



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

## Problematika komunikace sestry a pacientů s demencí

# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:  
OŠETŘOVATELSTVÍ

**Autor:** Lenka Cardová

**Vedoucí práce:** Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Problematika komunikace sestry a pacientů s demencí jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2019

.....

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Haně Hajduchové Ph.D. za cenné rady, připomínky, za ochotu, za spolupráci, za podporu, za čas, který mi věnovala, a hlavně za trpělivost a pochopení.

# Problematika komunikace sestry a pacientů s demencí

## Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje problematice komunikace sestry a pacientů s demencí.

**Cíle práce:** Zjistit, jaké jsou bariéry v komunikaci sester a pacientů s demencí – náročnost psychická, fyzická, časová. Zmapovat zkušenosti sester v komunikaci s pacienty s demencí. Zjistit, jak sestry komunikují s pacienty s demencí.

**Metodika a výzkumný soubor:** Pro dosažení cílů byly zvoleny tři výzkumné otázky. Jaké bariéry se vyskytují v komunikaci sester a pacientů s demencí? Jaké jsou zkušenosti sester v komunikaci s pacienty s demencí? Jak sestry komunikují při poskytování ošetrovatelské péče s pacienty s demencí? Pro uskutečnění výzkumného šetření byl zvolen kvalitativní přístup, technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Ten byl doplněn o dlouhodobé, přímé, zúčastněné pozorování, které probíhalo na oddělení následné péče. Výzkumný soubor byl tvořen 11 sestrami ze tří oddělení vybrané jihočeské nemocnice. Byl použit záměrný výběr sester, kritériem do zařazení výzkumného souboru byla minimální délka praxe 3 roky na daném oddělení. Získaná data byla zpracována metodou tužka a papír, bylo využito otevřeného kódování a data následně kategorizována. Stanovili jsme 6 kategorií a 14 podkategorií.

**Výsledky:** Výzkumné šetření ukázalo, že sestry mají zkušenosti s komunikací s pacienty s demencí, mají teoretické znalosti a také osvědčené metody pro komunikaci. Některé sestry tyto komunikační metody v praxi používají. Jiné sestry (teoreticky) vědí, jak by měly komunikovat, ale v praxi komunikační techniky nepoužívají.

**Doporučení pro praxi:** Doporučujeme zahrnout do vzdělávání sester sebezkušenostní kurzy na téma komunikace s pacienty s demencí, kde by získaly nejen teoretické znalosti, ale měly možnost zároveň i praktického nácviku komunikace s touto specifickou skupinou pacientů v simulovaných modelových situacích se zpětnou vazbou.

## Klíčová slova

bariéry v komunikaci; komunikace; komunikační techniky; pacient s demencí; sestra

# **The Problems of Communication between Nurses and Patients with Dementia**

## **Abstract**

This bachelor thesis deals with the problems of communication between nurses and patients with dementia.

**Aims of the Thesis:** To find out what barriers there are in communication among nurses and patients suffering from dementia – mental, physical, and duration difficulties. To map out nurses' experience in communicating with patients suffering from dementia. To find out how nurses communicate with patients suffering from dementia.

**Methodology and Research File:** To reach goals set, three research questions have been posed. What barriers are there in nurses' communication with patients suffering from dementia? What is nurses' experience with communicating with patients suffering from dementia? How do nurses communicate with patients suffering from dementia while nursing? To carry out the survey, a qualitative approach was chosen, using a semi-structured interview as the data collection method. The semi-structured interview was accompanied by a long-term direct observation carried out in the after-care department. The research file consisted of 11 nurses from three departments of a chosen South-Bohemian hospital. A deliberate choice of nurses was carried out, the main criterion of being included within the research file was minimal nursing practice of 3 years of working in the given department. The data was processed using the pen-and-paper method using open coding, and the data was subsequently categorized. 6 categories and 14 subcategories were set.

**Results:** The survey has proven that nurses are experienced in communicating with patients suffering from dementia, they have theoretical knowledge, as well as proven methods for communication purposes. Some nurses do use these communication methods in practice. Other nurses have (theoretical) knowledge of how to communicate, however they do not use these communication techniques in practice.

**Practical Recommendations:** We recommend to include self-experience courses in communication with patients suffering from dementia as part of nurse education,

where the nurses would not only gain theoretical knowledge, but also be enabled to rehearse their communication with that specific group of patients in simulated model situations, getting a feedback.

### **Key Words**

Communication barriers; communication; communication techniques; patients suffering from dementia; nurse

## Obsah

ÚVOD .....	8
1 SOUČASNÝ STAV .....	9
1. 1 Onemocnění demence .....	9
1. 1. 1 Etiologie a dělení demencí .....	10
1. 1. 2 Stádia demence .....	11
1. 1. 3 Klinické příznaky demence .....	12
1. 1. 4 Diagnostika demence .....	13
1. 1. 5 Léčba demence .....	15
1. 1. 6 Ošetrovatelský přístup k pacientům s demencí .....	16
1. 2 Komunikace v ošetrovatelství .....	19
1. 2. 1 Druhy (typy) komunikace .....	21
1. 2. 2 Komunikace s pacienty s demencí .....	23
1. 2. 3 Bariéry v komunikaci sestry a pacientů s demencí .....	25
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	26
2. 1 Cíle práce .....	26
2. 2 Výzkumné otázky .....	26
3 METODIKA .....	27
3. 1 Metody .....	27
3. 2 Charakteristika výzkumného vzorku - rozhovory .....	28
3. 3 Charakteristika výzkumného vzorku – pozorování .....	28
4 VÝSLEDKY .....	29
4. 1 Kategorizace výsledků .....	29
4. 1. 1 Identifikace sester a pracovišť .....	30
4. 1. 2 Zkušenosti sester při komunikaci s pacienty s demencí .....	32
4. 1. 3 Komunikace sestry a pacientů s demencí .....	36
4. 1. 4 Komunikace v praxi - pozorování .....	42
4. 1. 5 Testy k diagnostice demence .....	46
4. 1. 6 Vzdělání v oblasti komunikace s pacienty s demencí .....	46
5 DISKUSE .....	48
6 ZÁVĚR .....	57
7 SEZNAM LITERATURY .....	59
8 SEZNAM PŘÍLOH .....	65
9 SEZNAM ZKRATEK .....	71

## ÚVOD

V době internetu, chytrých telefonů a sociálních sítí přímá komunikace vázne. Mladí lidé dnes mezi sebou komunikují převážně elektronicky. Dobře komunikovat znamená zvládnout složky verbální komunikace, jako je tempo řeči, intonace, jednoduchost, srozumitelnost, výška hlasu. Verbální komunikaci je nezbytné doplňovat i komunikací neverbální, jako je mimika, vizika, gesta.

Demence se označuje jako nemoc stáří, ale demence není nemoc, je to syndrom, kdy starší věk je rizikovým faktorem, ale není příčinou. O tomto onemocnění se v současnosti hodně diskutuje v souvislosti s nárůstem nových případů. Demence se stává jedním z nejčastějších onemocnění na světě.

Téma naší bakalářské práce „*Problematika komunikace sestry a pacientů s demencí*“ jsme si vybrali proto, že pracuji na následné péči a z praxe vím, že počet pacientů s demencí stoupá. Pacientů s demencí v České republice v 60. letech bylo okolo 50 tisíc, v roce 2000 téměř 100 tisíc a v roce 2015 skoro 56 tisíc (Mátl et al., 2016). Tím se zvyšuje i počet hospitalizovaných pacientů s tímto onemocněním, jsou to převážně senioři. Starší lidé mívají poruchy smyslových orgánů a někteří nejsou schopni porozumět mluvené řeči. Dochází k poruše kognitivních funkcí a postupně jsou postiženy i funkce nekognitivní. Syndrom demence s sebou přináší mimo jiné i problémy v oblasti komunikace. S progresí onemocnění jsou komunikační bariéry větší. Sestry jsou v situaci, kdy denně komunikují s pacienty s demencí. Je pro ně náročné komunikovat s těmito pacienty, protože tato komunikace vyžaduje určitá specifika. Sestra jako profesionál by specifika komunikace s pacienty s demencí měla ovládat, protože tím může předcházet problémovým situacím.

Tato bakalářská práce by měla objasnit problematiku komunikace sestry a pacientů s demencí. Měla by poukázat na to, jak sestry s pacienty komunikují, jakých chyb se sestry při komunikaci dopouštějí a jaké jsou komunikační bariéry.



# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Onemocnění demence

Lidstvo stárne a stárnutí přináší zdravotní, sociální a ekonomické problémy. Jedním ze závažných problémů se zdravotními a sociálními dopady je demence (Jiráček, 2009).

Autorka Zvěřová (2017) upozorňuje, že stárnutí je fyziologický proces, ale jakákoliv demence je onemocnění. Jak uvádějí Barkerová a Boardová (2012), dle statistik se lidé domnívají, že demence je onemocnění ve stáří. Starší věk je rizikovým faktorem vývoje demence, ale stáří není příčinou. Narůstá počet starších pacientů s demencí, ale také narůstá počet mladších lidí, u kterých se objevuje demence. I Mátl et al. (2016) uvádějí, že lidí s demencí stále přibývá. Dle odhadů žilo v ČR v 60. letech asi 49 až 55 tisíc lidí s demencí, v roce 1989 to bylo 73 až 81 tisíc lidí, v roce 2000 už 89 až 98 tisíc a v roce 2015 dokonce skoro 156 tisíc lidí. Demencí trpí 1 ze 13 lidí starších 65 let, 1 z 5 lidí starších 80 let a 1 z 2 lidí starších 90 let.

Zvěřová (2017) řadí syndrom demence mezi organické duševní choroby. Vzniká na základě postižení mozku, kdy dochází k úpadku kognitivních funkcí, jako je paměť, vnímání, inteligence a funkcí výkonných, jako je schopnost plánování a provedení smysluplné činnosti nebo motivace. Topinková (2010) popisuje demenci jako nemoc stáří, kdy se nejedná o samostatnou nemoc, ale jde o syndrom. Ke stanovení diagnózy demence musí být porucha kognitivních funkcí postihující paměť a nejméně jedna z dalších, jako je řeč, myšlení, učení, orientace, poznávání a další. Tyto poruchy zhoršují společenské a pracovní zařazení nemocného a dochází k progresi postižení. Jak uvádějí Russel a Wanda (2009) ve své publikaci, demence je postižení intelektových funkcí, kdy dochází k úbytku schopností nejméně ve třech duševních aktivitách.

Do duševních aktivit patří paměť, emoce, osobnost, jazyk, kognice (abstrakce, úsudek) a zrakově prostorové dovednosti. Úpadek těchto schopností omezuje člověka v běžném životě. Postupně dochází k postižení i funkcí nekognitivních, jedná se o poruchy chování, poruchy emotivity, ale i poruchy spánku. Jedinec nezvládá běžné denní činnosti, ztrácí tak soběstačnost a stává se závislým na druhé osobě (Zvěřová, 2017).

V pojetí Pidrmána (2007) dochází k demenci následkem onemocnění mozku, které má chronický nebo progresivní charakter, kdy jsou narušeny korové funkce (paměť,

orientace, myšlení, učení, úsudek...). Dle Knížkové et al. (2014) vede k demenci více než 60 chorob. Demence postihuje všechny složky lidské psychiky. Dochází k poruchám kognitivních funkcí a objevují se behaviorální a psychické příznaky. Hlavním rizikovým faktorem je věk a tím, že populace stárne, stává se demence jedním z nejčastějších onemocnění na světě (Knížková et al., 2014). Autorky Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) označují demenci jako typickou poruchu stáří, kdy dochází k většímu úbytku rozumových schopností, než jaký je věk nemocného. Jiráček et al. (2009) ve své knize popisuje demence jako poruchy, kdy dochází ke snížení úrovně paměti a dalších kognitivních funkcí, snižuje se tedy i komunikace se zevním prostředím. K postižení těchto funkcí dochází chronickým, postupujícím onemocněním mozku. Pacient není schopen běžných životních aktivit, a tak se stává nesoběstačným, závislým na rodině, nemocnici nebo ústavu sociální péče.

Demence začíná plíživě, onemocnění se rozvíjí několik let. Nejprve dochází k občasnému zapomínání, kdy pacient ztrácí přehled o čase, prostoru, až dojde k úplné ztrátě paměti (Haškovcová, 2010).

*„Ať už demenci definujeme jakkoli, je fakt, že s demencí se žije těžce - někdy i postiženému, zejména však jeho okolí, rodině nebo ošetřujícím.“* (Minibergerová a Dušek, 2006, s. 53).

### ***1. 1. 1 Etiologie a dělení demencí***

Jak uvádí Zvěřová (2017), dle etiologie se demence dělí na primární a sekundární. Primární neurodegenerativní demence vznikají na základě atrofie mozku. Atrofie je doprovázena řadou patologických změn. Mezi tyto změny patří degenerace proteinů nebo tvorba a ukládání proteinů patologických. Jedná se o beta-amyloid u Alzheimerovy choroby nebo demence s Lewyho tělísky, tau-protein u frontotemporální demence, ukládání alfa-synukleinu u Parkinsonovy choroby a huntingtinu u Huntingtonovy nemoci. Mezi další mechanismy patří porucha tvorby a vazby nervových faktorů, poruchy mitochondriálního metabolismu, nadměrné uvolnění volných kyslíkových radikálů a porucha centrální neurotransmise a další. Tyto etiopatogenetické činitele se vzájemně provázejí a podmiňují (Zvěřová, 2017). Demence sekundární, také označované jako symptomatické, Zvěřová (2017) dělí na vaskulární (mozkové infarkty), metabolicky podmíněné (Wilsonova nemoc), infekční (AIDS), prionového původu, na podkladě systémových onemocnění (kolagenózy), poúrazové

(kraniocerebrální poranění), způsobené intoxikací (alkohol) a působením chorobných procesů (tumory mozku).

Pidrman (2009) uvádí, že nečastější demence je Alzheimerova nemoc (60% všech demencí) a sekundárních demencí je více než 70 skupin. Dále Pidrman (2009) rozšiřuje dělení demencí ještě o smíšené demence, které tvoří 10-15 %. Patří sem demence Alzheimerova/vaskulární, Alzheimerova/jiné primárně degenerativní a ostatní smíšené. I Mátl et al. (2016) uvádějí, že demence má mnoho příčin.

V pojetí Topinkové (2010) je klasifikace demencí dle lokalizace postižení CNS dělena na kortikální, subkortikální a smíšené demence. Jak dále uvádí Topinková (2010), u demence je vždy kognitivní porucha, dle stupně se dělí na lehkou, středně těžkou a těžkou demenci. Ve vyšším věku se nejčastěji objevuje demence Alzheimerova. Autor Seidl (2015) dělí demence na tři základní typy, Alzheimerův, frontotemporální a subkortikální typ. Příčinou demence je difuzní onemocnění mozkových hemisfér, obzvláště hipokampů a mozkové kůry. Dále dle Seidla (2015) je popsáno více než 90 příčin demence. Často se objevují demence smíšené.

### ***1. 1. 2 Stádia demence***

Česká alzheimerská společnost (ČALS) (2014) uvádí stádia vývoje demence spojené s nároky na péči a podporu dle zkratky P-PA-IA. P je první stádium vyžadující podporu, poradenství a psychologickou pomoc. PA označuje programové aktivity, které jsou potřebné ve druhém stádiu, a IA je zkratka pro individuální asistenci při pokročilé demenci neboli ve třetím stádiu.

Stádium P-PA-IA 1 je označení pro počínající a mírnou demenci. V této fázi je pacient relativně soběstačný a potřebuje pomoc a dohled. Pacient si svůj stav uvědomuje a tak vnímá pocit nejistoty a deprese. Jako stádium P-PA-IA 2 se označuje středně pokročilá a rozvinutá demence, kdy nemocný potřebuje péči v denních stacionářích nebo pobytových zařízeních sociálních služeb. V tomto stádiu je pacient schopen vykonávat různé aktivity, které běžně vykonával celý život. U těchto pacientů se výjimečně objeví spontánní agresivita, jedná se spíše o obrannou reakci. Některé situace může pacient vnímat jako nepříjemné, ohrožující, nepochopitelné, a proto se brání ošetrovatelské péči. Těžká demence se označuje jako stádium P-PA-IA 3. V tomto stádiu dochází k poruchám chování, k omezení verbální komunikace, zhoršuje

se mobilita, často bývají poruchy polykání. Je nutné zajistit 24hodinovou péči zdravotnického pracovníka a dostupnost lékaře (ČALS, 2014). Dále ČALS (2014) doplňuje stádia demence o terminální stádium, které trvá několik měsíců a přechází do terminálního stavu, kdy je prognóza na dny až týdny. Ve třetím a terminálním stádiu je velmi důležitá ošetrovatelská péče. Pacient může trpět imobilizačním syndromem, může mít bolesti. Je na sestře, aby předcházela komplikacím nebo aby komplikace zmírnila.

Stejně tak Zvěřová (2017) dělí stádia demence podle stupně na lehké, střední a těžké. Autoři Wehner a Schwinghammer (2013) pojmenovávají tři stupně demence, 1. stupeň zapomnětlivosti, 2. stupeň zmatenosti a 3. stupeň bezmoci. Pacienti s demencí prvního stupně mohou žít zpočátku sami. Při druhém stupni se objevuje inkontinence, nové situace vyvolávají u pacienta paniku, komunikace je obtížná. A ve třetím stupni pacienti leží na lůžku bez nutkání k pohybu, tělesné funkce již neovládají a je nutná péče dvacet čtyři hodin denně.

