

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD**

**Ústav ošetřovatelství**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

2012

Jana Dobešová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Jana Dobešová

**Komunikace s klienty s demencí  
jako součást ošetrovatelské péče**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Kršková, Ph.D.

Olomouc 2012

# **ANOTACE**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

### **Název práce:**

Komunikace s klienty s demencí jako součást ošetrovatelské péče

### **Název práce v AJ:**

Communication with clients with dementia as part of nursing care

**Datum zadání:** 2012-01-20

**Datum odevzdání:** 2012-04-30

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

**Autor práce:** Jana Dobešová

**Vedoucí práce:** Mgr. Jana Kršková, Ph.D.

**Oponent práce:**

### **Abstrakt v ČJ:**

Bakalářská práce je zaměřena na problém komunikace s klienty s demencí v ošetrovatelské péči. Prezentuje informace dohledané v českých a slovenských periodikách. Jsou zde informace o výskytu demencí a přístupu k nim v současnosti. Zdůrazněna je také úloha komunikace sestry s klientem v ošetrovatelské péči. Větší pozornost je zaměřena na možné způsoby komunikace s klienty v jednotlivých stádiích demence a komunikaci při rozpoznání, hodnocení a léčbě bolesti.

**Abstrakt v AJ:**

The thesis is focused on the problem of communicating with clients with dementia in nursing care. The work presents information found in Czech and Slovak periodicals. There are information on the occurrence of dementia and access to them at present. Also emphasized the role of communication between the client and nurse in nursing care. Great attention is focused on possible ways to communicate with clients in various stages of dementia and also communication during the recognition, evaluation and treatment of pain.

**Klíčová slova v ČJ:**

demence, Alzheimerova nemoc, komunikace, reminiscence, validační terapie, rezoluční terapie, preterapie, usnadňovaná komunikace, bazální stimulace

**Klíčová slova v AJ:**

dementia, Alzheimer's disease, communication, reminiscence, validation therapy, resolution therapy, pretherapy, facilitating communication, basal stimulation

**Rozsah:** 51 s., 5 příl.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vykonala samostatně a použila jsem jen uvedené informační zdroje.

V Olomouci dne 24.4.2012

.....

podpis

## Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr. Janě Krškové Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce.

# OBSAH

Úvod.....	7
1 Demence.....	10
1.1 Současná situace.....	10
1.2 Co rozumíme pod pojmem demence?.....	11
1.3 Mírná kognitivní porucha.....	14
1.4 Diagnostika a terapie.....	15
1.5 Charakteristika jednotlivých stadií demence.....	16
2 Komunikace - důležitá součást ošetrovatelské péče.....	20
2.1 Neverbální komunikace.....	21
2.2 Verbální komunikace.....	21
2.3 Specifika komunikace s různými skupinami klientů.....	23
3 Komunikace s klienty v jednotlivých stadiích nemoci.....	26
3.1 Komunikace s klienty v prvním stadiu demence.....	28
3.2 Komunikace s klienty ve druhém stadiu demence.....	31
3.3 Komunikace s klienty ve třetím stadiu demence.....	34
4 Komunikace s klienty trpícími demencí při rozpoznání, hodnocení a léčbě bolesti.....	37
Závěr.....	45
Bibliografické a elektronické zdroje.....	47
Seznam použitých zkratk.....	51
Seznam příloh.....	51
Přílohy.....	52

## ÚVOD

V této bakalářské práci se chci zabývat problematikou komunikace s klienty s demencí v rámci ošetrovatelské péče. Rozhodla jsem se pro toto téma, protože lidí postižených demencí stále přibývá. Komunikace s těmito klienty ve zdravotnických a sociálních zařízeních je velkým problémem. Někdy je velmi těžké navázat s nimi kontakt. Jsme v pokušení přestat komunikovat, nezajímat se o to, co daný klient cítí, prožívá, jestli nás vnímá, jestli nějakým způsobem reaguje na to, co mu sdělujeme. I když je komunikace s klientem trpícím demencí obtížná, zůstává jedinou možností, jak zjistit jeho bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. I přes své kognitivní omezení zůstává tento klient člověkem, který se ukrývá jakoby za záclonou, která ho odděluje od okolního světa, kterému přestává rozumět. Naším úkolem je tuto záclonu poodhrnout a uvidět za ní člověka s celou jeho důstojností a přistupovat k němu s úctou, respektem a snahou pomoci mu.

Úkolem bakalářské práce je podat přehled o tom co bylo publikováno v českých a slovenských zdrojích o problému komunikace s klienty s demencí jako důležité součásti ošetrovatelské péče. Pro tuto práci jsem si zvolila následující **cíle**:

1. Jaké je současné povědomí o problematice demencí?
2. Vyhledat informace o komunikaci jako důležité součásti ošetrovatelské péče.
3. Jaké jsou poznatky o komunikaci s klienty s demencí v jednotlivých stádiích?
4. Jak komunikovat s klienty s demencí při rozpoznání, hodnocení a léčbě bolesti?

Na úvod byla prostudována tato vstupní studijní literatura:

BARTOŠ, Aleš, HASALÍKOVÁ, Martina. 2010. *Poznejte demenci správně a včas - příručka pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. 188 s. ISBN 978-80-204-2282-8



- BAŠTECKÝ, Jaroslav, KÜMPEL, Quido, VOJTĚCHOVSKÝ, Miloš a kol. 1994. *Gerontopsychiatri.*, 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8
- FRIEDLOVÁ, Karolína. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4
- JEDLIČKA, Václav, a kol. 1991. *Praktická gerontologie.* 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991, 182 s. ISBN 80-7013-109-8
- JIRÁK, Roman, HOLMEROVÁ, Iva, BORZOVÁ, Claudia a kol. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6
- KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9
- KOBĚRSKÁ, Petra, a kol. 2003. *Společnou cestou (jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí).* 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 40 s. ISBN 80-7178-851-1
- KUČEROVÁ, Helena. 2006. *Demence v kazuistikách.* 2006. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4
- MALÍKOVÁ, Eva. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3
- MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Míra, a kol. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6
- PROUTY, Garry, WERDE, Dion, PÖRTNER, Marlis. 2005. *Preterapie: navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty.* 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-949-6
- TOPINKOVÁ, Eva. 2005. *Geriatric pro praxi.* 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6
- ZGOLA, Jitka, M. 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9

K vyhledání článků k danému tématu byla použita databáze BMČ (Bibliographia Medica Čechoslovaca) a vyhledávač Google scholar. Byla použita tato klíčová slova: demence, Alzheimerova nemoc, komunikace, reminiscence, validační terapie, rezoluční terapie, preterapie, usnadňovaná komunikace, bazální stimulace. Kritéria pro výběr plnotextů byla: český a slovenský jazyk, rok vydání 2000 - 2012. Vyhledávání proběhlo v období listopad 2011 - březen 2012. V databázi BMČ bylo vyhledáno pomocí klíčových slov celkem 3 700 článků a pomocí vyhledávače Google scholar bylo vyhledáno 11 669 odkazů. Prostudováno bylo 67 článků, které odpovídaly zvoleným kritériím. Pro bakalářskou práci jich bylo použito 32.

# 1 Demence

## 1.1 Současná situace

Před několika málo desetiletími byl termín „demence“ používán poměrně málo. Pokud se tento syndrom vyskytoval v seznamu diagnóz, hovořilo se spíše o mozkové ateroskleróze. O Alzheimerově demenci, nejčastější příčině syndromu demence, se začalo hovořit až v devadesátých letech minulého století a to nejdříve v souvislosti s presenilními formami demence, novými léky, kognitivu a až teprve později v souvislosti s demencí jako jedním z nejzávažnějších problémů vyššího věku.

Tuto situaci výstižně charakterizoval významný australský gerontopsychiatr Henry Brodaty, který na kongresu francouzského předsednictví Evropské unie v závěru roku 2008 hovořil o tom, že století předcházející 20. století se vyznačovala problematikou infekčních onemocnění, dvacáté století by bylo možné charakterizovat jako století tzv. civilizačních onemocnění (kardiovaskulární a onkologické) a pro současné století budou charakteristická neurodegenerativní onemocnění, zejména Alzheimerova choroba. Toto onemocnění, které bylo před dvěma desetiletími považované za vzácné, se stalo největší hrozbou posledních let. Je tomu tak proto, že se jedná o onemocnění postupně progredující a s nedobrou prognózou, jehož prevalence narůstá se stárnutím populace. Významná je také socioekonomická zátěž Alzheimerovy choroby a dalších onemocnění způsobujících demenci. Projekt EuroCoDe (European Collaboration on Dementia), který koordinovala evropská asociace alzheimerovských společností Alzheimer Europe, prokázal, že v zemích Evropské unie je v současnosti asi 7 milionů lidí postižených demencí a ve všech evropských zemích je to asi 8,5 milionu. Celkové náklady byly jen v zemích evropské sedmadvacítky odhadnuty na 130 miliard euro. Dosud nebyla v historii Evropské unie žádnému onemocnění věnována taková pozornost.

V České republice žije v současné době dle kvalifikovaných odhadů 110-130 tisíc lidí trpících nějakou formou demence. Odhaduje se, že počet

se do poloviny století zdvojnásobí. (Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 139) (viz příl. 1, s. 50)

## 1.2 Co rozumíme pod pojmem demence?

Demence je syndrom, který vzniká v důsledku závažného poškození mozku. Nejčastěji je to v důsledku degenerativních změn, dále změn vaskulárních, toxických (alkohol, razantní léčba cytostatiky), ale také jako následek po poranění mozku, zejména opakovaném (dementia pugilistica). (Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 140) Česká alzheimerovská společnost (ČALS), která je respektovaným členem významných mezinárodních organizací – Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International, uvádí toto procentuální zastoupení jednotlivých příčin demencí: nejčastější příčinou demence je Alzheimerova nemoc, která tvoří 56 %, vaskulární demence tvoří 14 %, smíšené demence 12 %, Parkinsonova nemoc 8 %, jiné degenerativní onemocnění mozku 4 % a dále může být demence způsobena vzácnějšími příčinami, mezi které patří například Creutzfeld - Jacobova nemoc, Pickova choroba a Huntingtonova nemoc. (ČALS, [online], dostupné na <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/>) Dnes je díky výzkumům a vyšetřovacím metodám známo více než 40 typů demencí. (Klvetová, 2010b, s. 75)

Syndrom demence zahrnuje několik domén: poškození kognitivních funkcí, poruchy chování a další psychologické příznaky (BPSD - behaviorální a psychologická symptomatologie demence) a poruchu soběstačnosti.

**Postižení kognitivních funkcí** (paměť, pozornost, fatické, gnostické, vizuospeciální a exekutivní funkce) je u jednotlivých forem demence v různé míře a pořadí. U Alzheimerovy choroby dominuje poškození paměti, zejména ve složce vstřípivosti, zatímco u vaskulární demence je poškozena hlavně výbavnost. „Napovíme-li“ tedy klientovi s Alzheimerovou chorobou, zpravidla si nevzpomene, zatímco člověk s vaskulární demencí většinou ano.

Z této a podobných zkušeností vycházejí některé testy, například Grober Buschke Free and Cued Recall Test. Kognitivní funkce můžeme orientačně posoudit dotazy cílenými na nedávné události. V tom často chybujeme, protože se neumíme vždy ptát tak, abychom dokázali zhodnotit pravdivost dané skutečnosti. Proto je třeba vyšetření objektivizovat pomocí testů. Nejčastějším základním testem je MMSE (Mini Mental State Examination) dle Folsteina. V České republice jsou výsledky tohoto testu východiskem pro indikaci kognitiv. Tento test však nemusíme mít vždy po ruce. Proto je doporučen takzvaný test hodin, či ciferníku. Může být vyplněn na předtištěném formuláři, ale v podstatě můžeme využít jen čistý papír, na který nakreslíme kruh o poloměru cca 10 cm a vyzveme klienta, aby si představil, že se jedná o ciferník hodin a zakreslil do něj příslušné číslice. Pokud jsou číslice správně, požádáme ještě o vyznačení polohy ručiček v určitém čase. Tento test je orientační, ale v praxi může přinést velmi užitečnou informaci, zejména pokud máme srovnání s testem provedeným dříve. Dále se v praxi využívá například sedmiminutový vyhledávací test, MoCA - Montreal Cognitive Assessment, který je i v českém překladu. V české verzi existuje také ACE-R: Adenbrookský kognitivní test. U klientů s nejednoznačnými výsledky testů nebo atypickým klinickým obrazem by mělo být provedeno neuropsychologické vyšetření. I když paměť není jedinou z kognitivních funkcí a poškození kognitivních funkcí není jedinou součástí syndromu demence, je relativně snadno měřitelná a u nejčastější příčiny demence, Alzheimerovy choroby, dominují právě poruchy paměti. Proto zahájila Česká alzheimerovská společnost v červnu 2008 projekt Dny paměti, který je zaměřen na včasnou diagnostiku různých typů demence. (Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 140) (viz. příl. 2, s. 51 a příl. 3, s. 52)

Další součástí syndromu demence jsou **poruchy chování a další psychologické příznaky**. U většiny demencí se vyskytují častěji v pokročilejších stadiích onemocnění. (Jirák, 2011, s. 56) BPSD jsou různé u jednotlivých typů demence. Například u Alzheimerovy choroby se vyskytuje apatie u 72 % klientů, agresivita/agitace u 60 %, úzkost u 48 %

a deprese u stejného počtu klientů. U klientů s demencí s Lewyho tělísky (LBD - Lewy body dementia) jsou častější zrakové halucinace. Výrazné poruchy chování ve smyslu citové otupělosti, změn osobnosti, dezinhibice, společensky nevhodného chování a podobně se vyskytují hlavně u demencí frontotemporálních (FTD). Výskyt BPSD tak může napomoci diferenciální diagnostice, i když všechny formy demence mohou probíhat i atypickým způsobem. Mezi psychické příznaky demence patří také deprese. Té je potřeba věnovat pozornost už proto, že deprese může zejména u starších lidí vytvářet obraz podobný demenci, tzv. *pseudodemenci*. (Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 140) U BPSD vždy aktivně pátráme po vyvolávající příčině. Poruchy chování může například způsobit somatický diskomfort (bolest, parestázie), který klient není schopen verbalizovat. Mezi další vyvolávající příčiny patří senzorická deprivace (hluchota, slepota), negativní životní události (přestěhování, hospitalizace), hypoxie (u klientů se srdečním selháním, s anemií, chronickými bronchitidami), dehydratace, metabolické poruchy (hypoglykemie). Neklid může také paradoxně zvyšovat fyzické omezení, které je použito z bezpečnostních důvodů, ale někdy také z důvodu ztlumení neklidu. Vliv mohou mít také intoxikační faktory včetně nevhodné farmakoterapie. (Jiráček, 2011, s. 56) Určitý „neklid“ může také způsobit vyčerpání pečovatele, který svůj stres nechtěně přenáší na klienta. Někteří autoři zde hovoří o společném symptomu systému pacient + pečovatelé („spojené nádoby“). (Rusina, Rusinová, Holmerová, Šimek, 2010, s. 18) Také pro hodnocení BPSD je možno použít škály například NPI (Neuropsychiatric Inventory) nebo BEHAVE - AD. (Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 141)

***Porucha soběstačnosti*** je třetí součástí syndromu demence. Funkce soběstačnosti (tzv. aktivity denního života) dělíme na bazální (najíst se, napít, obléknout, dodržovat hygienu a být schopen základní mobility) a instrumentální (schopnost jízdy dopravním prostředkem, schopnost nakoupit, uvařit, vykonávat domácí práce, telefonovat, užívat léky, obstarávat své finance a podobně). K poškození instrumentálních funkcí dochází dříve než k poškození aktivit základních. Ke zhodnocení těchto

aktivit můžeme používat například test základních všedních činností podle Barthelové, Test instrumentálních všedních činností nebo testy, které jsou přímo určeny k posouzení soběstačnosti u lidí s kognitivní poruchou. Je potřeba si uvědomit, že výše uvedené testy nejsou dotazníky. Nejedná se o otázky, které bychom měli klást klientovi. Protože klienti s demencí často disimulují, je třeba srovnávat jejich odpovědi se sdělením pečovateli. (Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 141)

### 1.3 Mírná kognitivní porucha

V současné době je známo, že onemocnění způsobující demenci, začínají podstatně dříve, než jsme se původně domnívali. Jedná se tedy spíše o onemocnění věku středního, kdy už v mozku začínají probíhat určité patologické procesy, které jsou dlouho latentní. Stavem, který **upozorňuje na určité riziko vzniku demence**, je mírná kognitivní porucha. Jde nejčastěji o poruchu paměti, která je nápadná jak člověku samotnému, tak i jeho okolí, ale která ještě neomezuje soběstačnost. Údaje o prevalenci mírné kognitivní poruchy se různí. Existuje ale určitá shoda v tom, že se vyskytuje asi u 10 % až 20 % lidí starších 65 let. K rozvoji demence dochází asi v 10 až 15 % ročně.

