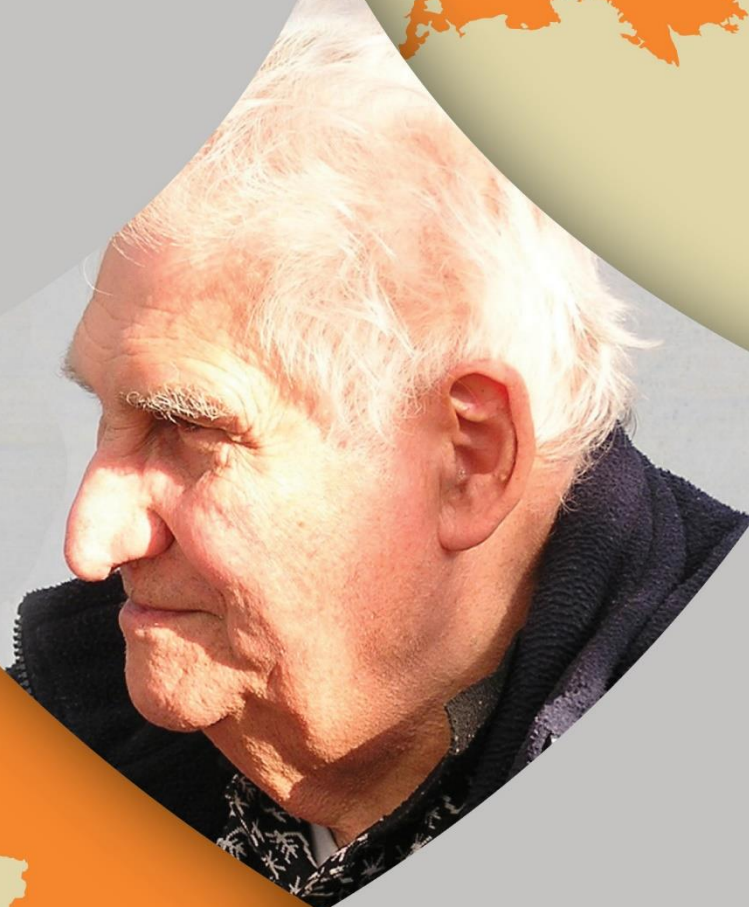


2020

ACCENDO – Centrum pro vědu a výzkum, z.ú.

SOUHRN NÁSTROJŮ AAK PRO OSOBY S DEMENCÍ V ČESKÉ REPUBLICCE



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Studie „Souhrn nástrojů AAK pro osoby s demencí v ČR“ je zpracován v rámci veřejné zakázky s názvem „Souhrn způsobů a nástrojů komunikace pro osoby s demencí a PAS v ČR – II“ financované z projektu OPZ „Rozvoj systému sociálních služeb“, reg. č. projektu: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0003739.

Zpracovatel:

ACCENDO – Centrum pro vědu a výzkum, z.ú.

Moravská 758/95, 700 30 Ostrava-Hrabůvka, IČ: 28614950

tel.: +420 595 136 023, web: <http://ACCENDO.cz>, e-mail: info@ACCENDO.cz

Realizační tým:

Ing. Ivana Foldynová, Ph.D.

PhDr. Andrea Hrušková

Mgr. Lenka Marcalíková

Mgr. Michal Mariánek

Mgr. Gabriela Mariánková

Doc. Ing. Lubor Hruška, Ph.D.

MUDr. Hugo Příbyl, Ph.D.

Mgr. Petr Lazar a kol.

Citační vzor:

FOLDYNOVÁ, I.; HRUŠKOVÁ, A. a kol. Souhrn nástrojů AAK pro osoby s demencí v České republice. Ostrava: ACCENDO, 2020.

Zpracováno ke dni: 22.05.2020

Obsah

Seznam zkratk.....	6
1 Úvod.....	8
2 Charakteristika alternativní a augmentativní komunikace – vymezení pojmů	11
3 Specifika komunikace osob s demencí	14
3.1 Závažnost demence.....	14
3.2 Dlouhodobá a krátkodobá paměť	16
3.3 Narušení komunikace u osob s demencí	18
4 Aktuálně existující nástroje a metody AAK a dosavadní zkušenosti s jejich využíváním v praxi.....	22
4.1 Poskytovatelé sociálních služeb pro osoby s demencí.....	22
4.1.1 Metodologický postup	22
4.1.2 Nástroje a metody AAK bez pomůcek	24
4.1.3 Nástroje a metody AAK s netechnickými pomůckami.....	28
4.1.4 Nástroje a metody AAK s technickými pomůckami.....	36
4.1.5 Koncepty péče pro osoby s demencí, při kterých jsou využity AAK metody a nástroje.....	40
4.1.6 Dostupnost pomůcek AAK.....	57
4.1.7 Školení.....	61
4.2 Veřejná správa a veřejné služby	71
4.2.1 Metodologický postup.....	71
4.2.2 Komunikace mezi osobou s demencí a pracovníky veřejných či soukromých služeb	73
4.2.3 Obce	74
4.2.4 Kraje	80
4.2.5 Pracoviště ÚP.....	84
4.2.6 Zdravotnická zařízení	87
4.2.7 Hasičský záchranný sbor.....	89

4.2.8	Policie České republiky.....	93
4.2.9	Městské/obecní policie	93
4.2.10	Knihovny.....	94
5	Specifikace jednotlivých nástrojů, metod AAK a jejich využití při práci s osobami s demencí.....	96
5.1	Nástroje a metody AAK bez pomůcek.....	96
5.2	Nástroje a metody AAK s netechnickými pomůckami	97
5.3	Nástroje a metody AAK s technickými pomůckami	102
5.4	Koncepty péče o osoby s demencí	104
6	Doporučení pro vytvoření a využití nástrojů a metod AAK pro komunikaci v praxi.....	107
6.1	Východiska pro formulaci doporučení	107
6.1.1	Legislativní rámec a dokumenty nelegislativní povahy	107
6.1.2	Doporučení ze strany poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s demencí.....	113
6.1.3	Doporučení ze strany veřejné správy v oblasti AAK (pro obě cílové skupiny).....	116
6.1.4	Doporučení z průzkumu v zahraničí	119
6.2	Doporučení pro oblast sociálních služeb nebo jiných veřejných služeb	122
6.2.1	Vytvoření symbolu komunikační dostupnosti pro osoby se specifickými komunikačními potřebami	122
6.2.2	Národní centrum AAK.....	126
6.2.3	Vytvoření sítě regionálních center podpory AAK	128
6.2.4	Finanční podpora pořizování pomůcek AAK pro osoby se zdravotním postižením.....	132
6.2.5	Sjednocení informací na jednom webu	132
6.2.6	Implementace a naplnění povinnosti používat metody a nástroje AAK pro poskytovatele sociálních služeb	133
6.2.7	Školení metod a nástrojů AAK u pracovníků v přímé péči.....	135

6.2.8	Zvyšování znalostí u managementu poskytovatelů sociálních služeb ..	135
6.2.9	Složky Integrovaného záchranného systému	135
6.3	Doporučení pro oblast státní správy a samosprávy	136
6.3.1	Doporučení k zvýšení informovanosti a propagace využívání AAK u veřejnosti.....	136
6.3.2	Doporučení pro MŠMT k vytvoření podmínek pro rozšíření a posílení výuky komunikačních prostředků včetně AAK.....	137
6.3.3	Zvýšení znalosti zaměstnanců veřejné správy v oblasti komunikace s osobami se specifickými komunikačními potřebami	137
6.3.4	Podpora využívání AAK na úřadech	138
6.3.5	Návrh komunikačních standardů	139
7	Závěr.....	143
	Seznam použité literatury a dalších informačních zdrojů	146
8	Seznam příloh	150
8.1	Příloha č. 1: Demence dle MKN-10.....	150
8.1.1	F00* Demence u Alzheimerovy nemoci (G30.–+).....	150
8.1.2	F01 Vaskulární demence	151
8.1.3	F02* Demence u jiných nemocí zařazených jinde	151
8.1.4	F03 Neurčená demence	153
8.2	Příloha č. 2: Ukázky konkrétního využití konceptů péče	154
8.2.1	Koncepce biografické péče.....	154
8.2.2	Koncept Smyslové aktivizace	162
8.2.3	Koncept Bazální stimulace	184
8.2.4	Použité zdroje ke zpracování přílohy.....	188
8.3	Příloha č. 3: Bojový řád Zásady komunikace s osobami se zdravotním postižením na místě zásahu	189

Seznam zkratek

AAK	Alternativní a augmentativní komunikace
ABA	Aplikovaná behaviorální analýza z anglického „Applied Behaviour Analysis“
ACCENDO, 2020.	Průzkum poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s demencí a průzkum zástupců veřejné správy, realizovaný ústavem ACCENDO v roce 2020
BPSD	Behaviorální a psychologické symptomy při demenci
CDAC	Přístup pro (osoby s) komunikačními problémy Kanada, v originále „Communication Disabilities Access Canada“
CRPD	Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením z anglického Convention on the Rights of Person with Disabilities
ČR	Česká republika
ETR	Snadno čitelné, snadno srozumitelné, z anglického Easy to read
HZS ČR	Hasičský záchranný sbor České republiky
IZS	Integrovaný záchranný systém
KÚ	Krajský úřad
LZPS	Listina základních práv a svobod
MČ	Městské části
Metodika ETR	Metodický postup pro tvorbu srozumitelných sdělení ve veřejné správě a pro tvorbu zjednodušených textů pro osoby vyžadující zvláštní přístup (Metodika Easy to read)
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – Desátá revize
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MVČR	Ministerstvo vnitra
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NRZP	Národní rada osob se zdravotním postižením
NS	Nespecifikovaný, blíže neurčený
ORP	Obce s rozšířenou působností, tj., obce III. typu
OSN	Organizace spojených národů

OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
OZP	Osoba se zdravotním postižením
PAS	Poruchy autistického spektra
PC	Osobní počítač
PČR	Policie České republiky
PBM	Psychobiografický model
POÚ	Obce s pověřeným obecním úřadem, tj., obce II. typu
PTV	Veřejná doprava Victoria, v originále „Public Transport Victoria“
SA	Smyslová aktivizace
SCOPE	Středisko pro komunikaci a začlenění Scope, v originále „Scope's Communication and Inclusion Resource Center“
SPC	Speciální pedagogické centrum
SW	Software
UZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
ÚP	Úřad práce ČR
VS	Výběrový soubor
ZP	Zdravotní postižení
ZS	Základní soubor

1 Úvod

Studie je zaměřena na vývoj alternativní a augmentativní komunikace (dále jen „AAK“) a její využití v systému sociálních služeb. Cílem je rozvoj komunikačních nástrojů pro osoby se zdravotním postižením se specifickými způsoby komunikace, konkrétně u osob s demencí a podpora jejich aplikace v praxi ČR. V kapitolách 2 a 3 jsou vymezeny pojmy AAK a specifika komunikace osob s demencí. V kapitole 4 jsou shrnuty způsoby současné komunikace pro osoby s demencí v ČR, tzn. aktuálně existujících a využívaných nástrojů a metod pro komunikaci u poskytovatelů sociálních služeb a dále pak zástupců veřejné správy. V kapitole 5 je popis jednotlivých nástrojů a metod AAK včetně definování situací, kdy mohou být v praxi využity. V kapitole 6 jsou upřesněna doporučení pro vytvoření a využití nástrojů a metod AAK pro komunikaci v praxi, a to jak u poskytovatelů, tak i zástupců veřejné správy.

Novým fenoménem dnešní doby je dlouhověkost. Vysoký věk ovšem nese kladné i záporné stránky. Zjevné a záporné je zhoršení tělesného a duševního výkonu, přibývají různé nemoci včetně těch, které se týkají zhoršení duševního zdraví, jako je například demence. Důstojnost takto postiženého člověka bývá ohrožena, protože z mnoha úhlů společenského pohledu nemusí takovýto život splňovat kritéria pro důstojné lidství. Za kladné stránky jsou považovány možnosti prožít aktivní a klidné stáří umožňující důstojnost a nezávislost. Možnost vybrat si, jak naložit s volným časem. Podmínkou však zůstává dodržování zdravého životního stylu pro zachování zdraví, tj. tělesné i duševní pohody do nejvyššího věku.

Demografové hovoří o tom, že populace stárne. Děti se rodí postupně stále méně, a seniorů přibývá v důsledku prodloužení kvality a délky života. Přibývá lidí, kteří odcházejí do starobního důchodu a v jejich životě nastávají změny. Demografický nárůst seniorů vytvořil prostor k diskusi, jež se vztahovala k zajištění jejich optimálních životních podmínek; změně v bydlení, vyšších nároků na poskytování sociálních služeb jak terénních, tak i pobytových, zajištění bezpečnosti, usnadnění komunikace a orientace v rychle měnícím se světě nových technologií. Stále častěji se také hovoří o specifických problémech a nemocech, které se u seniorů vyskytují. Ve stáří dochází relativně často ke vzniku syndromu demence, z nichž nejčastější příčinou je Alzheimerova choroba.

Skutečnost, že se ve vyspělých zemích významně prodloužila střední délka života, přispívá k rychlému „stárnutí“ světové populace. To znamená i značné zvýšení počtu osob ohrožených demencí. Prevalence demencí s věkem velmi výrazně narůstá, v 60 letech jde až o 3 % seniorů (Holmerová, 2007). Demence je patologický stav, který není součástí normálního stárnutí a je klasifikován jako duševní porucha dle MKN-10¹: *„Demence (F00–F03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“* Demence zahrnuje větší množství organických nemocí různé etiologie, viz příloha č. 1.

Syndrom demence vytváří významnou ztrátu kognitivních funkcí (myšlení, paměť, orientace, soustředění se, schopnosti vyjadřovat se a porozumět řeči). Při postupu nemoci nemusí být člověk trpící demencí schopen vyjadřovat se slovy. Rozvíjí se zde také komplexní problematika psychiatrických příznaků a poruch chování (deprese, neklid, bloudění, agresivita). Součástí tohoto syndromu jsou také poruchy soběstačnosti, vše má závažné sociální dopady pro rodinu i pacienta. Období demence může být dlouhé, nemoc může progredovat. Osoba s demencí potřebuje nejen dohled, ale postupem onemocnění také nepřetržitou péči (podrobněji Dušek a kol., 2018, str. 184-193).

V souvislosti s demencí je potřeba komunikace a porozumění potřebám klientů klíčovým tématem. Komunikace využívající alternativní a augmentativní prvky odstraňuje bariéry u pracovníků v přímé péči, u pečujících osob i u rodinných příslušníků, kteří potřebují komunikovat s jedincem s demencí. Dále je zásadní pro zdravotníky (lékařský i nelékařský personál) k zajištění správné diagnózy onemocnění a určení dalšího postupu léčby a péče. Pro sociální pracovníky k nastavení individuálních plánů péče v zařízeních poskytujících sociální služby.

¹ UZIS (2020) Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize – obsahová aktualizace k 1. 1. 2020. Praha: UZIS.

Je nutno si uvědomit, že komunikace je nedílnou součástí života každého člověka, jelikož každá osoba má potřebu s někým komunikovat, sdělovat zážitky, pocity a potřeby. V komunikaci jsou důležité tři základní zásady: chtít, umět a moci komunikovat. U pacientů trpících demencí se často setkáváme s tím, že nemohou komunikovat nebo to neumějí, a to z důvodu svého onemocnění. O to důležitější potom je, aby člověk, který se o takového pacienta/klienta stará, uměl, chtěl a mohl správně komunikovat a dovedl využívat všechny druhy komunikace včetně AAK.

2 Charakteristika alternativní a augmentativní komunikace – vymezení pojmů

Komunikace je proces výměny informací mezi komunikačními partnery (což mohou být lidé, ale také zvířata, počítače, systémy různé povahy ad.), ale význam slova komunikace je mnohem širší, např. Vybíral uvádí 7 různorodých funkcí komunikace (Vybíral, 2013, str. 31-32):

- 1) informovat (např. předat zprávu, doplnit jinou, oznámit, prohlásit),
- 2) instruovat (např. navést, zasvětit, naučit),
- 3) přesvědčit (např. získat někoho na svoji stranu, ovlivnit, zmanipulovat),
- 4) vyjednat a domluvit se (např. řešit, vyřešit, dospět k dohodě),
- 5) pobavit (např. rozveselit druhého nebo sebe, někoho rozptýlit),
- 6) kontaktovat se (např. užít si blízkosti, zastavení s někým, prožít si sebepotvrzení),
- 7) předvést se (např. prezentovat, vyvolat dojem, zalíbit či zastrašit).

Systémy AAK umožňují jedincům, jejichž komunikační schopnost je narušena nebo znemožněna, proces aktivního dorozumívání. AAK obsahuje řady metod a technik, které komunikaci buď usnadňují, nebo bez jejich použití by komunikace s daným člověkem nebyla vůbec možná. Jedná se o náhradu nebo o doplnění komunikace psané i mluvené. Porucha komunikace může mít charakter přechodný nebo trvalý.

Augmentativní komunikace (z latinského *augmentare*, tedy doplňovat) se snaží doplňovat či rozšiřovat existující, ale v praxi již nepostačující, komunikační dovednosti. Na rozdíl od **alternativní komunikace**, které zcela nahrazuje běžně používané formy komunikace, především se jedná mluvenou řeč. Společným cílem AAK je kompenzovat komunikační deficit (Bendová 2013). Při zapojení AAK je tak možné dosáhnout stavu, kdy se z původně nekomunikujícího člověka stává plnohodnotný komunikační partner, který, na základě dříve uvedených funkcí komunikace, je schopen nejen sdělení, ale také sdílení prožitků, což potřebuje každá lidská bytost.

Metody alternativní a augmentativní komunikace se dělí na metody bez pomůcek, které využívají především prostředky neverbální komunikace, a dále metody

s pomůckami, které zahrnují různé předměty, obrázky, knihy, nebo i počítačové programy a jiné technické nástroje. Komunikační systémy lze také rozdělit na dynamické, zahrnující gesta a znaky (Makaton, znak do řeči), a systémy statické (piktogramy), které fungují především prostřednictvím předkládaných symbolů (Klenková, 2006).

U osob s demencí se systémy alternativní a augmentativní komunikace zaměřují především na maximální udržení komunikačních a paměťových funkcí a kompenzaci ztracených funkcí. Slouží také pro zvýšení kvality života pacienta a snižování stresu rodiny a profesionálních pečovatелů. Spíše než na rozvoj komunikační interakce jako takové, jsou systémy AAK u osob s demencí využívány především pro udržení stávajících schopností a individuality jedince. Je mnoho forem pomůcek, které se využívají. Patří sem netechnické prostředky komunikace, jako karty, knihy, fotografie, obrázky, kresby, nebo různé upomínkové předměty, které slouží pro připomenutí důležitých událostí v životě. Z technických pomůcek se využívají především počítačové programy, které slouží pro udržení zrakových a sluchových informací (Cook a Polgar, 2015).

U osob s demencí čerpáme zdroje alternativní a augmentativní komunikace především ze systémů určených osobám s mentálním postižením, pokud je demence doprovázena i poruchami hybnosti, můžeme využít některé systémy pro osoby s tělesným postižením. I přesto není výběr systému AAK u osob s demencí snadný, a to především díky prognóze a měnícímu se obrazu onemocnění. Často se omezuje pouze na základní dorozumívání. I přesto je důležité, aby se pacienti začali učit pracovat s pomůckami již v počátečním stádiu onemocnění a aby intervence byla co nejvíce přizpůsobena konkrétnímu klientovi (Šarounová, 2014).

Je patrné, že komunikace hraje v lidském životě velmi důležitou roli, a ačkoli si to lidé často neuvědomují, neslouží pouze k přenosu informací a informování okolí. Tuto důležitost si lidé obvykle uvědomí až v situaci, kdy jsou možnosti dorozumívání nějakým způsobem narušeny. Demence ovlivňuje schopnosti dorozumívání, např. v případě Alzheimerovy nemoci se tak děje v pokročilejších fázích onemocnění, kdy pacienti mají obtíže sdělit myšlenky a z důvodu postižení paměti je schopnost vybavování si jmen či názvů výrazně omezena. Jelikož ale potřeba komunikace u pacientů postižených demencí neklesá, právě naopak, je třeba uplatňovat

způsoby dorozumívání, které respektují tuto zhoršenou schopnost pacientů domluvit se.

Vzhledem k množství nástrojů, metod a technik používaných v AAK existuje více způsobů jejich členění a klasifikace. Na základě výše uvedených skutečností bylo zvoleno nejpoužívanější členění (např. Maštalíř a Pastieriková, 2018; Bočková, 2015; Šarounová, 2014). V rámci provedeného sociologického průzkumu (viz kapitola 4) jsou tedy nástroje a systémy AAK komunikace rozděleny následovně:

- 1) komunikační systémy bez pomůcek (unaided).
- 2) Komunikační systémy s pomůckami (aided):
 - a) pomůcky netechnické povahy (low-tech),
 - b) pomůcky technické povahy (high-tech).

3 Specifika komunikace osob s demencí

Vymezení specifík komunikace osob s demencí v této kapitole je provedeno na základě odborné literatury a zkušeností z praxe řešitelského týmu. Zároveň byla specifika zobecněna prostřednictvím výsledků sociologického výzkumu realizovaného pro potřeby tohoto projektu (kapitola 4).

3.1 Závažnost demence

Komunikace osob s demencí má své zvláštnosti a specifické projevy, které se různí podle primárního onemocnění (viz příloha č. 1). Od primárního onemocnění se také odvozuje věk, délka trvání demence, intenzita progresu a způsob péče včetně komunikace. Je zřejmé, že jde o různorodou skupinu osob, s různorodými potřebami a zároveň s různorodými specifickými komunikačními přístupy a nastavenými koncepty péče. Demence nezasahuje jen osoby ve vyšším věku, ale dle primárního onemocnění se může jednat o osoby výrazně mladší.

„Demence nepředstavují pouhou poruchu kognitivních funkcí, i když tato je vlastně definuje. Demence jsou provázeny změnami a poruchami chování a pestrou psychiatrickou symptomatologií, vedou k poruše soběstačnosti a mají významné sociální dopady pro pacienta a jeho rodinu“ (Holmerová a kol., 2007, str. 13).

V anglosaské literatuře jsou tyto změny a poruchy při demenci charakterizované jako ABC schéma:

- A – activities of daily living (porucha soběstačnosti a sociální dopady),
- B – behaviour (behaviorální a psychiatrická symptomatologie – BPSD),
- C – cognition (porucha kognice).

Pro posuzování stupně/závažnosti demence se v současnosti používá několik testů (mezi nepoužívanější patří např. Mini Mental State Examination MMSE).² Většina klasifikací závažnosti demence se odkazuje na sedmibodovou Reisbergovu škálu (Global Deterioration Scale – GDS, Reisberg a kol. 1982 dle Koukolíka, 1999):

- 1) Bez postižení kognitivních funkcí – odpovídá asymptomatickému období.

² Viz například článek Rektorová, I. (2011) Screeningové škály pro hodnocení demence. Neurologie pro praxi, roč. 2011; č. 12(Suppl. G) str. 37–45. [on-line] Dostupné z <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/11.pdf>

- 2) Počínající postižení kognitivních funkcí – subjektivní stížnosti na mírnou ztrátu paměti, např. benigní stařecká zapomětlivost, věkově podmíněný pokles kognitivních funkcí (AACD – Age Associated Cognitive Decline).
- 3) Lehké postižení kognitivních funkcí – fáze časně zmatenosti, dnes označována jako mírná kognitivní porucha (MCI – Mild Cognitive Impairment). V tomto stadiu se objevují potíže při vykonávání denních činností. Mírná porucha paměti, přečtený text nedokáže úplně reprodukovat; špatně si pamatuje jména lidí, s nimiž se setkal poprvé, ztrácí cenné věci, nebo zapomíná, kam je uložil, nevýpravnost při řeči, obtížná orientace v neznámém prostředí, potíže při řízení motorového vozidla.
- 4) Středně těžké postižení kognitivních funkcí – fáze pozdní trvalejší zmatenosti. Tato odpovídá zčásti ještě mírné kognitivní poruše, ale postupně spíše přechází do demence. Objevují se zde výrazné poruchy řeči, porucha krátkodobé paměti, je postiženo abstraktní myšlení, rozhodování, plánování a řízení složitějších činností. Zde se objevují také behaviorální a psychologické poruchy (ztráta zájmů, změna nálady).
- 5) Pokročilé postižení kognitivních funkcí – fáze časně či mírné demence, dominuje výraznější zpomalenost, apraxie, agnosie, pokročilá porucha paměti. Pacient ztrácí a zapomíná věci a jména i události, nevybavuje si slova pro pojmenování různých předmětů, používá spíše jednoduché věty, řeč je méně plynulá. Dále dezorientace časem, místem. Pacient bloudí na známých místech, i v bytě. Ztráta soběstačnosti (neschopnost bez dopomoci vykonávat některé běžné denní činnosti, jako oblékání, péče o osobní hygienu). Z BPSD je přítomna větší pasivita, ztráta zájmů v činnostech, které dříve přinášely uspokojení a radost, dále počínající paranoidní chování (občasné obviňování okolí z krádeží peněz, věcí), vystrašenost až úzkost a agitovanost.
- 6) Těžké postižení kognitivních funkcí – střední až pokročilá fáze demence. Těžké postižení paměti, myšlení je nevýpravné, neschopnost plynulejší konverzace. Dezorientace je v podstatě kompletní, pacient je dezorientován i vlastní osobou. BPSD – výrazné poruchy chování, nesnášenlivost, poruchy spánku (spánková inverze), výraznější agitovanost, která se projevuje fyzickou i verbální agresivitou. Jsou přítomny psychotické příznaky, jako bludy a halucinace. V tomto stadiu je ztráta soběstačnosti již tak významná, že pacient vyžaduje trvalý dohled 24 hodin denně.

7) Velmi těžké postižení kognitivních funkcí – fáze pozdní či těžké demence. Postupně se rozvíjí úplná amnézie, globální fatická porucha, v konečném stadiu neschopnost chůze, neschopnost vstát z lůžka. Pacient se sám ani nenakrmí ani nenapije, je trvale inkontinentní. Je ohrožen podvýživou, je náchylný k různým infekčním chorobám a je tudíž trvale závislý na odborné ošetrovatelské péči.

Dle Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA³ Revidovaná verze 2013, jsou rozlišovány 3 stadia demence:

- 1) Počínající a mírná demence (přibližně stadium 2–4 Reisbergovy škály) – stadium je charakterizováno relativní soběstačností, lidé v tomto stadiu demence potřebují určitý dohled a dopomoc, nikoli však nepřetržitě.
- 2) Středně pokročilá a rozvinutá demence (stadium 4–5 Reisbergovy škály) – stadium syndromu demence odpovídá možnosti a potřebě poskytování péče v denních stacionářích či pobytových zařízeních sociálních služeb.
- 3) Těžká demence (stadium 6 a 7 Reisbergovy škály) – demence komplikovaná poruchami chování či somatickými problémy a stadium terminální s potřebou zajištění zdravotní (zdravotně-sociální), dlouhodobé péče (long-term care) a péče paliativní.

3.2 Dlouhodobá a krátkodobá paměť

Buijssen (2006) uvádí tzv. „dva zákony demence“:

První zákon demence je narušené ukládání do paměti. Pokud někdo trpí demencí (třeba v důsledku Alzheimerovy nemoci), nedokáže již přenášet informace ze své krátkodobé paměti do dlouhodobé. Jeho schopnost absorbovat informace je narušena, a to v praxi znamená, že už si nedokáže zapamatovat, co se kolem něho dělo před pouhými 30 sekundami. Toto pravidlo však neplatí stoprocentně. Pokud informace evokuje množství emocí nebo se často opakuje, je možné, že člověk trpící demencí z ní alespoň část absorbuje.

³ ČAS (2013) Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Revidovaná verze 2013. Praha: Česká alzheimerovská společnost.

Přímé důsledky prvního zákona v praxi dle expertů v řešitelském týmu

Klienti trpící demencí se nedokážou pohybovat v oblasti, která je pro ně nová a neznámá. Orientační body velmi rychle zapomenou. Mají problémy s orientací v čase. V počínající demenci se neustále ptají „Kolik je hodin?“, „Co je dneska za den?“. Pokud vyprávění trvá déle než 30 vteřin, ztratí nit, protože již zapomněli první důležité věty. Zároveň se zapomínáním začíná hledání. Klient s demencí neustále něco ztrácí, protože si nepamatuje, kde to nechal, jsou podezřívaví. Kvůli poruchám ukládání do paměti se objevuje problém s poznáváním nebo zapamatováním si nových lidí. Klienti trpící demencí podléhají kolísavým náladám a velmi rychle zapomínají, co bylo příčinou jejich hněvu, zármutku nebo radosti. Často opakují tentýž příběh. Ve svém vyprávění ztrácí nit. Své zapomínání si v počáteční fázi uvědomují, a tak si často vymýšlejí nejrůznější druhy „nevinných lží“ a výmluv, aby si zachovali sebedůvěru a druzí, aby si mysleli, že je všechno v pořádku. Vyhýbají se kontaktu, ztrácejí iniciativu, popírají svou zapomnětlivost, občas si činí na někoho nároky, bývají agresivní (projev obranné reakce), depresivní, mají fyzický neklid (chození sem a tam).

Druhý zákon demence představuje postupnou destrukci dlouhodobé paměti. Klient trpící demencí umí vyprávět příběhy o lidech a událostech svého života před demencí. Jak však demence postupuje, dlouhodobá paměť se začíná rozpadat, a to zvláštním způsobem: postupně ubývá zapamatované od časově nejbližších údajů a končí u těch nejvzdálenějších. Jako první se ztrácejí informace, jež byly uloženy rok před začátkem demence, pak následuje předcházející rok a tak dále. Poslední přicházejí na řadu vzpomínky z dětství. Ve velmi pokročilém stádiu demence už klient nemá nic víc než informace prvních pěti let života. V konečné fázi zmizí i ty a brzy nato klient umírá.

Přímé důsledky druhého zákona v praxi

Proces mizejících informací z dlouhodobé paměti znamená, že od jistého okamžiku už klient není schopen využívat (mechanické) dovednosti, jimž se učil posledních patnáct let, nebo dvacet let svého života. Např. rychlovarnou konvici dávají na plynový sporák a sype do ní kávu, místo pračky naplní umyvadlo vodou a začne prát, zapomene, že je v důchodu a chce jít do práce = nemá jinou možnost než se vrátit ke svým dřívějším zvykům. Výjimkou destrukce mohou být důležité události,

dobré i špatné provázené silnou emocí, které mohou být delší dobu zachovány. Schopnost komunikovat prostřednictvím jazyka nezmizí náhle. Dochází k tomu postupně. Prvními příznaky jsou problémy s hledáním slov. Klienti se často ptají „Jak se ta věc jmenuje?“. U mnoha klientů s demencí je rozhovor příliš pomalý a příliš obtížný. To je také důvodem, že se klient přestává snažit o čemkoli mluvit. Jejich řeč bývá omezena na pouhých několik slov, stává se, že klienti opakuji slova a věty po druhých. Někteří klienti přecházejí do jazyka, jímž mluvili jako děti. Velmi často se také stává, že klienti nepoznávají své děti, partnery a své blízké. Často také ožívají ty, kteří jsou už mnoho let mrtví. Většinou se jedná o ty lidi, kteří v rané části klientova života hráli pro ně významnou roli, většinou se jedná o rodiče, kamarády. Když se starší člověk s demencí dívá do zrcadla, nemusí se poznat. Zhoršuje se schopnost se o sebe postarat. Začnou ztrácet schopnost provádět všechny nezbytné úkony související se sebedepečí, sebeobsluhou (vaření, nakupování, správa financí, vybrat si správné oblečení a začnou potíže s hygienou, ztratí schopnost chodit na toaletu a začne se pomočovat a neudrží stolicí). Nevyhnutelně přijde doba, kdy klient potřebuje pomoc s jídlem a pitím. V poslední fázi už klient nemůže chodit, jen sedět, až v určitém okamžiku ani to už není možné.

3.3 Narušení komunikace u osob s demencí

U osob s demencí se v různé míře vyskytuje narušená komunikační schopnost jako afázie, dysartrie nebo poruchy polykání, kdy záleží zejména na typu a stupni demence. Vzhledem k progredujícímu charakteru postižení je snaha zejména o co nejdéší udržení komunikačního potenciálu jedince, k čemuž se využívají také systémy alternativní a augmentativní komunikace.

U klientů s demencí se často vyskytují poruchy řeči a celkově komunikace ve spojení s poruchami kognitivních funkcí (např. paměť, pozornost, rychlost myšlení, pochopení sdělené informace, schopnost vyjadřovat se), které dále negativně ovlivňují jejich jazykové a řečové funkce.

Vybrané kognitivní poruchy ve vztahu ke komunikaci s osobami s demencí (zpracována na základě zkušeností s využitím Czéfalvay, Lechta, 2013):

- **Porucha pozornosti** způsobuje snížené porozumění klientů mluvenému i psanému slovu, oslabuje schopnost udržet dané téma hovoru, projevuje se mimo jiné i zabíhavým myšlením.
- **Porucha paměti** se projevuje sníženou schopností splnit zadané instrukce složené z více než z jednoho kroku, vyskytují se obtíže s vybavováním slov. Zvyšují se nároky na potřebu zopakovat instrukce a otázky několikrát za sebou, než dojde k ukotvení obrazu děje v mysli.
- **Poruchy myšlení** se promítají do řeči v podobě narušeného chápání abstraktních pojmů, chybí logika, je narušena sociální komunikace, schopnost argumentovat, vytrácí se porozumění humoru či ironii. Je také narušeno vnímání klíčových slov pro pochopení tématu a hlavní myšlenky, vyskytují se odpovědi s dlouhou pomlkou. Jako podstatné je třeba uvést, že jedinec může také špatně chápat i výrazy tváře osob a intonaci hlasu (např. důraznější hlasový projev může vnímat jako křik).

U osob s demencí se postupně vyvíjejí poruchy komunikační schopnosti, celková postižení jsou nevyлéčitelná a jejich progresi nelze spolehlivě zabránit. Postupně je narušená verbální i neverbální komunikace. Konkrétně u řeči je obvyklé narušení jak v úrovni výstižnosti, srozumitelnosti a adekvátního vyjadřování myšlenek, pocitů, prožitků a rozhodnutí (expresivní složka), tak i v úrovni porozumění a pochopení mluveného projevu (receptivní složka). Mluva u osob s demencí se stává nesrozumitelnou, je monotónní (bez dynamiky), často se projevuje ulpíváním na slovech příp. větách, neustálým opakováním, či nutkáním k nesmyslné mluvě. Sémantické schopnosti se v průběhu onemocnění výrazně zhoršují (např. snižuje se slovní zásoba). Zachována je fonologie, kdy si jedinec uvědomuje vyslovované zvuky, také syntax a celková intonace jsou téměř nezměněny. Pro člověka s demencí je velmi důležitá neverbální složka komunikace (dotek, úsměv, oční kontakt (Vágnerová, 1999).

Pokud pečující osoba potřebuje klienta oslovit ke spolupráci, je nutné nejprve upozornit na svou přítomnost hlasitým pozdravem z místa, na které klient dobře vidí, dále doplnit pozdrav dotykem např. na rameno (vhodno specifikovat v individuálním

plánu, dle konceptu Bazální stimulace). Důležité je také udržet při hovoru s klientem oční kontakt (Buijsen, 2006). Je nutné se v průběhu hovoru ujistit, zdali nám osoba s demencí opravdu rozumí, a to v konkrétních dotazech si ověřit, zda chápe, co jí je sdělováno (nestačí jen jednoduchá otázka: „Rozumíte mi?“). Je potřeba, aby klient zopakoval, co je po něm požadováno, nebo aby porozumění projevil v zahájení daného úkonu.

V běžných denních činnostech je nezbytné vést klienta pomalu a postupně, dle jednotlivých kroků a nejlépe na místě, kde bude aktivitu vykonávat. Přitom je nutno používat jednoduchý slovník, doprovázený náležitou mimikou a gestikulací. Je třeba vyvarovat se výrazů, u kterých můžeme předpokládat, že jim klient nemusí rozumět. Pokud tato situace nastane, což poznáme z neverbální komunikace, musíme použít jiný výklad děje, případně zpomalit nebo přizpůsobit tempo řeči osobě, se kterou chci komunikovat. Je důležité klienty při komunikaci neopravovat a nelpět na jejich správném vyslovování. Jako účelné se jeví věnovat velkou pozornost neverbální komunikaci, jak už bylo uvedeno. Při komunikaci je pak vhodný jeden pracovník k jednomu klientovi, který komunikuje kratší dobu, ale opakovaně. Pokud už osoba s demencí je ve stadiu, kdy už není schopna se dorozumívat či porozumět slovům, je nutno používat neverbální komunikaci (dotek, úsměv, vhodnou melodii hlasu). I při samotném konci života osoby s demencí je známá skutečnost z praxe, že klient má zachovanou schopnost cítění, rozezná slova přátelská, negativní, veselá či smutná, posměšná (Venglářová a Mahrová, 2006).

Komunikace se seniory a osobami s demencí (Hauke, 2014):

Komunikaci tedy velmi ovlivňuje postupující proces demence, neboť dochází k úbytku dalších funkcí, na které je třeba pamatovat při komunikaci, jsou to:

- časová a místní dezorientace,
- zhoršování paměti – nevybavují si jednoduchá slova, sdělení nemají význam;
- zhoršující se racionální úsudek – přestávají poznávat i blízké osoby;
- problémy s abstraktním myšlením,
- celkové zhoršování vyjadřovacích schopností,
- změny nálad a chování – deprese, agresivita,
- upadání do celkové pasivity.

V komunikaci je vždy nutné:

- přizpůsobit tempo řeči,
- hovořit přiměřeně hlasitě,
- dobře artikulovat,
- komunikovat s ohledem na fyzický stav,
- přistupovat k člověku dle postižení,
- pamatovat na to, že starší generace používá odlišný slovník od potomků;
- používat taktilní komunikaci,
- trpělivě naslouchat.

4 Aktuálně existující nástroje a metody AAK a dosavadní zkušenosti s jejich využíváním v praxi

Tato kapitola je zaměřena na zmapování aktuálních nástrojů a metody AAK včetně dosavadních zkušeností s jejich využíváním v praxi poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s demencí (podkapitola 4.1) a veřejné správy a dalších veřejných služeb (podkapitola 4.2), které jsou podloženy výsledky dotazníkového šetření.

4.1 Poskytovatelé sociálních služeb pro osoby s demencí

4.1.1 Metodologický postup

Výzkumný design vychází z principů **triangulace a participace**. Je-li to možné (tj. existují-li takové zdroje), budou závěry formulovány z více na sobě nezávislých zdrojů, případně data/informace budou zpracovány/ověřeny prostřednictvím více metod. Princip participace pak poukazuje na potřebu zapojení poskytovatelů sociálních služeb a využití co největšího množství informací a dat z hodnoceného prostředí. Tento postup je základem pro navržení kvalitních a korektních **systemových doporučení**. Pro vyšší validitu informací byl zvolen smíšený výzkumný design, který kombinuje kvantitativní i kvalitativní metody sociologického výzkumu.

VÝZKUMNÝ DESING PRO OSOBY S DEMENCÍ U POSKYTOVATELŮ:

ANALÝZA SEKUNDÁRNÍCH DAT A DESK RESEARCH – Pro zpracování studie bylo využito odborné literatury a dalších zdrojů uvedených v seznamu použité literatury a zdrojů.

KVALITATIVNÍ PŘEDVÝZKUM – Cílem bylo formou polo-strukturovaných rozhovorů zmapovat problematiku u poskytovatelů a vytvořit záznamový arch pro kvantitativní šetření/dotazník.

Na základě kvalitativního před-výzkumu u poskytovatelů je potřeba rozlišit:

- 1) metody a nástroje AAK, které jsou používány primárně za účelem komunikace, tzn. **komunikace je cíl**.
- 2) koncepty (nefarmakologické aktivizační postupy), které využívají některé metody a nástroje AAK k dosažení aktivizace osob s demencí, tj. **komunikace**

je nástroj na dosažení cíle. AAK je v tomto případě součástí cíleného přístupu práce s osobou s demencí. Koncepty a pomůcky, které využívají, jsou často chráněné určitou certifikací, licencí, ochrannou známkou apod.

Tato dělicí linie nemá ostré hranice, jelikož každá komunikace vede k určité aktivizaci osoby, ale zároveň u konceptů se jedná o vyšší a cílenou intenzitu aktivizace osob včetně dlouhodobější kombinace postupu/přístupu, nástrojů s cílením na změnu celkového stavu osob včetně sledování a následné vyhodnocování změny v subjektivním nebo objektivním stavu.

KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

Průzkum poskytovatelů sociálních služeb byl realizován v rámci výzkumné potřeby MPSV: „Souhrn způsobů a nástrojů komunikace pro osoby s demencí a PAS v ČR“. Design šetření a příprava scénářů pro polo-strukturovaný rozhovor/dotazníků byl proveden vědeckovýzkumným ústavem ACCENDO – Centrum pro vědu a výzkum, z.ú. Před zahájením šetření proběhla pilotáž – ověření výzkumného nástroje u pěti zařízení, a to od 2. 1. do 10. 1. 2020. Výzkum byl proveden ve dnech 13. 1. – 28. 2. 2020 metodou CATI doplněnou o rozeslání emailu se záznamovým archem pro polostrukturovaný rozhovor, který respondenti měli vyplnit s asistencí tazatele vědecko-výzkumného ústavu ACCENDO. Pro potřeby stanovení základního souboru MPSV vyfiltrovalo k 20. 11. 2019 z Registru poskytovatelů sociálních služeb ty poskytovatele, kteří měli uvedenou cílovou skupinu, tj. osoby s chronickým duševním onemocněním, do které osoby s demencí spadají, dalším kritériem byla věková skupina od 27 let. Přímo z registru sociálních služeb nelze vygenerovat pouze poskytovatele služeb pro osoby s demencí. Na základě těchto parametrů bylo v základním souboru 1 (ZS1) 513 poskytovatelů, kteří byli kontaktováni. Návratnost šetření byla vysoká 29,8 %, výběrový soubor 1 (VS1) tvoří 153 poskytovatelů sociálních služeb. V souladu se zadávací dokumentací byl pro celkovou analýzu zvolen výběrový soubor 2 (VS2), tj. 113 poskytovatelů sociálních služeb pouze pro osoby s demencí, k tomuto souboru jsou vztaheny všechny výsledky v tabulkách. Datová matice byla pročištěna a podrobena logické kontrole, a data byla analyzována prostřednictvím statistického softwaru SPSS.

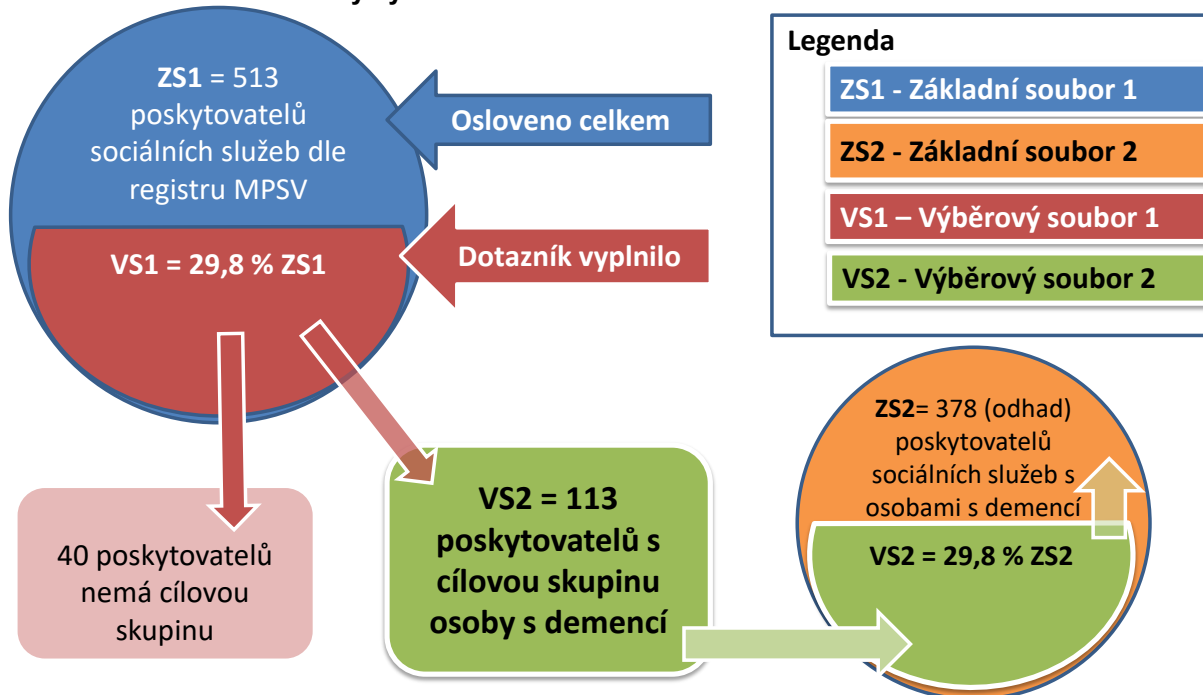
Tabulka 4.1: Struktura respondentů průzkumu poskytovatelů soc. služeb

Charakteristika		Počet poskytovatelů	Označení
Základní soubor 1		513	ZS1
Výběrový soubor 1		153	VS1
z toho	Zařízení s klienty s demencí	113	VS2
	Zařízení bez klientů s demencí	40	

Zdroj: ACCENDO, 2020.

Výše uvedený postup je znázorněn na následujícím schématu.

Obrázek 4.1: Schéma tvorby výběrového souboru VS2



Zdroj: ACCENDO, 2020.

4.1.2 Nástroje a metody AAK bez pomůcek

Komunikační systémy bez pomůcek (unaided) se vyznačují dvěma rysy: jednak jsou použitelné bez technických pomůcek a dále nevyžadují fyzickou asistenci druhého člověka. Na základě dotazníkového šetření lze konstatovat, že **poskytovatelé sociálních služeb** používají tyto komunikační systémy bez pomůcek při dorozumívání s osobami trpícími demencí nejvíce:

Tabulka 4.2: Nástroje AAK bez pomůcek, používané v zařízeních sociálních služeb

Nástroje AAK bez pomůcek	Podíl	Počet
Neverbální komunikace	62,8 %	71
Orální řeč – vokalizace s komunikačním záměrem (např. papá, ham, Á – jíst, Í –jít na toaletu...)	11,5 %	13
Makaton	4,4 %	5
Znak do řeči (Teng til tale)	2,7 %	3
Znaky podle Anity Portmann	1,8 %	2

Zdroj: ACCENDO, 2020.

4.1.2.1 Prostředky neverbální komunikace

Dle Vybírala (2013, str. 81) neverbální komunikace zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujeme beze slov či jako doprovod slovní komunikace. Patří zde:

- 1) gesta, pohyby hlavou a další pohyby těla,
- 2) postoje těla (posturika),
- 3) výrazy tváře (mimika),
- 4) pohledy očí,
- 5) volba, změny vzdálenosti a zaujímání pozice v prostoru (proxemika),
- 6) tělesný kontakt (haptika),
- 7) tón hlasu a další neverbálními aspekty řeči (paralingvistika),
- 8) oblečení, zdobnost, fyzické a jiné aspekty vlastního zjevu.

Obecně můžeme konstatovat, že neverbální komunikace je nejen pro osoby s demencí stejně důležitou formou sdělování, jako je komunikace verbální.

Právě neverbální komunikace byla mezi poskytovateli péče o osoby trpící demencí zmiňována nejčastěji, pro svou jednoduchost v nárocích na pochopení. Někteří poskytovatelé v sociologickém průzkumu přímo uváděli, že „*pokud efektivně používají komunikace uvedené v bodě C1.5 (tj. gesta, mimika, haptika, proxemika, posturika, paralingvistika, komunikace činem), jsou deficity v komunikaci kompenzovány v téměř dostatečné míře pro denní praxi pracovníků v přímé péči a potřebě dorozumět se pro klienty. Dále uváděli svou zkušenost, že není dobré technizovat a komplikovat náročnou odborností něco, co je především intuitivní jak pro personál, tak pro klienta*“ (ACCENDO, 2020).

Mezi nejčastěji využívané druhy neverbální komunikace byla zmiňována gesta, mimika a haptika, přičemž poskytovatelé kladli důraz především na použití haptiky, která je dle jejich vyjádření při kontaktu s osobami s demencí velmi důležitá, protože

jim přináší pocit klidu, bezpečí. Poskytovatelé uváděli, že neverbální komunikaci používají intuitivně, jelikož člověk s demencí je dle jejich zkušeností na neverbální komunikaci velmi citlivý (je na ni závislý) a je tedy třeba, aby pracovník v přímé péči postupoval v souladu s přáním klienta a byl zcela kongruentní. Gesta a gestikulace jsou využívány při naznačování, jaká činnost se chystá (např. ukázání směrem ke koupelně signalizuje hygienu) případně ukazováním na předměty (např. ukázání na hrnek symbolizuje pití; naznačení rukou, že lžice bude směřovat do úst). Někteří poskytovatelé také zmiňovali jako důležitou paralingvistiku, kdy musejí dbát na stálý, klidný tón hlasu a používání jednoduchých srozumitelných vět. Z hlediska mimiky byl nejčastěji zmiňován jako podstatný úsměv.

4.1.2.2 Orální řeč – vokalizace s komunikačním záměrem

Poskytovatelé uváděli, že pokud to situace klienta umožňuje, orální řeč zůstává důležitým prostředkem komunikace, přestože mohou být slova popletená, špatně srozumitelná, a tudíž nedostatečná pro každodenní dorozumívání. Může jít jen o jednoslabičná a dvojslabičná slova, které může klient spojovat do krátkých vět. Tato slova mohou mít pro klienta následovně i více významů, které se dají rozlišit dle kontextu situace. Mezi příklady byly uvedeny slova jako „papá“, což může znamenat loučení, pozdrav, výzvu k odchodu apod. nebo „ham“ – někdo jí, já mám hlad, jídlo je tam na stole apod.

V případě, že u klienta orální řeč selhává a není schopen vyslovovat ani jednoduchá (jedno – či dvojslabičná slova), využívá se tzv. vokalizace s komunikačním záměrem. V takovém případě dochází pouze k vyslovování hlásek, které nesou určitý komunikační záměr, např. „Á“ může znamenat potřebu jídla, jsem tady „Í“ potřebu toalety, odejít tam apod.

Mezi poskytovateli sociálních služeb byl tento způsob komunikace s osobami demencí dle průzkumu poměrně frekventovaný, zažitý pro jeho jednoduchost. Poskytovatelé mimo jiné k tomu uváděli, že se především maximálně snaží zjednodušit komunikaci ze strany pracovníků v přímé péči, tak, aby domluva s klienty byla možná. V praxi to znamená pomalou řeč, jednodušší, nerozvité věty, výraznou artikulaci a komunikaci tváří v tvář (face-to-face) s udržení očního kontaktu, používání motivačního hesla (dnes nám to půjde lépe než včera), případně používání stejných výrazů opakovaně s důrazem na smyslové potvrzení

ze strany klienta (kývnutí, mrknutí). V některých zařízeních také jako prostředek komunikace uváděli zpěv, ovšem jako součást konceptu péče.

Dalším prvkem, který se v praxi uplatňuje u tohoto komunikačního přístupu, je doplňování orální řeči a vokalizace gesty, posunky či předměty běžné denní potřeby (např. „Budeme jíst – srozumitelně říkáme a ukazujeme lžící.“). Poskytovatelé také uvedli, že u silně nedoslýchavých pacientů doplňují orální řeč, kromě gest i prstovou abecedou.

4.1.2.3 Makaton

Makaton je komunikační systém, který užívá znaky (gesta) doplněné mluvenou řečí a symboly. Znakují se pouze klíčová slova. Slovník Makatonu obsahuje přibližně 350 znaků, které jsou uspořádány do 8 stupňů (etap). Existuje ještě 9. stupeň, což je přídatný slovník, který obsahuje obvykle 35-40 slov vycházejících z potřeb jednotlivce (srov. Janovcová, 2003). Makaton je jednodušší komunikační systém než znakový jazyk, protože Makaton na rozdíl od znakového jazyka nevyžaduje jemnou motoriku, ale klienti si vystačí se zapojením motoriky hrubé.

