

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Komunikace s osobami seniorského věku s demencí u
Alzheimerovy nemoci

Veronika Vlachová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Komunikace s osobami seniorského věku s demencí u Alzheimerovy nemoci*“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a podkladů uvedených v seznamu citované literatury.

V Olomouci dne 2. 12. 2023

Veronika Vlachová

Poděkování

Děkuji Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, vstřícný přístup a laskavost. Také děkuji všem blízkým za podporu a trpělivost.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Veronika Vlachová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024
Název práce:	Komunikace s osobami seniorského věku s demencí u Alzheimerovy nemoci
Název v angličtině:	Communication with elderly people with dementia caused by Alzheimer's disease
Zvolený typ práce:	Výzkumná práce – zpracování primárních dat
Anotace práce:	<p>Bakalářská práce na téma „Komunikace s osobami seniorského věku s demencí u Alzheimerovy nemoci“ se zaměřuje na zkoumání povědomí ošetřujícího personálu o správných technikách komunikace s pacienty trpícími demencí. Práce analyzuje aspekty komunikace v běžné praxi ošetřujícího personálu a zkoumá míru využití komunikačních technik při interakci s pacienty s demencí.</p> <p>V teoretické části práce je objasněn pojem demence, jeho klasifikace a vliv na osobnost jednotlivce. Dále jsou detailně popsány různé formy komunikace, včetně bazální stimulace, a pravidla komunikace s pacienty trpícími demencí.</p> <p>V praktické části práce jsou prezentovány výsledky kvantitativního výzkumu provedeného prostřednictvím dotazníku v několika zdravotnických zařízeních. Kromě toho obsahuje analýzu výsledků, diskusi a návrhy na řešení, včetně doporučení pro praxi.</p>
Klíčová slova:	demence, komunikace, pravidla komunikace, ošetřující personál
Anotace v angličtině:	<p>The bachelor's thesis on the topic "Communication with elderly people with dementia in Alzheimer's disease" focuses on investigating the awareness of nursing staff about the correct techniques of communication with patients suffering from dementia. The work analyzes aspects of communication in the routine practice of nursing staff and examines the degree of use of communication techniques when interacting with patients with dementia.</p> <p>In the theoretical part of the work, the concept of dementia, its classification and its influence on the individual's personality are clarified. Various forms of communication, including basal stimulation, and the rules of communication with patients suffering from dementia are also described in detail.</p> <p>In the practical part of the thesis, the results of quantitative research conducted through a questionnaire in several healthcare facilities are presented. In addition, it contains an analysis of the results, a discussion and suggestions for solutions, including recommendations for practice.</p>
Klíčová slova v angličtině:	dementia, communication, rules of communication, nursing staff
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – Dotazník
Rozsah práce:	50 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

Jméno a příjmení: **Veronika VLACHOVÁ**
Osobní číslo: **D18047**
Adresa: **Na Vějíři 785/6, Svitavy – Lány, 56802 Svitavy 2, Česká republika**
Téma práce: **Komunikace s osobami seniorského věku s demencí u Alzheimerovy nemoci**
Téma práce anglicky: **Communication with elderly people with dementia caused by Alzheimer's disease**
Vedoucí práce: **Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.**
Ústav speciálněpedagogických studií

Zásady pro vypracování:

- 1) Zdůvodnění tématu kval. práce, výběr vstupní studijní literatury
- 2) Průběžná rešeršní činnost, definování klíčových konceptů
- 3) Formulace cílů práce a pracovních otázek
- 4) Příprava zpracování kval. práce
- 5) Průběžné studium, analýza a kritické posouzení dohledaných (vědeckých) poznatků
- 6) Průběžná tvorba jednotlivých oddílů kvalifikační práce a konzultace
- 7) Kritické zhodnocení tvorby práce, plnění kritérií kladených na kval. práce a její odevzdání

Seznam doporučené literatury:

- 1) JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- 2) KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Alternativní a augmentativní komunikace v praxi pracovníků sociálních služeb*. Vsetín: Vzdělávací a komunitní centrum Integra Vsetín, 2011. ISBN 978-80-260-0059-4.
- 3) NEUBAUER, Karel a Tereza SKÁKALOVÁ. *Poruchy komunikace u dospělých a stármoucích osob*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-640-7.
- 4) BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ. *Poznejte demenci správně a učas: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, 2010. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2282-8.
- 5) MÜLLER, Oldřich. *Pohled na speciálněpedagogickou péči o seniory s demencí. e-Pedagogium: nezávislý vědecký časopis pro interdisciplinární výzkum v pedagogice* [online]. 2008, 8(2), 54-60 [cit. 2021-02-03]. ISSN 1213-7758. Dostupné z: <https://e-pedagogium.upol.cz/pdfs/epd/2008/02/05.pdf>
- 6) a....: *Česká alzheimerská společnost* [online]. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2015 [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>

Obsah

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 Demence.....	9
1.1 Vymezení pojmu demence.....	9
1.2 Dělení demencí.....	11
1.1.1 Primárně degenerativní demence.....	12
1.1.2 Sekundární demence.....	16
1.3 Vliv projevů demence na osobnost člověka.....	18
1.4 Vliv na aktivity denního života.....	18
1.5 Behaviorální a psychologické příznaky (BPSD).....	18
1.6 Postižení kognitivních funkcí.....	19
2 Komunikace.....	20
2.1 Formy komunikace.....	20
2.1.1 Verbální komunikace.....	20
2.1.2 Neverbální komunikace.....	21
2.2 Komunikace s osobou s demencí.....	24
2.3 Specifika komunikace s osobou s demencí.....	24
PRAKTICKÁ ČÁST.....	26
3 Kvantitativní výzkum – dotazníkové šetření.....	26
3.1 Metodika výzkumu.....	26
3.2 Výsledky dotazníkového šetření.....	28
3.2.1 Personální informace.....	28
3.2.2 Pracovní pozice.....	29
3.2.3 Praxe v oboru péče o seniory a pacienty s demencí.....	30
3.2.4 Komunikace s osobami seniorského věku s demencí u Alzheimerovy nemoci.....	31
3.3 Shrnutí výsledků dotazníkového šetření.....	42
Závěr.....	44
Seznam literatury.....	46
Seznam tabulek.....	47
Seznam grafů.....	48
Seznam příloh.....	49
Příloha 1.....	49

Úvod

V současnosti demografové často diskutují o stárnutí naší populace. Narodilo se méně dětí, a zároveň se zvyšuje počet seniorů díky prodlužování kvality a délky života, a logicky tedy přibývá jednotlivců, kteří odcházejí do starobního důchodu.

Kromě zajištění optimálních životních podmínek pro seniory se stále častěji zabýváme i specifickými problémy a nemocemi, které se u této skupiny vyskytují. Jednou z prominentních forem demence, o níž se stále více mluví, je Alzheimerova choroba. Rostoucí délka života ve vyspělých zemích a prodlužující se střední délka života v zemích „třetího světa“ vedou k rychlému procesu „stárnutí“ celosvětové populace. Tím logicky narůstá i počet jedinců, kteří jsou vystaveni riziku demence. V České republice se odhaduje, že počet pacientů trpících demencí se pohybuje v rozmezí 150 000 až 200 000 jedinců. Z této celkové populace přibližně 100 000 pacientů bojuje s Alzheimerovou nemocí. Tato čísla zdůrazňují významné zdravotní výzvy spojené s demencí v naší populaci. (Pidrman, 2007, s.184)

Demence, včetně Alzheimerovy choroby a dalších typů, vážně postihuje starší jedince, přičemž má značný dopad na jejich osobnost. Tempo, jak rychle dochází k destrukci osobnosti, závisí hlavně na konkrétním typu demence a případně na sprážených nemocích. Prognostické odhady týkající se počtu jedinců s demencí vyvolávají znepokojení. Následkem této nemoci může postižený ztrácet schopnost vyjadřovat se slovy, přičemž komunikace přechází do podoby mumlání nebo bezvýznamné řeči. Nicméně lze nadále komunikovat prostřednictvím gest, dotyků a společně prováděných drobných činností. S rozvojem onemocnění mohou vzniknout také změny v chování nebo další potřeby postiženého, což komplikuje péči. To může zahrnovat nevhodné dotýkání se ostatních nebo projevy náhlého a nepředvídatelného chování.

Komunikace je klíčovým prvkem lidského života. Máme přirozenou potřebu sdílet zážitky, pocity a potřeby s ostatními. Při komunikaci jsou klíčové tři zásadní principy: chtít, umět a moci komunikovat. U pacientů trpících demencí často nastává situace, kdy nemohou nebo neumějí komunikovat kvůli své nemoci. Proto je mimořádně důležité, aby osoba poskytující péči měla schopnost, ochotu a schopnost komunikovat správným způsobem a využívat různé formy komunikace.

Cílem této práce je poskytnout lepší porozumění pojmu demence, přiblížit jeho klasifikaci a stádia. Dále se zde zaměřím na specifikaci jednotlivých forem komunikace a jejich možnosti v kontextu péče o pacienty trpící demencí. Práce také směřuje k poskytnutí rad pečujícím osobám a doporučení pro jejich další vzdělávání, aby byli schopni co nejlepší péče o pacienty s demencí.

V teoretické části mé práce budu využívat metodu rozboru literatury, která se týká tématu demence a komunikace s pacienty trpícími touto chorobou.

V praktické části mé práce se zaměřím na sběr dat prostřednictvím dotazníku, jeho statistické vyhodnocení a prezentaci závěrečných doporučení. Zároveň budu zjišťovat úroveň znalostí pracovníků nejen přímé sociální péče v následujících zdravotnických zařízeních. Zvolila jsem konkrétně tato zařízení, jelikož jsem v některých z nich byla na praxi, nebo zde pracuje některý z mých příbuzných, anebo žijí či žili v těchto zařízeních někteří lidé z mé širší rodiny: Seniorcentrum města Svitavy s.r.o.; Domov na rozcestí Svitavy; Domov u studánky (Anenská Studánka); Paprsek, příspěvková organizace (Velké Opatovice); ALZHEIMER HOME Pardubice.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Demence

1.1 Vymezení pojmu demence

Pojem demence odvozuje svůj původ z latiny a překládá se doslovně jako „bez mysli“. V latinském jazyce značí „mens“ mysl, a předpona „de“ vyjadřuje odstranění. Termín "demens" tak odráží stav mysli odchýlené od rozumového jednání. Historické prameny ukazují, že tento výraz poprvé ve spojitosti s medicínou použil Aurelius Cornelius Celsus v prvním století našeho letopočtu. Tato definice podtrhuje nutnost porozumění demence jako poruchy kognitivních funkcí, kde dochází k postupné ztrátě schopnosti rozpoznávat, pamatovat si a rozhodovat. (Buijssen, 2006, s. 76)

Demence představuje klinický syndrom, jehož vznik je spojen s organickým postižením mozku, a to obvykle s chronickým nebo progresivním průběhem. Toto postižení má za následek závažnou poruchu kognitivních a behaviorálních funkcí, která zásadně ovlivňuje kvalitu života pacienta. Vyšší korové funkce jako paměť, orientace, schopnost řeči, učení a úsudek jsou narušeny, přičemž vědomí zpravidla zůstává neporušeno. Spolu s poklesem těchto funkcí se projevuje také porucha kontroly emocí a sociálního chování. Většina demencí postižených trpí též poruchou motoriky. Pro jedince s demencí následuje postupná degradace osobnosti, neboť nemoc je destruktivní a v terminální fázi pacient málokdy připomíná svůj původní stav. Těžce postižený jedinec s demencí uzavírá svůj život podobně, jako do něj vstoupil - závislý na péči druhých ve všech svých potřebách, připomínající bezmocné dítě. Z výše uvedených informací vyplývá, že demence není pouze záležitostí nemocného jednotlivce. Je to komplexní situace, která zahrnuje nejméně dvě strany - nemocného a jeho pečovatele. (Buijssen, 2006, s. 76-88)

Navzdory pokroku v oblasti medicíny zůstává přesná příčina demence neznámou. I přes stále se rozvíjející medicínský výzkum zůstává tato nemoc ve velké míře nerozluštěnou hádankou. Existují však faktory, které jsou spojeny s vyšším rizikem vývoje demence. (Jirák, Obenberger a Preiss, 1998, s. 75-92)

Diagnóza demence se obvykle stanovuje na základě klinického obrazu, což zahrnuje psychiatrické (neuropsychiatrické) a psychologické vyšetření. Pouhý patologický nález z obrazových metod, jako jsou CT (výpočetní tomografie), MR (magnetická rezonance), PET (pozitronová emisní tomografie) nebo SPECT (jednofotonová emisní výpočetní tomografie),

není vždy dostačující, protože míra atrofie nebo funkčního postižení nemusí vždy odpovídat stupni demence.