U mírné kognitivní poruchy mají význam preventivní opatření. Na jedné straně je to zdravá životospráva, dostatek odpočinku a na druhé straně dostatek stimulů a význam má i přiměřená fyzická aktivita. Podle vědeckých poznatků zatím neexistuje medikace, která by zabránila rozvoji demence, ale na základě epidemiologických dat existují určité důkazy o pozitivním vlivu antioxidantů a některých přírodních látek obsažených v potravinách (resveratol, kurkumin). Je také vhodné modifikovat kardiovaskulární rizikové faktory, protože manifestaci demence zrychlují vaskulární faktory a to nejen u vaskulární demence, ale také například u Alzheimerovy choroby. (Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 141)

## 1.4 Diagnostika a terapie demence

Stanovení diagnózy demence je důležitým mezníkem. Je třeba pomýšlet i na to, že **deprese může zejména u starších lidí vytvářet obraz podobný demenci**. Jsou různé způsoby, jak tyto stavy odlišit. Mezi relativně spolehlivé známky patří postoje klientů ke kognitivní poruše: lidé trpící demencí spíše svou kognitivní poruchu maskují, zatímco lidé s depresí na ni upozorňují. Toto vodítko ale nemusí být úplně spolehlivé. Proto je vhodné raději učinit terapeutický pokus a nasadit vhodné antidepresivum. Doporučují se antidepresiva SSRI, naopak se varuje před tricykliky (anticholinergní působení zhoršuje kognitivní poruchu) a benzodiazepiny, které mají závažné nežádoucí účinky. Pokud symptomatologie ustoupí a celkový stav klienta selepší, je zřejmé, že se jednalo o depresivní symptomatologii. Na místě pak bude s odstupem času provést kontrolu kognitivních funkcí. Vyšetření deprese, například Geriatrickou škálou deprese, by mělo být vzhledem k vysoké prevalenci výskytu deprese, běžným vyšetřením klientů vyššího věku. (Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 140-141)

**Jen včasné diagnostikovaná demence je do jisté míry léčebně ovlivnitelná.** Ne vždy je diagnóza stanovena dostatečně brzy. Starší lidé si totiž první problémy s pamětí nechtějí přiznat, stydí se za ně nebo je považují ve svém věku za normální. Svoje obtíže se snaží maskovat. Dochází k několikaměsíčnímu zpoždění vůči optimální diagnóze. Demence je citlivé téma a příbuzní se snaží své bližní „chránit“. Dlouho bagatelizují jejich duševní problémy, protože si váží svého příbuzného a nechtějí jej „ponižovat“. Někdy nemají možnost problém včas rozpoznat, protože za seniorem pouze dojíždí a nevidí jej v každodenním styku. Často chybují i lékaři, kteří z nedostatku času odešlou klienta domů s vysvětlením, že zapomínat v jejich věku je normální. Výsledkem je časový skluz, který může znamenat až dva roky zpoždění vůči optimální diagnóze, což je klíčová chyba. (Holmerová, 2010, s. B6)

Diagnóza demence se stanoví na základě testů či neuropsychiatrického vyšetření, vyloučení ostatních možných příčin stavu klienta na základě



anamnézy, klinického vyšetření a laboratorního vyšetření (sedimentace, krevní obraz, elektrolyty, vápník, glykemie, testy renálních a jaterních funkcí a funkce štítné žlázy, vitamin B12, sérologie příjice, HIV a boreliózy). Další standardní součástí diagnostiky jsou zobrazovací vyšetření mozku (CT, MR).

**Po stanovení diagnózy by měla být zavedena adekvátní terapie.** Tato situace je v České republice problematická, protože u včasné diagnostiky nemáme zpravidla ještě možnost zavést adekvátní terapii (předepsat kognitiva), protože tyto léky jsou hrazeny až při výraznějším poklesu kognitivních funkcí (MMSE 20 a méně bodů). (Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 141-142) V roce 2001 vydala Americká neurologická akademie materiál vypracovaný předními odborníky na problematiku Alzheimerovy choroby a jiných onemocnění způsobujících demenci, který se zabýval diagnostikou a terapií těchto onemocnění. Výsledky byly rozděleny do čtyř skupin, od těch, které jsou dle vědeckých důkazů neúčinnější až po ty prokazatelně neúčinné. Pro mnoho léčiv vyzněla tato práce velmi skepticky. Naopak **mnoho aktivizačních, validačních přístupů bylo zařazeno do první skupiny, tedy mezi jednoznačně účinné metody.** Jde vesměs o metody snadno proveditelné a dostupné na každém pracovišti. V tomto ohledu jsme našim klientům s demencí mnoho dlužni. (Holmerová, Suchá, 2003, s. 295)

Poté by mělo následovat sdělení diagnózy klientovi a rodinným příslušníkům, pokud s tím klient souhlasí. Je to velmi důležitý proces, který umožní klientovi zařídit vše potřebné a umožní mu učinit příslušná rozhodnutí v době, kdy je toho ještě schopen. Konvence o biomedicíně ustanovuje, že v rozhodování ohledně léčby je třeba brát ohled na předem vyslovená přání. S tím souvisí takzvané ustanovení vůle, ve kterém má klient možnost sdělit budoucím ošetřujícím, jak si představuje péči o svou osobu, jaké jsou jeho hodnoty. (Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 142)

## 1.5 Charakteristika jednotlivých stadií demence

Onemocnění nejčastěji způsobující demence postupně progredují a stav klienta se tak postupně zhoršuje. Většinou se obraz demence postupně rozvíjí a prochází podobnými stadii nezávisle na tom, které onemocnění demenci způsobuje. (Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 142) Česká alzheimerovská společnost uvádí klasifikaci jednotlivých stadií demence, která vychází z potřeb klientů P-PA-IA 1-3 (P - podpora, poradenství, pomoc (prostředí pro péči, paliativní přístup), PA - programové aktivity, IA - individualizovaná asistence (individualizované aktivity), 1.- počínající a mírná demence 2. - středně pokročilá a rozvinutá demence 3. - těžká demence, demence komplikovaná poruchami chování). (ČALS, [online], dostupné na <http://www.alzheimer.cz/res/data/000063.pdf>)

U Alzheimerovy demence trvá **počáteční stadium** asi tři roky. Okolí si začíná všimnout prvních změn, tzv. časných příznaků, které bývají často reflektovány i klientem samotným. Mezi časně příznaky patří **poruchy paměti**, problematická pohotovost výbavnost vhodného slova, problémy v oblasti koncentrace pozornosti a snadná unavitelnost. Problém je se vštípením a udržení nové informace. **Dlouhodobá paměť zůstává zachovalá**. V tomto období vážnou organizační domluvy, klienti si obtížněji vybavují, co dělali včera nebo před týdnem, co sledovali v rádiu či v televizi. Opakovaně hledají běžné věci, jako jsou brýle, doklady, peněženka atd. Objevuje se zapomínání telefonních čísel, jmen známých. Může se začít projevovat i **první nejistota v prostorové orientaci**, na okolí začínají působit roztržitým dojmem. Dochází k omezení aktivit, ztrácí zájem o okolní dění, přátele, koníčky. (autor neuveden, Sociální péče, 2010, s. 16) Klienti v tomto stadiu demence potřebují podporu, a to jak ze strany profesionálů, tak ze strany rodinných příslušníků. Pokud je diagnóza včas stanovena, nastavena správná terapie a pokud mají klienti podporu ve svém prostředí, může se stav na mnoho měsíců či let stabilizovat a klienti mohou tuto dobu prožít v dobré kvalitě života. Mohou žít relativně samostatně, mnozí z nich mohou i pracovat, a to zejména v profesích, které jsou intelektuálně méně náročné nebo se spoléhají na dlouhodobou paměť. Potřebují klidnější režim,

určité nápovědy, připomenutí. **Nepotřebují** však **nepřetržitý dohled** nebo pomoc v denních aktivitách. Lidé v této fázi demence často trpí depresí. Je to i proto, že náhled na jejich situaci zůstává zachován. Mnozí trpí úzkostí, nejistotou a poruchami spánku. (Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 142)

**Druhé stadium demence** bývá charakterizováno úbytkem kognitivních funkcí s rozvojem mozkové atrofie. Prohlubují se paměťové deficity, **zhoršuje se výbavnost i v oblasti dlouhodobé (autobiografické) paměti**. V důsledku toho nastávají potíže při podání osobní a rodinné anamnézy. (autor neuveden, Sociální péče, 2010, s. 16) Klienti v tomto stadiu demence přestávají rozumět poznámkám, nápovědám a přestávají se orientovat ve svém prostředí. (Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 142) Dochází k narušení exekutivních funkcí, pro klienty je obtížné plánovat a organizovat aktivity a později i běžné činnosti nebo je provádět ve správném pořadí. Zhoršuje se také kvalita koncentrace pozornosti a schopnost myšlenkové abstrakce. Řeč se stává málo obsažnou, nastávají problémy s porozuměním, ale opakování zůstává nezměněné. Ze základních symbolických schopností jsou dominující problémy s psaním, čtením a počítáním. Čtení může být v pořádku, ale chybí schopnost čtenému porozumět. **Zhoršuje se časová orientace**. Dochází k poruchám spánku a příjmu potravy. (autor neuveden, Sociální péče, 2010, s. 16) Jedná se o stadium, které je dlouhé (u Alzheimerovy choroby tři až deset let) a které je pro rodinné příslušníky nejproblematičtější. Lidé v této fázi již zpravidla nezvládají většinu instrumentálních aktivit denního života a **potřebují tak neustálou pomoc a dohled**. Postupně se zhoršuje i soběstačnost, to však zatím není dominující. Začíná se zhoršovat BPSD. U jiných psychiatrických onemocnění se zahajuje farmakoterapie, ale u demencí je přístup odlišný. Snažíme se vypátrat příčinu, kterou jsou jednotlivé příznaky způsobeny. Mnohdy se jedná o důsledek desorientace, dyskomfortu, nepochopení situace. Reakce klienta pak může být „logická“ vzhledem k situaci, kterou on vnímal. Například bolest nebo potřebu mikce klient nedokáže vyjádřit jinak než neklidem, přecházením a podobně. (Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010,

s. 142) Emotivita může být hůře kontrolovaná a mohou se objevit nezvladatelné afekty vzteku ve formě verbální agrese (nadávky, stížnosti) a také brachiální agrese (ničení věcí, kopání). Dochází ke ztrátě náhledu na kognitivní i osobnostní změny, ke ztrátě soudnosti a schopnosti odhadnout konsekvence vlastního jednání. (autor neuveden, Sociální péče, 2010, s. 16) Lidé v této fázi onemocnění mají užitek z programových aktivit, z vytvoření bezpečného rámce denního programu, který je naplněn smysluplnými aktivitami. (Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 142)

Přechod do **třetího stadia demence** není již tak snadno definovatelný. Je charakterizován jako převažující **závislost v bazálních aktivitách denního života**. Je omezena koordinace všech důležitých funkcí včetně mobility, stávají se závislými na ošetrovatelské péči a většinou nerozeznávají své blízké. To usnadňuje rozhodování, zda umístit člověka v tomto stadiu demence do zařízení s profesionální péčí. Těchto zařízení není v České republice zatím dostatek. V této fázi klientům nabízíme tzv. individualizované aktivity, ale respektujeme i to, že z těchto aktivit již nemusí profitovat. I ve fázi těžké demence pokračuje další progresse onemocnění. Mnohdy si dostatečně neuvědomujeme, že onemocnění způsobující demenci jsou zpravidla onemocnění terminální, zkracující lidský život. Terminální fázi onemocnění můžeme charakterizovat jako období, kdy je mobilita naprosto minimální a klienta je třeba pasivně polohovat. Komunikace s klientem v této fázi je omezena na minimum, může být identifikovatelná jen těmi nejbližšími a nebo je zcela vymizelá. Klienti jsou zcela inkontinentní, schopnost přijímat potravu a tekutiny je omezena a postupně zcela limitována. K tomuto stavu došlo postupnou nezadržitelnou progresí zdravotního stavu. Zde je na místě **paliativní přístup**, který přinese zmírnění trýznivých příznaků, podporu kvality života a zabrání zbytečně zatěžujícím výkonům (infuze, umělá výživa apod.). Terminální fáze demence je indikována k poskytování paliativní péče stejně jako terminální stadium u onkologických a dalších onemocnění. (Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 142-144) Klienti většinou umírají na některé přidružené

onemocnění. Průměrná doba přežití od prvních příznaků je v rozmezí pět až devatenáct let. (autor neuveden, Sociální péče, 2010, s. 17)

