

**M A S A R Y K O V A
U N I V E R Z I T A**

FAKULTA SOCIÁLNÍCH STUDIÍ

**Postoje pracovníků
k vybrané metodě
validace ve zvoleném
domově se zvláštním
režimem**

Diplomová práce

BC. MAGDALÉNA WERTHEIMOVÁ

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Zdeňka Dohnalová, Ph.D.

Katedra sociální politiky a sociální práce
Sociální práce

Brno 2020

M U N I
F S S

Bibliografický záznam

Autor:	Bc. Magdaléna Wertheimová Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita Katedra sociální politiky a sociální práce
Název práce:	Postoje pracovníků k vybrané metodě validace ve zvoleném domově se zvláštním režimem
Studijní program:	Sociální práce
Vedoucí práce:	Mgr. et Mgr. Zdeňka Dohnalová, Ph.D.
Akademický rok:	2020
Počet stran:	137
Klíčová slova:	senior, demence, dezorientace, validace podle Naomi Feil, pomáhající pracovník, domov se zvláštním režimem, postoj

Bibliografic record

Author: Bc. Magdaléna Wertheimová
Faculty of Social Studies, Masaryk University
Department of Social Policy and Social Work

Title of Thesis: Attitudes of workers to the specific concept of
validation in the selected special care unit

Degree Programme: Social work

Supervisor: Mgr. et Mgr. Zdeňka Dohnalová, Ph.D.

Academic Year: 2020

Number of Pages: 137

Keywords: senior, dementia, disorientation, Naomi Feil
Validation Therapy, helping professional, special
care unit, attitude

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá postoji pracovníků k metodě validace podle Naomi Feil ve vybraném domově se zvláštním režimem. V teoretické části jsou osvětleny důležité pojmy související s hlavní výzkumnou otázkou. Metodologická část představuje vybranou kvalitativní strategii i použitou techniku polostrukturovaného rozhovoru. Dále popisuje výzkumný soubor a postup při sběru dat i následné analýze. Analytická část je rozdělena do tří podkapitol na základě dílčích výzkumných otázek. Závěr uvádí odpověď na hlavní výzkumnou otázku a také doporučení pro praxi.

Počet slov: 31 008

Abstract

This thesis deals with attitudes of workers to the specific concept of validation in the selected special care unit. Relevant terms related to the main research question are clarified in the theoretical part. In the methodological part, the selected qualitative strategy is introduced including the defined technique of a semi-structured interview. The research group is described there too as well as data collection process and data analysis. The analytical part is divided into three subchapters based on partial research questions. The summary answers to the main research question and provides recommendations for practical use.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma **Postoje pracovníků k vybrané metodě validace ve zvoleném domově se zvláštním režimem** zpracovala sama. Veškeré prameny a zdroje informací, které jsem použila k sepsání této práce, jsou uvedeny v seznamu použitých pramenů a literatury.

V Brně 2. ledna 2020

.....
Bc. Magdaléna Wertheimová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. et Mgr. Zdeňce Dohnalové, Ph.D. nejen za všechny cenné rady a doporučení, ale také za její vstřícný a laskavý přístup. Svým rodičům děkuji za podporu během celého studia a za to, že mě vždy vedli ke vzdělání. Svému manželovi děkuji, že mi byl v průběhu psaní této práce oporou.

Obsah

Seznam tabulek	7
1 Úvod	9
2 Stáří, stárnutí, senioři	12
2.1 Potřeby seniorů.....	13
3 Syndrom demence	18
3.1 Stadia demence	19
3.2 Počet nemocných.....	21
3.3 Specifika komunikace s lidmi s demencí.....	23
4 Pobytové sociální služby pro seniory s demencí	26
5 Pracovníci domova se zvláštním režimem	29
5.1 Sociální pracovníci.....	30
5.2 Pracovníci v sociálních službách.....	31
5.3 Zdravotničtí pracovníci.....	32
6 Postoje	33
6.1 Vznik postojů.....	34
6.2 Změna postojů	35
6.3 Funkce postojů	35
6.4 Složky postojů.....	36
7 Validace podle Naomi Feil	40
7.1 Počátky metody.....	41
7.2 Cíle validace	42
7.3 Cílová skupina validace.....	43
7.4 Fáze dezorientace u seniorů podle Naomi Feil.....	44
7.5 Tři pilíře validace.....	46
7.6 Techniky validace (3. pilíř validace)	48

7.7	Validace a sociální práce.....	52
8	Metodologie	55
8.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	55
8.2	Výzkumná strategie	57
8.3	Role výzkumníka.....	59
8.4	Validita a reliabilita.....	60
8.5	Technika sběru dat.....	60
8.6	Výběr a charakteristika výzkumného vzorku	61
8.7	Průběh a realizace sběru dat	63
8.8	Metoda analýzy dat.....	65
8.9	Etické aspekty výzkumu	66
9	Analytická část	68
9.1	Kognitivní složka postojů.....	68
9.2	Emocionální složka postojů	82
9.3	Behaviorální složka postojů.....	87
10	Závěr	97
10.1	Doporučení pro praxi.....	100
10.2	Limity výzkumu.....	101
	Použité zdroje	102
Příloha A	Tabulka operacionalizace	109
Příloha B	Scénář rozhovoru	111
Příloha C	Stat'	113
	Rejstřík	127

Seznam tabulek

Tab. 1: Charakteristika respondentů	63
---	----

1 Úvod

Téma této práce jsem zvolila především z důvodu vlastní zkušenosti sociální pracovnice v domově se zvláštním režimem. Denně se tam setkávám s dezorientovanými velmi starými lidmi, kteří mají své specifické projevy chování, a i pro zkušený personál někdy bývá obtížné na takové situace vhodně reagovat nebo pochopit jejich důvod. Velmi často pak toto chování a jednání bývá označeno za problémové a je nutné je vhodným způsobem řešit. Za jednu z možností řešení považuji metodu validace podle Naomi Feil. Její používání přináší řadu pozitiv nejen seniorovi s diagnózou demence, ale také pečujícímu personálu, který by měl být schopen se díky této metodě lépe vžít do situace dezorientovaného člověka a umět se podívat na svět jeho očima. I přes řadu pozitiv je však metoda validace v českém prostředí poměrně málo známá a nejspíš také málo využívaná. Podle mých zjištění s touto metodou oficiálně pracuje stále jen několik málo domovů, které nechávají proškolovat svůj personál. Důvodem může být i nedostatek literatury o této metodě v českém jazyce, ale také nedostatek školitelů a vzdělávacích kurzů.

K výběru tématu mě motivovala také má každodenní práce s žadateli o službu, a především jejich rodinnými příslušníky, kteří k nám do domova často přichází a naprosto zoufale popisují, co jim jejich příbuzný "provádí" a vůbec nerozumí proč. Často jim chybí zcela základní informace o syndromu demence a jeho projevech, natož pak o nějakých metodách práce s dezorientovanými lidmi, jakou je například právě validace. Bohužel výjimkou nejsou ani případy, kdy pečující osoby nedokáží připustit, že je jejich senior nemocný a obviňují ho, že jim to vše "dělá schválně".

Neformální pečující nejsou tématem mé práce, nicméně chci je nyní alespoň okrajově zmínit, protože validace je poměrně jednoduchá metoda, která se dá snadno využít i v domácím prostředí a může tak pomoci třeba i pečujícím rodinným příslušníkům.

Svou práci bych ráda přispěla k šíření povědomí mezi neformálními pečujícími o syndromu demence a o validaci jako o kvalitní a užitečné metodě práce s lidmi s touto diagnózou. Stejně tak bych chtěla, aby poskytovatelé sociálních služeb pro seniory s demencí měli dostatek informací i možností vzdělání o validaci, a aby se o tuto metodu začali zajímat, a především také prakticky uplatňovat ve svých zařízeních. Poskytovatelům, kteří již metodu nějakým způsobem uplatňují, by zase tato práce

mohla pomoci v získání informací o tom, jak pomáhající pracovníci k validaci přistupují, co při využívání metody vnímají jako náročné a zátěžové, nebo naopak co vnímají pozitivně a co jim při práci pomáhá.

Hned v úvodu bych ráda upozornila na fakt, že výzkum pro tuto práci jsem realizovala v zařízení, kde sama pracuji. Tato organizace poskytuje dvě sociální služby – domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Jeho kapacita je celkem 224 klientů, polovina z nich tvoří službu domov se zvláštním režimem, druhá pak domov pro seniory. V čele celého domova stojí ředitel, který je vedoucí pro obě služby.

Celý domov je rozdělen na sedm oddělení. V čele každého z nich stojí vedoucí (nejčastěji zdravotní sestra, případně pečovatel), který zodpovídá za chod daného úseku a má pod sebou tým přímé péče. Na každém úseku žijí klienti obou služeb, nejsou tedy rozděleni podle toho, zda mají či nemají syndrom demence.

Co se týče struktury domova, chci také zmínit, že sociální úsek tvoří samostatné oddělení domova, kde pracuje šest sociálních pracovníků, z nichž jedna je vedoucí sociálního, ale také aktivizačního úseku. Také všechny sociální pracovníce spravují obě služby, tedy domov pro seniory i domov se zvláštním režimem.

Cílem této diplomové práce je zodpovězení hlavní výzkumné otázky, kterou jsem položila následovně: Jaké postoje zauímají pomáhající pracovníci k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?

Celou práci jsem rozdělila do několika částí. Celkem šest kapitol je zaměřeno na vysvětlení teoretických pojmů, které úzce souvisí s tématem této práce. Nejprve se věnuji definici stáří a stárnutí, a charakterizuji základní potřeby seniorů. V následující kapitole se zabývám problematikou syndromu demence, kde definuji jednotlivá stadia tohoto onemocnění, upozorňuji na stále roustoucí počet nemocných a s tím spojená rizika. Poslední podkapitolu jsem se rozhodla věnovat specifikám komunikace s lidmi s demencí.

V rámci teoretického vymezení pojmů pak v následujících dvou kapitolách charakterizuji pobytové sociální služby určené seniorům s diagnózou demence, a následně představuji typické pomáhající pracovníky domovů se zvláštním režimem, na základě zákona o sociálních službách.

Šestá kapitola je věnována postojům, kde uvádím, jakým způsobem postoje u člověka vznikají, jak se v průběhu života mění, jaká je vlastně funkce postojů, a v neposlední řadě představím jednotlivé dimenze postojů, tedy složky kognitivní, emocionální a behaviorální.

Poslední teoretickou kapitolu věnuji metodě validace podle Naomi Feil, kde vysvětlím, komu je vlastně validace určena, jaké jsou její hlavní cíle, na jakých principech validace stojí a co patří mezi její základní techniky. V rámci této kapitoly se věnuji také souvislostem validace se sociální prací.

Osmá kapitola je věnována metodologii výzkumu, kde uvádím cíl práce a také hlavní i dílčí výzkumné otázky. Dále zde představím kvalitativní výzkumnou strategii, kterou jsem pro tento výzkum zvolila. V rámci metodologické části také osvětlím, jakou jsem zvolila techniku sběru dat, jakým způsobem jsem vybrala a stanovila výzkumný soubor a také jak probíhal samotný sběr dat a jejich následná analýza. V závěru této kapitoly pak zmiňuji etické aspekty výzkumu.

Analytickou část práce jsem věnovala interpretaci získaných dat. Rozčlenila jsem ji na tři podkapitoly, na základě stanovených dílčích výzkumných otázek, a každou z podkapitol jsem ukončila dílčím závěrem, kde jsem shrnula základní získané poznatky. V první podkapitole se věnuji kognitivní složce postojů respondentů, kdy mě zajímaly jejich znalosti, vědomosti, představy či myšlenky o metodě validace podle Naomi Feil. Druhá podkapitola je věnována emocionální složce postojů k metodě validace. V této souvislosti jsem zjišťovala, jaké emoce a pocity v respondentech metoda vyvolává. Nakonec třetí podkapitola je zaměřena na behaviorální složku postojů. Zde se zabývám tím, jak respondenti validaci ve své praxi uplatňují, kdy a při jaké příležitosti metodu využívají a jaké používají validační techniky. Také mě zajímalo, zda o validaci hovoří i s rodinnými příslušníky klientů.

Desátou a poslední kapitolou práce je závěr, kde se pokusím zodpovědět hlavní výzkumnou otázku, shrnout základní zjištění a také představit několik doporučení pro praxi.

2 Stáří, stárnutí, senioři

Téma této práce se úzce dotýká seniorů s onemocněním demence, nebo také dezorientovaných velmi starých lidí, jak tyto seniory označuje Naomi Feil (2015). V první fázi této práce se proto pokusím vymezit pojem **stáří** a základní charakteristiky s ním spojené.

Nalézt jednoznačnou definici stáří je velmi obtížné, protože každý autor tento pojem vysvětluje z různých perspektiv. Podle Příbyla (2015) existuje v současnosti zhruba tři sta různých definic stáří, přičemž všechny se shodují v základním rozdělení dvou pojmů. - **stáří**, které označuje poslední vývojové období života člověka, a **stárnutí**, což je proces probíhající od narození až do smrti každého jedince. Podobně Pacovský (1997) stárnutí popsal jako cestu do stáří, a samotné stáří pak označil jako poslední etapu lidského života.

Podle Thorové (2015) lze stáří určit podle tří faktorů. Prvním z nich je chronologický věk. *“V současné době rozvinuté země za počátek stáří považují hranici 65 let, celosvětově je spíše akceptována hranice 60 let. V méně rozvinutých zemích (např. subsaharské země) je za počátek stáří považován věk 50 let.”* (Thorová, 2015, s. 463)

Dalšími faktory určujícími nástup stáří jsou biologický věk a výkonnost člověka. Právě biologický a chronologický věk nemusí být v souladu, je to velmi individuální záležitost. Třetím faktorem jsou změny v sociálních rolích, kdy například člověku končí aktivní rodičovská úloha či třeba odchází do penze. (Thorová, 2015)

Celosvětově známé je dělení stáří podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která toto životní období rozčleňuje na tři fáze. Jako počínající či časně stáří označuje úsek od 60 do 74 let člověka, o období od 75 do 89 let mluví jako kmetství či vlastním stáří, a jedince, kteří mají více než 90 let označuje jako dlouhověké. (Malíková, 2011, Příbyl, 2015)

Vágnerová (2007) mluví o stáří jako o jedné z vývojových etap v životě člověka a rozděluje jej na dvě základní fáze. První z nich je **rané stáří**, které začíná asi v 60 letech a končí kolem 75. roku jedince. *“Rané stáří, resp. třetí věk, je obdobím života, v němž sice dochází k evidentním změnám daným stárnutím, které ale nemusí být ještě tak velké, aby staršímu člověku znemožnily aktivní a nezávislý život.”* (Vágnerová, 2007, s. 299) Úkolem člověka v této životní fázi je vyrovnat se se životem, s pozitivními i negativními věcmi, které prožil, a akceptovat to. Podle psychologa Eriksona, jenž se zabýval vývojovými stadii v životě člověka, jedinec

v této fázi přemítá o tom, čeho se mu v životě podařilo dosáhnout. Mělo by zde postupně dojít k integraci sebe sama. (Vágnerová, 2007)

Pro potřeby této práce mě však zajímá především druhá etapa stáří, což je podle Vágnerové (2007) takzvané **pravé stáří**. Do této kategorie zařazuje seniory od 75. roku života. V tomto období by jedinec již měl mít cíl dosažení integrity naplněn, místo toho je spíše nucen naučit se zvládat mnohé nepříznivé okolnosti související s fyzickými a psychickými změnami, které stáří přináší. Tyto změny obvykle nastávají v oblasti somatické, psychické, sociální i spirituální. (Matoušek, 2013) V oblasti sociální se člověk musí vyrovnat například s úmrtím partnera, případně i jiných blízkých osob v okolí. Člověk ztrácí své sociální role i postavení a výrazně se zužuje jeho sociální síť, což může vést až k sociální izolaci. V oblasti psychiky se snižuje například schopnost rychle reagovat na podněty, učit se novým věcem nebo si zvykat na nové věci. Obvykle jedinec také více zapomíná. Velice časté jsou i depresivní stavy. Ve spirituální oblasti se člověk v tomto věku vyrovnává se svým životem, bilancuje, pídí se po smyslu života. K velkým změnám dochází také v oblasti tělesné – člověku ubývá svalová hmota, kůže je méně pružná, přibývají vrásky. (Matoušek, 2013) Typické je i zhoršování smyslů, nejčastěji sluchu, zraku a chuti. (Haškovcová, 2010) Výjimkou nebývá ani kumulace mnoha zdravotních problémů a obtíží – mnoho seniorů v pozdějším věku trpí i několika chronickými nemocemi najednou. V souvislosti se zdravotními problémy a úbytkem fyzických i psychických sil senioři mnohdy ztrácí soběstačnost a jsou nuceni spoléhat se na pomoc jiných lidí i v základních životních potřebách. Tyto změny mohou vést například k častým hospitalizacím, ale také k nutnosti umístění do zařízení dlouhodobé péče, jako je například domov pro seniory či domov se zvláštním režimem. Tím se zásadně mění životní styl, na který byl senior doposud zvyklý. (Vágnerová, 2007)

2.1 Potřeby seniorů

Abraham Maslow (2014) rozděluje základní lidské potřeby na fyziologické a psychologické. Potřeby popisuje jako *“nedostatky, které musí být optimálně naplněny, aby nenastala nemoc a subjektivní strádání.”* (Maslow, 2014, s. 208–209) Maslow je autorem světoznámé “pyramidy potřeb”, která se skládá z **fyziologických potřeb, bezpečí a jistoty, lásky a sounáležitosti, úcty či uznání** a na vrcholku pyramidy leží po-

třeba **seberealizace**. Je důležité zdůraznit, že všechny potřeby se vzájemně prolínají a bez uspokojení “nižší” potřeby nelze dosáhnout dalších potřeb.

V souvislosti se stářím se často hovoří o určitých specifických potřebách seniorů, které mohou být ve srovnání s jinými vývojovými etapami do určité míry odlišné. Dvořáčková (2012) však uvádí, že senioři mají stejné potřeby jako ostatní, nicméně je mnohdy nezvládají sami naplnit a potřebují pomoc druhých. Naproti tomu Vágnerová (2007, s. 413) zkoumala přímo potřeby seniorů v období pravého stáří a podle ní *“potřeby starších seniorů odrážejí proměnu jejich fyzického i psychického stavu, úbytek soběstačnosti i sociálních kontaktů a s tím související subjektivní prožívání kvality vlastního života. Tito lidé obvykle usilují o udržení stávajících fyzických i psychických funkcí, resp. o jejich nápravu v mezích vlastních možností, ale na další rozvoj už v naprosté většině rezignují.”*

Mezi tyto potřeby Vágnerová (2007) řadí **potřebu stimulace, bezpečí, sociálního kontaktu a citové vazby, autonomie a potřeba akceptace a uznání**. Potřeba stimulace sice u starších seniorů nemusí být nijak vysoká, přesto však při jejím nedostatku upadají do apatie. Stimulace je navíc důležitá pro udržování stávajících schopností a dovedností. Potřeba bezpečí a jistoty patří mezi základní lidské potřeby, u seniorů však hodně souvisí právě s pocity vlastní soběstačnosti, případně psychického bezpečí a citové jistoty. Také potřeba autonomie je zcela přirozená, protože i staří lidé pochopitelně chtějí být samostatní a nezávislí, někdy to však například kvůli zdravotnímu stavu není zcela možné. V takových případech pak pro seniory bývá velmi důležitá i takzvaná *“symbolická autonomie, např. možnost určit, kdy budou jíst a co budou jíst, kdy vstanou apod. Tato potřeba se může projevovat vymáháním něčeho nevýznamného, kdy starého člověka víc uspokojí prosazení vlastního rozhodnutí než dosažení proklamovaného cíle.”* (Vágnerová, 2007, s. 414) Jako poslední je uvedena potřeba sociálního kontaktu a citové vazby. Je důležité si uvědomit, že vztahy a kontakty s rodinou, ale i jinými blízkými, případně přáteli, jsou pro staré lidi velmi důležité a jejich narušení může mít negativní dopady.

Vůbec nejvýznamnější životní hodnotou, o kterou může člověk usilovat, je **spiritualita**. (Maslow, 1970, in Křivohlavý, 2011) Vzhledem k tomu, že spiritualita hraje v životech seniorů velkou roli, ale zároveň bývá v rámci poskytování péče stále často opomíjena, rozhodla jsem se tomuto tématu věnovat pár následujících řádků.

O spiritualitě a spirituálních potřebách hovoří mimo jiné také Marie Svatošová (2012), zakladatelka české hospicové péče. Ta zmiňuje celkem čtyři základní okruhy potřeb nemocného člověka, které se dají dobře aplikovat také u seniorů. Jedná se o potřeby biologické, psychologické, sociální a v neposlední řadě potřeby spirituální.

V češtině by se dal pojem spiritualita označit také jako **“duchovnost”**, a mezi její hlavní otázky patří *“hledání toho, co nás přesahuje, objevování toho, k čemu máme úctu, a udržování kontaktu s tím, co považujeme za to nejvyšší, nejhodnotnější a nejvzácnější.”* (Křivohlavý, 2015, s. 177)

Můžeme nalézt mnoho důvodů, proč bychom se měli zabývat spirituálními potřebami seniorů. Například Elichová (2017) zdůrazňuje, že spirituální potřeby tvoří *“celý komplex hodnot společných religiózním i nereligiózním lidem a jejich akceptace patří k žádoucímu celostnímu pohledu na člověka, jež podmiňuje kvalitu jakékoliv práce se seniory.”* (Elichová, 2017, s. 172) Důležité je však také uvědomění, že u starých lidí bývá míra spirituality vyšší než u lidí v jiných vývojových obdobích, což pravděpodobně souvisí s přibližujícím se koncem života jedince. Právě tehdy totiž člověk přemýšlí nad tím, zda měl jeho život smysl, vyrovnává se s minulostí a se svými činy. (Peterson, Seligman, 2004, in Křivohlavý, 2011)

Obecně tedy platí, že spiritualita člověka se postupně v průběhu celého života mění. V některých případech duchovnost a její potřeby *“rostou”* úměrně s věkem, na druhou stranu u některých jedinců může nastat i opačná situace, kdy se spirituální vývoj pozastaví nebo klesá. Tyto situace mohou nastat třeba vlivem sociálního prostředí, socio – kulturní situací, ale také konkrétními zkušenostmi v životě člověka. (Suchomelová, 2016)

Spiritualitou člověka se podrobně zabýval americký psychiatr Koenig, který charakterizoval celkem 14 základních spirituálních potřeb. Jsou to *“potřeby smyslu, životního cíle a naděje, potřebu vidět přesah životních situací, potřebu kontinuity, potřebu podpory v čase ztrát, potřebu akceptace a validace religiózního chování, potřebu spirituálně se projevit, potřebu vlastní důstojnosti a ceny, potřebu bezpodmínečné lásky, potřebu vyjádřit hněv a pochyby, potřebu vědět, že Bůh je na naší straně, potřebu milovat a být užitečný, potřebu vděčnosti, potřebu odpuštění a odpuštění zažít a potřebu přípravy na umírání a smrt.”* (Koenig, 2014, in Elichová 2017, s. 173)

V českém prostředí zkoumala duchovní potřeby například Věra Suchomelová, která na základě výzkumu s jihočeskými seniory stanovila 5 klíčových spirituálních potřeb - *potřebu vědomí vlastní důstojnosti a hodnoty, potřebu smyslu a kontinuity životního příběhu, potřebu víry a důvěry, potřebu naděje a životního cíle a nakonec potřebu lásky*. (Suchomelová, 2016)

Pokud bych měla zmínit uspokojování spirituálních potřeb u seniorů v institucích, celá řada českých autorů ve svých dílech upozorňuje, že u personálu ve zdravotnických i sociálních zařízeních panuje představa, že duchovní potřeby se týkají pouze věřících lidí. To je však podle nich mylný názor. Například Příbyl (2015) zdůrazňuje, že duchovní potřeby nejsou záležitostí pouze věřících, ale náboženská víra může být jen jednou z možností, jak duchovní potřeby naplnit. *“Mimo víry se duchovní potřeby týkají také smyslu života, účelu vlastní existence, může se říct, že všeho, co přesahuje pozemský život.”* (Příbyl, 2015, s. 82) Podobně mluví i Kübler-Rossová, která zdůrazňuje, že *“pod pojmem duchovní hodnota nesmíme chápat náboženskost. Označujeme jím spíše uvědomění a pochopení, že existuje něco mnohem většího než my, co stvořilo tento vesmír a život, a že my v tomto stvoření představujeme určitou důležitou část, která může převzít svůj podíl na vývoji celku.”* (Kübler-Rossová, 1997, s. 58–59)

O časté záměně spirituality za religiozitu v českých pobytových institucích hovoří také Elichová (2017), kdy upozorňuje na tendenci pracovníků řešit spirituální potřeby pouze u explicitně věřících, a to nejčastěji zajištěním vhodných služeb, jako účastí na mši či návštěvou kněze a podobně. Druhým problémem je to, že pracovníci se mnohdy duchovními potřebami svých klientů či pacientů začínají zabývat až v souvislosti s umíráním a paliativní péčí. Spiritualita je ale součástí každého člověka v jakémkoliv vývojovém období.

Jedním z důvodů, proč sociální či zdravotničtí pracovníci často nedokáží vytvořit vhodné zázemí či prostředí pro uspokojování duchovních potřeb klientů, je podle Suchomelové (2016) chybějící vzdělání v této oblasti v Česku. *“Jako by péče o duchovní dimenzi života člověka patřila někam “za” nebo “mimo” sociální a zdravotní péči. Bez umenšování významu péče o fyzickou a psychickou kondici ve stáří ale nelze ignorovat, že nejdůležitější úkoly adaptace stáří leží v oblasti osobní spirituality a vyžadují zejména aktivitu duchovní, niternou.”* (Suchomelová, 2016, s. 106)

Na to, že se spirituální potřeby netýkají jen věřících, upozorňuje i Svatošová (2012), která tvrdí, že pro nevěřící může být mnohdy pomoc

s vyřešením jejich spirituálních potřeb zásadnější než u věřících. Ti se totiž se svými duchovními potřebami často dokáží popasovat sami. Svými duchovními potřebami se lidé nejčastěji začínají více zabývat právě ve stáří – na sklonku života, kdy člověk řeší různé nemoci či postupně ztrácí své schopnosti, ale například také v mladším věku při prožívání vážné nemoci, zjištění nevyléčitelné choroby a podobně. Obvykle řeší témata, jestli měl jejich život smysl, co v životě vykonali dobrého či špatného, komu ublížili a také, zda jim bylo odpuštěno či sami odpustili. (Svatošová, 2012)

Právě odpuštění je podle Příbyla (2015) jednou ze základních složek duchovních potřeb u seniora, společně se smyslností a dosažením integrity. Odpuštění – jak sám sobě, tak i druhým – je důležité pro vyrovnaní se s různými bolestivými zkušenostmi a situacemi a pomáhá se oprostit od zloby a nenávisti.

3 Syndrom demence

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí je demence *“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.”* (© WHO/ÚZIS ČR) Vznik syndromu demence u člověka mohou způsobit různé druhy nemocí. Jednou z nejznámějších a zároveň nejčastějších je Alzheimerova choroba, při níž se demence u nemocného projeví vždy. Mezi další druhy demencí pak patří například vaskulární demence, která je způsobena mozkovými infarkty a je tedy mnohem více náhlá, či například demence u Parkinsonovy choroby, demence s Lewyho tělísky, a mnoho dalších. (© WHO/ÚZIS ČR)

Jinými slovy lze říci, že existuje hned několik druhů demencí a každá z nich se může projevovat trochu jiným způsobem. Společné však mají to, že se jedná o poruchy, při nichž nemocný postupně přichází o paměť a další kognitivní funkce, obvykle přestává zvládat běžné denní aktivity a často dochází také k poruchám behaviorálním a psychologickým. Mezi typické poruchy chování dementních klientů patří například podezřivost vůči ostatním, včetně rodinných příslušníků či pracovníků, dále je časté bloudění a toulání se, ať už v domě či mimo domov, hromadění věcí, agresivita, a někdy senioři trpí také bludy a halucinacemi. (Hauke, 2017, Buijssen, 2005)

Dále jsou typické poruchy emocí a změny spánkového cyklu. *“Jde o celkové zhoršení duševních schopností s různě vyjádřeným postižením v jednotlivých složkách psychiky a ve svém důsledku zasahující celou osobnost, včetně její tělesné součásti. V těžších stádiích jde tedy o zchátralost nejen paměti, myšlení, emotivity, vůle... ale i o tělesnou slabost, nevykonnost, pomočování, neudržení stolice, zhoršení obranyschopnosti organismu vůči infekcím, o poruchy pohybového aparátu a ostatních systémů.”* (Kučerová, 2006, s. 9) Z těchto důvodů se pak člověk stává závislým na péči jiné osoby ve všech či téměř všech běžných denních činnostech a potřebách. (Jirák a kol., 2009)

Vzhledem k tomu, že metoda validace, na níž se tato práce zaměřuje, je primárně určena seniorům s demencí u Alzheimerovy choroby s pozdním nástupem, pokusím se nyní přiblížit právě tento typ demence.

Podle Jiráka (2009) je Alzheimerova choroba důvodem vzniku demence u zhruba padesáti procent nemocných. Další procenta pak tvoří mimo jiné i smíšené demence, kdy se u nemocného objeví například Alzheimerova choroba s dalším onemocněním způsobujícím demenci, například vaskulární demencí a podobně. Při Alzheimerově chorobě dochází k postupné ztrátě nervových buněk a následně mozkové tkáně, což způsobuje vznik demence.

Zvěřová (2017) rozlišuje dva základní druhy Alzheimerovy demence. První z nich je takzvaná **presenilní forma**, kdy se obvykle první příznaky této nemoci objeví již před 65. rokem života. Tato demence s časným začátkem probíhá výrazně rychleji a agresivněji. Druhou formou demence je pak **senilní forma**, která se objevuje u pacientů až po 65. roce života. Typický je pro ni pozvolný a pomalejší průběh, kdy mnohdy i první roky nemoci probíhají bez příznaků. Právě pro klienty se senilní demencí je vhodná metoda validace podle Naomi Feil, o níž budu podrobněji hovořit v další části této práce.

Mezi první symptomy Alzheimerovy choroby obvykle patří poruchy krátkodobé paměti a také všípivosti. *“Člověk s demencí při Alzheimerově nemoci má problém se zapamatováním nových informací (co měl k obědu), zatímco si po dlouhou dobu relativně dobře pamatuje informace staré (například kde měl svatbu).”* (Hauke a kol., 2017, s. 33) V dalších fázích pak člověk bývá neorientovaný časem, ztrácí prostorovou orientaci, mechanické dovednosti, má problémy s komunikací a schopností se vyjádřit a postupně zcela ztrácí soběstačnost. Mnohdy se objevují také výrazné změny osobnosti. (Hauke, 2017) Nemocný má tedy obvykle v počátcích demence problém se složitějšími či profesními aktivitami, postupně pak přestává zvládat i stále jednodušší úkony, včetně těch nejzákladnějších, například dojít si na toaletu, najíst se či obléct se přiměřeně podle počasí.

3.1 Stadia demence

Demence při Alzheimerově nemoci se obvykle rozděluje na tři fáze – **lehkou, střední a těžkou** demenci. (Jirák, 2009) Někteří autoři tyto fáze označují i jinak, například Hauke (2017) mluví o **mírné, rozvinuté a těžké demenci**, nicméně charakteristiky jednotlivých stádií se u autorů v zásadě neliší. Jak již bylo zmíněno výše, pro první fázi demence je typická ztráta krátkodobé paměti a všípivosti. Člověk má obvykle problém učit se novým věcem, zvykat si na nové prostředí a orientovat se v něm,

nepamatuje si nové lidi a podobně. V komunikaci má problém s výbavností určitých výrazů, objevují se i obtíže s pochopením obsahu určitého složitějšího sdělení. Během tohoto stadia demence si nemocný většinou uvědomuje, že se “něco děje”. Ví, že zapomíná, že má problémy s chápáním sdělení a dělá různorodé chyby. Toto uvědomění může vést k apatii, snaze izolovat se od společnosti, u některých lidí se může objevit deprese. (Hauke, 2017)

Během druhé fáze demence se nemocný přestává orientovat v čase a také prostoru. *“Nemocný neví, co je za den, kolikátého je, jaké je roční období, ve svém bytě se necítí být doma, nepoznává ani známá místa.”* (Hauke, 2017, s. 55) Na rozdíl od první fáze je ještě výrazněji zasažena schopnost komunikace, což znamená, že člověk má velký problém se verbálně vyjádřit, má potíže nalézt správná slova. Také již příliš nechápe obsah sdělení. Dále přestává zvládat celou řadu běžných denních činností a instrumentálních úkonů – například si nedokáže zatelefonovat, zapnout pračku nebo televizi. (Zvěřová, 2017)

Běžně tedy nemocný ve střední fázi demence potřebuje celodenní dohled, pomoc či podporu druhé osoby, protože přestává zvládat péči o domácnost i sebe sama. Sám si neuvaří, neuklidí, nenakoupí, přestává chápat hodnotu peněz a placení, nezvládá dodržovat léčebný režim, pravidelnou hygienu či pravidelný stravovací režim. (Hauke, 2017). Již v této fázi se mnohdy u nemocného objevují poruchy chování, mezi něž může patřit například opakované výkřiky, neustálé odcházení ze zařízení pobytové služby či z domova, svlékání se, opakování stále stejných bezúčelých pohybů a řada dalších. Výjimkou nemusí být ani agresivní projevy. V této fázi si již člověk svou nemoc přestává uvědomovat. (Zvěřová, 2017)

Třetí a poslední fázi demence je těžká demence. V tomto stadiu již nemocná osoba nezvládá žádnou či téměř žádnou z běžných denních činností a potřebuje celodenní péči. Obvykle již téměř nezvládá verbální komunikaci, typická je také úplná inkontinence, někdy problémy s příjmem potravy – polykáním. Lidé v tomto stadiu demence obvykle vykonávají stereotypní pohyby. Ke konci života jsou však již téměř vždy upoutáni na lůžko a nekomunikující. (Hauke, 2017)

Již ve střední i těžké fázi demence se nezřídka stává, že nemocný nepoznává svou nejbližší rodinu, své děti, manželku, či blízké okolí. Poměrně běžné jsou i psychotické příznaky demence, kdy má nemocný halucinace, případně jej provázejí různé bludy – například má utkvělou představu, že jej někdo okrádá, bere mu věci, chce mu ublížit, chodí po

bytě a podobně. Dále bývají běžně narušeny také emoce, či spánkový cyklus. (Zvěřová, 2017)

3.2 Počet nemocných

Podle zprávy *Dementia: prioritá pro systém zdravotnictví*, kterou v roce 2012 publikovala Světová zdravotnická organizace (WHO) společně s organizací Alzheimer's Disease International (ADI), žilo na světě v roce 2010 zhruba 35,6 milionů lidí s diagnózou demence. *"Tento počet by se měl do roku 2030 téměř zdvojnásobit a do roku 2050 více než ztrojnásobit. Počet nových případů je odhadován na téměř 7,7 milionu ročně, což představuje jeden nový případ každé čtyři sekundy. Náklady spojené s tímto onemocněním činily podle odhadů v roce 2010 celosvětově 604 miliard USD."* (Wija, 2012, s. 2) Podle této zprávy zhruba 60 až 70 procent lidí s demencí mají demenci u Alzheimerovy choroby.

