



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

**Komunikace zdravotníků s pacientem s Alzheimerovou
chorobou**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Hana Nováková

Vedoucí práce: Mgr. Helena Michálková, Ph.D.

České Budějovice 2017

Komunikace zdravotníků s pacientem s Alzheimerovou chorobou

Abstrakt

Cílem této práce je shrnout současný stav komunikace mezi zdravotníky a pacienty s Alzheimerovou chorobou a zjistit, jaké problémy se u takovéto komunikace objevují. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část shrnuje informace o Alzheimerově chorobě jako jsou etiologie, stádia nemoci, projevy, diagnostika a terapie. Také přináší informace o dvou základních typech komunikace – verbální a neverbální, a samozřejmě o významu a účelu komunikace jako takové. V neposlední řadě se zabývá správnou komunikací s pacienty s Alzheimerovou chorobou.

Praktická část je složena z popisu metodiky výzkumu a výzkumného souboru, analýzy výsledků a závěrečné diskuse. K naplnění cílů práce jsme si položili 6 výzkumných otázek. Ty byly zodpovězeny kvalitativním výzkumným šetřením pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Tyto rozhovory se uskutečnily v březnu 2017 s 10 všeobecnými sestrami ze 4 různých pracovišť. Jednalo se o pracoviště v Jihočeském a Plzeňském kraji. Následně byly rozhovory zpracovány v programu Microsoft Office. Rozhovory byly analyzovány pomocí kategorizace dat a kódování.

Bylo zjištěno, že sestry dodržují většinu zásad komunikace s pacientem s Alzheimerovou chorobou a jsou schopny využívat prvky komunikace různých terapeutických přístupů. Bohužel mají své rezervy v komunikaci s rodinou pacientů a ve spolupráci s podpůrnými organizacemi.

Největší komunikační bariéry jsou pro sestry desorientace, úzkost a agresivní chování klienta. Také se musí vypořádávat s vlastními pocity vyčerpání, náladovosti a podráždění – většina jich považuje komunikaci s pacienty s Alzheimerovou chorobou za psychicky náročnou.

S touto prací byl vytvořen manuál obsahující základní zásady komunikace s člověkem s Alzheimerovou chorobou. Manuál je určený pro zdravotníky i pro rodiny pacientů a obsahuje také seznam podpůrných organizací.

Klíčová slova:

Alzheimerova choroba; demence; komunikace; sestra

Communication between health staff and patient with Alzheimer's disease

Abstract

The aim of this thesis is to summarise the current state of communication between health staff and patient with Alzheimer's disease and find out which problems appear in this communication. The thesis is divided into a theoretical and a practical part.

The theoretical part summarises what is known about Alzheimer's disease - etiology, stages of disease, symptoms, diagnostic and therapy. It also describes the 2 basis types of communication – verbal and non-verbal, and of course about importance and purpose of communication. Last but not least, it deals with correct communication with patients with Alzheimer's disease.

The practical part is consisted of a description of research method and research group, analysis of results and final discussion. We asked 6 research questions to achieve the aims, which was answered by using qualitative research through semi-structured interviews. These interviews happened in March 2017 with 10 nurses from 4 different workplaces. These workplaces are situated in the South Bohemian and Pilsen Region. The interviews were then processed in Microsoft Office and analysed by using categorization of data and encoding.

It was find out that nurses adhere to principles of communication with patient with Alzheimer's disease and they do use elements of different therapeutic approaches. Unfortunately, they have some reserves in communication with families of patients and in cooperation with support organizations.

The biggest communication barriers are disorientation, anxiety and aggressive behaviour towards nurses. They also must deal with their feelings of exhaustion and moodiness – most of them consider communication to be psychically demanding.

With this bachelor thesis was created a manual that contains basic principles of communication with person with Alzheimer's disease. The manual is intended for health staff and families of patients and it also contains a list of support organizations.

Key words:

Alzheimer's disease; dementia; communication; nurse

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Komunikace zdravotníků s pacientem s Alzheimerovou chorobou“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5.2017

.....

Hana Nováková

Poděkování

Mé poděkování patří především vedoucí bakalářské práce Mgr. Heleně Michálkové, Ph.D. za vstřícnost, cenné rady a velkou trpělivost při vedení bakalářské práce. Dále bych takto ráda poděkovala všem respondentům za jejich čas a ochotu.

Obsah

1. SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Demence.....	11
1.2 Alzheimerova choroba	12
1.2.1 Etiologie:.....	12
1.2.2 Stádia	14
1.2.3 Projevy	15
1.2.4 Diagnostika	18
1.2.5 Terapie a péče o člověka s Alzheimerovou chorobou.....	20
1.3 Komunikace	24
1.3.1 Verbální komunikace.....	25
1.3.2 Neverbální komunikace	26
1.3.3 Komunikace s člověkem s Alzheimerovou chorobou.....	28
2. CÍLE PRÁCE	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Výzkumné otázky	30
3. OPERACIONALIZACE POJMŮ	31
4. METODIKA	32
4.1 Použitá metoda výzkumu	32
4.2 Charakteristika výzkumného souboru	33
4.2.1 Identifikace respondentů.....	34
5. VÝSLEDKY	36
5.1 Kategorie 1 - Kontakt sester s klienty s ACH.....	36
5.2 Kategorie 2 - Vzdělání/školení sester	36
5.3 Kategorie 3 - Komunikace mezi sestrou a klientem s ACH.....	37
5.4 Kategorie 4 - Komunikace a spolupráce s rodinou klienta.....	41
5.5 Kategorie 5 - Podpora.....	43
5.6 Kategorie 6 - Zátěž sester.....	44
6. DISKUSE.....	47
7. ZÁVĚR	53
8. SEZNAM LITERATURY	55

9. SEZNAM PŘÍLOH	58
10. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	65

Úvod

Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy a nejčastější příčina demence. Dochází při ní k odumírání neuronů a jejich synapsí a celkovému úbytku mozkové hmoty. Tyto změny postihují především kognitivní oblasti – nejvíce pak paměť, vnímání, schopnost tvorby a porozumění řeči a celkovou inteligenci. Alzheimerova choroba je typická pro svůj plíživý začátek. Postupuje od občasných zapomínání nedávných událostí a může skončit až vážným narušením paměti, kdy nemocný nepoznává ani své blízké, leč je na jejich péči plně odkázán. Toto onemocnění značně ovlivňuje život nejen nemocného, ale i jeho rodiny. Vzhledem k náročnosti péče je rodina nucena se nemoci zcela přizpůsobit – Alzheimerova choroba tedy představuje problém nejen zdravotnický, ale i socioekonomický.

Mimo jiné s sebou toto onemocnění přináší značné problémy v oblasti komunikace. Z počátku se jedná o drobné epizody, kdy nemocný zapomíná některá jména, data či se občas zadržává v řeči. Jak ale choroba postupuje, z drobných epizod se stávají vážné komunikační problémy. Nemocný přestává být schopen racionálního myšlení či porozumění abstraktním pojmům, přichází závažné potíže s krátkodobou pamětí s vyjadřováním. Postupně přestává člověk rozumět svému okolí, které zároveň nerozumí jemu. Přichází doprovodné psychiatrické problémy v souvislosti s chováním jako agresivita, agitovanost či úzkost. Pro pečující se tak komunikace s nemocným stává neobyčejně náročnou disciplínou.

Během odborné praxe jsem se s klienty s Alzheimerovou chorobou setkala a na vlastní kůži tak zjistila, jak složitá dokáže komunikace s těmito lidmi být. Zajímalo mě, jak s nemocnými zvládají komunikovat samotní zdravotníci a jak se liší jejich přístup v porovnání s literaturou. Rozhodli jsme se proto v této práci zaměřit na současnou situaci komunikace mezi zdravotníky a pacienty s Alzheimerovou chorobou, a zjistit, jaké problémy v takovéto komunikaci nastávají.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Demence

Demence představuje soubor charakteristických příznaků s různými příčinami vzniku. Jedná se o poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně kognitivních funkcí, tedy těch, které zajišťují komunikaci se zevním prostředím a adaptaci na něj. Mezi ně řadíme paměť, pozornost, vnímání, schopnost tvorby a porozumění řeči, motivační schopnosti a celkovou inteligenci. Bývají narušeny i emoce a sebekontrola. Dále má nemocný problém s běžnými denními aktivitami jako jsou péče o hygienu, stravování, vyprazdňování či cyklus spánku a bdění. Postižení těchto funkcí bývá tak rozsáhlé, že se nemocný časem může stát nesoběstačný a odkázaný na pomoc druhých, ať už na rodině a blízkých či v rámci nemocniční a ústavní sociální péče. Jedná se tedy o závažný problém nejen z hlediska zdravotnického, ale i socioekonomického (Mátl, Mátlová, 2015; Jiráček et al., 2009).

Podle příčiny dělíme demence na primární, sekundární a smíšené. Primární vznikají na podkladě neurodegenerativních změn a představují až 90 % všech případů. Neurodegenerativní změny jsou procesy, při nichž dochází ke snižování počtu neuronů a neuroglíí a oslabení vzájemných synapsí. Do primárních demencí řadíme např. demenci s Lewyho tělísky, frontální a frontotemporální demenci, demence při Parkinsonově chorobě a Huntingtonově chorobě, ale především Alzheimerovu chorobu, která představuje až polovinu všech demencí (Praško, Látalová, 2013; Jiráček et al., 2009).

Demence sekundární nebo také symptomatické představují vedlejší komplikaci jiného onemocnění či úrazu a zaujímají asi 5-10 %. Řadíme mezi ně například demence infekční, vaskulární nebo metabolické. Třetí skupina, demence smíšené, tvoří asi 5 % všech demencí a většinou se jedná o kombinaci Alzheimerovy choroby s jiným typem demence (Ehrenfreuchter, 2014).

1. 2 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy a nejčastější forma demence. Dochází k ní prostřednictvím odumírání mozkových neuronů a jejich spojů a úbytkem mozkové hmoty, především v oblastech řídících kognitivních funkcí. Jedná se o pátou nejčastější příčinu úmrtí osob starších 65 let a sedmou nejčastější příčinu úmrtí vůbec. V České republice se počet lidí s ACH odhaduje na 130 000, léčena je jen necelá čtvrtina. Ve věkové kategorii 70-74 let se ACH vyskytuje u 2-4 % lidí, prevalence onemocnění se každých 5 let zdvojnásobuje. I přes stále probíhající intenzivní výzkumy dnes není známa přesná etiologie tohoto onemocnění, pracuje se pouze s různými teoriemi vzniku, což je také důvod, proč ACH stále patří mezi nevléčitelné choroby (Štětkářová et al., 2015; Ehrenfreuchter, 2014).

1.2.1 Etiologie:

Na vzniku Alzheimerovy choroby se může podílet řada mechanismů, jejichž výsledkem je odbourávání mozkové hmoty, ukládání patologických forem bílkovin či narušení nervových spojů. Všechny degenerativní změny jsou na sobě závislé a jsou vzájemně propojené (Jirák et al., 2009).

V mozkových tkáních osob trpících Alzheimerovou chorobou dochází k tvorbám patologických bílkovinných usazenin tzv. *beta*-amyloidu. *Beta*-amyloid vzniká odbouráváním amyloidového prekursorového proteinu, který se v neuronech vyskytuje přirozeně. Tuto bílkovinu běžně štěpí enzym tzv. *alfa*-sekretáza na krátké rozpustné úseky, které jsou pro správnou funkci neuronů nezbytné (jejich konkrétní úloha není známa, pravděpodobně se podílejí na ochraně neuronů). Při ACH se amyloidový prekursorový protein štěpí za přítomnosti enzymů *beta*-sekretázy a *gama*-sekretázy na delší úseky, které se následně shlukují a polymerují do dlouhých řetězců, čímž vznikne *beta*-amyloid. Ten nejenže neplní svou funkci, ale navíc není rozpustný a jeho usazováním vzniká neuritický plak, který způsobí odumírání neuronů. Nejčastěji k usazování dochází v hipokampu a frontálním laloku. Hipokampus je ústřední oblast mozku, jejímž úkolem je zpracování informací z kůry mozkové a z limbického systému a následné předávání do dalších oblastí mozku, zatímco frontální je část, která řídí chování a charakteristiku osobnosti člověka (Ehrenfreuchter, 2014; Jirák et al., 2009).

Další patologií je degenerace tzv. *tau*-proteinu. *Tau*-protein se nachází v neuronech a podílí se na tvorbě mikrotubulů, hlavních stavebních součástí cytoskeletu, které se podílí na transportu látek a živin nervovými vlákny k nervovým synapsím. Při A se *tau*-protein mění, zkracuje, čímž vytváří vlákna tvaru dvoušroubovice a stáčí se do neurofibrilárních klubek (tangles), která v neuronech způsobí vyřazení jejich funkce a následný zánik. Ke změnám nejdříve dochází ve spánkovém laloku, podílejícím se na funkci zraku, sluchu a řeči, a v limbickém systému, který komunikuje s mnoha dalšími oblastmi mozku a mimo jiné zajišťuje funkci emocí, chování, dlouhodobé paměti nebo čichu (Ehrenfreuchter, 2014; Gulášová et al., 2013).

V důsledku těchto patogenních dějů dochází k dalším degenerativním změnám. Postiženy jsou neurotransmitery, přenašeče nervových vzruchů mezi jednotlivými neurony. Jedním z takových přenašečů je acetylcholin. Když se acetylcholin uvolňuje, přenáší nervový vzruch z jednoho nervového vlákna na druhé. Ovlivňuje především části mozku, které mají na starosti myšlení, paměť, učení či prostorovou orientaci. Dále umožňuje nervosvalový přenos, čímž ovlivňuje funkci kosterního svalstva. Kvůli neuritickým plakům se snižuje počet neuronů i buněk, které acetylcholin přirozeně produkují. Kromě acetylcholinergního systému bývá nejvýrazněji postižen systém glutamátergní neboli systém excitačních aminokyselin. Ten bývá při Alzheimerově chorobě naopak stimulován ve zvýšené míře. Stejně jako acetylcholin je i glutamát neurotransmitter zodpovědný za paměťové funkce. Pokud se excitační aminokyseliny, především glutamát, nadměrně uvolňují, dojde ke zvýšené aktivaci NMDA receptorů, což způsobí hned několik patologických dějů. Především se zvýší propustnost iontů kalcia do neuronů, takže dochází k nadměrné apoptóze s následným zánikem neuronů. Apoptóza je geneticky naprogramovaný mechanismus, který vede k jakémusi buněčnému sebezničení. Slouží k odstranění poškozených nebo již nepotřebných buněk. Glutamát zároveň značně komplikuje přenos nervových podnětů. Jeho nadbytkem jsou neurony kontinuálně předrážděné a nejsou schopny signál správně identifikovat – ztrácí tak svou funkčnost (Štětkářová et al., 2015; Ehrenfreuchter, 2014).

Dále dochází k nadměrnému uvolňování a nedostatečnému odbourávání volných kyslíkových radikálů, to jsou produkty látkové přeměny, které mají tendenci se velmi rychle navazovat na další tkáň. V lidském organismu mají funkci např. jako přenašeče informací nebo stavební jednotky nových tkání. Přirozeně jsou volné kyslíkové radikály

eliminovány hned několika enzymy, což zajišťuje rovnováhu mezi jejich vznikem a zánikem. Při jejich nadbytku poškozují tělesné tkáně, nevyjímaje stěny mozkových buněk (Jirák et al., 2009).

U drtivé většiny pacientů s ACH nehrají genetické dispozice žádnou roli, ovšem u několika mála procent se jedná o její dědičnou formu. Jedná se jen o asi 2 % všech známých případů, kdy byla zjištěna familiárně se vyskytující chromozomální mutace (Ehrenfreuchter, 2014). „Bylo nalezeno několik genových mutací (změn v genetickém zápisu) na chromozomech 21, 14 a 1, což vede ke spuštění tvorby a ukládání chorobné bílkoviny beta-amyloidu “ (Jirák et al., 2009, s. 31).

S přibývajícím věkem přichází vědci s více a více možnými principy vzniku. Pracuje se s teoriemi nedostatku vitamínu B₁₂, nízkou hladinou hormonů štítné žlázy, diabetem nebo nezdravým životním stylem jako přispívajícími faktory pro vznik Alzheimerovy choroby. Jedny z posledních výzkumů dokonce přichází s teorií, že by ACH mohla být vrozenou vývojovou vadou (Ehrenfreuchter, 2014).

