“ „*Drahouši, neprskejte na mě.*“ Paní A. vydává hůře popsitelné zvuky „*pf pf pf...*“. „*Kočko, vždyť já vím...*“ takto oslovil stejnou pacientku Zdravotník S8

Zdravotník S11 hovořil na paní, která téměř nekomunikovala (pouze jednoslovně a nepřiléhavě, stravu i tekutiny jí podával personál) takto: „*No tak, kočko, otevři pusku, šup. Budeš to mít studené, jak psí čumák.*“ Zdravotník N22 při výměně inkontinentní pomůcky hovoří s pacientkou: „*Tak kočičko, ještě vyměníme kalhoty. Nadzvedněte zadeček. Hotovo. Jste šikula.*“

Za zmínku stojí zcela jistě také to, že zdravotník S9 nazval jednu pacientku stejným pojmenováním, které adresoval občas i svým kolegyním ve službě: „*Tak ještě tuhle Modelínu.*“ (nebo **modelínu?**).

Ve zdravotnickém zařízení bylo zaznamenáno jedno oslovení, které lze označit jako **projev maligní komunikace**. Zdravotník N23 vyzval pacientku k oblékání: „*Pojďte, nádhéro.*“ U některých zdravotníků byl jejich vztah k pacientům evidentně ovlivněn problematickým naléhavým chováním těchto pacientů.

Oslovení je velmi silný nástroj pro uspořádávání mezilidských vztahů. Zdravotníci v pozorovaných situacích oslovovali pacienty různě – křestním jménem nebo příjmením ve spojení s vykáním, ale i tykáním anebo je neoslovovali vůbec. Používali elderspeak (kočičko, drahouši), ale také dehonestující „nádhéro“ a „modelíno“. Velmi hrubě znělo oslovení příjmením bez použití společenského titulu paní / pane. Zdá se, že oslovení pacientů v pozorovaných situacích není ani tak dáno tím, jak to chtějí pacienti (a obvykle ani etiketou), ale spíše tím, jak to vyhovuje konkrétním zdravotníkům s určitým vlivem prostředí (sociální versus zdravotnické zařízení), přičemž se do toho promítá také stádium demence, případně chování pacienta (obzvláště problematické) či zdravotníky akceptované postavení pacienta (lékař byl jako jediný oslovován titulem). Dlužno poznamenat, že oslovení **babi / dědo** se během pozorování nevyskytovalo.

Konverzace

Vyjma oslovení a vyloženě maligní komunikaci byla pozornost věnována také tomu, jak zdravotníci využívají komunikaci k prevenci a řešení konfliktů a obtížných situací a jaké využívají přesvědčovací techniky. Zachycena byla také pro pacienty nesrozumitelná a nedostatečná komunikace.

Během pozorování v sociálním zařízení nedošlo k žádné **konfliktní situaci**. V jednom případě se stalo, že Zdravotník S3 vyřešil hrozící konfliktní situaci mezi pacientkami. V jídelně seděla paní F. u stolu s paní K. Paní F. se zlobila na paní K., protože se na ni upřeně dívala. „*Co na mě koukáte? Co chcete?*“ Paní K. neodpovídá, ale něco si drmolí nesrozumitelného a stále se dívá na paní F. „*Slyšíte, co chcete?*“ a paní F. už téměř křičí. „*To je hrozný. Ať na mě nekouká.*“ Zdravotník S3 přichází do jídelny a vyptává se: „*Co se stalo, paní F.?*“ „*Pořád na mě kouká a neřekne, co chce.*“ „*Maruško, potřebujete něco? Tady si vezměte svačinu. Je to dobré.*“ podává paní K. jogurt, do kterého se paní K. s chutí pustí. „*Chcete také, paní F.?*“ Paní F. nechce, jen zavrtí hlavou, ruce má založené na hrudi a potichu sleduje paní K. „*Pojďte se posadit sem na sedačku, abyste lépe viděla na televizi, paní F.*“ S tímto nápadem paní F. souhlasí a přesedne si od stolu na pohovku, ze které sleduje televizi. Zdravotník odvedl pozornost obou žen, dokázal uklidnit napjaté emoce. Jídlo má velkou moc v péči o osoby s demencí. Situaci se podařilo vyřešit v klidu a téměř v počátku konfliktu.

Sama výzkumnice se v průběhu pozorování dostala do napjaté situace s jednou z pacientek. Svlékala paní A. tričko a zřejmě nebyla dostatečně rychlá a šetrná a paní se ohradila: „*Běž s tím do prdele.*“ Zdravotník S1 vysvětlil: „*No, se jí to nelíbí. Ona se ráda tulí.*“ a začal pacientku uklidňovat: „*No, zlatíčko, hodná holka*“ a vzájemně se s pacientkou objaly. O této pacientce zdravotníci vědí, že se dokáže ohradit a vyjádřit svou nespokojenost a také k ní takto během pozorování přistupovali, aby sami předešli konfliktním situacím. Příkladem je přístup zdravotníka S7, vyzývajícího paní A. do sprchy. Jí se to ale moc nelíbí: „*Nechci, nechci.*“ „*No zlatá moje...*“, konejšivě přistupuje k paní A. zdravotník S7 a ona se nechá doprovodit do koupelny, kde ji zdravotník S7 svlékne a začne ji sprchovat. „*Už to bude.*“, uklidňuje zdravotník.

Ve zdravotnickém zařízení se během pozorování vyskytly pouze jednostranné **konfliktní situace ze strany zdravotníků**. V té době byly na oddělení hospitalizovány dvě pacientky, které byly velmi naléhavé a bohužel jejich chování a jednání dokázalo u zdravotníků vyvolat negativní reakce. V některých případech se objevily prvky maligní komunikace.

Jednalo se o pacientku, která se dožadovala na toaletu každých 5–10 minut, a i když byla na toaletě, stávalo se, že volala, že chce na záchod. Zdravotník N21: „*Ř. neřvěte. Co je, prosím vás?*“. „*Chce se mi čurat.*“ „*Na to vám sere pes. No, to jo... Ted' jsem tam s vámi byl.*“ Pacientka se diví: „*Co? Co?*“ Ani ne po 20 minutách se opět voláním domáhá toalety. „*Mně se chce kakat.*“ Zdravotník N21 zjišťuje: „*Je to akutní?*“ „*Je.*“ Zdravotník prudkým pohybem bere vysoké chodítka a vjíždí do pokoje. Naráží při tom do zdi. „*Tak jedem, jedem. Je to akutní. Nečumte okolo a jedem.*“

Na toto její naléhavé volání reagovali zdravotníci různými způsoby. Zdravotník N23: „*No, co se děje? Přestaňte tady vyvolávat. My si předáváme službu.*“ „*Ale mně se chce na záchod.*“ „*To se vám chce pořád. Pořád s vámi chodíme a nic. Už je mi to u prdele. Půjdete, až mně se bude chtít.*“ A odchází z pokoje.

Mezi pečovatele zatěžující formy chování osob s demencí patří **toulání (potulka)**. A nezatěžuje pouze pečovatele. Někteří pacienti nelibě nesou vcházení potulujících se osob do jejich pokojů, prohlížení si jejich osobních věcí. Takto negativně reagoval také pan N., když si pan M.

prohlížel jeho bundu. Křičel na něj: „*Je to tvoje bunda? Nech to bejt! Slyšíš... nech to bejt!*“ Zdravotník N21 pana M. nenapomínal, nezakazoval mu, ale klidným hlasem jej nasměroval do jeho pokoje.

V sociálním zařízení byla pozorována situace, kdy pan R. vyšel ze svého pokoje, který byl na vzdálenějším konci chodby než jídelna, ke které se vydal. Otevřel si dveře prvního pokoje u jídelny a vešel dovnitř. Zdravotník S3 i výzkumník to viděli, ale zdravotník to neřešil a nechal

pana R. za sebou zavřít dveře. „*On si tam na chvíli lehne a pak zase vyjde. Se nebudeme spolu dohadovat. On to tak má...*“ Při nahlédnutí do pokoje ležel pan R. v jednom lůžku. O několik málo minut později byl zpozorován zdravotník S10, který vedl pana R. z pokoje na chodbu, kde ho nechal sedět v křesle. Nezbyvá než konstatovat, že každý zdravotník má jiný přístup.

Někteří zdravotníci, kteří o sobě vědí a **přiznají si**, že by situaci s pacientem nevyřešili v klidu, **požádají o pomoc** své kolegy. Příkladem může být situace s pacientkou, která přišla na sesternu dvě hodiny po obědě s omluvou, že vyrušuje a zároveň se dožadovala něčeho k jídlu: „*Ještě jsem od rána nejedla, nedostala jsem oběd ani snídaní*“. Zdravotník N17 jí odpovídá, že určitě obědvala s ostatními pacienty v jídelně u stolu. Pacientka na to: „*No, to je jedno, ale já jsem nic nedostala.*“ Zdravotník N17 opět opakuje, že určitě obědvala, sama jí to jídlo nesla i s příborem. A i když opět neuspěla s touto odpovědí a paní E. si trvá na svém, zavolal tento zdravotník na pomoc sestru ve službě.

Přesvědčovací komunikační techniky úzce souvisí s předcházením konfliktům. U osob trpících demencí stačí nevinné gesto, slovo a konflikt je na světě. Přesvědčovací techniky byly pozorovány hlavně v situacích, kdy pacient odmítal péči, zejména hygienickou, nebo byl odmítavý při příjmu stravy.

V sociálním zařízení bylo několik situací při hygieně, kdy se pacient odmítal vysprchovat, ale zdravotníci byli důslední a nikomu z pacientů hygienu „neodpustili“. Zdravotník S2 k paní C.: „*Tak, Pavli, jdem se koupat. Nekoukej na mě jako bubák.*“ Paní je odmítavá: „*Nechci.*“ Zdravotník S2 je nesmlouvavý a rázně odpovídá: „*Musíš.*“ Posazuje pacientku na lůžku a následně ji důrazně nutí do stoje: „*Postav se, stůj, stůj.*“ Paní stojí, dolní končetiny pokrčené, ale i tak se Zdravotníkovi podaří paní svléknout overal, inkontinentní pomůcku a posadit ji na toaletní křeslo a odvézt ji do koupelny, které je součástí pokoje. Obdobně zdravotník S7 vybízel paní A. na sprchování. Jí se to ale moc nelíbí: „*Nechci, nechci.*“ „*No zlatá moje...*“ konejšivě přistupuje k pacientce zdravotník S7. A ona se nechá doprovodit do koupelny, kde ji zdravotník svlékne a začne ji sprchovat: „*Už to bude.*“

Při odmítání stravy již zdravotníci nepřekročili slovní odmítání pacientů, nikdy nepodávali stravu nebo tekutiny s použitím násilí. Verbálně přesvědčovali pacienty ke snědení části stravy. Zdravotník S1 láká paní B. k obědu. Tato paní několik dní trpí nechutenstvím. „*Paní B. pojd'te na oběd. Nebudete mít žádnou sílu, když nebudete jíst. Aspoň trochu.*“ Paní B. vstává a výzkumnice se zdravotníkem ji doprovázejí do jídelny. Zdravotník S1 si s ní sedne ke stolu a pomalu jí dává ochutnat polévku. Kousky zeleniny paní vyplivuje. „*Tak já vám budu dávat jen ten vývar, ano?*“ Paní B. kývne hlavou. Vývar sní celý. „*To jste mi udělala velkou radost.*“ A dělí se o tuto radost i s ostatními kolegyněmi.

Zajímavá situace vznikla u 94leté paní L., která je upoutaná na lůžko a stravu i tekutiny jí podává ošetřující personál. Ona sama ale vše odmítá a udává, že nemá hlad. Zdravotník S12 i přes to naléhá. Pacientka argumentuje, že nemá zuby a dožaduje se jich: „*Chci zuby, nebo řeknu, že jste mi je vzali. Vraťte mi moje zuby!*“ Zdravotník S12 odpovídá: „*Ano, ale až se najíte...*“. Zdravotník neuspěl.

Úspěšnost přesvědčovacích komunikačních technik závisí na kvalitě vztahu zdravotník – pacient. Zdravotník S8 u pacientky A.: „*Pojďte se převléknout. Budete také snídat.*“. „*Mně se nechce.*“ „*Kočko, vždyť já vím... ale už máte tu snídani tady. Budete mít studenou kávu.*“ „*Tak dobře.*“ „*No, Aničko, to je dobře.*“

Vztah s pacientem založený na důvěře pomohl i zdravotníkovi S4 v následující situaci. Zdravotník klepe na dveře a vstupuje k pacientovi, kterého oslovuje Frantíku a sděluje při tom výzkumnici, že je mu 93 let. „*Frantíku, přinesla jsem ti léky.*“ Pacient se k tomu staví negativně: „*Já je ale nechci. Nedávejte mi je.*“ Zdravotník S4 se nenechá odbýt: „*Tak už si je vezmi, jsou důležité.*“ Pacient si je vezme a spolkne. Podívá se na výzkumnici a ptá se: „*A co ty tady děláš?*“. Zdravotník S4 mu vysvětluje, že je to nová sestřička, a to mu stačí a s úsměvem a pozdravem „*ahoj*“ vyprovází zdravotníka a výzkumnici z pokoje.

Při absenci takového vztahu nastupovalo důrazné dožadování se, aby pacient uposlechl a vykonal to, co je žádáno, jak dokládá následující situace u pacienta, který si vzal do rukou slabou deku a vyšel s ní na chodbu. Deku mu visela přes ruku a dosahovala až na zem. Bylo velké nebezpečí, že si ji pán přišlápne nebo o ni zakopne. Zdravotník N21 vyšel okamžitě směrem k pánovi se slovy: „*Dejte mi tu deku. Proč ji taháte s sebou?*“ Zdravotník stále opakoval s čím dál větším důrazem „*Dejte mi ji! Dejte mi ji! ... Tady se pusťte. Tady se pusťte a mě se zase chytněte a jdeme.*“ Při druhém opakování věty již rozevíral svou rukou prsty pana V. tak, aby se pustil madla a mohl se otočit a vrátit se se zdravotníkem do pokoje. Panu V. se zřejmě nechtělo, nechtěl se pustit a něco si drmolil „*pod vousy*“. Neusmíval se. Ale ani se nemračil. Zdravotník N21 byl ale nakonec úspěšný a prosadil si svou.

Ve zdravotnickém zařízení použili zdravotníci přesvědčovací komunikační technicky zejména při hygienické péči. Zdravotník N20 se u pacientky snažil odvézt pozornost rozhovorem na její profesi a její rodiště, ale moc se to nedařilo. „*Nestahujte mi to, vydržte, počkejte. A kde jste se narodila?*“ Paní W. neví, něco odpovídá, ale je to nesrozumitelná odpověď. „*Nestahujte mi to. A kde jste pracovala?*“ Bohužel ani tuto odpověď paní W. nezná, i když minulý rok, ještě věděla, že pracovala jako sálová sestra na ortopedii. „*Tak to už se nedozvím. Posad'te se tady. Tady, tady. Posad'te se. Tak ... vyfoukám vám vlasy.*“

Nesrozumitelná komunikace převažovala ve zdravotnickém zařízení. Jednalo se především o pro pacienty s demencí **nesrozumitelné otázky typu Proč...?** a hodnocení chování prostřednictvím slova **zlobit**. Zdravotník N17 reagující na pacientku, která si svlékla inkontinenční pomůcku takto: „*Proč jste se svlékla? Proč to pořád děláte?*“ Odpověď pacientky: „*Co dělám? Vždyť jsem nic neudělala.*“. Reakce zdravotníka N17: „*No jasně, nic neudělala...*“ Opět zdravotník N17 u jiné pacientky, která byla na toaletě, ale protože již vykonala potřebu a vstala, aby se oblékla, dříve, než ji zdravotník mohl zajišťovat proti pádu, reagoval na její aktivitu následovně: „*Ježiši, co sem vám říkala, vy neposloucháte, vy zlobíte už od rána. Vůbec neposloucháte, sed'te.*“. Opět zdravotník N17 u jiné pacientky: „*Nepomůže, ale zlobit bude. Narovnejte se, zastrčte zadek.*“

Ačkoliv je **humor** v ošetrovatelství velmi důležitý, je nutné, aby druh humoru vyhovoval oběma stranám. Ve zdravotnickém zařízení byla u Zdravotníka N21 zaznamenána vtipná poznámka, která pobavila (dle reakce) zejména jeho. Bylo to v situaci, kdy sestra s pacientem hovořila o jeho profesi. Pacient prohlásil: „*Já jsem statistik.*“ Zdravotník N21 se zapojil do rozhovoru: „*A znáte tu vaši hymnu?*“ Pan Z. se podivil: „*Hymnu? To neznám.*“ A Zdravotník N21 začal prozpěvovat: „*Statistika nuda je...*“. Jiná situace, při které se smáli obě účastnice rozhovoru, ale tématem bylo trestání pacientky. Navíc obsahoval pro pacientku nesrozumitelné výtky. Pacientka: „*Sestřičko, já vás mám ráda.*“ Zdravotník N20: „*Kdybyste mě měla ráda, tak mě nezlobíte.*“ Pacientka: „*Ale já to nedělám schválně. Tak až vás budu zlobit, tak mně můžete...*“ Zdravotník N20: „*Dát pohlavek, jó...*“ Pacientka: „*No*“. A obě se tomu zasmějí. Zdravotník N20: „*Ne, starý lidi se nebijí.*“ Pacientka: „*Ale jó, když...*“ Zdravotník N20: „*Ne, starý a nemocný lidi se nebijí.*“ Pacientka: „*Ale já vás mám opravdu moc moc ráda.*“ Zdravotník N20: „*Tak já vám to připomenu.*“

Zdravotník N21 komentoval jednání pacientky, která odpočívala asi půl hodiny bez volání, pak opět začala volat. Zdravotník N21 jde do pokoje: „*Nekřičte, tady je cirkus...*“. „*Jaký cirkus, prosím vás?*“, diví se pacientka. „*Humberto*“, upřesňuje zdravotník N21. Pacientka kroutí hlavou, ale nic neodpovídá...