### ***1. 1. 3 Klinické příznaky demence***

Příznaky demence Pidrman (2007) rozděluje do tří skupin, nazývá je A-B-C. Kdy A je narušení aktivit denního života, B jsou poruchy chování a C je narušení kognitivních funkcí. Stejně tak Knížková et al. (2014) dělí příznaky demence do tří skupin, které se vzájemně prolínají. Do první skupiny řadíme poruchy paměti, nemocný není schopen zapamatovat si nové informace. Další poruchou jsou poruchy pozornosti, kdy se nemocný nedokáže soustředit, jeho pozornost kolísá. S poruchami paměti souvisí poruchy myšlení a řečových funkcí, nemocný nedokáže logicky uvažovat, ztrácí soudnost a později se rozvíjí fatické poruchy. S těmito poruchami souvisí porucha orientace, kdy se nemocný neorientuje v čase a prostoru. Porucha exekutivních funkcí se projeví jako neschopnost naplánovat a uskutečnit složitější činnost. Do druhé skupiny, dle Knížkové et al. (2014), patří postižení aktivit denního života. Z počátku nezvládá profesní aktivity, pak instrumentální aktivity, jako je nakupování, používání městské hromadné dopravy. V těžkých stádiích je nemocný odkázán na péči jiné osoby, protože se sám neoblékne a nenají. Poslední skupinu tvoří behaviorální a psychologické příznaky, kam patří neklid, poruchy emocí, narušený spánek. Tyto poruchy jsou velkou zátěží pro sestru, mohou nepříznivě ovlivnit vztah mezi sestrou a nemocným (Knížková et al., 2014).

Topinková (2010) uvádí, že těžká demence se projevuje těžkou poruchou staropaměti i novopaměti, neschopností dodržovat hygienu, inkontinencí a imobilitou.

U pacientů s demencí se mohou objevit stavy zmatenosti, kdy pacient nespolupracuje, bývá dezorientovaný, neklidný, agresivní, může mít halucinace zrakové nebo sluchové, mluví si pro sebe. Tyto stavy označujeme jako amence a patří do kvalitativních poruch vědomí, kdy je vědomí oblužené (Kučerová, 2006). Jak uvádí Pidrman (2009), u demencí se mohou objevit i komplexní psychiatrické příznaky - deprese, úzkost, apatie i agitovanost.

Dle Schulera a Oстера (2010) pro diagnózu demence musí příznaky trvat déle než půl roku. Dále uvádějí, že k diagnóze demence nepatří poruchy chování, i když přinášejí velké problémy při ošetřování jak ve zdravotnických a sociálních zařízeních, tak i v domácím prostředí. Pacienti s demencí mohou trpět psychomotorickým neklidem, tendencemi k útěku, ale mohou být také paranoidní.

Jiráček et al. (2009) do behaviorálních a psychologických příznaků demence řadí i deliria. Nejsou součástí demence, ale často se u pacientů s demencí vyskytují. V pojetí Knížkové et al. (2014) je delirium kvalitativní poruchou vědomí, kdy dochází k poruchám chování a dalších psychických funkcí. Delirium vznikne náhle a má bouřlivý průběh, u pacientů s demencí může delirium probíhat nenápadně.

Brooke (2018) ve svém článku uvádí, že se delirium objevuje také během akutního onemocnění u pacientů s demencí. Delirium může být sestrami v akutním prostředí rozpoznáno nedostatečně a to negativně ovlivňuje pacienta. Predisponujícím faktorem pro vznik deliria je demence. Aby se sestry uměly postarat o starší osobu spolehlivým a systematickým způsobem, je potřeba jejich dalšího vzdělávání.

#### ***1. 1. 4 Diagnostika demence***

Autor Jiráček (2009) uvádí, že diagnostikovat demenci je složitý proces. Příznaky demence se někdy přisuzují stárnutí, proto je vhodné každou změnu duševního stavu nebo příznaky připomínající demenci zhodnotit lékařem. Ke správné diagnostice je třeba odebrat anamnézu. Pacient sám si problém neuvědomuje, proto je důležité zjistit informace od příbuzných. Dále jsou to somatická vyšetření (TK, pulz, EKG, laboratorní vyšetření), orientační vyšetření poznávacích funkcí, kdy se používají různé testy,

nejčastěji užívaný test MMSE (Mini-Mental State Examination). A ze zobrazovacích metod autor uvádí CT mozku, MR mozku, SPECT/PET a EEG (Jirák, 2009).

Jak uvádí i Borzová (2009), nejčastější orientační test kognitivních funkcí je MMSE (testuje orientaci, počítání, poznávání, opakování věty, překreslení obrázku a splnění úkolu), dále se používá Weschelova škála paměti (detailní informace o slovní i zrakové paměti), WAB – testy řečových funkcí (testuje spontánní řeč, pojmenování, opakování), test řečové plynulosti (hodnotí se plynulost, mentální pružnost, pracovní i slovní paměť), testy vizuospaciálních funkcí (funkce prostorové paměti testuje schopnost obkreslit obrazce), test kreslení dráhy (hodnotí schopnost plánování, pozornost, schopnost přizpůsobit se) a Stroopův test (posuzuje míru pozornosti a adaptace na zátěž) (Borzová, 2009).

Dle Pidrmána (2009) se lékaři v geriatrii při diagnostice demence řídí pravidlem „4D“ - Deprese, Delirium, Drugs (léky) a Demence. Než začnou lékaři řešit demenci, měli by vždy vyloučit depresi, delirium a nežádoucí účinky léků.

Schuler a Oster (2010) doplňují diagnostiku demence o neuropsychologické vyšetření, které zahrnuje vyšetření schopnosti paměti a učení, kontrolu řeči, orientace, myšlení a řešení problémových situací, RTG hrudníku, případně vyšetření mozkomíšního moku. Součástí diagnostiky demence jsou testy, test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living dle Bartelové), v tomto testu se otázky zaměřují na najedení, napití, hygienu, oblékání, kontinenci, přesun z lůžka na židli a chůzi. V testu instrumentálních všedních činností (IADL – Instrumental Activities of Daily Living dle Lawtova a Brodyho) se zjišťuje, zda pacient zvládá telefonovat, cestovat, nakupovat, uvařit si, udržovat domácnost, užívat léky, hospodařit s financemi. Dalším testem je test kreslení hodin, kdy má nemocný za úkol nakreslit hodiny s časem za 10 minut 2 hodiny, hodnotí se paměť, vizuálně konstrukční schopnosti, představivost a provedení (Schuler a Oster, 2010).

Jak uvádí Topinková (2010), k diagnostice demence se také provádí výběrová laboratorní vyšetření – sérologie lues, AIDS, ale také je možno stanovit genetické biomarkery.

Další diagnostikou kognitivního deficitu je test POBAV – krátký test pojmenování obrázků a jejich vybavení. Tento test slouží k včasnému zachycení kognitivních

poruch má dvě části. Nemocný má za úkol písemně nazvat jedním slovem 20 obrázků a názvy si zapamatovat. Následně má nemocný během jedné minuty vyjmenovat co nejvíce názvů. Test rychle prověří více kognitivních funkcí – řeč, dlouhodobou i krátkodobou paměť. Výhodou tohoto testu je krátké trvání, vyšetření trvá 4-6 minut (Bartoš, 2016). Dále v jiné publikaci Bartoš (2015) uvádí, že je třeba zhodnotit nejen kognitivní stav, ale i funkční stav pacienta. Ke zjištění funkčního stavu pacienta se používají různé testy a dotazníky. Měří se takzvané aktivity běžného života, jsou to činnosti, které pacient běžně denně vykonává.

### ***1. 1. 5 Léčba demence***

Dle Mátla et al. (2016) demence nelze vyléčit, ale může být ovlivněn průběh onemocnění podáváním kognitiv. Tyto léky mohou zmírnit příznaky, ale onemocnění nezvrátí. Při včasném odhalení choroby a nasazení správné léčby může být kvalita života déle zachována. Včasná diagnostika je důležitá, proto by příznaky neměly být podceňovány. V pojetí Běhounka (2014) kognitiva zlepšují průtok krve mozkiem a působí pozitivně na poznávací funkce, ovlivňují i funkce výkonné.

Schuler a Oster (2010) uvádějí, že neexistuje léčba demence. U sekundárních demencí se musí léčit základní onemocnění. Jak uvádí Kučerová (2006), každé onemocnění by mělo být léčeno komplexně a to platí i pro demence. Léčba demence zahrnuje úpravu životosprávy, léky, vitamíny, tekutiny, vhodnou stravu, rehabilitaci a kompenzaci somatických potíží. Důležitá je prevence, tím je myšleno dostatek spánku, zdravý životní styl, co nejméně se stresovat nebo se naučit dobře zvládat stresové situace. Mezi další preventivní faktory patří vhodná léčba chorob, dostatek pohybu, pravidelné užívání léků. V jiné publikaci Kučerová (2013) popisuje léčbu demence jako náročnou, související se somatickým stavem nemocného. Pro pacienty s demencí je vhodná rehabilitace a cvičení paměti.

Dle Pidrmana (2009) je cílem léčby udržet nebo zlepšit pacientův stav a zhoršování s menší progresí, než se předpokládá. Díky léčbě je pacient déle soběstačnější a oddálí se nutnost hospitalizace. Knížková et al. (2014) ve své knize uvádějí, že léčba demence je biologická, psychologická a sociální. U těžkých demencí je nejdůležitější ošetrovatelská péče. Nefarmakologická léčba je součástí každodenní péče, přispívá k soběstačnosti pacienta. Je to péče o celkový tělesný stav, úprava prostředí a sociální kontakt.

Do nefarmakologické terapie patří psychoterapie, která vede ke zlepšení kvality života, dále také canisterapie, individuální a skupinová terapie.

Autorka Topinková (2010) uvádí, že při rozhodování terapie musíme zvážit etiologii, pokročilost, přítomnost přidružených nemocí. Léčba vždy musí být individuální ve spolupráci s rodinou nemocného.

Dle Jiráka (2009) se dělí léčebné přístupy na biologické a nebiologické. Z biologických přístupů je to farmakoterapie, která pomáhá u demencí nejasné příčiny. Dále jsou to látky likvidující volné kyslíkové radikály (peroxydy, hydroxilové ionty, vitamin C a E), nootropní farmaka a příbuzné látky (piracetam, pyritinol). Nekognitivní farmakoterapie ovlivňuje poruchy spánku i chování u pacientů s demencí (Jiráka 2009). Ve stejné knižní publikaci Holmerová (2009) popisuje použití nefarmakologických metod, především v rozvinuté nebo pokročilé fázi demence. Důležitá je správná komunikace s pacienty s demencí, dále jsou to programované a individualizované aktivity, reflektivní podpora, orientace realitou, validace, kognitivní trénink, reminiscence, naučený postup a vhodné prostředí pro nemocné s demencí (Holmerová 2009).

U pacientů s demencí nefunguje krátkodobá paměť, ale dlouhodobá je zachována. Proto se může u pacientů s demencí použít reminiscenční terapie neboli léčba vzpomínkami. Siverová a Bužgová (2016) uvádějí, že z výsledků studií zaměřených na hodnocení vlivu reminiscenční terapie na posílení komunikace, zlepšení vztahu mezi pacienty a personálem vyplývá přínosnost této bezpečné metody pro poskytování zdravotní péče.

### ***1. 1. 6 Ošetrovatelský přístup k pacientům s demencí***

Jak uvádí Kučerová (2006), práce s pacienty s demencí patří mezi nejtěžší, je psychicky i fyzicky náročná nejen pro sestry a lékaře, ale i pro příbuzné.

S pacienty s demencí se sestra setká na každém oddělení. Je nutné zajistit pacientům bezpečné prostředí, sestra by měla sledovat celkový i psychický stav pacienta. Sestra dbá na hygienickou péči, dohlíží při podávání stravy, kontroluje vyprazdňování. Pacient s demencí by měl mít dostatek odpočinku včetně spánku a v neposlední řadě by měl pacient rehabilitovat (Burda a Šolcová, 2016).



Knížková et al. (2014) popisují demenci jako progredující onemocnění, které má různá stadia postižení kognitivních funkcí. Je tedy nutné přizpůsobit ošetrovatelskou péči aktuálnímu stavu pacienta. Sestra musí zaznamenat, když dojde ke změnám v chování pacienta. Měla by rozpoznat neklid, agresi, agitovanost, bolest nebo jiné obtíže. Je důležité sledovat jeho neverbální projevy. I přes všechny překážky je důležité, aby sestra s pacientem komunikovala. Dále Knížková et al. (2014) uvádějí, že jednání a chování sester pečujících o pacienta s demencí je pro nemocného rozhodující. Profesionální přístup sestry pacienta uklidní a zbaví ho strachu a nejistoty. Kvalitní sociální kontakt zdravotníka a pacienta závisí na jeho osobnosti, odbornosti, názorech, dovednostech a schopnostech. V pojetí Hauke (2011) je důležité, aby si sestra všímala, jak nemocný reaguje na poskytovanou péči. Způsob prováděné péče musí uzpůsobit podle toho, jak nemocný reaguje, jestli je spokojený či nespokojený. Správný psychologický přístup k nemocnému je základem nefarmakologické léčby. Od sestry se očekává trpělivost, i když jsou výsledky minimální. Cílem je udržet pacienta co nejdéle nezávislého, tím se oddálí umístění ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení (Zvěřová, 2017).

Dle Knížkové et al. (2014) „*Sestra musí vědět, že každá změna psychického stavu, zejména náhlé zhoršení kognitivních funkcí, může signalizovat somatické onemocnění.*“ (Knížková et al, 2014, s. 192).

Jak uvádějí Wehner a Schwinghammer (2013), samostatný život pacienta s demencí už není možný nebo jen s pomocí. Běžné denní úkony pacient sám nezvládne, je odkázaný na své blízké. V důvěrně známém prostředí se pacient cítí bezpečně a jistě, ale pro rodinu a přátele je tento stav vyčerpávající.

Pacienta s demencí se snažíme udržovat v dobrém fyzickém stavu, dbáme na jeho fyzický vzhled, necháváme mu jeho osobní prostor, snažíme se zachovat autonomii pacienta, stimulujeme ho (Minibergerová, Dušek, 2006).

Autorka Hauke (2011) ve své publikaci radí, co dělat, když se pacient s demencí začne chovat problémově. Sestra především musí zachovat klid a nesmí si problémové chování brát osobně. Je třeba zmapovat situaci, zjistit co nejvíce informací o vzniku problému. Problémové chování pacienta je dobré prodiskutovat s ostatními ošetřujícími personálem, ale i s rodinou. Je třeba vše řádně zaznamenat do dokumentace, příčiny, způsob řešení a intervence (Hauke, 2011). Pro pacienty s demencí je nejlepší, když

se každodenní úkony provádějí ve stejné posloupnosti doprovázené stejnými slovy. Znamá osoba a známé prostředí má na pacienta uklidňující účinek (Ritter- Rauch, 2014).

Ondriová a Fertařová (2014) ve svém článku uvádějí výsledky výzkumu zaměřeného na psychickou a fyzickou zátěž při péči o nemocné s demencí. Cílem tohoto výzkumu bylo posouzení zátěže sester při péči o nemocné s demencí, a to z hlediska délky praxe a úrovně soběstačnosti postiženého. Z výsledků vyplývá, že v lehkém stupni je mírná zátěž personálu, ale těžké stádium demence vyžaduje vysokou míru péče. Dlouhodobý stres, který vyplývá z psychické, fyzické i emocionální zátěže při péči o pacienta s demencí, narušuje integritu osobnosti sestry. Výzkum prokázal, že výraznější zátěž pociťují mladší sestry, dále záleží na úrovni soběstačnosti pacienta. Syndrom vyhoření se často objevuje u sester, které pečují o starší pacienty s demencí. Závěrem autorky uvádějí, že se zvýší úroveň kvality ošetrovatelské péče, když se sníží přetíženost sester (Ondriová a Fertařová, 2014).

Koňářík a Matějovská-Kubešová (2016) uvádějí, že práce sestry s pacientem s demencí je namáhavá nejen fyzicky, ale i psychicky. Péče o tyto pacienty je náročnější, protože u pacientů s demencí je třeba specifický přístup i k jejich příbuzným. Sestrám při dlouhodobém ošetrování pacientů s demencí nejvíce vadí agrese, noční bloudění, problémy s příjmem potravy, útky, nedostatečná hygiena, odmítání péče, křik a apatie.

Ošetrovatelský proces je systematická metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, kdy sestra pracuje s individuálními potřebami pacienta. Ošetrovatelský proces provádí sestra na základě pozorování a práce s pacientem. Sestra i pacient hledají různé alternativy péče a také je nutí spolu komunikovat. Výhodou v péči o pacienty je zpětná vazba, která umožňuje měnit a zkvalitňovat péči. Ošetrovatelský proces má pět fází - posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (Tóthová, 2014). Mezi hlavní intervence sestry v ošetrovatelské péči o pacienty s demencí patří zajistit klidné prostředí, navázat oční kontakt, zachovat klid a rozvahu, hovořit pomalu a jasně, používat jazyk, kterému pacient rozumí, poslouchat pozorně, dávat najednou jen jednu otázku, otázky plánovat, aby měly logickou návaznost, naznačit respekt, zájem a přijímání věcí neverbálním způsobem, dát pacientovi dostatek času na vyjádření.