Využívání Makatonu bylo mezi poskytovateli sociálních služeb u osob s demencí zastoupeno výrazně méně, než v případě výše uvedeného konceptu orální řeči a vokalizace. Někteří poskytovatelé uváděli, že pracují s omezeným počtem znaků, případně manuálním znakováním jednotných významů, doplněných verbální jednoduchou řečí a gestikulací. V průzkumu bylo také uvedeno, že poskytovatelé pracují s vlastními znaky uživatelky, přičemž mají slovník, který popisuje, co který znak znamená.

4.1.2.4 Znak do řeči (Teng til tale)

„Tento systém pochází z dánské praxe, v níž je známý pod názvem Teng til tale (TTT), jeho autorem je dánský speciální pedagog Larse Nygard. Ve speciálně pedagogické praxi je tento systém k dispozici především díky autorkám L. Kubové, Z. Pavelové a I. Rádkové (1999), které zpracovaly metodiku a výukovou videokazetu. Znaky tohoto systému vycházejí z podstaty daného slova, přirozených gest a mimiky, dalším zdrojem je znaková zásoba systému Makaton a znakového jazyka. Výhodou Znaků do řeči je možnost užívané znaky přizpůsobit uživateli, v závislosti na jeho motorických možnostech. Prostřednictvím využití Znaků do řeči lze výrazně posílit nápodobu a motivaci ke komunikaci, produkci i porozumění řeči,

vzhledem k charakteru znaků má tento systém v praxi široké využití. Znak do řeči je v praxi využíván jako kompenzační prostředek pro osoby s narušenou komunikační schopností – je zařazován jako funkční doplňující prostředek mluvené řeči“ (Bočková 2015, str. 12).

Využití tohoto přístupu AAK v sociálních službách pro osoby s demencí deklarovala v průzkumu pouze jediná organizace, přičemž zmínili, že tento koncept využívají pouze v omezené míře a používané znaky musí být intuitivní. Pro osoby s demencí je tento koncept již náročný na paměť a porozumění.

4.1.2.5 Znaky podle Anity Portmann

Metoda Znaky podle Anity Portmann vznikla podle švýcarské logopedky a využívá znaky v mluvené řeči podobně jako Makaton a Znak do řeči. Využití tohoto přístupu v AAK deklarovala pouze jediná organizace, přičemž zmínili, že tento koncept využívají pouze v omezené míře a používané znaky musí být intuitivní. Pro osoby s demencí je tento koncept již náročný na paměť a porozumění.

4.1.2.6 Další nástroje a metody AAK bez pomůcek pro osoby s demencí

V rámci realizovaného průzkumu jsme se mimo jiné poskytovatelů sociálních služeb ptali, jaké další nástroje a metody bez pomůcek pro osoby s demencí používají. Poskytovatelé však uváděli buďto další nástroje a metody AAK s pomůckami (jako je např. využití virtuální reality, obrázkových knih, fotografií, piktogramů ad.), případně uváděli koncepty péče uplatňované u lidí trpících demencí (validace, canisterapie). Jako jedinou další zaznamenanou odpověď, týkající se nástrojů a metod AAK, lze z tohoto průzkumu uvést pouze **odezírání**, které je používáno u některých klientů jako další doplňující metoda.

4.1.3 Nástroje a metody AAK s netechnickými pomůckami

Mezi tyto pomůcky řadíme komunikační tabulky, písmena abecedy, slova, věty, fráze, schémata symbolů (např. obrázky, fotografie, předměty), rámy, knihy, světelná ukazovátka, taktilní komunikační desky. Součástí této oblasti je i facilitovaná komunikace. Na základě dotazníkového šetření lze konstatovat, že **poskytovatelé sociálních služeb** používají tyto nástroje a metody AAK s netechnickými pomůckami pro osoby s demencí:

Tabulka 4.3: Nástroje AAK s netechnickými pomůckami

Nástroje AAK s netechnickými pomůckami	Podíl	Počet
Fotografie	54,0 %	61
Předměty	47,8 %	54
Piktogramy	32,7 %	37
Pracovní listy, rozvrhy hodin apod.	27,4 %	31
Komunikační karta	17,7 %	20
Zmenšeniny, makety reálných předmětů	10,8 %	12
Sociální čtení	10,6 %	12
Globální čtení	10,6 %	12
Zážitkové deníky	10,6 %	12
Facilitovaná komunikace	5,3 %	6
Komunikační tabulka (kódovací, klávesnicové, fonetické)	3,5 %	4
Taktilní komunikační desky	2,7 %	3
Komunikační kniha	1,8 %	2
VOKS (Výměnný obrázkový komunikační systém)	1,8 %	2
Ukazovátka (hlavová, ústní, světelná)	0,9 %	1
PECS	0,9 %	1
Rámy/Etran-N	0,9 %	1
Bliss systém	0,0 %	0

Zdroj: ACCENDO, 2020.

4.1.3.1 Fotografie

Nejfrekventovanějším netechnickým nástrojem AAK v zařízeních sociálních služeb dle průzkumu jsou fotografie. Nejčastěji se využívají fotografie míst, kde klienti žijí nebo žili, osobní fotografie ze života klientů a jejich rodiny, domácích mazlíčků, dále fotografie oblíbených lokalit, předmětů denní potřeby, zaměstnanců, známých osobností a fotografie z klientova mládí. Více organizací zmínilo, že je pro klienty zajímavé použití fotografií jídel při tvorbě fotojidelničky. V průzkumu poskytovatel také uvedl, že spolupracuje se zoo a nabízí klientům fotografie zvířat, jako další možnost využití fotografie.

Fotografie jsou využívány jak samostatně (fotografie v rámečku, elektronické fotorámečky), tak najdou uplatnění v rámci jiných pomůcek: fotokalendáře, fotonástěnky, fotokoláže, ftopexesa, biografické listy.

Z hlediska účelu použití fotografií poskytovatelé nejčastěji zmiňovali reminiscenci, aktivizaci a zklidňování klienta pomocí vzpomínek. Fotografie zde také slouží k orientaci v zařízení (fotografie na dveřích pokojů), v čase (fotografie schématu dne), v osobách a rodinných vztazích (fotografie zaměstnanců a rodinných příslušníků). Dále poskytovatelé uváděli použití fotografií při procvičování paměti,

jednání se zájemcem o službu, výběru aktivit, hrách a komunikaci, během které klienti zmiňují zážitky a prožitky o svých blízkých. Jeden z poskytovatelů uvedl využití fotografií v jejich zařízení následujícím způsobem: *„V rámci reminiscenční terapie využíváme dobové rodinné fotografie a vytváříme s klientem (příp. rodinným příslušníkem) tzv. cestu životem (vyprávění). Dále fotografie reálných předmětů – využíváme např. foto umyvadla, WC apod. pro lepší pochopení nebo orientaci klienta. Také fotografie využíváme k označení pokoje klienta, kde umístěná fotografie slouží pro jeho lepší orientaci (fotografie nemusí být pouze z poslední doby, je důležité, na které fotografii se klient poznává, tzn. v jakém čase)“* (ACCENDO, 2020).

4.1.3.2 Předměty

Druhým nejpoužívanějším netechnickým nástrojem AAK dle průzkumu byly předměty. Poskytovatelé v této kategorii uváděli nejčastěji předměty běžné denní potřeby (hrnečky, talířky, lžičky, brýle, kartáček na zuby, ručník apod.), dále ozdoby, polštářky, dekorace, kresby od vnoučat, fotografie, abecedu, obrázkový slovník, televizi, rádio, denní tisk, šperky, talismany, suvenýry, přírodniny, koření, hodinky, kompenzační pomůcky, obaly od potravin a vlastní potraviny. Jedna organizace explicitně zmínila, že využívá speciální nádobí určené pro lidi s demencí; několik poskytovatelů také uvedlo, že používá terapeutické pomůcky, např. panenky a terapeutické kočky. Další poskytovatelé uváděli využívanou možnost přinést si předměty z domácího prostředí klienta do organizace.

Z hlediska využití předmětů uváděli poskytovatelé nejčastěji běžné denní činnosti, aktivizaci, zklidňování, reminiscenci (v průzkumu poskytovatel uvedl za tímto účelem vytvořený tzv. vzpomínkový kufr), cvičení paměti a kognitivních funkcí, ergoterapie, dodržování rituálů klienta, komunikace (především za účelem zjišťování potřeb), stimulace a navození kladných emocí. Využití předmětů v organizaci popsal jeden poskytovatel následujícím způsobem: *„Při každodenních činnostech: např. ‚Máte žízeň?‘ (ukáže se hrnek). ‚Chcete uvařit kávu?‘ (ukáže se káva, kterou pije). Využití terapeutických panenek ke stimulaci smyslových orgánů, navození kladných emocí a podpoře komunikace“* (ACCENDO, 2020).

4.1.3.3 Piktogramy

Třetím nejpoužívanějším netechnickým nástrojem AAK se staly podle dotazníkového šetření piktogramy, piktogramové příručky. Organizace je používají na dveřích (pokojů, jídelen, kluboven, WC, koupelny, fyzioterapie, aktivizační dílna, vedoucí zařízení atp.), označení skříní a úložného prostoru, označení lůžek klientů s kombinovaným zrakovým, sluchovým a verbálním postižením; dále pro tvorbu časového schématu denních činností (např. na nástěnkách u aktivit daného dne), různých organizačních dokumentů (např. smlouva o poskytování služby, denní řád, informace pro nouzové situace, formulář pro podání stížnosti), tvorbu kalendářů, komunikačních knih a komunikačních karet.

Poskytovatelé používají piktogramy prioritně za účelem zlepšení orientace klientů v zařízeních služeb sociální péče a v jejich osobním životě. Dále našli využití při zlepšování pochopení sdělovaných informací od pracovníků v přímé péči pro klienty, při aktivizaci, denních činnostech klientů (oblékání a strava, hygiena, péče o vlastní osobu), při kognitivní rehabilitaci a komunikaci (např. vyjadřování potřeb, představení klienta a navázání hovoru). Poskytovatelé popisovali využití piktogramů např. následujícími způsoby:

- *„Piktogramy používáme při popisu různých místností, v kuchyni – co je umístěné v dané skříňce a na toaletách – moderní splachovadla a zásobníky na toaletní papír, klienti totiž vše hledali, po použití těchto piktogramů jsme problémy vyřešili“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Piktogramová příručka nám usnadňuje komunikaci s klientem v rámci denních činností, při individuálním plánování, i při jednání se zájemci o službu a při uzavírání smlouvy“ (ACCENDO, 2020).*
- *„(Piktogramy, pozn. autora) slouží zejména k orientaci na bytě či v prostorách domova. Značky pro jídlo (lednice), toaletu (aby trefili na záchod), společenskou místnost (aby si došli třeba pro jídlo do kuchyňky)“ (ACCENDO, 2020).*

4.1.3.4 Pracovní listy, rozvrhy hodin apod.

Poskytovatelé sociálních služeb uváděli, že dále pro AAK používají pracovní listy, rozvrhy dne, vzkazové sešity, kalendáře, rozpisy péče, flipcharty, listy života klienta, denní pracovní plány a pracovní postupy. Pracovní listy byly rozmanitého zaměření,

např. omalovánky, spojovačky, písanky, dokreslovačky, vzpomínkové listy, piškvorky; dále matematické pracovní listy, ekonomické pracovní listy a logopedické pracovní listy.

Tyto nástroje našly využití pro trénování paměti, plánování aktivit, předávání a zaznamenání informací, orientaci v čase a denních aktivitách, logopedická cvičení, usnadnění komunikace, lepší pochopení, trénink hospodaření s penězi, ergoterapii, procvičování komunikačních a kognitivních funkcí, procvičování jemné motoriky a představitivosti, procvičování počítání. Jedna z organizací popsala využití těchto pomůcek následujícím způsobem: „*Pracovní listy pro tréninky paměti. Rozvrh aktivit dne – každodenní využití při plánování aktivit. Předávání informací rodině prostřednictvím vzkazového sešitu. Systematické zaznamenávání činností u klienta, které je třeba provést, ale klient si je sám neohlídá a neprovádí se denně (např. objednání obědů, převlečení povlečení)*“ (ACCENDO, 2020).

4.1.3.5 Komunikační karta

Dle výsledků dotazníkového šetření používají poskytovatelé péče rozmanité formáty komunikačních karet, např. komunikační karty s barvami, jídlem, oblečením, přírodou, ovocem, tabulky s písmeny, s obrázky a předtištěnými předměty, soubory tištěných barevných obrázků běžných denních potřeb a činností nebo komunikační karty s vyznačením bolestivých míst na těle klienta.

Komunikační karty najdou uplatnění pro komunikaci pro klienty s jakýmkoliv smyslovým omezením, dále jako pomůcka pro rozvíjení a usnadnění komunikace, aktivizaci klienta, zaznamenávání informací. Poskytovatel popsal, jak úspěšně využili komunikační karty s obrázky u klienta s demencí s poruchou řeči: „*Uživatel s poruchou řeči využíval tyto obrázky ke komunikaci s pracovníky. Vybral příslušný obrázek s předmětem, o který měl zájem, případně s činností, kterou chtěl provádět. Tímto způsobem byla navázána komunikace s uživatelem, která se stala běžnou. Klient měl saturované své potřeby*“ (ACCENDO, 2020).

4.1.3.6 Zmenšeniny, makety reálných předmětů

Jako příklady zmenšenin a maket poskytovatelé uváděli zmenšeniny domácích mazlíčků a zvířat obecně, křížky, hračky, plyšové figurky, kartáček na zuby, hrnek, záchod, krabičku, talíř, lžičku, konvičku na zalévání květin, šrouby a matice, hodiny a botu na zavazování.

Účelem těchto nástrojů je aktivizace, stimulace, reminiscence, relaxace, uvolnění a hra, jak ukazují následující příklady:

- *„Klientka má svou kočičku o, kterou se stará – doma měla kočky. Klientka je klidná, usměvavá, klidně spí...“* (ACCENDO, 2020).
- *„Ráno připraví asistentka na lištu zástupné předměty dle daného rozpisu. Uživatelka předtím, než jde činnost vykonávat, vezme zástupný předmět z lišty a jde s ním tam, kde činnost potřebuje vykonat, tam ho umístí do čtverce na zdi. Po vykonání činnosti ho vezme zpět a dá do košíčku, kde je zástupný předmět až do druhého dne“* (ACCENDO, 2020).
- *„Plastové kopie šroubků a matic dokáží výtečně podpořit schopnosti motoriky a podporu logického myšlení“* (ACCENDO, 2020).

4.1.3.7 Sociální čtení a Globální čtení

„Sociální čtení lze charakterizovat jako poznávání, interpretaci a přiměřené reagování na zraková znamení, symboly, piktogramy, slova a skupiny slov, které se objevují v okolním prostředí“ (Kubová, 2011).

Cca 10 % organizací odpovědělo, že jako metodu AAK využívá také sociální čtení. Po bližším prozkoumání telefonickým dotazováním je nutné konstatovat, že asi u poloviny těchto odpovědí jsme zjistili, že někteří poskytovatelé si vyložili sociální čtení jako „skupinové čtení“ a „předčítání“, což neodpovídá definicím této metody.

Z poskytovatelů, kteří odpověděli správně, bylo zmiňováno přiřazování konkrétních obrázků ke konkrétním situacím (např. v situaci nakupování s průvodcem), případně používali soubory obrázků a textů, třeba dokumenty doplněné o piktogramy nebo obrázkové kartičky doplněné o text. Jako účel této metody poskytovatelé uváděli aktivizaci a komunikaci, kdy např. pomocí připravených učebních materiálů s obrázky, texty, piktogramy, obrázkovými symboly klienti vyslovují slova a věty.

V případě globálního čtení opět odpovědělo cca 10 % zařízení, že tuto metodu využívá, po dotázání pouze malý počet poskytovatelů se rozhodl svoji odpověď upřesnit. Ti, kteří tak učinili, zmiňovali její využití při logopedii a aktivizacích jako zábavnou a podpůrnou metodu (např. v tématech o jídle) nebo jako podporu pro

zachování dosavadních znalostí (např. formou spojení obrázku a konkrétní činnosti či názvu).

4.1.3.8 Zážitkové deníky

Zážitkové deníky využívané v zařízeních sociálních služeb měly několik podob: deníky, kroniky společných akcí a aktivit, zážitkové obrazy, fotografie z pořádaných akcí zařízení, sociální knihy zaznamenávající denní aktivity, časopis, jenž je tvořen v zařízení, cestovatelské deníky a vzpomínkové listy.

Poskytovatelé využívali tyto nástroje k aktivizaci, reminiscenci, jako podporu dlouhodobé i krátkodobé paměti a pro podporu orientace a poznávání.

4.1.3.9 Další nástroje AAK s netechnickými pomůckami

Další nástroje AAK s netechnickými pomůckami se objevovaly v dotazníku výrazně méně, proto budou stručně popsány v rámci této části.

Zařízení, která uvedla, že využívají facilitovanou komunikaci, tak činí u osob s komunikačním či smyslovým omezením pro zlepšení dorozumívání. Někteří poskytovatelé uváděli, že pro facilitovanou komunikaci používají kartičky s obrázky nebo podpůrný rozhovor. Kartičky s obrázky slouží k navázání komunikace u klientů, kteří nemohou mluvit, ale mohou se dorozumívat například ukazováním či pohybem prstů, očí. Podpůrný rozhovor zase slouží k vyjasnění nedorozumění, podání stížnosti a usnadnění vzájemné domluvy mezi klienty. Dle poskytovatele lze použít komunikační tabulky k psaní textu, případně ke kreslení.

Z průzkumu vyplynulo, že poskytovatelé také využívají nácviku používání emočních schémat: Kartička s emocí se vlepí do horní části karty, kde je nakreslen obličej klienta. Úkolem je rozeznat a pojmenovat emoci. Např. „já se směji“ – a usmát se.

Dále poskytovatelé využívají pro práci s osobami s demencí taktilní hmatové vnímání, např. v sáčku jsou předměty, které klienti poznávají, tvary a materiály, také případně zjišťují jejich vůni. Se zavázanýma očima hledají předměty i v misce s rýží, pískem. Poskytovatelé dále uváděli, že používají vlastnoručně vyráběné křížovky pro seniory, terapeutické panenky a „reálné předměty“, např. retro výrobky nebo jejich fotografie. Tyto předměty našly uplatnění především v aktivizaci klientů.

Někteří poskytovatelé uvádějí, že v případě AAK propojují různé metody, pomůcky a nástroje. Při využití AAK se snaží zapojit všechny dostupné komunikační schopnosti uživatele. Využívají zbytky mluvené řeči, vokalizaci, přirozená gesta, mimiku s podporou komunikačních karet, předmětů apod., tím zvyšují aktivitu uživatele, umožňují jeho samostatné rozhodnutí a vyjadřování a snižují pocit nemohoucnosti.

Mezi nástroji AAK byla uvedena i magnetická tabule na kterou jsou umisťovány magnety s písmenky, obrázky s běžnými věcmi, pod nimiž je napsán jejich název. Obrázek se umístí do rohu tabule a klient podle předlohy sestavuje slovo.

4.1.3.10 Prostředky, které poskytovatelé sociálních služeb pro osoby s demencí používají pro tvorbu netechnických pomůcek AAK

Při výrobě netechnických pomůcek AAK si poskytovatelé nejčastěji stáhnou obrázky nebo piktogramy z internetu, zapojují velmi aktivně svou kreativitu, např. kreslí, fotí, rozstříhávají staré kalendáře. Minimální je u nich využívání speciálních softwarů, viz níže uvedená tabulka.

Tabulka 4.4: Prostředky pro tvorbu netechnických pomůcek AAK

	%	Počet
Stáhnou z internetu a vytvořím to v prostředí MS Word, MS PowerPoint	36,3 %	41
Vytvořím fotografie, nakreslím pomůcku	34,5 %	39
Pro tvorbu netechnických pomůcek využiji výstupů z aplikací pro iPad (Grid Player, GoTalk NOW) nebo aplikace pro Android (Speech Mate)	4,4 %	5
Máme zakoupený specializovaný software (SW) pro tvorbu netechnických prostředků, např. Symwriter 1,2, InPrint 3, Boardmaker, Altík 2.0.	3,5 %	4

Zdroj: ACCENDO, 2020.

Poskytovatelé tvoří fotografie, kreslí nebo vytvářejí pomůcky, za pomoci fotoaparátu, časopisů, letáků, laminovacího stroje a dalších kancelářských potřeb, jako jsou pastelky, tužky, fixy, lepidlo či nůžky. Spolupracují také s rodinami klientů, ty dodávají potřebné fotografie, se kterými se dále pracuje – např. vyrábí z obrázků a fotografií puzzle, fotoschéma. Dále poskytovatelé vyrábí domovní znamení na označení dveří, piktogramy, omalovánky, listy na grafomotoriku a kartičky s obrázky činností. Do výroby pomůcek AAK poskytovatelé zapojují své klienty formou ergoterapií, které slouží k aktivizaci a rozvoji kognitivních schopností. Kreativita poskytovatelů při vytváření pomůcek je velká: „Pro fotoschéma vytvoříme fotografie, na kterých je jednoduše zobrazena situace s klientem nebo bez něj nebo osoba, zvíře, kterou klient k situaci přiřazuje“ nebo „Nakreslíme pomůcku, např. karty

s obrázkem, vystříhneme a používáme jako poznávací karty. Rozstříháním obrázků vytvoříme puzzle“ (ACCENDO, 2020).

Poskytovatelé samostatně vyhledávají a stahují potřebné informace, obrázky, piktogramy, fotky atp. z internetu a upravují je na PC, v programech jako je MS Word, MS PowerPoint, MS Excel a Picassa. Poté je tisknou (případně i laminují) a z nich dále vytvářejí např. fotoknihy, organizační dokumenty (např. zjednodušená vnitřní pravidla zařízení), kartičky s obrázky činností, omalovánky, přesmyčky, cvičení pro kognitivní trénink a reminiscenci, pracovní listy a rozpisy.

Pro tvorbu netechnických pomůcek jsou velmi málo využívané výstupy z aplikací pro iPad; poskytovatelé zmiňovali aplikace Grid Player, GoTalk NOW a Speech Mate (pro zařízení s Androidem). V případě zakoupení specializovaného softwaru pro tvorbu netechnických prostředků, poskytovatelé uváděli programy Symwriter, Altík, Boardmaker a Brain Jogging od Happy Neuron.

4.1.4 Nástroje a metody AAK s technickými pomůckami

Mezi tyto nástroje patří elektronické pomůcky a počítače, např. počítače s hlasovými výstupy, zařízení s hlasovým výstupem (tzv. komunikátory), přepis mluvené řeči do psané podoby (např. JetVoice), programy pro nápovědu slov. Na základě sociologického průzkumu lze konstatovat, že **poskytovatelé sociálních služeb** pracující s osobami s demencí používají nástroje a metody AAK s technickými pomůckami omezeně (viz tabulka níže).

Tabulka 4.5: Nástroje AAK s technickými pomůckami

Nástroje AAK s technickými pomůckami u poskytovatelů soc. služeb pro osoby s demencí		Podíl	Počet
Primárně neúčelová elektronická zařízení pro AAK	Používáme notebook	13,3 %	15
	Používáme iPad/tablet	9,7 %	11
	Používám stolní počítač nebo All-in-One PC	8,0 %	9
	Používáme mobil s aplikací pro AAK	3,5 %	4
	Jiné/další	5,3 %	6
Primárně účelová elektronická zařízení pro AAK	Základní jednotlačítková a dvojtlačítková zařízení s hlasovým výstupem (tzv. komunikátory), např. jednotlačítkový „komunikátor“ od Petit nebo od GoTalk Button, Dvoutlačítkový komunikátor iTalk2 atd.	4,4 %	5
	Vícetlačítková zařízení s hlasovým výstupem, např. vícetlačítková zařízení firmy GoTalk	2,7 %	3
	Jiné/další	1,8 %	2
	Zařízení s hlasovým výstupem a s dynamickou obrazovkou, např. Indi, Grid Pad	0,0 %	0
Zařízení pro usnadnění ovládání	Spínač (switch) ovládání zařízení (aktivace/deaktivace) nahrazující funkci tlačítek, přivolání asistenta, zapnutí televize, např. Spínač Smoothie Switch, Spínač fungující na bázi nádechu/výdechu	5,3 %	6
	Jiné	1,8 %	2
	Upravené/speciální myši „trackball“ a joysticky, např. speciální joystick pro ovládání za pomoci orofaciální části nebo IntegraMouse+	0,9 %	1
	Senzory pro „bezdotykové“ ovládání zařízení; Senzorické snímání pohybu jednotlivce, např. měření polohy hlavy pomocí reflexních snímačů: SmartNAV 4: EG nebo snímač očních pohybů Eye Tracker, PCEye Plus či myGaze	0,9 %	1
	Upravené a konfigurovatelné klávesnice	0,0 %	0

Zdroj: ACCENDO, 2020

4.1.4.1 Primárně neúčelová elektronická zařízení pro AAK

Poskytovatelé nejčastěji používají zařízení, která mají k dispozici, ale nejsou primárně určená pro AAK. Především se jedná o notebook, vzhledem k jeho mnohostrannému využití pro klienty: prezentace a promítání, pouštění hudby (např. fotografií, filmů, operet, písní, dokumentů), vyhledávání nejrůznějších informací, aktivizační činnosti, sluchovou a zrakovou stimulaci, kognitivní trénink a reminiscenci. Jedno zařízení uvedlo, že má na notebooku nainstalován program NVDA, což je open-source program na odečítání obrazovky, který pomáhá jejich klientovi s orientací při práci na notebooku.

iPad či tablet obecně se používá pro čtení, hledání fotek, článků, tematická přísloví, pouštění písniček, ukázky fotografií, aktivizační činnosti, kvízy a různé hry, vzdělávání a komunikaci s klientem včetně sdělení potřeb. Jedna organizace uvedla, že nejčastěji používá aplikaci GoTalk NOW.

V případě použití stolního počítače a All-in-One PC poskytovatelé uváděli, že využívají tato zařízení pro sluchovou a zrakovou stimulaci, pouštění hudby, filmů, obrázků, kognitivní trénink, reminiscenci, dopisování s rodinnými příslušníky, trénink psaní a práci s internetem.

Mobil s aplikací pro AAK využívají pouze čtyři zařízení. Dvě organizace uvedly, že používají hlasové asistenty (např. aplikace Řečový asistent), kdy je klient hlasově upozorněn, kdo mu volá a jaké akce provádí na telefonu. Jedno zařízení zmínilo použití mobilu na ukazování médií, např. fotek, gifů a videí. Někteří poskytovatelé se staví k využití mobilu u klientů s demencí velmi skepticky, např.: *„Průměrný věk našich klientů je 86,6 let, nelze předpokládat, že by byli schopni se v tomto věku a s diagnózou demence naučit pracovat s věcmi, které nikdy neviděli a které neovládali ani jako mladí a zdraví“* (ACCENDO, 2020).

Mezi další, primárně neúčelová, zařízení pro AAK poskytovatelé uvedli: Promítací zařízení (primárně určeno k aktivizaci seniorů, je možné použít pro komunikaci prostřednictvím obrázků, symbolů), „mluvící fotoalbum“ (po zmáčknutí se u konkrétní fotky ozve hlasový výstup, který oznamuje, kdo je na fotce, nebo co se děje na fotce), CD přehrávač, iPod Shuffle (určen k poslechu hudby, má jednoduché ovládání pro klienty), kognitivní kufřík a reminiscenční kout.

Dvě organizace uvedly, že u jejich klientů s demencí trpících i hluchotou používají ke komunikaci psaní na notebooku ve zvětšeném písmu: personál píše, co se bude dít, a klienti odpovídají.

4.1.4.2 Primárně účelová elektronická zařízení pro AAK

Poskytovatelé sociálních služeb pro osoby s demencí tyto zařízení používají minimálně. U základních jednotlačítkových a dvoutlačítkových zařízení s hlasovým výstupem (tzv. komunikátorů) někteří poskytovatelé uvedli, že komunikátory mají k dispozici v půjčovně. U vícetlačítkových zařízení jeden poskytovatel uvedl, že využívá komunikátor GoTalk. Z dalších pomůcek jeden poskytovatel uvedl, že používají sluchátka Audioport A200. V případě taktilních komunikačních desek jen jeden poskytovatel uvedl, že využívá interaktivní dotykový stůl SenTable.

4.1.4.3 Zařízení pro usnadnění ovládání

Poskytovatelé sociálních služeb pro osoby s demencí používají v malé míře zařízení pro usnadnění ovládání především v podobě zvonků na přivolání, které se dají upevnit na zápěstí jako hodinky; dále spínače na přivolání pomoci, ovládání polohovací postele a připojení k PC. Jeden z poskytovatelů doporučil spínače kombinovat s chytrou zásuvkou „Powerlink“, která dokáže zapínat jednotlivé spotřebiče – lampičku, větrák, a to pouze stisknutím tlačítka.

Dále poskytovatelé uváděli, že používají signalizační zařízení na každém pokoji, náramky z tísňové péče a virtuální brýle. Jedna organizace napsala, že ve výbavě má trackbally, joysticky, speciální myši (IntegraMouse) a zařízení pro sledování očí Tobii Dynavox.

4.1.4.4 Speciální software určený pro podporu v AAK

Do této kategorie řadíme software na přímou podporu AAK komunikace, software, jehož primárním cílem je podpora přístupnosti k danému zařízení či vzdálené ovládání jiných zařízení a software pro výuku osob s potřebou AAK. Na základě sociologického průzkumu lze konstatovat, že **poskytovatelé sociálních služeb** u osob s demencí používají minimálně tento speciální software určený pro podporu v AAK (viz níže uvedená tabulka).

Tabulka 4.6: Speciální software pro podporu v AAK

Používání speciálního software pro podporu v AAK u poskytovatelů soc. služeb pro osoby s demencí		Podíl	Počet
Software na přímou podporu AAK komunikace	Používáme iPad s aplikací: Grid Player, Widgit slovník, GoTalk NOW	0,9 %	1
	Používáme mobil/tablet s aplikací pro Android Speech Mate	0,9 %	1
	Používám PC se softwarem Grid 3, popřípadě Grid 2	0,0 %	0
	Jiné/Další	0,9 %	1
Software, jehož primárním cílem je podpora přístupnosti k danému zařízení či vzdálené ovládní jiných zařízení	SW umožňující zjednodušit a co nejvíce individualizovat uživatelské prostředí (pozn. do této skupiny lze také zařadit i programy primárně určené pro osoby se zrakovým postižením aj.) – ZoomText, NVDA, Guide, KobaSpeech, Click-N-Type Keyboard, Dwell	2,7 %	3
	SW umožňující ovládní vzdálených zařízení, tzv. ovládní „chytré domácnosti“, mobilních telefonů apod. – aplikace Servus (součástí programu Grid), Remote Phone Call	0,0 %	0
	SW nabízející ovládní zařízení pomocí hlasových příkazů/povelů, např. My Voice, Jet Voice, My Dictate	0,0 %	0
	SW určené pro konfiguraci spínačů, např. Switch Driver 6	0,0 %	0
	SW s možností ovládat zařízení pomocí systému skenování, např. ACKeypad, tuto možnost nabízí i Grid 3	0,0 %	0
	SW Jiné	0,0 %	0
SW pro výuku osob s potřebou AAK	Look to Learn obsahuje přes 40 her edukativního charakteru včetně nácviku schopnosti ovládat zařízení jiným způsobem, než za pomoci běžné myši/klávesnice	0,0 %	0
	Programová sada společnosti Petit (programy Média Pasivní sledování a Brepta, Globální slabikář)	0,0 %	0
	Grid 2 i 3, jehož součástí jsou i hry edukačního charakteru (příčina – následek / výběr z možností / podpora pozornosti apod.)	0,0 %	0

Zdroj: ACCENDO, 2020

Jak je patrné z frekvenční tabulky, speciální software určený pro podporu v AAK u lidí s demencí využívá pouze několik málo poskytovatelů. Jedna organizace uvedla, že používá iPad s aplikací GoTalk NOW, někdy ojediněle i program Grid Player. Jiný poskytovatel napsal, že jejich klient s demencí a zrakovým postižením používá pro komunikaci PC s programem NVDA.

4.1.5 Koncepty péče pro osoby s demencí, při kterých jsou využity AAK metody a nástroje

Výzkum a aplikace konceptů péče o osoby s demencí je multidisciplinární oblastí na pomezí medicíny, psychologie, pedagogiky, ošetřovatelství, a proto není zcela stabilizovaná terminologie ani jednoznačné vymezení a klasifikace těchto konceptů, např. dle Fertařové a Ondriové (2020) lze mezi koncepty zařadit:

- 1) Kognitivní trénink,
- 2) Snoezelen terapii,
- 3) Reminiscenční terapii,

- 4) Validaci podle Naomi Feil,
- 5) Využití terapeutických panenek/pomůcek,
- 6) Psychobiografický model péče podle Erwina Böhma.

V této studii na základě sociologického výzkumu je nutno tyto koncepty rozšířit o následující:

- 7) Smyslovou aktivizaci,
- 8) Bazální stimulaci,
- 9) ABA – techniky a metody z aplikované behaviorální analýzy.

Na základě sociologického průzkumu lze konstatovat, že **poskytovatelé sociálních služeb** nejčastěji využívají koncepty péče pro osoby s demencí v níže uvedené v tabulce, a to smyslovou aktivizaci (do které zahrnuli i Snoezelen terapii), bazální stimulaci, reminiscenci, validaci, při kterých jsou využity metody a nástroje AAK k dosažení aktivizace osob s demencí. AAK je v tomto případě součástí cíleného přístupu práce s osobou s demencí.

Tabulka 4.7: Koncepty péče pro osoby s demencí v zařízeních sociálních služeb

Koncept péče pro osoby s demencí	Podíl	Počet
Smyslová aktivizace / Snoezelen terapie	54,0 %	61
Bazální stimulace	51,3 %	58
Reminiscenční terapie	12,4 %	14
Validace	10,6 %	12
Aplikovaná behaviorální analýza	9,7 %	11
Psychobiografický model péče	6,2 %	7
Zooterapie	6,2 %	7
Fyzická aktivizace	5,3 %	6
Muzikoterapie	4,4 %	5
Jiné	20,4 %	23

Zdroj: ACCENDO, 2020.

4.1.5.1 Smyslová aktivizace

Základem Smyslové aktivizace je pedagogická činnost rakouské učitelky Lore Wehner, M.A. z let 1984-2004, která působila nejprve ve smyslové rané podpoře

a rozvoji opožděných dětí. Následně tento koncept rozvinula pro seniory ve vyšším věku a pro osoby se zdravotním postižením⁴.

„Metoda (Smyslové aktivizace, pozn. autora) vychází z toho, že člověk s demencí ztrácí krátkodobou paměť, ale dobře mu funguje paměť dlouhodobá. Je tedy dobré mu udržet nebo připomenout schopnosti, které měl již dávno.“⁵

Poskytovatelé sociálních služeb uváděli, že koncept Smyslové aktivizace je využíván k zachování schopnosti klientů v sebepěči, nácviku sebeobsluhy. Tím dochází k oddálení známek progresu onemocnění, což přispívá k udržování stávajícího stavu. Dále uvádějí, že koncept Smyslové aktivizace pomáhá celkové relaxaci a podporuje udržení kognitivních funkcí osob s demencí. Další uváděnou zkušeností je udržování sociálních vazeb mezi klienty, jejich rodinami a pracovníky v přímé péči. Cílem je rozvoj samostatnosti klienta, včetně umožnění verbální a neverbální komunikace pomocí metod a nástrojů AAK. Cílem Smyslové aktivizace je zkvalitnění života klientů, zajištění jejich kontaktů s předměty, materiály (pomůcky AAK), které jsou jim blízké, a které jim pomáhají zachovat smyslové vnímání. Někteří poskytovatelé využívají tohoto konceptu pro zapojení klienta všemi jeho smysly do běžné náplně dne, přičemž mu chtějí umožnit, aby se klient cítil jako by byl plnohodnotný člen společnosti.

Někteří poskytovatelé uvedli, že využívají komplexní podobu Smyslové aktivizace, kdy u klientů stimulují všechny smysly, jmenovitě: zrakovou stimulaci pomocí pobytů na zahradě s terapeutickými prvky, kognitivním tréninkem s použitím solných lamp a světýlek, dále stimulaci sluchu pomocí pravidelných hudebních aktivit s prvky reminiscence a pouštění audioknih či hudebních nahrávek, stimulaci chuti, kdy se klienti zapojují do přípravy jídel a jeho ochutnávek a navštěvují cukrárny a kavárny v okolí střediska, stimulaci čichu pomocí aromalamp v pokojích a vonných relaxačních koupelí a konečně stimulaci hmatu pomocí hmatového pexesa, ergoterapie a dalších pomůcek AAK.

⁴ Koncept Smyslové aktivizace přinesla do České republiky Ing. Hana Vojtová, která s ním poprvé přišla do styku na zahraniční stáži v Rakousku, v letech 2008-2009. Koncept ji zaujal a po svém návratu domů se obrátila na Lore Wehner s myšlenkou zavést ho do české praxe, do Domova seniorů Mistra Křišťana v Prachaticích. V roce 2010 se tento domov stal tak prvním certifikovaným zařízením v konceptu Smyslové aktivizace u nás (Vojtová, 2014). V roce 2015 Ing. Hana Vojtová založila a dodnes řídí Institut Smyslové aktivizace.

⁵ <https://smyslovaaktivizace.cz/o-konceptu/>

Další využití konceptu Smyslové aktivizace poskytovatelé uvádí při hygienické péči, při stravování, při dalších činnostech spojených s péčí o vlastní osobu, volnočasových aktivitách i aktivizačních činnostech, individuálním plánování, trénování paměti, reminiscenci, zlepšování jemné a hrubé motoriky a orientaci v současném světě. Některá zařízení Smyslovou aktivizaci provádí pomocí konceptu Snoezelen, tedy jsou vybaveni speciálními prostory, určenými k poskytnutí pozitivně naladěného prostředí, které může mít funkci relaxační, poznávací, interakční a reminiscenční. Jiní poskytovatelé zase za účelem smyslové aktivizace konají tematické besedy, vždy podle postižení cílové skupiny osob s demencí.

Jak uváděli poskytovatelé, Smyslová aktivizace pomáhá odkrývat zdroje klienta, které v některých případech mohou zůstat neobjeveny a tím paradoxně zhoršují jeho celkový stav. Pokud je umožněno seniorovi zapojení do běžných denních aktivit v rámci Smyslové aktivizace, tak dojde k odhalení jeho momentální schopnosti v oblasti sebeobsluhy, ale i mentální úrovně. Na základě takového zjištění lze pak rozšířit množství úkonů sebeobsluhy v režii samotného klienta, případně s lehkou podporou či dopomocí pracovníků v přímé péči nebo osoby pečující. Někteří pracovníci v přímé péči chápou Smyslovou aktivizaci nejen jako smysly stimulující, ale také smysly chránící, např. přizpůsobení světla v místnosti, aby neobtěžovalo klienty, případně je zde snaha o eliminaci nepříjemných a rušivých zvuků a dalších vjemů.

4.1.5.2 Bazální stimulace

Koncept Bazální stimulace vytvořil německý speciální pedagog prof. Andreas D. Fröhlich v sedmdesátých letech 20. století v Německu.⁶ *„Bazální stimulace® je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Ošetrovatelská péče nebo pedagogická praxe je v konceptu strukturovaná tak, aby byly podporovány zachovalé schopnosti (komunikační a pohybové) klienta (...) Předpokladem je také práce s autobiografií (individualitou) klienta a integrace jeho příbuzných do ošetrovatelského nebo pedagogického procesu. Koncept má vypracované rehabilitační techniky pro stimulaci vnímání tělesného schématu (somatická stimulace), vestibulární stimulaci,*

⁶ Propagátorkou bazální stimulace v ČR je zdravotní sestra PhDr. Karolína Maloň Friedlová, PhD., která založila v České republice Institut bazální stimulace, jehož je ředitelkou.

vibrační, taktilně-haptickou, chuťovou, optickou, auditivní a olfaktorickou stimulaci. Bazální stimulace® je integrovatelná do klinické péče (intenzivní medicína, neonatologie, následná péče) a také do neklinické praxe (domovy pro seniory, ústavy sociální péče, speciální školy, hospice a domácí péče). U klientů s nezvratnými změnami jejich tělesného a duševního stavu výrazně podporuje kvalitu jejich života.“⁷

Poskytovatelé sociálních služeb uváděli, že koncept Bazální stimulace nachází velmi významné využití u klientů v rozvinuté fázi demence, zvláště u těch, kteří již verbálně nekomunikují, nejsou schopni navázat nebo udržet zrakový kontakt a jsou plně imobilní nebo omezeně pohybliví na lůžku. Koncept je používán k stimulaci osob s demencí v podpoře jejich vnímání, při komunikaci a hybnosti, udržení vědomí osobnosti o sobě samém, uvolnění od bolesti a zlepšení dýchání. Může mít podobu somatické stimulace (tělesné podněty jako masáže či doteky), vestibulární stimulace (orientace v prostoru a jeho uvědomování si v něm) či vibrační stimulace (vnímání vibrací a chvění vlastního hlasu). Poskytovatelé v praxi uplatňují doteky a masáže, stimulace lidským hlasem, doprovod klientů v prostoru, pouštění známých zvuků či písní a podávání oblíbených jídel a tekutin pro stimulování chuti. Některá zařízení doplňují Bazální stimulaci o podporu známých podnětů, jednoduchou komunikaci, orientaci na známé věci a zkušenosti s pomocí AAK pomůcek a metod.

Další využití Bazální stimulace dle poskytovatelů je také pro zklidnění uživatelů, nejen pro jejich aktivizaci. Zklidnění může mít podobu pevného objetí nebo zabalení do peřin, aby se klient cítil bezpečně, jistě a byl v psychické pohodě. Poskytovatelé dále popisovali aplikování Bazální stimulace v průběhu provádění hygieny a jako nástroj prevence proleženin. U klientů po cévní mozkové příhodě je Bazální stimulace prováděna pro povzbuzení zasažené části těla k její opětovné aktivizaci. AAK je pevnou součástí konceptu Bazální stimulace, jelikož umožňuje klientům a pracovníkům v přímé péči odstraňovat zcela nebo částečně komunikační bariéry. V případě neschopnosti klienta porozumět mluvenému slovu (porucha receptivní složky řeči) metody a nástroje AAK umožňují klientům i pracovníkům v přímé péči

⁷ <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>

vzájemně si porozumět případnou neverbální komunikací (gesta, mimika, dotek, úsměv, obrázky, piktogramy, předměty denní potřeby apod.).

4.1.5.3 Práce se vzpomínkami (reminiscence)

„Využití vzpomínek v práci se seniory rozšířila v Evropě Angličanka Pam Schweizer, původní profesí herečka. Její myšlenka dramaticky ztvárnit příběhy, které se objevují ve vzpomínkách starých lidí, a přenést divadelní hry nastudované profesionálními herci přímo do seniorských zařízení, se setkala s velkým ohlasem obyvatel těchto zařízení. Pam Schweizer pak vytvořila reminiscenční komunitní centrum v Londýně (...) Bylo prokázáno, že práce se vzpomínkami zlepšuje psychický, funkční a zdravotní stav seniorů (...) Reminiscenční aktivity mohou probíhat formou skupinových setkání, ale především při každodenním individuálním kontaktu pracovníků s klientem“ (Janečková in Matoušek at al., 2010, str. 188-189).

Poskytovatelé sociálních služeb uváděli, že reminiscence je využívána k navázání komunikace s uživatelem, výběru témat ke konverzaci, zlepšení vlastní komunikace uživatele, přičemž prioritou je prolomení komunikační bariéry, tam, kde je zachována schopnost verbální komunikace, ale klient nemá motivaci hovořit. Proto se používá pro zlepšení motivace, aby klienti byli ochotní mimo jiné vykonávat také úkony denní potřeby. Někteří poskytovatelé spolupracují s rodinami klientů při prohlížení osobních, rodinných fotografií, při používání důvěrně známých předmětů, které klient znal ze svého prostředí a při děláních věcí, které rád vykonával v minulosti. Tento přístup je používán pro skupinovou i individuální aktivizaci. Někteří poskytovatelé také upravují prostředí, ve kterém se klienti nacházejí, rozmísťují v něm předměty, které u nich povzbuzují vzpomínky na jejich životy v dětství a mládí (fotografie známých zpěváků z dob mládí, kopie časopisů s událostmi, které se v minulosti staly - např. sportovní utkání), případně s klienty navštěvují tematické výstavy např. vlastivědné, urbanistické, a tak si senioři připomínají paměť měst, kde dříve žili.

4.1.5.4 Validace

Validační terapie jsou považovány za jeden z prvních nefarmakologických přístupů k aktivizaci osob s demencí. Validovat někoho znamená přijmout jeho emoce, říci mu, že jeho emoce jsou pravdivé. Tento koncept přihlíží k tomu, jaké emoce klient prožívá a snahou je ho jimi provést, prožít si je znovu, nic nevyvracet ani

nevytěšňovat, a to jak verbálně, tak pomocí písni či hudby a dotyků (podrobněji Fertařová a Ondriová, 2020, str. 56–72). Klientům se vrací kontrola nad svou osobností, zlepšuje se řeč, obnoví se společenská interakce, kontakt se sebou samým a tím i pocit spokojenosti, klidu a bezpečí. Demence a jiné poruchy sice nezmizí, ale v jakémkoli jejich stadiu lze pomocí validace podstatným způsobem zlepšit kvalitu života (Janečková in Matoušek at al., 2010, str. 186).

Nejčastěji poskytovatelé sociálních služeb zmiňovali přístup Validace podle Naomi Feil, která zdůrazňuje: „*Metoda validace podporuje velmi starého člověka, aby dosáhnul svých cílů, ne těch našich*“ (Procházková, 2012). Silně závisí na osobním profilu klienta, jeho biografii. Na velkém významu nabývá validace u klientů, kteří již nejsou schopni verbálně komunikovat. Někteří poskytovatelé uvedli, že jde z jejich pohledu o metodu s vysokým potenciálem, kterou ale zatím využívají okrajově, resp. jsou využívány její jednotlivé prvky

Některé z principů validační terapie, které vyvábí obsah/způsob použití pro AAK metody a pomůcky (dle Procházková, 2012, upraveno):

1) I nedostatečně orientovaní nebo dezorientovaní staří lidé jsou jedineční a mají svou hodnotu, při použití nástrojů a metod AAK musí být tato skutečnost zohledněna. Ke každému člověku je třeba přistupovat jako k osobnosti, respektovat jej. To se odráží například v oslovení, kdy neoslovujeme „dědo“, nýbrž „pane“ a příjmením případně titulem, pokud si to dotyčný člověk přeje. Tím projevujeme člověku úctu.

2) Nesnažme se osoby s demencí měnit, musíme je akceptovat takové, jaké jsou. Nesnažíme se změnit chování člověka, nýbrž se snažíme plnit individuální potřeby, které mohou být i nesrozumitelným jednáním vyjadřovány. Starší lidé si například někdy stěžují, že nedostávají jíst. Vyžadují jídlo, přestože chvíli předtím jedli. Jejich hlad však zpravidla není po jídle. N. Feil to označuje jako „psychologický hlad“, při kterém lidé hladoví po pozornosti druhých, chybí jim rodina, cítí se sami. Validací přístup pak neznamená vysvětlit jim, že již jedli, nýbrž zjišťovat, co by je „zasytilo“, uspokojilo.

3) Empatické naslouchání vzbuzuje důvěru, zmírňuje strach a navrácí důstojnost. Starší lidé se mohou stydět za věci, které již nezvládají (např. udržovat

pořádek v pokoji) nebo za věci, které se naopak objevují nově a souvisí s věkem či zdravotním stavem (např. inkontinence). V těchto situacích vymýšlí vysvětlení a obviňují jiné (že jim schovávají věci a oni potom nemohou udržovat pořádek, nebo že je někdo polil apod.). Nesoustředíme se na fakta a pravdivost sdělených informací, nýbrž empaticky sdílíme (a na situaci následně reagujeme).

4) Jsou-li bolestivé pocity vyjádřeny, akceptovány a validovány důvěřivým posluchačem, pak slábnou. Bolestivé pocity, které jsou ignorovány nebo potlačovány, získávají na síle. Snažíme se být otevření pocitům, které chtějí staří lidé vyjádřit. Často jsou to vzpomínky na dobu, kdy ještě byli výkonní, užiteční, mluví o tom, jak musí uvařit dětem nebo vyžehlit košile manželovi. Naším úkolem opět není vysvětlit jim, že to již není potřeba, nýbrž přistoupit na vzpomínání. V širším kontextu se může jednat i o pocity pečujících osob. I ti se často potýkají s pocity bezmocnosti, smutku, zlosti a potřebují je sdílet. Pokud by je potlačovali, tyto pocity by pouze narůstaly a prohlubovaly se.

5) Chování velmi starých anebo dezorientovaných lidí má nějaký důvod. Někdy se nám může zdát chování starších lidí nepochopitelné. Chování je odrazem tělesných, sociálních a psychických změn a životních zkušeností. Naším úkolem je pomoci jim vyjádřit pocity, překonávat nevyřešené problémy (které mohou být z dávné minulosti).

6) Důvody k chování nedostatečně orientovaných nebo dezorientovaných velmi starých lidí vychází ze základních lidských potřeb. Lidé ve vyšším věku mají tendenci stahovat se z přítomnosti a vracet se do minulosti, kdy všechno dělali sami, kdy byli užiteční, neměli žádné zásadní zdravotní problémy. Akceptujeme osobní realitu člověka, návrat do minulosti, neboť přítomnost je někdy velmi těžko zvladatelná a přijatelná.

7) Dříve osvojené způsoby chování se vrací, když selhávají verbální schopnosti a krátkodobá paměť. Lidé, kteří již nejsou schopni se dostatečně verbálně vyjadřovat, nahrazují řeč pohyby. Pohyby rtů, jazyka, gesta nahrazují slova. Zrcadlením pohybů a zvuků se dostáváme na stejnou úroveň, což vzbuzuje větší jistotu a sounáležitost. Zde je použití AAK nezbytné.

8) Osobní symboly, které používají nedostatečně orientovaní nebo dezorientovaní starší lidé, reprezentují osoby, předměty nebo koncepty z jejich minulosti a jsou naplněné emocemi. Lidé v současnosti mohou nahrazovat osoby z minulosti, vedoucí domova nahrazuje otce, pečovatelka sousedku. Také předměty mají význam: snubní prsten představuje lásku, vztah, kabelka identitu. Prostor pro použití AAK pomůcek.

9) Nedostatečně orientovaní a dezorientovaní starší lidé žijí na různých úrovních vědomí, často ve stejnou dobu. Starší dezorientovaní lidé mohou v jednu chvíli hledat své rodiče či tvrdit, že je viděli, a když se jich zeptáme, kde je viděli, odpoví, že nikde, že jsou již v nebi. Staré lidi neobelháváme, oni v podvědomí často znají pravdu, jen ji nechtějí přijmout. Prostor pro použití AAK pomůcek.

10) Když slábnou smysly, dochází u nedostatečně orientovaných a dezorientovaných starších lidí k autostimulaci. Používají svá „vnitřní slova“, vidí svým vnitřním okem a slyší zvuky z minulosti. Staří lidé mohou mít velmi živé vzpomínky, slyší plakat své dítě, vidí svého manžela. Opět se jedná o jejich osobní realitu, neměli dostatek času na smutek a vyrovnání se se ztrátou, jejich mozek je stimulován a vyvolává živé vzpomínky.

11) Události, emoce, barvy, zvuky, pachy, chuťové pocity a obrazy odehrávající se tady a teď vzbuzují emoce, které vyvolávají podobné emoce z minulosti. Věci ze současnosti mohou vyvolat vzpomínky z minulosti. Někteří velmi staří lidé ještě zažili válku či koncentrační tábory, hlasité zvuky jako je bouchnutí dveří nebo rachot vozíku s jídlem mohou vyvolat negativní vzpomínky. Vůně určitých jídel může připomenout dobu, kdy lidé neměli dostatek jídla a jedli jen jednoduché a stále stejné věci (např. polévky). Lidé mají také tendenci shromažďovat jídlo, protože zažili hlad a mají obavy, že by tato situace mohla přijít znovu.

