

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií Brno**

**Formy komunikace u osob s demencí**  
**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vedoucí bakalářské práce:**  
**prof. PhDr.Pavel Mühlpachr,Ph.D.**

**Vypracovala:**  
**Hana Rutmárová**

**Brno 2012**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Formy komunikace u osob s demencí zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne .....

.....

Podpis

## **Poděkování**

Mé poděkování patří panu prof. PhDr. Pavlu Mühlpachrovi, Ph.D. za odborné vedení, vstřícný přístup a cenné rady, které mi poskytl jako vedoucí mé diplomové práce. Současně děkuji všem pracovníkům DS Zastávka, ve kterém jsem prováděla průzkumné šetření, za trpělivost a spolupráci při vyplňování dotazníku.

Hana Rutmárová

## Obsah

Úvod.....	2
1 Demence .....	3
1.1 Vymezení pojmu demence .....	3
1.2 Klasifikace demencí .....	5
1.3 Stádia demence.....	11
1.4 Proč bychom měli porozumět demenci .....	14
2 Možnosti péče o pacienta trpícího demencí.....	15
2.1 Domácí péče .....	18
2.2 Specializovaná ambulance .....	18
2.3 Respitní péče-odlehčovací služba .....	18
2.4 Denní stacionář.....	19
2.5 Týdenní stacionář .....	21
2.6 Domov pro seniory .....	21
2.7 Domov se zvláštním režimem .....	21
2.7 Současný stav péče o seniory trpící demencí .....	22
3 Komunikace s lidmi trpícími demencí .....	26
3.1 Specifika komunikace s lidmi trpící demencí .....	26
3.2 Komunikační kanály, navázání kontaktu .....	27
3.3 Poruchy paměti u lidí s demencí .....	29
3.4 Zásady pro komunikaci s lidmi s demencí .....	31
4 Formy komunikace .....	32
4.1 Verbální komunikace .....	32
4.2 Neverbální komunikace.....	35
4.3 Bazální stimulace .....	39
4.4 Alternativní formy komunikace .....	41
4.5 Validace.....	41
5 Metodika výzkumu a specifikace sledovaného souboru.....	44
6 Vlastní výzkum a jeho výsledky .....	45
Závěr .....	67
Anotace .....	70
Informační zdroje .....	71
Seznam použitých zkratk .....	73
Seznam příloh .....	74

## Úvod

V posledních letech demografové často hovoří o tom, že naše populace stárne. Děti se rodí stále méně, a seniorů přibývá v důsledku prodloužení kvality a délky života. Lidí, kteří odcházejí do starobního důchodu, přibývá. Zároveň s tím, jak přibývá seniorů, hovoří se nejen o zajištění jejich optimálních životních podmínek, ale také o specifických problémech a nemocech, které se u nich vyskytují. V posledních letech se stále častěji hovoří o různých formách demence, z nichž nejznámější a nejčastější je Alzheimerova choroba. Skutečnost, že se ve vyspělých zemích významně prodloužila, a v zemích rozvojových prodlužuje střední délka života, a že tak dochází k rychlému „stárnutí“ světové populace, logicky znamená i značné zvýšení počtu osob ohrožených demencí. S postupem nemoci nemusí být člověk trpící demencí schopen se vyjadřovat slovy. Místo toho zjistíte, že jen mumlá nebo používá řeč tak, že nemá žádný význam. Dále ale můžete komunikovat pomocí gest, dotyku a společně vykonávaných drobných činností. S postupem nemoci se mohou objevit také změny chování či další potřeby nemocného, péče může být složitější. Může to být nevhodné dotýkání se ostatních nebo jiné náhlé a nepředvídatelné chování. To vše patří k nemoci, ale je možné tyto problémy vyřešit. Komunikace je nedílnou součástí života. Máme potřebu s někým komunikovat, sdělovat zážitky, pocity a potřeby. V komunikaci jsou důležité tři základní zásady-chtít, umět a moci komunikovat. U pacientů trpících demencí se často setkáváme s tím, že nemohou nebo neumějí komunikovat z důvodů svého onemocnění. O to důležitější je potom, aby člověk, který se o takového pacienta stará, uměl, chtěl a mohl správně komunikovat a dovedl využívat všechny druhy komunikace.

Zvolené téma bakalářské práce úzce koresponduje s mým zaměstnáním, již 20 let pracuji v domově pro seniory jako všeobecná sestra. Cílem této práce je pomoci objasnit pojem, klasifikaci a stádia demence. Dále specifikovat jednotlivé formy komunikace a jejich možnosti. Snahou bude také poradit pečujícím v péči o pacienta. V praktické části se budu snažit zjistit pomocí dotazníku úroveň znalostí pracovníku v přímé sociální péči v DS Zastávka, tyto následně statisticky zpracovat a dle výsledků doporučit další vzdělávání personálu. V teoretické části budu používat metodu rozboru literatury vztahující se k tématu, v praktické šetření formou dotazníku a jeho následného statistického vyhodnocení se závěrečným doporučením následného vzdělávání pracovníků DS Zastávka.

# 1 Demence

## 1.1 Vymezení pojmu demence

**Demence** je skupina duševních poruch, jejíž základní charakteristikou je získaný podstatný úbytek kognitivních (poznávacích) funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého onemocnění mozku. Následkem takového onemocnění je nejen úbytek paměti a intelektu, ale celková degradace duševních činností postiženého, ztráta schopnosti běžných denních aktivit. [1]

**Demence** je progresivní mozková dysfunkce, která vede k omezení denních aktivit a v dlouhodobém výhledu ve většině případů vede dlouhodobě k nutnosti péče. Demence může být následkem mnoha nemocí, nejčastější z nich je Alzheimerova choroba. Demence znamená poruchu intelektu a kognitivních funkcí na podkladě organického poškození mozku. Postupuje různě rychle a je často nezvratná. Tyto poruchy vedou k problémům chování a snížené soběstačnosti. Trvání symptomů je nejméně 6 měsíců.

**Symptomy demence** rozlišujeme na:

- Kognitivní: poruchy paměti, porucha orientace, porucha myšlení a úsudku, porucha řeči, učení, poznávání, praxie a porucha exekutivních funkcí.
- Nekognitivní (BPSD): porucha osobnosti, deprese a úzkost, poruchy emotivity, bludy a halucinace, agresivita, agitovanost, změny nálady, misidentifikace, poruchy spánkového rytmu.
- Neurologicko-somatické: extrapyramidový syndrom, poruchy chůze, inkontinence, malnutrice, neschopnost komunikace, neschopnost sebepéče.

Mezi **základní příznaky demence** patří:

- zapomnětlivost - nejdříve lidé s demencí zapomínají na události, které se staly nedávno (co bylo právě řečeno, co chtěli udělat). Teprve později začnou zapomínat i věci, které se staly dříve.
- problémy s orientací - osoba s demencí snadno ztratí cestu nebo zapomene, kde je.
- problémy dělat plány a přemýšlet dopředu - velmi obtížné je například sjednat si schůzku.

- poruchy myšlení - lidé s demencí mají řečové obtíže nebo problémy s počty.
- potíže s určitými činnostmi - například oblékání se už nejeví tak snadné a automatické jako dřív.
- změna charakterových rysů – často také dochází k poruchám chování. Lidé s demencí jsou rozrušení, v noci jsou často neklidní a někdy jsou podezíraví nebo agresivní.

Za **rizikové faktory vzniku demence** můžeme označit:

- Věk – výskyt demence v jednotlivých věkových skupinách je uvádí:
 

○ 60 - 64 let	0,9 %
○ 65 - 69 let	1,3 – 1,5 %
○ 70 - 74 let	3,2 – 3,6 %
○ 75 – 79 let	5,8 – 6,0 %
○ 80 - 84 let	11,8 – 12,2 %
○ 85 a více let	24,5 – 24,8 %
- Pohlaví - ženy mají častěji Alzheimerovu chorobou, muži demenci cévního původu
- Vzdělání - u lidí s vyšším vzděláním je výskyt demencí méně častý
- Cévní mozkové příhody a jiná cévní onemocnění - demence se rozvine zhruba u 1/3 lidí po mozkové mrtvici. Onemocnění, které poškozuje cévy (hypertenze, cukrovka, onemocnění srdce) bývá častěji provázeno demencí.
- Kouření a alkohol – jeho vliv je teprve ve stadiu zkoumání. Ve větším množství oboje škodí, ale zdá se, že malé množství může mít ochranný vliv.
- Poranění hlavy - každý úraz, který je provázen alespoň patnáctiminutovým bezvědomím, zdvojnásobuje riziko demence.
- Deprese - je významným rizikovým faktorem pro vznik demence, riziko je zvýšeno 3 – 4x.
- Další rizikové faktory: - infekce – syfilis, AIDS; nedostatek vitaminů – B12, thiamin, kyselina listová [2]

## 1.2 Klasifikace demencí

Mnoho různých příčin může způsobit demenci. Podle příčin existuje řada schémat, jak klasifikovat demence. V Evropě je nejrozšířenější schéma **Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů** (MKN-10), která rozlišuje následující kategorie:

- F00 Demence u Alzheimerovy nemoci (G30.+)
  - F00.0 Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem (G30.0+)
  - F00.1 Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem (G30.1+)
  - F00.2 Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu (G30.8+)
  - F00.9 Demence u Alzheimerovy nemoci NS (G30.9+)
- F01 Vaskulární demence
  - F01.0 Vaskulární demence s akutním začátkem
  - F01.1 Multiinfarktová demence
  - F01.2 Subkortikální vaskulární demence
  - F01.3 Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence
  - F01.8 Jiné vaskulární demence
  - F01.9 Vaskulární demence NS
- F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde
  - F02.0 Demence u Pickovy choroby (G31.0+)
  - F02.1 Demence u Creutzfeldt–Jakobovy nemoci (A81.0+)
  - F02.2 Demence u Huntingtonovy nemoci (G10+)
  - F02.3 Demence u Parkinsonovy nemoci (G20+)
  - F02.4 Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiencie [HIV] (B22.0+)
  - F02.8 Demence u jiných určených nemocí, zařazených jinde
- F03 Neurčená demence [3]



V odborné literatuře se poměrně často používá **schéma Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti:**

Demence Alzheimerova typu

- s časným začátkem
- pozdním začátkem
- s deliriem
- s bludy
- s depresivní náladou
- nekomplikovaná

Vaskulární demence

- s deliriem
- s bludy
- s depresivní náladou
- nekomplikovaná

Demence při onemocnění HIV

Demence v důsledku poranění hlavy

Demence při Parkinsonově nemoci

Demence při Huntingtonově nemoci

Demence při Pickově nemoci

Demence při Creutzfeldtově-Jakobově nemoci

Demence při jiných obecně medicínských poruchách

Perzistující demence v důsledku chemicky působících látek (alkoholu, drog, léků, inhalovaných látek, těžkých kovů, rozpouštědel, organofosfátů apod.)

Demence s mnohočetnou etiologií

Demence jinak neurčená [3]

Za **nejčastější příčiny demence** považujeme v:

- 56 % Alzheimerovu nemoc
- 14 % vaskulární demenci
- 12 % smíšené demence
- 8 % Parkinsonovu nemoc
- 4 % jiné degenerativní onemocnění mozku
- zbývající ostatní vzácnější příčiny (Creutzfeld - Jacobova nemoc, Pickova choroba, Huntingtonova nemoc) [4]

**Alzheimerova choroba(AN)** je progresivní neurodegenerativní stav, klinicky charakterizovaný postupným zhoršováním kognice (mentálních funkcí), denního fungování a chování. Alzheimerova choroba je nejčastější ze všech demencí. Představuje asi 50-60% všech demencí, a dalších asi 12% demencí je smíšené etiologie, kde se kromě alzheimerovských změn etiologicky podílejí i ischemicko-vaskulární změny (mozkové infarkty). Alzheimerova choroba má některé významné neuropatologické nálezy. Na většině mozků pacientů lze zobrazovacími metodami prokázat a post mortem verifikovat obraz kortiko-subkortikální atrofie. Ve většině případů odpovídá stupeň atrofie stupni postižení kognitivních funkcí, avšak ne vždy. Při Alzheimerově chorobě dochází k úbytku některých neuronů, a také k úbytku počtu synapsí, ke snížení plasticity neuronů. Postiženy jsou převážně buňky v určité části mozku, v mozkové kůře (vnější část mozku tzn. ta část mozku, kterou používáme k myšlení). Vědci si stále nejsou jisti příčinami AN. Rizikovými faktory jsou věk a rodinné dispozice. Přestože většina nemocných je starších 65 let, stává se, že onemocní i lidé 30 až 50letí. Bývá to kolem 10 % celkového počtu lidí postižených AN. Není ani jisté, zda je AN dědičná. Ale v rodinách, kde se vyskytuje, je její pravděpodobnost větší. Je tedy možné, že určitá genetická dispozice zde roli hraje, nebo že všichni tito lidé byli vystaveni působení nějakého faktoru, který AN způsobuje. Výzkumní pracovníci a lékaři docházejí k názoru, že AN je komplikované onemocnění způsobené různými faktory.

Následujících **deset příznaků Alzheimerovy choroby** se považuje za způsob, jak ji lze určit:

- 1. Ztráta paměti**, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly - zapomínat občas pracovní úkoly, jména kolegů nebo telefonní čísla spolupracovníků a vzpomenout si na ně později, je normální. Lidé trpící Alzheimerovou chorobou však zapomínají častěji a nevzpomenou si ani později.
- 2. Problémy s vykonáním běžných činností** - lidé trpící Alzheimerovou chorobou připraví jídlo a nejen že ho zapomenou dát na stůl, ale zapomenou i na to, že ho vůbec udělali.

3. **Problémy s řečí** - člověk s Alzheimerovou chorobou zapomíná i jednoduchá slova nebo je nahrazuje nesprávnými, a jeho věty pak nedávají smysl.
4. **Časová a místní dezorientace** - lidé s Alzheimerovou nemocí se ztratí ve vlastní ulici a nevědí, kde jsou, jak se tam dostali, ani jak se dostanou domů a který den je dnes.
5. **Špatný nebo zhoršující se racionální úsudek** - lidé s Alzheimerovou nemocí jsou schopni zapomenout, že mají dítě a musí se o ně starat, nebo se nesmyslně obléknou.
6. **Problémy s abstraktním myšlením** - člověk s Alzheimerovou nemocí může úplně zapomenout, co čísla znamenají a co s nimi má dělat.
7. **Zakládání věcí na nesprávné místo** - pacient s Alzheimerovou nemocí dává věci na zcela nesmyslná místa: žehličku do ledničky nebo hodinky do cukřenky.
8. **Změny v náladě nebo chování** - člověk s Alzheimerovou nemocí ale podléhá prudkým změnám nálady. Náhle a nečekaně propukne v pláč nebo podlehne návalu hněvu, i když k tomu nemá žádný zjevný důvod.
9. **Změny osobnosti** - lidské povahy se běžně do určité míry mění s věkem, ale člověk s Alzheimerovou nemocí se změní zásadním způsobem. Stává se velmi zmateným, podezřavým nebo ustrašeným.
10. **Ztráta iniciativy** – pacient s Alzheimerovou nemocí může propadnout naprosté pasivitě a potřebuje neustále podněty, aby se do něčeho zapojil.[5]

Podle Americké psychiatrické asociace se v definici **demence Alzheimerova typu** uvádí:

- A. Jde o vývoj mnohočetných kognitivních poruch, které se projevují jako:
  1. **Poruchy paměti** (poškozená schopnost naučit se novým informacím anebo znovu vybavovat informace již naučené).
  2. Jedna anebo více z následujících specifických příznaků:
    - a) **afázie** (porucha řeči),
    - b) **apraxie** (poškození schopnosti vyvinout pohybovou činnost navzdory tomu, že pohybové funkce nejsou postiženy),

- c) **agnozie** (neschopnost rozeznávat nebo rozlišovat předměty navzdory tomu, že sensorické funkce nejsou postiženy),
- d) **poruchy výkonu činností** (např. plánování, organizace, řazení podle posloupností, abstrahování).

B. Kognitivní poruchy podle bodů A1 a A2 způsobují významné problémy ve společenském a pracovním životě postiženého člověka a vedou k významnému zhoršení vzhledem k předchozí úrovni fungování.

C. Průběh AN je charakterizován pozvolným začátkem a postupným ubýváním kognitivních schopností [5]

**Vaskulární demence (VD)** jsou co do četnosti výskytu mezi všemi demencemi na druhém místě, za Alzheimerovou chorobou. Vaskulární demence vznikají na podkladě cerebrovaskulárního onemocnění, dochází k poškození mozkové tkáně mnohočetnými infarkty, jedním nebo několika většími infarkty v oblastech významných pro kognitivní funkce a k poškození bílé hmoty mozkové, včetně demyelinizačních projevů. Pokud je demence způsobena většími nebo častějšími infarkty v oblastech mozku hovoříme o **multiinfarktová demence (MID)**. Cerebrovaskulární onemocnění s následnou demencí vzniká v důsledku rizikových faktorů a jejich kombinace. Mezi takovéto rizikové faktory náleží především hypertenze, fibrilace síní, srdeční selhání, diabetes mellitus, kouření, psychosociální stres a další. Četnost vaskulárních demencí roste s věkem, vyšší výskyt je u mužů než u žen. V následující tabulce 1 jsou uvedeny hlavní klinické rozdíly mezi VD a AN

Příznak nebo rys poruchy	Vaskulární demence	Alzheimerova choroba
začátek	zpravidla rychlý	pomalý, nenápadný
progrese demence	zpravidla ve skocích	kontinuální, někdy téměř lineární
osobnost	často relativně zachovalá	poměrně brzy nastává degradace osobnosti
porucha paměti na počátku demence	může být ve více složkách	především porucha epizodické paměti
přidružená deliria	mohou být častá	vzácná, pokud nejsou přidružené somatické poruchy, dehydratace, nevhodná medikace
průběh z krátkodobého hlediska	častá fluktuace, kolísání stavu	bez větších výkyvů
výskyt neurologických syndromů a reflexologických poruch	častý	méně častý

Zdroj: [6]

**Smišené demence** jsou kombinace 2 příčin. Nejčastěji se jedná o **demenci s Lewyho tělísky** - symptomy této nemoci jsou kombinací symptomů AN a Parkinsonovy nemoci. Většinou je syndrom demence doprovázen abnormálními pohyby, které jsou součástí Parkinsonovy choroby. V dlouhodobém časovém horizontu se jedná o progresivní, postupující deteriorace kognitivních funkcí jako u Alzheimerovy choroby, ale v krátkodobém časovém horizontu fluktuace psychických funkcí, zejména pozornosti a bdělosti. Často se vyskytují přidružená deliria krátkého trvání a psychotické symptomy- zrakové halucinace a paranoidní bludy.

V některých případech Parkinsonovy choroby dochází k rozvoji demence. Statistiky se různí, většinou je však udáváno, že demencí onemocní 10-30% pacientů, trpících touto chorobou. **Demence u Parkinsonovy nemoci** klinicky představuje vzor tzv. podkorové demence. Charakteristická je především celková zpomalenost, projevující se výrazně zpomalením progresu myšlení. Postižení mají největší problémy v oblasti výbavnosti, včetně aktivního znovuvybavení. Projevují se poruchy paměti. Jsou porušeny exekutivní funkce, tedy schopnost naplánovat si a vykonat složitější aktivitu, provádět smysluplnou komplikovanější činnost. Velmi častá je i deprese. Dochází ke ztrátě kontroly nad činností svalů, třesení, problémy s řečí a v pozdních stadiích až tzv. zamrznutí hybnosti (nemožnost začít pohyb).

**Creutzfeld – Jacobova nemoc (CJN)** je nemoc postihující mozek je způsobena infekcí. Příznaky jsou zhoršující se paměť, změny v chování a neschopnost koordinace pohybů (posunčina). CJN se rychle zhoršuje, většinou během jednoho roku končí smrtí. Zatím není známa žádná léčba.

**Pickova nemoc** je nemoc podobná AN, ale výraznější jsou změny chování, které může být někdy společensky nepřiměřené. Diagnóza této nemoci je velice obtížná. Mění se osobnost člověka, dezorientaci nemocného může předcházet úbytek paměti.

**Huntingtonova nemoc** je dědičná porucha, která se projevuje změnami osobnosti, apatií, podrážděností poruchami emotivity. Je doprovázena nepravidelnými pohyby končetin a motorickým neklidem. Dá se dobře diagnostikovat. Pohybové a psychiatrické problémy lze léčit, ale nelze zastavit její postupné zhoršování.

Deprese je to nejčastější psychiatrické onemocnění ve stáří. Způsobuje problémy s koncentrací, myšlením, smutek, pocity beznaděje a někdy až sebevražedné sklony. Někdy dochází i k poruše paměti a to krátkodobé i dlouhodobé a onemocnění se může nápadně podobat demenci, hovoříme proto o **pseudodemenci**. Depresi je však možno léčit. [7]

### 1.3 Stádia demence

K určení hloubky demence bylo vypracováno několik stupnic. Vzhledem k tomu, že demenci lze charakterizovat trvale progredujícím poklesem různých součástí intelektu; jedná se zejména o deterioraci kognitivních funkcí a o poruchy psychologické a behaviorální (Behavioral and psychological symptoms of dementia - BPSD) Tyto příznaky způsobují zhoršení až ztrátu funkčních schopností v oblasti pracovní a sociální.

K posouzení hloubky a stupně progrese demence se užívá **Global Deterioration Scale** (GDS, Reisberg a kol. 1982), která nejlépe vystihuje subjektivní a objektivní nálezy a rozlišuje následujících 7 stadií vývoje choroby:

1. **Bez postižení kognitivních funkcí** - odpovídá asymptomatickému období a tedy normálnímu stáří.
2. **Počínající postižení kognitivních funkcí** - benigní stařecká zapomětivost, věkově podmíněný pokles kognitivních funkcí (Age Associated CognitivDecline AACD).
3. **Lehké postižení kognitivních funkcí** - fáze časně zmatenosti, dnes označována jako mírná kognitivní porucha (MCI - Mild Cognitiv Impairment). V tomto stadiu se objevují potíže při vykonávání pracovních povinností. Mírná porucha paměti, přečtený text nedokáže úplně reprodukovat; špatně si pamatuje jména lidí, s nimiž se setkal poprvé, ztrácí cenné věci, nebo zapomíná, kam je uložil nevypravnost při řeči, obtížná orientace v neznámém prostředí, potíže při řízení motorového vozidla, konstrukční apraxie.
4. **Středně těžké postižení kognitivních funkcí** - fáze pozdní trvalejší zmatenosti. Tato odpovídá zčásti ještě mírná kognitivní poruše, ale postupně spíše přechází do demence. Objevují se zde výrazné poruchy řeči, porucha krátkodobé paměti, je postiženo abstraktní myšlení, rozhodování, plánování a řízení složitějších činností. Zde se objevují také behaviorální a psychologické poruchy (ztráta zájmů, změna nálady).
5. **Pokročilé postižení kognitivních funkcí** - fáze časně či mírné demence, dominuje výraznější zpomalenost, apraxie, agnosie, pokročilá porucha paměti. Pacient ztrácí a zapomíná věci a jména i události, nevybavuje si slova pro pojmenování různých předmětů, používá spíše jednoduché věty, řeč je méně plynulá. Dále dezorientace časem, místem. Pacient bloudí na známých místech,

i v bytě. Ztráta soběstačnosti (neschopnost bez dopomoci vykonávat některé běžné denní činnosti, jako oblékání, péče o osobní hygienu). Z BPSD je přítomna větší pasivita, ztráta zájmů v činnostech, které dříve přinášely uspokojení a radost, dále počínající paranoidní chování (občasné obviňování okolí z krádeží peněz, věcí ...), vystrašenost až úzkost a agitovanost.