Dle Herdmana a Kamitsury (2015) může sestra u pacientů s demencí použít tyto ošetrovatelské diagnózy - 00015 Riziko zácpy v souvislosti s nízkým příjmem tekutin,

00027 Snížený objem tekutin v souvislosti malého příjmu tekutin projevující se dehydratací, 00051 Zhoršená verbální komunikace v souvislosti se základním onemocněním projevující se nedostatečným vyjadřováním, 00109 Deficit při oblékání v souvislosti s kognitivní poruchou projevující se zanedbaným zevněškem, 00115 Potulka v souvislosti s kognitivním poškozením mozku projevující se blouděním po okolí, 00129 Chronická zmatenost v souvislosti s onemocněním projevující se dezorientací, 00131 Zhoršená paměť v souvislosti s psychotickým onemocněním projevující se zapomnětlivostí (Herdman a Kamitsura, 2015).

V ošetrovatelské péči o pacienty s demencí lze využít koncepční model Hendersonové. Virginia A. Henderson patří mezi první profesionální odborníky vzdělávání v ošetrovatelství. Cílem tohoto modelu je dosažení co nejvyššího stupně soběstačnosti a nezávislosti v uspokojování potřeb, aby byl člověk schopen hodnotně žít. Když pacient nemá sílu, vůli, znalosti a nemůže si sám zajistit základní lidské potřeby, tak pomáhá sestra adekvátní ošetrovatelskou péčí. Ošetrovatelská péče se skládá ze 14 základních prvků. Hendersonová prvky dělí na normální dýchání, adekvátní stravu a pití, vylučování, pohyb a udržování tělesné polohy, spánek a odpočinek, výběr vhodného oděvu, udržování tělesné teploty v normě, udržování tělesné hygieny, vyvarování se nebezpečí z okolí a zabránění zranění jiných, komunikace s okolím, konání pobožnosti podle vlastní víry, práce na něčem co je smysluplné, hry nebo účast v různých formách rekreace, učení se, objevování nebo uspokojování zvědavosti. Myšlenky a definice ošetrovatelství podle Hendersonové jsou aktuální dodnes, její model se dá využít v domácí i nemocniční ošetrovatelské péči (Archalousová, 2003; Archalousová, Slezáková, 2005).

## ***1. 2 Komunikace v ošetrovatelství***

V pojetí Linhartové (2007) je komunikace složitý proces, který závisí na inteligenci, na vzdělání, na sociálních zkušenostech, na kulturní tradici a na individuální psychice jedince. Knížková et al. (2014) uvádějí, že komunikace je základem efektivní ošetrovatelské péče. Komunikace musí být srozumitelná a věcná.

Jak uvádí Tomová (2016), funkce komunikace lze rozdělit na informativní (předání zprávy, oznámení), instruktážní (popsání postupu, vysvětlení), persuasivní (ovlivnění nebo přesvědčení druhého), operativní (vyřešení, vyjednání, domluva) a zábavnou (pobavení, rozptýlení).

Dle Zacharové (2016) patří komunikace k základním potřebám člověka. Komunikace má své místo i v ošetrovatelské péči, mezi sestrou a pacientem dochází k jednání, které má určitý význam a smysl. V procesu komunikace je nutné chtít komunikovat, umět komunikovat a moci komunikovat. Komunikace v ošetrovatelství má význam ve všech krocích ošetrovatelského procesu. V současné době je ošetrovatelství zaměřeno na aktivního pacienta, kdy pacient není jen pasivní příjemce ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská péče je účinná, když je vztah mezi sestrou a pacientem symetrický. V průběhu hospitalizace navazuje sestra komunikaci s pacientem při různých příležitostech, důležité je také komunikovat s rodinnými příslušníky pacienta (Zacharová, 2016). V pojetí Kelnarové (2014) je komunikace výměna informací, dorozumívání se mezi lidmi. Komunikace není jen řeč, ale i mimika, gesta, pohyby. Je to dovednost, kterou je nutné rozvíjet po celý život. Komunikační formy jsou verbální (slova), neverbální (mimoslovní) a komunikace činem. Pro zdravotníka je komunikace prioritou. Abychom uměli dobře komunikovat, musíme zvládnout složky verbálního projevu. Mezi tyto složky patří tempo řeči, intonace, hlasitost, pomlky, výška hlasu, rovnocennost partnerů v komunikaci, jednoduchost, stručnost, srozumitelnost, vhodná doba a adaptabilita (Zvěřová, 2017).

Plevová et al. (2011) ve své publikaci popisuje komunikaci jako základ všech činností a neoddělitelnou součást práce všeobecné sestry. Komunikace slouží k upevnování vztahu sestra – pacient. Sestry tak získávají informace, navozují důvěru, motivují a edukují pacienta. Dle Zacharové (2017) má v ošetrovatelské praxi komunikace s pacienty i spolupracovníky své významné místo. Komunikace slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Zdravotník je profesionál, a měl by proto počítat s různými zvláštnostmi nemocných. Vzhledem k nemoci, strachu, odloučení, nemožnosti pracovat může docházet ke zhoršení komunikačních dovedností pacienta. Dále Zacharová (2017) uvádí, že při správné komunikaci s pacientem by sestra měla vědět, co chce říct, kdy, kde a jak informace poskytnout. Sestra by neměla opomíjet pocity nemocného, svým chováním pacienta nedráždit. Měla by udržovat oční kontakt, sledovat reakce pacienta, ujistit se, zda pacient informaci rozuměl a dát mu prostor pro vyjádření.

Chceme-li předejít nedorozumění, musíme umět dobře komunikovat. Je potřeba najít společnou řeč a chápat problémy. Správná komunikace je obtížná, abychom ji dobře zvládli, musíme mít dlouhodobé zkušenosti a trénink. K zásadám komunikace patří

vzájemné vnímání a naslouchání, neskákat si vzájemně do řeči, vyjasnění problému, smysluplnost, věcnost, upřímnost, taktnost (Čevela et al. 2009).

Jak uvádí Trešlová (2014), schopnost sestry komunikovat tak, aby navázala kontakt s pacientem, je považována za samozřejmost. Ale to neznamená, že sestra komunikuje kvalitně, účelně a efektivně. Bez komunikace nelze provádět ošetrovatelskou péči. Pokud je komunikace rutinní, může být neosobní a direktivní. Komunikace zaměřená na pacienta a kritické myšlení sestry vede k efektivnější komunikaci. „*Naslouchání je základní komunikační dovedností sestry, kterou sestra umožňuje odkrýt to, co se skrývá za tím, co pacient řekl.*“ (Trešlová, 2014, s. 176).

Autorka Zacharová (2016) uvádí, že v ošetrovatelské péči mohou vzniknout bariéry, které brání kvalitní komunikaci. Bariéry dělí na praktické, jazykové, emotivní, intelektové a fyziologické. Velké množství informací, neetické chování, urážky nebo dvojsmyslnost je v podání sestry neprofesionální.

Dle Juráskové (2011) v komunikaci sestra využívá i neverbálních složek. K získání pacientovy důvěry je nutná shoda verbální a neverbální komunikace. Sestra tráví s pacientem více času než lékař, a proto bývá pacient sdílnější. Sestra tak získává mnoho informací, které sděluje dalším členům ošetrovatelského týmu.

### **1. 2. 1 Druhy (typy) komunikace**

Dle Čevely et al. (2009) se komunikace dělí na verbální (ústní), neverbální (chování, mimika, gesta), monolog (hovoří jeden člověk), dialog (hovoří dva lidé navzájem) a vertikální, kdy mluví rodič s dítětem nebo nadřízený s podřízeným. Dále je komunikace horizontální, na úrovni kamarádů nebo řetězová jako je tichá pošta. Dále Čevela et al. (2009) uvádějí, že existují zvláštní druhy komunikace jako je Morseova abeceda, Brailovo písmo, znaková řeč nebo Česká prstová abeceda. V pojetí Zeleníkové (2011) se komunikace dělí na typ suplementární – neustálé vyměňování informací, kdy se komunikační partneři snaží o to, aby se svými zážitky nezůstávali pozadu. Dalším typem je typ komplementární – jeden z komunikujících je dominantní, oba své role respektují a nedominantní partner nekonkuruje dominantnímu. A typ metakomplementární označuje osobu, která je dominantní, ale svou dominantnost nevyužívá. Dále dle Zeleníkové (2011) má verbální komunikace mluvenou (vokální) a písemnou (nevokální) formu. Někdy se užívá pojem fonická a grafická forma řeči.

Verbální komunikace je velmi důležitá, je nezbytná v sociálním životě. Umožňuje nám zpětnou vazbu, bezprostřednost, ale je těžko kontrolovatelná, protože není čas na promyšlení a nedá se vzít zpátky to, co již bylo řečeno. V některých situacích dochází k rozporu mezi verbální a neverbální komunikací. Člověk něco říká, ale jeho chování tomu neodpovídá – dvojná vazba (Mikulášík, 2010). Jak uvádí Janoušek (2015), verbální komunikace patří k charakteristikám člověka a lidské společnosti. Je to forma spojení mezi lidmi, kdy lidé přijímají nebo nepřijímají slovní význam nebo ho sdílí či nesdílí. Verbální komunikace je individuální i sociální, spontánní i komunikace dodržující normy, formální i obsahová, psaná i mluvená.

Autorka Pokorná (2010) rozděluje komunikaci na slovní a mimoslovní. Slovní komunikace může mít podobu auditivní (řeč, hudba), statickou (ta se nemění), přímou (tváří v tvář), aktuální (momentální čas), individuální nebo dvoustrannou (mezi dvěma jedinci), jednosměrnou (bez zpětné vazby) a prvotní (základní). Mimoslovní podoby komunikace jsou vizuální (noviny, obrazy), dynamická (prochází další změnou), zprostředkovaná (technicky přenášená), reprodukováná (záznam), skupinová a vícestranná (mezi více jedinci), oboustranná (možnost zpětné vazby) a druhotná (rozvinutá, záznam). Dále Pokorná (2010) uvádí, že nonverbálně lze sdělovat emoce, nálady, pocity, ale i navazovat kontakty. Pokorná (2010) ještě doplňuje nonverbální komunikaci o paralingvistiku (síla a intonace hlasu, rychlost a plynulost řeči) a jiné znaky neverbální komunikace, kam patří oděv, písmo, jednání a skutky komunikujícího.

V pojetí Tomové (2016) se nonverbální komunikace dělí na mimiku (pohyby svalů v obličeji), viziku (kontakt očí), kinetiku (pohyb těla), gestiku (pohyb rukou), haptiku (dotyky), proxemiku (vzdálenost mezi komunikujícími), posturiku (poloha těla), chronemiku (strukturování a využívání času vůči jiným lidem), teritorialitu (prostor okolo jedince), komunikaci zevnějškem (image jedince) a činem.

Mezi nonverbální komunikaci Vymětal (2008) řadí i neurovegetativní reakce, reakce na podněty, které působí na lidské tělo. Pro člověka je velmi obtížné tyto reakce ovládat vůlí. Jedná se o zčervenání nebo naopak zblednutí, zvýšený krevní tlak, nepravidelný dech, zvýšené pocení, koktání, třes rukou, okusování nehtů, neklid, pokašlávání, vyhýbání se očnímu kontaktu, omezení gest, olizování rtů nebo podupávání.

## ***1. 2. 2 Komunikace s pacienty s demencí***

Pacienti se syndromem demence jsou převážně senioři. Starší pacienti často mívají poruchy smyslových orgánů a nejsou schopni porozumět mluvené řeči. Během komunikace s pacientem s demencí se sestra neustále ujišťuje, že jí pacient rozumí, snaží se udržet oční kontakt. Ošetrovatelskou péčí musí sestra přizpůsobit aktuálnímu stavu pacienta. Komunikace by měla být srozumitelná a věcná (Knížková et al., 2014). Dále Knížková et al. (2014) uvádějí, že při komunikaci sestry užívají krátké věty, nepoužívají odborné výrazy. Péče o pacienty s demencí je velmi náročná, ale nikdy sestry nesmí s pacientem jednat jako s dítětem nebo nesvéprávným člověkem, protože i tito lidé mají svou historii, životní příběh, svou důstojnost, jedinečnost, své zájmy a koníčky. I pacient s demencí je cenná lidská bytost (Knížková et al., 2014). V pojetí Vörösové et al. (2015) je narušena komunikace pacientů s demencí tím, jak demence progreduje, protože může být narušena chápavost pacienta nebo pacient neumí najít vhodné slovo, někdy zapomene, co chtěl říct. Problémem mohou být poškozené svaly v obličejí u Parkinsonovy choroby nebo snížený intelekt u Alzheimerovy demence.

Dle Provazníkové a Kalvacha (2019) by sestra měla pacienta oslovit jménem, zajistit dostatek času na rozhovor, pojmenovávat činnosti, které pacient právě dělá, povzbuzovat ho. Sestra by se měla vyhnout nic neříkajícím pochvalám typu – to je výborné, vy jste šikovný... Dále Provazníková a Kalvach (2019) doporučují, aby sestra pacientovi s demencí nepřikazovala, aby ho nevychovávala. Sestra by neměla dávat najevo svou rozumovou převahu, neměla by mu vnucovat své názory. Babiaková et al. (2006) doporučují, aby se sestry při komunikaci s pacienty s demencí vyhýbaly prudkým výměnám názorů a nevyvolávaly hádky. Pacienti někdy nerozumí významu slov, přesto k nim sestra přistupuje s úctou a respektem. Dle Kučerové (2006) je vhodné v anamnestickém rozhovoru začít běžnými otázkami a po navázání kontaktu dávat otázky cílené, zaměřené na paměť a orientaci.

Autoři Burda a Šolcová (2016) také uvádějí, že péče o pacienty s demencí je velmi náročná. Sestra by měla mít pochopení pro projevy demence (chování pacienta někdy může působit jako naschvály). Je vhodné, aby pacient s demencí zůstal co nejdéle ve svém (známém) prostředí obklopen svými blízkými. Dále dle Burdy a Šolcové (2016) je důležité při komunikaci sestry a pacientů s demencí odstranit všechny rušivé vlivy (televize) a zajistit pacientům kompenzační pomůcky (naslouchátka, brýle).

Pacienta s demencí sestra nikdy nepodceňuje. Když dojde k selhání komunikace s pacientem s demencí, je většinou chyba na straně sestry. O'Brian et al. (2018) poukazují na chybějící komunikační dovednosti sester v péči o pacienty s demencí. Byl proto pořádán kurz, který byl zaměřen na učení v akci. Byly použity simulační a video workshopy. Po absolvování kurzu si sestry zvýšily své znalosti o komunikaci s pacienty s demencí, došlo ke zlepšení jejich chování, vzrostla jejich důvěra v komunikační dovednosti.

Hauke (2011) uvádí, že nejdůležitější při komunikaci s pacientem s demencí je trpělivost, vlídnost a úsměv. Při komunikaci záleží, kterým stupněm demence nemocný trpí, proto jsou často prostředníkem mezi sestrou a pacientem rodinní příslušníci. Pacienti s demencí citlivě reagují na nonverbální komunikaci. Dle Jiráka et al. (2009) je nutné k pacientům s demencí přistupovat pomalu, respektovat je, komunikovat nonverbálně, zjistit co potřebují, co chtějí. Kvůli nedostatečné komunikaci může být člověk izolován a osamocen, i když je mezi lidmi. Ani v pokročilé demenci není zcela zničená schopnost komunikace, je třeba stále hledat jiné formy komunikace. Jak uvádí Holmerová (2011), než začne sestra komunikovat s pacientem s demencí, musí zjistit, v jakém stádiu demence se nemocný nachází. Musí se ujistit, že pacient rozumí tomu, co říká. Autoři Schuler a Oster (2010) při komunikaci s pacienty s demencí doporučují vytvořit příjemnou a klidnou atmosféru, dodat pacientovi jistotu a důvěru, když je třeba, tak vše zopakovat, vyhnout se diskuzím a ignorovat obvinění.

K zajištění odpovídající ošetrovatelské péče je důležité, aby sestry účinně komunikovaly s pacienty s demencí. Sestry mají často problémy při komunikaci s těmito pacienty. Machiels et al. (2017) publikovali přehledovou studii (review) s cílem poskytnout aktuální přehled komunikačních intervencí, které jsou použitelné při každodenní ošetrovatelské péči o osoby s demencí. Bylo zjištěno 6 výsledných studií s velkými rozdíly v intervencích a výsledných opatřeních (Machiels et al. 2017). Shodně ale všech 6 studií zahrnovalo školení o komunikačních dovednostech pro ošetrovatelský personál. Veškeré intervence se uskutečnily v zařízeních dlouhodobé péče.

Blackhall et al. (2011) ve své studii hodnotí důkazy intervencí pro komunikaci u pacientů se středně těžkou demencí. Byly použity přístupy kognitivní stimulace používané jako skupinový model léčby a konverzace. Jedná se o rámec VERA, který



nabízí soubor zásad k vedení komunikace a péče. VERA (validace, emoce, uklidnění a aktivita) je návodem, jak komunikovat s pacienty s demencí.