## **2 Komunikace - důležitá součást ošetrovatelské péče**

Komunikace slouží ke sdělování informací různými způsoby, ale také k navazování kontaktů. Zvláštním projevem sociální komunikace je komunikace v ošetrovatelství. Sestra zde vystupuje v roli komunikátorky a edukátorky. (Zacharová, 2008a, s. 588) I když sestry dobře zvládají společenskou komunikaci, stále se musí učit analyzovat své interakce s ostatními lidmi a používat své komunikativní dovednosti ke zlepšení ošetrovatelské péče. (Lahodová, 2005, s. 217) Předpokladem kvalitní péče, v níž je ke klientovi přistupováno holisticky, je efektivní komunikace s klientem. Ta od sestry vyžaduje odborné vědomosti, komunikační zručnost, velkou dávku empatie, trpělivosti a schopnosti naslouchat. Naslouchání je velmi důležité. „Naslouchat“ lze nejen sluchem, ale i zrakem (sledovat projevy neverbální komunikace) a srdcem (být empatický). Co se děje tam, kde sestra aktivně naslouchá? Vedle toho, že klientovi něco oznamuje, věnuje mu svůj čas, úctu, důvěru, respekt, pozornost a prostor ve svém myšlení a cítění. (Zacharová, 2008a, s. 588) Komunikace s klientem, která je efektivně využitá, působí jako lék. Je potřebná ve všech složkách léčebně- preventivní péče ať už jde o první kontakt, nebo o dlouhodobou péči. (Gulášová, 2004, [online]) **Cílem otevřené komunikace s klientem v současném ošetrovatelství má být uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb klienta.** (Zacharová, 2008a, s. 588)

## 2.1 Neverbální komunikace

Když mluvíme o komunikaci, asi máme na mysli v první řadě komunikaci verbální (slovní). Tou získáváme jistě důležité informace, ale ve skutečnosti většinu informací získáváme neverbálně. Zacharová uvádí, že prostřednictvím slov získáváme pouze 7 % informací. Bylo zjištěno, že je-li rozpor mezi tím, co člověk říká, a neverbálními projevy, jsou pravdivé signály neverbální komunikace. Proto je důležité, aby si sestra všímala všeho, co provází verbální komunikaci. Do této rozmanité a bohaté řeči těla patří:

**Mimika - řeč svalů a tváře.** Tvář je nepochybně nejdůležitějším orgánem v komunikaci. Vyjadřuje pocity a city, které člověk právě prožívá, ale také jeho životní názory, myšlení, postoje a způsob života. Pro klienta s poruchou sluchu je tvář důležitým komunikačním místem. Prostřednictvím mimických svalů je možno vyjádřit více než tisíc různých výrazů tváře. Při komunikaci je důležitý přímý zrakový kontakt, při němž si klient se sestrou vzájemně vidí do tváře. Sestra může klienta úsměvem pochválit, povzbudit, podpořit, uklidnit a také pozitivně naladit. Důležitou roli v mimice hraje „řeč očí“. Oči jsou jedním z nejvýznamnějších komunikačních kanálů, které informují sestru o tom, co klient cítí, prožívá, o jeho myšlenkách, fyzickém i psychickém stavu a umožňují tak pohled do jeho duše.

**Proxemika - tělesná vzdálenost mezi lidmi při komunikaci.** Sestra při ošetřování klienta využívá zónu osobní (46-120 cm), případně společenskou (120-360 cm). Do zóny intimní se sestra dostává, uplatňuje-li i haptické, dotykové projevy (podání ruky, pohlazení...). Veřejnou zónu, která je větší než 360 cm ke komunikaci využívá jen, komunikuje-li se s několika klienty současně.

**Haptika - dotykový kontakt.** Nejčastější je podání ruky. Sestra může klienta také pohlazením po ruce nebo tváři, položit mu ruku na ramena, případně vzít jeho ruce do svých. Těmito pozitivními doteky se zvyšuje klientova důvěra. (Zacharová, 2008a, s. 588) Ve chvílích akutní tísně může dotek přinést

velkou útěchu. Sestra však musí citlivě poznat, v jaké situaci se může klienta dotknout. (Lahodová, 2005, s. 217)

***Posturika - řeč fyzických postojů, polohy, držení těla a končetin.*** Sestra si všímá, jakou polohu klient zaujímá, zda je vzpřímený, předkloněný nebo schoulený, zda sedí či leží. Nesmí opomíjet ani charakter pohybů končetin a jejich vzájemnou polohu (překřížení). Přitom je důležitá i její poloha a její kinetické (pohybové) projevy při komunikaci s klientem. Posturologie si všímá i sezení u stolu. Sestře se doporučuje zaujmout při komunikaci s klientem tzv. rohovou pozici. Ta zajišťuje přátelskou atmosféru, neomezený zrakový kontakt a možnost gestikulace. Roh stolu přitom poskytuje i částečnou bariéru.

***Gestikulace - spontánní pohyb části těla (nejčastěji ruky) během řeči.*** Gesta mají v sociální komunikaci mimořádnou roli. Názorně doplňují to, o čem se mluví, signalizují emoce, myšlenky a postoje. Používá je nejen klient, ale také sestra. Doporučuje se používat gesta v horní polovině těla, která jsou charakterizovaná jako pozitivní.

***Vzhled a celková úprava zevnějšku.*** Již při prvním pohledu na klienta, sestra získává určité informace o něm. Mnohé jí napoví tělesná konstituce, hmotnost, barva kůže, vlasů, účes, ruce, ale také charakter a čistota oděvu. (Zacharová, 2008a, s. 588-589)

## **2.2 Verbální komunikace**

Sdělování informací pomocí slov je velmi důležité. Verbální komunikace je ovlivněna mnoha okolnostmi, např. věkem, zdravotním stavem, kulturou, povahou, vzděláním, konkrétní situací apod. Verbální komunikace s klientem vyžaduje jasné formulace uzavřených i otevřených otázek. Rozhovor má vždy působit terapeuticky. Klient vnímá pozitivně, když ho sestra při příchodu i odchodu pozdraví a přiměřeně osloví. Informace i otázky mají být jednoduché a srozumitelné, aby je klient dobře pochopil. Sestra by neměla

užívat cizí slova, latinskou terminologii, odborné výrazy, či dokonce zdravotnický slang. Měla by si všímat paralingvistických projevů v řeči. Patří k nim hlasitost, plynulost, rychlost, kvalita a přízvuk řeči, síla a výška hlasu, délka projevu, rychlost odpovědi na otázku, výslovnost, případné pазvuky a chyby v řeči. Uvedené extralingvistické projevy v řeči nám často ukazují na změny způsobené nejen věkem, ale také onemocněním. (Zacharová, 2008 a, s. 589)

### **2.3 Specifika komunikace s různými skupinami klientů**

Komunikace s různými skupinami klientů má svá specifika, která musí mít sestra na paměti, aby komunikace byla úspěšná. Např. pro *komunikaci s dětským klientem* Zacharová uvádí tyto zásady: je důležité zohlednit věk dítěte a také situaci, v níž se dětský klient nachází (hospitalizace, ambulantní ošetření, hospitalizace s matkou). Komunikaci je třeba orientovat na dítě, až pak na matku (doprovod); použít vhodné oslovení (jméno, úsměv); volit správný tón hlasu - vlídný, vstřícný, klidný; používat jednoduché, srozumitelné věty; vysvětlovat trpělivě, reagovat na otázky, problémy; nezlehčovat otázky dítěte a nesmát se jim; umět naslouchat; nekritizovat, nekázat, nelitovat, umět pochválit, povzbudit; umět připravit na bolest nebo vyšetření; v komunikaci využít neverbální složku - názornou, demonstrační činnost (herní terapeuti), sdělovat informace ve správné chvíli. (Zacharová, 2008b, s. 56-57)

Při *komunikaci s geriatrickými klienty* je důležité, aby sestra měla dostatek času a nedávala najevo, že spěchá. Starý člověk může mít oslabenou paměť - nepamatuje si nedávné události, případně déle vzpomíná, někdy se i odkloní od tématu, může mít pomalé tempo řeči. Do komunikace s geriatrickým klientem je důležité zapojit také rodinné příslušníky, kteří jsou podpůrnými osobami, zdrojem informací, spojovacím článkem a spolupodílí se na edukaci a péči o seniora. Nesmí se zapomínat ani na emocionální rozpoložení a citovou labilitu seniora, který může během chvilky projevovat pozitivní a vzápětí negativní emoce. V péči o seniory bychom měli vycházet



z paradigmat odpovídajících společnosti 21. století tak, aby se péče dostávala na kvalitnější úroveň. Vycházíme-li z Evropské charty pacientů seniorů pro oblasti komunikace, je nutné zdůraznit následující principy: senior má být považován zdravotníky za partnera, který se může podílet na všech rozhodnutích, která se týkají jeho zdraví a péče o něj; všichni členové ošetřovatelského týmu mu mají naslouchat trpělivě a terapeuticky; senior má mít možnost nechat se zastupovat, bude-li si to přát, člověkem, který mu bude pomáhat, bude-li mít obtíže s komunikací; má mít dostatek pomůcek k ulehčování komunikace v případě poškození zraku či sluchu; má být informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech s možností vydání písemné zprávy o zdravotním stavu a diagnóze, případně s možností nahlížet do své zdravotní dokumentace; má být plně informován o možnostech léčby a jejich rizicích; má mít plné informace o svém stavu dříve než jeho příbuzní, nebrání-li tomu nemoc sama; jeho stížnosti mají být řádně šetřeny; má mít informace o dostupnosti zdravotních a sociálních služeb; má mít dostatek informací a vysvětlení v případech pro další rozhodnutí. (viz příl. 4, s. 54-60)

***U klienta s afázií*** se hledají nové, alternativní způsoby komunikace (obrázky, psané informace, používání neverbálních projevů).

Abychom správně komunikovali s ***klientem s demencí***, je třeba zjistit, jak je orientovaný v prostoru, čase a události. (Zacharová, 2008a, s. 589) Podrobněji se touto problematikou budu zabývat dále.

Při ***komunikaci s cizinci*** nejde jen o znalost jazyka, ale také kultury. Kulturní jevy mají při ošetřování klientů velký význam, i když jsou často skryté. Je proto důležité celoživotní vzdělávání v transkulturní/multikulturní péči v závislosti na migračních proudech do dané oblasti. Při komunikaci s cizinci je nutné uvažovat o možných předsudcích na obou stranách, používat jednoduché věty, vyhýbat se souvětím, projevit zájem o cizince tím, že se naučíme alespoň základní pozdrav v jejich jazyce. Při řešení problému doporučíme nejvhodnější způsob i s ohledem na etické, etnické a kulturní zvláštnosti cizince. Rozumná míra

kompromisu z obou stran je lepší než vyhrocování konfliktů. (Kutnohorská, 2006, s. 96-97)

Také *komunikace s agresivním klientem* má svá specifika. I klient s demencí se může chovat agresivně v důsledku desorientace a neschopnosti vyjádřit své potřeby. Agrese je útočné jednání. Může to být nepříznivá reakce na úzkost, strach, nespokojenost s průběhem hospitalizace, nepříznivou diagnózu, na zklamání z omezených možností léčby, na silně prožívanou bolest. Obecné zásady při komunikaci: zachovat klid, nenechat se vyprovokovat, respektovat normy společenského chování; pozorně vyslechnout stížnost, zachovat akceptující postoj (akceptace neznamená souhlas); nehodnotit chování, neodsuzovat nemocného, vyjádřit nesouhlas s chováním, nikoliv s nemocným; projevit zájem o situaci doplňujícími otázkami; vyjádřit empatii verbálními i neverbálními prostředky; snažit se hledat důvody hněvu; udržovat od klienta bezpečnou vzdálenost; nesnažit se dominovat nad klientem - to zmírňuje napětí; volit pomalé tempo řeči, které postupně přejímá i klient; udržovat oční kontakt občas přerušovaný pohledem jinam; nedělat prudká gesta; nechat otevřenou ústupovou cestu a v případě nebezpečí volat o pomoc. (Zacharová, 2009, s. 471)

Umění správné komunikace nezáleží jen v tom, že se umíme dobře vyjádřit, ale také v tom, že **umíme dobře naslouchat** a přimět toho druhého, aby se rozpovídal. (Kutnohorská, 2006, s. 97) Lahodová uvádí několik obecných rad ke správnému naslouchání a porozumění: přestat mluvit - nejvíce se o někom dovíme, když ho necháme povídat a sami budeme naslouchat; nerozptylovat se - věnovat pozornost tomu, kdo mluví; dívat se na toho kdo mluví; hledat hlavní bod - soustředit se na myšlenku, která se opakuje; poslouchat způsob podání - být citliví k emocionálním reakcím; oddělit od sebe člověka a myšlenku - pozorně naslouchat klientům, ke kterým máme silné city; hledat co nebylo řečeno; oddělit své emoce od reakcí - nedovolit emocím, aby nám bránily při naslouchání; být opatrní při svých interpretacích - domněnky se mají zakládat na dobré znalosti klienta; vcítit se do druhého člověka - empatický posluchač nenabízí řešení, ale pochopení. (Lahodová, 2005, s. 218)

### **3 Komunikace s klienty s demencí v jednotlivých stádiích nemoci**

V péči o klienty s demencí je problematika komunikace stěžejní. Je proto nutné věnovat se více této oblasti péče. Jak jsem již uvedla výše, rozlišujeme tři stadia demence. Pro každé stadium je komunikace s klientem naprosto specifická. Rozlišení stadia demence napomáhá při komunikaci s klienty. (autor neuveden, Soc. péče, 2010, s. 16) Narušená komunikace patří mezi nejvíce obtěžující aktivity pro ty, kteří pečují o nemocné s demencí. Ve své studii uvedli Martínek a Bartoš, že nejvíce pečovatele obtěžuje časová dezorientace klientů a hned na druhém místě je to narušená komunikace. Je zde výrazná asymetrie mezi podskupinou více a méně kognitivně postižených klientů. Problém s komunikací se dostal na první místo u klientů s horším kognitivním výkonem (MMSE 0-17). Pod pojmem „narušená komunikace“ mohou mít pečovatelé na mysli špatné porozumění a/nebo vyjadřování, menší vůli k zahájení hovoru, zapomínání toho, co bylo řečeno či behaviorální problémy (slovní agresí). Hlavním podkladem je afázie, která je charakteristickým příznakem Alzheimerovy nemoci. Když je komunikace narušená, musí pečovatel nacházet jiné způsoby dorozumívání, není možné komunikovat na původní úrovni. Pečovatel tak ztrácí kontakt s nemocným. To je pro pečovatele (ve studii jím byl v 50 % partner) velmi bolestné, protože očekává uspokojivou úroveň vztahu. Pečovatelé si často postesknou: „Tolik o něj pečuji a ani si s ním nemohu popovídat“. (Martínek, Bartoš, 2008, s. 190) Existuje několik terapeutických přístupů, které podporují komunikaci s klientem. Zdůrazňování potřeby randomizovaných kontrolovaných studií některé přístupy diskvalifikuje. U terapie, pro kterou hovoří četné klinické zkušenosti, je vytvoření kontrolní skupiny eticky problematické. Pro některé užitečné terapeutické přístupy neexistuje dostatek důkazů, které by respektoval medicínský svět. Pro některé naopak důkazy existují, ale budí spíše rozpaky (například orientace v realitě). (Holmerová, Rokosová, Suchá, Veleta, 2004, s.18) Pro jednotlivá stadia demence jsou uvedeny některé metody napomáhající komunikaci. Tyto metody se mohou používat i v jiných stádiích, ale již jako méně vhodné (například orientace

v realitě je vhodná v počátečním stadiu jako skupinová i individuální terapie, v pokročilém stadiu jen omezeně jako individuální forma).