6. **Těžké postižení kognitivních funkcí** - střední až pokročilá fáze demence. Těžké postižení paměti, myšlení je nevýpravné, neschopnost plynulejší konverzace. Dezorientace je v podstatě kompletní, pacient je dezorientován i vlastní osobou. BPSD - výrazné poruchy chování, nesnášenlivost, poruchy spánku (spánková inverze), výraznější agitovanost, která se projevuje fyzickou i verbální agresivitou. Jsou přítomny psychotické příznaky, jako bludy a halucinace. V tomto stadiu je ztráta soběstačnosti již tak významná, že pacient vyžaduje trvalý dohled 24 hodin denně.
7. **Velmi těžké postižení kognitivních funkcí** - fáze pozdní či těžké demence. Postupně se rozvíjí úplná amnézie, globální fatická porucha, v konečném stadiu neschopnost chůze, neschopnost vstát z lůžka. Pacient se sám ani nenakrmí ani nenapije, je trvale inkontinentní. Je ohrožen podvýživou, je náchylný k různým infekčním chorobám a je tudíž trvale závislý na odborné ošetrovatelské péči. [3]

Ve stejném roce 1982 stejně jako Reisberg a kol. sestavil Hughes mezinárodně používanou pětistupňovou stupnici, která zkoumá paměť, orientaci, úsudek, řešení problémů, zájmy osobní péči, zvládání společenských záležitostí.

**Hughesova pětistupňová stupnice** rozlišuje:

- Stupeň 0 - **zdraví** (paměť je neporušená nebo jsou jen malé nekonstantní výpadky)
- Stupeň 0,5 - **podezření na demenci** (lehká zapomětivost, první potíže při rozhodování)
- Stupeň 1- **mírná demence** (horší zapamatování nových paměťových obsahů, ztrácení věcí)
- Stupeň 2 - **středně těžká demence** (postižení nejsou schopni vykonávat smysluplnou činnost, paměť porušena ve všech složkách),
- Stupeň 3 - **těžká demence** (těžká porucha paměti ve všech složkách, pomoc jiné osoby). [3]

K určení stadia demence máme k dispozici poměrně jednoduché a přitom objektivní testy, které jsou určeny nejen psychogeriatrům, ale především praktickým lékařům. Nejvhodnějším pro nejširší použití jak v praxi psychiatra tak i v ambulanci praktického lékaře je **test psychických funkcí (MMSE - Mini Mental State Examination)**. Tento je zaměřen na orientaci pacienta, na vyšetření okamžité paměti a výbavnosti, dále na gnostické, praktické schopnosti, na psaní, čtení, počítání a na zrakově prostorové schopnosti a fatické funkce. Protože test MMSE je zaměřen spíše na diagnostiku Alzheimerovy nemoci, je vhodné ho doplnit testem zaměřeným na vyhledávání vaskulárních demencí, který se jmenuje Hatchinského skóre. [3]

Z hlediska BPSD nelze přesně rozdělit stadia demencí, protože tyto poruchy jsou různě vyjádřeny v průběhu choroby od jejího počátku až do konce. Poruchy chování se postupně zhoršují s progresí demence. Změny osobnosti, deprese jsou častější v počátcích, agresivita a psychomotorické poruchy spíše v pozdních fázích. V závěru choroby se vyskytuje apatie a abulie. Mezi nejčastější BPSD patří bludy, halucinace, paranoidita, deprese, úzkost, misidentifikace, agresivita, bloudění, poruchy spánku, nepřiměřené sexuální chování, nepřiměřené chování při jídle, hlučnost, výkřiky, nutkavost a rituály. Právě tyto poruchy jsou z hlediska péče o nemocné a tedy hlavně z hlediska pečovatelů (tj. rodinných příslušníků) významnější než kognitivní postižení. Rodina si často stěžuje na poruchy chování, které hodnotí někdy jako naschvály, někdy jako provokaci. Nemocní se totiž brání jakýmkoliv snahám o péči, nepovažují ji za nutnou. Cítí se zdraví, svůj handicap si neuvědomují nebo v počátcích onemocnění své potíže bagatelizují. Tyto problémy pak vedou rodinu k tomu, že se začne zajímat o možnosti umístění postiženého v nějakém vhodném ústavním zařízení.



## 1.4 Proč bychom měli porozumět demenci

V naší společnosti, ve které dochází k prodlužování lidského života, se pravděpodobnost zasažení demencí zvyšuje s přibývajícím věkem. K demenci dochází převážně v druhé polovině našeho života, často po 65. roce života. Někteří odborníci si myslí, že to je „cena, kterou společnost musí platit“ za vyšší délku života. V celé Evropě žije téměř o milion lidí s demencí více, než se dosud předpokládalo - tedy 7,3 miliónu. Na základě výše uvedené prevalence je možné odhadnout počet lidí s demencí v České republice na 150 000. [4]

Být svědkem toho, jak váš příbuzný nebo přítel trpí demencí nebo může být velmi sužující, stresující a matoucí. Raná stádia této choroby nejsou jako taková rozeznávána ani pacientem ani jeho příbuznými. Toho, že je něco v nepořádku, si všimnou, když choroba vede ke zmatení a podráždění. Trpí pacientova sebeúcta a existuje neochota si přiznat, že může být nějaký problém. Pacient obvykle není schopen navštívit lékaře sám. Přesvědčit ho, aby navštívil lékaře, může být velmi obtížné, protože si nemusí být ochoten připustit, že je něco v nepořádku. Je nutné si uvědomit, že demence je progresivní (postupný) stav. Pacienti trpící demencí nebo Alzheimerovou chorobou se neuzdraví a nemoc nelze léčit, medikace může postup choroby pouze zpomalit.

## 2 Možnosti péče o pacienta trpícího demencí

Většina rodin si přeje věnovat svému seniorovi maximální potřebnou péči. Individuální míru péče potřebuje od určité doby každý senior, aniž by trpěl demencí. S péčí příbuzní začínají obvykle ve chvíli, kdy tato diagnóza ještě nemusí být prokázána; rodiny jednoduše pomáhají svým rodičům a prarodičům. Zaopatření se tak pohybuje na úrovni zabezpečení jídla, čistého prádla, vyřízení pochůzek a nákupů. Když se začínají projevovat první symptomy nemoci, většina lidí je považuje za příznaky stáří. Není neobvyklé, že staří lidé si hůře pamatují, mají potíže s orientací a vybavováním, takže málokterý blízký člověk je ihned považuje za příznaky demence. Teprve další fáze s sebou přináší symptomy, které nejbližší rodinu zneklidní, a po čase ji přimějí k vyhledání pomoci.

Na základě rady lékaře, ale hlavně a především vlastního rozhodnutí buď požádají o umístění seniora do pečovatelské instituce, nebo se rozhodnou pečovat o něho doma. Pokud se však o seniora s demencí starají jeho nejbližší, tj. partner nebo rodina (nejčastěji děti), po čase dochází – navzdory snaze o maximální péči a ponechání nemocného v domácím prostředí – k únavě nejen samotného člověka, který převzal hlavní péči o nemocného na sebe, ale je unavená i celá rodina. Rodiny musela totiž změnit svůj rytmus života, zvyky a přizpůsobit nemocnému svůj životní styl. Rodinný příslušník, který zajišťuje péči o tohoto nemocného, se časem obvykle vzdává svého zaměstnání, omezuje svůj společenský styk a věnuje se pouze nemocnému s intenzitou úměrnou postupu nemoci.

Proto není příliš překvapivé, že o pomoc s péčí o nemocného žádají instituce především rodiny. Rodiny, které jsou absolutně vyčerpané z péče o tohoto svého nemocného, rodiny, které vyzkoušely nejrůznější možnosti péče a pečovat už dále nezvládají, nevědí si dále rady. Problémem u rodin, které zajišťují celodenní péči o svého nemocného člena mohou být také finance. Příspěvek na péči o blízkou nemocnou osobu je poměrně nízký, takže se zásadně změní rodinný rozpočet, a i to může přispět k pocitu beznaděje a bezvýchodnosti pečujících. Dále žádají o pomoc rodiny, které se o nemocného nestarají celodenně nebo pravidelně, ale všímají si, že se s babičkou nebo dědečkem něco děje – nezvládá základní úkony, zapomíná zapnuté elektrické spotřebiče, mění se ve stylu chování a oblečení – a bojí se je nechávat samotné.

O umístění nemocného seniora žádají také praktičtí lékaři, a to na žádost rodinných příslušníků, kteří nevědí, na jakou konkrétní organizaci se mohou obrátit. Pokud člověk

trpící demencí už žije v některé z pečovatelských institucí, které však poskytují péči pouze v určitém rozsahu a na tuto chorobu se nesespecializují (například penzion pro seniory), tak o jeho přijetí žádají tamní pečovatelé – zdravotní sestry nebo vedení.

Instituce jsou tedy žádány o pomoc ve chvíli, kdy rodina není schopna zajistit další péči, a to i tehdy, kdy už psychicky nezvládne zanechat nemocného byt' jen na chvíli samotného doma. Pečující a lékaři shodně uvádějí, že tato chvíle obvykle nastává ve druhé (prostřední), v krajním případě ve třetí fázi nemoci. O pomoc však žádají nejenom lidé unavení různě dlouhou péčí o nemocného, ale také lidé velmi zaměstnaní, kteří ihned po zjištění diagnózy vědí, že se o nemocného nechtějí nebo nemohou starat – obvykle z důvodu své kariéry a zaměstnání.

V oblasti péče o seniory s demencí dominují mezi poskytovanými službami především sociální a zdravotní služby, jejichž cílem je podpora zdraví a pohody seniora, prevence nemocí, posilování autonomie a soběstačnosti, zajištění základních životních potřeb, podpora co nejdelšího setrvání seniora v jeho přirozeném domácím prostředí. Zhorší-li se zdravotní stav nebo soběstačnost seniora natolik, že mu již nelze péči zajistit v domácím prostředí, nastupuje pomoc ve formě sociálních a zdravotních služeb poskytovaných speciálními organizacemi a institucemi k tomu určených.

Zdravotně sociální péče není považována za zvláštní typ péče, ale za oblast péče nacházející se v průniku dvou resortů: zdravotnictví a sociální péče. Může se jednat o převážně péči sociální s výraznými prvky péče zdravotní nebo o péči zdravotní s výraznými prvky sociální péče nebo o péči integrovanou, kde lze jednotlivé prvky velmi těžko odlišit. Vzhledem ke specifickým problémům a potřebám seniora s demencí je zapotřebí, aby byl systém zdravotně sociální péče těmto specifickým potřebám seniorů přizpůsoben. [8]

V ČR se podílí všechny tři složky sociálních služeb; tedy jak základní sociální poradenství, které je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb, a odborné sociální poradenství zahrnující poradny pro seniory s demencí, tak i služby sociální péče a služby sociální prevence. Mezi tyto služby, které se mohou podílet na uspokojování jejich potřeb, patří osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služba, centrum denních služeb, denní stacionář, týdenní stacionář, domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Tyto služby jsou charakterizovány Zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách. [9]

Péči o občany s demencí lze rozdělit do 3 úrovní:

- péče o starého občana v rodině,
- sociální péče o starého občana v ambulantních podmínkách,
- sociální péče o starého občana v pobytových podmínkách zařízení sociálních služeb.

Nejvíce pomoci se dostává a bude dostávat starému člověku v rodině od jeho dětí při společném bydlení. Starý člověk by ovšem dával přednost bydlení samostatnému, nejraději blízko příbuzných. Oddělené bydlení však ztěžuje širší rodině péči o své staré členy rodiny. Na sociální péči o seniora s demencí v ambulantních podmínkách se podílejí sociální pracovníce, pracovníce v sociálních službách a geriatrické sestry. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 upravuje podmínky pro poskytování sociálních služeb osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku nebo osobám se stařeckou, demencí AN a ostatními typy demencí v těchto zařízeních sociálních služeb:

- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením.

Sociální služby ve zdravotnických zařízeních (nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny) se poskytují osobám, které se neobejdou bez pomoci jiné osoby a současně nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení, protože není v danou chvíli možné jim zabezpečit péči v domácnosti či v zařízení sociálních služeb. Mnohdy pak v zařízeních léčebny dlouhodobě nemocných jsou umístění klienti, kterým zdravotnická péče nezajistí podnětné sociální prostředí.

Pro snahu prodloužit pobyt v rodině a minimalizovat tak čas strávený v zařízení hovoří i následující obecné základní vnitřní problémy pro seniory vyplývající z pobytové péče v zařízeních sociálních služeb, které se vztahují i k osobám s demencí:

- ztráta vazeb s rodinou,
- ztráta společenských vazeb,
- omezené soukromí,
- dezorientace v novém prostředí,
- komunikace mezi příjemcem a poskytovatelem služeb,

- ztráta plnoprávné občanské pozice,
- ztráta motivace a vůle k zachování nezávislosti. [10]

## **2.1 Domácí péče**

Domácí péče je služba, která je prováděná v domácím prostředí, u klientů; péče je realizována ve spolupráci s rodinou. Tato domácí péče je indikovaná praktickým lékařem, bez jeho doporučení není její výkon možný – je to zdravotní služba plně hrazená zdravotní pojišťovnou. Sestry poskytují ošetrovatelskou péči v tom rozsahu, v jaké poskytují tuto péči sestry v nemocnici. Ošetrovatelská péče se může kombinovat s péčí pečovatelskou, kterou zajišťuje pečovatelská služba; oba typy péče se vhodně doplňují. U pacientů s demencí, kteří jsou v domácí péči (většinou se jedná o pacienty v počátečním, či mírně rozvinutém stadiu nemoci), zajišťuje tato ošetrovatelská péče podávání léků, kontrolu pulsu a zajištění fyzického pohodlí. Ošetrovatelky a pečovatelky zvláště dbají na to, aby se u těchto pacientů vystřídal takovým způsobem, aby pacient nezůstal sám, převažujícím typem péče je péče ošetrovatelská. [2]

## **2.2 Specializovaná ambulance**

Ambulance pro poruchy paměti je diagnostické pracoviště fungující při nemoci, kam přichází pacient nebo jeho rodina, kteří se domnívají, že se u jejich blízkého člověka objevila porucha paměti. Takové pracoviště jde např. najít ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze. V rámci diagnostického procesu zde spolupracuje psychiatr, psycholog, neurolog a internista. Většina diagnóz je mírná kognitivní porucha či deprese, demence včetně Alzheimerovy choroby se objevují až na třetím místě. Po určení pozitivní diagnózy demence jsou pacientům nasazeny příslušné preparáty, které mají zajistit, aby nemocný setrval co nejdéle za daných okolností doma, v domácí péči. Velký důraz je tu kladen na pečující osobu jako osobu nejbližší nemocnému člověku – pro pečující jsou několikrát do roka pořádány programové víkendy, lékař si všímá také jejich pocitů a nálad. Pozornost je věnována i sociálnímu prostředí, ze kterého pacient do ambulance přichází.

## **2.3 Respitní péče-odlehčovací služba**

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 44 nabízí rodinným pečovatelům odlehčovací službu. Je to osobní služba poskytovaná tam, kde člen rodiny celodenně pečuje o člověka, jehož schopnost sebeobsluhy, orientace v čase a prostoru

jsou omezeny v důsledku stáří, demence. Cílem služby je poskytnout pečovateli čas k odpočinku, dovolené, regeneraci sil, uzdravení. Na druhé straně respitní péče rozšiřuje seniorům s demencí sociální kontakty a předchází sociální izolaci. Služba je prevencí dlouhodobých pobytových služeb. Forma služby může být návštěvní, ambulantní, terénní. Obsahem nabídky služby je např. pomoc se sebeobsluhou, kontakt s vnějším prostředím, pomoc při pobytu, ošetrovatelská péče, pomoc při zajištění chodu domácnosti. Repitní péče může také nabízet možnost úlevové péče formou krátkodobého pobytu na pečovatelsko-ošetrovatelském lůžku. Jestliže zdravotní stav seniora či zdravotně postiženého není indikován pro hospitalizaci, a přesto jsou dány důvody, pro které nemůže být po přechodnou dobu ve svém domově, může se stát uživatelem tohoto typu služeb. Při přijímání zájemců na pečovatelsko-ošetrovatelské lůžko se vychází z obecně závazných předpisů platných pro ústavy sociální péče. Každý zájemce o pobyt je přijímán na podkladě žádosti, kterou je třeba pečlivě vyplnit a včas doručit. Součástí žádosti je vyjádření ošetřujícího lékaře objasňující zdravotní stav žadatele. Na základě údajů vyplývajících z doručených žádostí je rozhodnuto o přijetí či nepřijetí žadatelů na respitní pobyt v konkrétním středisku. Délka pobytu se řídí potřebami uživatele a možnostmi střediska a je limitována maximální dobou tří měsíců. Pobyt v takovém zařízení by měl nabídnout odpočinek, rekonvalescenci po návratu z nemocnice a celkově směřovat k posílení duševních i fyzických schopností. [9]

Poskytovaná péče se skládá převážně ze:

- pomoci při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoci při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- pomoci při přípravě stravy přiměřené době poskytování služby
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

## **2.4 Denní stacionář**

Denní stacionáře jsou ambulantní službou, kterou pravidelně navštěvují osoby se sníženou soběstačností. V průběhu dne je zde zabezpečována komplexní péče

s ohledem na potřeby uživatelů a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti.

Služba podle Zákona o sociálních službách č.108/2006 obsahuje tyto základní činnosti:

- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Denní centrum poskytuje péči v průběhu dne, lidé s demencí sem docházejí nebo jsou přiváženi ze svého domova. Provoz denních center je zajištěn zpravidla ve všední dny, o víkendech zůstávají klienti denního centra v péči rodiny. Denní centrum pro lidi s demencí je určeno primárně klientům s diagnózou demence, kteří mají zázemí v rodině či v zařízení sociální péče, jejich stav je stabilizovaný a nevyžadují nepřetržitou ošetrovatelskou péči či hospitalizaci v nemocnici a potřeba péče a dohledu se jeví v denním centru jako optimální. Obsahem celodenní péče mohou být různé aktivity denního života, podpora v soběstačnosti a zapojování do různých terapeutických metod (např. procházky, ergoterapie, trénink paměti, reminiscenční terapie, skupinové cvičení...). Součástí náplně režimu dne by měl být přiměřený pohybový režim, fyzioterapie, komunikace s klienty, rozvíjení vztahu a společenského života. Pečovatelé by měli soustavně hodnotit a sledovat psychický stav klienta, sestavovat individuální plán a naplňovat jeho cíle. Práce s rodinou je další velmi důležitá složka náplně sociální práce pracovníka v sociálních službách. [9]

## **2.5 Týdenní stacionář**

Týdenní stacionáře jsou pobytovou službou pro osoby se sníženou soběstačností, které potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Pobyt je zabezpečován obvykle po dobu pracovních dnů. Služba nabízí komplexní péči a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Tato služba je určena především těm lidem, kterým z objektivních důvodů již nelze zabezpečit pomoc v jejich přirozeném sociálním prostředí - vlastní rodině.

## **2.6 Domov pro seniory**

Domovy pro seniory jsou pobytovou službou s celoročním provozem, které zabezpečují seniorům se sníženou soběstačností vyžadujícím pravidelnou pomoc komplexní péči a současně nabízí aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Tato služba je určena především těm seniorům, kterým z objektivních důvodů již nelze zabezpečit pomoc v jejich přirozeném sociálním prostředí.

Podle Zákona o sociálních službách č.108/2006 služba zahrnuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

## **2.7 Domov se zvláštním režimem**

Domovy se zvláštním režimem jsou pobytovou službou s celoročním provozem s obdobnou nabídkou jako domovy pro osoby se zdravotním postižením či seniory. Jejich služby jsou však uzpůsobeny zvláštním potřebám osob, které trpí duševní nemocí, jsou závislé na návykových látkách nebo trpí některým typem demence. Provoz této služby může být součástí domova pro seniory či domova pro osoby se zdravotním postižením. Pro tyto seniory je typické, že trpí určitou formou demence, mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a potřebují pravidelnou pomoc a péči jiné



fyzické osoby. Snížená soběstačnost např. znamená potíže orientovat se v prostředí, v němž žijí a jsou imobilní či schopni jak samostatného pohybu, tak s pomocí kompenzačních pomůcek (francouzských holí, chodítek atd.) pod dohledem odborného personálu, inkontinence.

Domov pro seniory se speciálním oddělením patří mezi zařízení sociálních služeb. Denní program na oddělení pro osoby s demencí se odvíjí podle aktuálního stavu pacientů, domov zajišťuje sociální a zdravotní péči. Poskytované služby by měly být odborné, zajištěné kvalifikovaným personálem a nabízet víc, než jenom zajištění zdravotní péče, ale hlavně podporovat hodnotný život těchto klientů. V objektech s větší kapacitou lůžek by měl víceméně každý týden ordinovat praktický lékař a tým odborně vyškolených zdravotních sester a ošetřovatelek. Sociální pracovníce by měla poskytovat pomoc při řešení problémových situací klientů, pomoc při jednání s úřady apod. Je v kontaktu s klientem a jeho příbuznými již před jeho nástupem i během pobytu v domově pro seniory. Zaměstnanci domova se starají také o příjemné a smysluplné využití volného času seniorů, probíhají různé kulturní akce, hudební odpoledne, vystoupení dětí, soutěže, besedy a další aktivizační metody. [2]

## **2.7 Současný stav péče o seniory trpící demencí**

V oblasti vyspělosti techniky a postupů jsou české zdravotnictví, medicína a péče dnes již srovnatelné se zahraničím. Velký význam mají nestátní zařízení – církevní organizace a občanská sdružení. Instituce pečující o seniory nabízejí buď sociální, nebo zdravotní péči, případně jejich kombinaci. Jejich pracovníky vede k zakládání těchto organizací znalost problematiky a stále nedostatečná specializace péče o lidi s demencí u nás ze strany státních zařízení. V konkurenci státních nebo krajských zařízení musejí neustále dokazovat svoji kompetenci a kvality, obtížněji také získávají finanční prostředky na svoji činnost. Proto jsou také více závislé na sponzorech a příspěvcích dobrovolných dárců. Celkový stav a úroveň zabezpečené institucionální péče úzce souvisí s obecnou situací v českém zdravotnictví.

Specializovaná zařízení a oddělení nabízejí svým klientům denní program zahrnující terapeutické relaxační techniky, manuální činnost nebo předčítání; to pro pacienty v lehčí fázi nemoci. Pacienti v pokročilejší fázi nemoci již nejsou schopni smysluplné činnosti, zde je primární zabezpečit jejich fyzický komfort a bezpečnost. Zařízení nejenom že seniorům a jejich rodinám nabízejí více možností péče, ale mění se i jejich přístup: výjimkou dnes již nejsou tzv. pobyty na zkoušku, kdy si senior na

několik dní může vyzkoušet pobyt v konkrétním zařízení, a teprve pak se rozhodnout, zda v něm chce zůstat. Také jeho rodina si takto může ověřit, zda je zařízení pro jejich blízkého vhodné, a zda je schopen takovou změnu zvládnout.