V sociálním zařízení byla zaznamenána jedna situace, kterou označil zdravotník za humornou pro obě strany. Zdravotník S2 vyprávěl kolegyni o pacientce, u které ráno prováděl hygienu: „*Já, když jí ráno řeknu – Kamila, Kamila, co se nemyla, tak se spolu smějeme, že jo.*“. V daný okamžik se ale nikdo z účastníků nezasmál.

Někdy se jednalo spíše o výsměch a ironii než humor. Situace pozorovaná při hygieně u pacientky, která se nerada sprchuje. V průběhu hygieny zdravotník S2 utrousil mezi zuby: „*Bojím bojím...nedávejte vodičku.*“

Jevy, zařazené pod označení **nedostatečná komunikace**, se v pozorování objevují v nejrůznějších verzích a situacích. Šlo o situace, při kterých zdravotník vykonával ošetrovatelskou péči, avšak bez slovního doprovodu či pojmenování své činnosti. Popis situace, kdy zdravotník N21 doprovázel pacientku z toalety, byl v záznamovém archu zaznamenán takto: *Cesta zpět na společenskou místnost probíhá beze slov, v tichosti. Posadí paní zpět na její židli a s chodítkem odchází ven na chodbu.* Opět Zdravotník N21 u jiné pacientky, které pomáhal do lůžka. Zápis z pozorování vypadá takto: *Bez dalšího vysvětlování ji uchopí za kotníky dolních končetin a zvedá jí nohy do lůžka. Tělo pacientky klesá do lůžka na polštář. Je to mírně mimo polštář, ale nedochází ke kontaktu se zábranou či hrazdou na lůžku... pacientku přikrývá dekou, vytahuje zábrany a odchází z pokoje, aniž by si zkontroloval dotazem či pohledem, zda zaujímá pacientka správnou a pohodlnou polohu.*

Zápis z pozorování zdravotníka N19 u jiné pacientky vypadá takto: *... pacientku převléká do noční košile. V pokoji je pološero, svítí lampička u lůžka, ostatní dvě pacientky již spí. Zdravotník N19 vyzve pacientku, aby stála a držela se chodítka. Stáhne jí bez oznámení úkonu kalhoty a vymění inkontinenční pleny. „Sedněte si“ říká pacientce a otáčí jí s chodítkem tak, aby byla zády k lůžku a mohla si sednout. Kalhoty jí zůstaly stažené téměř u kotníků. Pomalými krůčky se otočila, pomalu se pouští madel na chodítku a sedá si na lůžko. Zdravotník jí bez dalšího slovního upozornění svléká svetr a tričko, které odkládá na židli vedle lůžka. Bere do ruky noční košili a se slovem: „ruce“ ji nastavuje noční košili tak, aby mohla své ruce vložit do rukávů noční košile. Nakonec ji ještě zouvá přezůvky a svléká kalhoty i ponožky. „Tak si už lehněte“ zní další její pokyn a když složil oblečení na židli, pomáhá pacientce se uložit v lůžku. Přikrývá ji dekou, zvedá zábrany u lůžka, popřeje pacientce dobrou noc a odchází z pokoje.*

Zdravotník N17 si připravuje snídani na čtyřlůžkový pokoj. Na pokoji jsou dvě imobilní pacientky, jsou bez oslovení a podaných informací, co se bude dít, odkryté a posunuté směrem nahoru, aby jim mohla být upravena poloha v lůžku k jídlu.

V sociálním zařízení se objevoval jev nedostatečná komunikace také. Zdravotník S10 doprovázel celkem pět pacientů do jídelny na snídani a během této činnosti nebyl slyšet jeho slovní doprovod. Do záznamového archu bylo zapsáno: *Pozorování probíhalo v jídelně, kam bylo postupně přivedeno pět pacientů a zdravotník jim pomáhal zasednout ke stolu. Pracoval úplně tiše bez jediného doprovodného slova. Pacienti zřejmě věděli, co mají dělat a jak. Zdravotník je dovedl ke stolu, zezadu přisunul židli a pacientovi položil ruku na rameno. Zřejmě jim tou rukou dal znamení, že se mají posadit.* Opět Zdravotník S10 při hygienické péči u pacienta: *„Pane U., utřu vám pusu.“* A dál již s panem U. nehovoří, ještě ho vlhčeným ubrouskem utře v podpaží a oblékne tričko, kalhoty, ponožky a boty. *„Podržte se.“* Ukáže na

madlo na křesle, které si přisune blíž k lůžku. „*No... tady se držte.*“ Opakuje zdravotník a drží inkontinentní pomůcku: „*Držte se. Nesahejte mi na to.*“ A pak už probíhá vše bez dalšího komentáře. Zdravotník S10 vymění inkontinentní pomůcku a dooblékne pana U., kterého posadí do křesla a přisune ke stolu. A odchází z pokoje.

Pozorováno bylo také to, že zdravotníci nemluvili s pacientem, ale mezi sebou. Například zdravotník S10 byl na pokoji se zdravotníkem S11 u paní M., které je devadesát let, v lůžku ji provedli hygienu a oblékli ji. Chtějí ji posadit do křesla a odvézt do jídelny. Pozorování započato v průběhu, kdy ji již dooblékali, natahovali ji kalhoty a otáčeli ji z boku na bok. Do záznamového archu bylo poznamenáno: *Během této činnosti se spolu bavili o soukromých věcech a pracovali celkem rychle, plynule. Když byla paní obléknutá, posadili ji na lůžko, přisunuli křeslo a přenesli ji do křesla, pak s ní zdravotník S11 odjel do jídelny na snídani. Při posazování dotazem nezjišťovali, zda je pacientka v pořádku, zda se jí netočí hlava... U jiné klientky, která také již nekomunikuje zdravotník S10 podává oběd ...stojí u lůžka, které má zvýšené tak, že je tam zachována vhodná poloha – z očí do očí. Paní S. je ve zvýšené poloze, před sebou (přes lůžko) má speciální desku a na něm talíř s obědem. Přes pelest u nohou je opřený zdravotník S11 a opět si se zdravotníkem S10 povídají. Vcházím do pokoje: „My tu drbeme.“*

Zdravotník S7 byl pozorován při podávání stravy u ležící pacientky. ...*Sedí u lůžka paní G., která má lehce zvýšenou polohu horní části těla. Podává jí lžící kaši, v druhé ruce má mobilní telefon a telefonuje. (Pozorování z chodby.)*

Zdravotník S2 byl pozorován při výměně inkontinenčních pomůcek... *přichází k lůžku paní E., odkrývá ji deku a sahá rukou do oblasti genitálu na inkontinenční pomůcku, aby zjistil, zda je nutná výměna... Zdravotník usoudil, že ještě není příliš promočená, inkontinenční pomůcku ji ponecháváme, ale ještě ji polohujeme na druhý bok. Opět bez slovního upozornění zdravotník S2 vyjímá polohovací pomůcky z lůžka paní E., obě dvě uchopíme polohovací látkovou podložku za své konce a otáčíme paní do určených poloh. Zdravotník S2 vrátí pomůcky na určená místa, přikryje paní E. dekou a odcházíme z pokoje.*

Maligní komunikace

Pozorován byl jev zvaný elderspeak, ale i vulgarismy, ponižování, vydírání, výhrůžky a výčitky.

Elderspeak je „specifický projev ageizmu, neúcty a diskriminace starších lidí“. Je tím myšleno „oslovování křestním jménem, používání zdvořilých, pitvoření, litování a všeobecně dětiské chování ke starým lidem“. (Holmerová, Komunikace a etika v geriatрии, 2011, s. 195)

V sociálním zařízení byly pozorovány především **zdrobněliny** slov, ale i křestních jmen pacientů. Zdravotník S9 při podávání stravy jedné pacientce se vyptával druhé pacientky u stejného stolu, zda jí jídlo chutná. Dostala kladnou odpověď a následně pacientku vyzvala, aby pokračovala v jídle: „*Tak papejte.*“. Zdravotník S8 při oblékání pacientky, která již vůbec nekomunikovala, ale udržovala oční kontakt: „*Tak, Miluško, nejdříve tu nemocnou ručičku (plegická), opatrně hlavičku, a hotovo.*“. Zdravotník S6 pobízel paní ke snídani: „*Tak Kamčo, papejte. To máte hostinu.*“.

Ve zdravotnickém zařízení používaly zdrobněliny v průběhu pozorování pouze pracovnice služebně i věkem nejstarší. Zdravotník N18 pomáhal obléknout pacientce kalhoty a vyzýval ji: „*Ted' jednu pacinku, paní W.*“ Pacientka nereaguje na pokyn, zřejmě jej ani nezaregistrovala, zdravotník N18 čeká marně, kdy paní W. zvedne nohu, aby ji vložila do nohavice. Vezme ji tedy sám a vloží ji tam, kam patří. Zdrobnělinu použil tento zdravotník u pacienta s vysokoškolským vzděláním při oblékání kalhot v lůžku: „*A ted' nadzvedněte zadeček*“. U druhého muže (Ing.) použil tento zdravotník hodnocení jeho pletené čepice se štrápcem, kterou měl velmi oblíbenou, protože ho zahřívala. Zhodnotil pacienta jako *permonička*. Následně mu popřál dobrou chuť a odešel z pokoje. Slovo *zadeček* použil ještě u další pacientky. U jiné pacientky po hygieně zdravotník N18 pomáhá pozorovateli při oblékání: „*Dejte ručičku do rukávu. A ted' tu druhou. Opatrně hlavinku. Výborně.*“ Zdravotník N23 při výměně inkontinenční pomůcky vyzýval pacientku, aby *nadzvedla zadeček*.

Tyto formy byly ale pro pacienty přijatelné. Nikdo z pacientů se nad nimi nepohoršoval. Zdravotníci, kteří je používali, byli v dobré náladě, nebyla na nich patrna nervozita, spěch.

Jako *elderspeak* může být označena také **konverzace zdravotníka s pacientem v 1. osobě čísla množného**. Tento jev se vyskytoval v sociálním i zdravotnickém zařízení. Zdravotník S2: „*Tak, Pavli, jdem se koupat.*“ Stejný zdravotník u jiné pacientky: „*Dobré ráno, tak Maru, jdem vstávat.*“ zdravotník S13 reflektoval nevhodnost tohoto vyjadřování: „*já vím, že bychom to neměli říkat, půjdeme se vykoupat – vy se mnou?*“.

Ve zdravotnictví byla tato konverzace zaznamenána u zdravotníka N21: „*tady se postavíme na nohy a tady se chytíme*“ Stejný zdravotník s jinou pacientkou, kterou doprovází s vysokým chodítkem na toaletu: „*Tak si ho zase vezmeme a jdeme. Jako bysme to dělali poprvé. A až k záchodu. Otočíme se a sundáme si kalhoty. Jako bysme to dělali poprvé...*“.

Vulgarismy a dehonestující výrazy

Ve zdravotnickém zařízení se v rámci komunikace vyskytla také slova vulgární a ponižující. Byla adresována pacientkám, které byly svým chováním pro ošetřující personál velmi naléhavé a psychicky vyčerpávající.

Jednou z nich byla žena, přeložena k rehabilitaci z ortopedického oddělení. Tato pacientka chodila s personálem ve vysokém chodítku. Naléhavé a vyčerpávající byla pro personál její zvýšená potřeba toalety. Pokud ji personál doprovodil na toaletu, stávalo se, že už potom nevěděla, kde je a co má na toaletě dělat. Všechna vyšetření vyloučila infekci močových cest. Zdravotník N21 po snídani paní Ř. s vysokým chodítkem doprovodil na toaletu a pak do jídelny, kde sledovala televizi. Program jí ale příliš nezaujal. Za chvíli začala opět volat, že potřebuje na záchod. „Ř. neřvěte. Co je, prosím vás?“ „Chce se mi čůrat.“ „Na to vám sere pes. No to jo... *Teď jsem tam s vámi byl.*“ Po obědě a opět po toaletě je paní Ř. ukládána do lůžka k odpočinku. Paní Ř. stojí s chodítkem u lůžka. Zdravotník N21 říká paní Ř., ať si sedne, ale ona stále stojí. „*Máte si sednout Ř.*“ „*Na co?*“ „*Na prdel. Chcete si sednout na hlavu?*“, přikrývá jí dekou a upozorňuje: „*A nebudete dělat bordel.*“ „*Bordel tady děláte jenom vy.*“, brání se pacientka. „*Řekněte to ještě jednou a uvidíte ten bordel...*“, odpovídá ji Zdravotník N21. Paní Ř. nezůstává v lůžku ani 20 minut a opět se voláním domáhá toalety. „*Mně se chce kakat.*“ Zdravotník N21 zjišťuje: „*Je to akutní?*“ „*Je.*“ Zdravotník N21 prudkým pohybem bere vysoké chodítko a vjíždí do pokoje. Naráží při tom do zdi. „*Tak jedem, jedem. Je to akutní. Nečumte okolo a jedem.*“

Zdravotník N22 reagoval na volání stejné pacientky: „*No, co se děje? Přestaňte tady vyvolávat. My si předáváme službu.*“ Pacientka odpovídá: „*Ale mně se chce na záchod.*“ Zdravotník N22 mimo jiné odpověděl: „*Už je mi to u prdele.*“ A odchází z pokoje.

Sestra doprovázela stejnou pacientku na toaletu. V záznamovém archu je tento zápis: *Když míjejí sesternu, dveře jsou otevřené, paní stočí pohled dovnitř. V křesle sedí zdravotník N19 a svačí.* „*Dobrý den*“, *zdraví paní zdravotníka a usmívá se na něj. Zdravotník N19 vrací pozdrav:* „*No, nazdar. Koukejte dopředu, ať nespádnete na čumák.*“ *Paní se vrací pohledem před sebe a pokračuje v cestě.*

Z jídelny opět volá na sestru. Zdravotník N19 na její volání reaguje přes půl chodby: „*Zavřete ten zobák, paní Ř. Jste zlá, hnusná a protivná.*“ „*Pojďte sem, sestřičko, buďte tak hodná.*“ „*Nebudu hodná, vy taky nejste.*“ *Víc už si jí nevšímá, provádí hygienu u paní H.*

Druhou pacientkou, jejíž chování a projevy kladly na chování personálu velké nároky, pokud jde o sebeovládání, byla paní, která byla opět přeložena k rehabilitaci. Jednalo se o paní ležící, která byla s pomocí dvou osob posazována do křesla. Dokázala se sama najíst i napít, pokud měla vše v dosahu. Její neustálé volání bylo pro personál hodně vyčerpávající i tím, že bylo hlasité. Během dne neustále vyvolávala jména, hesla, zvuky. Každý den se již od rána tato situace opakovala...

Na oddělení zdravotník N24 a hovoří s dcerou jiné pacientky. Ukončila rozhovor a jde k paní H. „*Co magoříte? Taková šikovná ženská. Neblbněte a soustředte se na jídlo.*“ Rozloučí se i s personálem a odchází domů.

Zdravotník S2, který pacientce po sprchování ošetřuje oblast třísel ochranným krémem. Pacientce to zřejmě není příjemné, ohradí se: „*Co mi to děláš?*“ „*Prosím tě, já tě nepřefiknu.*“, odpovídá zdravotník S2.

Výhrůžky, vydírání a vyčítání

Zdravotníci také použili ve své komunikaci výhrůžky nebo vydírání. „*Neřvěte tady, to je hrůza, od samého rána. My jdeme připravit snídaní, ale když budete vykřikovat, budete bez jídla.*“ Paní H. chce něco říci, ale nemá příležitost. Zdravotník N17 odchází z pokoje.

Zdravotník N19 při doprovodu pacientky na pokoj, aby ji pomohl uložit ke spánku, během chůze do pokoje sděluje: „*Ale jestli budete zlobit, tak uvidíte. Budete sedět u televize až do rána.*“ Pacientka odpovídá, že nebude (zlobit), že bude spát.

Známky vyčítání se objevily v komunikaci zdravotníků v sociálním zařízení. Zdravotník S4 podával pacientce rozdrčené léky na lžičce smíchané s čajem. Pacientka otevírá ústa a spolkne je. Zdravotník S4 jí dá ještě napít. Vše hodnotí slovy: „*Výborně, to jsi šikovná. Jindy na mě prskáš, ale já už se na tebe nezlobím.*“

Kromě **komunikace** byla pozornost byla věnována **pěči**, a to v rovině přístupu zdravotníků k pacientům a užití fyzického kontaktu.

Pozorován byl pečující i nepečující přístup, který se promítal do rozpoznávání a uspokojování **potřeb** pacientů a do jejich **aktivizace**, což úzce souvisí s rozvojem a udržováním soběstačnosti každého pacienta.

