

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Znalosti rodiny pacienta s Alzheimerovou chorobou o specifikách
vzájemné komunikace**

Bakalářská práce

Vedoucí práce
Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

2008

Autor
Irena Černá

Abstract

Alzheimer's disease belongs to the most common forms of dementia. The occurrence of this disease rises with increasing life expectancy of population. The more serious the disease is the lower and more difficult is the possibility of patients to communicate with other people. Close relatives usually bear this situation with difficulties. The nurse should both be involved in the treatment and education of patients' families.

In my work I focused on mutual communication between Alzheimer's disease patients and their families. The aim of this work was to find out if family members are informed on specifics concerning communication with the patients and are interested in getting more information. The first hypothesis was based on the fact that family members do not know how to communicate with their close relatives suffering from Alzheimer's disease and the second hypothesis was that family members are interested in getting more information on mutual communication.

Quantitative research methods such as questioning and questionnaires for collecting data were used to analyse the work. Ninety-six respondents were asked. All of them were family members of Alzheimer's disease patients who have been accommodated in Prácheň sanatorium in Písek and in Loucký mlýn. All data collected were analysed and projected into graphs. As a result, the first hypothesis was refuted and the second was proved. Family members know how to communicate with Alzheimer's disease patients but, at the same time, they are interested in further information on this problem.

The conclusions of this work will be used for further education of family members of Alzheimer's disease patients. I will organise professional seminars in both sanatoria, in Písek and Loucký mlýn. This way I would like to contribute to better communication between patients and their families.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Znalosti rodiny pacienta s Alzheimerovou chorobou o specifikách vzájemné komunikace*“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné databázi STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích a na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 2.5.2008

.....

podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a vstřícnost při psaní této práce. Ráda bych také poděkovala své rodině za trpělivost, kterou se mnou měla. Zvláštní poděkování patří rodinným příslušníkům pacientů s Alzheimerovou chorobou za ochotu zúčastnit se průzkumu, čímž umožnili, aby tato práce vůbec vznikla.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| 1. Současný stav..... | 4 |
| 1.1 Alzheimerova choroba..... | 4 |
| 1.1.1 Neurobiologie Alzheimerovy choroby..... | 5 |
| 1.1.2 Klinický obraz Alzheimerovy choroby | 5 |
| 1.1.2.1 Stádia Alzheimerovy choroby..... | 6 |
| 1.1.3 Diagnostika Alzheimerovy choroby | 7 |
| 1.1.4 Terapie Alzheimerovy choroby | 8 |
| 1.1.4.1 Farmakologická léčba..... | 8 |
| 1.1.4.2 Nefarmakologická léčba | 9 |
| 1.1.5 Péče o pečující o pacienty s Alzheimerovou chorobou | 10 |
| 1.2 Komunikace..... | 11 |
| 1.2.1 Verbální komunikace | 12 |
| 1.2.2 Neverbální komunikace..... | 13 |
| 1.2.3 Zásady komunikace s pacientem s Alzheimerovou chorobou | 14 |
| 1.2.4 Komunikační bariéry u pacienta s demencí | 17 |
| 1.2.5 Zvláštnosti v komunikaci s pacientem s Alzheimerovou chorobou | 18 |
| 1.3 Edukace..... | 21 |
| 1.3.1 Zásady výuky..... | 22 |

| | |
|--|-----------|
| 1.3.2 Aspekty výuky | 23 |
| 1.3.3 Edukační proces | 23 |
| 1.3.4 Edukace rodinných příslušníků pacientů s Alzheimerovou chorobou | 24 |
| 2. Cíle práce a hypotézy | 25 |
| 2.1 Cíle práce | 25 |
| 2.2 Hypotézy | 25 |
| 3. Metodika | 26 |
| 3.1 Použité metody | 26 |
| 3.2 Charakteristika zkoumaného souboru | 26 |
| 4. Výsledky | 27 |
| 5. Diskuse | 42 |
| 6. Závěr | 48 |
| 7. Seznam použitých zdrojů | 49 |
| 8. Klíčová slova..... | 51 |
| 9. Přílohy | 52 |

Úvod

Alzheimerova choroba patří mezi nejrozšířenější formu demence. S prodlužujícím se věkem a rostoucím podílem starších osob v populaci se její výskyt trvale zvyšuje. Nyní postihuje asi 5 % populace starší 65 let a 20 % populace starší 80 let. V České republice je to kolem 80 000 postižených.

Alzheimerova demence se projevuje postupným zhoršováním duševních schopností, zejména paměti a schopnosti komunikovat s ostatními, ztěžuje a nakonec znemožňuje vykonávání běžných denních aktivit.

Tato choroba zásadně mění nejen život pacienta, ale i celé jeho rodiny. Ta se často s nezvyklým chováním a jednáním svého blízkého obtížně vyrovnává. Přitom zájem a zapojení rodiny do péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou je velmi důležité a žádoucí. Úlohou sestry je pečovat nejen o pacienta, ale i zapojovat do péče a edukovat také jeho rodinu.

Pracuji již deset let jako sestra v Prácheňském sanatoriu - sanatoriu pro seniory, nejprve jako sestra u lůžka, nyní jako vrchní sestra. Naše sanatorium tvoří dvě zařízení, z nichž jedno je přímo zaměřené na klienty trpící Alzheimerovou chorobou či jinými typy demence. I v druhém našem zařízení je značná část klientů tvořena lidmi trpícími Alzheimerovou nebo jinou formou demence. Ze své zkušenosti vím, jak je někdy těžké navázat a udržet kontakt - komunikovat s pacienty s Alzheimerovou chorobou.

Všímám si mimo jiné i rodinných příslušníků našich klientů, četnosti jejich návštěv a také chování rodin při návštěvách svých blízkých. Část z našich klientů je navštěvována jen sporadicky, dále se setkávám s tím, že některé návštěvy trvají velmi krátce, někdy probíhají mlčky a jindy se mi vyslechnuté rozhovory nezdají být vhodně vedené. Na základě těchto pozorování jsem dospěla k názoru, že členové rodin pacientů trpících Alzheimerovou chorobou neví, jak se svými blízkými komunikovat. A toto byl také důvod k vybrání tématu mé bakalářské práce. Zajímalo mě, zda rodinní příslušníci chtějí zlepšit komunikaci se svými blízkými trpícími Alzheimerovou chorobou a zda mají zájem o edukaci v této oblasti.

1. Současný stav

1.1 Alzheimerova choroba

„Alzheimerova choroba je chronické progredující degenerativní onemocnění, které se projevuje difúzní atrofií mozku. Vede vždy k demenci a výrazně zkracuje život pacienta“ (21, s. 133).

„Demence je syndrom, charakterizovaný úbytkem kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, který vzniká v průběhu života, po plném rozvinutí těchto funkcí“ (20, s. 109). Syndrom demence zpravidla zahrnuje tyto příznaky: výrazné snížení intelektu, poruchy paměti, poruchy orientace, poruchy soudnosti a schopnosti abstraktního myšlení, poruchy pozornosti a motivace, poruchy chápání, poruchy chování, poruchy emotivity, degradaci osobnosti (9).

Alzheimerova choroba je nejčastějším typem demence. Tvoří 50-60 % všech demencí a dalších 15 % je smíšené atroficko-vaskulární etiologie. Objevuje se u 2-3 % lidí ve věku 65-69 let. Výskyt této choroby se pak každých dalších 5 let přibližně zdvojnásobí. Se zvyšujícím se věkem výskyt Alzheimerovy demence prudce stoupá. Vyšší procento žen mezi pacienty s Alzheimerovou demencí souvisí pravděpodobně s jejich delší průměrnou délkou života (21).

Alzheimerova choroba se dělí na presenilní formu (forma se začátkem klinické symptomatiky do 65 let) a formu senilní (začátky projevů nemoci po 65. roce). Někdy se Alzheimerova choroba vyskytuje u více členů rodiny, uplatňují se zde dědičné vlivy, jedná se o familiární formu Alzheimerovy nemoci. Tato forma choroby je velmi vzácná a vyskytuje se častěji v mladším věku (po 50. roce věku). Většina případů Alzheimerovy choroby nemá zjištěné genetické faktory, nevyskytuje se familiárně, jedná se o sporadickou formu nemoci (11, 19).

Etiologie Alzheimerovy choroby není zatím objasněna, je zřejmě multifaktoriální. Zjišťují se odchylky na některých chromozomech, existuje určitá souvislost mezi Alzheimerovou chorobou a Downovou chorobou, nevylučuje se možný podíl infekce priony a toxické vlivy (22).

1.1.1 Neurobiologie Alzheimerovy choroby

Alzheimerova nemoc se projevuje kortiko-subkortikální atrofíí, přičemž rozsah atrofie nemusí odpovídat stupni demence. Makroskopicky lze nalézt ztenčení mozkové kůry, rozšířené sulky, rozšířené jsou i komory mozkové.

Mikroskopicky jsou patrné extracelulární a intracelulární změny. Nejdůležitější extracelulární patologickou změnou je ukládání bílkoviny beta-amyloidu. Tyto bílkoviny tvoří shluky, kolem kterých vzniká komplex neurodegenerativních procesů. Tímto způsobem vznikají útvary, které se nazývají Alzheimerovské plaky. V jejich okolí dochází následně k dalším degenerativním procesům (20).

Nejzávažnější intracelulární změnou je degenerace tau-proteinu. Jde o bílkovinu, která je spojená s neuronálními vlákny. Mikrotubuly tau-proteinu jsou patologicky změněny, vlákna jsou zkracována, tím dochází ke ztrátě jejich funkce a tvorbě neuronálních uzlíčků-tangles. To vede k zániku postižených neuronů (20).

Dále je postižen také systém neurotransmiterů - chemických posílů, což má za následek zhoršení až znemožnění komunikace mezi jednotlivými neurony navzájem. V důsledku uvedených změn dochází k poruše kognitivních funkcí a rozvoji klinického obrazu demence (19).

1.1.2 Klinický obraz Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba se vyvíjí nejčastěji pomalu a plíživě. Choroba mívá plynule postupující charakter, někdy se objevují fáze zdánlivého zastavení či zpomalení průběhu choroby, po určitém čase dochází opět k progresi onemocnění. Dochází ke globálnímu postižení kognitivních funkcí, postupné ztrátě schopnosti vykonávat běžné aktivity denního života s častým výskytem poruch chování (20).

Klinická manifestace demence je ve většině případů předcházena stavem, kterému se říká lehká porucha poznávacích funkcí (mild cognitive impairment). Tato porucha se vyznačuje tím, že je přítomna porucha paměti, která však nedosahuje stupně demence. Vzájemně se neovlivňuje s běžnými životními aktivitami, nejsou přítomny

poruchy aktivit denního života. Ne všechny případy mild cognitive impairment představují preklinické stádium Alzheimerovy choroby (11).

1.1.2.1 Stádia Alzheimerovy choroby

Průběh Alzheimerovy choroby se rozděluje do tří stádií. Pro každé období jsou charakteristické určité příznaky, přičemž některé z nich se mohou objevit v kterémkoli stádiu, zatímco jiné se nemusí vyskytnout vůbec (12).

Počáteční stádium trvá 2 - 4 roky. Může se velmi snadno přehlédnout díky tomu, že se dává do souvislosti s procesem stárnutí. U postiženého se projevují poruchy paměti, především krátkodobé, dochází ke zpomalení tempa myšlení, ke zhoršení koncentrace. Objevují se problémy s vyjadřováním, častá je porucha orientace v čase a prostoru, nemocný se většinou těžko rozhoduje. Obvyklá je také ztráta zájmu o koníčky a oblíbené činnosti. U pacientů dochází ke ztrátě iniciativy a průbojnosti. V tomto období si pacient tyto potíže často uvědomuje a může na ně reagovat depresivní náladou, úzkostí, smutkem nebo vztekem (2, 19).

Střední stádium je nejdelší, obvykle trvá 2 - 10 let. Je charakterizováno zvýrazňováním problémů, které stále více znesnadňují nemocnému i jeho okolí každodenní život. Postižený má výrazné výpadky paměti, včetně jmen členů vlastní rodiny. Prohlubují se problémy s orientací - nemocný má potíže orientovat se nejen venku, ale i ve vlastním bytě. Pacient může zaměňovat současnost s minulostí, mohou se vyskytnout bludy nebo halucinace. Dochází ke snížené schopnosti postarat se sám o sebe - sestra pomáhá pacientům například při osobní hygieně nebo při oblékání. Objevuje se apraxie (nešikovnost), emotivita se oplošťuje, mizí náhled pacienta na chorobu (2, 19, 22).

Třetí stádium trvá 1 - 3 roky a je charakterizováno vysokým stupněm závislosti na pomoci druhých osob. Nemoc způsobuje výrazné zhoršení tělesného stavu. Dochází ke zhoršení chůze - až k upoutání na lůžko. Nemocný má problémy s příjmem potravy, objevuje se inkontinence moči i stolice, významné poruchy chování. Ztráta paměti je velmi pokročilá, pacient není schopen poznat své blízké, ani členy vlastní rodiny. Pacienti přestávají být schopni číst, psát, smysluplně verbálně komunikovat s okolím.

Někdy bývá nápadná kachektizace a svalová atrofie, při nesprávné péči dochází k rozvoji dekubitů a hydrostatických pneumonií (11, 12, 19).

Alzheimerova choroba trvá zpravidla několik let, výjimečně více než 10 let od objevení se prvních klinických příznaků. Presenilní formy s familiárním výskytem mívají zpravidla rychlejší průběh. Pacienti umírají na interkurentní choroby, úrazy, selhání základních životních funkcí (9).

„Vcelku lze Alzheimerovu chorobu charakterizovat jako progredientní demenci s dominujícími mnestickými a intelektovnými poruchami, s výrazným úpadkem osobnosti a s častými asociovanými poruchami dalších psychických funkcí“ (9, s.126).

1.1.3 Diagnostika Alzheimerovy choroby

Na klinické úrovni je možné určit diagnózu pouze pravděpodobné, nikoli jisté Alzheimerovy choroby. Stanovuje se tzv. diferenciální diagnóza - po vyloučení ostatních možných onemocnění, které se projevují obdobnými příznaky (19).

Pro Alzheimerovu chorobu je typický plíživý rozvoj demence bez výraznějšího kolísání stavu. Brzy dochází ke ztrátě náhledu choroby a k degradaci osobnosti. Při diagnostice se hodnotí klinický obraz, průběh choroby i objektivní anamnestické údaje poskytnuté rodinnými příslušníky nebo pečovateli pacienta. Používají se testové metody, například MMSE (Mini-Mental State Examination), s jejich pomocí se zjišťuje časová a místní orientace, aktuální vstíplivost paměti, vybavnost paměti, schopnost pojmenovávat předložené předměty a chápání a realizování jednoduchých příkazů. Testy však nejsou specifické pro Alzheimerovu chorobu. Zobrazovací metody (počítačová tomografie, nukleární magnetická rezonance) zpravidla ukáží obraz kortikosubkortikální atrofie bez dalších změn. Ne vždy však musí být u rozvinuté Alzheimerovské demence přítomen nálezný rozsáhlý kortikosubkortikální atrofie. Biochemické, hematologické a serologické testy pomáhají vyloučit sekundární demence. Vyšetření očního pozadí vyloučí jiné organické poškození mozku (11, 22).

1.1.4 Terapie Alzheimerovy choroby

Hlavním úkolem léčby je umožnit co nejdelší setrvání pacienta v domácí péči v kruhu rodiny a zachovat či zlepšit schopnost sebeobsluhy a kvalitu provádění běžných denních aktivit.