Pro dobrou komunikaci je nutné znát **biografii klienta**. Snažíme se ji získat od klienta ještě v období mírných příznaků onemocnění, kdy vnímá tuto činnost pozitivně jako zájem o jeho osobu jako takovou. V biografii máme nachystané informace, které nám pomohou ve stádiích onemocnění, kdy je již verbální komunikace s klientem značně omezena. (autor neuveden, Sociální péče, 2010, s. 17)

V praxi lze využít při komunikaci s klienty s demencí **dotazník tzv. senzobiografie**, který využívá poznatků z konceptu bazální stimulace. Senzobiografie obsahuje osm oblastí vnímání. V dotazníku se zjišťují informace z jednotlivých oblastí vnímání. V *oblasti somatické* nás například zajímá, jak často se klient umývá, jestli upřednostňuje vanu nebo sprchu, jak pečuje o svou pokožku, jaké toaletní potřeby používá nebo jaká je kvalita a délka jeho spánku. Otázky pro *vibrační anamnézu* zjišťují například, zda klient používal domácí vibrační přístroje (holicí strojek, sekačku trávy) nebo jestli rád jezdil na motorce, v autě nebo jiným dopravním prostředkem. Do *vestibulární anamnézy* patří otázky, které zjišťují, v jaké pozici se cítil klient nejaktivnější, v jaké se cítil nejlépe, které pohybové sporty měl rád, jakou polohu upřednostňoval vleže nebo jakou teplotu měl v ložnici. Pro oblast *optického vnímání* je dobré vědět, jaké má klient oblíbené fotografie, filmy, co viděl doma jako první, když se probudil, jestli potřebuje světlo i v noci, jestli používal brýle, jestli se díval často na televizi nebo zda pracoval s počítačem. Otázky pro *auditivní anamnézu* zahrnují informace o mateřské řeči, o tom jaké zvuky má klient rád, zda poslouchal rádio, jaká je jeho oblíbená píseň nebo jestli hrál na hudební nástroj. V *oblasti olfaktorického vnímání* zjišťujeme, jakou má klient čichovou citlivost, jaké má oblíbené vůně nebo jaké vůně jsou mu naopak nepříjemné. V *oblasti taktilně haptického vnímání* se například ptáme, zda je klient pravák nebo levák, jestli používal při pozdravu stisk ruky a z jakého materiálu nosil rád oblečení. Do poslední oblasti patří *orální vnímání*. Zde získáváme informace o tom, jak klient pečuje o svůj chrup, zda má zubní protézu, jestli žvýká

žvýkačku, jaká má oblíbená jídla, nápoje, z jaké nádoby nejraději pije, které nápoje pije u snídani, u oběda, u večeře, před spaním. Důležitou roli v senzobiografickém dotazníku hrají také otázky všeobecného charakteru, které například zjišťují, jak byl klient oslovován, jak se jmenují jeho rodiče a jak je oslovoval, kolik má sourozenců, s kým má nejlepší kontakt, jaké zaměstnání vykonával a jaké má koníčky. Tento dotazník může být doplňován podle požadavků oddělení. Koncept bazální stimulace se stále rozvíjí a obohacuje o nové poznatky, takže i tento dotazník je možno dále zkvalitňovat a napomáhat tím v komunikaci s klienty. (Procházková, 2010, s. 18-19)

I když demence s sebou přináší snížení kognitivních funkcí, neznamená to, že je možné jednat s těmito nemocnými jako s malými dětmi. Podle výzkumu, který zveřejnil odborný časopis *American Journal Of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, takové jednání jednoznačně zvyšuje agresivitu a snižuje spolupráci. Ve výzkumu byly analyzovány video nahrávky 80 interakcí mezi sestrami a dvaceti klienty s lehkou nebo středně závažnou demencí. Pokud sestra při aktivitách každodenního života přistoupila k infantilizujícímu způsobu komunikace, klienti mnohem častěji odmítali péči a reagovali agresivně. Bylo to v důsledku chování sestry, která dávala způsobem komunikace najevo, že považuje klienta za nekompetentního. U klientů s demencí je ve hře pocit ztráty osobní integrity a tím i lidské důstojnosti. Starší člověk, který cítí, že mu ubývají mentální schopnosti, je citlivější na zacházení, a tím i na oslovení. I lidé s demencí dokáží velmi dlouho rozpoznat, zda se s nimi zachází s úctou. (Ondřichová, 2008, s. A16)

### **3.1 Komunikace s klienty v prvním stadiu demence**

V tomto stadiu demence usnadňujeme komunikaci klientům tím, že omezíme rušivé vlivy z okolí, například vypneme rádio či televizi. Když s nimi hovoříme, díváme se jim do očí. Pokud si klient nemůže vybavit určité slovo nebo jméno, poskytneme mu určitý čas a naši toleranci. Později mu pomůžeme toto slovo doplnit. (autor neuveden, Sociální péče, 2010, s. 16)

Opakovaně oslovujeme klienta jménem a sdělujeme mu, co a proč děláme. **Nesnažíme se o to, aby si co nejvíce zapamatoval, ale aby dostatek cenných informací zmírnil jeho strach a pocit selhání.** Snažíme se předvídat selhání a zbytečně nedáváme otázky. (Klevetová, 2010c, s. 33)

Z nefarmakologických přístupů je v této fázi demence vhodné využívat tzv. **orientaci v realitě**. Jedná se o účinný nástroj ke zlepšení kognitivních funkcí a tím i verbální komunikace. Orientace v realitě se uskutečňuje jako individuální nebo skupinová intervence. Začíná se zjištěním stupně orientovanosti, diskuzí a upřesněním, dále následují různé hry, které zaměstnávají kognitivní funkce. Důraz se klade na zapojení všech smyslů, využívají se různé předměty, obrázky, v diskuzi se upřesňuje jejich vzhled, využití a podobně. V rámci komplexního přístupu ke klientovi sem patří různá názorná a barevná označení prostor a místností, různé „náповědy“ (dnešní datum na viditelném místě, velký hodinový ciferník a podobně). Je to jeden z nejstarších psychologických přístupů k demenci, který má dostatek vědeckých důkazů svědčících pro to, že se jedná o účinný nástroj ke zlepšení kognitivního stavu. Velmi rozdílné jsou však klinické zkušenosti, které se shodují v tom, že orientace v realitě je v některých případech užitečná, ale někdy může zhoršit behaviorální i psychologické symptomy, provokovat agresivitu, agitovanost a úzkost, zvláště v případech, kdy je necitlivě aplikovaná. Někteří dokonce považují orientaci v realitě za užitečnou metodu pro zdravé seniory, nikoli pro klienty s demencí, zejména v pokročilejším stavu demence. (Holmerová, Rokosová, Suchá, Veleta, 2004, s.18) Tavel informuje o 21 studiích oterapii zaměřené na orientaci v realitě, ve kterých bylo zkoumáno 677 klientů s demencí. Ve studiích byly některé rozdíly například různá místa, kde byly prováděné výzkumy (oddělení v nemocnici, v denním stacionáři), různá kritéria (široká paleta kognitivních škál), různé trvání intervence (tři týdny výzkumu až jeden rok). I přes všechny rozdíly se potvrdili překvapivě shodné závěry a to, že terapie zaměřená na orientaci má pozitivní vliv na verbální orientaci. Nepřesvědčivý je však vliv na kognitivní funkce. Někteří autoři se kloní k závěru, že se zlepšují jen ty schopnosti, na které je učení zaměřené, jiní tvrdí, že samotná terapie zlepšuje

kognitivní schopnosti. Hodně studií potvrzuje, že na zlepšení kognitivních vlastností je potřebná kognitivní stimulace. Je také s otázkou, jestli verbální orientace má vliv na jiné funkce běžného života. Většina výzkumů potvrzuje pozitivní vliv na chování klienta. Tyto změny se dají sledovat hůře než změny kognitivních funkcí. Terapie zaměřená na orientaci klienta v realitě je v poslední době poměrně kritizovaná. Vytýká se jí sklon k nepružnosti, necitlivosti a velký důraz kladený na kognitivní aspekt. N. Feilové se zdá tato terapie příliš konfliktní. Je třeba dodat, že problém nemusí být v samotné terapii, ale spíše v nesprávném přístupu. (Tavel, 2009, s. 33-34)

V tomto stadiu ovlivňuje komunikační schopnosti také *reminiscenční terapie*, která pracuje s dlouhodobou pamětí, která je ještě u klientů v počátečním stadiu zachovalá. Klienti sice trpí poruchami krátkodobé paměti, ale často si až překvapivě dobře vybavují události dávno minulé. (Holmerová, Rokosová, Suchá, Veleta, 2004, s. 18) Reminiscenční terapii bychom měli považovat za součást dobré praxe každého oddělení, které poskytuje péči klientům s demencí a to jak ve zdravotnictví, tak v resortu sociálních věcí. Jsou k tomu následující důvody: jde o metodu účinnou, levnou a snadno aplikovatelnou, je vhodná pro klienty s lehkou či středně těžkou demencí, tedy pro klienty, pro které nemáme mnoho jiných terapeutických alternativ. (Holmerová, Suchá, 2003, s. 295) Tato metoda **využívá vzpomínek a jejich vybavování pomocí různých podnětů**. U zdravých seniorů má preventivní a aktivizační význam. U klientů s demencí je cílem nejen zlepšení stavu klienta, ale také a zejména posílení lidské důstojnosti, zlepšení komunikace a v důsledku toho také pomoc a podpora pečovatele. Její součástí je vyhledávání nejlepšího způsobu komunikace, vhodného prostředí a dobrá komunikace s rodinným pečovatelem. Jedná se o vyprávění starých příběhů, předvádění starých činností, vyprávění o obrázcích a fotografiích, ale také zpívání, recitování, tanec a podobně. (Holmerová, Rokosová, Suchá, Veleta, 2004, s. 18) Tyto vzpomínky a jejich přehodnocení mohou přispět k sebepřijetí, k rozvoji osobní identity a k udržení kontaktu se sebou samým i s okolním světem až do konce života. Životní integrita se projevuje pocitem životního naplnění

a vděčnosti vůči lidem. Je to moudrost spojená s hlubokým porozuměním pro druhé. Reminiscence upozorní na původní, silné stránky člověka, zatímco demence způsobuje ztrátu paměti i komunikačních dovedností. Spolu s dalšími validačními technikami jí využívala Naomi Failová k navázání kontaktu, budování vztahu a k potvrzení hodnoty a přijetí člověka i s jeho nesplněnými životními úkoly. Výsledky kontrolovaných studií přinášejí důkazy, že u lidí s demencí se díky reminiscenční terapii zlepšuje kognice a některé behaviorální funkce (komunikace, soběstačnost, poruchy chování) a depresivita. Byl dokonce zaznamenán smysl pro humor. Dochází k zapojení do probíhajícího dění, navázání kontaktu s realitou, jejich oči se rozjasní, vnímají uvolněnou atmosféru, smějí se, reagují na otázky, vyzařují spokojenost, jsou aktivní. Nicméně jsou i důkazy zcela opačné. (Janečková, Holmerová, Vaňková, Kašílková, 2008, s. 19-20)

### **3.2 Komunikace s klienty ve druhém stadiu demence**

Při komunikaci s klienty v této fázi demence je nutné zjednodušovat verbální komunikaci, mluvit pomalu v jednoduchých větách a volit témata, která jsou pro klienta známá z jeho biografie. Začíná zde narůstat potřeba nonverbální komunikace. Klient totiž přestává rozumět všemu, co se mu říká, má problémy v obsahovém myšlení. Dokáže ale dobře porozumět řeči těla všech, kteří se nacházejí v jeho blízkém okolí. Vnímá gesta, výrazy tváře a intonaci řeči. To je pro něho důležitý zdroj informací. **Slova přestávají být prioritní.** Názorná demonstrace činnosti je pro něho ještě pochopitelná, proto se snaží zrcadlit chování svého okolí. Když například neví, co má dělat s příborem u jídla, snaží se napodobit druhé. Je nutné sjednotit řeč verbální a nonverbální, abychom zbytečně nemátli již zmatené. (autor neuveden, Sociální péče, 2010, s. 16 - 17) Nevyvracíme myšlenky nemocného, snažíme se objevit svět nemocného a pochopit ho kladením vhodných otázek. (Klevetová, 2010b, s. 75)

Ve druhém stadiu demence se vedle již zmiňované terapie zaměřené na orientaci uplatňuje **validační terapie**. Její součástí je reminiscenční



technika, o které již byla zmínka výše. Nyní se chci zabývat validační terapií jako celkem. Tuto metodu vypracovala Naomi Feilová. a získala si velkou pozornost již v 80. letech minulého století. Vychází z filozofie, že každé chování klienta s demencí má nějakou příčinu a je doprovázeno emočním laděním ze vzpomínek. Když je dokážeme správně hodnotit (validovat) a přijmout, ukazujeme tím, že uznáváme jeho osobnost. (Klevetová, 2010c, s. 33) Důraz je tu kladen na zachování a posílení lidské důstojnosti klienta, přijetí jeho tématu a práce s ním prostřednictvím pozorného naslouchání a empatie. **Terapeut přijímá téma klienta a postupně s ním pracuje, nikdy neříká ne.** Přímé odmítnutí klientova tématu a orientace v realitě, by vedly k neklidu a agresivitě. (Holmerová, Rokosová, Suchá, Veleta, 2004, s. 18) Validace terapie využívá paměťové poruchy klienta tak, aby laskavým odvedením pozornosti k jinému tématu zabránila nežádoucím aktivitám. (Sheardová, 2011, s. 16) Například, když klient chce jít za bratrem, nevyvrácíme mu to, i když víme, že bratr zemřel před 10 lety, ale řekneme mu, že za ním půjdeme spolu, jen co dokončíme určitou práci. Klient je s odpovědí spokojen, uklidní se a věnuje se jinému tématu. (Holmerová, Rokosová, Suchá, Veleta, 2004, s. 18) Když prožíváme s klientem jeho minulost jako současnost a vstupujeme do této hry, **klient má dojem, že mu rozumíme, a to je hlavní.** (Fibichová, 2010, s. 20) Je zajímavé, že pro tuto, v praxi přínosnou metodu, nebylo dosud předloženo dostatek vědeckých důkazů. (Holmerová, Rokosová, Suchá, Veleta, 2004, s. 18)