### ***1. 2. 3 Bariéry v komunikaci sestry a pacientů s demencí***

V pojetí Pokorné (2010) mezi bariéry v komunikaci patří překroucení informace, komunikační zahlcení, nevhodná forma předávání zpráv, evalvace a devalvace, používání bezvýznamných slov a manipulace v komunikaci. Nejčastějších chyb, kterých se sestra dopouští při komunikaci, je komunikační manipulace, jednosměrná komunikace, paternalistický přístup, zkracování času ke kontaktu s pacientem, přenos vlastních zkušeností do komunikace s ostatními. Dle Venglářové (2007) mohou být bariéry v komunikaci na straně pacienta, na straně sestry, ale také v prostředí. U pacientů to může být neochota komunikovat, obavy, nedůvěra, ale také bolest, únava, stres. Na straně sestry například netrpělivost, nedostatek času, problém komunikovat. Bariérami v prostředí je hluk, nedostatek soukromí. U pacientů s demencí průběh komunikace ovlivňují poruchy paměti, ale i behaviorální a psychologické symptomy demence (BPSD). Sestra by měla vědět, jaké oblasti jsou zasaženy a obtíže kompenzovat.

Vzhledem k neznalosti problematiky je chování pacientů s demencí považováno za schválnost, vzdor nebo dokonce lenost. Sestra má snahu jeho chování korigovat, odmítat, přehlížet nebo nemocného napomínat. Mezi sestrou a pacientem vzniká tzv. bludný kruh a dochází k oboustranné bezmocnosti a neustálý boj o moc (Minibergerová a Dušek, 2006).

Jak uvádí Mlýnková (2011), bariérami v komunikaci mohou být stále dotazy, netrpělivost, vymýšlení si, mutizmus (němota), zaměňování výrazů nebo nezapamatování si informací. Mlýnková (2011) dále uvádí, že překážky v komunikaci si sestra uvědomuje, když mluví s člověkem, který má potíže s komunikací a sestra nezachytí informace, které jsou pro ni důležité. Problémem může být absence aktivního naslouchání. Aktivním nasloucháním se rozumí vnímání a porozumění sděleného. Dalším problémem je, když pacient kontakt odmítá nebo se téma rozhovoru opakuje, kdy pacient stejnou informaci podává sestře, lékaři nebo ošetřujícímu personálu. Pro sestru bývá nepříjemné, když pacient mluví vulgárně nebo používá nadávky. Sestra by měla dát pacientovi najevo, že tento způsob projevu odmítá, ale neodmítá pacienta jako bytost (Mlýnková, 2011).

## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

V této kapitole jsme popsali předpokládané cíle a výzkumné otázky. Cílem naší bakalářské práce bylo zjistit, jak sestry komunikují s pacienty s demencí při poskytování ošetrovatelské péče a jaké jsou bariéry v komunikaci s těmito pacienty.

### ***2. 1 Cíle práce***

1. Zjistit, jaké jsou bariéry v komunikaci sester a pacientů s demencí – náročnost psychická, fyzická, časová.
2. Zmapovat zkušenosti sester v komunikaci s pacienty s demencí.
3. Zjistit, jak sestry komunikují s pacienty s demencí.

### ***2. 2 Výzkumné otázky***

1. Jaké bariéry se vyskytují v komunikaci sester a pacientů s demencí?
2. Jaké jsou zkušenosti sester v komunikaci s pacienty s demencí?
3. Jak sestry komunikují při poskytování ošetrovatelské péče s pacienty s demencí?

## 3 METODIKA

### 3.1 Metody

Pro výzkumnou část naší bakalářské práce jsme si zvolili kvalitativní šetření. Jak uvádí Švaříček et al. (2014), v kvalitativním výzkumu se ke sběru dat využívá různých metod.

Mezi nejčastěji užívané metody v kvalitativním výzkumu patří rozhovor.

Stanovili jsme si tři cíle, tři výzkumné otázky. Výzkumné šetření bylo realizováno metodou dotazování, technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Pro sběr dat byla využita doplňující technika pozorování. Bylo zvoleno dlouhodobé, přímé, zúčastněné pozorování. Rozhovory byly prováděny se sestrami ve vybrané jihočeské nemocnici. Dle Švaříčka et al. (2014) je polostrukturovaný rozhovor založen na předem připravených otázkách. Dále Švaříček et al. (2014) uvádí, že polostrukturovaným rozhovorem získáme detailní a komplexní informace o studovaném jevu. *„Rozhovor je do určité míry strukturovaná konverzace, kterou badatel řídí pomocí hlavních, navazujících a pátracích otázek.“* (Švaříček et al., 2014, s. 162).

Před rozhovorem a pozorováním byl sestrám dán k podpisu informovaný souhlas. Sestry byly upozorněny, že rozhovor bude anonymní a bude použit jen pro účely naší bakalářské práce a nikde nebudou uváděna jejich jména. Rozhovory probíhaly v únoru a březnu 2019. Rozhovory byly prováděny vždy s jednou sestrou a v soukromí. Sestrám bylo položeno 12 otázek (Příloha 1), odpovědi byly zaznamenány písemnou formou. Rozhovory trvaly v rozmezí od 15 do 20 minut. Získaná data byla zpracována metodou tužka a papír, bylo využito otevřeného kódování a data následně kategorizována.

Rozhovory byly doplněny o průběžné pozorování sester na lůžkách následné péče. *„Metodu pozorování je vhodné spojit s rozhovory, neboť v kombinaci s rozhovorem si může badatel udělat komplexní obrázek o dané situaci.“* (Švaříček et al., 2014, s. 158). Pozorování je jednou z nejtěžších metod sběru dat. Základním typem je zúčastněné pozorování, kdy přímo ve zkoumaném prostředí dlouhodobě, systematicky a reflexivně sledujeme probíhající děj (Švaříček et al., 2014).

Jednalo se o dlouhodobé, přímé, zúčastněné pozorování, které probíhalo na lůžkách následné péče, protože sestry z těchto lůžek mají s pacienty s demencí více zkušeností ve smyslu délky hospitalizace pacientů. Pozorování probíhalo od listopadu 2018

do března 2019, pozorování bylo zúčastněné, ale sestry nevěděly, kdy jsou pozorovány. „Zúčastněné pozorování znamená takový druh pozorování, kdy sledujeme studované jevy přímo v prostředí, kde se odehrávají. Toto pozorování se nazývá zúčastněné proto, že dochází k interakci mezi výzkumníkem a pozorovanými účastníky výzkumu...“ (Švaříček et al., 2014, s. 144).

### **3. 2 Charakteristika výzkumného vzorku - rozhovory**

V první části našeho výzkumného šetření byly prováděny rozhovory se sestrami ve vybrané jihočeské nemocnici. Po předchozím souhlasu hlavní sestry a vrchních sester oddělení bylo osloveno 11 sester, 5 sester z následné péče, 3 sestry z úrazového oddělení a 3 sestry z interního oddělení. Byl použit záměrný výběr sester, kritériem do zařazení výzkumného šetření byla délka praxe minimálně 3 roky na daném oddělení. Výzkumného šetření se zúčastnilo deset žen a jeden muž.

Některé odpovědi byly jednoslovné, tak jsme položili i otázky doplňující nebo jsme sestry povzbudili, aby se více rozpovídaly. Na většinu otázek sestry odpovídaly hned, u některých odpovědí chvíli přemýšlely.

### **3. 3 Charakteristika výzkumného vzorku – pozorování**

Ve druhé části výzkumného šetření byla zvolena technika pozorování, které se zúčastnilo pět sester z jedenácti dotazovaných. Všechny sestry, které byly pozorovány, byly ženy. Sestry byly informovány o tom, že v průběhu pěti měsíců budou náhodně pozorovány. Sestrám bylo oznámeno, že pozorování bylo zaměřeno na komunikaci s pacienty s demencí. Získaná data byla zpracována metodou tužka a papír, data byla dále kategorizována a zaznamenána do výsledného pozorovacího archu a následně do tabulky. Ve výsledcích naší práce budeme sestry označovat jako S1 - S11 a oddělení jako O1 – O3.

## **4 VÝSLEDKY**

### ***4. 1 Kategorizace výsledků***

V této kapitole jsme popsali výsledky výzkumného šetření, ke kterým jsme dospěli analýzou údajů získaných pro naši bakalářskou práci. Pro hlubší analýzu jsme kategorie rozdělili do podkategorií. Na základě výsledků výzkumného šetření bylo stanoveno 6 kategorií a 14 podkategorií.

#### **1 Identifikační údaje sester**

- věk, pohlaví, vzdělání, délka praxe celkem / na současném oddělení, pracoviště

#### **2 Zkušenosti sester při komunikaci s pacienty s demencí**

- rozpoznání sestrami, že pacienti trpí demencí
- četnost poskytování ošetrovatelské péče pacientům s demencí
- pocity a myšlenky sester v průběhu komunikace

#### **3 Komunikace sestry a pacienta s demencí**

- teoretické zásady při komunikaci s pacienty s demencí
- osvědčené komunikační techniky
- bariéry v komunikaci
- hodnocení náročnosti komunikace

#### **4 Komunikace v praxi - v rámci pozorování**

- neverbální komunikace
- verbální komunikace

#### **5 Testy k diagnostice demence**

- znalost testů
- provádění testů na oddělení

#### **6 Vzdělání v oblasti komunikace s pacienty s demencí**

- vzdělání v oblasti komunikace
- další vzdělávání

#### **4. 1. 1 Identifikace sester a pracovišť**

V této kategorii jsme uvedli identifikační údaje sester – věk + průměrný věk, pohlaví, vzdělání (Tabulka 1) délku praxe celkem, délku praxe na současném oddělení + průměrnou délku praxe a nynější pracoviště dotazovaných sester (Tabulka 2). Věk sester se pohyboval od 25 do 51 let. Průměrný věk sester byl 39 let. Výzkumného šetření se zúčastnilo deset žen a jeden muž. Vysokoškolsky vzdělaných sester bylo pět, středoškolské vzdělání mělo 6 sester, kdy si jedna sestra dodělávala vysokoškolské vzdělání (Bc) a jedna sestra studovala VOŠ. Sestra (S9) řekla: *„Mám klasickou zdravotku a když jsem se dostala do funkce, šla jsem studovat vysokou školu, pro jistotu. Bylo to náročné, ale jsem ráda, že jsem to zvládla.“* Tři sestry z jedenácti měly specializaci – ARIP. Sestra (S1) odpověděla: *„Vystudovala jsem střední zdravotnickou, v té době mi to stačilo. Dnes už si na školu netroufám.“* Sestra (S3) řekla: *„Jsem praktická sestra, vysokou školu studuji už 5 let, obor záchranář, snad už to dodělám.“* Délka praxe celkem, a na současném oddělení byla shodně od 3 do 33 let. Průměrná délka praxe celkem byla 16 let a průměrná délka praxe na současném oddělení byla téměř 12 let. Tři z jedenácti dotazovaných sester uvedly, že mají zkušenost pouze na jednom pracovišti a to sestry s délkou praxe tři roky, ale i jedenáct a třicet dva let. Sestra (S7) odpověděla: *„Po střední škole jsem nastoupila na internu, kde jsem už třicet dva let, to zní hrozně.“* Z jiných oddělení, kde také sestry pracovaly, uvedly domov důchodců (S1, S3), kardiologii (S2). *„Po vysoké škole jsem šla pracovat do nemocnice na kardiologii, nejprve jsem byla na lůžkách, pak jsem se dostala na koronární jednotku a po necelém roce jsem šla mimo zdravotnictví.“* Dětské oddělení (S4), interní oddělení uvedly dvě sestry (S5, S6). Sestra (S6) ještě pracovala u praktického lékaře. Na chirurgii a onkologii pracovala sestra (S9). Sestra (S11) řekla: *„V nemocnici jsem začínal jako sanitář, pak jsem si dálkově dodělal střední, teď jsem praktická sestra studující VOŠ (vyšší odbornou školu), záchranáře.“*

V Tabulce 1 uvádíme přehled vzdělání dotazovaných sester. Chtěli jsme znát dosavadní vzdělání sester, a zda sestry studují.

**Tabulka 1** Vzdělání sester

SESTRA	VZDĚLÁNÍ
S1	středoškolské
S2	vysokoškolské
S3	středoškolské, studující vysokou školu
S4	středoškolské
S5	vysokoškolské, specializace
S6	vysokoškolské, specializace
S7	středoškolské, specializace
S8	středoškolské
S9	vysokoškolské
S10	vysokoškolské
S11	středoškolské, studující vyšší odbornou školu

**Zdroj:** Vlastní výzkum, 2019

Tabulka 2 obsahuje údaje o odděleních a počtu sester, kde bylo prováděno výzkumné šetření. Výzkumné šetření bylo prováděno ve vybrané jihočeské nemocnici na třech různých odděleních. Dvě oddělení byla s akutními lůžky a jedno oddělení s lůžky pro následnou péči. Z následné péče se zúčastnilo 5 sester a 6 sester z akutních lůžek ze dvou různých oddělení.

**Tabulka 2** Identifikační údaje oddělení

	ODDĚLENÍ	NEMOCNICE	POČET SESTER
O1	Oddělení následná péče	Jihočeská nemocnice	5
O2	Interní oddělení	Jihočeská nemocnice	3
O3	Úrazové oddělení	Jihočeská nemocnice	3

**Zdroj:** Vlastní výzkum, 2019

#### **4. 1. 2 Zkušenosti sester při komunikaci s pacienty s demencí**

Ve druhé kategorii jsme se zaměřili na to, jaké mají sestry zkušenosti s pacienty s demencí. V podkategoriích jsme popsali, podle čeho sestry poznají, že pacienti trpí demencí (Tabulka 3), jak často se s těmito pacienty setkávají a jak sestry hodnotí své pocity a myšlenky (Tabulka 4), když s nimi komunikují.

V této podkategorii jsme zjišťovaly příznaky demence, tak jak je uvádí sestry (Tabulka 3). Nejčastější odpovědí na otázku, jak sestry poznají, že pacient trpí demencí, byla odpověď - podle chování, takto odpověděly sestry (S2, S3, S5, S6, S7, S8, S10). Sestra (S1) odpověděla: *„Dle způsobu komunikace, dle slov, jak pacienti reagují, gestikulují a podle požadavků.“* Dále sestry (S1, S2, S4, S5 a S10) uvedly, podle komunikace. *„Komunikují jinak, ale někdy se to pozná až po chvíli rozhovoru, ze začátku mluví jakoby orientovaně, mají naučené fráze, ale pak jsou to blbosti. Jak říká naše paní doktorka, klamou tělem,“* sestra (S2). Sestry (S1, S2 a S5) ještě dodaly, že podle reakcí pacienta. Také podle dezorientace, nejčastěji místem a časem, jak uvedly sestry (S4, S8 a S10). Sestra (S4) řekla: *„Je zvláštní, že Vás demenční pacient oslovuje sestřičko, ale je doma a musí třeba na dvůr něco udělat, nebo odchází do práce, i když už je třeba 20 let v důchodu.“* Dvě sestry z oddělení (O3) odpověděly, že se dozví z anamnézy o tom, že pacient trpí demencí. Sestra (S11) řekla: *„To, že je demenční poznám podle toho, že mi pacient nerozumí, má svůj svět, přirovnání jako pacient po CMP.“* Dále sestry odpovídaly, že podle gest (S1), neschopnosti spolupráce (S3), nepochopení jednoduchých úkolů (S3, S10), sestra (S10) odpověděla: *„Řeknete pacientovi, aby se šel umýt, pacient sedí a kouká, tak to zopakujete, připravíte mu hygienické potřeby a opět ho vyzvete, doprovodíte ho k umyvadlu a musíte mu ukázat, aby se umyl, a stejně se neumyje, tak ho musíte umýt sama.“* Dále podle nepřiléhavých odpovědí (S4), také podle vyjadřování (S6 a S7) a také, že pacienti s demencí mají jiné zvyky (S7 a S8). Sestra (S5) uvedla: *„Podle chování, komunikace, někdy i podle výrazu ve tváři a také podle reakcí na běžné věci.“*



**Tabulka 3** Příznaky demence dle dotazovaných sester

PŘÍZNAKY DEMENCE	SESTRY
Chování pacienta	S2 S3 S5 S6 S7 S8 S10
Komunikace s pacientem	S1 S2 S4 S5 S10
Reakce pacienta	S1 S2 S5
Dezorientace	S4 S8 S9
Nepochopení jednoduchých úkolů	S3 S11
Vyjadřování pacienta	S6 S7
Jiné zvyky pacientů	S7 S8
Z anamnézy	S9 S10
Nevyhovění požadavkům	S1
Neschopnost spolupráce	S3
Nepřiléhavé odpovědi pacientů	S4
Výraz v tváři pacientů	S5
Pacienti mají svůj svět	S11
Gesta pacientů	S1

**Zdroj:** Vlastní výzkum, 2019

V následující podkategorii bylo zjišťováno, jak často se sestry setkávají s pacienty s demencí. Deset z jedenácti dotazovaných sester uvedlo, že s pacienty s demencí se setkává denně, respektive každou směnu, pouze jedna sestra (S11) uvedla, že s pacienty s demencí se setkává příležitostně. „*S pacienty s demencí se setkávám různě, příležitostně.*“ Tato sestra byla z akutních lůžek. Sestra (S2) uvedla: „*S pacienty s demencí se setkávám často, vlastně při každé směně.*“

V této podkategorii uvádíme pocity a myšlenky sester při setkání a komunikaci s pacienty s demencí (Tabulka 4). Sestra (S1) uvedla: „*Pocituji nechuť, musím se vnitřně přemáhat, abych pacientovi posloužila podle potřeb, nechci se dlouho u pacienta zdržovat.*“ Sestra (S6) řekla: „*Pocituji lítost, napadá mě, že život je složitý*