Specializovaná péče je pozitivně vnímána nejen nemocným, ale také jeho blízkými a příbuznými. Je-li pacient v kolektivu lidí postižených stejnou nemocí, je-li jim věnována odpovídající péče, je to vnímáno jednoznačně pozitivně. Zvláštní oddělení, ačkoli jsou většinou uzavřená, si kladou za cíl zajištění bezpečí klientů, ale nikoli na úkor jejich svobody a lidské důstojnosti. Důraz je kladen především na sociální péči. Zařízení spolupracují s externími odborníky, kteří poskytují telefonické konzultace, pravidelné osobní konzultace a v případě nutnosti poskytují pomoc i mimo své pravidelné ordinační dny v zařízení. Pečovatelé si na nejrůznější úrovni (v rámci různých pracovišť jedné organizace, nebo na mezioborové úrovni) vyměňují zkušenosti s ostatními zařízeními, účastní se tematických seminářů a odborných školení. Nutnost vzájemné spolupráce je podle dotázaných pečujících nezbytná; v dnešní době však stále dostatečně nefunguje provázanost mezi nejrůznějšími typy a úrovněmi péče poskytované nejen pacientům s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demence, ale seniorům obecně. Přesto pozitivně hodnotí změny uplynulých let, a to možnosti výběru typu a způsobu péče podle potřeb klienta. Otázkou zůstává, zda jsou všechny možnosti pacienty dostatečně využívány a zda si je klienti mohou dovolit, protože ne všechny nabízené služby jsou financovány z prostředků veřejného zdravotního pojištění; ale velice důležitá je samotná možnost výběru. Jednoznačně pozitivním vývojem je strategie zařízení, která již dnes specializovanou péči poskytují: na základě svých dosavadních zkušeností a praxe plánují a pracují na rozšíření a prohloubení své péče.

Oproti minulým letům se v oblasti pečovatelských služeb změnilo mnohé; zdravotnictví je v této oblasti na úrovni téměř srovnatelné se zahraničím. Pečovatelská služba zde byla po revoluci ve velmi špatném stavu, s minimální funkčností, protože lidé s jakýmkoli handicapem – nejenom s demencí – byli zavíráni za zdi ústavů a izolováni od ostatní společnosti. Dnes pečovatelky zaznamenávají stoupající trend volby domácí péče, začlenění nemocných členů do fungování rodiny a jejich ponechání v rodinném kruhu tak dlouho, dokud to jejich nemoc a možnosti rodiny dovolují. Také díky informacím, které jsou o této chorobě k dispozici, došlo k určitému pokroku, veřejnost o ní ví a ví také, jak by se asi měla k nemocným chovat, takže i přístup k nemocným obecně se změnil k lepšímu. Velkou pozitivní změnou v porovnání s minulými lety je to, že odborná, a zčásti už i laická veřejnost si nutnost existence

speciálních oddělení při domovech důchodců určených právě těmto nemocným uvědomuje. Uvědomuje si, že tito senioři potřebují své speciální prostředí, péči a přístup, a díky tomu mohou i s tou nemocí žít zaslouženě plněji a spokojeněji.

Dalším pozitivním přínosem uplynulých let je léčba novou generací farmak, která jsou schopna postup nemoci zpomalit a tím výrazně zkvalitnit život nemocného. Lidé jsou i ochotni si na tyto léky připlácet, protože při jejich užívání jsou změny opravdu znatelné; v minulosti byli tito pacienti pouze utlumováni na psychiatrických lůžkách a byla jim věnována pouze základní ošetrovatelská péče. Dnes jsou lékaři právě díky novým lékům schopni život těchto pacientů prodloužit, a to rozhodně nikoli za cenu pouhého přežívání, ale zachovávají kvalitu jejich života v co možná nezměněné míře. Přesto si část veřejnosti, většinou z řad pečujících myslí, že společnost si existence této nemoci není stále dostatečně vědoma, a také díky tomu se specializovaná zařízení budují s mnohem větším zpožděním, než by bylo třeba. Důkazem této situace jsou stále plné pořadníky zájemců o péči v zařízeních určených seniorům trpícím některým typem demence.

Ve věkové skupině mezi 80 a 85 lety je víc než deset procent populace postiženo některou formou demence a jedná o velmi závažný společenský problém. S řešením problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění má pomoci tzv. **Plán Alzheimer**. Hlavním impulzem pro přípravu návrhu koncepce, která by pomohla řešit problematiku Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v České republice, se stalo doporučení Rady vlády pro seniory a stárnutí populace. V doporučení se mj. uvádí, že zatímco v 19. století byla největší hrozbou infekční onemocnění, ve 20. století onemocnění onkologická a kardiovaskulární, 21. století se stane stoletím degenerativních onemocnění, zejména neurodegenerace. Výskyt těchto onemocnění, včetně demence, bude významně a rychle narůstat se stárnutím populace. V současné době se odhaduje, že ve 27 členských zemích Evropské unie žije asi 7,3 milionu lidí s demencí. Tento počet se do roku 2040 zdvojnásobí. Plán Alzheimer by měl zejména analyzovat současnou situaci lidí s demencí a jejich rodinných příslušníků, potřeby a jejich zajištění, včetně dostupnosti a kvality zdravotnických a sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu. Plán bude obsahovat opatření v oblasti poskytování zdravotní péče (podpora zdravotních služeb a zdravotnických profesionálů poskytujících tyto služby, určení včasných diagnostických a léčebných postupů), sociálních služeb, vzdělávání (profesionálů, veřejnosti, seniorů, pečujících osob) a výzkumu (jak základního výzkumu možných mechanismů onemocnění, tak aplikovaného výzkumu zdravotnického,

sociálního, etického atd. a také translačního výzkumu implementace změn v péči, službách a organizačních opatřeních). Připravovaná koncepce by měla řešit i faktickou dostupnost služeb pro tyto klienty. Řešení by mělo spočívat v rozšíření ambulantních a terénních služeb na úrovni statutárních měst a obcí s rozšířenou působností v rámci komunitních center, kam patří respitní péče, denní a týdenní stacionáře, osobní asistence či pečovatelská služba. Ústavní péče by měla být přizpůsobena potřebám lidí s demencí z hlediska technického a personálního vybavení i zaškolení personálu v aplikaci moderních metod a přístupů. Součástí plánu by měla být i opatření směřující k systematické podpoře rodinných pečujících a péče v domácím prostředí. Většina péče o klienty se odehrává právě v rodinném prostředí, je proto důležité finančně i jinak (službami) podporovat pečující rodinné příslušníky. Péče o lidi s demencí má často za důsledek depresi. Podle evropské studie až 78 % pečujících životních partnerů a 47 % pečujících dospělých dětí trpí nebo trpělo depresí. Právě rozšíření respitní péče formou terénní nebo ambulantní péče by měla rodinným pečujícím výrazně ulehčit a dát jim možnost odpočinku nebo návratu na trh práce. [11]

## **3 Komunikace s lidmi trpícími demencí**

### **3.1 Specifika komunikace s lidmi trpící demencí**

Za základní zásady komunikace a jednání s osobou se syndromem demence se považují následující pravidla:

- Nespoléhejte na to, že Vás pacient poznává.
- K osobě se syndromem demence přistupujte vždy otevřeně, přátelsky a laskavě.
- Pamatujte, že člověk s demencí je stále schopen rozumět řeči Vašeho těla, Vaší náladě a upřímnosti.
- To, co říkáte, podporujte vhodnými gesty a výrazem
- Zjistěte si údaje o životě osoby se syndromem demence (zálibách, profesi).
- Poznejte a využijte všech jeho zbývajících dovedností.
- Užívejte krátké, jednoduché věty zaměřené na jedno téma.
- Mluvte klidně, nižším tónem hlasu.
- Pokuste se vyloučit z prostředí rušivé prvky.
- Jestliže uživatel reaguje negativně nebo s nervozitou, vyhněte se domlouvám.
- Vyhněte se otázkám a příkazům, které nabízejí více možností volby nebo vyžadují více kroků.
- Používejte hojně nonverbální (fyzické) vyjadřovací prostředky, např. jemný dotyk, držení za ruku po vyjádřeném souhlasu vstupu do jeho osobního prostoru.
- Zdravý člověk, odborně připravený pracovník v sociálních službách, se může snažit pochopit jednání osoby se syndromem demence, naopak to však neočekávejte. [13]

### 3.2 Komunikační kanály, navázání kontaktu

**Komunikace** je každá poznatelná, vědomá nebo nevědomá, cílová nebo necílová změna chování, kterou člověk úmyslně nebo neúmyslně ovlivňuje jiné lidi.

#### **Komunikační schopnost:**

- dána schopností přizpůsobit vyjadřování, dikci, zjištěným okolnostem specifické situace – a to tak, aby korespondovalo s očekáváním předpokládaného příjemce sdělení.
- musí umět formulovat, užívat správné kanály, výrazivo v určité situaci vůči určitému člověku

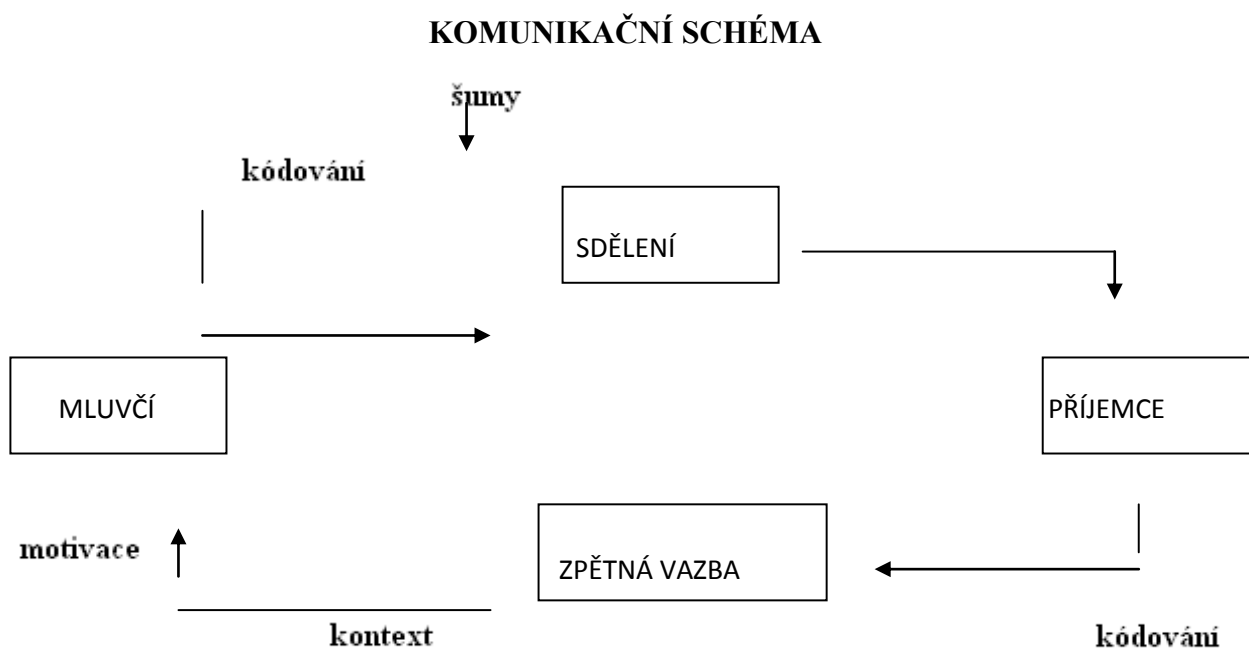
#### **Zdravá komunikace** může předpokládat:

- 1) Bezprostřednost reakce (neodkládání odpovědi)
- 2) Kognitivní přizpůsobování (ochota přizpůsobit se mentálním schopnostem toho druhého )
- 3) Zájem o druhého (nepředstíraný)
- 4) Reciprocita (vyváženost, aby i ten druhý dostal prostor pro vyjádření)
- 5) Humor (nadhled na věc, zlehčovat věci, ale všichni musí vědět, jak je to míněno)
- 6) Tříkrát ne (ne: nadbytek požadavků, ne: příliš kritiky, ne: vyjadřovat zklamání)
- 7) Podpora vývoje a flexibility (motivace, povzbuzení)
- 8) Konzistence interakcí (na stejné podněty stejná reakce, když ho někdo potěší – usměje se, víme, co asi udělá v určitých situacích – můžeme se na tu reakci připravit)
- 9) Uvolnění (komunikace jim přinese relaxaci, lidé se potřebují dostat do kontaktu s osobami, se kterými se cítí dobře, pocit, že je někdo vnímá a on jim rozumí).

[14]

Klasické komunikační schéma je uvedeno na následujícím obrázku 2:

Obrázek 2:Komunikační schéma



Zdroj:[14]

**sdělení** – snaha o pochopení-má svoji:

- Formu – člověk neříká jen něco, ale také nějakým určitým způsobem
  - konotativní (stránka)- sdělení mezi řádky, které lze rozpoznat, pokud známe okolnosti sdělení a její zkušenosti
  - denotativní (str.)- je ta kterou můžeme nějak ověřit fakta
- Obsah.

**Kontext je myšlen:**

- fyzický (čas, prostor)
- sociální (sociální role)
- kulturní
- psychologický (melancholik, zkušenosti, emoce).[14]

### 3.3 Poruchy paměti u lidí s demencí

Při demenci si osoba s kognitivní poruchou neuvědomuje, že něco zapoměla, nepoznává, že ztratila paměť. Zpočátku ztráta paměti ovlivňuje vzpomínky časově nepříliš vzdálené, postižený si nevybaví událost, ke které došlo před chvílí.

Ztráta paměti se projevuje jako:

- a) **Potíže se získáváním nových znalostí.** (Neschopnost získat nové znalosti znesnadňuje postiženému nabytí nových dovedností a změnit staré zvyky, poučit se ze zkušenosti a přizpůsobit se novým okolnostem).
- b) **Špatná orientace v prostoru, čase a lidech.** (Nemocný nedokáže uchovat v paměti orientační informace).
- c) **Opakující se dotazy.** (Osoba se ztrátou krátkodobé paměti udržuje téma v pracovní paměti, až je v určitém okamžiku z nějakého důvodu opustí. Pomoc pro ni představuje to, že otázku opakuje).
- d) **Paranoické tvoření představ, konfabulace.** (Osoba používá znalosti z dřívější doby, vznikají tím situace, kdy nemluví pravdu, vymýšlí si a obviňuje ostatní z bizarních nesmyslných činů).
- e) **Úzkostlivost a nedostatek vhledu.** (Pocity úzkosti často provázejí ztrátu paměti, např. Nemocný neví, jak se dostal na nějaké místo, jak se vůbec dostane domů). [5]

Jako příklady nejobvyklejších vzorců chování spojených s problémy pozornosti lze uvést:

- Neschopnost začít nebo ukončit úkol nebo akci (inerce – netečnost x perseverace – lpění).
- Fixace na jeden nepodstatný aspekt úkolu, přičemž na úkol jako celek osoba zapomene (např. při oblékání kalhot se soustředí na zapínání a přitom úplně zapomene na oblékání).
- Neschopnost vzdorovat rušivým podnětům.
- Snížená schopnost reagovat.
- Zmatená reakce. [5]



U osob s poruchou kognitivních funkcí musíme určit, zda je schopna formulovat myšlenku (expresivní jazyk) nebo jí uniká smysl slov a složitých vět (receptivní jazyk). Osoba, která má problém s expresivním jazykem, hledá slova, a aby přesně vyjádřila myšlenku, může použít rozsáhlý popis – opis nebo marně hledá výraz a skončí třeba slovem „tentononc“, čemu se říká anómie. Může taky nahradit slovo podobně znějící nebo slovo ze stejné kategorie, tomu se říká parafázie.

#### **Důsledky poruchy osoby s kognitivní poruchou:**

- a) v důsledku nerealistického odhadu odmítá pomoc,
- b) trvá na svých starých vzorcích chování,
- c) nepřijme důkaz o snížení svých schopností,
- d) ztrácí schopnost chovat se podle společenských konvencí, ztrácí zábrany,
- e) nedokáže předvídat důsledky,
- f) nedokáže si udělat představu o nepřítomných objektech nebo okolnostech,
- g) má tendenci brát věci doslovně. [5]

#### **Poruchy ve vnímání mohou představovat tyto problémy:**

1. Neúspěch při rozeznávání známých předmětů (agnózie) nebo tváře lidí (aprebignosis).
2. Ztráta schopnosti rozlišovat předmět a pozadí (např. bílé talíře na bílém ubrusu).
3. Sklony ke klamným představám, k prožívání bludů (např. lupič v okně – stín záclony).
4. Ztráta schopnosti odhadnout vzdálenost a hloubku (např. lesklé dlaždičky mohou vyvolat představu vlhké podlahy, osoba pokládá předmět před nebo vedle stolu, neoznačený schod).
5. Ztráta schopnosti vnímat směr a relativní polohu předmětů vůči sobě navzájem (nerozlišování pravé a levé strany, přední a zadní polohy, např. ztrácí správnou cestu ve známém prostředí, neprostře stůl).

Nervová soustava člověka si během života vytvořila miliony pohybových vzorců, které podle potřeby automaticky využívá. Problémy mohou nastat u úkolu, který se skládá z více kroků. Osoba může ztratit přístup k automatickému vzorci a není schopna činnost začít nebo se zadrhne v půli úkolu. Důležité je vést nemocného prostřednictvím konkrétních úkolů, třeba i několikrát od začátku pokud kdykoli ztratí kontakt s automatickým vzorcem (melodie písně). [7]

### 3.4 Zásady pro komunikaci s lidmi s demencí

Základem vztahu je naprostá a bezpodmínečná úcta k pacientovi, láska k němu a úsilí přijmout tuto osobu i s její chorobou. Tato citově zaměřená úcta se musí neustále obnovovat dokonce i v krizových situacích a není samozřejmá. Přijetí pacienta a jeho situace rovněž znamená stanovení hranic, převzetí odpovědnosti a vedení, poskytování orientace. Avšak na jednání pacienta je nezbytné reagovat dospěle a nezahanbovat ho. Bez empatie neproniknete do vnitřního rámce vnímání a chování pacienta, ani nepochopíte jeho emoce a pocity. Pokud snaha porozumět opadne, je riziko, že lidé s demencí se stanou objektem péče a zmizí tak jejich osobnost. I zde však existují hranice: není možné porozumět všemu a pro každé neobvyklé chování prostě neexistuje příhodné teoretické vysvětlení. Musíme se naučit přijmout věci, které nelze pochopit.

Je potřeba být naprosto upřímný, za předpokladu, že to neublíží pacientovi nebo ho to nějak nezraní. Předstírání větší než skutečně vnímané úcty podřívá vztahy. Někdo reaguje falešně pomocí zdání přátelskosti, dvojznačnosti, umělého hraní nějaké role, emocionálně povrchních setkání. Lidé s demencí toto ovšem vnímají a odmítají nebo se stahují – pečovat o lidi s demencí znamená dát jim k dispozici celou Vaší schopnost náklonnosti. Je důležité chápat vnitřní svět osob, které přijímají péči, předvídat jejich plány, dodávat jim a umožňovat opakovaně prožívat pocit malých úspěchů. Jedněte jako tenisový trenér, který žákovi přihraje míček tak, aby jej mohl zahrát zpátky.

Vytvořte spolehlivou denní rutinu s malými rituály (od umývání rukou, pronesení modlitby, přípravy jídla, uklízení a zpívání až po malý taneček před uložením ke spánku). V rámci této rutiny se snažte o aktivní účast pacienta, aniž byste po něm vyžadovali příliš málo či příliš mnoho. Pokud je to možné, je potřeba využívat stávajících schopností, protože na jejich používání je založena sebeúcta. Diskrétně navažte na dřívější zvyky, využijte vzpomínky, dejte pacientovi věci, které představují části jeho života a které může držet. Pamatujte si, že cílem snažení je vždy pocit, nikoli výsledek. Když se pacient cítí dobře, udržuje si pocit, že někým je. S postupem choroby se středem zájmu do velké míry stane tělo. Fyzická blízkost, dotyky rukou, gesta a oční kontakt, pevné stisknutí druhého člověka vlastním tělem a projevování svých pocitů vytváří hřejivý pocit bezpečí, blízkosti a útěchy. Pokuste se sdílet vzájemný klid: umožněte neobvyklé chování, omezte své odmítání „podivného“ chování a dávejte pozor, aby se váš pacient sám nějak neohrozil. Braňte se popudům zasahovat a občas se sami sebe ptejte, jaký má určitý konkrétní typ chování smysl a co za ním stojí. [15]

## 4 Formy komunikace

### 4.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je schopnost každého společenství lidí dorozumívat se navzájem určitým jazykem – řečí. Vyjadřováním myšlenek artikulovanou řečí je mluvení. Rozlišit můžeme řeč mluvenou a psanou.

Za základní **funkce komunikace** se považuje:

- potřeba **získávat nebo poskytovat informace, instruovat**
- potřeba **kognitivní** – formulovat sebe, vyjádřit se, vtáhnout do svého světa, každý člověk potřebuje vyjádřit svoje myšlenky
- funkce **přesvědčovací**
- potřeba **sebepotvrzení** - nalézt a potvrdit si svoji osobní identitu, zpevňovat, upřesňovat vlastní sebeobran, dosáhnout potvrzení svého sebepojetí, potřeba přiznání a uznání lidství
- potřeba **adaptační** – potvrzení, že plním své role dobře
- potřeba **mít převahu** – touha získat uznání a respekt
- potřeba **sdrůžovat se** – prostředkem vzájemné pozornosti, potřeba strukturovat a fázovat čas
- potřeba **zábavy**[14]

Za základní **formy verbální komunikace** považujeme:

**rozhovor** – běžná verbální komunikace bez cílů, nemá velkou váhu, během rozhovoru si lidé vyměňují role: mluvčího a naslouchajícího. Obě jsou důležité, v obou musí být člověk připraven k aktivitě.