Léčení Alzheimerovy demence, jako všech onemocnění, by mělo být komplexní. Terapie by kromě podávání farmak měla zahrnovat: úpravu životosprávy, kompenzaci ostatních somatických onemocnění, pokud se u pacienta vyskytují, léky, vitamíny, dostatek tekutin a rehabilitaci. U pacientů v domácí péči sestra doporučí pečovateliům dohlížet na zdravý životní režim. Je třeba dbát na dostatek spánku v noci a naopak činnosti během dne. Je vhodné zařadit pravidelné denní aktivity, např. pobyt venku, péče o domácí zvíře, práce na zahradě. Instituovaní pacienti jsou v péči ergoterapeutů, kteří je zaměstnávají během dne, např. kondiční ergoterapií (k rozvíjení a udržení stávajících schopností pacientů, např. ručními pracemi, vařením), pet-terapií, muzikoterapií, reminiscenční terapií, bazální stimulací, taneční a pohybovou terapií, tréninkem paměti a kinezioterapií (cílené působení pohybu na psychiku pacientů) (5).

Dalším aspektem, na který sestra dohlíží a pečovateliům doporučuje, je příjem tekutin a kvalitní stravy. Lidé s demencí si často nevzpomenou, že se mají napít, a tak může dojít k dehydrataci s následnými komplikacemi, od stavů zmatenosti po mozkové příhody. Důležitá je strava bohatá na obsah všech základních živin a dostatek vitamínů, na což pacienti také často zapomínají, mají sklon ke stereotypnímu jídelníčku. Úkolem sestry nebo pečovatele je nejen pacientům jídlo a pití podat, ale také dohlédnout na jejich konzumaci (14).

1.1.4.1 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba se dělí na kognitivní (ovlivňující především poznávací funkce – paměť, intelekt, motivaci) a nekognitivní (ovlivňující chování, emoce, spánek).

Kognitivní farmakoterapie je základní, i když zatím není kauzální. U lehkých až středních forem se používají inhibitory acetylcholinesteráz. Podávání těchto látek vede

ke zvýšení acetylcholinergní transmise a tím ke zlepšení kognitivních i nekognitivních funkcí. Z dalších preparátů se využívají nootropika (zvyšují využití glukózy a kyslíku v poškozených nervových buňkách a tím zvyšují jejich výkonnost), vitamíny E a C, preparáty z jinanu dvojlaločnatého (Ginko biloba). Při podávání těchto léků dochází ke zpomalení progresu demence, k oddálení těžkých stádií choroby spojených s nesoběstačností pacienta a jeho umístěním ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení (10, 11, 22).

Farmakologie nekognitivních poruch zahrnuje léčbu behaviorálních a psychologických symptomů demence (deprese, psychotické příznaky, agresivita, úzkost). K léčbě těchto symptomů se používají: antidepresiva – potlačují příznaky deprese, neuroleptika – zmírňují a odstraňují agresivitu, neklid, vzrušenost, anxiolytika – tlumí úzkost, hypnotika – léčí poruchy spánku (6).

U instituovaných pacientů sestra dbá na to, aby denně užívali všechny léky, které mají předepsány, vždy v určeném čase a množství, podle ordinace lékaře. Nikdy se nespolehá na to, že si pacient vezme léky sám. Podává léky v takové formě, ve které je pacient schopen je přijmout (půlené, drcené, kapky). Sestra sleduje také účinky léků, všímá si všech detailů ve změně chování či vzhledu pacienta a informuje o nich lékaře. U pacientů v domácí péči sestra vysvětlí výše uvedené zásady podávání léků jejich pečovateli (8).

1.1.4.2 Nefarmakologická léčba

Z nefarmakologických přístupů léčby Alzheimerovy choroby se uplatňuje především reedukace základních dovedností pacientů a jejich aktivizace. Důležitá je spolupráce lékaře a sestry s rodinou postiženého. Nezbytná je také edukace pečovateli i rodinných příslušníků a jejich konzultace s odborníky, u nás toto zajišťuje především Česká Alzheimerovská společnost. Nutné je také vyhledávání a léčba všech přidružených chorob pacientů (11).

Nejdůležitější je neustálá aktivizace a stimulace pacienta, jeho konfrontace s okolní realitou. Rehabilitační programy pro pacienty s Alzheimerovou chorobou jsou zaměřeny na trénink paměti a reedukaci základních aktivit běžného života.

Pacient, který zůstává ve svém domácím prostředí, má mít ve svém okolí objekty a předměty, jež ve svém životě dlouhodobě používal a které jsou mu důvěrně známé. Pokud je i přesto nepoznává, měly by být označeny. Např. je vhodné mít nápisy na fotografiích se jmény členů rodiny. Pokud pacient zapomíná provést nějaké úkony, při jejichž neprovedení může být v ohrožení, musí být daná rizika také omezena nápisy (např. zavřít vodu po umytí). Jestliže pacient provádí úkony, či vykazuje chování, které jsou pro něj nebezpečné, je nutné zvýšit dohled nad ním, např. péčí denní asistence nebo docházením do denního stacionáře, eventuálně institucionalizace pacienta. Pokud je pacient doma alespoň částečně nezávislý, ale zapomíná na některé, zejména opakující se aktivity, je vhodné použít různé časovače či elektronické diáře pro připomínání aktivit. Podobné pomůcky a asistence mohou pomoci udržet pacienta v domácí péči nebo v počátečních stádiích nemoci i částečně nezávislého ve vlastním bytě (1, 10).

Cvičení paměti provádí sestra za pomoci publikací, které jsou pro tyto účely k dispozici, dále také pomocí jednoduchých her, např. pexeso, karty, jež mají větší efekt pro cvičení paměti než např. vyplňování křížovek. Sestra také doporučí rodinným příslušníkům, aby se do tréninku paměti svého blízkého aktivně zapojovali (10).

1.1.5 Péče o pečující o pacienty s Alzheimerovou chorobou

Alzheimerova choroba je jednou z nejzávažnějších chorob, co se týče snížení kvality nejen života nemocných, ale i jejich rodinných příslušníků.

Péče o pečovatele pacientů by proto měla být také součástí terapie. U pacientů v domácím prostředí jsou pečovatelé vystaveni extrémní psychické a fyzické zátěži, ze které často nemají úniku po celých 24 hodin, každý den v týdnu. Nemalá je i zátěž finanční, pečovatelé často dávají přednost péči o svého blízkého před svojí kariérou a prací. Pečovatelé jsou vystaveni riziku vyčerpání, zejména deprese, která pak vyžaduje psychiatrickou intervenci. Vyhledávání a léčba deprese u těchto lidí vede ke zlepšení kvality života nejen pečovatelů, ale i pacientů. Zhroucený pečovatel se nemůže starat o pacienta s demencí (2).

Pomocníkem přetíženého pečovatele je i respitní péče (institucionalizace pacienta na určitou dobu), která odlehčuje v těžké situaci a umožňuje řešit přechodné zdravotní potíže i osobní problémy. Významnou úlohu hraje Česká Alzheimerovská společnost, která sdružuje pacienty, jejich rodiny, lékaře. Společnost poskytuje pomoc a informace rodinám nemocných, a to nejen v oblasti léčby, ale i v oblasti sociální problematiky, pečovatelských agentur a další užitečné informace (10).

1.2 Komunikace

Pro lepší pochopení, proč je tak důležité zabývat se komunikací s lidmi trpícími Alzheimerovou chorobou, je třeba nejprve si objasnit, co je to komunikace.

Komunikace je aktivní a vědomý proces dorozumívání, sdělování informací, ve kterém se jednotliví aktéři vzájemně ovlivňují. Kdykoli dochází mezi lidmi k interakci, dochází také ke komunikaci. Komunikace je celek, ve kterém se mluví slovy, tělem i činy. Má-li být komunikace mezi sestrou a pacientem efektivní, je třeba sledovat řadu prvků z oblasti verbální i neverbální. Důležité je, aby verbální i neverbální projevy byly ve vzájemném souladu (26).

Záměrem každé komunikace je vyvolat nějakou odpověď, a proto je komunikace dějem. Zahrnuje všechny způsoby, při kterých ovlivňuje jedna osoba druhou. Hlavním cílem komunikace je ovlivnit druhé a získat informace. Komunikace může být užitečná nebo neúžitečná. Užitečná podporuje výměnu informací, myšlenek, pocitů mezi lidmi, neúžitečná brzdí či znemožňuje přenos informací a pocitů (13).

Komunikace tvoří základ veškeré ošetrovatelské péče. Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást svého profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Sestra musí dbát nejen na obsah sdělovaného, ale také na způsob interpretace daného sdělení. Komunikace je dovednost, kterou je nutné neustále rozvíjet (24).

Efektivní komunikace je pro ošetrovatelskou praxi velmi důležitá. Je to proces, který propojuje sestru a pacienta a umožňuje jim vzájemně spolupracovat, dosáhnout

společného cíle. Díky efektivní komunikaci sestry a pacienta se rozvíjí spolupráce, která jim pomáhá poskytovat koordinovanou, kvalitní ošetrovatelskou péči (4).

1.2.1 Verbální komunikace

Verbální komunikací se rozumí sdělování informací pomocí slov. Řeč má pro člověka nejen velký význam, ale i řadu funkcí. Sděluje myšlenky, přináší různé informace, znalosti, obohacuje o nová fakta, ovlivňuje postoj k věcem a lidem, udržuje vzájemné vztahy, lidi spojuje. Řeč a komunikace mají tedy nezastupitelnou úlohu v mezilidském styku (26).

Chce-li sestra dobře komunikovat s pacientem, musí nejen dobře volit slova, ale důležité je také věnovat pozornost dalším prvkům jako jsou: rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu, přítomnost embolických slov (slovních parazitů), délka projevu, intonace. Rychlost řeči je úměrná znalosti tématu. Může zakrývat nejistotu, rychle může také mluvit člověk z obavy, že ho druhý nenechá domluvit. Sestra volí jinou hlasitost při potřebě upoutat pozornost, jinou při hovoru na nepříjemné téma, při obavách. Zbytečně hlasitý projev působí nepříjemně, netaktně. Výška hlasu bývá odrazem emocí, vyšší tóny se mohou posluchači jevit jako nepříjemné. Také přítomnost embolických slov působí rušivě. Význam sdělení podtrhuje intonace. Ta může být pomocníkem při zdůraznění významu, pochopení, naléhavosti (24).

Mezi kritéria úspěšné verbální komunikace patří: jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování, adaptabilita, důvěryhodnost. Sdělení spočívá v používání běžných a srozumitelných slov. Sestra se při rozhovoru s pacientem vyvaruje používání cizích slov – medicínských výrazů. Je třeba si ověřit, zda pacient rozuměl sdělovanému. V období nemoci má pacient tělesné obtíže a obavy o svůj zdravotní stav, je také citlivý na čas. Stručná informace působí profesionálně. Zbytečné okliky naopak vzbuzují nedůvěru. Při komunikaci s pacientem sestra musí jasně vyjádřit podstatu věci. Důležité je hovořit pomalu a jasně, vyslovovat zřetelně. Načasovanost je zohledňována zvláště u závažných témat, kdy je třeba mít pro sdělení klid, soukromí, dostatek času. Je nutné přizpůsobovat styl hovoru reakcím postiženého.

Nejdůležitějším kritériem účinné komunikace je důvěryhodnost. Sdělované informace musí vycházet ze znalosti problematiky, z dostupných informací a musí být podány naprosto přesvědčivě. Za žádných okolností sestra nesmí pacientovi ani jeho rodině lhát. Neznamená to však kdykoliv, komukoliv a za jakékoliv situace sdělit celou pravdu (u sdělování špatných zpráv). Sestra musí dobře odhadnout, kolik takové informace pacient unese, kdy, za jakých okolností, kde a v čí přítomnosti o ní začne mluvit, zda ji sdělí najednou nebo po částech. Je třeba, aby sestra u pacienta správně odhadla míru jeho frustrační tolerance (7, 24).

Umět dobře komunikovat znamená nejen umět dobře mluvit, ale i umět dobře naslouchat. Skutečné naslouchání vyžaduje naprosté soustředění, nelze při něm dělat nic jiného (7). Jde v něm nejen o to slyšet, ale také pochopit a rozumět. Nasloucháním sestra dává najevo ochotu pomoci. Naslouchání se uskutečňuje třemi základními způsoby: ušima - slyšet slova a uvědomit si jejich význam, očima - vidět výraz obličeje, pohled hovořícího, jeho postoj, srdcem - být schopen zapojit emoce. Do komunikace patří také mlčení, v tichu může sestra i pacient přemýšlet a také hledat, jak v komunikaci dál pokračovat (24, 26).

1.2.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je definovaná jako řeč těla. Je považována za upřímnější než verbální projev. Patří k ní všechny projevy, které člověk vysílá, aniž by mluvil, a také ty, kterými řeč doprovází. Neverbální komunikace řeč podporuje nebo úplně nahrazuje. Její pomocí se vyjadřují emoce, vlastní interpersonální postoje. Významnou dovedností sestry je vyznat se v řeči těla, umět pracovat se svými neverbálními projevy a umět naslouchat neverbálním projevům svých pacientů (24).

Do neverbální komunikace patří: výraz obličeje – mimika, přiblížení a oddálení – proxemika, dotek – haptika, fyzický postoj – posturologie, pohyb – kinezika, gesta, pohledy, úprava zevnějšku, zacházení s časem – chronemika, zacházení s předměty. Chůze a držení těla jsou ukazatelem sebehodnocení, momentální nálady, zdraví. Vzájemná vzdálenost při komunikaci významně ovlivňuje úspěch komunikace. Podle

vzdálenosti mezi jedinci se rozlišují čtyři zóny: intimní (do 45 cm), osobní (od 45 do 120 cm), sociální (od 120 do 350 cm), veřejná (od 350 do 800 cm i více). Sestry často narušují intimní zónu pacienta a zároveň ho pouštějí do té své. Takovéto narušení by mělo nastávat jen v situacích z profesního hlediska nezbytných a vždy se souhlasem pacienta. Sestra by měla dodržovat zásady své profesionality a zachovávat diskrétnost. Posturologie je řeč našich fyzických postojů, držení těla a polohových konfigurací. Tělesný postoj naznačí psychický stav člověka, tělesnou polohou sděluje okolí, jak mu je. Postoj sestry a pacienta by měl být co v největším souladu. Sestra by neměla stát nad pacientem, oči komunikujících by měly být při rozhovoru ve stejné výšce. Z výrazu obličeje je možné vyčíst především emoce. Gestikulace – řeč rukou, pohyby, mají výrazný sdělovací účel. Doplnují nebo zesilují verbální projev. Pro člověka s komunikačními problémy jsou ruce nedocenitelný dorozumívací prostředek (26).

Také dotek je významným prvkem v neverbální komunikaci. Dotýkat se patří mezi základní lidské schopnosti. Skrze doteky se dostává k člověku mnoho impulsů ze zevního prostředí. Tělesný kontakt s pacientem patří ke každodenní činnosti personálu. Ne vždy však bývá pro obě strany příjemný. Někteří pacienti pociťují dotekovou deprivaci, jiní pohlazení či dotek vítají. Sestra musí být dostatečně empatická a rozeznat vhodnost tělesného kontaktu (3).

Při komunikaci je také důležitý zrakový kontakt. Pohled na druhého je obvykle prvním prostředkem navázání komunikace mezi dvěma lidmi. Vzájemný kontakt očima potvrzuje porozumění a zájem druhého člověka. Komunikaci ovlivňuje také úprava zevnějšku a prostředí pacienta. K osobní pohodě přispívá hezké oblečení, účes, osobní čistota, upravená postel, alespoň minimální soukromí, čistý vzduch (24).

K práci všech zdravotníků patří nejen naučit se ovládat své neverbální projevy a umět je při práci využít, ale také umět pochopit neverbální projevy pacientů.

1.2.3 Zásady komunikace s pacientem s Alzheimerovou chorobou

Kvalita života pacienta i těch, kteří o ně pečují, záleží na povaze vzájemného vztahu, a tak je velmi důležité, aby s pacientem byla udržována co možná nejlepší

komunikace. Proto je velmi žádoucí, aby také rodinní příslušníci znali zásady správné komunikace se svým blízkým trpícím Alzheimerovou chorobou. Úkolem sestry je poučit rodinné příslušníky, aby při komunikaci s pacienty postupovali podle následujících zásad (27).