Byly pozorovány situace, kdy na přání a potřeby pacienta nebyl brán zřetel. Potřeby Zdravotníka S1 a pacienta se rozcházely například v situaci, kdy měl být pacient **dle plánu** uložen do lůžka k polednímu klidu, ale on to tak nechtěl. Větší váhu měly potřeby zdravotníka... „*Pane U. pojdte si lehnout, odpočinout po obědě.*“ *Moc to ale nepřesvědčilo pana U., krotí hlavou, ale postaví se. K lůžku jít odmítá: „Ne, já jdu...“*. Do lůžka byl dotlačen. Příkladem opačného přístupu je situace, kdy na oddělení probíhala ranní hygiena a převlékání do denního oblečení. Zdravotník S16 byl na dvoulůžkovém pokoji, paní O. vysprchoval, ale její spolubydlící paní M. ještě spala. Zdravotník S16 ji nebudí, odchází z pokoje a vysvětluje: „*Necháme ji dospat. Bude mít lepší náladu. Pak se sem ještě vrátím.*“

Také při polohování někteří zdravotníci mysleli na potřeby pacientů a jejich aktivizaci. Příkladem je zdravotník S8: „*Ještě ji otočíme na bok, aby viděla do pokoje. No jo, ale přes tu nohu to nepůjde (těžká kontraktura), tak ji natočíme s postelí (laterální náklon)*“.

Při popisu interakcí týkajících se naplňování přání a potřeb pacientů není možné vynechat následující situaci. V záznamu je uvedeno toto: *Zdravotník S1 šel dát oběd jedné pacientce na pokoj. Když za námi přišla na vedlejší pokoj, měla oči „mokrě“, ruku na hrudi a svěřila se nám: „Asi mě to doběhlo. Kdybyste ji viděli. Krmím ji a ona se na mě podívá těma svýma očima a řekne: „Už mě nechte, prosím vás.“ To bylo hrozný. Jak tam seděla.“ A pak šla na pokoj k panu H. a podávala mu druhý chod, protože měl dnes horší třes rukou. Já musím něco dělat, abych nemyslela na tu paní B.“ a ruku si stále drží na hrudi.*

Během pozorování se vyskytly situace, kdy bylo chování pacientů tak naléhavé a pro personál vyčerpávající, že se to odráželo na vztahu zdravotník – pacient a docházelo i k **odmítání splnění přání a potřeb či jejich ignorování ze strany zdravotníků.**

Byl to i případ paní H. Za pacientkou přišla na návštěvu její dcera... *Ve tváři obou žen je široký úsměv a radost, že se vidí. Dcera odchází, když dostane paní H. večeři, rozloučí se s maminkou a popřeje ji dobrou chuť. Paní H. poděkuje a pouští se do jídla. Během večeře ale začne volat dceru jejím jménem. Kolem pokoje jde Zdravotník N17: „Hele, hele...přestaňte. Co se děje? Byla u vás dcera.“ „Zavolejte ji.“ „No, nezavoláme. Už je po návštěvách.“ A odchází pryč.*

Jiná situace, kdy paní Ř. vyvolává a dožaduje se jít na toaletu již byla zmíněna. *Paní Ř. volá na sestru, že potřebuje na toaletu. Sestra jí doprovodí, po návratu do jídelny, opět volá během 10 minut, že potřebuje na toaletu. Sestra jí opět doprovází, čeká ale za dveřmi, aby zjistila, zda tato potřeba byla tak naléhavá, jak to paní Ř. popisovala. Během minuty slyší klepání na dveře, otevře a ptá se paní Ř., co potřebuje. „Chci na záchod, potřebuju čůrat.“ „Jste na záchodě, paní Ř., můžete čůrat.“ Paní Ř. se opět bezradně rozhlíží, nevěří sestře. „Ale já opravdu potřebuju na záchod.“ Sestra ji opakovaně ujišťuje, že může vykonat potřebu. Sestra stála naproti té ženě také úplně bezradná a v tu chvíli nevěděla, co si počít a jak dál s případným dalším voláním paní Ř. naložit... Opět paní Ř., ale jiná situace, tentokrát se zdravotníkem N21...*Pak se opět dožadovala na toaletu. Zdravotník N21 ji odvádí s chodítkem na WC. I přesto, že sedí na toaletní míse, volá: „Haló, haló!“ „Co chcete?“ „Já potřebuju na záchod.“ „A kde myslíte, že jste?“ „Já nevím.“ „No, na záchodě.“ „Pojďte sem, chce se mi čůrat.“ Vstává z mísy. „Proč vstáváte?“ Zdravotník N21 ji vede opět do jídelny, ze které opět volá, že potřebuje na toaletu. Opakovaně za ní chodí a říká jí, ať nekřičí. Na toaletu už ji neodvedl. „Chce se mi čůrat.“ „Na to vám sere pes. No to jo... Teď jsem tam s vámi byl.“, odpovídá zdravotník N21.**

Nejde však pouze o uspokojování biologických potřeb. **Důležitá je též potřeba uznání, soukromí a zachování důstojnosti.** Potřeba uznání se odráží například v situaci, kdy se pacient připomíná, že i on má titul ...

Respekt k soukromí bývá manifestován **zaklepáním na dveře** před vstupem do pokoje pacienta. Ne všichni zdravotníci však před vstupem do pokoje pacienta klepou, jak dokládá zápis z pozorování ve zdravotnickém zařízení. ...v 8:00 se rozdává snídaně. Zdravotník N20 vejde do pokoje, bez klepání... Výsledky pozorování je možné zobecnit tak, že v sociálním zařízení zdravotníci před vstupem do pokojů téměř vždy zakleпали na dveře, oproti tomu ve zdravotnickém zařízení se vstupovalo do pokojů bez klepání, dveře navíc často zůstávali otevřené.

Potřeba zachování důstojnosti je aktuální například v souvislosti s používáním ubrousku, který slouží jako ochrana před znečištěním oděvu jídlem. Používání těchto ubrousků bylo zaznamenáno v sociálním i zdravotnickém zařízení. ...V jídelně sedí paní H. Kolem krku má uvázaný froté ubrousek, ze spodu pogumovaný. Tento ubrousek má dalších pět klientů v jídelně. Po obědě je všem pacientům ubrousek odebrán. Bylo pozorováno, že tyto ubrousky jsou v sociálním zařízení používány pouze u pacientů v jídelně. U pacientů, kteří zůstávají na svých pokojích a kterým personál sám podává stravu, bývají použity ručníky. Pacienti, kteří jsou neklidní a odmítají si nechat podávat stravu personálem, se stravují sami a bez ubrousků či ručníků. Tito pacienti se po jídle převlékají. Podobná situace s ubrousky se vyskytovala i ve zdravotnickém zařízení. V jídelně je rozdáván oběd, u stolů sedí šest pacientů. Pět žen a jeden muž. Tři ženy měly „ubrousek“ na jedno použití. Upoutala mě jedna paní, která jej také měla, ale ona používala při jídle příbor, vidličku s nožem. Seděla ke mně zády, viděla jsem uzal za krkem, na který měla ubrousek zavázaný. Ptala jsem se zdravotníka N19: „Proč má paní T. bryndák?“. Odpověděl, že ho chtěla.

Nedílnou součástí pečujícího přístupu je aktivizace pacientů, která je důležitá pro rozvoj a zachování soběstačnosti pacientů. Přesto se stává, že veškerou péči, kterou by si mohl zajistit sám pacient, za něj provede pečující. Zmínil se o tom i zdravotník S2, který absolvoval seminář o validační terapii: „Copak to můžeme dělat? Nemůžeme, když tady máme 30 lidí. Na to není čas.“.

Aktivizace byla pozorována u pacientů s mírnou až středně těžkou demencí, a to hlavně v průběhu péče o hygienu a při oblékání. Zdravotník S7 je v koupelně s paní T., která je chodící a kontinentní. Sprchuje ji a myje také vlasy. Pozorování započato v průběhu hygieny. „Osušte se ještě dole, paní T.“ „Tady máte oblečení, oblečte si tu halenku.“ Když má paní T. obléknutou halenku, přivádí jí do pokoje a pomáhá posadit do křesla: „A ještě si dooblečte ten zbytek.“ A paní T. pokračuje v oblékání. Potom vezme zdravotník S7 druhou paní z pokoje do koupelny: „Dobré ráno, paní Č. půjdete se také vysprchovat. Pojdte se posadit. Nemotá se hlava? Tak půjdeme.“ V koupelně se ptá, zda je voda dostatečně teplá, zda jí nepálí, a to celkem 3x.

Zdravotník umývá pacientku, není slyšet žádná komunikace. Nakonec ji upozorňuje na počáteční defekt v sacru: „*Musíte taky spát na boku, máte bolavý zadek. Už jsme o tom jednou mluvili. Bude vás to tam bolet.*“

Do způsobu aktivizace se promítal individuální přístup jednotlivých zdravotníků ke konkrétním pacientům. Vidět to bylo například v situaci, kdy zdravotník S2 prováděl hygienickou péči u dvou pacientek na témže pokoji. „*Dobrý den, paní O., půjdete se vysprchovat, jo?*“, říká zdravotník a kontroluje osobní prádlo pacientky, které má připravené na stolku. Pacientka sama neodpovídá. Vstává z lůžka a čeká. „*Tak pojďte do koupelny.*“, odvádí klientku. „*Svléknete se.*“ Dál už pozorování probíhá odposlechem. Zdravotník S2 vybízí klientku k mytí: „*Tady máte žínku a umyjte se.*“ „*Ještě čelo*“...ozývá se z koupelny paní O. „*Tak jo, ještě čelo. Ted' se zvednete a umyjte se dole. Co ten bolák, ještě to bolí?*“ naviguje ji zdravotník. „*Už je to lepší.*“ Zdravotník S2 pak paní osuší a celé tělo ji namaže tělovým mlékem. Dolní část těla ji zabalí do ručníku a na horní část jí pomůže obléknout podprsenku a halenku. „*A ten spodek si oblečete sama, jo? Jdu pro fén a vyfoukám vám vlasy.*“

Druhá paní se ovšem nespřchovala ráda. Neměla ale šanci. Zdravotník S2 vyzývá: „*Tak, Pavli, jdem se koupat. Nekoukej na mě jako bubák.*“ Pacientka je odmítavá: „*Nechci.*“ Zdravotník S2 je nesmlouvavý a rázně odpovídá: „*Musíš.*“ Posazuje klientku na lůžku a následně ji nutí důrazně do stoje: „*Postav se, stůj, stůj.*“. Pacientka stojí, dolní končetiny pokrčené, ale i tak se zdravotníkovi podaří svléknout overal, inkontinenční pomůcku a posadit ji na toaletní křeslo a odvézt do koupelny. Při svlékání komentuje: „*Všichni jsou na tom stejně, ale ke každému musíš jinak...*“ Po chvíli sprchování se otevrou dveře, vyjde zdravotník S2, aby si doplnil žínky a utrousí mezi zuby: „*Bojím bojím...nedávejte vodičku.*“ V tomto případě k žádné aktivizaci nedošlo, zdravotník S2 provedl hygienu rychle, aby zbytečně neprodložoval pobyt pacientky v koupelně.

V jiné situaci jiný zdravotník... Zdravotník N21 opakuje větu: „*Postavíme se a tady se chytíme*“. Pacientka odpovídá, že to nedokáže. Zdravotník N21 s úsměvem: „*Nedokážete, to je blbý. Já nejsem jeřáb.*“ Nakonec se pacientka postaví.

Zdravotník N17 šetřil čas. *Velmi jednoduchými až strohými pokyny nasměroval pacientku „tam na ten bok, na záda, na druhý bok“ a když pacientka nechápe, kudy kam, uchopí ji za protilehlý bok a otáčí jí sám. Paní se snaží pomáhat, rukama hledá, kde by se přidržela, ale celý proces proběhne poměrně rychle, takže nemá šanci se aktivně zapojit...*

Dlužno podotknout, že v průběhu pozorování nebyla zaznamenána žádná forma kognitivní aktivizace prostřednictvím zdravotníků, s výjimkou skupinové aktivizace prováděné přímo aktivizačním pracovníkem.

V rámci **fyzického kontaktu** byla pozorována jednak fyzická agrese (**fyzické násilí**), manipulace s pacienty (**manipulace**) a také jejich fyzické omezení (**omezení pohybu**).

K použití fyzického násilí vůči pacientovi s demencí došlo v průběhu pozorování v zařízení sociální péče, a to v jednom případě. Fyzického násilí se dopustil zdravotník S1 na muže, kterému pomáhal od stolu do lůžka, aby si odpočinul. „*Pane U. pojd'te si lehnout, odpočinout po obědě.*“ *Moc to ale pana U. nepřesvědčilo, kroutí hlavou, ale postaví se. K lůžku jít odmítá: „Ne, já jdu...“* Odmítal a bránil se, snažil se svými rukama vymanit z úchopů zdravotníka a pozorovatele, kteří jej doprovázeli do lůžka... *a svými rukama kolem sebe „boxuje“.* *V tom je slyšet plácnutí na jeho zádech a „No, co to děláte a pojd'te!“*, *zní důrazně zdravotník S1 a pan U. je víceméně tlačěn k lůžku. Je posazen do lůžka, jsou mu svléknuty kalhoty, přikryt dekou a zvednutá zábrana, a to vše rychleji než obvykle, protože pan U. vykopává.* „*Přijdeme za chvíli, vyměníme vám kalhoty.*“ Zdravotník S1 si byl vědom svého prohřešku, celou situaci na chodbě komentoval slovy: „*Já vím, že ho nesmím bít. On mě štípal.*“. Celá situace byla vypjatá, zdravotník byl opocený, udýchaný a slovně také vysvětloval: „*Musím přidat, aby neřekly, že jsem pomalá.*“ Zdravotník S1 před touto situací byl uložit do lůžka jinou pacientku, ke které jí poslaly dvě služebně starší kolegyně. Obě dvě kolegyně si připravovaly pro sebe oběd. Na zdravotníkovi S1 byla patrná nervozita.

Ve zdravotnickém zařízení se v době pozorování nevyskytla žádná situace, při které by došlo k brachiální agresivitě z jakékoliv strany.

Další případy nevhodného fyzického chování se týkaly **manipulace s pacientem**. V zařízení sociální péče se vyskytla situace, při kterých zdravotník manipuloval s pacientem, který reagoval viditelnou grimasou. Jednalo se o paní S., která prodělala tři cévní mozkové příhody, je nesoběstačná, nekomunikující, vydává pouze nesrozumitelné zvuky, občas hlasitě skřípe zuby. *V jídelně sedí v křesle, je vypořádána dvěma polštářky, ale nedostatečně, protože je nakloněna na pravou stranu. Zdravotník S2 k ní přistoupí a beze slova varování jí uchopí za pravé rameno, odstrčí ji doleva a vytáhne pravou ruku přes opěradlo křesla a vyrovná polštáře. Paní S. to není příjemné, v obličeji se jí objevila bolestivá grimasa.* „*Tak a je to...*“.

Nešetrná fyzická manipulace byla pozorována také při ukládání pacientů do lůžka a je popsána výše (chybějící komunikace).

Omezení pohybu v podobě používání bezpečnostních pásů nebo zábran u lůžka je v obou typech zařízení prováděno vždy na základě indikace lékaře a se souhlasem rodinného příslušníka. Důvodem bývá nestabilní chůze, předchozí opakované pády se zraněním. O použití bezpečnostního pásu se provádí záznam do zdravotnické dokumentace s časovým údajem o použití. Přesto jsou v praxi situace, kdy zdravotník s odkazem na bezpečnost pacienta použije

bezpečnostní pás bez ordinace lékaře, jak se tomu stalo v následující situaci... *zdravotník N17 vychází s paní na chodbu a cestou komentuje situaci, kdy paní vstala z toalety a začala se oblékat, i přes upozornění zdravotníka, že se k ní vrátí. „Dej jí pásek!“, radil zdravotník N18 „Dám!“, ujistil zdravotník N17*

Zdravotník N19 u pacientky, kterou uložil ke spánku... *Přikrývá ji dekou, zvedá zábrany u lůžka, popřeje pacientce dobrou noc a odchází z pokoje... Pacientka se zábránám nebrání. Jsou používány jen u pacientů, kterých hrozí pády a musí s tím vždy souhlasit sám pacient či jeho nejbližší.*

Překážkou v pohybu pacientů může být i kus nábytku. Ve zdravotnickém zařízení se používá stůl, který je těžší, a ne snadno jde odsunout. Nepůsobí také tak dramaticky jako bezpečnostní pás. Zdravotník N21 doprovodil pacienta do jídelny...*posadil jej do židle a před něj postavil stůl, na kterém je hrnek čaje. „A dívejte se na televizi. Nikam nechodte, nebo spadnete. Jako včera, to jste taky málem spadl, kdybych vás nezachytil.“*

V sociálním zařízení se používaly bezpečnostní pásy také na základě ordinace lékaře. Vše je uvedeno v dokumentaci, indikace lékaře k používání, záznamy o čase a místech použití. Nikdo z klientů se nebránil při zapínání pásů. Zdravotník S3 mi vysvětlil, *že se toto (bránění se) prý děje na začátku pobytu, kdy to vnímají jako omezování, něco neznámého. Následky pádů bývají fatální, ale na druhé straně se používání těchto pásů zneužívá a osoby jsou „zapásány“ delší dobu, než je uvedená v dokumentaci. Sdělila mi, že je nutné se s tím člověka občas projít po chodbě, aby celé dopoledne neseseděl na jednom místě... a pak je ještě jeden důvod, proč mají pacienti pásy u jídla. „Oni by se ani nedokázali najíst, když mají potřebu pořád chodit a neposedí...“*

V jídelně seděly dvě ženy s bezpečnostním pásem... *paní zajištěná bezpečnostním pásem se v židli odsunuje dál od stolu. Každým trhnutím svého těla se posouvá s židlí dál a dál. Zdravotník S5 osloví klientku: „Věruško, vy zase cestujete. Pojdte se najíst.“ a přisune klientku s židlí ke stolu, podá jí dvě lžíce s jídlem do úst, ale pak si lžíci vezme klientka sama do ruky a začíná jíst. Po několika lžících se klientka začíná opět odsouvat...*

Zdravotník S1 vysvětluje důvody, pro které je paní K. zajištěna v křesle bezpečnostním pásem... *„Po pádu, po kterém byla v krátkém bezvědomí, byla převezena do nedaleké nemocnice. Během hospitalizace upadla ještě 2x a po návratu do zařízení již nebyla schopna samostatné stabilní chůze a postupně tuto schopnost ztrácela i v doprovodu dvou osob či s kompenzační pomůckou.“* Pacientka byla s pásem klidná, nebylo znát, že by ji omezoval v pohybu.