4.1.5.5 Aplikovaná behaviorální analýza

Česká odborná společnost aplikované behaviorální analýzy definuje ABA tímto způsobem: *„Behaviorální analýza vychází z principů učení a chování – behaviorismu. Zabývá se funkčním vztahem mezi prostředím a lidským chováním. Na základě podrobné analýzy se snaží zjistit, proč určité chování vzniká a jak ho modifikovat. ABA je přísně individuálně sestavená terapie, která je*

systematická, intenzivní a učí dítě s poruchou autistického spektra či jinými neurovývojovými poruchami modifikovaným vzorcům chování, novým dovednostem ve všech oblastech vývoje způsobem, který je pro tyto děti přijatelný a uchopitelný. Využívá efektivní strategie na posílení a udržení vhodných dovedností a chování, zároveň uplatňuje strategie na eliminaci nebo transformaci chování a projevů nežádoucích. Aplikovatelná je bez věkového omezení, lze její metodikou pracovat od nejtělejšího věku, její benefity jsou prokázány také u jiných neurovývojových postižení, poruch chování, ADHD, osob trpících demencí včetně Alzheimerovy choroby.“⁸

ABA má k dispozici celou řadu metod a desítky technik. Behaviorální principy učení (posilování, vyhasínání, řetězení, tvarování, imitace atp.) lze využít v mnoha různých oblastech lidské činnosti: Učení dětí s PAS, práce s lidmi s Alzheimerovou nemocí atp. (Pančocha, 2017). Větší pozornost tomuto konceptu je věnována v Hrušková, A.; Foldynová, I. a kol. Souhrn způsobů a nástrojů AAK pro osoby s PAS v České republice. Ostrava: ACCENDO, 2020.

Poskytovatelé sociálních služeb, z nichž jen někteří uváděli, že používají koncept aplikované behaviorální analýzy, popisují, že se také snaží ovlivňovat vnímání člověka a jeho reakce na podněty, prostředí, situaci, ale nemusí jít o cílenou a intenzivní terapii, může se jednat o jednání založené na intuitivní bázi osobních asistentek, např. pozorují reakce klientů v různých situacích, aby věděly, jaké stimuly vyvolají patřičnou odezvu, de facto se nejedná o aplikaci celého konceptu ABA. Zároveň přihlížejí např. k vybavení prostředí okolo klienta v jeho známém domácím prostředí, účinkům barev třeba i na oděvu a v okolí klienta, udržování denních rituálů i zvyklostí. Je nutné působit v tomto ohledu i na rodinu klienta a spolupracovat s nimi. Poskytovatelé využívají některé prvky ABA k učení klienta a nácviku sociálních interakcí u osob s demencí. ABA terapie se zaměřuje na programy, při kterých jsou využity AAK metody, nástroje, pomůcky, které jsou podrobně propracovány do jednotlivých kroků a úrovní:

- pozornost (oční kontakt, reakce na pokyn, na své jméno),
- imitace (neverbální – hrubá a jemná motorika, motorika mluvidel a verbální – zvuky, hlásky, slabiky, slova),

⁸ <http://csaba.cz/aba/>

- porozumění řeči a vyjadřovací schopnosti,
- kognitivní dovednosti (přiřazování, třídění, paměť, počítání, barvy, tvary, logické myšlení atd.),
- sebeobsluha (stravování, oblékání, toaleta, hygiena),
- sociální dovednosti (hra a komunikace s vrstevníky),
- řešení problémového chování.

4.1.5.6 Psychobiografický model

Biografická koncepce péče zahrnuje přístupy, které pracují s životním příběhem (biografií) člověka. V České republice je propagátorkou přístupu biografické péče PhDr. Eva Procházková, PhD, která do českého prostředí adaptovala Psychobiografický model (zkráceně PBM) podle prof. E. Böhma:

„Počet desorientovaných a zmatených starých lidí narůstá v souvislosti s prodlouženým stářím, kdy duše a psychika seniora zaostává, kdežto tělo je ještě funkční. Tento paradox je stále více popisován v souvislosti s onemocněním a symptomy demence. Vyrůstá tedy náročnost péče o tyto klienty, ale také zároveň náročnost této klientely na poskytovanou péči, a to hlavně na odbornost poskytovatelů přímé péče, a to jak v nemocnicích, tak v institucích dlouhodobé péče a také v péči domácí. Pro tuto cílovou skupinu je vhodný Psychobiografický model péče, který je prioritně zaměřen na psychiku klienta a jeho psychické potřeby. Model podporuje porozumění mezi dvěma generacemi a mezi poskytovateli a příjemci péče. Tzv. interfusionální aspekt péče popsany Böhmem, který zrcadlí generační a kulturní rozdíly mezi generacemi a který následně ovlivňuje kvalitu poskytované péče.“⁹

Poskytovatelé sociálních služeb uváděli, že na základě znalosti biografie uživatele, poznání jeho životního příběhu, lze poskytovat služby zaměřené individuálně na konkrétní osobu. Pracovník naváže daleko hlubší vztah s uživatelem, porozumí jeho chování a projevům. Některá zařízení přímo zmiňovala, že intenzivně využívají Psychobiografický model podle Ervina Böhma; tedy pracují s životním příběhem a snaží se v něm nalézat podněty pro péči a ty následně v péči uplatňovat. Zabývají se prostředím, činnostmi, které lidé v průběhu dne dělají, aby pro ně byly známé

⁹ <http://www.ebinbio.cz/teorie-pbm/>

a přirozené. Stejně tak se snaží přizpůsobovat tomu, na co byli senioři s projevy demence zvyklí. Během komunikace s klienty jsou využívány především netechnické pomůcky AAK.

Součástí Psychobiografického modelu podle prof. E. Böhma jsou také koncepty **terapie prostředím** a **normality**, které ovšem poskytovatelé sociálních služeb uváděli samostatně, dle zkušeností a zvyklostí v daném místě. Cílem konceptu terapie prostředím je dle poskytovatelů sociálních služeb co nejvíce umožnit uživatelům žít běžný způsob života v prostředí jemu známém, mezi jeho věcmi, je vytvořeno „domácké prostředí“ a nastaveno dodržování pravidelných denních činností dle potřeb uživatelů.

Cílem konceptu normality je dle poskytovatelů sociálních služeb v co největší míře vytvářet klientům takové podmínky, které odpovídají jejich předcházejícímu způsobu života a zvykům, tj. individuální přístup.

4.1.5.7 Zooterapie (felinoterapie, canisterapie, hipoterapie)

Zooterapii můžeme chápat jako podpůrnou léčebnou metodu založenou na vztahu mezi zvířetem a člověkem. Nejčastěji používanými zvířaty, využívanými v zooterapii, jsou psi (canisterapie), kočky (felinoterapie) a koně (hipoterapie). Zvířata musí být pochopitelně patřičně vychována a zvyklá na přítomnost člověka, stejně tak musí mít patřičné hygienické osvědčení.

Poskytovatelé sociálních služeb uváděli, že zooterapie je využívána při mazlení klientů se zvířaty, která se tak stávají častými tématy konverzace a společné komunikace. Vede ke zklidnění klientů, prohloubení vnímání a hmatové stimulaci, případně působení na pohybový aparát klienta. V některých zařízeních také dochází k zapojení uživatelů do péče o kočky a zlepšení nálady při sledování koček a jejich chování. Nejčastěji uváděnými zvířaty byli psi, kočky, koně, andulky nebo jiné ptactvo, morčata, želva, králík.

4.1.5.8 Ergoterapie (pracovní terapie, zahradní terapie)

Ergoterapie je dle České asociace ergoterapeutů definována následovně: „*Cílem ergoterapie je umožnit osobám zachovat si maximální soběstačnost v běžných denních činnostech (z anglického originálu *Activities of Daily Living*, ADL) pracovních činnostech a aktivitách volného času. Nácvik činností, v kterých je*

osoba z důvodu onemocnění, úrazu, vývojové vadě či procesu stárnutí limitována, probíhá v reálných situacích, a pokud to je možné i v jejím vlastním prostředí. Ergoterapeut pomáhá řešit praktické otázky související se snížením či ztrátou soběstačnosti v činnostech, které jsou pro člověka nepostradatelné. Hlavním terapeutickým prostředkem v ergoterapii je smysluplná činnost či zaměstnávání, která pomáhá k obnově postižených funkcí. Zvolené činnosti zohledňují osobní, sociální, kulturní a ekonomické potřeby osoby, její aktuální funkční stav, věk, pohlaví a také podmínky prostředí, ve kterém se nachází. Výběr činností, které se využívají jako terapeutický prostředek, musí odrážet tyto skutečnosti a musí se vztahovat k sociálním rolím, které osoba zastává nebo se od ní očekávají.“¹⁰

Poskytovatelé sociálních služeb uváděli, že cílem ergoterapie je zachování stávajících schopností a dovedností klientů, nejčastější je zde využití netechnických pomůcek AAK. Organizace se snaží klienta hodně zapojovat do činností, které byl zvyklý dříve dělat, jako je udržování domácnosti, opatrování květin, pečování o mazlíčky apod. Samozřejmě v závislosti na schopnostech a možnostech klienta. Někteří poskytovatelé explicitně zmiňovali **zahradní terapii** jako specifickou variantu ergoterapie, kdy klienti pracují na zahradě, či zpracovávají produkty ze zahrady, např. za účelem vaření a následné stimulaci chuti. Na zahradách také dochází k mezigeneračnímu setkání rodin. Určitá zařízení kombinovala zahradní terapii s **aromaterapií**, kdy pěstují vonné květiny, které poté slouží k tomuto účelu. Aromaterapie u klientů navozuje příjemný pocit uvolnění.

Umělecké terapie (muzikoterapie, taneční terapie, kreativní tvorba, arteterapie)

Poskytovatelé sociálních služeb dále uváděli přístupy, které lze kategorizovat do tzv. umělecké terapie (někdy též nazývané terapie uměním). Společný pro všechny tyto přístupy je fakt, že využívají uměleckých prostředků jako nástroje pro psychoterapii.

Např. v případě muzikoterapie poskytovatelé uváděli, že jejím cílem je zklidnění či prohloubení vnímání. Dále slouží k vybavení textů písní, procvičení dýchání a hlasu: ačkoliv mnoho klientů standardně již nekomunikuje, tak při zpěvu jim „krásně

¹⁰ <http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>

naskakují slova“. Cílem taneční terapie je zlepšení pohyblivosti, u kreativní tvorby jde zase o zachování stávajících schopností a dovedností, dle individuálních zájmů. Dle potřeby jsou terapie doplňovány netechnickými metodami a pomůckami AAK.

4.1.5.9 Fyzioterapie

Unie fyzioterapeutů České republiky definuje fyzioterapii následovně: „*Fyzioterapie je autonomní zdravotnickou profesí, spolupracuje s ostatními medicínskými odbornostmi v rámci multidisciplinárního přístupu s cílem zajistit individualizovaný léčebný program pro každého jednotlivého klienta s přihlédnutím ke všem specifikám jeho onemocnění a potřebám. Fyzioterapeut je specialista se zaměřením na orgánové systémy zajišťující normální pohyb a funkci, stejně tak na způsoby, jak přispět ke správnému fungování ostatních orgánových soustav prostřednictvím pohybu. Fyzioterapie se tedy uplatňuje v oblasti podpory zdraví a výchově ke zdraví, v prevenci úrazů, v léčebné péči, rehabilitaci. Svým specifickým přístupem zasahuje všude tam, kde je třeba ovlivnit funkci pohybového aparátu. Její nedílnou součástí je seznámení a vedení pacienta ke správnému pohybovému stereotypu v práci i běžném životě.*“¹¹

Poskytovatelé sociálních služeb uváděli, že tento koncept péče používají pro aktivizaci pohybového aparátu. Jinou aktivizační pohybovou metodou, která se objevila mezi poskytovateli sociálních služeb, je koncept **cvičení na židlích**. Tento koncept respektuje omezené pohybové možnosti řady seniorů a nabízí jim způsoby, jak i přes toto omezení aktivizovat pohybový aparát. Poskytovatelé také zmiňovali, že při cvičení na židlích uživatelé napodobují předváděné cviky, čímž si procvičují krátkodobou paměť a také jsou vyzýváni, aby předvedli nějaký svůj oblíbený cvik. Dle potřeby jsou terapie doplňovány netechnickými metodami a pomůckami AAK.

4.1.5.10 Kognitivní trénink a trénování paměti

Demence se vyznačuje zhoršováním kognitivních funkcí člověka a jeho schopnosti vytvářet nové vzpomínky (zasažení krátkodobé paměti), jak bylo již dříve uvedeno. Poskytovatelé se snaží zabránit postupu nemoci pomocí trénování kognitivních funkcí a trénování paměti, ve snaze zlepšit situaci klienta, či aspoň zpomalit postup nemoci. Konkrétně poskytovatelé sociálních služeb uváděli, že tento koncept péče využívají pro udržení a posílení stávajících kognitivních schopností, přičemž

¹¹ http://www.unify-cr.cz/obrazky-soubory/brozura_final-46f40.pdf

individuálně volí obtížnost a metody tréninku, v závislosti na možnostech klientů. Dle potřeby jsou terapie doplňovány netechnickými metodami a pomůckami AAK.

4.1.5.11 Namasté

Autorkou programu Namasté je Joyce Simardová, profesorka Ústavu ošetřovatelství na Univerzitě Západní Sydney v Austrálii a geriatrická konzultantka působící v Land O'Lakes na Floridě. Má dlouholeté zkušenosti v péči o pacienty s demencí ve specializovaných zařízeních.

Jedná se o strukturovaný pečovatelský program, který je zaměřen na empatickou, laskavou zdravotní péči s individualizovanými aktivitami v příjemném prostředí. Cílem je poskytnout pohodlí a potěšení lidem se středně těžkou a těžkou demencí. Jedná se o aktivní kontakt, který nabízí lidem v pokročilé fázi demence smysluplné aktivity a smyslovou aktivizaci, především s využitím doteku, který využívá cíleně k napojení a komunikaci se seniorem a k vyjádření náklonnosti a ujištění. Provádí se sedm dní v týdnu, dvě hodiny ráno a dvě hodiny večer, strukturuje tzv. prázdný čas, nabízí aktivní kontakt pro osoby s pokročilou demencí. Někteří poskytovatelé sociálních služeb zmínili, že využívají prvků konceptu Namasté, konkrétně podnítit pohodlí a potěšení a vyvolat smyslovou stimulaci s využitím hudby, barev, masáže, chuti a netechnických metod AAK.

4.1.5.12 Terapeutické pomůcky (např. terapeutické panenky a zvířata)

Poskytovatelé sociálních služeb také využívají při práci s lidmi trpícími demencí speciální terapeutické pomůcky, např. panenky a zvířata. Nejedná se ovšem o využití jako hračky: „*Terapeutické panenky a zvířátka jsou nepostradatelným pomocníkem při terapii demence a komunikaci s osobami, trpícími tímto onemocněním. Při výrobě těchto pomůcek je kladen velký důraz na použití kvalitních pratelných materiálů, dodržení speciálního vzhledu, kterého bylo dosaženo po více než dvacetiletém vývoji. Hmotnost i vzezření zvířátek se maximálně přibližuje zvířátkům živým a tento pocit je umocněn možností vkládat do zvířátka nahřívací sáček. U některých panenek je možno vložit tlukoucí srdíčko.*“¹²

Dle poskytovatelů jsou tyto pomůcky využívány jen u některých klientů. Někdy špatně komunikující klient ve spojení s touto pomůckou je schopen si v paměti

¹² <https://www.aposbrno.cz/panenky-a-zviratka-pro-terapii-demence>

vybavit a vyslovit nějaké slovo spojené s pomůckou. Dále využívají tyto pomůcky v souladu se zájmy klientů, kde je sledován tentýž efekt. Cílem je zohlednit potřeby a možnosti uživatelů a přispět k co nejlepší kvalitě jejich života s pomocí také netechnických metod AAK.

4.1.5.13 Logopedie

Otázce vymezení a kompetencí logopedie se věnuje Asociace klinických logopedů České republiky. Logopedie je interdisciplinární vědní obor zkoumající zákonitosti vzniku, eliminování a prevence narušené komunikační schopnosti, z hlediska jeho příčin, projevů, důsledků, možností diagnostiky, terapie, prevence i prognózy. Logopedie využívá principů obecné pedagogiky, speciální pedagogiky, specifické logopedické principy, např. minimální akce, relaxace, multi nebo mono sensorický přístup, krátkodobost, soustavnost, funkční používání řeči, holistický přístup, včasnost, komplexnost, symetričnost terapeutického vztahu, imitace intaktního vývoje a princip překonávání komunikační bariéry.

Poskytovatelé, kteří využívají logopedii při péči o klienty s demencí, uvedli, že slouží ke zlepšení komunikace s touto cílovou skupinou, této činnosti se u klientů věnují speciální terapeuti.

4.1.5.14 Orientace v realitě

Terapeutický koncept Orientace v realitě vznikl v USA v 50. letech, u nás se rozšířil v 80. letech. Cílem konceptu je zlepšit celkovou orientaci, snížit zmatenost, maximalizovat nezávislost a sociální interakci klienta. Terapie není účinná v každém případě a vždy je součástí celkového přístupu.¹³ Zaměřuje se na:

- orientaci časem, místem, osobou,
- kontinuální orientaci v realitě,
- klienty s demencí a smyslovou vadou – jejich kompenzaci,
- doplňující skupinovou práci,
- tvorbu prostředí, jež usnadní orientaci,
- přístup, jednání, pokyny, které musejí být klidné, jednoduché a jednoznačné,
- orientaci ve tmě, které je nutno věnovat zvýšenou pozornost.

¹³ https://www.htf.cuni.cz/HTF-80-version1-9orientace_v_realite.ppt

Poskytovatel sociálních služeb, který v dotazníkovém šetření uvedl použití tohoto konceptu péče, jej specifikoval dále jako schopnost uvědomit si, kdo jsme, kde jsme, jaký je den a datum, jaký je program pro dnešní den atd. Naše pomůcky jsou kalendáře k dotvoření představy, plánovače aktivit, z pomůcek pro sebeobsahu pak hrnky, teploměr v místnosti, příbory, protiskluzové podložky, které pomohou klientům zvládnout rutinní úkoly. Začátek mapování stupně orientovanosti probíhá cvičením kognitivních funkcí, zapojením všech smyslů, předmětů a obrázků, v diskusi se upřesňuje význam, tvar, velikost, hmotnost. Názorná a barevná jsou značení prostor zařízení, ročnímu období odpovídá měnící se výzdoba prostor. Jsou zde využity netechnické pomůcky AAK.

4.1.5.15 Jiné koncepty

Řada respondentů v dotazníkovém šetření uvedla jako koncept péče o lidi s demencí „aktivizaci klientů“, případně koncept „individuální aktivizace“, „stimulační a aktivizační metody“ apod. Při bližším dotázání se na konkrétní odpověď bylo zřejmé, že pod těmito „aktivizacemi“ se skrývají různorodé koncepty péče (např. smyslová stimulace, ergoterapie, zooterapie, umělecká terapie), jež nejsou poskytovateli sociálních služeb známy pod tímto názvem a v zařízení užívají zdomácnělé vlastní názvy:

- *„Společně s procvičováním smyslů klient projevuje také fyzickou aktivitu, a to slouží k udržení stupně jeho soběstačnosti - např. při samostatném příjmu potravy, při hygieně a dalších běžných denních činnostech“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Podpora uživatelů v úkonech péče o svou osobu vedoucí k zachování stávajících schopností (běžné činnosti, které vykonávají i ve svém domácím prostředí – oblékání, svlékání, přezutí obuvi, odnos smetí do koše apod.)“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Zapojování klientů do cvičení, taneční terapie, posilování jemné motoriky při aktivizačním programu vyráběním různých výrobků – posilování jemné motoriky, společná komunikace, čtení atd. Také individuální programy jen s jedním klientem“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Jednoduché formy pohybové a taneční terapie, individuální/skupinová canisterapie, terapie s malými zvířaty – využívá pozitivního působení králíka, arteterapie, zahradní terapie, tvořivá dílna, keramika“ (ACCENDO, 2020).*

4.1.6 Dostupnost pomůcek AAK

V rámci sociologického průzkumu u poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s demencí byla mapována dostupnost pomůcek AAK, a to jak fyzická dostupnost, tak i finanční.

4.1.6.1 Obecná dostupnost prostředků AAK

Poskytovatelé sociálních služeb při hodnocení obecné dostupnosti prostředků AAK pro jejich uživatele uváděli nepotřebnost, ale i nedostupnost, viz dále uvedené výroky: „nepoužíváme“, „minimální“, „žádná dostupnost“, „nedokážu posoudit“, „klienti prostředky AAK nevyužívají“. Také zde organizace zmiňovaly jako bariéry pro použití pomůcek AAK 1) nízkou informovanost a 2) jejich vysokou cenu.

Hodnocení dostupnosti prostředků AAK:

- *„Je omezená, protože nejsme zatím schopni využívat pokrokové technické vybavení, uživatelé, jejich rodiny a ani naši zaměstnanci o těchto možnostech mnohdy ani nevědí, vhodné vzdělávací kurzy jsou těžko dostupné“* (ACCENDO, 2020).
- *„Je špatná, vysoká cena“* (ACCENDO, 2020).

Většina poskytovatelů finanční náročnost pomůcek AAK řeší svépomocí, tzn., že se kreativně zapojují zaměstnanci a pomůcky sami vyrábějí.

- *„Elektronické a softwarové pomůcky finančně nedostupné. Co lze vyrobit svépomocí – dostupné v případě pomoci druhé osoby – příbuzných či pracovníků sociální služby“* (ACCENDO, 2020).

I v případech, kdy jsou pomůcky AAK dostupné, je překážkou nedostatečné vzdělávání pracovníků v této oblasti. Jedná se o úroveň kvalifikace pracovníků v přímé péči:

- *„Pomůcky by byly dostupné, ale chybí proškolení pracovníků přímé péče a používání v praxi“* (ACCENDO, 2020).

Několik poskytovatelů uvedlo, že informace o prostředcích AAK vyhledávají na internetu:

- „V případě potřeby hledáme na internetu nebo se doptáváme jiných poskytovatelů na zkušenosti“ (ACCENDO, 2020).
- „Na internetu, radíme našim rodinám, kde a jak tuto komunikaci hledat a používat“ (ACCENDO, 2020).

Jedna organizace zmínila, že sice prostředky AAK disponuje, ale je o ně omezený zájem u této cílové skupiny. Zřejmě pracovníci v přímé péči z důvodu nedostatečného proškolení v této oblasti nedokázali klienty vhodně zaujmout pro činnost doplňující AAK. Pouze několik málo zařízení uvedlo, že prostředky AAK běžně využívá:

- „Piktogramová příručka, komunikační kniha v zařízení, při práci v terénu jsou využívány fotografie konkrétních předmětů v domově klienta“ (ACCENDO, 2020).
- „U nás v zařízení (je dostupnost prostředků AAK, pozn. autora) celkem dobrá, neb se o to snažím. Důležité je vybrat vhodnou metodu i pomůcky a to tak, aby se klientovi kladlo co nejméně překážek, aby se například nemusel učit nový komunikační systém. Vycházíme z toho, co je pro ně nejsnazší, a v čem jsou si jistí“ (ACCENDO, 2020).
- „Dostupnost pomůcek pro uživatele je celkem dobrá i vzhledem k velmi užitečným ‚dávčákům‘ na pomůcky – ÚP uhradí až 90 % z ceny pomůcek. Bohužel postup pracovišť ÚP po celé ČR se liší, a tak se od našich klientů dozvídáme rozporuplné zkušenosti. Někteří dostali ‚dávku‘ hned a bez problémů, mohli tak začít ihned používat pomůcku v praxi. Jiní zase ani na druhé odvolání neuspěli. Někdy se také dozvídáme, že klienti o pomůčkách nebo dotacích dlouho nevěděli. Naše služba vychází klientům vstříc tím, že pomůcky bezplatně půjčuje až na dva měsíce. Umožní tak bezplatné vyzkoušení a funkčnost pomůcky v individuálním prostředí a zároveň umožní pomůcku ihned používat v době, kdy klient čeká na rozhodnutí úřadů“ (ACCENDO, 2020).

4.1.6.2 Fyzická dostupnost elektronických pomůcek AAK

Fyzická dostupnost elektronických pomůcek AAK u poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s demencí je velmi nízká, taktéž vybavení ICT (se zaměřením na počítačové vybavení a komunikační software). V podstatě všechny odpovědi na tuto

otázku lze považovat za záporné: např. „nevím“, „není“, „nevyužíváme“, „v našem zařízení minimálně“, „nemáme žádné pomůcky AAK“, „takové pomůcky nejsou v současnosti využívány“ apod. Poskytovatelé příčinu spatřují nejčastěji: 1) v nedostatečné informovanosti o elektronických pomůckách AAK, 2) v jejich vysoké finanční náročnosti, 3) v malém zájmu poskytovatelů používat tyto prostředky u osob s demencí, 4) v omezené schopnosti osob s demencí naučit se aktivně pracovat s těmito pomůckami. Tato tvrzení jsou níže doložena výroky poskytovatelů:

- *„Myslíme si, že jsou nedostatečné informace o možnostech využívání elektronických pomůcek AAK, ve službách pro osoby s demencí nejsou pomůcky finančně dostupné, nemáme přehled a dostupné informace o dostupných možnostech. (...) Nemáme přehled a informace o dostupných možnostech pro terénní služby“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Každý poskytovatel sociální služby má svou představu. Ale musí se řídit i peněžními prostředky. A těch je nedostatek“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Nevím, u žádných klientů jsem se s tímto nesetkala a v oboru pracuji už 20 let“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Doposud není plně proškolen personál, není praktikován jednotný postup. Pomůcky mezi uživateli služeb nejsou zakoupeny“ (ACCENDO, 2020).*

Častými argumenty, kterými poskytovatelé zdůvodňovali nevyužívání elektronických pomůcek AAK, byly 1) vysoký věk klientů a 2) jejich zdravotní stav (včetně demence):

- *„Vzhledem k možnostem cílové skupiny se počítačové vybavení určené aktivizaci klientů nakupuje sporadicky“ (ACCENDO, 2020).*
- *„V našem zařízení minimálně. Naši klienti většinou nezvládnou naučit se ovládat nové technologie ani jednoduchý komunikační systém pacient-sestra“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Elektronické pomůcky nepoužíváme kvůli naší cílové skupině, jsou to převážně senioři, kteří neumí pracovat s PC, mobilem apod.“ (ACCENDO, 2020).*

Pouze jedno zařízení uvedlo, že s metodami a pomůckami AAK rutinně pracuje:

- *„Naše služba je jedinečná v tom, že se snaží metody AAK a dalších asistivních technologií využívat. Používáme tyto pomůcky jako hlavní prostředek pro to, abychom umožnili našim klientům překonat bariéry. Našimi klienty ale nejsou pouze lidé s demencí a PAS, ale pracujeme i s dalšími – dětmi, dospělými či seniory s různými omezeními, které mají přístup k počítači. Počítač vnímáme jako hlavní pomůcku pro práci, studium a volný čas“ (ACCENDO, 2020).*

Některé organizace uvedly, že by se v této oblasti rády dále rozvíjely:

- *„Prozatím není dostačující, chtěli bychom do budoucnosti získat PC s vybavením a komunikačním softwarem. Prozatím se nám to nepovedlo“ (ACCENDO, 2020).*

4.1.6.3 Finanční dostupnost prostředků

Poskytovatelé uváděli v zásadě tři typy odpovědí: 1) klient si pomůcky nehradí, 2) klient si je hradí částečně (tzv. spoluúčast) a 3) klient (či jeho rodina) si hradí pomůcky plně.

V případě, že si uživatel pomůcky nehradí, bývají financovány z různých zdrojů. Kromě hrazení prostředků AAK z rozpočtu organizace poskytovatelé využívají nadace, fondy, soukromé donátory, dary, projekty (např. projekt Ježíškova vnoučata), sponzory nebo příspěvky Úřadu práce ČR (jedna z dávek pro osoby se zdravotním postižením je příspěvek na zvláštní pomůcku). Některé organizace, které si pomůcky AAK vyrábí samy, uvedly, že v takovém případě jsou poskytovány klientům také zdarma. Dvě zařízení napsala, že se řídí zákonem o sociálních službách, tj. klienti si hradí pouze běžné náklady za poskytnutou péči, nikoli za pomůcky. Jeden poskytovatel také umožňuje bezplatné zapůjčení pomůcek AAK, dokud úřady nerozhodnou o vyplacení dávky na pořízení této pomůcky. Některé organizace i při odpovídání na tuto otázku zmiňovaly finanční obtíže, které jsou spojené s pořízením prostředků AAK:

- *„U sociální služby osobní asistence je možné zakoupit některé z prostředků AAK. Ale opět je tu otázka financí. Zda si to vůbec můžeme dovolit. Nyní nemůžeme kupovat nic, protože jsme bez finančních prostředků. Jinak si*

mnoho klientů pořizuje prostředky AAK ze svých vlastních peněz“ (ACCENDO, 2020).

Pouze několik organizací uvedlo, že se klienti na pořízení prostředků AAK spolupodílí, případně si klienti musí tyto prostředky pořizovat na vlastní náklady, resp. náklady rodinných příslušníků:

- *„Uživatel platí laminování piktogramů či vyvolání fotografií, když jsou pro jeho specifickou potřebu“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Přesnou částku neznám, ale uživatel se musí podílet na pořízení prostředku“ (ACCENDO, 2020).*

Zařízení, které používá prostředky AAK rutinně, shrnulo své zkušenosti s jejich financováním následovně:

- *„Stát hradí vše, co se dá připojit k PC a software z 90 %, uživatelé tak přispívají 10 %. Ostatní si musí uživatelé hradit sami z vlastních příjmů. Problém nejčastěji nastává u pořízení iPadu jako AAK pomůcky, který je považován za samostatný počítač, který se do speciální dávky nevejde. Uživatelé pak využívají různých nadací, fondů a soukromých donátorů“ (ACCENDO, 2020).*

4.1.7 Školení

V rámci proškolení pracovníků v oblasti AAK poskytovatelé sociálních služeb pro osoby s demencí uváděli tři kategorie odpovědí (jednalo se o otevřenou otázku): 1) Proškolení v AAK neprobíhá v organizaci vůbec. 2) Proškolení probíhá v oblasti komunikačních dovedností bez speciálního zaměření na AAK (okrajové téma). 3) Organizace se intenzivně školí v oblasti AAK.

Organizace, které zvolily první odpověď (tj. proškolení v AAK neprobíhá vůbec), ji obvykle dále nespecifikovaly. Dva poskytovatelé argumentovali tím, že jsou v provozu pouze krátce, proto takové školení dosud neabsolvovali: *„Prozatím jsme neabsolvovali – naše pečovatelská služba je v provozu od 1. 1. 2018 – takže se prozatím rozvíjíme. A jsme služba sice s větším územím, ale s menším počtem obyvatel“ (ACCENDO, 2020).* U výše uvedené organizace je ovšem otázkou, zda

více jak dva roky nejsou už dostatečná doba na to, aby nějaké školení v AAK proběhlo.

Nejvíce odpovědí lze zařadit do druhé kategorie, tedy že školení probíhají v oblasti komunikačních dovedností v rámci standardního systému školení všech zaměstnanců dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, přičemž oblast AAK je školená jen okrajově:

- „*Systém existuje. Školení si vybíráme dle potřeby pro všechny zaměstnance. V otázkách AAK je to jen všeobecně. Všeobecný přehled dle postižení klientů*“ (ACCENDO, 2020).
- „*Bohužel zatím systém proškolení v oblasti AAK není zaveden, ale absolvujeme na sobě nezávislá školení, kurzy v rámci tohoto tématu*“ (ACCENDO, 2020).
- „*Proškolení přímo v oblasti AAK neprobíhá, s netechnickými pomůckami AAK se pracovníci seznamují v rámci jiných školení např.: Komunikace s osobami s demencí nebo Nenásilná komunikace, popř. jiných. Proškolení v oblasti technických pomůcek AAK neprobíhá*“ (ACCENDO, 2020).
- „*Základní informace o využívání AAK jsou pracovníkům v sociálních službách podávány prostřednictvím seminářů akreditovaných MPSV, v rámci periodického, povinného celoživotního vzdělávání*“ (ACCENDO, 2020).

Intenzivnější školení v AAK deklarovaly pouze jednotky poskytovatelů:

- „*Posíláme jednoho nebo dva pracovníky na školení AAK, které předají informace ostatním pracovníkům*“ (ACCENDO, 2020).
- „*V našem zařízení prošly školením na AAK 2 pracovnice, metody AAK byly využity u klientky se zdravotním postižením (afázie po centrální mozkové příhodě)*“ (ACCENDO, 2020).
- „*Naše materiály, smlouvy atd. se snažíme přizpůsobovat potřebám uživatelů. Všichni naši pracovníci jsou z povahy zaměření služby proškoleni v AAK a dále se vzdělávají*“ (ACCENDO, 2020).

Pouze jedna organizace uvedla, že z povahy zaměření služby proškoluje ze 70 % zaměstnance v AAK.

V rámci sociologického výzkumu bylo zmapováno, jaká školení v oblasti AAK využívaly organizace pro své zaměstnance, včetně specifikace názvu kurzu, jeho poskytovatele, délky kurzu, akreditace, obsahu školení a ceny kurzu. Výsledky jsou uvedeny v tabulce níže.

Tabulka 4.8: Školení pro zaměstnance z oblasti AAK

Název kurzu	Poskytovatel kurzu	Délka kurzu	Akreditován kým	Obsah školení	Cena kurzu	Plátce kurzu
Specifika komunikace s lidmi se syndromem demence	Zřetel, s. r. o.	8 hodin	MPSV			vysílající organizace
Podpora seniora trpícího demencí a jeho rodiny	Mgr. Miroslav Snášel	8 hodin	MPSV			vysílající organizace
Péče o klienty s demencí (úvod do problematiky)	SEDUCA – CZE s.r.o.					
Pokojná smrt – akceptace a základy komunikace	APSS ČR	8 hodin	MPSV		1390 Kč/osoba	vysílající organizace
Biografie pro aktivizační pracovníky	EBIN institut	16 hodin	MPSV		3000 Kč/osoba	vysílající organizace
Montessori principy v péči o seniory	Centrum Seňorina	8 hodin	MPSV		1150 Kč/osoba	vysílající organizace
Komunikace s klientem s demencí	APSS ČR	8 hodin	APSS ČR		12000 Kč (všichni zaměstnanci)	dotace
Alternativní a augmentativní komunikace	QUIP Praha	16 hodin				
AAK, Preterapie	QUIP	8-16 hodin	MPSV		1700-3000 Kč	vysílající organizace
Komunikace s osobami s demencí	Mgr. Michaela Veselá		MPSV	Velmi pěkná přednáška s vyzkoušením technik, shlednutí videí se správnými a špatnými příklady komunikace s klienty s demencí.		

Název kurzu	Poskytovatel kurzu	Délka kurzu	Akreditován kým	Obsah školení	Cena kurzu	Plátce kurzu
Alternativní a augmentativní komunikace	PhDr. Šárka Dynková, PhD.	8 hodin	MPSV	Obsahem byly formy komunikace u uživatele, který není schopen verbálně komunikovat; verbální a neverbální komunikace; příčiny poruch komunikace; požadavky na komunikaci s postiženými; alternativní a augmentativní metody.	12800 Kč	vysílající organizace
Augmentativní a alternativní komunikace	Evangelická akademie Praha	16 hodin				vysílající organizace
Komunikace s klienty s demencí, Neverbální komunikace s klienty s demencí	Diakonická akademie	8 hodin				
Specifika péče o klienty s Alzheimerovou chorobou	Seduca	8 hodin	MPSV		1000 Kč/os.	vysílající organizace
Kognitivní rehabilitace v podmínkách sociálních služeb	Seduca	8 hodin	MPSV			
Jak úspěšně jednat s klientem v duševní krizi	Seduca	8 hodin	MPSV			
Jak úspěšně jednat s klientem s problémovým chováním	Seduca	8 hodin	MPSV			
Asertivita jako efektivní způsob komunikace v sociálních službách	Seduca	8 hodin	MPSV			
Komunikace s osobami s demencí – Diakonická akademie	Vidia Vsetín	8-16 hodin			Od 1200 Kč	
Práce a komunikace pro klienty s demencí		6 hodin				
Demence v obrazech		24 hodin/rok	MPSV			vysílající organizace

Název kurzu	Poskytovatel kurzu	Délka kurzu	Akreditován kým	Obsah školení	Cena kurzu	Plátce kurzu
Proměny stáří a gerontologie		24 hodin/rok	MPSV			
Bazální stimulace	Institut Bazální stimulace podle prof. Dr. Frolicha	24 hodin	MZ ČR, MPSV ČR, MŠMT ČR			dar
Demence v obrazech		8-16 hodin	MPSV		Od 1200 Kč	
Komunikace s lidmi s demencí		8-16 hodin	MPSV		Od 1200 Kč	
Zvládání agresivních klientů		8-16 hodin	MPSV		Od 1200 Kč	
Specifika komunikace s klienty s Alzheimerovskou chorobou		8 hodin	MPSV	Postupný rozvoj Alzheimerovy choroby, změny paměti, myšlení, komunikace a intelektu, dezorientace, ztráta společenského chování, komunikace v první fázi nemoci, návraty do reality, rehabilitace paměti, komunikace ve druhé fázi nemoci, vedení rozhovorů s nesmyslnými tématy, komunikace ve třetí fázi nemoci, smyslová stimulace, emoční spojení, neverbální techniky, simulace blízké osoby.	9900 Kč/skupina	vysílající organizace
Akreditované i neakreditované	Nautis	4-8 hodin			Průměrně 1800 Kč	vysílající organizace
Akreditované i neakreditované	i-Sen	4-8 hodin			Průměrně 1800 Kč	vysílající organizace
Akreditované i neakreditované	Lifetool Linz	4-8 hodin			Průměrně 1800 Kč	vysílající organizace
Akreditované i neakreditované	SAAK	4-8 hodin			Průměrně 1800 Kč	vysílající organizace
Akreditované i neakreditované	SPC pro vady řeči	4-8 hodin			Průměrně 1800 Kč	vysílající organizace

Název kurzu	Poskytovatel kurzu	Délka kurzu	Akreditován kým	Obsah školení	Cena kurzu	Plátce kurzu
Akreditované i neakreditované	Česká alzheimerská společnost	4-8 hodin			Průměrně 1800 Kč	vysílající organizace
Akreditované i neakreditované	Diakonická Akademie	4-8 hodin			Průměrně 1800 Kč	vysílající organizace
Péče o klienty s demencí	ČAPS	8 hodin	ČAPS			
Demence v ČR	APSS ČR	8 hodin	ČAPS			
Péče o osoby s Alzheimerovou chorobou a obdobným degenerativním onemocněními v domácnosti		8 hodin	ČAPS			
Školení s nácvikem a příklady	ČAPS	16 hodin				
Specifika komunikace u osob s výskytem kognitivních poruch	ČAPS	16 hodin				
Demence v obrazech	APSS ČR	8 hodin	MPSV	Interaktivní kurz – výklad teorie, zážitkové metody, nácvik dovedností.		vysílající organizace
Proměny stáří a gerontooblek	APSS ČR	8 hodin	MPSV	Interaktivní kurz – výklad teorie, zážitkové metody, nácvik dovedností.		vysílající organizace
Pokojná smrt	APSS ČR	8 hodin	MPSV	Interaktivní kurz – výklad teorie, zážitkové metody, nácvik dovedností		vysílající organizace
Základní kurz bazální stimulace	Institut bazální stimulace	24 hodin	MZ, MPSV, MŠMT	Teorie, neurologické minimum konceptu, smyslové vnímání a stimulace, komunikace, tělesná schémata, stimulace hybnosti, nácvik praktických dovedností somatické vestibulární a vibrační stimulace, integrace autobiografických prvků	4000 Kč	vysílající organizace nebo z projektu

Název kurzu	Poskytovatel kurzu	Délka kurzu	Akreditován kým	Obsah školení	Cena kurzu	Plátce kurzu
Validace podle Naomi Feil	Mária Wirth (v ČR přes Profima)	16 hodin	MPSV	Seznámení se s principy a metodami Validace podle Naomi Feil®, rozlišení 4 fází dezorientace podle jejich charakteristických znaků a práce s nimi, osvojení si několik metod práce s klientem s využitím empatie (centrování, pozorování, kalibrování), praktický nácvik verbální i neverbální komunikační techniky Validace, nové tipy, jak řešit náročné situace při péči o klienty s demencí.	3000 Kč	vysílající organizace nebo z projektu
Akreditované školení	Institut bazální stimulace	8 hodin				vysílající organizace
Akreditované školení	Hartmann-Rico	8 hodin				vysílající organizace
Akreditované školení	Seduca					Oblastní Charita Pardubice
Emoce v obrazech	APSS ČR	8 hodin			990 Kč/1390 Kč	vysílající organizace
Validace podle Naomi Feil	APSS ČR	8 hodin			990 Kč/1390 Kč	vysílající organizace
Komunikace v obrazech se zaměřením na osoby s demencí	APSS ČR	8 hodin			990 Kč/1390 Kč	vysílající organizace
Virtuální realita	APSS ČR	8 hodin			990 Kč/1390 Kč	vysílající organizace
Alternativní a augmentativní komunikace	Diakonie ČR	8-16 hodin			1000-2000 Kč	vysílající organizace

Název kurzu	Poskytovatel kurzu	Délka kurzu	Akreditován kým	Obsah školení	Cena kurzu	Plátce kurzu
Zvládání komunikace u klientů s demencí	Diakonie ČR	8 hodin			1000-2000 Kč	vysílající organizace
Procvičování paměti	Seduca	8 hodin			370 Kč/osoba	vysílající organizace
Validace podle Naomi Feil	Diakonická akademie	16 hodin	MPSV	Seznámení s principy a metodami Validace podle Naomi Feil®, rozlišení 4 fází dezorientace podle jejich charakteristických znaků, osvojení metod práce s klientem s využitím empatie (centrování, pozorování, kalibrování). Prakticky vyzkoušíte účinné verbální i neverbální komunikační techniky Validace.	5000 Kč	vysílající organizace
Reminiscence	Caritas, Seduca, Diakonická akademie, Diecézní Charita Brno	8 hodin	MPSV	Opakovaně obecná školení zaměřená na neverbální komunikace		
Specifika komunikace s klienty s Alzheimerovou chorobou	Seduca	8 hodin	MPSV		10000 Kč/skupina	
Alternativní komunikace v podmínkách sociálních služeb	Seduca	8 hodin	MPSV		10000 Kč/skupina	
Znakový jazyk pro začátečníky	Edupol					vysílající organizace
Základy komunikace s osobami se sluchovým postižením	QUIP					vysílající organizace
Komunikace s uživateli trpícími Alzheimerovou chorobou	APSS					vysílající organizace
Komunikace s verbálně nekomunikujícími klienty	Oblastní unie neslyšících					vysílající organizace

Název kurzu	Poskytovatel kurzu	Délka kurzu	Akreditováním	Obsah školení	Cena kurzu	Plátce kurzu
Základní kurz Bazální stimulace	Hartmann akademie	24 hodin	MPSV, MŠMT			
Smyslová aktivizace podle Lore Wehner	APSS ČR	7 hodin				

Zdroj: ACCENDO 2020

4.2 Veřejná správa a veřejné služby

Cílem podkapitoly je zmapovat nástroje a metody AAK využívané v ČR v praxi veřejné správy a veřejných služeb obecně a se zaměřením na osoby s demencí. Je zde potřebné uvést skutečnost, že veřejná správa a veřejné služby se cíleně nezaměřují na osoby s demencí, ale v obecnější kategorii na osoby vyžadující zvláštní přístup při komunikaci. Dále je třeba uvést, že při komunikaci s klienty jim nejsou známy jejich diagnózy.

4.2.1 Metodologický postup

VÝZKUMNÝ DESIGN PRO OSOBY S DEMENCÍ U VEŘEJNÉ SPRÁVY A VEŘEJNÝCH SLUŽEB

ANALÝZA SEKUNDÁRNÍCH DAT A DESK RESEARCH

V rámci tohoto dokumentu (v oddílu 6.1.1 Legislativní rámec a dokumenty nelegislativní povahy) je popsán výchozí stav a prostředí, ve kterém se pohybují subjekty veřejné správy a veřejných služeb.

KVALITATIVNÍ PŘEDVÝZKUM – Cílem bylo formou expertních rozhovorů zmapovat problematiku u níže uvedených typů organizací veřejné správy a veřejných služeb:

- Krajské úřady – na 4 krajských úřadech proběhly expertní rozhovory s pracovníky (na každém úřadu rozhovory probíhaly s několika pracovníky pověřenými těmito tématy, jednalo se o pracovníky sociálních, školských a zdravotnických odborů).
- Obce – proběhlo 10 expertních rozhovorů zejména s pracovníky sociálních odborů/oddělení.
- Úřad práce ČR (dále jen ÚP) – proběhlo 9 expertních rozhovorů s pracovníky ÚP zaměřených zejména na jejich znalosti v oblasti AAK a na problematiku využití nástrojů AAK při jejich činnostech.
- Zdravotnická zařízení – proběhly 3 expertní rozhovory.
- Bezpečnostní sbory – proběhly 3 expertní rozhovory se zástupci Policie ČR (dále jen PČR), městské policie, hasičského záchranného sboru.
- Knihovny – proběhly 2 expertní rozhovory se zástupci knihoven.

KVANTITATIVNÍ VÝZKUM OBCÍ

Základní soubor tvoří 6 254 obcí, z něj je vytvořen výběrový soubor, který je stratifikován podle rozsahu přenesené působnosti. Celková velikost výběrového souboru je 73 obcí. U obcí bez POÚ se předpokládá nižší variabilita odpovědí a z tohoto důvodu je 30 obcí dostatečná velikost, i když tvoří 1 % základního souboru, u ostatních kategorií je velikost výběrového souboru nad 10 %.

Tabulka 4.9: Rozdělení obcí podle rozsahu přenesené působnosti

Kategorie obcí	Základní soubor		Výběrový soubor		Podíl VS na ZS
	počet obcí	podíl (%)	počet obcí	podíl (%)	
Obce I. typu, tj. obce, které nejsou POÚ	5866	93,8 %	30	41,1 %	1 %
Obce II. typu, tj. obce s POÚ (které nejsou ORP)	183	2,9 %	20	27,4 %	11 %
Obce III. typu, tj. ORP	205	3,3 %	20	27,4 %	10 %
Praha (22 MČ, které mají přenesenou působnost)	1 (22)	0,0 %	3	13,6 %	14 %
Celkem	6254	100,0 %	73	100,0 %	

Zdroj: ČSÚ, Registr sčítacích obvodů a budov, data k 1. 1. 2019, bez vojenských újezdů.

V rámci výběrového souboru byly zastoupeny všechny velikosti obcí (mezi obce řadíme i městské části hlavního města Prahy, které jsou samosprávné jednotky pověřené i výkonem statní správy přibližně na úrovni ORP).

Tabulka 4.10: Rozdělení výběrového souboru obcí/MČ dle velikosti

Velikostní kategorie obce	Počet	Podíl
méně než 1 000	20	26,7
1 000 - 2 999	15	20
3 000 - 9 999	23	30,7
10 000 - 49 999	13	17,3
50 000 a více	4	5,3
Celkem	75	100

Zdroj: ČSÚ, Registr sčítacích obvodů a budov, data k 1. 1. 2019, bez vojenských újezdů.

Respondenti byli nejčastěji pracovníci sociálního odboru, pokud existoval, u malých obcí I. typu to byli především starostové. Rovněž 6 respondentů vykonávalo i funkci opatrovníka. U obcí I. a II. typu byly do výběrového souboru zahrnuty obce (3 obce v každém typu obcí) na jejichž území je umístěno velké zařízení pobytových sociálních služeb.

Tabulka 4.11: Rozdělení respondentů dle funkcí

Funkce respondenta	Počet	Podíl
Starosta	28	37,3 %
Pracovník sociálního odboru	46	61,3 %
Jiný	1	1,3 %
Celkem	75	100,0 %

Zdroj: ACCENDO, 2020.

4.2.2 Komunikace mezi osobou s demencí a pracovníky veřejných či soukromých služeb

Komunikace mezi osobou s demencí a pracovníky veřejné správy a veřejných či soukromých služeb probíhá především pomocí doprovázející osoby, např. opatrovníka, rodinného příslušníka, zmocněnce, asistenta, pracovníka poskytovatele sociální služby, sociálního pracovníka, dobrovolníka a podobně. Část poskytovatelů uváděla, že jejich klienti jsou schopni komunikace, ale její rozsah a kvalita závisí na stupni demence: *„Někteří komunikují sami, jiní komunikují s pomocí rodinných pečujících, případně opatrovníků, za jiné pak zcela jedná opatrovník. Např. klient s 1. stádiem demence je schopen si sám zavolat k lékaři, objednat se např. ke kadeřníkovi a zaznamenat si termín. Následně informaci předává pečovateli. Klient ve 2. stádiu je schopen sdělit, že jej bolí zub, k lékaři ale musí zavolat pečující a klienta také doprovodit. Klient ve 3. stádiu dává najevo nelibost nebo bolest a je na pečujících a zdravotním personálu, aby alternativním způsobem zjistili místo bolesti a dále jednali ve prospěch klienta“* (vyjádření poskytovatele, ACCENDO, 2020).

Většina respondentů kvalitativního výzkumu obcí uvedla, že se s problematikou AAK v praxi téměř neseťkává. *„Ve většině případů nedochází ke komunikaci přímo s osobami s potřebou AAK – tyto osoby jsou často v zařízeních sociálních služeb nebo za ně jedná jejich opatrovník.“* *„Přímo na úřadě probíhá jednání s klienty s potřebami AAK ročně v řádu jednotlivců.“* *„S lidmi, kteří vyžadují specifickou podporu v oblasti komunikace, se téměř neseťkáváme“* (vyjádření obcí, ACCENDO, 2020). Tyto výsledky jsou potvrzeny i kvantitativním výzkumem na obcích (viz následující oddíl 4.2.3).

Popis aktivit města u osob s PAS: *„Praxe je taková, že osoby s PAS na úřad většinou někdo doprovází (např. rodinný příslušník, opatrovník, sociální pracovník služby, kterou osoba využívá či osobní asistent) a ten mu napomáhá orientovat se na úřadě a řešit konkrétní problém. I v případě, kdy přímo naše obec vykonává osobě s PAS veřejného opatrovníka, se spolupracuje se sociální službou, kterou osoba využívá, případně se sociálními pracovníky dalších institucí. Rodinní příslušníci osob s PAS se mohou obrátit rovněž na sociální pracovníky obce, kteří jim poskytnou sociální poradenství, pomohou vyhledat vhodnou službu či volné*

kapacity v sociálních službách, případně se v této problematice mohou obrátit na pracovníky agendy komunitního plánování sociálních služeb“ (vyjádření městského úřadu, ACCENDO, 2020).

Popis aktivit obce u osob s demencí: „V případě, že se na úřad obrátí občané, že se v jejich okolí nachází např. dezorientovaná osoba, sociální pracovníci obce provedou sociální šetření, prověří situaci a zjišťují, zdali má určeného opatrovníka, zda využívá sociální služby, aj. (v případě, že služby nevyužívá, pracovníci jsou nápomocni při hledání vhodné sociální služby)“ (vyjádření městského úřadu, ACCENDO, 2020).

Dle názorů poskytovatele je nutné si uvědomit, že „více méně existuje řada komunikačních nástrojů AAK pro lidi, kteří se učí komunikovat sami ‚jiným‘ než běžným způsobem (děti, mladí lidé). Doposud jsem ale během své praxe nenašla žádný nástroj, který by se dal jednoznačně použít u lidí s demencí, kde kognitivní schopnosti padají směrem dolů ze dne na den a nejvíce je postižena právě krátkodobá paměť. Např. ze své praxe můžu říct, že používání piktogramů je dobrá věc, ale pokud člověk na ně nebyl zvyklý během dřívějšího věku, není schopen se ho nyní ve vysokém věku a demenci naučit (v naší ambulantní službě)“ (ACCENDO, 2020).

4.2.3 Obce

Téma alternativní a augmentativní komunikace jako možnosti dočasné nebo trvalé kompenzace projevů postižení v oblasti komunikace bylo zkoumáno u pracovníků vybraných obecních úřadů všech typů obcí, především byli dotazováni pracovníci sociálních odborů (vice viz metodický postup) a u malých obcí starostové. Následující oddíl je založen na kvantitativním průzkumu s interpretací podloženou kvalitativním předvýzkumem.

Bylo potvrzeno, že u obcí I. typu nejsou využívány metody a nástroje AAK, ale u obcí III. typu využívání metod a nástrojů AAK roste. Rovněž v rámci kvalitativního výzkumu je potvrzena lepší dostupnost metod a nástrojů AAK včetně pomůcek na ORP, a to především u poskytovatelů sociálních služeb nebo svépomocných organizací. Pracovníci ORP jsou schopni klientům pomoci se zprostředkováním pomůcek od poskytovatelů.