Další vhodnou metodou uplatňovanou v komunikaci s klienty ve druhém stadiu demence je **rezoluční terapie**. Neklade si za cíl řešit prožitky z minulosti. Tato metoda předpokládá, že **cokoliv klient řekne právě teď, je pro něj realita, kterou nemá smysl měnit.** Používá se u těch klientů, u nichž není možné obnovovat realitu. U těchto klientů je zachována dlouhodobá paměť a minulost se tak stává přítomností. Při každodenní práci s osobou s demencí se mohou objevit nepředvídatelné okamžiky, které vyvolají v nemocném minulé zážitky, a on reaguje stejně jako v minulosti. Například pro nás uklidňující obraz vyvolá v klientovi děsivé vzpomínky a on křičí a šermuje rukama. Abychom mohli navodit příjemné prožitky,

emoce, vzpomínky, činnosti je nutné znát životní příběh klienta. Rezoluční terapie nedovoluje opravovat slyšené, ale plně to přijímá. Když mu budeme informaci vyvracet, může se rozzlobit a být agresivní. Výsledkem uplatňování rezoluční terapie musí být pocit nemocného, že je přijímán a že má svoji důstojnost. (Kleветová, 2010c, s. 34)

U těchto klientů můžeme také uplatnit tzv. *usnadňovanou komunikaci*. Jedná se o alternativní (náhradní) či augmentativní (doplňující) komunikační metodu, která **umožňuje jakékoliv osobě vyjadřovat se tím, že prstem ukazuje na předměty, obrázky, písmena či slova**. Klient může vyjádřit své myšlenky pomocí komunikačního partnera, nazývaného „usnadňovatel“, který drží klientovu ruku a doprovází pohyb ke klávesám, aniž by ho vedl. Tato metoda byla rozpracována v Austrálii v roce 1987 paní Rosemary Crossleyovou. Využívá se jí u lidí s autizmem, s Downovým syndromem, s DMO, ale také u lidí s Alzheimerovou či Parkinsonovou chorobou, u lidí v kómatu... Každý má možnost se díky této metodě vyjadřovat. Usnadňovaná komunikace dává přístup nejen k vědomým myšlenkám, ale i k hlubším vrstvám vědomí, kde není rozdíl mezi mentálně postiženým a zdravým člověkem a ukazuje nám, že uvnitř každého člověka je každý nedotčenou bytostí. Díky této metodě může klient dát najevo, co si přeje. Stačí mu nabídnout pár obrázků a může tak „říci“, co si dá k večeři, co si přeje obléknout nebo jakou činnost si zvolí na odpoledne. Umožňuje také různé hry, aktivity, učení se, ale hlavně volné vyjadřování se. Když je usnadňovatel dost zkušený, klient může s jeho podporou psát na klávesnici své myšlenky. To znamená nejen komunikaci na vysoké úrovni, ale také velký terapeutický účinek. Díky usnadňované komunikaci se klienti stanou klidnější, vyrovnanější, šťastnější, vykazují větší aktivitu a iniciativu. Jsou to následky toho, že klienti mohou komunikovat a ukázat, jací a kdo doopravdy jsou. (Božoňová, 2006, s. 181)

### 3.3 Komunikace s klienty ve třetím stadiu demence

U klienta v této fázi demence se výrazně ochuzuje verbální komunikace. Ztrácí se i oční kontakt. Nakonec není klient schopen žádné komunikace. V tomto období je **stěžejní komunikace nonverbální**. (autor neuveden, Sociální péče, 2010, s. 17) Protože tato komunikace je náročná, zdlouhavá a málo výtěžná, bývá tendence získávat informace od pečovatелů. To může ovšem vést k další izolaci klienta a k narušení křehkého, ale důležitého terapeutického vztahu s klientem a také k špatné informovanosti v důsledku zkrácení pečovatelem. (Rusina, Rusinová, Holmerová, Šimek, 2010, s. 18) Metody komunikace je třeba přizpůsobit klientově změněné schopnosti přijímat a zpracovávat informace. Je třeba posilovat schopnosti a dovednosti, které zůstaly zachovány, a nemarnit síly snahou naučit něco, co je již nenávratně ztraceno. Prakticky veškeré metody zdůrazňují **nonverbální komunikaci, přiměřené podněty pro všechny smysly, taktilitu, individuální přístup ke klientovi i skutečnost, že klient vnímá daleko více, než se může zdát**. (Holmerová, Rokosová, Suchá, Veleta, 2004, s. 18)

Významnou roli v komunikaci s klientem v této fázi demence hrají prvky **bazální stimulace včetně iniciačního dotyku**. (autor neuveden, Sociální péče, 2010, s. 17) Jak uvádí lektorka a průkopnice konceptu bazální stimulace v České republice Mgr. Karolína Friedlová, patří bazální stimulace v zahraničí mezi nejpopulárnější koncepty v ošetrovatelství. Nevyžaduje žádné nadstandardní pomůcky či přístroje a nezatěžuje tedy finančně zdravotní zařízení. K uplatňování konceptu bazální stimulace je zapotřebí jen vyškolený personál, pochopení a spolupráce všech členů týmu. Tento koncept rozvinul Prof. Dr. Andreas Froehlich, který se věnoval těžce postiženým dětem. Vypracoval vědecké podklady pro podporu vnímání a komunikace těžce postižených lidí. Koncept přenesla do péče zdravotní sestra Christel Bienstein. Ošetrovatelská péče podle tohoto konceptu je vysoce profesionální, vychází z individuálních potřeb klienta, zohledňuje jeho životní návyky a jeho jedinečnost. Nejnáročnějším úkolem ošetrovatele je pochopit potřeby klienta, poznat a porozumět jeho stylu komunikace a na základě toho mu poskytnout potřebnou péči. Podle konceptu bazální

stimulace přitom pečující využívá dřívější životní návyky a zkušenosti klienta. Ošetřující, kteří pracují s konceptem bazální stimulace, jsou nuceni měnit kulturu práce a komunikace, mění také své postavení a vztah vůči klientům a jejich blízkým, přizpůsobují se komunikační úrovni klienta a volí jeho komunikační formu. Lidský mozek má schopnost uchovávat své životní návyky v paměťových drahách ve více svých regionech a to mu dává šanci cílenou stimulací uložených vzpomínek znovu aktivovat jeho činnost. Bazální koncept podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi. Když dojde k poškození nebo ztrátě kteréhokoli smyslu, je nezbytné cíleně podporovat vnímání těmi smysly, které zůstaly zachovány a ty smysly, které jsou poškozené nebo ztracené cílenou stimulací opět probudit. Každý úkon ošetřovatelské péče je provázen s vědomím cílené stimulace a je tedy zároveň terapeutickým zákrokem ošetřujícího. Například koupelí podle konceptu bazální stimulace můžeme docílit u klienta změny stavu vědomí, potlačení stavů zmatenosti či neklidu až agresivity bez užití sedativ. Sestra pracující s tímto konceptem musí mít znalosti z neuroanatomie, neurofyzologie, prenatalní a postnatalní psychologie, sociální psychologie, komunikace, pedagogiky, etiky a musí být dostatečně kreativní a umět rozpoznat sebemenší reakce klienta a adekvátně na ně reagovat.

Jednotlivé prvky bazální stimulace se orientují podle toho, jak se vyvíjí vnímání v embryonální fázi. Podle vědeckých poznatků současnosti se nejdříve vyvíjí vnímání vlastního těla (*somatické vnímání*). Dále se vyvíjí vnímání chvění (*vibrační vnímání*), které nás informuje o intenzitě vibrací například při skákání, běhání nebo mluvení. Dále je to vnímání rovnováhy (*vestibulární vnímání*), které nám poskytuje informace o poloze. V pozdějším embryonálním stadiu se vyvíjí vnímání rytmických vibrací (*auditivně-rytmické vnímání*). Tento smysl mají extrémně vyvinutý lidé trpící nedoslýchavostí nebo úplně hluchí. „Slyší“ pomocí svého těla. Ve fetální fázi prenatalního vývoje, když plod cucá svůj palec a polyká plodovou vodu, se vyvíjí *orální vnímání*. Po narození se k tomu přidává schopnost cítit

(*olfaktorické vnímání*). Ústa a čichová schopnost mají zvláště velký význam. Vůně mohou vyvolat velmi silné ať už pozitivní (uvolnění) nebo negativní reakce (dušnost, bušení srdce). V poslední embryonální fázi se vyvíjí sluchový vjem (*auditivní vnímání*), schopnost hmatu (*taktilně haptické vnímání*) a zrak (optické vnímání). **Bazální stimulace vychází z toho, že každý člověk, i když je nějak postižený, dokáže v každé situaci vnímat alespoň něco některými ze svých smyslů.** Vždy je schopen komunikovat se svým okolím. Výzkumník v oblasti komatu A. Ziegler zdůrazňuje, že setrvání v apalickém syndromu je výsledek nedostatečné komunikace a stimulace. Některé osoby komunikují pouze prostřednictvím gest, například pohnutím hlavy, změnou frekvence dýchání, změnou sekrece potu nebo mrknutím. (Friedlová, 2003, s. 14-16)

Dále je možné využít prvky *preterapie*. Zakladatelem je Garry Prouty, žák C. R. Rogerse. Tato metoda je určena pro osoby se specifickými potřebami - mentálně postižené a pro ty, kteří trpí psychickou poruchou, kteří se nacházejí v jiném světě a jiné dimenzi prožívání reality. Preterapie slouží k navázání kontaktu a následně umožňuje spolupráci. Respektuje klientovo omezení navázat kontakt. Vychází z Rogersova požadavku přijímat klienta takového, jaký je, mít porozumění pro jeho projevy. **Pomocí kontaktních reflexí se snaží o uskutečnění empatického kontaktu.** Opakujeme například po klientovi jeho výraz obličeje, pohyb, slova nebo zvuky nebo tyto skutečnosti popisujeme. Klient chápe, že jsme naladěni na stejný rytmus, že mu rozumíme a snažíme se pochopit jeho chování. Tím mu nabízíme sdílení jeho prožitků a vnášíme do vzájemného dialogu kontakt se světem. (Klevetová, 2010d, s. 30)

U klientů s pokročilou demencí je možné také využít *habilitační terapii*. Také tato metoda vychází z respektování důstojnosti a potřeb člověka s demencí. Definuje jednotlivé domény, na které je třeba se zaměřit v péči o tyto klienty. Patří sem prostředí, které co nejlépe odpovídá potřebám klientů s demencí, strukturované aktivity, důraz na uspokojení z činnosti, optimální komunikaci s výraznou nonverbální složkou, dostatečná stimulace

a podpora neproblémového chování. (Holmerová, Janečková, Vaňková, Veleta, 2005, s. 182)

V terminálních stádiích demence je vhodné využít *Maieutický přístup*. Jedná se o rozvíjení schopnosti ošetrovatelského personálu pracovat s prožitkem, empatií a citlivou interakcí s těmito klienty. Učí se překonávat pocit bezmoci při práci s těmito lidmi a navázat kontakt přes veškerá omezení, která demence přináší. (Holmerová, Janečková, Vaňková, Veleta, 2005, s. 182)

**„Hlavní je pocit klienta, že žije normální život, že jej ostatní lidé akceptují a rozumějí mu.“ Danny Walsh (Fibichová, 2010, s. 20)**

#### **4 Komunikace s klienty trpícími demencí při rozpoznání, hodnocení a léčbě bolesti**

Velký problém v komunikaci s klientem s demencí nastává při rozpoznání, hodnocení a léčbě bolesti. Je důležité sledovat neverbální (tedy i behaviorální) projevy nemocného a vyměňovat si o nich informace uvnitř týmu. Je dobré také spolupracovat a komunikovat s rodinou klienta, která nám poskytne důležité informace. (Kabelka, Sláma, 2009, s. 9)

Komunikace s klientem s demencí je rozdílná podle toho, v jakém stádiu demence se klient nachází. Ve stádiu počínající demence jsou klienti zpravidla schopni verbálně komunikovat a dokážou nám sdělit, že je něco bolí. Ale i zde je třeba věnovat dostatek času a pozornosti popisu bolesti. Klienti mohou v této fázi demence líčit své potíže způsobem, který nemusí být dostatečně jasný a srozumitelný a může být zavádějící. Ve fázi rozvinuté demence platí výše uvedené dvojnásobně a se zhoršující se demencí je třeba stále více spoléhat na nonverbální prostředky komunikace. Ty nabývají na významu u těžké demence. Klient s těžkou demencí a zejména v terminálním stádiu se nedokáže verbálně vyjádřit a ani nám dostatečně

nerozumí. Musíme se proto spoléhat zejména na projevy nonverbální. (Holmerová, Vaňková, Baumanová, Jurašková, 2009, s. 32)

Volicer a Kršitak uvádí, že bolest u klientů s demencí je velice častá, protože mají komorbidní choroby způsobující bolest. Například 26 % klientů s demencí má artrózu a 10 % osteoporózu. (Volicer, Kršiak, 2006, s. 9) Lze také předpokládat, že bolest u klientů s pokročilou demencí je častější, protože v této fázi demence je regulace většiny funkcí organismu poškozena, a dyskomfort může představovat jak přeplněný močový měchýř, nevyprázděná ampula, nedostatečně vyčištěný hltan, tak také poloha, kterou již klient nedokáže vlastní hybností změnit. Přestože je bolest častá a je pravidelným příznakem zejména těžké demence a terminálních stavů, jedná se o příznak, na který obvykle nepomýšlíme a nedagnostikujeme jej. (Holmerová, Vaňková, Baumanová, Jurašková, 2009, s. 32) Bolest není často rozpoznána a správně léčena, protože klienti nejsou schopni sdělit, že mají bolest a určit místo, kde se nachází. Výsledkem je, že např. klienti s demencí dostávají daleko méně analgetik při chirurgické léčbě zlomeniny kyčle než klienti, kteří netrpí demencí, i když práh bolesti není ovlivněn demencí. (Volicer, Kršiak, 2006, s. 9) I u klientů s demencí platí, že neléčená bolest zásadně zhoršuje kvalitu života. Může být přehlédnutým signálem závažného onemocnění, ale je zde i další riziko. U klientů s rozvinutou demencí může v důsledku neléčené bolesti docházet k poruchám chování a následnému nasazení psychofarmak. Například klient, kterého bolí kyčelní kloub, nedokáže o své bolesti mluvit, ale cítí ji jako velmi nepříjemnou. Je proto neklidný, může volat a naříkat či bloudit a být agresivní. Spontánní agresivita je u těchto klientů podle lékařů i ošetřovatelů vzácná. Častěji se jedná o vystupňovaný odpor proti ošetřovatelským úkonům. Klient nechápe, proč mu ošetřovatel hýbe například dolními končetinami a navíc tento pohyb zhoršuje jeho bolest. Jeho obrana je chápána jako agrese a následně jsou mu předepsána psychofarmaka, která zatěžují jeho organismus a přitom neřeší příčinu problému. (Holmerová, Vaňková, Baumanová, Jurašková, 2009, s. 32) Důležitost léčení bolesti je dokumentována výsledky výzkumů, které ukazují, že **i empirické léčení**