Zajímavé je, že podle organizace ADI se během pěti let počet nemocných na světě zvýšil o 11,2 milionů lidí – ve zprávě z roku 2015 uvedla počet nemocných již na 46,8 milionů lidí na světě a odhadla tak jeden nový případ onemocnění již na každé tři sekundy. Za nejvíce ohrožené země považuje ty s nízkými a středními příjmy. Podle průzkumů lze tedy říci, že ve státech Evropské unie, včetně států Střední Evropy, je výskyt nemocných demencí nižší než jinde na světě.

V Česku bohužel neexistují přesné výzkumy, které by zaznamenávaly počet a nárůst nemocných v zemi, proto musíme předpokládat, že situace bude srovnatelná s ostatními evropskými zeměmi. Česká alzheimerovská společnost ve *Zprávě o stavu demence z roku 2016* uvedla, že podíl nemocných z celkového počtu obyvatel v roce 2013 byl cca 1,39 %, o rok později 1,45 % a v roce 2015 tvořil podíl nemocných již 1,48 %.

Demence a stále se zvyšující počet nemocných se tedy podle odborníků, včetně WHO, stává celospolečenským a celosvětovým problémem. Tato nemoc má výrazný sociální i ekonomický dopad. Péče o lidi s demencí je totiž nejen velmi fyzicky a duševně náročná, ale také výrazně drahá. V roce 2015 se průměrné náklady společnosti na řešení problematiky této nemoci pohybovaly kolem 44,7 miliard korun. *"Celkové náklady na Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění byly v rámci dvaceti sedmi států Evropské unie v roce 2005 odhadnuty na 130 miliard Euro za rok. Celosvětové náklady spojené s demencí jsou pak organizací Alzhei-*

mer's Disease International aktuálně odhadovány na 818 miliard amerických dolarů. Projekce této organizace přitom ukazují, že do roku 2018 tyto náklady vzrostou na 1 bilión amerických dolarů a do roku 2030 na 2 bilióny amerických dolarů.” (Mátl, Mátlová a Holmerová, 2016, s. 27)

Hlavním důvodem, proč zde udávám tato “děsivá” čísla, je to, že v rámci své diplomové práce chci zdůraznit, o jak vážnou celospolečenskou problematiku se jedná. Jsem přesvědčena, že demence se skutečně týká nás všech – nejen lidí, kteří pracují se seniory nebo mají nemocné rodiče či prarodiče a pečují o ně. Vzhledem ke stále rostoucímu počtu nemocných je skutečně zásadní hledat a uplatňovat různorodé způsoby a metody práce s dementními klienty, které nemocnému pomohou cítit se lépe a žít kvalitnější život navzdory nemoci, a zároveň budou nápomocné také pečujícím osobám k tomu, aby dokázaly lépe pochopit emoce a chování nemocného a usnadnit komunikaci s ním. A jednou z těchto nápomocných metod uplatnitelných u mnoha klientů může být právě validace podle Naomi Feil.

Důvodem, proč bychom měli hledat, učit se a uplatňovat různé způsoby práce s dezorientovanými lidmi je také ten, že v současné době stále neexistuje lék, který by demenci dokázal vyléčit. Existují však medikamenty, které dokážou zpomalit či zmírnit její průběh, především pak při časném zjištění. Právě to je však mnohdy problém – nemocný si zpočátku sice uvědomuje, že se něco děje, zároveň si to však velmi často nechce přiznat. A pro rodiny nemocného je zase poměrně typické, že projevy demence neberou vážně a považují je za zcela normální projev stárnutí.

K určení diagnózy demence se nejčastěji používá tzv. Mini Mental State Examination, který za pomoci specifických otázek zjišťuje, zda je daná osoba orientována osobou, časem a místem. Tento test má řadu kritiků, protože jeho výsledky mohou být někdy nepřesné a jsou tedy spíše orientační. Přesto patří mezi celosvětově rozšířený a nejčastěji používaný způsob diagnózy demence. Testy zjišťující demenci pak vykonává psycholog, psychiatr či neurolog. Rozsah poškození mozku z důvodu demence se dá zjistit také pomocí CT mozku či magnetickou rezonancí, kdy pomocí těchto technologií lze vidět takzvaná “bílá místa”, tedy dutiny vzniklé ztrátou mozkové tkáně. (Jirák a kol., 2009)

3.3 Specifika komunikace s lidmi s demencí

Ústředním tématem této diplomové práce je metoda validace podle Naomi Feil, která nám mimo jiné nabízí určitý pohled na to, jak můžeme “úspěšně” komunikovat s dezorientovanými lidmi. V této kapitole proto stručně uvedu, jak se na specifika komunikace s lidmi s demencí dívají také jiní autoři. Dále zmíním, proč je komunikace s klienty s demencí tak problematická, a jaké jsou hlavní zásady komunikace s touto cílovou skupinou.

Hauke (2017, s. 70) uvádí, že *“umět komunikovat s osobou s demencí v nejrůznějších situacích patří k základním dovednostem a profesní výbavě pracovníka. Nevhodnou komunikací může pracovník prohloubit problémové chování, ale hlavně vyvolává nepříjemné pnutí a nervozitu na obou stranách, která potom neumožňuje respektující a na člověka zaměřený přístup.”* Mezi základní pravidla komunikace řadí Hauke (2017) především klidné prostředí, přizpůsobení se klientovi a jeho schopnostem, nemluvení o klientovi v jeho přítomnosti ve třetí osobě, využívání neverbální komunikace, zachovávání klidu při rozhovoru, a podobně. Důraz klade také na aktivní naslouchání, jehož základní složky jsou **oceňování, parafrázování, zrcadlení a shrnování**.

Hrozenská a Dvořáčková (2013) uvádějí několik základních zásad při komunikaci se seniory, bez ohledu na to, zda senior má či nemá demenci. Podle nich může mít každý senior důsledkem stáří a různých nemocí v mnoha směrech omezené komunikační schopnosti, na což by měl při komunikaci každý člověk pamatovat. Za podstatné považují přizpůsobení se rytmu daného seniora, umění naslouchat, souznící verbální a neverbální složky komunikace, trpělivost, vnímavost, dostatek času či vytvoření příjemné atmosféry.

Nicméně komunikace se seniorem s demencí má navíc ještě celou řadu dalších specifik, protože tento člověk může být dezorientovaný časem, místem, situací i osobou, má špatnou krátkodobou paměť, často nedokáže udržet pozornost, ztrácí se u něj abstraktní myšlení i logické uvažování, hůře dokáže přijímat a zpracovávat nové informace, nerozumí významu sdělení i některým slovům. (Hauke, 2017)

Komunikaci je však nutné přizpůsobit také tomu, v jaké fázi demence se osoba nachází. Člověk v první fázi onemocnění totiž většinou

dokáže poměrně dobře pochopit význam sdělované zprávy, ale má problém s vyjádřením určitých slov, které často nahrazuje zájmeny či takzvanými "prázdnými slovy". Ve druhé fázi již většinou nemocný není schopen mluvit orientovaně, vytvořit jasnou a smysluplnou větu a jasně předat myšlenku, kterou chce říct, zároveň má však pocit, že mluví zcela srozumitelně a není důvod, proč by mu ostatní neměli rozumět. Při komunikaci většinou přestává chápat především abstraktnější pojmy. A problematické je také prolínání reality s minulostí, kterou již většinou nedokáže odlišit. V poslední fázi demence již řada nemocných nemluví vůbec, omezuje se pouze na vydávání neurčitých zvuků, případně opakované výkřiky, volání a podobně. Stejně tak mnohdy v komunikaci nereagují na slova, proto je u nich důležitá komunikace pomocí dotyků či smyslová aktivizace. (Buijssen, 2006)

V rámci verbální komunikace Buijssen (2006) doporučuje především mluvit stručně a jasně, jinak hrozí, že nemocný člověk nepochopí význam. V případech, kdy se nám dezorientovaný snaží sdělit něco, co nedává smysl, je dobré se zaměřit spíše na jeho pocity, které z daného sdělení vyplývají. Důležité je také mluvit klidně a vyrovnaně. V rámci neverbální komunikace je pak důležitý úsměv, rovný přístup, udržování očního kontaktu a případně zapojení i dalších smyslů.

Hana Vojtová (2018) při komunikaci s dezorientovanými lidmi také zmiňuje metodu takzvané **nenásilné komunikace**, kterou vymyslel americký psycholog Marshall B. Rosenberg a kterou Vojtová (2018) upravila pro potřeby komunikace s lidmi s demencí. Zcela zásadní pro nenásilnou komunikaci (stejně jako pro validaci) je schopnost empatie. *"Základ Rosenbergova modelu vychází z myšlenky, že pro otevřenou komunikaci a finální dohodu s druhými je třeba rozvinout empatii, stavět na empatii a působit empaticky."* (Vojtová, 2018, s. 74)

Nenásilnou komunikaci s dezorientovanými seniory lze použít v případech, kdy se nám senior snaží říct informaci, která je nereálná a nedává nám žádný smysl. V první fázi komunikace pracovník soustředěně pozoruje a poslouchá to, klient říká. Možností je také zopakovat sdělení po něm. Každopádně by se měl vyvarovat jakýchkoliv hodnotících soudů. Ve druhém kroku komunikace se pracovník snaží vyjádřit pocit, který z klientova sdělení vyzníval. A v závěrečném třetím kroku pak vyjadřuje danou potřebu, která z klientova sdělení vyplynula. S tímto poznáním pak pracovník může dále pracovat společně s klientem. Podle Vojtové

(2018) totiž senioři s demencí velmi často svým sdělením skrytě vyjadřují určitou nenaplněnou potřebu – například potřebu lásky, jistoty, bezpečí a podobně.

K tomu, aby pracovník byl schopen s klientem nenásilné komunikace, musí mu trpělivě poskytnout dostatek času k vyjádření a také musí být plně soustředěn na vnímání klientových pocitů.

4 Pobytové sociální služby pro seniory s demencí

Výzkumná část této práce se uskutečnila v domově se zvláštním režimem. Než se pustím do charakteristiky tohoto typu zařízení a jeho personálu, ráda bych stručně představila alespoň některé sociální služby, které mohou čestí senioři a jejich rodiny využívat.

Sociální služby určené seniorům v České republice můžeme podle Dvořáčkové (2013) nejsnadněji rozdělit na **terénní, ambulantní a pobytové**. **Terénní služby** jsou klientům poskytovány přímo v jejich domácnosti a mezi její nejčastější formy patří **pečovatelská služba**. Ta může pomoci například s poskytnutím stravy, s péčí o domácnost a úklidem, s hygienou, ale také s nákupem či doprovodem k lékaři. Další možností je **osobní asistence**, která kromě výše zmiňovaného může poskytnout i aktivizační a vzdělávací činnosti. (Hauke a kol., 2017; Zákon č. 108/2006 Sb.)

Mezi ambulantní služby patří ty, za nimiž klient dochází a které neposkytují ubytování. Pro seniory jsou to **denní stacionáře** (někdy označované také jako domovinky), či **centra denních služeb**, které mají pomáhat především s vyplněním volného času seniorů a aktivizací, nicméně v rámci služby by měly být schopny také třeba poskytnout stravu či podmínky pro osobní hygienu. Obvykle jsou v provozu v běžné denní době v pracovních dnech. (Hauke, 2017)

Mezi **pobytové služby** můžeme řadit **domy s pečovatelskou službou, odlehčovací služby, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem**. V domě s pečovatelskou službou je bydlení uzpůsobeno specifickým potřebám seniorů, rozhodně by tedy mělo být bezbariérové. V tomto typu služby je v domě v určitých hodinách přítomna pečovatelka, která klientovi pomáhá s úkony, které sám nezvládá a nasmlouvá si je s poskytovatelem. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013)

Odlehčovací pobytová služba zajišťuje dočasný pobyt, obvykle maximálně na tři měsíce. Svým klientům kromě ubytování zajišťuje stravu, pomoc s hygienou, pomoc s péčí o vlastní osobu a někdy i aktivizační činnosti. Může být vhodná například v době, kdy pečující osoba jede na dovolenou, je nemocná nebo si prostě potřebuje odpočinout. (Hauke, 2017)

Služba **domov pro seniory** zajišťuje čtyřicetihodinovou péči a je určena lidem, kteří *“již potřebují velmi intenzivní pomoc a péči, kterou již nelze zajistit v domácím prostředí prostřednictvím rodiny nebo jiných sociálních služeb, a to včetně péče zdravotní.”* (Hauke, 2017, s. 257)

Trvalý pobyt s celodenní péčí zajišťuje také **domov se zvláštním režimem**, nicméně ten je primárně určen seniorům s demencí či duševními nemocemi. Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. popisuje domov se zvláštním režimem jako pobytovou službu pro osoby se sníženou soběstačností *“z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.”* (Zákon č. 108/2006 Sb.) Mezi základní okruh činností domova se zvláštním režimem podle zákona patří poskytnutí ubytování a stravy, dále pomoc s osobní hygienou, pomoc při úkonech v péči o sebe sama, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, a také pomoc při uplatňování práv, případně pomoc s vyřizováním osobních záležitostí.

Metoda validace, o níž budu podrobněji mluvit v další části této práce, pochopitelně nespadá mezi základní okruh činností, které by měl svým klientům poskytovat každý domov se zvláštním režimem. Její cílené využívání je tak v českých domovech stále považováno za nadstandardní službu, podobně jako například využívání konceptu bazální stimulace, reminiscenční terapie, smyslové aktivizace, zahradní terapie a celé řady dalších. V zahraničí je však metoda validace při práci se seniory využívána poměrně běžně, protože zlepšuje život nejenom samotným dezorientovaným klientům, ale také zlepšuje pracovní podmínky pro pečující zaměstnance. Naomi Feil navíc doporučuje proškolit touto metodou veškerý personál – tedy nejen personál přímé péče, a sociální a aktivizační pracovníky, ale také pracovníky úklidu, údržbáře, prádelské či kuchařky. (Feil, De Klerk Rubin, 2015)

V závěru této kapitoly o pobytových sociálních službách považuji za důležité zmínit, že umístění seniora do některé z trvalých pobytových

služeb by mělo být až tou poslední variantou, kterou senior a jeho pečující rodina využijí. *“V české společnosti se model poskytování péče nesoběstačným členům rodiny opírá o tradiční pojetí, které předpokládá, že za zajištění potřeb těchto osob je primárně odpovědná rodina, přičemž formální, resp. státní služby bývají využívány až v situaci, kde neformální poskytovatelé chybí či péči nezvládají.”* (Svobodová, 2010 in Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 60) Jinými slovy lze říci, že na pobytové sociální služby jako jsou domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem by se zájemci měli obracet až ve chvíli, kdy nesoběstačnému seniorovi nemohou zajistit potřebnou celodenní péči ani za pomoci terénní pečovatelské služby, osobní asistence či jiné dostupné formy pomoci. Jedním z hlavních důvodů je ten, aby senior zůstal co nejdéle v domácím prostředí, které zná, kde se orientuje a kde se cítí bezpečně.

5 Pracovníci domova se zvláštním režimem

Tato práce se zaměřuje na zkoumání postojů pracovníků v domově se zvláštním režimem k metodě validace podle Naomi Feil. Právě pomáhající pracovníci, kteří validaci ve své práci uplatňují, jsou jedním ze základních pilířů této metody, a jejich postoj k této metodě hraje zásadní roli v tom, zda bude validace seniorovi užitečná či nikoliv. Jak jsem již zmínila, Nomi Feil doporučuje proškolení veškerého personálu organizace. Ve vybraném domově se zvláštním režimem jsou však prozatím ve validaci zaškolováni pouze pomáhající pracovníci. Proto se v této kapitole pokusím blíže představit základní charakteristiky konkrétních pomáhajících profesí v domově se zvláštním režimem. Ještě předtím se však podívám na to, co vlastně ona pomáhající profese znamená.

Podle Géringové (2011, s. 21) *“termín pomáhající profese definuje skupinu povolání, která jsou založena na profesní pomoci druhým lidem. Patří mezi ně například zdravotnické profese, pedagogické profese, profese zaměřené na sociální pomoc a dále také duchovní, psychologové, terapeuti.”* Podobně i psycholog Karel Kopřiva (2016, s. 14) zcela jednoduše charakterizuje pomáhající profese jako ta *“povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem: lékaři, zdravotní sestry, pedagogové, sociální pracovníci, pečovatelky, psychologové. Stejně jako jiná povolání má každá z těchto profesí svou odbornost, tj. sumu vědomostí a dovedností, které je třeba si pro výkon daného povolání osvojit.”*

Otázkou však zůstává, čím se pomáhající profese tak zásadně odlišují od jiných povolání. Podle Kopřivy (2016) je jedním z hlavních faktorů charakterizujících tento druh profese vztah mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem. *“I jiné než pomáhající profese se odehrávají v neustálém kontaktu s lidmi - advokát, manažer, úřednice za přepážkou, holič. Zde však stačí, když se pracovník chová v souladu s konvencí, tj. slušně. Nečeká se od něj osobní vztah.”* (Kopřiva, 2016, s. 15)

V porovnání s ostatními profesemi hraje v těch pomáhajících velkou roli samotná osobnost pomáhajícího. Matoušek (2008) uvádí hned několik potřebných dovedností a předpokladů, které by měl mít každý profesionální pomáhající. Tyto předpoklady mohou pomoci ve vytvoření vzájemného vztahu mezi pracovníkem a klientem. Patří mezi ně **zdatnost a inteligence, přitažlivost, důvěryhodnost a komunikační dovednosti**. Mezi základní faktory dobrých komunikačních dovedností patří dle

Egana (in Matoušek, 2008, s. 53) fyzická přítomnost pracovníka, umět kvalitně naslouchat, být empatický a umět analyzovat klientovy prožitky.

Mezi největší rizika, která provázejí pomáhající profese a může vést i k jejich opuštění, patří pravděpodobně **syndrom vyhoření**. Existují různé důvody pro vznik syndromu vyhoření. Například Kopřiva (2016) uvádí jako nejčastější důvody ztrátu ideálů a smysluplnosti v pomáhající práci, které může být způsobeno příliš vysokým očekáváním, dále workoholismus, a nakonec takzvaný teror příležitostí. Ten vzniká v případech, kdy bývají před pracovníka stavěny stále nové a nové výzvy a příležitosti, které jsou pro něj příliš lákavé a nedokáže je odmítnout. Problém však nastává v době, kdy je těchto příležitostí tak moc, že je přestane zvládat.

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. necharakterizuje přímo termín “pomáhající profese” v domovech pro seniory, nicméně vymezuje okruh pracovníků vykonávajících odbornou činnost. Patří mezi ně **sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci** a případně také další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby.

5.1 Sociální pracovníci

Činnost, kterou vykonává sociální pracovník, může být velmi rozmanitá. Podle Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. je sociální pracovník ten, který *“vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.”*

Již na základě zákona lze vidět, že náplň práce sociálního pracovníka může být skutečně velmi rodílná, a to i v rámci stejných typů zařízení. Role sociálního pracovníka tak v různých domovech se zvláštním režimem může mít zcela jiný charakter. Někdy je zaměřena téměř výhradně administrativně, kdy sociální pracovník například spravuje depozitní účty klientů, stará se o agendu příspěvků na péči nebo třeba eviduje nové

žádosti. Je však diskutabilní, zda určité činnosti skutečně ještě spadají do oblasti sociální práce či nikoliv.

Nicméně podle Papežové (2010) se po změně zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. činnost sociálního pracovníka začala ubírat trochu jiným směrem – sociální pracovníci jsou více v přímém kontaktu s klienty, tvoří individuální plány, mají na starosti různé terapeutické koncepty v organizacích, například validace, reminiscenční terapie, biografie, paliace a podobně. Dále se například mohou starat o dobrovolníky či studentské stáže. Podobně situaci vidí i Hrozenská (in Dvořáčková, 2012, s. 88), která tvrdí, že sociální pracovník by měl pomáhat novým klientům s adaptací na prostředí domova, poskytovat sociální poradenství, *“zabezpečovat seniorům sociálně právní ochranu a psychosociální oporu, zprostředkovávat seniorům kontakty s rodinou i se společenským prostředím, zajišťovat sociálně terapeutické činnosti a pomáhat při uplatňování práv, oprávněných zájmů či při obstarávání osobních záležitostí.”*

S těmito změnami rostou i požadavky na kompetence, schopnosti a kvalifikaci pracovníka. Mezi základní předpoklady sociálního pracovníka podle Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. patří bezúhonnost, svéprávnost a také zdravotní a odborná způsobilost, ve skutečnosti jsou však požadavky na toto povolání mnohem vyšší. *“Sociální práce se nedá redukovat pouze na administraci a sociálně právní kompetence. K profesní identitě sociálního pracovníka náleží práce zaměřená na vztahy a psychosociální kompetence. K této sociální práci patří i práce s životními ztrátami, které vyžadují odbornou sociální podporu. Je proto velmi důležité, aby k profesní výbavě sociálních pracovníků patřily i určité osobnostní předpoklady, jako je vřelost, soucit, empatie, trpělivost a umění naslouchat.”* (Dvořáčková, 2012, s. 88)

5.2 Pracovníci v sociálních službách

Mezi pracovníky v sociálních službách v domovech se zvláštním režimem se podle zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. řadí jednak **pečovatelé v přímé obslužné péči**, ale také takzvaní **aktivizační pracovníci**. Pečovatelé obvykle v domovech se zvláštním režimem svým klientům pomáhají ve zvládnutí běžných denních činností, například zajišťují pomoc s hygienou, mobilitou, se zajištěním či podáváním stravy, oblékáním a obouváním, ale zároveň by na klienty měli působit aktivně a podporovat jejich soběstačnost.

Aktivizační pracovníci obvykle poskytují *“základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti.”* (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Na základě vlastních zkušeností vím, že konkrétní náplň práce pečovatelských i aktivizačních pracovníků se může lehce lišit podle daného zařízení. Někdy se mohou obě pozice prolínat – například aktivizační pracovník kromě zajišťování volnočasových aktivit pomáhá také s podáváním stravy či s hygienou. Jindy však mohou být obě pozice a jejich náplň striktně rozděleny. Pro potřeby této práce však musím podotknout, že validace nepatří mezi *“aktivizační činnosti”*, ale skutečně je to specifická metoda komunikace, kterou při setkání s dezorientovaným člověkem může využívat pracovník na kterékoliv pozici.

5.3 Zdravotničtí pracovníci

Obvykle jsou běžnou součástí týmu domovů se zvláštním režimem zdravotničtí pracovníci, konkrétně pak zdravotní sestry, a domov, ve kterém probíhala výzkumná část této práce není výjimkou. Zdravotní sestry obvykle zodpovídají za péči o zdraví daného klienta, například za dodržování léčebného režimu. Zvláště důležité je to u dezorientovaných klientů, kteří si nepamatují, zda si již svůj lék vzali či nikoliv. Také zdravotní personál domova může být proškolen v metodě validace, kterou může využívat při práci s klienty.

Zdravotní sestry také patří do okruhu pomáhajících pracovníků. V souvislosti se specifiky jejich profese bych ráda zmínila čtyři základní povinnosti podle Etického kodexu Mezinárodní rady sester. Patří mezi ně *“pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je všeobecná. Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou.”* (Malíková, 2011, s. 303)

6 Postoje

Tato diplomová práce si klade za cíl zkoumat postoje pracovníků vybraného domova se zvláštním režimem k metodě validace podle Naomi Feil. Dříve, než přistoupím k analytické části této práce, proto musím vysvětlit, co to postoj vlastně znamená. Řada odborníků pojem postoj definuje rozdílně, proto je obtížné nalézt „univerzální“ definici. Na úvod lze říci, že postoje tvoří jednu ze složek každé osobnosti.

V první řadě se tedy podívám na slovníkové definice tohoto pojmu. Podle *Psychologického slovníku* je postoj *“sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama.”* (Hartl, Hartlová, 2015, s. 442) Norbert Sillamy (2001, s. 155) zase postoj popisuje jako *“způsob bytí v situaci”* a dále jej charakterizuje jako vícevýznamový pojem, který určuje *“orientaci myšlení, naše hluboké sklony, náš vlastní vztah k určitým hodnotám.”* A podobně jako Hartl s Hartlovou (2015) jej definuje jako *“souhrn osobních reakcí na určitý předmět”*. (Sillamy, 2001, s. 155) Hans Kern (2012, s. 250) zase *“postojem rozumí relativně stabilní připravenost jedince reagovat určitým způsobem na osoby, skupiny, situace, způsoby chování, předměty, nebo názory.”*

Gálik (2012) tvrdí, že postoje jsou naučené, mají vliv na naše chování a mají různou valenci i intenzitu. Krom toho udává, že *„postoje jsou hodnocení“* a že *„mít postoj znamená, že jsme něco kategorizovali a přiřadili tomu nějakou hodnotu nebo emoci. Tím pádem už objekt není neutrální.“* (Gálik, 2012, s. 18)

Také Nakonečný (2009a, s. 234) dává postoje do souvislosti s hodnotícím přístupem člověka – postoj vymezuje jako *“hodnotící vztah, předmětem postoje může být cokoliv, může to být bytost, věc, událost, idea.... (...) Postoj tedy vyjadřuje hodnocení objektu subjektem, které se pohybuje v kontinuu, jehož krajní póly tvoří naprosto pozitivní a naprosto negativní vztah, například naprostý souhlas či nesouhlas s určitým výrokem, naprostá přitažlivost nebo odpudivost a podobně.”*

Právě bipolaritu považuje Gálik (2012) za jednu ze základních vlastností postoje. **Bipolarita** jinými slovy znamená, že postoje mají protikladné tendence – například postoj vůči nějakému předmětu může být pozitivní nebo negativní. Stejně tak mají postoje *“vždy určitou **intenzitu**, která může jít od nenávisti k lásce, od lhostejnosti k vášni. Můžeme je tedy uspořádat na stupnicích a dokonce je měřit.”* (Sillamy, 2001, s. 155)

Další významnou charakteristikou postoje je mimo bipolaritu a intenzitu také **ambivalence**. To znamená, že jeden postoj může obsahovat řadu kladných i záporných hodnocení. Jak vysvětluje Gálik (2012, s. 19): *„Každý postoj je založený na součtu všech přesvědčení o daném objektu a na hodnocení těchto přesvědčení. Kombinace přesvědčení a jeho hodnocení dává postoji kvalitu valence a intenzity. Složení postoje z několika přesvědčení a jejich hodnocení způsobuje, že postoj může být ambivalentní.“*

6.1 Vznik postojů

Postoje člověk nemá vrozené, ale vytváří si je v průběhu celého života na základě zkušeností, vzdělání i sociokulturním kontextu. Postoje ovlivňují také sociální vlivy, jako je veřejné mínění, dále sociální kontakty člověka a to, v jaké „sociální bublině“ se pohybuje. (Hartl, Hartlová, 2015)

Podle Hadj-Mousové (2012) dochází k vytváření nového postoje v podstatě vždy, když se setkáme s něčím nebo někým novým a neznámým. *„Největší množství postojů však u jedince vzniká v průběhu první socializace působením rodiny. Tyto postoje jsou také zpravidla nejpevněji zakořeněné a považujeme je za součást struktury osobnosti. Afektivní, hodnotící složka postoje vzniká pravděpodobně nejdříve (zvláště u malých dětí), teprve později se připojuje kognitivní složka, spíše jako racionalizace již existujících hodnocení a emocí.“* (Matějček, 2000, in Hadj-Mousová, 2012, s. 97)

Vágnerová (2004, s. 293) tvrdí, že *“postoje se vytvářejí sociálním učním, přejímáme je od jiných lidí, zejména od těch, kteří jsou pro nás nějak emočně významní nebo jsou považováni v dané oblasti za autoritu.”* Někdy však lidé zaujímají určité postoje především kvůli získání pocitu sounáležitosti s určitou sociální skupinou, což může být třeba rodina, přátelé, kolegové, náboženské společenství a podobně. Další možností, jak si vybudovat určitý postoj, je podle Vágnerové (2004) silný emoční prožitek, osobní zkušenost, která u člověka obvykle vyvolá pozitivní či naopak negativní emoci, podle níž pak zaujme daný postoj.

6.2 Změna postojů

Hartl a Hartlová (2015) uvádějí, že postoje jsou poměrně stálé, nicméně změny v postojích jsou pochopitelně možné. Podle Vágnerové (2004) bývají postoje často až rigidní a jejich změna může být velmi obtížná. Změny mohou nastat například díky vzdělání, učení se a získávání nových informací. Díky tomu může dojít k posilování nebo naopak slábnutí pozitivního či negativního postoje k určitému jevu. Podle Nakonečného (2007) člověk snadněji změní postoj k něčemu, co v jeho životě či přesvědčení nehraje tak zásadní roli. Naopak jen ojediněle se stává takzvaná konverze, kterou popisuje jako *“změnu radikálního postoje v jeho opak, např. religiozity v ateismus. Výrazné změny postoje způsobuje zejména osobní bolestná a šokující zkušenost, trauma.”* (Nakonečný, 2007, s. 37)

Hadj-Moussová (2012) také zdůrazňuje, že ke změně postoje u člověka obvykle nestačí pouhá informace, ale je nutno zapůsobit také na emoční stránku. Nejčastěji tedy člověk ke změně postoje dospěje pomocí silného emočního prožitku. Pokud se totiž nová informace týká jen kognitivní stránky a postrádá emoční náboj, člověk si jej mnohdy ani nezapamatuje.

6.3 Funkce postojů

Postoje v osobnosti člověka mají hned několik funkcí, ne vždy jsou však u jedince vědomé. Podle Vágnerové (2004) nám postoje především **pomáhají orientovat se** ve světě, dále pro lidi tvoří určitou jistotu v rozličných situacích a problémech. Důležitá je podle ní také takzvaná **ochranná funkce** postojů, která nás chrání *“před nepříjemnými pocity, před nejistotou i ztrátou sebeúcty.”* (Vágnerová, 2004, s. 292) To jinými slovy znamená, že zaujmutí negativního postoje vůči někomu, kdo nám ublížil, nám může pomoci v udržení psychické pohody, rovnováhy i sebeúcty.

Nakonečný (2007) mluví o čtyřech základních funkcích – **ekonomické, expresivní, ego-obranné a selektivní funkci.**

Ekonomická funkce nám pomáhá utvářet a orientovat se v hodnotách. Na základě této funkce dokážeme poměrně snadno stanovit, co je dobré a co špatné, co je hezké a co škaredé nebo co se nám hodí a co nikoliv. Hadj-Moussová (2012) tento druh funkce označuje jako **instrumentální.**

Expresivní funkce podle Nakonečného (2007) lidem pomáhá vyjadřovat svá přesvědčení a snižovat vnitřní emoční pnutí.

Ego-obrannou funkci postojů můžeme ztotožnit s funkcí ochrannou, kterou popisuje Vágnerová (2004). Podle Nakonečného (2007, s. 35) nám tato funkce *“slouží k obraně sebepojetí, resp. k udržování vnitřní psychické rovnováhy.”*

Selektivní funkce má souvislost s vnímáním a přijímáním informací – je totiž založena na teorii, že to, co je v souladu s našimi postoji, si dokážeme lépe zapamatovat. Tato funkce se projevuje již při samotném vyhledávání informací. Obecně totiž platí, že máme tendence více vyhledávat ty informace, které jsou v souladu s našimi názory a postoji. (Nakonečný, 2007)

6.4 Složky postojů

„Postoje jsou produktem kognitivních, emočních a behaviorálních procesů a ty se zase kognitivně, emočně a behaviorálně projevují.“ (Hewstone, Stroebe, 2006, s. 285) V souvislosti s touto myšlenkou navazují také klasickým vymezením tří základních postojových složek – **kognitivní (poznávací)**, **emocionální (citová, afektivní)** a **behaviorální (konativní)**. Všechny tři složky jsou vzájemně provázané a tvoří jeden celek, podle Řezáče (1998) však jednotlivé složky mohou být u různých osobností různě silné. Na základě těchto tří dimenzí jsem následně v metodologické části formulovala dílčí výzkumné otázky, proto je nyní představím podrobněji.

Kognitivní složka *„se týká názorů a myšlenek, které osoba má o předmětu postoje.“* (Hayesová, 1998, s. 96) Podobně Hewstone a Stroebe (2006) kognitivní složku popisují jako určité přesvědčení o objektu postoje.

Podle Nakonečného (2009b) do této složky spadají znalosti a vědomosti, tedy vše, co osoba o objektu postoje ví. Pojem znalost pak Hartl a Hartlová (2010, s. 694) charakterizují jako *„systém osvojených poznatků, které jsou důležité zejména pro výkon činnosti člověka.“* Znalosti je možné rozdělit na teoretické a praktické (Hartl, Hartlová, 2010)

Do kognice jako takové pak spadají i všechny druhy poznávání a vědomí, například vnímání, pamatování, uvažování, rozhodování a další. Vnímání je proces získávání informací o svém okolí i o sobě samém, a

podílejí se na něm fyziologické, psychické i sociální faktory. (Hartl, Hartlová, 2010) Podle Vágnerové (2004) se člověk díky vnímání orientuje v prostředí i situaci. Na vnímání mají vliv také naše zkušenosti, zvyklosti, emoce, momentální potřeby, ale také kultura, v níž se člověk pohybuje a v níž vyrostl.