Tabulka 4.12: Využíváte při práci s vašimi klienty metody a nástroje AAK dle typu obce

Typ obce	Využívání AAK	
	Ano	Ne
Obec I. typu	3,3 %	96,7 %
Obec II. typu	13,6 %	86,4 %
Obec III. typu	45,0 %	55,0 %
Městská část	66,7 %	33,3 %
Celkem	20,0 %	80,0 %

Zdroj: ACCENDO, 2020.

S rostoucí velikostí obce roste i rozsah využívání metod a nástrojů AAK. Pouze u nejmenších obcí je mírně vyšší podíl těchto metod a nástrojů než u obcí druhé nejmenší kategorie (1000 až 2999 obyvatel).

Tabulka 4.13: Využíváte metody a nástroje AAK dle velikosti obce

Velikostní kategorie obce podle počtu obyvatel	Využívání AAK	
	Ano	Ne
méně než 1 000	5,0 %	95,0 %
1 000 - 2 999	0,0 %	100,0 %
3 000 - 9 999	34,8 %	65,2 %
10 000 - 49 999	30,8 %	69,2 %
50 000 a více	50,0 %	50,0 %
Celkem	20,0 %	80,0 %

Zdroj: ACCENDO, 2020.

Obce při komunikaci s osobami se specifickými komunikačními požadavky v rámci specifikace užívaných metod a nástrojů z AAK nejčastěji uváděly:

- mimiku, gestikulaci, pohledy, odezírání ze rtů,
- tužku a papír – kvůli jednoduchosti a rychlosti psaní písma na papír (starší ročníky nechtějí používat nové technologie),
- monitor PC – text a psaní klienta, případně tablet, mobilní telefony, notebook – aplikaci Messenger, jazykové programy,
- znakovou řeč, mobilní aplikace, online tlumočení do znakového jazyka,
- pomoc příbuzných, doprovod pracovníka sociálních služeb, dobrovolníky, opatrovníky, pečující osoby.

V rámci kvalitativního předvýzkumu byla hodnocena podpora obcí pro osoby s potřebou AAK. Otázka byla rozdělena do tří cílových skupin, a to pro osoby s PAS, osoby s demencí a pro další osoby vyžadující zvláštní přístup. Kromě jednoho všichni oslovení respondenti svoje odpovědi shrnuli za všechny skupiny dohromady. Většina oslovených obcí s rozšířenou působností je schopna zajistit:

- 1) V rámci sociální práce na obcích:
 - a) zprostředkování kontaktů na návazné instituce,

- b) pomoc s vyřízením zdrojů finančních prostředků,
 - c) sociální práci v terénu,
 - d) spolupráci při řešení problému osoby s dalšími institucemi,
 - e) zprostředkování sociálních a navazujících služeb a další specifické činnosti, které mají za cíl řešit nepříznivou sociální situaci klienta.
- 2) Realizaci poskytovatelů sociálních služeb:
- a) asistenci a doprovázení.

Všichni respondenti považují tyto formy pomoci za významné pro práci s jakoukoliv cílovou skupinou, se kterou se při výkonu své činnosti setkají. V jednom případě je zmíněna možnost obce zajistit tlumočnicka do znakové řeči.

Role obce v oblasti podpory komunikace (AAK) by měla zahrnovat pro osoby s PAS, osoby s demencí a pro další osoby vyžadující zvláštní přístup:

- mapování potřeb AAK prostřednictvím poskytovatelů sociálních služeb,
- koordinační roli v oblasti poskytování sociálních služeb a sociální práce,
- finanční podporu sociálních služeb, kterou považovali respondenti za klíčovou. *„Obec by měla především v co nejvyšší míře, a to metodicky i finančně, podporovat poskytovatele sociálních služeb.“* V jednom případě byl vysloven názor *„Obec by měla hrát roli především ve finanční podpoře služeb. Informovanost a znalosti pracovníků služeb jsou na poměrně vysoké úrovni a případná metodická podpora ze strany obce v oblasti AAK není nutná“* (ACCENDO, 2020).

Pracovníci obecních úřadů získali potřebné znalosti a dovednosti samostudiem, nebo již v průběhu svého studia. Rovněž v rámci kvalitativního výzkumu se všichni respondenti shodují, že systémové vzdělávání pracovníků obce v oblasti AAK neexistuje. Většina respondentů uvádí možnost získat alespoň základní informace k problematice AAK v rámci povinného vzdělávání v kurzech a vzdělávacích akcích akreditovaných MPSV. Vesměs se jedná o kurzy zaměřené na práci s osobami s různými typy postižení. *„Mám dobrou zkušenost s programem zaměřeným na práci s klienty s duševním onemocněním.“* *„Zúčastnili jsme se v této oblasti třeba školení na téma sociální práce s osobami s postižením a sociální práce s osobami s demencí“* (ACCENDO, 2020). Pokud organizují vzdělávací akce zaměřené na

práci s osobami s postižením kraje, respondenti jich využívají i přesto, že tyto akce nemají akreditaci.

Tabulka 4.14: Vzdělávání a proškolení pracovníků v rámci AAK

Vzdělávání a proškolení pracovníků v rámci AAK	%
Není zapotřebí znalostí, ale silná empatie	7,7 %
Potřebné znalosti a dovednosti získali již v průběhu studia a dále se průběžně vzdělávají	7,7 %
Potřebné znalosti a dovednosti získali již v průběhu svého studia, dále proškolení nejsou	30,8 %
Potřebné znalosti a dovednosti získali/získávají zaměstnanci samostudiem	46,2 %
Potřebné znalosti a dovednosti získali/získávají zaměstnanci v rámci vzdělávacích akcí organizovaných zaměstnavatelem (obcí)	7,7 %

Zdroj: ACENDO, 2020.

Pozn.: Odpovědi pouze 13 obcí, viz přesné znění otázky A2. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a kladně, sdělte prosím, jakým způsobem jsou zaměstnanci vzděláni, proškoleni v oblasti AAK.

Zmíněna byla poptávka pracovníků obcí po vzdělávacích akcích akreditovaných jinými rezorty „Mám zkušenost s tím, že některé kurzy akreditované MZ jsou skvělé a určitě pro práci sociálního pracovníka na obci přínosné, ale nemůžeme je zařadit do povinného vzdělávání.“

Tabulka 4.15: Způsob zajištění odborníka na AAK v případě potřeby dle typu obce

Způsob zajištění odborníka na AAK	Obec I. typu	Obec II. typu	Obec III. typu	Městská část	Celkem
Odborníka zajistí obec/městská část	3,3 %	45,5 %	65,0 %	100,0 %	36,0 %
Odborníka zajistí kraj	70,0 %	45,5 %	20,0 %	0,0 %	46,7 %
Takovou možnost nemáme	26,7 %	9,1 %	15,0 %	0,0 %	17,3 %
Celkem	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Zdroj: ACENDO, 2020.

Pozn.: A3. Pokud je nezbytné, aby pracovník vaší obce při výkonu svých činností využíval nástroje AAK a tyto nástroje neovládá, příp. ovládá jen částečně, má možnost obrátit se na konkrétního odborníka (např. tlumočnicka do znakové řeči)?

S rostoucím rozsahem výkonu státní správy roste i schopnost obcí v případě potřeby při výkonu svých činností zajistit odborníka na nástroje AAK, a to jak z vlastních zdrojů (konkrétně vlastního pracovníka ze sociálního odboru), tak i externě od organizace, která s danou cílovou skupinou pracuje.

Tabulka 4.16: Způsob zajištění externího odborníka na AAK v případě potřeby dle velikosti

Způsob zajištění externího odborníka na AAK	méně než 1 000	1 000 - 2 999	3 000 - 9 999	10 000 - 49 999	50 000 a více	Celkem
Odborníka zajistí obec	10,0 %	6,7 %	52,2 %	69,2 %	75,0 %	36,0 %
Odborníka zajistí kraj	65,0 %	66,7 %	39,1 %	15,4 %	25,0 %	46,7 %
Takovou možnost nemáme	25,0 %	26,7 %	8,7 %	15,4 %	0,0 %	17,3 %
Celkem	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Zdroj: ACENDO, 2020.

Pozn.: A3. Pokud je nezbytné, aby pracovník vaší obce při výkonu svých činností využíval nástroje AAK a tyto nástroje neovládá, příp. ovládá jen částečně, má možnost obrátit se na konkrétního odborníka (např. tlumočnicka do znakové řeči)?

Z hlediska četnosti potřeby obcí využít metody a nástroje AAK při výkonu své činnosti se s klienty s touto potřebou nesetkávají obce I. typu (96,7 %). U obcí II. typu se jich 63,6 % nesetkává taktéž s touto cílovou skupinou klientů, 27,3 % obcí má tuto potřebu pouze několikrát ročně a 9,1 % 1x za měsíc. Potřeba použití nástrojů a metod AAK komunikace je u obcí III. typu a městských částí Hlavního města Prahy.

Tabulka 4.17: Četnost klientů, u kterých je potřeba využít AAK dle typu obce

Četnost klientů, u kterých je potřeba využít AAK	Obec I. typu	Obec II. typu	Obec III. typu	Městská část	Celkem
Několikrát za měsíc	0,0 %	0,0 %	5,0 %	0,0 %	1,3 %
Přibližně 1x za měsíc	0,0 %	9,1 %	0,0 %	33,3 %	4,0 %
Jde o několik případů ročně	3,3 %	27,3 %	55,0 %	66,7 %	26,7 %
S těmito klienty se vůbec nesetkáváme	96,7 %	63,6 %	40,0 %	0,0 %	68,0 %
Celkem	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Zdroj: AACENDO, 2020.

Pozn.: A4. Jak často se na vás při výkonu vašich činností obracují klienti, u kterých je třeba využít nástrojů AAK?

Obce mají minimální informace o krajských programech nebo projektech na zavádění metod a nástrojů AAK do praxe. Je to způsobeno: 1) jen málo krajů má tyto programy (např. nácvik gest jazykového programu Makaton), 2) informovanost obcí o tomto tématu je obecně nízká. To lze doložit i otázkou A6, která dokládá neznalost obcí Metodického postupu pro tvorbu srozumitelných sdělení ve veřejné správě a pro tvorbu zjednodušených textů pro osoby vyžadující zvláštní přístup (dále jen Metodika ETR) vydanou MVČR v roce 2019.

Tabulka 4.18: Informovanost z kraje a MVČR

Procenta kladných odpovědí	Obec I. typu	Obec II. typu	Obec III. typu
A5 Obec má informace o existenci programu/projektu zaměřeného na zavádění metod a nástrojů AAK do praxe realizovaného krajem	0,0 %	4,5 %	5,0 %
A6 Znáte Metodický postup pro tvorbu srozumitelných sdělení ve veřejné správě a pro tvorbu zjednodušených textů pro osoby vyžadující zvláštní přístup (Metodika Easy to read) vydanou MVČR	0,0 %	9,1 %	10,0 %

Zdroj: ACCENDO, 2020.

V rámci kvalitativního předvýzkumu pouze ve dvou případech respondenti Metodiku ETR znají. „Dokument znám, s obsahem byli všichni zaměstnanci ORP seznámeni na poradě. Některá doporučení využíváme v praxi.“ Aplikovatelnost Metodiky ETR hodnotí obce následovně:

- Jedná se především o zlepšování a zdokonalování AAK ve veřejné správě.
- Pozitivní je smysluplnost a zjednodušení úředního jazyka.
- Metodický postup je adekvátní s ohledem na možnosti veřejné správy.

V rámci kvalitativního výzkumu obcí byla zkoumána podpora užití nástrojů a metod AAK z jednotlivých krajských úřadů. Obecně se pracovníci ORP dozvídají potřebné informace z porad na krajském úřadě nebo formou školení, seminářů, workshopů, konferencí, které kraj pořádá. Respondenti z obcí zmiňují aktivity krajských úřadů především v oblasti mapování potřeb klientů a jejich rodin, projektové aktivity kraje, podporu sociálních služeb v oblasti AAK, případně osvětu. Bližší informace ve většině případů scházejí. *„Kraj má zpracovány nějaké programy, dokumenty, jejich obsah ale blíže neznám.“* *„Podle mých informací existují ze strany kraje uvedené formy podpory. Vím, že jsou realizovány i projekty, bližší informace nevím.“* Z výše uvedených odpovědí vyplývá, že téma AAK je pro obce i pro kraje spíše okrajové téma. Z odpovědí také vyplynulo, že v této oblasti očekávají všichni klíčovou roli především u poskytovatelů sociálních služeb, kteří pracují s cílovou skupinou. Obce jsou přesvědčeny, že metody a nástroje AAK by se měly soustředit především do rukou poskytovatelů sociálních služeb.

Přestože většina respondentů v rámci kvalitativního výzkumu nemá zkušenosti s komunikací s osobami, které potřebují některou z forem AAK, uvádějí téměř všichni v případě potřeby poměrně širokou míru podpory obcí ze strany kraje – workshopy, vzdělávání, možnost konzultací, metodickou podporu. *„S krajem máme dobrou spolupráci. Je možné, aby se i malé obce obrátily na kraj s různými dotazy, jsou možné konzultace.“* *„Kraj nám v rámci seminářů předává informace o přístupu k osobám s PAS, demencí, máme možnost konzultovat.“* Pouze ve třech případech respondenti nemají žádné nebo mají velmi kusé informace o případné podpoře obcí v oblasti AAK. Respondenti z obcí spatřují roli kraje v oblasti podpory nástrojů a metod AAK pro obce:

- 1) Pro osoby s PAS, pro osoby s demencí, pro další osoby, které vyžadují zvláštní přístup:
 - a) koordinační role v oblasti poskytování sociálních služeb a sociální práce,
 - b) metodická podpora obcí.
- 2) Pro osoby s PAS:
 - a) informace z oblasti školství a vliv na tuto oblast.
- 3) Pro osoby s demencí:
 - a) zajištění schopnosti komunikace veřejného opatrovníka s opatrovaným při výskytu demence.

Důležitá role je nezbytnost osvěty za strany kraje zaměřená na širokou veřejnost. „Například, jak se na ulici cítí člověk se zdravotním postižením, jak se cítí na úřadě a podobně.“ „Důležité je, aby kraj taky zajišťoval odborníkům i veřejnosti dostatek informací obecně k problematice osob se zdravotním postižením.“

Role státu z pohledu obcí je u většiny respondentů v rámci kvalitativního výzkumu vnímána v koordinační roli státu, dále metodickou podporou krajů a finanční podporou specifických služeb pro osoby s PAS a demencí. Důležitý je dohled nad dodržováním práv občanů se zdravotním postižením a zajištěním informovanosti široké veřejnosti o jejich potřebách. „Navrhuji třeba spoty v televizi, letáky, informační kampaně.“ „Stát má svoji úlohu i ve vzdělávání, problematika zdravotního postižení by měla být součástí vzdělávání na školách všech stupňů.“

Pouze jeden respondent se zaměřil přímo na AAK „Stát by měl garantovat odborné vzdělávání všech, kdo se s osobami se zdravotním postižením dostávají při výkonu své profese do kontaktu. Na každém pracovišti ve veřejné správě, u PČR i ve zdravotnictví by měla být vždy zajištěna možnost využít nástrojů AAK.“

4.2.4 Kraje

4.2.4.1 AAK a dostupnost

Dostupnost prostředků AAK pro jejich uživatele považují zástupci krajů za dobrou. „Pokud jde o možnost zakoupení, je zcela jistě dobrá, prostředky jsou běžně pořizovány prostřednictvím webových obchodů.“ „Jedná-li se o možnost komunikovat prostřednictvím AAK, je dostupná u služeb (školské, sociální, částečně zdravotní) pracujících s vymezenou cílovou skupinou.“ „V rámci kraje existuje několik dodavatelů, existují služby pracující s těmito pomůckami. Časová a místní dostupnost je dostačující, finanční je otázkou.“

Zástupci krajů neznají rozšířenost používání elektronických pomůcek AAK, popřípadě ICT. Z hlediska finančního podílu uživatele na pořízení prostředků AAK mají jen dílčí informace. Zmiňují možnost úhrady z vlastních zdrojů klienta, možné příspěvky obcí, nadací a podobně. „Nejčastěji slýcháme o fondech, donátorech či podpoře v rámci individuálních projektů.“ „Z terénu máme informace, že některé obce přispívají jednotlivcům na pořízení komunikační pomůcky, některé však nikoli.“ V případě jednoho kraje je uvedena „možnost podpory nákupu pomůcek AAK

z programových dotací kraje, ty jsou současně způsobilým výdajem účelové dotace na poskytování sociálních služeb.“

Zástupci krajů z poloviny znají Metodiku ETR, její využitelnost v praxi zůstává dle některých respondentů otázkou. *„Postup je zcela jistě dobrý, ale v praxi nevyužitelný. Metodika ETR slouží spíše k uvědomění si veřejné správy, že je potřeba naplňovat povinnosti vyplývající z CRPD (pozn. autora Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením) v návaznosti na potřeby osob se zdravotním postižením.“* *„Pokud nebude disponovat veřejná správa odborníky na ETR (pozn. autora snadno čitelné, snadno srozumitelné z anglického Easy to read), měla by se obracet na společnost, která se této problematice věnuje.“*

4.2.4.2 Podpora ze strany kraje a vymezení role kraje

Zástupci krajů uvádějí poměrně širokou obecnou podporu AAK kraji, a to v různých formách. Jedná se například o finanční podporu, kdy prostředky AAK jsou způsobilým výdajem sociálních služeb, projektové aktivity, fungující pracovní skupiny například pro osoby s PAS a podobně. *„Kraj podporuje formou vzdělávání rozvoj komunikačních dovedností ve vztahu k osobám se zdravotním postižením (dále jen ZP)“.* *„Obcím byly podány obecné informace o povinnostech vyplývajících z CRPD.“* *„V rámci projektu kraje byly zakoupeny pro osoby s PAS iPady za účelem zlepšení v oblasti komunikace.“*

V rámci podpory poskytovatelů sociálních služeb v oblasti AAK jsou uvedeny výše zmíněné obecné podpory krajů, rozšířené o možnost využití dotačních programů. *„Dotace lze mimo jiné čerpat na vzdělávání pracovníků mimo jiné i v oblasti AAK, na nákup pomůcek pro alternativní komunikaci.“* Významně je podporováno vzdělávání pracovníků sociálních služeb, a to v rámci nabízených školení a workshopů na předem stanovená témata, je zmíněna i možnost vzdělávání reagujícího na konkrétní potřeby pracovníků.

Obce jsou krajem podporovány hlavně metodicky a ve vzdělávání pracovníků. U vzdělávání pracovníků obcí poukazují respondenti na povinné vzdělávání v rámci zákona č. 108/2006 Sb. *„Jednou z možností je rozšířit si i vzdělávání v oblasti AAK.“* Jeden kraj poukazoval na nezájem některých pracovníků obcí o vzdělávání v oblasti AAK. *„Ze strany pracovníků obcí nebyl o seminář k problematice osob se ZP*

projeven zájem. Seminář pro pracovníky vykonávající agendu veřejného opatrovnictví musel být pro nezájem zrušen.“

Z hlediska efektivity případného zaměstnávání specialistů na komunikaci s osobami s různými formami ZP na obcích je nutné zohlednit četnost kontaktů a intervencí a zároveň potřeby klientů: *„Efektivnější a výhodnější se jeví mít základní znalosti o jednotlivých postiženích, být proškolen v komunikaci a mít zájem o klienta. Pokud má klient výrazné problémy v komunikaci, je jistě i pro něj příjemnější, bude-li mít s sebou asistenta nebo tlumočnicka.“* Tzn., že existuje preference komunikační osoby, na kterou je klient zvyklý.

V rámci vymezení role kraje v oblasti podpory komunikace (AAK) se zástupci krajů shodují v koordinační roli ve vztahu k obcím i poskytovatelům sociálních služeb, metodické podpoře veřejných opatrovníků, plánování a financování sociálních služeb, v roli koordinátora vzdělávání, případně vzdělavatele, koordinaci a kultivaci sítě služeb. Respondenti upozorňují na skutečnost, že komunikace s osobami se zdravotním postižením není jen „výsadou“ sociálních odborů. *„Osoby se zdravotním postižením mohou řešit jakoukoliv záležitost v oblasti veřejné správy. Vzdělávání v této oblasti by mělo být zaměřeno na všechny úředníky. Role KÚ by měla být definována k jednotlivým segmentům veřejné správy, měl by existovat koordinační útvar, který by se dané problematice věnoval komplexně.“* Dále je zmíněna role kraje v oblasti metodické podpory pedagogů a v jednom z krajů plánované školení zaměstnanců dopravců zaměřené na komunikaci osob s různými druhy postižení.

4.2.4.3 Podpora obcí a jejich role z pohledu krajského úřadu

Zástupci krajů uvádějí, že obce spíše než samostatnou podporu osob s AAK potřebují širokou míru podpory služeb. *„Naše aktivity vyplývají ze zákona, obce dostávají metodickou podporu v široké oblasti, podporujeme služby.“* „Konkrétní podporu obcí směrem k AAK nemapujeme, činnosti kraje směřují ke komplexnímu řešení situace klientů.“

Roli obcí spatřují zástupci krajů ve vytváření podmínek a dostupnosti vhodných služeb na svém území, ve vyhledávání dotačních titulů, obec považují za důležitého aktéra spolupracujícího s lékaři, zdravotnickými zařízeními, školami a za zprostředkovatele odborné pomoci a podpory klientů. *„Obec by měla znát potřeby občanů, měla by vytvářet podmínky pro služby, a to odborné i finanční.“*

4.2.4.4 Role státu z pohledu krajského úřadu

Jako jedny z hlavních úkolů státu vnímají zástupci krajů vytváření podmínek pro podporu a pomoc znevýhodněným osobám včetně podpory zavádění nástrojů a metod AAK, vytváření podmínek pro řešení individuálních potřeb občanů, koncepční a koordinační činnost, sjednocení dobré praxe. Nastavení podpory vytváření funkčních multidisciplinárních týmů, které budou zajišťovat školení pracovníků v sociálních službách. Vytvoření sítě krajských center, kde budou tyto týmy pracovat. Systémové trvalé průběžné proškolení pracovníků v praktikování metod AAK. Trvalá dostupnost profesních pracovníků center, kteří budou spolupracovat jak s jednotlivými zařízeními, tak s rodinami. Zajištění dostatečného množství kvalitních lektorů, vzdělávacích kurzů.

Úkoly státu v oblasti podpory komunikace (AAK) uváděli zástupci krajů dle jednotlivých rezortů:

- MPSV – začlenit AAK do základních činností sociálních služeb a vytvářet podmínky pro její realizaci, zajistit místně i finančně dostupné služby pro osoby se zdravotním postižením, více podporovat pečující osoby, podporovat vzdělávání sociálních pracovníků, opatrovníků i veřejnosti, zajistit finanční podporu pro pořízení pomůcek AAK, koordinovat systém služeb.
- MŠMT – vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti osob se zdravotním postižením, v oblasti AAK, podporovat fungující školská poradenská pracoviště, rozšířit možnost mimoškolních aktivit pro děti s potížemi v komunikaci, pro děti s těžkým zdravotním postižením.
- MZ – změnit stávající praxi, kdy lékaři vyžadují přítomnost pracovníka sociální služby při hospitalizaci klienta s mentálním, či jiným duševním postižením, podporovat vzdělávání lékařů a dalších zdravotnických pracovníků v oblasti AAK.
- MVČR – aplikovat do praxe metodický postup pro tvorbu srozumitelných textů, podporovat akreditované kurzy zaměřené na měkké dovednosti.

4.2.4.5 Školení v oblasti AAK pro krajský úřad

Všichni zástupci krajů uvádějí vstupní vzdělávání zaměstnanců, včetně části zaměřené na komunikaci s osobami se zdravotním postižením. Kromě kurzů v rámci povinného vzdělávání podle zákona č. 108/2006 Sb. zmiňují pracovníci

krajských úřadů například kurz „Specifika a zásady komunikace s OZP“ (pozn. osoba se zdravotním postižením) a kurz „Komunikace s osobami se ZP“. Další kurzy a školení jsou součástí vzdělávacích plánů pracovníků krajských úřadů (dále „KÚ“), je možné absolvovat kurzy, jejichž součástí je i AAK. Přímo s cílovou skupinou klientů s potřebami AAK se respondenti setkávají minimálně. *„Je to ale spíše o zájmu pracovníka, s těmito klienty se příliš nesetkáváme, proto ani není nijak velká potřeba vzdělávání přímo v oblasti AAK.“*

4.2.4.6 Doporučení kraje v oblasti AAK

Kromě již zmíněných doporučení směrem k rolím krajů a státu doporučují respondenti například vzdělávání v oblasti AAK pro pracovníky OSPOD (Orgánu sociálně-právní ochrany dětí), hledání různých forem financování pomůcek pro klienty s postižením, vydání a distribuci informačních materiálů k problematice AAK, besedy ve školách, obecně zajištění širšího povědomí občanů o problematice života osob s postižením. *„Je třeba, aby bylo širší povědomí o této cílové skupině. Bude tak možné i eliminovat rizika, jako je odmítání, vznik různých konfliktních situací, stigmatizace.“*

4.2.5 Pracoviště ÚP

V rámci průzkumu proběhlo 9 expertních rozhovorů s pracovníky krajských poboček ÚP a z kontaktních pracovišť ÚP, a to jak z oddělení zaměstnanosti, tak i z oddělení nepojistných sociálních dávek, zaměřených zejména na jejich znalosti v oblasti AAK a na problematiku využití nástrojů AAK při jejich činnostech.

Respondenti nástroje a metody AAK využívají v praxi omezeně a ojediněle. V případě výrazných postižení či poruch v oblasti komunikace přicházejí klienti s opatrovníky, v doprovodu pracovníků sociálních služeb, případně s tlumočníky:

- *„Většinou klienti s omezenými komunikačními schopnostmi docházejí s doprovodem a tím pádem je možnost projednat jejich požadavky a potřeby. Pokud se dostaví bez doprovodu, nemáme problém s těmito klienty komunikovat, i když je to časově a psychicky náročné“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Našimi klienty jsou osoby s různými zdravotními postiženími, mezi které patří i osoby s demencí či PAS. V naší praxi se nám zatím nestalo, že bychom*

museli s touto osobou jednat samostatně, vždy měli k dispozici někoho z blízkých, popř. asistenta, se kterými jsme vše potřebné vyřídili. Pokud máme klienta, který vzhledem k věku, zdravotnímu postižení přijde na ÚP ČR sám a nezdá se nám, že vše chápe zcela správně, s klientem potřebné příspěvky vyřídíme a následně dle situace řešíme dále. Zjišťujeme informace o jeho blízkých, se kterými se následně spojíme, popř. kontaktujeme sociální pracovníky z města (máme výbornou spolupráci). Během této komunikace používáme jednoduché věty, gesta, papír a tužku apod. Používáme cokoliv, co nám pomůže, abychom zjistili, co klient potřebuje. Vše řešíme individuálně, dle věku, zdravotního stavu či potřeb klienta“ (ACCENDO, 2020).

- *„Nesetkáváme se s touto kategorií zcela běžně. Klienti s autismem většinou přichází v doprovodu opatrovníka. Na komunikaci máme prostor a klientovi se určitě věnujeme dostatečně. Komunikace je obtížnější, klient vypadá, že vše pochopil a nakonec zjistíme, že to udělá jinak. Ale žádný závěr, který by mu měl ublížit, bychom z toho nevyvodili“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Naši pracovníci na poradenství – a to z velké většiny ‚Poradci OZP‘ mají zkušenosti a vždy se snaží s takto postiženým klientem navázat komunikační kanál tak, aby jim klient porozuměl. Bohužel, komunikovat s některými postiženými klienty není vždy jednoduché“ (ACCENDO, 2020).*

Na pracovištích ÚP neexistují standardy ani interní předpisy pro komunikaci s osobami se zdravotním postižením, pouze materiál z roku 2019 z generálního ředitelství Úřadu práce ČR: Specifika zaměstnávání osob s poruchou autistického spektra. Obecně se při jednání s klienty vychází např. z Etického kodexu. Problematika komunikace s osobami s demencí nebo poruchou autistického spektra není explicitně upravena vnitřním předpisem, i když pracovníci pracovišť ÚP provádějí sociální šetření u osob s demencí doma v rámci posuzování stupně závislosti při řízení o přiznání příspěvku na péči. Možnost, resp. schopnost komunikace přitom umožňuje lepší a reálnější zhodnocení situace posuzované osoby a schopnosti vykonávat hodnocené úkony při péči o vlastní osobu a schopnost vést domácnost. Pro dokreslení tématu uvádíme vyjádření: *„Žádné standardy ani interní předpisy ke komunikaci s postiženými klienty nejsou a asi by to bylo obtížné nějaké vytvořit. Každý člověk je individuální a přichází k nám*

v určitém rozpoložení. Musíme reagovat dle situace a přizpůsobit se klientovi“ (ACCENDO, 2020).

Systémové vzdělávání pracovníků v oblasti AAK zajištěno není. Oslovení respondenti mají možnost vzdělávání v oblastech vztahujících se k výkonu jejich činností, součástí některých kurzů bývá i komunikace, ale specializované kurzy k AAK nemají k dispozici.

- *„V rámci průběžného vzdělávání je v nabídce interního vzdělávání kurz ‚Úvod do komunikace s OZP s mentálním postižením a poruchami autistického spektra‘“ (ACCENDO, 2020).*
- *„V rámci projektu ‚Rozvoj sociální práce u sociálních pracovníků působících na Úřadu práce v‘ je pro sociální pracovníky určen kurz ‚Základy komunikace s klientem s mentálním postižením a s autistickým klientem‘“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Proběhlo pár školení na téma Komunikace s osobami se specifickými komunikačními potřebami, kterých se však zúčastnil jen omezený počet pracovníků. Pracovníci nemají znalosti v oblasti augmentativní a alternativní komunikace. Neabsolvovali žádný kurz zaměřený na nácvik těchto typů komunikace“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Pro problematiku jednání s klienty proběhla tato školení: Vybrané okruhy z psychologie, Komunikace s klientem se specifickými potřebami, Jednání s klientem v problémových situacích. Určitě bylo školení i pro jednání s klientem zrakově nebo sluchově postiženým“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Pracovníci absolvovali různá školení zaměřená na komunikaci s osobami se zdravotním postižením – komunikace se sluchově postiženými, zrakově postiženými, psychické poruchy, komunikace se seniory, nonverbální komunikace...“ (ACCENDO, 2020).*

Pracovníci ÚP obecně neznají Metodiku ETR Ministerstva vnitra. Poté, kdy se s ní během průzkumu seznámili, se vyjádřili následovně: *„Jedná se víceméně o všeobecné informace, které v praxi běžně používáme. Text je rozdělen zaměřením na komunikaci s různými skupinami lidí, člověk si má uvědomit, na koho se zaměřuje a sdělení přizpůsobit tak, aby to ta daná skupina pochopila. Částečně*

to asi v naší praxi aplikovatelné je. Lze využít pro pracovníky napříč naším úřadem. Jak pro stávající, tak nové“ (ACCENDO, 2020).

V letech 2012 až 2014 byl realizován projekt Národní rady osob se zdravotním postižením ČR s názvem Vzdělávání pracovníků Úřadů práce v komunikaci s osobami se zdravotním postižením (CZ.1.04/5.1.01/77.00202) v rámci kterého byly vytvořené videospoty ke kurzu „Zásady a specifika komunikace s osobami se zdravotním postižením“ pro komunikaci s nevidomými, sluchově postiženými a tělesně postiženými. Kurzy nebyly zaměřené na komunikaci s osobami s demencí nebo PAS.

4.2.6 Zdravotnická zařízení

Zdravotnická zařízení obecně pracují především s konceptem bazální stimulace v rámci ošetrovatelské péče, která využívá nástroje a metody AAK. U vybraných skupin pacientů používají (např. při poruše řeči) komunikační karty. U osob s demencí používají především metody a nástroje bez pomůcek, především orální řeč – vokalizace s komunikačním záměrem např. ham – jíst, a prostředky neverbální komunikace (tj. gesta, mimika, haptika, posturika, paralingvistika). Způsob komunikace s osobami s demencí: použití jednoduchých vět, volba vhodných slov (ne cizojazyčná slova), zřetelná výslovnost, pomalejší tempo, časté opakování sdělovaného obsahu aj. V některých zdravotnických zařízeních jsou k dispozici pracovníci, které ovládají znakovou řeč. Rovněž na MP3 přehrávači jsou nahrány důležité dokumenty související s hospitalizací klienta např. Souhlas s hospitalizací.

Součástí řízené dokumentace jsou i postupy v péči o specifické skupiny pacientů, včetně pacientů s poruchami autistického spektra. Dalšími specifickými skupinami jsou pacienti se zrakovým, sluchovým a pohybovým postižením. Informace a doporučení k péči týkající se pacientů s autistickým spektrem jsou uvedeny ve Věstníku MZ ČR, ročník 2016, částka 8, bod 4 Doporučené postupy v přístupu zdravotníků ve zdravotnictví k osobám s poruchami autistického spektra. Specifika péče o seniory je obvykle zpracována v samostatném interním dokumentu. Speciální dokumentace pouze pro pacienty s demencí obvykle vytvořena není.

Metody AAK u záchranářů integrovaného záchranného systému (dále jen IZS)

Odbor sociálních služeb plzeňského magistrátu připravil sadu speciálních komunikačních karet pro lepší domluvu s pacientem – cizincem. Anamnestické zdravotní a jazykové komunikační karty tvoří soubor šedesáti karet v kroužkové vazbě. Každý dotaz je přeložen do angličtiny, němčiny, ruštiny vietnamštiny, mongolštiny a doprovází jej patřičný obrázek. Využívat je ale mohou i další složky integrovaného záchranného systému. Lékař nebo sestra ukáže na kartě pacientovi konkrétní výraz či spojení slov. Karty s obrázky a fotografiemi je možné používat samostatně nebo z nich lze sestavit věty a výrazy.¹⁴

Tabulka 4.19: Ukázka Anamnestické zdravotní a jazykové komunikační karty

anamnestické zdravotní a jazykové komunikační karty

✓	✗	?
<ul style="list-style-type: none"> Yes Ja Да Vâng Тийм 	<ul style="list-style-type: none"> No Nein Нет Không Үгүй 	<ul style="list-style-type: none"> Do you understand? Verstehen Sie mich? Понимаете? Ông/Bà có hiểu không? Ойлгож байна уу?

**Ztratil jste přechodně vědomí?
Byl jste v bezvědomí?**

✓	✗	?
<ul style="list-style-type: none"> Yes Ja Да Vâng Тийм 	<ul style="list-style-type: none"> No Nein Нет Không Үгүй 	<ul style="list-style-type: none"> Do you understand? Verstehen Sie mich? Понимаете? Ông/Bà có hiểu không? Ойлгож байна уу?

Zdroj: Magistrát měst Plzně, 2011

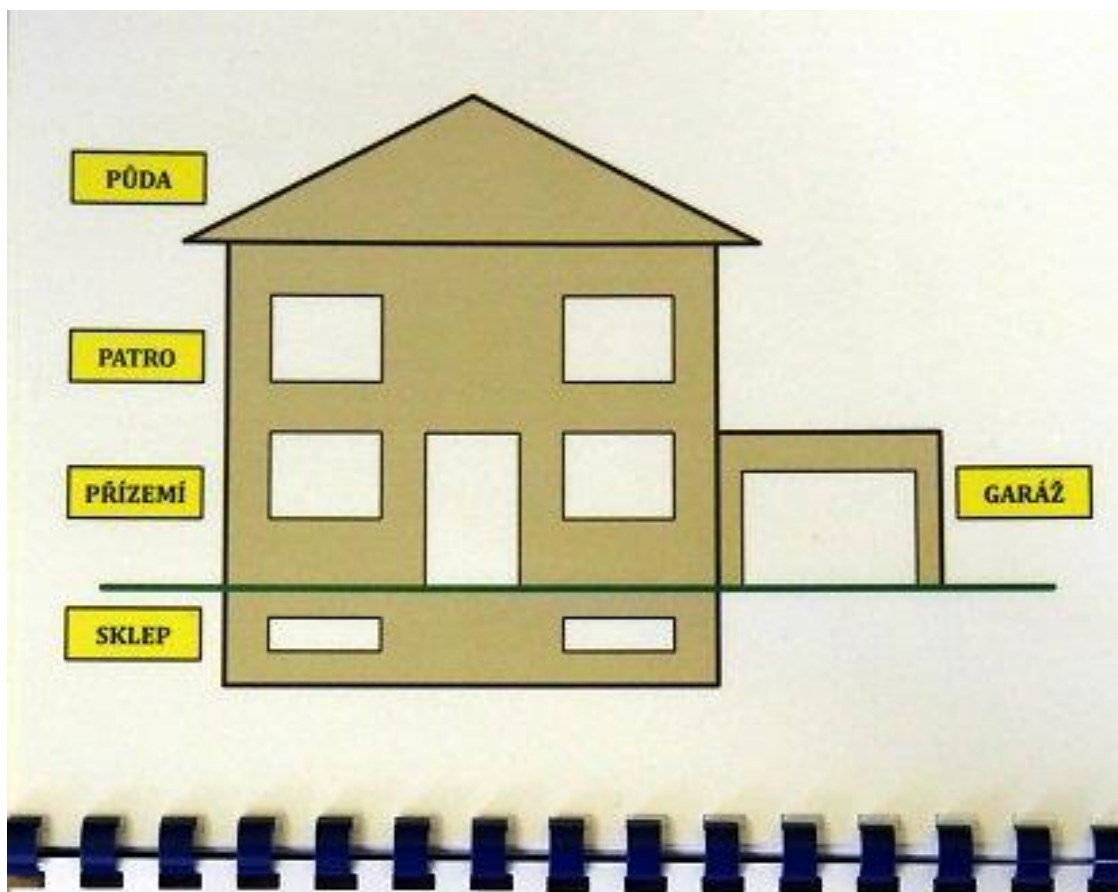
¹⁴ <https://www.komorazachranaru.cz/aktualita/plzenska-zachranka-zavadi-anamnesticke-karty-pro-komunikaci-s-cizinci>

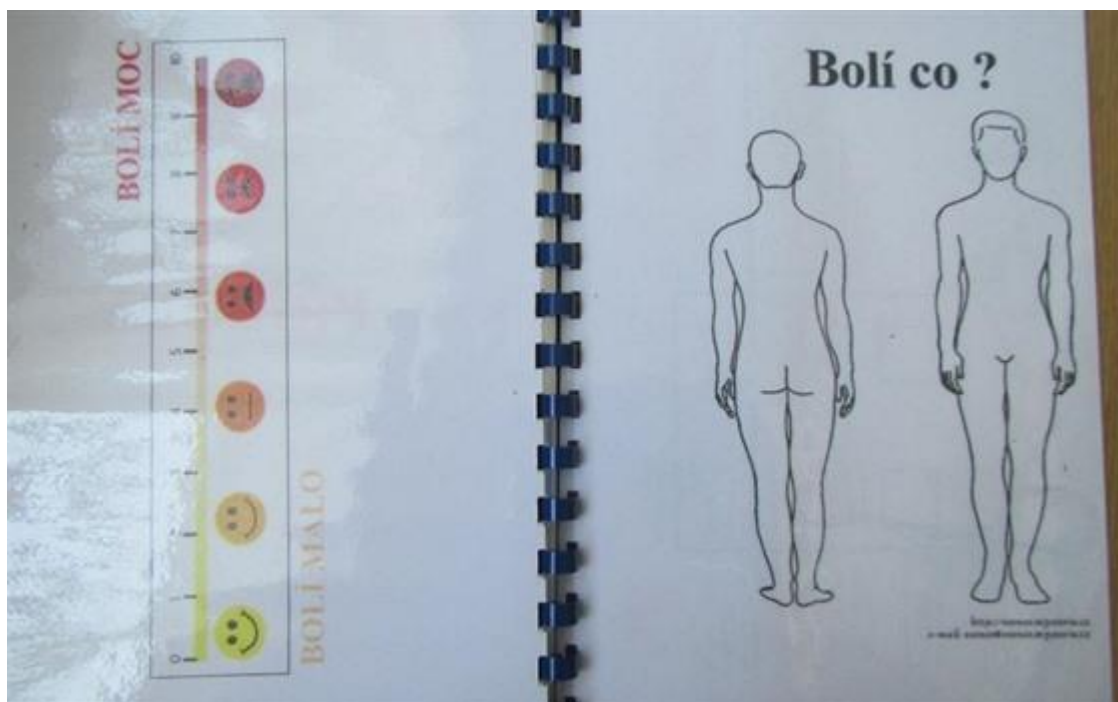
4.2.7 Hasičský záchranný sbor

Hasičský záchranný sbor ČR (dále jen HZS ČR) z pomůcek AAK využívá při výjezdech „**Karty pro komunikaci s neslyšícími u mimořádných událostí – Metodická příručka**“¹⁵, které lze částečně využít i pro komunikaci s osobami s demencí. Tato metodická pomůcka je součástí výbavy zásahových vozidel HZS ČR a probíhají odborné přípravy hasičů za účelem jejího využití. *Cílem karet je usnadnit a urychlit komunikaci hasičů při mimořádných událostech, u kterých se mohou setkat s neslyšícími osobami. Karty obsahují 18 nejdůležitějších vět a otázek, které hasiči při komunikaci a pro uklidnění osob používají, a kterými také zjišťují informace důležité pro účinnou pomoc. Jednotlivé věty jsou sestaveny tak, aby odpovídaly slovosledu a gramatice znakového jazyka. Karty v přílohách dále obsahují **obrázky a piktogramy**, na kterých mohou neslyšící např. ukázat svá zranění a míru bolesti, či ve které části domu se nacházejí další osoby a nebezpečné věci* (HZS ČR, 2016).



¹⁵HZS ČR (2016) Karty pro komunikaci s neslyšícími u mimořádných událostí – Metodická příručka. Dostupné z <https://www.hzscr.cz/clanek/karty-pro-komunikaci-s-neslysicimi-u-mimoradnych-udalosti-metodicka-prirucka.aspx>





V rámci projektu EUNAD¹⁶ byl vytvořený manuál „**Mimořádné události – manuál pro specifickou komunikaci s osobami s poruchami zrakového a sluchového vnímání**“, který je dostupný na stránkách MVČR¹⁷. V manuálu se používá pojem „osoby s disabilitou“ a jsou tímto míněny osob s poruchami zrakového a sluchového vnímání, nicméně postupy lze zobecnit pro další cílové skupiny, např. oddíl č. 7 je zaměřen na komunikaci se seniory s poruchami zraku a sluchu.

Obecná pravidla v průběhu zásahu – doporučení pro IZS

- Osoby s poruchou zraku nebo sluchu vyžadují specifický přístup, způsob chování a komunikaci od okolí.
- Mají v případě mimořádné události, stejně jako ostatní, potřebu kvalitních informací.
- Ve skupině osob je třeba osoby s disabilitou vyhledat, zjistit druh zdravotního postižení a věnovat jim zvláštní pozornost i z hlediska komunikace. Nejjednodušší je přímo se zeptat, jakým způsobem osoba nejlépe komunikuje.
- Míru postižení zraku nebo sluchu je možné také specifikovat za pomoci screeningu
 - Příklad: Slyšíte veřejný výstražný signál a houkání vozů IZS?
 - Slyšíte tak, abyste mohl/a komunikovat po telefonu?
 - Potřebujete tlumočnicka znakového jazyka?
 - Rozumíte psanému textu?
 - Slyšíte a rozumíte mluvené češtině? Rozumíte mi, když takhle mluvím?
 - Můžete telefonovat?
- Mimořádná událost může na osobu s disabilitou více působit, právě proto, že má limitovaný přístup k informacím. Může proto působit zmateně.
- Správná komunikace může značně napomoci provedení zásahu s přítomností osob s disabilitou. Důležité je sdělování informací.

¹⁶ <https://www.mvcr.cz/clanek/zakladni-informace-o-projektu-eunad.aspx>

¹⁷ MVČR (2014) Mimořádné události – manuál pro specifickou komunikaci s osobami s poruchami zrakového a sluchového vnímání <http://www.mvcr.cz/soubor/projekt-eunad-lide-se-sluchovym-a-zrakovym-postizenim-pri-katastrofach.aspx>

- Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí. Ujistíme se, zda osoba má své kompenzační pomůcky (notebook s hlasovým výstupem, sluchadlo, mobilní telefon).
- Osobu s disabilitou povzbuzujeme vlídným přístupem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli osoby s disabilitou.
- Vyjadřujeme se jednoduše! Ověřujeme, zda nám osoba dobře rozumí.
- Dáme zřetelně najevo, zda odcházíme jen na chvíli nebo zda naše komunikace skončila.
- Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění, využíváme také dotek, neverbální komunikaci a mimiku. Umožňujeme i dotek nás; jsme vnímaví k projevu úzkosti, strachu, smutku, bolesti.
- Usilujeme o to, aby osoba s disabilitou mohla zůstat s blízkou osobou, která zná její potřeby. Pokud se musí rozdělit, zajistíme co nejdříve obnovení kontaktu.
- Pokud není k dispozici blízká osoba, při péči na místě zásahu využíváme např. průvodce, zdravotnickou záchrannou službu, organizace pro psychosociální pomoc. Průvodce je třeba informovat o situaci a o dalším postupu.
- Informace je možné také získávat od sousedů – u nich je možné ověřovat, zda v domě nebydlí někdo s disabilitou.
- Účelná je proaktivita ze strany pomáhajících, některé osoby s disabilitou se zdržují v ústraní, v případě mimořádné události jsou nuceny komunikovat s neznámými lidmi a žádat je o pomoc, na což mnozí nejsou zvyklí a mají určité zábrany, obavy v sociální komunikaci

Oddíl 7. Komunikace se seniory s poruchami zraku a sluchu

- Vyhýbáme se zdětinštvání starého člověka.
- Musíme počítat se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí při jejich přesunu. Pokud musíme urychlit jejich transport např. při evakuaci, použijeme postupy jako při záchranně zraněných osob (vynášení, spouštění, prostředky z vybavení zdravotnické záchranné služby apod.).
- Bez ověření rozsahu poruchy sluchu nezesilujeme hlas; porozumění řeči se ve stáří zhoršuje, v hlučném prostředí proto nepřekřikujeme jiný hovor, ale snažíme se hluk odstranit.
- Pomoc při pohybu, odkládání oděvů či při uléhání na lůžko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení osoby), ale nevnučujeme; umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka).

Generální ředitelství HZS ČR pro účel komunikace s osobami se zdravotním postižením zpracovalo novelu listu číslo 12/S Bojového řádu jednotek požární ochrany, který byl vydán pod názvem "Zásady komunikace s osobami se zdravotním postižením na místě zásahu" (viz příloha č. 3). List je určen velitelům zásahů jako pomůcka pro řešení situace se zdravotně postiženými v místě zásahu při mimořádné události a slouží též pro účely výcviku velitelů zásahu a hasičů. Jedna část listu je zaměřena na osoby s duševním onemocněním¹⁸.

¹⁸ Vláda ČR (2018) Zpráva o postupu prací na řešení problémů popsanych v Podnětu k řešení situace života osob s poruchou autistického spektra a jejich rodin <https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Zprava---Podnet-k-reseni-situace-PAS.pdf>

V rámci odborné přípravy se využívá DVD Komunikace s osobami se zdravotním postižením při mimořádné události. Níže je uveden odkaz na video spoty pro výuku: <https://www.hasici-vzdelavani.cz/content/materialy-ke-stazeni-1>.

Komunikace s osobami se specifickými potřebami probíhá také v rámci tísňové linky, kde operátoři zvládají omezenou verbální komunikaci, rovněž je vytvořená možnost komunikace formou SMS.

4.2.8 Policie České republiky

PČR používá nástroje a metody AAK při vyšetřování dětí v případě podezření ze sexuálního zneužívání. Základní metodická doporučení směřují k získání pocitu důvěry, ke zjištění znalosti slovníku dítěte, k výrazům, které dítě používá pro různé části těla. Při výslechu využívají k popisu látkové anatomické panenky Jája a Pája. V současné době je k dispozici i víc postaviček, které představují členy rodiny – matku, otce, dědečka, babičku i sourozence, přičemž lze využít i postavičky z lega. Případně lze využít i modelovací hmotu nebo používat různé loutky v kontextu asociace s pohádkou. Existují speciální výslechové místnosti pro děti k navození pocitu důvěry, kde je jen osoba, která vede rozhovor, a ostatní osoby rozhovor sledují z jiné místnosti.

Na základě rozhovoru s ředitelem územního odboru PČR kromě výše uvedeného žádné speciální postupy, jak komunikovat s osobami s postižením, nejsou. Komunikaci řeší podle situace (ad hoc), tzn., využívají dle potřeby psychology, tlumočnický, opatrovníky atd.

4.2.9 Městské/obecní policie

V rámci rozhovoru s ředitelem městské policie byly identifikovány obecné komunikační kurzy pro strážníky, kde byly řešeny jednotlivé situace včetně neverbální komunikace, specifčnosti komunikace se staršími osobami atd. Zkušenosti z jednotlivých situací, včetně zvolených komunikačních metod v praxi ověřených, si většinou strážníci předávají mezi sebou. V situaci, kdy doprovázejí pracovníky OSPOD při odebírání dětí z rodiny, používají piktogramy a hadrové hračky ušité osobami ve výkonu trestu. Ředitel městské policie deklaroval, že s pomůckami mají dobrou zkušenost a pokud dostanou možnost, rádi se budou v metodách AAK dále vzdělávat.

4.2.10 Knihovny

V rámci inkluze se knihovny zaměřují na komunikaci s osobami se sníženou schopností komunikovat. Například Knihovna města Hradce Králové nabízí služby pro mentálně znevýhodněné.¹⁹ V rámci webových stránek používá níže uvedený piktogram.

Obrázek 4.2: Piktogram pro mentálně znevýhodněné



Zdroj: Knihovna města Hradce Králové.

Mentálně znevýhodněným uživatelům usnadňuje pohyb po knihovně srozumitelný orientační systém a individuální přístup personálu. Pro děti se specifickými potřebami a zdravotním postižením, včetně autistů, je k dispozici tzv. lekotéka. Jedná se o soubor didaktických hraček a pomůcek, které rozvíjí zručnost, jazyk, motoriku, tvořivost či logické myšlení.

Knihovna města Hradec Králové má následující „*Desatero komunikace s mentálně znevýhodněným*“²⁰

1. Mluvte s ním jako s dospělým člověkem – vykejte. Pokud znáte jméno, je dobré ho oslovovat jménem.
2. Ověřte si, že vás mentálně znevýhodněný uživatel dobře vidí i slyší a udržujte oční kontakt.
3. Srozumitelně vysvětlete, co se bude dít a proč. Nepředpokládejte, že to každý ví.
4. Mluvte pomaleji a používejte krátké a jasné věty, názorná vysvětlení a příklady (nepoužívejte žádné zkratky, abstraktní pojmy, cizí slova ani žargon).
5. Dávejte jednoduché a srozumitelné otázky.
6. Počkejte vždy na odpověď a neodpovídejte za něho.
7. Ověřujte, zda jste správně porozuměli. A naopak ověřujte, zda uživatel dobře porozuměl vám. Vyhýbejte se manipulativním otázkám jako: „To bylo asi červené auto, že?“ Spíše se zeptejte „Jakou to auto mělo barvu?“ Pokud uživatel neodpoví, můžete dát možnosti na vybrání.
8. Buďte trpěliví a zkuste se přizpůsobit tempu znevýhodněného.

¹⁹ Knihovna města Hradce Králové (2020) Služby pro mentálně znevýhodněné. Dostupné z <https://www.knihovnahk.cz/pro-verejnost/sluzby/sluzby-pro-mentalne-znevychodnene>

²⁰ Knihovna města Hradce Králové Desatero komunikace s mentálně znevýhodněným. Dostupné na https://www.knihovnahk.cz/files/tinymce/pro-verejnost/sluzby/Desatero_komunikace_s_mentalne_znevychodnenym.pdf

9. Nebojte se říct, že nerozumíte. Vyzvěte znevýhodněného k vysvětlení či zopakování. Vždy se snažte mluvit nejdříve přímo s mentálním znevýhodněným, a ne s jeho doprovodem.
10. K znevýhodněnému přistupujte bez předsudků a štitivosti a všimněte si neverbálních projevů.

Dvě rady na závěr:

Jednejte s mentálně znevýhodněnými tak, jak byste si přáli, aby bylo jednáno s vámi.

Pro lepší komunikaci s osobami s těžkými stupni mentální retardace používejte **tzv. alternativní a augmentativní komunikaci** – např. reálné předměty, obrázky, fotografie, piktogramy apod.