Poslední skupina kódů se týká **okolností, za kterých je péče poskytována**. Jedná se o **rodiny pacientů** a pak také o **prostředí**, ve kterém byla péče poskytována.

Při analýze jednotlivých pozorování bylo zjištěno, že odrážejí také roli rodinných příslušníků v péči o pacienty s demencí a zahrnují komunikaci mezi zdravotníky a rodinnými příslušníky. Rodinní příslušníci často zprostředkovávali zdravotníkům přání a potřeby pacientů, aktivizovali pacienty a i jinak pomáhali s péčí.

Ve zdravotnickém zařízení byla zaznamenána situace, kdy za zdravotníkem přišla dcera jedné pacientky s prosbou, že by maminka chtěla jít odpočívat na lůžko. Zdravotník N17 tuto prosbu ignoroval a nechal pacientku sedět v jídelně, nicméně při této příležitosti dceru dotyčné pacientky informoval o tom, jak se během dne maminka chová: „*Dneska maminka zlobí. Už u oběda s jídlem, z rýže si dělala bochánky. V posteli neleží, nohy dává přes zábrany a vůbec neposlouchá.*“ Následně zdravotník N17 komentoval reakci dcery před ostatními zdravotníky: „*...moc se jí to nelíbilo. Jsem jí to, ale musela říct.*“

Z pozorování také vyplynulo, že někteří příbuzní mají potřebu se za chování svých nemocných blízkých zdravotníkům omlouvat. *Paní H. po obědě usíná, ve dvě hodiny odpoledne je probuzena návštěvou. Přichází jí navštívit manžel se synem. Syn nechce svou matku budit, ale zdravotník N21 je informuje, že: “Paní měla divokou noc a nespala a pořád volala a budila ostatní“. Syn se omlouvá: „Jé, to se moc omlouvám, promiňte. My si jí s dědou vezmeme vedle (do jídelny) a budeme si s ní povídat.“ A odváží si jí do jídelny na vozíku. Syn se ještě svěruje sestře: „Do začátku prosince byla plně soběstačná, pak se jí stal ten úraz a přes měsíc ležela v nemocnici a teď tohle...“ Dívá se na svou matku. Za půl hodiny se obrací na zdravotníka N21 a sděluje potřebu maminky, že „chce jít na záchod“. Zdravotník N21: „Včera taky chtěla, ale má hadičku.“ Sestra zjišťuje záznam o poslední stolici, jde za paní a ptá se jí, zda se jí chce na „velkou“. Paní kroutí hlavou. PMK odvádí čirou moč, syn kývá hlavou a mává rukou, „že bude vše v pořádku.“*

V případě pacientky, která byla neklidná, hledala své blízké a neustále opouštěla lůžko využil zdravotník pomoci dcery. Šlo o to, že zdravotník N17 měl povinnosti u jiného pacienta a nemohl se věnovat této pacientce. Nejprve se jí snažil vysvětlit, že až bude mít hotovou práci, přijde za ní a projdou se po chodbě s chodítkem, pak ale dostala nápad zavolat dceři pacientky a poprosit ji o pomoc, aby si chvíli s maminkou povídala a zabavila ji. Dcera souhlasila. S oslovením „*Miluško, volá vám dcera*“, *podává pacientce přenosný telefon, a tak si mohou spolu popovídat. Zdravotník N17 má tak čas dokončit svou práci a vrací se zpět k pacientce, aby se s ní ve vysokém chodítku několikrát prošla po chodbě. Pak jí zdravotník N17 posadí do společenské místnosti k ostatním pacientům, kde sledují televizní program.*

Ne vždy se však snaha rodinných příslušníků setkala s pochopením ze strany zdravotníků, jak dokládá následující situace. *Do 16:30 měl pan V. návštěvu. Přišla za ním jeho vnučka. Strávili spolu 2 hodiny. Nejdříve si povídali v pokoji, potom chodili po chodbě. Pan V. používal chodítka a vnučka šla vedle něj. Chodbu měřící max. 50 m spolu prošli asi čtyřikrát. Bylo už patrné, že si pan V. potřebuje odpočinout. Chůze byla pomalejší a častěji zakopával. Vnučka proto navrhla panu V., že si odpočinou a posadili se do křesel na chodbě. Po chvíli odpočinku se vydali zpět do pokoje, kde si ještě odpočinuli a pak se opět vydali na chodbu, ale tentokrát bez chodítka, zavěšeni jeden do druhého. Opět několikrát prošli chodbu a pak se vnučka se svým dědou rozloučila a odešla. Pan V. zůstal ve svém pokoji a odpočíval na lůžku. V 17:00 se objevil na chodbě u sesterny, ze které právě vycházel zdravotník N21. Pan V. držel v ruce slabou deku, kterou se přikrývá během dne, když odpočívá. Zdravotník N21 vyšel okamžitě směrem k pánovi se slovy: „Dejte mi tu deku. Proč ji taháte s sebou? A proč chodíte bez chodítka? To vás vnučka naučila a teď to máme.“.*

V souvislosti s **prostředím, ve kterém je péče poskytována** se v pozorování opakovaně vyskytl motiv puštěné **televize**. V sociálním zařízení jsou pokoje vybavené moderním nábytkem. Každý pokoj má vlastní bezbariérové sociální zařízení a vlastní velkou televizi, umístěnou nad stolem. Bylo pozorováno, že pokud se chce pacient dívat na televizi od stolu, vyžaduje to, aby zaklonil hlavu a díval se vzhůru. Musí se tedy od stolu na kousek s křeslem odsunout. Ne vždy na to však personál myslel. Televize na pokojích byla puštěna celý den, bez jediného náznaku, že by zdravotníky zajímalo, zda o to pacienti stojí, případně o jaký program stojí...*na dvoulůžkovém pokoji jsou dvě pacientky, kterým musí personál podávat stravu i tekutiny. Pozorovatel podává snídani jedné z pacientek. Je ležící, nekomunikuje a stravu přijímá dobře, na každou lžičku otevírá ústa a dobře polyká. U druhé pacientky je zdravotník S1: “Paní M., napijete se?“. Pacientka je také nekomunikující, oční kontakt udrží. Zdravotník S1 natáhne do stříkačky Nutridrink a vkládá konus stříkačky do úst pacientky. Vytlačí malé množství a vyčkává. Pacientka polkne. Postup opakuje. Do pokoje přichází zdravotník S2. Usedá na stolec, který je pod televizorem. Dotazuje se, koho ještě krmit. Zdravotník S1 odpovídá, že už je to všechno hotové. Zdravotník S2 si všimne, že televize je vypnutá: „My dnes nehrajeme?“ a ovladačem zapne televizi. Po dokončení podávání stravy všichni odchází z pokoje, televize vysílá dál a zvuk je relativně hlasitý.*

Další zápis vypadá takto: ... *Pan U. se naobědval, sedí u prázdného stolu, který je u zdi. Nad ním hraje televize, ale on se na ni nedívá...*

Někteří zdravotníci televizi vypnuli v době jídla...*v jídelně je rozdáván oběd, pacienti sedí u stolů, hraje televize, zdravotník S3 ji vypíná a po celé jídelně se rozhostí příjemné ticho, je dobře slyšet personál, nikdo nikoho nemusí překřikovat.*

3 ROZHOVORY – TEMATICKÁ ANALÝZA

V průběhu pozorování vyvstala potřeba se na některé věci zdravotníků doptat. Byli tedy vybráni 4 respondenti a dotazováni na předem zvolená témata – motivace k práci, obtížné situace a jejich zvládnutí, nevhodné chování kolegů či vlastní, pojetí důstojnosti, navázání vztahu s pacienty a jejich blízkými, adaptační proces a vzdělávání, supervize a podpora od vedoucích pracovníků.

3.1 Motivace k práci

Pozorován byl pečující i nepečující přístup zdravotníků a vyvstala tak otázka, co některé pracovníky motivuje pro výkon pomáhající profese.

Respondentka č. 1 uvedla, že *„nebyla spokojená se svým životem, se svou prací, jsem umývala nádoby v hospodě, jsem si řekla dočasně, po mateřský a ke dvou dětem, abych si je v klidu obstarala a přemýšlela jsem o svém životě... Vždycky jsem chtěla být učitelkou v mateřské škole, ale to už vzděláním nedoženu, tak jsem si řekla, co to zkusit u starých lidí. Dost času jsem trávila se svou starou babičkou, jako dítě i jako dospělá, a byla jsem vždycky ráda v její společnosti a ve společnosti jiných starých lidí. Jsem si řekla, že by mě to určitě bavilo, že je to prostě záslužná práce, každý to dělat nemůže, vždyť je to záslužná práce...“*. Tato respondentka reflektovala osobní přínos, který pro ni práce má: *„naučilo mě to trpělivosti, vážit si každého dne, maličkosti v životě, protože vidíš starý nemohoucí lidi, celkově mě to posunulo v myšlení, cítím se líp, ta práce mě baví, má to nějaký smysl, jsem lepší člověk, spokojenější, ta práce mě baví, má to smysl, jo, má to smysl...“*. Respondentka č. 2 měla podobnou motivaci k výkonu pomáhající profese, jako respondentka č. 1 a také uváděla uspokojení z práce: *„Já mám radost z toho, že chci pomoci starým lidem, že jsou takový bezmocný, chudáci, že tam leží, že se na mě usmějou, poděkují, ten vděk, baví mě ta práce s nima, ta bezprostřednost, když k němu přijdeš, pohladíš je, a oni se na tebe dívají, ...tak mě to přijde takový hezký...“*.

Odlišným způsobem se k práci v pomáhající profesi dostala respondentka č. 3, která uvedla, že to bylo *„Přes úřad práce, jsem si udělala kurz úřadu práce...“*. Tento kurz absolvovala, protože *„by mě vyřadili z úřadu práce. To byl nucený kurz ...(smích)“*. Na otázku, co jí práce přináší odpověděla: *„Já nevím, co mi to přináší... Já nevím, nevím, nevím, já nevím, dřív mě ta práce naplňovala a dávala mi něco do toho života, že vidím, že těm lidem prostě pomáhám, ale teď to nevidím, teď to prostě nevidím...“*. Ono dřív bylo *„tak dva roky zpátky...“*. A na otázku, zda ji ta práce baví, odpověděla: *„Musí no, musí (smích).“*

Respondentka č. 4 také popsala, jak se dostala k pomáhající profesi: „*Už jsem tady strašně dlouho, dostala jsem se sem úplně náhodou přes jednu moji kamarádku...*“, stalo se tak v době, kdy potřebovala práci. Také ona zaznamenala jistý posun v tom, jak ji vykonávaná práce baví. „*Ze začátku mě to bavilo hrozně moc, protože jsem viděla za sebou nějaký výsledky, ale jsme měli tady i jiné pacienty, než máme teď. Dřív to byli pacienti, s kterýma jsme mohli chodit, na procházku na zahradu, hrát s nima různé hry, vařili jsme s nima drobný jídla, pekli jsme s nima, prostě ty lidi byli ve stavu spíš v počáteční demence. Teď je už to oddělení daleko těžší, máme tady daleko víc ležících pacientů a mají spíš pokročilou demenci, takže se s těma lidma už nedá moc dělat, mají maximálně ten dopolední program s naší rehabilitační, ale i ta někdy neví, koho si má z těch lidí na ten program vzít, kdo to vůbec zvládne... Ne, že by mě úplně nebavila, protože tahle práce asi nejde dělat, úplně, aby k tomu neměl člověk žádný vztah, nějaký vztah tam je, ale určitě nemám takovýho elánu, který jsem měla tak před pěti lety, ale souvisí to i s mýma osobníma problémama, ... je to náročný, je to náročný, a čím je mi víc, jsem prostě celkově unavená, myslím, že je to i tím oddělením, tou skladbou pacientů, ale i s mým přibývajícím věkem.*

3.2 Obtížné situace a jejich zvládání

V průběhu pozorování byly zaznamenány situace, které byly pro zdravotníky obtížné, proto byli respondenti dotázáni, které situace jsou obtížné právě pro ně a jak tyto situace zvládají. Respondentka č. 2 uvedla, že pro ni obtížné situace spočívají „*ve spolupráci s rodinou*“, kdy „*kolikrát jsou horší než ty lidi, lidi jsou nenáročný, ale rodina furt by chtěla, fakt to nešlo, aby chvilku seděla na židli, chvilku jsme využili, paní je unavená, chce do postele, a v ten moment přijde rodina a jak to, že je v posteli, že tam nevydrží, ale paní si to vyzkoušela, ale nemá sílu tam sedět celé odpoledne, někdy si to dají vysvětlit, někdy ne, tak to mě trošičku mrzí, když je ta rodina taková nespokojená... Je důležitý, aby byl ten člověk spokojenej, rodina odejde, a ten člověk řekne, no jo, to zas bylo, ale vy jste takový hodný, pro mě je důležitý, jak se ten člověk cítí, my jí posadíme, mrzí mě to, že to ta rodina nepochopí, že pořád musíš musíš...*“ a uvedla také **agresivní a nevhodné chování pacientů** „*...někdy mám strach, jak se budou chovat, když mají **agresivní chování**, jinak já nevím, když mají tu demenci, tak já si dám do popředí, že mají tu demenci, že jsou nemocní, samozřejmě, když je to pořád, tak to člověka vyčerpává, ale snažim se dát do popředí, že jsou nemocní, že za to nemůžou. Že někdy vysloví něco, co není vhodné. Samozřejmě, když je to pořád, tak to člověka vyčerpává, tak prostě zvýšíš hlas. Člověk jim ale do hlavy nevidí, až si někdy myslím, že to někdy hrajou, jenomže, kdo to pozná...Abych to*

zvládla, tak abych nebyla, jak to má někdo jinak, kdo na to reaguje, jinak než já, tak já si dávám do popředí to, prostě jsou nemocní, že za to nemůžou, nikdy nevím, jak dopadnu já...“.