**dialog** – splňuje následující vlastnosti:

- vyšší kvalita verbální komunikace
- nejde o kvantitu
- nemusí být komunikace jen dvou lidí
- má zcela určitý společný cíl, ke kterému účastníci směřují
- může dojít k obohacení informací - tzv. synergickému efektu (výsledek práce je kvalitativně i kvantitativně vyšší než by byl součet jednotlivých výkonů) – lidé se vzájemně inspirují, zúčastnění lidé se povzbuzují a pomáhají si
- má určité předpoklady:

- **odvaha „otevřít se“** – dát do hry nejen své vědomosti, své rozumové schopnosti, ale celé své nitro. Odhalovat nejen svou sílu, ale i svou slabost, i své pochybnosti (strach o nápad, neenergičnost, pasivita, nedůvěra)
- **ochota dát veškeré své vědomí k dispozici tomu druhému, ať jde o přítele nebo soupeře**
- **konkrétní, adresný zájem především o partnera** dialogu – mít zájem o člověka bez ohledu na věc
- **osobní angažovanost** – nechýtračit a vzít na sebe i těžký úkol
- **nepoužití prostředků zápasu** – diskutují-li z pozic moci, nejde o dialog. Stačí jen nepatrné zakoketování s těmito pozicemi a dialog je znemožněn. [14]

**Co nám nejčastěji brání v pozorném naslouchání:**

- nedostatek trpělivosti
- potíže se soustředěním
- nesprávná očekávání – víme, co bude řečeno, neposloucháme
- nezájem o téma – i o mluvčího
- nezájem o druhé lidi, zahleděnost do sebe
- nepřátelství k mluvčímu – emocionální bariéry – nebo pozitivní emoce (zamilování)
- lenost
- únava, rezignace na složitě ...
- strach pasivní role- posluchač chce být aktivní
- strach ze sugestivní moci slova – strach z ovlivňování, víme, že neumíme říct NE
- obava z psychického napadení, úrazu – i nezáměrné slovní napadení, nezobecňovat
- strach z nepřijatelných novinek – spojeno s termínem kognitivní disonance – člověk přijímá nové informace a musí je umístit mezi staré, někdy bez problémů, někdy vůbec nezapadá, je protikladné
- neznámé komunikační techniky
- naslouchací zlovyky

- naše myšlenky předbíhají mluvčího (začínáme si připravovat argumenty, dokonce protiútok, neudržíme také pod kontrolou své emoce)
- domníváme se, že víme, co bude řečeno (uděláme si představu o obsahu řeči – jsme ovlivněny předsudky)
- místo naslouchání se někdy jen díváme (př. zahledíme se na něco jiného)
- jindy se díváme naopak málo (nevnímáme neverbálně sdělované zprávy)
- myslíme na něco jiného
- nepřemýšlíme o tom, zda jsme sdělení opravdu správně porozuměli. [14]

### **Pravidla pro efektivnější naslouchání:**

- **Zmlkněte** - nechat mluvit ty druhé – když mluvíme my, nic nového se nedozvíme
- **Uklidňujte toho, kdo hovoří. Empatie** – dávat mu pocit jistoty a klidu (empatie), pocit, že může mluvit volně – dávejte najevo, že pocity druhého akceptujete
- **Dejte najevo, že chcete naslouchat** (zájem naslouchat) – poskytněte jednoduchou ozvěnu a nabídněte shrnutí sdělovaných myšlenek.
  - Ozvěna – pouze přitakáváme, pokyvujeme, mluvčí dostává informaci, že ho posloucháme
  - Odezva – snažíme se druhému v rozhovoru poskytnout jeho myšlenku našimi slovy, mluvčí dostává informaci, že ho vnímáme a rozumíme mu
  - Shrnutí – když se řeší něco důležitého, shrnutí na konci, povzbuzuje mluvčího
- **Povzbuzujte mluvčího** – klad'te mu otázky, využívejte ticha, dívejte se (podle situace – někdy společná chvílka mlčení vyřeší problém).

### **Pro optimální verbální komunikaci:**

- Naučte se efektivně naslouchat
- Mluvte klidně, jasně, srozumitelně, stručně
- Vytvářejte příznivé ovzduší, povznášejte a neponižujte sebe ani druhé[14]

## 4.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je komunikace beze slov, komunikovat lze také našimi skutky, činy. Lze použít výraz obličeje, pohledy očí, pohyby, gesta, prostorové chování, pozice těla, doteky, neverbální složky, úprava zevnějšku.

**Neverbální komunikace je:**

- Stejně důležitá jako verbální, většinou komunikujeme oběma způsoby, je třeba se jí věnovat, kultivovat ji
- V něčem se shoduje univerzálně v celém světě – některé mimické výrazy radosti, smutku
- Velmi úzce se pojí s kulturou a velmi se liší, nepočítat s tím, že lidé z jiných kultur komunikují stejně.[14]

Mezi základní **typy neverbální komunikace** patří:

### 1. sdělování a komunikace s využitím prostoru:

Určitou vzdálenost od druhých vnímáme jako příjemnou, jinou jako obtěžující.

V horizontálním směru si vyhodnocujeme **zóny**:

- **intimní** - kolem 0,3 - 0,5 m od těla – velikost závislá na několika okolnostech – temperament (extroverti chtějí mít odstup menší, introverti větší) a kultura (muži v Arábii – 20 cm, USA 40, Evropa 60, Asie 80 – 100 cm). Tato zóna je ta nejchráněnější, do tohoto prostoru mohou malé děti a blízké osoby, u jiných osob pocítíme nervozitu, její velikost je také dána věkem a zdravotním stavem.
- **osobní** - kolem 0,5 – 1,2 m – na tuto vzdálenost je možno podat druhému ruku a kontrolovat jeho chování pohledem. Velikost je závislá na temperamentu a kultuře. Jedná se o prostor, kde je třeba mít k druhým respekt.
- **sociální** -kolem 1,2 – 3 m, je to vzdálenost, kterou se snažíme zaujmout při komunikaci s nějakou skupinou.
- **veřejná** - vzdálenost 3 m a více je vzdálenost od posluchačů, pokud jich je opravdu hodně , pomáhá k posílení pocitu klidu mluvčího.

Ve vertikálním směru je důležité převýšení – čím vyšší, tím více imponuje a působí přesvědčivěji.

## 2. fyzické postoje a polohové konfigurace

### Stání

- Držet si rovnou páteř – vypadáme sebevědoměji
- Ruce za zády – nejsou optimální, nevíme, co člověk s dlaněmi dělá
- Ruce spojené před tělem – je omezená gestikulace
- Nějaký předmět v ruce (tužka, kartička) – držíme, zagestikulujeme, zase se k předmětu vrátíme
- Ruce spjaté před hrudí – vytváří dobrou gestikulaci
- Spustit ruce podél těla – občas podél těla, něco naznačíme, opět spustíme

### Sezení

- Ruce v klíně – nesebevědomé
- Opřít lokty o opěradlo – sebejisté
- Náklon ke dveřím – chceme utéct z místnosti
- Čelem k druhému – chci komunikovat
- Vystrčené lokty – agresivní

Polohová a pohybová kongruence (shoda) = jev, který nastává, když si lidé notují, souhlasí, podobným způsobem se pohybují, mají stejná gesta (podloženou hlavu, nohu přes nohu) – naznačuje, že jsou ve shodě, podle toho se dá odhadnout, jestli jsou naši podřízení v opozici.

## 3. Pohyb

- Nepobíhat (pohybovat se rozvázně a klidně) – nejisté, nedělá dobrý dojem, působí chaoticky, přenáší se na druhé – budou se cítit nepříjemné, př. u státnic mohou být učitelé přísnější

## 4. Gesta

- Gestikulovat lze jakoukoli částí těla (nejčastěji si všímáme hlavy, rukou, nohou)
- Typy gest
  - Symboly = gesta, která mají svůj význam (jsou přeložitelná), v různých krajích světa se mohou gesta vykládat jinak, mohou být pro lidi vzájemně nesrozumitelné

- Ilustrátory = gesta, která svůj vlastní význam nemají, ale v souvislosti s řečí se významy spojují, pomáhají posluchačům porozumět.
- Regulátory = gesta, kterými se snažíme regulovat průběh komunikace
  - a) svoji vlastní komunikaci – pomáhá se nám to vyjádřit
  - b) snažíme se regulovat komunikaci mezi zúčastněnými lidmi – (zúčastněný mluví dlouho, nechce přestat slovo, naznačuje rukou)
- Adaptéry – pomáhají adaptovat se na nějaký adaptační stav – zvládnutí stavu, pracovní členění:

**bariérová gesta** – máme touhu se distancovat od vnějšku (založení rukou, překřížené nohy, stříšky z prstů, propletené prsty)

**autokontakty** – člověk se snaží dotýkat sám sebe, plyne z dětství – dotyk = pocit bezpečí, chceme cítit alespoň svoje vlastní teplo

**gesta, která prozrazují napětí** – kousání tužky, kreslení obrázků, okusování brýlí, hra s drobnými předměty, podupávání, kroucení vlasů – nemají žádný smysl, jen člověka uklidňují

**související s obličejem** – asociují přemýšlení – prst u spánku, prst před ústy (souvisí s námitkou), prst před nosem (příprava záludnosti), ruka na týlu (zvedneme ruku – př. s něčím nesouhlasíme, z rozpaků nebo překvapení ji stáhneme – na týl)

**lež** – lidé jsou natolik zdatní v komunikačních dovednostech, že se nedá spolehlivě rozpoznat, znají způsoby jak se dívat, usmívat, naklánět a vypadají důvěryhodně. Někteří lidé jsou psychopati, a těm nedělá problém někoho obelhat, necítí se jako zločinci – u lhaní neprožívá nic nepříjemného – proto u něj nelze rozpoznat signály. Lidé často sebe přesvědčí, že to, v čem chtějí lhát je pravda – přesvědčíme sami sebe, že je to pravda, aby na nás nikdo nic nepoznal. Musíme si všimnout lidských činů, pokud možno dlouhodobě. V soudních síních jsou i lidé nevinní – prožívají tu situaci tak nepříjemně, že se začnou chovat tak, jako by byli vinní, jako viníci.

## 5. Mimika a pohledy očí

- Úsměv – jsou různé intenzity od prostého po plný úsměv. Úsměv musí být přirozený situaci. Lidé předstírají uměle úsměv se nesmějí horní částí obličeje.



- Kontakt očima – stvrzuje zájem o druhého, o téma, ochotu naslouchat. Bariérou jsou brýle – nejhorší tmavé sluneční brýle. Dioptrické brýle vadí, když se lesknou. V brýlích vypadá člověk trochu přísněji, formálněji. [14]

## 6. Haptika – doteky

V naší kultuře nejsou příliš žádoucí, nejakceptovanější je podání ruky.

- Vzhled ruky – čisté, upravené, vkusné šperky
- Kontakt rukou – vjemy velmi intenzivní, mají vliv na to, jak vnímáme toho druhého, může být zavádějící.

*Síla stisku* – abychom věděli, je třeba, aby nám někdo řekl, jaký máme stisk.

- Slabý stisk – nedostatek energie nebo nezájmu
- Silný stisk – projev vřelosti nebo dominance

*Délka stisku*

- krátký stisk – štítí se, možná se bojí
- dlouhý stisk – projev vřelosti nebo dominance

- Teplota ruky
- Vlhkost ruky
  - Studená a vlhká ruka – nepříjemný pocit, stres
- Styl podání ruky
  - Vertikálně – jde o normu, drží se normy
  - Hřbetem vzhůru – projev dominance
  - Dlaň vzhůru – projev podřízenosti, nebojovnosti

## 7. Paralingvistika

### a) Formální charakteristiky řeči

Hlasitost a rychlost řeči - je to projev člověka, který znervózněl.

Tón hlasu – velmi důležitý, značně se podílí na metakomunikaci – sdělení o tom, jak to vlastně myslíme.

Parazitické zvuky a slova – váháme-li při formulaci sdělení, myšlenku, odvahu, okamžiky k promyšlení se bojíme mlčet, je nám to nepříjemné – vkládáme nepříjemný zvuk nebo slovo. Mlčení není na závadu, ale naopak.

Chybné výkony, přeréknutí – myslíme si, že to není náhodné. Obvykle se projeví to, co vytryskne z podvědomí.

## b) Sdělování úpravou zevnějšku

- Jsme součástí biologické evoluce – musíme se neustále předvádět a ukazovat svoje kvality.
- Lidé, kteří měli stanout před soudem, změni image – musí vypadat nevinně.
- Často dáme na první dojem. Má smysl dbát na to, jak vypadáme.
- Musíme se rozhodnout, jakou chceme hrát roli – a hrát ji co nejlépe.
- V obchodu se dbá na image, styl, barevnost, módu.
- V konzervativních profesích se od lidí očekává, že budou vypadat konzervativně.
- Naopak v reklamě by konzervativně vyhlížející člověk nemusí být vítán.
- Barvy: marketing a prodej – tmavě modrá, oranžová, žlutá (veselá, stimulativní), růžová s podkladem modré (uklidňuje), na pohovor – uhlově šedá, námořnická modř (klid, stabilita, jistota), černá s neutrálními tóny  
Černá je barva vzdoru a dominance – člověk, který má proti čemu bojovat, má tendenci tíhnout k černé barvě.
- V oblečení se můžeme dopustit prohřešků, které nás diskvalifikují – neprůhledné, ne tenké, ne sexy, takovou ženu nevnímají muži vážně. Nemá mít příliš výrazné, blyštivé vzory. Nesmí komplikovat práci. Oblečení pro muže – sladění do barev, tmavé ponožky, boty se rozlišují a mají to být polobotky, kravata má být řádně upravena – ne krátká, ne dlouhá, má sahat někam na pásek, důležitý je adekvátní vzor kravaty.
- pamatovat na čistotu a tělesné pachy (zápach, ale také příliš intenzivní vůně je na obtíž). [14]

## 4.3 Bazální stimulace

**Bazální stimulace** je koncept ošetrovatelské péče, běžně užívaný v západoevropských státech. Bazální stimulace vznikla v Německu v 70. letech 20.století a poprvé byla uplatňována profesorem Frölichem u psychosomaticky postižených dětí. Do ošetrovatelství přenesla tento koncept zdravotní sestra Christel Bienstein, která zjistila, že se dá uplatnit v ošetrovatelské péči u dospělých všech věkových kategorií, zdravých i nemocných. Koncept bazální stimulace vychází z myšlenky, že živost je možný pouze ve vztahu. Jedná se o to, že lidský mozek disponuje schopnostmi

uchovávat své životní návyky a vzpomínky v paměťových drahách ve více regionech a to nám dává šanci cílenou stimulací vzpomínek znovu aktivovat jeho činnost a návyky. Zcela zjednodušeně řečeno, dostat se k nim jinou cestou, než byl mozek zvyklý. Pokud bylo spojení z nějakých příčin přerušeno, stimulací se vytváří nová dendritická spojení, po kterých se k informaci uložené v mozku dostaneme. Při uplatňování konceptu bazální stimulace musí být příbuzní a rodiny našich klientů do péče zapojeni. Je nutné vytvořit spojovací mosty mezi klienty a jejich rodinou a přáteli. Taková spojení se nevytvoří sama, je na nás, abychom byli při jejich budování oporou a spolutvůrci. Mění se nejen kultura práce a komunikace, ale i kompetence ve vztahu k pacientům a jejich blízkým. Potřebujeme od příbuzných mnohem více informací, než je obvyklé v jiných zařízeních. Tyto informace pak využíváme při výživě klienta, v poskytované péči a podnětech, které vytváříme v závislosti na pohybu klienta, jeho vnímání a komunikaci s ním. Současná ošetrovatelská péče v ČR konzervuje stávající stav pacienta, namísto aby jej stimulovala a rozvíjela. Ve škole nás naučili používat ruce jen jako mechanický nástroj k ošetrovatelským výkonům, ale neumíme je používat k tomu, abychom jimi dávali pacientovi důležité informace o jeho těle a navozovali příjemné pocity, pro něj tak důležité. Dnešní ošetrovatelství v ČR si mnohdy neuvědomuje ten důležitý fakt, že naše ruce mohou být jediným komunikačním mostem mezi námi a pacientem. Dotek je nejjednodušší formou komunikace beze slov, poskytuje vjemy z povrchu těla a vnitřního prostředí organismu. Dotek utváří vztahy a dává jim význam. Poskytuje klientovi jistotu, umožňuje orientaci a pomáhá navodit příjemný pocit. Nečekané doteky nebo necílené doteky mohou ovšem u pacientů se sníženým stupněm vnímání jako je u pacientů s demencí vyvolávat pocit strachu a nejistoty. Proto musíme dát pacientovi jasně najevo, kde začíná a kde končí naše přítomnost a činnost u něho. Tuto informaci můžeme poskytnout pomocí cíleného doteku, tzv. **iniciálního doteku**. Místo doteku zvolíme na základě biografické anamnézy, nejčastěji to bývá rameno a pevným, zřetelným dotekem ho vždy informujeme o počátku a ukončení naší přítomnosti či činnosti s jeho tělem. Dotek je jasný, zřetelný a přiměřeného tlaku. Je nutné jej podpořit i verbálně a musí ho všichni, kteří přijdou s pacientem do styku respektovat a poskytnout, včetně návštěv, uklízeček apod. Každý přichozí o něm musí být informován, což zajišťuje cedulka na viditelném místě u postele, kde je označeno místo iniciálního doteku a verbální projev. [16]

Při komunikaci se snažíme dodržovat **Desatero bazální stimulace**:

- 1) Přivítat se a rozloučit s klientem vždy stejnými slovy
- 2) Dodržovat iniciální dotek
- 3) Hovořit zřetelně, jasně a ne příliš rychle
- 4) Nezvyšovat hlas a hovořit přirozeným tónem
- 5) Dbát, aby naše mimika, tón našeho hlasu a gestikulace odpovídaly významu našich slov
- 6) Používat takovou formu komunikace, na kterou byl klient zvyklý
- 7) Nepoužívat v řeči zdvořilky
- 8) Nehovořit s více osobami najednou
- 9) Při komunikaci redukovat rušivý zvuk okolního prostředí
- 10) Umožnit reagovat pacientovi na naše slova. [16]

#### **4.4 Alternativní formy komunikace**

Nejnáročnějším úkolem ošetrovatelské péče je pochopit potřeby pacienta, poznat a porozumět stylu jeho komunikace a na základě toho mu poskytnout prostor pro orientaci, jistotu a další rozvoj jeho osobnosti.

V konceptu bazální stimulace jsou využívány následující možnosti komunikace:

- Somatická- komunikace pomocí vjemů z povrchu těla (masáže, koupele)
- Vibrační - komunikace pomocí vibrací
- Vestibulární- komunikace změnou polohy těla
- Olfaktorická - komunikace čichovými podněty
- Orální- komunikace pomocí chutě
- Optická- komunikace pomocí zrakového kontaktu
- Taktilní – komunikace pomocí hmatu. [16]

#### **4.5 Validace**

Je to metoda Nail Feilové, sociální pracovnice z USA. Její filozofie vychází z metod humanistické psychologie. Validovat znamená hodnotit, vzít na vědomí city druhých jako pravdivé, i když se nám zdají mylné. Používá se u klientů, kteří již nejsou schopni se orientovat v realitě. V souladu s postupující demencí musíme jednou uznat, že obnovování orientace v realitě je nemožné a zcela neúčinné. V tomto stadiu by klienty obtěžovalo a zbytečně frustrovalo. Proto se **zaměříme na minulost klienta**, na jeho **nevyřešené konflikty** a pomáháme klientům vyrovnat se s nimi. Validáční terapie

však můžeme provádět jen při mírných a vratných konfúzních (zmatečných) stavech psychologického původu. Vyžaduje totiž schopnost uvědomovat si minulé životní události, jež bývají v pokročilejších stadiích AN velmi omezené. [16]

Při validační terapii je důraz kladen na zachování a posílení lidské důstojnosti pacienta, pozorné naslouchání a empatii, pracuje s původním tématem pacienta, nikdy neříká ne, postupnými kroky vede žádoucím směrem. Využívá s výhodou paměťové poruchy pacienta tak, aby laskavým odvedením pozornosti k jinému tématu zabránil nežádoucím aktivitám. Stále je považován v práci s pacienty postiženými demencí za přínosný a užitečný. Důraz je tu kladen na zachování a posílení lidské důstojnosti pacienta, přijetí jeho tématu a práce s ním prostřednictvím pozorného naslouchání a empatie. Terapeut pracuje s původním tématem pacienta („nikdy neříká ne“) a postupnými kroky vede pacienta žádoucím směrem. Také validace může probíhat v jednotlivých sezeních, pacienti vyprávějí, zvolí svá témata, která se společně rozvádějí, hrají své role, nabízejí možná řešení. Zejména je však validace využívána jako součástí komplexní péče o pacienty postižené demencí. Právě přijetím tématu pacienta a postupná práce s ním (nikoli přímá korekce nesprávného postoje), je základním východiskem validační terapie. [16]

**Reminiscenční terapie** patří k validačním technikám a může napomoci starému člověku vyrovnat se i s obtížnými fázemi svého života. Vzpomínky umožňují rekapitulaci života a přehodnocení nejdůležitějších životních události tak, aby je člověk mohl přijmout jako smysluplnou součást svého životního příběhu a dospět tak k životní integritě. Tato metoda využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. Je vhodná samozřejmě také pro zdravé seniory, kde má preventivní a aktivizační význam. Zejména důležitá je pro pacienty s demencí, kteří trpí poruchami krátkodobé paměti, ale často si velmi dobře (až překvapivě dobře) vybavují události dávno minulé. Její součástí je vyhledávání nejlepšího způsobu komunikace s pacientem, vhodného prostředí a dobrá komunikace s rodinným pečovatelem. Reminiscenční terapie může být individuální nebo skupinová. Jejím cílem je, jak již bylo výše řečeno, nejen zlepšení stavu pacienta, ale také a zejména posílení jeho lidské důstojnosti, zlepšení komunikace a v důsledku toho také pomoc a podpora rodinnému pečovateli. Jedná se jednak o vyprávění starých příběhů, předvádění starých činností, vyprávění o obrázcích a fotografiích, ale také o různé jiné aktivity – zpívání, recitování, tanec.

K dalším validačním technikám patří blízký oční kontakt, dotek, kladení jednoduchých neohrožujících otázek, opakování, parafrázování a zrcadlení, užívání

jasného, ale hlubšího a tichého hlasu atd. Validace znamená přijetí reality druhého člověka. Znamená to přijmout člověka vážně, jako hodnotnou bytost, i s jeho demencí a všemi zvláštnostmi. Terapeut věří, že vše, co tento člověk říká a dělá je pro něho skutečné, pravdivé, hodnotné, validní. Pomáhá člověku přijmout jeho život jako hodnotný a se životem se vyrovnat. Terapeut komunikuje s člověkem o tématu, které si vybere pacient (nekoriguje, nekritizuje, nekonfrontuje, nebagatelizuje). Snaží se orientovat v „jeho světě“ (nikoli nutně v reálné přítomnosti), přijímá jeho realitu (jeho čas, zážitky, emoce, prostředí). Jde o emoční komunikaci, tedy přijetí momentální emoce či myšlenky, kterou má v sobě člověk s demencí. Jeho chování a řeč jsou snahou vyjádřit vnitřní pocity, emoce, starosti, které pronikají do přítomnosti z minulého života. Terapeut nebo pečovatel se snaží je pochopit a validovat, tj. učinit je platnými, nesnaží se je analyzovat a měnit. [16]

## 5 Metodika výzkumu a specifikace sledovaného souboru

V praktické části jsem provedla průzkum pomocí dotazníku u pracovníků poskytujících sociální péči v DS Zastávka. Domov pro seniory Zastávka je určen osobám starším 62 let, které mají z důvodu věku a zdravotního stavu sníženou soběstačnost nebo omezenou pohyblivost, terénní služby jsou pro ně nedostačující a potřebují trvalou sociální a ošetrovatelskou péči. Služby DS Zastávka jsou určeny k celoročnímu pobytu, uživatelům pobírajících starobní nebo invalidní důchod, pobírají příspěvek na péči a jsou zařazeni v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, §8, odst. b (středně těžká závislost, stupeň II), odst. c (těžká závislost, stupeň III), odst. d (úplná závislost, stupeň IV). Tento domov pro seniory se zvláštním režimem je určen také uživatelům s chronickým duševním onemocněním, např. Alzheimerova demence, poruchami paměti a orientace, se zaměřením na poruchy paměti, syndrom demence, Morbus Parkinson, deprese. Činnost DS byla zahájena 1.1.1993, od roku 2003 je zřizovatelem Krajský úřad Jihomoravského kraje. Na oddělení pro klienty s demencí v DS Zastávka pracují od roku 2005 podle konceptu Bazální stimulace. [17]

Dotazník obsahuje celkem dvacet otázek, které jsou kombinací uzavřených a otevřených otázek a byly položeny v průběhu ledna 2012 pracovním ženského kolektivu poskytujících sociální péči v DS. První dvě otázky jsou všeobecné a jsou zaměřeny na nejvyšší dosažené vzdělání a délku praxe v oboru sociálních služeb. V dalších otázkách je zahrnuta odborná tematika, kde se zaměřuji na to, s kým v rámci péče o seniory s demencí pracovníci spolupracují a jaké problémy řeší, které aktivizační metody používají a kterých z aktivizačních metod se nejčastěji senioři dobrovolně zúčastňují. Dále zjišťuji odborné znalosti ve sledovaném souboru pracovníků pomocí otázek typu definice verbální a alternativní komunikace, bazální stimulace a rozšíření jednotlivých technik validačních a bazálních technik v dané praxi. V závěru dotazníku chci vlastní sebehodnocení znalosti komunikačních schopností při práci se seniory a zda cítí další potřebu se zdokonalovat v komunikaci a v kterých oblastech. V tabulkách jsou použity zkratky AČ(absolutní četnost-počet respondentů, který na danou otázku odpověděl) a RČ(relativní četnost-vypočtený procentuální podíl z celkového souboru 30 dotázaných).