1.2.2 Stádia

Alzheimerova choroba je typická pro svůj plíživý začátek. Postupuje od drobných epizod, jakými jsou občasné zapomínání nedávných událostí, a může skončit až ztrátou paměti, kdy nemocný nepoznává ani své blízké, leč je na jejich péči plně odkázán (Štětkářová et al., 2015).

Štětkářová et al. (2015) rozlišuje ve vývoji ACH tři stádia nemoci – preklinické stádium, mírnou kognitivní poruchu a demenci způsobenou Alzheimerovou chorobou. Preklinické stádium chápe jako období, kdy nemocný ještě nemá žádné subjektivní ani objektivní příznaky – nelze prokázat žádný kognitivní deficit, ovšem po vyšetření mozku nebo mozkomíšního moku jsou již rozpoznatelné patologické známky typické pro ACH.

Mírná kognitivní porucha (MCI¹) zahrnuje lehkou poruchu kognitivních funkcí, především paměti, kterou již lze na základě objektivních příznaků měřit. I přes obtíže, které postižený má, je stále soběstačný a zvládá své každodenní aktivity. Mírná kognitivní porucha je samostatná diagnóza, která nemusí vždy znamenat přítomnost

¹ z anglického *Mild Cognitive Impairment*

demence, příčinu můžeme hledat např. v depresi, úzkosti či vaskulárních příčinách (Štětkářová et al., 2015).

Dle Štětkářové et al. (2015) je posledním stádiem demence způsobená Alzheimerovou chorobou – tedy samotné propuknutí nemoci. U nemocného je jasně prokazatelná snížená kognitivní výkonnost a omezená soběstačnost. Neuropsychologickými testy lze nevyvratitelně diagnostikovat postupující ACH.

Ehrenfreuchter (2014) rozlišuje při Alzheimerově chorobě jiná tři stádia, a sice ranou fází, mezifází a pozdější fází, kdy raná představuje období prvních příznaků a pozdější fáze období, kdy je již nemocný zcela odkázán na péči druhých. Mezifáze, jak už její výmluvný název napovídá, pak představuje období mezi ranou a pozdější fází a zahrnuje postupně se zhoršující příznaky. Podle průběhu odpovídá tomuto rozdělení i členění dle Jiráka et al. (2009) na lehkou, střední a těžkou demenci při ACH.

Na druhé straně Kantorková (2011) rozděluje stádia ACH podle toho, v jakém věku u nemocného propukne. Projevili se před 65. rokem života, jedná se o demenci u Alzheimerovy choroby s časným začátkem, tato fáze má rychlou progresi a může se vyskytovat familiárně. Demence u Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem vzniká po 65. roce života, většinou však až po překročení věku 80 let. Z pravidla mívá pomalejší průběh a nejmarkantnějším příznakem je zhoršující se paměť.

1.2.3 Projevy

První projevy Alzheimerovy choroby nemusí být nikterak rozsáhlé či nápadné. Holmerová a Mátlová (2015) uvádí ve své publikaci 10 počátečních varovných příznaků při ACH, jako jsou problémy s pamětí, kdy nemocnému dělá problémy vybavit si jména svých známých či zapomíná na své pracovní úkoly. S tím souvisí i problémy s běžnými denními činnostmi – po dokončení si nevzpomene, že činnost již vykonal nebo ji dokonce zapomene vykonat úplně (po uvaření oběda zapomene, že vůbec vařil). Objevují se první problémy s plynulým vyjadřováním, s racionálním myšlením a s abstraktním myšlením – nemocnému dělá potíže pochopit, co abstraktní pojmy znamenají a jak je propojit s praktickými činnostmi (nechápe, co znamenají čísla telefonního PINu a k čemu je použit). Vzpomenout si, jaký je den v týdnu nebo směr cesty, dělá lidem s ACH problémy. Může se dokonce stát, že uprostřed ulice zapomenou cestu domů. Není ani výjimkou, že nemocný zapomíná, kde mají věci své

místo. Lze tak např. v jeho lednici objevit žehličku. Dalšími typickými příznaky jsou počáteční změny v chování, náladě a celkově změny osobnosti. Prudké změny nálady bývají u nemocného na denním pořádku, stejně jako náhlé stavy podezřivosti či úzkosti. Tyto prvotní příznaky si člověk s ACH uvědomuje, leč se je snaží před ostatními zakrýt, zamluvit. Důsledkem toho propadá stavům pasivity a bez neustálých podnětů ze strany okolí ztrácí iniciativu k práci. Všechny tyto projevy jsou typické pro ranou fázi Alzheimerovy choroby.

Jak choroba postupuje, přibývají problémy. Nemocný začíná mít výpadky paměti, kdy chvílemi zapomíná obličej a jména svých blízkých, zapomíná i nedávné události. Dělá mu problémy se orientovat i ve zcela známém prostředí a ztrácí pojem o čase. Neorientuje se ani ve své domácnosti, zapomíná, kde mají věci své místo, často ho tedy můžeme vidět, jak něco hledá. Problémy ve vyjadřování jsou již nezpochybnitelné – kromě obtížného nacházení slov občas postrádají jeho věty logiku, často se opakuje a leckdy ani nerozumí druhým, čímž vzniká počátek komunikační bariéry. Již v tomto meziobdobí má nemocný problémy se sebedpéčí. Potřebuje pomoc při hygieně a toaletě, oblékání i při jídle. Činnosti jako je vaření nebo úklid nemocný opomíná, proto je třeba mu pomoci s vedením domácnosti. Kvůli problémům se stravováním postižení často hubnou a jsou vystaveni riziku podvýživy a dehydratace. K projevům se přidávají i problémy s chůzí, jemnou motorikou a inkontinencí moči. Dále nemocný zcela ztrácí zájem o své koníčky a dělá mu značné problémy se soustředit (Alzheimerova choroba, ©2014; Alzheimer's Disease International, World Health Organization, 2012).

V posledním stádiu Alzheimerovy choroby se veškeré potíže prohlubují. Paměť již není zachována – nemocný nepoznává své blízké, jemu dříve známé předměty ani místa. Kognitivní funkce zcela selhávají, proto mnohdy netuší nebo spíš nerozumí dění ve svém okolí, případně co je po něm vyžadováno. Verbální komunikace selhává, není schopen řeči, ani mluvenému slovu porozumět, proto zde nastupuje komunikace neverbální. I s tou má sice problémy (není schopen vyjádřit své potřeby), ale je schopen jí alespoň částečně porozumět. Přidává se neschopnost soustředit se, rozhodovat se či logicky myslet. Postupně také ztrácí pocit uvědomění a vyčleňuje se ze společnosti. K inkontinenci moči se přidává i inkontinence stolice. Prohlubující se obtíže s pohyblivostí mohou skončit až úplnou imobilitou a odkázáním na lůžko, čímž se výrazně zvyšuje riziko pádu. Nemocný časem ztrácí schopnost samostatně přijímat

potravu, obléci se či pečovat o hygienu – postupně se tak stává závislý na péči druhé osoby (Alzheimerova choroba, 2014; Alzheimer's Disease International, World Health Organization, 2012).

V průběhu Alzheimerovy choroby se mohou objevit i doprovázející psychiatrické problémy v souvislosti s chováním. Typické bývá bránění se péči, obzvláště v první polovině nemoci, kdy je intelekt zachován. Pro nemocného je velmi těžké zvyknout si na direktivnější styl přístupu, kdy mu říkáme co, kdy a jak to má dělat (zvláště staří lidé, kteří jsou zvyklí na své zavedené stereotypy). Nechápe, proč by mu měl někdo pomáhat, když doposud zvládal vše sám, ale zároveň s postupem choroby ztrácí nadhled nad tím, co sám dokáže a k čemu už potřebuje pomoc druhé osoby. V návaznosti na narušené kognitivní funkce se postižení Alzheimerovou chorobou cítí zmatení, ztracení v prostředí, kterému nerozumí a které zároveň nerozumí jim. Následkem toho se objevuje agitovanost – stav neklidu, roztěkanosti, neschopnosti vydržet na jednom místě a stavy bloudění a toulání se. Obzvláště v počátečním stádiu je choroba provázena úzkostmi. Ať už si nemocný uvědomuje své kognitivní deficity nebo ne, vždy cítí, že „něco je v nepořádku, něco je špatně“, má obavy z vlastního selhání a neschopnosti, stydí se za příznaky choroby. Právě tyto pocity vedou ke stavům úzkosti až deprese, která s sebou přináší obtíže fyzického rázu jako např. bolesti hlavy, zažívací problémy či nespavost. Nespavost mimo jiné souvisí i s narušeným biorytmem spánku – jedním z příznaků ACH, kvůli němuž není výjimkou, že zatímco ve dne je nemocný pasivní, polehává, v noci naopak bdí, nemůže usnout nebo se toulá. Často je přítomná agresivita v podobě výhrůžek, vulgarismů nebo násilí jak vůči sobě, tak i vůči druhým. Zatímco v rané fázi nemoci je agresivita spojována s úzkostí, postupem času i s depresí, v pozdější fázi je důsledkem pokročilých neurodegenerativních změn – zejména porušenou funkcí neurotransmiterů. Alzheimerově chorobě se nevyhnou ani psychotické příznaky v podobě bludů, iluzí či halucinací. Bludy jsou nejčastěji paranoidního rázu, kdy nemocný podezívá své okolí z více či méně absurdních záležitostí např. z krádeže, nevěry, ale i ze spiknutí. Iluze a halucinace jsou méně časté než bludy, a bývají spíše zrakové např. nemocný kolem sebe vidí neexistující osoby. Kvůli komunikační bariéře nedochází k úplnému uspokojení potřeb nemocného, jelikož okolí nedokáže nemocnému porozumět, proto mohou být některé z problémových

chování (např. agresivita) způsobem nemocného, jak upoutat pozornost a tím sdělit svou potřebu (Jiráček et al., 2009).

1.2.4 Diagnostika

K první předběžné diagnostice dochází již ze strany nemocného nebo jeho blízkých. Jak jsme si již uvedli, počáteční stádia nemoci nemusí být vůbec zjevná, tudíž při prvních příznacích dává Alzheimerova choroba najevo svůj postup. Proto je na začátku věnovaná značná pozornost informacím o aktuálním stavu kognitivních funkcí klienta. Prvním krokem je sestavit anamnézu se zaměřením na aktuální stav kognitivních funkcí, charakter potíží v závislosti na čase (zdali se objevily ze dne na den nebo plíživě), úrazy hlavy, užívané léky a jiné látky (např. alkoholu), aktuální psychický stav a mimo jiné i výskyt jakékoliv formy demence v rodině. Důležitou roli zde hraje i objektivní zhodnocení ze strany okolí. Především v situacích, kdy mají nemocní tendenci své obtíže bagatelizovat, mohou blízcí vnést do situace realističtější pohled (Diagnostika Alzheimerovy choroby, ©2014; Ehrenfreuchter, 2014).

Vlastnosti a dovednosti vztahující se ke kognitivním funkcím, abstraktnímu myšlení či schopnosti úsudku hodnotí celá řada screeningových testů. Jedním z nejvyužívanějších je MMSE – *Mini-Mental-State Examination* (příloha 1). Jedná se o test, díky němuž lze posoudit stav kognitivních funkcí. Skládá se z 30 samostatně hodnocených otázek a úkolů. Za každou položku je klient ohodnocen 1 bodem, celkové maximální skóre je tedy 30 bodů a o demenci hovoříme už při výsledku pod 23 bodů, avšak rozmezí bodů se může na základě konkrétního diagnostického zařízení lišit. Testované jsou oblasti orientace, paměti, pozornosti a schopnosti odečítání, krátkodobá paměť, řeč, komunikace a konstrukční schopnosti. Podobné parametry testuje i podrobnější Montrealský kognitivní test (MoCA) (Ehrenfreuchter, 2014; Nikolai et al., 2013b).

O prostorovém rozlišování nám poskytuje informace *Clock drawing test* (CDT), tedy test kresby hodin. Během něho má klient za úkol nakreslit očíslovaný ciferník a hodinové ručičky ukazující zadaný čas. Hodnotí se, zda jsou přítomna všechna čísla, včetně správného pořadí, jejich správné rozmístění, přítomnost obou ručiček ve správné pozici či zdali nejsou přítomny anomálie v podobě čísel nebo čar navíc. Dále můžeme využít test ADAS (*Alzheimer's Disease Assessment Scale*), který

nám poskytuje informace nejen o stavu paměti, ale i o jazykovém projevu a orientaci. Někdy se jako demence může jevit deprese typická pro seniorský věk, kdy jsou narušeny kognitivní funkce, motorika je zpomalená stejně jako jednání či rozhodování. K odlišení slouží např. GDS (*Geriatric Depression Scale*) (Ehrenfreuchter, 2014; Nikolai et al., 2013a).

Dále je třeba zhodnotit schopnost klienta vykonávat aktivity denního života, především jeho soběstačnost, k čemuž nám slouží hned několik dotazníků. Tyto dotazníky vyplňuje buď klient sám nebo za pomoci blízké osoby či pečovatele, obzvlášť pokud není schopen své schopnosti a dovednosti adekvátně zhodnotit. Jedním z nich je Dotazník funkčního stavu (FAQ) (příloha 2), který se skládá z 10 položek, kdy za každou lze získat 0-3 body. Mezi hodnocené úkony patří např. schopnost připravit si jídlo, věnovat se svým koníčkům nebo zvládnout lehčí administrativu. Maximální 30 bodový výsledek by představoval nejtěžší stupeň narušení soběstačnosti. Speciálně sestavený test pro Alzheimerovu chorobu – Dotazník soběstačnosti (DAD) obsahuje 40 otázek z oblasti základních denních aktivit (oblékání, hygiena, schopnost se najíst ...) a instrumentálních aktivit (vaření, nakupování, užívání léků ...). Mimo jiné můžeme využít Bristolskou škálu aktivit denního života (BADLS), která poskytuje možnost konkrétnější odpovědi, včetně možnosti „nelze určit“ (Martínek, Bartoš, 2011).

Samozřejmostí je vyšetření základních vitálních funkcí, koordinace a pohyblivosti klienta, základní neuropsychologické vyšetření, EEG, vyšetření moči nebo vyšetření mozkomíšního moku na přítomnost bílkovinných markerů, především *beta*-amyloidu a *tau*-proteinu. K vyloučení hypoxie mozkové tkáně, a tím i k vyloučení ischemické demence na podkladě kardiovaskulárního onemocnění, slouží EKG a rentgen srdce a plic. Provádí se i řada zobrazovacích metod, např. CT, MR, SPECT, vizuální evokované potenciály, které slouží k zobrazení struktur mozku a k diferenciaci mezi různými degenerativními onemocněními mozku (Diagnostika Alzheimerovy choroby ©2014; Ehrenfreuchter, 2014).

Krevní vyšetření je další cennou diagnostickou metodou. Podrobný biochemický a hematologický rozbor krve, včetně hladiny hormonů štítné žlázy a vitamínu B₁₂, má také velký význam v diferenciální diagnostice, tedy k vyloučení některých sekundárních typů demence např. infekční nebo metabolické (Ehrenfreuchter, 2014). Dle nové metody z Georgetown University lze na základě přítomnosti metabolitu lipidů

v membránách neuronů určit, zda se u vyšetřovaného v příštích 2-3 letech rozvine ACH. Se svou 90% úspěšností se jedná o velmi snadný a efektivní test (Abbott, 2014).

U Alzheimerovy choroby dochází k poškození oblastí mozku (např. hippokampus), které se podílí na zpracování čichových podnětů. Především je snížena schopnost rozpoznat jednotlivé podněty a detekční práh, tedy nejnižší koncentrace podnětu, kterou je nemocný schopen rozlišit. V časně diagnostice ACH má proto přínos vyšetření čichových funkcí. V České republice se nejvíce užívají testy *Sniffin' Sticks* či *Odorized Marker Test* (OMT), které využívají parfemovaných fixů. Vyšetřovaný má za úkol jednotlivé vůně pojmenovat (Martinec Nováková et al., 2015).