Agresivita je nejvíce zatěžující také pro respondentku č. 4. Kromě agresivity je pro ni obtížné také **neustálé volání pacientů**: „...*To agresivní, to mi vadí asi ze všeho nejvíc, když se s náma perou, nebo nám nadávají, jsou sprostý. A pak je to takový vyčerpávající, když pořád volají, a když přijdeme na pokoj, tak mají zavřené oči a vůbec neví, ani že volá...“.* Obdobně tomu je u respondentky č. 3: „...*Naléhavostí? Ta jejich neustálá **naléhavost anebo řev**...“.* Přiznává, že je v těchto situacích bezradná: „*No někdy ne, no...když se jich zeptám, proč křičí, co potřebují, tak nedostanu žádnou odpověď a vzápětí, jak odejdu, tak volají znovu a poslouchat to tři dny v kuse, tak to tě vyčerpá, (odmlčí se) ...to je úplně nejhorší... psychický, mám slabou psychiku.“.* A jak se to projevuje? „...*že jsem na každého zlá...“.* Na otázku, zda uvažovala o změně práce, odpověděla kladně, ale...“*Uvažovala, uvažovala, ale vesměs všechny, všechna práce jsou náročná, ať už fyzická nebo psychická, tak si myslím, že je jedno, jestli zůstanu nebo půjdu jinam všude se sedřu, všude se unavím... Ale ono to přijde, ono to přijde, ono se to zase vrátí, až si ustanovím svůj život, svoje věci.“.*

Respondentka č. 4 vypověděla, že pro ni je nejobtížnější, když se k **psychické zátěži připojí zátěž fyzická**: „*A zas to záleží na stavbě oddělení, jestli máme samý ležáky nebo těžší chlapy, těžší ženy, tak samozřejmě je to složitější a někdy naopak, třeba ty lidi jsou chodící, lehčí, co se týká po fyzický stránce, ale zase je ta demence tak pokročilá... to zas vyčerpává psychicky... A nejhorší je, když se to sejde oboje dohromady (smích), to dávám výpověď, dost často (smích), zatím k tomu nedošlo, ale myslím si, že to stejně jednou přijde...“.*

V průběhu pozorování nebyla zaznamenána žádná situace, která by se týkala sexuality pacientů. V literatuře je tato problematika diskutována a bývá označována za problematickou pro pečující. Haškovcová (2010, s. 160) zmiňuje Venglářovou, která „*si všímá i sexuality v ústavní péči a poukazuje na častou redukci až ztrátu soukromí*“ Venglářová (2007, s. 70) také doporučuje v případě nezdrženlivého chování u osob s demencí zajistit soukromí, a tím eliminovat nevhodné projevy na veřejnosti a u personálu toleranci a profesionální přístup. . Respondentka č.1 sdílela zkušenost s touto potřebou u pacientů a řešením vzniklé situace: „...*je tam takový případ, dva lidi se potkají, různě osahávají a tak, ale nikdo nepřišel s tou myšlenkou, aby za klientem šel, něco mu poradil, řekl, ale náš domov ještě neposkytuje tadyhle tu věc, že by byly ochotný mu sehnat společníci, nebo ho odvézt. Ti dva na oddělení se osahávali, nebránilo se jim v tom, ale spíš, když se to stalo na chodbě u balkonových dveří a měli jsme tam porušenou tapetu a bylo tam vidět z venku, tak personál zasáhl: „Promiňte, musíte jít do pokoje.“, ale vesměs děláme, že to nevidíme, když to nikoho neobtěžuje.“.* Zkušenost s touto

oblastí měla i respondentka č. 2: „*Jedna paní, byla jako hodně extravagantní, měla potřebu pohladit, poplácat, ale nic jiného tam nebylo. Ale spíš u těch mužských, když jsou vdovci, ale ta demence jim v tom brání, to dokončit, ale chodí k ženským na pokoj. Vezmou se za ruku, ty dotyky, jediný, co bylo asi nejvíc, když seděli u televize, drželi se a dali si pusku. Víc jsem nezažila, možná jim to stačí, že jdou spolu, drží se za ruce, hladí po zádech, ale vysloveně ten akt ne...“.*

A co pomáhá respondentům vše zvládat? Respondentka č. 1 uvedla: „...*to **psychický vyčerpání** musím si doma kompenzovat, takže, prostě doma jeden den vůbec nic nedělám. Relaxuju, relaxuju, nic neřeším kolem domácnosti, dělám si svoje, jdu ven, turistika, knížka, dítě samozřejmě, musím dělat to, co mě baví a co mě vnitřně vočistí a pak zase můžu jet dál...“.* Pro respondentku č. 2 je relaxací cvičení, pro respondentku č. 3 procházky se známými. Respondentka č. 4 však uvedla, že vzhledem ke všem svým povinnostem na relaxaci nemá čas.

3.3 Nevhodné chování kolegů

Obtížné situace se těžko zvládají a z pozorování vyplynulo, že mnohdy vedou k nevhodnému chování zdravotníků. Respondentům tedy byly položeny otázky směřující k tomu, zda byli svědky nevhodného chování kolegů a zda na toto chování nějak reagovali.

Respondentka č. 1 vypověděla: „...*na našem oddělení je to víceméně v pořádku, chování pečovatelek ke klientům, někdy se stane a což mi vadí, když se pečovatelka povyšuje nad klienta, zvýšením hlasu, přikázáním něčemu, striktně nařizuje, pojd'te už, takhle, takhle, takhle a nic kolem toho. To zvýšení hlasu, když nezvládne situaci, ty lidi jsou mentálně nemocný. Když to pečující nezvládne a ohradí se křikem, chováním, to mi vadí, a dokážu to i třeba říct potom té pečovatelce, to si nemusela, takhle a takhle, ale vždyť on mě rozzlobil..., ale vždyť on je nemocný, ale my v pohodě, fakt u nás v pohodě.“.*

Také respondentka č. 2 se podělila o svou zkušenost, kdy se setkala s nevhodným chováním kolegů: „*Jo. ...Určitě jsem zažila chování, který se mi nelíbí.“* V takovém případě rozlišuje, zda má smysl to s kolegyní řešit: „...*ale je to o kolegyni, jaká která je, některý se to říct dá...zažila jsem prostě, vynadaj tomu člověku, to je mírnější verze, nechci to řešit před tím člověkem. Když vím, že to ta kolegyně snese, tak se o tom bavím, že to přehnala, že si myslím, že tímhle chováním, to chování té pacientky nevyřešíme, když se na ni rozkřikneme, že to nebude lepší, ale že to bude ještě horší... u některých kolegyně bych se nesetkala s pochopením, ta má svůj náhled na to, ona řekne: „Já bych jí to vysvětlila, já jí nebudu dělat...“* ...zažila jsem takové chování, neřekla jsem jí, že by se takhle chovat neměla, protože si myslím, že by to nevedlo k

nějaké domluvě, že by si stála za svým, a ještě by se na mě koukala, co já jí mám co poučovat, že ona je tam dýl než já... a přiznám se, že se o to ani nebudu snažit, že by na mě koukala, že bych jí spíš vytočila...“.

Respondentka č. 2 oceňuje, když jsou zdravotníci schopni sebereflexe a přiznají si, že něco nemusí zvládnout a snaží se to řešit: „...ale zase si cením toho, že ty holky přijdou a řeknou, hele běž už tam ty, já už nemůžu, já bych ji už musela... přiznají to, že si spolu nesedli, že toho dotyčného už nemůžou vystát a pošlou tam tebe a snaží se zabránit tomu dalšímu chování...“.

Některé respondentky přiznávaly i vlastní selhání. Respondentka č. 1 uvedla: „Zvýšila jsem hlas.“, respondentka č. 3 přiznala, že jsou chvíle, kdy „...jsem na každého zlá.“. Respondentka č. 4 uvedla, že nepřistupuje ke všem pacientům stejně. Její přístup bývá ovlivněn chováním pacientů: „...Samozřejmě vím, vím, že bych měla být profesionální, ale někdy je to složité, když někdo párkrát za sebou řekne nebo volá furt dokola něco, tak jako občas se stane, že nemám jeden metr stejnej na všechny pacienty. Ne, že bych jim ubližovala nějak, nebo jim něco dělala, ale prostě si myslím, že k někomu jsem ochotnější, tolerantnější, ale když je někdo zlobivější, tak ta ochota až není taková, vyhovím jim samozřejmě, ale někdy to sklouzne tak, že nepřistupuju úplně stejně ke všem pacientům.“.

3.4 Pojetí důstojnosti

V obtížně zvládnutelných situacích může být ohrožena důstojnost pacienta. Co si respondenti pod pojmem důstojnost představí?

Respondentka č. 1: „Žít si v poklidu, podle svého jakoby, bez nějakého povyšování ošetřujícího personálu, řešit s těma lidma, i když mají demenci, mluvit s nima, jako by byly zdraví, mluvit s nima jako se zdravou sousedkou od vedle, nedělat z nich truhlíky, i když člověku taky někdy ulítne z legrace...“.

Respondentka č.2: „Si myslím, že by se mělo s těma lidma zacházet lidsky, když k nim přijdeš, říct co jim budeš dělat. My přijdeme, strhneme z nich deku, kde mají svoje teplíčko, to je rozhodí, oni se leknou... když jim jdeš dělat ty věci, zachovávat intimitu, nenechat otevřený dveře, zachovávat ty intimní, jim to není příjemný, i když jim to někdy ani nedochází, nevědí, ale já si myslím, že to tam někde mají, že by si měl člověk představit, že je na jejich místě...“.

Respondentka č.3: „Hm, sama sebe? Musím být já... každý má svoji důstojnost, každý má svou, prostě každý je člověk, na kolik se cítí, ty síly má na tolik, kolik se cítí, to je ta důstojnost nebo já nevím, jak bych to jinak řekla...Pacienti i ti mají svou důstojnost, i když jsou těžce nemocní...“.

Následovala otázka, zda je jejich důstojnost ohrožena. „Je...“.

A čím nebo jak?

„Už ji nezvládaj celkem tak, jak ji zvládali před tím. Ted'kon už jsme my za ně hlavou a tím je narušena jejich celá důstojnost.“ Čím by byla pošramocena důstojnost zdravotníka, kdyby byl pacientem? „Tak určitě by byla pošramocena tím novým režimem.“

Respondentka č. 4: *„Určitě zachování nějakého soukromí, určitě bych chtěla, když budu na lůžku, tak převazy nebo přebalování nebo cokoliv tak, aby to bylo, aby na mě nekoukali všichni ostatní, tak zavřený dveře, před vchodem do pokoje by se mělo zaklepat. Tady na oddělení je to těžký, ale ty lidi s Alzheimerem to moc nevnímají...“.*

3.5 Navázání vztahu s pacienty a jejich blízkými

Ve zvládání obtížných situací může zdravotníkům pomoci vztah s daným pacientem a jeho blízkými. Jak vztah s pacienty a jejich blízkými navazují dotazovaní zdravotníci a co je pro ně v této oblasti důležité?

„Kontakt s klientem, s rodinou – jo, vztah jo, ale takový ten, aby to nezašlo moc daleko, ale aby měl pocit prostě důležitosti, aby měl dobrý pocit, aby se mu tam bydlelo dobře, což mám pocit, že se nám to daří, docela, na tom oddělení, že tam mají ty lidi svůj domov, že jo...A s rodinou to samé, je to také tak, některé jsou víc sympatické, některý míň, ale člověk se snaží prohodit slovo, co se týče klienta, i o obyčejných věcech, dnes je tam hezky a pak se naváže hovor...“, uvedla respondentka č. 1.

Pro respondentku č. 2 je důležité navázání vztahu již při prvním kontaktu s pacientem: *„Když ho přijímám, tak se snažím, byť vím, že nekomunikují, ale nechci je nechat odstrčený. Když přijdou, tak se snažím mluvit na toho pacientem a s tou rodinou, aby mi doplňovali... Ale když příbuzní řeknou, on nemluví, ale při tom rozhovoru je, kouknu, aspoň nějaký ten oční kontakt trošičku, aby ten člověk věděl, že tam není jak na odkladišti, když to řeknu blbě...že to není tak, že se ho chtějí zbavit, aby se nebál si říct, zavolat, aby měl tu důvěru, se snažím, aspoň si to myslím... I s tou rodinou, při tom příjmu je toho moc, tak jim říkám, kdybyste chtěli něco vědět, zavolejte, zeptejte se, když je ta rodina moc akční, tak až moc vypráví, tak se mi může stát, že na něco zapomenu...“.*

Respondentka č. 4 mluvila o tom, proč je důležité mít informace o pacientech: *„No určitě, je spousta faktorů, když víme o té rodině, je lepší, toho člověka nějak znát, máme osobní dotazníky, když přijdou k nám na oddělení, tak prosíme ty rodiny, aby je vyplnily a tam se dozvíme, na co je zvyklý, jestli chodí po obědě spát, jestli je samotář, jestli má rád muziku, nebo jestli se chce začlenit do kolektivu. Když někdo chce do společenské místnosti a když je to možný, tak ho třeba i na vozečku tam odvezeme, když je někdo samotář, tak je nenutíme a necháváme v klidu, aby*

je to nerozčilovalo. “ ... a jak je důležité navázat vztah s rodinou ... “Tak je to taky lepší, když jsme v návaznosti s tou rodinou, horší je, když ta rodina jde proti nám, nebo to chtějí jinak, tak je to složitější, ale je lepší, když se personál s tou rodinou dohodne, že to je schůdnější cesta. “. Důležité jsou i informace z osobního příběhu, jak uvedla respondentka č. 1: „...paní, celý život dělala v zahradnictví, kytky byly její život, když se něco dělalo kolem kyttek, nebo když jsme na oddělení pro ředitelku osazovali květináč, tak jsme přizvali paní, a ona se tam celý odpoledne hrabala v hlíně a sama i osazovala. A byla tam šťastná. Dcera přišla poděkovat, že jsme přizvali maminku a že jí to sama řekla, že je to pro paní ředitelku jako dárek a že jsme ji přizvali, aby nám šla pomoci. To bylo hezký. “. Informace o stavu pacienta jsou také důležité, což zdůraznila respondentka č. 3 „Jak je na tom jako zdravotně, ne zdravotně, ale jaký má stav, jestli je chodící nechodící, to je důležitý pro mě vědět, jakou má dg a podle toho se budu k němu chovat... “.

3.6 Adaptační proces a vzdělávání

Správně vedený adaptační proces a možnost vzdělávat se mohou zdravotníkům poskytnout nástroje ke zvládnání obtížných situací. Dotazováno bylo, co si respondentky myslí o roli adaptačního procesu v přístupu k pacientům s demencí. Respondentka č.1 odpověděla: „V tomhle tom je to trochu složitější, ale zase si myslím, že je to o lidech. A že mi to některé holky dávaly sežrat, místo aby mě naučily něco víc, něco nového, tak mě spíš podkopávaly nohy za moji aktivitu v něčem... „Proč ty lidi budíme, když...?“ „To bychom nestihly. “ ... Dnes jsme se už posunuly, takže je to individuální věc, že když paní vstává v 9 a je s ní lepší pořízení, ale tenkrát mi to měly holky hodně za zlé, a ještě i jiné věci, chvíli to trvalo, ale rozhodla jsem se, že vydržím a stávalo se to i jiným kolegyním po mně. Některé musely být odejity, že měl kolektiv takový vliv, že tu určitou kolegyni nechtěl. A stávalo se to i mým nástupkyním a teď tam máme zrovna novou kolegyni a zase na ni určitý děvčata, a to je zase jenom polovina, zase na ní mají něco ... ona tohle a ona tamhle to, ale je to o lidech... já jsem neměla nikoho, kdo mě zaškolí. Běž tady s těma pracovnicemi, a oni ti řeknou co a jak... Ale když přišel někdo nový, tak mi řekli: „Řekni mu...“ ... To je zvláštní, já nevím, kde je problém, kde je zakopaný pes, protože já jsem neměla nikoho, kdo mi poví. Ale kolegyni, co přišla po mně, už jsem byla já určená: „Ty jí povíš tak a tak. “ A teď máme novou kolegyni a taky jí nebyl nikdo pověřený, aby jako... Ale já mám potřebu jí předávat a pak se uvidí, jestli tu práci chce dělat, jestli na to stačí. Měly jsme spolu pár nočních, povídaly jsme si spolu, a v globálu jsem jí řekla, co potřebovala slyšet, co a jak. ... Je to asi problém vedení, že neurčí nikoho, ale je to takový zvláštní, důležité to je. Ale důležité by bylo od vedení, aby řeklo, zaučte tu novou holku, předávejte jí ty informace.

My to ale děláme automaticky, polovička ji to ukáže, když o to bude mít zájem a nebude lemplík. Druhá polovina jí nic neřekne, jen že ona to neumí, to já budu muset dělat za ni. ... Je to všechno o lidech, já přesně vím, odkud vítr fouká, polovička není ráda, že je s tou novou kolegyní v práci, protože ta (služebně) starší kolegyně má víc starostí ten den, musí sama organizovat ten den, ta nová to ještě neví, zapomene...“.

Jak se pozná, že už je dostatečně proškolená? *„Když to vezmu od sebe, klidně 2–3 měsíce, protože vždycky vyleze napovrch nějaká věc, kterou jsem neviděla, nevím, jak se to dělá, jak to probíhá, opravdu třeba ta celá zkušební doba.“*

Respondentka č. 2 se k zaškolování vyjádřila takto: *„Když nemá vůbec žádné zkušenosti, bylo by přínosné, aby tam týden chodil na ráno do 14-15 hod., aby si zažil, jak to funguje, jak se ty lidi chovají, doba v poledne nejvíc práce a jako chod oddělení má smysl, jak to funguje, jak to má každá sestra jinak, jak si to dělá a ty lidi se nejvíc poznají, po obědě už lidi odpočívají, jsou návštěvy, tak toho moc nepozná, to už je potom prostor na jiné aktivity... V průběhu hygieny, převazů, vizity, to by bylo nejlepší, pracuje s každou jinou, si může ten člověk vybrat, co by mu nejlíp vyhovovalo...“.* Nehrozí tam, že když si z každé vezme něco, že si vybere ta negativa? *„Ale to potom záleží na tom člověku, který přijde. Musí vědět na které oddělení jde, jak je to těžké oddělení, měla by mít určité přednosti a tím by neměla přijmout ty negativa...“.*

Respondentku č. 3 nikdo nezaškoloval: *„Jsem to odkoukala... Prostě jsem zajela do rytmu, sama si se přizpůsobila...“.* Na dotaz, zda jí někdo řekl, jak se má chovat k pacientům, že se na ně nemá křičet a proč odpověděla: *„To mi nikdo neřekl, ze začátku mi to nikdo neřekl... To mi nikdo neřekl...“.* To jste také vyzorovala z chování kolektivu? *„Hmm.“*

Zvládat obtížné situace se zdravotníci mohou naučit na různých kurzech a seminářích. Poptáván byl postoj respondentů k dalšímu vzdělávání.

„Jo, tak určitě to využiju, člověk si to přebírá. Řekla bych, že ne všechny pečující, ale vesměs jo, že je to ten individuální přístup k nim, volí se opatrný, pomaloučku, že se to opatrně zkusí, tak mě to vždycky baví, naplní, očistí, se zamyslím, co by se dalo zlepšit...“, odpověděla respondentka č. 1.