Podobně také Knihovna města Ostravy má vymezené níže uvedené Desatero komunikace s osobami s mentálním a duševním znevýhodněním:²¹

1. Při komunikaci je velmi důležité udržovat oční kontakt (umožněte ho i přerušit) a věnovat mentálně postiženému člověku pozornost. To, jak člověka s mentálním postižením vnímáte a přijímáte jeho sdělení, se výrazně odrazí v jeho ochotě něco Vám sdělovat.
2. **Používejte jednoduchou řeč, krátká slova a věty. Jasně vyjadřujte svoje myšlenky,** nepoužívejte cizí a hovorová slova.
3. Mluvte pomalu, tak aby tempo vaší řeči mentálně postiženého člověka nezahlcovalo. Buďte trpěliví a dopřejte partnerovi dostatek času na odpověď.
4. **Důležitá je neverbální komunikace doplňujte komunikaci mimikou, gestikulacemi.**
5. Vyhýbejte se abstraktním pojmům; pokud to nejde, snažte se je objasnit pomocí konkrétních příkladů.
6. **Ověřte si, zda Vám dotyčný rozuměl a pochopil, co jste mu sdělili, a zda s Vaším sdělením souhlasí, či ne. Mluvte jen o jedné hlavní myšlence.** K další přejděte až po ujištění, že Vám partner rozuměl.
7. Lidé s mentálním postižením jsou zpravidla velmi sugestibilní, což znamená, že nekriticky přijímají myšlenky druhých. Sugestibilními otázkami je možné velmi snadno člověka s mentálním postižením ovlivnit, manipulovat jím. Pamatujte na to při volbě otázek.
8. Mentálně postižení lidé jsou velmi závislí na ostatních lidech. Jednejte s nimi s velkou mírou empatie, trpělivosti a respektu.
9. Dospělý člověk s mentálním postižením má jiné možnosti v porozumění. Neznamená to však, že není dospělý. Proto budete-li jej oslovovat, vykejte mu. Používejte řeč dospělých. I když budete používat jednoduché věty, neznamená to, že musíte používat zdvořiliny, mluvit moc nahlas nebo něco zbytečně dlouho vysvětlovat „polopatickým“ způsobem.
10. Při odchodu dejme neslyšícímu písemné sdělení o tom, co jsme projednávali.

²¹ Knihovna města Ostravy (2014) Desatero komunikace s osobami s mentálním a duševním znevýhodněním. Dostupné z <http://www.kmoprohandicap.cz/desatero-komunikace-s-osobami-s-mentalnim-a-dusevnim-znevyhodnenim/>

5 Specifikace jednotlivých nástrojů, metod AAK a jejich využití při práci s osobami s demencí

Cílem kapitoly je doporučit specifikace jednotlivých nástrojů a metod AAK včetně definování situací, kdy mohou nebo mají být v komunikaci s osobami s demencí využity.

5.1 Nástroje a metody AAK bez pomůcek

	Definice a vymezení situací, kdy mohou nebo mají být v komunikaci s osobami s demencí využity
<p>1) Prostředky neverbální komunikace</p> <p>Definice: Nejrozšířenější forma AAK využívaná u osob s demencí. Mezi nejčastější druhy neverbální komunikace byla zmiňována gesta, mimika a haptika²². Důležitá je také paralingvistika²³. V rámci práce s klienty s demencí je vhodné procvičovat mimiku, gesta a pohyby před zrcadlem.</p>	<p>Využití: U všech klientů v jakékoli fázi demence (mírná, střední, těžká) při každodenním kontaktu. Gesta a gestikulaci je nutno využívat při naznačování, jaká činnost se chystá (např. ukázání směrem ke koupelně signalizuje hygienu) případně ukazovat na předměty (např. ukázání na hrnek symbolizuje pití; naznačení rukou, že lžice bude směřovat do úst). Nelze opomíjet paralingvistiku, kdy je třeba dbát na stálý, klidný tón hlasu a používání jednoduchých vět. Je třeba se vyvarovat tónu hlasu, který může být považován klientem jako agresivní. Z hlediska mimiky je důležitý úsměv, příjemný výraz tváře vyjadřující klid.</p> <p>Důležité upozornění: Člověk s demencí je na neverbální komunikaci velmi citlivý a je tedy třeba, aby byl pracovník v přímé péči v souladu s potřebami klienta. Správné využívání neverbální komunikace navozuje pocit klidu, bezpečí, důvěry, orientuje klienta v situaci. Pomáhá klientovi porozumět sdělenému obsahu, čímž se posiluje jeho sebevědomí. Nesprávné využívání neverbální komunikace a nesoulad s potřebami klienta s demencí, vzhledem k jeho vysoké citlivosti, vede k agresivnímu chování a depresi.</p>

²² **Haptika** – kontakt hmatem.

²³ **Paralingvistika** zkoumá zvukovou stránku verbální komunikace (např. intonace, důraz, rychlost řeči).

	Definice a vymezení situací, kdy mohou nebo mají být v komunikaci s osobami s demencí využity
<p>2) Orální řeč – vokalizace s komunikačním záměrem</p> <p>Definice: Orální řeč je důležitým prostředkem komunikace. Může se jednat jen o jednoslabičná a dvojslabičná slova, která se spojují do krátkých vět. V případě, že orální řeč selhává, využívá se tzv. vokalizace - vyslovování hlásek s komunikačním záměrem. Tato metoda slouží ke zjednodušení komunikace mezi pracovníky v přímé péči a klienty pro možnost každodenní domluvy.</p>	<p>Využití: V případě selhávání orální řeči, kdy člověk s demencí již není schopen vyslovovat slova. Tento způsob komunikace je poměrně frekventovaný pro jeho jednoduchost.</p> <p>Důležité upozornění: Při komunikaci s klienty s demencí je nutné se přizpůsobit možnostem a schopnostem klienta. Mluvit pomalu v nerozvitých větách, výrazně artikulovat a udržovat oční kontakt. Pokud klient není schopen verbální komunikace, neznamená to, že nás nevnímá.</p>
<p>3) Makaton</p> <p>Definice: Makaton je komunikační systém, který užívá znaky (gesta) doplněné mluvenou řečí a symboly.</p>	<p>Využití: Je využíván u osob v mírné fázi demence jen výjimečně, pokud ano, tak při manuální znakování jednotných významů situací doplněných verbální jednoduchou řečí a gestikulací.</p> <p>Důležité upozornění: Osoba s demencí se tento systém není schopna naučit pro poruchu kognitivních funkcí.</p>

5.2 Nástroje a metody AAK s netechnickými pomůckami

	Definice a vymezení situací, kdy mohou nebo mají být v komunikaci s osobami s demencí využity
<p>1) Fotografie</p> <p>Definice: Trvalý obrazový záznam zachycující určitý okamžik, předmět, osobu, přírodu apod. Fotografie</p>	<p>Využití: Fotografie se využívají z několika důvodů/situací:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) vytvoření příjemného osobního prostoru – z domácího prostředí – nejčastěji se využívaly fotografie míst, kde klienti žijí nebo žili, osobní fotografie ze života klientů a jejich rodiny, domácích mazlíčků, dále fotografie oblíbených lokalit,

<p>významně pomáhá při komunikaci s klientem s onemocněním demence. Umožňuje lépe vyjádřit i pochopit obsah sdělení. Řadí se mezi nejfrekventovanější nástroje AAK.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2) pro každodenní komunikaci – fotografie předmětů denní potřeby, fotografie jídel např. při tvorbě fotojídelníčku, 3) pro orientaci v zařízení (fotografie na dveřích pokojů), v čase (fotografie schématu dne), v osobách a rodinných vztazích (fotografie zaměstnanců a rodinných příslušníků, 4) z hlediska konceptů při reminiscenci, biografii, bazální stimulaci (např. fotografie z klientova mládí, biografické listy), 5) z důvodu aktivizace při procvičování paměti (fotografie známých osobností, fotopexesa) nebo komunikaci nad fotografiemi, během které klienti zmiňují zážitky a prožitky o svých blízkých, 6) pro uklidnění (blízké osoby, zvířecí mazlíčci), 7) další situace (např. je vhodné použití fotografií pro jednání se zájemcem o službu, výběru denních aktivit, při hrách atd.). <p>Formy využití: samostatně (fotografie v rámečku, elektronické fotorámečky), v rámci jiných pomůcek (fotokalendáře, fotonástěnky, fotokoláže, fotopexesa). Fotografie lze využívat při tvorbě komunikačních tabulek a komunikačních knih, případně info listů, dále dle vlastní inspirace.</p> <p>Důležité upozornění: Při využívání fotografií u klientů s onemocněním demence je dobré znát jeho citlivá témata, která mohou klienta rozrušit. (např. fotografie dětí v případě, že v jeho životě došlo k úmrtí dítěte).</p>
<p>2) Předměty</p> <p>Definice: Předměty jsou velmi často používaným nástrojem AAK a lze je rozdělit na vlastní předměty, přírodní, vzpomínkové, terapeutické a předměty denní potřeby.</p>	<p>Využití: Pro osoby s těžší formou demence, které již nerozumí fotografiím či piktogramům a neumí je spojit s konkrétní věcí či činností se doporučují používat předměty. Pro běžné denní činnosti a aktivizaci se používají běžné předměty (hrnečky, talířky, lžičky, brýle, kartáček na zuby, ručník apod.), dále ozdoby, polštářky, dekorace, kresby od vnoučat, fotografie, abeceda, obrázkový slovník, televize, rádio, denní tisk, šperky, talismany, suvenýry, přírodniny, koření, hodinky, kompenzační pomůcky, obaly od potravin a vlastní potraviny. Je možno využívat také speciální nádobí určené pro osoby s demencí. Při terapiích osob s demencí, lze použít terapeutické pomůcky, např. panenky a terapeutické kočky. Pro vytvoření osobního prostředí je možno přinést si předměty z domácího prostředí klienta do organizace. Při využití konceptu reminiscence (zařízení mohou používat tzv. vzpomínkový kufr). Předměty mohou sloužit také ke cvičení paměti a kognitivních funkcí, ergoterapii, dodržování rituálů klienta, komunikaci (především za</p>

	<p>účelem zjišťování potřeb), stimulaci a navození kladných emocí.</p> <p>Předmět, který se využívá ke komunikaci, se stává také symbolem, to předpokládá u klienta schopnost symbolického myšlení pro funkční komunikaci. Pokud nejsou schopné osoby s demencí z důvodu poruchy jejich kognitivních schopností spojit předmět s danou činností např. hrnek – pití, a to ani po dlouhodobém nácviku, je třeba využít jiných komunikačních možností. Zvyšuje se nárok na empatii osoby, která vede komunikaci.</p> <p><u>Důležité upozornění:</u></p> <p>Pokud je klient s onemocněním demence schopen předmět pojmenovat, tak ho s velkou pravděpodobností umí také použít. Je také důležité pracovat s předměty, které jsou klientovi známé, ke kterým ho pojí nějaká vzpomínka. Při využívání předmětů dochází ke spojení paměti s předmětem, k podpoře samostatnosti a soběstačnosti, uvědomění si vlastních zdrojů.</p>
<p>3) Zmenšeniny, makety reálných předmětů</p> <p><u>Definice:</u> Přesná zmenšená kopie reálných předmětů.</p>	<p><u>Využití:</u> Zmenšeniny a makety reálných předmětů se využívají u klientů s demencí k aktivizaci, stimulaci, reminiscenci, relaxaci a k uvolnění či pro hru.</p> <p>K těmto účelům se používají zmenšeniny domácích mazlíčků a zvířat obecně, křížky, hračky, plyšové figurky, kartáček na zuby, hrnek, záchod, krabička, talíř, lžička, konvička na zalévání květin, šrouby a matice, hodiny a bota na zavazování.</p> <p>Účelem těchto nástrojů je navodit stav péče např. o kočku a tím aktivizovat klienta a jeho vzpomínky.</p> <p>Aktivizaci osob s demencí lze pravidelně provádět dle denního režimu např. proškolená osoba připraví na lištu zástupné předměty dle daného rozpisu. Uživatel předtím, než jde činnost vykonávat, vezme zástupný předmět z lišty a jde s ním tam, kde činnost potřebuje vykonat, tam ho umístí do čtverce na zdi. Po vykonání činnosti ho vezme zpět a dá do košíčku, kde je zástupný předmět až do druhého dne.</p> <p>Předměty lze využít pro podporu schopnosti motoriky a podporu logického myšlení např. plastové kopie šroubků a matic.</p> <p><u>Důležité upozornění:</u></p> <p>Při správném využívání předmětů dochází ke spojení paměti s předmětem, k podpoře samostatnosti a soběstačnosti, uvědomění si vlastních zdrojů.</p>
<p>4) Piktogramy</p> <p><u>Definice:</u></p>	<p><u>Využití:</u> Situace pro využití piktogramů:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) orientace na dveřích (pokojů, jídelen, kluboven, WC),

<p>Piktogram je grafický znak (ideogram) znázorňující pojem nebo sdělení obrazově. Většinou jde o malý, srozumitelný náčrt věci. Patří mezi nejpoužívanější nástroje AAK.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2) označení skříní a úložného prostoru, označení lůžek, osob s demencí, 3) orientace v čase – tvorba kalendářů nebo časového schématu denních činností (např. na nástěnkách u aktivit daného dne), 4) pro podporu porozumění různým organizačním dokumentům (např. smlouva o poskytování služby, denní řád, informace pro nouzové situace, formulář pro podání stížnosti), 5) pro aktivizaci a komunikaci s klienty např. při tvorbě komunikačních knih a komunikačních karet, 6) při provádění denních činností klientů (oblékání a strava, hygiena, péče o vlastní osobu), 7) při kognitivní rehabilitaci a komunikaci (např. vyjadřování potřeb, představení klienta a navázání hovoru). <p>Piktogramy lze využít při popisu různých místností, v kuchyni – co je umístěné v dané skříňce a na toaletách – moderní splachovadla a zásobníky na toaletní papír, klientovi piktogram usnadní pochopení úkonu, který se od něj očekává. Piktogramy lze využívat samostatně nebo při tvorbě komunikačních tabulek a komunikačních knih, případně info listů, dále dle vlastní inspirace.</p> <p><u>Důležité upozornění:</u> Správné využívání srozumitelných piktogramů vede u klienta s onemocněním demence k větší soběstačnosti a samostatnosti, k orientaci místem, časem, osobou a situací.</p>
<p>5) Pracovní listy</p> <p><u>Definice:</u> Pracovní listy jsou nástroje rozmanitého zaměření např. pro trénování paměti, plánování aktivit, orientaci v čase, v denních aktivitách, procvičování kognitivních funkcí, systematické zaznamenávání činností u klienta.</p>	<p><u>Využití:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pracovní listy pro trénování paměti a podporu kognitivních funkcí – např. spojovačky, piškvorky a další listy k procvičování počítání, 2) pracovní listy pro rozvoj motoriky – např. omalovánky, dokreslovačky, písanky, a další listy k procvičování jemné motoriky a představitivosti, 3) logopedické pracovní listy a listy k procvičování komunikačních funkcí, 4) pracovní listy pro trénování hospodaření s penězi, 5) vzkazové sešity – předávání informací rodině prostřednictvím vzkazového sešitu, 6) pracovní listy se záznamem pracovních postupů – podpora ergoterapie, 7) další pracovní listy rozmanitého zaměření, např., vzpomínkové listy, rozpisy péče, flipcharty, listy života klienta, denní pracovní plány atd. <p><u>Důležité upozornění:</u> U klientů s demencí je nutné se přizpůsobit možnostem a schopnostem klienta. V opačném případě klient ztratí zájem, může u něho dojít k agresivitě a depresi.</p>

<p>6) Komunikační karta, komunikační tabulka, komunikační kniha, info listy</p> <p>Definice: Komunikační karty slouží jako vizuální pomůcka pro rozvíjení a usnadnění komunikace, k aktivizaci klienta, případně k určení místa bolesti. Jako komunikační karty se používají obrázky s barvami, jídlem, oblečením, přírodou, ovocem, tabulky s písmeny, s předtištěnými předměty, dále soubory tištěných barevných obrázků běžných denních potřeb a činností nebo komunikační karty s vyznačením bolestivých míst.</p>	<p>Využití: Komunikační karty jsou využívány v situacích, jako je nácvk odmítnutí, přijetí, určení volby, sdělování zážitků apod. Vytvoření komunikační tabulky, případně komunikační knihy, usnadňuje komunikaci v rámci denních činností, individuálního plánování. Komunikační tabulky (případně info listy s piktogramy nebo fotografiemi) jsou potřebné pro pracovníky v přímé péči, klienty a jejich rodiny a stejně tak důležité jsou pro management v daném zařízení, a to při jednáních se zájemci o službu a při uzavírání smluv.</p> <p>Důležité upozornění: Klienti s onemocněním demence potřebují k odpovědi daleko více času, který se odvíjí od fáze demence. U klientů v třetí fázi demence to mohou být i 3 minuty, než odpoví. K soustředění a polarizaci pozornosti potřebují ticho a klid.</p>
<p>7) Zážitkové deníky</p> <p>Definice: Deníky, které slovně i obrazovou formou prezentují zážitky klienta.</p>	<p>Využití: Zážitkové deníky lze využít pro aktivizaci, reminiscenci, jako podporu dlouhodobé i krátkodobé paměti a pro podporu orientace a poznávání. Mohou mít různou formu, např. deníky, kroniky společných akcí a aktivit, zážitkové obrazy, fotografie z pořádaných akcí zařízení, sociální knihy zaznamenávající denní aktivity, časopis v zařízení, cestovatelské deníky a vzpomínkové listy.</p> <p>Důležité upozornění: Popis obrázku či fotografie pomáhá klientovi s onemocněním demence v určení předmětu, osoby či situace a zároveň posiluje čtení. Obraz potvrzuje uvedené označení. V paměti klienta se propojuje popis s obrazem. Realita je pak rozpoznána, vše je v paměti propojeno a reakcí je probuzení emocí.</p>

5.3 Nástroje a metody AAK s technickými pomůckami

	Situace, kdy mohou nebo mají být v komunikaci s osobami s demencí využity technické pomůcky AAK
<p>1) Primárně neúčelová elektronická zařízení pro AAK</p> <p>Definice: Mezi tyto nástroje řadíme elektronická zařízení, která nejsou primárně určená pro AAK. Patří zde např. notebook, iPad, Mobilní telefon, promítací zařízení, CD přehrávač.</p>	<p>Využití: Primárně je vhodné používat notebook pro prezentace a promítání (např. fotografií, filmů, operet, písní, dokumentů), vyhledávání informací, aktivizační činnosti, sluchovou a zrakovou stimulaci, kognitivní trénink a reminiscenci. Na notebook lze nainstalovat program NVDA, což je open-source program na odečítání obrazovky, který pomáhá klientovi s orientací při práci na notebooku. Osoby s demencí pracují na notebooku především s asistencí. Je zde možnost využití jednoduchých her, které rozvíjejí pozornost, paměť, jemnou motoriku, klienta zaujmou. iPad či tablet lze použít pro čtení, hledání fotek, článků, tematických přísloví, cizích slov, pouštění písniček, ukazování fotografií, aktivizační činnosti, kvízy a různé hry, vzdělávání a komunikaci s klientem včetně sdělení potřeb. Je možné využít aplikaci GoTalk NOW, vzhledem k jednoduchosti je vhodná i pro osoby s mírnou demencí. V případě stolního počítače lze využít tato zařízení pro sluchovou a zrakovou stimulaci, pouštění hudby, filmů, obrázků, kognitivní trénink, reminiscenci, dopisování s rodinnými příslušníky, trénink psaní a práci s internetem. Aplikace na mobilním telefonu: Je možné využít hlasové asistenty (např. aplikace Řečový asistent), kdy je klient hlasově upozorněn, kdo mu volá a jaké akce provádí na telefonu. Mezi další, primárně neúčelová, zařízení pro AAK lze uvést: Promítací zařízení (primárně určeno k aktivizaci seniorů, je možné použít pro komunikaci prostřednictvím obrázků, symbolů), „mluvící fotoalbum“ (po zmáčknutí se u konkrétní fotky ozve hlasový výstup, který oznamuje, kdo je na fotce, nebo co se děje na fotce), CD přehrávač, iPod Shuffle (určen k poslechu hudby, má jednoduché ovládání pro klienty), kognitivní kufřík a reminiscenční kout. Důležitá upozornění: Obecně platí, že pro aktivní užívání osob s demencí nejsou složitá technická zařízení vhodná, pouze je vhodné jejich pasivní užívání těmito osobami. Schopnost absorbovat informace je u klienta s onemocněním demence narušena, což může znamenat, že si nedokáže zapamatovat co se dělo před 30 sekundami.</p>

	Situace, kdy mohou nebo mají být v komunikaci s osobami s demencí využity technické pomůcky AAK
<p>2) Primárně účelová elektronická zařízení pro AAK</p> <p>Definice: Mezi tyto nástroje řadíme elektronická zařízení, která jsou primárně určena pro AAK. Patří zde např. jednotlačítkové a dvoutlačítkové zařízení s hlasovým výstupem tzv. komunikátory, vícetlačítkový komunikátor GoTalk, sluchátka Audioport A200, interaktivní dotykový stůl SenTable.</p>	<p>Využití: Pro některé poskytovatele je vhodné u osob s demencí, pokud je spojena s poruchou řeči, využít jednotlačítkové/jednovzkazové zařízení s hlasovým výstupem (tzv. komunikátor). Může zde být nahrán vzkaz např. „Dobrý den, jsem Honza Malý.“ Pokud klient zvládne rozumět více slovům je možnost použít 2 jednotlačítkové, případně vícetlačítkové zařízení (tzv. komunikátor), které umožňuje výběr aktivit, např. „chci jít ven, chci vidět televizi“. Zařízení nebude „samo od sebe“ za klienta komunikovat, klient musí mít schopnost porozumět tomu, co dané vyobrazení (tlačítko) na komunikátoru znamená (pít, jíst, zima apod.). Tyto pomůcky nejsou zatím rozšířeny ani obvykle využívány pro osoby s demencí.</p> <p>Důležité upozornění: Tato zařízení je možno využít pouze u klientů s mírnou maximálně středně těžkou demencí, kteří jsou schopní pochopit způsob použití těchto pomůcek. Složitá technická zařízení nejsou vhodná pro klienty s onemocněním demence. Používání těchto zařízení musí být v souladu se schopnostmi a dovednostmi klientů.</p>
<p>3) Zařízení pro přivolání osoby nebo ovládání jiného zařízení</p> <p>Definice: Jednoduchá zařízení, většinou jednotlačítkové, kterými lze přivolat pomoc druhé osoby nebo ovládat jiné zařízení. Pro jednoduché a srozumitelné ovládání bývají tlačítka označena piktogramy.</p>	<p>Využití: U osob s demencí lze využití spínače (switche), např. v podobě zvonků na přivolání pomoci, které se dají upevnit na zápěstí jako hodinky; dále spínače pro ovládání polohovací postele, které lze kombinovat s chytrou zásuvkou „Powerlink“. Tato zásuvka dokáže zapínat jednotlivé spotřebiče – lampička, větrák pouze stisknutím tlačítka. Rovněž lze použít náramky z tísňové péče a virtuální brýle, trackbally, joysticky, speciální myši (IntegraMouse) a zařízení pro sledování očí Tobii Dynavox.</p> <p>Důležité upozornění: Tato zařízení je možno využít pouze u klientů s mírnou maximálně středně těžkou demencí, kteří jsou schopní pochopit způsob použití těchto pomůcek. Používání těchto zařízení musí být v souladu se schopnostmi a dovednostmi klientů.</p>

5.4 Koncepty péče o osoby s demencí

V oddíle 4.1.7 jsou popsány koncepty péče o osoby s demencí využívající nástroje a metody AAK, které byly identifikovány u jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb. Tyto koncepty jsou neoddělitelnou součástí péče o osoby s demencí, jelikož se podílejí na jejich celkové aktivizaci, udržení jejich zájmu zapojovat se do života a chtít vůbec komunikovat se svým okolím. Uplatňování těchto konceptů u osob s demencí vytváří vhodné prostředí, které se stává základním předpokladem pro využívání a rozšiřování nástrojů, metod a pomůcek AAK. Jednotlivé koncepty se se svým přístupem, metodami a společnými cíli prolínají. Poskytovatelé často aplikují jen jednotlivé prvky těchto konceptů. Při výběru konceptů do terapie klientů vycházejí z finančních a personálních možností zařízení. Důležitou roli má zřizovatel poskytovatele sociálních služeb a jeho finanční podpora zařízení, neméně důležitý je také prostor, který managementu zařízení umožňuje kreativitu v péči o klienty. Vzhledem k tomu, že se jedná o multidisciplinární přístup v uplatňování konceptů, projevovala se u managementu sociálních služeb znalost konceptu podle vystudovaného oboru, případně znalost jen z doslechu bez schopnosti vyhodnotit účinnost konceptu. Dále je nutno uvést, že poskytovatelé v jednom zařízení používají více konceptů, které se vhodně doplňují dle účelu. Konkrétní aplikace vybraných konceptů u jednoho poskytovatele s názornými ukázkami je uvedena v příloze č. 2. Jedná se o tři níže uvedené koncepty, které se vhodně doplňují (na základě principu komplementarity²⁴):

- Koncepte biografické péče
- Koncept Smyslové aktivizace
- Koncept Bazální stimulace

Při výběru konceptu je nutno zohlednit celkový stav klienta a jeho možnosti vzhledem k personálním možnostem zařízení. Další důležitou skutečností je znát individuální duševní skladbu klienta, jeho fyzické možnosti a jeho životní příběh včetně jeho subjektivní interpretace. Například biografická metoda nešla aplikovat

²⁴ Nejedná se o nevhodnou kombinaci směřující přístupy, ale jeden přístup vhodně doplňuje druhý, a tak přispívají k celostnímu pohledu na systém péče o člověka, protože odrážejí různé aspekty sledovaných jevů/procesů.

u klientky, která prošla koncentračním táborem a ztratila manžela i děti. Oproti tomu tatáž metoda aplikována u jiného bývalého vězně z koncentračního tábora znamenala soupis neuvěřitelných příběhů a natáčení jeho vyprávění, včetně besed, která vždy končil slovy: *“Odpustil jsem všem, ale zapomenout nemohu, chci Vám to vyprávět, nesmíte zapomenout ani vy.”*

Dalším nebezpečím je nedodržení metody konceptu, proto z tohoto důvodu nemusí dojít k očekávanému efektu, naopak může nastat nepříjemné rozčarování a vyvolání negativních emocí, jelikož se pohybujeme v psychice člověka. Některé koncepty není vhodné kombinovat, záleží na zkušenostech a znalostech odborníků poskytovatele.

Každopádně je třeba zdůraznit, že aplikace konceptů přispívá ke zvyšování kvality života klientů. Z tohoto důvodu je nutné podporovat zavádění konceptů, včetně zvyšování znalostí o jejich přínosech. V procesním postupu je třeba přesvědčit management zařízení o účelnosti daného konceptu, následně pak pracovníky v přímé péči, kterým budou poskytnuty znalosti, čas a prostor k realizaci konceptu do praxe zařízení. Pokud nejsou splněny tyto dvě podmínky, koncept se může stát imaginární papírovou záležitostí. Bude vykázán administrativně (tj. de jure), ale ke skutečné realizaci nedojde (tj. realizace de facto).

Kontext ovlivňující výběr a používání konceptů péče o osoby s demencí

Každý člověk je individualitou těla a duše, má specifické potřeby, jež má potřebu uspokojovat. Ani člověk trpící demencí tyto individuální potřeby neztrácí. Tento aspekt, tedy důraz na skutečnost, že člověk s demencí je stále jedinečnou osobností vyžadující odlišné zacházení, nebyl v minulosti dostatečně respektován. V posledních deseti letech se tento trend mění. Sledujeme snahu poskytovatelů sociální péče zajímat se o individuální biografie klientů a upravovat tak péči v návaznosti na jejich biografii. Jedná se o proces, který má svůj proces vývoje a v návaznosti na rozvoj dalších konceptů péče lze očekávat, že stále více poskytovatelů pracujících s touto cílovou skupinou bude rozvíjet kompetence svého personálu v metodách a technikách respektujících individuální potřeby a biografie svých klientů. To vyžaduje nemalé investice do lidských zdrojů, hlavně z důvodu skladby vzdělání pečovatелů. Ti by měli být proškoleni ve více konceptech péče tak,

aby dokázali identifikovat, která metoda či technika ošetřování bude pro každého klienta nejvhodnější.

Je důležité znát osoby, které přicházejí s klientem do kontaktu, ať už se jedná o odborný personál (lékaři, zdravotní sestry, pečovatelé, sociální pracovníci, rehabilitační pracovníci ad.) či laiky, což bývají převážně lidé ze sociálního okolí klienta (rodinní příslušníci, kamarádi a známí, kolegové či bývalí kolegové ze zaměstnání ad.). Je potřeba reflektovat individuální potřeby klienta, jelikož jsou to obvykle rodinní příslušníci, kteří znají osobní biografii nemocného nejlépe. Odborní poskytovatelé péče s rodinou či jinými známými a přáteli klienta musí spolupracovat při vytvoření multidisciplinárního týmu, který kromě odborného personálu bude zahrnovat odborníky dalších profesí, jako jsou pečovatelé, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, psychologové a psychiatři, gerontologové, výživoví poradci atd. Jen tak lze očekávat skutečně komplexní a komplementárně pojatou péči, která bude respektovat mnohoznačnost potřeb, které nemocný člověk má.

V důsledku stárnutí populace a zvyšování počtu lidí trpících nějakou formou demence, lze sledovat zvýšený zájem odborníků různých profesí o tuto cílovou skupinu, a tedy i o dynamický rozvoj konceptů péče, který souvisí s výrazným rozvojem diskursu o této problematice. Co na jednu stranu znamená potenciálně lepší péči a kvalitu života pacientů s diagnózou demence, to na stranu druhou znamená výrazně větší nároky na poskytovatele a ošetřovatele, kteří by měli velmi pečlivě sledovat nové trendy v této oblasti a měli by být schopni je přijmout a aplikovat do vlastní praxe.

Z výsledků dotazníkového šetření je zřejmé, že ne vždy se to děje. A ne všichni poskytovatelé jsou schopni včas a v dostatečné míře reagovat na změny ve vývoji péče pro osoby nejen s demencí. Nelze však opominout finanční a personální možnosti poskytovatele. Dále je nutno uvést potřebu zvýšení společenské prestiže zaměstnání v sociálních službách, tzn. dostatečně finančně a společensky ocenit pracovníky v této sféře. Celkový vztah společnosti k tomuto povolání je zrcadlem dění, ve kterém se odráží kulturní, společenské, náboženské tradice a postoje.

6 Doporučení pro vytvoření a využití nástrojů a metod AAK pro komunikaci v praxi

V kapitole 6 jsou specifikovaná doporučení pro ČR, a to v podkapitole 6.2 pro oblast sociálních služeb nebo jiných veřejných služeb a v podkapitole 6.3 pro oblast státní správy a samosprávy, k vytvoření a využití nástrojů a metod AAK pro komunikaci v praxi.

Podkladem pro tvorbu těchto doporučení byly:

- Výstupy sociologického výzkumu ze strany poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s demencí a jejich doporučení (oddíl 6.1.2).
- Výstupy sociologického výzkumu ze strany veřejné správy, a to především ze strany krajských úřadů a obcí (oddíl 6.1.3).
- Výsledky Analýzy využití metod AAK u osob s demencí a osob s PAS v zahraničí²⁵ a její konkrétní doporučení nástrojů a metod AAK, které jsou vhodné uplatnit v České republice (oddíl 6.1.4).

6.1 Východiska pro formulaci doporučení

6.1.1 Legislativní rámec a dokumenty nelegislativní povahy

6.1.1.1 Legislativní rámec

Česká republika je vázána CRPD²⁶, kde v Článku 2 je uvedena definice komunikace: *„Pro účely této úmluvy: „komunikace“ zahrnuje řeč, zobrazení textu, Braillovo písmo, dotekovou komunikaci, zvětšené písmo, přístupná multimediální zařízení, jakož i psaný jazyk, zvukové systémy, jednoduchou formu řeči, digitalizovaný hlas a **augmentativní a alternativní způsoby, prostředky a formáty komunikace**, včetně dostupných informačních a komunikačních technologií; „jazyk“ zahrnuje mluvený a znakový jazyk a **další formy nonverbální komunikace**.*

²⁵ HRUŠKA, L. a kol, Analýza využití metod AAK u osob s demencí a osob s PAS v zahraničí. Ostrava: ACCENDO, 2020.

²⁶ Podle čl. 45 odst. 2 pro Českou republiku vstoupila Úmluva v platnost dne 28. října 2009. Ve Sbírce mezinárodních smluv byla Úmluva vyhlášena pod č. 10/2010 Sb. m. s. a je dostupná na <https://www.mpsv.cz/web/cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim>

Dále v článku 3 CRPD jsou uvedeny obecné zásady týkající se:

- a) *respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, zahrnující také svobodu volby, a samostatnosti osob;*
- b) *nediskriminace;*
- c) *plné a účinné zapojení a začlenění do společnosti;*
- d) *respektování odlišnosti a přijímání osob se zdravotním postižením jako součásti lidské různorodosti a přirozenosti;*
- e) *rovnost příležitostí;*
- f) *přístupnost;*
- g) *rovnoprávnost mužů a žen;*
- h) *respektování rozvíjejících se schopností dětí se zdravotním postižením a jejich práva na zachování identity.*

Pro dokreslení celkového rámce CRPD je nutno uvést i obecné závazky uvedené v článku 4, bodu 1: „*Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, se zavazují zajistit a podporovat plnou realizaci všech lidských práv a základních svobod všem osobám se zdravotním postižením bez jakékoli diskriminace na základě zdravotního postižení.*“ Za tímto účelem se dané státy zavazují:

- a) *přijmout veškerá odpovídající legislativní, administrativní a jiná opatření pro provádění práv uznaných v této úmluvě;*
- b) *přijmout veškerá odpovídající opatření, včetně opatření legislativních, s cílem změnit nebo zrušit existující zákony, předpisy, zvyklosti a praktiky, které jsou zdrojem diskriminace vůči osobám se zdravotním postižením;*
- c) *zohlednit ochranu a podporu lidských práv osob se zdravotním postižením ve všech politikách a programech;*
- d) *zdržet se jakéhokoli jednání nebo postupu, jež je v rozporu s touto úmluvou a zajistit, aby veřejné orgány a instituce jednaly v souladu s touto úmluvou;*
- e) *přijmout veškerá odpovídající opatření k odstranění diskriminace na základě zdravotního postižení ze strany jakékoli osoby, organizace nebo soukromé firmy;*
- f) *provádět nebo podporovat výzkum a vývoj univerzálně navrhovaných výrobků, služeb, vybavení a zařízení podle definice v článku 2 této úmluvy tak, aby vyžadovaly minimální přizpůsobení a náklady při uspokojování*

specifických potřeb osob se zdravotním postižením, podporovat jejich dostupnost a využití a podporovat zařazení univerzálního designu do vytvářených norem a směrnic;

- g) provádět nebo podporovat výzkum a vývoj a podporovat dostupnost a využití nových technologií, včetně informačních a komunikačních technologií, kompenzačních pomůcek, zařízení a podpůrných technologií vhodných pro osoby se zdravotním postižením a upřednostňovat technologie za dostupnou cenu;*
- h) poskytovat osobám se zdravotním postižením přístupné informace o kompenzačních pomůckách, zařízeních a podpůrných technologiích, včetně nových technologií, jakož i o jiných formách pomoci, podpůrných službách a zařízeních;*
- i) podporovat školení odborníků a zaměstnanců, kteří pracují s osobami se zdravotním postižením, o právech uznaných v této úmluvě, s cílem zlepšit poskytování pomoci a služeb zaručených těmito právy.*

*Článek 9 Úmluvy „jasně zakotvuje **přístupnost** jako předpoklad pro to, aby osoby se zdravotním postižením mohly žít nezávisle a plně a účinně se zapojit do společnosti a aby mohly neomezeně požívat všech lidských práv a základních svobod na rovnoprávném základě s ostatními. Informace a komunikace by měly být k dispozici ve snadno čitelných formátech a **augmentativními a alternativními způsoby a metodami** pro ty osoby se zdravotním postižením, které dané formáty, způsoby a metody využívají“.*

Dále je v Úmluvě přístupnost informací a veřejných služeb stanovena Článkem 21: Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijmou veškerá příslušná opatření, aby osobám se zdravotním postižením zajistily možnost uplatnění jejich práva na svobodu projevu a přesvědčení, včetně svobody vyhledávat, přijímat a rozšiřovat informace a myšlenky na rovnoprávném základě s ostatními, a to prostřednictvím všech forem komunikace dle vlastní volby, v souladu s definicí v článku 2 této úmluvy. Za tímto účelem státy, které jsou smluvní stranou úmluvy:

- a) Poskytují informace určené široké veřejnosti osobám se zdravotním postižením v přístupných formátech a technologiích vhodných pro různé typy zdravotního postižení, a to bez prodlení a dodatečných výdajů.*

b) Umožňují osobám se zdravotním postižením používání znakových jazyků, Braillova písma, **augmentativní a alternativní komunikace a všech ostatních přístupných prostředků, způsobů a formátů komunikace dle jejich vlastní volby při úředních jednáních.**

Ministerstvo vnitra je gestorem zákona č. 99/2019 Sb., „zákon o přístupnosti internetových stránek a mobilních aplikací a o změně zákona č. 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů“, jehož účelem je transponovat směrnici Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/2102 o přístupnosti internetových stránek a mobilních aplikací subjektů veřejného sektoru do českého právního řádu. Za přístupnou lze obecně považovat takovou internetovou stránku či mobilní aplikaci, kterou bude osoba se zdravotním postižením schopna i přes svůj zdravotní hendikep za pomoci asistivních technologií či specializovaných programů, které má k dispozici, efektivně používat. Internetové stránky a mobilní aplikace subjektů veřejné správy musí být pro své uživatele vnímatelné, ovladatelné, srozumitelné a stabilní. Dále v zákoně č. 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy, v platném znění, který v § 5 písm. f) kromě jiného ukládá orgánům veřejné správy uveřejňovat informace ve formě, která umožňuje, aby se s **informacemi v nezbytném rozsahu mohly seznámit i osoby se zdravotním postižením.** Na uvedené zákony jsou navázány prováděcí vyhlášky²⁷, a metodické pokyny²⁸.

CRPD je do oblasti sociálních služeb transponována zákonem č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách v platném znění, kde je mimo jiné v § 88²⁹ stanovena

²⁷ Např. vyhláška o přístupnosti č. 64/2008 Sb., o formě uveřejňování informací souvisejících s výkonem veřejné správy prostřednictvím webových stránek pro osoby se zdravotním postižením. Ministerstvo vnitra na vyhlášku navázalo metodickým pokynem, kterým rozpracovalo pravidla uveřejňování informací orgánů veřejné správy a stanovilo více než 30 pravidel přístupného webu. Právě Pravidlo 15 zmiňovaného pokynu stanoví, že „webové stránky musí sdělovat informace jednoduchým jazykem a srozumitelnou formou, pokud to charakter webové stránky nevyklučuje“.

²⁸ Např. MVČR (2019) Metodický pokyn k zákonu č. 99/2019 Sb., o přístupnosti internetových stránek a mobilních aplikací a o změně zákona č. 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů (včetně požadavků normy EN 301 549 V2.1.2) Dostupný z <https://www.mvcr.cz/soubor/metodicky-pokyn-pristupnost-internetovych-stranek-a-mobilnich-aplikaci-pdf.aspx>.

²⁹ § 88 Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni:

- a) zajišťovat dostupnost informací o druhu, místě, okruhu osob, jimž poskytují sociální služby, o kapacitě poskytovaných sociálních služeb a o způsobu poskytování sociálních služeb, a to způsobem srozumitelným pro všechny osoby;
- b) informovat zájemce o sociální službu o všech povinnostech, které by pro něho vyplývaly ze smlouvy o poskytování sociálních služeb, o způsobu poskytování sociálních služeb a o úhradách za tyto služby, a to způsobem pro něj srozumitelným;

povinnost poskytovatelů poskytovat informace srozumitelným způsobem pro všechny osoby. Implementace CRPD v oblasti sociálních služeb je kromě jiného prováděna prostřednictvím Standardů kvality sociálních služeb, ve kterých se dle Přílohy č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Níže jsou uvedeny vybrané standardy, které se vztahují ke způsobům komunikace s klienty sociálních služeb:

Standard č. 3 Jednání se zájemcem o sociální službu

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu **srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby**; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

b) Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby.

Standard č. 4 Smlouva o poskytování sociální služby

b) Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby **osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy**.

Standard č. 7 Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve **formě srozumitelné osobám**; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

Standard č. 12 Informovanost o poskytované sociální službě

Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě **srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena**.

c) vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva, a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby;

d) zpracovat vnitřní pravidla zajištění poskytované sociální služby, včetně stanovení pravidel pro uplatnění oprávněných zájmů osob, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby;

e) zpracovat vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob, kterým poskytují sociální služby, na úroveň služeb, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby.

6.1.1.2 Dokumenty nelegislativní povahy

Mezi dokumenty nelegislativní povahy patří „Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020“, jehož cílem a účelem je pokračovat v prosazování a podpoře integrace osob se zdravotním postižením a prostřednictvím konkrétních opatření naplňovat jednotlivé články CRPD. Předmětu studie se především věnují části:

- 4.2 Osvětová činnost s cílem: *„Vzdělávat zaměstnance veřejného sektoru v tématech zdravotního postižení“*, kde je například opatření 2.5: *„Vypracovat obsah školení a realizovat školení pro zaměstnance jednotlivých orgánů státní správy, týkající se problematiky osob se zdravotním postižením a zásad komunikace s vybranými skupinami osob se zdravotním postižením.“*
- 4.8 Přístupnost informací a veřejných služeb, kde je vymezen cíl: *„Zajistit v maximální možné míře přístup k informacím a službám veřejné správy na rovnoprávném základě také osobám se zdravotním postižením“*. Pro naplnění cíle jsou vymezena níže uvedená opatření:
 - 8.1 Implementovat připravované Směrnice EU o přístupnosti internetových stránek subjektů veřejného sektoru.
 - 8.2 Nastavit a implementovat nový národní rámec přístupnosti informací veřejné správy.
 - 8.3 Vytvořit a implementovat regulační rámec a metodiky pro přístupnost dokumentů veřejné správy.
 - 8.4 Vypracovat metodiku pro tvorbu informačních materiálů a textů veřejné správy přístupných ve snadno čitelné a srozumitelné formě (easy-to-read) nejen pro osoby se sníženou schopností vnímání informací.
 - 8.5 V praxi prověřit možnost uplatnění technických prostředků pro automatizované rozpoznávání řeči a přepis mluveného slova do textu pro komunikaci osob se sluchovým postižením s veřejnou správou a poskytovateli veřejných služeb.

- 8.6 Zpřístupnit konsolidovaná znění právních předpisů také osobám se zrakovým postižením a umožnit využití souvisejících služeb veřejnosti realizací projektu eSbírka/eLegislativa.
- 8.7 Vytvářet elektronické služby veřejné správy s ohledem na využitelnost a přístupnost také pro osoby se zdravotním postižením a provádět úpravu stávajících elektronických služeb státu.
- 8.8 Provádět metodickou a osvětovou činnost v oblasti přístupnosti informací.
- 8.9 Zanalyzovat stávající služby a zlepšit podmínky v oblasti přístupnosti služeb veřejné správy a veřejných garantovaných služeb (governance accessibility).

Dále mezi dokumenty nelegislativní povahy patří „DESATERO komunikace s pacienty se syndromem demence“ od Národní rady osob se zdravotním postižením ČR.³⁰

6.1.2 Doporučení ze strany poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s demencí

Doporučení k vytvoření a využití nástrojů a metod AAK pro komunikaci v praxi od poskytovatelů byly nejčastěji směřovány k lepší informovanosti a vzdělávání v této problematice:

- *„Rozhodně je nezbytná větší osvěta v uvedené oblasti. Tato oblast by také měla být součástí akreditovaných kurzů“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Domnívám se, že je potřeba komunikačních metod pro klienty s demencí. V této oblasti by se měla vzdělávat každá organizace. V případě studentů sociálních a zdravotních škol – měli by mít znalosti v AAK“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Bylo by dobré, aby někdo ze zaměstnanců tímto kurzem prošel a pak dokázal využít speciální program v tabletu pro komunikaci s člověkem“*

³⁰ NRZP (2010) DESATERO komunikace s pacienty se syndromem demence. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením. [online] Dostupné z <https://nrzp.cz/2010/09/27/desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence/>

verbálně nekomunikujícím bez poruchy kognitivních funkcí“ (ACCENDO, 2020).

- *„Interaktivní besedy, školení a kurzy“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Mám návrh, aby některé Vámi popisované postupy byly zavedeny, musí se zpřístupnit uživatelům i poskytovatelům. Myslím, že mnoho služeb o těchto pomůckách vůbec neví“ (ACCENDO, 2020).*
- *„S tímto tématem se spíše setkávám u služeb věnovaných klientům s jiným typem obtíží. U seniorů s projevy demence nemáme příliš přehled o možnostech, které AAK nabízí. Zaměřujeme se na metody a modely práce, jako jsou výše uvedený model péče, příp. bazální stimulace, validace. Máme zkušenost s konzultací s odborníky na AAK, která nám v praxi nepomohla. Uvítali bychom určitě větší informovanost o možnostech využití AAK u seniorů s projevy demence“ (ACCENDO, 2020).*

Někteří poskytovatelé nabízeli proškolení pracovníků sociálních služeb a také doporučovali vzdělávání v AAK u zaměstnanců veřejných služeb:

- *„Plošné proškolení personálu v zařízeních sociálních služeb o možnostech AAK, totéž i u veřejných míst (úřady, pošty, lékařské ambulance, IZS apod.)“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Máme co zlepšovat, na státních úřadech je to lepší, ale kupříkladu na poště a ČD (České dráhy, pozn. autora) je přizpůsobení se stáří žalostně slabé“ (ACCENDO, 2020).*

Dále se v odpovědích opět objevovaly zmínky o finanční náročnosti AAK:

- *„Uvolnění financí na tyto pomůcky a školení pracovníků/zaměstnanců; zvýšení povědomí veřejnosti o problematice pomocí kampaní; zahrnutí do povinného kurzu pro pracovníky v sociálních službách a pracovníky v přímé péči, případně do vzdělání sester a doktorů“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Vytvoření nástrojů a metod AAK pro komunikaci je vhodný nápad. Jen vždy záleží na pochopení druhého, na přístupu člověka k odlišným lidem a také na proškolení např. ve speciální pedagogice nebo kurzech pro lidi se speciálními potřebami. Také je potřeba mít finanční prostředky, které by se pro toto mohly využít“ (ACCENDO, 2020).*

Jedna z organizací doporučila, aby klienti měli nějakého asistenta, který by sloužil jako podpora při komunikaci s různými institucemi. Také se objevila žádost o pracovní listy s různým tematickým zaměřením. Dále byla uvedena žádost na rozvoj institutu podporovaného rozhodování.

Naopak jiný poskytovatel, který se označil za „propagátora AAK“, doporučil pro AAK využívat iPad s aplikací GoTalk NOW a obrázkovou komunikaci. Své zkušenosti a doporučení shrnul následovně:

- *“Snažíme se téma AAK a asistivních technologií propagovat. Ale povědomí a snaha využít AAK má u organizací stále velké mezery. U speciálních škol se situace zlepšuje. Myslím, že by ale v těchto institucích mohli být více odborní – problém začíná už na vysokých školách, kde se AAK nedává dostatečný prostor. Učitelé pak v praxi podle mě nemají možnosti odborně se v práci s pomůckami zdokonalovat. Současná AAK školení neodráží novinky a nenabízí ta správná řešení. Zdravotnická zařízení se velmi liší, někde mají své vlastní kvalitní pomůcky, jinde s pomůckami a metodami AAK vůbec nepracují. Na poště mají podle mě dost práce se zvládnutím základní organizace, neumím si představit, že by někdo byl schopen se specializovat na AAK. Nejjednodušší metodu vidím GoTalk NOW s iPadem a obrázkovou komunikací“ (ACCENDO, 2020).*

V oblasti státní správy a samosprávy (např. obce, kraje, ÚP, OSSZ - okresní správy sociálního zabezpečení, příp. PČR nebo Městská policie) doporučení poskytovatelů do značné míry reflektovala výše uvedená doporučení určená sociálním a veřejným službám, tj. i zde organizace nejčastěji hovořily o potřebě zlepšení informovanosti a edukaci v AAK:

- *„Edukace (v AAK, pozn. autora) praktických lékařů, ambulantních specialistů a terénních sociálních pracovníků“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Např. na úřadech by mohl být úředník, který by dokázal komunikovat s klientem s poruchou řeči“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Lepší edukace pracovníků státní správy o možnostech AAK“ (ACCENDO, 2020).*
- *„Větší informovanost, letáky, pomůcky“ (ACCENDO, 2020).*

- „Pro tuto oblast by měli být pracovníci státní správy speciálně vyškolení. Zatím se (aspoň u nás) setkáváme s nepochopením a nedostatkem empatie a taktosti při jednání s lidmi s vůbec nějakými potřebami. Důležité informace o demenci i PAS pro pracovníky těchto institucí“ (ACCENDO, 2020).
- „Zde bych řekl, že povědomí úplně chybí. Často by ale stačil iPad s aplikací GoTalk NOW a situace by mohla být jednoduše vyřešena“ (ACCENDO, 2020).

Dále se objevily požadavky na sdílení dobré praxe, tlumočnický AAK či komunikační asistenty, pracovní listy, podporu institutu podporovaného rozhodování, použití většího písma při korespondenci a uvolnění financí na nástroje, metody a školení v AAK.

6.1.3 Doporučení ze strany veřejné správy v oblasti AAK (pro obě cílové skupiny)

Během sociologického průzkumu veřejné správy bylo zjištěno, že tato klíčově řeší **osoby se specifickými komunikačními potřebami**, ale nerozlišuje přitom jejich diagnózy, při komunikaci s touto osobou je ani nemohou znát, pokud se nejedná o objektivně viditelný fakt. Doporučení většinou směřují obecně bez ohledu na cílové skupiny, nerozlišují osoby s PAS a osoby s demencí.

Níže jsou uvedena doporučení pro jednotlivé resorty, které formulovali zástupci veřejné správy, především zástupci krajů, pro oblast podpory komunikace (AAK):

1) Ministerstvo práce a sociálních věcí

- a) Koordinovat systém sociálních služeb, začlenit AAK do jejich základních činností a vytvářet podmínky pro její realizaci.
- b) Zajistit místně i finančně dostupné sociální služby pro osoby se zdravotním postižením včetně finanční podpory pro pořízení pomůcek AAK.
- c) Dlouhodobě finančně i metodicky podpořit pečující osoby včetně jejich vzdělávání v oblasti AAK.
- d) Podporovat systém vzdělávání v oblasti AAK u sociálních pracovníků (u poskytovatelů i v obcích), u pracovníků úřadů práce, opatrovníků a pracovníků OSPOD.

- e) Podpořit rovněž obecnou informovanost u veřejnosti v oblasti AAK, např. vydáváním a distribucí informačních materiálů k problematice AAK, a tak zajistit širší povědomí občanů o problematice života osob s postižením vůbec. *„Je třeba, aby bylo širší povědomí o této cílové skupině. Bude tak možné i eliminovat rizika, jako je odmítání, vznik různých konfliktních situací, stigmatizace“* (ACCENDO, 2020).

2) Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

- a) Podpořit informovanost u veřejnosti v oblasti AAK ve spolupráci s MPSV např. zavedením metod AAK do výuky, besedy ve školách apod. (bod 1.5).
- b) Zajistit vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti AAK pro děti se zdravotním postižením.
- c) Finančně podporovat fungující školská poradenská pracoviště, rozšířit možnost mimoškolních aktivit pro děti s potížemi v komunikaci, pro děti s těžkým zdravotním postižením.
- i) Vytvořit podmínky pro spolupráci škol se sociálními službami, v případě dětí s PAS mají totožného klienta.
- ii) Rozšířit možnosti využití družiny a kroužků, případně je uzpůsobit i pro děti s obtížemi v komunikaci a s těžkým postižením. Rozšířit způsoby práce v relaxačních zónách pro děti tak, aby co nejméně docházelo k dalšímu vzdělávání v daný den a škola tak mohla plnit svou roli bez přenášení na rodiče.
- d) Vytvořit podmínky pro kontrolu dodržování individuálních plánů a doporučení školských poradenských zařízení v případě dětí s obtížemi v komunikaci a s těžkým postižením.