**analgetiky zmenšuje problémy chování a to umožňuje snížit léčbu psychofarmaky.**

**Měření bolesti se považuje za stejně důležité jako měření jiných vitálních parametrů.** Není velký problém měření bolesti u klientů, kteří jsou schopni sami bolest posoudit. Těžší je rozeznat a měřit bolest u klientů s pokročilou demencí, kteří mají nejen poruchu řeči, ale ani nerozumí otázkám. Nelze proto u nich použít stupnice pro měření bolesti, které jsou použitelné u klientů s normální psychickou funkcí nebo lehčím stupněm demence. Zdravotničtí pracovníci se zkušenostmi s klienty s pokročilou demencí jsou většinou schopni poznat, že tito klienti trpí bolestí. Ale protože nemají možnost vyjádřit intenzitu bolesti v numerické stupnici, mají problém s komunikací o tomto problému a s posouzením účinku léčby. Proto bylo vyvinuto několik stupnic pro měření stupně bolesti, které se spoléhají na pozorování klienta a rozpoznání bolesti podle neverbální komunikace. (viz příl. 5, s. 61)

***Pozorovací stupnice bolestivého chování.*** Tato stupnice byla vyvinuta při pozorování klientů s bolestí zad. Má tyto domény: vokalizaci, výraz obličeje, řeč těla, fyziologické změny, změny chování a stav vědomí. V každé doméně se vybere charakteristika, která nejlépe vystihuje stav klienta. Počet charakteristik v doméně je různý a je možno vybrat více charakteristik. Informace o psychometrických vlastnostech této stupnice nebyly zatím publikovány.

***Seznam neverbálních ukazatelů bolesti (CNPI - CHECKLIST OF NONVERBAL PAIN INDICATORS).*** Je to krátká stupnice, která je snadno použitelná v klinické praxi. Nevýhodou je malá citlivost, protože položky jsou hodnoceny jenom jako přítomné a nepřítomné a některé položky jsou přítomné jen zřídka. Proto by její použití nemuselo zjistit přítomnost bolesti.

***Stupnice DOLUPLUS 2.*** Původně byla vyvinuta ve Francii a používána pro malé děti a modifikována pro klienty s demencí. Stupnice má deset položek rozdělených na tři domény (fyzické reakce, psychomotorické reakce a psychosociální reakce). Položky jsou hodnoceny podle podrobných popisů



od nuly do tří, takže součet bodů je od nuly do třiceti. DOLUPLUS 2 byl použit u 500 starších klientů a počet bodů souhlasil s oceněním bolesti klienty, kteří mohli také sami použít stupnici na měření bolesti. Autoři uvádějí, že stupnice je spolehlivá, ale nedokládají to žádnými výsledky testů. Stupnice byla také použita v Norsku ve třech dlouhodobých léčebnách. Analýza výsledků ukázala, že psychosociální doména nebyla přínosem pro měření bolesti. (Volicer, Kršiak, 2006, s. 9 -10) Ke správnému vyplnění škály je třeba, aby pečovatel klienta dobře znal, což omezuje použití škály například na akutních odděleních. Dle přehledové studie stupnice spíše zachycuje vývoj bolesti v čase než bolest v konkrétním okamžiku. (Holmerová, Vaňková, Baumanová, Jurašková, 2009, s. 32)

***Dotazník bolesti pro zástupce (PPQ - PROXY PAIN QUESTIONNAIERE).*** Stupnice byla vyvinuta při porovnávání hodnocení bolesti podle Minimálního Souboru Dat (MDS) (tyto data musí sbírat každá dlouhodobá léčebna v USA) a podle hlášení ošetřovatelů. Dotazník obsahuje tři otázky o bolesti: Je bolest přítomná? Jak často má klient bolest? Když je bolest přítomná, jak byste popsal její intenzitu? První otázka se hodnotí „ano“ nebo „ne“, druhé dvě se hodnotí třináctibodovou stupnicí s popisnými intervaly. Podle MDS trpělo bolestí jen 20 % klientů, ačkoliv 46 % užívalo analgetika. Podle PPQ mělo bolest 48 % klientů. Spolehlivost této stupnice byla prokázána korelací tří otázek při dvou intervalech měření bolesti a platnost korelací mezi užíváním analgetik a třemi otázkami stupnice. Dotazníku chybí celkové skóre, které by se dalo použít jako pátý vitální parametr.

***Měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD - PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA)*** Tato stupnice byla vyvinuta na základě přehledu literatury, pohovorů se zkušenými pečovateli a dvou jiných stupnic: Stupnice Nepohodlí (DS-DAT) a FLACC. Stupnice DS-DAT je vyvinutá pro výzkum s klienty s pokročilou demencí. Není snadno použitelná v klinické praxi, protože má dosti složité ohodnocení a vyžaduje pětiminutové pozorování klienta. Stupnice FLACC je vyvinutá pro měření bolesti u dětí. PAINAD má pět položek: dýchání nezávislé na vokalizaci, negativní vokalizace, výraz obličeje, řeč těla a utěšování. Každá položka je ohodnocena

od nuly do dvou podle podrobného popisu. Celkový počet je tedy od nuly do deseti. Výhodou této stupnice je možnost srovnání s výsledkem doporučené stupnice pro měření bolesti u klientů s normální psychickou funkcí. Po podání analgetika ukázala změna počtu bodů, že PAINAD je citlivá na měření bolesti a její platnost ukázala signifikantní korelace s DS-DAT a s vizuální analogovou stupnicí. (Volicere, Kršiak, 2006, s. 10) Proběhly studie s holandskou a německou variantou, škála PAINAD byla také přeložena do češtiny a ověřena zpětným překladem. V současnosti se tato škála jeví jako vodná pro použití v praxi v českých podmínkách. (Holmerová, Vaňková, Baumanová, Jurašková, 2009, s. 34)

***Měření bolesti pro starce s demencí (PADE - PAIN ASSESSMENT FOR DEMENTIN ELDERLY).*** Stupnice byla vyvinuta na základě přehledu literatury, pohovorů se zkušenými pečovateli a pozorování klientů s demencí. PADE má 24 položek, které jsou rozděleny na tři domény: fyzické znak, celkové ohodnocení a funkční aktivity. Položky jsou formulovány jako otázky (například: má klient smutný výraz?). Odpovědi jsou ohodnoceny body od jedné do čtyř. Vyšší počet znamená nepohodu. Tato stupnice má dobrou spolehlivost, ale měření je časově náročnější, vyžaduje 5 - 10 minut pozorování.

***Abbey Stupnice bolesti.*** Stupnice byla vyvinuta na základě DS-DAT, Pozorovací stupnice bolestivého chování a diskuze cílových skupin, které zahrnovaly odborníky ze Spojených států a Austrálie. Stupnice má šest položek: vokalizace, výraz obličeje, změny řeči těla, změny chování, fyziologické změny a fyzické změny. Každá položka je ohodnocena 0 – 3 body. Vyšší počet znamená větší intenzitu bolesti. Stupnice má dobrou platnost, ale její spolehlivost, která byla měřená souhlasem měření dvou pozorovatelů, nebyla dobrá. Vyžaduje jen jednu minutu pozorování. Důraz této stupnice na změny položek a fyziologické příznaky ukazuje, že stupnice je lépe použitelná pro měření akutní bolesti než bolesti chronické.

***Dotazník pro měření bolesti pro seniory s omezenou schopností komunikace (PACSLAC - CHECKLIST FOR SENIORS WITH LIMITED ABILITY TO***

*COMMUNICATE*). Tato stupnice byla vyvinuta pro klienty s pokročilou demencí na základě rozhovorů s pečovateli. Celkem obsahuje šedesát položek, které jsou rozděleny do čtyř domén: výraz obličeje; aktivita a pohyb těla; sociální, charakterové a náladové ukazatele a fyziologické ukazatele (výživa, spánek a vokalizace). Jednotlivé položky se hodnotí „přítomen“ nebo „nepřítomen“. Stupnice rozlišuje celkový součet bodů na bolestivou situaci (akutní bolest), situaci nepohodlí (po odchodu návštěvy) a klidnou situaci. Sociální, charakterová a náladová doména měla stejný počet bodů při bolesti a nepohodlí. Není jistota, že by PACSLAC rozlišil mezi nepohodlím a chronickou bolestí. Stupnice má dobrou platnost, ale spolehlivost nebyla měřena. (Volicere, Kršiak, 2006, s. 10 - 12) Ve srovnávací studii holandských variant škál PACSLAC, PAINAD a DOLOPLUS 2 byla právě PACSLAC sestrami hodnocena jako klinicky nejužitečnější. (Holmerová, Vaňková, Baumanová, Jurašková, 2009, s. 34)

***Stupnice pro měření bolesti ošetřovatelem k použití u demence (NOPPAIN - NURSING ASSISTANT-ADMINISTERED PAIN ASSESSMENT INSTRUMENT FOR USE IN DEMENTIA)***. Tato stupnice vznikla pozorováním specifických druhů chování během normální péče. Cílem bylo vyvinout krátkou a srozumitelnou stupnici, kterou mohou použít i ošetřovatelé s nízkým vzděláním a neumí dobře anglicky. Stupnice proto obsahuje obrázky a diagramy. NOPPAIN sbírá informace o bolestivém chování (slova, zvuky, výraz obličeje, omezení pohybu, neklid), které jsou hodnoceny stupnicemi od nuly do pěti. Celková bolest je hodnocena teploměrovou stupnicí, která má šest bodů (od žádné bolesti až po skoro nesnesitelnou bolest). Ošetřovatel také zaznamenává péči, při které byla bolest pozorována. Vyplnění stupnice po ukončení péče trvá jen asi třicet vteřin. Testování psychometrické vlastnosti hodnocením nahraných epizod péče pro pacienty s demencí, kteří nebyli schopni chůze, ukázalo dobrou spolehlivost i platnost. Pro použití stupnice, která by měřila bolest jako pátý vitální parametr, není optimální slovní popis bolesti. (Volicer, Kršiak, 2006, s. 8-12)

***ECPA (L'ÉCHELLE COMPORTEMENTALE POUR PERSONES A GÉES - ALIX ET AL)***. Škála byla vytvořena podle škály pro malé děti. Existuje

ve francouzské a německé verzi. Je tvořena jedenácti položkami ve třech dimenzích: známky bolesti pře péči, po péči a během aktivity. Celkové skóre je 0 - 44 bodů. Příklad: položka „výraz obličeje“ 0 = uvolněný, 1 = zaujatý, 2 = občasné grimasy, 3 = vystrašený, zkřivený bolestí. Psychometrické kvality škály byly předběžně testovány u klientů z oddělení dlouhodobé péče. Ověření její klinické využitelnosti vyžaduje další výzkum.

***Škála intenzity bolesti při provádění ošetrovatelské péče (MOBID).*** Tato škála vznikla v ošetrovatelských zařízeních v Norsku. Vychází ze zkušeností pracovníků pečujících o lidi v pokročilých stádiích demence na oddělení Ošetrovatelského domu Norského červeného kříže v Bergenu, který je největší v Norsku. Jedná se o vyhodnocení bolestivých reakcí, které se objeví při pohybech během péče – otevření a zavření dlaní, přiložení dlaně k čelu (flexe v rameni a lokti), pohyby v kloubech dolní končetiny (kyčel, koleno, kotník – flexe, extenze), otočení na posteli ze strany na stranu, posazení do křesla či židle k posteli. Pečující hodnotí bolest na základě nonverbálních projevů (sténání, grimasa, kladení odporu) a zaznamenávají je v desetistupňové numerické škále. (Holmerová, Vaňková, Baumanová, Jurašková, 2009, s. 32 - 34)

Rozeznání a měření bolesti u klientů s pokročilou demencí, kteří nejsou schopni komunikovat, jestli mají bolest, jak silnou a kde, je velice obtížné. Znalost klienta pomáhá ošetrovatelům rozpoznat bolest. Ne vždy je zkušený ošetrovatel přítomen, a proto **je nutné poskytnout návody k rozeznání bolesti i méně zkušeným ošetrovatelům.** (Volicer, Kršiak, 2006, s. 12) V praxi je možné použít více škál. Bylo by dobré, ověřit je v dalším výzkumu v českých podmínkách. K dispozici máme například český překlad škály **PAINAD**, který byl pořízen přímo jedním z autorů (Volicer). (Holmerová, Vaňková, Baumanová, Jurašková, 2009, s. 34) Český překlad PAINAD byl přeložen zpětně do angličtiny a všechny rozdíly byly srovnány. Proto lze očekávat, že český překlad má stejně dobré psychometrické vlastnosti jako anglický. PAINAD lze použít při měření bolesti jako pátý vitální parametr. (Volicer, Kršiak, 2006, s. 12) PAINAD pomáhá kvalitně zhodnotit bolest a určit směr vhodné léčby, zkvalitňuje život osobám s demencí a pomáhá

zdravotníkům zlepšit jejich spolupráci s klienty s demencí v denních aktivitách. (Klevetová, 2010a, s. 60) Další poměrně jednoduchou škálou je **MOBID**, která vychází ze zkušeností přímých pečujících. (Holmerová, Vaňková, Baumanová, Jurašková, 2009, s. 34)

## ZÁVĚR

V této přehledové bakalářské práci byly shromážděny informace z periodik v českém a slovenském jazyce o komunikaci s klienty s demencí. Na základě statistiky zde byla potvrzena důležitost věnovat se otázkám spojeným se syndromem demence. Neurodegenerativní onemocnění jsou hrozbou současného století, proto je třeba se o tuto problematiku zajímat.

V současnosti jsou nemoci způsobující demenci bohužel jen velmi málo ovlivnitelné medikamentózní léčbou. Naopak mnoho aktivizačních a validačních přístupů bylo zařazeno mezi účinné metody. Zde je výzva pro všechny pracovníky ve zdravotnictví i v sociálních službách, kteří se věnují takto postiženým klientům, aby zavedli na svá pracoviště tyto metody. Holmerová, Suchá (2003, s. 295) a Friedlová (2003, s. 14) se shodují v tom, že tyto metody jsou snadno proveditelné, dostupné a finančně nenáročné na všech odděleních.