Respondentka č. 2 poukázala na to, že by očekávala pravidelná školení, která se však nekonají: *„já bych čekala aspoň nějaké pravidelné proškolení personálu, jak máme přistupovat k demenčním osobám, co s nima máme dělat. Určitě jsou témata, která by měli slyšet každý rok...ta spolupráce a chování... Jsou to akce, které naše organizace dělá pro jiné, ale my jsme je neměli...Ale myslím si, že to bylo potřeba, máme tady školicí místnost, tak proč ji nevyužít pro nás, aby tam každý rok proběhlo něco pro nás, informace se mění, něco je nového, těch*

témat je spousta, a nemyslím si, že by to bylo tak náročný, aby se ten personál jednou v roce proškolil, aby si to jenom připomenul, se nedostane k nějaké situaci, tak si to poslechnout...“. Postoj respondentky č. 3 k dalšímu vzdělávání je trochu jiný. Na otázku, zda má možnost zúčastnit se vzdělávacích akcí, odpověděla kladně, ale na otázku, kterých se zúčastnila odpověděla: *„Žádných, protože mě nebaví, já jsem radši v práci, máme možnost, ale mně to neláká na velké konference... Ale ty jednodenní to bych brala, ráno odjet a večer přijet, klidně... Ty dvoudenní akce pro mě nejsou... I akce na pracovišti, jo, klidně...“.* Postoj k vzdělávacím akcím, které by měly vyškolit personál k vhodnému a efektivnímu přístupu k osobám s demencí byl rezolutně záporný: *„Ne“.* A jakou roli tedy hrají vzdělávací akce? *„Já to беру tak, se o tom něco dozvědět, ale praxe je o tom, že se to naučíš, ne o tom, že se něco dozvíš, ale o té práci, v té praxi je to, že se to naučíš. Co máš z těch slov, že ten člověk to nikdy nedělal, ale o tom něco četl? ...Já si vyposlechnu teorii, vyzkouším to udělat v praxi, ale mně to nejde udělat, já se přizpůsobím ostatnímu kolektivu, tak jak je to zavedený, a prostě tak...“.*

Respondentka č. 4 poukázala také na další možnosti, které vzdělávací akce nabízejí: *„...a i se odreagujeme. Je to jediná šance, kde se sejdeme, kde se odreagujeme. A pak máme možnost jezdit do Hradce, ale to je spíš lékařský ten kongres, tam už moc nejezdím, to není pro mě moc přínosné a občas máme možnost i tady u nás v zařízení, jsem byla na dvou na třech...“* a na překážky v dalším vzdělávání: *„Ale tím, že je nás málo, personálu, tak jsme moc nevyjížděli...“.* Respondentka č. 1 se v den konání rozhovoru účastnila semináře zaměřeného na etiku, jehož obsahem bylo: *„Chování ke klientům, nepoužívat infantilnosti, zdobněliny, kočička, pojďte sem, to děláme, to děláme... těm ležícím klientům to je v uvozovkách jedno, když se to řekne klidným hlasem a ty co vnímaj, těm to taky nevadí, my trošku zhřešíme, že jsou u nás lidi s demencí...“.* A jak to má tato respondentka s vykáním a tykáním? *„Klienti s Alzheimerem v počátku, ještě se umí obstarat, jen trochu zapomínají, těm vždycky vykám, používám příjmení a nikdy nikdy (druhé slovo NIKDY vyslovila s důrazem) nepoužívám zdobněliny. Ťuťunuťu... A jak se jejich stav horší, ne že bych to dělala, jako že to nevnímají, ale používám to na odlehčení situace. Nevím... Mně přijde, že my jsme tady jako velká rodina, pro klienta to může být důležitý, že pro nás není paní Vomáčková, ale Maruška, protože jí takhle říkali sousedky, kamarádi a známí. Ale samozřejmě jsou lidi, kterým bych neřekla křestním jménem. Pak jsou lidi, kterým říkáme křestním jménem, ale vykáme jim, ale pak jsou lidi, kteří si to přejí, ale to musí být v individuálním plánu zapsané...“.*

Tato respondentka mluvila také o tom, jak důležité je aplikovat získané poznatky do praxe: *„Ale můžu říct, že jsme je tam ty dětské motivy měli, ale už nás vyvedli, že je to infantilní, ponižující. Měli jsme i dětské obrázky, my jsme si mysleli, že je to těm lidem bližší, když to budou*

kreslený obrázky, ale respektovali jsme to, vyměnili jsme to za fotografie, podle jejich volby (aby jim to bylo blízký), než jsme přišli na to, že to není ono... “.

3.7 Supervize

Také supervize může poskytnout vhodné nástroje ke zvládnání obtížných situací. Respondentky byly dotazovány na zkušenosti se supervizí.

Respondentka č.1 měla dobré zkušenosti se supervizí: *„Já jsem takový plašan, takže jo, všechno sezení, jo, co se týká komunikace, jsou přínosem, co se týká klienta, takže jako mě ty dvě hodiny času nic nestojí. Nevadilo mi, jezdit na ty dvě hodiny ze svého volna. Vždycky mě to bavilo, supervize měly svůj význam. Měly svůj význam. Využila jsem tam paní, která odmítala naši péči, štípala, bila nás, nechtěla se nechat vysazovat do křesla, kolikrát ani jíst nebo léky. A křičela hodně, až hystericky. Na supervizi nám poradili, že ji nemáme nutit, zahlcovat naši péči. A opravdu se to zmírnilo... měly jsme pořád potřebu jí nutit do aktivit, ale ona se neměla, jak bránit, už moc nemluvila, jenom vydávala zvuky... “.*

Respondentka č. 2 neměla osobní zkušenosti, ale povědomí měla a možnost supervize by uvítala: *„V životě jsem nezažila supervizi. Víím, o co jde, ale nezažila jsem ji. Ale myslím si, že by nám to pomohlo. Holky z asistence jsou s tím spokojené. Když jsme měli společný víkend, tak se to tam projevilo, co se týče společných vztahů. My jsme to nadhodili vedoucímu, on řekl, že kdyby nám to pomohlo, tak ať to řekneme nadřízené.“.* Také respondentka č. 3 by možnost supervize uvítala: *„Je to velká chyba, že je nemáme. Já s nima mám osobní zkušenost, a to velice dobrou... Supervize prostě jsou o tom, že se tam sejde celej kolektiv, úplně celej do jednoho a je tam cizí člověk, je to jako psycholog nebo psychiatr pro oddělení, pro personál z oddělení. Což je skvělý, jemu můžeš říct všechno a on si to musí nechat pro sebe a když tak dá návrh pro vedení a pak se to řeší... Všechno se tam dá probírat, chod oddělení, vedení jsme probírali, protože tam bylo pořád něco řešit... “.*

Pro respondentku č. 4 také nebyla supervize úplně neznámá: *„Nebyla jsem, víím, o co se jedná, mluvilo se o tom na oddělení, jednu chvíli se to řešilo, že by se to udělalo, ale pak to opět ztroskotalo na tom, že bychom se nesešli. Ale v našem zařízení máme asistentky, a ty supervizi mají, takže víím, že to existuje, že to probíhá, ale my na oddělení to nemáme... Já jsem se s tím osobně nesešla, takže úplně nevím, jako, ale myslím si, že by to vhodný, že by se tam nějaký problémy vyřešili, že bychom si tam věci vyříkali, že by tam byl někdo, kdo není úplně zúčastněný tohoto provozu, že má úplně jiný náhled... “.*

3.8 Podpora od vedoucích pracovníků

Nezbytná je i podpora od vedoucích pracovníků. Zakoušejí ji respondentky od svých nadřízených?

Respondentka č.1 uvedla: „*Určitě, vždycky, předáváme si informace, všechno, o tom dobrým, o tom špatným, když je toho špatného víc, dělají se schůzky. Jsou porady s vedením a tam se to řeší, který teda u nás nejsou pravidelný, dobře... ale řeší se to tam.*“.

Respondentka č. 2 kladně ohodnotila spolupráci a oporu v kolektivu: „*Já si myslím, že hodně pomůže, když si o tom řekneme. Probereme to spolu ten problém, když něco je, a když si o tom řekneme, a snažíme si říct, co by zabránilo nějakými tomu konfliktu nebo já si myslím, že i pro nás je to lepší, se tomu vyhnout...*“.

A opora u nadřízených? ... (Smích) ... „*opora u nadřízených je dost těžká, já si představuju jiný přístup nadřízený, když ona tam není, to tam nezná, a ani nás moc nezná ... Pravidelný schůzky chybějí, při ranním předáváním by měla staniční sestra být, aspoň by měla přijít ráno a zeptala se... a mělo by to být pravidelné, a ne když přijde jednou za měsíc. Když je tam nějaký komplikovaný případ, tak přijde i několikrát během dne... A pak ty pravidelný provozní schůze, kde bysme si i řekli, co a jak, to taky chybí... ta komunikace, společný probrání to mi chybí...*“.

Respondentka č. 3 na otázku, zda se může na svého nadřízeného obrátit s problémem na pracovišti s důrazem odpovídá: „*Ne.*“.

Respondentka č. 4 sdělila: ... „*chybí nám tady takový to, myslím si, že paní staniční by si s náma sedla, to tady moc nefunguje, ale je to problém, že spousta z nás dojíždí do práce z větší dálky, takže je jasný, když se svolá nějaká schůze a my mezi směňami, když máme volno, máme se vrátit do práce, a ještě něco řešit, tak je to problém... To si myslím, že u nás funguje dobře... je to ale v rámci předávání služby, provozní schůze a porady nejsou...*“.

A oporu u nadřízené? „*No máme, myslím si, že nějaká opora tam je, ale my se s ní vidíme docela málo...*“.

S oporou u nadřízených úzce souvisí i ocenění pracovního výkonu.

Respondentka č. 1: „*Pochvala, udělá dobře, občas se to objeví... Riziko vyhoření z důvodu nedostatečného ocenění si myslím, že ne, nehrozí. Jsem v práci ráda, ráda se o ně starám, jsem mezi těma lidma ráda, mám tu práci ráda... takže ta pochvala je příjemná, ale když nebude tak nebude, já si to jedu to svoje, že si to udělám v pořádku, se svým dobrým svědomím, ale nedělám to pro to, aby mě někdo chválil, ale když mě někdo pochválí, tak lépe...*“.

Respondentka č. 2: „*Nikdo se mnou neprobíral osobní ohodnocení, jakou můžu dosáhnout nejvyšší částku... nevím rozmezí osobního ohodnocení... a finance... myslím, že by to mohlo být lepší... slovní hodnocení... to vůbec, to jsem tady nezažila... Když staniční řekne, při vypjaté*

situaci, že se to dobře zvládlo... obecně, to jako jo a platí to také opačně. Když se něco nepovede, kritika padne na všechny... ale že by za mnou přišla a řekla mi něco, to jsem nezažila...“.

Respondentka č. 3: „Nikdy jsem nedostala žádnou pochvalu od ní, nikdy nic, od ní vůbec nic, za mnou prostě nepřišla „Jé, tos udělala správně, nebo...“, vždycky je „Nedalo by se to udělat ještě nějak jinak?“. Tam spíš je ta potupa a kritika, velkou podřízenost. Já cítím k ní tu podřízenou, jako že ona je něco a já jsem nic...“.

Respondentka č.4: „Celkově je ta práce podhodnocena, že by za to mělo být určitě víc peněz. Myslím si, že bychom mohli mít daleko větší osobní ohodnocení, to máme docela malý, to si myslím, že by se dalo určitě přidat, vedení samozřejmě bude tvrdit, že nemá peníze, ale jinde to dokážou... Jsme sice tabulkový, ale oni mají vyšší příplatky, buď za tu péči o pacienty nebo to osobko... A jinak, že by nás tady někdo chválil nebo něco, to myslím, že ne...“.

III. DISKUZE

Péče o osoby s demencí je „náročná, dlouhodobá a vyčerpávající“ a u profesionálních pečujících se předpokládá, že budou fyzicky zdatní, dostatečně vyrovnaní a za každých okolností dokáží zachovat klid. (Holmerová, 2009, s. 64-65)

Komunikace

Oslovení a vybrané prvky maligní komunikace – elderspeak, vulgarismy, dehonestující výrazy

Oslovení je velmi silný nástroj pro uspořádávání mezilidských vztahů. Zdravotníci v pozorovaných situacích oslovovali pacienty různě – křestním jménem nebo příjmením ve spojení s vykáním, ale i tykáním anebo je neoslovovali vůbec. Oslovení křestním jménem, stejně tak jako tykání se vyskytovalo spíše v sociálním zařízení. Ve zdravotnickém zařízení převažovalo oslovování příjmením a vykání, bylo však pozorováno oslovení příjmením bez použití společenského titulu paní / pane, což vyznělo velmi hrubě. Zdravotníci používali elderspeak (kočičko, drahouši, používání 1. osoby množného čísla), ale také dehonestující „nádhro“ a „modelíno“. Zdá se, že oslovení pacientů v pozorovaných situacích není ani tak dáno tím, jak to chtějí pacienti (a obvykle ani etiketou), ale spíše tím, jak to vyhovuje konkrétním zdravotníkům s určitým vlivem prostředí (sociální versus zdravotnické zařízení), přičemž se do toho promítá také stádium demence, případně chování pacienta (obzvláště problematické) či zdravotníky akceptované postavení pacienta (lékař byl jako jediný oslovován titulem). Dlužno poznamenat, že oslovení **babi / dědo** se během pozorování nevyskytovalo. Zato se vyskytovalo používání vulgarismů.

Holmerová (2009, s. 69,71) uvádí ...*“na počátku rozhovoru oslovte pacienta vždy jménem...často oslovujte příjmením i titulem.”*

Zdá se, že toto se neděje pouze ve sledovaných zařízeních. Ve zprávě Veřejného ochránce práv (2015, s. 21-22) je uvedeno, že *„V několika zařízeních ochránce vytykal, že personál jedná s klienty s demencí jako s dětmi (dětská řeč zdrobnělin, poukazování na nesamostatnost klientů, plošné oslovování křestním jménem). I pokud by byl za takovým jednáním dobrý úmysl, je to nevhodné a nedůstojné. Obdobně nevhodné bylo nálepkování klientů personálem (hypochondr, herečka). Takový přístup může mít negativní vliv na poskytovanou péči.“* Avšak Enžlová (2012) ve své diplomové práci pozorováním zjistila, že zdravotníci své pacienty oslovovali pouze pane/paní s jejich příjmením nebo jménem.

Prevence a řešení konfliktů – přesvědčovací techniky

V sociálním zařízení se přístupem zdravotníka zabránilo konfliktu mezi pacienty, ve zdravotnickém zařízení se vyskytly jednostranné konfliktní situace ze strany zdravotníků, kteří reagovali nevhodným způsobem na zatěžující chování pacientů. S prevencí konfliktů souvisí přesvědčovací techniky, jak získat pacienta s demencí ke spolupráci a navázat s ním vztah založený na důvěře. V sociálním zařízení tyto vztahy byly vytvořené, dokládaly to situace při podávání léků, hygieně nebo oblékání. Zdravotníci k tomu, avšak používali prvky elderspeaku. Byl zaznamenán i direktivní přístup. Hauke (2014, s. 82) uvádí, že základním nástrojem v předcházení konfliktních situací je efektivní komunikace, která je také využitelná v případě řešení již vzniklých problémových situací. Jednou z rad, které dává laickým pečovatelům a která by měla být platná i pro profesionály, Česká alzheimerovská společnost (2014, s.12) je... *„Konflikty jsou zbytečné a vyčerpávají jak člověka s demencí, tak pečujícího. Snažte se ve všem, co spolu konáte, najít přednosti a úspěchy, i ty drobné. Nesoustřeďujte se na nedostatky a na to, co už pacient nezvládne. Tím, že se rozčílíte, situaci jen zhoršíte. Nezapomínejte, že příčinou je nemoc, nikoli úmysl nemocného.“*

Majorová (2017) ve své bakalářské práci zjišťovala od sester, jak snadno je dokáže pacient s demencí rozčílit. Nejvíce odpovědí byla ano, zřídka (31 respondentů). 26 respondentů odpověděl, že občas, 20 respondentů se nerozčílí vůbec 5 respondentů naopak velmi často. Avšak polovina sester uvedla, že v péči o pacienty s demencí ztrácí trpělivost a motivaci.

Nesrozumitelná a nedostatečná komunikace – humor

V obou zařízeních byla pozorována nedostatečná komunikace. Zdravotníci vykonávali péči u pacientů, aniž by na ně hovořili a slovně dokládali průběh ošetřování zejména při hygienické péči, stravování nebo polohování. Pokud ošetřování pacienta prováděli dva zdravotníci společně, hovořili spolu a již ne s pacientem. Byla pozorována situace, při které, zdravotník, který při podávání stravy ležícímu pacientovi, používal mobilní telefon. Nesrozumitelná komunikace u zdravotníků měla formu otázek Proč...? a používání výrazu zlobit.