Sestra nebo rodinný příslušník průběžně sleduje, zda u pacientů s Alzheimerovou chorobou nedochází ke zhoršování zraku či sluchu. Pokud ano, je jim doporučena nebo zajištěna lékařská intervence. Nošení brýlí či naslouchadla může u pacientů výrazně usnadnit schopnost porozumění. Je třeba vždy dbát na to, aby pacienti předepsané kompenzační pomůcky nosili (16, 19).

Pro vzájemnou komunikaci je třeba si vždy nejprve vytvořit určité podmínky. Omezit úroveň hluku, přiblížit se na úroveň pacienta (např. pokud sedí, posadit se). Při navazování kontaktu, je třeba se ujistit, zda je pacient připraven druhého vnímat. Pacient je osloven jménem, na které je zvyklý – to může k navázání kontaktu velmi pomoci. Je samozřejmé, že i při komunikaci s pokročile dementním člověkem je mu zachovávána lidská důstojnost. Sestra pacienta vždy oslovuje pane, paní a příjmením, nikdy mu netyká (7).

Není vhodné přerušovat pacienta v jeho právě vykonávané činnosti. U člověka s demencí může být obtížné odvést jeho pozornost, pokud je do něčeho intenzivně zabrán. Je lepší se k jeho činnosti nejprve připojit, a teprve při ujištění, že je schopen dostatečně vnímat, je vhodné nabídnout mu určité téma k rozhovoru (27).

Pro člověka s demencí bývá obtížné přizpůsobit se, porozumět sdělením, a proto bývá účinnější spíše se snažit mu porozumět, než aby porozuměl on nám. K tomu může pomoci nejprve vnímat pacientův neverbální projev, poslouchat jeho slova a snažit se porozumět, co se za nimi skrývá. Za vším, co říká nebo dělá, je ukryt nějaký význam. Aby se člověk s demencí mohl dobře vyjádřit, potřebuje k tomu dostatek času a někdy i pomoc pečovatele. Je třeba zkusit nabídnout chybějící slovo, ukázat na předmět, naznačit pohyb. Při společných činnostech musí sestra či rodinný příslušník přesně pojmenovat to, co právě dělá a také to, co má dělat či dělá pacient. Pro osobu s demencí je snazší držet se jednoho tématu – např. když se obléká, je lepší mluvit o oblékání a pojmenovávat jednotlivé kroky, které právě provádí. Někdy používá pacient jen jedno

nebo několik slov jako jediný verbální projev, mění pouze intonaci, hlasitost. V těchto situacích je třeba pacienta dobře znát, najít význam v jeho sděleních (24). Pacient s demencí je při všech činnostech povzbuzován, je mu dáváno najevo, že věci zvládá a co dělá správně. Pomůže mu to lépe se v situaci orientovat a pokračovat v komunikaci žádoucím směrem (12).

Pro komunikaci s pacientem s Alzheimerovou demencí je důležité zapamatovat si zásadu „tady a teď“. Takový člověk prožívá věci ve chvíli, kdy se dějí. Protože si kvůli poruše paměti nedokáže zapamatovat všechny souvislosti ani dobře analyzovat situaci, je velmi citlivý na to, co je mu sdělováno „tady a teď“. Pro pacienta je jednodušší mluvit o tom, co může zrovna vidět nebo co zrovna dělá, než o tom, co se stalo v minulosti. Je nutné mluvit pomalu, srozumitelně, stále si ověřovat, zda je ještě schopen druhého vnímat. Používání krátkých, jednoduchých vět, zaměřených na jedno téma pomůže učinit sdělení pochopitelnějším. Srozumitelnosti sdělení velmi pomůže, když pacient bude moci nejen slova slyšet, ale také vidět, o čem se zrovna mluví nebo se toho dokonce dotýkat či to cítit. Pro člověka s demencí je obtížné zpracovat mnoho informací najednou. Proto by jakékoli pokyny měly obsahovat jen jeden splnitelný krok. Další instrukce by měla přijít teprve poté, co pacient ukončil vykonávání té předchozí. Všechny pokyny by měly být přesné, jednoznačné, konkrétní (3).

V důsledku poruch paměti je pro pacienta s demencí velmi obtížné odpovídat na otázky, obzvláště pokud se týkají nedávné minulosti. Proto se sestra vyhýbá nadbytečným otázkám, na které nemůže postižený odpovědět. Pokud pacient s demencí nereaguje na to, co se mu právě říká, není vhodné mu pokládat další otázky, ale spíše klidným hlasem pojmenovat, co teď dotyčný zrovna dělá nebo co může asi zrovna prožívat, cítit. Tím je možno se připojit k jeho prožívání a umožnit mu, aby se snáze projevil (18).

I když se může zdát, že v důsledku demence nemocný „dětinštlí“, zůstává mu vědomí a vnímání sebe sama jako dospělé osoby. Proto v kontaktu s pacientem je nutné posilovat toto dospělé vnímání a tím zachovávat jeho sebeúctu a sebedůvěru.

1.2.4 Komunikační bariéry u pacienta s demencí

Při komunikaci s pacientem trpícím příznaky demence vystupují do popředí různé komunikační bariéry. Jsou to poruchy paměti (zvláště krátkodobé), poruchy orientace a pozornosti, nepochopení řeči, neschopnost vyjádřit se.

U pacienta s demencí dochází k významné poruše paměti. Pacient má potíže získávat nové informace, jejich vybavení vázne. Lépe funguje dlouhodobá paměť, čehož sestra využívá při rozhovorech s pacienty. Poruchy krátkodobé paměti však významně zhoršují kvalitu života nemocného. Chybějící informace pak nahrazuje různými konfabulacemi, opakovaně se vyptává. Odpovědi však ihned zapomíná, a tak se celá situace opakuje. Nedostatek informací dále způsobuje také poruchy orientace, pacient špatně chápe situaci, ve které se nachází, stává se úzkostným, netrpělivým, vznětlivým (24).

Co se týče řeči, dochází u člověka s demencí k poruše složky receptivní (schopnost porozumět řeči) i složky expresivní (možnost vyjádřit se). Pacient nerozumí sdělení, které vyjadřují druzí a nemůže na něj adekvátně reagovat. Zdánlivě se potom jeví jako nespoupracující. Postižený má dále problémy s vyjadřováním svých myšlenek, hledá slova. Pomáhá si opisem situace, což také vede k nedorozumění. Pacienti bývají bezradní, nervózní, chovají se neadekvátně.

K dalším komunikačním bariérám patří poruchy pozornosti, které se projevují v chování pacienta. Je roztěkaný, nevydrží u jedné činnosti, stává se rušivým elementem při společných aktivitách. Sám je nervózní, zmatený. Je důležité vyfiltrovat rušivé vlivy, nepřesycovat pacienta příliš mnoha podněty najednou (24).

Také návštěva člověka trpícího Alzheimerovou chorobou může pro něj znamenat zatěžující událost. Průběh návštěv nebývá často takový, jaký by měl být. Návštěva blízké osoby by se neměla stát pouhou povinností nebo dokonce břemenem. Měla by být pokračováním vztahu, který vznikl mezi sebou již před onemocněním pacienta. Někdy rodinní příslušníci neví, jak komunikovat se svým blízkým během návštěvy. Sestra by jim měla být v tomto nápomocna. Poučí rodinné příslušníky, aby chodili na návštěvy pravidelnou dobu, protože předvídatelná rutina je pro pacienty

s Alzheimerovou nemocí užitečným prostředkem orientace. Také v průběhu návštěvy je dobré naplánovat různé aktivity, které následují vždy ve stejném pořadí. Rozhovor je dobré začínat vždy stejnými, hluboce zafixovanými frázemi. Obvykle bývá lepší vyhnout se otázkám s otevřeným koncem, ty přivádějí člověka s kognitivní poruchou do nepříjemné situace. Lepší přístup je být připraven něco říci, než očekávat, že pacient něco odpoví. Sestra může pomoci rodinným příslušníkům tím, že si s nimi ještě před návštěvou pacienta promluví, např. o tom, jak se během dne pacient choval, co obědval, jakých aktivit se zúčastnil, jak na ně reagoval (27).

Nejvhodnějšími tématy rozhovorů u pacientů s porušenou krátkodobou pamětí jsou události z dávné minulosti. Je žádoucí podporovat vzpomínání, ale zároveň vzpomínky nevyučovat. Jakýkoli nátlak může osobu s kognitivní poruchou velmi rozrušit. Sestra doporučí rodinným příslušníkům přinést rodinná alba s fotografiemi a společně vzpomínat na prožité události. Rozhovor má být vzájemnou výměnou informací, proto sestra poučí rodinné příslušníky, aby vedli k hovoru také pacienta. Je vhodné jej vyzvat, aby mluvil o věcech, o kterých mluví rád. Nevadí, že o některých událostech hovoří pacient stále dokola, důležité je, že o nich hovoří s nadšením. Chybou bývá, když se více návštěvníků baví mezi sebou a na svého blízkého při svém hovoru jakoby zapomene. Ten na takovéto jednání může reagovat podrážděním, rozčilením až agresí (27).

Také ukončení rozhovoru a loučení může být pro pacienta těžko akceptovatelná změna. I zde je vhodné postupovat vždy stejným způsobem, u kterého je ověřeno, že pacienta příliš nerozruší.

1.2.5 Zvláštnosti v komunikaci s pacientem s Alzheimerovou chorobou

Komunikace je jedna z aktivit, která se u člověka s demencí postupně zhoršuje. Mění se schopnost aktivně používat jazyk, vyjadřování je obtížnější. Ztrácí se také schopnost porozumět významu slov. S vývojem onemocnění jakoby člověk přestával komunikovat vůbec. Pro sestru je čím dál důležitější sledovat, co člověk trpící demencí říká svým tělem, výrazem tváře. Sestra musí číst nové významy skryté za jeho slovy.

Někdy demence způsobuje, že se z tváře pacienta se jakoby vytratí mimika – nepozná se z ní, jaké emoce zrovna prožívá. V tomto případě pak existuje velké riziko, že takový člověk zůstane téměř bez kontaktu (12).

Prakticky všechny běžné denní aktivity, které sestra s pacienty provádí, jsou výbornou příležitostí ke komunikaci. Jsou činnosti, které komunikaci přímo vyžadují, jsou bez ní téměř nemožné. Zvláště při provádění úkonů, které dříve do života pacienta s demencí nepatřily (např. přemístování pomocí zvedáku), nabývá komunikace na důležitosti. Sestra podává pacientovi neustále (při všech činnostech) informace o tom, co se s ním děje tak, aby se pacient cítil v bezpečí. Tím zvyšuje u pacienta pravděpodobnost ke spolupráci a podporuje vzájemnou komunikaci.

Spouštěcím momentem a zároveň podmínkou komunikace je navázání kontaktu – vybudování mostu mezi sestrou a pacientem trpícím Alzheimerovou demencí. Dokud není důkladně navázán kontakt, nemůže dojít ke kvalitní vzájemné komunikaci. Často přichází s iniciativou k navázání kontaktu sestra, ne vždy však dostává od pacienta s demencí souhlasnou odpověď. Nejsnazší způsob navázání kontaktu je tehdy, když s iniciativou přijde sám člověk s demencí. Takovou iniciativu by sestra měla ochotně přijmout a dále rozvíjet (12).

Pro člověka trpícího Alzheimerovou chorobou je obtížné porozumět řeči, verbálnímu sdělení, zpracovat informace, které k němu přicházejí. Proto sestra využívá více komunikačních kanálů zároveň. Tím zvyšuje pravděpodobnost porozumění člověka s demencí sdělovanému. Sestra využívá nejen slov (verbální komunikaci), ale i gesta, výraz tváře, intonace hlasu, tempa řeči, pozice těla (neverbální komunikaci). Někdy stačí k vyjádření sdělení pokynutí, úsměv, dotek, pohlazení. Pro člověka trpícího demencí bývá neverbální projev, který slova doprovází a koresponduje s nimi, velmi srozumitelný (17).

Při důkladném pozorování vyjadřovacích schopností člověka s demencí sestra může zaznamenat velký rozdíl v tom, když pacient mluví o něčem spontánně, sám od sebe a když odpovídá na naše otázky nebo reaguje na naše slova. Spontánní výpovědi bývají mnohem plynulejší, obsáhlejší. Odpovědi na otázky či reakce na slova sestry jsou mnohem pomalejší, těžkopádnější.

U lidí s demencí se často uplatňuje tzv. automatická řeč – pacienti často používají naučené říkanky, básně, počítání a jiné jazykové stereotypy. Tohoto lze dobře využít při rozhovoru s pacientem. Slovní hry jako např. „Jak pokračuje přísloví“ nebo „Slavná příjmení“ využívají právě tohoto fenoménu, a proto jsou vhodnou formou k rozhovoru mezi sestrou a pacientem (27).

Pacienti s Alzheimerovou chorobou někdy používají neexistující slova, nebo používají některá slova nesprávně či nepřesně. Sestra v těchto případech pacienty neopravuje, naopak pro usnadnění porozumění může použít i výrazy pacientem vymyšlené. U lidí trpících demencí není neobvyklá vzájemná záměna slov podobného významu. Častá je např. záměna „matka“ za „dcera“ a obráceně. Sestra tuto myšlenku pacientovi nevyvrací.

U různých pacientů se lze setkat s různými poruchami vyjadřování. Nemusí to však znamenat, že pokud se člověk špatně vyjadřuje, také špatně rozumí. Na druhé straně jsou pacienti, kteří mají potíže s porozuměním sdělovanému. Je na sestře, aby správně posoudila schopnosti jednotlivých pacientů a přizpůsobila jim své iniciativy tak, aby je pacient mohl dobře přijmout. Zároveň musí sestra odhadnout, co chce člověk s demencí svou iniciativou vyjádřit. Zodpovědnost za porozumění se tedy přesouvá na sestru (12).

Při komunikaci s pacientem trpícím Alzheimerovou demencí využívá sestra také dlouhodobou paměť. Je často překvapující, co všechno si pacienti pamatují z dávné minulosti (a naopak zapomínají to, co se stalo před nedávnem). Vzpomínky, dávno naučené znalosti a dovednosti jsou u každého uloženy v tzv. dlouhodobých paměťových drahách, které lze správnou stimulací u pacientů znovu vybavit. Sestra by měla mít dostatek informací z minulosti pacienta (např. od jeho blízkých), aby mohla pracovat s jeho vzpomínkami, tzv. reminiscencí. Pacientům je příjemné, když se mluví o tom, co v životě prožili, o předmětech a událostech, které patřily k jejich mládí. Sestra musí být vynalézavá v tom, jak pro pacienty důležité zážitky pomoci vybavit. Někomu stačí vyprávět o minulosti a použít přitom informace získané o pacientovi, jindy je užitečné, když sestra hovoří o starých předmětech, které si pacient může zároveň i prohlížet (3).

Komunikace s člověkem postiženým demencí vyžaduje od sester mnoho trpělivosti. Je velmi důležité si uvědomit, že provázet osobu s demencí neznamena jen dávat instrukce. Sestra musí především neustále sledovat, co pacient dělá, jak se u toho cítí a vyladovat se na to, co zrovna potřebuje. Je třeba pacienty povzbuzovat, podporovat jejich aktivity, nechvátat na ně, nekritizovat za neúspěchy. Klidným a trpělivým přístupem může sestra zvládnout i agresivní chování pacienta, které často pramení ze strachu, nedůvěry, ze situací, které nemá pacient sám pod kontrolou (27).

Tím, jak se u pacientů s demencí postupně zhoršuje schopnost komunikovat, mají rodinní příslušníci často pocit, že se vytrácí i vztah sám. Komunikace je unikátní nástroj ke zlepšení kvality života jak lidí trpících Alzheimerovou demencí, tak i jejich blízkých. Je důležité nejen pečovat a umět komunikovat s pacienty, ale také podporovat a pomoci naučit vzájemné komunikaci i rodinné příslušníky (27).

1.3 Edukace

„Vyučování je určitý soubor činností zaměřený na získávání vědomostí. Vyučovací proces je vytvořený záměrně na to, aby se někdo něco naučil“ (13, s.283).