Základním cílem výzkumu bylo zhodnotit znalosti pracovníků dané oblasti a navrhnout vedení DS Zastávka vhodné oblasti dalšího školení.

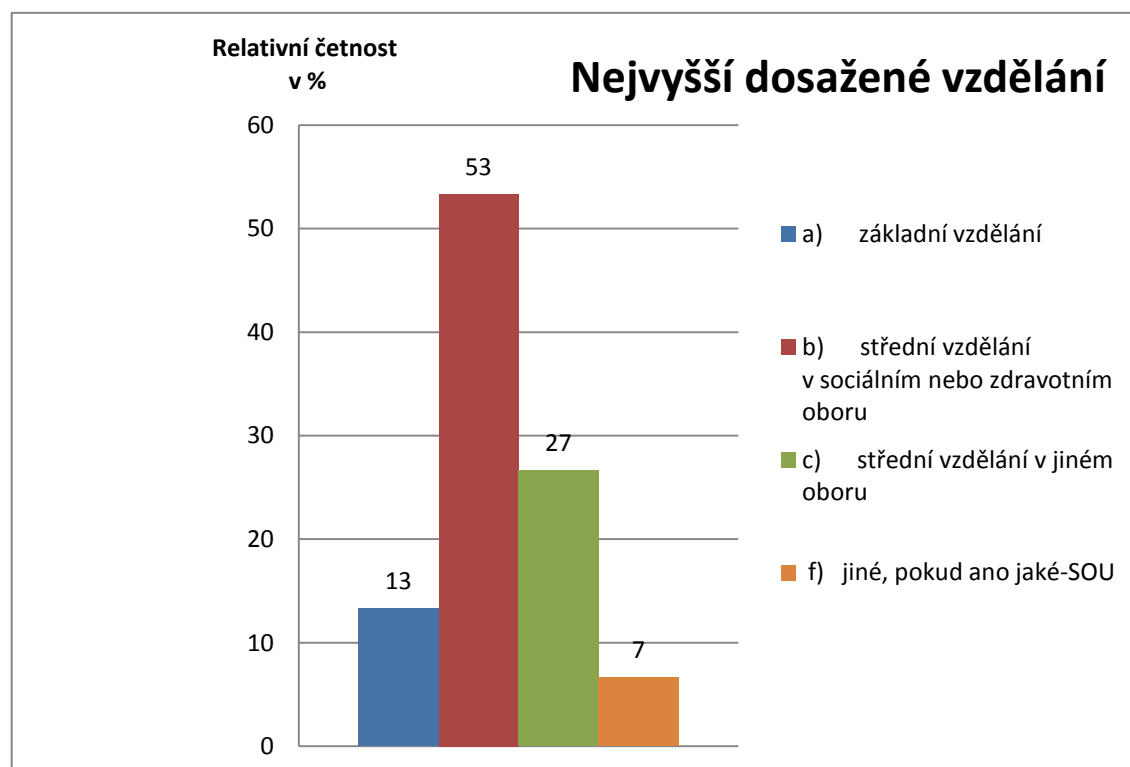
## 6 Vlastní výzkum a jeho výsledky

Odpovědi na otázku 1 **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?** jsou uvedeny v následující tabulce 1 a z této tabulky je následně vypracován graf 1 relativních četností těchto odpovědí.

Tabulka 1: Nejvyšší dosažené vzdělání

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	AČ	RČ
a) základní vzdělání	4	13
b) střední vzdělání v sociálním nebo zdravotním oboru	16	53
c) střední vzdělání v jiném oboru	8	27
d) vysokoškolské vzdělání v sociálním nebo zdravotním oboru	0	0
e) vysokoškolské vzdělání v jiném oboru	0	0
f) jiné, pokud ano jaké-SOU	2	7
Součet	30	100

Graf 1: Nejvyšší dosažené vzdělání



Na otázku 1 **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?** odpověděly 4 dotázané (13%) základní vzdělání, 16 (53%) dotázaných střední vzdělání v sociálním nebo zdravotním oboru, 8 (27%) dotázaných střední vzdělání v jiném oboru a 2 (7%) dotázané odpověděli jiné vzdělání-konkrétně SOU. Vysokoškolské vzdělání v sociálním nebo zdravotním oboru, popř. v jiném oboru nevedla žádná z dotázaných.

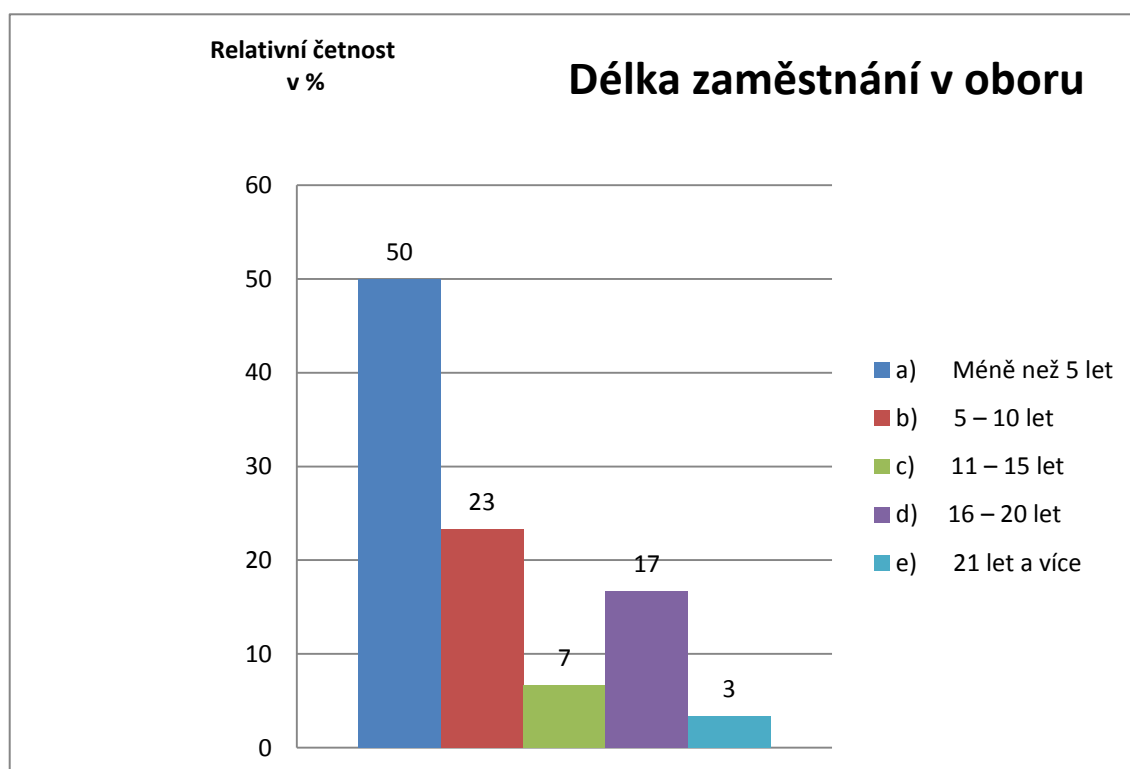


Odpovědi na otázku 2 **Jak dlouho toto zaměstnání vykonáváte?** jsou uvedeny v následující tabulce 2 a z této tabulky je následně vypracován graf 2 relativních četností těchto odpovědí a vypočtena průměrná délka praxe dotázaných.

Tabulka 2: Délka zaměstnání v oboru

<b>2. Jak dlouho toto zaměstnání vykonáváte?</b>	AČ	RČ
a) Méně než 5 let	15	50
b) 5 – 10 let	7	23
c) 11 – 15 let	2	7
d) 16 – 20 let	5	17
e) 21 let a více	1	3
Součet	30	100

Graf 2: Délka zaměstnání v oboru



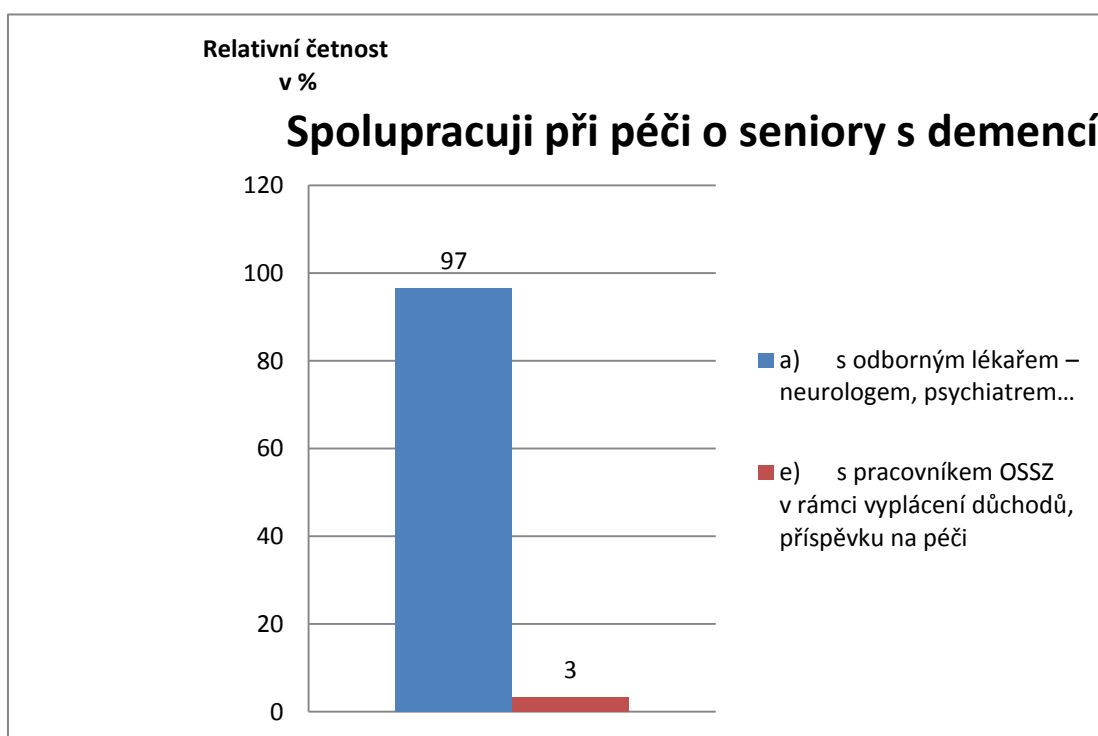
Na otázku 2 **Jak dlouho toto zaměstnání vykonáváte?** odpovědělo 15 dotázaných (50%) méně než 5 let, 7 (23%) dotázaných v rozsahu 5-10 let, 2 (7%) dotázaných v rozsahu 11-15 let, 5 (17%) dotázaných v rozsahu 16-20 let a 1 (3%) dotázaná více než 21 let. Průměrná doba praxe v oboru byla ve sledovaném souboru 7,5 let.

Odpovědi na otázku 3 **S kým spolupracujete v rámci péče o seniory s demencí?** jsou uvedeny v následující tabulce 3 a z této tabulky je následně vypracován graf 3 relativních četností těchto odpovědí .

Tabulka 3: Spolupracující při péči o seniory s demencí

<b>3. S kým spolupracujete v rámci péče o seniory s demencí?</b>	AČ	RČ
a) s odborným lékařem – neurologem, psychiatrem...	29	97
b) se speciálním pedagogem	0	0
c) s psychologem	0	0
d) s terapeutem pracující v oblasti speciální pedagogiky ( artterapeutem...)	0	0
e) s pracovníkem OSSZ v rámci vyplácení důchodů, příspěvku na péči	1	3
f) s pracovníkem zdravotní pojišťovny-v rámci vyplácení příspěvků na zdravotní pomůcky	0	0
g) s policií	0	0
h) s jiným subjektem: .....	0	0
Součet	30	100

Graf 3: Spolupracující při péči o seniory s demencí



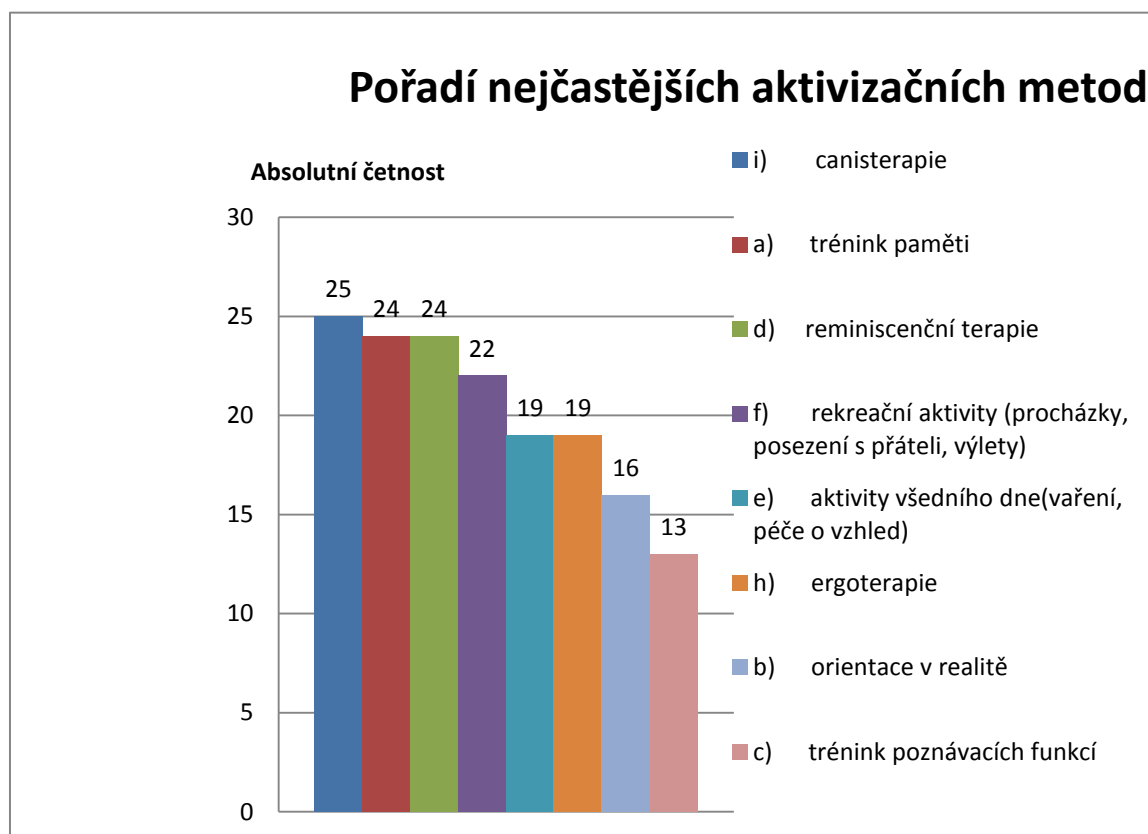
Na otázku 3 **S kým spolupracujete v rámci péče o seniory s demencí** odpovědělo 29 dotázaných (97%) s odborným lékařem – neurologem, psychiatrem a 1 dotázaná(3%) s pracovníkem OSSZ v rámci vyplácení důchodů a příspěvku na péči.

Odpovědi na otázku 4 **Jaké aktivizační metody používáte pro osoby s Alzheimerovou chorobou při Vaší práci s klientem?** jsou uvedeny v následující tabulce 4 a z této tabulky je následně vypracován graf 4 absolutních četností těchto odpovědí v pořadí od nejčastější.

Tabulka 4: Aktivizační metody

<b>4. Jaké aktivizační metody používáte pro osoby s Alzheimerovou chorobou při Vaší práci s klientem?</b>	<b>AČ</b>
a) trénink paměti	24
b) orientace v realitě	16
c) trénink poznávacích funkcí	13
d) reminiscenční terapie	24
e) aktivity všedního dne(vaření, péče o vzhled)	19
f) rekreační aktivity (procházky, posezení s přáteli, výlety)	22
g) arteterapie v širším slova smyslu	0
h) ergoterapie	19
i) canisterapie	25
j) jiné: .....	0

Graf 4: Pořadí nejčastějších aktivizačních metod



Na otázku 4 **Jaké aktivizační metody používáte pro osoby s Alzheimerovou chorobou při Vaší práci s klientem?** šlo odpovědět více možnostmi, a proto jsem do grafu použila odpovědi podle absolutní četnosti v pořadí od nejčastější, z které vyplynulo následující pořadí používaných aktivizačních metod:

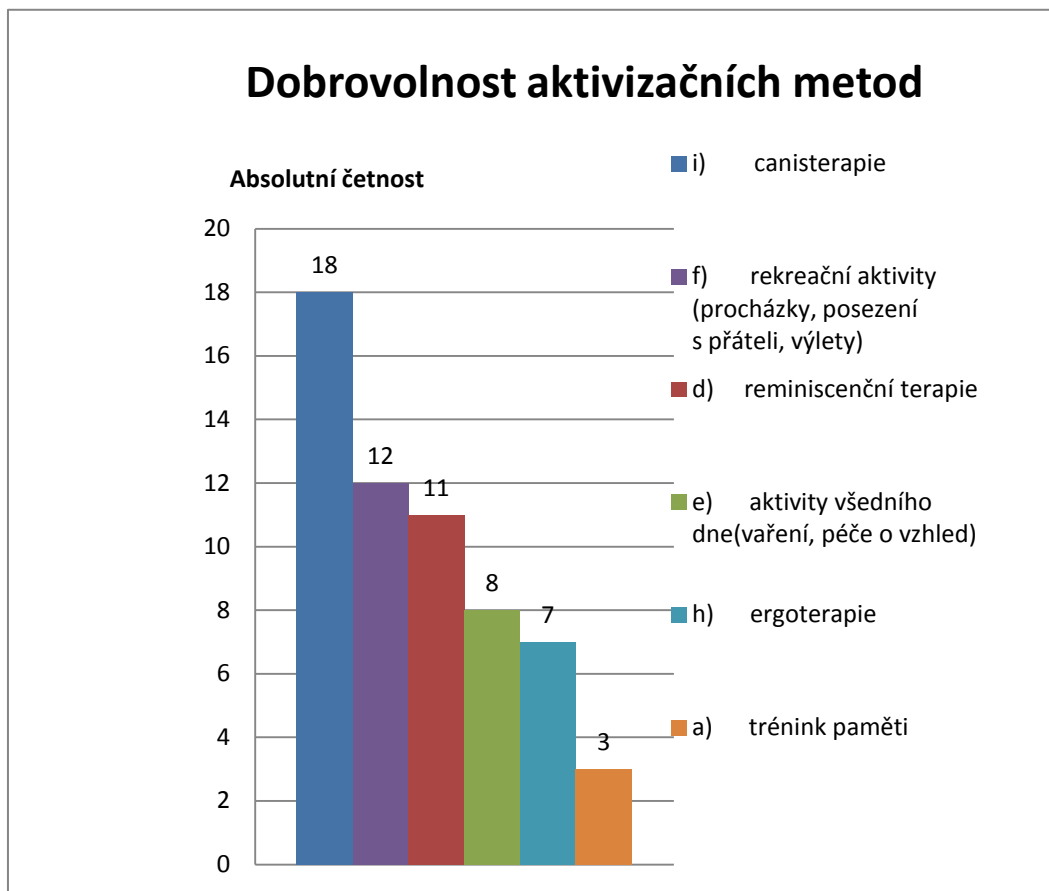
- 1) canisterapie
- 2) trénink paměti a reminiscenční terapie
- 3) rekreační aktivity (procházky, posezení s přáteli, výlety)
- 4) aktivity všedního dne (vaření, péče o vzhled) a ergoterapie
- 5) orientace v realitě
- 6) trénink poznávacích funkcí.

Odpovědi na otázku 5 **Kterých z výše uvedených aktivit se nejčastěji senioři dobrovolně zúčastňují?** jsou uvedeny v následující tabulce 5 a z této tabulky je následně vypracován graf 5 absolutních četností těchto odpovědí v pořadí od nejčastější.