Myšáková ve své diplomové práci (2014, s. 64) uvedla názor vysokoškolsky vzdělané sestry: *„Já si myslím, že komunikace s klientem s ACH (Alzheimerova choroba) není nijak specifická. Jen to chce víc trpělivosti, často se opakují, jsou zmatení. A taky někteří nekomunikují vůbec. To si spíš pak říkám, že bych chtěla vědět, jak moc takoví lidé vnímají. Jestli má cenu na ně mluvit a o čem.“*

V obou zařízeních byl také pozorován druh humoru, kterému se smál pouze zdravotník, jako jeho autor. Byla zaznamenána humorná situace pro oba účastníky, ovšem s tématem trestání

pacienta. Stejně jako pro rodinné pečující by mělo i pro zdravotníky platit pravidlo zachování smyslu pro humor, který plní dobrou antistresovou a ventilační funkci v obtížných situacích. V příručce pro rodinné pečující se uvádí, jak je pro osoby s demencí je humor důležitý. I pro profesionály by mělo platit: „*Smějte se s nemocným (ale ne jemu)*“. (Česká alzheimerská společnost, 2016, s. 13)

Maligní komunikace – výhrůžky, vydírání a vyčítání

Ve výzkumném období byl zaznamenán výskyt výhrůžek, vydírání a vyčítání vůči pacientům. Zdravotníci vyčítali pacientům nespolupráci nebo naopak jejich aktivitu, vyhrožovali jim za jejich chování pobytem u televize či odpíráním stravy. Jednalo se vždy o pacientky s naléhavým chováním. Holmerová (2009, s. 61, 67) instruuje profesionály v komunikaci s osobami s demencí k rozvaze: „*v klidném přístupu k nemocnému ho neplísnit, nekritizovat, nepoukazovat na jeho nedostatky...nekřičet, nevyčítat, nekonfrontovat.*“

Pečující a nepečující přístup – naplňování potřeb a aktivizace

Pozorován byl pečující i nepečující přístup zdravotníků, který se promítal do rozpoznávání a uspokojování **potřeb** pacientů a do jejich **aktivizace**. Byly pozorovány situace, kdy na přání a potřeby pacienta nebyl brán zřetel. To se následně projevovalo na jejich přístupu k nim. Verbální projev zdravotníků obsahoval vulgarismy a dehonestující výrazy. Odmítavý postoj zdravotníků k potřebám pacientů byl pozorován ve zdravotnickém zařízení. Aktivizace pacientů byla prováděna více v sociálním zařízení zapojením pacienta do sebekvěty v oblasti hygieny, oblékání a stravování. Ve zdravotnickém zařízení s výjimkou oblasti stravování, prováděli veškerou hygienickou péči i oblékání téměř vše za pacienty. Holmerová (2009, s.63) poukazuje na důležitost podpory soběstačnosti pacienta, ať už z důvodu úlevy pečovatele, ale hlavně pro pocit důležitosti a zachování sebevědomí pacienta s demencí. Hauke (2017, s. 262) uvádí možnost zapojení osoby s demencí při hygieně „*nechte nemocného, pokud je to možné, ať se omývá sám, pouze mu říkejte, jakou část si má právě umýt.*“

Hniličková (2017) ve své bakalářské práci popisuje hygienickou péči u osob s demencí. Mobilní pacientka si sama připravila hygienické pomůcky i čistý oděv a také se sama vykoukala v napuštěné vaně, kterou jí připravil personál. Imobilní pacienty umýval personál. Již se nezmínila o tom, zda personál imobilní pacienty do hygienické péče zapojoval.

Někteří pozorovaní zdravotníci však mysleli na aktivizaci pacientů i při jejich polohování a dbali na to, aby viděli do místnosti, na což upozorňuje i Veřejný ochránce práv (2015, s. 18), který uvádí, že „*obzvláště v případě pacientů trvale upoutaných k lůžku je třeba věnovat*

pozornost nejen prostředí a vybavení pokoje, ale i zornému poli“ ležícího pacienta s tím, že i „zdanlivé maličkosti mohou mít zásadní dopad na kvalitu jeho života.“ Ale v jiné zprávě uvádí poznatek z návštěvy: „V dokumentaci se nikde neodráží mapování potřeb a zvyků klientů vstávat v určitý individuálně daný čas. Rozvrh práce má přednost před potřebami klienta stran denního rytmu.“ (Veřejný ochránce práv, 2017, s. 9)

Základem pečujícího přístupu a mnohdy i zvládání obtížných situací je navázání vztahu s pacienty a jejich blízkými. Od respondentů bylo zjišťováno, zda jsou informace o osobě s demencí pro ně důležité a potřebné z důvodů navázání vztahů i předcházení problematickým situacím. Všechny respondentky se shodly na nutnosti dostatečných a validních informací o osobě s demencí. Zároveň respondentka zmínila i důležitost zapojení samotného pacienta do rozhovoru i přes komunikační postižení a zdůraznila význam očního kontaktu s pacientem. Procházková (2014, s. 19) doporučuje seznámit se s životním příběhem osoby s demencí. Informace o jeho životě pomohou zdravotníkům rozpoznat potřeby osob s demencí i jejich způsob reagování v neznámé situaci či jen při aktivitách denního života.

Myšáková (2014, s.79) v diplomové práci uvádí odpověď její respondentky... *„Znám i pravidlo, že je dobrý se na klienta připravit, přečíst si dokumentaci, ale to tady nehrozí. To stíhají tak sestry, my ne. Pak by se mi nestalo, že jsem se zeptala klientky s ACH (Alzheimerova choroba) na vnučata, paní je neměla a pak byla agresivní, ječela na mě a fakt se jí to nelíbilo.“*

Fyzická agrese a manipulace s pacienty – nevhodné chování personálu

Fyzická agrese ze strany zdravotníka byla pozorována v sociálním zařízení. V obou zařízeních byla, avšak pozorována nešetrná manipulace s pacientem. Kalvach (2011, s. 309) uvádí, že: *„Podle ojedinělých studií přiznává asi 40 % personálů ošetrovatelských zařízení fyzicky nevhodné zacházení (např. omezovací pomůcky) a 80 % psychické ponižování pacientů.“* Hampergrová (2016) ve své bakalářské práci uvedla, že dvě sestry se setkaly na svém bývalém pracovišti s nevhodným chováním svých kolegyně v podobě týrání, zneužívání a zanedbávání pacientů.

Veřejný ochránce práv (2017, s. 24) uvádí, že ačkoliv personál oslovoval pacienty s demencí jmény a tykal jim, nepoužíval zástěny při hygieně, neklepal na dveře pokoje, tak přesto ... *„dotázaní klienti mluvili o pracovnících hezky, popírali ubližování ze strany personálu, byť jen křik, ležící klienti se nebáli dotyku, dezorientovaní klienti se personálu nevyhýbali. Spolu s pozorovanými pěknými osobními interakcemi personálu s klienty to svědčí o jejich citlivém a lidském přístupu.“*

Myšáková (2014) ve své diplomové práci zjišťovala, zda pečující komunikace pacientem s demencí zatěžuje. Odpovědi byly kladné, ale podmíněné náladou pečujících, množstvím práce, a naopak nedostatkem času, ale zejména množstvím trpělivosti. V rozhovorech bylo zjišťováno, zda se respondentky setkaly s nevhodným chováním u svých kolegyně nebo kolegů a zda jim poskytly zpětnou vazbu. Výskyt nevhodného chování byl potvrzen, stejně tak respondentky potvrdily své vlastní selhání v oblasti verbální komunikace. Zpětnou vazbu poskytly, ale ne všem. Roli hrají povahové rysy. Hampergrová (2016) také k této problematice uvedla domněnku, že kdyby sestry zažily násilí na seniorech ze strany svých spolupracovníků na současném pracovišti, tuto skutečnost by neoznámily.

Obtížné situace a jejich zvládnání

Respondentky shodně označily agresivní chování za nejvíce obávané a vyčerpávající. Dále uvedly naléhavé chování a křik pacientů s demencí. V sociálním zařízení nebyla během výzkumného období zaznamenána žádná obtížná situace nebo jiné problematické chování. Naopak ve zdravotnickém zařízení byly hospitalizované dvě pacientky, které svým chováním byly pro některé ze zdravotníků velmi zatěžující, a to se také odráželo na jejich přístupu k nim. Jiráček (2011, s. 295) uvádí, že se agresivita objevuje u osob s demencí velmi často. Důležité je si uvědomit, že za projevy zlosti, neklidu až agresivity se mohou schovávat obtíže nebo neuspokojené potřeby. Mezi nejčastější patří bezradnost, bolest, hlad nebo žízeň, potřeba močení nebo stolice, potřeba zjistit a odstranit. (Příručka ČALS, 2014, s. 20) Při řešení těchto situací je nutné zachovat klid, nevyčítat ani nekárat. Osoba s demencí „*má často tendenci zrcadlit chování svých pečovatelů.*“ (Jiráček, 2009, s. 79) Ježková (2015) ve své diplomové práci zjišťovala osobní přístup svých respondentek. Téměř shodně odpovídaly, že se snaží přistupovat k pacientům s nadhledem a jejich projevy agresivity si nebrat osobně. Ne vždy se jim to ale daří. Pokud jde o samotné řešení konfliktních situací, odpovídaly, že zvykem je začít slovní domluvou a pokud je neúspěšná, přichází na řadu medikace a teprve jako poslední volba jsou fyzické omezovací prostředky. Nejčastěji se používají kurty k uvázání horních končetin.

Také Bláhová (2016) ve své bakalářské práci uvádí jako nejčastěji zmiňované problémové chování agresivitu (32 respondentů). Dále 16 respondentů označilo nespokojenost a 10 respondentů zmatenost a obviňování. Jako postupy řešení problémových situací uvedlo 27 respondentů komunikaci, a dále by řešilo 16 respondentů problémové chování vysvětlováním či odvedením pozornosti.

Zápis z návštěvy Veřejného ochránce práv (2017, s. 9) uvádí: „V dokumentaci pana B. je zaznamenán pouze popis jeho problémového chování, a to i opakovaně. Dokumentace neobsahuje nic o hledání jeho příčiny (v multidisciplinárním týmu), nebo preventivních strategií, jak klienta na zátěžové úkony připravit a zklidnit ho, jak nalézt formu hygieny, kterou akceptuje v klidu.“

Otázkou příčin obtížných či konfliktních situací se zabývala Ježková (2015). Pouze 2 respondenty z 10 nepátrají po příčinách, ostatní ano, že se snaží, ale většinou marně. Nepodaří se jim původ konfliktu zjistit.

Omezení pohybu

V obou zařízeních se používaly omezovací prostředky typu bezpečnostní pás, postranice u lůžka a ve zdravotnickém zařízení byl jako prostředek zabráňující pohybu použit jídelní stůl. Zdravotníci na dotazy indikace těchto prostředků odpovídali shodně, že je vše používáno na základě ordinace lékaře a s písemným souhlasem pacienta a jeho rodiny. O používání bezpečnostního pásu se provádí záznamy do dokumentace. Ze zprávy Veřejného ochránce (2015, s. 57–58) vyplývá, že: „Účelem použití postranic musí být vždy pouze zamezení pádu klienta, tedy zajištění jeho bezpečnosti. Nelze je používat k usnadnění práce personálu. Rovněž není přípustné jejich použití přes den z důvodu neklidu pohyblivého klienta, potřebuje-li personál udržet klienta na lůžku. Konečně je třeba individuálně u každého klienta stanovit, kdy mu má být postranice nasazena (např. noc/celý den/část dne – odpolední odpočinek atp.). Tento záznam by měl být uveden v dokumentaci klienta... Ve většině navštívených zařízení personál nebyl informován o zásadách užívání postranic. V některých zařízeních postranice nebyly považovány za omezující opatření. Jinde postranice za opatření omezující pohyb považovány byly, avšak jejich nasazení bylo podmiňováno udělením souhlasu od klienta, rodinného příslušníka či lékaře. Pokud byl udělen takovýto souhlas, nebylo dále řešeno, zda mají být postranice nasazovány v noci, nebo i přes den, případně na jak dlouho. Ochránce upozornil, že odvolávat se na přání či souhlas klienta, který trpí syndromem demence a má omezenou rozhodovací schopnost v důsledku svého zdravotního stavu, je problematické. U této skupiny osob musí o nasazení postranic rozhodnout tým pracovníků zařízení a tuto skutečnost spolu se zdůvodněním zaznamenat do dokumentace klienta.“ Z návštěvy sociálního zařízení provedl Ochránce práv (2017, s. 25) záznam „..., Informace, který klient má mít kdy nasazované postranice, není snadno dostupná. O zavedení se pořídí jednorázový záznam a personál si to mezi sebou sdělí. Noví nebo zastupující pracovníci jsou závislí na ústním sdělení nebo dohledání informace v individuální dokumentaci.“ Respondentky na používání omezovacích prostředků odpovídaly v diplomové práci Ježkové (2015, s. 43, 57): „Nechají ho třeba spoutaného v kurtech, odhaleného, když se

třeba v neklidu odkope. Někdy i kurty řeší situaci, aby měly sestry klid a mohly si sedět na sesterně, i když pacient je neklidný, ale přeci u něho nebudou sedět a uklidňovat ho třeba verbálně... Je to nutnost k ochraně pacienta. Mnohdy i personálu. Ale nezneužívám jich. ... A na ordinaci lékaře. Vše je zaznamenáno v dekurzu pacienta. ... Když není jiná možnost, pak není zbylí. ... Jsou nutné, ale ne příliš etické.“

Role rodiny a komunikace zdravotníků s rodinou

Role rodiny je pro zdravotníka v péči o osobu s demencí nezastupitelná. Během výzkumného období byly zaznamenány situace, ve kterých rodina sehrála důležitou roli v případě aktivizace po telefonu, ale také byla nepřímo kritizována jejich vlastní aktivita. V příručce České Alzheimerovské společnosti (2018, s. 8) je uvedeno *...„Rodina by měla být vnímána jako partner služby, jako účastník péče, jako významný zdroj informací o klientovi, jako ten, kdo může být nápomocen v individuálním plánování, kdo má v individuálním plánování dokonce i svoji jednoznačně danou roli (návštěvy, výlety, zajištění zdravotní péče, zprostředkování reminiscenčních podnětů, individualizovaných aktivit, práce s životním příběhem...) Spolupráce s rodinou je nezbytnou součástí individualizované péče.“*

Význam rodiny se objevil v diplomové práci Ježkové (2015) v případě použití omezovacích prostředků (kurtů). Respondentka uvedla, že jsou kurty někdy nezbytné, ale nepoužijí se dříve, než vyzkouší jiné možnosti. Jednou z nich je kontakt pacienta s rodinou.

Důležitá je také komunikace s rodinou. Co a jakým způsobem zdravotník rodině sděluje o jejich nejbližším. Hodnocení chování osob s demencí jako zlobení, není právě vhodný způsob. Spolupráce s rodinou, respektive její představy a požadavky na péči byla označena v rozhovoru s respondentkami jako záporná stránka péče o osoby s demencí pro zdravotníky. Podobnou zkušenost uvádí Ježková ve své diplomové práci (2015, s. 50): *„Úzkostné chování, na obou stranách... Pokud se rodina o nemocného zajímá, a to musím říct, že většinou se zajímá, tak vyžadují 100 % péči. Pak vznikají ty konflikty, že oni vyčítají, že nebylo uděláno to a tamto. Ačkoli z našeho pohledu to uděláno být nemuselo. No a u pacienta je to ten problém, že špatně vnímá a komunikuje, takže je to hlavně o té bariéře, kterou je potřeba nějak trpělivě překonat.“*

Prostředí, ve kterém je poskytována péče

Prostředí, ve kterém pobývají osoby s demencí, hraje jednu ze zásadních rolí, pokud jde o oblast problémového chování. Jiráček (2009, s. 82) uvádí mezi jinými nefarmakologickými postupy také *„odstranění zbytečných zvuků (nepoužívat televizi či rádio jako kulisu)“*. V obou zařízeních se vyskytoval jev neustále zapnuté televize téměř celý den. Na pokojích pacientů v sociálním

zařízení televize hrála vždy, bez ohledu na zájem nebo schopnost pacienta sledovat televizní program.

Neustále zapnuté televize si všímají ve zprávě Veřejného ochránce (2015, s. 19): „*V jednom zařízení měli klienti k dispozici pouze jednu velkou jídelnu pro 150 lidí, která nebyla nijak členěna na menší úseky. Sloužila zároveň i jako denní místnost, kde byly neustále zapnuté velké televizní obrazovky. Tento model je v zařízení sociálních služeb samozřejmě rovněž nepřijatelný.*“

Motivace k práci

Motivací respondentek bylo pomáhat starým a bezmocným lidem, ale také nutnost pracovat, jako součást své vlastní existence, bez ohledu na pocit uspokojení z práce. U respondentek, které neměly jasnou a vyhraněnou motivaci, hrály roly také osobní problémy nebo fyzická i psychická únava. Dostatečně motivované sestry jsou úspěšné a kvalitní. Vlivy, které ovlivňují přístup sester k zodpovědné a kvalitní práci jsou velmi důležité. Pro vedoucí pracovníky by mělo být zásadní znalost těchto faktorů a využívat jich k dalšímu motivování svých podřízených. Mezi základní úkoly managementu, pokud jde o motivaci sester patří... „*komunikovat se sestrami, spravedlivě je odměňovat, vyslovit uznání za vykonanou práci, vytvářet příznivé pracovní podmínky. K pochopení potřeb zaměstnanců je nutno pochopit lidi jako celek, proč se rozhodli pro povolání a co očekávají. Důležitý je hodnotový systém jedince, jeho charakterové vlastnosti, přístup k práci, znalost jeho schopností, postoj k úkolům, sociální chování, fyzické předpoklady, emocionální črty, přizpůsobivost.*“ (Dlugošová, Tkáčová, 2011) U zdravotníků pečujících o pacienty s demencí je nezbytná podpora, neboť, jak dokládá Majorová (2017) ve své práci, ve které respondenti odpovídali, zda je pro ně péče o pacienty s demencí náročná. Pro nejpočetnější skupinu (52 respondentů) je péče o pacienty s demencí psychicky i fyzicky náročná. Druhá nejpočetnější skupina udávala pouze psychickou náročnost (28 respondentů).