3) Ministerstvo zdravotnictví

- a) Podporovat vzdělávání lékařů a dalších zdravotnických pracovníků v oblasti AAK a specifik komunikace s pacienty s omezenou komunikační schopností.
- b) Vytvořit podmínky pro zohlednění situace, že ošetření člověka s postižením a obtížemi v komunikaci vyžaduje více času.

4) Ministerstvo vnitra

- a) Aplikovat do praxe metodický postup pro tvorbu srozumitelných textů, podporovat akreditované kurzy zaměřené na měkké dovednosti.
- b) Proškolit úředníky v oblasti komunikace s osobami se specifickými potřebami včetně nástrojů a systému AAK.

Doporučení zástupců krajů

1) V oblasti samosprávy (obce, kraje)

- a) Prostřednictvím samosprávné činnosti pokračovat v apelu na zvyšování přístupnosti k informacím pro všechny.
- b) Informování pracovníků o tomto způsobu komunikace, případně seznámení se základy, příp. kontaktní osoba se znalostí AAK.
- c) Vytvořit vzdělávací programy v metodách AAK minimálně na úrovni předání informací o metodách AAK, jejich využitelnosti a aplikace na různé sociálně nepříznivé situace. Zvážit možnost proškolení úředníků, kteří jsou v kontaktu s uživateli sociálních služeb a jejich rodinami.

2) V oblasti státní správy (např. kontaktní pracoviště Úřadu práce, okresní správy sociálního zabezpečení)

- a) Uživatelsky přívětivé programy a aplikace (eGovernment), které se ovládají intuitivně.
- b) Možnost mít stále možnost fyzicky navštívit službu, kde bude dostatek času na komunikaci s klientem, který má specifické potřeby v komunikaci.
- c) Informování o tomto způsobu komunikace, případně seznámení se základy, příp. kontaktní osoba se znalostí AAK.
- d) Vytvoření informačních materiálů o metodách AAK, proškolení v oblasti informovanosti, zvážit možnosti proškolení konkrétních kontaktních osob.

3) V oblasti bezpečnostních sborů (Policie ČR nebo městská policie)

- a) Informování o tomto způsobu komunikace, případně seznámení se základy, příp. kontaktní osoba se znalostí AAK.
- b) Nastavit způsob informování o potřebách cílových skupin, předat informace o metodách AAK, realizovat školení.

4) V oblasti jiných veřejných služeb

- a) Možnost mít stále možnost fyzicky navštívit službu, kde bude dostatek času na komunikaci s klientem, který má specifické potřeby v komunikaci.
- b) Informování o tomto způsobu komunikace, případně seznámení se základy, příp. kontaktní osoba se znalostí AAK.
- c) V rámci Krajského plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením je vhodné nastavit opatření, které by předalo informace o AAK

zaměstnancům dopravních podniků, např. formou školení o komunikaci s osobami se zdravotním postižením.

- d) Zajistit informace o problematice, pořádat osvětové besedy ve školách se samotnými zástupci cílové skupiny a s odborníky.

6.1.4 Doporučení z průzkumu v zahraničí

Doporučení jsou přebrána ze studie HRUŠKA, L. a kol. (2020) Analýza využití metod AAK u osob s demencí a osob s PAS v zahraničí. Ostrava: ACCENDO.

6.1.4.1 Velká Británie

Na základě provedeného výzkumu by do prostředí ČR bylo vhodné zřídit centrální informační centrum pro demenci, kde by byly k dispozici veškeré dostupné informace o využívání prostředků AAK, o jejich dostupnosti v ČR a o způsobech pořízení, dále o možnostech školení jak pro odborníky a pracovníky sociální péče, tak pro neformální pečovatele a samotné osoby postižené demencí. Samozřejmostí by zde byly poznatky o nejnovějších výzkumech a příkladech dobré praxe ve využívání prostředků AAK.

Dále by bylo vhodné zřídit on-line adresář všech poradenských center pro demenci v ČR, včetně adresáře poskytovatelů prostředků AAK.

Bylo by rovněž žádoucí vyvinout celonárodní úsilí k vytvoření společnosti, která by vstřícně přistupovala k osobám s demencí, a tím zajistit lepší a kontinuální informovanost široké veřejnosti o životě s touto závažnou chorobou.

Implementace jednotného symbolu pro osoby s komunikačními obtížemi do praxe by jednak mohla usnadnit těmto lidem komunikaci na veřejných místech a jednak by pomohla k získání povědomí veřejnosti o existenci osob s komunikačními obtížemi.

Inspirací je také možnost získání dotace na odlehčení péče o osobu s demencí formou dotace z místního úřadu, kde by byly přiděleny hodiny, např. ve výši 90 hodin/rok, či finanční prostředky na využití odlehčovacích sociálních služeb, příp. volnočasových aktivit zajišťovaných osobami proškolenými v AAK.

Zároveň by bylo vhodné motivovat soukromý sektor k uzpůsobení svých prostor určených pro veřejnost osobám s poruchou komunikace či se sníženými

kognitivními schopnostmi. Jednalo by se např. o označení důležitých míst v prostoru výraznými štítky (pokladna, toaleta, východ apod.).

Inspirativní je také vytvoření on-line sítě uživatelů prostředků AAK pro sdílení svých zkušeností s jejich používáním a zároveň je zde možnost využít jejich znalostí a zkušeností k dalšímu vývoji či rozvoji prostředků AAK.

6.1.4.2 Německo

České prostředí by se mohlo inspirovat vypracováním Národní strategie pro demenci a vypracováním společných pokynů, standardů, jak komunikovat s lidmi trpícími demencí, přičemž je důležité zapojení všech zúčastněných stran péče (lékařů, ošetřovatelů, logopedů, terapeutů, poskytovatelů sociálních služeb atd.).

Potřebné je stanovit nezbytně nutnou náplň kurzů pro vzdělávání v oblasti AAK u jednotlivých cílových skupin (např. demence, PAS) využívajících podporu AAK. Tímto by se zajistilo předání skutečně potřebných informací včetně praktických zkušeností pro práci s danou cílovou skupinou.

Inspirativní je i zařazení informací o využívání prostředků AAK do výukových programů na univerzitách, především ve zdravotní a sociální oblasti.

6.1.4.3 Francie

Na základě získaných poznatků se jeví jako vhodné pro implementaci do českého prostředí využití systému FALC³¹ jako běžnou součástí pro komunikaci ve veřejném prostoru. Tento systém je velmi přehledný, srozumitelný a umožňuje osobám s komunikačním i mentálním handicapem být mnohem více soběstačnými.

Za další inspirativní prvek lze pokládat podpurný materiál (tištěné nebo elektronické brožury), který slouží pro vzdělávání zaměstnanců veřejné i soukromé sféry pro podporu přijetí a komunikace s osobami s handicapem. Jedním z takových

³¹ Facile à lire et à comprendre (Snadný ke čtení a porozumění). Jedná se o systém, jehož cílem je usnadnit čtení a zvýšit porozumění informacím. Je zaměřen především na lidi s mentálním postižením a řídí se evropskou normou pro vytváření snadno srozumitelných informací. Je využíván na internetových stránkách veřejných institucí, na stránkách zaměřených na osoby s handicapem a na základě Vyhlášky o aktualizaci rejstříku veřejného přístupu jsou provozovatelé zařízení pro veřejnost povinni mít zveřejněn rejstřík veřejného přístupu a je doporučeno mít tento rejstřík v podobě FALC.

materiálů je „Průvodce jednání s veřejností s handicapem“³², určený pro ředitele institucí pro vzdělávání zaměstnanců z roku 2016.

Inspirací je příprava dialogových listů, které popisují různé sociální situace nebo vyjádření emocí (Santé BD), jež by mohly být významným pomocníkem nejen pro osoby s mentálním a komunikačním handicapem, ale také pro lékařský personál při komunikaci s těmito osobami. Tento materiál umožňuje absolvovat lidem s mentálním postižením různá vyšetření a lékařské zákroky, porozumět jim, snížit jejich obavy a v konečném důsledku se tak mohou snížit obtíže v chování při lékařských zákrocích. Tento materiál by mohl být velmi užitečným podkladem a inspirací pro ČR.

Důležité je, že AAK je v odborných kruzích napříč poskytovanými službami (zdravotní, sociální, vzdělávací) pokládána za nedílnou součást terapeutického přístupu. Je jednou ze základních podmínek pro plnohodnotný život osoby s komunikačním nebo mentálním postižením. Potřeba komunikovat je zdůrazňována ve všech legislativních normách souvisejících s osobami s postižením. Funkcí AAK jako možného způsobu komunikace, její role v životě osob s mentálním postižením a jejich blízkých by vzhledem ke stále se zvyšujícímu počtu osob s mentálním handicapem (z důvodu věku nebo jiných postižení a nemocí) bylo vhodné implementovat také více do podmínek české společnosti, tzn. zpřístupnit informace odborníkům, ale také veřejnosti.

6.1.4.4 Švédsko

Na rozdíl od osob s postižením PAS, které se komunikaci učí, osoby s demencí postupně ztrácejí schopnost se učit, proto je důležité jejich stávající komunikační dovednosti udržet po co nejdéle dobu. K tomu jsou vhodnější spíše **sociální podněty** než ty technické – společně strávené chvíle s blízkou osobou, vzpomínky, které podněcují k hovoru (fotoalba/biografie), vůně či hudba, které má daná osoba ráda, aktivity, které byly pro danou osobu dříve důležité či příjemné (péče o kočku – zajištění robotické kočky) apod. Osvědčuje se také **využívání barev** pro zlepšení kognitivních schopností, kdy osoba s demencí může někdy vnímat tmavá místa jako prázdný prostor nebo díru (tmavé schody, tmavá židle), a naopak bílé předměty mohou splývat s okolím, takže postižená osoba má problém je najít. Proto je vhodné

³² V originále „Guide de l'accueil du public en situation de handicap“.

používat na židle sedáky výrazné barvy, schody označit výrazným barevným proužkem, vybavení koupelny barevně odlišit apod.

S ohledem na skutečnost, že progresivní vývoj demence znemožňuje používání technologických prostředků AAK v pozdějších fázích demence, bylo by vhodné zahrnout pro oblast podpory komunikace také **prostředky a metody rozvíjející kognitivní schopnosti a rovněž asistivní technologie** (GPS, dveřní alarmy, tlačítko pro přivolání sociálního pracovníka apod.)

Inspirativní může být pro ČR zřízení **Národního centra pro demenci**, po vzoru Švédského centra pro demenci, které by zajišťovalo informovanost jak odborné, tak laické veřejnosti ve smyslu péče a komunikace s osobami s demencí a zároveň by vyvíjelo spolupráci např. s jednotlivými obcemi s rozšířenou působností. Z hlediska usnadnění péče v domácím prostředí a zlepšení kvality života se jako klíčové jeví zajistit **dobrou informovanost rodinných a neformálních pečovatelů**.




Přínosná by mohla být také účast v programu nadace Silviahemmet „Train the Trainer“, který by umožnil **vyškolení certifikovaného školitele pro ČR** a tím zajistil jak potřebnou kvalitu školitele, tak i vysokou odbornost jeho realizovaných kurzů. Zároveň by bylo vhodné zřídit **centrální školicí středisko** (instituci/organizaci), které by zabezpečovalo jednotný systém a metodiku školení pro poskytování kurzů v oblasti péče o osoby s demencí, včetně školení o využívání prostředků AAK.

6.2 Doporučení pro oblast sociálních služeb nebo jiných veřejných služeb

6.2.1 Vytvoření symbolu komunikační dostupnosti pro osoby se specifickými komunikačními potřebami

Pro zvýšení komunikační dostupnosti na úřadech, v podnicích, ve službách, je v zahraničí používáno specifické označení, které zavádějí státy Austrálie, Kanada, Velká Británie, jež jsou nejdále v aplikaci nástrojů a metod AAK pro osoby se specifickými komunikačními potřebami. Níže jsou uvedeny symboly, které po relativně rozsáhlé diskuzi používají.

Tabulka 6.1: Symboly komunikační dostupnosti ve vybraných zemích pro komunikaci s osobami se specifickými komunikačními potřebami

Austrálie	Kanada	Velká Británie
		
Zdroj: SCOPE, 2009, Dostupné z https://www.scopeaust.org.au/news-event/ptv-hubs-awarded-communication-access-symbol/	Zdroj: CDAC, 2014, Dostupné z https://www.cdacanada.com/	Zdroj: RCSLT, 2020, Dostupné z https://www.rcslt.org/policy/uk-wide#section-3

Austrálie

Symbol komunikační dostupnosti sděluje, že úřad, podnik nebo provozovna služeb, do které vstupujete, je přístupná pro osoby s komunikačními problémy:

- Pracovníci každého vítají a jednají s ním s důstojně a s respektem.
- Pracovníci jsou schopni úspěšně komunikovat s osobami, které mají komunikační problémy.
- Mají k dispozici komunikační nástroje, které pomáhají lidem sdělit jejich komunikační cíl, a zároveň pochopit, co jim druzí lidé říkají.³³

Obrázek 6.1: Ukázka AAK komunikace na úřadě



Zdroj: SCOPE 2009.

³³ Více na <https://www.scopeaust.org.au/services-for-organisations/access-and-inclusion-for-businesses/communication-access/>

Na všech nádražích, přestupních uzlech veřejné dopravy společnosti Public Transport Victoria (PTV) je symbol komunikační dostupnosti, který společnost získala ve spolupráci se Scope's Communication and Inclusion Resource Center (SCOPE), znamená to, že:

- Zaměstnanci PTV byli vyškoleni, aby pochopili, jak různí lidé komunikují, včetně lidí s komunikačními obtížemi.
- Komunikační nástroje jsou k dispozici zákazníkům s komunikačními potížemi a personálu, který jim pomůže s komunikací.
- Brožury a další písemné informace jsou k dispozici ve snadno čitelných formátech.³⁴

Kanada

V Kanadě využívají symboly komunikační dostupnosti podniky a organizace proto, aby ukázaly, že (2014; CDAC):

- Vítají osoby, které mají postižení, které ovlivňuje jejich komunikaci.
- Věnují osobám tolik času, kolik ho ke komunikaci potřebují.
- Vynasnaží se pochopit, co jim lidé sdělují.
- Přijmou a použijí komunikační metodu, kterou si daná osoba vybere.

Ukázková lekce (Lesson 4: Communication Access Rights) z organizace Communication Disabilities Access Canada včetně praktických ukázek s video nahrávkami dostupná z [https://www.cdacanada.com/e_lessons/lesson4.htm#\(1\)](https://www.cdacanada.com/e_lessons/lesson4.htm#(1))

³⁴ Více na <https://www.scopeaust.org.au/news-event/ptv-hubs-awarded-communication-access-symbol/>

Obrázek 6.2: Ukázka letáku

ESSENTIAL SERVICES

Communication is important in all situations. However, effective communication is critical within health care, emergency, police, legal, and justice services.

Without appropriate communication accommodations in these situations, we can experience major barriers that can have serious consequences.

We expect essential services to have:

- policies and practices for communication access
- staff who are trained to communicate with us
- access to a communication assistant to help with communication, if we need one
- access to emergency picture, alphabet boards and other communication tools

"In critical situations, I want a trained communication assistant to help others understand my messages. These services need to be developed and made available to us so that we can have effective communication in hospitals and all essential services".

Colin Phillips, PhD Candidate.



COMMUNICATION ACCESS NOW

Communication Access Now (CAN) is a national strategy to increase awareness of communication access for people who have speech and language disabilities.

Make your business or organization communication accessible:

By visiting the CAN website at
www.communication-access.org

Communication Access Now is operated by Communication Disabilities Access Canada (CDAC) with a funding contribution from the Government of Canada's Disability Component of the Social Development Partnerships Program (SDPP-D) 

Communication Disabilities Access Canada (CDAC) is a national, non-profit organization. CDAC promotes human rights, accessibility and inclusion for people who have speech and language disabilities.

www.cdacanada.com

CDAC  Communication Disabilities Access Canada

131 Barber Greene Road, Toronto, Ontario, Canada M3C 3Y5
Telephone: 416.444.9532 Email: cdac@bell.net
CDAC is a Registered Charity 87160 1712 RR0001

ACCESSIBILITY INCLUDES COMMUNICATION



FOR PEOPLE WHO HAVE SPEECH AND LANGUAGE DISABILITIES

CDAC  Communication Disabilities Access Canada

Zdroj: CDAC, 2014.

Příklad z ČR: V rámci inkluze se knihovny zaměřují na komunikaci s osobami se sníženou schopností komunikovat. Například Knihovna města Hradce Králové nabízí služby pro mentálně znevýhodněné.³⁵ V rámci webových stránek používá níže uvedený piktogram.

Obrázek 6.3: Piktogram pro mentálně znevýhodněné



Zdroj: Knihovna města Hradce Králové.

Nositelem a gestorem zavádění tohoto symbolu by mělo být Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s Ministerstvem vnitra (pro zavádění do veřejné správy, pošty, integrovaného záchranného systému, policie) a také Ministerstvo

³⁵ Knihovna města Hradce Králové (2020) Služby pro mentálně znevýhodněné. Dostupné z <https://www.knihovnahk.cz/pro-verejnost/sluzby/sluzby-pro-mentalne-znevychodnene>

průmyslu a obchodu (pro zavádění značky do podniků a obchodů, Ministerstvo dopravy a Ministerstvo pro místní rozvoj (cestovní ruch), Ministerstvo kultury (knihovny, muzea, galerie), Ministerstvo zdravotnictví (nemocnice, ambulance, rychlá zdravotnická pomoc).

6.2.2 Národní centrum AAK

Pro podporu zavádění nástrojů a metod AAK na celostátní úrovni je možno zřídit Národní centrum AAK, které by bylo pověřeno koordinací zavádění nástrojů a metod AAK průřezově do všech oblastí, tedy do oblastí sociálních služeb, vzdělávání, zdravotnictví i veřejné správy a dalších veřejných služeb. Další variantou je využití Národního pedagogického institutu ČR,³⁶ který byl zřízen MŠMT 1. 1. 2020. Aktivity Národního centra by mohly být propojeny i pro osoby s PAS (viz Hrušková a kol. 2020). Vznik Národního centra AAK pro osoby s demencí může být případně součástí implementace Národního akčního plánu pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020 až 2030.

Činnosti Národního centra AAK:

- 1) Podporovat a koordinovat mezirezortní spolupráci v oblasti AAK.
- 2) Zavádět nástroje a metody AAK do veřejných služeb a zvyšovat kvalitu komunikační dostupnosti veřejných služeb:
 - a) on-line poradna pro veřejnost, i pro poskytovatele.
- 3) Koordinovat činnost Krajských center AAK (viz oddíl 6.2.3):
 - a) podpora zakládání a metodické vedení regionálních center AAK.
- 4) Vytvářet a udržovat webové stránky k problematice AAK:
 - a) jednoznačný a srozumitelný postup k získání komplexních strukturovaných informací o míře podpory v rámci AAK pro podporovanou osobu a jeho pečující osobu, včetně adresáře služeb v daném území,
 - b) užitečné informace o možnostech AAK v ČR (adresář služeb AAK v regionu) ve spolupráci s regionálními centry AAK.
- 5) Tvořit metodiky a manuály k zavádění metod AAK:

³⁶ Tato problematika spadá pod ředitele odboru systémové podpory pedagogických pracovníků, škol a školských zařízení PaedDr. Josef Rydlo, Mobil: 778 725 047, Telefon: 222 122 126, E-mail: josef.rydlo@npicr.cz.

- a) knihovna nástrojů a metod AAK včetně jasných didaktických postupů při jejich aplikaci – obecné šablony, kde konkrétní osoby, resp. pečující osoby mohou jednoduchým způsobem vytvořit podporující vizuální materiál k zajištění komunikace osoby s demencí s okolím.
- 6) Realizovat vzdělávací kurzy v oblasti AAK pro certifikované lektory AAK:
 - a) garance prezenčních i on-line kurzů, jejich akreditace, záruka kvality a standardů přednášejících v oblasti AAK. Způsob prokazování odborné praxe s klienty, jelikož dle informací z realizovaného šetření dle respondentů: „*v současnosti přednáší lektori, kteří nemaji žádnou odbornou praxi*“,
 - b) překlady zahraničních vzdělávacích programů, vzdělávacích videí, on-line kurzů, příp. tvorba vlastních instruktážních videí.
- 7) Propagovat nástroje a systémy AAK.
- 8) Pořádat každoroční odborné konference AAK.
- 9) Propagovat odborné články, literaturu a rešerše.
- 10) Podporovat program a on-line aplikace:
 - a) lokalizace zahraničních programů do češtiny,
 - b) podpora tvorby mobilních aplikací, prostřednictvím kterých se mohou „spojit“ osoby s potřebou AAK s úředníky pro zajištění využití agend veřejné správy ve vztahu k jejich potřebám.
- 11) Zajistit evaluaci využití prostředků AAK prostřednictvím expertů na AAK na základě žádosti poskytovatelů sociálních služeb. Cílem evaluace je ověření, že komunikace aplikovaná daným poskytovatelem k danému klientovi je uplatňována správně a že je opravdu účinná, resp. že umožňuje v maximálně možné míře komunikaci s osobou s demencí.

Příklad ze Švédska:

Inspirativní může být pro ČR zřízení **Národního centra pro demenci** po vzoru Švédského centra pro demenci, které by zajišťovalo informovanost jak odborné, tak laické veřejnosti ve smyslu péče a komunikace s osobami s demencí a zároveň by vyvíjelo spolupráci např. s jednotlivými obcemi s rozšířenou působností. Z hlediska usnadnění péče v domácím prostředí a zlepšení kvality

života se jako klíčové jeví zajistit **dobrou informovanost rodinných a neformálních pečovatelů.**

Přínosná by mohla být také účast v programu nadace Silviahemmet „Train the Trainer“, která by umožnila **vyškolení certifikovaného školitele pro ČR** a tímto zajistila potřebnou kvalitu školitele a jím realizované kurzy. Zároveň by bylo vhodné zřídit centrální školicí středisko (instituci/organizaci), které by zabezpečovalo jednotný systém a metodiku školení pro poskytování kurzů v oblasti péče o osoby s demencí, včetně školení o využívání prostředků AAK.

Příklad z Norska:

Statped³⁷ je zvláštní státní vzdělávací služba pro obce a okresní úřady. Jeho cílem je pomoc a poradenství při vzdělávání osob, které pracují s lidmi, kteří mají speciální komunikační potřeby. Je členěn dle šesti oblastí:

- získaná poranění mozku,
- sluchové služby,
- služby v kombinované zrakové a sluchové ztrátě a hluchoslepotě,
- služby ve složitých poruchách učení,
- jazykové a řečové služby,
- vizuální služby.

Inspirace tvorby center AAK je možné použít i z Anglie, viz následující oddíl.

6.2.3 Vytvoření sítě regionálních center podpory AAK

Vytvoření sítě regionálních center, kde budou pracovat funkční multidisciplinární týmy, které budou zajišťovat níže uvedené aktivity. Trvalá dostupnost profesních pracovníků center, kteří budou spolupracovat jak s jednotlivými zařízeními (školská, sociální, zdravotnická zařízení a úřady veřejné správy), tak s rodinami.

Výkon činnosti regionálního centra AAK může fungovat samostatně, nebo by mohl být svěřen Speciálním pedagogickým centřům (SPC)³⁸, jejichž zřizovatelem je

³⁷ <https://www.statped.no/>

³⁸ Organizačně spadají pod MŠMT Odbor předškolního, základního, základního uměleckého a speciálního vzdělávání – 21; Oddělení předškolního a speciálního vzdělávání – 211; vedoucí

kraj nebo MŠMT. Tato centra by měla být propojená s centry pro PAS (viz Hrušková a kol. 2020).

Činnosti regionálního centra AAK:

- poskytují vyrovnaný přístup ke specializovaným AAK službám pro děti a dospělé s komunikačními potřebami,
- poskytují vhodné elektronické komunikační pomůcky formou dlouhodobého půjčení pacientům po dobu, dokud pacient pomůcku potřebuje,
- udržují skladem elektronické pomůcky pro posouzení stavu klientů, pro možnost zapůjčení dané pomůcky klientovi na vyzkoušení a pro dlouhodobé zapůjčení,
- poskytují specializované AAK poradenství, informace a trénink jednotlivcům, rodinám a profesionálům,
- odbornou podporu v low-tech a nesespecializovaných AAK strategiích a technikách,
- multidisciplinární tým, který se skládá z: terapeutů logopedie, ergoterapeutů, psychoterapeutů, odborníků na vzdělávání a expertů na asistivní technologii,
- koordinovanou podporu od AAK komunity a organizací dobrovolnického sektoru,
- rozšiřování povědomí o potřebě a výhodách AAK u regionálních zdravotních, sociálních a vzdělávacích služeb,
- monitoring dopadových indikátorů; ohodnocení vlivu jednotlivých individuálních plánů péče; analýza a reporting dat ohledně regionální AAK populace, reporting poskytovatelů na regionální úrovni.

Vytvořeno na základě doporučení z krajů a níže uvedeného příkladu z Anglie:

Příklad z Anglie: AAK je podporováno prostřednictvím **lokálních AAK služeb (local AAC services)**. Tyto jsou financovány/zakládány CCGs (Clinical Commissioning Groups, skupiny pro klinické testování), dále poskytovateli zdravotnických služeb a poskytovateli služeb sociálních. Lokální AAK služby se zaměřují na poskytování jednoduchých, často neelektronických pomůcek (tzv.

low tech a light tech). V každé obci by měly být pomocí lokálních AAK služeb zajištěny potřeby osob využívajících potřeby AAK.³⁹

Lokální AAK služby zajišťují:⁴⁰

- management lokálních cest k dosažení potřeb AAK pro děti a dospělé s méně komplexními potřebami; doporučují klienty podle potřeby ke specializovaným AAK centrům a jiným vhodným službám; koordinují potřebnou podporu,
- odbornou podporu v low-tech a nesespecializovaných AAK strategiích a technikách,
- multidisciplinární tým, který se skládá z: terapeutů logopedie (SAL therapist), ergoterapeutů (occupational therapist), odborníků na vzdělávání a expertů na asistivní technologii,
- koordinovanou podporu od AAK komunity a organizací dobrovolnického sektoru,
- posouzení potřeb osob a půjčovnu AAK pomůcek a vybavení. Toto umožní lokálnímu týmu:
 - provádět prvotní posouzení AAK schopností a poskytnout komplexní informace při doporučení ke specializovanému centru,
 - poskytnout jednoduché (low a light tech) pomůcky (např. přímý přístup, textové nebo jednoduché symbolové) klientům, buď na zkoušku během posouzení, nebo dlouhodobě.
- trénink pro osoby v okruhu uživatele AAK, jako jsou členové rodiny a pečovatelé,
- pokračující podporu pro ty uživatele AAK, kteří byli doporučeni ke specializovanému AAK centru, s možností nového doporučení, pokud je to potřeba,

³⁹ V praxi však ne veškeré lokální služby AAK zajišťují potřeby veškerých věkových skupin obyvatel s potřebou AAK, v odlehlejších částech země může nastat situace, kdy je zajištěna např. pouze služba pro osoby do 18 nebo do 25 let věku, takže je potřeba využívat službu v jiné obci, je-li to možné.

⁴⁰ Tyto informace jsou převzaty z oficiálního dokumentu Guidance for commissioning AAC services and equipment (dostupné z: <https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2016/03/guid-comms-aac.pdf>), který v roce 2016 vydala NHS England.

- rozšiřování povědomí o potřebě a výhodách AAK u lokálních zdravotních, sociálních a vzdělávacích služeb,
- podporu při zakládání a organizaci lokálních způsobů financování mezi poskytovateli zdravotní a sociální péče a vzděláváním a organizacemi třetího sektoru,
- monitoring dopadových indikátorů; ohodnocení vlivu jednotlivých individuálních plánů péče; analýza a reporting dat ohledně lokální AAK populace poskytovatelům na lokální a regionální úrovni podle potřeb.

Lokální a specializovaná centra jsou společně zodpovědná za trénink těch, kteří splňují kritéria k doporučení do specializovaných AAK center.

Specializovaná regionální AAK centra:

- poskytují vyrovnaný přístup ke specializovaným AAK službám pro děti a dospělé s komplexními komunikačními potřebami,
- poskytují vhodné elektronické komunikační pomůcky formou dlouhodobého půjčení pacientům po dobu, dokud pacient pomůcku potřebuje,
- udržují skladem elektronické pomůcky pro posouzení stavu klientů, pro možnost zapůjčení dané pomůcky klientovi na vyzkoušení a pro dlouhodobé zapůjčení,
- poskytují specializované AAK poradenství, informace a trénink jednotlivcům, rodinám a profesionálům, kteří jsou součástí poskytování lokálních AAK služeb,
- podporují zakládání, trénink a vývoj lokálních AAK služeb.⁴¹

⁴¹ Local Services Commissioning Toolkit (dostupné z: <https://localaactools.co.uk/>) je stránka obsahující rady, užitečné informace a odkazy pro zakládání nových lokálních AAK služeb. Jedním z doporučení je také kontaktovat své příslušné specializované AAK služby jsou-li potřeba další informace.

6.2.4 Finanční podpora pořizování pomůcek AAK pro osoby se zdravotním postižením

Zajistit místně i finančně dostupné služby pro osoby se zdravotním postižením včetně finanční podpory pro pořízení pomůcek AAK.

Zdůvodnění: Hrazení pomůcek AAK z MPSV je pro většinu osob s demencí obtížně dostupné, jelikož v příspěvku na zvláštní pomůcky nejsou pomůcky na AAK výslovně uvedeny.

Varianty řešení:

- 1) Posílit finanční zdroje a rozšířit možnosti poskytování „*Příspěvku na zvláštní pomůcky*“ i pro osoby s demencí, tzn., změnit legislativní podmínky jeho poskytování. Úprava by se týkala zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů.
- 2) Zřízení půjčoven AAK pomůcek v regionálních centrech (6.2.3).

6.2.5 Sjednocení informací na jednom webu

Tvorba jednotného informačního portálu pro potřeby osob se specifickými komunikačními potřebami, kde jsou soustředěny základní informace o AAK, dále pak informace týkající se specifických projevů nemocí osob potřebujících AAK, např. PAS, demence atd.

Jednoznačný a srozumitelný postup k získání komplexních strukturovaných informací o míře podpory v rámci AAK pro osoby s demencí a jejich pečující osoby, včetně adresáře služeb v daném sociálním a zdravotním území (fyzioterapie, neurologie, psychiatr, psycholog, gerontolog, domácí péče), viz oddíl 6.2.2.

Dále by zde byly soustředěny on-line kurzy, jak pro základní seznámení s problematikou AAK (pro laickou veřejnost), tak pro rodiny osob s potřebou AAK či profesionály pracujícími s osobami s potřebou AAK. Je možné využít i překlad vytvořených kurzů ze Švédska (podobným způsobem v oblasti vzdělávání postupovalo např. Norsko).

Na webových stránkách kromě potřebných aktualizovaných informací, které budou strukturované dle cílových skupin (např. veřejná správa, poskytovatelé, uživatelé, pečující osoby a rodiny, široká veřejnost), bude možnost využít on-line kurzy, webinář pro specifické skupiny veřejnosti, např. pro opatrovníky zastupující osoby s demencí a PAS, pro pečující osoby a případně další rodinné příslušníky. Na stránkách mohou být vytvořeny komunikační karty/tabulky pro řešení typových situací, a to jak pro veřejnou správu, tak i pro poskytovatele sociálních služeb.

Příklady jednotných národních webů Švédsko, Norsko, Anglie, Španělsko atd.

Příklad z Norska – Ze strany státu byla iniciována a je placena aktivita Statpedu, který vytvořil internetová instruktážní videa a informace, které jsou na internetu bezplatně dostupné a přispívají k šíření povědomí a vzdělanosti v oblasti AAK.

Další instruktážní videa jsou vytvořena na stránkách NAV (Norská správa práce a sociální péče) nazvaných *Kunnskapsbanken*⁴². Volný překlad tohoto slova by byl „vědomostní banka“. Na stránkách je možno se vzdělávat pomocí článků, ale také pomocí online vzdělávacích kurzů, které jsou po přihlášení také většinou zdarma (např. základní kurz pro ty, kteří pracují s pomůckami a facilitací⁴³ nebo online kurzy AAK, které jsou vysílány v reálném čase a přístup k nim mají tedy všichni přihlášení).

6.2.6 Implementace a naplnění povinnosti používat metody a nástroje AAK pro poskytovatele sociálních služeb

V pododdíle 6.1.1.1 je odkaz na existující standardy kvality v sociálních službách, které obecně zakotvují povinnost poskytovatele sociálních služeb komunikovat s osobou se ZP způsobem, který je pro její situaci vhodný a účinný.

Na základě průzkumu u poskytovatelů bylo identifikováno, že shora uvedená právní úprava je často naplněna jen formálně, poskytovatelé nedostatečně naplňují uvedené standardy u skupiny osob s demencí. Metody AAK často nejsou u těchto osob aplikovány, ač by to bylo vhodné. U poskytovatelů sociálních služeb byly

⁴² <http://www.kunnskapsbanken.net/>

⁴³ <http://www.kunnskapsbanken.net/kurs/grunnkurs-hjelpemiddelformidling/>

identifikovány nedostatečné znalosti pracovníků v přímé péči v oblasti AAK. Důvodem může být i to, že vzdělávání pracovníků přímé péče v různých komunikačních dovednostech je náročné jak finančně, tak i časově nebo personálně, proto poskytovatelé dávají přednost, „spokojí se“ s nejjednoduššími způsoby a tvrdí, že jsou dostačující.

Doporučuje se explicitně formulovat do standardů kvality povinnost používání metod a nástrojů AAK u osob, které daný typ komunikace potřebují včetně následné kontroly zavedení standardů do praxe. Jako vzor jednoznačné explicitní formulace je níže uvedený návrh: „*V případě, že má uživatel poruchy řeči, jazyka či psaní, pokouší se vždy poskytovatel přechodně nebo trvale kompenzovat projevy poruchy metodou augmentativní a alternativní komunikace (AAK). Poskytovatel využívá v případě potřeby prvky alternativní komunikace.*“, který doporučuje Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky⁴⁴.

Francie

Za další inspirativní prvek lze pokládat podpurný materiál (tištěné nebo elektronické brožury), který slouží pro vzdělávání zaměstnanců veřejné i soukromé sféry pro podporu přijetí a komunikace s osobami s handicapem. Jedním z takových materiálů je již výše jmenovaný „Průvodce jednání s veřejností s handicapem“,⁴⁵ určený pro ředitele institucí pro vzdělávání zaměstnanců, z roku 2016.

Inspirací je příprava dialogových listů, které popisují různé sociální situace nebo vyjadřování emocí (SantéBD), jež by mohly být významným pomocníkem nejen pro osoby s mentálním a komunikačním handicapem, ale také pro lékařský personál při komunikaci s těmito osobami. Tento srozumitelný materiál umožňuje lidem s mentálním postižením absolvovat různá vyšetření a lékařské zákroky a snížit tak obavy těchto pacientů. V konečném důsledku tedy dochází k eliminaci

⁴⁴ Viz str. 15, bod 6 Alternativní komunikace, kapitola 4 Partnerství oblast komunikace: APSSČR (2015) Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. Dostupný na [http://www.apsscr.cz/files/files/Doporučený_standard_FINAL_\(2\).pdf](http://www.apsscr.cz/files/files/Doporučený_standard_FINAL_(2).pdf)

⁴⁵ V originále „Guide de l'accueil du public en situation de handicap“.

obtíží v chování při lékařských zákrocích. Tento materiál by mohl být velmi užitečným podkladem a inspirací pro ČR.

Důležité je, že AAK je v odborných kruzích napříč poskytovanými službami (zdravotní, sociální, vzdělávací) pokládána za nedílnou součást terapeutického přístupu. Je jednou ze základních podmínek pro plnohodnotný život osoby s komunikačním nebo mentálním postižením. Potřeba komunikovat je zdůrazňována ve všech legislativních normách souvisejících s osobami s postižením.

6.2.7 Školení metod a nástrojů AAK u pracovníků v přímé péči

Ze strany MPSV podpořit vytvoření akreditovaných vzdělávacích programů v metodách AAK zaměřených na jednotlivé cílové skupiny klientů. K této oblasti je možno připravit i individuální projekty z fondů ESF na krajské úrovni.

Systémové trvalé průběžné proškolení pracovníků v přímé péči u poskytovatelů sociálních služeb. Interaktivní praktické kurzy s nácvikem metod a nástrojů AAK s min. rozsahem kurzu 40 hodin. Výsledkem kurzu musí být schopnost aplikovat AAK v praxi, z toho důvodu nestačí kurzy s menším počtem hodin (více oddíl 1.3.2).

6.2.8 Zvyšování znalostí u managementu poskytovatelů sociálních služeb

Vedení poskytovatelů sociálních služeb (ředitel, náměstci, vedoucí sociálně zdravotního úseku atd.) pravidelně, tj. každoročně, seznamují krajské úřady s nástroji a metodami AAK, včetně využití vhodných konceptů pro práci s osobami s demencí, které přispívají ke zvýšení kvality života klientů.

6.2.9 Složky Integrovaného záchranného systému

Možnost sjednocení komunikačních karet u složek Integrovaného záchranného systému používaných při zásahu s jednotnými piktogramy, které by byly využitelné jak pro komunikaci s cizinci, neslyšícími osobami, tak i s dalšími osobami se

specifickými potřebami. Při sjednocení je vhodné vyjít ze současných pomůcek AAK (viz oddíl 4.2.6):

- MVČR (2014) Mimořádné události – manuál pro specifickou komunikaci s osobami s poruchami zrakového a sluchového vnímání
<http://www.mvcr.cz/soubor/projekt-eunad-lide-se-sluchovym-a-zrakovym-postizenim-pri-katastrofach.aspx>
- HZSČR (2016) Karty pro komunikaci s neslyšícími u mimořádných událostí – Metodická příručka. Praha: Hasičský záchranný sbor České republiky. Dostupné z <https://www.hzscr.cz/clanek/karty-pro-komunikaci-s-neslysicimi-u-mimoradnych-udalosti-metodicka-prirucka.aspx>

Tabulka 6.2: Návrh kalkulace

	Cena za 1 ks v Kč	Počet	Celkem bez DPH
Sada 60 laminovaných karet v kovové kroužkové vazbě	370*	15.000	5.500.000 Kč

Pozn.: Na základě kalkulace k tvorbě Anamnestické zdravotní a jazykové komunikační karty v Plzni⁴⁶

Zvážit, zda při krizových událostech u poskytovatelů pobytových sociálních služeb pro osoby s demencí nevyužívat i zápachu⁴⁷ (podobně jak se to děje v hlubinných dolech při ohrožení).

6.3 Doporučení pro oblast státní správy a samosprávy

6.3.1 Doporučení k zvýšení informovanosti a propagace využívání AAK u veřejnosti

Cílem doporučení je podpora obecné informovanosti u veřejnosti v oblasti AAK včetně propagace těchto metod a možností osob se specifickými komunikačními potřebami:

- 1) realizace propagační kampaně cílené na širokou veřejnost,

⁴⁶ <https://www.komorazachranaru.cz/aktualita/plzenska-zachranka-zavadi-anamnesticke-karty-pro-komunikaci-s-cizinci>

⁴⁷ Plyn Meraptan se v dole používá jako havarijní signalizace při požáru a jiných situacích, kdy musí všichni přítomní opustit důl.

- 2) na úrovni krajů cílená komunikace/propagace AAK na vybrané skupiny veřejných služeb, např. služby veřejné hromadné dopravy (viz příklad z Austrálie v oddílu 6.2.1), knihovny apod.

6.3.2 Doporučení pro MŠMT k vytvoření podmínek pro rozšíření a posílení výuky komunikačních prostředků včetně AAK

Cílem doporučení je rozšířit a posílit výuku komunikačních prostředků včetně AAK v rámci vysokoškolského vzdělávání, a to nejen v oborech/programech speciální pedagogika, ale i v rámci výuky sociální práce, sociální pedagogiky, lékařských i nelékařských oborů, veřejné správy apod.

6.3.3 Zvýšení znalosti zaměstnanců veřejné správy v oblasti komunikace s osobami se specifickými komunikačními potřebami

Podporovat systém vzdělávání v oblasti AAK (certifikace kvalitních kurzů včetně kompetentních lektorů).

Vzdělávání zaměřit na:

- 1) základní úvodní školení pro všechny zaměstnance veřejné správy⁴⁸ (úvod do komunikace s osobami se ZP, využití komunikačních tabulek, ukázka nácviku komunikace s osobami s demencí a PAS),
- 2) pokročilejší kurz pro pracovníky sociálních odborů na krajských a obecních úřadech (zaměření kurzu: znalost nástrojů a metod AAK včetně pomůcek a způsoby jejího využívání, znalost jednotlivých konceptů pro práci s osobami s demencí a PAS),

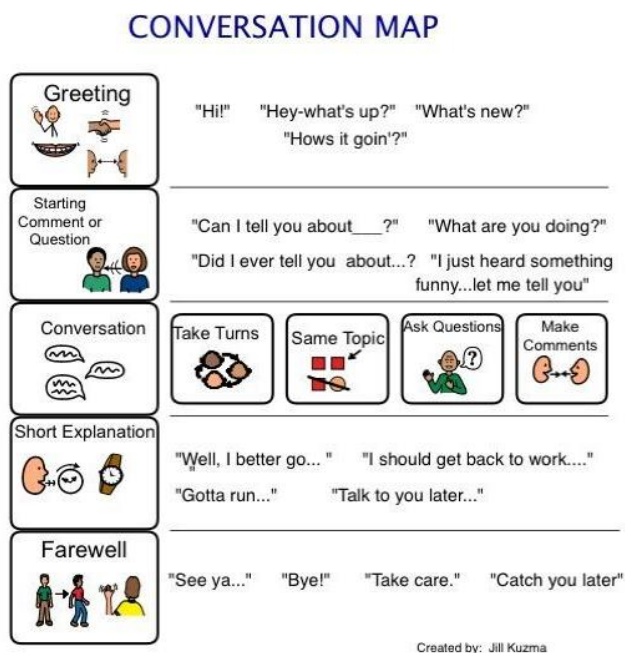
⁴⁸ Příklad z Olomouckého kraje: Každý nový zaměstnanec prochází v rámci úvodních vzdělávání základní informací o specifických požadavcích na komunikaci s osobami se ZP, právní úpravou vyplývající z CRPD, Listiny základních práv a svobod (LZPS), správního řádu, zákona č. 155/1998 Sb., ad. Školení probíhá jednou za 3 měsíce, a to vždy pro skupinu nových úředníků, kteří nově v daném období zahájili pracovní poměr vůči Olomouckému kraji. Tato „povinnost“ vyplývá z opatření Krajského plánu vyrovnávání příležitostí pro osoby se ZP – dostupný na <https://www.olkraj.cz/download.html?id=59626>, opatření č. 1.1. Každé 3 měsíce je tak proškoleny cca 15–20 úředníků, kteří nově vstupují do pracovního poměru.

- 3) systémové trvalé průběžné proškolení pracovníků v přímé péči u poskytovatelů sociálních služeb. Interaktivní praktické kurzy s nácvikem metod a nástrojů AAK (rozsah 40 hodin), více oddíl 1.2.1,
- 4) pravidelné roční proškolení pracovníků na pracovištích Úřadu práce ČR a ČSSZ, kteří přicházejí do kontaktu s osobami se zdravotním postižením (rozsah 16 hodin).

6.3.4 Podpora využívání AAK na úřadech

Vytvoření komunikačních tabulek na úřadech dle jednotlivých agend, případně předvídatelná komunikace na úřadě vede k možnosti vytvoření typizovaného scénáře konverzace – podporou jsou konverzační mapy („conversation map“), tj. pomůcka „strukturované konverzace“, která podporuje společenskou interakci osob se specifickými komunikačními potřebami. Součástí mohou být flexibilní prvky; které nabízí výběr možností.

Obrázek 6.4: Ukázka konverzační mapy



Zdroj: Kuzma, 2008. Dostupné z: <https://jillkuzma.wordpress.com/conversation-skills/teaching-ideas/>

Pravidla konverzace:

- 1) vhodně konverzaci zahajte,
- 2) vyšlete jasnou zprávu,

- 3) přidejte informaci k tématu vztahujícímu se k tomu, co komunikoval druhý mluvčí,
- 4) kladte otázky nebo komentujte informaci od druhého mluvčího, aby konverzace pokračovala,
- 5) vyjasněte si nejasné záležitosti,
- 6) vhodně konverzaci ukončete.

Francie

Na základě získaných poznatků se jeví jako vhodné pro implementaci do českého prostředí využití systému FALC, jehož cílem je usnadnit čtení a zvýšit porozumění informacím. Je zaměřen především na osoby s mentálním postižením a řídí se evropskou normou pro vytváření snadno srozumitelných informací. Je využíván na internetových stránkách veřejných institucí či na stránkách zaměřených na osoby s handicapem. Na základě Vyhlášky o aktualizaci rejstříku veřejného přístupu jsou provozovatelé zařízení pro veřejnost povinni mít zveřejněn rejstřík veřejného přístupu. Tento systém je velmi přehledný, srozumitelný a umožňuje osobám s komunikačním i mentálním handicapem být mnohem více soběstačnými.

6.3.5 Návrh komunikačních standardů

Zvážit zavedení komunikační standardů na úřadech pro osoby se specifickými komunikačními potřebami. Komunikační standardy by mohly vycházet z níže uvedeného desatera komunikace s pacienty se syndromem demence.

DESATERO komunikace s pacienty se syndromem demence dle Národní rady osob se zdravotním postižením (dále jen NRZP) (2010)⁴⁹

1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.

⁴⁹ NRZP (2010) DESATERO komunikace s pacienty se syndromem demence. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením. [online] Dostupné z <https://nrzp.cz/2010/09/27/desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence/>

4. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům. Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené.
5. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům, a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme, pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
6. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na papír. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění, používáme dotek.
7. Využíváme neverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
8. Dáme zřetelně najevo, zda odcházíme jen na chvíli nebo zda konzultace skončila.
9. Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Pacienty informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, během vyšetření s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.
10. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.

Ukázky komunikačních pravidel v dalších veřejných službách, např. Knihovna města Hradec Králové má níže uvedené „*Desatero komunikace s mentálně znevýhodněným*“.

Desatero komunikace s mentálně znevýhodněným⁵⁰

1. Mluvte s ním jako s dospělým člověkem – vykejte. Pokud znáte jméno, je dobré ho oslovovat jménem.
2. Ověřte si, že vás mentálně znevýhodněný uživatel dobře vidí i slyší a udržujte oční kontakt.
3. Srozumitelně vysvětlete, co se bude dít a proč. Nepředpokládejte, že to každý ví.
4. Mluvte pomaleji a používejte krátké a jasné věty, názorná vysvětlení a příklady (nepoužívejte žádné zkratky, abstraktní pojmy, cizí slova ani žargon).
5. Dávejte jednoduché a srozumitelné otázky.
6. Počkejte vždy na odpověď a neodpovídejte za něho.
7. Ověřujte, zda jste správně porozuměli. A naopak ověřujte, zda uživatel dobře porozuměl vám. Vyhýbejte se manipulativním otázkám jako: „To bylo asi červené auto, že?“ Spíše se zeptejte „Jakou to auto mělo barvu?“ Pokud uživatel neodpoví, můžete dát možnosti na vybrání.
8. Buďte trpěliví a zkuste se přizpůsobit tempu znevýhodněného.
9. Nebojte se říct, že nerozumíte. Vyzvěte znevýhodněného k vysvětlení či zopakování. Vždy se snažte mluvit nejdříve přímo s mentálním znevýhodněným, a ne s jeho doprovodem.
10. K znevýhodněnému přistupujte bez předsudků a štítlivosti a všimněte si neverbálních projevů.

Dvě rady na závěr:

Jedněte s mentálně znevýhodněnými tak, jak byste si přáli, aby bylo jednáno s vámi.

Pro lepší komunikaci s osobami s těžkými stupni mentální retardace používejte **tzv. alternativní a augmentativní komunikaci** – např. reálné předměty, obrázky, fotografie, piktogramy apod.

Podobně také Knihovna města Ostravy má vymezené níže uvedené Desatero komunikace s osobami s mentálním a duševním znevýhodněním.

Desatero komunikace s osobami s mentálním a duševním znevýhodněním⁵¹

1. Při komunikaci je velmi důležité udržovat oční kontakt (umožněte ho i přerušit) a věnovat mentálně postiženému člověku pozornost. To, jak člověka s mentálním postižením vnímáte a přijímáte jeho sdělení, se výrazně odrazí v jeho ochotě něco Vám sdělovat.
2. **Používejte jednoduchou řeč, krátká slova a věty. Jasně vyjadřujte svoje myšlenky,** nepoužívejte cizí a hovorová slova.
3. Mluvte pomalu, tak aby tempo vaší řeči mentálně postiženého člověka nezahlcovalo. Buďte trpěliví a dopřejte partnerovi dostatek času na odpověď.

⁵⁰ Knihovna města Hradce Králové (2016) Desatero komunikace s mentálně znevýhodněným. Dostupné na https://www.knihovnahk.cz/files/tiny/mce/pro-verejnost/sluzby/Desatero_komunikace_s_mentalne_znevychodnenym.pdf

⁵¹ Knihovna města Ostravy (2014) Desatero komunikace s osobami s mentálním a duševním znevýhodněním. Dostupné z <http://www.kmoprohandicap.cz/desatero-komunikace-s-osobami-s-mentalnim-a-dusevnim-znevychodnenim/>

4. **Důležitá je neverbální komunikace doplňujte komunikaci mimikou, gestikulacemi.**
5. Vyhýbejte se abstraktním pojmům; pokud to nejde, snažte se je objasnit pomocí konkrétních příkladů.
6. **Ověřte si, zda Vám dotyčný rozuměl a pochopil, co jste mu sdělili, a zda s Vaším sdělením souhlasí, či ne. Mluvte jen o jedné hlavní myšlence.** K další přejděte až po ujištění, že Vám partner rozuměl.
7. Lidé s mentálním postižením jsou zpravidla velmi sugestibilní, což znamená, že nekriticky přijímají myšlenky druhých. Sugestibilními otázkami je možné velmi snadno člověka s mentálním postižením ovlivnit, manipulovat jím. Pamatujte na to při volbě otázek.
8. Mentálně postižení lidé jsou velmi závislí na ostatních lidech. Jednejte s nimi s velkou mírou empatie, trpělivosti a respektu.
9. Dospělý člověk s mentálním postižením má jiné možnosti v porozumění. Neznamená to však, že není dospělý. Proto budete-li jej oslovovat, vykejte mu. Používejte řeč dospělých. I když budete používat jednoduché věty, neznamená to, že musíte používat zdrobněliny, mluvit moc nahlas nebo něco zbytečně dlouho vysvětlovat „polopatickým“ způsobem.
10. Při odchodu dejme neslyšícímu písemné sdělení o tom, co jsme projednávali.

7 Závěr

Komunikace osob s demencí má své zvláštnosti a specifické projevy, které se různí podle primárního onemocnění. Od primárního onemocnění se také odvozuje věk, délka trvání demence, intenzita progresu a způsob péče včetně komunikace. Je zřejmé, že jde o různorodou skupinu osob, s různorodými potřebami a zároveň s různorodými specifickými komunikačními přístupy a nastavenými koncepty péče. Demence nezasahuje jen osoby ve vyšším věku, ale dle primárního onemocnění se může jednat o osoby výrazně mladší.

Na rozdíl od osob s postižením PAS, které se komunikaci učí a rozvíjejí svoji osobnost, osoby s demencí postupně ztrácejí schopnost se učit a komunikovat, proto je důležité jejich stávající komunikační dovednosti udržet co nejdéle. K tomu jsou potřebné společně strávené chvíle s blízkou osobou, vzpomínky, které podněcují k hovoru (fotoalba/biografie), vůně či hudba, které má osoba ráda, aktivity, které byly pro danou osobu dříve důležité či příjemné. Zavedení metod a nástrojů AAK, konceptů péče zvyšuje kvalitu života osob s demencí a zachovává jejich osobní potenciál co nejdéle. Je nutné cíleně seznámit s těmito metodami a koncepty vedení poskytovatelů sociálních služeb a jejich zřizovatele tak, aby pochopili přínos v zavedení těchto metod AAK a konceptu pro klienty a zároveň v pozitivní celkové zpětné vazbě pracovníkům nejen v přímé péči. Navození přátelského prostředí, které přináší uspokojení potřeb klientů a zaměstnanců je nejlepším prostředkem v boji proti syndromu vyhoření. Management zařízení musí znát požadavky (finanční, technické, a především i personální) na zavedení vybraných konceptů péče. Následně je zásadní vzdělávání a celková práce s pracovníky v přímé péči, kteří s osobami s demencí jsou každodenně ve styku.