Citová či emocionální složka „se týká toho, co osoba cítí k předmětu postoje, čili emocí či emocionálních reakcí.“ (Hayesová, 1998, s. 96) Hartl a Hartlová (2010) popisují emoce jako hodnotící reakce na určitý podnět, tyto reakce mohou být pozitivní i negativní.

Vágnerová (2004) uvádí, že každý předmět, osoba či situace, o kterých máme informace, v nás vyvolávají také určité emoce a ovlivňují tak náš postoj vůči nim. Právě emoční složka hraje ve tvorbě postojů výraznou roli a určuje, zda zaujmeme pozitivní či negativní postoj. *„Afektivní složka postoje může dost zásadním způsobem ovlivňovat rozumové hodnocení, děje se tak prostřednictvím výběru příslušných podnětů, ale i jejich interpretací či eliminací (vytěsněním). Vede k zaměření na takové informace, které ji budou potvrzovat. Určuje rovněž motivační charakter postoje a z toho vyplývající zaměřenost chování.“* (Vágnerová, 2004, s. 292)

Nakonečný (2009b) tvrdí, že právě emoční složka udává sílu postoje. Velkou roli hraje její subjektivnost. *„Extrémně pozitivní nebo negativní postoje jsou nejsilnější a souvisí s osobností jedince tak, že plní určitou integrační funkci. Emočně silně akcentované postoje, zejména předsudky, mohou být zcela iracionální a mohou být provázeny falešnými informacemi.“* (Nakonečný, 2009b, s. 247)

V literatuře můžeme nalézt různé způsoby dělení emocí. Pro potřeby této práce bych ráda zmínila takzvané základní emoce, které jsou součástí běžných životních situací, a patří mezi ně například libost a ne-libost, radost a smutek, překvapení, strach, zlost, překvapení, láska a důvěra. (Hartl, Hartlová, 2010)

Ekman (2015) popsal celkem šest základních emocí – radost a štěstí, zlost a hněv, smutek, znechucení, strach a překvapení. Překvapení patří mezi vůbec nejkratší emoci, podle Ekmana (2015) její trvání nepřesáhne pár vteřin. Po uplynutí pocitu překvapení se člověk obvykle zorientuje v situaci a poté se u něj mnohdy objeví jiná emoce, v závislosti na tom, co jej překvapilo. Právě časová omezenost patří mezi hlavní vlastnosti překvapení. Druhou vlastností je určitá neutralita této emoce, což znamená, že překvapení může být jak příjemné, tak i nepříjemné. (Ekman, 2015)

Strach patří mezi negativní emoce. „*Všechny spouštěče strachu, téma a varianty strachu charakterizuje hrozící škoda (poškození, ublížení), buď fyzické nebo psychické povahy.*“ (Ekman, 2015, s. 94) Pro každého pak může být spouštěčem strachu něco jiného.

V souvislosti se strachem je nutno zmínit také úzkost. Ta se vyznačuje tím, že člověk cítí strach, ale neví, čeho se bojí. (Stuchlíková, 2002)

Další negativní emocí je znechucení a odpor, případně také pohrdání, které však patří již mezi odvozené emoce. Stuchlíková (2002, s. 156) popisuje znechucení jako „*bezprostřední emoční reakci, která je těsně spojena s vnímáním, tzn. s viděním, cítěním, chutí nebo dotykem.*“ Mezi nejběžnější spouštěče této emoce patří tělní tekutiny či výměšky, například zvratky, hleny, výkaly a podobně. Znechucení a odpor však vyvolává i setkání s amorálním chováním, ale například také pohled na nemocného či znetvořeného člověka. (Ekman, 2015)

Smutek patří mezi negativní emoci, při níž člověk pociťuje sklíčenost, neštěstí, trápení, soužení a podobně. Obvykle jej vyvolává ztráta či její pouhá představa. (Vágnerová, 2004) Za ztrátu lze označit ztrátu blízké a milované osoby, ale třeba i ztrátu úcty, sebedůvěry, zdraví a mnoho dalších. (Ekman, 2015) Mezi základní „smuteční“ emoce Stuchlíková (2002) považuje sklíčenost, zármutek a osamělost. Patologický smutek se označuje jako deprese.

Zlost či hněv je negativní emocí, která může disponovat různou intenzitou, například pouze lehkou podrážděností, nebo naopak zuřivým vztekem. Dále mezi zlostné emoce patří například pohoršení, trucování, rozhořčení, nenávist. (Ekman, 2015) „*Hněv bývá vzbuzen jako reakce na specifický, nežádoucí útok v nejširším slova smyslu. Jednání druhého hodnotíme jako nespravedlivé a zhoršující naše postavení.*“ (Stuchlíková, 2002, s. 141) Důvody, které u lidí vyvolávají hněv, mohou být různé. Stuchlíková (2002) uvádí například bezohledné a nevychované jednání, ale také třeba projevení nesouhlasu s našim názorem a podobně. Ekman (2015) uvádí, že ke hněvu často vede frustrace a omezení v tom, co chceme dělat.

Dosud jsem shrnula neutrální a negativní emoce. Nyní se podívám na radost a štěstí jako na pozitivní druh emocí.

Vágnerová (2004) radost popisuje jako pociťování příjemného stavu, který většinou nastává po uspokojení potřeb. Štěstí „*se projevuje prožitkem radosti, subjektivní pohody a uspokojení. Jde o optimální emoční stav, který ovšem nelze udržet dlouho, zejména v jeho intenzivní podobě.*“ (Vágnerová, 2004, s. 151)

Ekman (2015) považuje pojmy štěstí nebo radost za velmi obecné. Proto popisuje mnoho dalších pozitivních emocí, například pobavení, vzrušení, spokojenost, úleva, úžas, blaženost či vděčnost. Právě pozitivní emoce jsou podle Ekmana (2015) hlavní motivací v životě a konání jedince.

Poslední složkou postojů je složka **konativní či behaviorální**, která zahrnuje *„jednání směřující k objektu postoje a úmysl se takto chovat.“* (Hewstone a Stroebe, 2006, s. 284) Jedná se tedy o vnější projev postoje, konkrétně typické reakce a konání jedince (Vágnerová, 2004)

Postoje jsou dlouhodobě předmětem různých výzkumů a jedním z důvodů je ten, že podle řady teorií mají vliv na chování a jednání člověka. Hewstone a Stroebe (2006) to popisují tak, že lidé obvykle jednají v souladu se svými postoji. Také Výrost a Slaměník (2019, s. 101) tvrdí, že *“...poznání postojů umožňuje zformulovat víceméně platné předpoklady o směrech budoucího chování jeho nositele.”*

Z tohoto tvrzení vyplývá, že na behaviorální složku postoje ovlivňuje kognitivní i emocionální složka. Právě touto problematikou se zabývala celá řada výzkumníků, nicméně *„obecně lze říci, že postoje determinují způsob jednání, respektive jsou konzistentní se způsoby jednání, pokud to situace dovoluje.“* (Nakonečný, 2009b, s. 242) Nakonečný však upozorňuje, že také jednání může ovlivnit kognitivní a emoční složku postoje. Například Myers (in Nakonečný, 2009b, s. 244) tvrdí, že chování i postoje se ovlivňují vzájemně a popisuje to tak, že *„myšlení nás přivádí k akci, ale také akce nás přivádí k myšlení.“*

7 Validace podle Naomi Feil

Validace je specifická metoda komunikace se starými dezorientovanými lidmi. Byla vytvořena americkou gerontologickou sociální pracovnící Naomi Feil a je určena především seniorům starším osmdesáti let, kteří trpí demencí u Alzheimerovy choroby, případně poruchami orientace. (Hauke, 2017)

Výraz validace pochází z latinského *“validus”*, což v překladu *“znamená potvrzení člověka, uznání jeho hodnoty.”* (Nentvichová Novotná, Janěčková, 2016, s. 24) Samotná autorka Naomi Feil uvádí, že *“validovat někoho znamená přijmout jeho emoce, říct mu, že jeho emoce jsou pravdivé.”* (Feil, de Klerk Rubin, 2015, s. 13) Vychází ze svých zkušeností s prací s velmi starými a dezorientovanými lidmi, kdy zjistila, že snaha orientovat tyto klienty v realitě přináší spíše negativní efekt.

Mezi základní prvky validace patří úcta, respekt a empatie validujícího vůči dezorientovanému seniorovi, podstatnou roli však v tomto vztahu hraje také důvěra. Podle Feil (1993, s. 24–25) tito velmi staří lidé svou dezorientací *“zápasí o vyřešení nedokončených záležitostí předtím, než zemřou. Validace přináší způsob klasifikace projevů chování těchto dezorientovaných starých lidí a nabízí jednoduché praktické techniky, které jim pomáhají obnovit důstojnost a vyhnout se úpadku do vegetativního stavu. Validace poskytuje dezorientovaným velmi starým lidem empatického posluchače, který je neposuzuje, ale přijímá jejich pohled na realitu.”*

Validace stojí na jedenácti základních principech: (Feil, de Klerk Rubin, 2015)

- Každý člověk je jedinečný a je třeba k němu přistupovat individuálně.
- I starý dezorientovaný člověk má svou hodnotu a je nutné jej akceptovat takového, jaký je, beze snahy jej měnit.
- Empatické naslouchání buduje důvěru, redukuje úzkost a navrácí důstojnost.
- Pokud jsou bolestivé pocity vyjádřeny, akceptovány a validovány, stávají se slabšími. Naopak bolestivé emoce, které jsou ignorovány a potlačovány, sílí.
- Pro chování dezorientovaných velmi starých lidí existuje vždy nějaký důvod.

- Chování dezorientovaných velmi starých lidí může být způsobeno snahou o uspokojení základních lidských potřeb.
- Při selhávání verbálních schopností a krátkodobé paměti se vrací dříve naučené vzorce chování.
- Osobní symboly používané v současnosti pro dezorientovaného člověka představují osoby, předměty, vzpomínky či koncepty z minulosti a jsou nabitě určitou emocí.
- Dezorientovaní velmi staří lidé žijí na různých úrovních vědomí, mnohdy ve stejném čase.
- Po oslabení pěti základních smyslů senior místo nich začne využívat své “vnitřní vnímání.” Slyší zvuky z minulosti a vidí svým “vnitřním okem.”
- *“Události a dojmy (emoce, barvy, zvuky, vůně, chutě, obrazy) ze současnosti spouštějí pocity, které se prolínají s těmi z minulosti. Staří lidé reagují v současnosti jako tenkrát.”* (Nentvichová Novotná, Janečková, 2016, s. 26)

7.1 Počátky metody

Naomi Feil se práci se seniory věnovala v podstatě celý život. I dětství prožila obklopena starými lidmi, protože její otec byl ředitelem domova pro seniory v Clevelandu a matka zde pracovala jako vedoucí sociálního oddělení. Po studiu sociální práce na Kolumbijské univerzitě v New Yorku se i Naomi Feil rozhodla pro práci se seniory. Jak již bylo naznačeno, v počátcích se snažila zlepšovat stav dezorientovaných seniorů pomocí konceptu “orientace v realitě”, nicméně po získání určité zkušenosti zjistila, že tento způsob práce nepřináší kýžený efekt – dezorientovaní senioři se totiž po konfrontaci s realitou buď uzavřeli ještě více do sebe a svého světa, případně začali projevovat agresí či nepřátelské postoje vůči svému okolí. Naomi Feil proto začala v šedesátých letech minulého století rozvíjet novou metodu – validaci – kterou oficiálně představila o dvacet let později svou první publikací na toto téma. V průběhu let pak vydala několik dalších publikací, které byly přeloženy do mnoha jazyků. Později navíc založila Validation Training Institute, jehož je stále výkonnou ředitelkou. Naomi Feil je i přes svůj vysoký věk stále činná – i v dnešní době cestuje po celém světě a přednáší o metodě validace. (Nentvichová Novotná, Janečková, 2016)

7.2 Cíle validace

Validace má řadu cílů, kterých se snaží dosáhnout. Mezi ty nejdůležitější řadí Naomi Feil (2015) zvyšování sebevědomí, znovunabytí pocitu sebehodnoty a důstojnosti u dezorientovaných seniorů, snižování stresu a úzkostných situací, a to především pomocí uvolňování dosud potlačovaných emocí. Validace by měla pomoci starému dezorientovanému člověku vyrovnat se se svým životem, prožitými traumaty a konflikty, a pomoci mu zemřít smířený. Velmi podstatné je však uvědomění, že *“cílem validace není zlepšovat zdravotní stav velmi starých dezorientovaných lidí. Jde spíše o to, aby se změnil přístup pečujících osob, aby se dokázaly vcítit do osobní reality dezorientované osoby a přizpůsobily tomu své chování a jednání.”* (Procházková, 2012, s. 12) Validace by tedy pečujícím osobám o staré dezorientované lidi měla pomoci umět se do nich vcítit a pochopit jejich mnohdy naprosto nesrozumitelné chování. Neformálním i profesionálním pečujícím tak může pomoci vyhnout se nepříjemným i stresovým situacím při komunikaci s dezorientovaným člověkem, a naopak může podpořit v budování či znovuoobnovení vzájemných vztahů. (Feil, de Klerk Rubin, 2015)

Pečujícím osobám může validace znovu dodat potřebnou sílu, energii i radost z práce se zmatenými seniory. Krom toho může být i určitou prevencí syndromu vyhoření.

Při využívání validace je však bezpodmínečně nutné si uvědomit, že její výsledky se nedostaví hned. První pokroky ve stavu klienta se někdy mohou zdát téměř neviditelné, proto je pro pečující osoby dobré zaměřit se i na detaily a nemít přílišná očekávání. *“Validace nepatří k metodám, které se dají používat v intervenci jednorázově a přinesou očekávaný efekt. Jde o filozofii vnímání lidí s demencí.”* (Hauke, 2017, s. 87)

Pozitivních změn, které validace seniorovi může přinést, je však celá řada, a mohou mít fyzický i psychický charakter. Naomi Feil (2015) mluví například o vzpřímenějším sedu, otevřených očích, silnější sebekontrolé, zlepšení chůze a někdy i fyzické zdatnosti. Zlepšuje se úroveň verbální i neverbální komunikace, snižuje se tendence k opakovaným pohybům, křiku, zuřivosti a agresi. Validovaní lidé nemají tendence se tolik uzavírat do svého světa, cítí se více uvolněně a “v pohodě”, může se i vrátit smysl pro humor.

7.3 Cílová skupina validace

Autorka konceptu Naomi Feil (2015) doporučuje využití validace u lidí s pozdním nástupem demence u Alzheimerovy choroby, případně u starých lidí s výraznými poruchami orientace. Sama pro tuto cílovou skupinu využívá označení **velmi staří dezorientovaní lidé**. Podle Feil totiž může mít dezorientace u starých lidí různé příčiny. *“U teorie validace je dezorientace chápána jako neschopnost člověka zpracovat narůstající tělesné, sociální a psychologické ztráty, které jsou podmíněné věkem. Tato neschopnost vede k izolaci, člověk se stahuje do sebe a do minulosti. Minulost se stává důležitější než přítomnost.”* (Procházková, 2012, s. 12)

Tito dezorientovaní velmi staří lidé se návratem do minulosti snaží buď znovu oživit a prožívat příjemné zážitky, nebo se naopak snaží vyrovnat či zpracovat dříve prožité konflikty. Podle Feil (2015) pro ně uchýlení do minulosti znamená jedinou možnost, jak se vyrovnat s nesnesitelnou realitou, stářím a s ubývajícími schopnostmi, a validující osoba by měla toto jednání klienta akceptovat. Jak již bylo zmíněno, snažit se konfrontovat starého dezorientovaného člověka s realitou totiž nepřináší pozitivní výsledky. Kvalitní validační terapie by naopak měla dezorientovanému klientovi pomoci při uvolnění dříve potlačených traumatických událostí, zážitků a zmírnit tak jeho úzkostné stavy či situace, které jej právě na základě minulých vzpomínek stresují. Díky tomuto způsobu práce s emocemi se pak člověk dokáže vyrovnat s minulými traumaty a zemřít smířený.

Podle Naomi Feil (2015) by validace měla být uplatňována u dezorientovaných seniorů, nikoliv však u seniorů s psychiatrickou diagnózou a těch, jejichž dezorientace má původ v tělesném onemocnění. Stejně tak validaci nedoporučuje u lidí s Alzheimerovou chorobou s brzkým nástupem. Jejich chování a projevy dezorientace jsou totiž podle ní odlišné od velmi starých dezorientovaných lidí, kteří se uzavírají do svého světa a v myšlenkách se vrací do minulosti, kdy byli mladí, zdraví a potřební. U lidí s Alzheimerovou chorobou s brzkým nástupem se i přes uplatňování validace projevy demence stále prohlubují a jejich upadání až do čtvrté fáze dezorientace – takzvaného vegetování – se touto metodou nedá zabránit.

Již dříve v této práci jsem popsala základní charakteristiky o onemocnění demencí, včetně základních stádií demence. V rámci validace bych však ráda upozornila na to, že Naomi Feil zformovala vlastní teorii

o tom, jakým způsobem se u velmi starých lidí projevuje demence. Dezorientaci u nich rozčlenila do čtyř fází, které popíšu v následující podkapitole.

7.4 Fáze dezorientace u seniorů podle Naomi Feil

Naomi Feil popsala čtyři základní stadia, kterými si procházejí lidé s diagnózou demence, a v každém z nich se objevují typické fyzické a psychologické charakteristiky. Je však důležité poznamenat, že *“všechny čtyři stadia dezorientace souvisí s minulostí. Starý člověk má potřebu vyjádřit nevyjádřené negativní pocity z minulosti. Terapeut nepovažuje tyto projevy za výplod obrazotvornosti, ale snaží se zmírňovat bolest, kterou dávnné konflikty způsobují.”* (Tavel, 2006, s. 187) Je velmi důležité, aby člověk, který pracuje se seniory s demencí a snaží se uplatňovat metodu validace, dokázal dobře rozpoznat, v jaké fázi se dezorientovaný člověk nachází a na základě toho vybíral správné validační techniky.

V první fázi, která se nazývá obdobím **“částečné orientace a nešťastného rozpoložení”**, se tedy obvykle senior snaží vyjádřit všechny nebo alespoň některé negativní pocity z minulosti. (Fertaľová a kol., 2017) Již podle označení tohoto období můžeme vyvodit, že senioři v této fázi jsou ještě poměrně orientovaní – časem, místem, osobou i situací. Kognitivní funkce pracují správně, ale v případě občasných selhání jej senioři obvykle popírají, popřípadě se jej snaží skrývat před okolím. (Hauke, 2017)

Základní charakteristikou první fáze je vyrovnávání se seniora se ztrátou určitých schopností, fyzických i sociálních, které jsou spojeny právě se stárnutím a případně také s odchodem do domova pro seniory. (Fertaľová a kol., 2017) Tyto ztráty mohou u seniora vyvolat vzpomínky na ztráty, které prožil někdy v minulosti a stres z nich nezpracoval, ale pouze potlačil. Nyní však tyto problematické minulé zkušenosti potřebuje vyřešit.

Jak uvádí Hauke (2017), ztrátu schopností si starý člověk obvykle snaží nahrazovat shromažďováním všemožných věcí. Poměrně typické jsou stížnosti seniora *“na všechno a na všechny”*, zloba na personál či pečující osobu kvůli triviálním záležitostem, obviňování druhých, ale někdy se objevuje i agrese. Tyto emoce však většinou vycházejí z nespokojenosti a z neschopnosti smířit se se svou aktuální situací. *“Rozdíl mezi*

osobou v I. fázi a osobou fyziologicky stárnoucí je ten, že fyziologicky stárnoucí osoba svůj osud přijala, vyrovnala se s ním, napříč všem omezením se dokáže těšit, reaguje pružně na změny, má smysl pro humor, dokáže přiznat své selhání a dokáže požádat o pomoc bez studu.” (Hauke, 2017, s. 94)

Pro seniory ve druhém stadiu demence je typická **“dezorientace v čase”**. Tito lidé se nedokázali vyrovnat se ztrátami probíhajícími v první fázi, a tak stále více utíkají z “kruté reality” do vlastního světa. *“Minulost prožívají jako realitu, osoba v této fázi například nazývá svého syna otcem, pečovatelku sestrou, panenka se stává dítětem. Jsou to však symboly, které osoba používá k vyjádření a zpracování svých emocí a potřeb.” (Hauke, 2017, s. 94)*

Osoby v této fázi mají již výrazně zhoršenou krátkodobou paměť, na druhou stranu si však dokáží vzpomenout na situace, události a zážitky z dávnější minulosti. *“Vrací se do minulosti, aby překonal nudu a přítomnost chudobnou na události. Prožívá známé scény z minulosti, které se snaží řešit.” (Tavel, 2006, s. 188)*

Senior v této fázi potřebuje cítit, že je někým milován, chce být prospěšný či přínosný pro okolí a přeje si, aby mu někdo naslouchal. Bojí se samoty. Pokud některé z jeho potřeb nejsou naplněny hned, projevuje se křikem či jinými výraznými projevy nespokojenosti. (Hauke, 2017)

Pečující osoba musí se seniorem ve druhé fázi komunikovat zřetelně a především ve fyzické blízkosti, v opačném případě si senior člověka nevšimne nebo nepochopí, že pečující mluví na něj. Velmi důležité je, aby pečující osoba seniorovi nevyvracela jeho pravdu, nevysvětlovala situaci a neuváděla jej neustále do reality, ale naopak se snažila pochopit individuální situaci seniora a jeho potřeby i emoce. (Hauke, 2017)

Podle Naomi Feil se do třetího stadia demence dostanou ti senioři, jejichž nezpracované emoce nejsou validovány. Fáze je označována jako **“fáze opakujících se pohybů”**, a to z toho důvodu, že u těchto seniorů bývá problematická verbální komunikace a schopnost vyjádřit se, proto komunikaci nahrazují opakujícími se pohyby a zvuky. (Fertal'ová, 2017) Senior nacházející se v tomto stadiu žije “ve svém světě” a vrací se k nezpracovaným událostem a konfliktům do dětství či předchozích období. Pomocí opakujících se pohybů či zvuků se snaží uspokojit určité nenaplněné potřeby – například láska, bezpečí, užitečnost a podobně. Někteří

senioři jsou stále poměrně fyzicky zdatní a mnozí z nich mají ve zvyku přenášet věci z místa na místo, což také může symbolizovat určité potřeby. (Hauke, 2017)

Od pečujících osob je v této fázi vyžadována skutečná empatie a také fyzická blízkost nemocnému člověku, aby byla možnost navázání vztahu. Právě důvěrný a opravdový vztah blízké osoby může seniorovi pomoci, aby se nedostal do čtvrté fáze dezorientace.

Čtvrtou a poslední fázi označuje Naomi Feil jako **“vegetování”**. V tomto období se ocitají senioři, kterým schází stimulace a podněty z okolí, případně mají nadměru medikace. Tito lidé mají již obvykle zavřené oči, nehýbou se, nemluví ani nevydávají žádné zvuky. Obvykle již nedokáží poznat ani své příbuzné a není jisté, do jaké míry vnímají podněty a informace kolem sebe. (Fertal'ová, 2017) Do tohoto stadia se tedy dostane ta osoba, která *“se vzdala možnosti zpracovat svůj život. Ztratí energii a úsilí i proto, že vnější okolí neposkytuje prostor na vzájemné sdílení.”* (Hauke, 2017, s. 96)

7.5 Tři pilíře validace

Jak uvádí Nentvichová Novotná (2016, s. 25), validace *“stojí na třech na sobě závislých pilířích.”* Prvním z nich je **postoj validující osoby**. *“Metoda validační terapie je považována za vysokou morální podporu a formu pomoci, jakou seniorovi se syndromem demence můžeme poskytnout. Avšak odrazovým můstkem pro její poskytování musí být ochota pracovníků přijmout úplně jiný pohled na řešení této problematiky, snažit se pochopit správnou příčinu chování dezorientovaných seniorů, a také snaha a důslednost při používání nových forem přístupu ke klientovi nebo pacientovi.”* (Sukupová, 2013 in Fertal'ová a kol., 2017, s. 167) Již na základě této citace si můžeme uvědomit, že osoba validátora je základním prvkem celé metody, a právě jeho přístup a jednání se seniorem jsou klíčové pro to, zda bude či nebude úspěšná. Naprosto zásadní je schopnost empatie. Validující se skutečně musí umět *“vžít”* do pocitů a prožívání dezorientovaného seniora a především jej nehodnotit. Musí umět přijmout jej takového, jaký je, a nesnažit se jej měnit.

Dalším důležitým prvkem je upřímnost a opravdovost validátora. *“Takové jednání validujícího vytváří atmosféru jistoty a důvěry, která na-*

pomáhá seniorovi lépe vyjadřovat své pocity, senior je více motivován komunikovat, může být redukován jeho stres a strach.” (Nentvichová Novotná, Janečková, 2016, s. 25)

Druhým základním pilířem validace je **teoretický základ**. Při tvorbě metody validace vycházela Naomi Feil pochopitelně z vlastních zkušeností s prací s dezorientovanými seniory. Praktickou zkušenost však propojila s celou řadou teorií, na nichž pak validaci postavila. Mezi autory, z nichž Feil vychází, patří například Carl Gustav Jung, Sigmund Freud, Carl Rogers či Jean Piaget. Velmi důležitou roli ve validaci však hraje také **pyramida potřeb Abrahama Maslowa** a dále **teorie o vývojových stádiích od Erika Eriksona**. (Nentvichová Novotná, Janečková, 2016) Tyto teorie a jejich roli ve validaci se nyní pokusím stručně vysvětlit.

Takzvanou Maslowovu pyramidu potřeb jsem již zmiňovala v kapitole o potřebách seniorů. Tuto pyramidu potřeb Maslow vytvořil již v roce 1943 a definoval zde pět základních potřeb člověka, jejichž naplnění jej motivují k určitému jednání. Patří do ní fyziologické potřeby, potřeba bezpečí a jistoty, lásky a sounáležitosti, úcty a seberealizace. Podle Naomi Feil (2015) se dá tato Maslowova pyramida potřeb z velké části uplatnit také na situaci starých dezorientovaných lidí. Jde o to, že mnohdy bizarní chování zmateného člověka může být pouze snahou o naplnění některé z potřeb. Mezi základní potřeby starých dezorientovaných lidí zařadila následující:

- zpracování nevyřešených životních úloh pro klidné umírání
- v pokoji žít
- potřeba znovu získat rovnováhu po oslabení zraku, sluchu, mobility a paměti
- potřeba dát smysl nesnesitelné realitě, nalezení místa, kde se bude cítit šťastně a kde budou rodinné vztahy
- potřeba uznání, statusu, identity a sebehodnoty
- potřeba být užitečný
- potřeba někam patřit a být respektovaný
- potřeba vyjadřovat své emoce a být poslouchán
- potřeba cítit se milovaný a v bezpečí
- potřeba pocitu starostlivosti, bezpečí a jistoty

- potřeba smyslové stimulace, včetně sexuálního projevu
- potřeba redukce bolesti a komplikací
(Feil, de Klerk Rubin, 2015, s. 23–24)

Feil (2015) tvrdí, že pokud validující pochopí danou potřebu člověka, dokáže lépe pochopit i jeho jednání, a především se do něj vcítit. Pokud své pochopení dokáže před dezorientovaným člověkem projevit, může mu pomoci cítit se uznaný a přijatý.

Druhou zásadní teorií, na níž je z velké části založena validace, je Eriksonova vývojová teorie. Erik Erikson rozdělil psychologický vývoj jedince do osmi etap – kojenec, rané dětství, věk hry, školní věk, adolescence, mladá dospělost, dospělost a nakonec stáří. Podstatné je, že podle Eriksona každé období přináší určitou úlohu - “psychosociální krizi”, s níž by se jedinec měl vypořádat. Například kojenec by si měl vybudovat důvěru ve svět, adolescent hledá vlastní identitu a starý člověk by měl zase integrovat své já.

Naomi Feil (2015) však k Eriksonovým osmi etapám přidala ještě devátou, kterou nazvala **vysoké stáří**. A hlavní úlohou tohoto období je podle ní zpracování minulosti a všech nezpracovaných úkolů z předchozích etap. *“Jedna životní úloha je zřídka zcela uzavřená dřív, než přijde následující. Musíme se vždy vracet zpět a zdvihnout “ztracené stéblo trávy.”* *Nevyřešená úloha nás trápí a pronásleduje až do vysokého věku. Pokud i přesto stále popíráme její existenci a nezaobíráme se jí, úloha na nás čeká tak dlouho, dokud nezačneme ztrácet sebekontrolu.”* (Feil, de Klerk Rubin, 2015, s. 33) Jinými slovy, pokud se jedinci v období vysokého stáří daří postupně zpracovávat minulé životní úlohy, což se může dít právě pomocí validace, dostane se mu základní síly, což je síla zemřít smířený a v pokoji. Pokud však daná osoba není validovaná, nadále úlohy ignoruje a popírá své emoce, pravděpodobně se bude stále hlouběji propadat do stavu dezorientace a může skončit až v posledním stádiu vegetace. (Feil, de Klerk Rubin, 2015)

7.6 Techniky validace (3. pilíř validace)

Třetí a neméně důležitý pilíř validace tvoří její techniky. Je dobré vědět, že jejich pochopení a využívání není nijak zvlášť složité. Validující osoba nemusí být terapeutem a nepotřebuje ani vysokoškolské vzdělání. Stačí

pouze zájem o tuto metodu, a především pak schopnost empatie, respekt a akceptaci cílové skupiny dezorientovaných seniorů. (Feil, 1993) Validační techniky jsou totiž z velké části založeny na specifickém způsobu komunikace s dezorientovaným člověkem a umění adekvátně reagovat na jeho jednání. Díky tomu může být validace použitelná mezi širokou vrstvou lidí – od ošetřujícího personálu v různých typech služeb až po domácí neformální pečující. Podle Feil (1993, s. 31) navíc validační techniky nejsou náročné ani časově - *“nevyžadují více než osm minut denně upřímného, neposuzujícího a empatického naslouchání.”*

Pro každou fázi dezorientace, ve které se klient nachází, je většinou vhodné používat rozdílné validační techniky, i když existují i techniky, které je nutno použít při každé validaci u jakéhokoliv stádia. Z těchto důvodů je tedy velmi důležité, aby validující byl schopen rozpoznat, v jaké fázi se klient nachází a na základě toho využít vhodnou techniku. Kromě toho je dobré, aby o klientovi věděl co nejvíce informací z jeho minulosti, a především aby byla validace u klienta prováděna pravidelně. (Feil, de Klerk Rubin, 2015)

Validační techniky mohou být verbální i neverbální, s tím, že verbální techniky jsou nejčastěji vhodné pro osoby v první fázi dezorientace. Zcela základní technikou je takzvané **“centrování”**, což je technika, která předchází každé validaci. Centrování je zaměřeno na validující osobu a slouží k tomu, aby se oprostila od vlastních pocitů a plně se dokázala soustředit na klienta a danou situaci. Jen díky tomu je totiž validující schopen empaticky naslouchat. (Fertal'ová a kol., 2017) Tato technika podle Feil (1993) zabere zhruba tři minuty a provádí se nejčastěji pomoci soustředěného nadechování a vydechování.

Další techniku Feil (1993) označuje jako **“budování důvěry neohrožujícími, faktickými slovy.”** Jejím principem je kladení jasných a srozumitelných otázek, které jsou zaměřeny na **“Kdy? Kdo? Co? Kde? Jak?”**. Tato technika je verbální a je určena především pro klienty v první fázi dezorientace, kteří *“se nezajímají o porozumění tomu, proč se chovají tak, jak se chovají. Jsou-li konfrontováni se svými pocity, stáhnou se. Chce – li pečovatel účinně komunikovat, musí se vyvarovat kladení otázek, které je nutí reflektovat jejich emoce. ... Pečovatelé by se starších dezorientovaných*

lidí neměli ptát, proč se něco stalo nebo proč udělali to, co udělali.” (Feil, 1993, s. 32)

Mezi verbální techniky se řadí také **“přeformulování”**. Tato technika je založena na opakování klíčových slov. Přeformulování vět se správným opakováním klíčových slov pro dezorientovaného člověka znamená, že byl vyslyšen a především pochopen. Tím u něj roste jistota i důvěra. Důležité je však nejenom správné opakování, ale také podobné naladění hlasu a tempa řeči jako u validované osoby. (Hauke, 2017)

“Použití polarity” může být další technika, kterou lze ve validaci použít. V rámci této techniky *“daného člověka požádáme, aby si vzpomněl na nejkrajnější příklad toho, na co si stěžuje. Když validovaný člověk vzpomíná na nejhorší případ, vyjadřuje své pocity plněji a dosahuje tak určité úlevy.”* (Feil, 1993, s. 33)

Cílem techniky **“představit si opak”** je pomoci klientovi vzpomenout si na řešení určité situace z minulosti. Použití této techniky je vhodné až v době, kdy je mezi validujícím a validovaným vytvořena důvěra. Jak již název napovídá, v rámci této techniky se validující osoba snaží u validovaného vyvolat zcela opačnou představu dané situace. Například když si klient stále stěžuje na hnusné jídlo a neschopného kuchaře, validující se zeptá, jestli někdy kuchař uvaří i chutně. (Hauke, 2017)

Technika **“představit si opak”** by se měla používat společně s technikou **“vzpomínání”**. Ta je také verbální a vhodná především pro osoby v první fázi dezorientace, a podobně jako předchozí technika pomáhá vzpomenout si na dřívější metody řešení potíží. To může pomoci při překonávání aktuálních problémů a také k uvolnění emocí. (Feil, 1993)

“Technika oslovení dominantního smyslového orgánu” vychází z teorie, že každý člověk má smysl, který ve vnímání a přijímání informací upřednostňuje nad ostatními smysly. Pokud se validující osobě podaří tento primární smysl odhalit u dezorientovaného starého člověka, může mu to výrazně pomoci přizpůsobit se komunikaci s ním. Svými otázkami se pak může zaměřovat na *“vizuální slova, jako například: Jak to vypadalo? Co jste tam viděli? auditivní (sluchová) slova: Jak to znělo? Bylo to*

hlasité? Slyšíte to vždy? kinestetické (pohybové, hmatové): Jaké to je? Kde to nejvíc cítíte?" (Hauke, 2017, s. 100)

Kromě verbálních technik jsou ve validaci neméně důležité také ty **neverbální**. Běžně se používá takzvaný **"trojdotyk"**, který zahrnuje práci s hlasem, fyzické dotyky rukou a oční kontakt mezi validujícím a validovaným.