1.2.5 Terapie a péče o člověka s Alzheimerovou chorobou

Cílem úspěšné terapie Alzheimerovy choroby je zpomalit progresi nemoci, udržet co nejlepší úroveň kognitivních funkcí, redukovat přítomnost poruch chování a nálady, zachovat u pacienta co nejvyšší míru soběstačnosti, to vše s ohledem na pečující osoby. Je kladen důraz na udržení nemocného co nejdéle v domácím prostředí, k hospitalizaci se přistupuje až při výskytu obtížně zvladatelných poruch chování, pokud rodina svou roli pečovatelu již nezvládá nebo pokud se o nemocného nemá kdo starat ve fázi nemoci, kdy toho již není sám schopen. Za úspěch lze považovat nezhoršení příznaků (zejména kognitivních funkcí) od posledního vyšetření. Pro správnou terapii ACH je třeba mezioborová spolupráce mezi neurologem a psychiatrem, popř. s geriatrem (Štětkářová et al., 2015).

Důležitou částí léčby je farmakoterapie, kterou zde můžeme rozdělit na farmakoterapii kognitivních a nekognitivních funkcí. Farmakoterapie kognitivních funkcí se opírá o zpomalení jednotlivých patologických procesů při ACH. První ze dvou primárně užívaných skupin léčiv jsou inhibitory AChE, které jsou nejúčinnější při mírné až středně těžké formě nemoci. Blokují enzym, který rozkládá acetylcholin, a tím zvyšují jeho množství, a tak pozitivně působí na kognitivní funkce, především paměť. Nejpoužívanějšími zástupci jsou Donepezil, Rivastigmin a Galantamin. Pro léčbu inhibitory AChE v České republice musí být klientovi diagnostikována ACH, v testu MMSE dosáhne výsledku 25-13 bodů a je předepsán pouze neurologem, psychiatrem nebo geriatrem (Praško, Látalová, 2013).

Dále nemocný užívá Memantin, jakožto primární zástupce antagonistů NMDA receptorů, resp. částečný antagonist. Memantin brzdí nadměrnou stimulaci abnormálně vysokými dávkami glutamátu v klidovém stavu se zachováním jejich fyziologické aktivity nutné pro učení a paměť. Snížením koncentrace glutamátu se upraví poměr mezi signálem a šumem na neuronech, čímž nejsou předrážděny a jsou schopny signál správně identifikovat. Také se snižuje nadměrná propustnost iontů kalcia do neuronu. Lze ho podávat v kombinaci s inhibitory AChE. Memantin se podává při středně těžké až těžké formě ACH, při výsledku MMSE 17-6 bodů (Šetkářová et al., 2015).

V rámci podpůrné farmakoterapie na ovlivnění behaviorálních a psychologických symptomů ACH se podávají antidepresiva (Citalopram, Escitalopram, Sertralin), nebenzodiazepinová anxiolytika (Buspiron, Hydroxyzin) nebo nižší dávky antipsychotik (Tiaprid, Haloperidol, Risperidon ...), které mohou upravit i problémy s insomnií (Praško, Látalová, 2013).

Mimo farmakoterapie se v praxi využívá několik různých terapeutických přístupů, které v kombinaci s léky zlepšují kvalitu života nemocného. Jedním z nejznámějších je tzv. validizace. Validizace je terapeutická metoda, založená na empatii, úctě a respektu člověka, vedoucí k pochopení jeho emocí a následné možnosti s těmito emocemi pracovat. Účelem je podpořit verbální i neverbální komunikaci a vybudovat vztah mezi validizujícím a validizovaným, který v rámci dezorientace ztrácí pocit jistoty a bezpečí. Díky tomu lze zjistit, jak např. vnímá své okolí. Každé chování, nálada mají svůj význam, po kterém je třeba pátrat, i přestože není příčina na první pohled známá. Nelze klientovi pocity vyvracet či je dokonce zakazovat. Pečující by se měl vždy umět přizpůsobit realitě nemocného, akceptovat jeho témata. Typickým příkladem je situace, kdy nemocný hledá svého blízkého, který již zemřel. V takové situaci není žádoucí přesvědčovat ho o jeho mylné představě, naopak je třeba najít společné téma a vzpomínku na onu osobu. Snažíme se zjistit, o koho se jedná, proč ji hledá, jaké má na ni vzpomínky. Ke každému klientovi je třeba přistupovat individuálně v závislosti na stádiu choroby, osobnosti klienta a kontextu. Validizaci lze podpořit využitím hudby, modliteb, básní či říkanek z dětství (Ferková, Ilievová, 2013).

Na podobném principu pracuje i smyslová aktivizace. Učí pečujícího vnímat pocity nemocného a díky nim najít neuspokojenou potřebu. Jejím konceptem je zapojení všech smyslů s cílem udržení, dlouhodobého zachování a obnovení vlastních kompetencí

(sebevědomí, sebeurčení, přijetí sebe sama), sociálních kompetencí (navazování kontaktu s ostatními lidmi, zachování rodinných vazeb, integrace do sociálního prostředí) a věcných kompetencí člověka (samostatnost, schopnost se o sebe co nejdéle postarat, používání předmětů denní potřeby). Hlavní princip spočívá v pojetí člověka jako holistické bytosti s potřebami v oblasti biologické, psychické a transcendentální. Neuspokojení potřeby v jedné oblasti se může projevit v oblasti jiné – všechny jsou propojeny, např. dezorientovaní lidé s Alzheimerovou chorobou se často cítí osaměle a touží po blízkém kontaktu, což se může projevit fyzickým neklidem, voláním po svých blízkých, touhou odejít z pečovatelského zařízení domů. Pacienti s ACH vnímají vše, co se kolem nich děje, proto je důležité respektovat jejich autonomii a soukromí. Pokud personál nezaklepe před vstupem do pokoje, nepozdraví, může očekávat ze strany pacienta spolupráci? A naopak – může pacient nabýt pocitu úcty nebo bezpečí? Smyslová aktivizace probíhá nejen formou slov, ale i formou dotyků, zvuků, barev, vůní – všeho co v pacientovi probudí zájem, motivaci či jakékoliv vzpomínky. Orientuje se i na rituály jednotlivých částí roku (ročních období, svátků) (Vojtová, 2015).

Smyslová aktivizace zahrnuje i úpravu prostředí pečovatelského zařízení tak, aby poskytlo pocit domova. Proto je více než vhodné obklopit klienta předměty, hudbou nebo vůněmi, které má klient s domovem spojené. Přínosem jsou i fotografie blízkých lidí či míst, kde klient žil, vyrůstal, pracoval nebo je navštívil. To vše stimuluje klientovu paměť a otvírá další možnosti získat si jeho důvěru (Koncept Smyslové aktivizace, ©2017).

Obzvláště v období počáteční až středně těžké ACH je vhodné zapojit do terapie kognitivní trénink, který vede ke zlepšení či spíše k co nejdélšímu udržení úrovně kognitivních funkcí, především paměti. Formou různých cvičení, her, úkolů lze navíc pacienta aktivizovat a zabavit. Zejména v počátečních stádiích choroby může kognitivní trénink představovat pro klienta stresující záležitost, proto je třeba k němu přistupovat trpělivě, volit adekvátní aktivity, poskytnout zpětnou vazbu a neopomenout ani pochvalu za odvedený výkon, tím můžeme navodit atmosféru důvěry (Jiráček et al., 2009).

Klienti s ACH jsou cílovou skupinou i pro Psychobiografický model péče profesora Erwina Böhma. Cílem tohoto modelu je docílit porozumění personálu

s klientem, ale také porozumění dvou generací. Psychické potřeby jsou dle profesora Böhma, oproti biologickým potřebám, opomíjeny v tom smyslu, že pečovatel často plně přebírá péči, aniž by dal prostor využít klientovu iniciativu a zachovalé dovednosti. Výsledkem je pasivní příjemce péče bez motivace. Podstatou je aktivizovat a reaktivizovat psychické schopnosti a dovednosti, rozhýbat klientovu psychiku, najít motivaci, aktivizovat jeho autonomii. Psychobiografický model pracuje s životopisem člověka, jako s vodítkem nalezení motivace a ke stimulaci jeho psychiky. Člověk s ACH se může vracet ke stereotypům z dětství a mládí, které jsou uloženy v dlouhodobé paměti, jež bývá narušená mnohem později než krátkodobá. Znalost těchto stereotypů chování, zvyků a způsobů pak personál využívá k překonání zátěžových situací. Zároveň může díky informacím z biografie nemocného upravit prostředí tak, aby u něj navodil pocit jistoty a bezpečí. Může se jednat o obrázky herců, které měl rád, oblečení z doby jeho mládí nebo hudbu, kterou poslouchal. Poskytovatel péče je tak nucen neustále pátrat, jak motivovat klienta k aktivitě a soběstačnosti, prostřednictvím jeho celoživotně naučených rituálů (Teorie PBM, ©2015).

S biografií člověka primárně pracuje i metoda reminiscence, která využívá vzpomínek k navození atmosféry domova. Díky informacím z životopisu nemocného, můžeme pracovat s jeho vzpomínkami, a tím podnítit vnímání jeho vlastního „já“, uvědomění si sebe samého. Reminiscence zahrnuje obklopení klienta známým – např. nástěnka s fotografiemi blízkých, krabice s drobnými předměty, které mu připomenou mládí (vysvědčení, hračky, noviny), portfolio jeho života, hudba nebo dokonce známé chutě. Jedná se o psychosociální intervenci, která může, sdílením zážitků a životních příběhů, prolomit komunikační bariéru (Jiráková et al., 2009).

„Alzheimerova choroba nepostihuje jen pacienta, ale celou jeho rodinu“ (Holmerová, Mátlová, 2015, s. 88). V rámci ústavní péče o člověka s Alzheimerovou chorobou hraje rodina nezastupitelnou roli. Většinou jsou to právě oni, kdo zaujímal roli pečovatele, než se nemocný dostal do rukou zdravotníků. Právě toho je třeba při péči využít, a od rodiny získat co nejvíce informací. Mohou poskytnout informace o minulosti klienta, jeho životě a pomoci sepsat jeho biografii. Lze využít jejich zkušeností k naplánování denního režimu a individualizovaných aktivit pro klienta, a samozřejmě také získání povědomí o klientových preferencích a zájmech např.

oblíbených jídlech či milované hudbě. I poté, co se nemocný dostane do ústavní péče, by rodina měla mít vždy možnost o svého příbuzného pečovat. I pro samotného klienta bývá komfortnější, když se o něj stará člověk jemu známý. Navíc by měla rodina vždy najít u zdravotníků podporu. Sám zdravotník může poskytnout rodině pomoc ve formě naslouchání, rady či užitečných informací – jednak o nemoci a péči jako takové a o dalších možnostech, kde hledat podporu. Vhodnou formou podpory pro rodinu jsou rozhovory s psychologem či příslušné organizace, které se touto problematikou zabývají. Nejznámější takovou organizací v České republice je Česká alzheimerovská společnost, která se kromě rodiny zaměřuje i na podporu samotného člověka s ACH a spolupráci s příslušnými zařízeními (Jiráček et al., 2009).

1.3 Komunikace

V každodenním životě je nezbytná správná komunikace. Komunikaci chápeme jako sdělování, nebo vzájemnou výměnu informací, pocitů, motivů či hodnot formou nejrůznějších prostředků. O komunikaci hovoříme při jakékoliv interakci mezi lidmi. Dokonce i mlčení se považuje za formu komunikace. Komunikaci můžeme rozdělit na verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní). Oba druhy komunikace se dějí současně, proto je důležitý soulad verbálních a neverbálních projevů. Zvláště ve zdravotnictví je třeba sledovat mimoslovní projevy pacienta, neboť právě z nich lze vyčíst informace, které nám nechce nebo nemůže sdělit (Venglářová, 2007; Zacharová et al., 2007).

„Bez dobré komunikace není možná dobrá péče“ (Špatenková, 2009, s 7). Nejlepší formou komunikace mezi zdravotníkem a klientem je rozhovor, kdy dochází k předávání informací z obou stran. Vzájemný komunikační vztah mezi zdravotníkem a pacientem by měl být vyvážený a partnerský tzn., že zdravotník z pozice s určitou autoritou a znalostmi, by měl komunikaci do jisté míry usměrňovat, řídit její tempo a rozhodovat o její formě a obsahu (Špatenková, Králová, 2009).

Komunikační proces začíná u komunikátora – osoby nebo skupiny lidí, která má v úmyslu sdělit komuniké (obsah sdělení). To v první řadě zakóduje prostřednictvím slov nebo mimoslovních signálů. Způsob a cesta přenosu se nazývá komunikační kanál, skrze něj se informace dostanou ke komunikantovi, tedy osobě nebo skupině lidí, která

přijímá sdělení. Komunikant musí být schopen komuniké dekodovat – porozumět mu, interpretovat ho, aby došlo ze zpětné vazbě, což je jakýkoliv projev reakce na sdělení. Tím se z předešlého komunikanta stává komunikátor, jenž sděluje své zakódované komuniké původnímu komunikátorovi, z něhož je nyní komunikant. Takto komunikační proces probíhá dál a dál, dokud není komunikace ukončena (Špatenková, Králová, 2009).

Problém v komunikaci může nastat v případě tzv. komunikačního šumu, který představuje cokoli, co brání úspěšné komunikaci. Zahrnuje jakékoliv rušení fyzikální (hluk, špatné osvětlení), psychické (vztah mezi vysílačem a příjemcem, spěch, inteligenční úroveň), ale i fyzické (porucha zraku, sluchu, bolest). Původcem může být jak účastník komunikace, tak i prostředí nebo zvolené téma (Linhartová, 2007).

Důležitou dovedností zdravotníka je vytvořit atmosféru důvěry a bezpečí, což napomáhá k navázání vztahu s pacientem – vztahu, založeném na otevřenosti, úctě a respektu. Právě takovýto vztah umožňuje, aby se pacient cítil v klidu a relativní psychické pohodě. Vybudování tohoto vztahu ve ztížených časových možnostech zdravotníků dnešní doby, se může zdát jako téměř nemožný úkol. Jedná se ale o dovednost, kterou je nezbytné se naučit. Je třeba ke každému pacientovi přistupovat jako k individuální osobnosti se specifickými potřebami, brát v úvahu aspekty jako je věk či aktuální psychický stav pacienta, samotné onemocnění a možnosti, které pacient v rámci komunikace má, což bez získaných vědomostí nelze (Špatenková, Králová, 2009).

1.3.1 Verbální komunikace

Jak jsme si již vysvětlili, komunikaci rozdělujeme na verbální a neverbální. Verbální komunikace je dorozumívání prostřednictvím slov a jiných znakových symbolů. Využití řeči se může u jednotlivých lidí lišit na základě věku, vzdělání či kultury. Verbální komunikace je ovlivněna situačním kontextem, tedy situací, v níž komunikace probíhá. Prvky jako aktuální fyzický a psychický stav ovlivňují způsob verbálního vyjadřování a porozumění. Dále je ovlivněna vnitřními dispozicemi jedince, jakožto ucelené individuální osobnosti. Jelikož je komunikace sociální dovedností, kterou se učíme po celý život, mohou se s věkem či změnou zdravotního stavu tyto dispozice měnit. Jiným ovlivňujícím prvkem je motivace komunikovat. Člověk má

přirozenou potřebu verbální komunikace, jakožto nástroj uspokojování potřeb, předpokladem je však ochota a vůle komunikovat. Zdravotníci proto musí vždy ukazovat svou ochotu a zájem o komunikaci, a tím udržet s pacientem kontakt, neboť právě nedostatek informací je největší překážkou ve zdravotnictví (Venglářová, Mahrová, 2006; Zacharová et al., 2007).

Verbální komunikace může probíhat jako jednostranná, oboustranná, popř. masová, která k nám vysílá zprávu, jež my přijímáme, ale neodpovídáme na ni. Probíhá především prostřednictvím médií jako je internet, televize či rozhlas. Jednostranná komunikace je základní, dochází k ní např. při monologu sestry či jiného zdravotníka, tedy právě ve chvíli, kdy informace s převahou sděluje jen jedna strana. Jelikož má člověk přirozenou potřebu reagovat na sdělení, stává se z komunikace jednostranné dvoustranná, při níž oba zúčastnění mohou sdělovat své představy, přání, vědomosti a zároveň reagovat na toho druhého. V takovém případě se jedná o rozhovor, který je tou nejvhodnější variantou ve zdravotnictví. Základním rozdílem mezi jednostrannou a oboustrannou verbální komunikací je možnost reakce (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.3.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace zahrnuje všechny vědomé i nevědomé formy komunikace beze slov. Někdy může zcela nahradit verbální komunikaci, většinou ji spíše doplňuje nebo podtrhuje. Pro svoji neuvědomělost se neverbální komunikace stává nástrojem odhalení informací, které nám druhý nechce nebo nemůže sdělit, skrytých pocitů nebo odhalení lži, obzvláště nejsou-li verbální a neverbální komunikace v souladu. Zahrnuje mimiku, proxemiku, haptiku, kinetiku, gestikulaci ale i celkový vzhled účastníků komunikace (Špatenková, Králová, 2009).