Výše uvedené skutečnosti lze doložit zajímavou básní, kterou našly zdravotní sestry na geriatrickém oddělení nemocnice v okrese Dundee ve Skotsku, u již zesnulé pisatelky (Časopis Sestra 6/1996). Báseň upravil a slovem doprovodil prof. PhDr. Zdeněk Matějček, CSc., který ji slyšel na semináři Mezinárodní studijní skupiny pro děti se specifickými výukovými potřebami, kde ji na závěr svého výkladu o Alzheimerově chorobě přečetl John L. E. Seidler z farmaceutické firmy Pfizer. Poznámka k básni říká, že sestry na oddělení – dokud si báseň nepřečetly –

nevěřily, že by ta stará nemohoucí žena mohla po sobě zanechat něco, co by mělo nějakou cenu.

<p>Toto vám píše stará protivná ženská</p> <p>Sestřičky, sestry, připadám vám známě? A co si myslíte, když díváte se na mě? Protivná ženská stará, všechno ji leká, divně se chová a zírá do daleka. Snažte se pohnout s ní a křičte v jednom kuse, sedí tu, mlčí jen a žmoulá něco v puse. Zdá se, že nevnímá, jaká že je s ní dřina, a nosit ponožky a boty, to věčně zapomíná. Žije, či nežije, snad neví, co se děje, koupat a krmit, a uplývá den – a bez naděje. To myslíte si sestry, když na mě hledíte? Otevřete oči! To přece nejsem já, koho tu vidíte!</p> <p>Ted' řeknu vám, kdo jsem, když sedím bez hnutí. A spím a jím a žiju, kdo jak mě donutí. Zas malá holka jsem, tak asi deset je mi, ráda jsem s maminkou, tátou, sourozenci všemi.</p> <p>Dívka jsem, šestnáct mám a křídla na nohou, a sním, že princ můj čeká tam někde za horou. Nevěsta šťastná. Ten, o kterém jsem snila, můj přijal slib, já nikdy nehradila.</p> <p>Už děti mám a domov, kde se nebrečím, o jejich radost dbám, o jejich bezpečí. Už třicítka je tu a čas tak děsně pádí, synové rostou, jen kéž se mají rádi!</p> <p>Čtyřicet – synáčkové velcí už z domu odcházejí. Však se mnou je můj muž, ve dvou je veseleji. Padesát přešlo, zas děti batolí se kolem, ach vnoučkové mí milí za babiččiným stolem.</p>	<p>Pak přišla temnota, vzala mi manžela. Co bude dál? Hrůza mnou zachvěla. Mé děti pečují teď o tu svoji chásku, já myslím dozadu, co znala jsem, ach lásku! Stará jsem ženská a příroda moc zlá je. A s námi starými teď na blázna si hraje. Tělo se drobí, síla je pryč i krása oněměla. A kámen mám, kde dřív jsem srdce měla. V té staré zdechlině však mladá jsem jak kdysi. A srdce ubité a přec občas poskočí si. Vzpomínám na radost, na bolest vzpomínám, a miluju a žiju, jak milovat jen znám. Na pár těch přešlých let já pamatuji vděčně. A přijímám: nejsme tu nekonečně.</p> <p>Sestřičky milé, já nejsem tam, kam pohled váš se nese... Ta stará protiva. Otevřete oči! Jen pojdte blíž! A na mé JÁ teď dívejte se.</p>
---	---

V České republice chybí institucionální zabezpečení komunikace AAK, a to jak na národní úrovni, tak i na regionální. Tyto instituce by měly zabezpečit kvalitu a dostupnost nástrojů a metod AAK včetně pomůcek pro potřebné osoby ve všech věkových kategoriích. Rovněž je prokázána nedostatečná znalost AAK metod a nástrojů u všech skupin pracovníků, se kterými komunikují osoby s demencí tj., v oblasti sociálních služeb, veřejné správy, veřejných i soukromých služeb. Proto je nutné zavést certifikované školení s garantovanými lektory s praktickými zkušenostmi.

Výše provedená studie a navržená doporučení jsou podkladem pro další odbornou diskuzi s poskytovateli sociálních služeb, pečujícími osobami a pracovníky veřejné správy. Předpokládá se, že výsledky budou formou kulatých stolů konzultovány s poskytovateli sociálních služeb a následně bude formou plánovaných seminářů podporováno jejich využívání mezi poskytovateli sociálních služeb a neformálními pečovateli. Budou zpřístupněny pomocí webových stránek projektu, budou dostupné široké veřejnosti vč. například neformálních pečovatelů. Zveřejnění výsledků napomůže šířit povědomí o možných nástrojích a metodách komunikace, podpoří možnosti osob se specifickým způsobem komunikace v samostatném jednání na úřadech (např. se sociálními pracovníky) i v sociálních službách. Cílem AAK je generalizace dovedností podporované osoby na různá prostředí.

Seznam použité literatury a dalších informačních zdrojů

ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE. *Boardmaker* [online]. c 2009/2011, [cit. 2015-01-21]. Dostupné z: <<http://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-boardmaker-28>>

BENDOVIÁ, P. (2013) Alternativní komunikační techniky. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3703-3.

BOČKOVÁ, B. (2015) Vybrané kapitoly z alternativní a augmentativní komunikace. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-7896-3

BUIJSSEN, H. (2006) Demence, Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X

BURCIN, Boris, KUČERA, Tomáš. *Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008-2070* [online]. c 2010, [cit. 2014-11-04]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/8842/Prognóza_2010.pdf>

COOK, A. M.; POLGAR, M. J. (2015) Assistive technologies: Principle and practice. 4. Vyd. Mosby Elsevier, 2015, 496 s. ISBN 978-0-323-09631-7.

CSÉFALVAY, Z.; LECHTA, V. (2013) Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 228 s. ISBN 978-80-262-0364-3.

ČAS (2013) Strategie České Alzheimerovy společnosti P-PA-IA. Revidovaná verze 2013. Praha: Česká Alzheimerovská společnost.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Věková struktura obyvatel podle dat Sčítání lidu* [online]. [cit. 2014-11-04]. Dostupné z: <[http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/t/9F00347E6B/\\$File/170217-14.pdf](http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/t/9F00347E6B/$File/170217-14.pdf)>

DUŠEK, K.; VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. (2018). Diagnostika a terapie duševních poruch. 2. vyd. Praha: Grada, 2010. 632 s. ISBN 9788024716206.

FERTALOVÁ, T.; ONDRIOVÁ, I. (2020) Demence: nefarmakologické aktivizační postupy. Praha: Grada Publishing a.s.

FRIEDLOVÁ, K. (2015) Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy, Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2015. ISBN 978-80-904668-9-0

FRIEDLOVÁ, K. (2016) Bazální stimulace pro učitele předmětu Ošetřovatelství, Frýdek Místek: Institut Bazální stimulace, 2016. ISBN 80-239-6132-2

HAUKE, M. (2014) Zvládání problémových situací se seniory. Praha: Grada.

HOLMEROVÁ, I., a kol. (2005) Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené. Interní medicína pro praxi. 2005, 10, s. 449-453. Dostupný z: https://www.internimedicina.cz/artkey/int-200510-0008_Nefarmakologicke_pristupy_v_terapii_Alzheimerovy_demence_prakticke_aspekty_pece_o_postizene.php [cit. 2020-02-25]

HOLMEROVÁ, I.; JAROLÍMOVÁ, E.; SUCHÁ, J. (2007) Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007.

HOLMEROVÁ, Iva a kol. (2007) Vybrané kapitoly z gerontologie. Praha: EV public relations.

HRUŠKA, L. a kol., (2020) Analýza využití metod AAK u osob s demencí a osob s PAS v zahraničí. Ostrava: ACCENDO, 2020.

HRUŠKOVÁ, A. a kol. (2020) Souhrn způsobů a nástrojů AAK pro osoby s PAS v České republice. Ostrava: ACCENDO, 2020.

HZSCR (2016) Karty pro komunikaci s neslyšícími u mimořádných událostí – Metodická příručka. Praha: Hasičský záchranný sbor České republiky. Dostupné z <https://www.hzscr.cz/clanek/karty-pro-komunikaci-s-neslysicimi-u-mimoradnych-udalosti-metodicka-prirucka.aspx>

JANOVCOVÁ, Z. Alternativní a augmentativní komunikace. (2003) 1. vyd. Brno: PdF MU, 2003. 48 s. ISBN 80-210-3204-9.

JAROŠOVÁ, Darja. Péče o seniory. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, 96, 12 s. ISBN 80-7368-110-2.

Knihovna města Hradce Králové (2020) Služby pro mentálně znevýhodněné. Hradce Králové: Knihovna města Hradce Králové. Dostupné z <https://www.knihovnahk.cz/pro-verejnost/sluzby/sluzby-pro-mentalne-znevychodnene>

KOUKOLÍK F., JIRÁK R., (1999) Diagnostika a léčení syndromu demence, Grada Publishing 1999, ISBN 80-7169-716-8

KRAHULCOVÁ, B. Komunikace sluchově postižených. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 303 s. ISBN 80-246-0329-2.

KUBOVÁ, L. (2011) Řeč obrázků. Praha: Parta 2011. ISBN 978-80-7320-175-3.

MAŠTALÍŘ, J.; PASTIERIKOVÁ, L. (2018) Alternativní a augmentativní komunikace. Olomouc: UPOL.

MATOUŠEK, O.; KODYMOVÁ, P.; KOLÁČKOVÁ, J. (2010) Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MVČR (2014) Mimořádné události – manuál pro specifickou komunikaci s osobami s poruchami zrakového a sluchového vnímání <http://www.mvcr.cz/soubor/projekt-eunad-lide-se-sluhovym-a-zrakovym-postizenim-pri-katastrofach.aspx>

MVČR (2019) Metodický postup pro tvorbu srozumitelných sdělení ve veřejné správě a pro tvorbu zjednodušených textů pro osoby vyžadující zvláštní přístup (Metodika Easy to read) Praha: Ministerstvo vnitra České republiky Dostupné z <https://www.mvcr.cz/soubor/etr-metodika-srozumitelneho-a-zjednoduseneho-vyjadrovani-ve-verejne-sprave-pdf.aspx>

NRZP (2010) DESATERO komunikace s pacienty se syndromem demence. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením. [online] Dostupné z <https://nrzp.cz/2010/09/27/desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence/>

NRZP (2010) DESATERO komunikace s pacienty se syndromem demence. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením. [online] Dostupné z <https://nrzp.cz/2010/09/27/desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence/>

PANČOCHA, K. (2017) Aplikovaná behaviorální analýza a její zavádění do praxe v ČR. In Konference k Mezinárodnímu dni porozumění autismu. 2017.

PETIT O.S. *Altík* [online]. c 2009, [cit. 2015-01-21]. Dostupné z: <http://www.petit-os.cz/altik_popis.php>

PROCHÁZKOVÁ, E. (2012) Metoda validace – podpora práce s dezorientovanými lidmi. Odborný časopis Sociální služby 2012, číslo 12. Dostupné

na <https://www.prohuman.sk/socialna-praca/metoda-validace-podpora-prace-s-dezorientovanymi-lidmi>

PROCHÁZKOVÁ, E. (2014) Práce s biografií a plány péče, Praha: Mladá fronta a.s., 2014. ISBN 978-80-2043186-8

PROCHÁZKOVÁ, E. (2019) Biografie v péči o seniory, Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-2711417-7

REKTOROVÁ, I. (2011) Screeningové škály pro hodnocení demence. 38Neurologie pro praxi, roč. 2011; č. 12(Suppl. G) str. 37–45. [on-line] Dostupné z <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/11.pdf>

ŠAROUNOVÁ, J. (2014) Metody alternativní a augmentativní komunikace. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 150 s. ISBN 978-80-262-0716-0.

UZIS (2020) Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize – obsahová aktualizace k 1. 1. 2020. Praha: UZIS

VÁGNEROVÁ, M. (1999) Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, 444 s. ISBN 80-7178-214-9.

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

VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, V. (2006) Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Věstník MZ ČR, ročník 2016, částka 8, bod 4 Doporučené postupy v přístupu zdravotníků ve zdravotnictví k osobám s poruchami autistického spektra.

VOJTOVÁ, H. (2014) Smyslová aktivizace v České praxi. Prachatice: Institut vzdělávání, 2014. ISBN 978-80-260-5804-5.

VOJTOVÁ, H. (2018) Jak nepřesadit starý strom, Frýdek Místek: JOKL, 2018. ISBN 978-80-905419-9-3.

VYBÍRAL, Z. (2013) Psychologie komunikace. Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0235-6.

WEHNER, L.; SCHWINGHAMMER, Y. (2013) Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí, Praha: Grada, 2013. ISBN 978-40-247-4423-0.

8 Seznam příloh

8.1 Příloha č. 1: Demence dle MKN-10

8.1.1 F00* Demence u Alzheimerovy nemoci (G30.--+)

Alzheimerova choroba je primárním degenerativním onemocněním mozku neznámé etiologie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými vlastnostmi. Tato choroba začíná obvykle nenápadně a pomalu, ale trvale progreduje během období několika let.

F00.0* Demence u Alzheimerovy nemoci s časným nástupem (G30.0+)

Demence u Alzheimerovy choroby, která začíná před 65. rokem s relativně rychle se zhoršujícím průběhem a s výraznými mnohočetnými poruchami vyšších korových funkcí.

- Alzheimerova nemoc 2. typu
- Presenilní demence Alzheimerova typu
- Primární degenerativní demence Alzheimerova typu, vznikající v preseniu

F00.1* Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním nástupem (G30.1+)

Demence u Alzheimerovy choroby, která začíná po 65. roce, obvykle v 70 letech a později. Má pozvolný průběh. Hlavním příznakem je porucha paměti.

- Alzheimerova nemoc 1. typu
- Primární degenerativní demence Alzheimerova typu s pozdním nástupem demence Alzheimerova typu

F00.2* Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu (G30.8+)

- Atypická demence Alzheimerova typu

F00.9* Demence u Alzheimerovy nemoci NS (G30.9+)

8.1.2 F01 Vaskulární demence

Vaskulární demence je následek mozkových infarktů způsobených cévní chorobou včetně hypertenze cerebrovaskulární choroby. Infarkty jsou většinou malé, ale jejich vliv se kumuluje. Výskyt je obvykle v pozdním věku.

Patří sem: arteriosklerotická demence

F01.0 Vaskulární demence s akutním nástupem

Obvykle se vyvíjí rychle po opakovaných infarktech, způsobených mozkovou trombózou, embolií nebo krvácením. Ve vzácných případech může být příčinou i jediná masivní ischemická nekróza.

F01.1 Multiinfarktová demence

Nástup je postupnější. Vzniká jako následek řady přechodných ischemických příhod, které vedou k hromadění ischemických nekróz v mozkovém parenchymu. Převážně kortikální demence.

F01.2 Subkortikální vaskulární demence

Zahrnuje případy s anamnézou hypertenze a ložisky ischemické destrukce v hloubce bílé hmoty mozkových hemisfér. Mozková kůra je obvykle zachována, toto kontrastuje s klinickým obrazem, který značně připomíná demenci u Alzheimerovy nemoci.

F01.3 Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence

F01.8 Jiné vaskulární demence

F01.9 Vaskulární demence NS

8.1.3 F02* Demence u jiných nemocí zařazených jinde

Případy demence, které jsou způsobeny, nebo to alespoň předpokládáme, jinou příčinou než Alzheimerovou nebo cerebrovaskulární nemocí. Může se objevit v kterémkoli životním období, ačkoliv zřídka ve stáří.

F02.0* Demence u Pickovy choroby (G31.0+)

Progresivní demence přicházející ve středním věku charakterizovaná časnými pomalu progredujícími změnami charakteru a sociální deteriorací, následovaná poruchou intelektu, paměti a jazykových funkcí, s apatií, euforií a příležitostně s extrapyramidovými příznaky.

F02.1* Demence u Creutzfeld–Jakobovy nemoci (A81.0+)

Progresivní demence s velkým neurologickým nálezem, způsobeným specifickými neuropatologickými změnami, o nichž se domníváme, že jsou způsobeny přenosným agens. Nástup je obvykle ve středním nebo pozdějším věku, ale může se vyskytnout kdykoli během dospělosti. Průběh vede k smrti během jednoho až dvou let.

F02.2* Demence u Huntingtonovy nemoci (G10+)

Demence, vyskytující se jako část difúzní degenerace mozku. Porucha je přenášena jediným autozomálně dominantním genem. Symptomy se typicky hlásí ve 3. a 4. dekádě. Progrese je pomalá. Vede ke smrti obvykle během 10–15 let.

F02.3* Demence u Parkinsonovy nemoci (G20+)

Demence se vyvíjí v průběhu diagnostikované Parkinsonovy nemoci. Dosud nebyly prokázány žádné její zvláštní rozlišující klinické projevy. Demence při:

- Paralysis agitans
- Parkinsonismu

F02.4* Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiencie [HIV] (B22.0+)

Demence se vyvíjí v průběhu onemocnění HIV, v nepřítomnosti současně jiné nemoci nebo stavu jiného než infekce HIV, které by mohly vysvětlit klinické projevy demence.

F02.8* Demence u jiných určených nemocí zařazených jinde

Demence u:

- mozkové lipidózy (E75.–+)

- epilepsie (G40.–+)
- hepatolentikulární degenerace (E83.0+)
- hyperkalcemie (E83.5+)
- hypotyreóze, získané (E01.–+, E03.–+)
- intoxikace (T36–T65+)
- nemoci s Lewyho tělísky (demence) (Lewy body disease) (G31.8+)
- roztroušené sklerózy (G35+)
- neurosyfilis (A52.1+)
- deficitu niacinu [pellagra] (E52+)
- polyarteritis nodosa (M30.0+)
- systémového lupusu erythematodes (M32.–+)
- trypanozomy (B56.–+,B57.–+)
- uremie (N18.5+)
- karence vitamínu B12 (E53.8+)

8.1.4 F03 Neurčená demence

Patří sem:

- Presenilní:
 - demence NS
 - psychóza NS
- Primární degenerativní demence NS
- Senilní:
 - demence
 - NS
 - depresivní nebo paranoidní typ
 - psychóza NS

Nepatří sem: senilita NS (R54)

8.2 Příloha č. 2: Ukázky konkrétního využití konceptů péče

**Aktivizace a komunikace u klientů s demencí
pomocí moderních konceptů péče v Domově pro seniory Iris,
Ostrava Mariánské Hory, příspěvkové organizaci**

Zpracovala Mgr. Lenka Marcalíková, vedoucí sociálně zdravotního úseku
v Domově pro seniory Iris.

8.2.1 Koncepte biografické péče



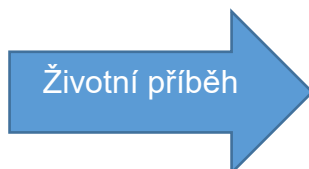
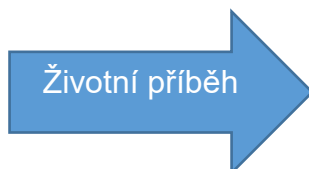
PhDr. Eva Procházková, PhD. je autorkou koncepte biografické péče. Specialistka ve svém oboru na péči o klienty s demencí, a akreditací vzdělávacích programů pod MPSV.

Věnuje se studiu Psychobiografického modelu (PBM Erwina Böhma) v německém jazyce již od roku 2004. Od roku 2009 je lektorkou PBM s mezinárodní akreditací a zástupcem mezinárodní organizace ENPP/EU s výhradním zastoupením pro Českou republiku. V České republice založila Institut Erwina Böhma (www.ebinbio.cz) a propaguje tento inovační model péče ve svých přednáškách, vzdělávacích cyklech a odborných konferencích. Tuto problematiku přednáší od roku 2017 na Univerzitě Palackého v Olomouci. Věnuje se výzkumu dané oblasti a svou pedagogickou a publikační činnost neustále doplňuje novými poznatky z přímé praxe a dalšího vzdělávání. Spolupracuje s prof. Erwinem Böhmem, autorem Psychobiografického modelu péče se zaměřením na péči o seniory, kteří trpí symptomy demence.

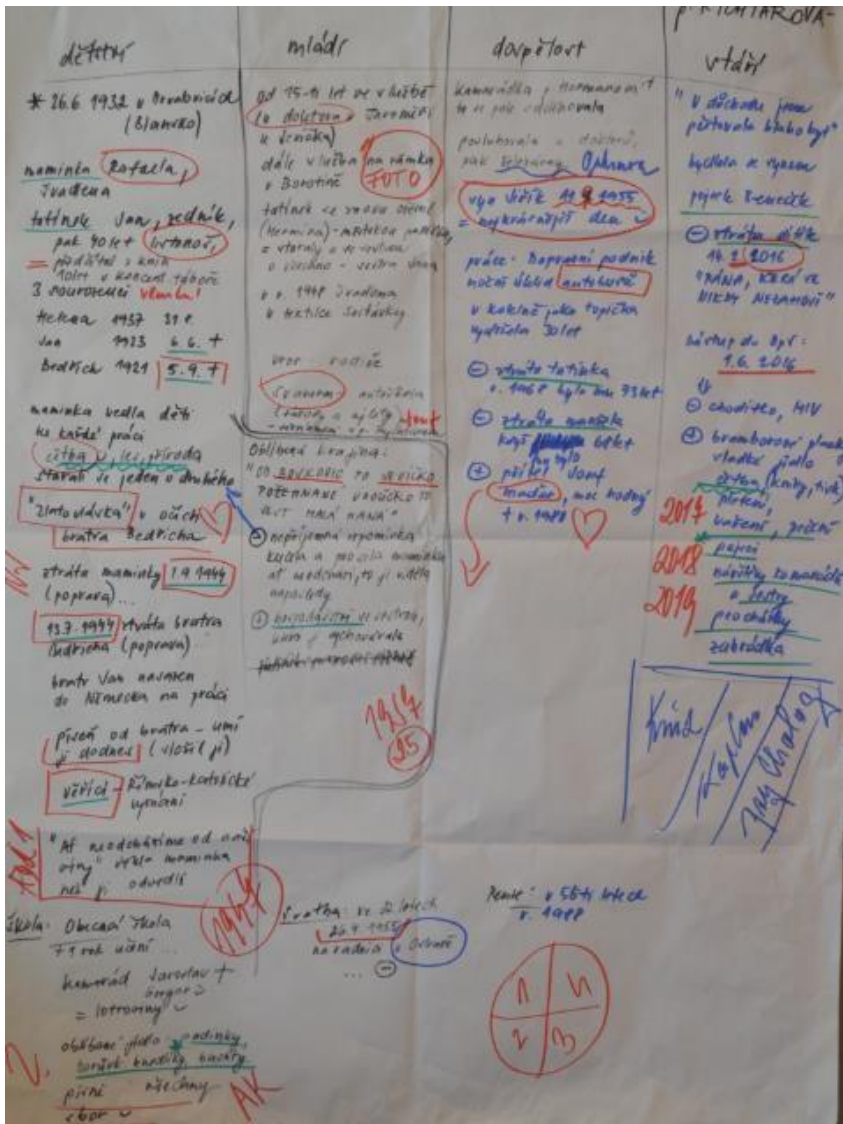
Práce s biografií klienta je základem péče v našem Domově. Získaná data jsou využívána ve všech konceptech aplikovaných v naší praxi (Smyslová aktivizace, Bazální stimulace).

Koncepce biografické péče nám umožňuje nalézat nové způsoby práce v péči o seniory s následným využitím nových zdrojů informací o klientovi pro individuální plánování přímé péče. Abychom lépe porozuměli našim klientům seniorům a jejich způsobům chování, je nutné poznat také jejich životní příběh. Tyto nové informace

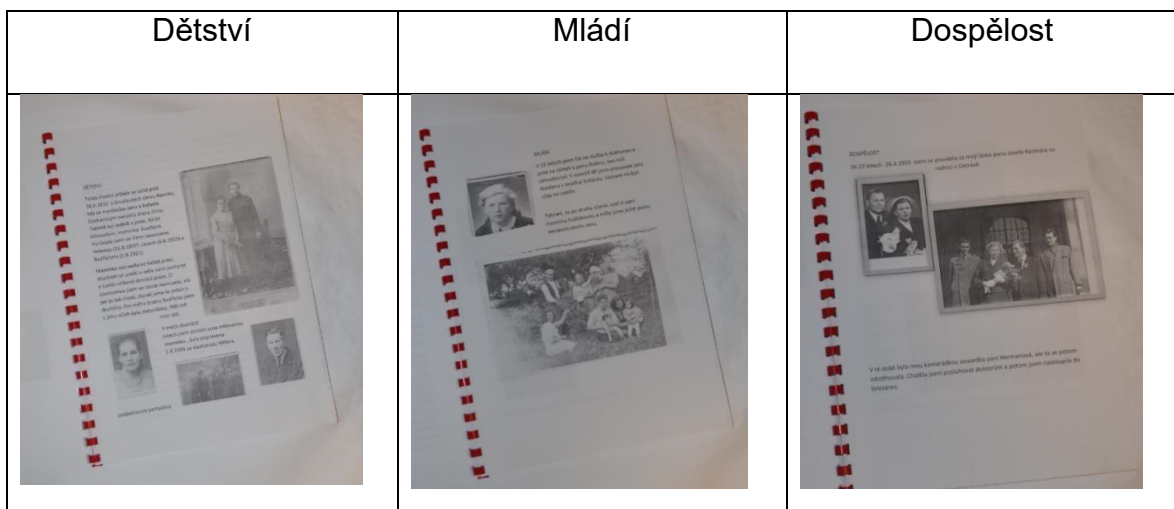
umožňují všem lépe rozpoznat potřeby klientů a jejich specifické reakce, které se mohou vyskytnout při konfrontaci klienta s neznámou situací, ale také při zvládnání aktivit denního života. V biografii nalézáme rovněž pozitivní potenciál klienta, tzn. zachovalé schopnosti a dovednosti, jež je nutné podporovat a také využívat pro zvládnání denních činností. V praxi se nezaměřujeme na deficity klienta, ale na základě porozumění seniorské generace pomocí práce s biografii se zaměřujeme na jeho pozitivní potenciál. U klientů s demencí se učíme mnoha způsobům, jak tvořit individuální plán péče se zaměřením na podporu orientace v čase, místě, situaci a orientace osobou. Podpořit identitu klienta není pro pečující snadné, a to zejména v případě, kdy senior již není schopen souvislé výpovědi, kdy nám musí posloužit pouze útržky z komunikace s klientem při běžných denních činnostech, a musíme se opřít o informace z biografie klienta. Vnímání klienta v jeho životních rolích vyžaduje od personálu vysokou míru angažovanosti, aby se zabývali i historickým obdobím, ve kterém žila jejich současná seniorská klientela. Je nutné si uvědomit, v jakých podmínkách prožívali současní senioři své dětství, mládí i dospělost. Odstup mezi poskytovatelem péče a příjemcem péče je někdy i dvougenerační.



Zdroj: Marcalíková, 2020.



Zdroj: Marcalíková, 2020.



Zdroj: Marcalíková, 2020.

Dynamický pohyb modelu na ose času je doložen tím, že jsou vzaty do úvahy epochy ovlivňující definování potřeb dané generace a jejich saturace v jednotlivých obdobích, tzv. princip normality (jiný je u seniora v roce 1930, 1945 atd.). Tento dynamický model péče se na časové ose přizpůsobuje požadavkům dané generace.

Pečující, kteří znají životní příběh klienta, přistupují k seniorovi s úctou a respektem a dokážou, na místo formálního plánu péče, sestavit plány naprosto individuální, odkrývající opravdové přání a potřeby klienta.

Koncepce biografické péče ovlivňuje způsob myšlení personálu. Tento model je zaměřen především na personál, aby dokázal najít způsob, jak porozumět klientovi a poskytnout mu adekvátní péči, na vědomosti personálu a aplikační dovednosti v interakci s klientem, podporující kreativitu personálu v poskytování přímé péče.

Cílem modelu je naučit pečovatele porozumět klientům, což je pro seniora prvořadé, co rozhýbe jeho psychiku a teprve následně i tělo, jakým způsobem podpořit klienta v jeho soběstačnosti a jeho schopnosti rozhodovat o svých záležitostech co nejdéle. Základní cíl je oživit psychiku člověka. Člověk, který nemá chuť žít, nemá potřebu vstát z postele, umýt se a obléci se, nebude také o sebe pečovat a ani spolupracovat. Najde-li pečující pracovník správnou motivaci pro klienta z jeho biografie, tak on sám přebere iniciativu v sebepéči.

Biografická péče je podmíněna aktivním zapojením zachovalých schopností a dovedností seniora do péče, na základě stanovení stádia regrese je zvolena péče aktivizační, reaktivizační nebo stimulační.

Koncepce biografické péče o seniory obsahuje pracovní postupy biografické péče, které jsou využity v péči o seniory:

- sběr biografických dat a dalších materiálů (např. biografický list, fotografie, předměty),
- tvorba biografické knihy,
- tvorba aktuálních plánů péče na základě 15 sledovaných oblastí aktivit denního života (ADŽ):

1) **Komunikace** – je první z aktivit, jelikož zásadním způsobem ovlivňuje další aktivity tím, že je nutné znát komunikační témata, způsoby oslovení a formy

komunikace s klientem na základě znalosti jeho biografie. Vždy je nutné najít společná témata i v dalších biografiích seniorů. Tím se nabízí možnost vytvořit malé skupinky seniorů se společným biografickým prvkem, např. skupina senierek s profesí dámská krejčová (tím obohacujeme aktivitu 9 Zaměstnat se). V této aktivitě se propojují pečovatelé s aktivizačním pracovníkem a ergoterapeutem.

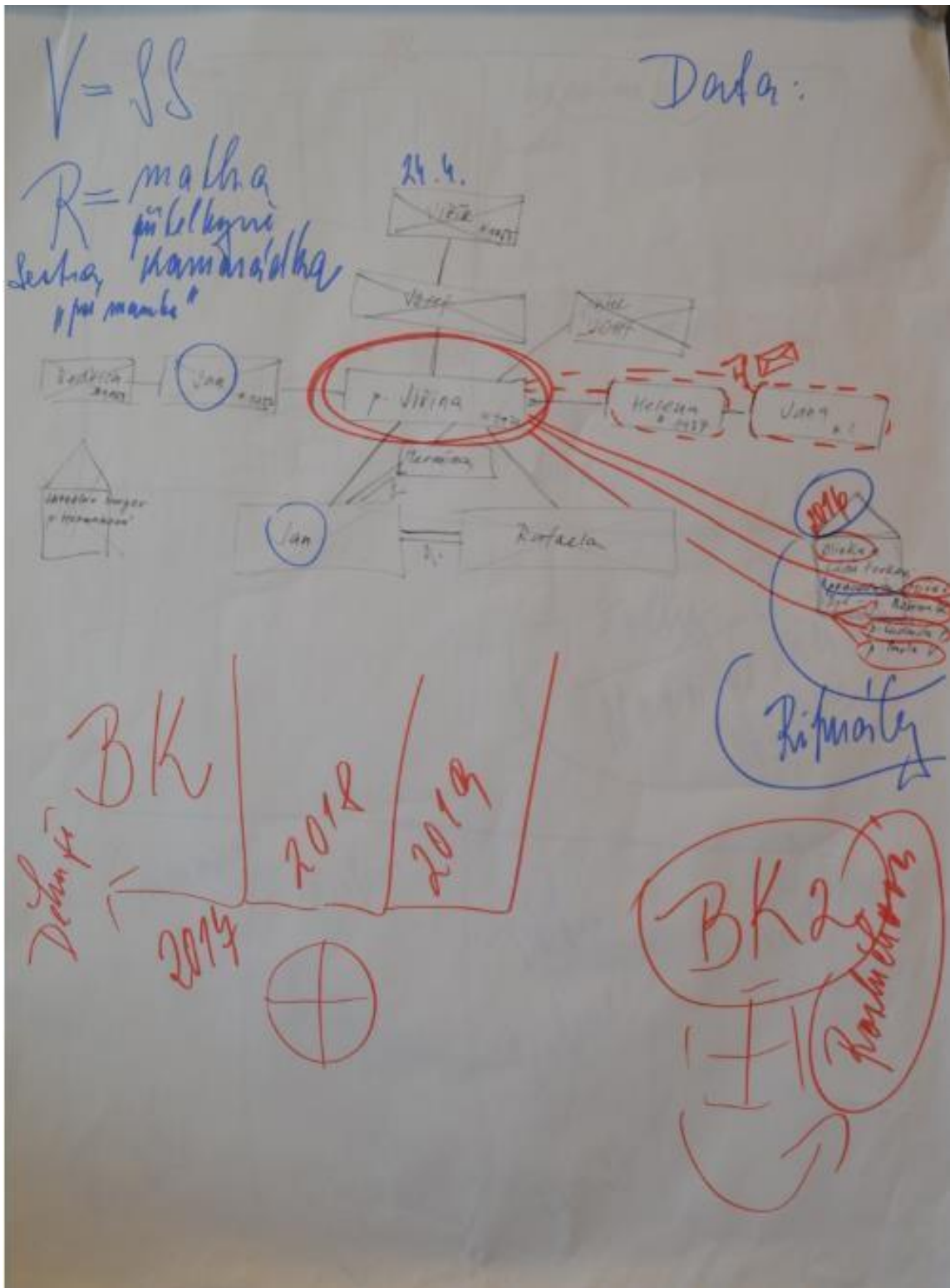
- 2) **Mobilita** – shromažďuje v biografické složce pohybové zvyky a rituály, které měl v průběhu života senior zažité, např. pokud jezdil senior celý život na kole a v současnosti má problémy s mobilitou/chůzí, je možné využít rotoped, jelikož tento pohybový vzorec je seniorovi známý i v těžkém stádiu regrese. Tato aktivita podporuje spolupráci pečovatele s rehabilitačním pracovníkem a ergoterapeutem. V oblasti mobility je rovněž velmi důležitou součástí mapování stavu klienta v případě rizika pádu.
- 3) **Podpora zdraví** – otevírá náhled na vnímání zdraví seniorem v jeho celém životě a jde o to, jakým způsobem zdraví u něj i nadále podporovat. Tyto naučené rituály můžeme využít i u klientů s diagnózou demence, kdy vůně „francovky“ výrazně ovlivní stav seniora například při potížích s dýcháním a emocionálně seniora stabilizuje. Tato aktivita přináší propojení mezi všeobecnou sestrou a pečujícím, kde se prolíná spolupráce zdravotníka a pečovatele.
- 4) **Sebepéče + hygiena** – mapuje v rovině biografické, rituály seniora v oblasti péče o tělo a popisuje v současnosti, co klient zvládá a co nezvládá. Jakou pomoc vyžaduje v oblasti malé i velké hygieny a v celkové péči o tělo. Zde je záznam i o stavu pokožky, a tím i o péči v prevenci dekubitů. V této aktivitě dochází k propojení pečujícího s ergoterapeutem a všeobecnou sestrou.
- 5) **Příjem potravy a tekutin** – nám přináší biografický náhled na rituály klienta v příjmu potravy, co měl/má a neměl/nemá rád k jídlu a pití. Jakým způsobem přijímá potravu a tekutiny dnes a jakou pomoc potřebuje. Tato aktivita podporuje spolupráci pečovatele s nutričním terapeutem.
- 6) **Vylučování** – mapuje v rovině biografické rituály seniora v oblasti vylučování a popisuje současnost, co klient zvládá a co nezvládá v této aktivitě. Jakou míru pomoci vyžaduje v oblasti vylučování (moč/stolice) a v celkové péči o intimní část těla. Zde máme záznam o riziku inkontinence. Tato aktivita podporuje spolupráci pečovatele se všeobecnou sestrou.

- 7) **Sebepéče** – oblékání – shromažďuje v biografické složce naučené pohybové zvyky a rituály, které měl senior zažité ve svém životě v oblasti oblékání. Jaké oblečení nosil rád a nerad. Jakou pomoc vyžaduje nyní. V této aktivitě dochází k propojení pečujícího s ergoterapeutem.
- 8) **Vnímání sama sebe být ženou/mužem** – záznam, kde zapisujeme, co podporuje seniora v jeho roli. V této aktivitě se také řeší problematika „sexuálního harašení“.
- 9) **Zaměstnání se** – shromažďuje v biografické složce informace o profesi a vše, co seniora v životě zaměstnávalo. V popisu současného stavu se otevře i pojem harmonogram dne, který má klient nyní, kde potřebuje nabídnout aktivitu a kde nikoliv. Aktivizace na zakázku propojuje pečovatele s aktivizačním pracovníkem. Když se senior zabývá svou biografií a svými životními příběhy, procvičuje tím a aktivuje své myšlení a paměť, a tak aktivně napomáhá udržet svou soběstačnost.
- 10) **Spánek a klid** – zahrnuje harmonogram dne, který měl a má klient nyní. Kde je zařazen klid a kdy spánek a za jakých okolností. V dané aktivitě se často řeší i problematika lůžka.
- 11) **Péče o bezpečné prostředí** – v náhledu biografie najdeme, jak senior prožíval a staral se o své bezpečí, jakým způsobem prožívá pocit ohrožení dnes. Kde potřebuje pomoc pečujících.
- 12) **Sociální oblast** – role a vztahy (rodokmen) – obsahuje práci s rodokmenem seniora. **Rodokmen** je součástí práce s biografií a metodami celkového transferu biografických dat do individuálního plánu. Sestavení rodokmenu pomáhá pečujícím orientovat se v sociální síti seniora. Rodokmen je soupis vztahového vzorce seniora, který nám odhalí jeho zachovalé vztahy a role. Ve zpracovaném rodokmenu se označují pozitivní vztahy seniora, které mohou být aktivně prožívané, vždy červeně. Pečujícího dokáže upozornit na možnost vzniku sociální izolace seniora, pokud rodokmen seniora vykazuje minimální nebo žádnou vztahovou síť. Pečující musí reagovat v individuálních plánech na nenaplnění vztahových potřeb označením rizika sociální izolace a zpracuje adekvátní plán péče. Většinou je přidružený i plán aktivizace pro skupinovou aktivizaci založenou na biografii seniora, např. skupina seniorů z jedné vesnice, regionu, profese atd. Senior má možnost se setkat a objevit člověka, který rezonuje s jeho životní historií.

- 13) **Zvládání zátěžových situací** – a to v minulosti i v současnosti, jakou formu pomoci potřebuje senior. Zde hraje významnou roli zmapovaná biografie seniora.
- 14) **Orientace** – obsahuje čtyři subaktivity, a to je orientace časem, místem, osobou a situací. Podstatou péče v těchto subaktivitách je realitou orientovaná terapie (ROT), která poskytuje podklady pro rychlé skóre v rámci orientace, a tímto skórováním můžeme určit stádium dezorientace klienta. U klientů se symptomy demence se s pomocí ošetřovatelské diagnózy 00127 Porušená interpretace okolí, zaměřujeme na čtyři oblasti orientace klienta (časem, místem, osobou, situací).
- 15) **Spiritualita** – obsahuje duchovní potřeby seniora v minulosti (biografie) a v současnosti.

Jakým způsobem senior naplňuje tyto potřeby a jakou pomoc mu můžeme poskytnout:

- u klientů v regresi (trpící určitou fází demence) jde o nastavení plánu péče pro podporu orientace časem, místem, osobou a situací,
- celkový transfer biografických dat do individuálních plánů péče,
- hodnocení efektu poskytované péče,
- diagnostický proces pro určení stavu mobility a schopnosti orientace klienta (tzv. rychlé skóre),
- práce s rodokmenem a diagnostický proces pro určení rizika sociální izolace seniora.



Zdroj: Marcalíková, 2020.

8.2.2 Koncept Smyslové aktivizace



Ing. Hana Vojtová je od roku 2007 ředitelkou Domova seniorů Mistra Křišťana Prachatice, kde zavedla do praxe Koncept Smyslové aktivizace. Od roku 2010 je certifikovanou lektorkou Smyslové aktivizace s výhradním zastoupením pro Českou republiku a vede Institut vzdělávání smyslové aktivizace. Smyslovou aktivizaci rozšířila do konceptu péče jako systém zahrnující cílenou péči. Systém přímo v praxi postupně propojovala a vytvořila celistvý komplex péče o stárnoucího člověka, Koncept Smyslové aktivizace (dále jen „SA“).

Smyslová aktivizace je pojem, který lze chápat jako „vedení do pohybu“ za účasti veškerých smyslů, který provází seniora od úplného začátku, od příchodu do Domova, po celé období, kdy v Domově žije, a také v době, kdy umírá. Pozitivní výsledek smyslové aktivizace je vytvoření motorické, kognitivní, verbální, skutečně komplexní činnosti. Využitím Smyslové aktivizace se impulzy ze smyslových orgánů nervovými dráhami přivedou k mozku. Tam se uspořádají, uloží a připojí k předchozím získaným informacím. Právě u klientů s demencí představuje využití smyslové aktivizace novou možnost, jak poznat využitelné zdroje možné obnovy, jak je podchytit a použít. Přitom se posílí i schopnosti ještě přítomné, ale ladem ležící, trénuje se schopnost vyrovnat se s běžnými každodenními úkony (činnostmi), umožní se znova vyvolat slova, příhody, představy a emocionální dojmy, a tak se znovu povzbudí možnost najít pozapomenutá slova. Člověk s demencí tak opět dostává možnost komunikace – a to komunikace komplexní, všemi smysly a systémy. Tréninkem komunikačních schopností tak zůstávají uchovány sociální kontakty. Pocit „stát se aktivně činný“ tak představuje kvalitu života, smysl života, radost ze života a mnoho dalšího.

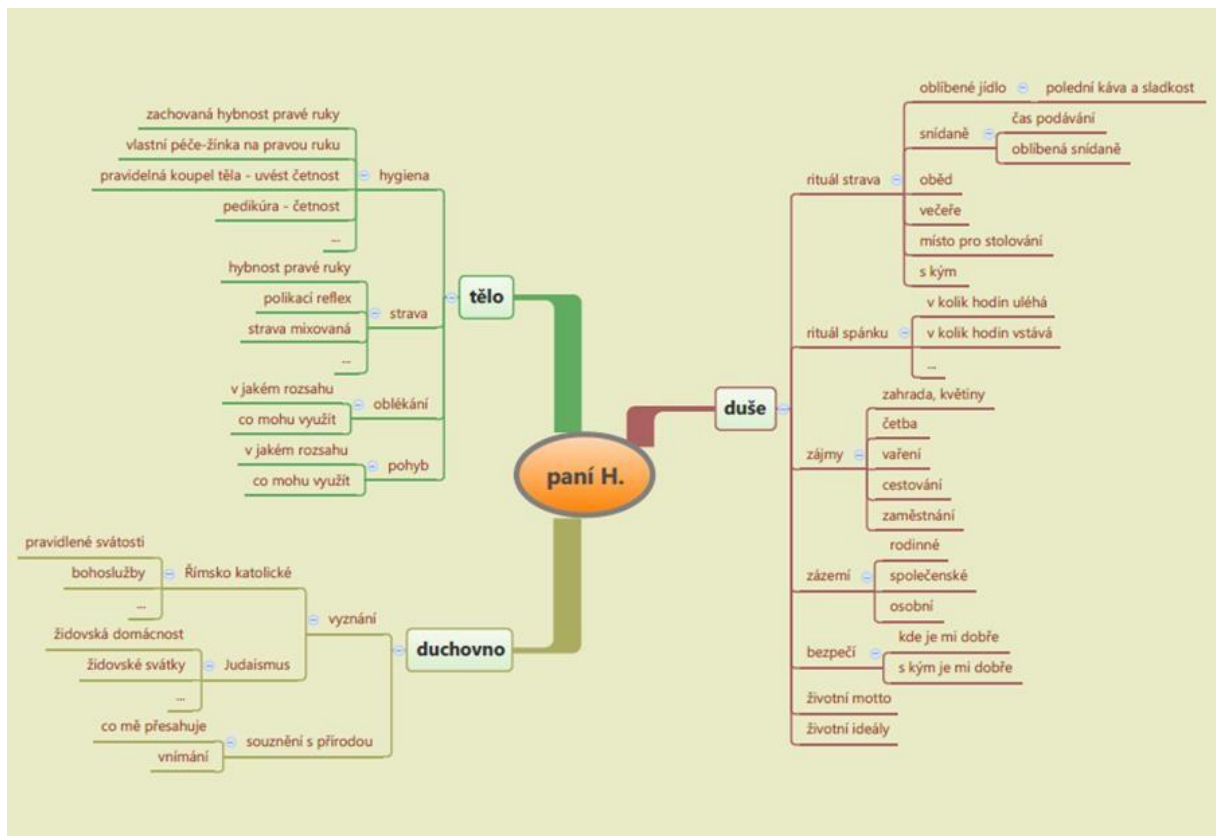
Bez vnějších podnětů a stimulů stárnoucí nebo demencí postižená paměť člověka chátrá. Člověk zapomíná činnosti, které uměl, nebo slova, které používal. Je nutné si uvědomit, že na snížené schopnosti stárnoucího člověka mají vliv také pečující, kteří za něj přebírají činnosti, které by ještě mohl sám zvládnout. Podobné je to také s komunikací, která se postupně omezí na počasí nebo otázku, co dnes bude k jídlu.

Kognitivní paměť vzniká spojováním nervových vláken prostřednictvím synapsí v rámci mozku. Synapse trvale a rychle vznikají, zanikají, obnovují se a udržují. Mozek se tímto způsobem celý život, v geneticky daných, velmi širokých mezích, staví, dostavuje a přestavuje. Součástí mozku v oblasti limbického systému je hipokampus a amygdala, které významně souvisí s chápáním a pamětí. Jak hipokampus, tak amygdala se skládají ze dvou laloků, jednoho na každé straně mozku. Obě struktury se podílejí na zpracování informací přenášených z těla na cestě do mozkové kůry. Amygdala funguje od narození a zpracovává emoce a reakce na emocionálně vypjaté události a napomáhá v jejich uchování. Hipokampus funguje zhruba od tří let věku (do tří let je tzv. dětská amnézie), zpracovává data nutná k objasnění smyslu prožitků v rámci časové linie osobní historie (Vojtová, 2018).

Koncept smyslové aktivizace se snaží v maximální možné míře využít dostupné zdroje člověka, v péči a aktivizaci ho podnítit k vlastní aktivitě, činnosti a komunikaci. Když se klient sám zapojí, stimulujeme jeho paměť a díky trvalé kognitivní námaze se snažíme udržet jeho schopnosti.

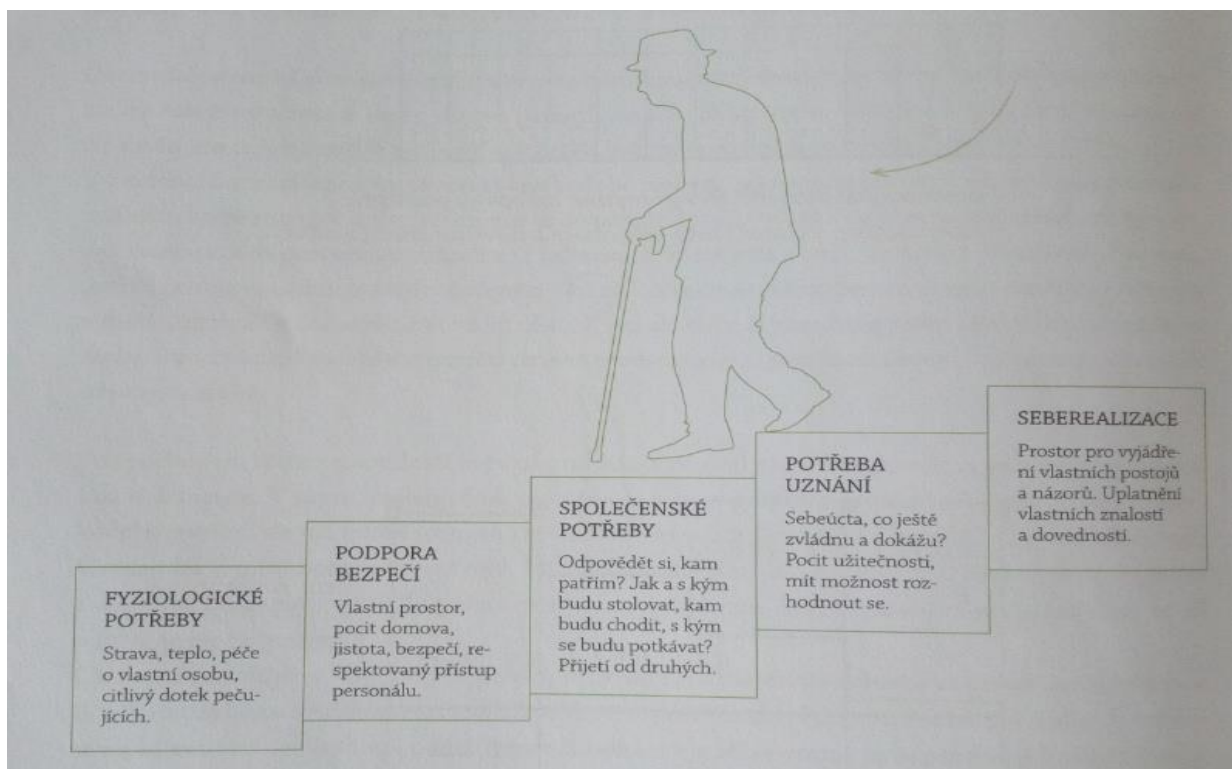
Lidé každé věkové skupiny potřebují kromě zajištění a péče i značnou míru pocitu blízkosti a pozornosti. Dotyky, komunikace a setkávání jsou základní lidské potřeby.

Smyslová aktivizace nás učí umění porozumět a umění prožít. Ve Smyslové aktivizaci se zaměřujeme na zdroje klienta (co ještě zvládne), jeho zvyky a rituály. Učí nás vidět zdroje a umět je použít. K mapování zdrojů, zvyků a rituálů nám pomáhá znalost biografie klienta, kterou zaznamenáváme do mapy zdrojů.



Zdroj: Marcalíková, 2020.

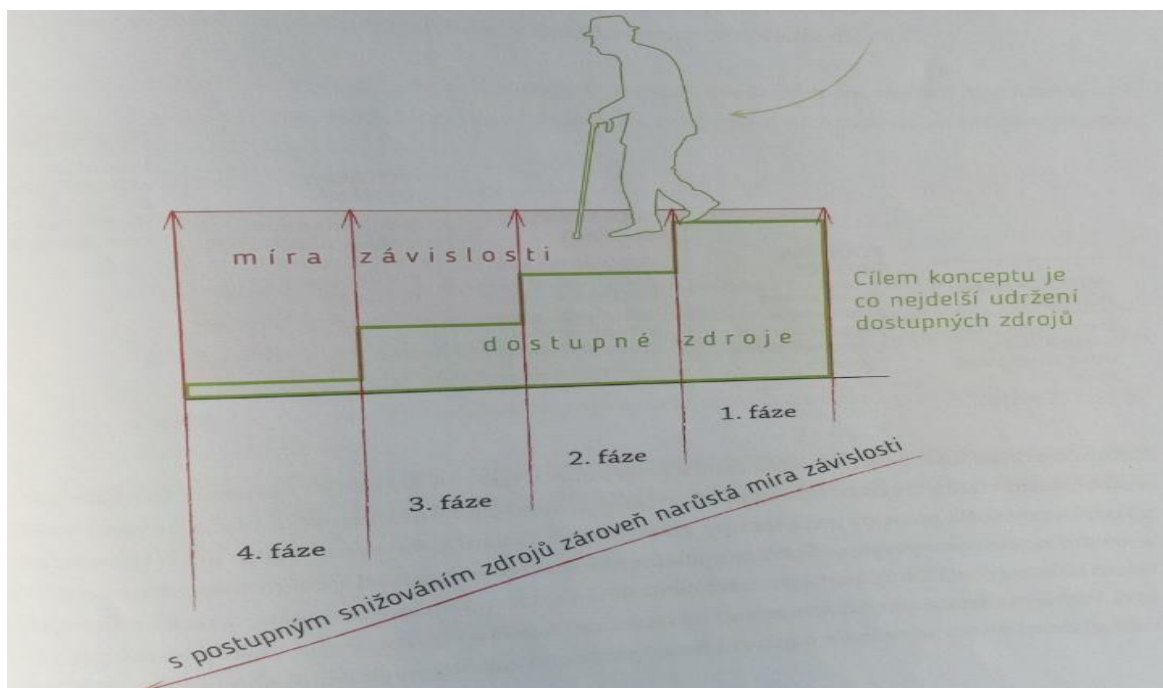
Zachování zdrojů má také přímou souvislost s naplňováním potřeb člověka. Souvislost zdrojů s potřebami je graficky znázorněna v pyramidě potřeb sestavené americkým psychologem A. H. Maslowem.