Technika **"udržování upřímného blízkého očního kontaktu"** pomáhá navázat vztah, budovat důvěru a u klienta vytváří pocit bezpečí. Dále je důležité **"nastavení hlasu"** - tedy *"hovořit s klientem jasně, jemně a laskavě. Takový hlas může vyvolat vzpomínku na blízké osoby. Ostrý a vysoko posazený hlas může vyvolat stáhnutí nebo hněv."* (Hauke, 2017, s. 100)

Další technikou je **"technika zakotvených dotyků"**, která se rozděluje na běžné a zakotvené dotyky. Mezi běžné dotyky se řadí ty, které se používají v každodenní komunikaci, například podání ruky a podobně. Správné použití zakotveného dotyku – tedy dotýkání se konkrétního místa, nejčastěji na tváři klienta – však u klienta dokáže vyvolat například vzpomínku na blízkou osobu – matku, otce, manžela, ale i domácího mazlíčka. Určitý zakotvený dotyk si totiž člověk spojuje s pozitivními zážitky z minulosti, při jejich použití během validace tak lze u klienta vyvolat libé pocity, navodit pocit jistoty i bezpečí. Specifickým použitím dotyků si tak klient může vybavit dotyky své matky, otce, ale i doby, kdy se staral o domácí zvířata na své farmě. (Hauke, 2017)

Technika **"zrcadlení"** je založena na snaze validujícího opakovat a napodobovat pohyby, emoce i dýchání validovaného. Zrcadlení dezorientované osoby může pomoci k pochopení jeho emocí, bizarního chování a slouží k vybudování důvěry. (Fertal'ová, 2017)

Pro pochopení bizarního chování lidí, nejčastěji ve druhé či třetí fázi dezorientace, slouží technika **"spojování chování s nenaplněnými lidskými potřebami"**. Je důležité si uvědomit, že například neustálé opakování určitých pohybů, klepání, křičení může mít původ v některé z nenaplněných základních lidských potřeb. Jak uvádí Feil (1993, s. 37), *"většina lidí potřebuje, aby je někdo miloval a pečoval o ně, potřebují být aktivní a angažovaní a potřebují vyjádřit své hluboké city někomu, kdo jim s empatií naslouchá. ...Když velmi staří lidé buší nebo přecházejí sem a tam nebo se*

třou nebo se pleskají, spojí si validující pečovatel toto chování s jednou ze tří lidských potřeb – láskou, užitečností (obnovení pohybů spojených s prací) nebo potřebou vyjádřit nezhojené emoce.”

V případech, kdy je klient například ve třetí fázi demence a je zcela nekomunikující, dobrou technikou může být také **“využití hudby”**. Pomocí zpívání jemu známých písní a melodií se mu mohou vybavit pozitivní vzpomínky, určité písně navíc mohou vyvolat pocit bezpečí, lásky či jistoty. (Feil, de Klerk Rubin, 2015)

7.7 Validace a sociální práce

V této kapitole bych ráda zmínila několik přístupů sociální práce, ze kterých metoda validace vychází, případně je s nimi provázaná.

Ke zcela základním pravidlům patří, že sociální pracovník by měl ke klientovi přistupovat holisticky. To znamená, že jej vnímá a jedná s ním jako s celostní bytostí – neměl by se tedy zaměřovat pouze na jeden problém, ale naopak se zajímá o všechny aspekty jedince a jeho prostředí. *“Identita člověka zahrnuje biologickou, psychologickou, sociální, kulturní a spirituální dimenzi. Proto je v sociální práci velmi důležité poznání klienta ve všech těchto rovinách. [...] Holistický přístup znamená vnímání osoby nejen jako klienta sociální práce se sociálním problémem, ale jako bio-psycho-kulturní-spirituální-sociální bytost.”* (Mátl, Mališková, 2016, s. 115) Podobně validace je popisována jako metoda, která pojímá člověka celostně, a zohledňuje tak fyzickou, psychickou i sociální stránku starého dezorientovaného člověka. (Nentvichová Novotná, Janečková, 2016)

Pokud bych se měla zaměřit, co je vlastně cílem sociální práce, podle mnohých soudobých teorií by měla **podporovat sociální fungování** klienta. Jak tvrdí například Navrátil (2001, s. 11): *“Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí (sociální fungování).”*

Samotný pojem sociálního fungování vymezila a propagovala Bartlettová. *“Jádrem celého konceptu je představa, že lidé a prostředí jsou v*

permanentní interakci, přičemž prostředí klade na člověka určité požadavky a člověk je nucen na ně reagovat. Mezi požadavky prostředí a člověkem musí být navozena určitá rovnováha." (Navrátil, 2001, s. 12) Pokud pak člověk tyto požadavky nezvládá, měl by pomoci sociální pracovník. (Navrátil, 2001)

Zajímavou definici sociálního fungování uvedl také Longres (in Navrátil, 2011), který jej propojil s lidskými rolemi. Tvrdil totiž, že každý jedinec má ve společnosti určitou roli, s níž jsou spojeny jisté úkoly i očekávání. V průběhu života se pak role obvykle mění, a právě to přináší náročné situace, kdy může být potřebná pomoc sociálního pracovníka.

Metoda validace vychází z několika různých teorií. Jednou z nejzákladnějších je humanistická psychologie, konkrétně **přístup orientovaný na člověka**, jehož autorem je Carl R. Rogers. Právě jeho přístup přenesl do sociální práce pojmy jako empatie, opravdovost, respekt a akceptace klienta, vřelost či upřímnost. (Navrátil, 2001)

Přístup zaměřený na klienta se rozvíjel od 50. let minulého století a měl velký vliv na všechny pomáhající profese, včetně sociální práce, do které přispěl také třeba technikou aktivního naslouchání. (Matoušek, Křišťan, 2013) Právě ta je velmi důležitá i ve validaci.

Mezi jiné hlavní myšlenky, které Feil převzala a uplatnila je ve validaci, patří vnímání klienta jako jedinečného, dále akceptace klienta, neposuzující přístup, a především také empatie. (Feil, 2015)

Kromě přístupu orientovaného na člověka však validace vychází také z některých myšlenek psychodynamické teorie. Jedním z nich je topografický model osobnosti od Sigmunda Freuda. Ten tvrdil, že lidská psychika má tři složky – vědomí, předvědomí a nevědomí. *"Vědomí reprezentuje tu oblast psychiky, která je vnímána a prožívána. Předvědomí je souhrnem duševních obsahů, které byly svého času vědomé a nyní byly pozapomenuty. Jejich opětovné vybavení však není obtížné a lze je uskutečnit. Nevědomí je svébytnou a svéráznou kategorií. Jeho obsah zůstává vědomí ukryt, a přesto ovlivňuje jednání a vývoj jedince."* (Navrátil, 2001, s. 35) Na základě tohoto modelu Feil (2015) tvrdí, že velmi staří dezorientovaní lidé se mohou pohybovat na různých úrovních vědomí.

Feil při tvorbě validace vycházela ještě z jiných konceptů a teorií, většině z nich se však věnuji v jiných kapitolách této práce.

Matoušek a Křišťan (2013, s. 141) validaci představuje přímo jako jeden z přístupů sociální práce. Popisuje ji jako metodu zaměřenou na

člověka, jeho celistvost a individuální potřeby. Podle něj navíc validace není jen naučenou technikou, ale jedná se o celkový přístup k lidem s demencí, který je postavený na respektu klienta a jeho potřeb a přání, ale také na vzájemném vztahu a důvěře. Matoušek (2005) doporučuje validaci sociálním pracovníkům jako jednu z možností práce v náročných situacích se seniory s poruchami kognitivních funkcí. Validace je podle něj způsob, jak zlepšit kvalitu života navzdory nemoci. A právě zlepšení kvality života by měl být jedním z cílů domovů se zvláštním režimem. *“Cílem programů, které jsou nabízeny seniorům v rezidenčním typu péče, má být posílení pocitu hodnoty jejich života, posílení funkčních schopností, podpora fyzické zdatnosti, pohybových a kognitivních schopností a podpora nejlepší možné kvality života navzdory různým omezením, jež způsobuje nemoc či zdravotní postižení.”* (Matoušek a kol., 2005, s.184)

8 Metodologie

V této části práce uvedu cíl práce, hlavní i vedlejší výzkumné otázky a objasním, jakou výzkumnou strategii jsem vybrala k jejich zodpovězení. Dále stručně vysvětlím pojmy jako validita a reliabilita ve výzkumu a určím jednotku zkoumání a zjišťování. V neposlední řadě osvětlím, podle jakých kritérií jsem vybrala výzkumný vzorek, jakým způsobem jsem sbírala data a jak jsem s nimi následně pracovala a analyzovala je. V závěru kapitoly popíšu etické aspekty výzkumu.

8.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Jak jsem nastínila již v úvodu této práce, téma validace jsem si vybrala na základě vlastní zkušenosti sociální pracovníce v domově se zvláštním režimem a s klienty s diagnózou demence. Svou prací bych ráda přispěla k rozšíření povědomí a informací o metodě validace podle Naomi Feil jako o jedné z možností, jak pracovat a přistupovat k velmi starým dezoorientovaným lidem. Ráda bych na validaci a její možnosti upozornila rodinné a neformální pečující, ale také poskytovatele sociálních služeb pro seniory s demencí. Právě v sociálních službách může být metoda validace prospěšná klientům i pomáhajícím pracovníkům při každodenní péči a může tak pomoci zlepšit celkovou kvalitu služby.

K zavedení konceptu validace v rámci organizace je však potřeba nejen dostatek informací, ale především také kladný přístup samotných pomáhajících pracovníků. Proto považuji za důležité vědět, jakým způsobem pomáhající pracovníci metodu validace vnímají a, co si o ní myslí, jaké postoje k ní zaujímají. Malíková (2011, in Pokorná a Sukupová, 2014, s. 89) tvrdí, že *“odrazovým můstkem pro provádění validace musí být ochota pracovníků přijmout zcela jiný pohled na problematiku demence, porozumět správnému výkladu příčin chování a také snaha a důslednost při využívání nových forem přístupu ke klientům s demencí.”* Proto se ve svém výzkumu zaměřuji na postoje pomáhajících pracovníků k metodě validace ve vybraném domově se zvláštním režimem, který užívání tohoto konceptu oficiálně prezentuje. Zkoumáním postojů pracovníků se pokusím zjistit, co si o této metodě myslí, jaké o ní mají představy, jaké emoce (pozitivní i negativní) v souvislosti s ní pociťují a zda ji skutečně v praxi uplatňují a případně jak.

Cílem tohoto výzkumu je zodpovědět hlavní výzkumnou otázku, která zní: ***“Jaké postoje zaujímají pomáhající pracovníci k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?”***

K odpovědi na hlavní výzkumnou otázku mi pomohou níže uvedené dílčí výzkumné otázky. Při jejich tvorbě jsem se řídila vnitřní strukturou postojů, konkrétně tedy jejich kognitivní, emocionální a behaviorální složkou:

Dílčí výzkumná otázka č. 1

Jaká je kognitivní dimenze postojů pomáhajících pracovníků k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?

V rámci této otázky zaměřené na kognitivní složku postojů zjišťuji, jaké mají respondenti o validaci znalosti a vědomosti, jaká pozitiva či negativa ohledně validace vnímají, co si o metodě myslí či jaké o ní mají představy.

Dílčí výzkumná otázka č. 2

Jaká je emocionální dimenze postojů pomáhajících pracovníků k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?

V rámci druhé dílčí výzkumné otázky zjišťuji, jaké emoce validace v respondentech vyvolává, co jim dělá radost a co jim naopak nevyhovuje či se jim nelíbí, jestli pociťují v souvislosti s validací nějaké obavy, či zažívají překvapivé momenty.

Dílčí výzkumná otázka č. 3

Jaká je behaviorální dimenze postojů pomáhajících pracovníků k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?

V rámci třetí dílčí výzkumné otázky zjišťuji, u koho metodu validace uplatňují, jak často ji používají, s jakými validačními technikami pracují a s jakými naopak nikoliv. Také mě zajímá, zda o validaci hovoří s rodinnými příslušníky klientů.

Tabulku operacionalizace společně se scénářem otázek k polostrukturovanému rozhovoru jsem uvedla do přílohy A a B.

8.2 Výzkumná strategie

Výběr vhodné výzkumné strategie je obvykle jednou z prvních záležitostí, kterou musí badatel ve svém výzkumu řešit. V zásadě lze říct, že existují dvě hlavní výzkumné strategie – **kvalitativní a kvantitativní**. Každá z nich má svá specifika i výhody a nevýhody.

Kvalitativní výzkum byl po dlouhou dobu mnohými výzkumníky považován za „doplňkový“ či vedlejší způsob k připojení určitých informací do výzkumu kvantitativního. Postupem času se však situace změnila a v současnosti je kvalitativní výzkum rovnocenný kvantitativnímu. *„Metody, které používají kvalitativní výzkumníci, dokazují rozšířené přesvědčení, že mohou zprostředkovat hlubší porozumění společenským fenoménům, než by se získalo z čistě kvantitativních dat.“* (Silverman, 2005, s. 20) Podle mnohých autorů se mohou výsledky z obou typů výzkumů vzájemně doplňovat a pomoci tak k poznání určité problematiky z různých úhlů. (Hendl, 2005)

Lehce komplikované může být definování či vymezení způsobu, jak dělat kvalitativní výzkum, protože se u něj mnohdy nedodrží tak striktní pravidla jako u kvantitativních metod, navíc existuje mnoho rozdílných kvalitativních přístupů a každý si tak pod tímto pojmem představí něco trochu jiného. Například podle Strausse a Corbinové (1999) je kvalitativní výzkum ten, v němž se pro získání výsledků nepoužívají statistické nebo jiné kvantifikující metody. Kvalitativní výzkum se tak podle nich často zabývá životem lidí, vztahy, chováním jedinců, nebo třeba chodem organizací, skupin, kultů či společenských hnutí.

Jiní autoři však kvalitativní výzkum definují o něco konkrétněji. Například Žižlavský (2003) tvrdí, že v kvalitativním výzkumu je obvykle tvořena nová teorie, kdežto pro výzkum kvantitativní je charakteristické ověřování již hotové teorie a daných teoretických pojmů. Disman (2000) termín kvalitativní výzkum charakterizuje jako nenumerné šetření a způsob, jak interpretovat sociální realitu. *„Cílem kvantitativního výzkumu je testování hypotéz. Cílem kvalitativního výzkumu je vytváření nových hypotéz, nového porozumění, vytváření teorie.“* (Disman, 2000, s. 286)

Kvalitativní výzkum je charakteristický tím, že výzkumník obvykle pracuje spíše s menším množstvím dat, které by měl však zkoumat více

podrobně, “do hloubky”, ve srovnání s kvantitativní strategií. Mezi hlavní metody kvalitativního výzkumu patří pozorování, různé typy rozhovorů, analýza textů a dokumentů a audio a video záznamů. (Hendl, 2005)

Badatel se při kvalitativním výzkumu velmi často pohybuje přímo v terénu a je tak v přímém kontaktu s účastníky a situacemi, které zkoumá a reflektuje. (Hendl, 2005) Jedním z cílů kvalitativní strategie je zkoumání světa z pohledu jedinců či určité skupiny lidí. Při kvalitativním výzkumu totiž *“chceme empirickým výzkumem zjistit, jak vidí, definují svůj sociální svět lidé, kteří v něm žijí.”* (Žižlavský, 2003, s. 108) Podobně mluví i Disman (2000, s. 289), který tvrdí, že *“posláním kvalitativního výzkumu je porozumění lidem v sociálních situacích.”*

Z Dismana svým způsobem vychází i autoři Pavlásek a Nosková, kteří řešili dilemata a otázky v kvalitativním výzkumu a tvrdí, že *“společným znakem všech linií a přístupů kvalitativního výzkumu se stala snaha popsat životní světy “zevnitř”, z pohledu jednajících subjektů (aktérů), a tím přispět k lepšímu porozumění sociální skutečnosti, zkoumaným problémům.”* (Pavlásek, Nosková, 2013, s. 7)

Jak již bylo řečeno výše, při kvalitativním zkoumání nemusí být striktně daná pravidla postupu. Podle Dismana (2000, s. 287) *“kvalitativní výzkum používá induktivní logiku. Na začátku výzkumného procesu je pozorování, sběr dat. Pak výzkumník pátrá po pravidelnostech existujících v těchto datech, po významu těchto dat, formuluje předběžné závěry a výstupem mohou být nově formulované hypotézy nebo nová teorie.”*

Kvalitativní výzkum se však často označuje jako pružný typ výzkumu, protože se v průběhu zkoumání může do určité míry měnit. Například doplňováním výzkumných otázek, tvorbou nových hypotéz či rozhodnutí na základě nově zjištěných informací v průběhu získávání dat. (Hendl, 2005) V kvalitativním výzkumu navíc hraje velkou roli také sám výzkumník, jeho zkušenosti a odbornost. (Hendl, 2005, Žižlavský, 2003)

Mezi hlavní nevýhody kvalitativního výzkumu patří pravděpodobně to, že kvůli práci s malým výzkumným vzorkem, navíc mnohdy ve specifickém prostředí, je obtížné získané výsledky zobecnit na celou populaci nebo v jiném sociálním prostředí. Další nevýhodou může být také ovlivnění výsledků samotným výzkumníkem a jeho subjektivními názory či preferencemi. (Hendl, 2005)

Jak již vyplývá z výše uvedeného, osobně jsem si pro výzkum v rámci mé diplomové práce zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. A to hlavně proto, že pracuji s menším počtem respondentů, od nichž se ale snažím

získat poměrně velké množství informací o dané problematice. Zajímají mě postoje pomáhajících pracovníků, tedy především to, jak o využití validace podle Naomi Feil přemýšlejí, jak ji vnímají, jaké emoce pociťují, jaké s touto metodou mají osobní zkušenosti a jak s ní konkrétně pracují.

8.3 Role výzkumníka

Výzkum jsem realizovala v domově se zvláštním režimem, kde sama pracuji a tamní prostředí tedy poměrně dobře znám. Tato pozice s sebou však přináší své plusy i mínusy, na něž bych nyní ráda upozornila.

Role výzkumníka může mít podstatný vliv na získané výsledky. *“Vstup do terénu představuje v kvalitativním výzkumu jeden z klíčových metodologických problémů – hraje se zde o to, jak silná data nám bude dovoleno získat.”* (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 81)

Při získávání dat může být výzkumník v roli **cizince, návštěvníka, zasvěceného či domorodce**. Cizinec je neznámá osoba, která na pracoviště přichází pouze pro získání dat. Návštěvník zkoumá terén opakovaně, proto jej respondenti alespoň do určité míry znají a mají přehled o jeho práci. Zasvěcený zkoumá terén, o němž má dobrý přehled, ale sám není přímým členem skupiny. Jeho role lze například přirovnat k roli dobrovolníka, který do organizace pravidelně dochází a dobře to tam zná, není však placeným zaměstnancem jako respondenti. A nakonec domorodec je *“člověk, který zkoumá skupinu, jíž je sám členem.”* (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 76) Mezi rizika výzkumníka v roli domorodce patří nedostatečný odstup a je nutná jeho silná sebereflexe. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Z této typologie vyplývá, že jsem výzkumník domorodec – a to především při rozhovorech se sociálními pracovníci. Při sběru dat mezi pečovatelkami si však troufám tvrdit, že se má role může prolínat mezi rolí domorodce i zasvěceného, protože jsem sice součástí týmu domova, ale nejsem součástí týmu přímé péče. Chci tím říct, že s pečovatelkami nejsem v kontaktu každý den a nemám úplný přehled o jejich každodenních činnostech – přestože jejich náplň práce dobře znám. Jedním z rizik, které dle mého názoru vyplývá z mé pozice výzkumníka, může být to, že pracovníci budou při rozhovorech odpovídat to, co si myslí, že chci slyšet.

Typologii výzkumníka uvádí i Disman (2007), avšak spíše v souvislosti s pozorováním. Myslím, že se však dá částečně aplikovat i na techniku rozhovoru. Podle Dismanovy typologie by se tedy má výzkumná

role dala označit jako **“participant jako pozorovatel.”** To znamená, že výzkumník je součástí skupiny, a ta je dobře informována o tom, že provádí výzkum. *“Míra identifikace a tedy i pravděpodobnost rozumět skupině je značná. Zde se vynořuje ovšem nové nebezpečí, to, kterému antropologové říkají “go native”, státi se domorodcem, ztratit nezbytný odstup objektivního vědeckého pozorovatele. To je opět jeden z paradoxů tak běžných v sociálním výzkumu: abychom porozuměli, musíme se snažit docílit maximálního ztotožnění, ale přitom sympatie, které mohou být takovým ztotožněním vyvolány, nám nesmějí bránit v objektivní analýze.”* (Disman, 2007, s. 306–307)

8.4 Validita a reliabilita

Pro kvalitativní výzkum je charakteristické, že se vyznačuje nízkou reliabilitou, a naopak vysokou validitou. (Disman, 2000) Oba pojmy, které nyní stručně charakterizují, úzce souvisejí se zajištěním a hodnocením kvality kvalitativních výzkumů.

Reliabilita se obvykle překládá jako spolehlivost či hodnověrnost. Ve výzkumu se reliability dosahuje tak, že při opakování výzkumu za zcela stejných podmínek dosáhneme také stejných výsledků. (Žižlavský, 2003, Hendl, 2005)

Silverman (2005) označuje pojem validita jako pravdivost. K tomu, aby mohly být výsledky výzkumu považovány za dostatečně validní, měla by v něm být obsažena skutečně všechna data a nezmiňovat jen několik vybraných příkladů, případně je nutné udat důvody či kritéria, proč byly zařazeny určité případy a jiné nikoliv. Pro validitu je důležitá také možnost poskytnout data v původní podobě. (Silverman, 2005)

8.5 Technika sběru dat

Pro získání potřebných dat k výzkumu jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru neboli *“rozhovoru pomocí návodu.”* (Hendl, 2005, s. 174) K tomuto typu rozhovoru je nutné si předem připravit seznam otázek, případně okruh témat, o kterých je potřeba během rozhovoru mluvit. Otázek však není nutné se striktně držet – je možné například měnit jejich pořadí, přizpůsobit jejich formulaci, případně lze položit i další do-

plňující či upřesňující otázky, a podobně. (Hendl, 2005) Rozhovor v kvalitativním výzkumu je považován za poměrně otevřenou a relativně nestrukturovanou techniku. Mezi jeho přednosti patří především to, že napomáhá porozumět prožívání respondentů. (Silverman, 2005)

Podle Miovského (2006) patří rozhovor k obtížným, ale zároveň velmi přínosným technikám sběru dat v rámci kvalitativního výzkumu. Za jednu z jeho výhod považuje i možnost pozorování respondenta a jeho neverbálních reakcí v průběhu interview. *“Zkušený tazatel je také zkušeným pozorovatelem, schopným číst neverbální sdělení, citlivým k prostředí rozhovoru, a ke svému vztahu s účastníkem zkoumání. [...] Porozumění pozorování a rozhovoru jako provázaným technikám kvalitativního výzkumu je základním krokem k uvědomění si podstaty tohoto typu zkoumání.”* (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 160) V rámci rozhovorů s respondenty jsem se proto i já snažila o zachycení a zaznamenání jejich neverbálních projevů.

Získané odpovědi v rozhovoru může krom položených otázek ovlivnit více faktorů. Vliv může mít například prostředí, kde se interview odehrává, denní doba, nebo třeba i samotná osoba tazatele. (Miovský, 2006) Velkou roli u osobních rozhovorů může hrát také to, že se respondent nemusí cítit dostatečně “bezpečně”. Při využití techniky interview je proto velmi důležité ujistit své respondenty, že jejich identita zůstane v anonymitě, a během rozhovoru by výzkumník jejich odpovědi neměl nijak hodnotit či posuzovat. (Baum, 2014)

Otázky v rámci polostrukturovaného rozhovoru jsem se snažila formulovat tak, aby mi pomohly zodpovědět dílčí výzkumné otázky a následně i hlavní výzkumnou otázku. Seznam otázek, které jsem použila, uvádím v příloze této práce. Zde bych ráda upozornila také na to, že řada otázek je zaměřena poměrně konkrétně. Vzhledem k tomu, že všichni respondenti absolvovali kurz validace podle Naomi Feil a zároveň mají zkušenosti z praxe, očekávala jsem, že se jedná o experty na danou problematiku a při formulaci otázek jsem počítala s tím, že respondent bude vědět, o co se jedná.

8.6 Výběr a charakteristika výzkumného vzorku

S výběrem výzkumného vzorku souvisí dva důležité pojmy, které je nutno vymezit, konkrétně tedy **jednotka zkoumání a jednotka zjišťování**. Jednotkou zkoumání jsou v případě mé práce postoje pomáhajících

pracovníků k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence. Jednotkou zjišťování jsou přímo pomáhající pracovníci, tedy sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách (pečovatelé, aktivizační pracovníci) i zdravotničtí pracovníci.

Jak jsem již uvedla výše, při použití kvalitativní výzkumné strategie se pracuje spíše s menším množstvím případů. Ty se proto obvykle nevybírají náhodně, jako je tomu u kvantitativní strategie, ale naopak je jejich výběr záměrný, na základě určité vlastnosti, rysu, kritéria, a podobně. (Žižlavský, 2003) Existuje celá řada variant záměrného výběru, nicméně já jsem pro svůj výzkum zvolila možnost **kritériálního výběru**. Tento typ výběru obvykle *“zvažuje všechny případy, které splňují určité kritérium, užitečné pro zajištění kvality.”* (Punch, 2008, s. 80) Respondenty do mého výzkumu jsem si tedy zvolila podle následujících kritérií:

- Musí se jednat o pomáhajícího pracovníka (sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, zdravotnický pracovník)
- Pracovník pracuje v sociální službě “domov se zvláštním režimem” se seniory s diagnózou demence
- Pracovník úspěšně absolvoval kurz Validace podle Naomi Feil, který je akreditován MPSV

Respondenty jsem si vybrala ve zvoleném domově pro seniory, který poskytuje také službu domov se zvláštním režimem a pracuje tak s lidmi s diagnózou demence. Tento domov jsem vybrala na základě toho, že oficiálně pracuje s metodou validace podle Naomi Feil. O využívání tohoto konceptu informuje zájemce o sociální službu i veřejnost a prezentuje ji jako službu nad rámec běžných základních činností. Své zaměstnání v řadách pomáhajících pracovníků nechává proškolovat v rámci kurzu Validace podle Naomi Feil, který je akreditován Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Prvním krokem před zahájením výzkumu bylo oslovení ředitelky domova a požádání o provedení výzkumu ve vybrané instituci, zároveň byla informována o zachování anonymity zařízení i respondentů ve výzkumu. Následně mi společně se sociálními pracovníci doporučila několik zaměstnanců, kteří absolvovali kurz Validace podle Naomi Feil. Poté jsem se již osobně či telefonicky domlouvala s jednotlivými respondenty na konkrétním dni, času a místě interview. Základní podmínkou interview pochopitelně byl souhlas od každého respondenta.

Výzkumný soubor jsem vytvořila z osmi respondentů. V tabulce níže uvádím informace o jejich pohlaví, pracovní pozici, označení v analytické části, a pro přehlednost jsem také zaznamenala jejich pozici jako validátora v rámci zařízení. Metodik validace je zodpovědný za provádění validace v celé organizaci, koordinátor validace má na starosti provoz validace na daném oddělení a validující je osoba, která má kurz validace a měla by ji u klientů uplatňovat.

Tab. 1: Charakteristika respondentů

Označení respondenta v analytické části	Pohlaví	Pracovní pozice	Pozice validátora v DZR
R1	žena	sociální pracovnice	metodik validace
R2	žena	pečovatelka	koordinátor validace
R3	muž	pečovatel	koordinátor validace
R4	žena	pečovatelka	validující
R5	žena	pečovatelka	validující
R6	muž	pečovatel	koordinátor validace
R7	žena	pečovatelka	validující
R8	žena	pečovatelka	validující

8.7 Průběh a realizace sběru dat

Všechna data pro tuto práci jsem získala pomocí osobních rozhovorů s respondenty. První rozhovor se uskutečnil 20. 10. 2019, poslední rozhovor se konal 12. 11. 2019. Rozhovory trvaly v různých časových poměrech, nejkratší rozhovor trval 20 minut a 1 sekundu, nejdelší pak 38 minut a 41 sekund.

Celkem šest rozhovorů se uskutečnilo v kanceláři sociálních pracovníků, kde jsem byla vždy přítomna pouze já a respondent. Dva další rozhovory pak proběhly v kuchyňce zaměstanců na jednom oddělení, kdy oba respondenti chtěli zůstat na úseku pro případ, že by se něco dělo a kolegové potřebovali pomoc. Nicméně také u těchto rozhovorů bylo zajištěno dostatečné soukromí. U některých rozhovorů ovšem došlo ke chvílkovému vyrušení ze strany kolegů, kdy se například potřebovali na něco

zeptat, případně něco rychle vyřešit. Nijak výrazně to však nenarušilo průběh rozhovorů.

Pouze u respondentky R1 došlo k vyrušení asi celkem celkem třikrát a jednou respondentka musela rychle něco vyřídit ve vedlejší kanceláři. Přesto si myslím, že se nám i přes vyrušení podařilo poměrně dobře navázat na téma, které jsme probíraly.

Všechny rozhovory jsem nahrávala na diktafon (aplikaci v mobilním telefonu) a následně je doslovně přepisovala do textové podoby. Na začátku každého rozhovoru jsem se respondentů tázala, zda souhlasí s nahráváním.

Respondenty jsem před rozhovorem ubezpečila, že výzkum je anonymní a žádné údaje o nich samotných nebudou zveřejněny. Respondentům jsem také osvětlila, že nahrané rozhovory budu následně přepisovat, a pokud by v rozhovoru zazněly jakékoliv osobní informace, které by jednotlivé účastníky mohly identifikovat, nebudu je do přepisu uvádět. Mezi tyto citlivé údaje řadím jména respondenta, klientů, kolegů, název domova, a podobně.

K osobním rozhovorům jsem si připravila také scénář otázek (viz příloha), podle nějž jsem se snažila otázky klást v určitém pořadí. Někdy jsem však v průběhu některé otázky přehodila v závislosti na odpovědi respondenta. U všech respondentů jsem se také snažila doptávat pomocí doplňujících otázek, které mě napadly a připadaly mi prospěšné pro zodpovězení výzkumných otázek.

V rámci rozhovorů jsem se krom verbálních projevů snažila zaznamenat i ty neverbální. Při rozhovorech jsem tak měla přichystané pero a papír, kde jsem si případně zaznamenávala situace, které mě zaujaly. Poznámky k neverbálním projevům jsem se snažila zaznamenávat také do přepisů rozhovorů. Některé rozhovory, případně jejich pasáže jsem si navíc pustila vícekrát, i během analýzy, aby se mi situace s respondentem lépe vybavila.

V rámci této kapitoly bych také ráda zmínila to, že se všemi respondenty si v rozhovorech tykám, což jsem uvedla také do přepisů. Jak jsem již zmínila, v organizaci, kde jsem sbírala data, také sama pracuji, a téměř všichni zaměstnanci si mezi sebou tykají, přestože se třeba navzájem moc neznají. Proto chci zdůraznit, že tykání není znakem blízkého nebo přátelského vztahu, který by dle mého názoru mohl mít výrazný vliv na charakter získaných dat.

Mým původním záměrem, ze kterého vycházím i v teoretické části práce, bylo zahrnout do výzkumného vzorku všechny zmíněné pomáhající pracovníky, tedy sociální pracovníky, v rámci pracovníků v sociálních službách pečovatele a aktivizační pracovníky, a také zdravotnické pracovníky, tedy zdravotní sestry. Nakonec se mi však nepodařilo získat rozhovor s aktivizačními pracovníky a zdravotními sestrami. Oslovila jsem čtyři aktivizační pracovnice a dvě zdravotní sestry, bohužel se mi však ani jednu z nich nepodařilo přesvědčit, aby mi poskytly rozhovor. Oběma zdravotními sestrami i jednou aktivizační pracovnicí jsem byla odmítnuta s tím, že sice mají kurz validace nicméně ji v práci neuplatňují, a tudíž by mi k tomu nevěděly co říct. V podobném duchu hovořily i oslovené tři aktivizační pracovnice. U nich jsem se však setkala také s určitým negativním postojem vůči validaci, kdy pracovnice uvedly, že svým způsobem validaci uplatňují, nicméně to nenazývají validací. Od jedné z pracovnic pak zaznělo, že podle ní již na všechno existuje nějaká metoda, což považuje za zbytečně komplikované. Za svou chybu však považuji to, že tyto tři aktivizační pracovnice oslovila ve skupině, což vedlo ke vzájemné podpoře v negativním hodnocení metody, a bylo tak obtížnější přesvědčit je k rozhovoru.

8.8 Metoda analýzy dat

Analyzovat kvalitativní data s sebou přináší jisté komplikace kvůli jejich nestrukturované podobě. Jak uvádí Punch (2008, s. 158): *“Analýza dat pomocí metody zakotvené teorie je složitý proces redukce surových dat do konceptů, které jsou navrženy jako kategorie.”*

Analýza neboli *“kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby.”* (Strauss, Corbinová, 1999, s. 39) Kódování tedy slouží k popisu a interpretaci námi sesbíraných dat. *“Kód je symbol přiřazený k úseku dat tak, že ho klasifikuje nebo kategorizuje. Kódy mají mít relevanci k výzkumným otázkám, konceptům a tématům.”* (Hendl, 2005, s. 228)

Strauss a Corbinová (1999) uvádí tři základní druhy kódování. Je to otevřené, axiální a selektivní kódování. Pro můj výzkum jsem si vybrala postup otevřeného kódování, proto tento proces nyní stručně osvětlím.