Nejsilněji odráží emoce mimika, tedy výraz tváře. Díky ní lze vyjádřit radost, překvapení, nechápavost, ale také vztek nebo smutek. Některé formy mimiky jsou jasně čitelné, jiné mohou být nejednoznačné. Právě prostřednictvím mimiky lze komunikovat i s pacienty, kteří verbální komunikaci nerozumí. Prostým úsměvem vysílá zdravotník směrem k pacientovi jednoznačné pozitivní signály. Výraz obličeje doplňuje řeč očí. Očním kontaktem dává člověk najevo přístupnost ke komunikaci. Vyhýbání se očnímu kontaktu značí bariéru a nechuť komunikovat, naopak příliš upřeným pohledem lze až zastrašit (Špatenková, Králová, 2009).

Proxemika je komunikace prostřednictvím vzdálenosti mezi komunikujícími subjekty. Každý člověk si kolem sebe vytváří proxemické zóny. Podle vzdálenosti lze rozlišit zónu veřejnou (360 cm a více), zónu společenskou (120-360 cm), která je určena pro běžný kontakt s lidmi např. v práci nebo ve škole. Osobní zóna (46-120 cm) zahrnuje přátele, známé a blízké. Poslední je zóna intimní (46 cm a méně), která je určena skutečně jen těm nejbližším. Každý člověk má jednotlivé vzdálenosti nastavené trochu jinak, což se může projevit tzv. proxemickým tancem. Pokud jeden z účastníků komunikace vstupuje do osobního prostoru druhého, můžeme si všimnout, že zatímco jeden ustupuje a snaží se vzdálenost zvětšit, ten druhý se naopak přibližuje. Ustupováním dává najevo pocit omezení. V ideálním případě proxemický tanec ustane ve chvíli, kdy oba účastníci komunikace najdou komfortní vzdálenost (Linhartová, 2007).

Haptika je komunikace probíhající pomocí doteků. Jedná se o univerzální jazyk, díky němuž lze v ošetrovatelské praxi projevit zájem, uklidnit, utěšit. V konceptu bazální stimulace dává pečující iniciačním dotekem najevo, že začíná s konkrétním úkonem (např. ranní hygienu vždy začíná dotekem na rameno). Haptika probíhá ve 3 dotekových pásmech. Pásmo společenské zahrnuje nejčastěji jen oblast ruky (podání ruky), pásmo osobní/přátelské se vztahuje většinou na oblast paže, ramena, vlasů a pásmo intimní, které je bez omezení. Stejně jako u proxemiky nelze brát tato pásma jako pevně daná. Mohou se měnit na základě individuality člověka, tudíž tam, kde jeden vnímá např. objetí jako běžný přátelský pozdrav, pro druhého už se jedná o kontakt intimního rázu. To vše musí vzít zdravotník na vědomí, aby mohl využít dotek vhodným způsobem (Juřeníková, 2010).

Komunikace prostřednictvím pohybů těla se nazývá kinetika. Kromě pohybů zahrnuje i celkové držení těla, napětí, postoj, pozice rukou, náklon či natočení těla. Tím vším člověk dává více či méně najevo své pocity, náladu, náklonost či odpor. Zatímco uvolněný postoj a plynulé pohyby těla dávají najevo vnitřní harmonii, trhavé pohyby a častá změna polohy těla a pozice končetin signalizují napětí a nejistotu. Během komunikace je důležitá souhlasnost polohy těla účastníků. Ta je nejčastěji vyjádřena tzv. zrcadlením, tedy zaujetím podobné polohy těla, což vyjadřuje vzájemný souhlas a sympatie. Naopak zaujetí pozice zcela odlišné a nesouhlasné (např. odklonění těla) znamená nezájem nebo nesouhlas (Špatenková, Králová, 2009).

Gestikulace zahrnuje komunikaci především pomocí horních končetin. Samotná gesta lze rozdělit na tři typy. Jedná se o znaky jako např. zaťatá pěst s palcem směřujícím nahoru znamenající „výborně/správně“. Dále máme ilustrace, které mají za úkol doplnit nebo podtrhnout verbální komunikaci např. znázornění velikosti pomocí rukou, a nakonec regulátory chování, jimiž lze na něco upozornit nebo koordinovat např. pokynutí ruky znamenající „pokračuj“. V některých případech může gestikulace zcela nahradit jazyk – jako v případě znakového jazyka (Juřeníková, 2010).

1.3.3 Komunikace s člověkem s Alzheimerovou chorobou

Dovednost efektivně komunikovat s člověkem s Alzheimerovou chorobou je pro každého zdravotníka pracujícího s takovým klientem klíčová. Jedná se o dovednost, kterou je možné, a v praxi i nutné, si osvojit. Komunikace s člověkem s ACH by neměla postrádat úctu, pochopení a snahu o porozumění za jakékoliv situace. Pro začátek je důležité zhodnotit úroveň vyjadřovacích a kognitivních funkcí klienta. V průběhu ACH prochází tyto funkce změnou, jinak tedy budeme komunikovat s klientem v počátečních stádiích a jinak v pokročilých – s postupem ACH bude komunikace čím dál častěji probíhat na neverbální rovině. Samozřejmostí je aktivní naslouchání tomu, co klient říká či co neverbálně vyjadřuje. Je tedy třeba věnovat mu plnou pozornost a tím projevit zájem. Personál zachovává přátelský a empatický přístup, a to i v naléhavé situaci, protože je velmi snadné pocity napětí a úzkosti přenést na nemocného, který bývá často obdařen silnou intuicí (Martinková, Botíková, 2012).

Zdravotník klientovi vyká a oslovuje ho jménem (klienti často lépe reagují na křestní jména), v žádném případě neuzívá oslovení typu „Babi/Dědo“ či jiných podobných přezdívek a zdrobnělin. Může ho oslovovat i dle jeho získaného akademického titulu – klientovi tak projeví úctu a připomene mu jeho životní úspěch. Během konverzace poskytne klientovi dostatek času na vyjádření, má-li problém vzpomenout si na nějaké slovo, pomůže mu jej najít či mu pomůže dokončit větu. Užívá spíše krátkých jednodušších vět zaměřených na jedno téma a aktuální dění (např. během ranní hygieny se zaměří pouze na úkon, který bude právě prováděn, nehovoří i o několika dalších, které budou následovat). Mluví klidně, ale dostatečně hlasitě, pomalu, ale ne příliš monotónně, pokud je to jen trochu možné, nechá volbu tématu na klientovi, při čemž ale komunikaci jistým způsobem vede. Vyhýbá se pokynům či dotazům

nabízejícím více možností volby, raději volí dotazy, na které může klient odpovědět ano či ne a nikdy nepokládá více otázek najednou. Důležitou roli hraje i prostředí, ve kterém komunikace probíhá. Mnohem efektivněji bude probíhat v prostředí, v němž se klient orientuje než v neznámém prostředí. Komunikační bariéru tvoří i rušivé elementy z okolí, které mohou klienta znervózňovat či ho rozptylovat – i na to je třeba brát ohled a snažit se přizpůsobit prostředí klientovi, nikoliv nutit klienta přizpůsobit se jemu (Holmerová, Mátlová, 2015; de Vries, 2013).

V běžné konverzaci užívání osobních a ukazovacích zájmen pomáhá zjednodušit konverzaci. Předpokladem používání takovýchto zájmen, je ale schopnost komunikačního partnera zapamatovat si ony názvy či jména, které byly zmíněny většinou na začátku rozhovoru. Kvůli poklesu paměťových funkcí toho ale člověk s ACH často není schopný, proto by se měl zdravotník těmito zájmenům vyhnout a vždy užívat konkrétních pojmů (např. místo „*Utřete se*“ řekne „*Utřete si ruce*“). Klientovi je dobré občas připomenout, kdo zdravotník je, proto se představí či to jiným způsobem naznačí. Stejně tak je vhodné klientovi připomenout datum, den v týdnu či aktuální čas (Ehrenfreuchter, 2014).

Člověk s ACH neztrácí schopnost vnímat řeč těla, proto je veškerou slovní komunikaci nutné doplnit neverbálními projevy – jednoduchými gesty, korespondujícím výrazem obličeje, vhodně zvolenými doteky, neboť právě pohlazením a úsměvem na tváři lze klientovi předat mnohem víc než slovy. Důležitý je i oční kontakt, který dává najevo zájem komunikovat. Neustálé přerušování očního kontaktu a odbíhání zrakem na hodiny nebo ke dveřím bude klient vnímat jako nechut' či nezájem. Nevhodná je i přílišná blízkost, která může člověka s ACH znervózňit, proto zdravotník musí vždy respektovat klientovu osobní zónu (Holmerová, Mátlová, 2015).

Vždy je vhodné dozvědět se o klientovi co nejvíce, například sepsáním jeho biografie, spoluprací s rodinou, neboť právě ta může poskytnout klíčové informace. Díky vědomostem o klientově minulosti, lze mnohem lépe najít téma k rozhovoru, neboť i nemocný s ACH má co nabídnout ze svých prožitků a zkušeností. Každý člověk je individuální osobností a klient s ACH není výjimkou, proto je třeba ho tak brát a styl komunikace a péče mu, i přes některá zavedená pravidla či doporučení, co nejvíce přizpůsobit (Holmerová, Mátlová, 2015; Jiráková et al., 2009).

2. CÍLE PRÁCE

2.1 Cíle práce

- Cíl 1: Zmapovat současný stav komunikace zdravotníků s pacienty s Alzheimerovou chorobou.
- Cíl 2: Zjistit, jaké komunikační problémy mají zdravotníci při kontaktu s pacienty s Alzheimerovou chorobou.

2.2 Výzkumné otázky

- Výzkumná otázka 1: Jak probíhá komunikace sester s pacienty s Alzheimerovou chorobou?
- Výzkumná otázka 2: Jak probíhá komunikace a spolupráce mezi sestrou a rodinami pacientů?
- Výzkumná otázka 3: Jaký vztah mají sestry k podpůrným organizacím?
- Výzkumná otázka 4: Jaké komunikační bariéry vnímají sestry při komunikaci s pacienty?
- Výzkumná otázka 5: Jakou zátěž představuje pro sestry kontakt s pacienty s Alzheimerovou chorobou?

3. OPERACIONALIZACE POJMŮ

Tato kapitola slouží k definování jednotlivých pojmů užitých ve stanovených cílech práce.

Zmapovat – Zmapovat lze chápat jednak jako zaznamenávat do mapy, ale také jako zaznamenat něco podrobným zkoumáním (Čermák, 2011).

Současný stav – Toto slovní spojení představuje soudobý či pro dnešní dobu aktuální souhrn vlastností, které charakterizují něco nebo někoho v určité situaci (Internetová jazyková příručka, ©2017).

Komunikace – Komunikaci lze chápat jako přenos informací mezi dvěma a více komunikačními subjekty. Probíhá ve verbální i neverbální rovině (Čermák, 2011).

Pacient – Pacient je jakákoliv fyzická osoba, která přijímá zdravotní péči ve formě prevence, diagnostiky nebo léčby, nehledě na to, kým je tato péče uhrazena či jakého věku a pohlaví fyzická osoba je (Vondráček, 2011).

Zdravotník – Zdravotník nebo také zdravotnický pracovník je osoba poskytující zdravotní péči v rozsahu své odborné způsobilosti a v souladu s právními předpisy a standardy (Vyhláška č.55/2011 Sb.).

Alzheimerova choroba – Alzheimerova choroba představuje neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy, které je nejčastější příčinou demence. Projevuje se především poklesem kognitivních funkcí (Nikolai et al., 2013a).

Zjistit – Sloveso „zjistit“ znamená seznámit se se skutečností či něco poznat zkoumáním (Internetová jazyková příručka, ©2017).

Komunikační problém – Komunikační problém představuje jakoukoliv bariéru fyzikálního, fyzického i psychického rázu, která nějakým způsobem narušuje komunikaci nebo zcela brání jejímu průběhu (Linhartová, 2007).

Kontakt – V sociologickém kontextu znamená kontakt vzájemný styk či spojení jednotlivých osob, ale také skupin (Internetová jazyková příručka, ©2017).

4. METODIKA

Ve výzkumné části bakalářské práce jsme se zaměřili na zpracování polostrukturovaných rozhovorů prováděných se sestrami, které pracují v oblasti geriatrie a gerontopsychiatrie.

4.1 Použitá metoda výzkumu

Ve výzkumné části jsme zmapovali, jaký je současný stav komunikace zdravotníků s pacienty s Alzheimerovou chorobou. K šetření byla použita metoda kvalitativního výzkumu ve formě polostrukturovaných rozhovorů (Příloha 3 – přiložené CD) s deseti všeobecnými sestrami. Rozhovory obsahují celkem 20 otevřených i uzavřených otázek (příloha 4), a jsou zaměřeny na komunikaci sester s pacienty s Alzheimerovou chorobou, metody a techniky, které při ní využívají, komunikační bariéry, vzdělání sester v oblasti komunikace s lidmi s ACH, komunikaci sester s rodinou, ale také na psychickou zátěž sester.

Rozhovory probíhaly v březnu 2017. Osloveno bylo celkem 8 zařízení, z nichž 4 umožnily výzkumné šetření. Jednalo se o dva domovy pro seniory v Českých Budějovicích, domov se zvláštním režimem taktéž v Českých Budějovicích a domovem pro seniory ve Třemošné, v Plzeňském kraji (Tabulka 1). Veškeré rozhovory se uskutečnily přímo v prostorách jednotlivých pracovišť po předchozí dohodě s vrchními sestrami z příslušných zařízení, ve Třemošné po domluvě s ředitelkou zařízení. Datum a čas uskutečnění rozhovoru byly předem stanoveny tak, abych výzkumným šetřením nenarušila denní režim v zařízení a zároveň, aby byl na rozhovor dostatek času. Respondenti souhlasili s provedením rozhovoru, byli informováni o jeho účelu a tématu, kterého se budou pokládané otázky týkat. Rozhovory byly anonymní, jako identifikační údaje uváděli respondenti pouze svůj věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délku odborné praxe a typ oddělení/zařízení, v němž jsou zaměstnáni (Tabulka 2).

Rozhovory byly vždy uskutečněny individuálně, v klidném prostředí a v přátelské atmosféře, všichni respondenti odpovídali ochotně. Většina respondentů odpovídala velice otevřeně, se zaujetím a empatií a užívali i konkrétních příkladů z praxe jako doplnění svých odpovědí. Někteří ale, obzvláště ze začátku rozhovoru, měli tendence

odpovídat stručně a stroze, proto jsem užila doplňujících otázek či jsem je přímo vyzvala k rozšíření svých odpovědí. Pokud respondent nepochopil otázku, byla mu vysvětlena či podána jiným způsobem tak, aby jí porozuměl (např. uvedením příkladu odpovědi). Na většinu dotazů odpovídali respondenti pohotově či po kratším promyšlení, pouze otázka č.14 (viz příloha 4) budila u některých rozpaky a odpověď na ní si promýšleli déle. Délka rozhovoru se pohybovala v rozmezí od 15 do 30 minut.