Demenci lze chápat jako vážné onemocnění, při němž dochází k poruše kognitivních funkcí natolik, že výrazně ovlivňuje celkové schopnosti a život postiženého pacienta. Pro plné pochopení a diagnostiku je klíčové zkoumat a hodnotit různé aspekty pacientova chování a kognitivních funkcí. (Pidrman, 2007, s. 175)

Intelligence, což je celková úroveň kognitivních funkcí, zahrnuje kvalitativní povahu vědomí, tedy schopnost správně vnímat sebe sama a okolní situaci. Je důležité si uvědomit, že intelligence není pouze otázkou kvantity, jak tomu může být například při ospalosti nebo bezvědomí. V rámci demence, kde dochází k poruchám vyšších funkcí mozku, jako jsou paměť, myšlení, orientace, schopnost řeči, učení a úsudku, zůstává vědomí pacienta zachováno.

Tato porucha kognitivních funkcí má vliv nejen na myšlení, ale také na každodenní aktivity a projevuje se v různých psychologických a behaviorálních symptomech, včetně poruch emocí, chování, spánku a spánkového cyklu. Postižený jedinec postupně ztrácí kontrolu nad svými emocemi a sociálním chováním, což vede k postupné závislosti na péči rodiny, nemocnice nebo ústavu sociální péče. (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 65-100)

Alzheimerova choroba bývá nejčastější příčinou demence, ale existuje více než 60 dalších onemocnění, která mohou vést k tomuto stavu. Demence představuje soubor příznaků, jejichž příčiny mohou být různorodé. Některé nemoci jsou vždy spojeny s rozvojem demence, zatímco u jiných může být projev demence přítomný či nikoli, jako například u pacientů s AIDS. Určení konkrétní příčiny demence může být komplexní a vyžaduje podrobné vyšetření. (Jirák, Obenberger a Preiss, 1998, s. 78)

Věk: Jedním z nejvýraznějších rizikových faktorů pro demenci je stáří. S nárůstem věku se zvyšuje pravděpodobnost výskytu demence.

Genetická predispozice: Existuje genetická složka spojená s demencí. Některé formy demence mají rodinnou historii, což znamená, že jedinci s příbuznými postiženými demencí mají vyšší riziko.

Chronická hypertenze: Vysoký krevní tlak (hypertenze) byl spojen s vyšším rizikem demence. Dlouhodobé vystavení mozku vysokému tlaku může ovlivnit jeho funkci a vést k rozvoji demence.

Traumatická poranění hlavy: Některá traumatická poranění lebky mohou zvyšovat riziko demence. To se týká zejména závažných poranění, která mohou ovlivnit strukturu nebo funkci mozku.

Jiné faktory: Mezi další rizikové faktory patří diabetes, kouření, vysoká hladina cholesterolu, obezita a nedostatečná fyzická aktivita. (Pidrman, 2007, s. 85-92)

Je důležité si uvědomit, že demence může být komplexním onemocněním, jehož vývoj může být ovlivněn kombinací genetických, environmentálních a životních faktorů. Přestože neexistuje definitivní léčba, snahy o prevenci a včasnou diagnostiku jsou klíčové pro zlepšení kvality života postižených jednotlivců. (Kalvach, 2008, s. 336)

1.2 Dělení demencí

Demence, jako komplexní skupina onemocnění, je klasifikována podle různých kritérií, která pomáhají lépe porozumět a řadit specifické typy demencí. Jedním z nejčastěji používaných klasifikačních hledisek je etiopatogenetické, které rozděluje demence do dvou základních skupin:

- **Primárně degenerativní demence**
- **Alzheimerova choroba:** Nejčastější forma demence, charakterizovaná postupným úbytkem kognitivních funkcí a tvorbou patologických amyloidních plaků v mozku.
- **Frontotemporální demence:** Ovlivňuje oblasti mozku spojené s chováním a osobností.
- **Demence s Lewyho tělísky:** Souvisí s tvorbou abnormálních struktur v mozku, tzv. Lewyho tělísky.
- **Demence při Parkinsonově chorobě:** Spojuje se s motorickými poruchami a postupným úbytkem kognitivních schopností.
- **Huntingtonova chorea:** Geneticky podmíněná demence spojená s postižením nervového systému. (Topinková, 1999, str. 137)
- **Sekundární demence**
- **Demence ischemicko-vaskulární:** Způsobená problémy s krevním zásobením mozku, například cévní mozkovou příhodou.

- **Smíšená demence:** Kombinace různých forem demence, například Alzheimerovy choroby a vaskulární demence.

1.1.1 Primárně degenerativní demence

Primárně degenerativní demence mají svou základní příčinu v degenerativním poškození mozku. U těchto onemocnění však není dostatečně objasněna přesná příčina. Předpokládá se, že může existovat genetický predispoziční faktor nebo může být výsledkem interakce více faktorů, jako jsou stresory, infekce, autoimunitní procesy a samozřejmě stárnutí.

Genetické faktory mohou hrát roli ve vzniku primárně degenerativních demencí, což znamená, že náchylnost k těmto onemocněním může být zděděna v rodině. Dále se však uplatňují i další vnější faktory, jako jsou stres a infekce, které mohou přispívat k rozvoji onemocnění.

Autoimunitní procesy, při nichž imunitní systém napadá vlastní buňky a tkáně, a vliv věku jsou také uváděny jako možné faktory ovlivňující vývoj degenerativních demencí. Celkově je třeba zdůraznit, že i když jsou některé souvislosti známy, komplexnost těchto onemocnění znamená, že přesná příčina zůstává v mnoha případech nejasná. (Topinková, 1999, s.105-135)

Demence s Lewyho tělísky:

Demence s Lewyho tělísky postihuje obvykle muže starší 75 let a patří mezi druhé nejčastější neurodegenerativní onemocnění. Toto onemocnění lze rozdělit do forem převážně podkorové, převážně korové a smíšené. Vyznačuje se výrazným poškozením pozornosti, častými halucinacemi a bludy, depresí, poruchami koordinace, pády a silnou přecitlivělostí na antipsychotika, což se často projevuje pádem. Dlouhodobě je to progredientní onemocnění, které končí smrtí. Z krátkodobého hlediska může dojít k výrazným kolísáním stavu během několika dní a někdy i během několika hodin. (Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009, s. 65-100)

Frontotemporální demence:

Frontotemporální demence představují 3-5 % všech demencí v populaci a dokonce u 15 % nemocných před 65. rokem věku (Vlček, Fialová, 2009). Celkově tedy zahrnují přibližně 10 % všech případů demencí.

Rusina a Radoslav uvádí, že „*frontotemporální lobární degenerace se objevují od 5 decannia (tedy o dekádu dříve než Alzheimerova nemoc) a představují asi 10 % demencí.*

Jejich prevalence stoupá s věkem, ve vyšších věkových skupinách jsou výrazně překryty exponenciálně stoupajícím výskytem Alzheimerovy nemoci.“ (Rusina et al., 2014, s. 28)

Charakterizuje je postupné oslabení čelních nebo spánkových laloků mozku. Přesná příčina tohoto typu demence není zcela jasná, ale vzhledem k častému výskytu v rodině se předpokládá genetický vliv. Onemocnění se začíná projevovat nenápadně, s postupným zhoršováním příznaků. Projevy demence závisejí převážně na lokalizaci postižení. Poškození čelní oblasti mozku může vést ke změně osobnostních rysů a chování. V případě postižení dominantního čelního a spánkového laloku se demence často projevuje obtížnou artikulací, potížemi s plynulostí řeči, komolením slov a obtížemi s vyjadřováním. Nicméně nemocní obvykle dobře rozumí přijímaným informacím. Postižení přední části spánkových laloků může způsobit plynulou řeč bez dostatečného obsahu, neschopnost porozumět sdělovaným informacím a ztrátu nabytých znalostí. (Vlček, Fialová, 2009 s. 368)

ALZHEIMEROVA NEMOC:

Alzheimerova choroba, pojmenovaná podle německého psychiatra Aloise Alzheimerera, je neurodegenerativní onemocnění mozku. Onemocnění postihuje kognitivní funkce a způsobuje postupný úpadek duševních schopností.

Zvěřová uvádí: „Alzheimerova choroba je závažné progresivní ireverzibilní neurodegenerační onemocnění, které zasahuje do života celé pacientovy rodiny. Charakteristickým rysem nemoci je nenápadný plíživý začátek, kdy si prvních příznaků povšimne spíše okolí než pacient samotný.“ (Zvěřová, 2017, s. 3)

Historie této choroby sahá do roku 1892, kdy byly popsány senilní plaky. Roku 1906 je často považován za začátek výzkumu Alzheimerovy choroby, kdy byla přednesena Alzheimerova přednáška. Objevy Bloca a Marinesca v roce 1892 byly klíčové pro počátek studia této nemoci. Diagnostika Alzheimerovy choroby je obtížná, protože se nemoc projevuje různě u různých jedinců. Symptomy, jako jsou výpadky paměti a kognitivní potíže, nejsou vždy specifické pro tuto chorobu a mohou být zaměněny s jinými onemocněními s podobnými příznaky. Podle Glennera stojí za vznikem Alzheimerovy nemoci několik různých genů. Některé případy jsou dědičné, ale ve většině případů je výskyt náhodný. Onemocnění se často projevuje ve vyšším věku. (Glenner, 2012, s. 19)

Alzheimerova demence zahrnuje pomalý a progresivní úpadek a zmenšování mozku. Charakteristické jsou dva neobvyklé typy nervového poškození: shluky a plaky lepkavé

hmoty zvané beta-amyloid a vláknité smotky obsahující tau, což jsou dva hlavní patologické znaky Alzheimerovy choroby. (Glennner, 2012, s. 19-28)

Alzheimerova choroba postihuje paměť, myšlení, schopnost rozhodování, a nakonec vede k celkové ztrátě kognitivních funkcí. Progrese nemoci je pomalá a postupuje, což klade důraz na roli rodiny a pečovateli v péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou. (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 11)

Podle Bragдона a Gamona neexistuje žádný test, který by jednoznačně mohl stanovit diagnózu Alzheimerovy nemoci u živého člověka, a stoprocentní diagnóza je možná až po smrti. (Bragdon, Gamon, 2009, s. 13)

Alzheimerova nemoc způsobuje progresivní odumírání nervových buněk v mozkové hemisféře. Vývoj nemoci může trvat 8 až 20 let, a to v závislosti na podmínkách a zdravotním stavu jednotlivce. Přestože existují podobné projevy a rysy Alzheimerovy nemoci, každý postižený je prožívá individuálně. (Bragdon, 2009, s. 13)

Odborná veřejnost se shoduje, že náchylnost k Alzheimerově chorobě a dalším typům demencí je ovlivněna geneticky, avšak geny nejsou jediným faktorem. Genetické predispozice mohou být buď rozvinuty, nebo potlačeny životním stylem a prostředím. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 66)

Podle Jiráčka a Holmerové je Alzheimerova choroba závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů a následné mozkové atrofii, což má za následek syndrom demence. Odborníci se shodují v tom, že stejně jako u ostatních forem demencí, Alzheimerova nemoc není jednotným onemocněním s jednou příčinou. Určité geny mohou zvyšovat náchylnost k nemoci, ale není to jediný faktor vedoucí k rozvoji Alzheimerovy nemoci. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 66)

Podle Carperové, i když je Alzheimerova choroba stále ničivou a bolestnou záležitostí, odborníci jsou čím dál optimističtější. Nové možnosti nabízejí zmenšení rizika a možná i prevenci onemocnění. Nový slogan šířený internetem v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky zní: „Objevili jsme lék na Alzheimerovu chorobu. Je jím prevence.“ (Carper, 2011, s. 23)