*a nespravedlivý.*“ Kromě sestry (S6) lítost pociťují i sestry (S9 a S7). Překvapilo nás, že lítost pociťují sestry z oddělení (O2 a O3), tedy sestry z akutních lůžek, ale ani jedna z dotazovaných sester z lůžek následné péče lítost nezmínila. „*Musím být ve střehu, trpělivější a vymezit si více času na pacienty,*“ uvedla sestra (S2). Odpovědi některých sester byly dojemné. „*Napadá mě, jací byli, než byli dementní, co dělali, co je zajímalo,*“ uvedla sestra (S9). Na otázku sestry (S4) odpověděla: „*Pociťuji vztek a marnost své práce, ale určitě záleží na konkrétním pacientovi nebo spíše na stupni demence, někdy jsem rozzlobená a netrpělivá.*“ Jiný přístup k pacientovi uvedlo šest sester (S1, S6, S7, S9, S10 a S11), sestra (S10) odpověděla: „*Musím zvolit jiný přístup, jinak se chovat, pochopit pacienta.*“ Sestra (S7) uvedla: „*Podstatné je, ve které fázi demence zrovna pacient je, pokud je to lehčí forma, tak to celkem jde, ale pokud je to těžká demence, tak je to jako s dětmi, někdy je to úsměvné, ale někdy na počítání do deseti.*“ Dále zvýšený dohled nad pacienty, odpověděly dvě sestry (S8 a S11). Sestra (S8) uvedla: „*Musíte je hlídat, aby nevymysleli nějakou hloupost, aby Vám neutekli z oddělení, aby si neublížili, nebo aby neublížili někomu jinému*“. Sestry (S1, S3, S4, S5) popisují péči o pacienta s demencí jako zbytečnou námahu, marnou práci. Sestra (S3) sdělila: „*Pociťuji marnost, zbytečnost, ztrátu času*“. Dvě sestry (S1 a S7) neočekávají zlepšení v komunikaci s pacienty s demencí. Sestra (S7) uvedla: „*Pociťuji bezmoc, vím, že to nebude lepší, naopak časem se komunikace bude zhoršovat.*“ „*Nechci takhle dopadnout,*“ odpověděly shodně sestry (S3 a S8). Z ostatních odpovědí sestry uvedly bezmoc (S7), náročnější práci (S3 a S4), vyčerpanost (S3 a S5), sestra (S5) odpověděla: „*Komunikovat s dementními pacienty mě vyčerpává, možná je to věkem, myslím svým věkem.*“

**Tabulka 4** Pocity a myšlenky sester při komunikaci s pacienty s demencí

POCITY A MYŠLENKY	SESTRY
Individuální (specifický) přístup k pacientovi	S1 S6 S7 S9 S10 S11
Zbytečná (marná) práce	S1 S3 S4 S5
Lítost	S6 S7 S9
Nečekají zlepšení ze strany pacienta	S1 S7
Vyčerpanost	S3 S5
Nechtěly by takhle dopadnout	S3 S8
Náročnější práce	S3 S4
Zvýšený dohled	S8 S11
Vzteky	S1
Nechut' komunikovat	S1
Ztráta času	S3
Netrpělivost	S4
Bezmoc	S7
Více času na pacienta	S2
Jací pacienti byli, než začali trpět demencí	S9

**Zdroj:** Vlastní výzkum, 2019

#### 4. 1. 3 Komunikace sestry a pacientů s demencí

V následující kategorii jsme se zaměřili na komunikaci sester a pacientů s demencí. Zajímalo nás, jaké znají sestry zásady pro teorii při komunikaci, jaké osvědčené komunikační techniky používají v praxi. Dále nás zajímalo, jaké jsou bariéry v komunikaci s pacienty s demencí. Zeptali jsme se sester, jak je pro ně náročné s těmito pacienty komunikovat

Tato podkategorie byla zaměřena na zásady teoretických znalostí při komunikaci. Sestry nejčastěji uvedly, že s pacientem s demencí se musí hovořit v klidu (S2, S3, S5, S6, S7, S8, S10 a S11). Jako další intervenci uvedly sestry (S1, S2, S5, S6, S7, S10 a S11), mluvit s pacientem pomalu. Je třeba neustálé opakování požadavků a úkonů, tak odpovědělo pět sester (S1, S6, S7, S8, S11). V komunikaci s pacientem s demencí by měla být sestra trpělivá (S5, S6, S8, S9 a S11). Sestra (S5) z oddělení (O1) na otázku odpověděla: *„Trpělivost, ale sama to někdy nedávám. ...po čtvrté opakuji, zapijte ty léky a vím, že musím dát tabletky dalším 25 lidem a za deset minut podávat ATB, zvýším tedy hlas, i když vím, že bych křičet neměla... Opravdu to není jednoduché.“* Čtyři sestry (S5, S8, S10, S11) řekly, že se na pacienty nesmí křičet. Sestra (S8) odpověděla: *„Nemělo by se na ně křičet, ale když špatně slyší, tak ten hlas stejně zvýšíte, také by sestra měla být trpělivá, pacientům by se mělo vše pořád opakovat a hlavně by sestra měla být klidná.“* Nepřesvědčovat pacienty o realitě, nevymlouvat jim jejich pravdu, mít pro ně pochopení, uvedly sestry (S3, S4, S5). Používání jednoduchých vět a mluvit stručně odpověděly sestry (S5, S6, S11), sestra (S6) uvedla: *„Sestra by neměla používat nesrozumitelné věty, nepoužívat odborné výrazy, mluvit tedy srozumitelně pro pacienta, stručně a v jednoduchých větách.“* Shodně odpověděly sestry (S3 a S10), že by sestra měla být vstřícná a empatická, sestra (S10) ještě dodala, naslouchání pacientů. *„Pochopit pacienta, jeho potřeby a naslouchat mu,“* uvedla sestra (S10). K pacientům s demencí je třeba jiný (individuální, specifický) přístup, to uvedly sestry (S6 a S9). Po jedné sestře z jedenácti dotazovaných odpovědělo, že používání gest a vždy stejný postup (S1). *„Když si pacient zvykne na režim v nemocnici – po probuzení mytí, pak snídaně, léky, vizita... tak je spolupráce a komunikace lepší,“* uvedla sestra (S1), uklidnění pacienta (S5), neponižování (S10) a dotyky (S5) by měly pomoci v komunikaci s těmito pacienty.

V této podkategorii jsme se zaměřili na komunikační techniky, které se sestřám osvědčily v praxi. Techniky jsme přehledně zpracovali v Tabulce 5. Budeme se v některých případech shodovat s teoretickými znalostmi sester. Sedmi sestřám z jedenácti (S1, S2, S5, S6, S7, S10 a S11) se osvědčilo mluvit pomalu. Sestra (S1) uvedla: „*Opakovat otázky a požadavky, mluvit pomalu a používat gesta, například jim naznačím, že se mají napít.*“ Sestra (S2) odpověděla: „*V praxi se mi osvědčilo být klidná, vstřícná, nekřičet, mluvit pomalu, ale pacientům vše nedovolit, vymezit hranice - ...dobře, ale..., snažím se hrát jejich hru, protože si neuvědomují realitu.*“ „*Musím mluvit klidně a pomalu, abych pacienta nerozčilila a situaci nezhoršovala,*“ uvedla sestra (S10). Pět sester uvedlo, že se jim osvědčila trpělivost (S5, S6, S8, S10 a S11). Sestra (S5) řekla: „*Osvědčil se mi klid, trpělivost, nekřičet a mluvit pomalu v jednoduchých větech. Mezi námi, uznávám, že to pokaždé nedodrží. Nevyracet pacientům jejich představy, ale snažím se je nějakým způsobem uklidnit, někdy si k nim sednu do postele, chytím je za ruku nebo pohladím na tváři.*“ Být klidná, v klidu komunikovat se také osvědčilo sestřám (S3, S6, S7 a S8) a nekřičet na pacienty uvedly sestry (S10, S11). „*Jiný přístup, přizpůsobit se pacientovi a jeho stupni demence, přijmout jeho komunikaci,*“ odpověděla sestra (S9). Vcítění se do situace pacienta, nebo se dostat na jejich úroveň uvedly tři sestry (S3, S8, S10). Sestra (S8) odpověděla: „*Snažím se vcítit do jejich situace, být součástí jejich světa, někdy mi to připadá, jako kdybych byla ve školce. Typické je, že neví, co jsem se před chvílí ptala, ale když se zeptám na něco z minulosti, tak se rozpovídají a vy zjistíte, že ten křehký bezmocný dědeček byl vzdělaný vysoce postavený pán, který řídil nějaký podnik.*“ Neustálé opakování požadavků pacientům se osvědčilo sestřám (S1, S6, S7, S8, S11). „*Někdy si připadám jako kolovrátek*“ odpověděla sestra (S7). Sestry (S2 a S10) uvedly ještě důvěru, sestra (S2) řekla: „*Také důvěřovat pacientům, jednou se nám stalo, že u nás ležela paní Bílá a tvrdila, že za svobodna se jmenovala Červená. Paní měla demenci, tak jsme si mysleli, že si to vymýšlí. A když přišla dcera, tak nám potvrdila, že maminka nelže.*“ Sestra (S11) uvedla: „*Osvědčila se mi trpělivost, hovořit pomalu, stručně a opakovat, používat mírný tón hlasu a hlavně nebýt na ně zlá.*“ Sestra (S10) uvedla, že se jí v praxi osvědčilo: „*Trpělivost, empatie, důvěra, pacienty neponižovat, klid, vstřícnost, nekřičet a mluvit pomalu, to asi stačí, ne?*“

V Tabulce 5 jsme uvedli, jaké měly sestry znalosti ohledně teoretických zásad v oblasti komunikace s pacienty s demencí a jaké komunikační techniky se jim osvědčily v praxi. V tabulce jsme zaznamenali, nakolik se teorie shoduje s osvědčenými metodami používanými v praxi z pohledu sester. Vzhledem k tomu, že zúčastněné pozorování probíhalo pouze na jednom oddělení ze tří, kde bylo prováděno výzkumné šetření, neuvedli jsme je v této tabulce. Chování sester v rámci pozorování jsme zaznamenali v Tabulce 7.

**Tabulka 5** Komunikační techniky – teorie, osvědčené v praxi

TECHNIKY	TEORIE	OSVĚDČENÉ V PRAXI
Klid	S2, S3, S5, S6, S7, S8, S10, S11	S2, S3, S5, S6, S7, S8, S10
Mluvit pomalu	S1, S2, S5, S6, S7, S10, S11	S1, S2, S5, S6, S7, S10, S11
Opakování	S1, S6, S7, S8, S11	S1, S6, S7, S8, S11
Trpělivost	S5, S6, S8, S9, S11	S5, S6, S8, S10, S11
Nekřičet	S5, S8, S10, S11	S5, S10, S11
Přizpůsobit komunikaci stupni demence	S3, S4, S5	S2, S5
Stručnost	S5, S6, S11	S5, S11
Vstřícnost	S3, S10	S2, S10
Empatie	S3, S10	S3, S8, S10
Jiný přístup k pacientovi	S6, S9	S9
Používání gest	S1	S1
Stejný postup při denních aktivitách	S1	neuveдено
Naslouchat pacientům	S10	neuveдено
Uklidnit pacienta	S5	S5
Neponižovat pacienta	S10	S10
Dotyky	S5	S5
Jednoduché věty	S5, S6, S11	S5
Důvěra	S10	S2, S10
Mírný tón hlasu	S11	S11
Nebýt zlý na pacienta	S11	S11

**Zdroj:** Vlastní výzkum, 2019

Následující podkategorie zahrnuje komunikační bariéry. V Tabulce 6 jsme vytvořili přehled bariér v komunikaci, které nám uvedly dotazované sestry. Jako nejčastější bariéru v komunikaci s pacienty s demencí ze strany pacientů uvedly sestry (S4, S5, S6, S8 a S9), nespolupráci pacientů a nechápání pacientů odpověděly sestry (S2, S3, S7, S10, S11). „*Je těžké, když po člověku opakovaně něco žádáte a ono nic,*“ odpověděla sestra (S2). „*Nespolupráce, zapomínání, odpovídají na něco jiného, než zní otázka,*“ uvedla sestra (S8). Sestra (S6) řekla: „*Bariérou jsou automatizmy, nespolupráce, agrese, ohrožování sebe a personálu.*“ Agresivitu a nespolupráci také uvádí sestra (S9). Když si pacienti neuvědomují svůj stav, uvedly sestry (S2, S4, S10). Jako bariéru označila sestra (S4) stupeň demence. Sestra S5 odpověděla: „*Jako bariéru vidím poruchy kognitivních funkcí pacienta, velmi náročné je, když pacient s demencí má i jiný handicap, například hluchotu.*“

Bariéry, které nebyly ze strany pacientů, si sestry moc nepřipouštěly, ale některé sestry (S4, S5, S7) odpověděly, že je to nedostatek času a mnoho pacientů na jednu sestru. Mnoho pacientů uvedla i sestra (S2), která řekla: „*Ráda bych měla na starosti méně pacientů, abych se jim mohla věnovat, tak jak potřebuji.*“ Dvě sestry (S2 a S4) uvedly, že hluk (televize, rádio, přístroje...). Sestra (S3) chvíli přemýšlela a pak řekla: „*Asi to bude znít divně, ale bariérou může být i normální člověk, který netrpí demencí, když mluvím s dementním člověkem, tak tomu přizpůsobím mluvu a normální člověk na mě pak zírá.*“ Sestra (S6) uvedla prostředí. „*Pacient změní prostředí, přijde z domova, kde to zná a vidí známé obličeje a přijde sem a všechno je jinak, než je zvyklý, cizí prostředí, cizí lidé.*“



**Tabulka 6** Bariéry v komunikaci

BARIÉRY	SESTRY
Nespolupráce	S4 S5 S6 S8 S9
Nepochopení pokynů	S2 S3 S7 S10 S11
Velký počet pacientů na jednu sestru	S2 S4 S5 S7
Neuvědomění si svého stavu	S2 S4 S10
Nedostatek času	S4 S5 S7
Hluk	S2 S4
Agrese, ohrožování	S6 S9
Verbální problém	S1
Stupeň demence	S1
Poruchy kognitivních funkcí	S5
Další handicap	S5
Automatizmy	S6
Zapomínání	S8
Prostředí	S6
Pacient netrpící demencí	S3

**Zdroj:** Vlastní výzkum, 2019

Dotazované sestry uvedly, že komunikovat s pacienty s demencí je pro ně náročné. Jednoznačně sestry označily zátěž psychickou, pouze sestra (S9) neuvádí žádnou zátěž a naopak (S5) uvádí i náročnost časovou, protože, jak sama říká: „*U pacienta strávím mnohem více času, než u pacientů, kteří nemají demenci.*“

#### **4. 1. 4 Komunikace v praxi - pozorování**

Tato kategorie popisuje, jak sestry komunikovaly s pacienty s demencí při zúčastněném pozorování. Jak jsme již uvedli, sestry byly pozorovány v průběhu 5 měsíců a nevěděly, kdy jsou konkrétně pozorovány. Bylo to vždy v průběhu denní směny. Pozorování jsme rozdělili na dvě části, komunikaci verbální a neverbální (Tabulka 7).

V první části našeho výzkumného šetření jsme se věnovali komunikaci verbální. Sestry byly hodnoceny v těchto oblastech: pozdrav při vstupu na pokoj, oslovení pacienta, tempo řeči, srozumitelnost při vyjadřování, opakování informací.

Při prvním vstupu na pokoj, většinou ráno, když šly sestry provádět ranní hygienu, pozdravily vždy sestry (S1, S2 a S5), sestra (S3) většinou pozdravila a sestra (S4) pozdravila jen někdy. Pacienta jménem oslovovaly sestry (S1, S2, S5), sestry (S3 a S4) většinou oslovily pacienty babi, dědo anebo je neoslovily vůbec. Těmto dvěma sestřám bylo opakovaně staniční sestrou řečeno, že toto familiární oslovování pacientů není vhodné. Tyto dvě sestry některé pacienty oslovovaly jménem, ale většinou bez oslovení, nebo, jak jsme již uvedly, oslovovaly je babi a dědo. Při hodnocení tempa řeči, jsme zjistili, že sestry (S3 a S5) mluvily normálním tempem řeči. Sestra (S1) hovořila tempem normálním až pomalým. Pomalým tempem mluvila sestra (S2) a naopak sestra (S4) mluvila velmi rychle. Co se týkalo srozumitelnosti a stručnosti při komunikaci, všechny pozorované sestry (S1, S2, S3, S4 a S5) mluvily srozumitelně, ani jedna ze sester nepoužívala odborné výrazy. Sestry (S1, S4 a S5) mluvily s pacienty s demencí stručně, sestra (S2) mluvila s pacienty srozumitelně, ale obsáhle. Z výrazů pacientů bylo zřejmé, že ne vždy pacienti chápali, co sestra říkala. Sestra (S3) mluvila srozumitelně, ale při hovoru dělala příliš dlouhé pomlky. Další oblastí, ve které byly sestry hodnoceny, bylo opakování informací. Čtyři sestry (S1, S2, S3 a S5) informace opakovaly i několikrát po sobě (podle potřeby u konkrétního pacienta), sestra (S4) opakovala informace jen občas, záleželo na sympatiích k pacientovi (ne podle potřeb pacienta) a na momentálním rozpoložení sestry.