Jelikož si respondenti nepřáli, aby byl rozhovor zaznamenán na nahrávací zařízení, byly odpovědi ručně zapsány a následně převedeny formou nepřímého přepisu do počítačového programu Microsoft Office Word. Tento fakt mohl lehce zkreslit některé detaily rozhovoru, naproti tomu však absence nahrávacího zařízení poskytnula pro rozhovory mnohem uvolněnější a otevřenější půdu. Výsledky rozhovorů byly následně analyzovány kódováním, prováděným technikou tužka-papír. Následně byla data zařazena do jednotlivých kategorií.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen celkem deseti všeobecnými sestrami ze čtyř různých zařízení. Jednalo se o dva domovy pro seniory v Českých Budějovicích, domov se zvláštním režimem taktéž v Českých Budějovicích a domov pro seniory ve Třemošné (Plzeňský kraj). Výzkumný soubor tvoří devět žen a jeden muž. Všichni respondenti splňovali kritéria pro výběr, a sice: pracovní pozice všeobecné sestry v oblasti geriatrie nebo gerontopsychiatrie. Šetření proběhlo ve vícero zařízení, jednak z důvodu rozmanitosti respondentů, ale také z důvodu malého počtu sester v zařízení pro seniory. Ukázalo se, že všeobecné sestry tvoří velmi malý podíl zdravotnického personálu v takovýchto zařízení, z každého poskytly rozhovor nanejvýše tři sestry. Zbytek zdravotníků byl tvořen především zdravotnickými asistenty, kteří bohužel nesplňují kritéria pro výzkumné šetření této bakalářské práce.

4.2.1 Identifikace respondentů

Tabulka 1 Identifikační údaje jednotlivých pracovišť

Označení pracoviště	Typ pracoviště	Lokalita pracoviště
P1	Domov pro seniory	České Budějovice (Jihočeský kraj)
P2	Domov pro seniory	Třeboň (Plzeňský kraj)
P3	Domov pro seniory	České Budějovice (Jihočeský kraj)
P4	Domov se zvláštním režimem	České Budějovice (Jihočeský kraj)

Tabulka 1 obsahuje základní identifikační údaje o pracovištích – přidělené označení, o jaký typ pracoviště se jedná a lokalitu kde se nachází. Tři ze čtyř pracovišť představují domovy pro seniory, jedno pracoviště je domov se zvláštním režimem. Taktéž tři ze čtyř pracovišť se nachází v Českých Budějovicích, jedno se nachází ve Třeboň, situované v Plzeňském kraji.

Tabulka 2 Základní identifikační údaje respondentů

Označení respondenta	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Pracoviště	Délka odborné praxe
S1	Žena	52 let	SZŠ	P1	30 let
S2	Žena	52 let	SŽŠ	P1	27 let
S3	Žena	35 let	SZŠ	P1	11 let
S4	Žena	59 let	SZŠ	P2	40 let
S5	Žena	23 let	Bc.	P2	2 roky
S6	Žena	48 let	SZŠ	P3	30 let
S7	Žena	23 let	Bc.	P3	1 rok
S8	Muž	42 let	SZŠ	P3	20 let
S9	Žena	49 let	SZŠ	P4	30 let
S10	Žena	52 let	SZŠ	P4	33 let

Tabulka 2 obsahuje základní identifikační údaje respondentů – věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délku odborné praxe a přidělené označení, pod kterým bude po zbytek empirické části práce uváděn. Respondenty tvoří všeobecné sestry ve věku 23-59 let. Průměrný věk respondenta je po zaokrouhlení 44 let. Délka odborné praxe respondentů je 2-40 let, průměrná délka odborné praxe činí po zaokrouhlení 22 let. 8 z 10 (80 %) sester má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, zbylé 2 (20 %) mají vzdělání vysokoškolské, bakalářské. Tři z deseti respondentů pochází z pracoviště P1

(30 %), taktéž tři z pracoviště P3 (30 %). Po dvou respondentech pak čítají pracoviště P2 (20 %) a P4 (20 %).

5. VÝSLEDKY

Tato kapitola obsahuje vyhodnocení analýzy výzkumného šetření. Odpovědi respondentů byly členěny do šesti kategorií.

5.1 Kategorie 1 - Kontakt sester s klienty s ACH

První kategorie se zabývá kontaktem sester s klienty s Alzheimerovou chorobou. Sestry byly dotazovány, jak často se s nimi setkávají a zdali je kontakt s nimi a péče o ně náročná.

Všichni dotazovaní uvedli, že se s takovými klienty setkávají denně, respektive během každé pracovní směny. Odpovědi se lišily až v otázce náročnosti kontaktu/péče. S1, S2, S4, S7, S8, S9 a S10 se shodují, že péče o klienty s ACH je pro ně náročná. S8 a S10 navíc ještě zdůraznili, že pro ně taková péče představuje zátěž spíše psychického rázu. S3 na otázku náročnosti odpověděla takto: „*Je to náročnější než s normálními lidmi, ale už jsme zvyklí.*“ Naopak S5 a S6 se shodly, že pro ně péče o klienty s ACH nepředstavuje psychickou ani fyzickou zátěž.

- S klienty s ACH se setkává každý pracovní den – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
- Péče o klienty s ACH je náročná – S1, S2, S4, S7, S8, S9, S10
- Péče o klienty s ACH je náročná spíše psychicky – S8, S10
- Péče o klienty s ACH není náročná – S5, S6

5.2 Kategorie 2 - Vzdělání/školení sester

Tato kategorie se věnuje vzdělání a proškolení sester v oblasti komunikace s klienty s Alzheimerovou chorobou, potřebou sester se dále vzdělávat a zdali jim tuto možnost zaměstnavatel poskytuje.

S1, S2, S3, S4, S6, S8, S9 a S10 potvrdili, že školením či kurzem, seminářem v rámci komunikace s klienty s Alzheimerovou chorobou prošli. S3 na téma dosavadního vzdělání odpověděla: „*Měli jsme školení, která jsou většinou každý rok. Často se obměňují na základě nových poznatků.*“ Z proškolených respondentů

zaznamenali jednoznačné zlepšení v oblasti komunikace po absolvování školení či kurzu, semináře S1, S4, S8, S9 a S10, zatímco S2, S3 a S6 pozorovaly zlepšení jen částečné. S6 se vyjádřila na otázku, zdali pocítila zlepšení takto: „*Něco ano, ale podle mě to v sobě člověk buď má anebo to nemá.*“ S5 a S6 v rozhovoru uvedly, že žádným školením, ani v rámci zaměstnání zatím neprošly a vědomosti, které o komunikaci s ACH mají, čerpají ze studia na vysoké škole. S7 uvedla: „*Zatím jsem žádným školením neprošla, vědomosti mám ze školy.*“ Někteří respondenti uvedli certifikované kurzy, jimiž prošli. Kurzem bazální stimulace prošli S8, S9 a S10, kurzem psychobiografického modelu dle profesora Böhma prošli S9 a S10, kurzem metody validizace taktéž S9 a S10 a kurzem smyslové aktivizace prošla S9.

Všichni respondenti odpověděli kladně na otázku, zdali mají zájem se dále vzdělávat v oblasti komunikace s klienty s ACH a všichni taktéž potvrdili, že tuto možnost jim jejich zaměstnavatel poskytuje.

- Prošel(la) školením, kurzem v oblasti komunikace s klienty s ACH – S1, S2, S3, S4, S6, S8, S9, S10
- Po školení pocítil(a) jednoznačné zlepšení – S1, S4, S8, S9, S10
- Po školení pocítila částečné zlepšení – S2, S3, S6
- Má kurz bazální stimulace – S8, S9, S10
- Má kurz psychobiografického modelu dle profesora Böhma – S9, S10
- Má kurz metody validizace – S9, S10
- Má kurz smyslové aktivizace – S9
- Neprošel(a) školením, kurzem v oblasti komunikace s klienty s ACH – S5, S6
- Má zájem o další vzdělání – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
- Zaměstnavatel poskytuje možnost dalšího vzdělání – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10

5.3 Kategorie 3 - Komunikace mezi sestrou a klientem s ACH

Kategorie 3 se věnuje komunikaci mezi sestrou a klientem s Alzheimerovou chorobou. Pro lepší přehlednost je členěna na tři podkategorie shrnující odpovědi respondentů v otázkách způsobu komunikace s klienty, komunikačních bariér, které

v úspěšné komunikaci respondentům brání, a to jak ze strany klienta, tak i ze strany sestry. Kategorie sama o sobě porovnává odpovědi sester v oblasti vlastního zhodnocení svých komunikačních dovedností.

Svým komunikačním schopnostem plně věří respondentky S2, S4, S5, S6, S7, S9 a S10, kteří na otázku, zdali umí komunikovat s klienty s ACH, odpověděly – ano. Respondentka S4 (59 let) konkrétně odpověděla: „*Myslím, že ano. V tomhle věku už bych snad měla.*“ S1, S3 a S8 uvedli, že s klienty s ACH komunikovat spíše umějí či se snaží. S3 se vyjádřila takto: „*Myslím, že se dá vždycky něco zlepšit, že bych byla mistr světa to opravdu ne, ale snažím se domluvit, co to jde.*“

- Domnívá se, že umí komunikovat s klienty s ACH – S2, S4, S5, S6, S7, S9, S10
- Domnívá se, že spíše umí komunikovat s klienty s ACH, snaží se – S1, S3, S8

5.3.1 Způsob komunikace s klientem s ACH

Tato podkategorie zahrnuje především odpovědi respondentů na otázku, jaké metody nebo techniky komunikace při kontaktu s klientem s ACH využívají.

S6 se vyjádřila následovně: „*Důležité je, znát u člověka stupeň demence, od toho se pak vše odvíjí.*“ Totéž zdůraznila i S2. S8 v rozhovoru uvedl: „*Pokud to rodina nebo přímo staniční dovolí, tak je oslovujeme křestními jmény – ono přeci jenom příjemněji zní: ‚Dobré ráno Karle‘ než ‚Dobré ráno pane Nováku‘.*“ Oslovování klientů křestními jmény uvedly i S1, S2 a S9. Mezi respondenty, kteří zdůraznili klidný, neagresivní přístup patří – S1, S3 a S4. V oblasti verbální komunikace uvedla S2: „*Mluvíím v krátkých větách, pomalu, spíš jednoduše.*“ Shodně odpověděly i S1 a S5, které navíc ještě doplnily, že své pokyny klientům opakují. Důležitost neverbální komunikace, především gesta a mimiku, zdůraznili S4, S6, S7, S8 a S9. S8 uvedl: „*Dokud to jde, tak verbálně, jinak zapojuji i gesta i mimiku.*“ S1, S2, S6 a S10 se shodně vyjádřily, že je při komunikaci důležitý individuální přístup. S2 se konkrétně vyjádřila takto: „*...ke každému přistupujeme individuálně, každý je jiný, na něco jiného zvyklý.*“ Důležitost vyhovujícího prostředí pro klienty zmínily S1, S4, S6 a S10. S4 uvedla: „*Nejdůležitější je ale prostředí, příliš ho neměnit a co nejvíc ho přizpůsobit klientům, nemají rádi změny.*“

S3, S5, S6, S9 a S10 při komunikaci pracují s osobními informacemi z minulosti klienta. S6, S9 a S10 přímo sepisují biografii klienta, S3 a S5 pracují se vzpomínkami při sestavování reminiscenčních kufříků. S8 se vyjádřila takto: „*Hodně pracujeme s biografií klienta, dáváme dohromady fotografie, tvoříme vzpomínkové knihy, bereme v úvahu, jaké měl klient zájmy a snažíme se je rozvíjet...*“

- Zhodnocení stupně demence – S2, S6, S8
- Oslovování klienta křestním jménem – S1, S2, S8, S9
- Klidný, neagresivní přístup – S1, S3, S4
- Krátká jednoduchá sdělení – S1, S2, S5
- Opakování pokynů – S1, S5
- Neverbální komunikace – S4, S6, S7, S8, S9
- Individuální přístup – S1, S2, S6, S10
- Prostředí přizpůsobené klientovi – S1, S4, S6, S10
- Práce se vzpomínkami klienta – S3, S5, S6, S9, S10
- Sepsání klientovy biografie – S6, S9, S10
- Sestavení reminiscenčního kufříku – S3, S5

5.3.2 Komunikační bariéry ze strany klienta

Následující podkategorie porovnává, jaké komunikační bariéry respondenti subjektivně pociťují ze strany klienta.

Pro S1, S2, S5, S6, a S7 představuje komunikační bariéru zmatenost či desorientace klienta. Respondenti S1, S4, S8 a S10 označili za komunikační bariéru problémy s vyjadřovacími schopnostmi klienta. S8 konkrétně uvedl: „*Nevyjádřují se dost, neumějí to, čímž někdy nezjistím, co chtějí.*“ Respondent S1 záležitost shrnul: „*Mají zkrátka svůj svět a někdy je velmi obtížné mu porozumět.*“ Někteří respondenti uvedli, že je to i klient, kdo často nerozumí, nechápe pokyn sestry, a sice S3, S4, S5, S7, S8 a S9. S8 uvedl: „*...vše se musí několikrát opakovat a někdy ani nerozumí.*“ Pro S2, S3, S6, S7, S8 a S10 představují v komunikaci problém klientovi obtíže s pamětí, S6 konkrétně uvedla toto: „*...dále třeba zapomětlivost, krátkodobá paměť už moc nefunguje.*“ Agresivní chování klienta uvedli ve svých odpovědích S1, S4, S5, S7 a S9. S4 se vyjádřila takto: „*...někdy jsou agresivní, hlavně, když se mění jejich prostředí.*“

Kromě S4 uvádí negativní vliv měnícího se prostředí na klienta i S1, S5, S6 a S9. S4 navíc ještě dodala: „*Problém je, i když se třeba změní personál, klienti si velmi rychle na někoho zvyknou a je pro ně těžké změnu přijmout.*“ V souvislosti s prostředím uvedla S10 toto: „*Někdy mají strach a cítí úzkost, hlavně v souvislosti s pro ně neznámým prostředím.*“ Úzkost vnímá jako komunikační bariéru i S6. I náladovost představuje pro respondenty nezanedbatelnou komunikační bariéru. S2 v rozhovoru uvedla: „*Také bývají hodně náladoví, nikdy nevíte, co od nich můžete očekávat, mávají dobré dny a špatné dny.*“ V tomto se shodují i S9 a S10. „*Někdy se jim do něčeho nechce, nemají motivaci, někdy se setkáváme i s bojkotem.*“, uvedla S8. Nechuť spolupracovat uvedla jako komunikační bariéru i S3.

- Zmatenost, desorientace klienta – S1, S2, S5, S6, S7
- Vyjadřovací problémy klienta – S1, S4, S8, S10
- Neschopnost klienta porozumět sestře – S3, S4, S5, S7, S8, S9
- Zapomětlivost klienta – S3, S6, S7, S8, S10
- Agresivní chování klienta – S1, S4, S5, S7, S9
- Měnící se prostředí – S1, S4, S5, S6, S10
- Měnící se personál – S4
- Úzkost klienta – S6, S10
- Náladovost klienta – S2, S9, S10
- Nechuť ke spolupráci – S3, S9

5.3.3 Komunikační bariéry ze strany sestry

V této podkategorii jsou shrnuty odpovědi respondentů na dotaz, jaké komunikační bariéry respondenti subjektivně pocítují ze své vlastní strany.

Část respondentů se shoduje v tom, že komunikační bariéru neodmyslitelně tvoří vyčerpání a únava. S5 uvedla: „*...občas se cítím unavená a vyčerpaná.*“ S10 odpověď specifikovala: „*Někdy je to psychicky velmi náročné, možná je to na mně někdy vidět.*“ Vyčerpanost uvedla jako komunikační bariéru kromě S5 a S10 i S3. Respondenti S1, S4 a S8 se shodují, že na komunikaci není z jejich strany dostatek času. S8 konkrétně uvedl: „*Také asi někdy vytížení – máme nedostatek personálu, tak je na všechno málo času...*“ Na otázku vlastních komunikačních bariér odpověděla S3 takto: „*Nedostatek*

trpělivosti, když se o klienty staráte dennodenně a klientů je na vás i 20, někdy už na to nestačí síly.“ Nedostatek trpělivosti uvádějí i S5 a S8. Respondenti S2 a S4 se shodují, že klienti mají velmi silnou intuici a vycítí náladu personálu, jako komunikační bariéru proto uvádějí svou náladovost a občasnou špatnou náladu, kterou přenesou na klienta. S2 se vyjádřila takto: *"Možná také ta náladovost, péče o tyto klienty je velmi náročná, takže i já jsem možná někdy náladová nebo nervózní. Hlavně klienti mají velmi vyvinutou intuici, hned vycítí, když má ošetřovatelka nebo sestra špatnou náladu, prostě to poznají a následně můžou mít špatnou náladu i oni."* S8 jako další komunikační bariéry udává stres, kterému je vystaven a svou nevědomost, respektive uvedl toto: *„...nevědomost – například, kdy přijede dcera a tak...“* Na konec dodal: *„Nechci je zklamat nebo ztratit jejich důvěru.“*

Respondentky S6, S7 a S9 se shodly v názoru, že subjektivně žádné komunikační bariéry ze své strany nepocítují. S9 se konkrétně vyjádřila takto: *„Tady žádné nepozorují, máme tu skvělý kolektiv a ta práce mě navíc baví.“*

- Vyčerpání – S3, S5, S10
- Nedostatek času – S1, S4, S8
- Nedostatek trpělivosti – S3, S5, S8
- Přenesení vlastní špatné nálady na klienta – S2, S4
- Náladovost – S2, S4
- Stres – S8
- Nedostatek informací, k tomu klientovi odpovědět – S8
- Nepocítuje žádné komunikační bariéry ze své strany – S6, S7, S9

5.4 Kategorie 4 - Komunikace a spolupráce s rodinou klienta

Následující kategorie se věnuje komunikaci a spolupráci sester s rodinou klientů s Alzheimerovou chorobou a jak sestry vnímají samotnou rodinu v kontextu s onemocněním.