Tabulka 5: Dobrovolnost aktivizačních metod

<b>5.Kterých z výše uvedených aktivit se nejčastěji senioři dobrovolně zúčastňují?</b>	<b>AČ</b>
a) trénink paměti	3
b) orientace v realitě	0
c) trénink poznávacích funkcí	0
d) reminiscenční terapie	11
e) aktivity všedního dne(vaření, péče o vzhled)	8
f) rekreační aktivity (procházky, posezení s přáteli, výlety)	12
g) arteterapie v širším slova smyslu	0
h) ergoterapie	7
i) canisterapie	18
j) jiné: .....	0

Graf 5: Dobrovolnost aktivizačních metod



Na otázku 5 **Kterých z výše uvedených aktivit se nejčastěji senioři dobrovolně zúčastňují?** šlo odpovědět více možnostmi, a proto jsem do grafu použila odpovědi podle absolutní četnosti v pořadí od nejčastější, z které vyplynulo následující pořadí seniory dobrovolně používaných aktivizačních metod:

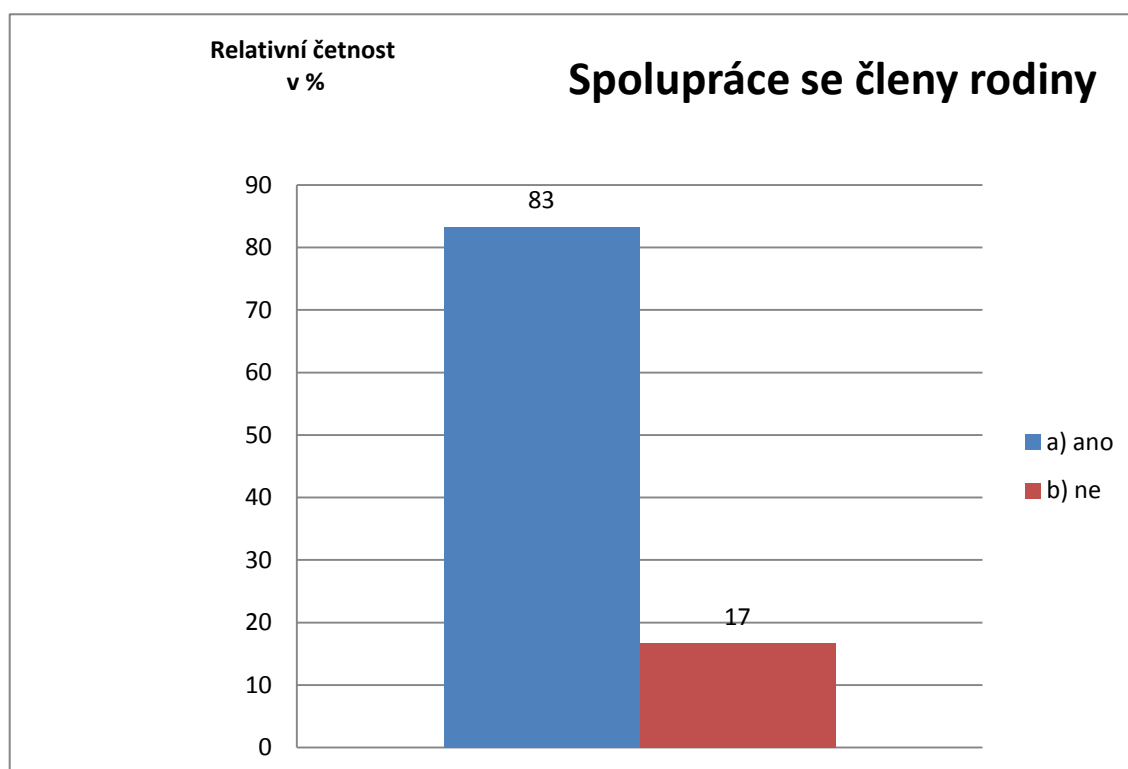
- 1) canisterapie
- 2) rekreační aktivity (procházky, posezení s přáteli, výlety)
- 3) reminiscenční terapie
- 4) aktivity všedního dne (vaření, péče o vzhled)
- 5) ergoterapie
- 6) trénink paměti.

Odpovědi na otázku 6 **S kým spolupracujete v rámci péče o seniory s demencí?** jsou uvedeny v následující tabulce 6 a z této tabulky je následně vypracován graf 6 relativních četností těchto odpovědí .

Tabulka 6: Spolupráce se členy rodiny

<b>6. Pomáhá Vám při práci s klienty spolupráce se členy rodiny?</b>	AČ	RČ
a) ano	25	83
b) ne	5	17
Součet	30	100

Graf 6: Spolupráce se členy rodiny



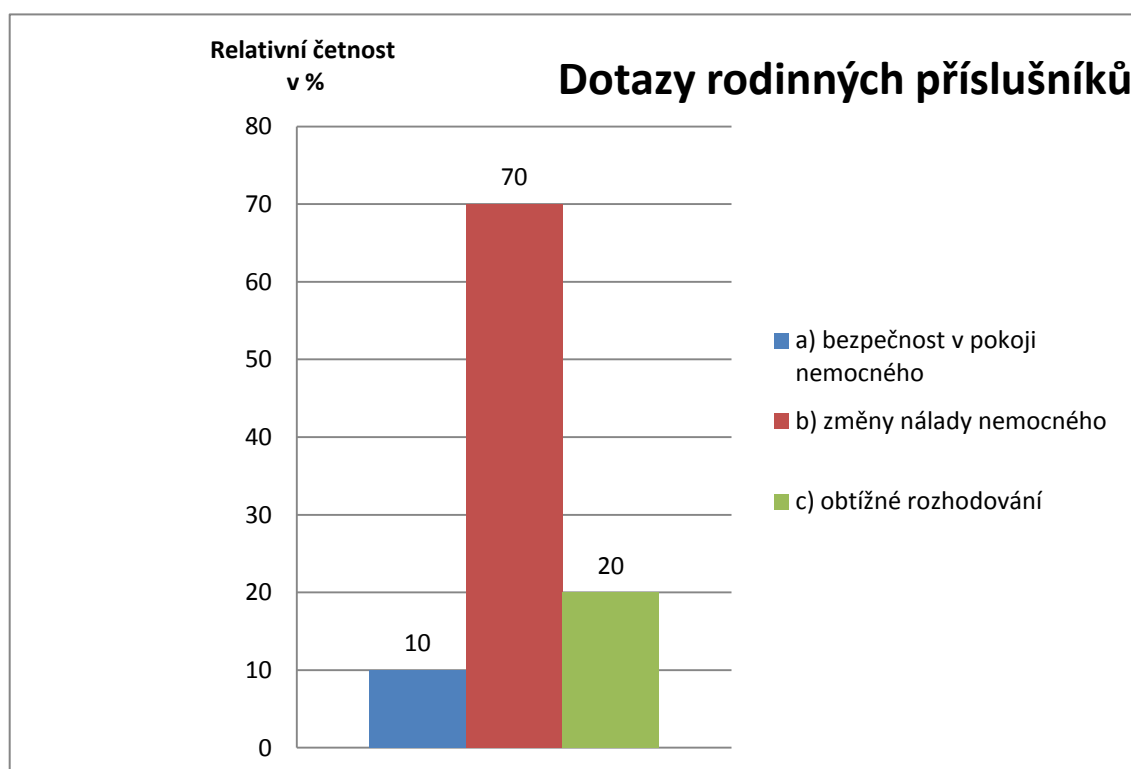
Na otázku 6 **Pomáhá Vám při práci s klienty spolupráce se členy rodiny?** odpovědělo 25 dotázaných (83%) ano, 5 (17%) dotázaných ne.

Odpovědi na otázku 7 **S jakými problémy - dotazy se na Vás nejčastěji obracejí rodinní příslušníci v rámci poradenské péče?** jsou uvedeny v následující tabulce 7 a z této tabulky je následně vypracován graf 7 relativních četností těchto odpovědí.

Tabulka 7: Dotazy rodinných příslušníků

<b>7. S jakými problémy - dotazy se na Vás nejčastěji obracejí rodinní příslušníci v rámci poradenské péče?</b>	AČ	RČ
a) bezpečnost v pokoji nemocného (odstranění klíčů ze zámků od dveří, zabránění v přístupu k oknům, na balkón...)	3	10
b) změny nálady nemocného (depresivní nálady z příznaků demence, odmítání demence, podezíravost, halucinace)	21	70
c) obtížné rozhodování (hospodaření s penězi nemocného)	6	20
d) jiné:	0	0
Součet	30	100

Graf 7: Dotazy rodinných příslušníků



Na otázku 7 **S jakými problémy - dotazy se na Vás nejčastěji obracejí rodinní příslušníci v rámci poradenské péče?** odpověděly 3 dotázané (10%)

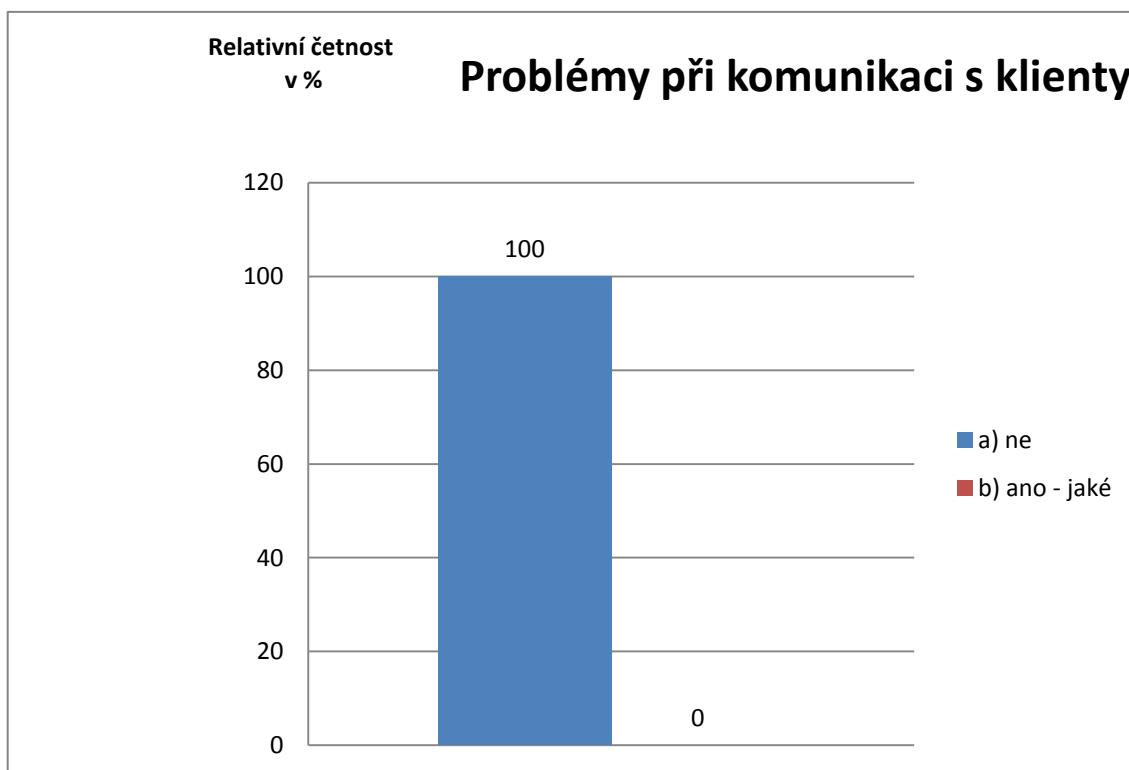
bezpečnost v pokoji nemocného, 21 (70%) dotázaných změny nálady nemocného a 6 (20%) dotázaných obtížné rozhodování .

Odpovědi na otázku 8 **Máte problémy při komunikaci s klienty ?** jsou uvedeny v následující tabulce 8 a z této tabulky je následně vypracován graf 8 relativních četností těchto odpovědí .

Tabulka 8: Problémy při komunikaci s klienty

<b>8. Máte problémy při komunikaci s klienty ?</b>	AČ	RČ
a) ne	30	100
b) ano - jaké	0	0
Součet	30	100

Graf 8: Problémy při komunikaci s klienty



Na otázku 8 **Máte problémy při komunikaci s klienty ?** odpovědělo 30 dotázaných (100%) ne, 0 (0%) dotázaných ano.

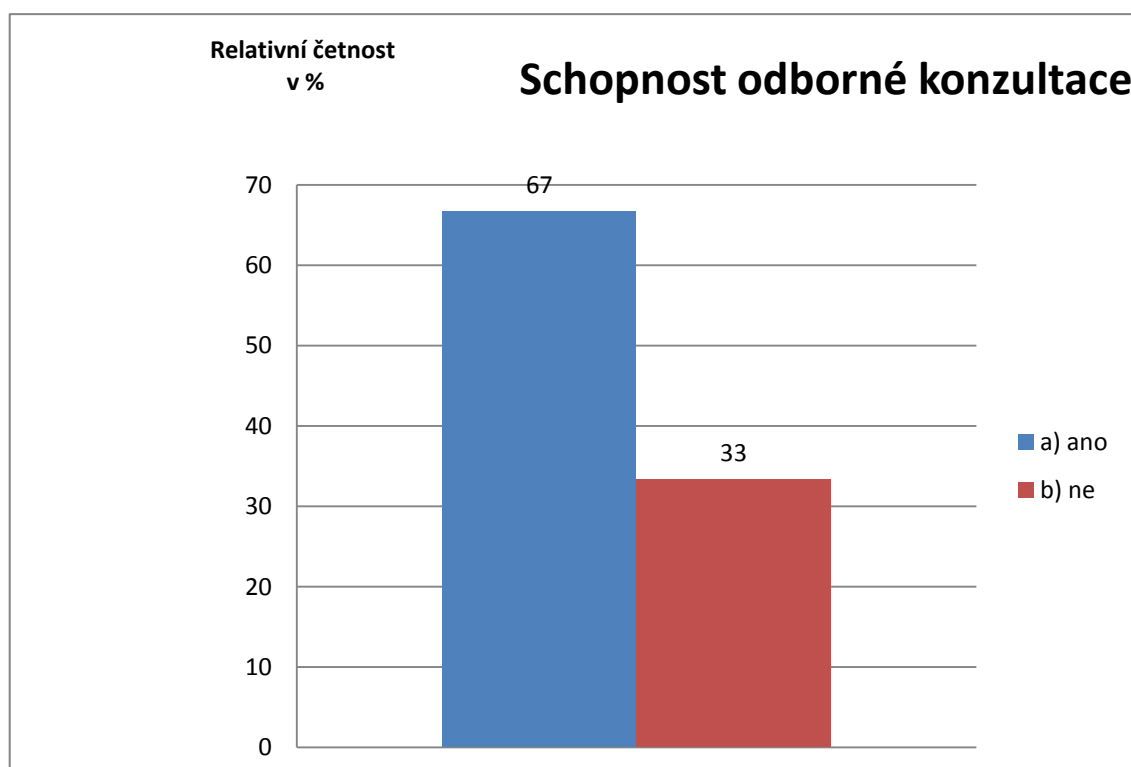


Odpovědi na otázku 9 **Dokážete vždy v rámci svých znalostí odborně konzultovat a nabídnout postup řešení problému týkající se osob s demencí?** jsou uvedeny v následující tabulce 9 a z této tabulky je následně vypracován graf 9 relativních četností těchto odpovědí.

Tabulka 9: Schopnost odborné konzultace

<b>9. Dokážete vždy v rámci svých znalostí odborně konzultovat a nabídnout postup řešení problému týkající se osob s demencí?</b>	AČ	RČ
a) ano	20	67
b) ne	10	33
Součet	30	100

Graf 9: Schopnost odborné konzultace



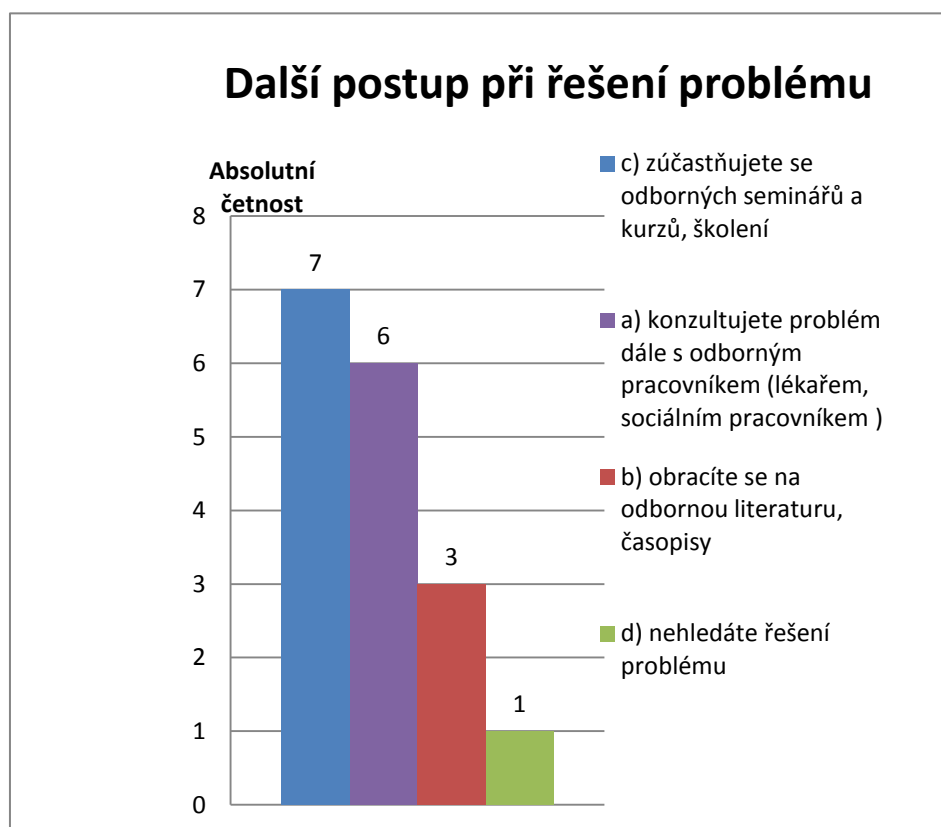
Na otázku 9 **Dokážete vždy v rámci svých znalostí odborně konzultovat a nabídnout postup řešení problému týkající se osob s demencí?** odpovědělo 20 dotázaných (67%) ano, 10 (33%) dotázaných ne.

Na otázku 10 odpovídaly ty respondentky, které na otázku 9 Dokážete vždy v rámci svých znalostí odborně konzultovat a nabídnout postup řešení problému týkající se osob s demencí? odpověděly ne a byly dotazovány na **Další postup při řešení problému týkající se osob s demencí?** Odpovědi jsou uvedeny v následující tabulce 10 a z této tabulky je následně vypracován graf 10 absolutních četností těchto odpovědí v pořadí od nejčastější.

Tabulka 10: Další postup při řešení problému

<b>10. Pokud je odpověď na otázku 9 záporná:</b>	<b>AČ</b>
a) konzultujete problém dále s odborným pracovníkem (lékařem, sociálním pracovníkem )	6
b) obracíte se na odbornou literaturu, časopisy	3
c) zúčastňujete se odborných seminářů a kurzů, školení	7
d) nehledáte řešení problému	1
e) postupujeme jinak:	0

Graf 10: Další postup při řešení problému

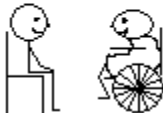
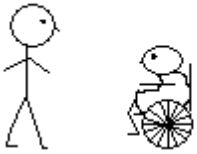


Na otázku 10 **Další postup při řešení problému týkající se osob s demencí?** šlo odpovědět více možnostmi, a proto jsem do grafu použila odpovědi podle absolutní četnosti v pořadí od nejčastější, z které vyloučeno následující pořadí používaných postupů při řešení problému:

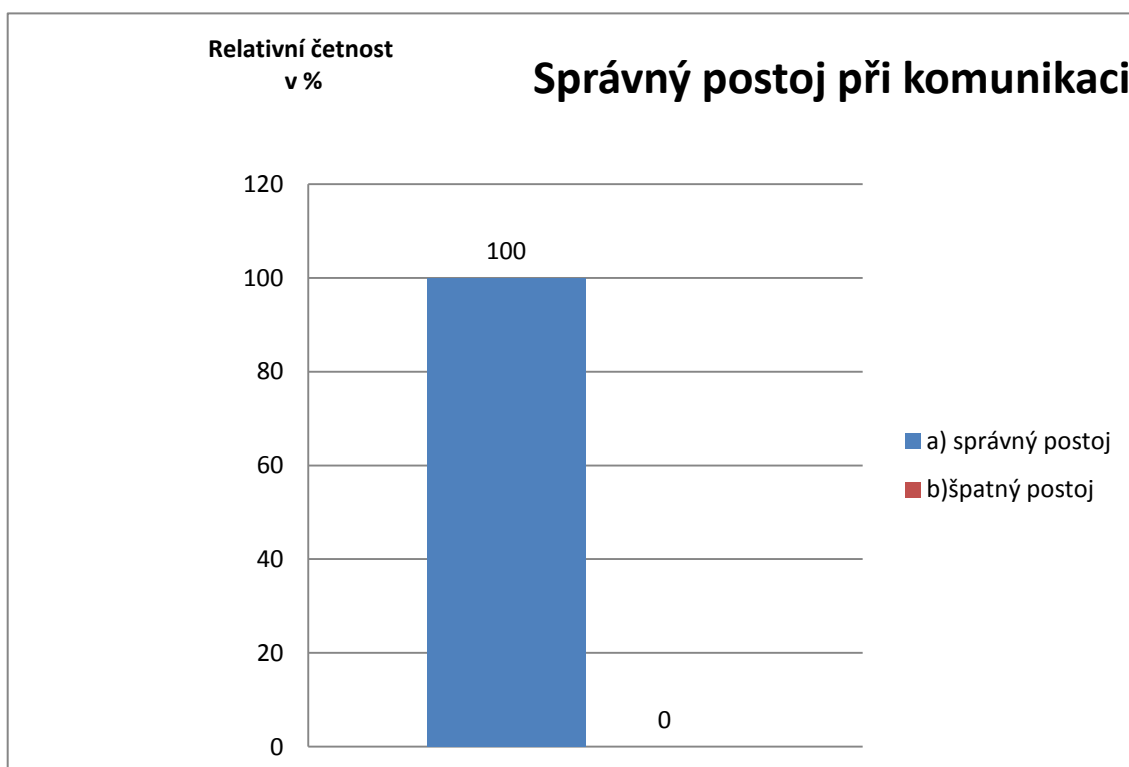
- 1) zúčastňujete se odborných seminářů a kurzů, škol
- 2) konzultujete problém dále s odborným pracovníkem (lékařem, sociálním pracovníkem)
- 3) obracíte se na odbornou literaturu, časopisy
- 4) nehledáte řešení problému.

Odpovědi na otázku 11 **Který obrázek vyjadřuje správný postoj při komunikaci s pacientem?** jsou uvedeny v následující tabulce 11 a z této tabulky je následně vypracován graf 11 relativních četností těchto odpovědí.

Tabulka 11: Správný postoj při komunikaci

11. Který obrázek vyjadřuje správný postoj při komunikaci s pacientem?	AČ	RČ
<p>obrázek a) výška očí je ve stejné úrovni</p> 	30	100
<p>obrázek b) výška očí není ve stejné úrovni. Nadřazený postoj mluvčího</p> 	0	0
Součet	30	100

Graf 11: Správný postoj při komunikaci



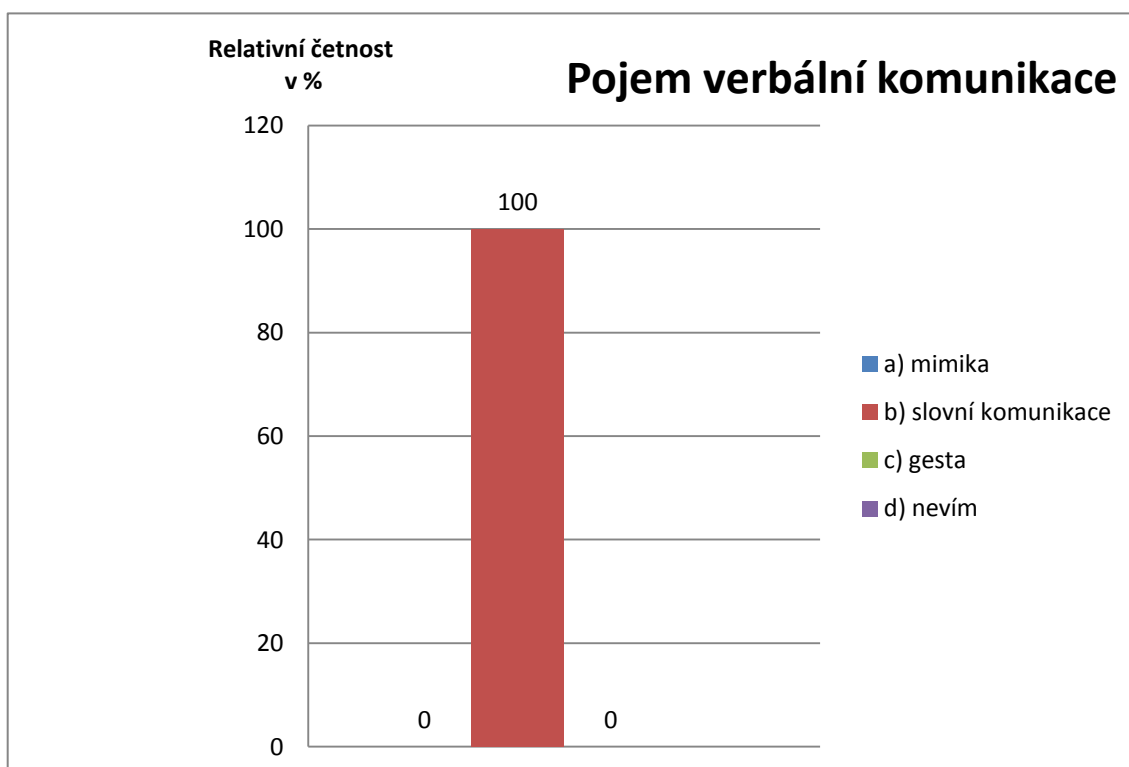
Na otázku 11 **Který obrázek vyjadřuje správný postoj při komunikaci s pacientem?** odpovědělo 30 dotázaných (100%) správně obrázek a), 0 (0%) dotázaných špatně obrázek b).