Edukace (výuka) pacientů je komunikační proces, který snižuje nebo eliminuje úzkosti a obavy pacienta a podporuje jeho uzdravení. Tento proces je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Zahrnuje nejen pacienta samotného, ale pokud je to zapotřebí, i jeho rodinné příslušníky (23).

V roli edukátora (vyučujícího) vystupuje především sestra. Je to člověk, který tráví s pacientem z celého ošetrovatelského týmu nejvíce času, zná pacientovy potřeby týkající se množství informací o jeho zdravotním stavu, a proto organizuje a provádí edukaci pacienta i členů jeho rodiny. Aby byla sestra v roli edukátora úspěšná, musí postupovat podle určitých pravidel. Sestra ví, že výuka pacientů a rodinných příslušníků je dobrá investice a že se zdravotnictví vždy vrátí (13).

Kvalitní ošetrovatelství se neobejde bez efektivní výuky pacientů, což by mělo být jednou z hlavních priorit sestry. Sestra má být schopna kvalitně realizovat výuku pacientů. K tomuto jí slouží spektrum technik a metod. K efektivní edukaci musí mít

sestra určité schopnosti. Musí dobře znát to, co vyučuje. Musí být empatická a ochotná podporovat pacienta v jeho zájmu. Musí respektovat pacienta a dobře využívat své verbální i neverbální komunikační schopnosti. Především musí být však dobrým poradcem – tzn. být schopna vysvětlit, ujasnit, shrnout, podpořit své společné cíle, aktivně naslouchat, předat zpětnou vazbu, uzavřít rozmluvu (23).

1.3.1 Zásady výuky

Výuka pacienta se soustřeďuje na problém a na člověka. Ten, kdo je edukován (pacient nebo rodinný příslušník), nesmí být do výuky nucen. Sestra musí respektovat pacientův stav i jeho momentální náhled, posoudí, kdy je vhodná doba na edukaci. Sestra edukátorka postupuje podle všeobecných zásad. Získávání vědomostí je aktivní proces, na kterém se pacient podílí. Kladením otázek a získáváním odpovědí vytváří sestra z pacienta aktivního účastníka. Výuka musí mít jasný cíl, kterého se sestra i pacient snaží dosáhnout. Sestry poskytují informace týkající se především základního problému. Skupinová výuka může být efektivnější než individuální, pacienti mají možnost učit se vzájemně jeden od druhého i od vyučujícího. Pro lepší zapamatování je vhodné to, co se pacient naučí, okamžitě vyzkoušet v praxi. Výuka musí být utvrzována – opakována. Pacient potřebuje to, co se naučil, slyšet z různých zdrojů. Nejen od jedné sestry, ale i od celého ošetřovatelského týmu, z informačních letáků, z videa. Výuka nového je snazší tehdy, je-li postavena na tom, co je pacientovi známé. Pacientovo přesvědčení je posilováno tehdy, když si uvědomí, že jeho znalosti se prohlubují a pak je i ochoten dále se vzdělávat (23).

Edukace pacientů zahrnuje podporu celé osobnosti pacienta, což znamená vyjádření respektu vůči autonomní bytosti, která má právo rozhodovat o svém zdraví. Sestra edukátorka podporuje pacienta svým vystupováním, kterým vyjadřuje důvěru v jeho schopnosti a pomáhá mu najít nový smysl života.

1.3.2 Aspekty výuky

Na výuku si sestra musí dobře připravit osnovu, pomůcky, materiál, stanoví si spolu s pacientem vhodnou dobu. Před výukou je vhodné dát pacientovi edukační materiály k přečtení. Jestliže je to možné nebo potřebné, začleňuje sestra do výukového programu rodinné příslušníky. Sestra si najde svou vlastní efektivní metodu, pokud je možné a vhodné, provádí výuku ve skupinkách. Sestra vytvoří pro skupinu příjemné prostředí, vytvoří atmosféru, ve které se všichni zúčastnění cítí rovni. Není vhodné vytvářet příliš velké skupiny. Je třeba zabránit rušivým vlivům, zajistit pohodlné prostředí s neformální atmosférou. Sestra umožní pacientům se vzájemně představit a uvést svůj problém. Vysvětlí cíl setkání, podpoří aktivní účast pacientů. Sestra neodbočuje od svého cíle, nikoho do ničeho nenutí. Před závěrem dá prostor k diskusi a nakonec v několika bodech shrne přednášený materiál (23).

Aby sestra byla dobrou edukátorkou, musí znát faktory, které učení napomáhají a naopak ty, které učení brzdí. Mezi nejdůležitější napomáhající faktory patří především pozitivní motivace, ochota pacienta se učit. Aktivní účast v procesu učení dělá výuku smysluplnější. Potřebná je také zpětná vazba, opakování naučeného, vytvoření vhodného prostředí k výuce. K faktorům, které překážejí v učení, patří: fyziologické překážky (těžké onemocnění, bolest, porucha sluchu), nadměrná úzkost, deprese, beznaděj, kulturní bariéry (13).

1.3.3 Edukační proces

Stejně jako ošetrovatelský proces, má i edukační proces pět fází: posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení. Při posuzování před výukou se sestra zaměřuje na zjištění potřeb a možností pacienta, zhodnotí jeho znalosti a dovednosti, zváží připravenost pacienta k výuce. Sestra bere zřetel na věk pacienta, pohlaví, jeho vzdělání a zaměstnání, společensko-ekonomické faktory, zdravotní stav, životní styl. Na základě zpracování fáze posuzování stanoví sestra edukační diagnózy. Všechny diagnózy vztahující se k potřebám pacienta se něco naučit patří do kategorie

nedostatečné vědomosti. Sestra musí správně specifikovat vědomosti, které pacientovi chybí. Dále je třeba stanovit cíle, kterých má pacient dosáhnout a aktivity, pomocí kterých budou dosaženy. Plány a cíle jsou stanovovány individuálně podle vědomostí a zručnosti pacienta. Při realizaci edukace jsou uplatňovány učební plány, vhodné učební pomůcky, forma a délka edukace musí být optimální vzhledem ke stavu pacienta. V poslední fázi jsou zhodnoceny schopnosti a zručnosti, které pacient edukací získal. Při nesplnění stanovených cílů je potřebné přehodnotit učební plán (13, 15).

1.3.4 Edukace rodinných příslušníků pacientů s Alzheimerovou chorobou

Tématem edukace rodinných příslušníků je vzájemná komunikace mezi pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou a jeho rodinou. Edukační diagnóza je: Deficitní znalosti o specifikách komunikace s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou v souvislosti s nedostatečnou informovaností o zásadách komunikace.

Cílovou skupinu tvoří rodinní příslušníci pacientů s Alzheimerovou chorobou ve druhém a třetím stádiu onemocnění. Cílem edukace je, aby rodinní příslušníci věděli, jak komunikovat se svými blízkými. Důležité je, aby rodinní příslušníci projevovali zájem o edukaci, aktivně se zapojovali do procesu edukace, verbalizovali spokojenost s nově získanými vědomostmi.

Na edukační hodinu si sestra připraví nejen přednášku, ale také praktické ukázky komunikačních dovedností např. na videozáznamu. Sestra si nejprve vytvoří vztah vzájemné důvěry s rodinnými příslušníky, které bude edukovat. Na začátku edukační přednášky sestra vysvětlí důležitost správné komunikace s pacienty s demencí. Dále vysvětluje zásady komunikace s pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou (Příloha 2). Svou přednášku doplňuje praktickými ukázkami rozhovorů s pacienty na videozáznamu. Edukační hodina pokračuje diskusí, sestra odpovídá na dotazy, zpětnou vazbou (otázkami, krátkým dotazníkem) zjišťuje, zda došlo ke splnění stanoveného cíle. Na konci přednášky dostávají rodinní příslušníci informační brožury a kontakty na další informační zdroje.

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit znalosti rodiny o specifikách komunikace se svým blízkým trpícím Alzheimerovou chorobou.

Cíl 2: Zjistit zájem rodiny o edukaci v oblasti komunikace se svým blízkým trpícím Alzheimerovou chorobou.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Členové rodiny neví, jak správně komunikovat se svým blízkým trpícím Alzheimerovou chorobou.

Hypotéza 2: Členové rodiny mají zájem o edukaci v oblasti komunikace se svým blízkým trpícím Alzheimerovou chorobou.

3. Metodika

3.1 Použité metody

Pro bakalářskou práci bylo použito kvantitativního výzkumu, formou anonymního dotazníku (Příloha 1). Jednotlivé dotazníky byly určeny rodinným příslušníkům pacientů trpících Alzheimerovou chorobou. Dotazník byl sestaven z 26 otázek, bylo použito jak otázek uzavřených, tak polootevřených i otevřených. Techniku dotazníku jsem zvolila z důvodu možnosti získání velkého množství informací v relativně krátkém čase. Veškeré poznatky získané vyhodnocením dotazníků, které jsou součástí mé bakalářské práce, jsou shrnuty a porovnány s poznatky z odborné literatury týkající se problematiky komunikace s pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou. Výsledky odpovědí z dotazníků byly vyhodnoceny formou grafů.

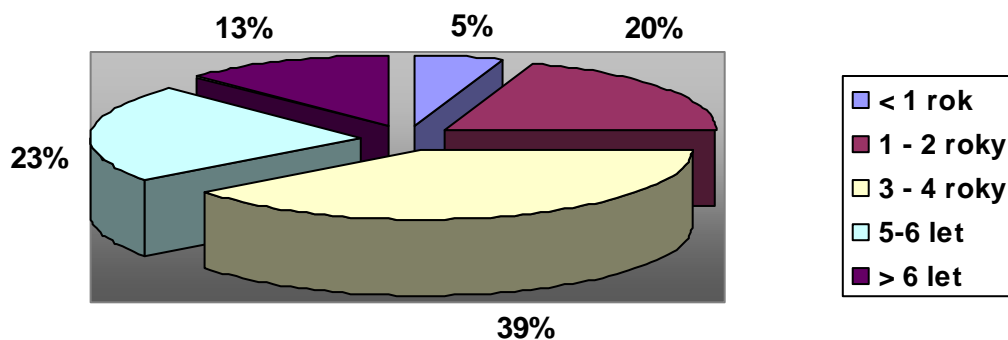
V úvodních otázkách dotazníku byly zjišťovány informace vypovídající o délce trvání Alzheimerovy choroby blízkých respondentů a také o návštěvnosti těchto pacientů vzhledem ke zhoršující se vzájemné komunikaci. Dále jsem zjišťovala znalosti zásad rodinných příslušníků v oblasti komunikace s pacienty postiženými Alzheimerovou chorobou. Nejprve jsem se dotazovala se na znalost vytvoření vhodných podmínek ke komunikaci s pacienty. Další otázky jsem směřovala na oblast využívání správných prvků verbální a neverbální komunikace s postiženými. V závěrečné části dotazníku se vyskytují dotazy zjišťující zájem respondentů o edukaci v oblasti vzájemné komunikace se svými blízkými trpícími Alzheimerovou chorobou.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný vzorek tvořily rodinní příslušníci pacientů s Alzheimerovou chorobou v druhé fázi onemocnění umístěných v Prácheňském sanatoriu – v Písku a na Louckém mlýně. Dotazníků bylo rozdáno celkem 120, přičemž správně vyplněných se mi vrátilo 96 dotazníků. Výzkumný soubor byl tedy tvořen 96 respondenty (100%).

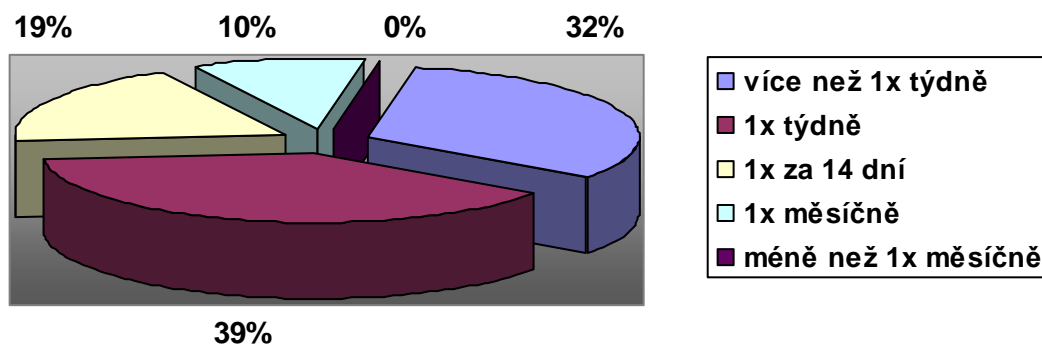
4. Výsledky

Graf 1 Trvání Alzheimerovy choroby



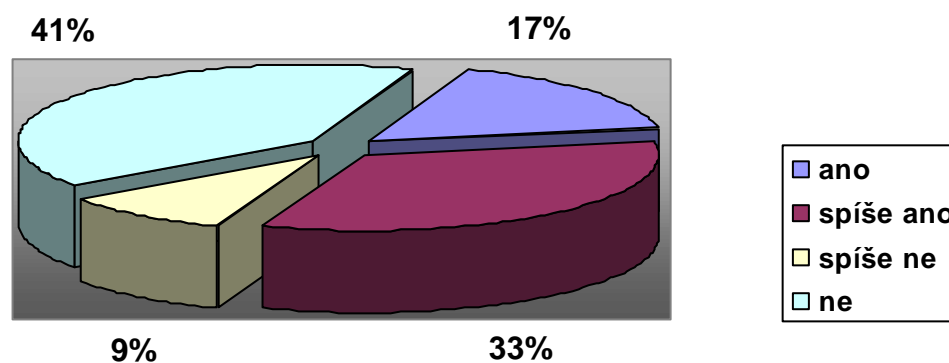
Rodinní příslušníci sledovaných pacientů uvádí, že Alzheimerovou chorobou 3 – 4 roky trpí 38 (39 %) pacientů, 5 – 6 let 22 (23 %) pacientů, 1 – 2 roky 19 (20 %) pacientů, více než 6 let 12 (13 %), pacientů méně než 1 rok 5 (5 %) pacientů.

Graf 2 Četnost návštěv



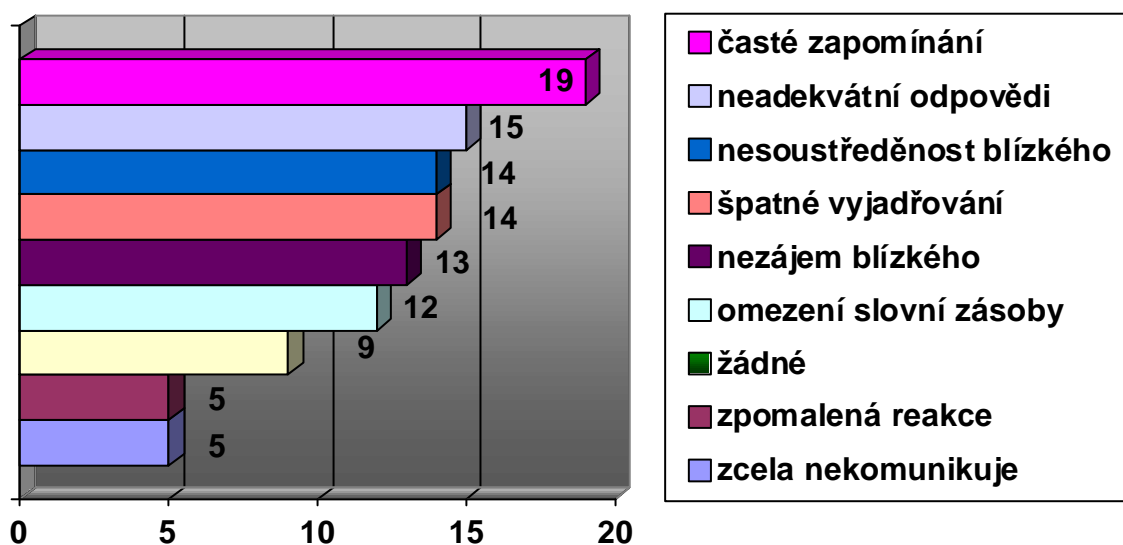
Nejčastěji jsou pacienti s Alzheimerovou chorobou v Prácheňském sanatoriu navštěvováni 1x týdně - 37 (39 %) pacientů, 31 (32 %) má návštěvu více než 1x týdně, 18 (19 %) je navštěvováno 1x za 14 dní, 10 (10 %) pacientů má návštěvu 1x měsíčně, žádný pacient není navštěvován méně než 1x měsíčně.