Druhou část jsme zaměřili na neverbální komunikaci, kdy jsme hodnotili sestry v oblastech: úsměv, vystupování sestry, haptika, gesta a pohled (zda sestra udržuje oční kontakt s pacienty).

Jak se říká „Úsměv nic nestojí,“ a tak jsme se v rámci pozorování sester zaměřily na to, jak často se sestry na pacienty usmívají. Sestry (S1 a S5) se usmívaly přiměřeně dané situaci, úsměv byl vhodný a působil přirozeně. Sestra (S2) se usmívala příliš často, a to i v situacích, kdy se to úplně nehodilo, sestra se usmívala přehnaně, působilo to jako „profesionální úsměv“, jakoby infantilní projev sestry vůči pacientovi. Naopak sestra (S4) se usmívala velmi málo, téměř nikdy, zasmála se třeba nějaké situaci v přítomnosti pacienta, ale pacientovi úsměv věnovala málokdy. Sestra (S3) se usmívala málo, nebylo by na škodu, kdyby rozdávala více úsměvů. Společně s úsměvem jsme hodnotili i vystupování sester. Příjemné, milé a laskavé vystupování jsme zaznamenaly u sester (S1 a S2). Sestra (S5) vystupovala celkem příjemně a příjemné i nepříjemné vystupování vůči pacientům jsme pozorovali u sestry (S3). Většinou nepříjemně se chovala sestra (S4), sestra byla často protivná a podrážděná a otrávená. Co se týká dotyků při komunikaci s pacienty s demencí, tak všechny sestry se pacientů dotýkaly, jen sestra (S4) se dotýkala pacientů sporadicky, spíše výjimečně. Naopak sestra (S2) pacienty hladila velmi často. Z dotyků jsme pozorovaly: pohlazení po ruce, po tváři, objetí kolem ramen, držení za ruku, pohlazení po vlasech. Pozorovali jsme i používání gest, gestikulovaly všechny sestry, některé více, jiné méně. Bylo zjevné, že si gesty sestry pomáhají při komunikaci s pacienty s demencí. Sestra (S1) gestikulovala přehnaně, některá gesta byla nesrozumitelná.

A jako poslední oblast z neverbální komunikace jsme hodnotili pohled, zajímalo nás, zda sestry při komunikaci udržují s pacienty oční kontakt. Toto pozorování bylo obtížné, protože někteří pacienti se sestram do očí nedívali, nebo oční kontakt neudrželi. Ale hodnotili jsme sestry, zda se ony dívají pacientům do očí. Sestry (S1, S2, a S5) udržely oční kontakt a téměř vždy se snažily dívat se pacientům do očí. Sestra (S3) se většinou snažila udržet oční kontakt a sestra (S4) se pacientům dívala do očí málokdy, například se dívala na televizi, z okna nebo na někoho jiného.

Každá sestra by měla být trpělivá. Při komunikaci s pacienty s demencí je trpělivost nezbytná, proto jsme v rámci pozorování zvolili i trpělivost. Sestra (S1) byla trpělivá, sestra (S2) byla velmi trpělivá, obě tyto sestry měly pro pacienty pochopení a přesto, že věděly, že u pacienta stráví více času, nikdy to na sobě nedaly znát a ani pacient nepocítil, že by sestry zdržoval nebo obtěžoval. Sestra (S5) byla většinou trpělivá, bylo na ní znát, že se v některých situacích musí ovládat, ale zvládala to dobře. Jednoznačně netrpělivé byly sestry (S4 a S5), uvádíme některé z citací těchto dvou sester: „*No babi,*

*tak dělejte, já to musím odnést.“ „Tak šup, já tu nebudu stát věčnost.“ Dělejte, lehněte si, to je doba, nemám na starosti jenom vás.“ „Zvedněte tu nohu, slyšíte, zvedněte jí, tak jí nezvedejte...“ a sestra odešla od pacientky.*

V pozorovacím archu (Příloha 4) uvádíme sledované oblasti. Sledovali jsme pozdrav při vstupu na pokoj, oslovení pacienta, tempo řeči, srozumitelnost a stručnost při vyjadřování, opakování informací, úsměv, vystupování sestry, pohled (udržení očního kontaktu), haptika, používání gest a trpělivost.

V Tabulce 7 je znázorněno vyhodnocení sledovaných oblastí pozorování, jak se sestry nejčastěji chovaly, komunikovaly a vystupovaly při zúčastněném pozorování.

**Tabulka 7** Vyhodnocení sledovaných oblastí pozorování

	S1	S2	S3	S4	S5
Pozdrav při vstupu na pokoj	vždy pozdraví	vždy pozdraví	většinou pozdraví	někdy pozdraví	vždy pozdraví
Oslovení pacienta	jménem	jménem	„babi, dědo...“	„babi, dědo...“	jménem
Tempo řeči	normální až pomalé	pomalé	normální	rychlé	normální
Srozumitelnost, stručnost při vyjadřování	srozumitelně, stručně	srozumitelně, obsáhle	srozumitelně, dlouhé pomlky	srozumitelně, stručně	srozumitelně, stručně
Opakování informací	ano	ano	ano	někdy	ano
Úsměv	přiměřeně	přehnaně často	málo	velmi málo	přiměřeně
Vystupování sestry	příjemné	příjemné	příjemné i nepříjemné	většinou nepříjemné	celkem příjemné
Pohled-udržení očního kontaktu	ano	ano	většinou ano	velmi málo	ano
Haptika	ano	ano	ano	výjimečně	ano
Používání gest	ano, přehnaně	ano	ano	ano	ano
Trpělivost	trpělivá	velmi trpělivá	netrpělivá	netrpělivá	většinou trpělivá

**Zdroj:** Vlastní výzkum, 2019

Vysvětlení k Tabulce 7: **vždy** znamená u každého pacienta, **většinou** je u 8 pacientů z 10, **někdy** je u 5 pacientů z 10, **velmi málo** je u 3 pacientů z 10 a **výjimečně** je u 1 pacienta z 10.

#### **4. 1. 5 Testy k diagnostice demence**

V kategorii 5 jsme se věnovali tomu, jaké testy k diagnostice demence sestry znají a kdo je provádí a zda jsou testy prováděny na jejich oddělení.

V následující podkategorii jsme uvedli, zda sestry znaly testy k diagnostice demence. Testy většinou neuměly sestry pojmenovat, ale sestry (S2, S4, S7, S10 a S11) věděly, že testy nebo dotazníky existují. Sestra (S4) odpověděla: „*Nějaké testy jsou, ale jak se jmenují, nevím.*“ Sestra (S7) uvedla: „*Vím, že testy existují, ale neznám je. Nevím přesně co je obsahem testů, asi na paměť.*“ Testy provádí lékař, uvedly sestry (S2, S3, S4, S7, S8, S10, S11) a tři sestry specifikovaly, že testy provádí neurolog nebo psychiatr. Konkrétní testy uvedly sestry (S5, S8 a S9) a pojmenovaly je Minimental test (MMSE), test hodin, sedmičkový test, po sobě jdoucí prezidenti a Alzheimer test. Nejvíce testů, celkem 4, znala sestra (S5), která byla vysokoškolsky vzdělaná, v praxi byla celkem 33 let, na oddělení (O1) 17 let a na (O2) 16 let. Sestra (S5) odpověděla: „*Z testů znám minimental, ten u nás výjimečně provádí ošetřující lékař, součástí testu je i test hodin. Pak je sedmičkový test, kdy se od stovky odečítá po sedmi a prezidenti, jak jdou po sobě. Testy provádí neurolog nebo psychiatr. Ale testů je víc.*“

V této podkategorii jsme uvedli, zda se na oddělení, kde sestry pracovaly, prováděly testy k diagnostice demence. Šest sester (S2, S3, S4, S5, S6 a S7) uvedlo, že se testy na jejich oddělení provádí, čtyři sestry (S8, S9, S10, S11) uvedly, že se testy neprovádí a jedna sestra (S1) nevěděla. Sestra (S3) řekla: „*K nám chodí psychiatr, ten pacienta vyšetří a stanoví stupeň demence. Většinou psychiatra voláme, když potřebujeme pacienta umístit do DD.*“ Sestry, které uvedly, že se na jejich oddělení testy provádí, byly z oddělení (O1 a O2), sestry z oddělení (O3) se shodly, že se testy neprovádí. Sestra (S4) odpověděla: „*Pracuji se starými lidmi, tak vím, že se testy na oddělení provádějí, ale spíš výjimečně.*“

#### **4. 1. 6 Vzdělání v oblasti komunikace s pacienty s demencí**

Sestry (S1 a S8) uvedly, že se nevzdělávaly. Sestra (S1) odpověděla: „*Nevzdělávala jsem se, ani žádných seminářů a kurzů jsem se nezúčastnila, ale navštívím nějaký kurz.*“

V rámci kurzů nebo seminářů se vzdělávaly sestry (S2, S5, S4, S9), sestra (S2) řekla: „Navštívila jsem kurzy a přednášky, z každého jsem si něco odnesla, ale někdy je to spíš teorie a v praxi nepoužitelné,“ stejný názor měla i sestra (S5) „...někdy je to hezké teoretické, ale ne vše lze aplikovat v praxi“. Celý život se vzdělávala sestra (S6), praxí a zkušenostmi se vzdělávaly sestry (S3, S7, S10 a S11), sestra (S7) uvedla: „Nejvíc mi dala praxe, protože s čím se v praxi setkáte, to vás žádná škola nenaučí.“ Studium na vysoké škole se vzdělávaly sestry (S9 a S1). Sestra (S9) odpověděla: „Určitě jsem se vzdělávala studiem na vysoké škole, měly jsme předmět komunikace a v rámci dobrovolných školení.“

V této podkategorii jsme zjišťovali zájem sester o další vzdělávání v oblasti komunikace při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s demencí. Devět z jedenácti dotazovaných sester (S1, S2, S3, S4, S5, S7, S8, S9, S10) uvedlo, že by uvítaly další vzdělávání v péči o pacienty s demencí, ať už jako semináře, kurzy, přednášky nebo praktický nácvik. Některé by byly rády, kdyby přednášel někdo z praxe se zkušenostmi a ne teoretik. Sestra (S3) z oddělení (O1) uvedla: „Ráda bych se zúčastnila přednášky konkrétně pro naše oddělení a jen pro pár účastníků, nejlépe kdyby přednášel někdo z praxe a odpovídal na naše konkrétní dotazy a případy z praxe.“ Zájem o vzdělávání měly sestry ze všech oddělení (O1, O2 i O3). Jedna sestra z oddělení (O3) uvedla, že by se nic nového nedozvěděla a jedna sestra, také z oddělení (O3), řekla, že to nepotřebuje.

## 5 DISKUSE

V naší bakalářské práci na téma Problematika komunikace sestry a pacienta s demencí jsme zmapovali, jaké mají sestry zkušenosti s komunikací s pacienty s demencí, jejich teoretické znalosti zásad pro komunikaci s pacienty s demencí a osvědčené metody používané v praxi. Následně jsme zjišťovali, jaké jsou bariéry v komunikaci s těmito pacienty.

Stanovili jsme si tři cíle, tři výzkumné otázky, zvolili si metodu - dotazování, techniku sběru dat - polostrukturovaný rozhovor. Pro sběr dat byla využita doplňující technika pozorování. Bylo zvoleno dlouhodobé, přímé, zúčastněné pozorování. Dále jsme si vybrali výzkumný soubor, který tvořily sestry ze tří různých oddělení jedné nemocnice (Tabulka 2). Sestry na dvou ze tří oddělení, kde bylo prováděno výzkumné šetření, odpovídaly velmi ochotně, některé opatrně a nesměle, jiné velmi otevřeně. Některé odpovědi byly jednoslovné, tak jsme položili i otázky doplňující nebo jsme sestry povzbudili, aby se více rozpovídaly. Na většinu otázek sestry odpovídaly hned, u některých odpovědí chvíli přemýšlely. Rozhovory se sestrami byly zajímavé, ale velkým přínosem pro naši práci bylo zúčastněné pozorování sester. Zkombinovat rozhovory a pozorování nám umožnilo ucelený pohled na problematiku komunikace sester a pacientů s demencí. Po analýze výsledků našeho výzkumného šetření jsme vytvořili 6 kategorií a 14 podkategorií.

Jedním z našich cílů bylo zmapovat zkušenosti sester v komunikaci s pacienty s demencí. Ptali jsme se sester, jak často se setkávají s pacienty s demencí. Deset z jedenácti dotazovaných sester odpovědělo, že se s těmito pacienty setkává denně (při každé směně). Tyto sestry byly ze všech tří oddělení, kde bylo prováděno výzkumné šetření. Pouze jedna sestra, z oddělení (O3), odpověděla, že s pacienty s demencí se setkává výjimečně. Burda a Šolcová (2016) uvádí, že s pacienty s demencí se sestra setká na každém oddělení.

Zjišťovali jsme, jak sestry poznají, že pacient trpí demencí (Tabulka 3). Většina sester uvedla, že to pozná z chování pacienta, podle komunikace, vyjadřování a reakcí pacienta na různé situace. Pacient bývá dezorientovaný všemi směry, nejčastěji časem a místem. Dle Topinkové (2010) se u lehké demence objevuje porucha orientace, změny v chování anebo nálady pacienta. Dále je to zhoršený náhled pacienta nebo nespolehlivé užívání léků. U středně těžké demence je pacient dezorientován všemi směry, dochází



k poruše řeči a paměti, pacient nezvládá běžné denní aktivity. Těžká demence se projevuje těžkou poruchou paměti a těžkou dezorientací, pacient není schopen dodržovat hygienu, je inkontinentní a imobilní. Sestry také uváděly nepochopení a nevyhovění jednoduchým pokynům. Pacienti mají jiné (zvláštní) zvyky, například dávají nádobí pod polštář nebo matraci, dají si léky do peněženky nebo jídlo do kapes. Pacienti s demencí obtížně spolupracují, jejich odpovědi bývají nepřiléhavé. Sestry uváděly, že demenci poznají i z gest pacientů. Knížková et al. (2014) uvádějí, že je důležité, aby sestra sledovala i neverbální projevy pacienta. Sestra musí zaznamenat, když dojde ke změnám v chování pacienta. Dále sestry odpověděly, že lze demenci rozpoznat i z výrazu ve tváři pacienta. Dvě sestry řekly, že se to doví z anamnézy. K pacientovi tak přicházejí s vědomím, že pacient trpí demencí a podle toho zvolí přístup k pacientovi a přizpůsobí tomu komunikaci.

Domníváme se, že někteří z pacientů mají svůj svět a pokud s ním chcete komunikovat, musíte se vžít do jejich momentální situace a mluvit s nimi na jejich úrovni a nevyvracet jim jejich představy, pokud tak není učiněno, nemusí pacient spolupracovat a může být i agresivní. V pojetí Kučerové (2013) se mohou u pacientů objevit stavy zmatenosti, kdy je pacient dezorientovaný, nespolupracuje, je neklidný a agresivní.

Zajímalo nás, co sestry napadá, co si myslí, nebo co pociťují, když komunikují s pacienty s demencí (Tabulka 4). Nejčastěji sestry odpověděly, že myslí na to, že k pacientům s demencí musí zvolit individuální přístup, přizpůsobit komunikaci stavu pacientů, respektive stupni demence. Téměř třetina sester si myslí, že komunikovat s pacienty s demencí je zbytečná nebo marná práce. Tři sestry uvedly, že pociťují lítost, tyto sestry byly z akutních lůžek. Sestry z lůžek následné péče lítost neuvedly ani jednou. Myslíme si, že je to proto, že pacienti na lůžkách následné péče jsou hospitalizováni týdny až měsíce a dlouhodobá péče o tyto pacienty sestry vyčerpává. Jak uvádějí Ondřiová a Fert'alová (2014), na sestry jsou neustále kladeny vyšší nároky na odbornou a osobnostní úroveň. Sestry jsou zatíženy péčí o pacienta s demencí. Vysoká zátěž sester ovlivňuje negativně jejich zdraví, narušuje integritu osobnosti, ale i kvalitu ošetrovatelské péče. Dvě sestry uvedly, že neočekávají zlepšení v komunikaci s pacienty s demencí, spíše s progresí demence bude komunikace obtížnější. Uvědomují si, že s progresí demence bude komunikace s pacienty náročnější, protože bude potřeba více času na jednotlivé pacienty. V důsledku toho si jedna sestra myslí, že to pro ni bude velmi náročné a je si vědoma toho, že bude muset být

trpělivější. Sestry pociťovaly vztek, nechuť komunikovat, vyčerpanost, bezmoc. Jednu z dotazovaných sester napadlo, jací pacienti byli, co je bavilo a zajímalo, než začali trpět demencí. Tato sestra byla z akutních lůžek a v praxi byla 28 let. V dlouhodobé péči se využívá práce s biografií (s životním příběhem pacienta). Základem péče je znalost životního příběhu pacienta, porozumění tomu, jak člověk žil. Znalost pacientova životního příběhu umožňuje sestřám pochopit chování pacienta. U pacientů s demencí bývá zpočátku zachována dlouhodobá paměť, proto lze u těchto pacientů využít reminiscenční terapii neboli léčbu vzpomínkami. Na reminiscenční terapii se ve své studii zaměřily i Siverová a Bužgová (2016) a zjistily, že došlo ke zlepšení vztahu mezi pacienty a personálem. Práce s biografií se nevyužívá v nemocnicích, ale spíše v domovech pro seniory.