Všechny metody uvedené v této bakalářské práci napomáhají v komunikaci se specifickou skupinou klientů postižených demencí. Pomáhají nalézt nové cesty, jak komunikovat, když dřívější způsob z důvodu nemoci již není možný. Cílem správné komunikace je uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb klienta. Zacharová (2008 a, s. 589) a Gulášová (2004, [online]) zdůrazňují terapeutický účinek dobře vedené komunikace. Otázkou v komunikaci s obtížně komunikujícími klienty je zapojení rodinných příslušníků a jiných blízkých osob. Kabelka, Sláma (2009, s. 9) a Zacharová (2008a, s. 589) uvádějí přínos v zapojení blízkých osob do komunikace, která napomáhá v péči o klienta s demencí. Rusina, Rusinová, Holmerová a Šimek (2010, s. 18) upozorňují na nebezpečí, které vzniká, když obcházíme klienta a komunikujeme raději s rodinnými příslušníky. Narušuje se tím křehký terapeutický vztah, klient se dostává do izolace a může dojít ke zkreslení informací. To je dobré si uvědomit, když máme tendenci přestat komunikovat s klientem pro zdlouhavost a nepřesnost údajů a informace získávat od blízkých osob.

Chceme-li správně komunikovat s klientem s demencí, musíme znát stadium, ve kterém se nachází. Dále je dobré znát životní příběh klienta, který nám pomůže navázat s ním komunikaci a také nám mnohdy vysvětlí jeho chování. V práci je uveden příklad senzobiografie, podle které můžeme získávat potřebné informace.

Dalším důležitým bodem této bakalářské práce je odpověď na to, jak komunikovat s klientem při rozpoznání, hodnocení a léčbě bolesti. Jsou zde poskytnuty návody v podobě různých stupnic, kdy je využita nonverbální složka komunikace. Jako vhodnou doporučují Holmerová, Vaňková, Baumanová, Jurašková (2009, s. 34), Volicer, Kršiak (2006, s. 12) a Klevetová (2010a, s. 60) stupnici PAINAD. Dále je uvedena jako vhodná stupnice MOBID. Jiráček (2011, s. 56), Holmerová, Vaňková, Baumanová a Jurašková (2009, s. 32) se shodují v tom, že bolesti je třeba věnovat pozornost i proto, že neléčená bolest bývá často příčinou poruch chování a ta je často léčena nesprávně psychofarmaky, která zatěžují organismus a neřeší příčinu problému.

Předkládaná bakalářská práce má být nápomocna všem, kteří ošetřují nemocné s demencí k tomu, aby měli k dispozici informace užitečné pro rozvoj komunikace s těmito klienty a snáze našli cestu k navázání tak potřebného terapeutického vztahu. Věřím, že jde o práci přínosnou, neboť souhrnně pojatých prací o této problematice a využitelných v každodenní praxi není mnoho.

## BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

Autor neuveden. Rozlišení stadia Alzheimerovy demence napomáhá při komunikaci s klienty. *Sociální péče*. 2010, roč.11, č. 3, s. 16-17, ISSN 1213-2330

ČALS (Česká alzheimerovská společnost). Alzheimerova choroba. Co je demence. Rok neuveden. Online. [cit. 20. 03. 2012], dostupné z <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/>

ČALS (Česká alzheimerovská společnost). Strategie české alzheimerovské společnosti. Rok neuveden. Online [cit. 12. 03. 2012], dostupné z <http://www.alzheimer.cz/res/data/000063.pdf>

BOŽOŇOVÁ, Catherine. Usnadňovaná komunikace. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2006, roč. 2, č. 4, s. 181-182, ISSN 1801-1349

FIBICHOVÁ, Naděžda. Validační terapie. *Sociální péče*. 2010, roč. 11, č. 3, s. 20, ISSN 1213-2330

FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace v práci sestry. *Sestra*. 2003, roč. 13, č. 1, s. 14-16. ISSN 1210-0404

GULÁŠOVÁ, Ivica. Implementácia výsledkov prieskumu komunikácie vo vzťahu pacient - sestra do praxe. 2004. Online [cit. 27. 02. 2012], dostupné z <http://fzs.osu.cz/uom/dokumenty/uom-publikace/trendy-iii-2004.pdf>

HOLMEROVÁ, Iva. Alzheimerova choroba v primární péči. *Medical Tribune*. 2010, roč. 6, č. 30, s. B6-B7. ISSN 1214-8911

HOLMEROVÁ, Iva, JANEČKOVÁ, Hana, VAŇKOVÁ, Hana, VELETA, Petr. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené. *Psychiatrie pro praxi*. 2005, roč. 6, č. 4, s. 180 - 184. ISSN 1213-0508



HOLMEROVÁ, Iva, MÁTLOVÁ, Martina, VAŇKOVÁ, Hana, JURAŠKOVÁ, Božena. Demence. *Medicína pro praxi*. 2010, roč. 7, č. 3, s. 139 - 144. ISSN 1214-8687

HOLMEROVÁ, Iva, ROKOSOVÁ, Martina, SUCHÁ, Jitka, VELETA, Petr. Nefarmakologické přístupy k pacientům postiženým demencí a podpora pečujících rodin. *Neurologie pro praxi*. 2004, roč. 5, č. 1, s. 17-20. ISSN 1213-1814

HOLMEROVÁ, Iva, SUCHÁ, J. Reminiscenční terapie. *Praktický lékař*. 2003, roč. 83, č. 5, s. 295-297. ISSN 0032-6739

HOLMEROVÁ, Iva, VAŇKOVÁ, Hana, BAUMANOVÁ, Michaela, JURAŠKOVÁ, Božena. Bolest - podceněný problém v péči o pacienty s demencí. *Česká geriatrická revue*. 2009, roč. 7, č. 1, s. 31 - 35. ISSN 1214-0732

JANEČKOVÁ, Hana, HOLMEROVÁ, Iva, VAŇKOVÁ, Hana, KAŠLÍKOVÁ, Tatjana. Reminiscenční terapie a výzkum jejího efektu na kvalitu života seniorů v institucionální péči. *Geriatría*. 2008, roč. 14, č. 1, s. 19-27, ISSN 1335-1850

JIRÁK, Roman. Poruchy chování a nálady u demencí. *Psychiatrie pro praxi*. 2011. roč. 12, č. 3, s. 56-60. ISSN 1213-0508

KABELKA, Ladislav, SLÁMA, Ondřej. O možnostech lékařů a sester u pokročile nemocných geriatrických pacientů. *Lékařské listy*. 2009. roč. 58, č. 18 s. 8-11.

KLEVETOVÁ, Dana. Hodnocení bolesti u osob s demencí. *Sestra*. 2010a, roč. 20, č. 7 -8, s. 58 – 60. ISSN 1210-0404

KLEVETOVÁ, Dana. Pomáháme svým blízkým překonat úskalí choroby. *Sestra*. 2010b, roč. 20, č. 6, s. 75-77, ISSN 1210-0404

KLEVETOVÁ, Dana. Pohyb je také komunikačním prvkem. *Sociální péče*. 2010c, roč. 11, č. 1, s. 33-35, ISSN 1213-2330

KLEVETOVÁ, Dana. Technika preterapie. *Sestra*. 2010d, roč. 20, č. 10, s. 30, ISSN 1210-0404

KUTNOHORSKÁ, Jana. Multikulturní/transkulturní komunikace. *Interní medicína pro praxi*. 2006, roč. 8, č. 2, s. 96-98. ISSN 1212-7299

LAHODOVÁ, Miroslava. Komunikace - základ kvalitní péče. *Urologie pro praxi*. 2005, roč. , č. 5, s. 217-218. ISSN 1213-1768

MARTÍNEK, Pavel, BARTOŠ, Aleš. Aktivity denního života pacientů s Alzheimerovou nemocí očima jejich pečovatelů. *Česká geriatrická revue*. 2008, roč. 6, č. 3, s. 186-192, ISSN: 1801-8661

ONDŘICHOVÁ, Lucie. Pacienti s demencí nejsou drahoušci ani pašáci. *Medical Tribune*. 2008, roč. 4, č. 30, s. A16, ISSN 1214-8911

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Senzobiografie - nepostradatelná pomoc při nonverbální komunikaci u klientů se symptomy demence. *Sociální péče*. 2010, roč.11, č. 3, s. 18-19, ISSN 1213-2330

RUSINA, Robert, RUSINOVÁ, Kateřina, HOLMEROVÁ, Iva, ŠIMEK, Jiří. Léčba pokročilé demence - paliativní přístup. *Neurologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 1, s. 16-19, ISSN 1213-1814

SHEARDOVÁ, Kateřina. Alzheimerova nemoc a zapojení pečovatele do boje o kvalitu života. *Psychiatrie pro praxi*. roč. 12, č. 1, s. 13-18, ISSN 1213-0508

TAVEL, Peter. Souborný referát. Terapia pacienta s demenciou zameraná na orientáciu v realite. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2009, roč. 105, č. 1, s. 32-35, ISSN 1212-0383

VOLICER, Ladislav, KRŠIAK, Miloslav. Rozpoznání a měření bolesti u pacientů s pokročilou demencí. *Bolest*. 2006, roč. 9, č. 1, s. 9. ISSN 1212-0634

ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace s geriatrickým pacientem. *Interní medicína pro praxi*. 2008a, roč. 10, č.12, s. 588-589. ISSN 1212-7299

ZACHAROVÁ, Eva. Úloha sociální komunikace v dětském lékařství. *Pediatric pro praxi*. 2008b, roč. 9, č. 1, s. 56-57. ISSN 1213-0494

ZACHAROVÁ, Eva. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. *Interní medicína pro praxi*. 2009, roč. 11, č. 10, s. 471. ISSN 1212-7299

## Seznam použitých zkratk

BPSD	behaviorální a psychologická symptomatologie demence
CNPI	Checklist of Nonverbal Pain Indicators (Seznam neverbálních ukazatelů bolesti)
CT	Computed Tomography - počítačová tomografie
ČALS	Česká alzheimerovská společnost
EuroCoDe	European Collaboration on Dementia
HIV	Human immunodeficiency virus
MDS	Minimální Soubor Dat
MMSE	Mini Mental State Examination
MR	magnetická rezonance
NOPPAIN	NursingAssistant-Administered Pain Assessment Instrument for Use in Dementia (Stupnice pro měření bolesti ošetřovatelem k použití u demence)
PAINAD	Pain assessment in advanced dementia (Měření bolesti u pokročilé demence)
PACSLAC	Checklist for Seniors ith Limited Ability to Communicate (Dotazník pro měření bolesti pro seniory s omezenou schopností komunikace)
PPQ	Proxy Pain Questionnaire (Dotazník bolesti pro zástupce)

## Seznam příloh

Příl. 1 - Prevalence demence v Evropě.....	52
Příl. 2 - Vyšetření paměti v příspěvkových zařízeních JM kraje.....	53
Příl. 3 - Kontaktní místa ČALS, která provádějí vyšetření paměti.....	54
Příl. 4 - Evropská charta práv pacientů seniorů.....	55
Příl. 5 - Stupnice pro měření bolesti u pacientů s pokročilou demencí.....	64

## Prevalence demence v Evropě

věk	muži	EURODEM	ženy	EURODEM
	EuroCoDe		EuroCode	
	(2009)	(1991)	(2009)	(1991)
30 - 59		0,16 %		0,09 %
60 - 64	0,2 %	1,58 %	0,9 %	0,47 %
65 - 69	1,8 %	2,17 %	1,4 %	1,10 %
70 - 74	3,2 %	4,61 %	3,8 %	3,86 %
75 - 79	7,0 %	5,04 %	7,6 %	6,67 %
80 - 84	14,5 %	12,12 %	16,4 %	13,5 %
85 - 89	20,9 %	18,45 %	28,5 %	22,76 %
90 - 94	29,2 %	32,10 %	44,4 %	32,25 %
95 +	32,4 %	31,58 %	48,8 %	36,00 %

Na základě výše uvedené prevalence je možné odhadnout počet lidí s demencí v České republice na **123 194**.

**Pramen:** ČALS (Česká alzheimerovská společnost). Prevalence demence v Evropě. Rok neuveden. Online. [cit. 08. 03 2012], dostupné z <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/vyskyt-demence/>

## Vyšetření paměti v příspěvkových zařízeních Jihomoravského kraje

Kontaktní osoba	Zařízení	Ulice	Město	Telefon
Jiřina Prátová	SENIOR centrum Blansko, p.o.	Pod Sanatorkou 3	Blansko	516410206
Kamil Litvik	Domov pro seniory Černá Hora, p.o.	Zámecká 1	Černá Hora	516426441
Pavla Němcová	S - centrum Hodonín, p.o.	Na Pískách 4037/11	Hodonín	518399931
Miluše Maradová	Domov pro seniory Bažantnice, p.o.	tř. Bří Čapků 1	Hodonín	518321834
Adéla Šimáčková	Domov pro seniory Hostim, p.o.	Hostim 1	Hostim	515258229
Marcela Ježová	Domov pro seniory Jevišovice, p.o.	Jevišovice 104	Jevišovice	515300650
Jana Kusáková	Centrum služeb pro seniory Kyjov, p.o.	Strážovská 1095	Kyjov	518699513
Dana Posoldová	Domov Hvězda, p.o.	Nové Hvězdlice 200	Nové Hvězdlice	517321100
Zita Pavlíčková	Domov pro seniory Předklášteří, p.o.	Šikulova 1438	Předklášteří	549439611
Blanka Kábelová	Domov pro seniory Skalice, p.o.	Skalice 1	Skalice	515339157
Bronislava Vachková	Domov pro seniory Strážnice, p.o.	Preláta Horného 515	Strážnice	518332128, 518334059
Květoslava Konšelová	Sociální služby Vyškov, p.o.	Polní 1 - 3	Vyškov	517348407

Dny paměti 2011

Jihomoravský kraj

**Pramen:** ČALS (Česká alzheimerská společnost). Vyšetření paměti v příspěvkových zařízeních JM kraje. Rok neuveden. Online [cit. 08. 03. 2012], dostupné z <http://www.alzheimer.cz/res/data/000057.pdf>