Otevřené kódování se většinou provádí při první práci s daty, kdy je potřeba v textu najít a odhalit určitá témata, která se vztahují k výzkumným otázkám, teoretickým pojmům, literatuře, případně odhalují “nové

skutečnosti". Zjednodušeně lze říci, že hlavním cílem kódování je tematické rozkrytí textu. To znamená, že v rámci otevřeného kódování by si badatel měl vytvořit nějaký seznam témat, které v datech objevil. (Hendl, 2005) *"Otevřené kódování lze aplikovat různým způsobem. Lze kódovat slovo po slovu, podle odstavců, anebo podle celých textů a případů."* (Hendl, 2005, s. 247)

Já jsem při analýze získaných dat postupovala následovně. Vůbec prvním krokem byl doslovný přepis zvukové nahrávky rozhovoru do textové podoby. Do přepisu jsem se snažila zaznačit i různé odmlky, případně neverbální emoční výrazy, které jsem si v průběhu sběru dat zaznamenala, případně je dokázala odposlouchat z nahrávky.

Druhým krokem pak bylo pozorné a také opakované pročitání přepisů, v nichž jsem hledala témata, která by souvisela s mým tématem práce a položenými výzkumnými otázkami. Jevy, které mi připadaly související, jsem si označila určitým kódem. Postupně jsem si tyto kódy zapisovala do druhého dokumentu a vytvořila tak jejich seznam. Následně jsem se tyto kódy snažila roztrdit a „pospojovat“ podle souvislostí. Z jednotlivých kódových „skupinek“ jsem pak vytvořila kategorie, tedy v podstatě témata, která mi v rámci kódování vyplula na povrch.

Data jsem se snažila postupně analyzovat již v průběhu sběru dat, ne až po jeho úplném ukončení. Tento postup doporučuje Silverman (2005), protože díky tomu si již člověk může zaznamenávat různé poznámky, témata, hledat souvislosti, upravit otázky v rozhovorech a podobně.

8.9 Etické aspekty výzkumu

Velkou roli v současném kvalitativním výzkumu hraje etická stránka. Ta by měla být zaměřena především tak, aby nijak neohrozila či nepoškodila účastníky výzkumu. Jedním ze zásadních etických aspektů, který by měl být vždy dodržen, je takzvaný informovaný souhlas. To neznámá jen to, že účastník musí s účastí na výzkumu dobrovolně souhlasit, ale především musí obdržet dostatek informací o výzkumu a musí těmito informacím porozumět. (Punch, 2008) Na základě tohoto etického hlediska jsem pochopitelně všechny oslovené účastníky informovala o tématu daného výzkumu, jeho smyslu, účelu i vysvětlení důvodu, proč od nich potřebuji rozhovor.

Podstatnou podmínkou výzkumu je také zachování anonymity respondentů. Podle Hendla (2005) by v ideálním případě badatel identitu účastníků neměl vůbec znát. V případě mého výzkumu tuto podmínku nebylo možné zajistit, protože rozhovory s respondenty se uskutečnily tváří v tvář. Všichni účastníci však byli ujištěni, že jejich totožnost nebude v souvislosti s výzkumem nikde uveřejněna. Utajeny zůstanou i identifikační údaje jiných osob, které účastník při rozhovoru zmíní – například jména klientů, název zařízení, jména kolegů a podobně.

Za další velice významné etické pravidlo považuji také takzvanou **empatickou neutralitu**. To jinými slovy znamená, že výzkumník by během zjišťování dat, tedy například v průběhu rozhovoru, neměl účastníka a jeho výpovědi hodnotit. Tazatel by ke svým respondentům měl být empatický, projevovat zájem a pochopení. (Miovský, 2006)

V závěru této podkapitolky bych v souvislosti s etickými aspekty ráda podotkla, že všichni účastníci výzkumu byli informováni o jeho dobrovolnosti a také o jejich možnosti kdykoliv od výzkumu odstoupit.

9 Analytická část

Analytickou část této práce jsem věnovala interpretaci dat, která jsem v rámci rozhovorů získala od respondentů. Tato část práce je rozdělena na několik podkapitol na základě stanovených dílčích výzkumných otázek. V závěru každé podkapitoly pak uvádím dílčí závěry, kde se pokusím zodpovědět dílčí výzkumné otázky.

9.1 Kognitivní složka postojů

První podkapitola je věnována kognitivní složce postojů. V rámci rozhovorů s respondenty mě zajímal jejich názor na validaci podle Naomi Feil, dále jsem se ptala na jejich znalosti, představy či myšlenky o metodě. V neposlední řadě mě zajímalo, jestli v této metodě shledávají nějaké přínosy či naopak úskalí v rámci jejich práce s klienty.

9.1.1 Pojetí validace

Metoda validace se skládá ze tří hlavních pilířů – postoje validující osoby, teoretických základů a z validačních technik. Jak uvádí Nentvichová Novotná (2016), tyto pilíře jsou na sobě závislé. Postoj validujícího by měl být založený na empatii, pochopení a akceptaci světa staré dezorientované osoby, neposuzování, nehodnocení, individuálním přístupem. Důležitá je také akceptace toho, že někdy se starý dezorientovaný člověk musí vrátit do své minulosti či „obrátit se do svého nitra“, aby se mohl vyrovnat s prožitým životem či změnami ve stáří. *„Takové jednání validujícího vytváří atmosféru jistoty a důvěry, která napomáhá seniorovi lépe vyjadřovat své pocity, senior je více motivován komunikovat, může být redukován jeho stres a strach.“* (Nentvichová Novotná, Janečková, 2016: 25)

Důvodem, proč zde zmiňuji pilíře validace, je mé zjištění, že pojetí validace ze strany respondentů se velice různí. Především z otázek zaměřených na kognitivní složku postojů vyplynulo, že si každý „uchopil“ validaci podle svého, což se pak pochopitelně odráží také v praxi. Není cílem této práce posuzovat, zda respondenti validaci uplatňují dobře či špatně, nicméně v této podkapitole se pokusím nastínit, jak respondenti validaci pojmají.

Výrazný rozdíl v uchopení validace vidím mezi respondenty R1 a R2, a ostatními. U respondentek R1 a R2 jsem zaznamenala, že validaci chápou více komplexně, tedy berou v potaz všechny tři pilíře validace a pracují s nimi. Za základní považují právě samotný postoj validujícího. Jak popsala respondentka R2, validace pro ni znamená laskavý, neposuzující, nehodnotící přístup k člověku. Podobně i respondentka R1 popisovala validaci jako vcítění se do člověka s demencí, či přímo metaforicky jako „chození v jeho botách“. K tomuto přístupu pak respondentky přidávají i různé validační techniky, a to verbální i neverbální. Obě si však uvědomují, že bez základního empatického validačního přístupu v podstatě není možné uplatňovat validační techniky.

U ostatních respondentů jsem postřehla méně silné chápání validace jako komplexního přístupu, spíše ji vnímají jako konkrétní nástroj nebo možnost práce s klientem, který je dezorientovaný nebo projevuje nějaké problematické chování. Případně je validace pro respondenty jakousi pomůckou, jak toto problematické chování pochopit a dát mu nějaký smysl. Validaci tak uplatňují u konkrétních klientů, u nichž se objeví problematické chování. Například respondenti R5, R6 a R7 považují validaci za způsob práce s klientem, který je například neklidný, neustále křičí, volá a podobně.

Nechci tím však říct, že těmto respondentům chybí základní validační postoj či empatie, spíše bych řekla, že se více zaměřují na praktickou stránku validace – tedy její techniky. Tam však zase někteří narážejí na nedostatek znalostí, čímž se budu zabývat v jedné z dalších podkapitol.

Například pro respondenty R3, R4, R7 je validace primárně rozhovorovou technikou, kdy se pomocí validačních otázek snaží u klienta nalézt podstatu problému. „*Pro mě je to jakoby způsob, jak rozklíčovat ty věci, který se odehrávají jakoby...Když zase vezmu tu paní, zmiňuje ty ztráty, ale přitom vlastně ona nezmiňuje ztráty, ona se jenom nedokáže odprostit od toho, že už je jakoby nesoběstačná, je upoutaná jakoby k té posteli a nezvládne ty věci dělat sama...takže...jako řekl bych, že je to nějaký jako klíč k...k...jakoby osobnosti toho člověka.*“ (R3) Respondenti tak pomocí jednoduchých validačních otázek mohou zjistit, co klienta trápí nebo co mu vadí, a v průběhu rozhovoru zároveň zklidnit jeho chování a projevy. Respondentky R4 a R7 si pak však ne vždy uvědomují, z jakého důvodu se klient v průběhu validačního rozhovoru zklidnil. „*Jo, zklidní se, když on třeba řeší nějaký ten problém, tak...se odvede jak kdyby pozornost.*“

Nebo jako dojde se těma slovy úplně někam jinam, a on vlastně zapomeně, proč tam začal hysterčit, jo.“ (R7) Podobně se vyjádřila i respondentka R4, když uvedla, že v rámci validačního rozhovoru klienta „odvrátí od problému“.

U respondentky R8 jsem pak zaznamenala, že má velmi lidský přístup a snahu o to, aby se klienti cítili dobře. Validaci popsala jako způsob, jak jednat s klienty s demencí a jak pochopit jejich svět. Chybí jí ale znalosti a širší povědomí o validaci jako takové, a to i přestože má absolvovaný kurz validace stejně jako ostatní respondenti. Tato respondentka jedná hodně intuitivně a nepřemýšlí nad tím, jakou metodu zrovna uplatňuje.

Nutno podotknout, že rozdílné uchopení validace mezi validátory vnímají i někteří respondenti (R2, R3). Například respondentka R2 uvedla, že to, jak chápe validaci ona, není u některých kolegyně běžné. *„Každý máme na to ten svůj jako pohled, co to je validace. [...] Jako vnímám to tak, že pro mnoho lidí, že to vnímá tak, že je to nějaká psychologie nebo, jako což samozřejmě je jako součástí toho, to je takový. Ale že to je strašně těžký, ale spíš tam tu podstatu toho nepochopili, že to je takový to vo tom, fakt jakože, já jenom mu nic nevyvracím, neposuzuju.“ (R2) Tento názor se trochu odráží u respondentky R4, která metodu validace považuje za poměrně obtížnou a sama uvedla, že podle ní metoda „trošku spadá do té psychologie, že a psychologie se tady studuje pomalu celý život, to není jako tak, že si někdo vodříká básničku a má to hotový, jo prostě.“*

9.1.2 Uklidnění klienta

Za jeden z přínosů validace při práci s dezorientovanými velmi starými lidmi, na němž se shodli všichni respondenti, je uklidnění klienta, případně zmírnění určitých problémových projevů chování.

Projevy seniorů s demencí mohou být různé, nejčastěji se liší podle toho, v jaké fázi demence se osoba nachází. Pracovníci v domově se zvláštním režimem se tak často setkávají s chováním klientů, které lze považovat za velmi náročné či problémové. Hauke (2017) mezi takové problémové chování řadí například agresi, agitovanost, podezíravost, bloudění, shromažďování věcí, ale také bludy. Venglářová (2007) pak kromě agrese a agitovanosti hovoří také o verbální naléhavosti, například v podobě neustálého opakování totožných otázek, dále ztráta zájmu

o cokoliv, snížená vůle, ale také nedodržování osobní hygieny a nezdrženlivé chování na veřejnosti. Hlavní příčinou problémového chování je pak podle Hauke (2017) neuspokojení potřeb. *„Nemá-li člověk možnost naplnit potřebu obvyklým způsobem, hledá náhradní způsoby uspokojování, které však pracovník může vyhodnotit jako „problémové chování“.“* (Hauke, 2017, s. 105)

Z rozhovorů vyplynulo, že s některými problémovými situacemi se u svých klientů setkávají také respondenti. Validaci pak považují za jednu z cest, jak zmateného nebo napjatého klienta uklidnit. Například respondenti R5 i R6 popsali, že validace pomáhá utlumit nebo zmírnit strach, úzkost či frustraci, které obvykle způsobují u klientů různé opakované a dá se říct i obtěžující projevy. Respondentka (R5) mezi tyto projevy zařadila například neustálé volání nebo křik. Právě zmírnění strachu či stresu zmiňuje i Nentvichová Novotná (2016) jako jednu z možných reakcí na validaci a na empatický neposuzující přístup validátora.

Respondent R3 se naopak setkal s projevy podezírání. Konkrétně u klientky, která opakovaně hledá nějaké věci a obviňuje personál i ostatní klienty z krádeží. Po několika validačních rozhovorech personál došel k závěru, že ony ztracené věci jsou pro klientku symbolem ztráty soběstačnosti. Respondent popsal, že díky pochopení příčiny klientčina jednání již personál ví, jak má s klientkou jednat. Podle něj právě díky validačnímu rozhovoru dochází k uklidnění klientky.

Respondentka R4 zase zmínila, že někteří klienti vyjadřují potřebu po fyzickém dotyku či fyzické blízkosti. Opět po uspokojení potřeby dochází k upokojení klienta.

Podle zkušeností respondentky R2 bývají klienti někdy neklidní z důvodu prožívání nějakých negativních emocí, jako je strach, smutek, bolest, beznaděj, nebo také to, že se cítí osaměle. To, že se během validace uklidní, pak podle ní pramení z toho, že s ním jeho pocity někdo sdílí a věnuje mu pozornost. *„Že vlastně já věnuju pozornost té bolesti, kterou ona zrovna v tu chvíli jako kdyby prožívá. A když prostě ona cítí, že tomu někdo věnuje pozornost, a neříkám třeba že: „Ale prosím Vás, a podívejte se, jak se máte dobře!“, což třeba dělají příbuzní, když to vidím, tak prostě ona třeba do pěti minut přestane. Jenom to prostě v tu chvíli musí, protože to...nebo já si to myslím, že to tak má, že to prostě potřebuje jako vyventilovat, ten strach a tu beznaděj, když má ty dluhy, třeba jo.“* (R2)

Také respondentka R1 je přesvědčena o tom, že pomocí validace se klient uklidní. Podle ní je to způsobeno empatickým přístupem. Klient má

pak pocit, že mu někdo rozumí, že s ním soucítí, sdílí s ním jeho situaci a vyvolá v něm i pocit uznání a respektu.

9.1.3 Předcházení konfliktům

Respondenti R1, R3 a R6 za jedno z pozitiv validace považují, že díky ní méně často dochází ke konfliktním situacím s klientem, což jim výrazně usnadňuje práci. Podle respondenta R6 se díky validaci dá vyvarovat konfliktům, zároveň však upozorňuje, že validace nemusí fungovat vždy a ve všech případech.

Podle respondenta R3 v předcházení konfliktům pomáhá to, že on sám díky validaci pochopí důvod klientova jednání a nesnaží se mu ho pak vyvracet. V jednom z příkladů srovnal validaci s orientací v realitě. *„Když zas vezmu ty ztráty, tak někdo by mohl říct prostě: „Ale co si to vymýšlíte, sem Vám nikdo nechodí,“ a tak podobně, a reagovat jakoby tak. Ten klient bude prostě naštvaný a bude to...úplně špatně nebo tak, ale když tu validaci...jakoby použiješ, tak třeba právě zjistíš, že ona jenom ztratila tu soběstačnost a schovává to tady za to.“* (R3) Podobně se vyjádřila i respondentka R1, která si také myslí, že snaha orientovat klienty v realitě častěji vede ke konfliktům. Feil (2015) v souvislosti s orientací v realitě upozorňuje, že například u částečně dezorientovaných osob může přinést pozitivní výsledky, nicméně u některých seniorů může dojít k výraznějšímu uzavření se do sebe a svého světa, případně k bloudění anebo také k nepřátelskému jednání.

Naomi Feil (2015) v knize o validaci zmínila dva výzkumy, ve kterých se ukázalo, že validace snižuje množství konfliktů mezi starými dezorientovanými lidmi a pečujícími. V prvním výzkumu z roku 1991 vědec Jean Prentczynski potvrdil, že se díky validaci snížil stres i podezřivé chování ze strany klientů, a zároveň narostla důvěra k personálu a dařilo se lépe řešit vzniklé konflikty. Druhý výzkum z let 2002 až 2003, který vedl švýcar Tertianum společně s německým výzkumným institutem idea-1 studii, ukázal, že díky validaci ubylo konfliktních situací a personál dokázal lépe porozumět svým klientům. (Feil, de Klerk Rubin, 2015)

9.1.4 Nedostatek vzdělání a informací o validaci

Slabé vzdělání a nedostatek informací o metodě validace považují respondenti za jednu z největších bariér v jejím praktickém uplatňování.

Někteří z respondentů si přímo myslí, že právě tento fakt je omezuje v jejich práci a často jim brání v pomoci klientovi. Jak uvedl respondent R6: *„Jediné, co mě vadí, je, že...občas narazím na hranice svých znalostí...co se validace týče a pak už jako nevím, jak dál. Že si říkám, že asi...člověk, který by o tom věděl víc, tak patrně by byl schopen jako pokračovat s tím klientem...někam dál, nebo vyřešit situaci, která je pro mě neřešitelná.“*

Všichni respondenti se shodli v tom, že informace, které získali v rámci validačního školení, pro ně nejsou dostatečné. Tady bych však ráda zdůraznila, že respondenti neoznačili školení jako špatné nebo nepřínosné, naopak, nicméně popsali, že na základě absolvování jednoho nebo dvou školení se necítí být experty na validaci, případně zcela kompetentní k uplatňování metody. Například respondentky R4 a R7 se shodují v tom, že uplatňování validace je poměrně náročné, především pak správné pokládání validačních otázek. Respondentka R7 navíc zdůrazňuje, že po jednom kurzu není možné, aby se považovala za experta, či mistra ve validaci.

Ve výpovědi obou respondentek (R4, R7) v tomto případě shledávám určitou ambivalenci. Gálik (2012) označuje ambivalenci za jeden z hlavních znaků postoje, jelikož postoj může obsahovat několik pozitivních, ale i negativních hodnocení. Obě respondentky hodnotí validaci obecně pozitivně a považují ji za nápomocnou či přínosnou metodu, zároveň však jako negativum uvádí její náročnost či komplikovanost.

Také respondentka R2 v průběhu hovoru několikrát zdůraznila, že sama sebe nepovažuje za „nějakého velkého validátora“. *„Já si...pořád myslím, že já pořádně validaci nedělám. Jakože možná kdybych fakt cíleně byla validátor a dělala validaci, chodila za lidma a potkávala sto různých osudů a nějakým způsobem bych se s těma lidma někam dostávala, že bych třeba na nějaký narazila, ale v práci pečovatelky...která prostě něco zaslechla o validaci a snaží se ji nějakým způsobem uplatňovat...“* (R2)

Podobně se vyjádřila také respondentka R1, která shledává nedostatečné vzdělání jak u sebe sama, tak u ostatního personálu, který validaci v domově uplatňuje. To považuje za hlavní bariéru v používání validace. *„My nemáme dostatečné vzdělání, to znamená, že třeba naše pečovatelky se bojí jít do toho rozhovoru s klientem, u kterého předpokládají nějaký vážný problém, nebo nějaké prodělané trauma, a oni se bojí, že to trauma otevrou a nebudou ho umět pak zpracovat, s tím člověkem. [...] takže v tom je jakoby nedostatečné vzdělání, na druhou stranu oni nejsou validátoři jako takoví.“* (R1)

Z výpovědí respondentů vyplynulo, že během školení získali pouze základní povědomí o metodě, jejích možnostech a technikách. „*Můj názor je, že během jako těch školení, co jsme měli, se mi nepovedlo nějak hlouběji proniknout do nějakých dalších technik...*“ (R6) Respondent R6 také doplnil, že jeho znalosti validace považuje za velmi omezené, na základě školení, která absolvoval. Respondenti R3 i R8 navíc přiznali, že na školení o validaci slyšeli úplně poprvé.

V rámci rozhovorů jsem se snažila zjistit zájem respondentů o další vzdělání ve validaci. A všichni se shodli v tom, že o další vzdělání by zájem měli. Někteří by ocenili další informace o metodě, a především by se rádi zlepšili v praktickém používání validace. Respondentky R7, R8 také zmínily, že by další školení ocenily i proto, aby si zopakovaly či oživily dosavadní znalosti.

Respondentka R1 projevila zájem o roční kurz validace, který pořádá slovenská společnost OZ Terapeutika, která je slovenským zástupcem Validačního tréninkového institutu Naomi Feil. V Česku tento institut zatím není. Respondentka si myslí, že by si metodu potřebovala víc zažít a také procvičit. Ocenila by také praktické rady od někoho zkušenějšího. „*Aby mi někdo řekl, třeba dělej to takhle nebo takhle.*“ (R1)

Zájem přímo o praktické vzdělání projevili také respondenti R2, R3, R6 a R7. Respondenti R6 a R7 by si přáli, aby jim zkušený lektor na konkrétních případech ukázal, jak lze validaci použít. Ideálně pak přímo na jejich klientech. „*Zejména bych ocenil jakoby praktická školení. Teda s někým, kdo to umí, aby šel s náma k našim klientům a tam nás to učil, jak na to... prakticky.*“ (R6) Podobně se vyjádřila i respondentka R7: „*No fakt, kdyby takovýhle školení, že teď si to jdeme ukázat na lidech.*“

Respondent R3 by netrval na ukázkách na vlastních klientech, ale rád by teoretické školení propojil s praxí. „*Že mi přijde, že prostě když má jeden den teorii, nebo ráno teorii a odpoledne praxi, že se to člověku dostane mnohem víc...mnohem víc jako do krve, jo, že přece jenom třeba lidem, kteří...to potřebují jako zažít, aby to pochopili, tak co ti dá školení tři dny na židli...nic prostě.*“ (R3)

Respondentka R2 by také ocenila další vzdělání, nicméně spíše ve formě pravidelných a opakovaných validačních workshopů s lektorem, kde by si vždy účastníci přinesli konkrétní příklady, s nimiž si v rámci své validace s klientem nevěděli rady, a mohli by je zde řešit. Zároveň by zde došlo i k opakování validačních technik a teorie.

Respondentka R8 také projevila zájem o další vzdělání. Jako jediná navíc uvedla, že by jí bylo ku prospěchu zopakovat si stejný kurz, který již absolvovala. Přiznala, že si spoustu věcí z kurzu nezapamatovala. Navíc prý validaci před kurzem vůbec neznala a myslí si, že zopakování kurzu by jí pomohlo k rozšíření a případně k určitému ukotvení nynějších znalostí. Podobně se ale vyjádřila i respondentka R7, která by chtěla další školení především ke zopakování a oživení informací o validaci. *„...ne kurz dva, ale prostě nějaký takový jako, kde si třeba zopakuješ ještě víc ty validační metody, protože za to jedenkrát to člověk nepochytí. [...] Jo, jakože takový to voživení a takový to ta podpora toho lektora, že to děláš dobře nebo neděláš, nebo jako tak.“* (R7)

Také respondentka R4 by o metodě ráda získala další znalosti. Podle ní metoda není zrovna jednoduchá, a mít tak dostatečné informace, vzdělání i praxi je velmi důležité.

Kromě zájmu o další kurzy a školení jsem se respondentů ptala, zda si někdy sami aktivně vyhledávali informace o validaci, například v literatuře, odborných časopisech či na internetu. Také v tomto případě se ukázalo, že všichni respondenti projevili minimálně snahu o samostudium či získání nějakých informací o validaci svépomocí.

Zájem respondentů o další vzdělání i získání informací o validaci lze spojit s jejich kladným hodnocením této metody obecně. Podle selektivní funkce postojů má člověk tendence vyhledávat a přijímat informace, které jsou v souladu s jeho postoji. (Nakonečný, 2007)

Respondentka R1 se snažila sama vzdělávat pomocí knih, článků v odborných časopisech a také na internetu. Také občas komunikuje s lektorkami validace, které ji školily. *„Pak jsem absolvovala nějaké ještě rozhovory s těmi...validátorkami, s těmi lektorkami. Občas si napíšeme, když...sí třeba s něčím nevím rady. Koupila jsem si ty knížky a snažím se stahovat...jako...nějaké materiály, takže...takže sama se v tom vzdělávám.“* (R1) Právě respondentka R1 jako metodička validace v domově má u sebe k dispozici literaturu a další informace, které poskytuje validátorům, pokud o to mají zájem. Právě respondenti R2, R3, R4, R7 a R8 se snažili získat nějaké informace pomocí literatury a „skript“, které mají k dispozici v rámci domova.

Vyhledat informace o validaci na internetu se pokusili respondenti R1, R2, R4, R5, R6 a R8. *„Já mám nějaký papíry, něco vod té J., mám nějaký papíry, co třeba študuju, zkoušela jsem aj hledat nějaký videa...tak jako...něco jsem...něco jsem jako našla nebo tak jo.“* (R4) Většina z nich

však upozornila na značný nedostatek informací, které se jim podařilo vypátrat. „*No zkoušel jsem něco hledat na internetu, ale...uzavřel jsem to s tím, že jako tam toho mnoho přístupného není, aby to k něčemu bylo.*“ (R6) Určitým důvodem může být především nedostatek informací v češtině a na českých webech, na což upozornila respondentka R5. V získání dalších poznatků jí tak zabránila jazyková bariéra. „*Noo, jenom jsem si tam pročítla, vony na internetu byly nějaký třeba útržky, jako články, tak jenom tam jsem si něco četla. Protože třeba na Youtubku, tam je právě ta Naomi...ale vona mluví...jako nebyly ty překlady, víš...Takže tam jenom z tváře těch lidí jsem vypožadovala...že jim řekla asi něco hezkýho (smích), co je rozveselilo, co je tak jako zklidnilo, jako jo, ale blbý bylo, že tam nebyl právě i ten překlad, víš, že bych...třeba věděla, o čem zrovna mluví.*“ (R5)

Asi největší zájem o samostudium jsem kromě respondentky R1 zachytila u respondentky R2. Ta měla půjčenou knihu od Naomi Feil, studovala si literaturu, která je k dispozici v rámci domova, hledala na internetu a sledovala videa. Krom toho se také přihlásila na další kurz o validaci, který však byl nakonec zrušen pro malou účast. Respondentka obecně o další informace jevila velký zájem, nicméně podobně jako ostatní poznamenala, že: „*Moc toho není zas až tak, co se dá dohledat.*“ (R2)

Respondent R3 se pak ke hledání informací na internetu nevyjádřil, respondentka R7 zase tvrdila, že na to nemá čas a vyjádřila určitý pocit „přehlcenosti“ různými úkoly a metodami, které v rámci pracovních povinností musí uplatňovat. „*...jako že bych něco hledala na internetu, tak to ne no. Jako tím, že tady děláme bazálky, kognitivní tréninky, MMS testy, smyslové aktivizace a já nevím co, škálu dalších jiných věcí, tak prostě...člověk jako...je rád, že je rád.*“ (R7) Také v případě tohoto vyjádření lze zaznamenat jistou ambivalenci, kdy respondentka validaci hodnotí vesměs pozitivně, zároveň však vyjadřuje nelibost nad množstvím úkolů, které musí v rámci pracovních povinností plnit, a validace je jedním z nich.

9.1.5 Podpora vedení v uplatňování validace

V průběhu rozhovorů se respondenti různě vyjadřovali k tématu podpory validace ze strany vedení. Jak jsem již uvedla dříve, validace je v organizaci prezentována jako jeden z konceptů, který je poskytován v rámci služby jako „nadstandard“, a měl by sloužit ke zlepšení kvality péče o klienty s demencí. Vzhledem k tomu, že vedení domova také zařizuje školení ve validaci, očekávala jsem, že jeho přístup k této metodě

bude spíše kladný. Nicméně zajímalo mě, jak to vnímají sami respondenti. Někteří z nich se však k podpoře ze strany vedení vyjadřovali poměrně kriticky.

Respondentka R1 asi nejvíce ze všech oslovených vnímá, že jí podpora ze strany vedení velmi chybí. Tato respondentka je v zařízení v pozici metodika validace a je tak nejvíce zodpovědná za to, jakým způsobem se zde validace uplatňuje. Z rozhovoru vyplynulo, že se také často ocitá v situaci, kdy má poradit svým kolegům, případně kdy ji kolegové volají k některým klientům, s nimiž si již v rámci validace nevědí rady a očekávají, že jim ona pomůže. Problém je podle ní v tom, že ona sama má stejné vzdělání jako ostatní a často tak pomoci nedokáže, protože sama neví, jak dál. *„Já jsem třeba o dvě kroky dál než ty pečovatelky, ale já už pak taky nevím, jo, a vím, že v tomhle by mi pomohlo další vzdělání, který ale nemám.“* (R1)

Respondentka tedy cítí, že ji vedení nepodporuje v dalším vzdělání, což se odráží také v tom, do jaké míry a jak kvalitně je validace v domově prováděna. Od ředitelky navíc několikrát žádala rozšíření jejího vzdělání, nikdy jí ale nebylo vyhověno. *„...to rozšířené vzdělání, to je roční kurz. Ale on je... pouze ve Vídni nebo v Bratislavě, tady v Česku není. A s tím má problém paní ředitelka jako mi to zaplatit, takže... a já soukromě prostě, tím že ta podpora tady není tak velká, tady ze strany ředitelky, tak já do toho jako prostě takhle investovat nebudu.“* (R1)

Nakonečný (2007) tvrdí, že expresivní funkce postoje lidem pomáhá vyjadřovat svá přesvědčení a snižovat vnitřní emoční pnutí. Právě respondentka R1 v průběhu rozhovoru několikrát vyjádřila svou nespokojenost s podporou vedení i tím, jakým způsobem se s validací v zařízení pracuje. Vyjádřila tak svůj negativní postoj vůči vedení a tím uvolnila své emoce.

Na druhou stranu ale respondentka R1 přiznává, že to byla iniciativa ředitelky domova začít s využíváním validace. Oceňuje, že vedení zařizuje kurzy validace pro zaměstnance, a také že podporuje pravidelná setkávání validátorů, nicméně dle respondentky je tato podpora nedostatečná.

Podobně vnímají přístup ředitelky i respondenti R2 a R5. Ti vyjádřili nespokojenost s tím, vedení počítá s tím, že je pošle na jeden kurz a pak od nich očekává, že již všechno umí a budou metodu uplatňovat. *„Ze strany paní ředitelky to vidím spíš tak, že jako je to super, že zorg... tady to školení, že jo. Ale právě takový to, že potom se teda počítá s tím, že my tady*

validujeme, ale vlastně o tom nic nevíme, když jdeme na dvě školení, jo.“
(R2)

Podobně i respondentka R5 uvedla, že moc velkou podporu ze strany vedení nevnímá. V podstatě se vyjádřila tak, že se od ní očekává, že bude validaci uplatňovat na základě školení, ale pak už nikoho příliš nezajímá, zda se to daří či nikoliv. „*Moc mně to nepřípadne. Tady to máš a ukaž, co umíš.*“ (R5) Na druhou stranu však připouští, že pokud by žádala podporu ze strany své přímé nadřízené, například pro více času na validaci u některého klienta, je přesvědčena, že by jí vedoucí vyšla vstříc.

Alespoň určitou podporu ze strany přímého nadřízeného pocítují někteří respondenti. Například respondentka R4 ocenila, že její vedoucí má také kurz validace a umí ji uplatňovat, takže s ní může probrat situaci, kdy třeba řeší nějaký klientův problém. Stejně tak respondent R3 se vyjadřoval pozitivně vůči podpoře své přímé nadřízené a ocenil, že si někdy sama najde čas a validaci využívá také. Také respondentka R8 vnímá podporu ze strany své přímé nadřízené jako dostatečnou.

Někteří respondenti také ocenili každoměsíční setkání s validátory v rámci domova, případně i přístup metodika validace, tedy respondenta R1. Například respondentka R2 sdělila, že pokud je potřeba, tak si metodička validace vždy najde čas a dá se s ním perfektně domluvit. Také respondentka R7 ocenila možnost setkávání validujících jednou za měsíc a také to, že v případě potřeby je možnost se obrátit o pomoc na metodika validace. Na druhou stranu však připouští, že na setkání moc nechodí a pomoc metodiky zatím nevyhledala.

Respondent R3 se po otázce, zda jej nadřízený podporuje v uplatňování validace, docela zašklebil, nicméně nakonec podporu spíše ocenil a podle jeho slov je dostačující. „*Měli jsme možnost vlastně toho školení, a máme ty měsíční setkávání s J. S. nám kontroluje jako ty zápisy tý validace, což je dobře, protože já na to kolikrát zapomenu, že...to jako sice provedu, ale nezapíšu to, což... takže jako supr, že nám to kontroluje. Tak já si myslím, že jako jo, určitě.*“

Pouze podle respondenta R6 je podpora vedení v uplatňování validace dostatečná. Co se týče vedení ředitelky, váží si toho, že mu bylo umožněno absolvovat školení v rámci zařízení. Také ocenil podporu ze strany jeho přímé nadřízené, která podle něj motivuje i ostatní kolegy a kolegyně, aby se do validace zapojovali, přestože to není jejich přímá kompetence.

Na druhou stranu se však vyjádřil kriticky ke každoměsíčním validacním setkáním s ostatními kolegy, a označil je za zbytečné. „*A co se týče*

těch každoměsíčních sezení, to mi přijde... jako taková byrokratická formalita, jakože teď teda všichni se sejdete a budete tam něco vykládat. V podstatě se na nikoho nedostane, nic se nevyřeší a zase se rozejdeme, protože je nás tam moc a řeší se příliš mnoho věcí najednou. (R6)

Podle Hany Vojtové (2018), která má zkušenosti se zaváděním konceptu smyslové aktivizace v rámci českého prostředí, je velmi důležité, aby personál vnímal podporu vedení. Ta je však nezbytná nejen ve fázi zavádění nového konceptu, ale po celou dobu jeho uplatňování. Sama Vojtová (2018) to popisuje jako nikdy nekončící proces, a zdůrazňuje, že je nutné, aby zaměstnanci vnímali podporu, byli stále motivováni a cítili pomoc v případě řešení nejasností.

9.1.6 Nedostatek času a prostoru

Kolik času je potřeba věnovat validaci, je podle Feil (2015) velmi individuální. Záleží na tom, v jaké fázi dezorientace klient je, jak dlouho se dokáže soustředit, či jakým způsobem zvládá komunikovat. Podstatná je kvalita validace, ne kvantita. Feil (2015) tvrdí, že na validaci je většinou potřeba jen pár minut denně (cca mezi jednou až patnácti minutami), je nutné však zachovat pravidelnost.