Graf 3 Omezení návštěv



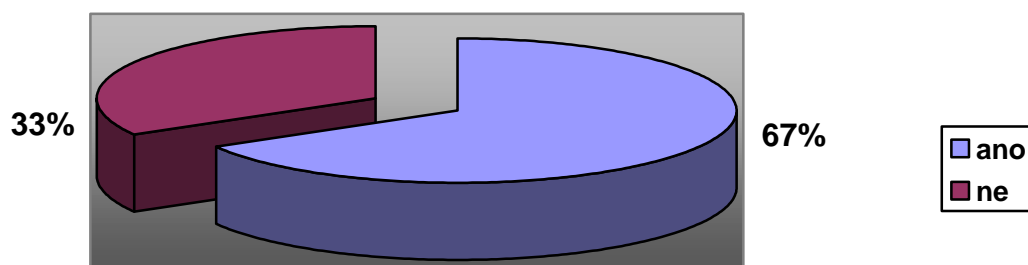
Nejvíce respondentů – 39 (41 %) si myslí, že častost jejich návštěv není omezena zhoršující se vzájemnou komunikací, 32 (33 %) respondentů udává, že spíše ano, 16 (17 %) říká, že ano a 9 (9 %) si myslí, že častost jejich návštěv spíše není ovlivněna zhoršující se vzájemnou komunikací s jejich blízkými trpícími Alzheimerovou chorobou.

Graf 4 Problémy při komunikaci



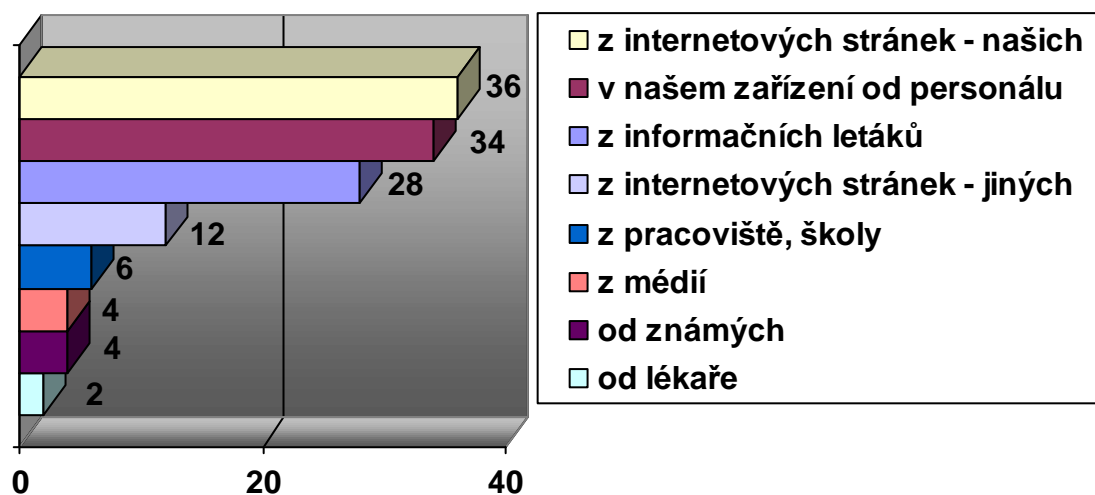
Graf ukazuje na problémy, které mají rodinní při komunikaci se svými blízkými. 19 respondentů uvádí jako největší problém časté zapomínání pacientů, 15 uvádí neadekvátní odpovědi pacienta, 14 uvádí nesoustředěnost pacienta, 14 udává špatné vyjadřování svého blízkého, 13 uvádí jako problém nezájem pacienta, 12 si stěžuje na omezenost slovní zásoby pacienta, 9 respondentů neudává žádné problémy při komunikaci, 5 respondentů poukazuje na zpomalené reakce pacientů a 5 respondentů konstatuje, že jejich blízký zcela nekomunikuje.

Graf 5 Znalost zásad komunikace



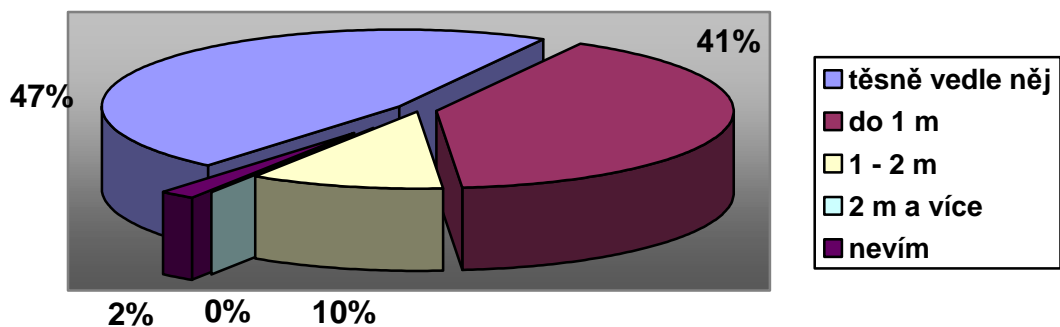
Znalost zásad komunikace s pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou udává 64 (67 %) respondentů, 32 (33 %) konstatuje, že tyto zásady nezná.

Graf 6 Zdroje informací



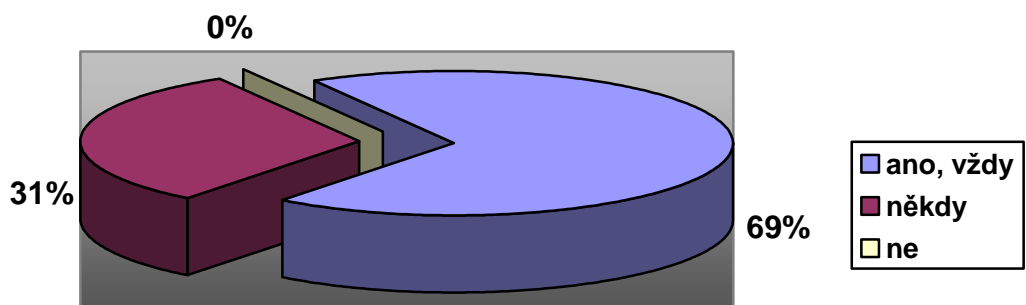
Informace o zásadách správné komunikace s trpícími Alzheimerovou chorobou má 36 respondentů z internetových stránek Prácheňského sanatoria, 34 respondentů od personálu Prácheňského sanatoria, 28 z informačních letáků, 12 z jiných internetových stránek, 6 z práce či školy, 4 od známých, 4 z médií a 2 respondenti získali tyto informace od lékaře.

Graf 7 Vzdálenost při rozhovoru



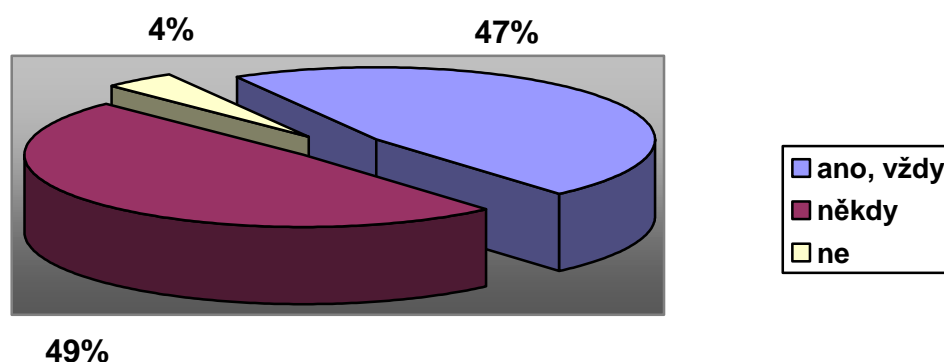
Při rozhovoru je 45 (47 %) respondentů těsně vedle pacienta, 39 (41 %) je do 1 metru, 10 (10 %) je ve vzdálenosti 1 – 2 metry, dále než 2 metry není žádný z respondentů, 2 (2 %) respondenti neví.

Graf 8 Úroveň očního kontaktu



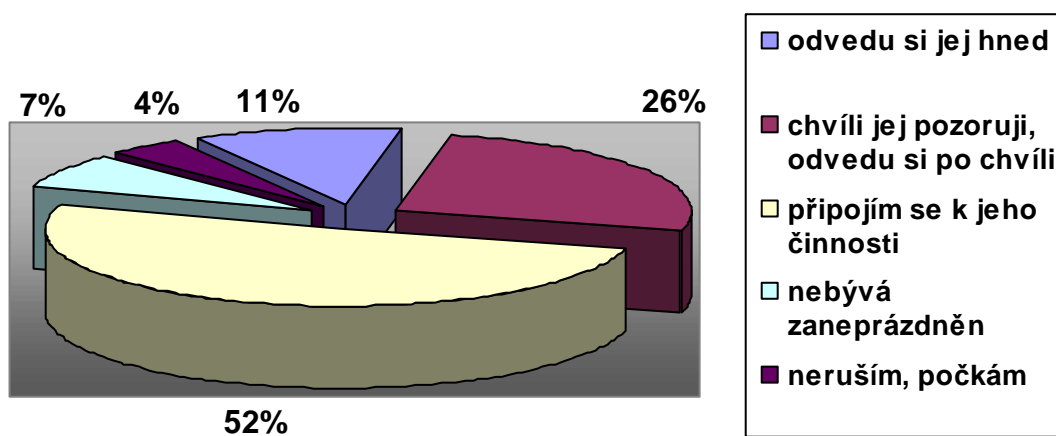
Stejnou úroveň očního kontaktu udržuje s pacienty 66 (69 %) respondentů, 30 (31 %) pouze někdy.

Graf 9 Vyloučení rušivých vlivů



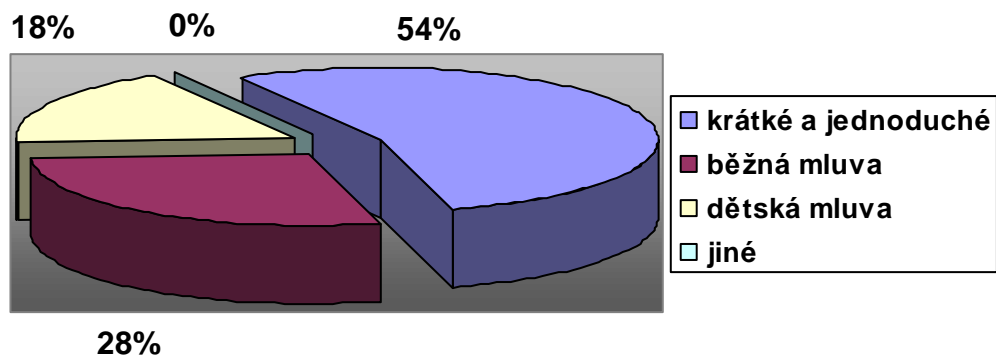
Vyloučit rušivé vlivy při rozhovoru vždy se snaží 45 (47 %) respondentů, pouze někdy 47 (49 %) respondentů, 4 (4 %) rušivé vlivy při rozhovoru nevylučují.

Graf 10 Komunikace při zaneprázdnění pacienta



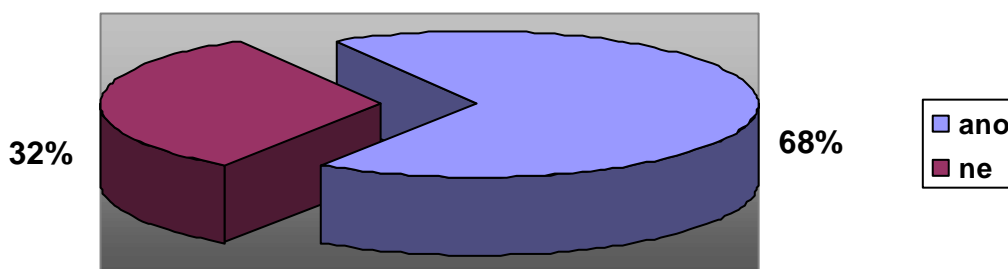
Při příchodu na návštěvu a současném zaneprázdnění pacienta se 49 (52 %) respondentů nejprve připojí k pacientově činnosti a mluví o tom, právě dělá. 25 (26 %) pacienta nejprve chvíli pozoruje a po chvíli si jej odvede, 11 (11 %) si pacienta odvede hned, 7 (7 %) respondentů udávají, že jejich blízký nebývá zaneprázdněn a 4 (4 %) respondentů neruší, počkají na dokončení činnosti pacienta.

Graf 11 Věty pro usnadnění komunikace



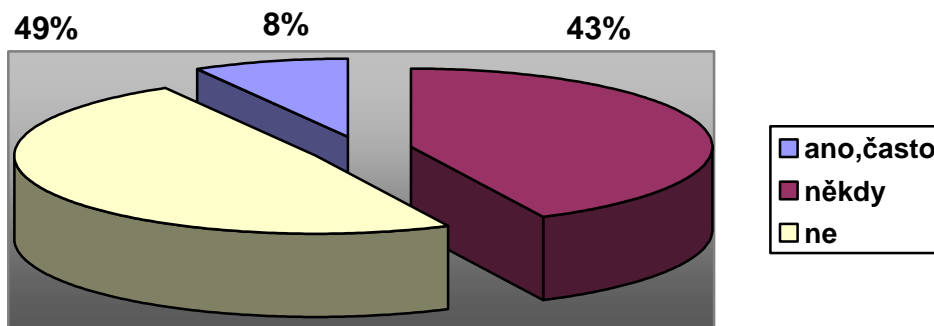
Pro usnadnění komunikace užívá 52 (54 %) respondentů krátké a jednoduché věty, 27 (28 %) používá běžnou mluvu, 17 (18 %) respondentů mluví se svým blízkým jako s dítětem, jiný způsob nevedl nikdo.

Graf 12 Vhodnost používání slov pacienta



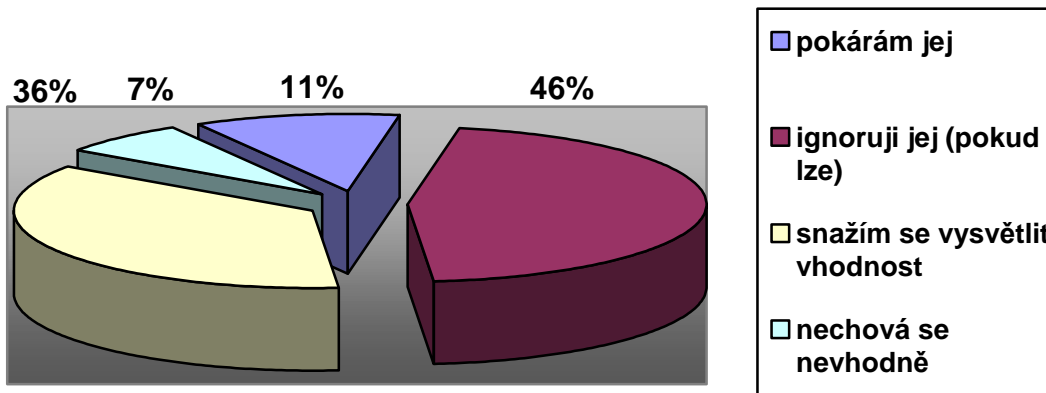
Používání slov pacienta – vymyšlených či zastaralých považuje za vhodné 65 (68 %) dotazovaných, 31 (32 %) toto neshledává vhodným.