Dále jsme se sester zeptali, jaké znají teoretické zásady pro komunikaci s těmito pacienty (Tabulka 5). Dotazované sestry uvedly, že by se s pacienty s demencí mělo mluvit v klidu, pomalu a neustále opakovat pokyny. Výpovědi sester jsou v souladu s literaturou. Pro dobrou komunikaci s pacientem s demencí dle Holmerové a Mátlové (2015) je vhodné užívání krátkých jednoduchých vět zaměřených na jedno téma. Komunikaci by sestra měla podporovat vhodnými gesty a výrazem. Sestra by měla mluvit klidně, pomalu a nižším tónem hlasu, měla by používat nonverbální vyjadřovací prostředky (dotyk, držení za ruku, předvedení pohybu). Ke člověku s demencí by sestra měla vždy přistupovat otevřeně, přátelsky a laskavě. Měly by se z prostředí vyloučit rušivé prvky. Sestry dále uváděly, že by se na pacienty nemělo křičet, sestra by měla být trpělivá, neměla by přesvědčovat pacienty o realitě, nevymlouvat jim jejich pravdu, mít pro pacienty pochopení. S pacienty s demencí by se mělo mluvit stručně a v jednoduchých větách. Knížková et al. (2014) uvádějí, že komunikace s pacientem s demencí by měla být srozumitelná a věcná. Sestry by měly komunikovat v krátkých větách a nepoužívat odborné výrazy. Péče o pacienty s demencí je velmi náročná, ale sestry nesmí nikdy jednat s pacientem jako s dítětem (infantilizace). Ve výzkumném šetření jedna sestra uvedla, že záleží na stupni demence, že někdy je to jako s dětmi. Dotazované sestry uvedly vstřícnost a empatii, naslouchání a (jiný) individuální přístup, ale také uváděly vždy stejný postup při denních aktivitách, uklidnění pacienta, neponižování a dotyky. Dle Ritter- Rauch (2014) je pro pacienty nejlepší, když se každodenní aktivity provádějí ve stejnou dobu a stejné posloupnosti a jsou doprovázené stejnými slovy. Na akutních lůžkách je nemožné tohoto docílit, protože

se střídá personál a za krátkou dobu hospitalizace si pacienti nemohou zvyknout na režim oddělení a na sestry. Ale na lůžkách následné péče, kde jsou pacienti hospitalizováni dlouhodobě, je pravděpodobné, že si zvyknou na personál i na každodenní režim. Pacienti jsou již ve známém prostředí, vidí stejné tváře a to by mělo přispět k jejich klidu a pocitu bezpečí.

Druhým cílem bylo zjistit, jak sestry komunikují s pacienty s demencí. Po teoretických znalostech jsme se sester ptali, jaké komunikační techniky se jim v praxi osvědčily, a v rámci pozorování jsme zjišťovali, zda tyto techniky při komunikaci s pacienty s demencí používají v praxi (Tabulka 5). Dle Judda (2017) zůstává pro pacienty s demencí komunikace nezbytná, a to i v případě, že klesají komunikační schopnosti nemocného. Dále Judd (2017) uvádí výsledky (pozorovacího) výzkumu, kdy byly prokázány vazby mezi neefektivní komunikací sester a problémovým chováním u pacientů s demencí. Problémovým chováním byly verbální výbuchy, agrese a abstinenci příznaky, které měly za následek narušení péče a zvýšený stres pro sestry a náklady na péči. Sestra má zásadní úlohu při zachování důstojnosti a sebeúcty pacienta. Z výzkumu vyplývá, že flexibilita, čas na naslouchání pacientům a projevení náklonnosti způsobem, který je pro pacienta i sestru pohodlný, může zlepšit komunikaci s pacienty s demencí. Porovnávali jsme, jaké uvedly sestry osvědčené komunikační techniky a jaké techniky v rámci pozorování skutečně používaly (Tabulka 7). Ač sestry uvedly 15 metod, které se jim osvědčily v praxi, musíme konstatovat, že se některé sestry těmito osvědčenými metodami neřídily a v praxi je nepoužívaly. Jak sestry uvedly, v praxi se jim osvědčilo s pacienty mluvit pomalu, klidně, mírným hlasem a nekřičet na ně. Toto je uvedeno ve většině literatury, kterou jsme použili k naší bakalářské práci. Jedna sestra mluvila velmi pomalým tempem a naopak jiná sestra mluvila příliš rychle, vypadalo to, že spěchá anebo se nechce u pacientů dlouho zdržovat. Normálním tempem řeči mluvily tři sestry, z toho jedna sestra mluvila chvílemi pomalu a někdy přehnaně artikulovala. Mluvit klidně a vůbec nekřičet zvládly jen dvě sestry, jedna sestra zvýšila hlas výjimečně a dvě sestry zvyšovaly hlas (někdy i křičely) téměř v každé směně. Jedna sestra na pacienty křičela a někdy užíla i vulgárních výrazů. Zacharová (2016) uvádí, že neetické chování, dvojsmyslnost a urážky jsou od sestry neprofesionální. Opakovat otázky a požadavky, být trpělivá, to jsou další osvědčené metody v praxi dotazovaných sester. Čtyři sestry v praxi ukázaly, že opakování otázek nebo informací je pro ně samozřejmostí při komunikaci

s pacienty s demencí. Tři sestry byly trpělivé, z toho jedna sestra byla velmi trpělivá, až jsme měli pocit, že pokaždé ví, že je pozorována. Tato sestra byla u pacientů velmi oblíbená. Dvě sestry byly netrpělivé, a to nejen u pacientů s demencí. Dle Zvěřové (2017) se od sestry i přes minimální výsledky očekává trpělivost. Dále sestry uváděly, že při komunikaci používají jednoduché věty a hovoří stručně. Všechny pozorované sestry mluvily srozumitelně, z toho čtyři sestry mluvily stručně. Jedna sestra hovořila obsáhle, pacienti rozuměli pokynům, ale někdy neudrželi pozornost. Nevyvracet pacientům jejich představy a ke každému přistupovat individuálně - to jsou další metody, které se sestrám osvědčily. Jedna z pozorovaných sester, která v teoretických znalostech uvedla, že by se pacientům neměly vyvracet jejich představy, se v praxi s pacienty dohadovala a přesvědčovala je o realitě, nebo je odbývala, až ignorovala. Sestra by měla respektovat momentální stav pacienta, tím je myšleno, že pacient je v určité fázi demence, ale jeho psychický stav kolísá, sestra by měla komunikaci přizpůsobit stavu pacienta. Každý den je jiný. Dle Knížkové et al. (2014) je nutné přizpůsobit ošetrovatelskou péči aktuálnímu stavu pacienta. Z přístupu sester bylo vidět, že někteří pacienti jsou oblíbenější. Z dalších osvědčených komunikačních metod sestry udaly vstřícnost, empatii a používání gest a dotyků. Holmerová a Mátlová (2015) zdůrazňují, že je nutné verbální komunikaci podporovat projevy neverbálními, jako jsou gesta, mimika nebo lehký dotyk ruky. Všech pět sester využívalo v praxi neverbální komunikaci, ať už gesta nebo dotyky. Některá gesta byla tak výstižná, že nebylo třeba slov. I přesto sestry při gestikulaci hovořily. Jedna sestra gestikulovala přehnaně, někdy nebylo zřejmé, co je tím myšleno. Z dalších metod sestry uvedly - uklidnit pacienta, neponižovat ho a nebýt na něho zlá. V pojetí Knížkové et al. (2014) je profesionální přístup sestry pro pacienta s demencí rozhodující. Její jednání a chování pacienta uklidní a zbaví ho strachu a nejistoty. Důvěřovat pacientům a naslouchat jim, to jsou další komunikační techniky osvědčené v praxi dotazovaných a pozorovaných sester. Jak uvádí Trešlová (2014), základní komunikační dovedností sestry je naslouchání. Myslíme si, a to sestry nevedly, že je třeba nejen důvěřovat pacientovi, ale i získat pacientovu důvěru. Autorka Jurásková (2011) říká, že k získání důvěry pacienta je potřeba kombinovat verbální i neverbální komunikaci. Sestry dále uvedly, že je důležitý stále stejný postup při denních aktivitách. V rámci pozorování jsme zjistily, že na oddělení při provádění denních aktivit není problémem dodržovat stále stejný postup, protože harmonogram činností je v podstatě stejný každý všední den. Výjimkou byl přístup sester, například byl značný rozdíl v podání umyvadla pacientovi k lůžku

a přípravě hygienických pomůcek. Některé sestry pacientům s hygienou pomohly a komunikovaly s nimi, jiná sestra položila umyvadlo před pacienty a beze slov odešla.

Dle Hauke (2011) je při komunikaci s pacienty s demencí nejdůležitější trpělivost, vlídnost a úsměv. Při našem pozorování jsme zjišťovali, zda se sestry při komunikaci s pacienty s demencí usmívají. Dvě sestry se usmívaly přiměřeně situaci, jedna ze sester se usmívala příliš často, ne vždy byl úsměv na místě. Další sestra se usmívala málo a jedna velmi málo, tyto dvě sestry by se mohly usmívat více. Nejen, že by úsměv potěšil pacienty, ale i jim samotným by to prospělo.

Překvapilo nás, že některé sestry ráno, při prvním vstupu na pokoj ne vždy pacienty pozdravily. Pozdravit je přitom základem slušnosti. Z dalších, pro nás neprofesionálních přístupů sester, bylo oslovení pacienta. Tři sestry pacienty oslovovaly jménem, respektive příjmením pacienta. Jedna z těchto tří sester výjimečně oslovovala pacientky „kočko moje“, byly to pacientky, které byly sestře nějakým způsobem sympatické. Bohužel dvě sestry běžně oslovovaly pacienty familiárně – babi, dědo, i když s nimi nebyly v příbuzenském vztahu. Holmerová a Mátlová (2015) doporučují na počátku rozhovoru oslovit pacienta vždy jménem. Podle jeho reakce na oslovení sestra zjistí, zda jí pacient věnuje pozornost. Vzhledem k tomu, že pozorované sestry byly z oddělení následné péče, kde jsou pacienti dlouhodobě hospitalizováni, jsme nepředpokládali, že se budou sestry pacientům denně představovat. Sestry se ale nepředstavily ani pacientům, kteří byli nově přijati a docházelo tak k prvnímu kontaktu s pacienty.

Knížková et al. (2014) uvádí, že během komunikace se sestra neustále ujišťuje, zda pacient rozumí tomu, co říká, a snaží se udržet oční kontakt. Čtyři ze sester, které byly pozorovány, oční kontakt udržely, i když pacient očima uhýbal. Jedna sestra se většinou dívala jinam, z jejího vystupování bylo zřejmé, že komunikovat s pacienty jí nebaví a nemá o pacienty zájem. I v pojetí Zacharové (2017) by měla sestra udržet oční kontakt, sledovat pacientovu reakci, ujistit se, že pacient informaci rozumí a dát mu prostor pro vyjádření.

Dále jsme hodnotili celkový přístup k pacientovi, od pozdravu a oslovení pacienta, přes úsměv, dotyky až po udržení očního kontaktu (Tabulka 7). Tři sestry vystupovaly příjemně, obzvláště dvě sestry. Domníváme se, že je to tím, že tyto dvě sestry jsou věřící. Chovaly se jinak, lépe, mile, příjemně, trpělivě... měly k pacientům lepší přístup. Jedna sestra byla někdy milá a někdy se chovala nepříjemně, u této sestry to bylo podle

její nálady. Většinou nepříjemně se chovala jedna sestra, tady záleželo na jejím celkovém rozpoložení, ale také na tom, s kým byla ve směně. I tato sestra dokázala být někdy milá, ale to bylo spíš výjimečně. I když věděla, že je náhodně pozorována, chovala se velmi nevhodně.

Myslíme si, že vzdělávání sester v oblasti komunikace s pacienty s demencí je pro sestry přínosem, zejména pro sestry pracující na lůžkách následné péče. Proto nás mile překvapilo, že většina sester by se ráda vzdělávala v oblasti komunikace při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s demencí. Dotazované sestry by uvítaly, kdyby jim přednášel někdo z praxe a se zkušenostmi. Myslíme si, že by toto vzdělávání sestrám pomohlo, především některým sestrám, které byly v rámci našeho výzkumného šetření pozorovány.

Ve studii, která se zabývala rolí sestry specializované na demenci v akutní péči, Griffiths et al. (2015) uvádějí, že sestry specialistky byly identifikovány jako osoby, které mají potenciál zvýšit péči, snížit délku hospitalizace a náklady, pro tyto oblasti ale nebyly přímé důkazy shromážděny. Naopak existuje značné množství důkazů pro konkrétní intervence (prevence nežádoucích událostí, zlepšování péče o pacienty, lepší výsledky pacientů a získávání zkušeností), kdy sestry specializované na demenci byly přínosem pro pacienty, nemocnice i rodiny.

A v neposlední řadě jsme zjišťovali, jaké jsou bariéry v komunikaci sester s pacienty s demencí (Tabulka 6). Dle Linhartové (2007) je komunikačním problémem jakákoliv bariéra fyzického, psychického i fyzikálního rázu, která narušuje nebo zabraňuje průběhu komunikace. Téměř polovina sester uvedla jako bariéru v komunikaci s pacienty s demencí nespolupráci pacientů. Nepochopení jednoduchých úkolů. Z dalších bariér uvedly nedostatek personálu. To, že si pacient neuvědomuje svůj stav, uvedly jako bariéru v komunikaci tři sestry. Také agrese, ohrožování, zapomínání, automatizmy – to jsou v očích sester překážky bránící v komunikaci. Po jedné sestře odpovědělo, že jako bariéru vidí verbální problém, stupeň demence, poruchy kognitivních funkcí a další handicap (například hluchotu). Jedna ze sester odpověděla velmi zajímavě, za bariéru považuje i to, že pacient s demencí je uložen na stejném pokoji jako pacient, který demencí netrpí. Sestra se snaží domluvit s pacientem s demencí, a tak tomu přizpůsobí řeč a má pocit, že v očích spolupacienta, který nemá demenci, vypadá sestra hloupě. Zaujalo nás, že sestry zprvu viděly pouze bariéry

v komunikaci ze strany pacienta. Po položení otázky, zda mohou být bariéry i z jiné než z pacientovy strany, některé sestry chvíli přemýšlely a pak uvedly hluk, prostředí, nedostatek času a mnoho pacientů. Jak uvádí Venglářová (2007), bariéry v komunikaci mohou být ze strany sestry, pacienta, ale i v prostředí. Na jednu sestru je velký počet pacientů, například na jednom oddělení, kde bylo prováděno výzkumné šetření, měla jedna sestra, která mohla pracovat samostatně, bez dohledu, na starosti 36 pacientů a k tomu jen pomocný personál. Jako bariéru uváděly sestry nedostatek času, nemohou se pacientům věnovat, jak by některé sestry rády. Ale ani jedna z dotazovaných sester neuvedla bariéru ze strany sestry. Knížková et al. (2014) říkají, že i přes všechny překážky je důležité, aby sestra s pacientem komunikovala. Mlýnková (2011) uvádí, že problémem v komunikaci může být absence aktivního naslouchání.

Ve výzkumu, který se zabýval zkušeností sester s pacienty s demencí v nemocnici, Digby et al. (2017) uvádějí, že se nemocnice zaměřují hlavně na akutní péči a pacienti s demencí nejsou pro nemocnice prioritou. Lidé s demencí jsou stigmatizováni. Sestry se snaží o dokonalou péči o pacienta a zaměřují se na úkoly na úkor specifických potřeb pacienta. Chybí podpora sester. Z výzkumu vyplývá, že sestry, které pečují o pacienty s demencí, jsou nespokojené. Významnou úlohu v péči mají rodinní příslušníci, kteří jsou z péče vyloučeni.

Sestry věděly, že existují testy k diagnostice demence, ale většinou je neuměly pojmenovat. Věděly, že testy jsou ve formě dotazníků. Dále sestry uváděly, že testy k diagnostice demence provádí lékař, tři sestry specifikovaly specializaci lékaře. Existují i testy, které provádí sestra, dotazované sestry to neuvedly. Dle Schulera a Oстера (2010) jsou součástí diagnostiky demence testy, například test základních všedních činností dle Bartelové (ADL test) nebo test instrumentálních všedních činností dle Lawtova a Brodyho (IADL test). Tento test slouží ke zhodnocení funkčního dopadu kognitivní poruchy na složitější činnosti a soběstačnost v domácím prostředí. Demence se projeví právě tím, že člověk v těchto činnostech selhává. Tři sestry také znaly konkrétní testy, uvedly nejčastěji užívaný test - MMSE (Mnimental test). Jak uvádí Jiráček (2009), diagnostikovat demenci je složitý proces. K orientačnímu vyšetření poznávacích funkcí slouží různé testy, nejčastěji se užívá test MMSE, MoCA, test kreslení hodin nebo sedmiminutový test. Více než polovina sester uvedla, že na oddělení, kde pracují, se testy provádí. Ostatní sestry uvedly, že se testy neprovádí, a jedna sestra nevěděla.