Pojetí důstojnosti

Pro respondentky znamená pojem důstojnost být sám sebou, nenechat o sobě rozhodovat druhého, být soběstačný, žít si svůj život v poklidu, zachování soukromí při hygieně, dostatečná a vhodná verbální komunikace sladěná s neverbální komunikací. Haškovcová (2010, s. 271) vidí problém definice v různorodém obsahu. Obecně je možné chápat důstojnost jako „*vážnost až velebnost.*“ Důstojnost lidské identity je nezastupitelná v oblasti zdravotních a sociálních služeb. Tyto služby mají tu sílu a moc potvrdit každému jednotlivci, že i přes jeho postižení a funkční omezení zůstává plnohodnotným člověkem, zasluhující respekt, a ne tím nechtěným

pacientem. (Kalvach, 2011, s. 52) V diplomové práci Jurčíkové (2016, s. 37, 40) jsou zaznamenány další odpovědi respondentů na otázky vztahující se k pojmu důstojnost... „*Já si myslím, že je to tykání. Přijde nový klient a automaticky se mu začne tykat, i když v dokumentaci při příjmu má napsáno vykat a stejně. Je tu třeba paní, která má středoškolské vzdělání, má stejně staré děti, jak jsou pracovníci a automaticky ji tykají...v přístupu personálu, že prostě hm, takový to rozmazlování nebo taková ta infantilita, prostě že jako já nevím. Jmenuje se prostě Jarmila Nováková a takový to Jaruško umyjeme hlavičku, ručičku, nožičku prostě to není potřeba že...prosím Vás, kde je důstojnost, když v 7:00 přijede holička, stoupne si na chodbu. V 7:00 je budíček a ona začne řvat, ať jdem na to holení. Přijdou tam a odchází od holičky, muži i ženy se stejným stríhem, nehledě na to, že se musí vstávat... značení prádla, kdy jdete a máte nápis jak hrom.*“

Podpora pečujících – adaptační proces a vzdělávání, supervize a podpora od nadřízených

U respondentů bylo zjišťováno, jakou mají zkušenost s adaptačním procesem, zda mají možnost se dále vzdělávat a jak k dalšímu vzdělávání přistupují, zda mají možnost supervize a jak na ni pohlížejí a jakou mají podporu od vedoucích zaměstnanců.

Ve zprávě Veřejného ochránce práv (2015, s. 63) je uvedeno: „...*Aktuální trend nezohledňuje jen potřeby klientů, ale zdůrazňuje ohled také na samotné pečující. Zejména je třeba věnovat pozornost podpoře zaměstnanců v přímé péči. Nejde jen o supervizi, která mimochodem v řadě zařízení zcela chyběla. Jde o to sledovat potřeby a problémy zaměstnanců a snažit se poskytnout jim takovou podporu, jakou aktuálně potřebují, a to formou, která jim vyhovuje. Supervize, či konkrétní osoba supervizora, často nemusí být pro všechny zaměstnance vhodná.*“

Dolejší (2015) ve své bakalářské práci zjišťovala mimo jiné i přístup ze strany zaměstnavatele ve smyslu omezení či zmírnění zátěže. Většina respondentů odpovídala záporně (39 – 89 %).

Vše by mělo začínat u správně nastaveného adaptačního procesu. Schopnost a kvalita adaptace ovlivňují úroveň kvality a bezpečnosti poskytované zdravotní péče. (Zítková, Pokorná, & Mičudová, 2015) Z uskutečněných rozhovorů však vyplynulo, že ani v jednom zařízení není nastaven adaptační proces. Nově nastoupivší zaměstnanci jsou mnohdy odkázáni na dobrou vůli kolegů, co jim ukáží a jak.

Maršíková (2017, s. 53-54) se ve své bakalářské práci zabývala problematikou adaptačního procesu u nových zaměstnanců. Výsledné hodnocení je... „*3 respondenti vyjádřili spokojenost s adaptačním procesem, vše hodnotili jako uspořádané, nic nehodnotili jako „lepší nebo horší“.* Za negativa označili respondenti „*až moc rozvinutý plán adaptačního procesu. pocit strachu z*

toho, že vše nezvládnou, nenaučí se, důvodem těchto obav označily svůj věk a negativním pocit, že neměli školitelku během adaptačního procesu stále k dispozici.“ Z další otázky vyplynuly návrhy k organizaci procesu: „potřeba přistupovat ke každému individuálně, vyvarovat se stresovým situacím, využít školitelku v každé pracovní směně nového zaměstnance a nemít školitelku k dispozici pouze v ranní směně a naplánovat rozpis služeb nového zaměstnance po dobu prvního měsíce navíc do počtu personálu“.

Možnost dalšího vzdělávání měli všichni respondenti, ale postoj k dalšímu vzdělávání se u jednotlivých respondentů lišil. Respondenti ze zdravotnického zařízení by uvítali jednodenní vzdělávací akce ke konkrétnímu tématu demence. Limitem pro další vzdělávání byl mimo jiné nedostatek pracovníků. Ze zprávy Veřejného ochránce zpráv vyplynul nedostatek v systematickém vzdělávání (2015, s. 12): ... *„Klíčovým předpokladem toho, aby zařízení poskytovalo péči zohledňující všechny uvedené specifické potřeby klientů s demencí, je vyškolený personál. Vzdělávání personálu, zdravotnického i nezdravotnického, musí zahrnovat témata onemocnění klienta, fáze demence, specifika komunikace, přidružené zdravotní komplikace, poruchy chování. Vzdělávání personálu bylo vždy jedním z bodů šetření během návštěvy zařízení. Ve většině navštívených zařízení neměl personál systematické vzdělávání a spoléhal se pouze na svou intuici“.*

Možnost supervize mají zaměstnanci v sociálním zařízení, ale stojí o to i respondenti ze zdravotnického zařízení. Růžičková-Neužilová (2016, s. 75) ve své diplomové práci, kterou věnovala problematice supervize v psychiatrickém oddělení uvádí: *„... je patrné, že zkušenosti sester jsou natolik pozitivní a dokázaly je dovést k přesvědčení, že supervize je důležitou a nepostradatelnou součástí jejich praxe. Což lze demonstrovat na příkladu odpovědi sestry 11: „Začínali jsme se supervizí díky zákonu, ale teď i kdyby zákon zrušili, tak po zkušenostech bych o ní bojovala.“ Z čehož je patrné, že si plně uvědomuje důležitost supervize pro své zaměstnance.“ „Velmi zajímavý je i pohled sestry 10, zastupující v tomto případě vedoucí funkci: „Já mám díky supervizi asi větší přehled o tom, jak se sestry staví k práci, jestli je něco štve v kolektivu, nebo jestli jsou vyhořelé, jestli přemýšlejí o změně.“ A ještě jeden motivační názor „...díky supervizorovi jsem zažila poprvé i to, že mě někdo pochválil za to, jak jsem třeba zvládla vyhrocenou situaci.“*

Holmerová, Horecký a Hanuš (2016, s. 20) uvádějí, že *„pro úspěšné poskytování sociálních služeb je nutná motivace zaměstnanců. Jednou z důležitých momentů motivování zaměstnanců je jejich finanční a morální oceňování. Poskytovatel by měl mít transparentní pravidla pro finanční odměňování. Stejně tak by měl mít promyšlený systém pro morální oceňování svých*

zaměstnanců. “ Zcela jistě to však můžeme vztáhnout i na poskytování služeb zdravotních. Z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že neznají pravidla pro odměňování a nedostává se jim ani pochvaly od nadřízených (výjimkou byla respondentka ze sociálního zařízení, která občas pochvalu obdrží). Reakce na otázky ohledně podpory od vedoucích zaměstnanců byly značně rozpačité, určitou míru podpory vnímala respondentka ze sociálního zařízení, ve zdravotnickém zařízení zdá se tato podpora chybí.

Jirkovská (2016) ve své disertační práci zjišťovala, zda mají pracovníci v oblasti péče o seniory pocit, že u nich převažují pracovní odměny na pracovním úsilím nebo naopak či zda jsou obě složky v rovnováze. Její zjištění se v mnohém podobá. Z 29 diskutujících mělo 13 pocit dlouhodobé rovnováhy, 12 uvádělo převahu úsilí nad odměnami a 4 uvedli převahu odměn nad úsilím.

Smékalová (2015) ve své diplomové práci zjistila, že pro její respondentky (37 sester pracujících v přímé péči s geriatrickými pacienty) je uznání a ústní pochvala důležitější než peníze. O to smutnější bylo slyšet respondentky hovořit o tom, že se jim pochvaly od nadřízených nedostává.

ZÁVĚR

V sociálním zařízení byly v oblasti komunikace, ať už jde o samotné oslovení nebo konverzaci s pacienty s demencí, používány častěji infantilní projevy a tykání. Ve zdravotnickém zařízení zdravotníci pacientům vykali, avšak byly pozorovány projevy maligní komunikace. I přes tento přístup k osobám s demencí, měli pacienti se zdravotníky v sociálním zařízení vytvořené dobré vztahy, které se projevovaly v průběhu výzkumu vzájemnou spoluprací. Respondentky v rozhovoru označily za nejvíce zatěžující chování pacientů s demencí agresivitu pacientů, naléhavé chování a dále také označily za psychicky vyčerpávající déletrvající křik pacientů, u kterého nedokáží pacienti vysvětlit důvod a sami zdravotníci si s ním nedokáží poradit. V průběhu pozorování se tyto situace objevily ve zdravotnickém zařízení. Dvě pacientky, které byly naléhavé svými potřebami, zdravotníci ignorovali a při verbální komunikaci s nimi používali vulgární a dehonestující výrazy.

Pečující personál poukazuje na množství času, kterým disponuje a který má rozdělit mezi pacienty. Podmínka individuálního přístupu při péči o osoby s demencí je podřazená dennímu režimu oddělení. A to také mohlo sehrát roli v případě fyzické agrese ze strany zdravotníků v sociálním zařízení. Poskytnutí zpětné vazby kolegům, kteří používají nevhodné přístupy k pacientům s demencí byla jednou z otázek doplňujícího rozhovoru. Respondentky jsou ochotné poskytnout zpětnou vazbu svým kolegyním, ale ne všem. Kladnou odezvu mají u kolegyň se sebereflexí. Pokud jde o vztah příčiny a následku u problematického chování, velký význam má prevence a přístup profesionálů. Potřebu kontinuálního vzdělávání, stejně jako dobře nastavený adaptační proces s průběžným hodnocením a v neposlední řadě péče o profesionály v podobě supervize a pravidelného ohodnocení výkonu práce považují profesionální pečující o osoby s demencí za potřebné a žádoucí. Potvrzují to respondentky rozhovorů. Je ale žádoucí položit si ještě jednu otázku, zda se péče alespoň v tomto rozsahu dostává všem pomáhajícím a v každém zařízení. Pomáhajícím ve zdravotnických zařízeních nevyjímaje.

POUŽITÁ LITERATURA

BÁŇOVÁ, Marie. Individuální přístup ke klientům trpícím syndromem demence. In: *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2014, s. 76-83. ISBN 978-80-87949-04-7. Dostupné z https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/Publikace/Ochrana-prav-senioru.pdf. [cit. 2. května 2019]

BLÁHOVÁ, Hana. *Komplexní péče o seniory s demencí*. Pardubice, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Práva lidí s demencí* [on-line]. [cit. 4. května 2019]. Dostupné z <http://www.alzheimer.cz/pro-lidi-s-demenci/prava-lidi-s-demenci/>.

DOLEJŠÍ, Klára. *Psychická zátěž pečujících o klienty v zařízeních následné péče*. Pardubice, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce.

DLUGOŠOVÁ, Anna, TKÁČOVÁ, Ľubomíra. Motivace a její aplikace na práci sester. *Zdravotnictví a medicína* [on-line]. 2011. [cit. 2. května 2019]. Dostupné z <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/motivace-a-jeji-aplikace-na-praci-sester-461367>.

ENŽLOVÁ, Václava. *Analýza přístupu pracovníků k osobám s demencí v domově Harmonie v Mirošově*. Plzeň, 2012. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta pedagogická.

FAMILY CAREGIVER ALLIANCE. *Caregiver's Guide to Understanding Dementia Behaviors* [on-line]. [cit. 20. dubna 2019]. Dostupné z <https://www.caregiver.org/caregivers-guide-understanding-dementia-behaviors>

GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: Tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-394-3.

GLENNER, Joy. *Péče o člověka s demencí: Průvodce pro rodinné příslušníky*. 1. vydání. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0.

HÁJKOVÁ, Lucie a kolektiv. *Komplexní péče o lidi s demencí* [on-line]. Dotisk 1. vydání. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2018. [cit. 2. května 2019]. ISBN 978-80-86541-48-8. Dostupné z <http://www.alzheimer.cz/res/archive/005/000587.pdf>.

HAMPERGROVÁ, Izabela. *Týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů z pohledu sestry*. České Budějovice, 2016. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory – nejen v pečovatelských službách*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.

HAUKE, Marcela. *Když do života vstoupí demence: Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. 1. vydání. 2017. Praha: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-906320-7-3.

HNILIČKOVÁ, Eva. *Ošetrovatelská péče o klienta s Alzheimerovou chorobou v Alzheimer-centru*. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

HOLMEROVÁ, Iva. *Na pomoc pečujícím. Příručka pro pečující rodinné příslušníky a další blízké lidi s demencí*. 10. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2014. ISBN 978-80-86541-33-4.

HOLMEROVÁ, Iva. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum, 2009. ISBN 978-80-86541-28-0.

HOLMEROVÁ, Iva, HORECKÝ, Jiří, HANUŠ, Petr. *Specifika systému poskytování péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami v České republice a ve Švýcarsku* [on-line]. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2016 [cit. 24. dubna 2019]. Dostupné z http://www.apsscr.cz/files/files/STUDIE%20%C5%A0V%C3%9DCARSKO_fina_l.pdf.

HROZENSKÁ, Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

JAROLÍMOVÁ, Eva, BROUČKOVÁ, Eliška, VAŇKOVÁ, Hana, HOLMEROVÁ, Iva. *Pečovatelská zátěž u Alzheimerovy choroby a psychosociální intervence. Život s demencí - nové perspektivy: sborník z konference Pražské gerontologické dny 2016*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, s. 17-18.

JEŽKOVÁ, Kateřina. *Alzheimerova choroba v prostředí intenzivní péče*. Praha, 2015. Diplomová práce. Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta. Ústav teorie a praxe ošetrovatelství.

JIRÁK, Roman. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRKOVSKÁ, Blanka. *Pracovní podmínky a podpora zdraví pracovníků v oblasti péče o seniory*. Praha, 2016. Disertační práce. Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra sociologie.

- JURČÍKOVÁ, Kateřina. *Důstojnost v ošetrovatelské péči u pacientů s demencí*. Olomouc, 2016. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Ústav ošetrovatelství.
- KALVACH, Zdeněk a kolektiv. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KONIG, Jutta. ZEMLIN, Claudia. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. 1. vydání. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1184-6.
- LUKASOVÁ, Marie, HRADILOVÁ, Adéla a kolektiv. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí* [on-line]. Publikace obsahuje příspěvky autorů, které zazněly na mezinárodní konferenci „Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí“ konané ve dnech 20.–21. února 2014 Brno: Kanceláři veřejného ochránce práv, 2014. [cit. 2. května 2019]. Dostupné z https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/Publikace/Ochrana-prav-senioru.pdf. ISBN 978-80-87949-04-7.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MAJEROVÁ, Nikol. *Ošetrovatelská péče o pacienty s demencí*. Zlín, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Ústav zdravotnických věd.
- MARŠÍKOVÁ, Hana. *Adaptační proces NLZP ve zdravotnickém zařízení*. Pardubice, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství.
- MELLANOVÁ, Alena. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5589-2.
- MYŠÁKOVÁ, Helena. *Limity péče o seniory s demencí v zařízení bez zvláštního režimu*. České Budějovice, 2014. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Katedra klinických a preklinických oborů.
- PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
- PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Práce s biografii a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3186-8.

RŮŽIČKOVÁ NEUŽILOVÁ, Michaela. *Supervize v psychiatrickém ošetrovatelství*. České Budějovice, 2016. Diplomová práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti, obor v pohybu*. 6. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3133-9

SMĚKALOVÁ, Naděžda. *Pracovní spokojenost a motivace zdravotnických pracovníků*. Olomouc, 2015. Diplomová práce. Univerzita Palackého. Filozofická fakulta. Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4082-9.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem – zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv 2015*. [on-line]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2015 [cit. 24. dubna 2019]. Dostupné z https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_senior.pdf

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Domov pro seniory Burešov, p. o. Zpráva z návštěvy zařízení 2017*. [on-line]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2017. [cit. 30. dubna 2019]. Dostupné z https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/17-2017-NZ-MLU-domov_se_zvlastnim_rezimem.pdf

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.

ZÍTKOVÁ, Marie. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5094-1.

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. 1. vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.