Príl. 3 - Kontaktní místa ČALS, která provádějí vyšetření paměti

Kontaktní místa ČALS, která provádějí vyšetření paměti					
KONTAKTNÍ OSOBA	KONTAKTNÍ MÍSTO	ULICE	MĚSTO	TELEFON	
Jana Gornolová	Diakonie ČCE - středisko v Brně	Hrnčířská 27	Brno	549 242 279; 775 747 281	
Kateřina Kosová	ZSF JU, Centrum pro seniory PATUP	Emy Destinové 1138/46	České Budějovice	725 756 902	
Vladimíra Derdová	Diakonie ČCE - středisko Dvůr Králové nad Labem	Benešovo nábř. 1067	Dvůr Králové	499 621 094; 724 230 270	
Magda Drbalová	Domov pro seniory Chýnov	Zámecká 1	Chýnov	739 563 974; 381 406 210	
Drahomíra Hladíková	Agentura domácí péče - Ladara, o.p.s.	Závodu míru 227/94	Karlovy Vary	353 549 325; 777 143 452	
Dita Matoušová	Farní charita	Svobodova 743/12	Karlovy Vary	353 434 214-15; 724 356 756	
Michaela Lengálová	Diakonie ČCE - středisko v Krabčicích	Rovné 58	Krabčice	417 639 680; 604 283 571	
Lucie Ptáčková	Krajská nem. Liberec, odd. geriatry a násl. péče	Jablonecká 1343/15	Liberec	604 759 779	
Eva Havelková	Diakonie ČCE - středisko v Libici nad Cidlinou	Husova 2	Libice nad Cidlinou	325 637 304; 721 211 676	
Jana Šimečilková	Centrum seniorů Mělník, Domov Penzion	Fügenerova 3523	Mělník	605 231 908	
Ilona Pelánová	Diakonie ČCE - středisko v Myslbořicích	Myslbořice 1	Myslbořice	568 834 947	
Eva Klevarová	O.s. Pamatováček, ČALS Olomouc	Karafiátova 5	Olomouc	585 426 110	
Marta Machová	Slezská Diakonie Domovinka Siloe	Rolnická 55	Ostrava	734 769 700; 733 142 425	
Lenka Olešňanová	Prácheňské sanatorium, o.p.s.	17. listopadu 2444	Písek	382 217 777; 737 831 150	
Alice Průchová	Městská charita Pízeň	Polední 11	Pízeň	377 459 157; 731 433 116	
Zlata Šípková	ČALS (Gerontocentrum)	Šimůnkova 1600	Praha 8	286 883 676; 283 880 346	
Martina Hasalíková	Fakultní nemocnice KV, AD centrum	Šrobárova 50	Praha 10	777 677 868	
Marie Blatoňová	SANCO - sdružení domácí péče	Rožmitálská 168	Příbram	318 427 424; 736 611 680	
Miroslava Dlešťíková	Oblastní charita	Pod Vály 664	Uherský Brod	572 631 388	
Jitka Bajzová	Diakonie ČCE - středisko Valašské Meziříčí	Vrbenská 803	Valašské Meziříčí	777 809 164	
Jitka Zorzánová	Letokruhy, o.s.	Tyršova 1271	Vsetín	604 283 103; 732 668 533	

**Pramen:** ČALS (Česká alzheimerovská společnost). Kontaktní místa ČALS, která provádějí vyšetření paměti. Rok neuveden. Online. [cit. 08. 03 2012], dostupné z <http://www.alzheimer.cz/res/data/000060.pdf>

## **Evropská charta práv pacientů seniorů**

### **Úvod**

Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím důležitější se stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče.

Tato výsadní listina se týká starších pacientů. Je všeobecně uznáváno, že některé funkce, například zrak či sluch, se mohou ve stáří zhoršovat. Další známou skutečností je, že starému člověku zpravidla trvá déle, než se zotaví po nemocech či operacích. V žádném případě ale nelze považovat vyšší věk za příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci. Také množství služeb, které starý člověk potřebuje, se velmi různí. Někteří senioři nepotřebují prakticky žádné služby, někteří křehcí staří pacienti jsou závislí na poskytování trvalé komplexní péče.

Úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany jsou následující:

- posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat
- léčit pacienta v případě onemocnění
- pomáhat starším lidem vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství
- zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými
- garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije.

### **1. Obecné zásady**

Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoli dle



## Příl. 4 - pokračování

schopnosti si takovou péči zaplatit, prostředí, ze kterého pocházejí či s ohledem na životní styl.

Většinu zdravotních problémů by měl vyřešit tým primární péče. V případě vzniku složitějších či závažnějších problémů je na místě odeslání na příslušné oddělení nemocnice.

### **2. Komunikace a informace**

Starší občan může jako pacient očekávat:

- že bude považován zdravotníky za partnera a bude se podílet na všech rozhodováních, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně
- že mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným
- že bude moci být zastupován, bude-li si to přát, příbuzným, přítelem či jiným člověkem, který mu bude nápomocen v případě, že bude mít potíže v komunikaci či porozumění tomu, s čím se na něj zdravotníci obrazejí
- že bude mít pomůcky, které budou ulehčovat komunikaci v případě poškození zraku či sluchu
- že bude informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech
- že mu bude vydána písemná zpráva o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si tak přát
- že bude plně informován o možnostech léčby včetně jejích možných rizik
- že bude informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama
- že bude moci nahlížet do svých zdravotních záznamů a bude informován o tom, že všichni ošetřující jsou zákonně vázáni zachovat důvěrnost
- že jeho stížnosti budou řádně šetřeny a že obdrží rychlou písemnou odpověď

## Příl. 4 - pokračování

- že obdrží podrobnou a úplnou informaci o tom, jaké jsou v dané oblasti dostupné zdravotnické a sociální služby a jaké jsou další možnosti podpory a pomoci
- že mu bude dostupná pomoc a vysvětlení v případech, kdy bude potřebovat informace o svém onemocnění pro další rozhodnutí.

### **3. Podpora zdraví**

Starší občan může očekávat, že bude informován:

- o zdravém způsobu života
- o zdravé výživě
- o pohybovém režimu a cvičení
- a že bude mít nárok na celkové preventivní lékařské vyšetření ve věku 65 a 75 let, eventuálně častěji dle zdravotního stavu či potřeb.

### **4. Léky**

Starší pacienti mají právo očekávat, že jim budou předepsány léky vhodné k léčení jejich nemoci.

Dále je žádoucí:

- aby nápisy na lékovkách byly dostatečně čitelné
- aby se lékovky daly bez obtíží otevírat
- aby byly léky poskytovány způsobem, který pomůže staršímu pacientovi či tomu, kdo mu lék podává, lék správně dávkovat a bude minimalizovat omyly a opomenutí.

### **5. Transport**

Starší občan může očekávat:

- že mu bude zajištěna přiměřená doprava v případech, že si ji nebude moci zajistit sám, aby se dostal do zdravotnického zařízení
- že ve zdravotnických zařízeních budou všechny prostory a směry vyznačeny jasným a srozumitelným způsobem
- že bude fungovat dopravní spojení mezi nemocnicemi, které bude co nejjednodušší a nejdostupnější

## **6. Zdravotní problémy**

Je žádoucí, aby nemocnice měly oddělení, která jsou specializována na medicínskou a psychiatrickou problematiku starších pacientů. Tato oddělení mohou mít různé názvy, například oddělení medicíny stáří, oddělení geriatrické medicíny atd. Důležitá je týmová spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce.

### **Poruchy paměti**

Samotné stáří nezpůsobuje zhoršování paměti. Někdy může mít zhoršování paměti léčitelnou příčinu. Jestliže se paměť výrazně zhoršuje:

- je vhodné vyšetření psychiatrem, geriatrem či jiným odborným lékařem, který se věnuje problematice poruch paměti
- v těch případech, kdy se jedná o onemocnění progredující a neléčitelné, mohou pacienti i ti, kteří se o ně starají, očekávat, že jim bude poskytnuta podpora a rada, a to takovým způsobem, který bude užitečný a přijatelný jak pro pacienta, tak pro jeho blízkého

### **Pády a zhoršující se hybnost**

S přibývajícím věkem narůstá riziko pádů a zvyšuje se pravděpodobnost, že samostatný pohyb bude obtížnější. Pokud tomu tak je, je třeba hledat příčinu, která může být např. v cévním onemocnění či jiné nemoci. Mnoho příčin pádů je léčitelných. Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů může starší pacient očekávat:

- vyšetření specializovaným týmem odborníků
- že mu budou zapůjčeny kompenzační pomůcky, pokud je bude potřebovat, a bude poučen o jejich správném užívání
- že budou učiněna taková opatření, aby mu byla poskytnuta pomoc v nenadálých situacích - např. nouzové volání s čidlem na těle k přivolání pomoci.

### **Inkontinence**

Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolicí, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčení včetně ev. chirurgického řešení. V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat:

- specializované vyšetření k objasnění příčiny inkontinence a posouzení možností léčení
- v případech, kdy je tento stav neovlivnitelný, odbornou radu, pomoc a takové pomůcky, které mu pomohou tuto situaci zvládnout.

### **7. Nemoc**

Starší nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že ji potřebují. Může jim ji poskytnout buď jejich praktický lékař, pohotovostní služba či jiný lékař.

V případě, že zdravotní stav staršího pacienta vyžaduje hospitalizaci, může pacient očekávat:

- že prostředí zdravotnického zařízení i složení týmu budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu
- že bude ošetřován zkušeným a zaškoleným týmem znalým komplexní problematiky starších pacientů
- že budou správně diagnostikovány a léčeny tělesné i psychické problémy
- že multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta
- že všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči, budou účelně komunikovat v zájmu hladkého průběhu léčení
- že zůstane v nemocnici právě tak dlouho, jak dlouho bude vyžadovat jeho zdravotní stav

## **8. Zotavení a rehabilitace**

Starší pacienti potřebují často delší dobu k uzdravení a navrácení jejich původního funkčního stavu.

Proto je důležité:

- aby zůstali v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů nebo než bude nalezeno jiné vyhovující řešení
- v případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život, během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor zdravotnických a sociálních služeb, který umožní pacientovi návrat domů
- aby pacienti senioři byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti a možnosti nezávislého života
- aby se také rodinní příslušníci a jiní, kteří pacientovi pomáhají, mohli podílet na rehabilitaci.

## **9. Propuštění z nemocnice**

Je žádoucí a nutné:

- aby před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám staršího pacienta. Nemocnice domluví další domácí péči s poskytovateli v místě bydliště. Pacient má právo podílet se na tomto rozhodování sám či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí.
- aby při propuštění byl pacient informován a poučen o všech důležitých skutečnostech tak, aby mu bylo známo, jak má dále pokračovat v rehabilitaci a rekonvalescenci.
- umožnit staršímu pacientovi, který potřebuje komplexní zdravotnické a sociální služby a přeje si setrvat doma, domácí péči dle jeho potřeb objektivizovaných komplexním odborným posouzením.

### **10. Denní centra**

Nepotřebuje-li starší pacient hospitalizaci v nemocnici či byl-li právě propuštěn a je-li vhodná denní péče, je zapotřebí:

- aby mu praktický lékař doporučil pobyt v denním centru pro další rehabilitaci
- aby se v denním centru o jeho zdravotní stav staral multidisciplinární tým
- aby mu byla zajištěna doprava do denního centra, není-li si schopen zajistit dopravu sám

### **11. Respítní péče**

Jestliže se o staršího pacienta starají dlouhodobě rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující, mohou po čase všichni (pacient i ošetřující) cítit potřebu tuto péči a kontakt na chvíli přerušit. Může se také stát, že pečující bude mít zdravotní problémy, které mu přechodně znemožní tuto činnost.

Proto by měl mít starší pacient a jeho ošetřovatel nárok

- na pomoc při zhoršení zdravotního stavu, kterou mu zprostředkuje buď praktický lékař, nebo tým domácí péče
- na dva až tři týdny respítní péče - pobytu v domově důchodců, ošetřovatelském ústavu či nemocnici podle pacientova zdravotního stavu. Tento pobyt může být předem domluven tak, aby časově vyhovoval pacientovi i pečujícím.

### **12. Komunitní a sociální služby**

Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče i sociálních služeb. V rámci komunitní péče může pacient vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby:

- pobyt v denním centru
- domácí péče
- noční „hlídání“ a večerní návštěvy (ukládání ke spánku)

#### Příl. 4 - pokračování

- pomůcky pro inkontinentní
- přiměřené pomůcky napomáhající při denních sebeobslužných činnostech
- praní prádla
- fyzioterapie
- hygienické služby (vykoupání), péče o nohy
- systém monitorující bezpečnost v případech, že pacient žije sám, prostředky pro prevenci úrazů.

Pravidelně je třeba přezkoumávat účelnost těchto služeb a prostředků a přizpůsobovat je aktuálním potřebám pacienta.

### **13. Změna domova**

Není-li starý občan již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci. Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. Pacient a jeho rodina musejí být seznámeni s týmem, který pacienta vyšetřuje.

V instituci má starší občan právo očekávat:

- že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám
- že bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti
- že jeho pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv
- pokud žije v ošetřovatelském domě, že tato instituce bude pravidelně a zevrubně kontrolována tak, aby byla zajištěna kvalitní péče
- že bude péče o něj odborně vedena specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování

Příl. 4 - pokračování

*Doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 ve znění, které bylo v roce 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a České alzheimerovské společnosti.*

**Pramen:** Nemocnice na Homolce. Evropská charta práv pacientů seniorů. Rok neuveden. Online [cit. 26. 02. 2012] dostupné z [http://www.homolka.cz/public/data/charta\\_prav\\_senioru.PDF](http://www.homolka.cz/public/data/charta_prav_senioru.PDF)



Příl. 5 - Stupnice pro měření bolesti u pacientů s pokročilou demencí

**Stupnice pro měření bolesti u pacientů s pokročilou demencí**

Stupnice	Počet domén	Počet položek	Bodování	Spolehlivost	Platnost	Autoři
Pozorovací stupnice bolestného chování	7	25		?	?	Simons a Malabar, 1995
Seznam neverbálních ukazatelů bolesti (CNPI)	0	6	0-6	ano	ano	Feldt, 2000
Stupnice DOLUPLUS 2	3	10	0-30	ano	ano	Lefebvre-Chapiro a skupina DOLUPLUS, 2001
Dotazník bolesti pro zástupce (PPQ)	0	3	ano/ne 0-13 0-13	ano	ano	Fisher et al., 2002
Měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD)	0	5	0-10	ano	ano	Warden et al., 2003
Měření bolesti pro starce s demencí (PADE)	3	24	13-52 1-4 10-40	ano	ano	Villanueva et al., 2003
Abbey Stupnice Bolesti	0	6	0-18			Abbey et al., 2004
Dotazník pro měření bolesti pro seniory s omezenou schopností komunikace (PACSLAC)	4	60	0-60	?	ano	Fuchs-Lacelle a Hadjistavropoulos, 2004
Stupnice pro měření bolesti ošetřovatelem k použití u demence (NOPPAIN)	0	4	slovní	ano	?	Snow et al., 2004

**Pramen:** VOLICER, Ladislav, KRŠIAK, Miloslav. Rozpoznání a měření bolesti u pacientů s pokročilou demencí. *Bolest*. 2006, č. 1, s. 9. ISSN 1212-0634