Holmerová uvádí, že ještě před dvěma desetiletími byly zmínky o Alzheimerově nemoci vzácné, ale o ní se začalo mluvit více přibližně před 15 lety, zejména v souvislosti s novými možnostmi léčby. Do klinické praxe byly zavedeny léky nazývané „kognitiva“, které

mohou výrazně zpomalit průběh Alzheimerovy choroby. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 67)

Koukolík zdůrazňuje, že demence je soubor příznaků s více než šedesáti příčinami, přičemž Alzheimerova nemoc je zodpovědná za polovinu až dvě třetiny všech případů. Asi pětinu případů způsobují mnohočetné drobné vměstky do mozkových tepen. (Koukolík, Jirák, 1998, s. 78)

Holmerová a kol. zdůrazňují, že Alzheimerova choroba je nákladným a závažným onemocněním s dopadem na jednotlivce, rodiny a společnost. V současné době je v rozvinutých zemích dopad Alzheimerovy choroby na zdraví lidí vyjádřený jako zátěž onemocněním měřený tzv. DALY (disability adjusted life years), který zahrnuje ztracená léta života i léta žitá v horší kvalitě, a je srovnatelný s nejzávažnějšími onemocněními, jako jsou srdeční a cévní choroby či rakovina. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s.79-90)

Statistiky naznačují, že téměř 70 % všech případů demence připadá na Alzheimerovu nemoc. S věkem se zvyšuje i počet postižených, a přibližně polovina osob ve věku 80 let trpí touto chorobou. Toto onemocnění je spojeno s postupnou atrofií mozku, což vede k narůstající demenci s poruchou myšlení, dezorientací a postupnou ztrátou kognitivních funkcí, která může vyústit až do stavu celkové zmatenosti. Příčina Alzheimerovy nemoci zůstává nejasná, i když se uvažuje o možné dědičné predispozici nebo vlivu infekce. Průběh onemocnění je často nenápadný a plíživý, přičemž okolí si často všimne změn v chování dříve než samotný postižený. Pacient začíná zapomínat, kam umístil běžné předměty, jako jsou brýle nebo peněženka. Dochází k postupnému úpadku paměti a kognitivních schopností. Orientace v čase a prostoru je narušena, a v pokročilejších stádiích pacienti ztrácejí schopnost vykonávat běžné každodenní aktivity. Dalšími projevy onemocnění jsou prozopagnózie, kdy pacienti nejsou schopni rozpoznat jednotlivé osoby, a nakonec ani své nejbližší příbuzné. Orientace ve vlastním bytě se zhoršuje, a bez pomoci se mohou stát neschopnými i základních úkonů, jako je nalezení vlastní postele. Často se objevují neklid, poruchy chování, spánkové problémy, změny v řeči a náladách.

Několik znaků, které by mohly naznačovat vývoj Alzheimerovy choroby, zahrnuje:

- Problémy s prováděním běžných úkolů
- Obtíže s komunikací a řečí

- Ztráta paměti
- Obtíže s abstraktním myšlením
- Změny v náladě a chování
- Proměny v osobnosti
- Celková ztráta orientace
- Poruchy rozumového úsudku
- Úbytek iniciativy

(ČALS, 2022)

1.1.2 Sekundární demence

Sekundární demence zahrnují širokou škálu onemocnění, která mohou mít různé příčiny a projevy. Mezi ně patří:

Posttraumatické demence: Vznikají po traumatickém poranění mozku, což může být následek úrazu nebo jiného traumatického incidentu.

Infekční demence: Způsobené infekcí mozku, například syfilis nebo infekce centrální nervové soustavy.

Metabolické demence: Vznikají v důsledku poruchy metabolismu, často spojené s onemocněním jater.

Demence u endokrinních onemocnění: Souvisí s poruchami hormonálních funkcí, například v důsledku onemocnění štítné žlázy.

Demence spojená s nádory centrální nervové soustavy: Může být způsobena přímým působením nádoru na mozek.

Demence při onemocnění ledvin: Souvisí s poruchami ledvin, které mohou ovlivnit funkci mozku.

Vaskulární demence: Představuje téměř 20 % všech demencí a je spojena s cévními problémy v mozku.

Toxická demence při Parkinsonově chorobě: Může se objevit u pacientů s Parkinsonovou chorobou v důsledku léčby.

Toxická demence při Huntingtonově chorobě: Spojuje demenci s genetickým onemocněním, Huntingtonovou chorobou.

Traumatická demence: Obecně spojena s opakovanými traumatickými poraněními mozku, například u sportovců.

Demence při normotenzním hydrocefalu: Souvisí s abnormálním hromaděním mozkomíšního moku.

Demence při infekcích: Může být způsobena různými infekcemi, jako jsou například HIV (virus lidské imunitní nedostatečnosti) nebo další infekční choroby ovlivňující centrální nervovou soustavu.

Celkově lze konstatovat, že sekundární demence vznikají v důsledku různorodých faktorů, a každá z nich vyžaduje specifický přístup k diagnostice a péči.

(Pidrman, 2007, s. 130-156)

Smíšené demence:

Smíšené demence jsou skupinou onemocnění, kde dochází ke kombinaci neurodegenerativního postižení a postižení s cévně-metabolickým původem. Tato forma demence zahrnuje různé faktory a často představuje diagnostickou výzvu.

Rozlišení a diagnostika smíšené demence jsou často nejisté, což znamená, že je obtížné jednoznačně určit, které faktory přispívají k celkovému postižení. V posledním desetiletí došlo k nárůstu pacientů s kombinací vaskulární demence a jinými formami demence, zejména Alzheimerovou chorobou.

Až 80 % starších lidí má evidenci o smíšené vaskulární a Alzheimerově demenci. To znamená, že mnoho jedinců s demencí může mít současně neurodegenerativní a cévní složky, což komplikuje jak diagnostiku, tak i léčbu těchto stavů. (Pidrman, 2007, s.130-156)

1.3 Vliv projevů demence na osobnost člověka

Demence, což doslovně znamená "bez myslí," představuje stav, kdy dochází k postupnému úpadku kognitivních funkcí. V průběhu tohoto progresivního onemocnění se člověk mění od stádia s téměř nepostřehnutelnými projevy demence až po poslední fázi, kdy se těžko poznává jako ta samá osoba, kterou byl na začátku onemocnění. V počáteční fázi jsou projevy demence téměř nezatelné, zatímco v poslední fázi končí život postiženého tak, jak začal – bezmocně, podobně jako dítě. Demence znamená nejen poruchu kognitivních funkcí, ale také provází celou řadou změn, poruch chování a různorodou psychiatrickou symptomatologií. (Hauke, 2014, s. 83)

Anglosaská literatura často používá schéma, které zahrnuje tři hlavní oblasti postižení: A – postižení aktivit denního života (activities of daily living), B – behaviorální a psychologické příznaky demence (behavior), C – postižení kognitivních funkcí (cognition). (Jiráček, Obenberger, Preiss, 1998, s. 88)

1.4 Vliv na aktivity denního života

Aktivity denního života zahrnují schopnost žít samostatně v běžném prostředí bez pomoci druhé osoby. Dělí se na dvě kategorie: aktivity instrumentální, jako je nakupování, vaření, uklízení, cestování, nakládání s penězi, a aktivity základní, například schopnost najít se, dojít si na záchod, obléknout se a další. Na začátku onemocnění se často zhoršují profesní aktivity, kdy pacient zapomíná plnit pracovní povinnosti nebo dělá chyby, které mu před onemocněním nečinily problémy. S postupující progresí onemocnění se porucha rozšiřuje na aktivity instrumentální, a nakonec i na aktivity základní. Pacient se stává plně závislým na pomoci druhých. Funkční stav pacienta se hodnotí pomocí různých testů, jako je například Barthelův test všedních činností (IADL - The Lawton Instrumental Activities of Daily Living) nebo hodnocení základních sebeobslužných aktivit denního života dle Katze. (Hauke, 2014, s. 88-112)

1.5 Behaviorální a psychologické příznaky (BPSD)

Behaviorální příznaky demence jsou jedním z nejnepříjemnějších projevů onemocnění, ovlivňující nejen pacienta, ale i jeho okolí. Tyto příznaky se někdy mohou objevit již na začátku onemocnění, zejména u frontotemporálního typu demence, ale obvykle se rozvíjejí ve středním stádiu a vrcholí v terminálním stádiu. Intenzita poruch chování může být různá. (Glennner, 2012, s. 54)

U Alzheimerovy choroby a demence s Lewyho tělísky je častým projevem agitovanost, která se může projevovat mírným neklidem, nesmyslným chováním, až po silné stavy neklidu, agresivitu a ničení věcí kolem sebe. Dalšími příznaky mohou být psychotické jevy, jako jsou bludy (například o krádeži) nebo zrakové halucinace. Emoční poruchy zahrnují záchvaty vzteku, smutku a pláče, přičemž deprese jsou běžné a vyskytují se u 20-50 % pacientů s Alzheimerovou chorobou. Poruchy spánku jsou také časté, s obvyklým posunem cyklu spánek – bdění. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 96-103)

1.6 Postižení kognitivních funkcí

Kognitivní funkce zahrnují schopnost výběru a zpracování informací, což umožňuje adaptaci na okolní prostředí. Poruchy kognitivních funkcí vedou k problémům s motivací, vůlí, plánováním a prováděním úkonů. Hlavním příznakem je pokles paměti, který zahrnuje obtíže s vstřípivostí, zapamatováním nových informací a vybavováním vzpomínek. Dochází také k poruchám myšlení, abstrakce, logického uvažování a soudnosti. Poruchy řeči zahrnují obtíže s hledáním slov, formulováním vět a používáním opisů. (Kalvach, 2008, s. 34-66)

S pamětí souvisí i poruchy orientace, které se nejprve projevují časovou, místní a prostorovou dezorientací. V pozdějším stádiu může docházet i k dezorientaci vlastní osobou. Porucha intelektu vede ke snížení soudnosti a kritičnosti, a mohou se objevit i poruchy exekutivních funkcí, zejména u subkortikálního typu demence, což ovlivňuje schopnost plánovat a provádět složitější úkony. (Kalvach, 2008, s. 34-66)

2 Komunikace

Komunikace, odvozená z latinského slova „communicare“, znamená spolupodílet se nebo spoluúčastnit se na něčem. V dnešním kontextu chápeme komunikaci spíše jako vzájemné sdílení a sdělování. Každá kultura má svůj vlastní systém komunikace, zahrnující jazyk, tj. národní formu mluvené a psané řeči, a také specifická gesta a chování, jejichž význam nemusí být vždy zřejmý ostatním kulturám. Přesto existují společné formy komunikace všech kultur, dělicí se na verbální a neverbální. (ČALS, 2022)

2.1 Formy komunikace

Komunikace existuje ve dvou základních formách: verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní). Kromě nich je důležitá i komunikace činy, což zahrnuje jednání v souladu s dohodou nebo chování, které slouží jako vzor pro ostatní. Neverbální komunikace, která může zahrnovat gesta, mimiku a tělesný jazyk, má za účel potvrzovat, doplňovat nebo upřesňovat verbální informace. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 204) Verbální a neverbální komunikace jsou někdy nesouladné, a to může vést k tzv. dvojní vazbě, kdy se obsah slov odlišuje od neverbálních signálů. Příjemce informace obvykle věří neverbálním gestům, pokud zaznamená neshodu mezi oběma formami komunikace. Proto je důležité věnovat pozornost oběma aspektům komunikace a zajistit, aby byly v souladu, což přispívá k otevřené a efektivní komunikaci. (Buijssen, 2006, s. 183)

2.1.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace se odehrává prostřednictvím slov, a to buď ústně, písemně, živě, reprodukovatě, přímo či nepřímo. Tato forma komunikace má několik aspektů, včetně ústní nebo písemné formy, živého nebo reprodukovatého přenosu informací. Při verbální komunikaci je důležité brát v úvahu volbu slov, která mohou ovlivnit porozumění a atmosféru komunikace. Negativní vlastnosti verbální komunikace mohou zahrnovat časovou náročnost, komunikační šumy a bariéry, stejně jako zkreslení ústních sdělení při komunikaci zprostředkované. Výběr vhodných slov je klíčový, protože ovlivňuje myšlení, chování a porozumění příjemce. Špatně zvolená slova mohou ztížit konverzaci a vést k problémům v komunikaci. Při verbální komunikaci je důležité dodržovat několik pravidel pro efektivní komunikaci, jako je jasnost výsledného cíle, naslouchání druhé straně, stručnost, věcnost, upřímnost, taktnost a klidné vystupování. Dialog a rozhovor jsou považovány za základní formy verbální komunikace, přičemž dialog se zaměřuje na kvalitu slov a může vést k synergickému efektu mezi účastníky. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 187)

2.1.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace zahrnuje různé prvky, které přispívají k dorozumívání bez použití slov.