Tento fakt, který prezentuje autorka konceptu, však rozporovala respondentka R2. Na jednu stranu souhlasí s tím, že na validační přístup k člověku v práci čas nepotřebuje, na druhou stranu ale podotýká, že pokud chce klienta cíleně validovat, například pomocí specifických validačních technik, je skutečně nutné, aby byla na klienta naladěná, připravená, případně aby nebyla ve spěchu a měla na něj prostor a klid. A právě tyto skutečnosti ve své práci mnohdy postrádá. *„Pokud já prostě jsem ve spěchu a tak, tak prostě nemá smysl vůbec začínat, jako kdyby, že myslím, na nějakou validaci, nebo že to nemá vůbec žádnéj účinek potom. [...] Jako není to pravda, že prostě když s tím člověkem pracuju, tak můžu, že přece to můžu použít kdykoliv. Jako někdy ten pečovatel prostě je v nějakým shonu, protože ví, že má strašně něco teďka rychle udělat, a já vidím rozhozenýho klienta, ale já prostě vím, že na něho nemám čas a nemá smysl s něčím začínat, prostě někdy to prostě nejde.“* (R2)

Právě v souvislosti s vyjádřením této respondentky bych ráda znovu připomněla základní validační techniku **centrování**, která by měla předcházet každé validaci. *„Jde o techniku, která napomáhá být empatickým, dokázat se odpoutat od hodnocení, negativních myšlenek nebo hněvu.“* (Hauke, 2017, s. 97) Skutečně tedy lze říct, že na cílenou validaci

člověk musí mít určitý prostor, případně čas právě i na samotné vnitřní nastavení, což některým respondentům schází. Krom toho je nutné si zajistit určitý čas i na samotný validační rozhovor. Jak uvedla respondentka R5: „*A pak už vidíš, že ti pípá zvonek a musíš někde vodběhnout, tak to se blbě, víš...když jdeš hodně do hloubky, tak nemůžeš to v půli rozhovoru vypustit, a je to takový...*“ (R5)

Respondentka R4 se snaží validaci uplatňovat vždy, když má směnu. Také však zdůraznila, že ne vždy je to snadné, protože podle ní si člověk na validaci musí udělat prostor. Měl by být na validaci psychicky naladěný a také nebýt ve spěchu. „*Já když tam přistupuju, tak říkám, musím být jako...psychicky v pohodě naladěná...Jo, nesmím, prostě tam dolítnout, jo, úplně rozto, honem honem...prostě všechno v klidu a tak...a vždycky taky...někdy člověk jako nezvaliduje, jo, pokud ten člověk nějak nechce mluvit nebo...jo, někdy se to taky nezadaří úplně, jo.*“ (R4)

Nedostatek času jako jednu z bariér ve využívání validace krom výše zmíněných popisovali i další respondenti (R1, R7). Například respondentka R1 sdělila, že nedostatek času na validaci vnímá právě u personálu v přímé péči, a označuje to za jednu z příčin, proč je kvalita validace v domově podle ní nízká.

Respondentka R5 v souvislosti s nedostatkem času na validaci vyjádřila také výraznější negativní emoce, a označila to jako hlavní věc, která jí vadí. „*Co mě vadí, že na to není tolik času, co bych tom třeba chtěla věnovat, jako jo. To tam asi ani nedávej (smích), ale já, když jsem sem nastupovala, tak jsem sem šla s tím, že vlastně tady budu opečovávat ty babičky, jo, že si s něma budu povídat, aby se necítily osamělý, a vono fakt časově to někdy vůbec nejde. To mě mrzí, že není tolik prostoru tady na to. [...] A víš, že máš tam zase další, jako prostě, a musíš to stihnout a musíš to udělat. Takže to mě vadí, že tě vždycky tlačí třeba čas.*“ (R5)

Pouze respondenti R3, R6, R8 nevyjádřili potřebu mít na validaci více času. Oba validaci využívají primárně u klientů, u nichž je to tak nastaveno. Respondent R6 se metodu snaží uplatňovat podle aktuálních potřeb klienta, tedy vždy v případě, kdy je neklidný a podobně. Respondent R6 validaci používá u klientů zhruba jednou týdně, případně častěji, v závislosti na tom, jak má čas.

9.1.7 První dílčí závěr

V prvním dílčím závěru shrnu poznatky, které jsem získala o kognitivní složce postojů pomáhajících pracovníků k metodě validace. Hlavním cílem

této kapitoly je odpověď na první dílčí výzkumnou otázku, kterou jsem položila následovně: **Jaká je kognitivní dimenze postojů pomáhajících pracovníků k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?**

Názory, představy i myšlenky respondentů o validaci se do jisté míry různí. Z rozhovorů vyplynulo, že skutečně každý pojímá validaci trochu jiným způsobem, což se pak pochopitelně odráží i ve způsobu jejího uplatňování. Dvě respondentky vnímají validaci jako určitý specifický přístup k lidem, který se stal běžnou součástí jejich jednání s lidmi obecně. Ostatní respondenti pak na validaci pohlíží více prakticky – jako určitý soubor technik, které mohou využít při práci, pomoci jimi klientovi, ale svým způsobem také sobě.

Všem respondentům validace pomáhá v pochopení projevů dezorientovaných klientů, případně i vcítit se do těchto klientů. Díky tomu mohou respondenti lépe na tyto projevy reagovat. Celkem tři respondenti si myslí, že díky validaci se daří lépe předcházet konfliktům s dezorientovanými klienty.

Všichni respondenti shodně uvedli, že díky validaci se jim daří dezorientovaného klienta lépe uklidnit a také zmírnit jeho problémové chování, což považují za přínos této metody pro svou práci. Zároveň někteří z nich však upozornili, že se to nemusí vždy podařit.

Za hlavní bariéry či úskalí uplatňování validace označili respondenti tři hlavní důvody. Téměř všichni respondenti jsou přesvědčeni, že vzdělání, které mají, není dostatečné. Shodují se v tom, že kurz validace jim poskytl základní informace o této metodě, avšak k tomu, aby se jim dařilo validaci lépe uplatňovat, by potřebovali více informací. Někteří respondenti by pak ocenili především praktický druh vzdělání. Dále se respondenti shodli v tom, že o validaci není k dispozici mnoho dohledatelných informací, kterými by si mohli zlepšit své znalosti pomocí samostudia.

Druhou bariérou je podle některých respondentů nedostatečná podpora ze strany vedení. Někteří respondenti si myslí, že vedení od nich uplatňování validace vyžaduje, nicméně už se příliš nezajímá, jestli se jim to skutečně daří či nikoliv, a jestli v rámci validace potřebují nějakou další pomoc. Na druhou stranu ale téměř všichni respondenti ocenili podporu v podobě zajištění kurzu, a někteří z respondentů také považují za určitou podporu měsíční setkávání validujících, kde mohou s kolegy rozebrat to, co jim dělá ve validaci potíže.

Třetím úskalím v uplatňování validace je podle některých respondentů nedostatek času a prostoru. Problém vidí jednak obecně v nedostatku času v rámci své pracovní doby, ale také vnímají, že ne vždy, když je to potřeba, mají prostor soustředit se na klienta a jeho problémy. Někteří respondenti také považují za negativum, že během validování bývají vyrušeni jiným klientem a nemohou tak validaci v danou chvíli dokončit.

9.2 Emocionální složka postojů

V rozhovoru s respondenty jsem mimo jiné chtěla zjistit, jaké emoce prožívají v souvislosti s validací, a jaké pocity v nich tato metoda vyvolává. Zajímaly mě jak pozitivní, tak i negativní emoce, a podle nich jsem je také rozdělila do dvou podkapitol.

9.2.1 Pozitivní emoce

Mezi pozitivní emoce, které respondenti zmiňovali v souvislosti s validací, patří radost, uspokojení či potěšení. Tyto emoce respondenti vyjadřovali v souvislosti s různými situacemi či tématy, proto je nyní popíšu.

Potěšení, uspokojení nebo prostě dobré pocity popisovali respondenti (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8) v souvislosti s přesvědčením, že validací klientům pomáhají a mohou jim ulevit od trápení. Právě to je pro některé důvod, proč se validaci ve své práci snaží uplatňovat. Například respondent R6 popsal, že validace je pro něj praktický nástroj, který mu pomáhá v práci, a zároveň pomáhá i klientům.

O radosti a dobrém pocitu díky pomoci druhému hovořilo během rozhovorů vícero respondentů. „*Těší tě to, že tomu člověku můžeš pomoci. Jo, že ten člověk si to třeba ani neuvědomuje, ale ty tam ten posun vidíš.*“ (R3) Respondentka R4 je také ráda, když klientovi může ulevit od problému, zbavit ho trápení nebo v něm vyvolat dobrou náladu. Podobně se vyjádřila například také respondentka R1, která cítí velké uspokojení a radost, když může někomu pomoci.

Respondentka R2 popsala validaci jako laskavý a neposuzující přístup vůči lidem. Podle ní je důležitý právě dobrý pocit z toho, že někomu svým jednáním či přístupem pomohla. „*Když vlastně seš s člověkem, kterej je nějak rozhozenej a víš, že v rámci, já nevím, deseti minut se mu udělá*

dobře, i tobě se udělá dobře. A vlastně ti to tak jakože.. máš z toho dobřej pocit, no. Tak jako samo o sobě...nepotřebuješ víc, jako o to tam jde, ne, mít dobřej pocit.“ (R2)

Respondenti R2 a R6 pak dokonce mají pocit, že díky poznání validace pomáhají víc než předtím.

Respondentka R5 zase popsala případy, kdy dezorientovaní klienti opakovaně křičí, volají a nařikají, a ona je pomocí validace dokáže utišit. *„A potom, když vodcházíš a vidíš, že vona spí, tak máš takovej dobřej pocit, žes asi udělala něco dobře...že se nebude trápit.“ (R5)* V těchto případech popisuje dobré pocity nejen z toho, že pomohla klientovi, ale cítí určitou úlevu i u sebe sama, protože přiznává, že křik klientů bývá někdy až vysilující.

Validace podle Feil (2015) pomáhá pečujícím „jít v botách“ starého dezorientovaného člověka. Pomáhá jim vstoupit do světa seniora a pochopit jej, vidět jej jeho očima. Na základě takového jednání ze strany validujícího pak může vzniknout vzájemná důvěra a vztah.

Někteří respondenti (R2, R6) popsali, že mají **radost ze vzájemného kontaktu s dezorientovaným člověkem**, který se jim díky validaci daří navázat. Podle respondenta R6 je klient díky validaci více otevřený, stejně tak se ale i on sám otevírá vůči klientovi. Jinak respondentka to zase popisuje jako určité propojení s klientem. *„Radost mi dělá to, to spojení s tím člověkem...že vlastně v tu chvíli je úplně jedno, jaký ten život člověk měl, jaký jsem život měla já, ale v tom daným okamžiku tam došlo k nějakému spojení i s člověkem, který je vlastně úplně jinde, je dementní, a ty máš najednou takovej pěkněj pocit, že tam došlo už jenom k tomu spojení prostě.“ (R2)*

Podobně respondentka R1 popsala radost z toho, že díky validaci klientům začala skutečně rozumět. Také je ráda, že klient cítí, že mu rozumí, že s ním sdílí jeho situaci a neodsuzuje jej.

Někteří respondenti (R2, R3, R5, R7, R8) vyjadřovali pozitivní emoce v reakci na **projevení emocí u svých klientů v průběhu** nebo po validaci. Většinou je velmi těší projev pozitivních emocí, které u klienta dlouho neviděli. Někteří respondenti zmínili například úsměv: *„Když člověk zapomene...třeba když se zklidní, zapomene na ten svůj problém, začne se třeba usmívat.“ (R7)* Respondentku R5 zase nejvíc potěší, když se klienti smějí, a vidí na nich, že jsou spokojení. *„Tak když vidíš, že se začnou*

smát, jako jo, a řeknou: „Sestřičko, ještěže jste přišla,“ tak to ti udělá hroznou radost. Když jdeš jako potom vod nich a víš, že jsou spokojený.“ (R5)

Respondentka R4 však oceňuje i to, když klient projeví emoce ať už pozitivní či negativní. Sama uvádí, že se jí klientka během validace rozplakala, podle ní je však právě uvolnění emocí jedním z cílů validace. Také Naomi Feil (in Nentvichová Novotná, Janečková, 2016 s. 26) tvrdí, že *„pokud jsou bolestivé pocity vyjádřeny, akceptovány a validovány, stávají se slabšími. Naopak bolestivé emoce, které jsou ignorovány a potlačovány, sílí.“*

Respondenti R4, R5, R6, R7, R8 také uvedli, že pociťují pozitivní emoce při zpětné vazbě od jejich klientů, z jejich pozitivních reakcí nebo také když u nich vidí nějaký posun k lepšímu. *„Dobřej pocit...že to k něčemu je.“ (R6)* Také respondentky R7 a R8 cítí radost či uspokojení z dobře odvedené práce, pokud klient pozitivně reagoval na validaci. *„Jako já su spokojená sama se sebou a i s tím klientem jako jo, takže...mě to dává pocit dobře vykonané práce, a prostě že ti lidi jsou...jako že jsem je viděla se zasmát.“ (R8)*

Respondentku R8 také velice těší, když si dezorientovaný klient vzpomene na její jméno, nebo i na nějaký společný moment. Znamená to pro ni, že pro klienta udělala něco dobrého. *„Když vím, že za sebou nechávám něco, že ti lidi mě v té hlavě mají, tak to mně dělá strašně jako dobře, to si říkám, á, tak ona si to pamatuje, tak to je fajn, tak asi jsem v ní zanechala něco, co...co se jí třeba líbilo, nebo tak jo.“ (R8)*

Respondentů jsem se také ptala, jestli s klienty při validaci zažívají nějaké překvapivé momenty. Ekman (2015) překvapení řadí mezi neutrální emoce, kdy po momentu samotného překvapení může člověk pociťovat jak pozitivní, tak i negativní emoce. Vzhledem k tomu, že ve výpovědích respondentů byly momenty překvapení spojeny s pozitivními emocemi, rozhodla jsem se je spojit s touto podkapitolou.

Respondentka R4 jako jediná uvedla, že si na žádný výraznější moment překvapení nevzpomíná. Někteří respondenti přímo popsali konkrétní situace s klienty, které je překvapily. Například respondentku R2 překvapilo, když jí klientka během validace dokázala napsat na papír své pocity a to, z čeho má strach, přestože to předtím nebyla schopna projevit verbálně. Respondentka R8 byla zase pozitivně překvapená, že klient díky změně jejího přístupu přestal být agresivní při hygieně.

Respondenti R1, R3, R5, R6 tvrdí, že se u nich pocity překvapení objevují poměrně často. Důvodem bývá většinou to, co jim klient v průběhu validace řekne, s čím se svěří po pokládání validačních otázek. Někdy jim

to pomůže pochopit příčinu klientova jednání a chování. „Když tam třeba přijdeš a paní ti řekne: „Honem, honem!“ A teď, proč honem? A ona: „To musí být rychle!“ A teď než se dobereš toho, že ona vlastně v té chvíli vaří párky a ty máš jít vypnout vodu, aby jí nepopraskaly, tak to je takový jakože tě překvapí, kam až to třeba zase zašlo, jo.“ (R5)

Respondentku R7, která pracuje s klienty v těžké fázi demence, obvykle překvapí samotná pozitivní zpětná vazba od klienta, například když jí klient začne děkovat nebo se usmívá.

9.2.2 Negativní emoce

V rámci zjištění emocionální složky postojů jsem se respondentů ptala také na to, zda jim při aplikaci validace něco vadí, nevyhovuje, a jestli mají z něčeho strach či obavy. Přestože negativní emoce se u respondentů objevovaly méně často než ty pozitivní, ráda bych je nyní zmínila.

Respondenti R1, R5 vyjádřili určité obavy z toho, že se v průběhu validace dotknou nějakého citlivého tématu klienta, případně rovnou traumatu. Respondentka R1 se obává především toho, že například nějaký vážný problém nedokáže s klientem zpracovat. „Taková malinká nejistota, jakože co když se zase dostanu na to, a už dál nebudu vědět. Jo, že mě je to líto, že vlastně odcházím od rozpracovaného člověka.“ (R1)

Obavy respondentek R5 a R7 pak pramení především z toho, aby klienta svými otázkami v rámci validace nějakým způsobem nezranily nebo ještě víc nerozrušily. A respondentka vyjádřila obavy i z toho, aby správně pokládala validační otázky.

Respondentka R8 vyjádřila spíše obavy z agrese klienta, kterou by mohla vyvolat svým jednáním. Nutno však podotknout, že respondentka tuto obavu vyjádřila v souvislosti se svou prací obecně, tedy nejen v souvislosti s uplatňováním validace.

Naproti tomu respondent R3 se obává, že validaci použije u klienta, pro nějž není vhodná, a poškodí či naruší vztah mezi ním a klientem. Jeho obavy pramení z jeho osobní zkušenosti, kdy se u relativně orientované osoby pokoušel o validaci a klient na to zareagoval velmi podrážděně. „Že pak to trvá hrozně dlouho, než si zas k sobě najdou cestu. Anebo už si ji třeba nenajdou, jako ten klient je prostě právem naštvanej.“ (R3)

Ostatní respondenti nějaké obavy či strach z validace nepociťují. Jak uvedla respondentka R2: „To jsou fakt jenom dezorientovaný lidi, tam nemáš se čeho bát jako.“

Lítost je další negativní emoci, kterou jsem u respondentů (R2, R4, R5, R8) během rozhovorů zaznamenala. Nevyjadřovali ji však ani tak v souvislosti s uplatňováním validace, spíše se jednalo o litování klientů s demencí a jejich situace. Tyto respondenty mrzí, že klienti onemocněli demencí, i když si to často ani neuvědomují. Respondentka R4 vyjádřila lítost i nad tím, že se někdy klienti trápí nad věcmi, které nejsou reálné. Zároveň vyjádřila soucit i s rodinnými příslušníky, pro které musí být onemocnění jejich blízkého velmi náročné.

Respondenti R3 a R4 také vyjádřili negativní emoce v souvislosti s neustálým opakováním informací v komunikaci s dementními klienty, tedy také v rámci validace. Přestože toto neoznačili za nějaký zásadní problém, připustili, že je to pro někdy velmi náročné. *„To je vo tom, že člověk musí být trochu jako kafomlýnek, no furt to omílat dokola, protože většinou je to...pořád se nastavuje u toho klienta ten stejnej problém, jo, takže furt to tak nějak řešit dokolečka.“* (R4)

Respondentu R3 pak navíc při užívání validace někdy trochu vadí to, že je musí být vůči klientům až příliš vlezlý, jak to sám označil. Také se mu nelíbí, že někdy jsou validační otázky až příliš banální, možná až infantilní. *„Občas ty otázky...aby byly dobře položený, tak mi občas přijde, že se pokládají jak pětiletým dětem.“* (R3)

Negativní emoce dále respondenti vyjadřovali také v souvislosti s nedostatečným vzděláním a také slabou podporou ze strany vedení. Tato témata jsem však nakonec zařadila do kapitoly o kognitivní dimenzi postojů.

9.2.3 Druhý dílčí závěr

V této kapitole jsem se snažila nalézt odpověď na druhou dílčí výzkumnou otázku, kterou jsem položila takto: **Jaká je emocionální dimenze postojů pomáhajících pracovníků k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?**

Respondenti v souvislosti s validací vyjadřovali různé pozitivní i negativní emoce. Všichni respondenti shodně uváděli, že prožívají radost, uspokojení či potěšení, když mohou klientovi pomoci a ulevit mu od trápení.

Většina respondentů také hovořila o tom, že jim udělá radost, pokud od klienta dostanou pozitivní zpětnou vazbu. Tuto zpětnou vazbu respondenti označovali různě. Někteří jsou rádi, když jim klient poděkuje či řekne něco pozitivního. Někoho těší, když u klienta vidí pozitivní emoce, například úsměv, smích a podobně. Jedna respondentka dokonce řekla, že tyto situace v ní vyvolávají pocit dobře odvedené práce.

Pozitivní pocity u respondentů vyvolává také to, když vidí, že se po validaci klientův stav alespoň o trochu zlepší, ať už v podobě vyvolání lepší nálady, pozitivních emocí, nebo právě v podobě uklidnění klient či odstranění nějakého nežádoucího chování.

Co se týče pozitivních emocí, v neposlední řadě bych ráda zmínila, že některé respondenty těší, že díky validaci dezorientovaným klientům více rozumí, a dokáží s nimi lépe navázat kontakt, či dokonce vztah.

V souvislosti s negativními emocemi respondenti nejčastěji vyjadřovali obavy, většinou ale z různých důvodů. Někteří respondenti se obávají, aby validační otázky pokládali správně a aby validací klienta nezranili či nerozrušili. Jedna respondentka dokonce vyjádřila určité obavy z případné agrese klienta. U jednoho respondenta se zase objevily obavy, že validaci použije u klienta, pro kterého není tato metoda vhodná, a naruší tak třeba vzájemný vztah.

Další negativní emocí, kterou respondenti pociťují je lítost nad klienty s demencí, jejich onemocněním a obtížnou situací. Někteří respondenti se právě z důvodu soucitu a lítosti snaží klientům zpříjemňovat jejich život různými způsoby a metodami, včetně validace.

Respondenti většinou na metodě validace nenacházejí nic, co by jim vadilo, nebo se jim při uplatňování nelíbilo. Pouze jeden respondent se někdy cítí nekonformně, protože má pocit, že při používání validace hodně zasahuje do soukromí klienta. Také se mu nelíbí, že validační otázky jsou až příliš banální.

9.3 Behaviorální složka postojů

Poslední podkapitola analytické části práce je věnována behaviorální složce postojů respondentů. V rámci této kapitoly jsem chtěla zjistit, jakým způsobem respondenti validaci ve své práci uplatňují, při jakých příležitostech metodu používají, jaké používají validační techniky, a jestli o validaci hovoří i s rodinami a blízkými klientů. Z rozhovorů vyplynula celkem čtyři základní témata, o nichž budu nyní hovořit.

9.3.1 Použití validace jako reakce na problémové chování klienta

Toto téma souvisí se způsobem chápání validace jako takové, kterým jsem se zabývala v kapitole o kognitivních složkách postojů. Ukázalo se, že respondentky R1 a R2, které chápou validaci víc celistvě (tedy jako určitý přístup k lidem), mají také tendence ji uplatňovat více „plošně“. Obě dvě validaci přijímají jako určitý způsob jednání s člověkem a připouští, že svůj validační přístup často využívají, aniž by si to uvědomovaly. *„Jako ta validace mě přijde v podstatě tak spojená s laskavým a neposuzujícím a nehodnotícím přístupem k člověku, že když to člověk pochopí a jako kdyby najede na takový jako kdyby jednání s člověkem, tak už jako nepřemýšlíš, jestli to používáš nebo ne, tak už prostě s tím člověkem tak jednáš.“* (R2) Podobně i respondentka R1 uvedla, že validaci používá při běžné komunikaci s klienty s demencí, ale také ve svém volném čase. Metodu totiž považuje za velmi přirozenou. *„Jako třeba se dostanu do kontaktu na chodbě nebo někde prostě s klientem s demencí, nebo i vlastně ve svém volném čase, tak pro mě už je to tak přirozené, že já to používám kdekoliv.“* (R1)

Zároveň však obě respondentky validaci uplatňují i cíleně u klientů, kde je to potřeba. Tam už však většinou vědomě uplatňují verbální či neverbální validační techniky.

Ostatní respondenti (R3, R4, R5, R6, R7, R8) pak validaci uplatňují spíše jako reakci na určitý problém či chování dezorientovaného klienta, a hodně se zaměřují na využití některých validačních technik. Například respondentka R4 tvrdí, že si použití validace vždy uvědomuje. *„Klient vlastně řekne nějaký ten problém nebo něco, co se to týká...a já...mě už tak...začnu přemýšlet a už mě to tak nějak naskočí. Že už prostě...vím, jak s ním mluvit.“* (R4)

Podle respondenta R3 ani není možné validaci používat plošně u klientů s demencí. Validaci, stejně jako respondentka R4 a R7, uplatňuje u těch klientů, u nichž se vyskytne nějaký problém. Většinou se jedná o situace, kdy je klient neklidný, rozrušený, či projevuje nějaké problematické chování. Respondenti R6 i R5 také uvedli, že validaci používají spíše výběrově, v závislosti na stavu a projevech klientů.

Respondentky R5 a R8 navíc uvedly, že validaci uplatňují hodně intuitivně. U některých klientů ví, co jim pomůže a jakým způsobem je

uklidní, někdy to však nepomáhá. V takových případech zkouší, co zabere, a neřeší, jakou metodu v tu chvíli používají. O něco výraznější byl tento přístup právě u respondentky R8, která obtížně rozlišuje rozdíly mezi jednotlivými metodami.

9.3.2 Použití validačních technik

Validační techniky jsou jedním ze třech hlavních pilířů této metody. Validace pracuje celkem se 14 technikami, které mohou být verbální i neverbální. (Nentvichová Novotná, Janečková, 2016)

Při rozhovorech s respondenty jsem zjišťovala, jaké validační techniky znají, a které z nich sami používají, případně nepoužívají a proč. Respondenti většinou neznali názvy technik, s čímž jsem ale počítala, proto jsem je během rozhovoru žádala i o popis či vysvětlení techniky vlastními slovy. Musím podotknout, že žádný respondent nevyjmenoval ani nepopsal všech 14 technik. Jindy zase respondenti (R1, R5) zmiňovali také techniky, které do validace nespádají. Například respondentka R1 tvrdila, že v rámci validace se používá také aromaterapie, muzikoterapie a bazální stimulace. Tady je nutné si uvědomit, že se jedná o odlišné koncepty a metody, přestože některé z nich mohou být s validací dobře propojitelné.

Dále z rozhovorů vyplynulo, že kromě respondentky R1 žádný z respondentů při validaci příliš nepřemýšlí nad tím, v jakém stadiu dezorientace klient je. To však může být způsobeno tím, že své klienty i jejich projevy respondenti již poměrně dobře znají, a vědí, jakým způsobem s nimi mají jednat.

Všichni respondenti nějakým způsobem pracují s verbálními technikami. Ty patřily mezi nejčastěji zmiňované. Například respondenti R3 i R7 pak považují validaci za vyloženě verbální komunikační metodu.

Asi všichni respondenti pracují s technikou kladení jednoduchých otázek. Respondentka R7 také ví, že není vhodné se dezorientovaného klienta ptát „proč“. Respondentky R2 a R5 se v rámci verbálních technik snaží zachycovat takzvaná „klíčová slova“ a adekvátně na ně reagovat, což je technika označována jako přeformulování.

Z neverbálních technik pak respondenti zmínili například oční kontakt, práci s tónem hlasu, a použití doteků. Právě použití doteků v rámci validace zmínili také všichni respondenti mimo respondentku R1. Většina z těchto respondentů pak používá takzvané běžné dotyky, respondentky R5 a R8 však uplatňují i takzvané zakotvené dotyky, což je způsob

doteku na určitých místech, které v klientovy vyvolají pozitivní emoce spojené s minulostí. „Tyhle klientky, vždycky na ně musím sáhnout, vždycky aj XXX, držíváme je jako za ruce, nebo je hladíme. Že aj hodně stačí, když takhle...já vím, že se to nemá, ale některý vím, že když takhle jí přejíždím přes tvář, tak ona se tak jako jo...“ (R5) Tato respondentka používá doteky u klientek, které třeba již nejsou schopny příliš verbálně komunikovat a mají tendence volat a křičet.

Respondentka R8 jako jediná používá techniku použití hudby, kdy se podle přání nebo potřeb klienta snaží společně modlit nebo zpívat známé písničky. „Já mám ráda písničku „Tu červenou sukýnku nejradši ze všech mám, a taky, já to vždycky začnu notovat, a ona...ona to normálně zpívá, pamatuje si to slovo od slova, jo.“ (R8)

Centrování, jako techniku, která by měla předcházet každé validaci, pak vědomě využívají pouze respondenti R1 a R6.

U respondentek R4, R5, R8 je použití technik hodně intuitivní. Většinou se snaží reagovat na potřeby daného klienta, a podle situace pak uplatňují verbální či neverbální techniky, případně použijí zcela jinou metodu bez toho, aniž by si to většinou uvědomovaly. Například respondentka R4 popisovala konkrétní příklad klientky, která je dezorientovaná časem, a trpí pocitem, že ji nikdo nemá rád a že ji rodina nechodí navštěvovat. Respondentka se proto domluvila s rodinou, že jí všechny návštěvy budou zapisovat do kalendáře a klientka si to díky tomu bude pamatovat. Respondentka toto jednání uvedla jako validaci, nicméně ve skutečnosti se jedná spíše o snahu orientovat v realitě.

9.3.3 Spojení validace s jinými koncepty

Domov se zvláštním režimem, ve kterém jsem prováděla tento výzkum, pracuje kromě validace s dalšími pěti koncepty. Patří mezi ně bazální stimulace, paliativní péče, reminiscenční terapie, práce s biografií klienta a také smyslová aktivizace. Přestože na každém úseku jsou určeni zaměstnanci, kteří mají na starosti určitý koncept a jeho uplatňování i následnou evidenci, z rozhovorů v rámci výzkumu vyplynulo, že někteří respondenti tyto koncepty v praxi různě kombinují.

Dle mého názoru k sobě mnohé metody mají velmi blízko, v některých situacích jsou dokonce snadno propojitelné a jejich kombinování tak nemusí být na škodu, spíše naopak. Podobně hovoří i Feil (2015), podle níž by pracovníci měli znát i jiné metody, protože u různých klientů či v různých situacích může být užitečné něco jiného.

Respondenti R1, R5, R6, R8 uvedli, že validaci u některých klientů kombinují například s bazální stimulací. Respondentka R1 sdělila, že právě bazální stimulace je jedna z technik, jejíž prvky je vhodné společně používat u klientů ve třetí či čtvrté fázi dezorientace. Sama však bazální stimulaci neumí, proto se zaměřuje spíše na jiné techniky. Respondenti R5 a R6 však bazální stimulaci společně s validací kombinují i v praxi. „*Používáme hodně třeba konkrétně u nás, z bazální...z té...z bazálky...hnízdo. Jo, že ten klient se tak obloží takovejma válečkama, jako udělá to takový hnízdečko a on se potom cítí v bezpečí. Tak to se u nás hodně osvědčuje.*“ (R5) Právě pocit bezpečí je podle Naomi Feil (2015) jednou z nejdůležitějších potřeb dezorientovaného starého člověka, a validace je jedna z metod, která tuto potřebu pomáhá naplnit. Stejný cíl má ale také bazální stimulace, včetně „polohy hnízdo“, o níž respondentka mluvila. „*Tato poloha umožňuje klientům si odpočinout a navozuje u nich příjemné pocity ve smyslu „cítím se dobře“. Zároveň jim tato poloha nabízí pocit jistoty a bezpečí a zlepšení vnímání hranic svého těla.*“ (Friedlová, 2017, s. 20)

O kombinaci s bazální stimulací se zmínil i respondent R6, podle nějž techniky většinou uplatňují a přizpůsobují podle toho, jak klientovi prospívají. „*A...popřípadě to kombinujeme ještě u jedné klientky s technikama bazální stimulace, kde se nám to u ní osvědčilo...jakože takové završení té validace vždycky.*“ (R6)

Dalším konceptem, který někteří respondenti využívají v kombinaci s validací, je koncept biografie, či práce s životním příběhem klienta. Tento koncept je pro validaci důležitý také podle Naomi Feil (2015), která tvrdí, že validátoři by měli o klientech, s nimiž pracují, mít co nejvíce informací, a to včetně poznání jejich minulosti. Jde především o to, že staří lidé se podle Feil často vrací do minulosti, aby zpracovali nějaké nevyřešené životní úlohy, případně znovu prožívali příjemné okamžiky.

O tom, že je důležité znát biografii člověka, hovořily respondentky R1 a R5. Respondentka R1 vysvětlila, že pro ni je často podstatné znát minulost klienta, především, aby díky tomu mohla osvětlit a pochopit některé jeho projevy. Pokud jí například informace schází a nedokáže je získat od klienta, neváhá komunikovat s rodinou a zjišťovat informace od ní.

Respondentka R5 řekla, že informace z biografie jí pomáhají při uplatňování validace a celkovému porozumění dezorientovanému člověku, a považuje za velkou nevýhodu, pokud například některý z klientů svou biografii zpracovávat nechce. „*A vím, že třeba hodně pomáhaj i ty zpracovaný biografie, že si můžeš o tom člověkově něco přeciť, protože*

třeba na oddělení byl pán...a tam on.....kdyžs tam přišel, tak on vždycky křičel: „Já su hodnej, já su hodnej, já jsem dneska nezlobil, vůbec!“ Ne...a nevím, jestli já jsem mu připomínala mamku, ale on mi vždycky říkal: „Maminko, dneska se na mě nezlob, já jsem doopravdy byl hodnej, a tys za mnou přišla?“ Jo, tak... já říkám: „Ano, já jsem za tebou přišla.“ My jsme mu směli říkat Karličku, tak já říkám: „Karličku, já vím, žes byl hodnej.“ A říkám třeba, tak teď se najíme, tak von se najedl, jo, nebo jsme ho přebalili. A když jsem v té biografii ale četla, tak tam bylo zajímavý, že ona, ta maminka ho týrala, zavírala ho do sklepa, tloukla ho. Takže jsem třeba vlastně z té biografie vyčetli, že on, když mě furt říká, že je hodnej, tak že třeba čeká, že ho pochválím, že jako nezlobí...jo, že...a to u něho třeba fungovalo, když jsem ho hladila jako „já vím, žes byl dneska hodnej“, tak von byl takovej jako spokojenej. A tam právě...to je to úskalí, že ne každej má tu biografii, protože oni to někteří klienti nechcou, víš.“ (R5)

Respondent R3 sice explicitně nevyjádřil propojení validace s biografií klienta, nicméně z rozhovoru také vyplynulo, že poznání historie klienta má svou roli. *„Jsme se o tom bavili s dcerou toho pana K., tak tam to zase bylo o tom, že...ona nám to pak jako víceméně potvrdila, jo...toto, na co jsme přišli. Že měl prostě hezkej vztah s tou maminkou a že...když jakoby mu zemřela, což...to byl ještě relativně normální, tak že... on to pak těžko nesl a tak...takže ve svý podstatě teďka, jak se propadá ta jeho mysl, tak vlastně vytah...jakoby se vrací k tomu dítěti, a tím pádem ta maminka jako vystupuje mnohem víc jako...jako nahoru.“ (R3)*

Dá se říci, že poznání klientovy minulosti respondentům pomáhá v pochopení klientova problematického jednání. To pak někdy vede i k jeho akceptaci a empatickému přístupu. Jak uvedla respondentka R7, poté co pochopila, že jedna z klientek, která stále přeskládává věci, má pouze potřebu pracovat, naučila se to akceptovat a také na toto jednání adekvátně reagovat. V tomto případě vidím také jasnou souvislost s jednotlivými postojovými dimenzemi, kdy lepší poznání a dostatek informací ovlivnilo také respondentčino chování vůči klientovi.