Zdroj: Marcalíková, 2020.

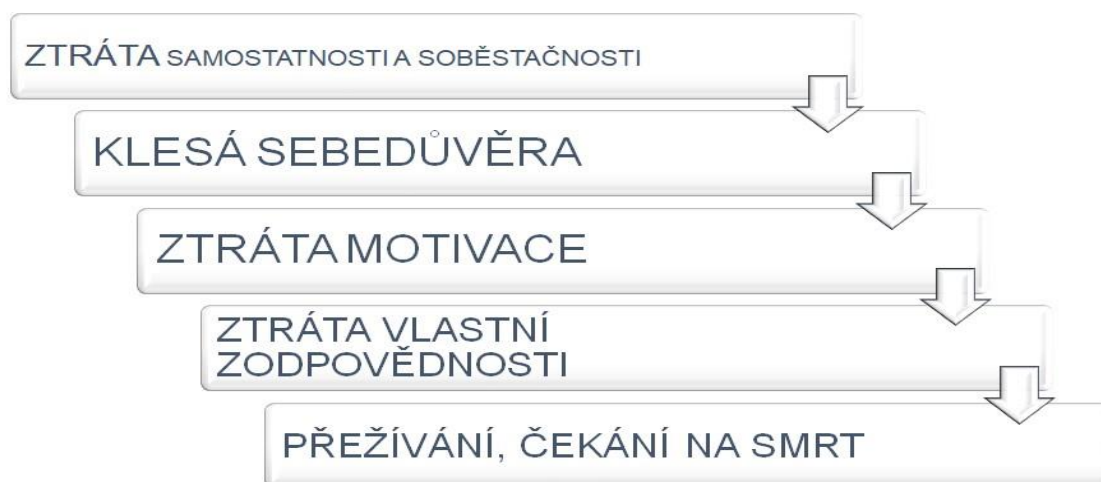
Důsledky procesu mizející paměti – destrukce dlouhodobé paměti popisuje SA jako postupnou ztrátu:

- **věcných kompetencí** – ztráta mechanických dovedností (např. vaření kávy, používání spotřebičů, snížení schopnosti sebeobsluhy, oblékání a mytí, stravování se,
- **sociálních kompetencí** – např. nevědomost o vnoučatech a pravnoučatech, někdy také dětí, a naopak vzkříšení mrtvých (mluví o manželovi a rodičích, kteří již dávno zemřeli),
- **vlastních kompetencí** – ztráta slov, dezorientace, snížená sebedůvěra a sebevědomí,
- ztráta **kompetencí způsobilosti** – ztráta smyslu života.



Zdroj: Marcalíková, 2020.

ZTRÁTA SAMOSTATNOSTI A ZÁVISLOST



Zdroj: Marcalíková, 2020.

Výjimka z destrukce paměti:

- události velmi emočně zapsané, a to jak pozitivní, tak negativní – amygdala,
- úkony dlouhodobě se opakující.

Smyslová aktivizace používá dělení dezorientace do 4 fází:

- 1) fáze: narušená orientace (narušené ukládání do paměti),
- 2) fáze: časová zmatenost (přerušené ukládání),
- 3) fáze: opakující se pohyby – rytmus a pohyby nahrazují řeč,
- 4) fáze: úplný odchod do sebe sama.

Aktivizace má za cíl člověka rozpohybovat, motivovat, spoluutvářet svůj život i ve stáří a dále se účastnit na životě společnosti. Smyslová aktivizace umožňuje dlouho zachovat samostatnost a soběstačnost člověka tím, že cílí a podporuje jeho kompetence: vlastní, sociální, věcné a způsobilosti.

Kompetenci vnímá Smyslová aktivizace jako schopnost vztáhnout nové ke starému.

Aktivizace zaměřená na vlastní kompetence definuje tyto cíle:

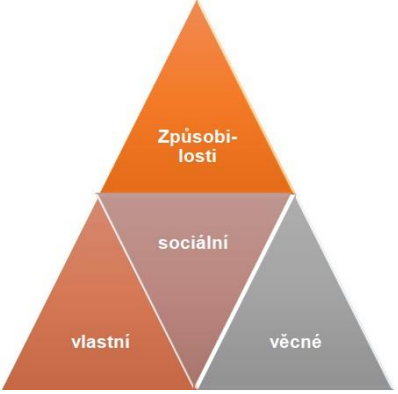
- uvědomění si vlastních zdrojů (co umím, co dokážu, pojmenovávám, vzpomínám),
- přirozenou orientaci v čase (fotografie aktuálního ročního období, přírodniny, plody, oděv),
- trénink dlouhodobé paměti (memory otázky, vyvolávání příběhů z paměti),
- pozornost, obratnost (házení míčem, podávání předmětů mezi členy skupiny...),
- trénink krátkodobé paměti (otázky vztahující se k činnosti, kterou jsme právě dělali, s čím jsme pracovali, jaké jsme měli téma, co klienta nejvíce zaujalo),
- vnitřní spokojenost, vyrovnanost (dát najevo opravdový zájem, vědomě se o člověka zajímat),
- posílení soustředěnosti a vytrvalosti (cílená činnost s přírodninami, krájení pečiva) – důležité je vysvětlit, ukázat a pak dát dostatek prostoru pro činnost v tichu,
- probudit zvědavost (pracuje s ukrytým prostředím, předměty, postupné odhalování skutečnosti),
- podpořit schopnost znovupoznání (dříve známé předměty, hračky),
- zpracovat svůj život a schopnost podívat se na něj (poskytnou možnost ohlédnout se, sdílení vyprávění),
- uplatnit rozhodování a pocítit vlastní volbu (výběr z komunikačních karet, z oblečení, výběr tématu pro další setkání).

Aktivizace zaměřená na posílení sociálních kompetencí jako vytváření kontaktu s ostatními lidmi, jeho prohlubování, zachování vazby s rodinou a přáteli. Důležitá je i integrace do nového sociálního prostředí (sžít se spolu s ostatními klienty). Tato aktivizace definuje tyto cíle:

- posílení sociálních kontaktů a společné sdílení (společná činnost, společné vzpomínky, vzájemné poznávání),
- vzájemné poznávání ostatních členů skupiny (obyvatel Domova, blízkých osob),
- podpora uplatnění vlastního názoru a postoje (při otázkách společenského tématu, životního postoje v různých situacích),
- posílení trpělivosti a respektu k ostatním lidem (při komunikaci ve skupině dostává prostor pro vyjádření každý člen, ostatní vnímají a sdílejí jeho vyprávění, příběh) – zde je důležité správně sestavit skupinu,
- budování důvěry (vzájemné sdílení mezi pečovatelem a klientem).

Aktivizace zaměřená na věcné kompetence tak, aby stárnoucí člověk zůstal samostatný, aby se mohl například co nejdéle sám oblékat, najíst, nebo se postarat o osobní hygienu. Patří zde také zacházení s prostředky všedního dne. Cíle této aktivizace lze definovat jako:

- spojení paměti s pojmem, s předmětem - (pokud klient dokáže poznat předmět, tak ho dokáže také použít, např. tužku, nůž, žehličku, škrabku, dále poznávání lesních plodů, květin),
- podporu samostatnosti a soběstačnosti tréninkem denních činností (používání příboru, nože, vaření, pečení, sázení květin),
- posílení jemné motoriky (poznávání předmětů hmatem, zpracování bylinek, tvorba svíček) – činnostmi podporujeme pohyb,
- schopnost posuzování a srovnávání, schopnost úsudku (porovnávání velikostí, váhy, množství, délky),
- trénink jemné motoriky, hmatu a úsudku, koncentrace a pozornosti (podle hmatu poznat předmět),
- nácvik orientace v prostředí (cílené doprovázení v areálu Domova, zahrady, zaměření na rituály, pravidelnost),
- asistované ošetřování, nácvik pro udržení dostupných zdrojů (asistované stravování, asistované oblékání, asistovaná péče o tělo).

<p style="text-align: center;">Pyramida kompetencí</p> 	<p>Cílená podpora věcných, sociálních a vlastních kompetencí vede seniora k jeho samostatnosti a soběstačnosti, pomáhá v nezávislosti, a tím naplňuje kompetence způsobilosti. Propojení a naplnění všech kompetencí vede ke kvalitě života. Kompetence a cíle se vzájemně prolínají, doplňují se a navazují na sebe.</p>
--	---

Smyslová aktivizace není volnočasovou aktivitou, ale je součástí péče. Cílenou aktivizací sledují určitý cíl – posilují kompetence, které pak využijí v péči, a naopak v péči sledují, které kompetence je nutné posílit smyslovou aktivizací.

Smyslová aktivizace podporuje také v oblastech všedních denních činností

Podpora oblastí



Péče o vlastní osobu

nácvik osobní hygieny, příprava stravy, stravování, oblékání



Péče o vlastní okolí

zalévání květin, utírání prachu, úklid pokoje



Péče o sociální vztahy

podpora vztahů mezi pečovatelem a seniorem, obyvateli navzájem, vzájemná pomoc, naslouchání



Péče o vlastní pohyb a motoriku

koordinace chůze a její nácvik, podpora jemné motoriky

Komunikace s klienty s onemocněním demence

V komunikaci s klienty s onemocněním demence využíváme upravený model nenásilné komunikace, která je součástí vzdělávání v konceptu Smyslové aktivizace. Původní model nenásilné komunikace podle amerického psychologa

Marshalla B. Rosenberga upravila autorka konceptu smyslové aktivizace Ing. Bc. Hana Vojtová. Naučit se používat nenásilnou komunikaci je jedna z nejnáročnějších částí Konceptu Smyslové aktivizace.

Základní pravidla nenásilné komunikace upravené pro Smyslovou aktivizaci sestávají ze tří kroků:

1. krok – pozorujeme bez hodnocení a popisujeme, co pozorujeme (Koho vidíme? Jak k vám tělo člověka promlouvá?),
2. krok – oslovujeme pocit (co cítí klient), vyjadřuji, jaký pocit se skrývá za tím, co pozoruji,
3. krok – oslovuji potřebu (co klient potřebuje), vyjadřuji, co by klient potřeboval.

Realizace potřeb v životě klienta.

Zásady účinné komunikace:

- nezkoušíme,
- nekontrolujeme,
- nehodnotíme,
- neporovnáváme s ostatními,
- nepoučujeme,
- neučíme,
- začínáme od jednoduchého ke složitějšímu.

Pokud senior není schopen verbální komunikace, neznamená to, že nás nevnímá. Sice se nedokáže vyjádřit slovy, ale my citlivě sledujeme ostatní neverbální komunikaci. Vnímáme, zda je uvolněný, zda reaguje na dotyk, když si na znamení pozdravu vložíte jeho ruku do své. V praxi vycházíme z tvrzení, že každý živý člověk s námi komunikuje. Zklamání nebo smutek můžeme vyčíst i z očí, k tomu nepotřebujeme slova. Pozorováním se snažíme zjistit potřebu klienta např. přesto, že je pro nás na pokoji klienta pocitově příjemné teplo, neznamená to, že teplo v místnosti vnímá stejně i druhý člověk. Při pocitu chladu si tělo v lůžku vytvoří určitou polohu, kterou se před chladem chrání a chce se jakoby uzavřít (stažení do sebe), což signalizují i sevřené dlaně v pěst. Takový tělesný postoj může značit i strach a obavu z toho, že nevím, co se kolem mě děje a mám potřebu se chránit.

Právě v pokročilé fázi demence se v péči orientujeme zvláště na fyziologické potřeby – zajištění tepla, stravy a příjem tekutin. Přesto je nesmírně důležité, aby veškeré naše konání bylo vždy doprovázeno komunikací, slovem. V žádném případě nesmíme nechat v sobě převládnout pocit, že když senior nekomunikuje, nemusíme komunikovat ani my. Smyslová aktivizace nás učí, že i když je člověk omezen v komunikaci tak veškeré podněty vnímá velmi citlivě, a že i s člověkem slovně nekomunikujícím stále komunikujeme.

Pravidla Smyslové aktivizace

Samotná Smyslová aktivizace má svá pravidla, fáze (fázi vstupu, hlavní fázi a výstupní fázi), předem připravený plán. Při jejím plánování je nutné si zodpovědět na tyto otázky:

JAKOU AKTIVIZACI BUDU DĚLAT?

- Zaměřenou na **činnost** (většinou u klientů ve vyšší fázi demence),
- zaměřenou na **komunikaci** (pro klienty s demencí zjednodušenou, připravené prostředí).

PRO KOHO?

- **Individuální** Smyslová aktivizace,
- **skupinová** Smyslová aktivizace (zde je nutné dobře sestavit skupinu – stejné schopnosti, zdroje, cíle, stejná fáze dezorientace, stejné zájmy).

PROČ budete aktivizaci dělat a **CO** budete dělat?

- Jaké cíle sledujeme, jaké kompetence chceme posílit.

JAK budete aktivizaci dělat?

- Připravujte aktivizační materiál, co k tomu potřebujete (např. připravit si přehrávač a CD).

KDE budete aktivizaci dělat?

KDY budete aktivizaci dělat?

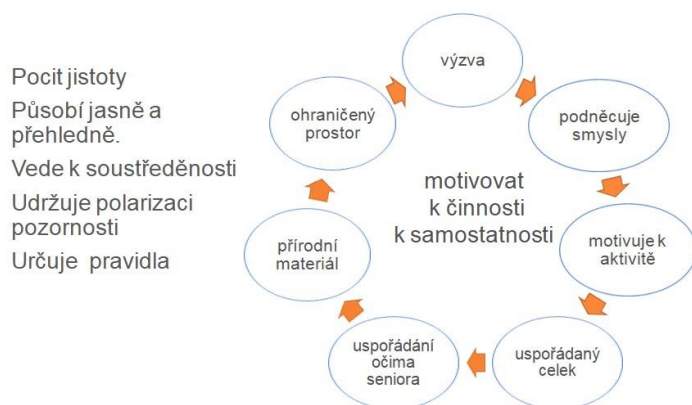
Jak klienta **POZVU** (osobně předám pozvánku).

Práce s prostředím

Zvláštní péči vyžaduje příprava prostředí, ve kterém se odehrává praxe Smyslové aktivizace. Ve Smyslové aktivizaci se snažíme především zaujmout pozornost klienta a povzbudit jeho přirozenou potřebu účastnit se. Připravené prostředí je velmi důležité, cíl na prožitek klienta, přirozeně ho orientuje a podněcuje k činnosti nebo ke sdílení a ke komunikaci. Smysluplná činnost vede k zacílení pozornosti. K zacílení pozornosti a orientaci klienta napomáhá pořádek a čistota. Nepořádek znamená chaos, člověk pak potřebuje daleko více pozornosti a soustředěnosti než v případě, kdy se díky přehlednosti a pořádku rychle zorientuje. To je důležité, pokud se totiž klient s demencí neorientuje, může se stát, že svou aktivitu vzdá, neboť mu bude připadat velmi náročné zacílit pozornost. Naopak čistota a přehlednost mu pomáhá pochopit, co a jak bude dělat. Připravené prostředí pro aktivizaci přirozeně ORIENTUJE v čase a v ročním období.



Připravené prostředí



Aktivizačním materiálem pro Smyslovou aktivizaci jsou předměty:

- 1) **Vlastní předměty** – osobní předměty jako fotografie, obrázky, hrnečky, suvenýry, ale také oblečení, dečky, ubrusy.
- 2) **Přírodní materiály** – květiny, listy, ovoce, zelenina – vždy musí souviset s ročním obdobím, ve kterém kvetou nebo se sklízí – důležité pro orientaci v čase.
Jaro – jarní květiny, první listy, fotografie mláďat atd.
Léto – ovoce, zelenina, květiny, houby atd.
Podzim – ovoce, zelenina, barevné listí apod.
Zima – předměty používané v zimních sportech, sáňky, brusle, zimní oblečení, sníh atd.
- 3) **Vzpomínkové předměty** – staré předměty: šicí stroj, kuchyňské nádobí, mlýnek na kávu, staré hračky, staré bankovky.

Obrázek 8.1: Ukázky ze Smyslových aktivizací



Zdroj: Marcalíková, 2020.

Komunikační karty

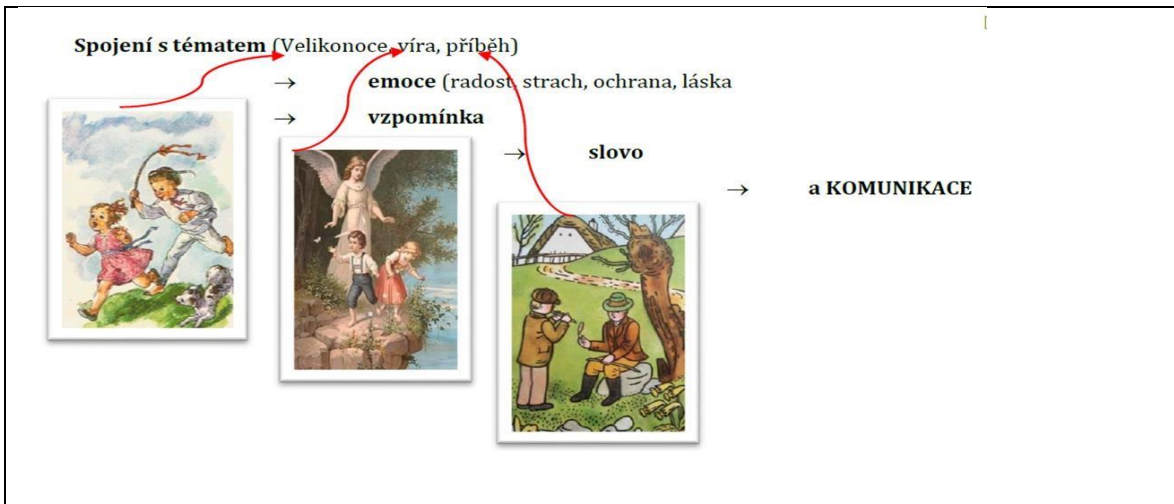
S komunikačními kartami pracujeme cíleně, vždy musíme vzít v úvahu, pro koho je obrázek určen. Obrázek by měl být tematicky zaměřen. Barvy pomohou vtáhnout do činnosti a odpoutat od neklidu. Obrázek dáme klientovi do rukou a beze slov mu necháváme čas na prohlédnutí, teprve pak se ptáme, co vidí. Klienti s demencí potřebují daleko více času, který se odvíjí od fáze demence. U klientů ve 3. fázi demence to mohou být i 3 minuty, než odpoví. Klienti s demencí potřebují k soustředění a polarizaci pozornosti ticho a klid.



Práce s kalendářem umožní, aby se klient zaměřil na konkrétní datum. Čtením trénuje pozornost, podporuje chápání čísel a písmen. Správně volené otázky zaměřují pozornost na život seniora, upozorňují na souvislost mezi rodinou a blízkými a podněcují ke vzpomínání. Čím větší je stupeň demence, tím jednodušší musí být kalendář. Čím méně zdrojů máme k dispozici, tím jednodušší musí být podněty, aby jim klient rozuměl a chtěl se zapojit.



Popis pomáhá člověku s demencí v určení předmětu a zároveň posiluje čtení. Obraz potvrzuje uvedené označení. V paměti člověka se propojuje popis s obrazem. Realita (skutečný hlemýžď) je pak rozpoznána, vše je v paměti propojeno a reakcí je probuzení emocí.



RECEPT: PODZIMNÍ BANÁNOVÝ NÁPOJ

- 2  MLÉKA
- 1  SMETANY
- 2  JOGURTU
- 4  BANÁNY
- ŠPETKA SKOŘICE
- A HŘEBÍČKU

Původní recept:
Banánový nápoj
 4 dl pínotučného mléka
 6 dl jogurtu
 2 dl smetany
 4 zralé banány
 skořice a hřebíček

možnost použít ikonu hrnku –
 obrázek – snazší čtení,
 porozumění


velká písma – čitelná,
 jednoduché písmo

tisk na tvrdý papír – snazší
 manipulace

orámovat text – ohraničení

zvýraznit počet – důležitá
 informace

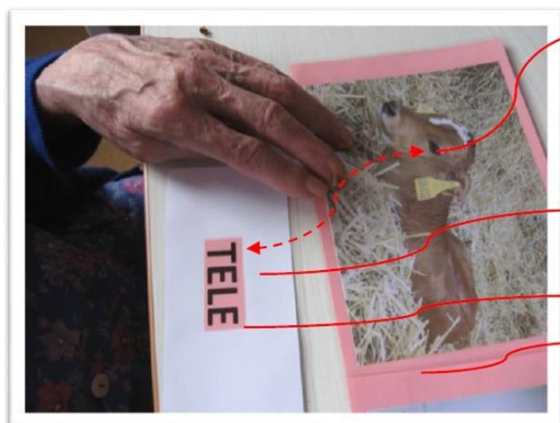
dl = lžmék



Komunikační kartou může být také recept.
 Pro klienty s demencí musí být čitelný
 a přehledný.

Zdroj: Marcalíková, 2020.

Pomůcky pro kognitivní trénink, podporu v komunikaci, vyjádření potřeb



→ **Propojení psaného písma a obrazu**

- propojení významu
- přiřazování
- úsudek a rozhodnutí

→ **Velká písmena**

- práce s písmeny a se slovy

→ **Zvýraznění**

→ **Ohraničení**



Zdroj: Marcalíková, 2020.

Další pomůcky využívané v aktivizaci a komunikaci

Hmat různá struktura materiálů a povrchů



Hmatové pexeso



Přiřazování barev materiálů



Počty, čísla



Zdroj: Marcalíková, 2020.

Pomůcky pro hmatovou stimulaci a vyvolávání vzpomínek a podporu v komunikaci



Zdroj: Marcalíková, 2020.

Ve Smyslové aktivizaci využíváme také oblast hudby

Hudba dokáže člověka potěšit, rozpohybovat nebo uvolnit, ale také rozplakat. Využití hudby při Smyslové aktivizaci je vždy účelové, a to právě s ohledem na to, co jejím zapojením sledujeme – doprovod k pohybu, ke vzpomínání, udělat radost, zpěv pozitivně působí na dýchání, polykání, text písní posiluje paměť.

Oblast hudby



Zdroj: Marcalíková, 2020.

Plán Smyslové aktivizace

V našem Domově zpracováváme plány Smyslových aktivizací. Zpracované plány jsou k dispozici na každém oddělení a jsou seřazeny podle ročních období a zvlášť jsou pak plány univerzální. Proškolení pečovatelé tak mají možnost si z této nabídky vybrat aktivizaci, kterou uskuteční. V případě zcela nové aktivizace musí sepsat pečovatel plán, který bude k dispozici pro ostatní pečovatele.

Smyslová aktivizace – pracovní list

TÉMA PODTÉMA	PÉČE O TĚLO Péče o pleť	METODA: Montessori pedagogika – cvičení v běžném každodenním životě
STRUČNÝ POPIS SKUPINY	→ individuální smyslová aktivizace → pí K Z → klientka ve IV. fázi demence (úplná závislost), imobilní, verbálně nekomunikující	Poznámka k sestavení skupiny: → na pokoji klienta → čas: 13.30 hod
AKTIVIZA ČNÍ MATERIÁ L	→ prostředí: jednodenní kalendář, váza s květinami, košík s hygienickými potřebami → pomůcky: peeling, pleťový krém, vatové tamponky, ručník, toaletní voda → vybavení místnosti: polohovací postel, noční stolek s výklopnou deskou, odpadkový koš	Cíl, co sleduji: → podpora smyslů (čich, hmat, chuť) → podpora estetického vnímání → vše v dosahu → podpora péče o tělo, nácvik péče o tělo, připomenutí dovedností → podpora zdrojů klienta (podpora vzpomínání, podpora samostatnosti) → uvědomění si vlastního těla a pocitů
IDEA A MYŠLENK Y	→ vědomí vlastních zdrojů → zájem o péči o své tělo → vzpomínky → asistovaná péče (schopnost poznat předměty péče o tělo, podpora schopnosti je použít) → připomenutí činností při péči o tělo + nácvik, připomenutí schopností a dovedností → budování důvěry, sblížení a vzájemnosti	Podporuji především: → vlastní kompetence (samostatnost, soběstačnost, sebeurčení ...) → trénink paměti působením smyslových vjemů → uchování radosti ze života

<p>FÁZE VSTUPU</p>	<p>→ pozdravení: 4 pilíře setkávání (dotyk, emoční podpora, pozornost, komunikace) a vědomé sdílení komunikace</p> <p>→ práce s kalendářem: čtení data, informace o období (<i>klientka nekomunikuje, jednosměrná komunikace – představení ročního období, kdo slaví svátek, přínos péče o pleť, vyžádání souhlasu s péčí o pleť</i>)</p>	<p>Cíl, co sleduji:</p> <p>→ projev úcty, budování důvěry → práce s individualitou člověka → vzájemné sdílení a sblížení → radost z dotyku (podání ruky)</p> <p>→ orientace časem → práce se vzpomínkami → uvedení do tématu a souvislostí → vlastní prožitek</p>
<p>HLAVNÍ FÁZE</p>	<p>→ práce s tématem a příprava prostředí: ták s hygienickými potřebami</p> <p>→ představení činnosti: <i>Popisuji, co je připravené v košíku, k čemu slouží pleťová voda (peeling) a pleťový krém. Dotazuji se, zda jí mohu ošetřit pleť. Otevřela oči a přikývla.</i></p> <p>→ práce s materiálem – tamponky s pleťovou vodou, peeling, krém, činnost provádím sama, pí K. pro kontraktury na ruku není schopna aktivní spolupráce – nedosáhne si na obličej</p> <p>→ masáž obličeje – vnímání vlastního těla</p> <p>→ peeling – vnímání vlastního těla a dotyku, podpora čichu</p> <p>→ použití krému – vnímání dotyku a vlastního těla, podpora čichu</p> <p>→ zpětná vazba, poděkování</p>	<p>Cíl, co sleduji:</p> <p>→ vzpomínání, paměť, pojmy → zlepšení smyslového vnímání → uvolnění a relaxace</p> <p>→ podpora vnímání vlastního těla → práce s dlouhodobou pamětí → prožitek, relaxace, spokojenost → podpora péče → budování důvěry a vztahu mezi pečujícím a pečovaným</p>

VÝSTUP	→ osvěžení a masáž obličeje (jarní peeling) → připomenutí náplně setkání <i>(Líbila se Vám masáž obličeje? Bylo Vám to příjemné? Přikývla a usmála se – poprvé za celý den.)</i> → rozloučení a poděkování (4 pilíře setkávání)	Cíl, co sleduji: → probuzení a zapojení smyslů → vybavení znalostí → radost → získání informací o klientce → spokojenost
DATUM USKUTEČNĚNÍ AKTIVIZACE		25. 5. 2019
DALŠÍ NAVAZUJÍCÍ PODTÉMATA		MASÁŽ CELÉHO TĚLA KOUPEL S RELAXACÍ

HODNOCENÍ	POPIS
POZOROVÁNÍ ZAMĚŘENÉ NA KLIENTA (pozorování a zjištění – reakce členů skupiny)	→ pí K. nastavila tvář a nechala se hýčkat, z reakce a výrazu tváře bylo patrné, že je jí prováděná činnost příjemná → v průběhu masáže obličeje reagovala paní K. otevřením očí a prudkým otvíráním úst – měla hlad, žízeň, nebo mi chtěla něco sdělit?
POZOROVÁNÍ ZAMĚŘENÉ NASEBE - AKTIVIZAČNÍHO PRACOVNÍKA (pozorování vlastního jednání a postupu)	→ důsledně uplatňovat 4 pilíře setkávání i při ukončení činnosti → podání ruky z důvodu kontraktur nahrazeno podržením a pohlázením ruky → nenechat se rušit fotografující osobou → zaměřit se na rozvoj komunikace s nekomunikujícím klientem – porozumění neverbálními projevy, co je za tím → vybrala jsem si „těžkého“ klienta pro první individuální SA a vím/znám o ní velmi málo
CO PŘÍŠTĚ UDĚLÁM JINAK	→ prováděnou činnost komentovat po celou dobu úkonu → ověřím si před zahájením činnosti, že jsou naplněny její fyziologické potřeby (žízeň, hlad) → zjistím, jak komunikuje a co znamená v jejím případě otvírání úst – reakce na činnost, projev potřeby??? → získám předem hlubší informace z biografie klienta

FOTODOKUMENTACE



Zdroj: Marcalíková, 2020.

8.2.3 Koncept Bazální stimulace



PhDr. Karolína Friedlová, PhD. je ředitelkou a jednatelkou společnosti INSTITUT Bazální stimulace podle prof. Dr. FRÖHLICHA, s. r. o., je certifikovaná lektorka a supervizorka a odborný garant vzdělávacích programů. Prof. Dr. Fröhlich je německý odborník a autor konceptu. Karolíně Friedlové byla 14. 10. 2015 udělena cena za mimořádný přínos v oboru gerontologie pro rok 2015 v kategorii zdravotnicko-sociální za prosazování konceptu Bazální stimulace v České republice i v zahraničí.

Předpokladem pro práci s konceptem Bazální stimulace je znalost a akceptace biografie klienta. Sepsání biografie je důležitou částí ošetrovatelského procesu. Biografické údaje klienta jsou výchozím bodem pro strukturu individuálních plánů. Biografická anamnéza umožňuje porozumět jedinci a pochopit jeho chování, „provokuje“ profesionály k volbě takových nabídek, které zohledňují individualitu klienta.

Koncept Bazální stimulace dává personálu v Domově k dispozici prostředky, pomocí kterých může personál navázat u klientů s těžkým omezením bazální komunikaci dotekem, hlasem, byť třeba i bez mluveného slova. Tento koncept přináší podněty, pomocí nichž mohou znovu nalézt kontakt s okolím i lidé, kteří se již zcela uzavřeli do sebe. Demenci, dezorientaci a imobilitu s pochopením přijímáme – nebojujeme proti nim. Nejdůležitější myšlenkou konceptu bazální stimulace je individualizace péče a umožnění prožití života lidem s těžkými změnami v oblasti komunikace, vnímání a pohybu, a to v nejvyšší možné míře co se týče kvality a důstojnosti. Hlavní filozofií konceptu je, že člověk může mít špatnou medicínskou prognózu, ale dobrou prognózu sociální.

V našem zařízení se snažíme o poskytnutí péče v co nejvyšší kvalitě a k tomu nám významně pomáhá koncept Bazální stimulace. Tento koncept nám dává k dispozici prostředky, pomocí kterých můžeme navázat bazální komunikaci dotekem, hlasem, ale také pomocí stimulací zrakových, sluchových, chuťových, hmatových, čichových.



Jednotlivé stimulační provádíme na základě znalostí životního příběhu klienta, který je klíčovým faktorem k budování důvěry a vztahu. Díky podnětům, které přináší koncept Bazální stimulace, můžeme pomoci klientům, kteří se již zcela uzavřeli do sebe, pomáháme klientům trpícím demencí, dezorientací, imobilitou, neklidem.

10 centrálních evropských cílů (BIENSTEIN, CH., FRÖHLICH, A., 2003):

- 1) Zachovat život a zajistit vývoj
- 2) Umožnit vnímat sebe sama a vlastní život
- 3) Poskytnout pocit jistoty a důvěry
- 4) Rozvíjet vlastní rytmus
- 5) Umožnit poznat okolní svět
- 6) Pomoci navázat vztah
- 7) Umožnit zažít smysl a význam věcí či konaných činností
- 8) Pomoci uspořádat život
- 9) Poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život
- 10) Objevovat svět a vyvíjet se

Nejčastěji využívané prvky Bazální stimulace v zařízení IRIS

	<p>Zklidňující somatickou stimulaci používáme zejména u klientů s těžkým omezením hybnosti. Cílem této stimulace je umožnit klientům vnímat své tělo, uvolnit svalové napětí, tlumit bolest, redukovat neklidné stavy, stavy zmatenosti a dezorientace.</p>
	<p>Povzbuzující somatickou stimulaci používáme u klientů s omezením hybnosti. Cílem této stimulace je umožnit klientům vnímat své tělo, podpořit klientovu aktivitu, zvýšit svalové napětí, zvýšit klientovu pozornost a úroveň vědomí klienta.</p>
	<p>Neurofyziologickou stimulaci používáme u klientů s poruchami čítí a hybnosti poloviny těla nebo jeho části. Cílem této stimulace je znovu vnímat postiženou část těla a podpořit navrácení pohybových schopností. Při této stimulaci je vhodné použít zrcadlo, neboť zraková kontrola je velmi důležitá pro vnímání tělesného schématu.</p>
	<p>Masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání používáme u klientů při povrchním, nepravidelném, zrychleném dýchání, dále používáme při bolestech, depresi, poruchách spánku. Cílem této stimulace je umožnění intenzivního vnímání vlastního těla, protažení dýchacích svalů a proventilování plic, poskytnout klientovi uvolnění, pocit jistoty a blízkosti, redukovat stavy neklidu a zmatenosti.</p>
	<p>Vibrační stimulace používáme u klientů s omezenou hybností. Cílem této stimulace je umožnění intenzivního vnímání vlastního těla.</p>
	<p>Polohování – polohu hnízdo používáme u dlouhodobě imobilních klientů, ale také u neklidných a agresivních. Cílem je stimulovat vnímání vlastního těla, poskytnout klientům poziční komfort a navodit příjemné pocity jistoty a bezpečí. Tato poloha také podporuje prostorovou orientaci.</p>
<p>Polohování – polohu mumie používáme u klientů, kde je nutná velmi intenzivní stimulace vnímání tělesného schématu (např. vigilní kóma). Cílem této stimulace je eliminovat stavy neklidu a agresivity.</p>	
<p>Vestibulární stimulace používáme u imobilních klientů, u klientů s omezenými pohybovými aktivitami, u klientů s těžkým stupněm demence. Cílem této stimulace je zlepšit prostorovou orientaci, zlepšit vnímání pohybu a ovlivňovat svalové napětí, redukovat závrať z otáčivého pohybu, připravit organismus na mobilizaci/vertikalizaci.</p>	

Komunikace v konceptu Bazální stimulace

Tělesný a duševní život člověka je proces, který probíhá v interakci mezi pohybem, vnímáním a komunikací v kontextu sociálního prostředí. Verbální komunikace je ovlivněna úrovní vnímání, kognitivních schopností, znalostí komunikačního jazyka, schopnosti vyslovovat slova a schopnosti analyzovat význam slov. Někteří lidé nejsou schopni – vzhledem ke svému mentálnímu a somatickému stavu – využívat ke komunikaci formu verbální komunikace. Komunikace s těmito lidmi je velice náročná a vyžaduje dostatečnou dávku schopností zaznamenávat a dešifrovat nonverbální signály v komunikačním procesu. Signály a reakce mohou být někdy zcela nepatrné, nebo mohou být naopak velmi zřetelné.

Klient je vnímán jako osobnost a člověk se svými potřebami a způsobem žití, i když je úplně závislý na péči druhé osoby. Mezi klientem a pečovatelem dochází k neustálé výměně informací.

Komunikace potřebuje vždy určité médium, které převezme transportní roli v našich sděleních. Řeč a písmo je jen jednou z možností komunikace. Pečující má k dispozici také mnoho jiných možností, které ke komunikaci může využít. Těmito médii mohou být také vůně, doteky, chuťové vjemy, změna polohy těla.

Komunikační kanály v komunikačním procesu v konceptu bazální stimulace mohou být všechny smyslové orgány, které má člověk zachovány vzhledem ke svému postižení, onemocnění nebo věku.

Komunikační kanály v konceptu Bazální stimulace:

- Somatický
- Vestibulární
- Vibrační
- Auditivní
- Optický
- Olfaktorický
- Orální
- Taktálně-haptický

Pečující by měl umět profesionálně využívat všech prvků komunikačních kanálů, vhodně je v dané situaci zvolit a rozpoznat klientovy reakce na zvolený typ komunikace a adekvátně reagovat. Klient, který není schopen zpracovávat informace, by neměl být vnímán jako nechápavý, protože informace v komunikačním procesu je schopen zpracovávat jiným způsobem. Pečovatel by měl úroveň komunikace v rámci svého profesionálního přístupu přizpůsobit úrovni vnímání a zpracovávání informací klienta. U klienta s těžkou demencí může být komunikační formou zklidňující koupel. Jakékoli aktivity, kterých je klient schopen, je nutné vidět jako jeho jedinou možnost navázání kontaktu se svým okolím. Zvláštní pozornosti je proto třeba věnovat někdy nepatrným signálům jako je změna rytmu dýchání, mrknutí očí, změna svalového napětí aj.

8.2.4 Použité zdroje ke zpracování přílohy

BUIJSSEN, Huub, Demence, Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X

FRIEDLOVÁ, Karolína, Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy, Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2015. ISBN 978-80-904668-9-0

FRIEDLOVÁ, Karolína, Bazální stimulace pro učitele předmětu Ošetřovatelství, Frýdek Místek: Institut Bazální stimulace, 2016. ISBN 80-239-6132-2

PROCHÁZKOVÁ, Eva., Práce s biografii a plány péče, Praha: Mladá fronta a.s., 2014. ISBN 978-80-204-3186-8

PROCHÁZKOVÁ, Eva, Biografie v péči o seniory, Praha: GradaPublishing, a.s. 2019. ISBN 978-80-271-1417-7

VOJTOVÁ, Hana, Jak nepřesadit starý strom, Frýdek Místek: JOKL, 2018. ISBN 978-80-905419-9-3

VOJTOVÁ, Hana, Smyslová aktivizace v české praxi, Prachatice: Institut vzdělávání, 2014. ISBN 978-80-260-5804-5

WEHNER, Lore, SCHWINGHAMMER, Ylva, Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí, GradaPublishing, a.s., 2013. ISBN 978-40-247-4423-0

8.3 Příloha č. 3: Bojový řád Zásady komunikace s osobami se zdravotním postižením na místě zásahu

<i>Ministerstvo vnitra – generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky</i>		
Bojový řád jednotek požární ochrany – taktické postupy zásahu		
Název:	Metodický list číslo	12
Zásady komunikace s osobami se zdravotním postižením na místě zásahu	Vydáno dne: 30. listopadu 2017	S Stran: 5

I.

Charakteristika

- 1) Jednotky se při své činnosti setkávají také s osobami se zdravotním postižením:
 - a) smyslovým,
 - b) tělesným,
 - c) mentálním,
 - d) duševním,
 - e) kombinovaným.
- 2) OZP vyžadují zvláštní přístup, způsob chování a komunikaci od zasahujících. Správná komunikace může značně napomoci provedení zásahu.
- 3) Mimořádná událost může mít na OZP více stresující účinky.
- 4) Tento metodický list je určen zejména pro případy evakuace OZP, při záchraně OZP se postupuje přiměřeně.

II.

Úkoly a postup činnosti

II. 1. Obecné zásady komunikace

- 5) Ve skupině osob je třeba OZP vyhledat, zjistit druh zdravotního postižení a věnovat jí zvláštní pozornost i z hlediska komunikace. Pokud je to možné, informujeme se u doprovázející osoby, rodinného příslušníka či ošetřujícího personálu, jaké konkrétní komunikační schopnosti/možnosti a zdravotní potřeby má jedinec, a podle toho jednáme.
- 6) Při jednání s OZP dbáme na zachování lidské důstojnosti a pomáháme s vyjádřením jejich potřeb.
- 7) Snažíme se v co možná nejvyšší míře o zachování soběstačnosti OZP i během mimořádné události (pokud je to možné, necháme je udělat věci dle navykklých způsobů, vlastním tempem atd.)
- 8) Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí.
- 9) Ujistíme se, zda osoba má své kompenzační pomůcky (naslouchadla, hole, vozík notebook, tablet, mobil apod.).
- 10) Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění, využíváme neverbální komunikaci, mimiku a dotek (na dotek však vždy předem upozorníme). U OZP sledujeme neverbální komunikaci a mimiku; jsme vnímaví k projevu úzkosti, strachu, deprese či bolesti.
- 11) Při péči o OZP na místě zásahu využíváme např. průvodce, osoby blízké, zdravotnickou záchrannou službu, organizace pro psychosociální pomoc. Průvodce je třeba informovat o situaci a o dalším postupu.

II. 2. Komunikace s osobou se sluchovým postižením

12) Existují různé druhy a stupně sluchového postižení. Většina lidí s postižením sluchu znakový jazyk neovládá. Pokud jej ovládají, lze pro komunikaci využít tlumočnicka. Ten nemusí být přímo na místě.

13) S ohledem na možnost odezírat slova je třeba s neslyšícím mluvit přirozeně, je vhodné udržovat pomalejší rytmus řeči a nezvyšovat hlas.

14) Pro komunikaci s neslyšícím je dobré využívat výrazy obličeje a gesta rukou. Přijímání zpráv je pro neslyšícího stejně důležité jako jejich předávání.

15) Odezírání pro osoby se sluchovým postižením nepředstavuje úlevu, je pro ně zřetelné pouze z 30 až 40 %. Kontakt s touto osobou je zapotřebí udržovat přímým pohledem z očí do očí. Pokud je přítomen tlumočnick, nemluvíme na něj, ale hovoříme přímo k osobě se sluchovým postižením.

16) Pokud osobě se sluchovým postižením nerozumíme, je vhodné ji požádat, aby zpomalila řeč nebo větu zopakovala.

17) Pokud chceme získat zpětnou vazbu a ujištění, že osoba se sluchovým postižením našemu sdělení skutečně porozuměla, není dobré se ptát, jestli rozuměla, ale položit otázku „*Co jste mi rozuměl/a?*“.

II. 3. Komunikace s osobou se zrakovým postižením

18) Existují různé druhy a stupně zrakového postižení (od slabozrakosti až po úplnou nevidomost včetně onemocnění zraku, např. šedý zákal, zelený zákal, diabetická retinopatie apod.).

19) Osobu se zrakovým postižením zdravíme jako první. Představení je důležité spojit s oslovením: „*Pane (paní), jsem hasič a provádím...*“, aby daná osoba věděla, že mluvíme s ní.

20) Podání ruky na pozdrav nahrazuje osobě se zrakovým postižením vizuální kontakt. Při setkání stačí oznámit: „*Podávám Vám ruku.*“. Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt. Není tedy vhodné odvracet při rozhovoru tvář, protože to osoby se zrakovým postižením obvykle poznají.

21) Při jakékoliv činnosti je nezbytné osobám se zrakovým postižením vysvětlit, co se bude dít. Informace typu: „*Ted' to bude tlačit, ted' to bude pálit,*“ jsou pro ně nezbytné. Pokud jim nasazujeme ochranné pomůcky, dáme jim možnost si je předem osahat (např. vyváděcí kukly, ochranné masky apod.).

22) Věci osoby se zrakovým postižením by měly zůstat na svém místě. Pokud s nimi musíme manipulovat, neděláme to bez jejího vědomí. Pokud je to možné, vracíme věci na původní místo.

23) Při komunikaci s osobou se zrakovým postižením lze bez obav použít slova „*vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si*“. Tato slova používají i nevidomí k vyjádření způsobu vnímání – cítit, hmatat, dotýkat se.

24) Při zásahu nelze oddělovat osobu se zrakovým postižením od vodícího psa. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.

25) Při doprovodu osob se zrakovým postižením se hasič vždy předem stručně dohodne o způsobu doprovázení. Obvyklý způsob spočívá v tom, že průvodce nabídne dané osobě rámě a ta se ho při chůzi lehce za loket přidržuje. Hasič je zpravidla vpředu.

26) Před vstupem na schodiště hasič zpomalí nebo úplně zastaví a upozorní osobu na směr schodiště: „*Schody nahoru.*“ apod. Dále jí řekne o prvním a posledním schodu každého schodišťového ramene.

27) O nástupu do auta se hasič a doprovázený předem stručně dohodnou. Praktické je, aby hasič položil ruku osoby se zrakovým postižením na horní hranu otevřených dveří

automobilu, případně upozornil na výši schůdků. Vlastní nástup pak nechá na daném člověku.

28) Při procházení úzkým průchodem jde hasič vždy první. Hasič naznačí pohybem paže, za níž se osoba se zrakovým postižením drží, aby se zařadila za něj a šla za ním v zákrytu. Hasič upozorní na netradiční zábranu v cestě (na výmoly, obrubník, překážku ve výšce hlavy apod.).

29) Chce-li si osoba se zrakovým postižením sednout, položí hasič její ruku na opěradlo. Stačí sdělit: „*Zde je židle, to je opěradlo,*“ a ona si sama zjistí její polohu a posadí se.

30) Hasič dané osobě stručně popíše místnost, kde se bude zdržovat. To platí i o toaletě. Zde by měl průvodce nevidomému sdělit, o jaký druh toalety se jedná. Zkontroluje čistotu a řekne mu, kde je papír, splachovací zařízení apod.

31) Při delším pobytu musí být osoba se zrakovým postižením seznámena s orientací v místnosti, aby byla následně samostatná – jak vypadá místnost, kde se nachází nábytek, kde je umývadlo, jak najde WC a umývárnu, jak se dovolá pomoci v případě nouze.

II. 4. Komunikace a manipulace s osobou s pohybovým postižením

32) Existují různé druhy a stupně pohybového postižení (od postižení jemné motoriky až po úplné ochrnutí). U některých tělesných postižení může být zasažena i motorika mluvidel a tělesně postižený se může jevit jako postižený i mentálně. Ověříme si jeho stav postižení a vždy zachováme lidskou důstojnost.

33) Při nezbytné manipulaci s osobou s pohybovým postižením (usednutí, uložení na lůžko aj.) jí vysvětlíme, kam ji potřebujeme přemístit a požádáme ji, aby nám řekla, jak máme postupovat. Většina osob s pohybovým postižením či jejich doprovod přesně popíše způsob manipulace.

34) Při manipulaci dáváme pozor na svalovou ochablost, necitlivost končetin a zvýšenou lámavost kostí. Při nevhodném zacházení by mohlo dojít ke zranění. Někteří vozíčkáři mají oslabený tonus těla a nedokáží se udržet bez opory. Např. při přemísťování přidržujeme osobu za záda, dáváme pozor, aby nezavadila končetinou o překážku a nedošlo ke zranění.

35) Osoba s pohybovým postižením by měla mít ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky. Tím zvyšujeme její jistotu a pocit soběstačnosti. Dbáme na to, aby s ní byly, pokud možno dopravovány i nezbytné kompenzační pomůcky (vozík, hole, protézy). Pokud ji nelze přepravovat při evakuaci s kompenzačními pomůckami, použijeme při její přepravě postupy jako při záchraně zraněných osob (vynášení, spouštění, prostředky z vybavení zdravotnické záchranné služby apod.).

36) Při snášení osoby na vozíku ze schodů postupujeme tak, že jeden hasič uchopí vozík za zadní madla a nakloní jej dozadu na velká kola, druhý přidržuje vozík dole za pevnou část konstrukce. Podobně postupujeme do schodů nahoru. Lehkou osobu lze jednoduše snést i s vozíkem. Pokud má vozíčkář dostatečnou sílu v rukou, může mu na schodišti pomáhat pouze jeden hasič – před sjížděním ze schodiště je nutné naklonit vozík na zadní kola. Podobným způsobem lze zdolat i schody nahoru, hasič jde do schodů první a táhne za vozík nakloněný na zadní kola. Pokud není vozík nakloněný na zadní kola, může osoba z vozíku vypadnout.

37) Na nerovném, kamenitém nebo měkkém terénu vezeme vozík s tělesně postiženým pozpátku, při tlačení dopředu se kola boří.

38) Chceme-li tělesně postiženého zvednout z vozíku nebo ho na něj usadit, vždy se s ním musíme domluvit, jakým způsobem ho můžeme uchopit. Před usazením osoby na vozík nesmíme zapomenout vozík zabrzdit a odklopit postranní opěrku. Osobu používající berle nezvedáme za ruce, ale uchopíme ji v pase. Při přenášení tělesně postiženého podpíráme jeho páteř. Ne každý má dostatečnou sílu v rukou, aby se hasiče mohl přidržovat. Neustále hlídáme polohu ochrnutých a necitlivých končetin, postižený by sám nemusel ucítit, zda jimi někde zavadil nebo se dokonce zranil.

39) Při manipulaci s osobou na elektrickém vozíku, který je velmi těžký (100 kg a výše), postupujeme tak, že odpojíme motor (zařízení pro odpojení je v zadní části vozíku u motoru) a vozík odtláčíme mechanicky. Pro evakuaci je lepší postiženého přesadit na mechanický vozík.

40) Při podávání stravy se vždy informujeme, zda je osoba schopna se najíst, nakrájet si jídlo apod.

II. 5. Komunikace s osobami s mentálním postižením

41) Osobu s mentálním postižením nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme se jejím schopnostem. Povzbuzujeme ji vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli.

42) Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, ale i frázím či ironií. Používáme výrazy známé a přiměřené.

43) Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům, a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud daná osoba něčemu neporozuměla, použijeme, pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova. Důležité údaje můžeme navíc napsat či nakreslit na papír.

44) Sledujeme a využíváme neverbální komunikaci, mimiku, dotek; jsme vnímaví k projevu úzkosti, strachu, deprese a bolesti, případně zklidňujeme.

45) Při vlastním přesunu lidí s mentálním postižením využíváme doprovod pečující osoby či ošetřujícího personálu. Vzhledem k jejich časté závislosti na druhých osobách jim při přesunu umožňujeme vzájemný kontakt (např. držet se za ruce). Po ukončení transportu do bezpečí s nimi zůstáváme, dokud je nepředáme do péče jiné určené osobě (např. zdravotníkovi apod.), i z toho důvodu, že se v neznámém prostředí orientují s velkými těžkostmi.

II. 6. Komunikace s osobami s duševním onemocněním

46) Pro tuto skupinu lidí je specifické, že je velmi různorodá – při komunikaci záleží na druhu duševní poruchy, kterou člověk trpí, a fázi nemoci, v jaké se právě nachází. Proto tolerujeme odlišnosti a zvláštnosti v chování nemocného člověka.

47) Osoby s duševním onemocněním žijící mimo ústav v kompenzovaném stavu jsou velmi citlivé na to, aby nebyla snižována jejich lidská důstojnost, proto s nimi jednáme s maximálním respektem a přihlížíme k tomu, že obsah i forma jeho komunikace může být ovlivněna nemocí.

48) Používáme jasné formulace, ale nemluvíme s daným člověkem jako s dítětem, nepoužíváme agresivitu ani ironii.

49) Zachováváme klidný a pevný postoj, mluvíme klidně a trpělivě. Když je potřeba, tak danou informaci zopakujeme, nebo vysvětlíme jinak.

50) Pokud se vyskytnou u osob s duševním onemocněním bludy, neztotožňujeme se s nimi, ale ani jim je nevyvracíme. Nepřerušujeme násilně případné rituály, ač se nám mohou zdát bizarní.

51) Při evakuaci či transportu dohlédneme na to, aby daná osoba, užívá-li medikaci, měla při sobě i své léky. Pokud je to možné, navážeme kontakt s někým, kdo danou osobu zná a ví, v jakém je stavu a jak s ní komunikovat.

II. 7. Komunikace a manipulace s osobou s kombinovaným postižením

52) Kombinované postižení lze charakterizovat jako kombinaci dvou a více druhů, forem a stupňů postižení u jedné osoby. Závažnější postižení, poruchy a vady se velmi často sdružují, mají tendenci se vyskytovat společně.

53) Zpravidla takové osoby nežijí samy. Pokud je přítomna pečující osoba či ošetřující personál, využíváme maximálně jejich spolupráce.

54) Při jednání s osobami s kombinovaným postižením dodržujeme zásady pro komunikaci dle druhu postižení, které jsou popsány výše.

III.

Očekávané zvláštnosti

55) Při komunikaci s OZP lze počítat s následujícími komplikacemi:

- a) nepřítomnost ošetřujícího personálu, rodinných příslušníků, blízkých osob apod.,
- b) neznalost přítomnosti a počtu OZP,
- c) neznalost rozsahu postižení osob,
- d) neočekávané komplikace při komunikaci a zpomalení zásahu,
- e) nutnost změny a přizpůsobení taktiky vedení zásahu s ohledem na přítomnost OZP,
- f) výskyt nepřiměřených reakcí OZP na situaci na místě mimořádné události (agresivita, strach, bránění se evakuaci ze známého prostředí apod.