Mimika: Proměny obličeje, které vyjadřují různé emoce.

Haptika: Komunikace pomocí dotyku, která může vyjadřovat emoce, upoutat pozornost nebo sloužit různým rituálům.

Pohledy očí: Směr a délka pohledu, které mohou vyjadřovat různé informace a dojmy.

Gestika: Pohyby rukama a dalšími částmi těla, které mohou být převzaty ze společnosti nebo se naučeny.

Posturologie: Způsob, jakým člověk stojí nebo sedí, což může něco naznačovat o jeho stavu nebo náladě.

Proxemika: Vzdálenost mezi lidmi při komunikaci, což může ovlivňovat vnímání vztahů a intenzitu komunikace.

Teritoriatika: Ovládání nebo ochrana určitého osobního prostoru, což může odrážet sociální vztahy a postavení.

Pohyby: Celkové pohyby těla, které mohou doplňovat nebo posilovat verbální komunikaci. Pohyby rukama: Specifická gesta nebo pohyby rukama, které mají svůj význam v komunikačním kontextu.

Některé z těchto prvků mohou být univerzální, zatímco jiné se mohou lišit v různých kulturách. Jejich kombinace přispívá k celkovému dorozumění mezi lidmi. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s.179)

Specifika neverbální komunikace ve zdravotnictví:

Ošetřovatelské situace mají velký vliv na výběr, použití a intenzitu neverbálních projevů. Zážitky a zkušenosti pacienta se zdravotníkem souvisí s neverbálními projevy při následujících setkáních. Osobnostní vlastnosti (např. věk, oblečení, temperament) zdravotníka i pacienta utvářejí jakýsi obraz mimoslovní komunikace. V průběhu delší komunikace může pak zdravotník očekávat od pacienta určité vžité způsoby neverbálního projevu. Neverbální komunikace ve zdravotnictví má velký význam, jelikož pomáhá sestře vést komunikaci potřebným směrem, zvýšit její efektivitu, lépe zvládat své chování a jednání, ovlivňovat první

dojem, kterým působí na pacienty a lépe pochopit emoce, prožívání a potřeby pacientů. Je také velmi důležité rozlišit prostředí ve zdravotnictví, ve kterém se komunikace odehrává (ambulance, lůžkové oddělení), roli příjemce (sestra – pacient, pacient – lékař), vztahy mezi komunikujícími (přátelství, autorita, nadřazenost), dobu, v které se komunikace odehrává (před operací, před propuštěním pacienta) a v neposlední řadě délku komunikace (krátká konverzace při vizitě, cíleně naplánovaný rozhovor). Sestra musí umět vnímat, ale i dešifrovat neverbální signály vysílané pacientem. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011)

BAZÁLNÍ STIMULACE:

Vymezení pojmu bazální stimulace

Bazální stimulace je koncept využívaný ve speciální pedagogice a ošetrovatelství, zaměřený na osoby s různými tělesnými nebo duševními postiženími, ve stavu vigilního kómatu nebo s omezeným vnímáním. Tento koncept se uplatňuje v různých zařízeních, včetně ústavů sociální péče, nemocnic, domovů důchodců a dalších institucí, kde hraje klíčovou roli při poskytování efektivní péče.

Podle Hůskové bazální stimulace zlepšuje zdravotní stav pacientů s poruchou vnímání a hybnosti tím, že cíleně stimuluje smyslové orgány. Tento přístup může podporovat vytváření nových nervových spojení v mozku a novou přestavbu buněk v určitých částech mozku. (Hůsková, Kašná, 2009, s. 45)

Bazální stimulace využívá různé smyslové kanály pro komunikaci a navázání kontaktu s pacienty. Mezi tyto kanály patří komunikace somatická (vjemy z povrchu a nitra těla), vestibulární (vnímání rovnováhy těla), vibrační (stimulace receptorů na kůži pro vnímání vibrací), auditivní (stimulace sluchových podnětů), optická (stimulace zrakových vjemů), olfaktorická (stimulace čichových vjemů) a orální (stimulace chuťových vjemů). Dále je důležitá komunikace taktilem (dotykem) a hmatem. (Friedlová, 2007, s. 76)

Komunikace s lidmi s omezenými schopnostmi komunikace vyžaduje specifické znalosti a cit pro rozpoznání subtilních reakcí pacienta. Je klíčové pozorovat specifické projevy, kterými pacient vyjadřuje své pocity a preference. Náznaky pozitivního prožívání mohou zahrnovat zamžikání očima, uvolnění svalového napětí, pravidelné dýchání a pozitivní mimiku. Naopak znaky nepříjemných pocitů mohou zahrnovat neklidný dech, zavírání očí,

pláč a křik. Důkladné porozumění těmto projevům umožňuje lépe porozumět potřebám pacientů a zlepšit péči, kterou jim poskytujeme. (Friedlová, 2007, s. 76-87)

Využití bazální stimulace u osob s demencí

Deset pravidel pro komunikaci s klienty v konceptu bazální stimulace:

1. Přivítat se a rozloučit se s pacientem vždy stejnými slovy: Upevněním konstantního pozdravu a rozloučení se pacient cítí jistěji a může snáze reagovat.
2. Komunikaci zahájit vždy iniciálním dotykem (dotyk na stejném místě těla): Iniciální dotyk může být důležitý pro navození spojení a pohodlí u pacienta.
3. Vyslovovat zřetelně, a ne příliš rychle: Pomalá a srozumitelná řeč usnadňuje pacientovi porozumět a reagovat na komunikaci.
4. Mluvit přirozeně a stejnou výškou hlasu: Stálá hlasová intonace a hlasitost mohou pomoci pacientovi udržet pozornost a lépe porozumět sdělení.
5. Mít na paměti, aby naše mimika, tón a gestikulace odpovídaly významu toho, co říkáme: Konzistence mezi verbální a neverbální komunikací podporuje jasné dorozumění.
6. Komunikovat takovou formou, na kterou je pacient zvyklý (důležitá je anamnéza): Zohlednění osobních preferencí pacienta vede k efektivnější komunikaci.
7. Pokud klient není zvyklý na zdobněliny, nepoužívat je: Respektování individuálních preferencí týkajících se jazykového stylu.
8. Komunikovat v jednu chvíli pouze s pacientem, a ne s více osobami najednou: Minimalizace rušivých vlivů a soustředění se na jednoho komunikačního partnera.
9. Snažit se odstranit všechny rušivé vlivy, které by bránily v komunikaci s pacientem: Vytvoření klidného prostředí podporuje efektivní komunikaci.
10. Vždy nechat prostor na reakci klienta na naše slova: Poskytnutí času pro reakci umožňuje pacientovi aktivní účast v komunikaci a vyjádření svých potřeb.

2.2 Komunikace s osobou s demencí

Při péči o pacienta s demencí je klíčové projevovat velkou trpělivost, neustále reflektovat jeho stav a aktivně zjišťovat jeho potřeby a přání. Je nezbytné být pozorný, empatický a využívat komunikaci jak neverbální, tak taktilní (samozřejmě pouze v souladu s pacientovými preferencemi). Demence nezpůsobuje pouze pokles kognitivních funkcí, ale také vznik dalších symptomů, což zvyšuje zranitelnost pacienta, a tím i potřebu poskytovat mu podporu. Každý pacient je jedinečná osobnost s vlastními zážitky, zálibami. Proto je důležité shromáždit co nejvíce informací o pacientovi, aby mu bylo možno poskytnout jednotný přístup, který mu přinese pocit jistoty. Udržování neustálého kontaktu s pacientem je rovněž klíčové, abychom zjistili, jakým způsobem reaguje na různé situace. Tím lze předejít možným nedorozuměním a zmatkům. Vzhledem k poškození verbální složky komunikace v důsledku demence může pacient zažívat pocity izolace a osamělosti. Proto je pro zdravotnický personál důležité být obeznámen s prvky neverbální komunikace, aktivně se snažit porozumět signálům vysílaným pacientem a vhodně na ně reagovat. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 76)

2.3 Specifika komunikace s osobou s demencí

Pro efektivní komunikaci s pacientem trpícím demencí je klíčové získat co nejvíce informací o konkrétním stupni a typu demence, který pacienta postihuje. Důležité je být informován o životě pacienta, včetně jeho koníčků, oblíbené hudby, knihy, zvyků i rituálů. V této situaci představuje rodina dobrý zdroj informací. Osobní dotazy na pacienta jsou také vítány, zejména pokud jde o jeho preference ohledně oslovení.

Důležité je minimalizovat situace, ve kterých by se pacient musel často rozhodovat mezi více alternativami, protože jeho schopnost přijímat a zpracovávat podněty může být omezená, což může vyvolat negativní emoce. Komunikace by měla probíhat v jednoduchých větách, srozumitelně a pomalu.

Instrukce je nejlepší poskytovat postupně a ve formě krátkých sdělení. Například, pokud chceme, aby pacient provedl ranní hygienu, měli bychom mu nejprve říct, aby si umyl obličej, a až poté přidat další úkol, například čištění zubů. Při práci s nemocným je vždy důležité sdělovat, co právě děláme, a informovat ho o čase a prostoru. Například, „Dnes je středa, 17. ledna, sedíte v křesle a já vás nyní přesunu do postele.“

Dalším klíčovým prvkem úspěšné komunikace je respektovat rozhodnutí pacienta, pokud nechce provádět nějakou činnost, a nenaléhat na něj. Nenáleží nám ponižovat

nemocného, vysmívat se mu, kritizovat ho nebo mu předhazovat jeho nedostatky, protože by na to mohl reagovat agresivně.

Kontakt s pacientem můžeme navázat tím, že činnost, kterou provádí, opakujeme jak slovně, tak pohybově. Také není vhodné vyvracet pacientovy představy, o kterých mluví. Místo toho se snažme pochopit, co se v pacientovi odehrává, položením vhodných otázek.

Jinými slovy, mějme citlivý přístup k pacientovi, veďme zdánlivě nesmyslné rozhovory a snažme se podporovat dobrou náladu. Například, pokud hledá manželku, která zemřela, nebudeme mu znovu připomínat její smrt, ale namísto toho se budeme snažit reagovat otázkou, která by mohla v pacientovi vyvolat pozitivní emoce. Právě tak, pokud pacient hledá slova a nemůže si vzpomenout, zkuste mu napovědět nebo najít jiný způsob vyjádření stejného významu. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 67-100)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Kvantitativní výzkum – dotazníkové šetření

V průběhu mého výzkumu jsem se zaměřila na dva hlavní cíle. Prvním bylo zhodnotit, jak probíhá komunikace mezi ošetřujícím personálem a pacienty s demencí u Alzheimerovy nemoci. Druhým cílem bylo posoudit, do jaké míry ošetřovatelé a ostatní personál dodržují komunikační zásady při interakci s pacienty trpícími demencí u Alzheimerovy nemoci.

V rámci těchto cílů jsem položila několik **klíčových výzkumných otázek**:

1. Jakým způsobem probíhá komunikace mezi ošetřujícím personálem a pacienty s demencí u Alzheimerovy nemoci?
2. Jaká je úroveň znalostí personálu o specifikách komunikace s pacienty trpícími demencí u Alzheimerovy nemoci?
3. Do jaké míry personál dodržují komunikační pravidla při práci s pacienty s demencí u Alzheimerovy nemoci?

Tyto otázky mi umožnily podrobně zkoumat a analyzovat interakce a postupy komunikace v kontextu péče o pacienty s demencí u Alzheimerovy nemoci ze strany ošetřujícího personálu.