9.3.4 Komunikace s rodinami

Jedna z otázek v rozhovorech se týkala toho, zda respondenti v rámci své práce někdy hovoří o validaci také s rodinami a blízkými klientů. Důvodem, proč mě toto téma zajímalo, bylo to, že k dlouhodobým cílům validace patří také pomoc rodinám v komunikaci s jejich dezorientovanými

příbuznými. Není to pochopitelně tak, že by se o dezorientovaného seniора měli starat jen lidé, kteří validaci ovládají, nicméně přijetí alespoň základního validačního postoje založeném na respektu, akceptaci, neposuzování či nehodnocení klienta, může pomoci jak samotným příbuzným, tak samozřejmě i seniorovi. (Hauke, 2017)

Dalším důvodem je pak to, že dobrá spolupráce s rodinou je velmi důležitá jak pro klienta, tak pro organizaci i pro rodinu. Jak uvádí Hauke (2017, s. 80): *„Klient nežije ve vzduchoprázdnu. Rodina je nedílnou součástí jeho přirozeného prostředí, a obrovským zdrojem podpory, jsou-li vztahy zdravé. Čím více je klient závislý na pomoci druhé osoby, tím více se pracovníci s rodinou setkávají. Bez spolupráce s rodinou se poskytovatel mnohdy neobejde.“* Toto si uvědomuje i respondentka R4, která kontakt a návštěvy rodiny u klientů považuje za velice důležité. Sama uvádí, že se s rodinami snaží komunikovat tak, aby za klientem pravidelně chodily a stále se vracely.

Třetím důvodem, proč mluvit o demenci a validaci také s rodinami klientů, může být i výrazně přibývajícím počet lidí s demencí. Jak jsem zmiňovala v teoretické části této práce v kapitole o demenci, podle celé řady odborníků, včetně WHO, se tato nemoc stává v podstatě celosvětovým problémem, a Česko pochopitelně není výjimkou. V souvislosti se stále rostoucím počtem seniorů a nedostatkem sociálních služeb navíc bude pravděpodobně přibývat také počet neformálních pečujících. Šířit proto povědomí o demenci i o možnostech, jak k lidem s demencí přistupovat, považuji za velmi důležité.

Z výpovědí respondentů vyplynulo, že polovina z nich (R4, R6, R7, R8) o validaci s příbuznými či blízkými nehovoří, ani se o to nikdy nepokusili. Respondentka R4 však sama připustila, že by nebylo špatné, kdyby metodu znaly i rodiny.

Respondentka R5 na otázku, zda s příbuznými hovoří o validaci, odpovíděla, že to zkusila pouze jednou a že se to vyplatilo, protože příbuzný skutečně přistoupil na její radu a klientovi podle ní bylo pomoheno. Jinak však respondentka svěřila, že komunikace s rodinami bývá náročná a často i nemožná. *„A někdy se s nima nedá mluvit jako jo. Někdy jsou ti lidé, ti rodinní příslušníci úplně takoví, víš...nevidijou, neslyšijou, a jednom ten náš, a vy to děláte špatně a vy to...takže tam je to takový ošemetný.“* (R5) Na druhou stranu respondentka uznává i to, že někteří příbuzní dezorientovaného člověka a jeho specifické chování nedokáží vůbec pochopit. Často se setkává i s názorem, že to „senior“ dělá schválně.

Jako příklad uvedla svého manžela, jehož matka je také velmi stará dezorientovaná osoba, a on si i přes vysvětlování respondentky myslí, že mu maminka svým chováním či zapomínáním dělá schválnosti.

Respondentka R2 s rodinami občas komunikuje o samotném klientovi a jeho problémech, o validaci ale ne. Jeden z důvodů je, že u rodin nepociťuje zájem o tuto problematiku. Připouští však, že se o to asi jednou nebo dvakrát pokusila, podle ní to ale neskončilo moc úspěšně. *„Přijde mi, že to je něco, co, když jsem tak jako se zmínila, v tu chvíli jsem vycítila, že úplně jako kdyby to jde jedním uchem sem, druhým tam, tak jsem toho nechala.“* (R2) Druhým důvodem, proč validaci rodinám nevysvětluje, je ten, že se k tomu sama necítí kompetentní.

Respondent R3 uvedl, že s některými příbuznými o validaci občas mluvil, ale jen u těch klientů, u nichž se řešily určité problémy a validace je u nich uplatňována. *„...jako v rámci těch rodin, kterých se to týká, tak já myslím, že jako určitě.“* (R3)

Pouze respondentka R1 řekla, že o validaci mluví s rodinami poměrně pravidelně. Důvodem je pravděpodobně především to, že je jedinou sociální pracovnící z respondentů a dostává se do styku také s žadateli o službu. Právě jim validaci často představuje. Nevyhýbá se ale ani komunikaci s rodinami. *„...když dělám validaci s člověkem, kdy si už pak fakt nevím rady, tak já té rodině zavolám a oni většinou jsou velmi ochotní, protože...maj...jako cítí, že z naší strany je zájem tomu jejich člověku pomoci, jo. Takže já ji zase znova vysvětluju, jak ta demence funguje a jak ten jejich příbuzný přemýšlí, proč hledá maminku, přestože je mu prostě devadesát.“* (R1) Respondentka také uvedla, že většinou se s nějakou negativní reakcí ze strany příbuzných nesetkala, zároveň však připouští, že o validaci hovoří s těmi, kdo tomu je alespoň určitým způsobem „otevřen“. *„Zase, já to nebudu vnucovat někomu, kdo prostě...se potřebuje jako...v podstatě rychle zbavit seniora (smích). Ale mluvím o tom s člověkem, který jako chce poslouchat, tak oni jsou za to hrozně rádi.“* (R1) U této respondentky jsem také zaznamenala asi největší sebedůvěru v uplatňování validace, což může souviset s její pozicí jako metodika validace, ale i s pracovním postavením sociální pracovníce a získaným vzděláním.

9.3.5 Třetí dílčí závěr

V závěru této kapitoly se pokusím odpovědět na poslední dílčí výzkumnou otázku, která zní takto: **Jaká je behaviorální dimenze postojů pomáhajících pracovníků k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?**

Jedním z témat, které bych ráda zmínila, vyplývá z rozdílného pojetí validace ze strany respondentů. U dvou respondentek, které pojmají validaci více komplexně, se objevují také tendence k jejímu plošnějšímu uplatňování. Ostatní respondenti pak validaci přijímají jako možnost, jak si poradit s neklidným klientem a problémovým chováním. To znamená, že validaci vědomě uplatňují jen u vybraných klientů a pouze v situacích, kdy se u nich objeví nežádoucí chování či stres. Pro respondenty je tak validace praktickým nástrojem, jak uklidnit dezorientovaného seniora, ztrácí se však pravidelnost v uplatňování, která je podle autorky konceptu velice důležitá.

V chování respondentů se také výrazně odráží jejich slabá znalost validačních technik. V rámci rozhovorů mě zajímalo, jaké validační techniky respondenti sami používají, případně nepoužívají, a proč. Obecně bych řekla, že asi u všech respondentů nebyla znalost technik příliš silná, což může souviset s nedostatkem informací o validaci, které jsem zmiňovala v části o kognitivní složce postojů. Tato slabá znalost se nicméně ukazuje i v praktickém užívání validace. Z verbálních technik respondenti nejčastěji používají techniku pokládání jednoduchých otázek, případně parafrázování. Z neverbálních technik respondenti pracují s očním kontaktem, s nastavením hlasu a především s doteky.

Ukázalo se, že respondenti validaci propojují také s jinými koncepty a metodami, na něž jsou vyškoleni. Někteří respondenti zmiňovali používání validace společně s některými technikami bazální stimulace, nicméně musím podotknout, že ne všichni respondenti dokázali rozlišit, které techniky spadají do bazální stimulace a které naopak do validace. Další „alternativní“ metodou, kterou někteří respondenti považovali za prospěšnou ve spojitosti s validací je také práce s biografií klienta. Někteří respondenti dále zmínili také práci se vzpomínkami, tedy reminiscenční terapii.

Jedna z mých otázek v rozhovorech se zaměřovala na to, zda respondenti o validaci hovoří s rodinnými příbuznými či blízkými. Ukázalo se,

že kromě jedné respondentky o validaci žádný z respondentů s rodinami pravidelně nehovoří, někteří z nich se o to ani nikdy nepokusili.

V teoretické části práce jsem zmiňovala, že chování či jednání člověka ovlivňuje kognitivní i emocionální složka postoje. Někdy to však může být i opačně. (Vágnerová, 2004) V rámci svého výzkumu jsem zaznamenala určitou spojitost mezi oběma složkami postoje a jejich vlivem na chování respondentů. Za zásadní považuji nedostatečné vzdělání a získané informace o metodě validace, což se následně odráží jak v uchopení či pojetí validace, tak i v jednání respondentů. Vzhledem k tomu, že respondenti nepojímají validaci celistvě, nemají tendence ji uplatňovat plošně ani pravidelně u svých klientů, ale využívají ji až při vzniku problému. Dále vzhledem k tomu, že znají spíše menší množství technik, pravděpodobně v praxi nevyužívají plný potenciál validace.

V důsledku slabých znalostí pak respondentům mnohdy chybí i určitá sebedůvěra v uplatňování validace, ale také například v hovoření o této metodě s rodinnými příslušníky klientů.

Na druhou stranu však lze říct, že validace u oslovených respondentů vyvolává celkově spíše pozitivní emoce, protože vnímají, že metoda přináší určité výsledky. Například mají pocit, že díky použití validace se jim již podařilo klientovi pomoci, ulevit mu od trápení, vyvolat v něm dobrou náladu, probudit emoce nebo dokonce i navázat s ním kontakt či vztah. Dalo by se říct, že se zde odráží jedna z teorií, kterou uvádí Vágnerová (2004) - tedy ta, že lidé často zaujímají určité postoje na základě osobního prožitku nebo emoční zkušenosti. Vzhledem k pozitivním osobním zkušenostem s validací, a to jak kognitivních, tak i emocionálních, se respondenti snaží validaci uplatňovat i v praxi u svých klientů. Lze tak říci, že jednání respondentů je v souladu s jejich kognitivní i emocionální složkou postoje k validaci.

10 Závěr

V závěru bych ráda shrnula všechny získané informace z výzkumu. Dále se pokusím zodpovědět hlavní výzkumnou otázku, která zní: **Jaké postoje zauímají pomáhající pracovníci k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?**

Pomáhající pracovníci popisují validaci podle Naomi Feil jako jednu z možností, jak komunikovat s dezorientovanými lidmi a jak reagovat na jejich specifické projevy demence. Vnímají, že znalost metody validace jim rozšířila obzory v možnostech, jak přistupovat k seniorovi s demencí, jak jej lépe pochopit a případně mu také pomoci. Většina respondentů validaci pojímá jako užitečný nástroj, který jim pomáhá při náročné práci a při řešení obtížných situací s klienty.

Obecně lze postoj pracovníků k validaci označit za kladný. Občas se sice u některých z nich objevuje určitá ambivalence, kdy například pociťují, že jsou zahlceni množstvím přístupů, které mají v rámci své práce uplatňovat, zároveň si však uvědomují i pociťují pozitiva, která jim i klientům validace přináší. Přestože jejich znalosti a vědomosti o této metodě jsou poměrně slabé a oni sami je považují spíše za nedostatečné, všichni mají zájem se v používání validace zlepšit, případně získat další informace. Svědčí o tom také to, že respondenti si již v minulosti informace o validaci sami aktivně vyhledávali v rámci samostudia. Získat lepší vzdělání či více informací je však momentálně poměrně obtížné, kvůli nedostatku literatury i vzdělávacích kurzů na dané téma.

Důvodem, proč se pracovníci snaží validaci u klientů uplatňovat, je, že vnímají pozitivní odezvu v chování, jednání a zpětné vazbě ze strany svých klientů, což jim samotným dělá radost, ale také jim to pomáhá při práci. U svých dezorientovaných klientů nejčastěji pozorují, že je pomocí validace dovedou uklidnit a upokojit, ale také se jim u nich daří vyvolat pozitivní emoce, pocit vzájemné důvěry a někdy také vybudovat vzájemný vztah. Díky tomu vnímají, že se cítí dobře a spokojeně jak klient, tak i oni sami.

Důležitým poznatkem, který respondenti uváděli, je také to, že podle nich se jim díky validaci daří lépe pochopit chování a problémové projevy dezorientovaného člověka. Často díky validaci naleznou pravý důvod jeho jednání a díky tomu se do něj mohou lépe vžít a také na to

vhodně reagovat. Díky tomu se jim pak daří předcházet konfliktům s dezorientovaným seniorem.

V souvislosti s teorií postoje, kterou jsem se zabývala v teoretické části práce, lze říct, že jednotlivé složky postoje jsou v souladu a poměrně úzce spolu souvisí. Jak se ukázalo, většina respondentů nepojímá validaci komplexně, jako koncept postavený na třech pilířích, ale pracuje spíše s několika validačními technikami a většinou pak pouze v případech, kdy se u klienta vyskytne problém, který je potřeba řešit. Validace je pro ně tak spíše praktickým nástrojem než obecným empatickým přístupem k lidem s demencí.

Důvodem může být právě nedostatek znalostí a vědomostí o metodě validace, což lze považovat za největší bariéru v jejím uplatňování v rámci vybraného domova se zvláštním režimem. Přestože sami respondenti uváděli aktivní zájem o vzdělání a informace ve validaci, v současné době není v českém prostředí k dispozici dostatek kurzů ani literatury, je proto pro respondenty obtížné prohlubovat a zlepšovat své vědomosti.

Další bariérou v používání validace v zařízení je slabá podpora ze strany vedení. Pracovníci vnímají určitý tlak v souvislosti s tím, že zaměstnavatel po nich požaduje uplatňování validace v rámci jejich pracovní činnosti, avšak kromě zajištění základního školení jim k tomu neposkytuje takovou podporu, jakou by si představovali a jakou potřebují. Podle nich se zaměstnavatel příliš nezajímá, zda validaci rozumí, jak dobře ji znají a jak se jim ji daří či nedaří uplatňovat.

Nedostatek času a prostoru na validaci s klientem je další bariérou validace, kterou pracovníci zmiňovali. Podle nich je mnohdy velmi obtížné si v rámci své pracovní doby najít čas klienta zvalidovat. Zároveň také vnímají, že ne vždy, když je to potřeba, mají prostor soustředit se na klienta a jeho problémy.

Právě tato tři zmíněná témata se do jisté míry odrážejí v behaviorální složce postojů. Pracovníci validaci používají spíše jako prostředek při vzniku a řešení problému u klienta, místo aby se validaci věnovali pravidelně, tak jak to doporučuje Naomi Feil (2015). V důsledku slabého vzdělání a nedostatku informací také nemají dostatečnou důvěru ve své schopnosti v užívání validace a nepovažují sami sebe za plnohodnotné validátory. To se odráží také v komunikaci s rodinnými příslušníky, a to tak, že valná většina respondentů o validaci s rodinami vůbec nehovoří.

Slabé znalosti se ovšem v praxi odrážejí také v používání validačních technik. Respondenti většinou znají a uplatňují jen několik málo

technik, mnoho z nich také jedná velmi intuitivně. Často validaci a její techniky kombinují i s jinými koncepty, ne vždy je to však uvědomované.

V poslední řadě je nutné zmínit, že v rámci emocionální složky postojů mají pracovníci validaci spojenou převážně s pozitivními emocemi, což je také více motivuje ke snaze ji využívat. Věcí a situací, které je v rámci validace těší, je celá řada. Mají radost například tehdy, když se jim v rámci validačního rozhovoru podaří vypátrat a pochopit příčinu klientova chování. Často také shodně uváděli, že jim samotným dělá validace radost, a to v případech, kdy vidí u klienta pozitivní změny. Dále je těší, když mohou klientovi zlepšit náladu, když se u něj objeví pozitivní projev emocí nebo když se jim ho podaří uklidnit či upokojit. Vždy je potěší i pozitivní zpětná vazba od klienta, zvláště pak u seniorů, kde to není obvyklé.

Negativní emoce zmiňovali respondenti v souvislosti s validací více okrajově. Někteří vyjádřili určité obavy, že se v průběhu validace dotknou nějakého citlivého tématu klienta, případně rovnou traumatu. Tyto obavy pak plynou nejenom z toho, že klientovi ublíží, ale také z toho, že nemají dostatek vědomostí a schopností, aby mu problém pomohli zpracovat. Další obavy pak plynuly například z případné klientovy agrese, nebo také z narušení vzájemného vztahu u klientů, pro něž validace není vhodná.

Při interpretaci dat mě zaujalo, že jsem nezaznamenala výraznější rozdíly ve výpovědích respondentů v rámci jejich pozice validátora i jejich pracovní pozice. Pouze u sociální pracovníce, která je zároveň metodičkou validace, jsem v porovnání s ostatními zaznamenala o něco lepší znalosti teoretického základu a také větší sebedůvěru v uplatňování validace a v hovoření o této problematice s rodinnými příslušníky.

Při porovnání respondentů a jejich postojů na pozici koordinátor validace a validujících jsem však nezaznamenala zásadní rozdíly v jejich znalostech a vědomostech, ani emocích či v chování a jednání. Trochu jsem očekávala, že postoj koordinátorů vůči validaci bude do určité míry „silnější“, minimálně jeho kognitivní dimenze v podobě lepších znalostí a vědomostí. Toto se však nepotvrdilo. Jinými slovy mohu říci, že kognitivní, emocionální ani behaviorální složky postojů se mezi koordinátory a validujícími zásadně neliší.

10.1 Doporučení pro praxi

V úplném závěru bych ráda uvedla několik doporučení pro praxi, která dle mého názoru vyplynula z výzkumu.

Jedním z nedostatků, který brání v rozvoji, pochopení i uplatnění validace, je nedostatek dostupné literatury i vzdělávacích kurzů. Pro řadu pracovníků je tak velmi obtížné a mnohdy i nemožné získat více informací o metodě a prohlubovat své znalosti. Z tohoto důvodu bych doporučila rozšíření vzdělávacích kurzů. Myslím si, že řadě pracovníků v sociálních službách, ale i sociálních pracovníků, by v uchopení i používání validace pomohly také prakticky založené kurzy, případně pravidelné workshopy, kde by se pracovníci věnovali praktickému nácviku validace v reálném prostředí za pomoci zkušeného lektora.

Co se týče literatury, považuji za vhodné rozšířit dostupnost odborné literatury a publikací také do českého prostředí. Kromě několika málo článků v odborných časopisech (sociálních, psychologických či psychiatrických) neexistuje literatura v češtině, pouze jedna kniha Naomi Feil dosud byla přeložena do slovenštiny. Vzhledem k tomu, že celá řada pracovníků v sociálních službách neovládá cizí jazyky, rozšířit dostupnost informací pro řadu pomáhajících pracovníků by pomohl také překlad anglické či německé literatury o validaci, případně překlad videí, které prezentuje Naomi Feil, a kde ukazuje, jak validaci uplatňovat.

Zvýšením množství dostupné literatury i vzdělávacích kurzů by se pak mohlo rozšířit i obecné povědomí o této metodě tak, aby o ni projevalo zájem více zřizovatelů sociálních služeb pro seniory s diagnózou demence, ale například také domácích pečujících.

Kromě rozšíření vzdělání a zavedení pravidelných workshopů bych vybranému zařízení také doporučila přizpůsobit vzdělání pozici, kterou pracovník zastává. To znamená, že koordinátor validace by měl ve validaci získat o něco vyšší vzdělání než validující, a stejně tak metodik validace by měl mít vyšší vzdělání než koordinátor.

Dále bych doporučila proškolit validací skutečně veškerý personál domova, tedy nejen pomáhající pracovníky, ale všechny, kdo s klienty přijdou do styku. Bylo by vhodné, aby i ostatní personál měl o této metodě alespoň základní povědomí a v rámci své profese získal alespoň základní empatický přístup. Ideálně by pak metodu měli znát a případně využívat i rodinní příslušníci či blízcí v rámci komunikace se seniorem.

10.2 Limity výzkumu

Za jeden z limitů výzkumu považuji chybějící relativní vyhodnocení výsledků mnou vybraného zařízení s konkurenčním zařízením. V současnosti se v Česku nejedná o běžně uplatňovanou metodu, což omezilo možnosti porovnání s jinými domovy se zvláštním režimem.

Limitem je také práce s menším výzkumným vzorkem. Ráda bych do výzkumného vzorku zahrnula více sociálních pracovníků, nicméně validaci se skutečně věnuje pouze jedna, proto naplnit tuto podmínku nebylo reálné. Mým původním záměrem také bylo zahrnout do výzkumného vzorku kromě sociálních pracovníků a pečovatelů i zdravotní sestry a aktivizační pracovníky, což by dle mého názoru mohlo přinést nový pohled na danou problematiku. Vybrané oslovené pracovníky, kteří současně splňovali kritéria pro zařazení do výzkumného vzorku, se mi však nepodařilo k rozhovoru přesvědčit.

Za limit výzkumu považuji také své slabší praktické zkušenosti s prováděním výzkumu i s metodou polostrukturovaného rozhovoru. Přestože jsem se snažila postupovat podle získaných teoretických znalostí a v průběhu rozhovorů jsem se snažila pokládat doplňkové otázky pro získání co nejvíce informací, uvědomuji si, že zkušenému výzkumníkovi by se mohlo podařit od respondentů získat více informací a dosáhnout tak lepších výsledků.

Na získaná data navíc mohlo mít vliv i to, že ve zkoumaném zařízení sama pracuji, což se mohlo odrazit v odpovědích respondentů například tak, že se snažili říkat to, co si myslí, že chci slyšet. Této problematice se však podrobněji věnuji v metodologické části, v podkapitole o roli výzkumníka.

Použité zdroje

BAUM, Detlef. *Výzkumné metody v sociální práci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2014. ISBN 978-80-7464-390-3.

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. Rádcí pro zdraví. ISBN 80-7367-081-X.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

EKMAN, Paul. *Odhalené emoce: naučte se rozpoznávat výrazy tváře a pocity druhých*. V Brně: Jan Melvil Publishing, 2015. Pod povrchem. ISBN 978-80-87270-81-3.

ELICHOVÁ, Markéta. *Sociální práce. Aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0080-4.

FEIL, Naomi, Vicki DE KLERK RUBIN. Validácia. *Cesta, ako porozumieť dezorientovaným starým ľuďom*. Bratislava: OZ Terapeutika, 2015. ISBN 978-80-971766-1-7.

FEIL, Naomi. *The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's-type dementia"*. Baltimore: Health Professions Press, c1993. ISBN 1878812114.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace. Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz Bazální stimulace*. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2017.

GÁLIK, Stanislav. *Psychologie přesvědčování*. Praha: Grada, 2012. Psyché. ISBN 978-80-247-4247-2.

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

HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. *Pedagogická a sociální psychologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2012. Texty pro distanční vzdělávání. ISBN 978-80-7290-587-4.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

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

HAYES, Nicky. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál, 1998. Studium. ISBN 80-7178-198-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HEWSTONE, Miles a Wolfgang STROEBE. *Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-092-5.

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

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6.

KERN, Hans. *Přehled psychologie*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0105-2.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Vydání osmé, v Portále sedmé. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1147-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. Psychologie. ISBN 978-80-262-0978-2.

POUŽITÉ ZDROJE

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché. ISBN 978-80-247-3604-4.

KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada, 2006. Psyché. ISBN 80-247-1491-4.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a životě po ní*. Praha: Aquamarin, 1997. ISBN 80-901922-9-7.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.

MASLOW, Abraham Harold. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0618-7.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MÁTEL, Andrej a Zuzana MALIŠKOVÁ. *Etické kodexy sociální práce*. Vydání 2., přepracované. Příbram: Ústav sv. Jana N. Neumanna Příbram, VŠZaSP sv. Alžbety, 2016. ISBN 978-80-906146-6-6.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. V Praze: Vysoká škola obchodní, 2007. ISBN 978-80-86841-06-9.

NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009a. ISBN 978-80-200-1680-5.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009b. ISBN 978-80-200-1679-9.

NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, c2001. ISBN 80-903070-0-0.

NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, Renáta a Hana JANEČKOVÁ. Validace podle Naomi Feilové - klíč k porozumění lidem s demencí - 1. část. *Sociální služby*. 2016, 18(3), 24-26.

NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, Renáta a Hana JANEČKOVÁ. Validace podle Naomi Feilové - klíč k porozumění lidem s demencí - 2. část. *Sociální služby*. 2016, 18(4), 20-22.

PACOVSKÝ, Vladimír. *Proti věku není léku?: úvahy o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-486-1.

PAVLÁSEK, Michal a Jana NOSKOVÁ. *Když výzkum, tak kvalitativní: serpentinami bádání v terénu*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. Etnologické studie. ISBN 978-80-210-6480-5.

PROCHÁZKOVÁ, Lucie. Metoda validace - podpora a práce s dezorientovanými lidmi. *Sociální služby*. 2012, 14(2), 12-13.

PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

PUNCH, Keith. *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-468-7.

ŘEZÁČ, Jaroslav. *Sociální psychologie*. Brno: Paido, 1998. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-48-6.

SILVERMAN, David. *Ako robiť kvalitatívny výskum*. Bratislava: Ikar, 2005. ISBN 80-551-0904-4.

SILLAMY, Norbert. *Psychologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. ISBN 80-244-0249-1.

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

POUŽITÉ ZDROJE

STUHLÍKOVÁ, Iva. *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-553-9.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

VOJTOVÁ, Hana. *Jak nepřesadit starý strom. Koncept Smyslové aktivizace v péči o seniory a osoby s onemocněním demencí*. Frýdek-Místek: JOKL, 2018. ISBN 978-80-270-4386-6.

VÝROST, Jozef, Ivan SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada, 2019. Psyché. ISBN 978-80-247-5775-9.

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

ŽIŽLAVSKÝ, Martin. *Metodologie pro Sociální politiku a sociální práci*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3110-7.

Elektronické zdroje:

FERTAĽOVÁ, Terézia a kol. Validácia podľa Naomi Feil. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2017, roč. 113, č. 4, s. 166 – 171 [cit. 2019-7-6]. ISSN

1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2017_4_166_171.pdf

MÁTL, Ondřej, Martina MÁTLOVÁ a Iva HOLMEROVÁ. *Zpráva o stavu demence 2016* [online]. Praha: Česká Alzheimerovská společnost, 2016 [cit. 2019-06-20]. ISBN 978-80-86541-50-1. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>

SUCHOMELOVÁ, Věra. Spirituální potřeby seniorů v sociální péči. *Sociální práce* [online]. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci a Evropský výzkumný institut sociální práce OU, 2016, roč. 16, č. 5, s. 92 -108 [cit. 2019-08-05]. ISSN 1805-885X. Dostupné z: http://www.socialni-prace.cz/soubory/sp5-2016_web-190211114528.pdf

TAVEL, Peter. Validácia – terapeutický prístup k starým dementným pacientom. *Psychiatria – Psychoterapia – Psychosomatika* [online]. 2006, roč. 13, č. 3-4, s. 182-191 [cit. 2019-8-15]. Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/3-4-2006/PSY34-2006-cla15.pdf>

WIJA, Petr. Demence: priorita pro systém zdravotnictví (zpráva WHO). *ÚZIS ČR - Aktuální informace* [online]. Č. 63/2012, s. 1-3 [cit. 2019-06-12]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/rychle-informace/demence-priorita-pro-system-zdravotnictvi-zprava-who>

PAPEŽOVÁ, Eva. Odvrácená tvář sociální práce. *Sociální práce* [online]. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. Na vydávání se podílí ZSF Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2010, roč. 10, č. 2, s. 46 [cit. 2019-09-20]. ISSN 1213-6204. Dostupné z: http://www.socialni-prace.cz/soubory/socprac0210komplet_web-100624191633-140219132801.pdf

POKORNÁ Andrea a Michaela SUKUPOVÁ. Validace podle Naomi Feil ® v geriatrické péči. *Kontakt* [online]. 2014, roč. 16, č. 2, s. 71–78 [cit. 2019-09-20]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <https://www.iszs.cz/wp-content/uploads/2018/02/Validace-podle-Naomi-Feil-v-geriatric%C3%A9-p%C3%A9%C4%8Di.pdf>

POUŽITÉ ZDROJE

© WHO/ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). *Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)*. Uzis.cz [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2018 [cit. 2019-10-13]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>

Zákon č. 108/2006 o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 9. 12. 2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#f3009671>

Příloha A Tabulka operacionalizace

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké postoje zaujímají pomáhající pracovníci k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?

Dílčí výzkumná otázka	Nalezená témata	Otázky k rozhovoru
Dílčí výzkumná otázka č. 1: Jaká je kognitivní dimenze postojů pomáhajících pracovníků k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?	• Pojetí validace • Uklidnění klienta • Předcházení konfliktům • Nedostatek vzdělání a informací o validaci • Podpora vedení v uplatňování validace • Nedostatek času a prostoru	• Co Vás napadne, když se řekne validace podle Naomi Feil? • Znáte nějaké konkrétní techniky validace? Dokážete je popsat/pojmenovat (můžete vlastními slovy) • V jakém roce jste absolvoval/a kurz validace? • Vzdělával/a jste se ještě nějak jinak o metodě validace? Pokud ano, jak? • Ocenil/a byste další vzdělání v metodě validace? Chtěl/a byste se v užívání této metody zlepšit nebo se dozvědět/naučit něco nového? • Jak přemýšlíte o klientech s demencí? • Jakým způsobem podle Vás validace působí na projevy dezorientovaných klientů? • Z jakých důvodů tuto metodu při práci s klienty využíváte? • Vnímáte nějaká pozitiva v používání validace? (nejen pro klienty, ale třeba i pozitiva pro Vás, tým, kolegy, rodinu...) • Vnímáte nějaká úskalí/bariéry v používání validace? • Podporuje Vás nadřízený v uplatňování validace při práci s klienty?

TABULKA OPERACIONALIZACE

Dílčí výzkumná otázka	Nalezená témata	Otázky k rozhovoru
Dílčí výzkumná otázka č. 2: Jaká je emocionální dimenze postojů pomáhajících pracovníků k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?	• Pozitivní emoce • Negativní emoce	• Jaké pocity u Vás uplatňování metody validace vyvolává? • Co (je-li něco) Vám při využívání této metody dělá radost? Co Vás těší? • Co (je-li něco) Vám při využívání této metody vadí/nevyhovuje Vám? • Máte nebo nemáte při uplatňování této metody z něčeho strach/obavy? • Povězte mi, jestli při uplatňování validace s Vašimi klienty zažíváte i momenty překvapení?
Dílčí výzkumná otázka č. 3: Jaká je behaviorální dimenze postojů pomáhajících pracovníků k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?	• Použití validace jako reakce na problémové chování klienta • Použití validačních technik • Spojení validace s jinými koncepty • Komunikace s rodinami	• Uplatňujete tuto metodu plošně u klientů ve zvláštním režimu, nebo se zaměřujete jen na některé? Případně na které a proč? • Jak často validaci u svých klientů používáte? • Jaké validační techniky používáte a proč? • Jaké validační techniky znáte a naopak je nepoužíváte a proč? • Jak metoda validace změnila Vaši práci? • Jaký vliv mělo poznání metody validace na Váš přístup k lidem s demencí? • Mluvíte někdy o konceptu validace a jeho možnostech i s rodinnými příslušníky klientů? Pokud ano, proč? • Využívají validaci u klientů s demencí i jiní kolegové?

Příloha B Scénář rozhovoru

- Co Vás napadne, když se řekne validace podle Naomi Feil?
- Znáte nějaké konkrétní techniky validace? Dokážete je popsat/pojmenovat? (Můžete vlastními slovy)
- Jaké validační techniky používáte a proč?
- Jaké validační techniky znáte a naopak je nepoužíváte a proč?
- Uplatňujete tuto metodu plošně u klientů ve zvláštním režimu, nebo se zaměřujete jen na některé? Případně na které a proč?
- Jak často validaci u svých klientů používáte?
- Z jakého důvodu tuto metodu při práci s klienty využíváte?
- Vnímáte nějaká pozitiva v používání validace? (nejen pro klienty, ale třeba i pozitiva pro Vás, tým, kolegy, rodinu...)
- Vnímáte nějaká úskalí/bariéry v používání validace?
- Jak přemýšlíte o klientech s demencí?
- Jaký vliv mělo poznání metody validace na Váš přístup k lidem s demencí?
- Jakým způsobem podle Vás validace působí na projevy dezorientovaných klientů?
- Jaké pocity u Vás uplatňování metody validace vyvolává?
- Co (je-li něco) Vám při využívání této metody dělá radost? Co Vás těší?
- Co (je-li něco) Vám při využívání této metody vadí/nevyhovuje Vám?
- Máte nebo nemáte při uplatňování této metody z něčeho strach/obavy?
- Povězte mi, jestli při uplatňování validace s Vašimi klienty zažíváte i momenty překvapení.
- V jakém roce jste absolvovala kurz validace? (kurz zprostředkovaný zaměstnavatelem)
- Vzdělával/a jste se ještě nějak jinak o metodě validace? Pokud ano, jak? (samostudium, čtení publikací, článků...?)
- Ocenil/a byste další vzdělání v metodě validace? Chtěla byste se užívatí této metody zlepšit nebo se dozvědět/naučit něco nového?
- Jak metoda validace změnila Vaši práci?
- Podporuje Vás nadřízený v uplatňování validace při práci s klienty?
- Mluvíte někdy o konceptu validace a jeho možnostech i s rodinnými příslušníky klientů? Pokud ano, proč?