Respondenti S1, S5, S7 a S9 uvedli, že se snaží rodinné příslušníky zapojovat do péče o nemocného. S1 se vyjádřila takto: *„Snažíme se je zapojit do péče, pokud chtějí. Je to většinou i lepší pro klienta. Stává se ale, že někdy mají až strach o příbuzného*

pečovat.“ S1 a S5 ještě zmínily, že se snaží rodinu zapojovat i do různých akcí, které v zařízení probíhají. Naopak S4 odpověděla na otázku, zdali se snaží o zapojení rodiny do péče klienta následovně: „*Moc ne, někdy je to na škodu.*“ S1, S3, S4, S6 i S9 v rozhovoru zmínily, že rodina klienta si často nepřipouští klientův stav a s onemocněním se nesmíří. S4 uvedla: „*Někdy je to ale velmi obtížné. Často si neuvědomují nebo i nechtějí přijmout diagnózu. Vidí svého příbuzného krátkou chvíli a nemají pak moc jasnou představu. Snažíme se je co nejvíce informovat a vysvětlit jim, jak se věci mají.*“ S3 svou odpověď rozvedla takto: „*... někdy si ta rodina třeba nepřipouští, že by jejich příbuzný mohl mít demenci nebo Alzheimeru a tvrdí, že si vymýšlíme nebo si chceme ulehčit práci. Pokud ani v takových situacích není rodina schopna spolupracovat, je to pro nás hodně náročné.*“ Stejně jako S4, i S1, S2, S3, S6, S9 i S10 se snaží informovat rodinu o onemocnění. S10 uvedla toto: „*Přijde mi, že informovanost rodin je dost malá, snažím se je informovat a vysvětlovat. Oni nám pak můžou předat zkušenosti a informace o klientovi – spolupracujeme s nimi, když sepisujeme klientovu biografii.*“ S1, S4 i S6 také ve svých odpovědích uvedly, že si rodina klientů samotné onemocnění neuvědomuje či o ní nemá příliš informací. Kromě S10 se i S6, S8 a S9 snaží získat od rodiny informace o klientovi. Například S8 se vyjádřil takto: „*Spolupracujeme, když se potřebujeme o klientovi něco dozvědět, třeba jaká jídla nejí, abychom mu je tady nenutili, nebo jeho zájmy.*“ S6 shrnula téma spolupráce s rodinou takto: „*Rodina hraje v péči o klienta velkou roli. Je velmi důležité, dostat rodinu na svou stranu.*“

- Snaží se zapojit rodinu do péče – S1, S5, S7, S9
- Snaží se rodinu zapojit do pořádaných akcí – S1, S5
- Nezapojuje rodinu do péče – S4
- Rodina si často nemoc nepřipouští, nesmíří se – S1, S3, S4, S6, S9
- Rodina si často nemoc neuvědomuje – S1, S4, S6, S10
- Informuje rodinu o nemoci – S1, S2, S3, S4, S6, S9, S10
- Získává od rodiny informace o klientovi – S5, S8, S9, S10

5.5 Kategorie 5 - Podpora

Pátá kategorie se věnuje dalším možnostem podpory klientů a rozvíjením jejich schopností. Dále zahrnuje odpovědi respondentů na dotaz ohledně spolupráce s externími organizacemi a téma podpory rodinných příslušníků. V této kategorii se odpovědi respondentů liší nejvíce. Pro lepší přehlednost je rozdělena na tři podkategorie.

5.5.1 Další forma podpory pro klienty

S1 se vyjádřila v oblasti další možné formy podpory pro klienty takto: „*Nic mě nenapadá. Snad jen dobrovolníci – chodí za klienty, povídají si s nimi, věnují se jim.*“ Stejně i respondenti S6, S7, S8, S9 a S10 v rozhovoru zmínili dobrovolníky, kteří za klienty dochází. S2 uvedla jako další formu podpory sociální pracovníky: „*Máme tady sociální pracovníky a ergoterapeuty, chodí sem i se psy provádět canisterapii.*“ Využití ergoterapie zmínili v rozhovoru i tito respondenti – S5, S6, S7, S8. Respondentka S6 se vyjádřila takto: „*Fungují u nás denní stacionáře, pro těžší případy demence i alzheimercentrum² a samozřejmě ergoterapie.*“ Denní stacionáře v rozhovoru uvedla i S10. Respondentka S4 se vyjádřila následovně: „*Spolupracujeme s hospicemi, a hlavně agenturami zajišťujícími domácí péči*“

- Do zařízení docházejí dobrovolníci – S1, S6, S7, S8, S9, S10
- Ergoterapie – S2, S5, S6, S7, S8
- Denní stacionáře – S6, S10
- Hospice a agentury domácí péče – S4

5.5.2 Podpora rodiny

V návaznosti na téma – podpora rodiny, se respondentky S9 a S10 zmínily, že příbuzným klientů poskytují v jejich zařízení brožury s příslušnými informacemi. S9 se vyjádřila takto: „*Pro rodiny tu máme nějaké brožury a kdykoliv potřebují pomoc, mohou zavolat a my jim poradíme, i ti, kteří mají svého příbuzného v domácí péči.*“ Stejně tak i S10 uvedla, že podporu rodině poskytuje sama a mohou se na ni kdykoliv

² Pracoviště P4

obrátit. S3 v rozhovoru uvedla, že otázku podpory rodiny řeší v jejich zařízení lékař. S5 uvedla, že zařízení, v němž je zaměstnaná, má pro rodinné příslušníky klientů k dispozici psychologa. S2 se vyjádřila následovně: „*Někdy jim doporučím odpočinek a relax, někdy je toho na ně prostě moc, zvláště když jsou tu denně.*“ Naopak respondenti S1, S4, S6, S7 a S9 rodině žádnou formu podpory nenabízí.

- Poskytují podporu ve formě brožur – S9, S10
- Sama poskytuje rodině podporu – S9, S10
- Otázku podpory rodiny řeší lékař – S3
- Zaměstnavatel poskytuje rodině psychologa – S5
- Sama doporučí rodině odpočinek – S2

5.5.3 Spolupráce s organizacemi

V souvislosti s organizacemi, které poskytují nemocným s Alzheimerovou chorobou pomoc, uvedly respondentky S6, S9 a S10, že spolupracují s Českou alzheimerovskou společností. S10 se konkrétně vyjádřila takto: „*Chodí k nám dobrovolníci z organizace – ADRA³ a jinak každé dva roky obhajujeme certifikát Vážka od České alzheimerovské společnosti.*“ S organizací ADRA spolupracuje i S6, S7, S8 a S9. Naopak respondentky S1, S2, S3, S4 a S5 uvedly, že neví o žádné organizaci, se kterou by zařízení, v němž jsou zaměstnané, spolupracovalo.

- Spolupracuje s externími organizacemi – S6, S7, S8, S9, S10
- Spolupracuje s Českou alzheimerovskou společností – S6, S9, S10
- Spolupracuje s organizací ADRA – S6, S7, S8, S9, S10
- Nespolupracuje s externími organizacemi – S1, S2, S3, S4, S5

5.6 Kategorie 6 - Zátěž sester

Tato kategorie se věnuje zátěži sester v souvislosti s komunikací a všeobecnou péčí o klienty s Alzheimerovou chorobou. Pojímá vyjádření respondentů na dotaz, zdali je

³ mezinárodní humanitární organizace na pomoci lidem v nouzi, poskytující dobrovolnické služby např. pro seniory

pro ně samotná komunikace s klienty s ACH psychicky náročná, jak se s péčí o klienty s ACH vyrovnávají a jak řeší prevenci před syndromem vyhoření.

Pro respondentky S1, S3, S4, S7 a S9 je samotná komunikace s klienty s ACH psychicky náročná. S4 konkrétně odpověděla takto: „*Ano, psychicky mě to vyčerpává.*“ Respondentky S5, S6 a S10 uvedly, že je pro ně komunikace náročná pouze někdy. Naopak S2 a S8 uvedli, že pro ně komunikace s klientem s ACH psychicky náročná není. S2 se vyjádřila takto: „*Samotná komunikace není náročná, vždycky si ke klientovi dokážu najít cestu.*“ S péčí o klienty s ACH se S1, S2, S4 a S8 vyrovnávají prostým odreagováním se od zaměstnání. S1 uvedla: „*Snažím se odreagovat, oddělit práci a soukromí.*“ S3, S9 a S10 se s péčí vyrovnávají společně s kolegy na supervizích, S3 se konkrétně vyjádřila takto: „*Většinou se sejdeme s kolegy na balkoně, dámě si kávu a mluvíme o tom. Pak máme i supervize, kde to můžeme řešit.*“ S6 se naopak vyjádřila takto: „*Mě péče o klienty s Alzheimerovou chorobou baví, takže já se nijak vyrovnávat nepotřebuji.*“ Podobně se na téma – vyrovnávání se s péčí o klienty s ACH vyjádřila i S7: „*Většinou sama, ale vesměs nijak, práce mě baví a leckdy je to snazší trávit den s lidmi s demencí než s normálními lidmi.*“ Odlišně odpověděla S5: „*Když vidím, jak se klient zlepšuje, jak je spokojený, pak vím, že to má smysl.*“ Co se syndromu vyhoření týče, uvedla většina respondentů jako prevenci nějakou formu relaxování. S4: „*Ráda trávím čas v přírodě a také fotografuji, prostě se snažím udělat si čas sama na sebe.*“ S1 zase uvedla: „*...sportuji nebo pracuji na zahradě.*“ Sport ve svých odpovědích uvedla i S5, která ještě přidala poslech hudby. Práci na zahradě předchází syndromu vyhoření i S10, která ještě uvedla trávení času se svým psem. S9 uvedla: „*Snažím se odreagovat, hlavně v klidu, na nikoho nemluvit.*“ S3: „*Jezdím na výlety s rodinou, občas zajdu s přáteli na pivo.*“ S2 odpověděla takto: „*Já jsem syndromem vyhoření netrpěla, ale už jsem to u některých kolegyně viděla. Kdybych to já na sobě pozorovala, hned bych s tím něco dělala, možná změnila pracovní prostředí.*“ Ani respondenti S6, S7 a S8 syndromu vyhoření nijak nepředchází, dokonce uvedli, že si ho ani nepřipouští.

- Komunikace s klienty je pro ni psychicky náročná – S1, S3, S4, S7, S9
- Komunikace s klienty je pro ni psychicky náročná pouze občas – S5, S6, S10
- Komunikace s klienty s ACH pro ni/něj není psychicky náročná – S2, S8
- S péčí o klienty se vyrovnává odreagováním od práce – S1, S2, S4, S8

- S péčí o klienty se vyrovnává na supervizích – S3, S9, S10
- S péčí o klienty se vyrovnávat nepotřebuje – S5, S7
- S péčí o klienty se vyrovnává díky spokojenosti klientů – S5
- Syndromu vyhoření předchází sportem – S1, S5
- Syndromu vyhoření předchází prací na zahradě, v přírodě– S1, S4, S10
- Syndromu vyhoření předchází trávením času s rodinou, přáteli, se psem – S3, S10
- Syndromu vyhoření předchází chvílemi klidu a ticha – S9
- Syndromu vyhoření nijak nepředchází, nepřipouští si ho – S2, S5, S7, S8

6. DISKUSE

Cílem této bakalářské práce je zmapovat současný stav komunikace zdravotníků s pacienty s Alzheimerovou chorobou a zjistit, jaké komunikační problémy mají zdravotníci při kontaktu s nimi. K naplnění těchto cílů jsme si položili celkem čtyři výzkumné otázky. Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativně formou polostrukturovaných rozhovorů s deseti všeobecnými sestrami (identifikační údaje jsou shrnuty v Tabulkách 1 a 2). Výsledky rozhovorů byly analyzovány kódováním a následně zařazeny do kategorií a podkategorií.

První výzkumná otázka se zaměřuje na to, jak probíhá komunikace sester s klientem s Alzheimerovou chorobou. Jelikož všichni respondenti uvedli, že se s takovými klienty setkávají během každé pracovní směny, jejich odpovědi lze pokládat za relevantní k dané problematice. Nikdo z respondentů se nedomnívá, že s klienty s ACH komunikovat neumí. Celkem 7 z 10 respondentů se domnívá, že s nimi komunikovat umí, zbývající 3 (S1, S3, S8) uvedli, že spíše umí. Částečné pochybnosti těchto tří respondentů nijak nesouvisí s věkem ani s délkou praxe v oboru, jelikož obě tyto veličiny se u respondentů různí. Všichni respondenti absolvovali nějakou formu školení či kurzu v oblasti komunikace s klientem s ACH, kromě S5 a S6. Jelikož se jedná o respondentky mladší 25 let, lze tak absenci vzdělání vztahovat právě k nízkému věku a krátké délce odborné praxe. Většina respondentů, kteří uvedla, že prošli akreditovaným kurzem, nebyla schopna uvést jeho název. Pouze u tří respondentů zazněly názvy jako – Kurz bazální stimulace, Kurz metody validizace, Kurz smyslové aktivizace či Psychobiografický model péče profesora Böhma. Pozitivním zjištěním bylo, že všichni respondenti mají zájem se dále vzdělávat a tato možnost je jim v rámci pracoviště umožněna. Domníváme se, že kontinuální vzdělávání sester v oblasti komunikace představuje nedílnou součást tohoto povolání.

Polovina respondentů uvedla, že v komunikaci s klientem s ACH užívají k lepšímu dorozumívání neverbální komunikaci, především pak gesta a mimiku. Holmerová, Mátlová (2015) zdůrazňují, že člověk s ACH neztrácí schopnost vnímat řeč těla, a proto je nutné veškerou slovní komunikaci vhodně doplnit neverbálními projevy, jako jsou již zmíněná gestikulace a mimika. Důraz kladou i na oční kontakt či vhodně zvolené

doteky, bohužel, o těch se ani jeden z respondentů nezmínil. Holmerová, Mátlová (2015) se dále zmiňují o tom, že je vhodné klienty oslovovat křestními jmény či akademickými tituly, což uvedli 4 z 10 respondentů. Co se týče verbálních projevů, zmínili respondenti, že používají krátká a jednoduchá sdělení a své pokyny opakuje, což je v souladu s tím, co uvádějí Martinková, Botíková (2012). Dle nich má sestra při rozhovoru užívat krátkých, jednoduchých vět, což se vztahuje i na otázky. Otázky má sestra pokládat spíše uzavřené, aby zbytečně pacienta nemátly a nefrustovaly. Martinková, Botíková (2012) taktéž uvádějí, že pro efektivní komunikaci je důležité si odpovědět na otázku – o jaký stupeň demence se u pacienta jedná a na jaké úrovni jsou jeho vyjadřovací schopnosti. Takovéto zhodnocení uvedli v rozhovoru pouze tři respondenti, domníváme se přitom, že se jedná o základní otázku, kterou je třeba k efektivní komunikaci zodpovědět. Někteří respondenti zdůraznili nutnost individuálního přístupu. Dle Ferkové, Ilievové (2013) má sestra ke každému klientovi přistupovat zcela individuálně v závislosti na osobnosti klienta, má mít pochopení pro jeho emoce a má respektovat člověka jako celek. Polovina dotazovaných pracuje se vzpomínkami klientů. Dle Teorie PBM (©2015) je základním kamenem úspěšné péče sepsání biografie klienta s cílem využít těchto informací a přizpůsobit svůj přístup k němu. Následně je pak pro personál mnohem snazší nalézt klientovu motivaci, stylizovat prostředí a podpořit jeho autonomii. Část respondentů uvedla, že se snaží přizpůsobit prostředí klientovi s cílem lepší komunikace. To koresponduje s Linhartovou (2007), která jako jeden z největších komunikačních šumů uvádí právě nevyhovující prostředí. Dle Konceptu Smyslové Aktivizace (©2017) je důležité přizpůsobit prostředí klientovi tak, aby co nejvíce poskytovalo uvolněnou atmosféru domova. V takovém prostředí pak může probíhat úspěšná komunikace, neboť známé prostředí navozuje u lidí s ACH pocit bezpečí a důvěry. Žádný z respondentů v rozhovoru nezmínil, že by se klientovi během dne představil a připomněl mu, jaký je den a kde se nachází, přitom Ehrenfreuchter (2014) zdůrazňuje důležitost právě těchto zásad. Stejně tak z úst žádného respondenta nezazněla slova jako jsou „úcta“, „respekt“ nebo „empatie“. Dle Ferkové, Ilievové (2013) je empatie, úcta a respekt klíčem k vytvoření důvěryhodného vztahu mezi nemocným a pečujícím. Výzkumem bylo zjištěno, že sestry v praxi dodržují většinu zásad komunikace s nemocným s ACH a umí využívat některé prvky vybraných terapeutických přístupů. Bylo ale taktéž zjištěno, že

na některé podstatné zásady zapomínají, přitom by jisté z nich mohly dle našeho názoru eliminovat jimi pocíťované komunikační bariéry (viz níže). Pozitivním zjištěním však je, že sestry mají zájem se v oblasti komunikace s člověkem s ACH dále vzdělávat a tím zvyšovat úroveň svých dovedností.