Odpovědi na otázku 12 **Znáte, co je pojem verbální komunikace ?** jsou uvedeny v následující tabulce 12 a z této tabulky je následně vypracován graf 12 relativních četností těchto odpovědí.

Tabulka 12: Pojem verbální komunikace

<b>12. Znáte, co je pojem verbální komunikace ?</b>	<b>AČ</b>	<b>RČ</b>
a) mimika	30	100
b) slovní komunikace	0	0
c) gesta	0	0
d) nevím	0	0
Součet	30	100

Graf 12: Pojem verbální komunikace



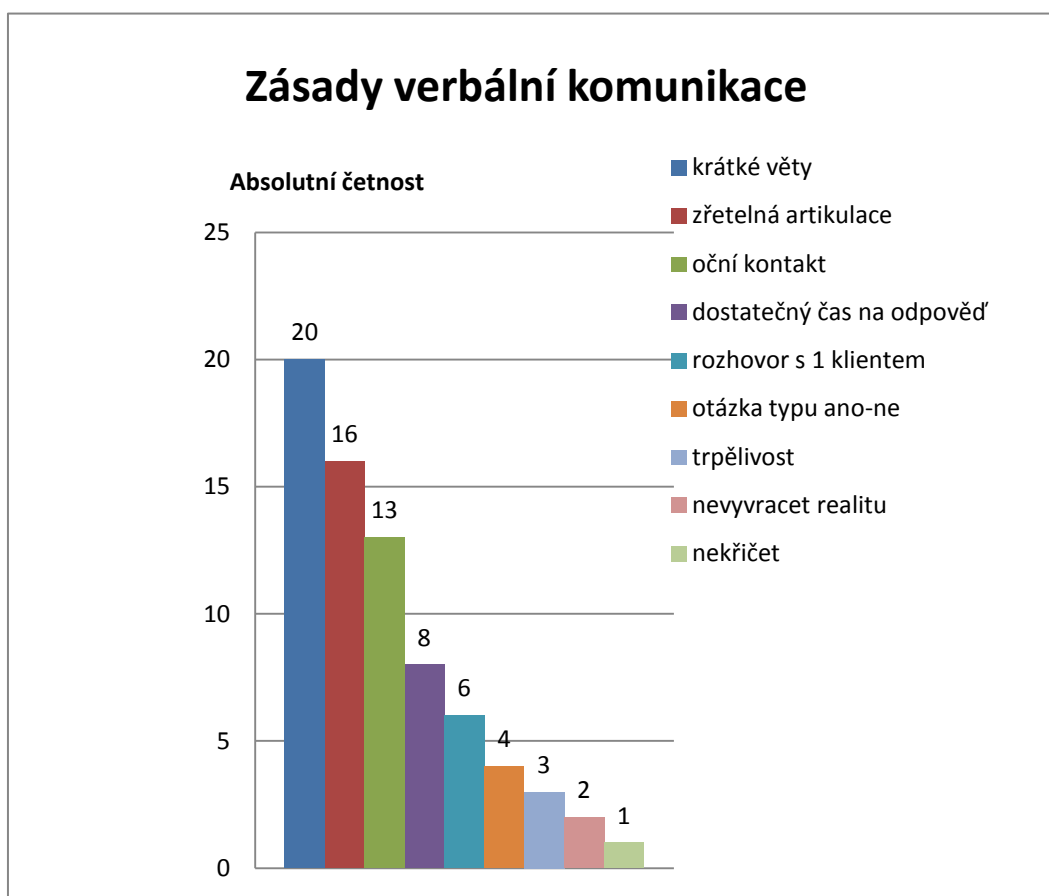
Na otázku 12 **Znáte, co je pojem verbální komunikace ?** odpovědělo 30 dotázaných (100%) správně slovní komunikace, 0 (0%) dotázaných odpovědělo špatně.

Odpovědi na otázku 13 **Které zásady verbální komunikace používáte při práci s klienty trpící demencí ?** jsou uvedeny v následující tabulce 13 a z této tabulky je následně vypracován graf 13 absolutních četností těchto odpovědí v pořadí od nejčastější.

Tabulka 13: Zásady verbální komunikace

13. Které zásady verbální komunikace používáte při práci s klienty trpící demencí ?	AČ
krátké věty	20
zřetelná artikulace	16
oční kontakt	13
dostatečný čas na odpověď	8
rozhovor s 1 klientem	6
otázka typu ano-ne	4
trpělivost	3
nevyvracet realitu	2
nekřičet	1

Graf 13: Zásady verbální komunikace



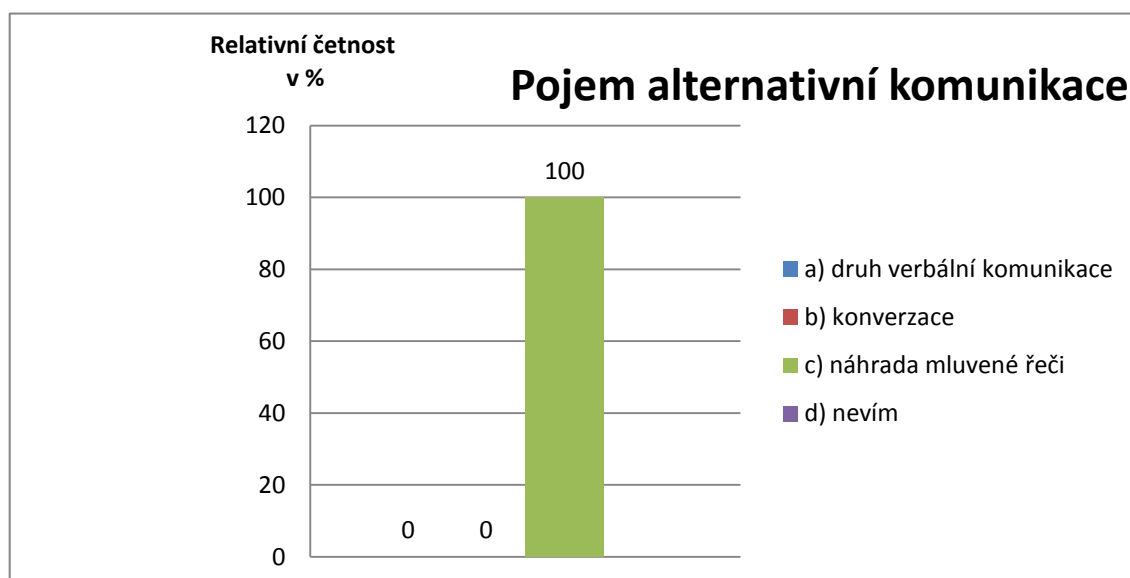
Na otázku 13 **Které zásady verbální komunikace používáte při práci s klienty trpící demencí ?** šlo odpovědět více možnostmi, a proto jsem do grafu použila odpovědi podle absolutní četnosti v pořadí od nejčastější, z které vyplynulo pořadí používaných zásad verbální komunikace, které je patrné z tabulky i grafu.

Odpovědi na otázku 14 **Co je to alternativní komunikace ?** jsou uvedeny v následující tabulce 14 a z této tabulky je následně vypracován graf 14 relativních četností těchto odpovědí.

Tabulka 14: Pojem alternativní komunikace

<b>14. Co je to alternativní komunikace ?</b>	AČ	RČ
a) druh verbální komunikace	0	0
b) konverzace	0	0
c) náhrada mluvené řeči	30	100
d) nevím	0	0
Součet	30	100

Graf 14: Pojem alternativní komunikace



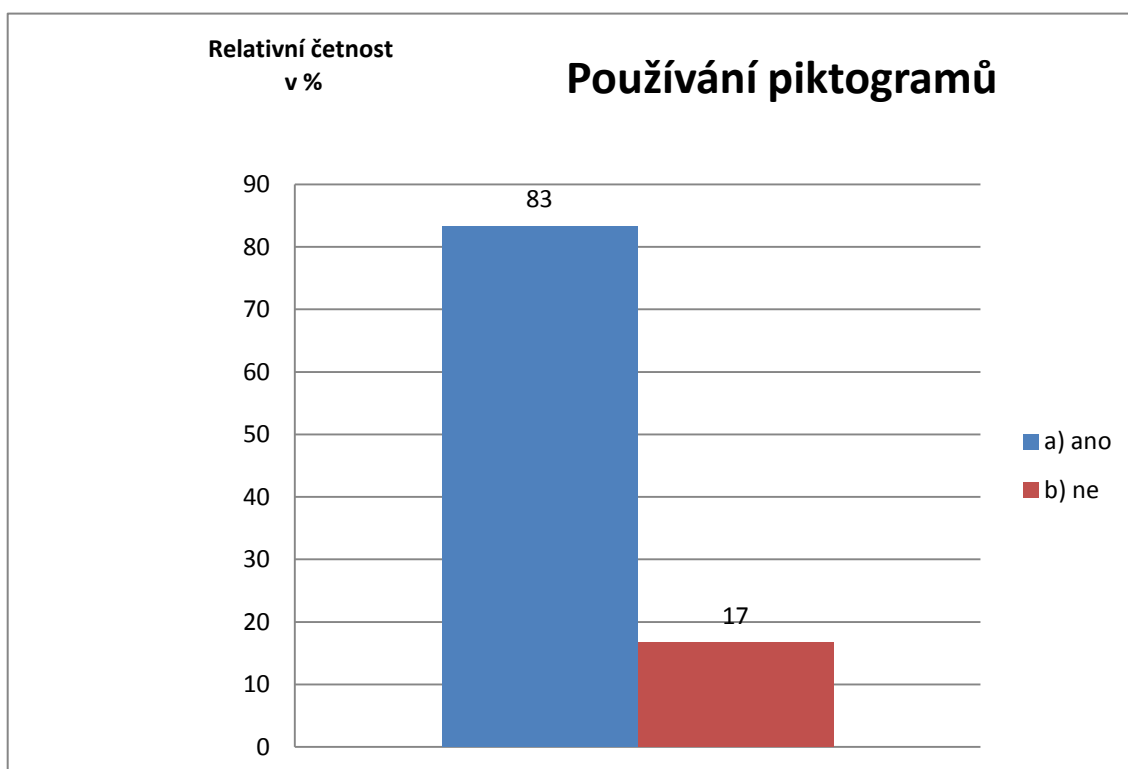
Na otázku 14 **Znáte, co je pojem alternativní komunikace ?** odpovědělo 30 dotázaných (100%) správně náhrada mluvené řeči, 0 (0%) dotázaných odpovědělo špatně.

Odpovědi na otázku 15 **Používáte při práci piktogramy?** jsou uvedeny v následující tabulce 15 a z této tabulky je následně vypracován graf 15 relativních četností těchto odpovědí.

Tabulka 15: Používání piktogramů

<b>15. Používáte při práci piktogramy?</b>	AČ	RČ
a) ano -jaké	25	83
b) ne	5	17
c) nevím	0	0
Součet	30	100

Graf 15: Používání piktogramů



Na otázku 15 **Používáte při práci piktogramy?** odpovědělo 25 dotázaných (83%) ano, 5 (17%) dotázaných ne. Na podotázku „jaké“ byly uváděny nejčastěji odpovědi obrázkové.

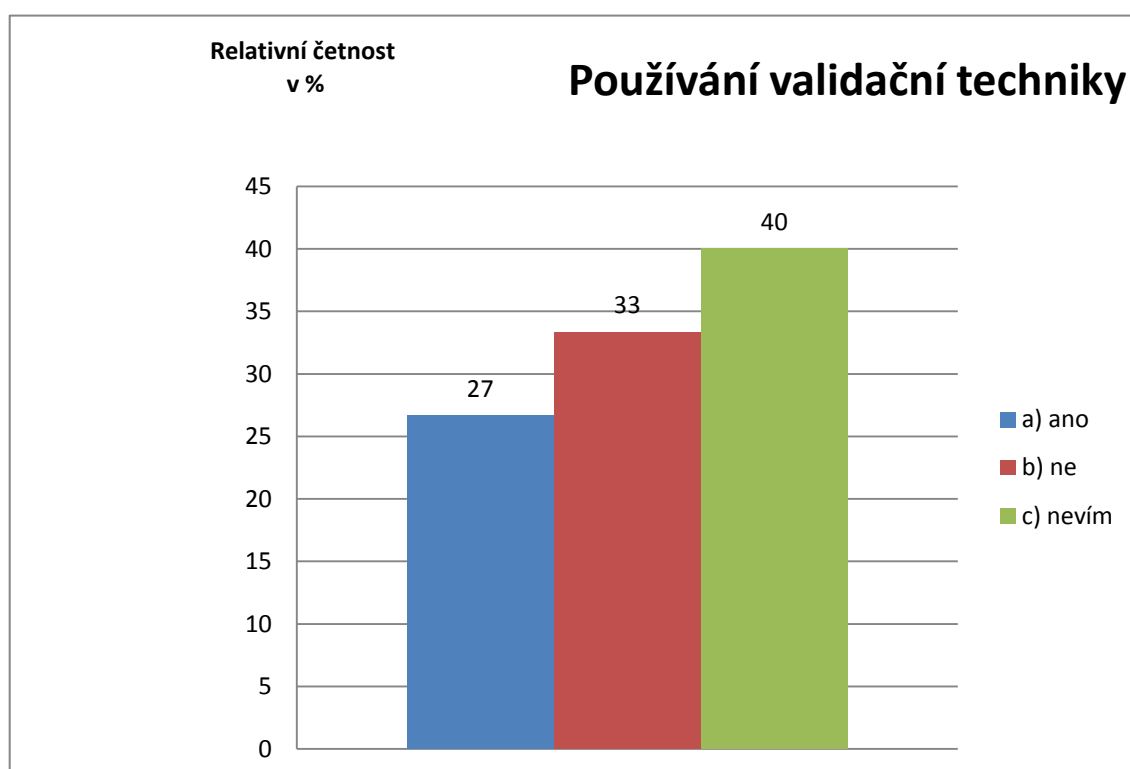


Odpovědi na otázku 16 **Používáte v praxi validační techniky?** jsou uvedeny v následující tabulce 16 a z této tabulky je následně vypracován graf 16 relativních četností těchto odpovědí.

Tabulka 16: Používání validační techniky

<b>16. Používáte v praxi validační techniky?</b>	AČ	RČ
a) ano -jaké	8	27
b) ne	10	33
c) nevím	12	40
Součet	30	100

Graf 16: Používání validační techniky



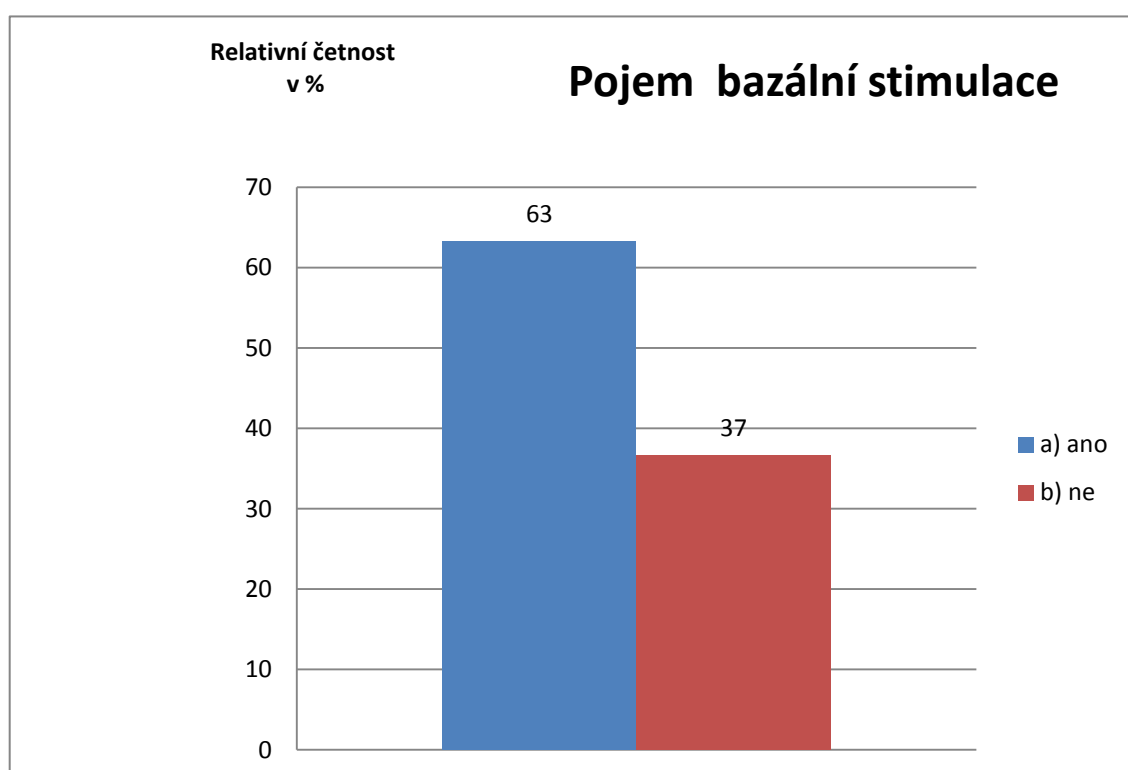
Na otázku 16 **Používáte v praxi validační techniky?** odpovědělo 8 dotázaných (27%) ano, 10 (33%) dotázaných ne a 12 (40%) dotázaných nevím. Na podotázku, jaké byly uváděná nejčastěji odpověď empatie.

Odpovědi na otázku 17 **Znáte pojem bazální stimulace ?** jsou uvedeny v následující tabulce 17 a z této tabulky je následně vypracován graf 17 relativních četností těchto odpovědí.

Tabulka 17: Pojem bazální stimulace

<b>17. Znáte pojem bazální stimulace ?</b>	AČ	RČ
a) ano	19	63
b) ne	11	37
Součet	30	100

Graf 17: Pojem bazální stimulace



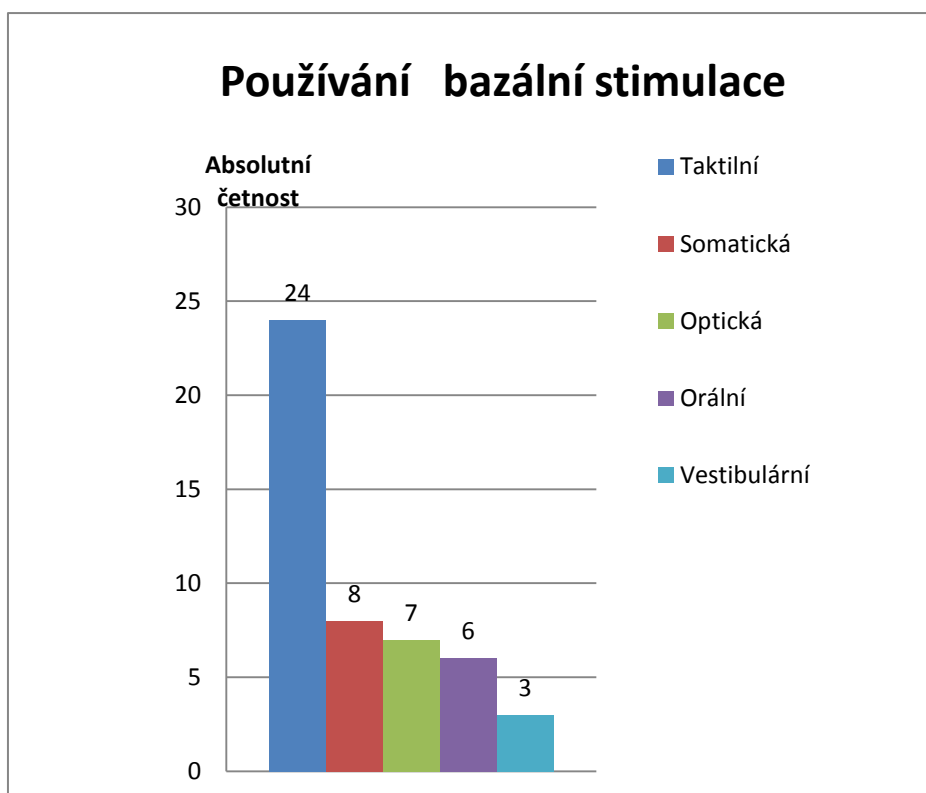
Na otázku 17 **Znáte pojem bazální stimulace ?** odpovědělo 19 dotázaných (63%) ano, 11 (37%) dotázaných ne.

Odpovědi na otázku 18 **Používáte při komunikaci techniky bazální stimulace?** jsou uvedeny v následující tabulce 18 a z této tabulky je následně vypracován graf 18 absolutních četností těchto odpovědí pro odpověď ano, kterou zvolilo 23 (77%) dotázaných, zbývajících 7 (23%) nepoužívá bazální stimulaci.