SCÉNÁŘ ROZHOVORU

- Využívají validaci u klientů s demencí i jiní kolegové?

Příloha C Stat'

Postoje pracovníků k vybranému konceptu validace ve zvoleném domově se zvláštním režimem.

Bc. Magdaléna Wertheimová

ÚVOD

V rámci své práce sociální pracovnice v domově se zvláštním režimem se denně setkávám s dezorientovanými velmi starými lidmi, kteří mají své specifické projevy chování, a i pro zkušený personál někdy bývá obtížné na takové situace vhodně reagovat nebo pochopit jejich důvod. Chování či jednání dezorientovaných klientů tak mnohdy bývá označeno za problémové a je potřeba je vhodným způsobem řešit. Za jednu z možností řešení považuji právě metodu validace podle Naomi Feil. Používání této metody přináší řadu pozitiv nejen pro klienta s demencí, ale také pro pečující personál, který by měl být schopen se díky této metodě lépe vžít do situace dezorientovaného člověka a "podívat se na svět jeho očima". I přes řadu pozitiv je však metoda validace v českém prostředí poměrně málo známá a nejspíš také málo využívaná.

K výběru tématu validace mě motivovala také má každodenní práce s žadateli o službu, a především jejich rodinnými příslušníky, kteří k nám do domova často přichází a naprosto zoufale popisují, co jim jejich příbuzný "provádí". Často jim chybí zcela základní informace o syndromu demence a jeho projevech, natož pak o nějakých metodách práce s dezorientovanými lidmi jako je například právě validace podle Naomi Feil. Bohužel výjimkou nejsou ani případy, kdy pečující osoby nedokáží připustit, že je jejich senior nemocný a obviňují ho, že jim to vše dělá schválně. Neformální pečující nejsou tématem mé práce, nicméně ráda bych je alespoň okrajově zmínila, protože validace je poměrně jednoduchá metoda, která se dá snadno využít i v domácím prostředí a může tak pomoci třeba i pečujícím rodinným příslušníkům. Svou prací bych tedy ráda přispěla k šíření povědomí mezi neformálními pečujícími o syndromu demence a o metodě validace jako o kvalitní a užitečné metodě práce s lidmi s touto diagnózou. Stejně tak bych chtěla, aby poskytovatelé sociálních služeb pro seniory s demencí získali informace o metodě validace, začali se o tuto metodu zajímat, a především také prakticky uplatňovat ve svých zařízeních. Poskytovatelům, kteří již metodu nějakým

způsobem uplatňují, by zase tento výzkum mohl pomoci v získání informací o tom, jak pracovníci v přímé péči k metodě přistupují, co při využívání metody vnímají jako náročné a zátěžové, nebo naopak co vnímají pozitivně a co jim při práci pomáhá.

Cílem práce je zodpovědět hlavní výzkumnou otázku, která zní: Jaké postoje zauímají pomáhající pracovníci k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části práce osvětluji základní pojmy související s hlavní výzkumnou otázkou.

Stáří, stárnutí, senioři

Stárnutí je proces probíhající od narození až do smrti každého jedince. Jako **stáří** je pak obvykle označováno poslední vývojové období života člověka. (Příbyl, 2015) Podobně Pacovský (1997) stárnutí popsal jako cestu do stáří, a samotné stáří pak označil jako poslední etapu lidského života.

Podle Thorové (2015) lze stáří určit podle tří faktorů. Prvním z nich je chronologický věk. *“V současné době rozvinuté země za počátek stáří považují hranici 65 let, celosvětově je spíše akceptována hranice 60 let. V méně rozvinutých zemích (např. subsaharské země) je za počátek stáří považován věk 50 let.”* (Thorová, 2015: 463) Dalším faktorem určujícím nástup stáří je biologický věk a výkonnost člověka. Právě biologický a chronologický věk nemusí být v souladu, je to velmi individuální záležitost. Třetím faktorem jsou změny v sociálních rolích, kdy například člověku končí aktivní rodičovská úloha či třeba odchází do penze. (Thorová, 2015)

Celosvětově známé je dělení stáří podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která toto životní období rozčleňuje na tři fáze. Jako počínající či časně stáří označuje úsek od 60 do 74 let člověka, o období od 75 do 89 let mluví jako kmetství či vlastním stáří, a jedince, kteří mají více než 90 let označuje jako dlouhověké. (Malíková, 2011; Příbyl, 2015)

Syndrom demence

Podle Mezinárodní klasifikace je demence *“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." (© WHO/ÚZIS ČR) Vznik syndromu demence u člověka mohou způsobit různé druhy nemocí. Jednou z nejznámějších a zároveň nejčastějších je Alzheimerova choroba, při níž se demence u nemocného projeví vždy. Mezi další druhy demencí pak patří například vaskulární demence, která je způsobena mozkovými infarkty a je tedy mnohem více náhlá, či například demence u Parkinsonovy choroby, demence s Lewyho tělisky, a mnoho dalších. (© WHO/ÚZIS ČR)

Vzhledem k tomu, že metoda validace, na níž se tato práce zaměřuje, je primárně určena seniorům s demencí u Alzheimerovy choroby s pozdním nástupem, pokusím se nyní přiblížit právě tento typ demence.

Podle Jiráka (2009) je Alzheimerova choroba důvodem vzniku demence u zhruba padesáti procent nemocných. Další procenta pak tvoří mimo jiné i smíšené demence, kdy se u nemocného objeví například Alzheimerova choroba s dalším onemocněním způsobujícím demenci, například vaskulární demencí a podobně. Při Alzheimerově chorobě dochází k postupné ztrátě nervových buněk a následně mozkové tkáně, což způsobuje vznik demence.

Mezi první symptomy Alzheimerovy choroby obvykle patří poruchy krátkodobé paměti a také všípivosti. *"Člověk s demencí při Alzheimerově nemoci má problém se zapamatováním nových informací (co měl k obědu), zatímco si po dlouhou dobu relativně dobře pamatuje informace staré (například kde měl svatbu)."* (Hauke a kol., 2017: 33) V dalších fázích pak člověk bývá neorientovaný časem, ztrácí také prostorovou orientaci, mechanické dovednosti, má problémy s komunikací a schopností se vyjádřit a postupně zcela ztrácí soběstačnost. Mnohdy se objevují také výrazné změny osobnosti. (Hauke, 2017) Nemocný má tedy obvykle v počátcích demence problém se složitějšími či profesními aktivitami, postupně pak přestává zvládat i stále jednodušší úkony, včetně těch nejzákladnějších, například dojít si na toaletu, najíst se, obléct se přiměřeně podle počasí a podobně.

Domovy se zvláštním režimem

Sociální služba domov se zvláštním režimem zajišťuje trvalý pobyt s celodenní péčí seniorům s demencí či duševními nemocemi. Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. popisuje domov se zvláštním režimem jako pobytovou službu pro osoby se sníženou soběstačností *"z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí,*

které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob." (Zákon č. 108/2006 Sb.) Mezi základní okruh činností domova se zvláštním režimem podle zákona patří poskytnutí ubytování a stravy, dále pomoc s osobní hygienou, pomoc při úkonech v péči o sebe sama, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, a také pomoc při uplatňování práv, případně pomoc s vyřizováním osobních záležitostí.

Pomáhající pracovníci v domově se zvláštním režimem

Psycholog Karel Kopřiva (2016: 14) zcela jednoduše charakterizuje pomáhající profese jako ta *"povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem: lékaři, zdravotní sestry, pedagogové, sociální pracovníci, pečovatelky, psychologové. Stejně jako jiná povolání má každá z těchto profesí svou odbornost, tj. sumu vědomostí a dovedností, které je třeba si pro výkon daného povolání osvojit."*

V porovnání s ostatními profesemi hraje v těch pomáhajících velkou roli samotná osobnost pomáhajícího. Matoušek (2008) uvádí hned několik potřebných dovedností a předpokladů, které by měl mít každý profesionální pomáhající. Tyto předpoklady mohou pomoci ve vytvoření vzájemného vztahu mezi pracovníkem a klientem. Patří mezi ně **zdatnost a inteligence, přitažlivost, důvěryhodnost a komunikační dovednosti**. Mezi základní faktory dobrých komunikačních dovedností patří dle Egana (in Matoušek, 2008: 53) fyzická přítomnost pracovníka, umět kvalitně naslouchat, být empatický a umět analyzovat klientovy prožitky.

Tato práce se zaměřuje na zkoumání postojů pomáhajících pracovníků v domově se zvláštním režimem, konkrétně pak sociálních pracovníků a také pracovníků v sociálních službách – pečovatelů.

Postoje

Podle *Psychologického slovníku* je postoj *"sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama."* (Hartl, Hartlová, 2015: 442)

Gálik (2012) tvrdí, že postoje jsou naučené, mají vliv na naše chování a mají různou valenci i intenzitu. Krom toho udává, že *„postoje jsou hodnocení“* a že *„mít postoj znamená, že jsme něco kategorizovali a přiřadili tomu nějakou hodnotu nebo emoci. Tím pádem už objekt není neutrální."* (Gálik, 2012: 18) Také Nakonečný (2009a: 234) dává postoje do

souvislosti s hodnotícím přístupem člověka – postoj vymezuje jako *“hodnotící vztah, předmětem postoje může být cokoliv, může to být bytost, věc, událost, idea.... (...) Postoj tedy vyjadřuje hodnocení objektu subjektem, které se pohybuje v kontinuu, jehož krajní póly tvoří naprosto pozitivní a naprosto negativní vztah, například naprostý souhlas či nesouhlas s určitým výrokem, naprostá přitažlivost nebo odpudivost a podobně.”*

Právě bipolaritu považuje Gálik (2012) za jednu ze základních vlastností postoje. **Bipolarita** jinými slovy znamená, že postoje mají protikladné tendence – například postoj vůči nějakému předmětu může být pozitivní nebo negativní. Stejně tak mají postoje *“vždy určitou intenzitu, která může jít od nenávisi k lásce, od lhostejnosti k vášni. Můžeme je tedy uspořádat na stupnicích a dokonce je měřit.”* (Sillamy, 2001: 155)

Další významnou charakteristikou postoje je mimo bipolaritu a intenzitu také **ambivalence**. To znamená, že jeden postoj může obsahovat řadu kladných i záporných hodnocení.

Postoj se skládá ze tří složek – **kognitivní, emocionální a behaviorální**. Všechny tři složky jsou vzájemně provázané a tvoří jeden celek, podle Řezáče (1998) však jednotlivé složky mohou být u různých osobností různě silné.

Kognitivní složka *„se týká názorů a myšlenek, které osoba má o předmětu postoje.“* (Hayesová, 1998: 96) Podle Nakonečného (2009b) do této složky spadají znalosti a vědomosti, tedy vše, co osoba o objektu postoje ví.

Emocionální složka *„se týká toho, co osoba cítí k předmětu postoje, čili emocí či emocionálních reakcí.“* (Hayesová, 1998, s. 96) Vágnerová (2004) uvádí, že každý předmět, osoba či situace, o kterých máme informace, v nás vyvolávají také určité emoce a ovlivňují tak náš postoj vůči nim. Právě emoční složka hraje ve tvorbě postojů výraznou roli a určuje, zda zaujmeme pozitivní či negativní postoj.

Behaviorální složka zahrnuje *„jednání směřující k objektu postoje a úmysl se takto chovat.“* (Hewstone a Stroebe, 2006: 284) Jedná se tedy o vnější projev postoje, konkrétně typické reakce a konání jedince (Vágnerová, 2004)

Validace podle Naomi Feil

Validace je specifická metoda komunikace se starými dezorientovanými lidmi. Byla vytvořena americkou gerontologickou sociální pracovnící Naomi Feil a je určena především seniorům starším osmdesáti let, kteří trpí

demencí u Alzheimerovy choroby, případně poruchami orientace. (Hauke, 2017)

Výraz validace pochází z latinského *“validus”*, což v překladu *“znamená potvrzení člověka, uznání jeho hodnoty.”* (Nentvichová Novotná, 2016: 24) Samotná autorka Naomi Feil uvádí, že *“validovat někoho znamená přijmout jeho emoce, říct mu, že jeho emoce jsou pravdivé.”* (Feil, 2015: 13) Vychází ze svých zkušeností s prací s velmi starými a dezorientovanými lidmi, kdy zjistila, že snaha vracet tyto klienty do reality či snaha o konfrontaci se skutečností přináší spíše negativní efekt.

Mezi základní prvky validace patří úcta, respekt a empatie validujícího vůči dezorientovanému seniorovi, podstatnou roli však v tomto vztahu hraje také důvěra. Podle Feil (1993: 24–25) tyto velmi staří lidé svou dezorientací *“zápasí o vyřešení nedokončených záležitostí předtím, než zemřou. Validace přináší způsob klasifikace projevů chování těchto dezorientovaných starých lidí a nabízí jednoduché praktické techniky, které jim pomáhají obnovit důstojnost a vyhnout se úpadku do vegetativního stavu. Validace poskytuje dezorientovaným velmi starým lidem empatického posluchače, který je neposuzuje, ale přijímá jejich pohled na realitu.”*

Validace má řadu cílů, kterých se snaží dosáhnout. Mezi ty nejdůležitější řadí Naomi Feil (2015) zvyšování sebevědomí, znovunabytí pocitu sebehodnoty a důstojnosti u dezorientovaných seniorů, snižování stresu a úzkostných situací, a to především pomocí uvolňování dosud potlačovaných emocí. Validace by měla pomoci starému dezorientovanému člověku vyrovnat se se svým životem, prožitými traumaty a konflikty, a pomoci mu zemřít smířený. Velmi podstatné je však uvědomění, že *“cílem validace není zlepšovat zdravotní stav velmi starých dezorientovaných lidí. Jde spíše o to, aby se změnil přístup pečujících osob, aby se dokázaly vcítit do osobní reality dezorientované osoby a přizpůsobily tomu své chování a jednání.”* (Procházková, 2012: 12)

Validace by tedy pečujícím osobám o staré dezorientované lidi měla pomoci umět se do nich vcítit a pochopit jejich mnohdy naprosto nesrozumitelné chování. Neformálním i profesionálním pečujícím tak může pomoci vyhnout se nepříjemným i stresovým situacím při komunikaci s dezorientovaným člověkem, a naopak může podpořit v budování či znovuoobnovení vzájemných vztahů. (Feil, 2015)

METODOLOGIE

Cílem výzkumu je zodpovědět hlavní výzkumnou otázku, která zní: ***“Jaké postoje zauímají pomáhající pracovníci k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?”***

K odpovědi na hlavní výzkumnou otázku mi pomohly níže uvedené dílčí výzkumné otázky. Při jejich tvorbě jsem se řídila vnitřní strukturou postojů, konkrétně tedy jejich kognitivní, emocionální a behaviorální složkou:

Dílčí výzkumná otázka č. 1

Jaká je kognitivní dimenze postojů pomáhajících pracovníků k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?

Dílčí výzkumná otázka č. 2

Jaká je emocionální dimenze postojů pomáhajících pracovníků k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?

Dílčí výzkumná otázka č. 3

Jaká je behaviorální dimenze postojů pomáhajících pracovníků k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?

Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, jako techniku pak polostrukturovaný rozhovor. K tomuto typu rozhovoru je nutné si předem připravit seznam otázek, případně okruh témat. Otázek však není nutné se striktně držet – je možné například měnit jejich pořadí, přizpůsobit jejich formulaci, případně lze položit i další doplňující či upřesňující otázky. (Hendl, 2005)

Výzkumný soubor jsem utvořila z osmi respondentů, konkrétně jedné sociální pracovnice a sedmi pečovatelů. Všichni pracují ve vybraném domově se zvláštním režimem a absolvovali kurz Validace podle Naomi Feil, který je akreditován MPSV.

Veškeré rozhovory jsem nahrávala na diktafon (aplikaci v mobilním telefonu) a následně je doslovně přepisovala do textové podoby. V analýze jsem pak uplatnila metodu otevřeného kódování.

ANALYTICKÁ ČÁST

Analytickou část je věnována interpretaci dat. Je rozdělena do tří podkapitol na základě stanovených dílčích výzkumných otázek.

Kognitivní složka postojů

V první části hledám odpověď na první dílčí výzkumnou otázku: **Jaká je kognitivní dimenze postojů pomáhajících pracovníků k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?**

Názory, představy i myšlenky respondentů o validaci se do jisté míry různí. Z rozhovorů vyplynulo, že skutečně každý pojímá validaci trochu jiným způsobem, což se pak pochopitelně odráží i ve způsobu jejího uplatňování. Dvě respondenty vnímají validaci jako určitý specifický přístup k lidem, který se stal běžnou součástí jejich jednání s lidmi obecně. Ostatní respondenti pak na validaci pohlíží více prakticky – jako určitý soubor technik, které mohou využít při práci, pomoci jimi klientovi, ale svým způsobem také sobě.

Všem respondentům validace pomáhá v pochopení projevů dezorientovaných klientů, případně i vcítit se do těchto klientů. Díky tomu mohou respondenti lépe na tyto projevy reagovat. Celkem tři respondenti si myslí, že díky validaci se daří lépe předcházet konfliktům s dezorientovanými klienty.

Všichni respondenti shodně uvedli, že díky validaci se jim daří dezorientovaného klienta lépe uklidnit a také zmírnit jeho problémové chování, což považují za přínos této metody pro svou práci. Zároveň někteří z nich však upozornili, že se to nemusí vždy podařit.

Za hlavní bariéry či úskalí uplatňování validace označili respondenti tři hlavní důvody. Téměř všichni respondenti jsou přesvědčeni, že vzdělání, které mají, není dostatečné. Shodují se v tom, že kurz validace jim poskytl základní informace o této metodě, avšak k tomu, aby se jim dařilo validaci lépe uplatňovat, by potřebovali více informací. Někteří respondenti by pak ocenili především praktický druh vzdělání. Dále se respondenti shodli v tom, že o validaci není k dispozici mnoho dohledatelných informací, kterými by si mohli zlepšit své znalosti pomocí samostudia.

Druhou bariérou je podle některých respondentů nedostatečná podpora ze strany vedení. Někteří respondenti si myslí, že vedení od nich uplatňování validace vyžaduje, nicméně už se příliš nezajímá, jestli se jim to skutečně daří či nikoliv, a jestli v rámci validace potřebují nějakou další pomoc. Na druhou stranu ale téměř všichni respondenti ocenili podporu v podobě zajištění kurzu, a někteří z respondentů také považují

za určitou podporu měsíční setkávání validujících, kde mohou s kolegy rozebrat to, co jim dělá ve validaci potíže.

Třetím úskalím v uplatňování validace je podle některých respondentů nedostatek času a prostoru. Problém vidí jednak obecně v nedostatku času v rámci své pracovní doby, ale také vnímají, že ne vždy, když je to potřeba, tak mají prostor soustředit se na klienta a jeho problémy. Někteří respondenti také považují za negativum, že v rámci validace bývají vyrušení jiným klientem a nemohou tak třeba validaci v danou chvíli dokončit.

Emocionální složka postojů

V rozhovoru s respondenty jsem mimo jiné chtěla zjistit, jaké emoce prožívají v souvislosti s validací, a jaké pocity v nich tato metoda vyvolává. Druhou dílčí výzkumnou otázku jsem proto položila takto: **Jaká je emocionální dimenze postojů pomáhajících pracovníků k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?**

Respondenti v souvislosti s validací vyjadřovali různé pozitivní i negativní emoce. Všichni respondenti shodně uváděli, že prožívají radost, uspokojení či potěšení, když mohou klientovi pomoci a ulevit mu od trápení.

Většina respondentů také hovořila o tom, že jim udělá radost, pokud od klienta dostanou pozitivní zpětnou vazbu. Tuto zpětnou vazbu respondenti označovali různě. Někteří jsou rádi, když jim klient poděkuje či řekne něco pozitivního. Někoho těší, když u klienta vidí pozitivní emoce, například úsměv, smích a podobně. Jedna respondentka dokonce řekla, že tyto situace v ní vyvolávají pocit dobře odvedené práce.

Pozitivní pocity u respondentů vyvolává také to, když vidí, že se po validaci klientův stav alespoň o trochu zlepší, ať už v podobě vyvolání lepší nálady, pozitivních emocí, nebo právě v podobě uklidnění klient či odstranění nějakého nežádoucího chování.

Co se týče pozitivních emocí, v neposlední řadě bych ráda zmínila, že některé respondenty těší, že díky validaci dezorientovaným klientům více rozumí, a dokáží s nimi lépe navázat kontakt, či dokonce vztah.

V souvislosti s negativními emocemi respondenti nejčastěji vyjadřovali obavy, většinou ale z různých důvodů. Někteří respondenti se obávají, aby validační otázky pokládali správně a aby validací klienta nezranili či nerozrušili. Jedna respondentka dokonce vyjádřila určité obavy z případné agrese klienta. U jednoho respondenta se zase objevily obavy,

že validaci použije u klienta, pro kterého není tato metoda vhodná, a naruší tak třeba vzájemný vztah.

Další negativní emoci, kterou respondenti pociťují je lítost nad klienty s demencí, jejich onemocněním a obtížnou situací. Někteří respondenti se právě z důvodu soucitu a lítosti snaží klientům zpříjemňovat jejich život různými způsoby a metodami, včetně validace.

Respondenti většinou na metodě validace nenacházejí nic, co by jim vadilo, nebo se jim při uplatňování nelíbilo. Pouze jeden respondent se někdy cítí nekonformně, protože má pocit, že při používání validace hodně zasahuje do soukromí klienta. Také se mu nelíbí, že validační otázky jsou až příliš banální.

Behaviorální složka postojů:

V rámci této kapitoly jsem chtěla zjistit, jakým způsobem respondenti validaci ve své práci uplatňují, při jakých příležitostech metodu používají, jaké používají validační techniky, a jestli o validaci hovoří i s rodinami a blízkými klientů. Dílčí výzkumnou otázku jsem položila následovně: **Jaká je behaviorální dimenze postojů pomáhajících pracovníků k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?**

Jedním z témat, které bych ráda zmínila, vyplývá z rozdílného pojetí validace ze strany respondentů. U dvou respondentek, které pojmají validaci více komplexně, se objevují také tendence k jejímu plošnějším uplatňování. Ostatní respondenti pak validaci přijímají jako možnost, jak si poradit s neklidným klientem a problémovým chováním. To znamená, že validaci vědomě uplatňují jen u vybraných klientů a pouze v situacích, kdy se u nich objeví nežádoucí chování či stres. Pro respondenty je tak validace praktickým nástrojem, jak uklidnit dezorientovaného seniora.

V rámci rozhovů mě zajímalo, jaké validační techniky respondenti sami používají, případně nepoužívají, a proč. Řekla bych, že asi u všech respondentů nebyla znalost technik příliš silná, což ovšem souvisí s nedostatkem informací o validaci, které jsem zmiňovala v části o kognitivní složce postojů. Tato slabá znalost se nicméně ukazuje i v praktickém užívání validace. Z verbálních technik respondenti nejčastěji používají techniku pokládání jednoduchých otázek, případně parafrázování. Z neverbálních technik respondenti pracují s očním kontaktem, s nastavením hlasu a především s doteky.

Ukázalo se, že respondenti validaci propojují také s jinými koncepty a metodami, na něž jsou vyškoleni. Někteří respondenti zmiňovali používání validace společně s některými technikami bazální stimulace, nicméně musím podotknout, že ne všichni respondenti dokázali rozlišit, které techniky spadají do bazální stimulace a které naopak do validace. Další „alternativní“ metodou, kterou někteří respondenti považovali za prospěšnou ve spojitosti s validací je také práce s biografií klienta. Někteří respondenti dále zmínili také práci se vzpomínkami, tedy reminiscenční terapii.

Jedna z mých otázek v rozhovorech se zaměřovala na to, zda respondenti o validaci hovoří s rodinnými příbuznými či blízkými. Ukázalo se, že kromě jedné respondentky o validaci žádný z respondentů s rodinami pravidelně nehovoří, někteří z nich se o to ani nikdy nepokusili.

ZÁVĚR

V závěru bych ráda shrnula všechny získané informace z výzkumu. Dále se pokusím zodpovědět hlavní výzkumnou otázku, která zní: **Jaké postoje zaujímají pomáhající pracovníci k metodě validace podle Naomi Feil u seniorů s diagnózou demence?**

Pomáhající pracovníci popisují validaci podle Naomi Feil jako jednu z možností, jak komunikovat s dezorientovanými lidmi a jak reagovat na jejich specifické projevy demence. Vnímají, že znalost metody validace jim rozšířila obzory v možnostech, jak přistupovat k seniorovi s demencí, jak jej lépe pochopit a případně mu také pomoci. Většina respondentů validaci pojímá jako užitečný nástroj, který jim pomáhá při náročné práci a při řešení obtížných situací s klienty.

Obecně lze postoj pracovníků k validaci označit za kladný. Občas se sice u některých z nich objevuje určitá ambivalence, kdy například pociťují, že jsou zahlceni množstvím přístupů, které mají v rámci své práce uplatňovat, zároveň si však uvědomují i pociťují pozitiva, která jim i klientům validace přináší. Přestože jejich znalosti a vědomosti o této metodě jsou poměrně slabé a oni sami je považují spíše za nedostatečné, všichni mají zájem se v používání validace zlepšit, případně získat další informace. Svědčí o tom také to, že respondenti si již v minulosti informace o validaci sami aktivně vyhledávali v rámci samostudia. Získat lepší vzdělání či více informací je však momentálně poměrně obtížné, kvůli nedostatku literatury i vzdělávacích kurzů na dané téma.

Důvodem, proč se pracovníci snaží validaci u klientů uplatňovat, je, že vnímají pozitivní odezvu v chování, jednání a zpětné vazbě ze strany svých klientů, což jim samotným dělá radost, ale také jim to pomáhá při práci. U svých dezorientovaných klientů nejčastěji pozorují, že je pomocí validace dovedou uklidnit a upokojit, ale také se jim daří u nich vyvolat pozitivní emoce, pocit vzájemné důvěry a někdy také vybudovat vzájemný vztah. Díky tomu vnímají, že se cítí dobře a spokojeně jak klient, tak i oni sami.

Důležitým poznatkem, který respondenti uváděli, je také to, že podle nich se jim díky validaci daří lépe pochopit chování a problémové projevy dezorientovaného člověka. Často díky validaci naleznou pravý důvod jeho jednání a díky tomu se do něj mohou lépe vžít a také na to vhodně reagovat. Díky tomu se jim pak daří předcházet konfliktům s dezorientovaným seniorem.

ZDROJE:

FEIL, Naomi, Vicki DE KLERK RUBIN. Validácia. *Cesta, ako porozumieť dezorientovaným starým ľuďom*. Bratislava: OZ Terapeutika, 2015. ISBN 978-80-971766-1-7.

FEIL, Naomi. *The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's-type dementia"*. Baltimore: Health Professions Press, c1993. ISBN 1878812114.

GÁLIK, Stanislav. *Psychologie přesvědčování*. Praha: Grada, 2012. Psyché. ISBN 978-80-247-4247-2.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

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

HAYES, Nicky. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál, 1998. Studium. ISBN 80-7178-198-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HEWSTONE, Miles a Wolfgang STROEBE. *Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-092-5.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Vydání osmé, v Portále sedmé. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1147-1.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.

NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009a. ISBN 978-80-200-1680-5.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009b. ISBN 978-80-200-1679-9.

NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, Renáta a Hana JANEČKOVÁ. Validace podle Naomi Feilové - klíč k porozumění lidem s demencí - 1. část. *Sociální služby*. 2016, 18(3), 24-26.

NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, Renáta a Hana JANEČKOVÁ. Validace podle Naomi Feilové - klíč k porozumění lidem s demencí - 2. část. *Sociální služby*. 2016, 18(4), 20-22.

PACOVSKÝ, Vladimír. *Proti věku není léku?: úvahy o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-486-1.

PROCHÁZKOVÁ, Lucie. Metoda validace - podpora a práce s dezorientovanými lidmi. *Sociální služby*. 2012, 14(2), 12-13.

PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

ŘEZÁČ, Jaroslav. *Sociální psychologie*. Brno: Paido, 1998. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-48-6.

SILLAMY, Norbert. *Psychologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. ISBN 80-244-0249-1.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3.

© WHO/ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). *Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)*. Uzis.cz [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2018 [cit. 2019-10-13]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>

Zákon č. 108/2006 o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 9. 12. 2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#f3009671>

Rejstřík

A

aktivizační pracovník, 31, 32, 62, 65
aktivní naslouchání, 23, 53
Alzheimerova choroba, 18, 19, 21, 27, 40, 43

B

Bartlettová, 52
Baum, 61
bazální stimulace, 90, 91, 95
behaviorální složka, 36, 39, 87, 98
biografie, 91, 92, 95
Buijsen, 18, 24

C

Corbinová, 57, 65

Č

Česká Alzheimerovská společnost, 21

D

demence, 9, 10, 12, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 52, 55, 62, 70, 85, 86, 87, 88, 93, 94, 97, 100, 123
Disman, 57, 58, 59, 60
domov pro seniory, 13, 26, 27, 28, 30, 41, 44, 62
domov se zvláštním režimem, 13, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 54, 55, 62, 70, 90, 98
Dvořáčková, 14, 23, 26, 28, 31

E

Ekman, 37, 38, 39, 84
Elichová, 15, 16
emocionální složka, 36, 37, 39, 82, 85, 96, 99
empatická neutralita, 67
empatie, 24, 31, 40, 46, 49, 51, 53, 68, 69, 71, 98
Erikson, 12, 47, 48

etické aspekty výzkumu, 66, 67

F

fáze dezorientace, 44
Feil, 9, 12, 19, 22, 23, 27, 29, 33, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 59, 61, 62, 68, 72, 76, 79, 83, 84, 91, 97, 98, 100, 123
Fertařová, 44, 45, 46, 49, 51
Freud, 47, 53
Friedlová, 91

G

Gálik, 33, 34, 73
Géringová, 29

H

Hadj-Moussová, 34, 35
Hartl, 33, 34, 35, 36, 37
Hartlová, 33, 34, 35, 36, 37
Haškovcová, 13
Hauke, 18, 19, 20, 23, 26, 27, 40, 42, 44, 45, 46, 50, 51, 70, 71, 79, 93
Hayesová, 36, 37
Hendl, 57, 58, 60, 61, 65, 66, 67
Hewstone, 36, 39
holistický přístup, 52
Holmerová, 22
Hrozenská, 23, 26, 28, 31

I

informovaný souhlas, 66

J

jednotka zjišťování, 61, 62
jednotka zkoumání, 61
Jiráček, 18, 19, 22
Jung, 47

K

Kern, 33
Koenig, 15

REJSTŘÍK

kognitivní složka, 36, 39, 56, 68, 80, 88, 95, 96
komunikace, 23, 24, 32, 40, 42, 45, 49, 50, 51, 88, 90, 92, 93, 94, 97, 98, 100, 123
Kopřiva, 29, 30
Křivohlavý, 14, 15
Kübler-Rossová, 16
Kučerová, 18
kvalitativní výzkum, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 66
kvantitativní výzkum, 57, 62

L

Longres, 53

M

Malíková, 12, 32, 55
Mališková, 52
Maslow, 13, 14, 47
Matějček, 34
Mátl, 52
Mátl, 22
Mátlová, 22
Matoušek, 13, 29, 30, 53, 54
Mini Mental State Examination, 22
Miovský, 61, 67

N

Nakonečný, 33, 35, 36, 37, 39, 75, 77
Navrátil, 52, 53
neformální pečující, 49, 55
nenásilná komunikace, 24, 25
Nentvichová Novotná, 40, 41, 46, 47, 52, 68, 71, 84, 89
Nosková, 58

O

otevřené kódování, 65, 66

P

Pacovský, 12
Papežová, 31
Pavlásek, 58
pečovatel, 31, 32, 59, 62, 65
Peterson, 15
Piaget, 47
Pokorná, 55
polostrukturovaný rozhovor, 60

pomáhající pracovníci, 29, 32, 55, 59, 62, 97, 100, 123
pomáhající profese, 29, 30, 53
postoj, 29, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 46, 55, 59, 61, 68, 69, 73, 88, 93, 95, 96, 97, 98, 123
potřeba, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 38, 41, 47, 48, 71
pravé stáří, 13, 14
Procházková, 42, 43
Příbyl, 12, 16, 17
přístup orientovaný na člověka, 53
Punch, 62, 65, 66
pyramida potřeb, 13, 47

R

rané stáří, 12
reliabilita, 60
Rogers, 47, 53
role výzkumníka, 59, 60

Ř

Řezáč, 36

S

Seligman, 15
senior, 10, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 54, 62, 68, 70, 83, 93, 94, 100
Sillamy, 33
Silverman, 57, 60, 61, 66
Slaměník, 39
sociální fungování, 52, 53
sociální práce, 31, 41, 52, 53
sociální pracovník, 30, 31, 52, 53, 55, 59, 62, 63, 65, 100
spiritualita, 14, 15, 16
stárnutí, 12, 44
stáří, 12, 13, 14, 16, 23, 43, 48, 68
Strauss, 57, 65
Stroebe, 36, 39
Stuchlíková, 38
Suchomelová, 15, 16
Sukupová, 46, 55
Svatošová, 15, 16, 17
syndrom vyhoření, 30, 42

Š

Šed'ová, 59, 61
Švaříček, 59, 61

T

Tavel, 44, 45
 techniky validace, 48, 49
 Thorová, 12
 topografický model osobnosti, 53

U

ÚZIS, 18

V

Vágnerová, 12, 13, 14, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 96
 validace, 18, 19, 22, 23, 27, 29, 31, 32, 33, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 59, 61, 62, 63, 65, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 123
 validita, 60

vaskulární demence, 18, 19
 Venglářová, 70
 vnímání, 36, 37, 38, 50
 Vojtová, 24, 79
 Výrost, 39
 výzkumný vzorek, 61

W

WHO, 12, 18, 21
 Wija, 21

Z

zákon o sociálních službách, 27, 30, 31
 zdravotnický pracovník, 30, 32, 62, 65
 Zvěřová, 19, 20, 21

Ž

Žižlavský, 57, 58, 60, 62