3.1 Metodika výzkumu

Dotazníkové šetření bylo provedeno mezi ošetřujícím personálem a vedoucími pracovníky (celkový počet 300 respondentů), kteří se aktivně účastnili výzkumu. Zvoleným přístupem byl kvantitativní výzkum, protože měl za cíl získat informace od širšího spektra respondentů. Dotazník byl navržen tak, aby poskytoval strukturovaná data a umožňoval systematické vyhodnocení výsledků.

Důraz byl kladen na zachování úplné anonymizace odpovědí respondentů, a tato skutečnost byla sdělena všem respondentům před zahájením šetření. Cílem bylo zajistit otevřenost a upřímnost při vyplňování dotazníků.

Výsledky z dotazníkového šetření poskytnou podklady pro analýzu komunikace ošetřujícího personálu a vedoucích pracovníků s pacienty trpícími demencí u Alzheimerovy nemoci. Data získaná tímto výzkumem budou sloužit k zhodnocení průběhu komunikace, úrovně znalostí ošetřujícího personálu o specifikách komunikace s pacienty a dodržování komunikačních pravidel v praxi.

Kritériem pro výběr respondentů byla jejich pracovní náplň, která primárně obsahuje práci a pravidelné setkávání se s pacienty s demencí u Alzheimerovy nemoci, a tím jsem získala pouze validní informace. Jak jsem již zmiňovala v úvodu práce, daná zařízení pro provedení výzkumu jsem si zvolila z důvodu blízké vzdálenosti od mého bydliště. Dále také proto, že jsem tam byla na praxi, nebo zde pracuje některý z mých příbuzných, anebo jsou/byli v těchto zařízeních umístění někteří lidé z mé širší rodiny.

Konkrétně se jedná o tyto zařízení: **Seniorcentrum města Svitavy s.r.o.; Domov na rozcestí Svitavy; Domov u studánky (Anenská Studánka); Paprsek, příspěvková organizace (Velké Opatovice); ALZHEIMER HOME Pardubice** s celkovým počtem 300 respondentů.

Dotazník byl navržen s cílem získat důležité informace o ošetřujícím personálu, jeho praxi a přístupu k pacientům trpícím Alzheimerovou nemocí. Následující jsou klíčové body, proč byl použit právě tento dotazník:

- **Personální informace:** Zjištění věku, pohlaví a pracovní pozice respondentů umožní identifikovat demografické charakteristiky a profesní postavení.
- **Praxe v oboru péče o seniory a pacienty s demencí:** Sběr informací o délce praxe v oboru péče o seniory a pacienty s demencí umožní posoudit úroveň zkušeností respondentů v dané oblasti.
- **Komunikace s osobami seniorského věku s demencí:** Otázky zaměřené na komunikaci poskytnou pohled na praktiky respondentů při péči o pacienty s Alzheimerovou nemocí.
- **Faktory důvěry a odborná příprava:** Zjištění, jaké faktory respondenti považují za důležité při budování důvěry s pacientem s Alzheimerovou nemocí, a jejich postoje k odborné přípravě v oblasti komunikace.
- **Školení personálu:** Záznam o preferovaných formách vzdělávání a názory na zlepšení školení personálu v oblasti komunikace s pacienty trpícími Alzheimerovou nemocí.

Tento dotazník má za cíl poskytnout komplexní pohled na přístup ošetřujícího personálu a jeho schopnosti v oblasti komunikace s pacienty s Alzheimerovou nemocí.

3.2 Výsledky dotazníkového šetření

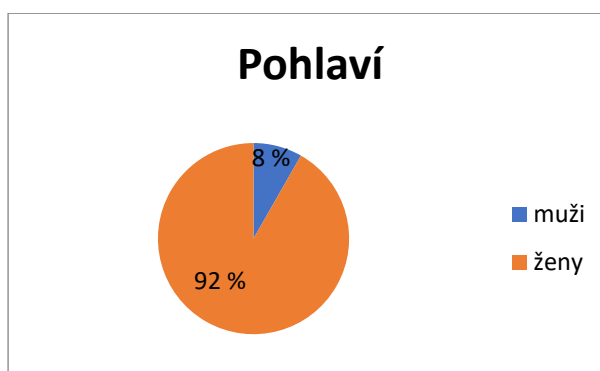
3.2.1 Personální informace

Pohlaví a věk:

Složení respondentů dle pohlaví naznačuje výraznou převahu žen ve srovnání s muži. Z celkového počtu 300 respondentů je 275 respondentek a pouze 25 respondentů jsou muži. Tato nerovnováha může ovlivnit interpretaci výsledků, a proto je vhodné brát v úvahu genderový aspekt při analýze získaných dat.

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
žena	275	92 %
muž	25	8 %

Tabulka č. 1 – Pohlaví

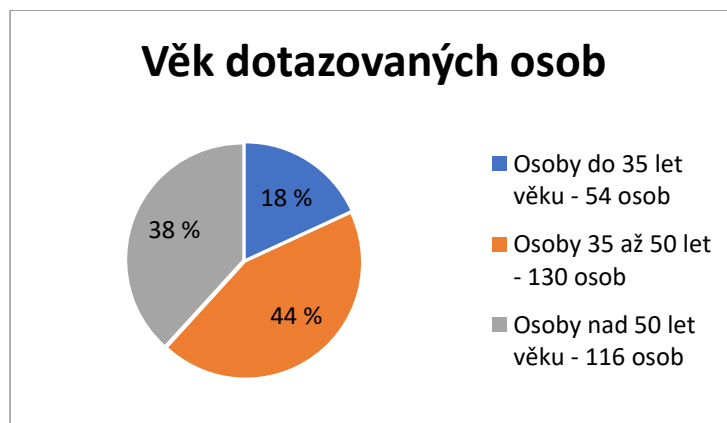


Graf č. 1 – Pohlaví

Věkové rozložení respondentů ukazuje, že 54 osob je ve věkové skupině do 35 let, 130 respondentů je ve věku mezi 35 až 50 let a 114 respondentů je starších než 50 let. Tato informace poskytuje přehled o rozložení věku respondentů v rámci výzkumu. Je možné, že různé věkové skupiny budou mít odlišné perspektivy a zkušenosti, což je důležité vzít v úvahu při interpretaci výsledků dotazníku.

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 35 let	54	18 %
35 až 50 let	130	44%
nad 50 let	116	38 %

Tabulka č. 2 – Věk



Graf č. 2 – Věk

3.2.2 Pracovní pozice

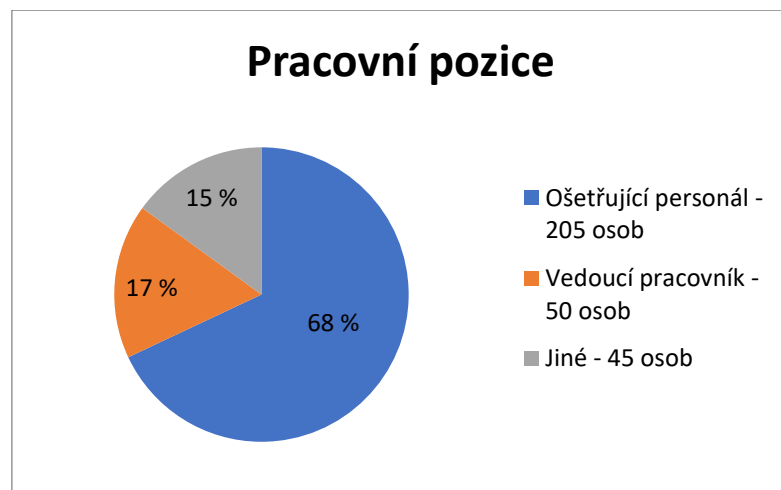
Analýza odpovědí na otázku o pracovní pozici respondentů naznačuje následující rozložení:

- **Ošetřující personál:** Největší část respondentů tvoří tuto skupinu, konkrétně 205 osob. To naznačuje, že výzkum zahrnoval převážně členy základního ošetřujícího týmu, kteří mají pravděpodobně přímý kontakt s pacienty.
- **Vedoucí pracovník:** 50 respondentů označilo svou pracovní pozici jako vedoucí pracovník. To ukazuje, že mezi respondenty byli i ti, kteří mají odpovědnost za vedení a řízení týmu nebo oddělení.
- **Jiné:** 45 respondentů uvedlo jinou pracovní pozici. Bez konkrétních informací o těchto pozicích nelze dále specifikovat, ale je možné, že se jedná o různé specializované role nebo administrativní pozice v rámci péče o pacienty s demencí.

Pracovní pozice	Absolutní četnost	Relativní četnost
ošetřující personál	205	68 %
vedoucí pracovník	50	17 %
jiné	45	15 %

demencí.

Tabulka č. 3 – Pracovní pozice



Graf č. 3 – Pracovní pozice

3.2.3 Praxe v oboru péče o seniory a pacienty s demencí

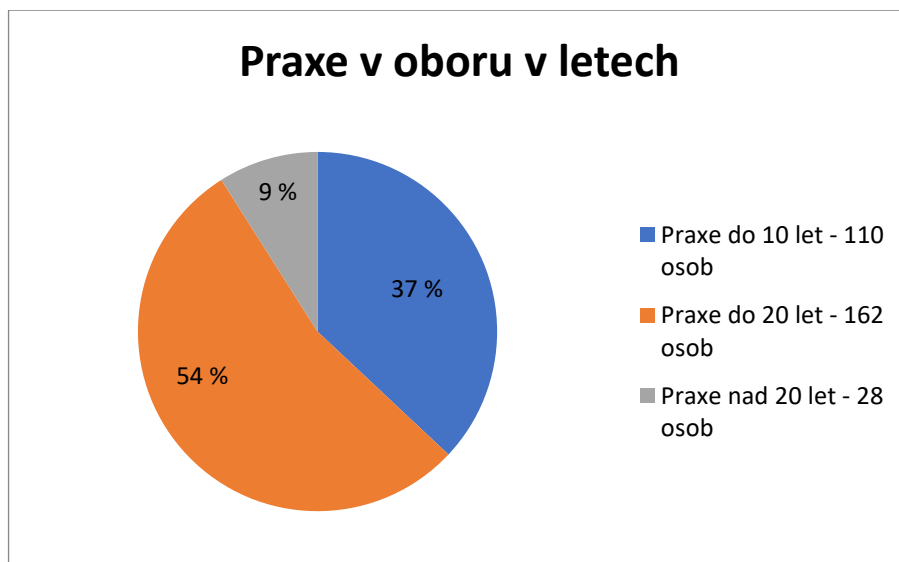
- Ano – uveďte počet let

Analýza odpovědí na otázku o praxi v oboru péče o seniory a pacienty s demencí ukazuje následující rozdělení respondentů podle délky praxe:

- **Do 10 let:** 110 respondentů uvedlo, že mají méně než 10 let praxe v oboru péče o seniory a pacienty s demencí. To zahrnuje pravděpodobně mladší pracovníky s nižším stupněm zkušeností.
- **Do 20 let:** 162 respondentů má praxi v rozmezí 11 až 20 let. Tato skupina by zahrnovala pracovníky se středním až dlouhodobým zkušenostním profilem.
- **Nad 20 let:** 28 respondentů má více než 20 let praxe v oboru péče o seniory a pacienty s demencí. Tato menší skupina by zahrnovala pracovníky s bohatými zkušenostmi a mohli by být považováni za veterány v oboru.

Praxe v oboru	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 10 let	110	37 %
10 až 20 let	162	54 %
nad 20 let	28	9 %

Tabulka č. 4 – Praxe v oboru



Graf č. 4 – Praxe

3.2.4 Komunikace s osobami seniorského věku s demencí u Alzheimerovy nemoci

1) Setkáváte se pravidelně s pacienty trpícími Alzheimerovou nemocí v rámci výkonu Vašeho zaměstnání?