Graf 13 Používání zdrobnělin



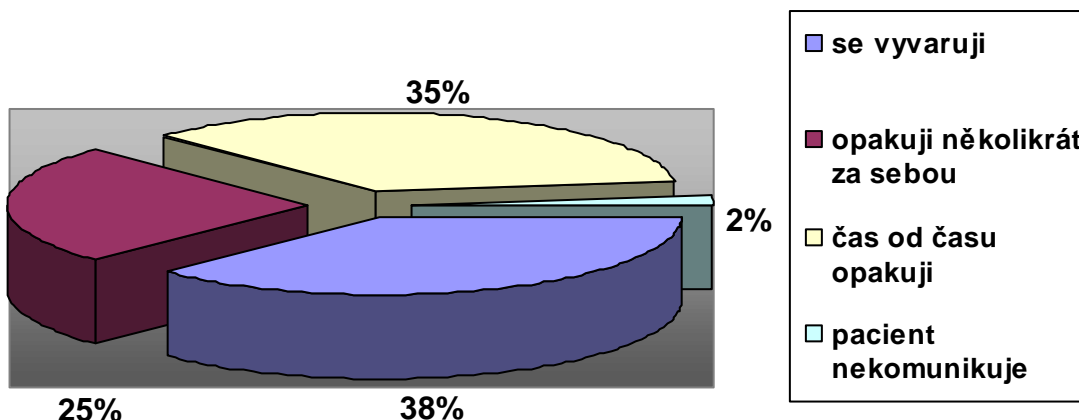
Zdrobněliny při rozhovoru nepoužívá 47 (49 %) respondentů, 41 (43 %) je používá pouze někdy, často používá zdrobněliny 8 (8 %) respondentů.

Graf 14 Reakce na nevhodné chování



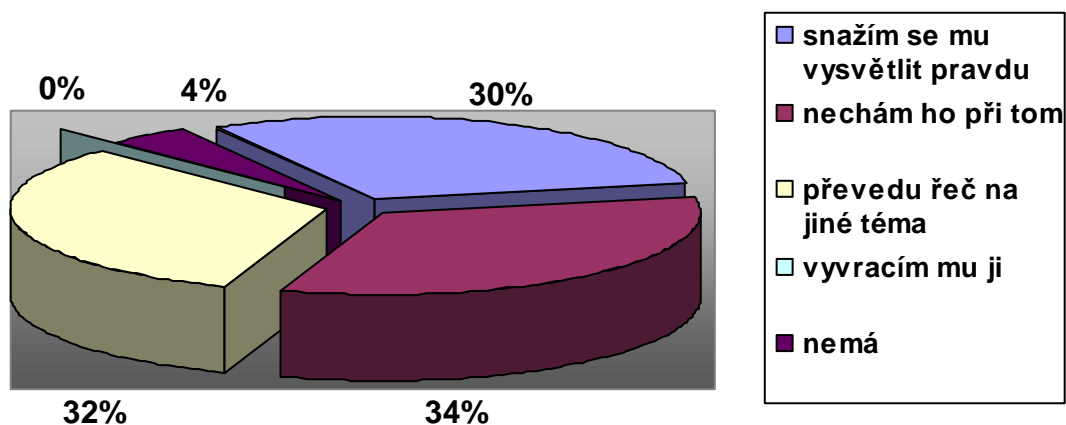
Na nevhodné chování pacienta reaguje 53 (46 %) respondentů ignorováním, 42 (36 %) se snaží vysvětlit vhodnost, 13 (11 %) respondentů pacienta pokárá, 8 (7 %) respondentů uvádí, že se jejich blízký nechová nevhodně.

Graf 15 Otázky bez odpovědi



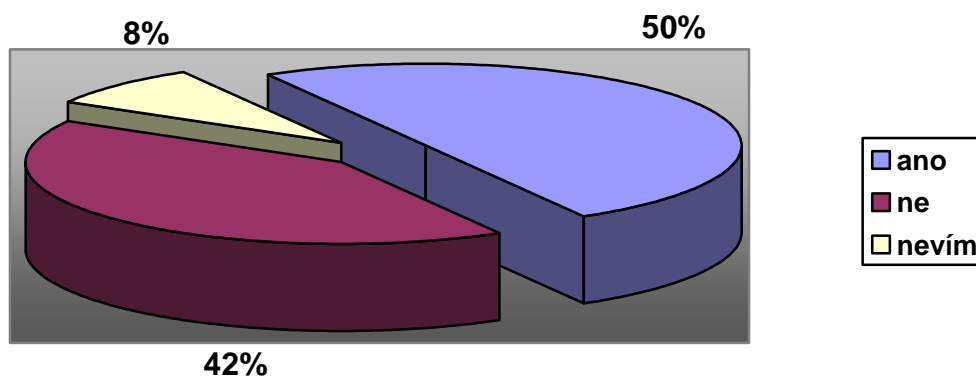
Otázkám, na které pacient nedokáže odpovědět, se 36 (38 %) respondentů vyvaruje, 34 (35 %) občas zopakuje, 24 (25 %) respondentů opakuje několikrát za sebou a 2 (2 %) respondenti uvádí, že jejich blízký s nimi nekomunikuje.

Graf 16 Utkvělé myšlenky



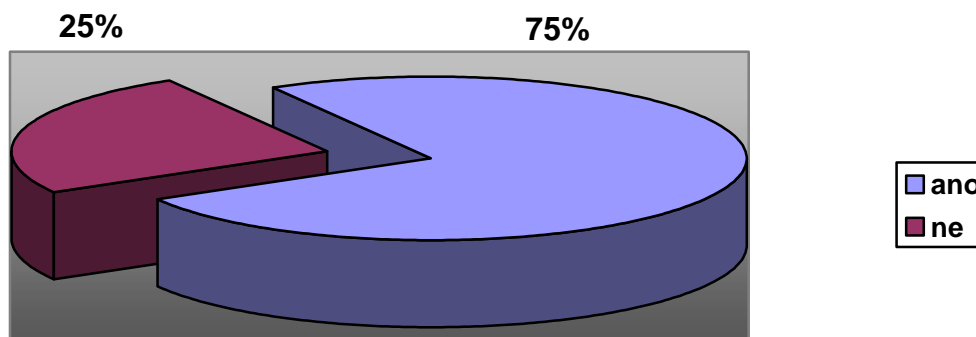
Jestliže má pacient nějakou utkvělou myšlenku, 32 (34 %) respondentů nechává své blízké při této myšlence, 31 (32 %) převede řeč na jiné téma, 29 (30 %) respondentů se snaží svému blízkému vysvětlit pravdu, 4 (4 %) pacienti utkvělou myšlenku nemívají.

Graf 17 Využívání neverbální komunikace



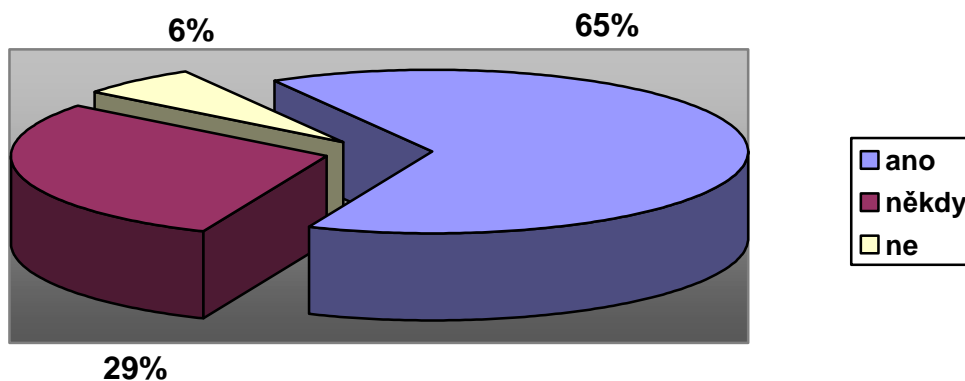
Prvky neverbální komunikace si myslí, že využívá 48 (50 %) respondentů, nepoužívá 40 (42 %) respondentů, 8 (8 %) neví.

Graf 18 Neverbální projevy pacienta



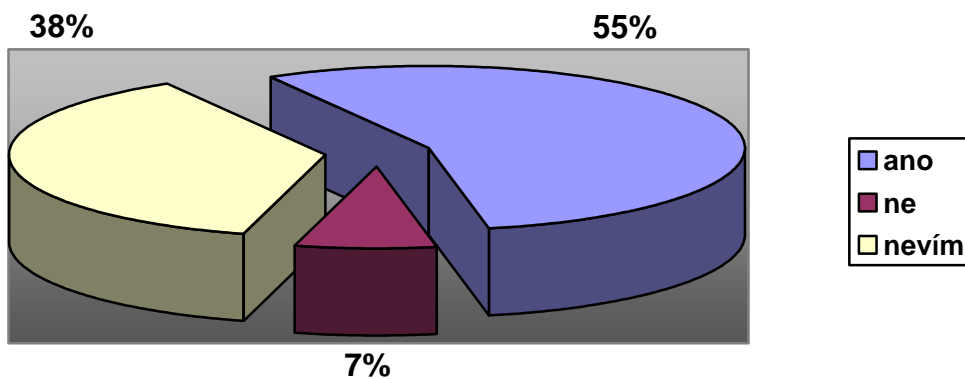
Neverbálních projevů pacienta si všímá 72 (75 %) respondentů, 24 (25 %) nikoli.

Graf 19 Používání vhodných gest



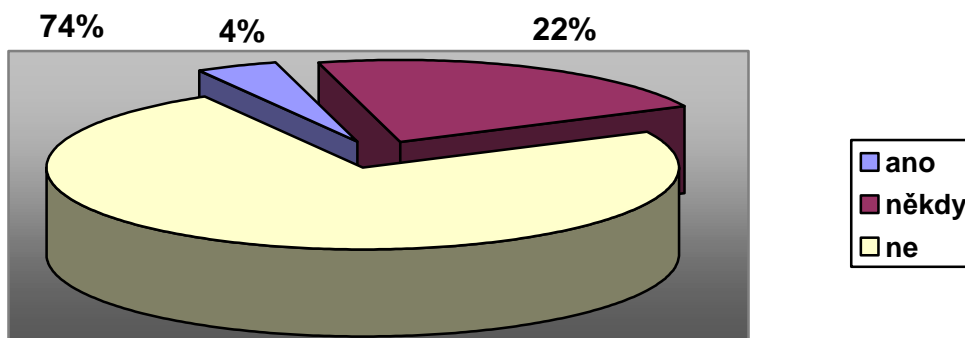
Rozhovor podporuje vhodnými gesty 62 (65 %) respondentů vždy, 28 (29 %) respondentů pouze někdy, 6 (6 %) rozhovor vhodnými gesty nepodporuje.

Graf 20 Mimika při komunikaci



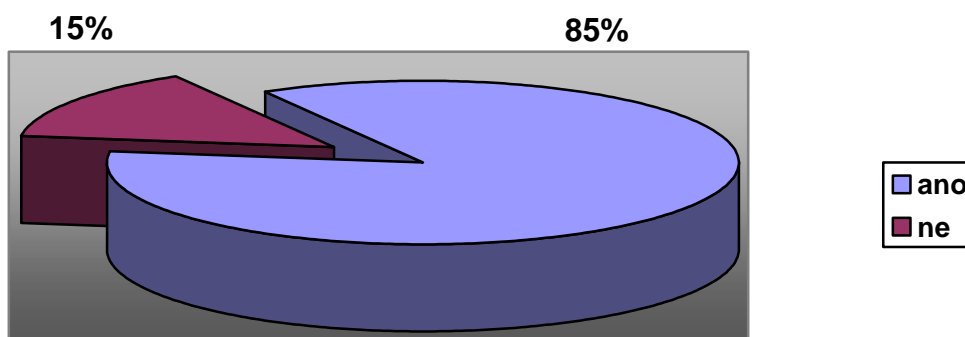
Tomu, o čem mluví, odpovídá mimika u 53 (55 %) respondentů, 36 (38 %) respondentů neví a u 7 (7 %) respondentů mimika neodpovídá sdělovanému.

Graf 21 Používání psaných projevů



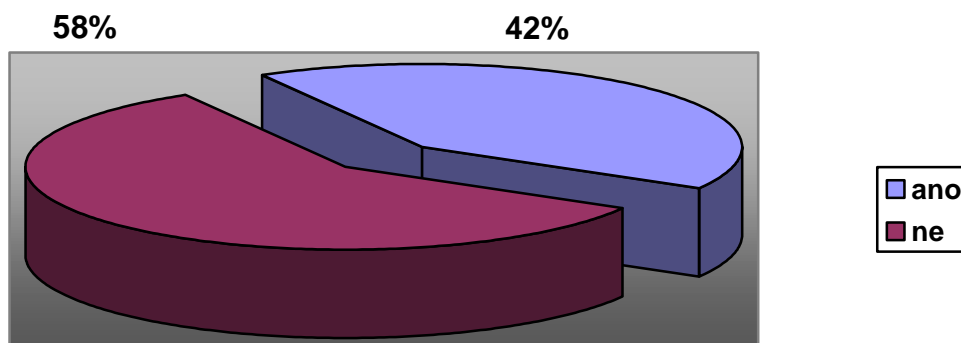
Psaných projevů při komunikaci nevyužívá 71 (74 %) respondentů, pouze někdy 21 (22 %) respondentů, 4 (4 %) ji využívají.

Graf 22 Komunikace pomocí fotografií



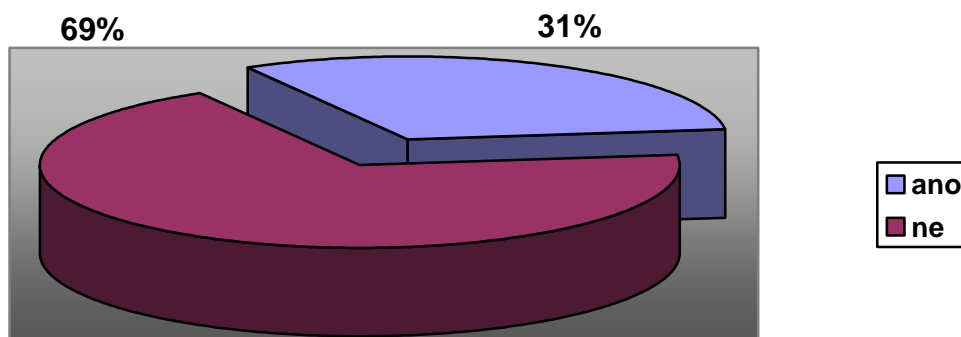
Za pomoci fotografií komunikuje 82 (85 %) respondentů, pouze 14 (15 %) takto nekomunikuje.

Graf 23 Návštěva webových stránek



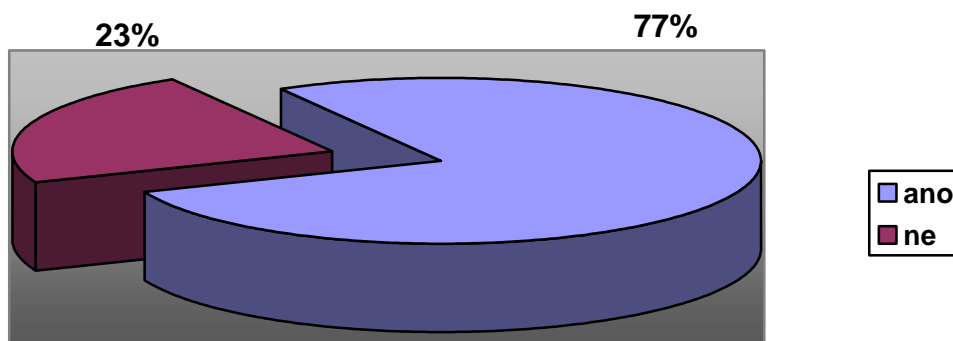
Webové stránky Prácheňského sanatoria navštěvuje 40 (42 %) dotazovaných, 56 (58 %) tyto stránky nenavštěvuje.