Zajímalo nás, zda i jak sestry komunikace s pacienty s demencí zatěžuje. Deset z jedenácti dotazovaných sester při komunikaci s pacienty s demencí pocítují psychickou zátěž. Jak uvádějí Koňářík a Matějovská-Kubešová (2016) péče o pacienty s demencí je namáhavá nejen fyzicky, ale i psychicky, stejně tak uvádí i Kučerová (2006) a ještě dodává, že práce s pacienty s demencí patří mezi nejtěžší. Jedna sestra ještě dodala i časovou náročnost. O časové náročnosti se odborná literatura, kterou jsme studovali, nezmiňuje, autoři uvádějí zátěž psychickou a fyzickou. Z výzkumu Ondriové a Ferťalové (2014) vyplývá, že mladší sestry pocítují výraznější zátěž. Studie dále dokazuje propojení výskytu syndromu vyhoření v péči o starší osoby s demencí.

Vzhledem k nárokům, které jsou na sestry kladeny, jsou sestry náchylné k syndromu vyhoření, a proto je nutné tomuto problému předcházet.



## 6 ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se zabývali problematikou komunikace sestry a pacientů s demencí. Jak už bylo v této práci zmíněno, populace stárne a stárnutí přináší různé problémy. Závažným problémem se zdravotními a sociálními dopady je demence. Odborníci uvádějí, že demence je hrozbou 21. století. K zajištění odpovídající ošetrovatelské péče je důležité, aby sestry s pacienty s demencí vhodně komunikovaly.

Stanovili jsme si tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaké jsou bariéry v komunikaci sester a pacientů s demencí, jaká je náročnost komunikace s těmito pacienty. Druhým cílem bylo zmapovat zkušenosti sester v komunikaci s pacienty s demencí a posledním cílem bylo zjistit, jak sestry komunikují s pacienty s demencí. Ke zjištění cílů jsme si stanovili tři výzkumné otázky. První otázka byla, jaké bariéry se vyskytují v komunikaci sester a pacientů s demencí. Druhá otázka byla, jaké jsou zkušenosti sester v komunikaci s pacienty s demencí. Třetí otázka byla zaměřena na to, jak sestry komunikují při poskytování ošetrovatelské péče s pacienty s demencí. Naše cíle byly splněny. Výsledky výzkumného šetření prokázaly, že se sestry s pacienty s demencí setkávají při každé směně. Sestry umí vyjmenovat některé příznaky demence, znají komunikační techniky a mají své osvědčené metody pro komunikaci s těmito pacienty.

Analýzou dat jsme zjistili, že sestry, ač znají komunikační techniky a mají své osvědčené metody, tak v praxi všechny metody nevyužívají. Při zúčastněném pozorování sester, se potvrdilo, že komunikace sester s pacienty s demencí není adekvátní a správná. Sestry mají teoretické znalosti o dané problematice, ale v praxi je neumí používat. Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že pro sestry nebylo problémem při komunikaci s pacienty se vyjadřovat stručně a srozumitelně, gestikulovat, opakovat informace, pacientů se dotýkat nebo udržovat oční kontakt. Nedostatky jsme shledali při oslovení a pozdravení pacientů, sestry šetřily úsměvy, chyběla jim trpělivost a vystupování sester nebylo vždy příjemné. Dále jsme zjistili, že sestry v našem výzkumném souboru, které měly delší praxi, byly trpělivější, vstřícnější, empatičtější a měly pro pacienty větší pochopení. Domníváme se, že ale nezáleží jen na délce praxe nebo vzdělání sester, ale i na osobnosti sestry. Zjistili jsme, že pro sestry je komunikace s pacienty s demencí psychicky náročná.

Myslíme si, že by bylo přínosem, kdyby měly sestry na starosti menší počet pacientů. Dále se domníváme, že o pacienty s demencí by měly pečovat sestry, které jsou

proškolené a prokážou nejen znalosti, ale i praktické dovednosti v oblasti komunikace s pacienty s demencí. V rámci vzdělávání by sestry měly povinně navštěvovat kurzy na téma komunikace s pacienty s demencí, kde by se sestry pod vedením odborníků vzdělávaly v této oblasti, nejen teoreticky, ale i prakticky.

Sestry, zahrnuté do našeho výzkumného šetření, by uvítaly další vzdělávání pro rozšiřování svých vědomostí, například přednášky nebo školení. Přednášky by bylo vhodné doplnit simulační výukou. Simulační výuka je moderní metoda vzdělávání, která umožňuje propojení znalostí a dovedností, nácvik reálně nasimulovaných situací. Na základě zjištěných výsledků a zájmu sester z našeho výzkumného šetření bude realizován kurz na oddělení následné péče pro sestry na téma Jak komunikovat s pacienty s demencí (Příloha 2). Součástí kurzu budou i modelové situace. Dále bylo vytvořeno Desatero pro sestry při komunikaci s pacienty se syndromem demence, které slouží sestrám jako pomůcka (Příloha 3).

## 7 SEZNAM LITERATURY

1. ARCHALOUSOVÁ, A., 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus. 99 s. ISBN 80-86225-33-X.
2. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z., 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové: Nucleus. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.
3. BABIAKOVÁ, M. et al., 2006. Psychiatrická ošetrovatelská péče. In: MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M. *Organické duševní poruchy včetně symptomatických*. Praha: Grada, s. 190-197. ISBN 80-247-1151-6.
4. BARKER, S., BOARD, M., 2012. *Dementia care in nursing*. Londýn: Sage. 184 p. ISBN 978-0-85725-801-4.
5. BARTOŠ, A., 2016. Netestuj, ale POBAV-písemné záměrné pojmenování obrázků a jejich vybavení jako krátká kognitivní zkouška. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 79/112(6). 671-679. ISSN 1210-7859.
6. BARTOŠ, A., RAISOVÁ, M., 2015. *Testy a dotazníky pro vyšetření kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti*. Praha: Mladá fronta. 152 s. ISBN 978-80-204-3491-3.
7. BĚHOUNEK, J., 2014. Léčba v psychiatrii. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 93-115. ISBN 978-80-247-4236-6.
8. BLACKHALL, A. et al., 2011. VERA framework: communicating with people who have dementia. *Nursing standard*. 26(10), 35-39. doi:10.7748/ns2011.11.26.10.35.c8818.
9. BORZOVÁ, C., 2009. Vyšetřovací metody u demencí. In: JIRÁK, R. et al., *Demence a jiné poruchy paměti Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, s. 25-28. ISBN 978-80-247-2454-6.
10. BROOKE, J., 2018. Differentiation of delirium, dementia and delirium superimposed on dementia in the older person. *Br J Nurs*. 27(7), 363-367, doi:10.12968/bjon.2018.27.7.363.

11. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl: Pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
12. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., DOLANSKÝ, H., 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
13. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
14. HAUKE, M., 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3849-9.
15. HERDMAN, T. H., KAMITSURU, S., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
16. HOLMEROVÁ, I., 2011. Komunikace a etika v geriatrici. In: PTÁČEK, R. et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 193-198. ISBN 978-80-247-3976-2.
17. HOLMEROVÁ, I., 2009. Nefarmakologický management demence. In: JIRÁK, R. et al., *Demence a jiné poruchy paměti Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, s. 99-100. ISBN 978-80-247-2454-6.
18. HOLMEROVÁ, I., MÁTLOVÁ, M., 2015. *Dopisy*. 2. vydání. Praha: Česká Alzheimerovská společnost. 96 s. ISBN 978-80-86541-31-0.
19. JANOUŠEK, J., 2015. *Psychologické základy verbální komunikace*. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-4295-3.
20. JIRÁK, R., 2009. Epidemiologie demencí. In: JIRÁK, R. et al., *Demence a jiné poruchy paměti Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, s. 21. ISBN 978-80-247-2454-6.
21. JIRÁK, R., 2009. Léčba a léčitelnost demencí-biologické přístupy. In: JIRÁK, R. et al., *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, s. 88-90. ISBN 978-80-247-2454-6.
22. JUDD, M., 2017. Communication strategies for patients with dementia. *Nurse*. 47(12), 58-61, doi:10.1097/nurse.0000524758.05259.f7.

23. JURÁSKOVÁ, D., 2011. Etika a komunikace v ošetrovatelství. In: PTÁČEK, R. et al., *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 239-246. ISBN 978-80-247-3976-2.
24. KELNAROVÁ, J., 2014. *Psychologie komunikace pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
25. KNÍŽKOVÁ, J. et al., 2014. Organické duševní poruchy. In: PETR, T. et al. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 185-200. ISBN 978-80-247-4236-6.
26. KOŇAŘÍK, M., MATĚJOVSKÁ-KUBEŠOVÁ, H. 2016. Přístup profesionálních pečovatелů k pacientům s demencí. *Medicina pro praxi*. 13(2), 93-95. ISSN 1214-8687.
27. KUČEROVÁ, H., 2006. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.
28. KUČEROVÁ, H., 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-4733-0.
29. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetroující personál*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
30. MACHIELS, M. et al., 2017. Interventions to improve communication between people with dementia and nursing staff during daily nursing care: A systematic review. *Int J Nurs. Stud.* 66(1), 37-46, doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.11.017.Epub2016.
31. MÁTL, O. et al., 2016. *Zpráva o stavu demence* [online]. Praha: ČASL o.p.s. 43 s. [cit. 2019-02-14]. ISBN 978-80-86541-50-1. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvательства-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4>.
32. MIKULÁŠÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. vydání. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
33. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J., 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: NCONZO. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
34. MLÝNKOVÁ J., 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

35. O'BRIAN, R. et al., 2018. The VOICE study- A before and after study of a dementia communication skills training course. *PLOS ONE*. 13(6), 1-16, doi.org/10.1371/journal.pone.0198567.
36. ONDRIOVÁ, I., FERŤALOVÁ, T., 2014. Psychická a fyzická zátěž při péči o nemocné s demencí. *Sestra*. 24(2), 24-25. ISSN 1210-0404.
37. PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada. 181 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
38. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
39. POKORNÁ, A., 2010(a). *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. 3. vydání. Brno: NCONZO. 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.
40. PROVAZNÍKOVÁ, E., KALVACH, Z., 2019. *Noviny pro pečující laiky: Komunikace a svéprávnost* [online]. Brno: Diakonie ČCE [2019-01-22]. *Pečuj doma*. 11(1), 6-7. Dostupné z: <http://www.pecujdoma.cz/res/archive/002/000403.pdf>
41. RITTER-RAUCH, R., 2014. *Život s demencí Tipy pro rodinné příslušníky a pečující osoby*. [online]. Yverdon-les-Bains: Švýcarský spolek pro Alzheimerovu chorobu [cit. 2019-3-25]. Dostupné z: [www.apsscr.cz/cz/projekty/cesko-svycarska-spoluprace-demence](http://www.apsscr.cz/cz/projekty/cesko-svycarska-spoluprace-demence).
42. RUSSEL, J. L., WANDA, G. W., 2009. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál. 372 s. ISBN 978-80-7367-464-9.
43. SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. vydání. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
44. SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 975-80-247-3013-4.
45. SIVEROVÁ, J., BUŽGOVÁ, R., 2016. Reminiscence v péči o seniory s demencí. *Česká slovenská psychiatrie*. 112(2), 88-93. ISSN 1212-0383.
46. ŠVAŘÍČEK, R., 2007. Metody sběru dat. In: ŠVAŘÍČEK, R. et al., *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

47. TOMOVÁ, Š., 2016. Komunikační dovednosti zdravotnického pracovníka. In: TOMOVÁ, Š. KŘIVKOVÁ, J. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada, s. 30-45. ISBN 978-80-271-0064-4.
48. TOPINKOVÁ, E., 2010. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5.
49. TÓTHOVÁ, V., 2014. Konspekt ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vydání. Praha: Triton, s. 13-36. ISBN 978-80-7387-785-9.
50. TREŠLOVÁ, M., 2014. Komunikace ve fázích ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vydání. Praha: Triton, s. 173-198. ISBN 978-80-7387-785-9.
51. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
52. VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací, efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. 322 s. ISBN 978-80-247-2614-4.
53. WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y., 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-4423-0.
54. VÖRÖSOVÁ, G. et al. 2015. *Ošetrovatelská diagnostikův práci sestry*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
55. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
56. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
57. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
58. ZELENÍKOVÁ, R., 2011. Verbální komunikace. In: PLEVOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. s. 20-28. ISBN 978-80-247-3558-0.

59. ZVĚŘOVÁ, M., 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada. 143 s. ISBN 978-80-271-0561-8.



## **8 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru se sestrami

Příloha 2: Desatero pro sestry při komunikaci s pacienty se syndromem demence

Příloha 3: Návrh kurzu – Jak komunikovat s pacienty s demencí

Příloha 4: Pozorovací arch

## Příloha 1 *Otázky k rozhovoru se sestrami*

- muž x žena

1. Jaké je vaše dosažené vzdělání?
2. Jak dlouho jste v praxi?
3. Na jakém oddělení pracujete, popřípadě předchozí pracoviště?
4. Jak často ošetřujete pacienty s demencí?
5. Co to pro vás znamená, když se v praxi setkáte s pacienty s demencí? - náročnost psychická, fyzická – časová...
6. Co pociťujete (si myslíte), když s těmito pacienty komunikujete?
7. Podle čeho poznáte, že pacient trpí demencí?
8. Jaké jsou bariéry v komunikaci s pacienty s demencí?
9. Jaké zásady znáte a jaké uplatňujete v praxi (co se Vám osvědčilo) pro komunikaci s pacienty s demencí?
10. Jaké znáte testy k diagnostice demence?
11. Jaké diagnostické testy se provádí na vašem oddělení, a kdo je provádí?
12. Jak se vzděláváte v péči o pacienty s demencí?

**Zdroj:** Vlastní výzkum, 2019

DESATERO pro sestry při komunikaci s pacienty se syndromem demence

1. Při vstupu na pokoj pozdrav a oslov pacienta jménem
2. Mluv pomalu, stručně, v klidu a nekřič
3. Používej jednoduché a srozumitelné věty
4. Buď trpělivá
5. Opakuj informace a pokyny
6. Používej při komunikaci gesta
7. Dotýkej se pacienta
8. Přizpůsob komunikaci aktuálnímu stavu a stupni demence pacienta
9. Zachovej důstojnost pacienta
10. Naslouchej pacientovi

**Zdroj:** Vlastní, 2019

### Příloha 3 *Návrh kurzu*

**Vzdělávací oblast:** Komunikace

**Téma kurzu:** Jak komunikovat s pacienty s demencí

**Komu je určen:** Všeobecné sestry, praktické sestry, ošetřovatelky a sanitárky v nemocnici (ONP)

**Počet lidí:** 8 – 10 účastníků

**Prostředí:** zasedací místnost ONP

**Délka trvání:** 4 hodiny s přestávkami

**Anotace:** kurz se uskuteční na základě výzkumného šetření, které ukázalo, že sestry mají zkušenosti s komunikací s pacienty s demencí, mají teoretické znalosti a také osvědčené metody pro komunikaci, ale některé sestry tyto komunikační metody v praxi nepoužívají. Budou uvedeny a rozebrány i komunikační bariéry.

**Cíl kurzu:** informovat a nacvičit správnou komunikaci mezi sestrou (popřípadě pomocným ošetřovatelským personálem) a pacientem s demencí

**Úvod:** představení a seznámení všech zúčastněných, sdělení důvodu proč kurz navštívili a co od kurzu očekávají, zkušenosti z praxe

#### **Obsah kurzu**

1. Úvod do problematiky demencí
2. Komunikace s nemocným s demencí
3. Shrnutí výsledků výzkumného šetření
4. Zkušenosti sester s komunikací s pacienty s demencí
5. Komunikační bariéry
6. Vybrané techniky a jejich nácvik
7. Kazuistiky z praxe
8. Názory, připomínky a poznámky zúčastněných

**Vyučovací metody:** Monologické – přednáška, Dialogické – brainstorming, Aktivizující - nácvik modelových situací

**Vyhodnocení:** Přínos semináře bude zjišťován prostřednictvím anonymního dotazníku pro účastníky kurzu pro zjištění zpětné vazby.

**Zdroj:** Vlastní, 2019

Příloha 4 *Pozorovací arch*

	S1	S2	S3	S4	S5
Pozdrav při vstupu na pokoj					
Oslovení pacienta					
Tempo řeči					
Srozumitelnost, stručnost při vyjadřování					
Opakování informací					
Úsměv					
Vystupování sestry					
Pohled- udržení očního kontaktu					
Haptika					
Používání gest					
Trpělivost					

**Zdroj:** Vlastní výzkum, 2019

## **9 SEZNAM ZKRATEK**

ADL – Activities of daily living (všední denní činnosti)

AIDS – Acquired imine deficiency syndrome (syndrom získaného selhání imunity)

ARIP – Anesteziologie a resuscitace v intenzivní péči – specializační vzdělávání

Bc. – bakalář, vysokoškolský titul

BPSD – behaviorální a psychologické symptomy demence

CT – počítačová tomografie

CNS – centrální nervový systém

ČALS – Česká alzheimerská společnost

DD – domov důchodců

EEG - elektroencefalografie

EKG - elektrokardiografie

IADL – Instrumental of daily living (identifikace instrumentálních denních činností)

MMSE – Mini-Mental state examination (krátký test kognitivních funkcí)

MoCA – Montrealský kognitivní test

MR – magnetická rezonance

P-PA-IA – podpora, poradenství, pomoc-programové aktivity-individuální aktivity

POBAV – Pojmenování Obrázků A jejich Vybavení (test kognitivních funkcí)

RTG – rentgen

SPECT/PET – tomografická scintigrafie/pozitronová emisní tomografie

TK – krevní tlak

VERA – validation, emotion, reassure and activity (validace, emoce, uklidnění a aktivita)

VOŠ – vyšší odborná škola

WAB – testy řečových funkcí