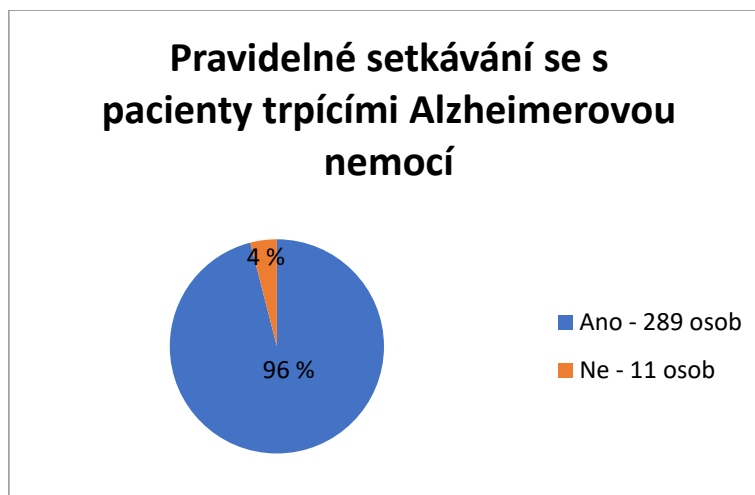
Z odpovědí na otázku týkající se setkávání s pacienty trpícími Alzheimerovou nemocí v rámci výkonu zaměstnání vyplynulo následující:

- **Ano:** 289 respondentů pravidelně přichází do kontaktu s pacienty, kteří trpí Alzheimerovou nemocí v rámci svého zaměstnání. Tato vysoká čísla naznačují, že většina respondentů má praxi nebo pracuje v prostředí, kde se setkává s touto specifickou skupinou pacientů.
- **Ne:** 11 respondentů uvedlo, že se pravidelně nesetkávají s pacienty trpícími Alzheimerovou nemocí v rámci své práce. Může to být způsobeno různými faktory, jako jsou specifika pracovního prostředí nebo pracovních povinností.

Pravidelné setkávání se s pacienty trpícími Alzheimerovou nemocí	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	289	96 %
ne	11	4 %

pracovních povinností.

Tabulka č. 5 – Pravidelné setkávání s pacienty trpícími Alzheimerovou nemocí



Graf č. 5 – Pravidelné setkávání s pacienty trpícími Alzheimerovou nemocí

2) Přizpůsobujete svůj jazyk a komunikační styl podle individuálních potřeb pacienta s Alzheimerovou nemocí?

Podle odpovědí na otázku ohledně přizpůsobování jazyka a komunikačního stylu individuálním potřebám pacientů s Alzheimerovou nemocí bylo zjištěno následující:

- **Ano:** 289 respondentů uvedlo, že přizpůsobují svůj jazyk a komunikační styl podle individuálních potřeb pacientů s Alzheimerovou nemocí. Tato odpověď ukazuje na povědomí respondentů o důležitosti přizpůsobení se specifickým potřebám a schopností pacientů v této skupině.
- **Ne:** 11 respondentů neuvádí přizpůsobení svého jazyka a komunikačního stylu podle individuálních potřeb pacientů s Alzheimerovou nemocí. Toto může mít různé příčiny, od nedostatečného povědomí o významu adaptace komunikace, až po omezené možnosti provedení této adaptace v daném pracovním prostředí.

Přizpůsobení jazyka a komunikace	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	289	96 %
ne	11	4 %

prostředí.

Tabulka č. 6 – Přizpůsobení jazyka a komunikace



Graf č. 6 – Přizpůsobení jazyka a komunikace

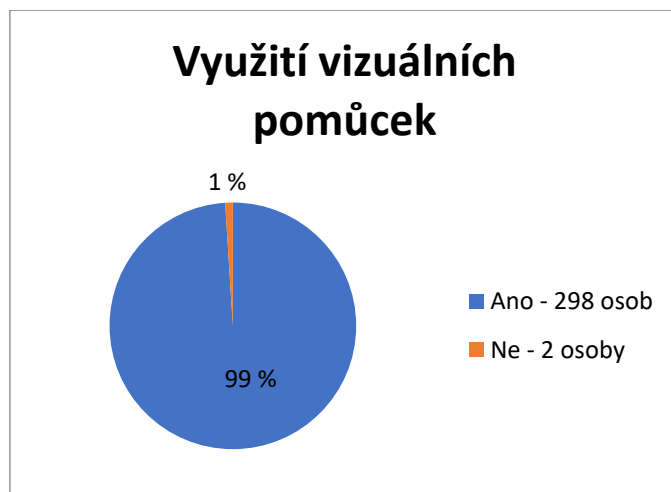
3) Využíváte vizuální pomůcky, jako jsou obrázky nebo kalendáře, k podpoře komunikace s pacienty s demencí?

Na základě odpovědí na otázku o využívání vizuálních pomůcek k podpoře komunikace s pacienty s demencí lze konstatovat následující:

- **Ano:** 298 respondentů uvedlo, že využívají vizuální pomůcky, jako jsou obrázky nebo kalendáře, k podpoře komunikace s pacienty s demencí. Tato odpověď ukazuje na povědomí o efektivitě vizuální podpory při komunikaci s těmito pacienty a schopnost respondentů integrovat tuto metodu do své praxe.
- **Ne:** 2 respondenti nevyužívají vizuální pomůcky k podpoře komunikace s pacienty s demencí. Tato malá čísla mohou naznačovat omezenou dostupnost nebo povědomí o vhodných vizuálních nástrojích, nebo může jít o individuální přístup respondentů ke komunikaci.

Využití vizuálních pomůcek	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	298	99 %
ne	2	1 %

Tabulka č. 7 – Využití vizuálních pomůcek



Graf č. 6 – Využití vizuálních pomůcek

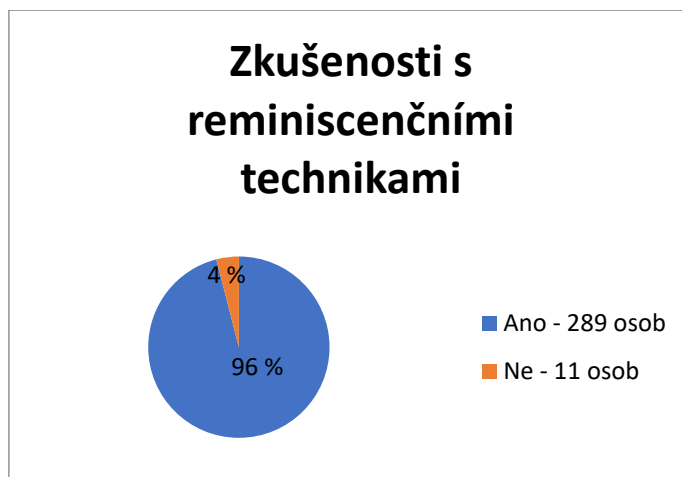
4) Máte zkušenosti s používáním reminiscenčních technik při komunikaci s osobami s Alzheimerovou nemocí?

Na základě odpovědí na otázku o zkušenostech s používáním reminiscenčních technik při komunikaci s osobami s Alzheimerovou nemocí lze konstatovat následující:

- **Ano:** 289 respondentů uvedlo, že mají zkušenosti s používáním reminiscenčních technik při komunikaci s osobami s Alzheimerovou nemocí. Tato odpověď naznačuje, že většina respondentů má povědomí o efektivitě a využití reminiscenčních technik v péči o pacienty s Alzheimerovou nemocí.
- **Ne:** 11 respondentů nemá zkušenosti s používáním reminiscenčních technik při komunikaci s osobami s Alzheimerovou nemocí. Malý počet negativních odpovědí může odrážet nedostatečnou informovanost nebo příležitosti k používání těchto technik u daných respondentů.

Zkušenosti s reminiscenčními technikami	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	289	96 %
ne	11	4 %

Tabulka č. 8 – Zkušenosti s reminiscenčními technikami



Graf č. 8 – Zkušenosti s reminiscenční technikou

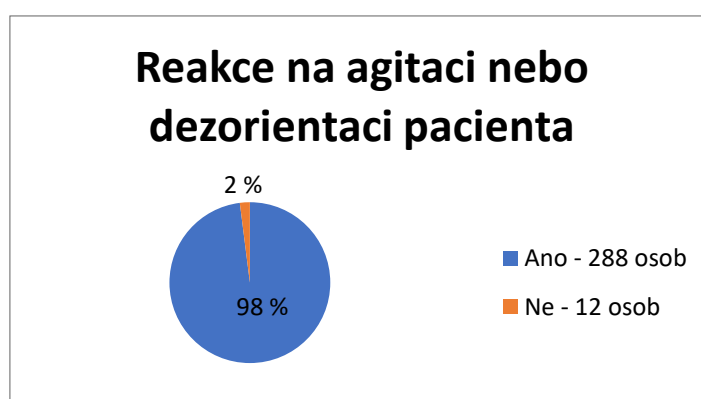
5) Reagujete na agitaci nebo dezorientaci pacienta s demencí a snažíte se uklidnit situaci?

Na základě odpovědí na otázku o reakci na agitaci nebo dezorientaci pacienta s demencí lze konstatovat následující:

- **Ano:** 288 respondentů uvedlo, že reagují na agitaci nebo dezorientaci pacienta s demencí a snaží se uklidnit situaci. Tato odpověď svědčí o aktivním přístupu respondentů k řešení obtížných situací a o jejich schopnosti reagovat na nepříjemné projevy pacientů s demencí.
- **Ne:** 12 respondentů neuvádí, že reagují na agitaci nebo dezorientaci pacienta s demencí. Tato menší skupina respondentů může poukazovat na specifické situace, kdy není agitace nebo dezorientace patrná, nebo na individuální přístup k daným projevům.

Reakce na agitaci nebo dezorientaci pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	288	98 %
ne	12	2 %

Tabulka č. 9 – Reakce na agitaci nebo dezorientaci pacienta



Graf č. 7 – Reakce na agitaci a dezorientaci

6) Považujete za důležité začlenit rodinné příslušníky do komunikačního procesu s pacientem s Alzheimerovou nemocí?

Na základě odpovědí na otázku o začlenění rodinných příslušníků do komunikačního procesu s pacientem s Alzheimerovou nemocí lze konstatovat následující:

- **Ano:** 280 respondentů uvedlo, že považují za důležité začlenit rodinné příslušníky do komunikačního procesu s pacientem s Alzheimerovou nemocí. Tato odpověď naznačuje, že většina respondentů klade důraz na spolupráci s rodinnými příslušníky a vnímá ji jako podpůrný prvek v komunikaci s pacienty s Alzheimerovou nemocí.
- **Ne:** 20 respondentů nevedlo za důležité začlenit rodinné příslušníky do komunikačního procesu s pacientem s Alzheimerovou nemocí. Tato menší skupina respondentů může reflektovat individuální přístup k péči o pacienty s demencí a možná vnímají komunikaci s rodinnými příslušníky jako méně

Začlenění rodinných příslušníků do komunikace	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	280	93 %
ne	20	7 %

podstatnou.

Tabulka č. 10 – Začlenění rodinných příslušníků do komunikace



Graf č. 8 – Začlenění rodinných příslušníků do komunikace

7) Máte nějaké specifické strategie pro komunikaci s pacienty, kteří mají potíže s vyjadřováním slov nebo jsou nonverbální?

Na základě odpovědí na otázku o specifických strategiích pro komunikaci s pacienty, kteří mají potíže s vyjadřováním slov nebo jsou nonverbální, lze konstatovat následující:

- **Ano:** 20 respondentů uvedlo, že mají specifické strategie pro komunikaci s pacienty, kteří mají potíže s vyjadřováním slov nebo jsou nonverbální. Tato skupina respondentů aktivně využívá specifické metody a přístupy k podpoře komunikace s pacienty, kteří mají omezené verbální schopnosti.
- **Ne:** 280 respondentů neuvedlo žádné specifické strategie. To může znamenat, že většina respondentů buď považuje svůj běžný komunikační přístup za postačující pro všechny typy pacientů, nebo se mohou spoléhat na obecné dovednosti komunikace.

Použití specifických strategií pro komunikaci	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	20	7 %
ne	280	93 %

Tabulka č. 11 – Použití specifických strategií pro komunikaci



Graf č. 9 – Použití specifických strategií pro komunikaci

8) Posuzujete úspěšnost komunikace s pacientem s Alzheimerovou nemocí na základě jeho reakcí a chování?

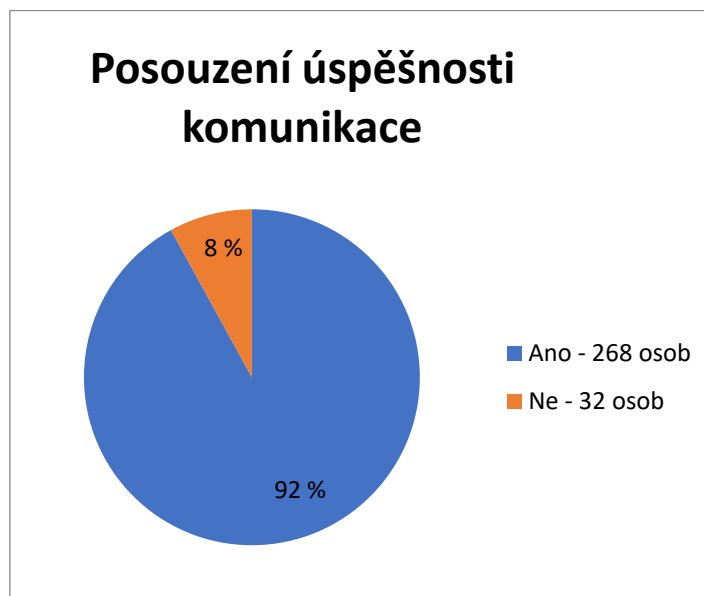
Na základě odpovědí na otázku o posuzování úspěšnosti komunikace s pacientem s Alzheimerovou nemocí na základě jeho reakcí a chování lze konstatovat následující:

- **Ano:** 268 respondentů uvedlo, že posuzují úspěšnost komunikace na základě reakcí a chování pacienta. Tato skupina respondentů pravděpodobně věnuje pozornost pacientovým verbálním i neverbálním projevům a na základě těchto signálů hodnotí efektivitu své komunikace.

- **Ne:** 32 respondentů nevedlo, že by posuzovali úspěšnost komunikace na základě reakcí a chování pacienta. To může znamenat, že tato skupina respondentů se nezaměřuje nebo nemá potřebu systematicky hodnotit úspěšnost komunikace pomocí pacientových projevů.

Posouzení úspěšnosti komunikace	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	268	92 %
ne	32	8 %

Tabulka č. 12 – Posouzení úspěšnosti komunikace



Graf č. 10 – Posouzení úspěšnosti komunikace

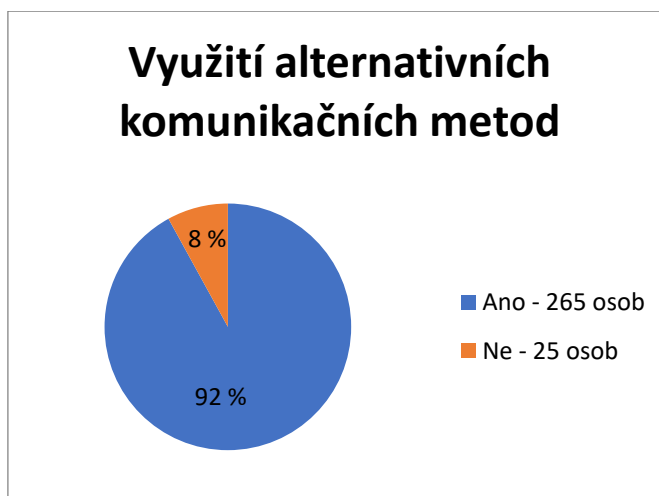
9) Využíváte alternativní komunikační metody, jako jsou například haptické doteky nebo hudba?

Na základě odpovědí na otázku o využívání alternativních komunikačních metod, jako jsou například haptické doteky nebo hudba, lze konstatovat následující:

- **Ano:** 265 respondentů uvedlo, že využívá alternativní komunikační metody, což zahrnuje haptické doteky a hudbu. Tato skupina respondentů pravděpodobně integruje různé smyslové podněty do komunikačního procesu s pacienty s Alzheimerovou nemocí, což může přispívat k lepšímu porozumění a interakci.
- **Ne:** 25 respondentů uvedlo, že nevyužívají alternativní komunikační metody. To může znamenat, že tato skupina respondentů preferuje tradiční komunikační přístupy a nevyužívá specifické smyslové podněty jako součást své praxe.

Alternativní kom. metody	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	265	92 %
ne	25	8 %

Tabulka č. 13 - Alternativní komunikační metody



Graf č. 11 – Využití alternativních komunikačních metod

10) Jaké faktory považujete za důležité při budování důvěry s pacientem s Alzheimerovou nemocí?

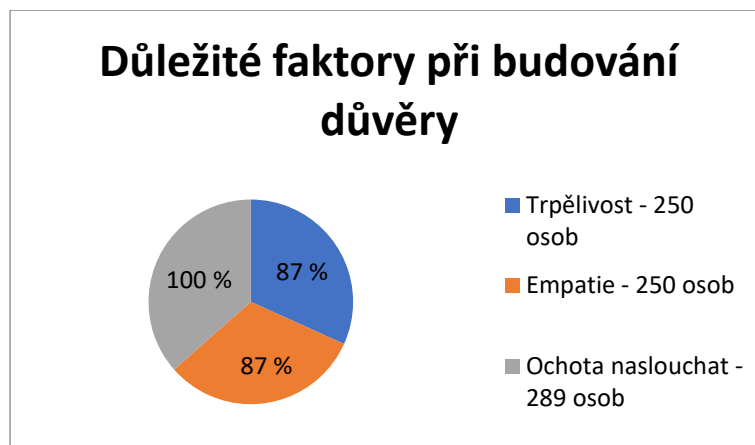
Na základě odpovědí na otázku ohledně faktorů považovaných za důležité při budování důvěry s pacientem s Alzheimerovou nemocí lze konstatovat následující:

- **Trpělivost:** 250 respondentů uvedlo trpělivost jako důležitý faktor při budování důvěry s pacientem s Alzheimerovou nemocí. Trpělivost je klíčovým aspektem, zejména v komunikaci s lidmi trpícími demencí, kteří mohou potřebovat více času k porozumění a reakci.
- **Empatie:** 250 respondentů rovněž považuje empatii za důležitý prvek. Schopnost vcítit se do emocí a prožívání pacienta může posílit vztah a umožnit citlivější a účinnější komunikaci.
- **Ochota naslouchat:** 289 respondentů zdůraznilo ochotu naslouchat jako klíčový faktor. Poskytování prostoru pro vyjádření pacientových myšlenek a pocitů je důležité pro budování důvěry a posilování komunikace.

Tato data naznačují, že respondenti hodnotí jako klíčové aspekty komunikace s pacienty s Alzheimerovou nemocí trpělivost, empatii a ochotu naslouchat.

Důležité faktory při budování důvěry	Absolutní četnost	Relativní četnost
trpělivost	250	87 %
empatie	250	87 %
ochota naslouchat	289	100 %

Tabulka č. 14 – Důležité faktory při budování důvěry



Graf č. 14 – Důležité faktory při budování důvěry

11) Máte vědomosti nebo přijímáte odbornou přípravu na téma komunikace s osobami s Alzheimerovou nemocí, a pokud ano, jaké formy vzdělávání preferujete?

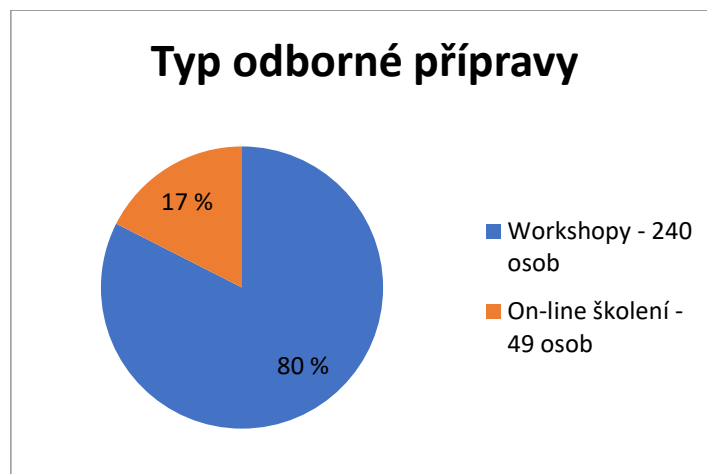
Podle odpovědí na otázku týkající se odborné přípravy na téma komunikace s osobami s Alzheimerovou nemocí lze vyvodit následující:

- **Workshopy:** 240 respondentů uvádí, že preferují workshopy jako formu odborné přípravy na téma komunikace s pacienty trpícími Alzheimerovou nemocí. Workshopy mohou poskytovat interaktivní prostředí a praktické dovednosti, což může být efektivním způsobem, jak se naučit a zdokonalit komunikační dovednosti.
- **Online školení:** 49 respondentů dává přednost online školením. Tato forma vzdělávání umožňuje flexibilitu a možnost studovat vlastním tempem. Online kurzy mohou zahrnovat různé multimediální materiály a zdroje, které poskytují teoretické znalosti a praktické rady.

Tyto výsledky naznačují, že většina respondentů upřednostňuje interaktivní workshopy jako preferovanou formu odborné přípravy na téma komunikace s pacienty s Alzheimerovou nemocí. Online školení je také ceněnou možností pro ty, kteří preferují flexibilitu a možnost studovat nezávisle.

Doplňkové studium	Absolutní četnost	Relativní četnost
workshopy	240	83 %
online školení	49	17 %

Tabulka č. 15 – Odborná příprava



Graf č. 12 – Odborná příprava

12) Jakým způsobem se domníváte, že by se mohlo zlepšit školení personálu v oblasti komunikace s lidmi trpícími Alzheimerovou nemocí?

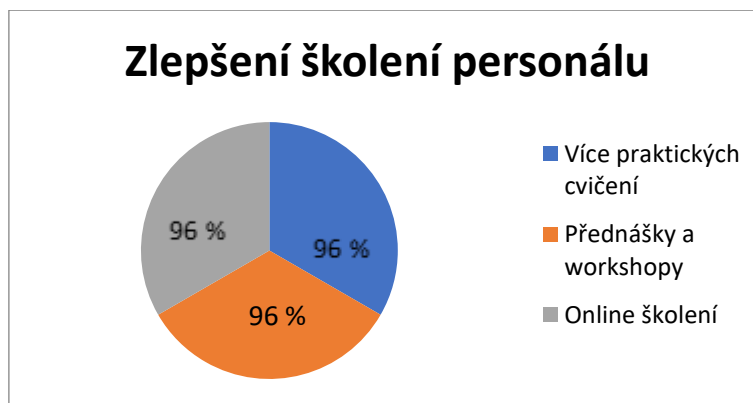
Na základě odpovědí na otázku o možnostech zlepšení školení personálu v oblasti komunikace s lidmi trpícími Alzheimerovou nemocí lze vyvodit, že všechny tři navržené formy školení mají vysokou podporu respondentů:

- **Více praktických cvičení:** 289 respondentů vyjadřuje přání více praktických cvičení. Tato odpověď naznačuje, že respondenti si cení přímého zapojení do praktických situací, kde mohou uplatnit a procvičit své komunikační dovednosti v reálných situacích s pacienty s Alzheimerovou nemocí.
- **Přednášky a workshopy:** 289 respondentů vyjadřuje zájem o přednášky a workshopy. Tato odpověď ukazuje na to, že respondenti si cení teoretických znalostí a diskusních příležitostí, které mohou poskytnout lepší porozumění a kontext pro praktické dovednosti.
- **Online školení:** 289 respondentů vyjadřuje zájem o online školení. Tato odpověď ukazuje na to, že respondenti ocení flexibilitu a dostupnost online vzdělávacích zdrojů, které jim umožní studovat vlastním tempem a v pohodlí svého pracovního prostoru.

Celkově lze konstatovat, že kombinace těchto různých přístupů (praktické cvičení, přednášky a workshopy, online školení) by mohla poskytnout komplexní a efektivní školení personálu v oblasti komunikace s lidmi trpícími Alzheimerovou nemocí.

Zlepšení školení personálu	Absolutní četnost	Relativní četnost
více praktických cvičení	289	96 %
přednášky a workshopy	289	96%
online školení	289	96%

Tabulka č. 16 – Zlepšení školení personálu



Graf č. 16 – Zlepšení školení personálu

3.3 Shrnutí výsledků dotazníkového šetření

Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na posouzení postojů, znalostí a praxí ošetřujícího personálu v oblasti komunikace s pacienty trpícími Alzheimerovou nemocí. Celkový počet respondentů činil 300, což poskytuje rozsáhlý pohled na aktuální situaci v této oblasti. Níže jsou shrnuty klíčové výsledky a závěry z jednotlivých otázek.

Věk a pohlaví: 275 respondentek a 25 respondentů. 130 osob do 35 let, 54 osob do 50 let, 114 osob nad 50 let.

Pracovní pozice: 205 ošetřujících personál, 50 vedoucích pracovníků, 45 jiných pracovníků.

Praxe v oboru péče o seniory a pacienty s demencí: 110 osob s méně než 10 let praxe, 162 osob s méně než 20 let praxe, 28 osob s více než 20 let praxe.

Komunikace s pacienty s Alzheimerovou nemocí: Většina respondentů pravidelně pracuje s pacienty trpícími Alzheimerovou nemocí. Většina respondentů přizpůsobuje jazyk a komunikační styl individuálním potřebám pacienta.

Využívání vizuálních pomůcek a reminiscenčních technik: Většina respondentů využívá vizuální pomůcky k podpoře komunikace. Většina respondentů má zkušenosti s reminiscenčními technikami.

Reakce na agitaci a zapojení rodinných příslušníků: Většina respondentů reaguje na agitaci pacienta a snaží se uklidnit situaci.

Většina respondentů považuje za důležité začlenit rodinné příslušníky do komunikačního procesu.

Specifické strategie pro komunikaci a posouzení úspěšnosti: Menšina respondentů má specifické strategie pro komunikaci s pacienty s obtížemi. Většina respondentů posuzuje úspěšnost komunikace na základě reakcí pacienta.

Využívání alternativních komunikačních metod: Většina respondentů využívá alternativní komunikační metody, jako jsou haptické doteky a hudba.

Faktory důležité pro budování důvěry: Většina respondentů považuje za důležité trpělivost, empatii a ochotu naslouchat.

Odborná příprava na komunikaci s pacienty s Alzheimerovou nemocí: Většina respondentů má vědomosti nebo přijímá odbornou přípravu. Preferované formy vzdělávání zahrnují workshopy a online školení.

Zlepšení školení personálu: Většina respondentů navrhuje více praktických cvičení, přednášky, workshopy a online školení.

Závěr

Moje práce poskytuje pohled na problematiku demence u Alzheimerovy nemoci, s důrazem na komunikační aspekty péče o osoby trpící touto nemocí. Následující shrnutí mapuje klíčová témata obsažená a zhodnocená v mé práci.

V úvodu teoretické části jsem představila problematiku demence jako celku a zdůraznila důležitost správné komunikace v péči o pacienty s touto diagnózou. Poté byla definována a klasifikována demence, kde se objevil i přehled různých typů demencí (demence s Lewyho tělísky či frontotemporální demence a další), včetně asi té nejznámější a pro tuto práci nejdůležitější, a to Alzheimerovy nemoci. Také jsem zde zmínila analýzu vlivu demence na osobnost a každodenní aktivity pacientů, což je určitě velmi přínosné, jelikož to všechno zásadně ovlivňuje všední životy pacientů s Alzheimerovou nemocí. Další část práce byla věnována komplexnímu tématu komunikace, zahrnujícího verbální i neverbální aspekty. Tedy opět důležitá část, bez které se neobejde nikdo z nás, ať už lidé trpící touto nemocí nebo ti, co o ně pečují. Za zmínku stojí také čím dál více známá forma neverbální komunikace – bazální stimulace, jež je specifickou metodou používanou nejen ve zdravotnických zařízeních.

V praktické části této práce jsem využila metodu kvantitativního výzkumu a prezentovala jsem výsledky dotazníkového šetření zaměřeného na komunikační přístup ošetřujícího, ale i vedoucího personálu k pacientům s demencí u Alzheimerovy nemoci. Tato část přinesla konkrétní výsledky výzkumu, které ukazují na vysoký stupeň angažovanosti ošetřujícího personálu a jeho snahu přizpůsobit se individuálním potřebám pacientů s demencí. Celkově lze konstatovat, že práce nabízí cenný přínos pro odborníky v oblasti zdravotnictví, zejména pro ty, kteří se zabývají péčí o osoby s demencí, nejen u Alzheimerovy nemoci. Většina personálu rovněž vykazala zájem o další odbornou přípravu, což ukazuje na profesionální snahu zdokonalovat své dovednosti. Na závěr si tedy dovoluji navrhnout několik klíčových kroků pro další zlepšení:

- **Cílená odborná příprava:** Zorganizovat cílená školení a workshopy zaměřené na zdokonalení komunikačních dovedností v péči o pacienty s Alzheimerovou nemocí.
- **Průběžný profesní rozvoj:** Podporovat průběžný profesní rozvoj personálu prostřednictvím seminářů a kurzu zaměřených na aktuální trendy v oblasti péče, která se věnuje problematice demencí.

- **Individuální podpora:** Vytvořit individuální plány rozvoje pro ošetřující personál, které reflektují specifické potřeby a výzvy spojené s péčí o pacienty s Alzheimerovou nemocí.
- **Sdílení osvědčených postupů:** Zavedení platformy pro sdílení osvědčených postupů a zkušeností mezi členy personálu, aby byla podporována kolektivní moudrost.

Celkově lze konstatovat, že ošetřující personál projevil pozitivní postoj a zájem o kvalitní péči v oblasti demence. Důležité je tuto angažovanost a touhu po zdokonalení udržovat a podporovat prostřednictvím dalšího profesního rozvoje a odborného vzdělávání. Všechny tyto výše zmíněné kroky by měly být navrženy tak, aby byly přizpůsobeny konkrétním potřebám ošetřujícího personálu a specifickým výzvám spojeným s péčí o pacienty s Alzheimerovou nemocí.

Seznam literatury

- BRAGDON, D. A. (2009). *Nedovolte mozku stárnout*. Praha : Portál.
- BUIJSSEN, H. (2006). *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. (2006, Editor) 1. vyd. Praha:: Portál.
- CARPER, J. (2011). *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti*. Praha.
- ČALS. (2022). *Česká alzheimerská společnost Praha*. Získáno 21. 06 2023, z Česká alzheimerská společnost: <https://www.alzheimer.cz/>
- FRIEDLOVÁ, K. (2007.). *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada.
- GLENNER A. Joy. (2012,). *Péče o člověka s demencí*. Portál : Praha.
- HAUKE, M. (2014). *Zvládání problémových situací se seniory nejen v ošetrovatelských službách*.
- HŮSKOVÁ, J. a. (2009). *Ošetrovatelství – ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty Pracovní sešit II/3 díl*. Praha: Grada.
- JIRÁK R., O. M. (1998). *Alzheimerova choroba*. Maxdorf,.
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ , I., & BORZOVÁ, C. (2009). *Demence a jiné poruchy paměti komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada.
- KALVACH, Z. (2008). *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha : Grada.
- KOUKOLÍK František, & JIRÁK , R. (1998). *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada.
- PIDRMAN, V. (2007.). *Demence*. . . 1. vydání. Praha: Grada.
- RUSINA, R., & RADOSLAV, M. (2014). *Neurodegenerativní onemocnění*. Albatros.
- TOPINKOVÁ, E. (1999.). *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: Manuál pro klinickou praxi*. Praha: UCB Pharma.
- VLČEK, J. a., & FIALOVÁ, D. (2009). *Klinická farmacie*. Praha: Grada.
- ZACHAROVÁ, E., & ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, J. (2011). *Základy psychologie pro zdravotnické obory*.
- ZVĚŘOVÁ, M. (2017). *Alzheimerova demence*. PRaha, Grada.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Pohlaví

Tabulka č. 2 – Věk

Tabulka č. 3 – Pracovní pozice

Tabulka č. 4 – Praxe v oboru v letech

Tabulka č. 5 – Pravidelné setkávání se s pacienty trpícími Alzheimerovou nemocí

Tabulka č. 6 – Přizpůsobení jazyka a komunikace

Tabulka č. 7 – Využití vizuálních pomůcek

Tabulka č. 8 – Zkušenosti s reminiscenčními technikami

Tabulka č. 9 – Reakce na agitaci nebo dezorientaci pacienta

Tabulka č. 10 – Začlenění rodinných příslušníků do komunikace

Tabulka č. 11 – Použití specifických strategií pro komunikaci

Tabulka č. 12 – Posouzení úspěšnosti komunikace

Tabulka č. 13 – Využití alternativních komunikačních metod

Tabulka č. 14 – Důležité faktory při budování důvěry

Tabulka č. 15 – Odborná příprava

Tabulka č. 16 – Zlepšení školení personálu

Seznam grafů

Graf č. 1 – Pohlaví

Graf č. 2 – Věk

Graf č. 3 – Pracovní pozice

Graf č. 4 – Praxe v oboru v letech

Graf č. 5 – Pravidelné setkávání se s pacienty trpícími Alzheimerovou nemocí

Graf č. 6 – Přizpůsobení jazyka a komunikace

Graf č. 7 – Využití vizuálních pomůcek

Graf č. 8 – Zkušenosti s reminiscenčními technikami

Graf č. 9 – Reakce na agitaci nebo dezorientaci pacienta

Graf č. 10 – Začlenění rodinných příslušníků do komunikace

Graf č. 11 – Použití specifických strategií pro komunikaci

Graf č. 12 – Posouzení úspěšnosti komunikace

Graf č. 13 – Využití alternativních komunikačních metod

Graf č. 14 – Důležité faktory při budování důvěry

Graf č. 15 – Odborná příprava

Graf č. 16 – Zlepšení školení personálu

Seznam příloh

Příloha 1

Dotazník

- 1) **Personální informace** - věk a pohlaví:
- 2) **Pracovní pozice:**
 - Ošetřující personál
 - Vedoucí pracovník
 - Jiné (uved'te)
- 3) **Praxe v oboru péče o seniory a pacienty s demencí:**
 - Ano – uveďte počet let

Komunikace s osobami seniorského věku s demencí u Alzheimerovy nemoci:

- 4) **Setkáváte se pravidelně s pacienty trpícími Alzheimerovou nemocí v rámci výkonu Vašeho zaměstnání?**
 - Ano
 - Ne
- 5) **Přizpůsobujete svůj jazyk a komunikační styl podle individuálních potřeb pacienta s Alzheimerovou nemocí?**
 - Ano
 - Ne
- 6) **Využíváte vizuální pomůcky, jako jsou obrázky nebo kalendáře, k podpoře komunikace s pacienty s demencí?**
 - Ano
 - Ne
- 7) **Máte zkušenosti s používáním reminiscenčních technik při komunikaci s osobami s Alzheimerovou nemocí?**
 - Ano
 - Ne
- 8) **Reagujete na agitaci nebo dezorientaci pacienta s demencí a snažíte se uklidnit situaci?**
 - Ano
 - Ne

- 9) **Považujete za důležité začlenit rodinné příslušníky do komunikačního procesu s pacientem s Alzheimerovou nemocí?**
- Ano
 - Ne
- 10) **Máte nějaké specifické strategie pro komunikaci s pacienty, kteří mají potíže s vyjadřováním slov nebo jsou nonverbální?**
- Ano
 - Ne
- 11) **Posuzujete úspěšnost komunikace s pacientem s Alzheimerovou nemocí na základě jeho reakcí a chování?**
- Ano
 - Ne
- 12) **Využíváte alternativní komunikační metody, jako jsou například haptické doteky nebo hudba?**
- Ano
 - Ne
- 13) **Jaké faktory považujete za důležité při budování důvěry s pacientem s Alzheimerovou nemocí?**
- Trpělivost
 - Empatie
 - Ochota naslouchat
- 14) **Máte vědomosti nebo přijímáte odbornou přípravu na téma komunikace s osobami s Alzheimerovou nemocí, a pokud ano, jaké formy vzdělávání preferujete?**
- 15) **Jakým způsobem se domníváte, že by se mohlo zlepšit školení personálu v oblasti komunikace s lidmi trpícími Alzheimerovou nemocí?**
- Více praktických cvičení
 - Přednášky a workshopy
 - Online školení