Tabulka 18: Používání bazální stimulace

<b>18 Používáte při komunikaci techniky bazální stimulace?</b>	AČ
Taktilní	24
Somatická	8
Optická	7
Orální	6
Vestibulární	3

Graf 18: Používání bazální stimulace



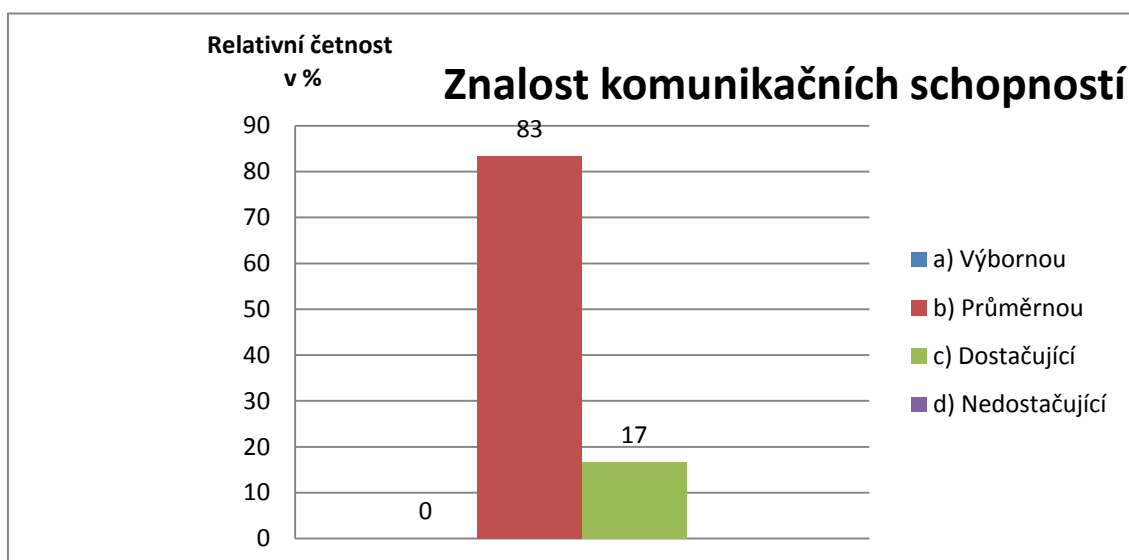
Na otázku 18 **Používáte při komunikaci techniky bazální stimulace?** šlo odpovědět více možnostmi, a proto jsem do grafu použila odpovědi podle absolutní četnosti v pořadí od nejčastější, z které vyplynulo pořadí používaných zásad bazální stimulace.

Odpovědi na otázku 19 **Vaši znalost komunikačních schopností při práci se seniory považujete za?** jsou uvedeny v následující tabulce 19 a z této tabulky je následně vypracován graf 19 relativních četností těchto odpovědí.

Tabulka 19: Znalost komunikačních schopností

<b>19. Vaši znalost komunikačních schopností při práci se seniory považujete za?</b>	AČ	RČ
a) Výbornou	0	0
b) Průměrnou	25	83
c) Dostačující	5	17
d) Nedostačující	0	0
Součet	30	100

Graf 19: Znalost komunikačních schopností



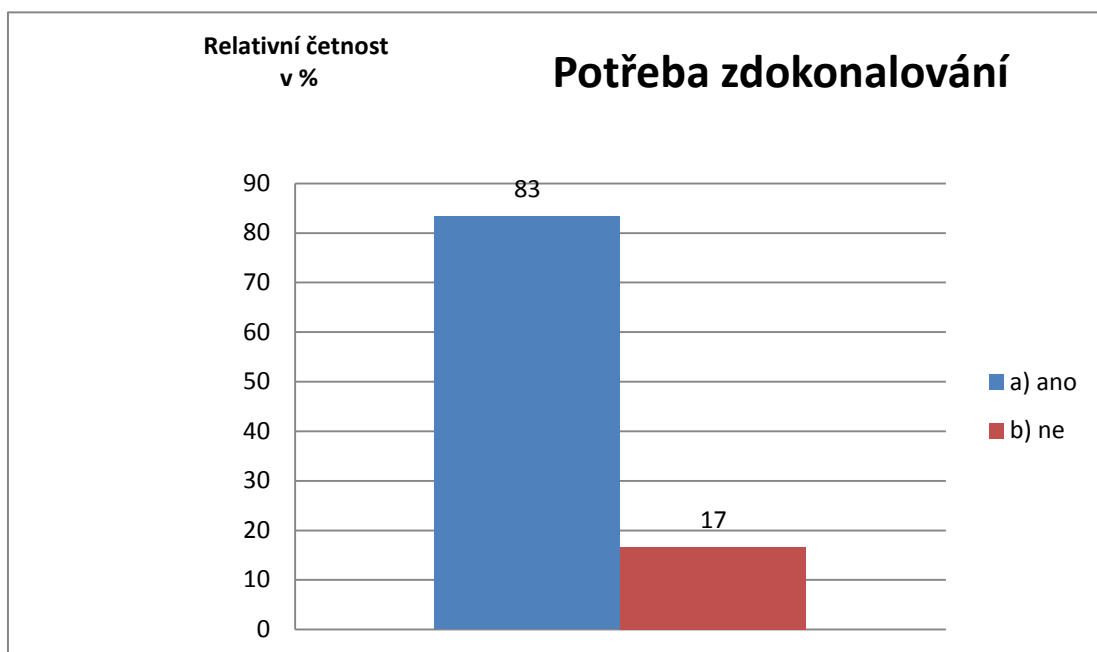
Na otázku 19 **Vaši znalost komunikačních schopností při práci se seniory považujete za?** označilo 25 (83%) dotázaných svoji znalost jako průměrnou a 5 (17%) jako dostačující.

Odpovědi na otázku 20 **Mám potřebu se dále zdokonalovat v komunikaci ?** jsou uvedeny v následující tabulce 20 a z této tabulky je následně vypracován graf 20 relativních četností těchto odpovědí.

Tabulka 20: Potřeba zdokonalování komunikačních schopností

<b>20 Mám potřebu se dále zdokonalovat v komunikaci ?</b>	AČ	RČ
a) ano	25	83
b) ne	5	17
Součet	30	100

Graf 20: Potřeba zdokonalování komunikačních schopností



Na otázku 20 **Mám potřebu se dále zdokonalovat v komunikaci ?** odpovědělo 25 dotázaných (83%) ano, 5 (17%) dotázaných ne. Z odpovědí ano lze sestavit pořadí témat k dalšímu proškolení:

- školení všech oblastí uvedlo 14 dotázaných
- školení v oblasti neverbální komunikace uvedlo 6 dotázaných
- školení v oblasti bazální stimulace uvedly 3 dotázané
- školení v oblasti piktogramů uvedly 2 dotázané
- školení v oblasti motivace klienta uvedly 2 dotázané.

## Závěr

Společenské změny posledního desetiletí ovlivnily výrazně podmínky pro rozvoj péče o seniory v České republice. Nové přístupy v ošetrovatelství, především důsledné uplatňování ošetrovatelského procesu v praxi, zaručují individualizovanou péči zaměřenou na klienta a jeho rodinu, na uspokojování potřeb, na řešení problémů vznikajících v souvislosti s jeho onemocněním nebo se změnou zdravotního stavu. Problémy a potřeba pomoci se zvyrazňují se zvyšujícím se věkem člověka, se ztrátou schopnosti sebezpěče, s osamocněním a často vyžadují odbornou pomoc medicínskou, ošetrovatelskou, sociální. Společným cílem všech poskytovatelů péče je co nejdelší možné setrvání člověka v jeho přirozeném prostředí. V posledním desetiletí se také v České republice rozvíjeli terénní komunitní služby - především domácí péče, která zahrnuje široké spektrum služeb poskytovaných klientovi v jeho vlastním domově. V oblasti vyspělosti techniky a postupů jsou české zdravotnictví, medicína a péče dnes již srovnatelné se zahraničím a také úroveň zabezpečené institucionální péče se postupně zvyšuje. Specializovaná zařízení a oddělení nabízejí svým klientům denní program zahrnující moderní terapeutické techniky-bazální stimulaci a validaci.

Ve zkoumaném souboru pracovníků poskytující přímou sociální péči v DS Zastávka označilo jako nejvyšší dosažené vzdělání 13% základní, 53% střední vzdělání v sociálním nebo zdravotním oboru, 27% střední vzdělání v jiném oboru a 7% dotázaných SOU. Vysokoškolské vzdělání v sociálním nebo zdravotním oboru, popř. v jiném oboru neuvedla žádná z dotázaných. Délku praxe méně než 5 let uvádí 50% dotázaných, v rozsahu 5-10 let 23%, v rozsahu 11-15 let 7%, v rozsahu 16-20 let 17% dotázaných a 3% respondentů více než 21 let. Průměrná doba praxe v oboru byla ve sledovaném souboru 7,5 let. V rámci péče o seniory s demencí spolupracuje 97% dotázaných s odborným lékařem a 3% s pracovníkem OSSZ v rámci vyplácení důchodů a příspěvku na péči. Z odpovědí respondentek vyplynulo následující pořadí používaných aktivizačních metod pro osoby s Alzheimerovou chorobou:

- 1) canisterapie
- 2) trénink paměti a reminiscenční terapie
- 3) rekreační aktivity (procházky, posezení s přáteli, výlety)
- 4) aktivity všedního dne (vaření, péče o vzhled) a ergoterapie
- 5) orientace v realitě
- 6) trénink poznávacích funkcí.

Nejčastěji se senioři dobrovolně zúčastňují následujících aktivizačních metod:

- 1) canisterapie
- 2) rekreační aktivity (procházky, posezení s přáteli, výlety)
- 3) reminiscenční terapie
- 4) aktivity všedního dne (vaření, péče o vzhled)
- 5) ergoterapie
- 6) trénink paměti.

Při práci s klienty pomáhá spolupráce se členy rodiny 83% dotázaných, 17% ne.

Za nejčastější problémy (dotazy), se kterými se obracejí rodinní příslušníci v rámci poradenské péče na sociálního pracovníka odpovědělo 70% dotázaných změny nálady nemocného, 20% obtížné rozhodování a 10% bezpečnost v pokoji nemocného. Žádná z dotázaných pracovníků nemá problémy při komunikaci s klienty. V rámci svých znalostí dokáže vždy odborně konzultovat a nabídnout postup řešení problému týkající se osob s demencí 67% dotázaných, 33% dotázaných nikoliv. Pokud samy neumí odborně konzultovat a nabídnout postup řešení problému týkající se osob s demencí, volí jako další postup nejčastěji:

- 1) účast na odborných seminářích a kurzech
- 2) konzultaci problému s jiným odborným pracovníkem (lékařem)
- 3) vyhledání dané problematiky v odborné literatuře, časopise
- 4) neřešení problému.

Obrázek vyjadřující správný postoj při komunikaci s pacientem a definici verbální komunikace poznalo správně 100% dotázaných.

Při práci s klienty trpící demencí používají nejčastěji pracovníce následující zásady verbální komunikace:

- 1) krátké věty
- 2) zřetelná artikulace
- 3) oční kontakt
- 4) dostatečný čas na odpověď
- 5) rozhovor s 1 klientem
- 6) otázka typu ano-ne
- 7) trpělivost
- 8) nevyvracet klientovi realitu
- 9) nekřičet.

Pojem alternativní komunikace = náhrada mluvené řeči zná 100% dotázaných. Při práci používá piktogramy 83% dotázaných, 17% pracovníků ne. V praxi používá validační techniky odpovědělo 27% dotázaných, 33% ne a 40% dotázaných neví, zda je používá. Pojem bazální stimulace bylo schopno správně popsat 63% dotázaných, 37% nikoliv.

Sociální pracovníci používají v praxi při komunikaci nejčastěji následující techniky bazální stimulace:

- 1) Taktilní – komunikace pomocí hmatu.
- 2) Somatická- komunikace pomocí vjemů z povrchu těla
- 3) Optická- komunikace pomocí zrakového kontaktu
- 4) Orální- komunikace pomocí chutě
- 5) Vestibulární- komunikace změnou polohy.

Svoji znalost komunikačních schopností při práci se seniory považuje za průměrnou 83% dotázaných a 17% jako dostačující. Další potřebu se zdokonalovat v komunikaci má 83% dotázaných, 17% dotázaných ne.

Z výsledků dotazníků vyplynulo, že základní pojmy sice zná každá z dotázaných sociálních pracovníků, ale pojem bazální stimulace již dokázalo vysvětlit pouze 63% dotázaných a validační techniky používá v praxi jenom 27 % pracovníků. Třetina dotázaných není vždy schopna odborně konzultovat a nabídnout postup řešení problému týkající se osob s demencí, ale je pozitivní, že mají snahu najít správný postup při další účasti na odborných seminářích a kurzech, hledá danou problematiku v odborné literatuře a konzultuje problém s jiným odborným pracovníkem.

Cíle práce se podařilo naplnit, protože můžeme zhodnotit, že základní pojmy pracovníci ovládají, ale podrobná znalost validačních technik a technik bazální stimulace již není standardní pro všechny pracovníci. Svoji úroveň znalostí si však uvědomují a označují ji jako průměrnou nebo dostačující a 83% dotázaných chce svoje znalosti dále zdokonalovat. Samy navrhuji další proškolení především v oblasti neverbální komunikace, bazální stimulace, použití piktogramů v praxi a v oblasti motivace klienta.



## **Anotace**

Anotace: Bakalářská práce se zabývá formami a možnostmi komunikace se seniory trpící demencí. Skládá se z teoretické a praktické části. V teoretické části práce jsou na základě poznatků z odborné literatury vymezeny pojmy jako demence, verbální a neverbální forma komunikace, bazální stimulace a validace. Praktická část zahrnuje deskriptivní kvantitativní výzkum, který byl prováděn u pracovníků DS Zastávka poskytující sociální péči pacientům trpící demencí. Jeho cílem bylo zjistit, jaké vědomosti mají pracovníci v sociálních službách v oblasti komunikace, jak je využívají v praxi a zda chtějí a potřebují další vzdělávání.

Abstract: The bachelor thesis deals with the forms and possibilities of communication with the seniors suffering from dementia. It consists of theoretical and practical parts. The theoretical part is based on findings of terms such as dementia, verbal and nonverbal form of communication, basal stimulation and validation. The practical part includes a descriptive quantitative research which was carried out workers providing social care to patients suffering from dementia in the DS Zastávka. Its aim was to determine what knowledge the workers in social services have in the field of communication, how they use this knowledge in real life and whether they will want and need next education.

## Informační zdroje

### Zákony:

*Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*

### Použitá literatura

Exnerová, S. *Komunikační dovednosti*. Liberec : Technická univerzita, 2008. ISBN 978-80-7372-357-6

Friedlová, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. s. ISBN 978-80-247-1314-4

Haškovcová, H. *Fenomén stáří*. Praha, 2010, ISBN 928-80-87109-19-1

Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Edice Vážka, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

Jiráček R., Obenberger J., Preiss M., *Alzheimerova choroba*, Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-88-8

Koukolík F., Jiráček R., *Diagnostika a léčení syndromu demence*, Grada Publishing 1999, ISBN 80-7169-716-8

Mühlpachr, P. (ed.) *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno: Masarykova univerzita, 2006, ISBN 80-86633-62-4

Müllerová, S., *Komunikační dovednosti*. Liberec : Technická univerzita, 2000. ISBN 80-7083-475-7

Zgola J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

### Internetové zdroje:

<http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/vyskyt-demence>

[http://www.ddzastavka.unas.cz/01\\_Informace\\_o\\_DD](http://www.ddzastavka.unas.cz/01_Informace_o_DD)

<http://www.janssen->

[cilag.cz/disease/detail.jhtml?itemname=dementia\\_about&product=none](http://www.cilag.cz/disease/detail.jhtml?itemname=dementia_about&product=none)

[http://is.muni.cz/th/105566/pedf\\_m/](http://is.muni.cz/th/105566/pedf_m/)

<http://www.mpsv.cz/cs/10044>

<http://www.psych.lf1.cuni.cz/bp/8.2.htm>

<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/vaskularni-demence-443553>

## Odkazový aparát

- [1] Jirák R., Obenberger J., Preiss M., *Alzheimerova choroba*, Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-88-8
- [2] Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Edice Vážka, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.
- [3] Koukolík F. „Jirák R., *Diagnostika a léčení syndromu demence*, Grada Publishing 1999, ISBN 80-7169-716-8
- [4] ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST [online] [cit. 2011-11-03]. . Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/vyskyt-demence>
- [5] Zgola J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9.
- [6] Vaskulární demence- autor- Doc. MUDr. Roman Jirák, CSc [online] 2009 [cit. 2011-11-13] Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/vaskularni-demence-443553>
- [7] Autor neuveden [online] [cit. 2011-11-18]  
Dostupné z: <http://www.psych.lf1.cuni.cz/bp/8.2.htm>
- [8] Horehled, P. *Analýza komplexní péče o seniory* [online]. 2008 [cit. 2012-04-03]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Pavel Mühlpachr. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/105566/pedf\\_m/](http://is.muni.cz/th/105566/pedf_m/)
- [9] *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. Praha: MPSV, 2006.
- [10] Mühlpachr, P. (ed.) *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno: Masarykova univerzita, 2006, ISBN 80-86633-62-4
- [11] Autor: MPSV [online] 2010 [cit. 2011-12-13] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/10044>
- [12] Müllerová, S., *Komunikační dovednosti*. Liberec : Technická univerzita, 2000. ISBN 80-7083-475-7
- [13] Haškovcová, H. *Fenomén stáří*. Praha, 2010, ISBN 928-80-87109-19-1
- [14] Exnerová, S. *Komunikační dovednosti*. Liberec : Technická univerzita, 2008 .ISBN 978-80-7372-357-6
- [15] Autor neuveden [online] [cit. 2011-11-18] Dostupné z: [http://www.janssen-cilag.cz/disease/detail.jhtml?itemname=dementia\\_about&product=none](http://www.janssen-cilag.cz/disease/detail.jhtml?itemname=dementia_about&product=none)
- [16] Friedlová, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. s. ISBN 978-80-247-1314-4
- [17] Autor neuveden [online] [cit. 2011-11-18] Dostupné z: [http://www.ddzastavka.unas.cz/01\\_Informace\\_o\\_DD](http://www.ddzastavka.unas.cz/01_Informace_o_DD)

## **Seznam použitých zkratk**

**AACD** - Age Associated CognitivDecline -věkově podmíněný pokles kognitivních funkcí

**AČ** - absolutní četnost-počet respondentů, který na danou otázku odpověděl.

**AN** - Alzheimerova choroba

**BPSD** - Behavioral and psychological symptoms of dementia - behaviorální a psychologické symptomy demence

**CJN** - Creutzfeld – Jacobova nemoc

**DS** - Domov seniorů

**GDS** - Global Deterioration Scale- posouzení hloubky a stupně progrese demence dle Reisberg a kol.vytvořená v roce1982

**MCI** - Mild Cognitiv Impairment - mírná kognitivní porucha

**MID** - Multiinfarktová demence

**MMSE** - Mini Mental State Examination- test psychických funkcí

**RČ** - relativní četnost-vypočtený procentuální podíl z celkového souboru 30 dotázaných.

**VD** - Vaskulární demence

## Seznam příloh

### Příloha č. 1 :Dotazník pro pracovníky poskytující přímou sociální péči v DS

#### Zastávka u Brna

Jmenuji se Hana Rutmárová. Studuji na Institutu mezioborových studií v Brně. Ráda bych Vám předložila dotazník a poprosila o jeho vyplnění. Dotazník bude sloužit k vypracování bakalářské práce, je zcela anonymní a všechny získané informace budou sloužit pro studijní účely. Označte kroužkem prosím pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak, popř. doplňte odpověď na vynechané místo.

Děkuji za vyplnění

Hana Rutmárová

#### 1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní vzdělání
- b) střední vzdělání v sociálním nebo zdravotním oboru
- c) střední vzdělání v jiném oboru
- d) vysokoškolské vzdělání v sociálním nebo zdravotním oboru
- e) vysokoškolské vzdělání v jiném oboru
- f) jiné, pokud ano jaké .....

#### 2. Jak dlouho toto zaměstnání vykonáváte?

- a) Méně než 5 let
- b) 5 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) 21 let a více

**3. S kým spolupracujete v rámci péče o seniory s demencí?**

- a) s odborným lékařem – neurologem, psychiatrem...
- b) se speciálním pedagogem
- c) s psychologem
- d) s terapeutem pracující v oblasti speciální pedagogiky ( artterapeutem...)
- e) s pracovníkem OSSZ v rámci vyplácení důchodů, příspěvku na péči
- f) s pracovníkem zdravotní pojišťovny-v rámci vyplácení příspěvků na zdravotní pomůcky
- g) s policií
- h) s odborným pracovníkem výše neuvedeným

**4. Jaké aktivizační metody používáte pro osoby s Alzheimerovou chorobou při Vaší práci s klientem?**

- a) trénink paměti
- b) orientace v realitě
- c) trénink poznávacích funkcí
- d) reminiscenční terapie
- e) aktivity všedního dne (vaření, péče o vzhled)
- f) rekreační aktivity (procházky, posezení s přáteli, výlety)
- g) arteterapie v širším slova smyslu
- h) ergoterapie
- i) canisterapie

**5. Kterých z výše uvedených aktivit se nejčastěji seniory dobrovolně zúčastňují?**

.....

**6. Pomáhá Vám při práci s klienty spolupráce se členy rodiny?**

- a) ano
- b) ne

**7. S jakými problémy - dotazy se na Vás nejčastěji obrazejí rodinní příslušníci v rámci poradenské péče?**

- a) bezpečnost v pokoji nemocného (odstranění klíčů ze zámků od dveří, zabránění v přístupu k oknům, na balkón...)
- b) změny nálady nemocného (depresivní nálady z příznaků demence, odmítání demence, podezíravost, halucinace)
- c) obtížné rozhodování (hospodaření s penězi nemocného)

**8. Dokážete vždy v rámci svých znalostí odborně konzultovat a nabídnout postup řešení problému týkající se osob s demencí?**

- a) ano
- b) ne

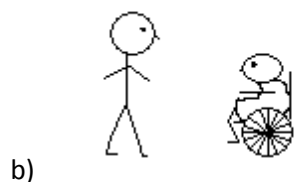
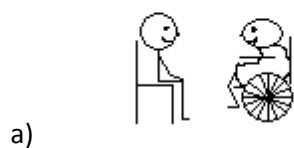
**9. Pokud je odpověď záporná:**

- a) konzultujete problém dále s odborným pracovníkem (lékařem, sociálním pracovníkem)
- b) obracíte se na odbornou literaturu, časopisy
- c) zúčastňujete se odborných seminářů a kurzů, školení
- d) nehledáte řešení problému

**10. Máte problémy při komunikaci s klienty ?**

- a) ne
- b) ano - jaké.....

**11. Který obrázek vyjadřuje správný postoj při komunikaci s pacientem?**



**12. Znáte, co je pojem verbální komunikace ?**

- a) mimika
- b) slovní komunikace
- c) gesta
- d) nevím

**13. Které zásady verbální komunikace používáte při práci s klienty trpící demencí ?**

.....

.....

.....

.....



**14. Co je to alternativní komunikace ?**

- a) druh verbální komunikace
- b) konverzace
- c) náhrada mluvené řeči
- d) nevím

**15. Používáte při práci piktogramy?**

- a) ano -jaké.....
- b) ne
- c) nevím

**16. Používáte v praxi validační techniky?**

- a) ano -jaké.....
- b) ne
- c) nevím

**17. Znáte pojem bazální stimulace ?**

- a) ano – je to  
.....  
.....  
.....
- b) ne

**18. Používáte při komunikaci techniky bazální stimulace?**

- a) ano-jaké  
.....  
.....  
.....
- b) ne

**19. Vaši znalost komunikačních schopností při práci se seniory považujete za?**

- a) Výbornou
- b) Průměrnou
- c) Dostačující
- d) Nedostačující

**20. Mám potřebu se dále zdokonalovat v komunikaci ?**

- a) ano – jaké techniky

.....  
.....  
.....

- b) ne

**Děkuji za vyplnění dotazníku**