Jak probíhá spolupráce mezi sestrou a rodinou? Dle Jiráka et al. (2009) by měla být mezi sestrou a rodinou úzká spolupráce založená na oboustranném toku informací s cílem poskytnout nemocnému co nejlepší péči. Je žádoucí, aby se rodina zapojila do péče o svého příbuzného, jelikož pro klienta bývá komfortnější, když o něj pečuje jemu důvěrně známý člověk. Navíc má tak i rodina možnost získat ucelený náhled na člověka trpícího Alzheimerovou chorobou. Rodinu se do péče o klienta aktivně snaží zapojit jen necelá polovina respondentů. Stejně množství respondentů aktivně získává od rodiny informace o klientovi. Respondentka S4 uvedla, že zapojení rodiny do péče považuje za kontraproduktivní, což je v přímém rozporu s tím, co uvádí Jiráček et al. (2009). Většina respondentů (S1,3,4,6,9,10) uvedla, že problémem v komunikaci je fakt, že rodina nemocného si danou situaci často nepřipouští, nesmíří se s ní nebo si ji neuvědomuje. Respondenti, kteří se takto vyjádřili, následně uvedli, že se rodinné příslušníky snaží o onemocnění informovat. V otázkách podpory byla vyjádření respondentů velmi skromná. Pouze dvě respondentky (S9,10) uvedly, že se samy osobně snaží být rodině podporou a jsou připraveny být s nimi v neustálém kontaktu. Ty samé respondentky poskytují rodinám brožury s příslušnými informacemi. Dále pak už jen S2 uvedla, že doporučuje příbuzným odpočinek a relax, který potřebují. S3 nechává otázku podpory rodiny plně na lékaři a S5 nabídne rodině psychologa přímo ze svého pracoviště. Paradoxní je, že respondentka S4, pracující na pracovišti P2 stejně jako S5, tuto možnost rodinám nenabízí. Zbytek respondentů žádnou formu podpory rodině neposkytuje, někdy dokonce ani o žádné neví. I tato skutečnost je v rozporu s Jiráčkem et al. (2009). Jak tedy sestry s rodinou komunikují a spolupracují? Již zmíněný oboustranný tok informací probíhá pouze u malé části respondentů. Většina sester dokáže identifikovat problémy, které při komunikaci s rodinou nastávají, ale jen část z nich je nějakým způsobem řeší. Většina respondentů má také nedostatečné vědomosti ohledně podpory rodin. Myslím, že v této oblasti mají sestry největší rezervy navzdory tomu, že spolupráce s rodinou je při úspěšné péči o klienta elementární.

Třetí otázka zahrnuje vztah sester k podpůrným organizacím. Jedná se o jakékoliv organizace, které poskytují pomoc lidem s Alzheimerovou chorobou nebo jiným typem demence, ale také pečujícím z řad zdravotníků či z rodinných příslušníků. V oblasti takové spolupráce se respondenti rozdělili na dvě poloviny. První představuje tu polovinu respondentů, která spolupráci zmínila a uvedla, o jaké organizace se jedná. Všichni spolupracující uvedli, že jsou v kontaktu s organizací ADRA, mezinárodní humanitární organizací známou i pro svou dobrovolnickou činnost orientovanou na seniory. Část zmínila Českou alzheimerovskou společnost. Bohužel, druhá polovina sester neuvedla žádnou organizaci, s níž by spolupracovala. V tomto ohledu se odpovědi sester ze stejných pracovišť shodují. Zatímco sestry z první poloviny pocházejí z pracoviště P3 a P4, druhou polovinu tvoří sestry z pracovišť P1 a P2. Z výzkumu tedy vyplývá, že v tomto případě se nejedná o nevědomost sester ohledně organizací, s jakými jejich zaměstnavatel spolupracuje. Jejich pracoviště takovou spolupráci nezajišťuje, tudíž se jedná o problém, který jednotlivé sestry přesahuje. Domnívám se, že spolupráce s podpůrnými organizacemi je důležitá, jelikož přináší nezanedbatelné benefity. Například již miněná Česká alzheimerovská společnost poskytuje podporu pro rodinu – informace o nemoci, rady, jak se s nemocí vypořádat a kde najít pomoc zdravotní a sociální péče. Také pro rodinné příslušníky organizuje podpůrné skupiny, na nichž se mohou mezi sebou setkávat, sdílet s ostatními své zkušenosti a prožitky a využít služby přítomných odborníků. Nehledě na to, že taktéž pořádá celou řadu kurzů a konferencí orientovaných na komunikaci s člověkem s ACH (Holmerová, Mátlová, 2015). Zvláště v oblasti podpory rodin, je podle mého názoru spolupráce s organizacemi nevyužita. Jak již bylo v průběhu diskuse zmíněno, mají sestry v oblasti podpory rodiny své rezervy, a to i ty, které uvedly, že s organizacemi (dokonce i s Českou alzheimerovskou společností) spolupracují. Domnívám se, že větší spolupráce s podpůrnými organizacemi by vedla jak k lepší podpoře rodin klientů, tak i k obohacení znalostí – to vše k efektivnější komunikaci a péči o klienty s ACH.

Čtvrtá výzkumná otázka pátrá po tom, jaké komunikační bariéry sestry při kontaktu s klienty s Alzheimerovou chorobou pocítují – a to nejen ze strany klienta, ale i ze své strany. Zaměříme-li se na komunikační bariéry ze strany klienta, uvedli respondenti všeobecnou neschopnost klientů porozumět pokynům sestry, jejich zapomnětlivost a problém s vyjadřovacími schopnostmi, což je vzhledem ke zhoršujícím se kognitivním

funkcím předvídatelné. Některým respondentům ztěžuje komunikaci zmatenost a dezorientace klienta či měnící se prostředí. Dále uvedli respondenti jako problém agresivní chování klienta, úzkost, náladovost či nechuť spolupracovat. Domnívám se, že tyto odpovědi spolu úzce souvisí, a že se jedná o soubor příčin a následků. Jiráček et al. (2009) uvádí, že v návaznosti na narušené kognitivní funkce se nemocní cítí být zmateni, ztraceni a nezačlenění v prostředí, kterému nerozumí. Následkem těchto pocitů se u nemocného může objevit celé řada problémů, mimo jiné i úzkosti, ztráta motivace nebo agresivní chování. Zatímco úzkost je mimovolní důsledek, agresivním chováním nám může klient dávat najevo, že něco není v pořádku, snažit se upoutat naši pozornost a sdělit nám svou potřebu. Je zřejmé, že jednotlivé komunikační bariéry jsou navzájem propojené, leckdy jedna spustí druhou. Například žádná ze sester se v rozhovoru nezmiňovala, že by se při komunikaci klientovi představila a připomněla mu jaký je den a kde se nachází. Takový klient pak může snadno kvůli dezorientaci zažívat nepříjemné pocity a mít tendence být úzkostlivý nebo agresivní. Dle Ferkové, Ilievové (2013) je důležité nezanevřít na chování, nálady, emoce klienta, jelikož každý takový projev má svůj skrytý význam. I když příčina není na první pohled jasná, je třeba po ní pátrat.

Respondenti dále uvedli, že jim komunikaci komplikuje vlastní netrpělivost a nedostatek času. Dle Linhartové (2007) představují tyto aspekty vždy psychický komunikační šum, který brání úspěšné komunikaci. Někteří respondenti dále uvedli jako bariéru vlastní stres, náladovost a přenesení své špatné nálady na klienta. Španetková, Králová (2009) zdůrazňují, jak podstatným aspektem pro efektivní komunikaci představuje vytvoření atmosféry bezpečí a důvěry, v níž se klient cítí v klidu a relativní psychické pohodě. Taková atmosféra je předpokladem pro vybudování vztahu mezi klientem a zdravotníkem – vztahu, založeném na důvěře, otevřenosti a úctě. Jak je vidět, předpokladem pro efektivní komunikaci není jen psychická pohoda klientů, ale i personálu. To potvrzuje výzkum, z něhož vyplynulo, že někteří respondenti vnímají jako komunikační bariéru vlastní vyčerpání. I zde se projevuje návazná asociace problémů v komunikaci, neboť vždy jeden počáteční spustí další atd. Domnívám se, že psychický diskomfort může být jednou z neaktuálnějších komunikačních bariér. Na druhou stranu, někteří respondenti uvedli, že žádné komunikační bariéry ze své strany nepocítují, což může poukazovat na jejich sebedůvěru a psychickou vyrovnanost.

Poslední výzkumná otázka zjišťuje, jakou psychickou zátěž pociťují sestry při kontaktu s klienty s Alzheimerovou chorobou. Až na dva respondenty, se všichni shodli, že péče o takové klienty je náročná. Někteří dodali, že se jedná o náročnost hlavně psychického rázu. Většina respondentů také považuje samotnou komunikaci s těmito klienty za více či méně psychicky náročnou. Během rozhovoru zazněl i výraz „psychicky vyčerpávající“. Toto zjištění koresponduje s předchozí výzkumnou otázkou. Koňarik, Matějovská Kubešová (2016) potvrzují, že doprovázející psychiatrické problémy klientů představují pro pečovatele nemalou zátěž. Respondenti se s péčí o klienty s ACH vyrovnávají prostým odreagováním a relaxováním, menší část hledá podporu u svých kolegů na pravidelných supervizích. Velmi mě zaujala odpověď S5, která jako jediná hledá povzbuzení ve spokojenosti klientů. Zde můžeme najít dvě hlavní preference způsobu vyrovnání se s péčí. Buď se respondenti snaží od samotné péče odreagovat, a svou pozornost tedy namířit jiným směrem, nebo se naopak pocity vyčerpání zaobírají a hledají porozumění společně s kolegy. Domnívám se, že oba způsoby mají své pro a proti. První způsob má možná z krátkodobého hlediska viditelnější efekt, odklonění myšlenek od problému přeci jen přináší úlevu, ale dle mého názoru je druhý způsob efektivnější, zaobírá se totiž problémem samotným. Během supervize lze mimo porozumění najít i jeho společné řešení. Ve spojení se zátěží zdravotníků přichází i riziko syndromu vyhoření, chronického gradujícího stresu v souvislosti s neustálým překračováním fyzických i psychických hranic (Jarolímová et al., 2016). Jemu sestry předchází velmi různorodými způsoby od chvil klidu a ticha, koníčků a přírody, až po trávení volného času s blízkými. Necelá polovina respondentů, ale syndromu vyhoření nijak nepředchází, někdy ani nepřipouští, že by se jich mohl týkat. Mealer et al. (2009), ale upozorňuje, že právě sestry jsou nejvíce ze zdravotnických profesí k syndromu vyhoření náchylné vzhledem ke zvyšujícím se nárokům na ně. Jedná se o nezanedbatelný problém, který se může týkat každé sestry, proto je skutečně nutné mu předcházet.

7. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce mapuje aktuální stav komunikace sester s pacienty s Alzheimerovou chorobou. Slouží jako ucelený náhled do problematiky Alzheimerovi choroby s její etiologií, příznaky, ale také léčbou.

Cílem této práce bylo zmapovat současný stav komunikace mezi zdravotníkem a pacientem s ACH a zjistit, jaké komunikační problémy zdravotníkům přináší. Tyto cíle byly naplněny prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření formou rozhovorů s 10 všeobecnými sestrami.

Z výzkumného šetření a z následné analýzy dat vyplynulo, že sestry dodržují většinu zásad komunikace s pacientem s ACH a dokážou využívat i prvky komunikace některých terapeutických přístupů. Ve vzdělání ohledně komunikace s pacienty s ACH mají sice jisté mezery, ale mají také zájem se zlepšovat a rozšiřovat své vědomosti.

V otázce komunikace s rodinou klienta mají sestry své rezervy. Jen u mála z nich probíhá oboustranná výměna informací, a potenciál, který rodina jako poskytovatel zkušeností a vědomostí má, přichází vniveč. Bylo také zjištěno, že sestry nemají dostatečné informace o podpoře rodin klientů. Z šetření dále vyplynulo, že u většiny sester, respektive pracovišť, není plně využita možnost spolupráce s podpůrnými organizacemi, přestože poskytují nezanedbatelné benefity. Domnívám se, že užší spolupráce s organizacemi by mohla přinést výhody, jednak v podobě rozšířeného vzdělání sester v oblasti komunikace, a dále jako hlavní poskytovatel podpory pro rodiny klientů.

Co se týče problémů v komunikaci patřily mezi často zmiňované příklady-desorientace, agresivní chování nebo úzkost klienta, se kterou si sestry ne vždy vědí rady. Dále se musí vypořádávat se svými vlastními pocity vyčerpání, náladovosti a podráždění – většina jich totiž považuje komunikaci s klienty s ACH a celkovou péčí o ně za psychicky náročnou. Vzhledem k tomu, že zdravotnické profese jsou ke vzniku syndromu vyhoření velmi náchylné, je psychický komfort sester klíčový pro efektivní péči a komunikaci s klienty. Sestry by proto neměly zapomínat na sebe a neopomínat duševní hygienu.

Výstupem této práce je manuál (Příloha 5), zaměřený na efektivní komunikaci s klienty s Alzheimerovou chorobou, jehož součástí je i přehled několika podpůrných organizací. Tento manuál je primárně určený pro zdravotníky, věřím ale, že může obsahovat užitečné informace i pro rodinné příslušníky klientů. Dále může práce sloužit pro zdravotníky jako náhled do všeobecné problematiky Alzheimerovi choroby. Výsledky práce mohou posloužit pro další výzkum.

8. SEZNAM LITERATURY

1. ABBOTT, A., 2014. Biomarkers could predict Alzheimer's before it starts [online]. Nature Publishing Group [cit. 2017-2-21]. Dostupné z: <http://www.nature.com/news/biomarkers-could-predict-alzheimer-s-before-it-starts-1.14834>
2. ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012. *Dementia: a public health priority*. Geneva : World Health Organization, 102 s. ISBN 978-92-4-156445-8
3. ČERMÁK, F., 2011. *Jazyk a jazykověda: přehled a slovníky*. vyd. 4. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-1946-0.
4. DE VRIES, K., 2013. Communication with older people with dementia [online]. *Nursing older people* 25(4), s. 30-37. ISSN: 1472-0795. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/241689739_Communicating_with_older_peopeo_with_dementia/
5. EHRENFREUCHTER, C., 2014. *Když se paměť vytrácí....*Praha: Tarsago Česká Republika. 256 s. ISBN 978-80-7406-248-3.
6. FERKOVÁ, E., ILIEVOVÁ, L., 2013. Známý neznámý Alzheimer. *Sestra*. 23(4), s. 56-58. ISSN: 1210-0404.
7. GULÁŠOVÁ, I., BREZA ml, J., RIEDL, I., 2013. Péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí. *Sestra*. 23(5), 31-33. ISSN 1210-0404.
8. HOLMEROVÁ, I., MÁTLOVÁ, M., 2015. *Dopisy České alzheimerovské společnosti*. 2. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 96 s. ISBN 978-80-86541-31-0.
9. HOLMEROVÁ, I. et al., 2013. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA: Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence. *Geriatric a gerontologie*. 2(3), 158-164. ISSN 1805-4684.
10. JAROLÍMOVÁ, E. et. al., 2016. Rodinný systém a pečovatelská zátěž u Alzheimerovy choroby. *Geriatric a Gerontologie* 5(3), s. 128-131, ISSN: 1805-4684.
11. JIRÁK, R. et. al., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
12. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 77 s. ISBN: 978-80-247-2171-2.