Graf 24 Využívání poradny



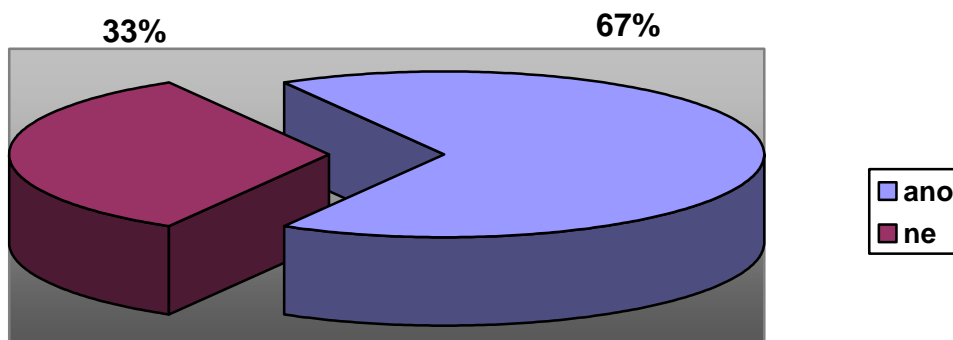
Možnosti dotazovat se v poradně pro Alzheimerovu chorobu využívá 30 (31 %) respondentů, 66 (69 %) tuto možnost nevyužívá.

Graf 25 Získání více informací



Většina – 74 (77 %) respondentů chce získat více informací o komunikaci s pacienty s Alzheimerovou chorobou, 22 (23 %) o toto zájem nemá.

Graf 26 Možnost praktického proškolení



Praktické proškolení o komunikaci s pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou uvítá 64 (67 %) respondentů, 32 (33 %) proškolit nechce.

5. Diskuse

Ve své práci jsem se zabývala problematikou vzájemné komunikace mezi pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou a jejich blízkými. V dnešní době, kdy se neustále zvyšuje věk populace a narůstá i počet osob s Alzheimerovým onemocněním, které ovlivňuje nejen pacienta samotného, ale i celou jeho rodinu, je toto téma dle mého názoru velmi aktuální.

Nejprve jsem zjišťovala délku trvání Alzheimerovy choroby u vybraných pacientů umístěných v Prácheňském sanatoriu – v Písku a na Louckém mlýně. Nejvíce respondentů (rodinných příslušníků) - 38 (39 %) uvedlo, že Alzheimerovou chorobou trpí jejich blízcí po dobu 3 - 4 roky. Po dobu 5 - 6 let trpí touto chorobou 22 (23 %) pacientů, 1 – 2 roky 19 (20 %), více než 6 let 12 (13 %) a méně než 1 rok 5 (5 %) pacientů (viz graf 1). Většina pacientů se tedy nacházela ve druhém stádiu Alzheimerovy choroby, ve kterém dochází mimo jiné k výrazným poruchám paměti, prohlubuje se ztráta orientace, dochází ke zhoršování řečových schopností, někdy se objevují halucinace či bludy. Toto všechno jsou projevy Alzheimerovy choroby, které výrazně ovlivňují komunikaci.

Dále jsem zjišťovala častost návštěv a jejich omezení vzhledem ke špatné vzájemné komunikaci (viz graf 2 a 3). Ukazuje se, že nejvíce pacientů 37 (39 %) je navštěvováno 1x týdně, více než 1x týdně je navštěvováno 31 (32 %) pacientů, 1x za 14 dní má návštěvu 18 (19 %) pacientů, 1x měsíčně je navštěvováno 10 (10 %) pacientů a žádný pacient není navštěvován méně než 1x za měsíc. Z grafu 3 vyplývá, že návštěvy pacientů jsou omezeny díky zhoršující se komunikaci v jedné polovině případů. 48 (50 %) respondentů uvedlo, že jejich návštěvy jsou výlučně nebo spíše omezeny zhoršující se vzájemnou komunikací a 48 (50 %) respondentů udalo, že jejich návštěvy nejsou nebo spíše nejsou ovlivněny zhoršující se komunikací. Těší mě poměrně časté návštěvy u našich pacientů, neboť jak uvádí i Zgola (27), návštěvy mají být pokračováním vztahu, který vznikl již dříve péčí o blízkého člověka.

Při komunikaci s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou vstupují do popředí různé komunikační bariéry. Jak uvádí Venglářová (24), jsou to především

poruchy paměti (zvláště krátkodobé), poruchy orientace a pozornosti, neporozumění řeči, neschopnost vyjádřit se. Jako problémy při komunikaci se jeví respondentům ponejvíce časté zapomínání pacientů – 19, neadekvátní odpovědi pacientů udává 15 respondentů, dále pak nesoustředěnost – ve 14 případech, 14 respondentů ukazuje na špatné vyjadřování pacientů, 13 respondentů nezájem pacienta, omezení slovní zásoby pacientů udává 12 respondentů. Překvapující pro mě bylo zjištění, že 9 respondentů uvedlo, že nemá žádné problémy při komunikaci se svým blízkým trpícím Alzheimerovou chorobou. Z méně častých problémů při komunikaci uvedlo 5 respondentů zpomalené reakce svých blízkých, 5 respondentů oznamuje, že jejich blízcí jsou zcela bez komunikace (viz graf 4).

V grafech 5 a 6 je vyznačena znalost respondentů zásad komunikace s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou a způsob jejich získávání. Z grafu 5 je patrné, že zásady komunikace zná 64 (67 %) respondentů, 32 (33 %) nikoli. Potěšující bylo zjištění, že nejvíce těchto informací získalo 36 respondentů z webových stránek Prácheňského sanatoria a také od našich zaměstnanců – 34. Z informačních letáků má poznatky 28 respondentů, 12 z jiných internetových stránek, z pracoviště nebo ze školy 6, od známých 4, z médií 4. Znepokojující však pro mě bylo to, že pouze 2 respondenti uvedli, že tyto informace získali od lékaře.

Z grafu 7 vyplývá, že rodinní příslušníci jsou při rozhovoru se svými blízkými nejčastěji ve velmi blízké vzdálenosti, což uvádějí Koběřská (12), Marková (16) i Zgola (27) jako nezbytné pro vedení úspěšné komunikace s pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou. 45 (47 %) respondentů uvedlo, že je při rozhovoru se svým blízkým těsně vedle něj, 39 (41 %) respondentů se nachází do 1 metru od svého blízkého, 10 (10 %) respondentů je ve vzdálenosti 1 – 2 metry, 2 (2 %) respondenti neví.

Dodržování stejné úrovně očního kontaktu s pacientem vždy uvádí 66 (69 %) respondentů, pouze někdy 30 (31 %) respondentů – viz graf 8. Jak uvádí např. Koběřská (12), pro komunikaci s pacienty je důležité si nejprve vytvořit určité podmínky. Dostat se úroveň stejného očního kontaktu patří k těm počátečním. K dalším podmínkám vytvoření vhodného prostředí ke komunikaci dle Koběřské (12) patří i vyloučení

rušivých jevů prostředí. Na tuto problematiku poukazuje graf 9, vyloučit rušivé jevy při rozhovoru vždy se snaží 45 (47 %) respondentů, někdy 47 (49 %) a pouze 4 (4 %) respondenti rušivé vlivy prostředí nevylučují.

Ohledně vytvoření dobrých podmínek pro komunikaci jsem se zabývala také chováním rodinných příslušníků při příchodu na návštěvu. Položila jsem rodinným příslušníkům otázku, co udělají, když přijdou na návštěvu a jejich blízký je zaneprázdněn nějakou činností – viz graf 10. Potěšilo mě, že většina - 49 (52 %) respondentů uvedlo, že se nejprve připojí k pacientově činnosti a o ní i hovoří. Což je doporučováno i v informačních brožurách ČALS. Dále 25 (26 %) respondentů uvedlo, že svého blízkého chvíli pozorují a odvedou si jej po chvíli, 11 (11 %) respondentů uvádí, že si svého blízkého i při zaneprázdnění odvedou ihned. 7 (7 %) respondentů udalo, že jejich blízký nebývá zaneprázdněn a 4 (4 %) respondenti počkají, až jejich blízký s právě vykonávanou činností skončí.

Dále jsem se ve svém výzkumu zaměřila nejprve na oblast verbální komunikace, a poté i na využívání neverbální komunikace, která je při kontaktu s pacienty s Alzheimerovou chorobou zvláště důležitá.

V otázkách 11 – 13 jsem se zabývala volbou slov a vět při rozhovoru s pacienty. I zde se potvrdilo, že rodinní příslušníci ví, jak komunikovat se svými blízkými. Graf 11 ukazuje, jaké věty používají členové rodiny při rozhovorech s pacienty pro usnadnění komunikace. Většina respondentů - 52 (54 %) uvádí, že krátké a jednoduché, což je v souladu s doporučeními např. ČALS či Koběrské (12). Dále 27 (28 %) dotazovaných používá při rozhovoru s pacienty běžnou mluvu, bohužel 17 (18 %) respondentů uvedlo, že se svými blízkými mluví jako s dítětem. Já osobně to považuji za velmi nevhodné, za nerespektování dospělé osoby pacienta. V grafu 12 je patrné, že 65 (68 %) respondentů často užívá pro usnadnění komunikace specifické výrazy používané nebo i vymyšlené pacienty, kdežto 31 (32 %) respondentů tato slova nepoužívá. Přičemž používání těchto slov může vést k lepšímu pochopení pacientů sdělovanému. Používání zdobnělin je znázorněno v grafu 13. Nejvíce respondentů – 47 (49 %) uvádí, že při rozhovoru se svým blízkým zdobněliny nepoužívá, 41 (43 %) respondentů používá zdobněliny jen někdy a 8 (8 %) respondentů je používá často. Dle mého názoru je příliš časté používání

zdrobnělin při rozhovoru s pacienty nevhodné, přináší s sebou opět nerespektování důstojnosti dospělé osoby.

V dalších třech grafech 14, 15 a 16 je vyjádřen verbální způsob zvládnání některých specifických situací. V grafu 14 jsou zaznamenány reakce na nevhodné chování pacientů, např. používání vulgarismů. Většina respondentů - 53 (46 %) sděluje, že tyto poznámky ignoruje, velká část respondentů - 42 (36 %) se snaží svým blízkým vysvětlit nevhodnost používání vulgarismů. 13 (11 %) respondentů své blízké pokárá, 8 (7 %) respondentů udává, že jejich blízcí vulgarismy nepoužívají. Z vlastní zkušenosti vím, že nemá smysl pacienty kárat nebo poučovat, lepší je nevhodné chování ignorovat nebo přejít k jinému tématu. Graf 15 poukazuje na problematiku pokládání pacientům takových otázek, na které nedokáží odpovědět. Podle literatury vím, že je vhodné se těchto dotazů vyvarovat. Také největší počet respondentů – 36 (38 %) odpověděl, že se takovým otázkám vyvaroval, 34 (35 %) respondentů uvedlo, že tyto otázky občas zopakuje, 24 (25 %) respondentů je opakuje několikrát za sebou, 2 (2 %) respondenti odpovídají, že jejich blízcí na otázky nereagují. Graf 16 ukazuje na reakce respondentů na utkvělou myšlenku svého blízkého. 32 (34 %) respondentů nechává svého blízkého při jeho utkvělé myšlence, 31 (32 %) respondentů se snaží převést řeč na jiné téma, 29 (30 %) respondentů se snaží svému blízkému vysvětlit pravdu, 4 (4 %) respondenti odpovídají, že jejich blízký nemívá utkvělé myšlenky. Také v doporučeních ČALS je uváděna nevhodnost vyvracení utkvělých myšlenek pacientů, takže většina respondentů jedná správným způsobem.

Další dotazování směřovalo na oblast neverbální komunikace. Podle grafu 17 a 18 je zřejmé, že rodinní příslušníci využívají neverbální komunikaci a zároveň si všímají neverbálních projevů svých blízkých. Na přímou otázku, zda rodinní příslušníci využívají neverbální komunikaci, odpovědělo 48 (50 %) respondentů ano, 40 (42 %) respondentů ne, 8 (8 %) respondentů neví (viz graf 17). Také na otázku, zda si rodinní příslušníci všímají neverbálních projevů svých blízkých většina respondentů 72 (75 %) uvádí, že ano, pouze 24 (25 %) respondentů říká, že ne (viz graf 18).

V otázkách 19 a 20 jsem konkrétně zkoumala společné využití prvků verbální i neverbální komunikace, neboť jak zdůrazňuje i Zgola (27), při komunikaci s pacienty

trpícími Alzheimerovou chorobou je velmi vhodné využívat více komunikačních kanálů najednou. Graf 19 poukazuje na podporu verbální komunikace vhodnými gesty. 62 (65 %) respondentů využívá gest na podpoření komunikace, 28 (29 %) jen někdy, 6 (6 %) ji nepoužívá. Na další otázku 53 (55 %) respondentů udává, že jejich mimika odpovídá obsahu sdělovaného, 36 (38 %) dotazovaných toto neví a 7 (7 %) respondentů odpovídá, že jejich mimika neodpovídá sdělovanému obsahu (viz graf 20). V následujících dvou otázkách jsem se zabývala možnostmi využití dalších způsobů neverbální komunikace. I Marková (16) poukazuje na nezbytnost využívání prostředků neverbální komunikace, na které jsou pacienti extrémně citliví, a to především v době, kdy slova přestávají být hlavním dorozumívacím prostředkem. Graf 21 ukazuje, že respondenti nedostatečně využívají komunikace pomocí psaných projevů. Tuto podporu využívají 4 (4 %) respondenti často, 21 (22 %) respondentů jen občas a plných 71 (74 %) respondentů tento způsob k usnadnění komunikace nevyužívá. Dle mého názoru je tato skutečnost ovlivněna také faktem, že pacienti - senioři mají v tomto období svého života rovněž zhoršený zrak. Příjemně překvapující je pro mě zjištění, na které poukazuje graf 22. Zde 82 (85 %) respondentů uvádí, že se svými blízkými komunikuje skrze dobře známé staré fotografie. Pouze 14 (15 %) respondentů uvádí, že tímto způsobem se svými blízkými nekomunikuje. Také Marková (16) poukazuje na důležitost společného vzpomínání např. pomocí fotografií, které pomáhá potvrdit pacientovi pocit jeho předcházející identity.

Prvním cílem práce bylo *zjistit znalosti rodinných příslušníků o specifikách vzájemné komunikace se svými blízkými trpícími Alzheimerovou chorobou*. K tomuto cíli se vztahovala hypotéza *H1 - Členové rodiny neví, jak komunikovat se svými blízkými trpícími Alzheimerovou chorobou, která byla touto částí výzkumu vyvrácena*. Otázkou ale zůstává, zda mají rodinní příslušníci zásady správné komunikace zjištěny a naučeny anebo se v kontaktu se svými blízkými chovají spíše intuitivně.

V závěrečné části výzkumu jsem chtěla zjistit, zda členové rodiny pacientů s Alzheimerovou chorobou mají zájem o prohlubování svých znalostí, zda chtějí být edukováni v oblasti komunikace s pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou. V otázkách 23 a 24 jsem zkoumala zájem rodinných příslušníků o prohlubování svých

znalostí týkajících se Alzheimerovy choroby. Zarazila mě poměrně malá snaha ze strany příbuzných věnovat se této problematice. V grafu 23 je zobrazena návštěvnost webových stránek našeho sanatoria. Větší část - 56 (58 %) respondentů uvedlo, že naše internetové stránky nenavštěvuje, 40 (42 %) respondentů ano. K tomuto faktu podotýkám, že někteří rodinní příslušníci jsou vyšší věkové kategorie, neumějí pracovat s počítačem a zároveň nemají přístup k internetu. Více zarážející je fakt, že členové rodin pacientů nevyužívají příliš možnosti dotazovat se v naší poradně pro Alzheimerovo onemocnění. Z grafu 24 je totiž patrné, že 66 (69 %) respondentů služeb naší poradny nevyužívá, 30 (31 %) respondentů ano. Potěšující je však výsledek, který ukazuje graf 25, z něhož vyplývá zájem respondentů o edukaci v oblasti komunikace s pacienty Alzheimerovou chorobou. Také Škrlovi (23) doporučují pacienty nebo rodinné příslušníky do výuky nenutit, spíše počkat na jejich schopnost a ochotu se nechat vzdělávat. Graf 25 ukazuje, že 74 (77 %) respondentů chce získat více informací o komunikaci s pacienty s Alzheimerovou chorobou. Pouze 22 (23 %) respondentů o edukaci zájem nemá. Graf 26 popisuje, kolik respondentů by uvítalo praktické proškolení na téma komunikace s pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou. 64 (67 %) respondentů má zájem o praktické proškolení, 32 (33 %) nikoliv.