13. KANTORKOVÁ, M., 2011. Demence - vývojová stadia a doporučení. *Sestra* 21(2), 71-74 s. ISSN: 1210-0404.
14. KOŇAŘÍK, M., MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H., 2016. Přístup profesionálních pečovatелů k pacientům s demencí. *Medicína pro praxi* 13(2), s. 93-95, ISSN: 1214-8687
15. KROMBOLZ, R., 2011. Nejčastější demence a jejich léčba. *Neurologie pro praxi*. 12(3), 196-200. ISSN 196-200
16. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 152 s. ISBN: 978-80-247-1784-5.
17. MARTINEC NOVÁKOVÁ, L. et al., 2015. Přínos vyšetření čichu pro diagnostiku neurodegenerativních onemocnění. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 78(5), s. 517-525. ISSN: 1210-7859
18. MARTÍNEK, P., BARTOŠ, A., 2011. Použití dotazníků aktivit denního života u pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 74(6), s. 632-640. ISSN: 1210-7859
19. MARTINKOVÁ, J., BOTÍKOVÁ, A., 2012. Komunikace s pacientem s Alzheimerovou nemocí. *Sestra* 22(2), s. 28-29. ISSN: 1210-0404.
20. MÁTL, O., MÁTLOVÁ, I., 2015. *Zpráva o stavu demence 2015*. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 31 s. ISBN 978-80-86541-45-7.
21. MEALER, M. et al., 2009. The prevalence and inact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses [online]. *Depression and Anxiety* 26(12), s. 1118-1126. ISSN: 1520-6394. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919801/>
22. a NIKOLAI, T. et al., 2013. *Neuropsychologická diagnostika kognitivního deficitu u Alzheimerovy choroby*. Praha: Psychiatrické centrum. 64 s. ISBN 978-80-87142-25-7.
23. b NIKOLAI, T. et al., 2013. Vyšetření kognitivních funkcí v časně diagnostice Alzheimerovy nemoci. *Neurologie pro praxi*. 14(6), s. 297-301. ISSN: 1213-1814
24. PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K., 2013. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta. 855 s. ISBN 978-80-204-2798-4.
25. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
26. ŠTĚTKÁŘOVÁ, I. et al., 2015. *Moderní farmakologie v neurologii*. Praha: Maxdorf. 486 s. ISBN 978-80-7345-453-1.

27. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
28. VOJTOVÁ, H., 2015. Koncept smyslové aktivizace. *Florence*. 11(11), s. 14-16. ISSN: 1801-464X.
29. VONDRÁČEK, L. et. al., 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry: Příručka pro výuku a praxi*. Praha: Grada. 136 s. ISBN: 978-80-247-3697-6.
30. ZACHAROVÁ, E. et. al., 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
31. Alzheimerova choroba [online]. ALZHEIMERCENTRUM, ©2014 [cit. 2016-12-28]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo-onemocneni/alzheimerova-choroba/>
32. Diagnostika Alzheimerovy choroby [online]. ALZHEIMERCENTRUM, ©2014 [cit. 2016-12-28]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo-onemocneni/diagnostika-alzheimerovy-choroby/>
33. Internetová jazyková příručka [online]. Ústav pro jazyk český Akademie věd ČR, v.v.i., ©2017 [cit. 2017-4-26]. Dostupné z: <http://prirucka.ujc.cas.cz/?slovo=zjistit/>
34. Koncept Smyslové aktivizace [online]. AMYSLOVÁ AKTIVIZACE, ©2017 [cit. 2017-2-6]. Dostupné z: <http://www.smyslovaaktivizace.cz/index.php/o-konceptu/93-koncept-smyslove-aktivizace/>
35. Teorie PBM [online]. EBIN – Erwin Böhm Institut, ©2015 [cit. 2017-2-9]. Dostupné z: <http://www.ebinbio.cz/teorie-pbm/>
36. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků), 2015. [online]. [cit. 2017-4-26]. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 20, s. 482-543. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: file:///C:/Users/já/Downloads/Vyhláška_55_2011.pdf

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Mini-Mental State Examination

Příloha 2: Dotazník funkčního stavu


Příloha 3: Přepis rozhovorů se sestrami ve formátu PDF na přiloženém CD

Příloha 4: Otázky k rozhovoru se sestrami

Příloha 5: Manuál komunikace s člověkem s Alzheimerovou chorobou

Příloha 1: Mini-Mental State Examination

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max. skóre:
<p>1. Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokojí?) 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>2. Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost):</p> <p>Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti:</p> <p>(správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka, hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“</p> <p>Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl)</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a průtnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
	
<p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha</p> <p>11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha</p> <p>21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha</p> <p>24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

Zdroj: <http://www.ddalbrechtice.cz/data/ext-21.pdf/>

Příloha 2: Dotazník funkčního stavu

DOTAZNÍK FUNKČNÍHO STAVU (FAQ-CZ)

Jméno a příjmení posuzovaného: Ročník: Datum vyplnění:

Jméno vyplňujícího + vztah k posuzovanému: Diagnóza: MMSE:

Tento dotazník může vyplňovat pouze osoba, která důvěrně zná, jak si posuzovaný vede v běžném životě.

V každém řádku ZAKROUŽKUJTE míru schopností posuzované osoby:	Vykonává sám správně	Provádí sám s potížemi	Potřebuje pomoc druhého	Je zcela závislý, vykonává někdo jiný	Nikdy nevykonával/a, ale byl/a by nyní schopen/na	Nikdy nevykonával/a a měl/a by nyní potíže
1. Vyplnit složenky nebo platit účty, ukládat si finanční doklady	0	1	2	3	0	1
2. Vyplňovat úřední dokumenty nebo formuláře	0	1	2	3	0	1
3. Nakupovat běžné domácí potřeby, oblečení nebo potraviny	0	1	2	3	0	1
4. Hrát složitější společenské hry, věnovat se aktivně koníčkům	0	1	2	3	0	1
5. Připravit si kávu nebo čaj, vypnout sporák	0	1	2	3	0	1
6. Připravit si jídlo	0	1	2	3	0	1
7. Sledovat současné události	0	1	2	3	0	1
8. Porozumět a diskutovat o televizním pořadu, knize nebo časopisu	0	1	2	3	0	1
9. Pamatovat si termíny schůzek, rodinných událostí, svátků, léky a jejich užívání	0	1	2	3	0	1
10. Cestovat mimo nejbližší okolí, řídit auto nebo použít autobus	0	1	2	3	0	1
Celková soběstačnost Sečteme body ve všech kategoriích. Výsledek lze přepočítat na procenta zachování aktivit denního života podle tabulky níže.	body %		součet	součet	součet	součet

body	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
procenta	97	93	90	87	83	80	77	73	70	67	63	60	57	53	50	47	43	40	37	33	30	27	23	20	17	13	10	7		

Příklad do češtiny: MUDr. Aleš Bartoň, Ph.D., Pavel Marínek. Zdroj české verze: Bartoň A, Marínek P, Bendíček O, Buček A, Řípková D. Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ – česká verze pro zhodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou chorobou. Psychias. pro Praxi 2008; 1(9): 31–34 nebo www.pcp.ji3.cuni.cz/adcentrum. Původní zdroj: Pfeiffer E et al. Measurement of functional activities in older adults in the community. J Gerontol 37, 1982: 323–329. Copyright © The Gerontological Society of America. Příklad byl pořízen se svolením majitele práv. The Gerontological Society of America neručí za nepřesnosti, které se mohly objevit v překladu. Autori i vydavatel souhlasí s používáním kopii.

Zdroj: <http://www.nudz.cz/adcentrum/dotazniky.html#faq/>

Příloha 4: Otázky k rozhovoru se sestrami

Identifikační otázky

1. Věk
2. Nejvyšší dosažené vzdělání
3. Délka odborné praxe
4. Pracoviště

Alzheimerova choroba

5. Jak často se setkáváte s klientem s ACH či s jinou formou demence?
6. Je pro Vás kontakt s klientem s ACH náročný?

Vzdělání, školení

7. Jaké máte znalosti, dovednosti v oblasti komunikace s klientem s ACH (školení, kurzy)?
8. Pokud jste takové školení či kurz absolvoval(a), pocítil(a) jste po jeho absolvování zlepšení v praxi?
9. Pocítujete potřebu se dál vzdělávat v oblasti komunikace s klientem s ACH?
10. Poskytuje Vám zaměstnavatel možnost se takto dál vzdělávat?

Komunikace s pacientem s ACH

11. Jaké metody nebo techniky komunikace využíváte?
12. Jaké komunikační bariéry pocítujete ze strany klienta?
13. Jaké komunikační bariéry pocítujete z Vaší strany?
14. Domníváte se, že umíte komunikovat s klienty s ACH?

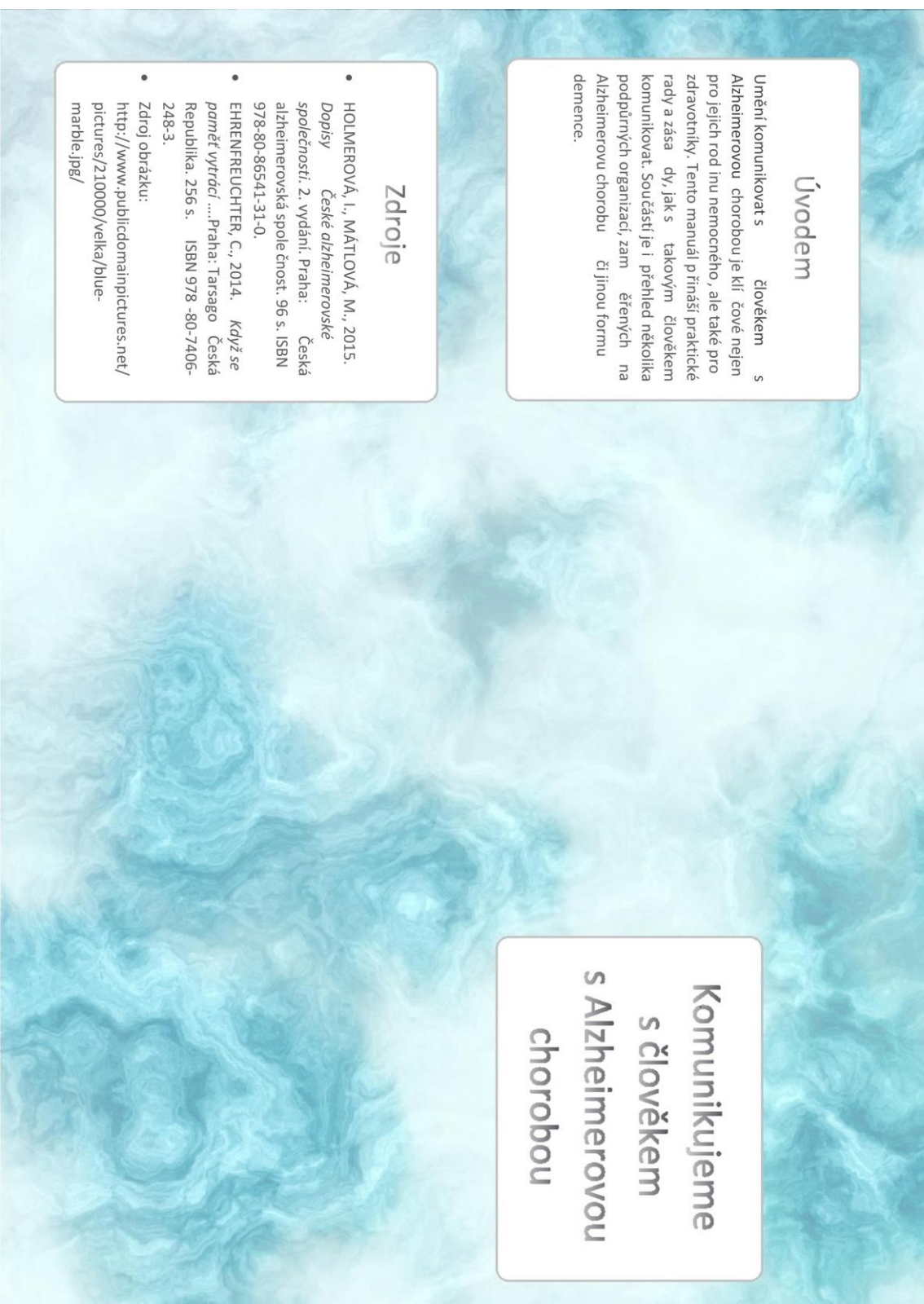
Podpora

15. Jak komunikujete, spolupracujete s rodinou klienta?
16. Znáte nějakou další formu podpory pro klienty nebo pro jejich rodiny?
17. Spolupracujete s nějakou organizací? Pokud ano, s jakou?

Zátěž

18. Je pro Vás komunikace s klientem s ACH psychicky náročná?
19. Co Vám pomáhá vyrovnat se s péčí o klienty s ACH?
20. Předcházíte nějak syndromu vyhoření? Pokud ano, jak?

Zdroj: Vlastní zdroj



Organizace

- Berte v úvahu stupeň demence
- Přistupujte k člověku empaticky, laskavě, trpělivě, s úctou a respektem
- Mluvte dostatečně hlasitě, klidně, pomaleji, ale ne monotónně
- Volte kratší jednodušší věty
- Vyhybejte se pokynům a otázkám nabízejícím více možností volby
- Užívejte konkrétních názvů, vyhýbejte se ukazovacím zájmenům
- Pokyny a otázky sdělujte postupně, nikdy ne v všechny najednou, a podle potřeby nemocného je zopakujte
- Pokud si nemocný nemůže už na nějaké slovo vzpomenout, pomozte mu její najít nebo mu pomozte dokončit větu

Česká Alzheimerovská společnost
(vzdělávací programy, osobní konzultace, publikační činnost, podpůrné skupiny pro pečující)

Diakonie Českobratrské církve evangelické
(poradenská linka, osobní konzultace, pečovatelské služby, vzdělávací programy)

Charita Česká republika
(poradenská linka, konzultace, pečovatelské služby, vzdělávací programy)

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR
(online poradna, vzdělávací programy)

Univerzitní centrum pro seniory PATUP
(poradenská linka, osobní konzultace, dobrovolnická činnost)

Užitečné informace

www.alzheimer.cz
www.nudz.cz
www.gerontologie.cz

- Snažte se přizpůsobit prostředí kolem tak, aby co nejvíce vyhovovalo klientovi
- Uveďte člověka do obrazu – občas mu připomeňte kdo jste, co je dnes za den a kde se nacházíte
- Nezapomínejte na neverbální komunikaci – jednoduchá gesta, doplňující výraz obličej, zvolené doteky, oční kontakt
- Pracujte s minulostí a vzpomínkami člověka, snadněji tak najdete téma k rozhovoru a zároveň lépe porozumíte některým jeho pocitům a projevům
- Spolupráce zdravotníkům a rodiny nemocného je klíčová, mohou si mezi sebou navzájem vyměňovat informace o nemocném a své zkušenosti
- Vezměte v úvahu, že každý je individuální osobnost a člověk s Alzheimerovou

10. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACH =	Alzheimerova choroba
NMDA=	N-methyl-D-asparát
MMSE =	Mini-Mental-State Examination
CT =	počítačová tomografie
MR =	magnetická rezonance
EEG =	elektroencefalografie
SPECT =	jednofotonová emisní výpočetní tomografie
EKG =	elektrokardiografie
AChE =	acetylcholinesteráza
SZŠ =	střední zdravotnická škola
Bc. =	bakalářské studium na vysoké škole