Druhým cílem práce bylo *zjistit zájem rodiny o edukaci v oblasti komunikace se svými blízkými trpícími Alzheimerovou chorobou*. K druhému cíli práce se vztahovala *hypotéza H2 - Členové rodin pacientů s Alzheimerovou chorobou mají zájem o edukaci v oblasti vzájemné komunikace. Tato hypotéza byla výzkumem potvrzena*. Tohoto poznatku chci využít pro další vzdělávání rodinných příslušníků. Budu pořádat odborné semináře s pravděpodobným názvem *Úspěšná komunikace s pacienty s Alzheimerovou chorobou*. Tyto semináře chci pořádat v obou našich sanatoriích a tím chci přispět ke zlepšení vzájemné komunikace mezi rodinou a pacienty.

6. Závěr

Alzheimerova choroba je onemocnění, které mění zásadně nejen život pacienta, ale i celé jeho rodiny. Tato choroba postihuje komunikaci na všech úrovních, a tím ovlivňuje i vzájemné vztahy mezi pacientem a jeho rodinou. Kvalita života všech zúčastněných záleží na povaze jejich vzájemného vztahu, a proto je velmi důležité s pacienty udržovat co nejlepší možnou komunikaci. Rodinní příslušníci by měli znát zásady správné komunikace s pacienty, ve které nejde jen o pouhou výměnu slov, ale spíše o schopnost vyladit se se svými blízkými na stejnou strunu.

Prvním cílem práce bylo zjistit, jaké znalosti mají rodinní příslušníci pacientů s Alzheimerovou chorobou o specifikách vzájemné komunikace. Druhým cílem bylo zjistit, zda má rodina zájem o edukaci v oblasti komunikace se svým blízkým trpícím Alzheimerovou chorobou. Cíle práce byly splněny.

Vyhodnocením výsledků bylo zjištěno, že rodinní příslušníci ví, jakým způsobem mají komunikovat se svými blízkými trpícími Alzheimerovou chorobou, čímž byla vyvrácena hypotéza H1 - Rodinní příslušníci neví, jak komunikovat se svými blízkými trpícími Alzheimerovou chorobou. Dalším vyhodnocením dotazníků byla potvrzena hypotéza H2 - Rodinní příslušníci mají zájem o edukaci v oblasti vzájemné komunikace se svými blízkými trpícími Alzheimerovou chorobou.

Výsledky výzkumu ukazují na zájem rodiny o zachování hezkého vztahu se svým blízkým trpícím Alzheimerovou chorobou.

Tento výzkum byl užitečný pro mou práci – vrchní sestry Prácheňského sanatoria a také pro všechny, kdo se zajímají o problematiku lidí trpících Alzheimerovou chorobou. Výsledky této práce budou sloužit jako podklad pro vzdělávací semináře, které budu pořádat na obou zařízeních Prácheňského sanatoria, eventuálně budou nabídnuty i jiným zařízením, kde také pečují o pacienty s Alzheimerovou chorobou.

7. Seznam použitých zdrojů

1. *Alzheimerovo onemocnění - léčeni*. [online].
Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/cz/alzheimerovo-onemocneni/leceni>,
[cit. 2008-01-11].
2. *Alzheimerovo onemocnění - léky*. [online] Dostupné z:
<http://www.alzheimercentrum.cz/cz/alzheimerovo-onemocneni/prubeh-onemocneni/> [cit. 2008-01-11].
3. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Grada Publishing, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
4. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitné ošetrovatelstvo*. 2. vyd. Osveta, 2006. 280 s. ISBN 80-8063-213-8.
5. HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demenci*. Praha: Triton, 2005. 108 s. ISBN 80-7254-564-7.
6. HORT, J. *Alzheimerova choroba – léčba*. [online] Dostupné z:
<http://www.stari.cz/ukaz-sekci-php?id=5>, [cit 2008-01-05].
7. CHODURA, V. *Komunikace a duševní poruchy*. 1. vyd. ZSF JČU, 2000. 54 s. ISBN 80-7040-409-4.
8. *Jedná se o Alzheimerovo onemocnění?* [online]. Dostupné z:
<http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=25>, [cit. 2008-01-03].
9. JIRÁK, R. a kol. *Demence*. Maxdorf, 1999. 226 s. ISBN 80-85800-44-6.
10. JIRÁK, R. *Terapie Alzheimerovy choroby*. *Lékařské listy*. Praha. 2006, roč. 55, č. 22, s 14-15. ISSN 90-305-346-9.
11. KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Grada publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
12. KOBĚRSKÁ, P. a kol. *Společnou cestou*. 2. vyd. Portál, 2003. 38 s. ISBN 80-7178-981-X.
13. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I*. Martin. Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

14. KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Grada publishing, 2006. 109 s. ISBN 80-247-1491-4.
15. MALÍKOVÁ, K. Edukácia při farmakoterapii seniorov. *Sestra*. MK SR 2698, 2006, roč. V., č. 11-12, s 29-31. ISSN 1335-9444.
16. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Grada publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
17. MICHÁLKOVÁ, I., ŠIMONČÍKOVÁ, S. Úskalia komunikácie s geriatrickým pacientem. *Sestra*. MK SR 2698, 2006, roč. V., č. 11-12, s. 38-39. ISSN 1335-9444.
18. MOTLOVÁ, L. Péče o nemocného člověka s Alzheimerovou chorobou. In: *Sborník nové trendy v ošetrovatelství III*. České Budějovice: ZSF JCU, 2004. s 208-222. ISBN 80-7040-705-0.
19. PFIZER s.r.o. *Alzheimerova nemoc v rodině*. Pfizer, 1998. 96 s. ISBN 80-85800-96-9.
20. PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd. Grada publishing, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
21. PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X.
22. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 3. vyd. Praha: Triton, 2003. 211 s. ISBN 80-7254-423-3.
23. ŠKRLOVÁ, M., ŠKRLA, P. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
24. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
25. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Grada publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
26. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Grada publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
27. ZGOLA, J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Grada publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

8. Klíčová slova

Alzheimerova choroba

Demence

Edukace

Komunikace

Pacient

Rodinní příslušníci

Sestra

9. Přílohy

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Edukační proces

Příloha 1 Dotazník

Dobrý den,

Jsem studentkou 3.ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde studuji obor Všeobecná sestra. Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala „Znalosti rodiny pacienta s Alzheimerovou chorobou o specifikách vzájemné komunikace“.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Výsledky budou sloužit k výzkumným účelům v rámci mé bakalářské práce a práce vrchní sestry Prácheňského sanatoria.

Odpovědi, prosím, zakroužkujte, nebo vypište do připravených kolonek.

Za projevovou ochotu ke spolupráci Vám děkuji.

S pozdravem Irena Černá, vrchní sestra
Prácheňské sanatorium, o.p.s.

1. **Jak dlouho** trpí Váš blízký Alzheimerovou chorobou?

- méně než 1 rok
- 1-2 roky
- 3-4 roky
- 5-6 let
- více než 6 let

2. **Jak často** navštěvujete svého blízkého?

- více než 1x týdně
- 1x týdně
- 1x za 14 dní
- 1x měsíčně
- méně než 1x měsíčně

3. Myslíte si, že jsou Vaše **návštěvy omezeny** zhoršující se vzájemnou komunikací?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

4. **Jaké** máte **problémy** při komunikaci se svým blízkým trpícím Alzheimerovou chorobou?

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

5. Znáte **Zásady komunikace** s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou?

- ano
- ne

Pokud jste na otázku číslo 5 odpověděl **ano**, přejděte k otázce číslo 6, pokud jste odpověděl **ne**, přejděte rovnou k otázce číslo 7.

6. **Odkud** jste získal(a) tyto informace?

- v našem zařízení od personálu
- z internetových stránek – našich (www.alzheimercentrum.cz)
- z internetových stránek – jiných
- z informačních letáků
- jinak, jak?.....

7. V **jaké vzdálenosti** jste při rozhovoru se svým blízkým?

- těsně vedle něj
- do 1m
- 1-2 m
- dále než 2 m
- nevím

8. Dostáváte se při rozhovoru se svým blízkým na jeho **úroveň očního kontaktu** (např. když sedí, sednete si vedle něj)?

- ano, vždy
- někdy
- ne

9. Snažíte se při rozhovoru **vyloučit rušivé vlivy prostředí** (např. vypnout TV, rádio)?

- ano
- někdy
- vždy

10. Podporujete to, co říkáte **vhodnými gesty** (např. když chcete, aby si Váš blízký sedl, ukážete na židli)?

- ano
- někdy
- ne

11. Odpovídá **Vaše mimika** (výraz obličeje) tomu, co říkáte?

- ano
- ne
- nevím

12. Jaké **věty** používáte **pro usnadnění komunikace** se svým blízkým?

- krátké a jednoduché
- normální, běžnou mluvu
- mluvím s ním jako s malým dítětem
- jiné

13. Komunikujete se svým blízkým také **pomocí psaných projevů**?
- ano
 - někdy
 - ne
14. Myslíte si, že je vhodné pro usnadnění komunikace používat **slova, která používá Váš blízký** (slova jím vymyšlená, zastaralá)?
- ano
 - ne
15. Co děláte, když přijdete na návštěvu a **Váš blízký je zaneprázdněn** nějakou činností?
- odvedu si jej
 - chvíli jej pozoruji, odvedu si jej po chvíli
 - připojím se k jeho činnosti a mluvím o tom, co právě dělá
 - něco jiného, co?.....
16. Používáte při rozhovoru **zdrobněliny**?
- ano, často
 - někdy
 - ne
17. Vzpomínáte společně na „**staré časy**“ za pomoci starých fotografií Vašeho blízkého?
- ano
 - ne
18. Jak reagujete, když se Váš blízký **chová nevhodně** (např. používá vulgarismy)?
- pokárám jej
 - ignoruji to (pokud lze)
 - snažím se vysvětlit vhodnost
 - jinak, jak?.....
19. Otázkám, na které váš blízký **nedokáže odpovědět** a trápí jej
- se vyvaruji
 - opakuji několikrát za sebou
 - čas od času zopakuji
 - reaguji jinak, jak?.....
20. Co uděláte, když má váš blízký **utkvělou** mylnou **myšlenku** (např. že je mu 20 let)?
- vyvracím mu ji
 - snažím se vysvětlit pravdu
 - nechám ho při tom
 - převedu řeč na jiné téma
 - reaguji jinak, jak?.....

21. Využíváte při komunikaci **prvky neverbální (mimoslovní) komunikace**?
- ano
 - ne
 - nevím
22. Všímate si u svého blízkého při komunikaci také **neverbálních postojů** (řeči těla – postoje, výrazu tváře, pohybů těla)?
- ano
 - ne
23. Chtěli byste **získat více informací** ohledně komunikace s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou?
- ano
 - ne
24. Navštěvujete naše **webové stránky** (www.alzheimercentrum.cz)?
- ano
 - ne
25. Využíváte **možnosti dotazovat se** v naší poradně?
- ano
 - ne
26. Uvítali byste **praktické proškolení** na téma vzájemná komunikace s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou?
- ano
 - ne

Příloha 2

Edukační proces (ukázka edukační hodiny)

Téma: Úspěšná komunikace s pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou

Edukační diagnóza:

Deficitní znalosti o specifikách komunikace s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou v souvislosti s nedostatečnou informovaností o zásadách komunikace projevující se verbalizací

Místo konání: jídelna Prácheňského sanatoria v Písku

Datum konání: 24.5.2008 v 17 hodin

Délka edukace: 60 min

Organizační forma: přednáška

Cílová skupina: rodinní příslušníci pacientů s Alzheimerovou chorobou

Cíl: Rodinní příslušníci pacientů s Alzheimerovou chorobou ví, jak komunikovat se svými blízkými trpícími Alzheimerovou chorobou.

Výsledná kritéria:

Rodinní příslušníci ví, jaké podmínky si mají vytvořit při komunikaci se svým blízkým.

Rodinní příslušníci znají, jak svého blízkého oslovovat.

Rodinní příslušníci používají při komunikaci více komunikačních kanálů najednou.

Rodinní příslušníci používají prvky neverbální komunikace.

Rodinní příslušníci si všímají neverbálních projevů svých blízkých.

Rodinní příslušníci využívají pro usnadnění komunikace psaných projevů.

Rodinní příslušníci používají při rozhovoru krátké a jednoduché věty.

Rodinní příslušníci při komunikaci svého blízkého povzbuzují, nekárají.

Rodinní příslušníci se při komunikaci drží jednoho tématu.

Rodinní příslušníci posilují dospělé vnímání svého blízkého.

Edukační metody:

Monologické: přednáška

Dialogické: diskuse

Písemné materiály: brožury, letáky, odborná literatura

Názorné pomůcky: videozáznam

Metodický postup:

Motivační fáze:

- představení se
- vytvoření důvěry
- vyzdvihnutí důležitosti informací

Expoziční fáze:

- přednáška:
- jak demence ovlivňuje komunikaci
- důležitost vzájemné komunikace
- zásady správné komunikace s pacienty

Fixační fáze:

- diskuse
- možnost dotazování
- předávání si vzájemných zkušeností
- předání brožur, letáků
- odkaz na odbornou literaturu, webové stránky

Hodnotící fáze:

- kontrolními otázkami (krátkým dotazníkem) zjistím, co si rodinní příslušníci zapamatovali
- při nedostatcích a současném zájmu navrhnou možnost dalšího setkání

Realizace přednášky:

- nejprve se představím a připomenu obsah přednášky
- krátce vysvětlím, co je komunikace, rozdíl mezi verbální a neverbální komunikací
- vyzdvihnu bariéry, které stěžují komunikaci u pacientů s Alzheimerovou chorobou (poruchy paměti, poruchy orientace v čase a prostoru, potíže s porozuměním, potíže s vyjadřováním)
- zdůrazním důležitost vzájemné komunikace mezi pacienty a jejich blízkými
- proberu jednotlivé zásady pro komunikaci s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou:
- poučím rodinné příslušníky o vytvoření vhodných podmínek ke komunikaci (omezit úroveň hluku, přiblížit se na blízkou úroveň pacienta, ujistit se, že pacient je připraven vnímat)
- připomenu rodinným příslušníkům, aby oslovovali svého blízkého tak, jak byl zvyklý
- doporučím při komunikaci nejprve se připojit k činnosti, kterou právě pacient vykonává
- vysvětlím vhodnost používání více komunikačních kanálů najednou, zapojení všech smyslů
- doporučím naslouchat pacientova slova a sledovat jeho neverbální projevy a snažit se porozumět, co se za nimi skrývá
- poradím rodinným příslušníkům, aby svému blízkému dali dostatek času na vyjádření
- poučím rodinné příslušníky, aby vhodně používali prvky neverbální komunikace
- doporučím při společných činnostech pojmenovávat to, co je právě s pacientem děláno
- doporučím držet se jednoho tématu a pojmenovávat postupně jednotlivé kroky

- pokyny od rodinných příslušníků by měly být přesné, jednoznačné, konkrétní
- doporučím pacienty povzbuzovat, nekárat, nevyvracet utkvělé myšlenky
- vysvětlím nevhodnost používání nadbytečných otázek, na které pacient nemůže odpovědět
- pro lepší srozumitelnost sdělení doporučím používat krátké, jednoduché věty
- doporučím využívat psaných projevů, prohlížení fotografií
- nakonec vyzvu rodinné příslušníky, aby ve svých blízkých při komunikaci posilovali dospělé vnímání, nejednali s nimi jako s dětmi

Demonstrace:

- v průběhu přednášky použiji videozáznam s praktickými ukázkami komunikace s pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou