

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

**ÚSPĚŠNÁ KOMUNIKACE
S OSOBAMI TRPÍCÍMI ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

Autor práce: Monika Strapková, DiS.

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: III.

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Motlová

2006

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených bibliografických citací a pramenů.

Stephan

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Lence Motlové, vedení domova důchodců, kde mi byla umožněna praktická činnost a seniorům, se kterými jsem spolupracovala, a kteří mne svými kladnými odezvami neustále utvrzují v tom, že profesionální, upřímný přístup je kladně přijímán a je nezbytný pro úspěšnou péči.

OBSAH

ÚVOD	5
1 Teoretická část	7
1.1 Základní pojmy	7
1.2 Potřeba úspěšné komunikace	11
1.3 Bariéry v komunikaci s osobami trpícími Alzheimerovou chorobou	13
1.4 Principy a metody úspěšné komunikace	15
1.4.1 Validační principy	16
1.4.2 Principy jasných otázek	18
1.4.3 Princip bazální stimulace	18
1.4.4 Princip partnerství	19
1.5 Zásady úspěšné komunikace	20
2 Praktická část	22
ZÁVĚR	35
Seznam odkazů	36
Seznam literatury	38
Seznam příloh	40
Přílohy	41
Abstrakt	45

ÚVOD

Komunikace tvoří základ našich vztahů. Jako sociální pracovnice domova důchodců se zabývám péčí o osoby trpící Alzheimerovou chorobou. Během své několikaleté praxe jsem se mnohokrát setkala s problémem, jak se dorozumět s takto postiženým seniorem, jak zjistit jeho vůli, jak s ním navázat kontakt. Zúčastnila jsem se několika kurzů a seminářů, které se touto problematikou zabývali a snažili se přiblížit svět tak, jak jej vidí sami nemocní. Jelikož jsem si chtěla vlastní poznatky utřídit zvolila jsem toto téma i pro svou bakalářskou práci.

Práce nejprve zmiňuje definice základních pojmů, ke kterým patří Alzheimerova choroba se svými stádii, komunikace jako taková a její typy. Autorka se snaží o popis termínu úspěšné komunikace - jak se projevuje, jakými se řídí principy a jakými metodami ji pečovatelé mohou dosáhnout. Hlavní oporu této kapitoly tvoří kniha J. M. Zgola Úspěšná péče o člověka s demencí. K dalším významným zdrojům patří kniha P. Koběrské Společnou cestou, která je výborným manuálem s fotodokumentací pro pečující (zejména v domácí péči). Samozřejmostí jsou publikace I. Holmerové, která se dlouhá léta zabývá gerontologií a je spoluzakladatelkou České Alzheimerovské společnosti. Jelikož práce by měla pro srovnání částečně popsat i komunikaci běžnou mezi zdravými lidmi a její principy používám i poznatky I. Plaňavy mimo jiné z knihy Průvodce mezilidskou komunikací.

Komunikaci a vůbec přístup k osobám s demencí je velmi palčivá. Neodvratně se blíží doba účinnosti nového zákona o sociálních službách, který mimo jiné zavádí registraci jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb. Registrace je na základě kvality, která se dokládá individuálně vypracovanými standardy. Teorie je ovšem mnohdy značně vzdálena praxi a pokud napíšeme pravidlo ctění práv uživatele služby jako hlavní v zařízení, ještě to nemusí znamenat, že všichni klienti mají pocit, že jejich práva jsou dodržována. Citlivá je v tomto ohledu problematika dostatku pracovních sil na odděleních péče o nemocné, seniory a jiné. Negativní vliv na kvalitu života má i oblast individuálního přístupu ke klientovi, skutečnost, že mnohdy je řád zařízení nadřazen potřebám klienta. Ovšem zda je to špatné či nevyhnutelně nutné tato práce nepostihuje a ani se tím nezabývá.

Pro doplnění teoretických poznatků je připojena praktická část, ve které autorka pracuje s osmi respondenty jednoho domova důchodců. Několikrát během jejich pobytu v zařízení s nimi byl vyplňován Mini-Mental State Examination (MMSE) – standardizovaný mezinárodní screeningový test na zjišťování demence, který je běžným testem sledujícím

stupeň a postup této nemoci. MMSE nejlépe posloužil cíly praktické části, kdy byla snaha o nastínění konkrétních deficitů kognitivních funkcí u seniorů s ohledem na jejich stádium nemoci s doplněním konkrétních komunikačních technik či spíše specifik, která v daných případech klienti mají. Práce obsahuje osm kazuistik, kde je krátce zmíněna diagnóza, celkový vývoj onemocnění, osobnostní proměny a jiné proměnné, které jsou přičítány postupujícímu onemocnění.

Práce se snaží poukázat na to, že individuální přístup je možný, že má smysl (a to nejenom pro klienta, ale i pro pečujícího, kterému může značně ulehčit práci) a že záleží na každém z pečujících, jak je ochoten se do situace nemocných vcítit a jak moc se chce sám osobně angažovat.

MOTTO

"Jsme vyčerpaní tehdy, mluvíme-li s lidmi, a přesto se s nimi uvnitř, ve svém srdci, nesetkáváme, když jeden z nich nebo oba dva jsou z nějakého důvodu nepřístupní.

V těch případech, kdy máme to štěstí, že se s někým skutečně setkáme, není tu vůbec otázka únavy. Oba se cítíme osvěženi, protože se něco stalo. Je to, jako by se otevřely dveře a do života náhle vstoupil nový rozměr."

De Castillejo

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Základní pojmy

Komunikace

Odvozeno od slov komunikacio (z lat. znamená účastnění) a kommunikicare (znamená činit něco společným, sdílet). Slouží k předávání informací, postojů i emocí. Může být jak jednosměrná, tak rozvíjející se v rozhovor. Děje se díky souboru znaků – verbálních, neverbálních a paralingvistických (tón hlasu) ¹. Umožňuje lidem vyjadřovat pocit bezpečí, jistoty a vzájemné důvěry. Komunikace je součástí každého interpersonálního vztahu ², ve kterém se jednotliví účastníci vzájemně ovlivňují ³.

Komunikační dovednosti

Každá lidská bytost je originál a liší se od ostatních. Nejenom v genové výbavě, vzhledu, bohatství, ale i v komunikačních schopnostech. Příkladem tomu může být rozlišná komunikace dítěte, pubescenta, dospělého a seniora. Rozdíly se nachází ve slovní zásobě, využívání mimiky a gestikulace, tempu řeči či schopnosti zastírat lež. E. Hoffová ¹⁵ rozlišuje jazykové kompetence mluvčího a komunikativní. V prvním případě se jedná o schopnosti utvářet věty a souvětí a správně rozumět jejich významu. Druhá, komunikativní kompetence znamená schopnost tyto sentence používat ve vzájemných interakcích. Obě tyto dovednosti můžeme rozvíjet a zlepšovat se v nich, i když je zde dána určitá podmíněnost naší osobností, jejíž součástí komunikační schopnost je. Naopak při zanedbávání dochází k degeneraci těchto dovedností a to většinou nezávisle, ať už na osobnosti či na nejvyšším dosaženém stupni vzdělání.

Úspěšná komunikace

Hlavní pro úspěšnou komunikaci je **iniciativa** a kvalitní **příjem**. Druhé osobě dáváme najevo, že s ní chceme hovořit, že s ní chceme navázat kontakt. Používáme k tomu obvykle prostředky jako jsou pohledy, doteky, oslovení či otázka. Na oplátku musíme také umět přijímat, tj. vnímat signály protějšku a zároveň mu zpětně dávat najevo, že ho skutečně vnímáme. Koběrská úspěšnou komunikaci přirovnává k tanci, při němž musíme sledovat jeden druhého, vnímat své pohyby a reagovat na ně – „tančit“ v souladu s nimi ³.

J. Křivohlavý ¹⁵ ve své psychologii mezilidské komunikace dává do souvislosti úspěšnou komunikaci s kvalitou lidského života a doplňuje ho i Z. Vybíral, který tuto komunikaci spojuje s duševním zdravím.

Z hlediska péče o klienty (v našem případě seniory) je nejnáročnější pochopit potřeby druhého, poznat a porozumět způsobu jeho komunikace a prostřednictvím toho mu umožnit zorientovat se ve vzniklé situaci, najít jistotu a do určité míry i zajistit jeho rozvoj. V úspěšné komunikaci vnímáme jako druhého vždy jako osobnost (nehledě na jeho postižení, tělesný i duševní stav)⁴.

Definice Alzheimerovy choroby

Choroba, která těžce narušuje mozek (dochází při ní ke zrychlenému odumírání nervových mozkových buněk⁹ a k poklesu tzv. kognitivních funkcí¹⁴) a ovlivňuje tak především myšlení, paměť a jazykové schopnosti. Začátek této nemoci je většinou velmi pozvolný, nerovnoměrně se zhoršující, ireverzibilní.

Jako první tuto chorobu definoval a vymezil Alois Alzheimer v Německu v roce 1907¹⁴. Mezi rizikové faktory přispívající k onemocnění patří: věk, zejména nad 65 let (**age dependent disease** – choroba na věku přímo závislá), dědičnost, cévní onemocnění, poranění hlavy, deprese³. Dále pak nedostatek vitamínu B₁₂, Downův syndrom, nízká úroveň vzdělání a malá duševní aktivita⁶. Ze statistik též vyplývá, že více jsou nemocí postiženy ženy⁵.

Nemoc působí jako bariéra, která deformuje veškeré přijímané i vyjadřované informace². Projevuje se poruchami paměti, zmateností, dezorientací, poruchami řeči a prostorové orientace. Přináší i určité rozhodovací potíže a s tím související pokles schopnosti vykonávat běžné denní aktivity což vede až ke ztrátě soběstačnosti a změně osobnosti⁹.

Celkem Alzheimerovou chorobou (dále jen AD) před sedmi lety trpělo až 25 miliónů lidí na světě a přibližně 70 – 90 tis. v České republice⁵. Tyto počty se bohužel i v souvislosti se stárnutím populace zvyšují². K včasné diagnostice přispívají speciální testy, dotazníky či hodnotící škály (Příloha II).

Projevy a stádia Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba (dále jen AD) s sebou přináší celou škálu příznaků, ať drobných, těžko poznatelných (hlavně v prvním stádiu), tak naprosto zřetelných, ale často přisuzovaných jinému onemocnění (psychiatrickému apod.) či prostě stáří. Lékařka a gerontoložka Iva Holmerová¹⁴, ale upozorňuje, že námi tak často bagatelizovaná stařecká demence, kterou vnímáme jako přirozený běh života, součást stáří, ve skutečnosti neexistuje a všechny její

projevy jsou důsledkem nemoci. Mezi takové signály patří poruchy paměti a soustředění, občasná dezorientace, zmatenost apod. (viz Kazuistika 2). K těm závažnějším, které by již měly chorobu napovídat jsou poruchy chování a psychiatrické příznaky (**Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia – BPSD**¹⁴). Konkrétně se mluví o jakési odvázanosti v chování, netaktnosti, depresi, poruchách spánku, agresivitě či halucinacích. S nemocí přicházejí také sociální změny projevující se uzavíráním se do sebe, odmítáním společnosti, nepřátelským chováním k okolí atd. (Kazuistika 1).

AD se rozděluje do tří stádií. Jejich délka trvání a celkový postup nemoci je zcela individuální a těžce prognostický¹⁴. V prvním, ve fázi **časná, mírná demence**⁶, můžeme u seniora pozorovat určitou zpomalenost, poruchy paměti, zapomínání běžných věcí jako jsou klíče, opakované otázky, používání jednoduchých vět, hledání slov, sklon k pasivitě. Člověku ubývá soudnost, uzavírá se do sebe a je choulostivější k depresím⁹. Období trvá obvykle dva až čtyři roky⁶.

Ve druhém období, tzv. **střední demence** (od dvou do deseti let), dochází nejčastěji již ke změnám chování (hašteřivost, nesnášenlivost, poruchy spánku, nervozita, bludy i halucinace), nutná je pomoc druhé osoby, pacient má obtíže s podpisem atd. V této fázi je na místě uvažovat o pomoci odborné pečovatelky či instituce^{6,14}.

Poslední fáze je pozdní, **pokročilá demence**, kdy dochází k úplné ztrátě verbálních schopností, těžkým poruchám chování (Kazuistika 1), ztrátě hluboko zafixovaných návyků (oblékání, stravování, hygiena). Objevuje se podvýživa, infekce i záněty např. plic⁶. Člověk bloudí, projevuje se agresivně či naopak netečně ke svému okolí, je silně neklidný, vykřikuje, utíká z domova⁹. Stádium trvá jeden až tři roky a končí smrtí. Po ischemické chorobě srdeční, nádorových chorobách a cévních mozkových příhodách je Alzheimerova choroba nejčastější příčinou úmrtí v západních zemích⁶.

Komunikační techniky

Kromě základních principů a pravidel verbální a neverbální komunikace zmiňuje tato práce několik směrů, které se zaměřují na navázání kvalitní komunikace s nemocným AD. Jedná se o tzv. validaci, bazální stimulaci, preterapii a VTI komunikaci.

Principy a metody **validace** jsou součástí provázení člověka pozdním stádiem AD. Komunikace je spjata s **empatií a nasloucháním**, hl. principem je snaha orientovat se ve světě nemocného (nikoliv v realitě), porozumět mu a provázet ho v jeho myšlenkách.

Hlavními metodami je krátkodobé – pravidelné setkávání se s klientem a navazování určitého vztahu skrze hudbu a zpěv, doteky, oční kontakt, reminiscenci, opakování slov, představení si opačné situace, polarity či identifikace oblíbeného smyslu (hmat, zrak, čich...) ¹⁰.

Bazální stimulace preferuje komunikaci „skrze tělo“. Poprvé byla aplikována profesorem A. Fröhlichem v r. 1975 v Německu u dětí s těžkým postižením. Dnes úspěšná při jejím začlenění do **komplexní ošetrovatelské péče** s ohledem na individualitu pacienta ⁴. Jejím principem je **stimulace** tzv. smyslové trilogie; **somatické vnímání** (prostřednictvím kůže, nejčastěji ruka-ústa), **vestibulární vnímání** (vnímání pozice) a **vibrační vnímání** (kožní receptory a proprioreceptory ve svalech, šlachách a kloubech vnímají vibrace).

Preterapie je metodou, kterou vyvinul americký psycholog G. Prouty. Snaží se o umožnění navázání kontaktu s lidmi, kteří doposud nereagovali, nereagují či je předpoklad že reagovat nebudou na terapeutické působení (dlouhodobě hospitalizovaní, psychiatricky nemocní pacienti, lidé s mentální retardací, senioři s AD apod.). Základem je **kontakt** mezi pečujícím a klientem. Principem preterapie je tzv. **zrcadlení** (reflektování), kdy pečující zrcadlí to co vnímá, proto aby klienti mohli navázat kontakt s realitou, se sebou samými či s druhými ⁸.

Videotrénink interakcí (VTI metodu) využívají hlavně rodinní pečovatelé či ošetrovatelé v zařízeních, kteří chtějí najít své silné stránky v komunikaci/přístupu k nemocnému a dále budovat kvalitní vztah, který by byl postaven na svobodné vůli klienta, na jeho spokojenosti a zároveň na plnohodnotně odvedené péči. Metoda se těší stále větší oblibě i proto, že staví na již naučených dovednostech, pracuje v přirozeném prostředí a spíše než by korigovala ukazuje klientům který z jejich podnětů měl za následek kladnou či zápornou reakci, co kterým gestem, postojem apod. nemocný pečujícímu signalizoval atd ¹².

1.2 Potřeba úspěšné komunikace

Komunikace se seniory jako takovými je specifická. Staří lidé se musí vyrovnávat s mnoha úskalími, které jim věk a s tím spojený úbytek sil a schopnosti adaptace přináší (Kazuistika 6). O čem si se seniory povídat? Na jaká témata zavádět rozhovor, jakým směrem se ubírat, chceme-li navázat bližší vztah a úspěšně komunikovat? Plaňava¹⁵ ze své vlastní zkušenosti vyjmenovává o čem si staří lidé většinou rádi povídají. *Vzpomínají na minulost, na aktivity, které provozovali v produktivním věku či bilancují co by dnes udělali jinak.* Vnímavý posluchač z těchto vyprávění může vycítit i různé životní krize, zvraty, kterými senior prošel a které mohou formovat jeho postoje, osobnostní rysy i zdánlivě nevysvětlitelné pocity, úzkosti v případě postižení Alzheimerovou chorobou (dále jen AD). Seniorský potěší, když se je okolí táže na radu, rádi vyprávějí jak vypadalo město či dům, ve kterém žijí za jejich mládí, jaké byly zvyky, jak věci v každodenním životě chodily. Opomíjený by neměl v rozhovoru zůstat ani *současný stav* starého člověka, jeho oděv, úprava účesu, úsměv, schopnost vybavit si věci z minulosti... **Každý rád slyší kompliment** či drobnou lichotku a na oplátku se s posluchačem může více sblížit a více se mu otevřít. Představme si banální situaci, kdy senior rozlije hrnek s čajem. Nepoučený, vyhořelý či vlastními problémy zahlcený pečovatel pravděpodobně rozezleně pronese: „Co to zase děláte? Neumíte dávat pozor? Proč se tak chováte, proč mi to děláte?“ Dovolte mi na tomto místě otázku. Změnilo by se něco, kdyby namísto uvedených výrazů prostě řekl: „Vy jste to zase vylil. Za to může ten Vás Alzheimer, nebojte, napravíme to.“

Situace u starých lidí trpících Alzheimerovou chorobou je složitá. Výše uvedenými tématy, snahou stále kvalitně a smysluplně komunikovat se podaří oddálit nebo alespoň zmírnit nástup ireverzibilních změn, progresi nemoci a uzavření se seniora. **Nelze je však zvrátit** či jim plně zamezit¹⁶. Seniorský trpící AD spolu se ztrátou možnosti kvalitně komunikovat a zároveň přijímat informace a rozumět jim přichází i o soběstačnosti. Jsou dezorientovaní v denním harmonogramu, nerozumí vlastním potřebám. Potřebují klidné, srozumitelné vedení, které bude **respektovat jejich volbu**.

Takové vedení je pro pečujícího (ať už v domácí či ústavní péči) náročné a vyžaduje značnou trpělivost. Často dojde ošetřovatel k závěru, že by bylo lepší, kdyby si požadovaný úkon udělal sám, namísto toho, aby se o něj snažil se seniorem. Nejenom pro potřebu velké vlastní iniciativy z jeho strany, ale i z pohledu nemocného, pro kterého je soustředění a snaha o konkrétní úkon také vyčerpávající. Přicházejí potom výmluvy typu: „On už to stejně

nevnímá.“, „Už to stejně neudělá, na to nemá.“, „Nevnímá ani že jí, takže je jedno jestli ho krmím pomalu nebo rychle, jestli se s ním bavím, co jí, jakou to má chuť.“

Pokud najde pečující sílu a snaží se využít vše co je senior doposud schopen zvládnout pomáhá mu tím naplňovat jeho pocit soběstačnosti, užitečnosti, samostatnosti a zároveň mu umožňuje prožívat radost z úkolů, které zvládl a upevňovat či alespoň zachovávat jeho dosavadní dovednosti.³

V posledních dvaceti letech se odborníci zabývají tzv. **nefarmakologickými přístupy** k AD. V současnosti jsou k dispozici přehledy různých studií, které potvrzují, že je možné dosáhnout zlepšení soběstačnosti seniora za předpokladu **přizpůsobení prostředí, pozitivní motivace k různým činnostem, ponechání pocitu soběstačnosti** apod. Studie prokázali, že spolu s farmakoterapií hraje významnou roli v péči o nemocného **aktivizace, vlídnost, nonverbální komunikace a jiné**¹³.

Nemocní AD často mají dostatek fyzické **kondice**. Tu by bylo škoda v péči o ně nevyužít a podporovat je v nesoběstačnosti. Nejedem pečovateli tu však narazí na problém spolupráce. Pokud takového fyzicky vitálního seniora požádáme, zda by si nepřinesl z poličky hrníček na kávu jistě nám to s úsměvem odsouhlasí, ale na cestu se nevydá. Pokud ho požádáme, aby si vzal boty, které mu leží u postele, bude souhlasně kývat hlavou a možná si i boty vezme do rukou, ale nezačne si je nazouvat na chodidla. Proto je důležité si uvědomit, jak píše Koběřská³, že **pečovat o člověka s AD nespočívá v zadávání instrukcí a úkolů**.

Právě účinná, tedy správná a srozumitelná komunikace nám může pomoci dosáhnout kvalitní péče a vést seniora cestou spokojenosti a sebedůvěry. Pokud věnujeme v péči více času tomu, abychom seniorovi porozuměli, abychom vyčetli z jeho signálů zda ta či ona situace, úkon je pro něho příjemná či nikoliv, pokud se pokusíme vysledovat a vézt nemocného k těm činnostem, které je schopen samostatně vykonávat, potom se nám tento investovaný čas může mnohonásobně vrátit. Nejenom v úspoře minut a lepším průběhu každodenní péče, ale i ve spokojenosti seniora.

1.3 Bariéry v komunikaci s osobami trpícími Alzheimerovou chorobou

Komunikace probíhá vždy mezi dvěma a více lidmi, kteří si současně vysílají a přijímají informace (společně sdílejí). Tato výměna neprobíhá sama o sobě, nejde o žádné telepatické předávání myšlenek a pocitů, ale skrze smysly; sluch, zrak i hmat a čich¹⁵. Jak již bylo výše zmíněno nejenom Alzheimerova choroba (dále jen AD), ale i stáří jako takové přináší **úbytek citlivosti právě těchto smyslů**, tedy i úbytek vnímavosti a srozumitelnosti ve vzájemném dorozumívání. Navíc u nemocných s AD dochází k **poruše schopnosti vyrovnávat se se společenskými a emocionálními situacemi**². Senior se tak stává velice zranitelným, snadno přichází o své vztahy k okolí a navíc prakticky ztrácí možnost navázat nové. Proto je nutné naučit se ovládat speciální techniky, postupy či metody takové komunikace, která by pro něj byla v danou chvíli srozumitelná a skrze kterou by i on mohl s druhým komunikovat.

Nemocní AD postupně **ztrácí jazykové schopnosti**, schopnost **chápat významy slov**. Mnohem výstižnější jsou proto jejich neverbální signály. Bohužel nemoc často způsobuje i **ochablost mimických svalů** a tyto osoby zůstávají ve tváři bez výrazu. I díky tomu mají často zvláště rodinní příslušníci pocit, že osobní vztah se seniorem je pryč, že se s postupující nemocí vytratil³. Senior začne být ve společnosti (v rodině, skupině...) přítomen jakoby pouze fyzicky, na podněty okolí reaguje nepřiléhavě, či je vůbec nerozpoznává (Kazuistika 1). Dochází k tomu, že blízké osoby či pečovatelé v případě, že o něm hovoří se na něho již neobracují (nevyhledávají oční kontakt), mluví s ním infantilně: „František nám bude papat.“ „Paní doktorka se na tebe Mařenko přišla podívat, povíš jí co jsi dneska dělala?“ Okolí se také často snaží odpovídat na otázky za nemocného, hlavně rodinní příslušníci jakoby se styděli za dnešní stav svého blízkého a zdůrazňují jeho kvality před onemocněním (jak byl hovorný, o co všechno se zajímal, jak dnes již to není ono apod.)¹⁶. Daná situace ovšem vyžaduje právě opačný přístup. Lidé v tomto stavu potřebují o to více slyšet a hlavně cítit, že jsou přijímáni a že jsou s danou osobou v bezpečí³. Potřebují aby se okolí snažilo hledat způsoby možné komunikace, které by byli schopni porozumět, na kterou by měli šanci reagovat (mnohdy reagovat chtějí, ale okolí jim nedopřeje dostatek času)¹⁶.

Velkou překážkou pro vzájemné porozumění je i fakt, že lidé s AD **nedokáží rozlišovat vzniklé situace**. Vše vnímají bezprostředně, bez návaznosti na cokoli minulého. Každé naše setkání je pro ně prvním. Není tedy zcela od věci vždy pozdravit, krátce se představit a sdělit co by jsme nyní chtěli dělat. Další, na první pohled nevýraznou bariérou, je i nemožnost

seniora s AD „číst mezi řádky“, rozlišit ironii a sarkasmus, kterou někteří lidé tak rádi používají ve svých běžných sděleních².

Zakladatelka metod validace **Naomi Feil** zmiňuje jako jednu z bariér nevyřešení určitých bloků z minulosti. Člověk během života prochází několika stádii jako je ranné dětství s potřebou odpoutání se od rodičů, ovládnutí se, školní věk, puberta a tak dále. V každém tomto období bychom měli překonat určitou hranici, splnit úkol, který nás pomyslně posune v pořádku do další etapy života. Pokud se toto nepodaří vzniká blok. Není to nic závažného, protože člověk v produktivním věku má silný mechanismus pro to, aby si své slabiny neuvědomoval a držel je skryty. Ovšem pak přijde stáří a s ním i úbytek těchto sil. Lidé, kteří nejsou smířeni se svým životem a nesou si tyto bloky je pak projevují ve formě agrese, apatie či egocentrismu. Nejsou přístupni žádné pomoci, stávají se z nich problémový nemocní.

I tady může úspěšná, správně volená komunikace sehrát velkou roli. Pečující by se měl snažit o blízký vztah se seniorem, o vzájemnou důvěru a otevření palčivých témat. Člověk by měl vzpomínat na to co jak bylo, co udělal, co opomněl, co by dnes zvolil jinak. Pečující, jako průvodce by mu měl dát možnost vyvztekát se, vyplakat, říci otevřeně své niterní pocity. Díky tomu pak senior bude mít možnost smířit se sám se sebou a v klidu dožít svou pouť.

1.4 Principy a metody úspěšné komunikace s osobami s Alzheimerovou chorobou

Mosty v komunikaci mezi dvěma světy jsou doteky.

A. Friedlová

U seniorů trpících Alzheimerovou chorobou (dále jen AD) zůstává do značné míry schopnost porozumět sdělované informaci, ale **zpomaluje se možnost vyjadřování se**. Pokud tedy chceme se starým člověkem komunikovat musíme mu dát čas a celkově se přizpůsobit jeho rytmu¹⁶. Lidé setkávající se denně s osobami trpícími AD - pečovatelé, zdravotní sestry, lékaři či terapeuti si často stěžují, že na pomalou a pro postiženého seniora srozumitelnou komunikaci nemají pro velký rozsah každodenních povinností čas. Obzvláště institucionální péče je časově náročná a stresová. Pravidla úspěšné komunikace nemají přispět k dalšímu rozšíření práce, ale naopak by měla sloužit k podpoře, pomoci a hlavně úlevě pro obě strany. Velkým stresorem je totiž i banální nedorozumění, kdy pečovatel nedosáhne cíle, který chtěl a senior je zmatený - o to víc se u něj může projevit problémové chování³.

Pro lepší porozumění a poznání seniora je důležité **seznámit se s jeho osobními daty**, s jeho rodinnou situací a **stylem života**, který žil (to jsou totiž věci, které má zafixované a na které může reflektovat). Často profesionální pečovatelé pod pracovním vytížením zvolí jednoduchou metodu přístupu k nemocným jako k lidem, kteří nic nemohou chápat. I když ale navenek nereagují na kladné či negativní jednání nelze nikdy dokázat, že jej nevnímají. Co ovšem dokázáno je, že ze situace vycítí, zda k nim přistupuje druhý člověk pozitivně, zda mu záleží na tom, co je pro seniora dobré, zda se může cítit v bezpečí či nikoliv¹⁶. Nejde o to vézt s postiženými rozhovory a diskuse, ale o to, v rámci možností pečujícího sdílet spolu čas a prostor. V péči bychom se neměli omezovat pouze na ošetřování tělesné schránky, ale i pokusit se něco podnikat s mnohdy málem, co nám zbylo a snažit se **vézt seniora k plnohodnotnému a důstojnému trávení času a nezapomínat na jeho svobodnou vůli**.

Je nutné si uvědomit, že senior s Alzheimerovou chorobou používá svou **vlastní komunikaci** (takovou, kterou v daném stádiu je schopen iniciovat). Je **emocionálně závislý**, není schopen dělat ústupky (= je zranitelný) a adaptovat se². Každý, i nemocný, je jedinečná osobnost se svými prožitky, návyky a životními zkušenostmi a způsobem komunikace⁷.

Jedním z principů přejatých z již zmiňované **bazální stimulace** je pohlížet na seniora jako na někoho, kdo je **schopen cítit, vnímat a reagovat** (obzvláště ve vyšších stádiích nemoci). Jestliže pečující použije vhodnou formu komunikace, je velká pravděpodobnost, že získá obraz o stavu vnímání a vědomí nemocného – což je nezbytné pro další péči. Takové sdílnosti dosáhne pouze tehdy, využije-li komunikační úroveň pacienta. Jakékoliv jeho aktivity by měli ostatní vidět jako jeho styl komunikace s okolím. Pozornosti by tedy neměli bagatelizovat žádnou z jeho reakcí a všemu bychom měli dávat velký význam, např. změna rytmu jeho dýchání, mrknutí očí... (mnohdy není adekvátnějších reakcí schopen) ⁴.

Hlavním cílem komunikace je vzájemný vztah, úcta a důvěra. Přičemž všechny reakce nemocného jsou relevantní, i když se na první pohled mohou zdát zmatené či nesmyslné (*za všemi sděleními je nějaký reálný význam*, lidé s AD si neumějí vymýšlet více než jak tomu bylo před nemocí). Jako například běžná situace s hledáním nějakého předmětu (kapesníku). Senior jej hledá a pečující v dobré víře mu bez řeči pomáhá. Ovšem nemocný si situaci může vysvětlovat, jako drzé sahání do osobních věcí, snahu o krádež apod. Pravděpodobně nebude váhat též pečujícího osočit, či své pocity nechá v sobě a začne být podrážděný, nesnášenlivý, agresivní k dané osobě. V obou případech si ale pečující musí zachovat respekt k seniorovi („Viní mne z krádeže, respektuji to, vlastně to tak v jeho očích skutečně mohlo vypadat, špatně jsem seniorovi situaci vysvětlil“) ².

1.4.1. Validací principy

Validace, jak již bylo zmíněno je spjata s **nasloucháním a empatií**. Z toho vyplývá, že jedním z hlavních principů je vézt komunikaci nedirektivně, hovořit s nemocným o tématu, které si sám vybral, o kterém chce mluvit on. Pokud toto téma není právě spjata s realitou, nesnažíme se jej korigovat, ale naopak se zorientovat v jeho myšlenkách a pochopit jej. Samozřejmě ne vždy je snadné se s klientem "spojit", naladit se na stejnou komunikační vlnu. Získat jeho pozornost a vzájemnost můžeme například skrze **fotografie** z jeho života, **vyprávění** o tom co bylo (nejlépe pokud víme od rodiny co nemocný prožil, co dokázal apod.). Někdy může napomoci i zmínka o momentálních pocitech, které nám senior dává většinou neverbálně najevo ¹⁰.

Dalším z pravidel je i délka kontaktu s klientem, validační sezení by nemělo trvat více než 5 – 10 minut, ale pro úspěch v navázání vztahu jej musíme několikrát denně opakovat. Dle Kašíkové ¹⁰, by se neměla podceňovat ani atmosféra, která vládne při setkání, pocity toho, kdo chce s nemocným komunikovat a možné odsouvání klienta jeho vrstevníky (nejčastěji pro

jeho nepřiléhavé chování). Tyto zmíněné aspekty totiž je člověk trpící AD schopen i přes postupující demenci vnímat.

Zodpovědnost nad kvalitou komunikace má vždy pečovatel, což přináší i možnost kontroly nad tématem rozhovoru ². Zmiňujeme se převážně o principech jak se k dané osobě chovat, jakých postupů se držet a na co všechno nezapomenout a co vše se musí brát na zřetel. Je ale také důležité zmínit fakt, že sestra, ošetřovatelka, příbuzný... má nárok na to zůstat sám sebou. Nemusí si vždy vědět rady, nemusí vždy odpovědět, najít řešení situace, nemusí mít vždy náladu a sílu k empatickému rozhovoru apod. Proto je důležité vědět, že mnohdy stačí pouze nemocného **vyslechnout, podpořit** a kontakt jednoduše ukončit. Nejenom, že by senior znechucení, přemáhání se a hraní zájmu o jeho osobu poznal, ale toto jednání vede k vyhoření a znechucení si práce ⁶.

Obdobně i J. Zgola předesílá, že jakákoliv **překážka lze řešit** a pečující by se měl pokusit všemi dostupnými metodami prolomit bariéry a navázat s nemocným kontakt. Pokud se však nedaří je vhodné vyslovit svou lítost nad tím, že jste si v danou chvíli neporozuměli a přesunout hovor na jindy ².

Důležité je také mít stále na paměti, že pečovatel před samotnou snahou navázat smysluplnou komunikaci se seniorem by měl mít na paměti několik základních pravidel. Než začne samotnou komunikaci měl by se **odpoutat od vlastních pocitů**. V rozhovoru si dáváme pozor na **volbu slov**. Využíváme konkrétní slova jako jsou kdo, co, kde, kdy, jak... ovšem nikdy nemanipulujeme se slovem proč. Úspěšná **komunikace musí být promyšlená**. Nemělo by se tedy pečujícímu stát, že se nevidomého ptá např. : „Jak vypadala ta halenka co hledáte?“ ale využívá toho, co senior byl schopen smysly vnímat, tedy: „Byla z manšestru a nebo bavlny?“.

Pečující jak v domácí tak ústavní péči mnohdy naráží na nedůvěru a podezírání ze strany seniora či na neustálé stěžování si. Obzvláště u osob s Alzheimerovou chorobou tato sdělení můžou být důsledkem poškození mozku a změny osobnosti, je tedy třeba dobře vše prověřit. Nebylo by správné podezření nemocného bagatelizovat a nebo brát na lehkou váhu. Pro kvalitní péči je třeba pokusit se se seniorem samým přijít na jiné možnosti, proč ta či ona věc není na svém místě, proč má podezření, že mu konkrétní osoba něco odcizila a podobně. Pomocí nám při tom může jednoduchá technika představování si opačného pocitu. Tedy

pokud se senior cítí okraden, ptáme se ho, zda se mu někdy stalo, že nikdo nic neukradl. Případně, kdy to bylo a jaké při tom měl pocity.

1.4.2 Principy jasných otázek

Otázky pokládáme s prostými možnostmi odpovědi; nejlépe tak, aby mohl senior odpovědět buď ano či ne ². **Osoba trpící i středním stádiem AD již není schopna rozhodnutí.** Uvedme si krátký příklad: paní XY byla v posledních letech zvyklá denně začínat svůj den koupelí, nyní ji to vysiluje. Svědomitá ošetřovatelka se každé ráno zeptá: „Co byste chtěla dnes dělat?“ Postižený mozek již není schopen situaci hodnotit, paní nenachází jinou přijatelnější variantu než tu, kterou má zafixovánu a proto odpoví: „Budu se koupat.“ (S největší pravděpodobností bude v její mimice znatelné znechucení, únava apod.).

Pokud se ale ošetřovatelka zeptá: „Oblečete se a půjdeme na snídani?“ Ať už seniorka odpoví ano i ne, její neverbální projevy budou s odpovědí korespondovat, protože zde můžeme předpokládat, že bude reagovat dle svého momentálního rozpoložení, nikoliv podle zafixované klauzule. Paní bude mít možnost vyjádřit to co opravdu chce, aniž by se musela trápit pocitem, že nenachází řešení ².

V případě pravidelných otázek vztahujících se např. ke zdravotnímu stavu je dobré využívat **principu polarity či stupňování**. Nespokojíme se tak s jednoduchou otázkou např. „Bolí.“, ale tážeme se dál, zda bolí málo či je bolest nesnesitelná a nebo zda je dnešní pocit seniora dobrý, lepší/horší než včera či nejhorší...

1.4.3 Princip bazální stimulace

Vychází z toho, že každý člověk, s jakkoliv těžkým postižením/onemocněním, je **schopen některými ze svých smyslů vnímat a komunikovat se svým okolím.** Nejdůležitějšími principy takto zaměřené komunikace je snaha zaznamenávat **gesta** nemocného, snaha o pochopení jeho **role**, vnímat určité **symboly** jako reakce na něco (pohnutí hlavou, změna frekvence dýchání, pocení, mimika...). Ostatně i apatie dle těchto principů může být určitým sdělením (reakcí na málo podnětů na minimální stimuly z okolního světa).

Komunikace se děje skrze: *somatické, haptické* (doteky rukou – hladí = odměna, mám tě rád, pevně tisknou = to nedělej, zlobím se, bijí = nemám tě rád, nic neznamenáš...),

vestibulární – vnímání pozice těla

vibrační – kožní receptory a proprioreceptory ve svalech, šlachách a kloubech

Z těchto komunikačních kanálů pramení **potřeba pohybu** (pokud chybí dochází u nemocných k monotónnímu kývání se) a **doteků na kůži** (pokud chybí dochází k sebepoškozování, tlačení se na postranice postelí a pod.). Sluch a zrak považuje teorie bazální stimulace za příliš vzdálené na to, aby uspokojili potřeby člověka.

1.4.4 Princip partnerství

Důležité je dát postiženému najevo, že nám může důvěřovat, že si ho vážíme a budeme mu nápomocni. Samozřejmě to ale neznamená, že se naší celodenní náplní bude péče pouze o tohoto jednoho seniora (což je hlavně v ústavní péči nemožné). Kvalitní pečující umí kontakt a plnění potřeb nemocného vézt ke spokojenosti obou. Uvedme si jednoduchý příklad. Pán XY se dožaduje pozornosti pečovatele, který se právě věnuje jinému obyvateli ÚSP. Atakuje ho požadavkem, že chce cigaretu. Ošetřovatel neúčastně odpoví: „Ted' ne!“ Jeho odpověď je jasná. Pán se ptá po 30 vteřinách znovu. Po další půlminutě znovu a znovu a znovu. Pečovatel již značně rozzlobeně stále opakuje obdobné záporné odpovědi. Senior si však odmítnutí může vykládat i tak, že je nedůležitý, že není oblíben, že nestojí za to, aby mu bylo vyhověno apod. ²

Tyto špatné negativní pocity si může zafixovat a může se objevit problémové chování ve formě agrese, nervozity, nepřátelství, apatie atd. Jiná situace by však nastala pokud by odpověděl zněla: „Můžete prosím deset minut počkat? Velice byste mi tím pomohl, ted' mám práci, ale pak Vám určitě vyhovím.“ Jistě, pán stejně po pár minutách přijde a bude se opakovaně dožadovat cigarety, ale v této komunikaci nebude negativní sdělení, klient bude mít možnost důvěřovat personálu. Naopak ještě jejich vztah může zesílit, protože ošetřovatel je na jeho straně, soucítí s ním, chce mu pomoci je pro něj důležitý a on mu pomáhá tím, že čeká. Tato strategie využívá hluboko zažitý vzorec chování, kdy je pravděpodobné, že na vlídnou prosbu či žádost bude pacient reagovat též vlídně/pozitivně ².

Vždy můžeme uznat potíže druhého, potvrdit jeho pozici a zainteresovat ho do našeho problému ².

1.5 Zásady úspěšné komunikace s osobami trpícími Alzheimerovou chorobou

Obdobně jako při běžné komunikaci je důležité **prostředí**, ve kterém spolu mluvíme. Mozek seniora s AD vnímá mnoho podnětů, které my dokážeme filtrovat, ale jeho ruší. Proto bychom měli najít takové místo pro komunikaci, kde nás nebude rušit hluk, činnost jiného člověka, televizor apod.

Koběrská ³ dále radí; i v klidném prostředí by měl pečující nejprve navázat **neverbální kontakt**, tj. např. se připojit k tomu co nemocný dělá, napodobovat jeho pohyby, **zrcadlit** jeho gestikulaci. Z jeho slov, gest, signálů lze vyčíst mnoho o jeho momentálním stavu a řídit se tím. Není nezbytné, aby senior přijímal iniciativu pečujícího. Základním a podceňovaným je **pohled do očí** skrze který navážeme vztah. Upřímný, srdečný pohled plný pochopení zračí nemocnému naše uznání jeho osoby a pečující naopak jemu dává možnost vyjádřit jeho dík a vděčnost za přítomnost a sdílení. Do popředí se u nemocných dostává i symbolika **doteku**, **haptika**. Pohlazením či jednoduchým držením za ruku a nebo položením si ruky na záda seniora či nohu jej můžeme beze slov pozitivně stimulovat ve snaze uklidnit ho, zmírnit agresivitu či depresi ¹⁶.

Často může docházet k situacím, kdy senior nebude pečujícímu rozumět. Proto je jednou ze zásad to, že bychom se měli vyjadřovat v co nejjednodušších větách, slovních spojeních. Navíc bychom se měli snažit poznat slovník nemocného a používat slova, která jsou mu blízká, srozumitelná, která užívá on sám. Pokud i přesto dojde k nedorozumění je na místě snažit se podobný význam říci jinými slovy či použít různé komunikační kanály (haptiku, tón hlasu, gestikulaci, písmo...). ³ V úvahu je třeba brát i smyslové poruchy či snížené funkce. Jedním ze zásadních je sluch. Odborná literatura se často zmiňuje o případech, kdy si okolí myslelo, že senior je dementní, protože na otázky odpovídá nepřiléhavě. Až po odborném vyšetření se pak zjistilo, že to není způsobeno kognitivními poruchami, ale částečnou či úplnou hluchotou ¹⁶.

Naopak v případě porozumění a například vykonání určitého úkonu je velmi přínosné nemocného pochválit. Věty typu: „Jste šikovná/ý. To je výborné.“ nejsou pro seniora s AD srozumitelné. Mnohem účinnější v těchto případech jsou **konkrétní pochvaly**. „Velice dobře jste si zapnul ten kabát. Jste hodný, že jste uklidil ten hrneček.“

Se snahou říkat seniorovi naše sdělení co nejjednodušeji souvisí i zásada **pojmenování** všech činností, které s ním uskutečňujeme a požadování vždy pouze jednoho kroku, který bychom rádi s nemocným splnili. Pokud tedy s ním chceme jít ku příkladu na procházku, špatně by bylo požadovat po něm najednou, aby se šel převléci, obul si vycházkovou obuv a vzal deštník. V lepším případě se nás senior optá, kde má pokoj, kde by byla jeho skříň. Ale je více než pravděpodobné, že nebude schopen vybavit si všechny části našeho úkolu. V horším případě neporozumí našemu požadavku a nadále setrvá ve své dosavadní činnosti.

Koběřská ³ ve svých zásadách také neopomíjí riziko sklouznutí našeho jazyka, který využíváme v komunikaci s nemocným AD, ke zdrobnělinám a infantilním výrazům. Péče o seniora s AD může připomínat péči o malé dítě, ale rozhodně bychom s ním neměli tak jednat. Je dospělým jedincem a má plné právo na respekt své osobnosti.

Jak bylo již výše zmíněno na komunikaci lze pracovat. Obzvláště u osob pečujících o osoby s Alzheimerovou chorobou by tato dovednost měla být školená. C. Pichaud ¹⁶ nabízí následující **zásady pro zlepšení komunikace** mezi pečujícím a seniorem:

a) nemocný má zachovaný svůj osobní prostor

- má možnost sledovat kalendář, hodiny
- v jeho okolí nechybí památné předměty, rodinné fotografie, oblíbené věci (polštářek, křeslo, květina apod.)

b) pečující stimuluje starého člověka

- procházky, stimulace smyslů (vůně, chutě, doteky různých materiálů)
- vzpomínání nad fotografiemi, videem

c) bojujeme proti izolaci

- nenecháváme seniora večer potmě, imobilním dáváme možnost vidět z okna či dveří
- zapojovat jej do veškerých aktivit třeba jako diváka

d) udržujeme jeho tělesnou a duševní schránku

- péče o vzhled, hygienu, dobrý pocit z vlastního těla (Kazuistika 4)
- snaha udržet dobrou fyzickou kondici
- zachovávat jeho autonomii (nechat jej dělat monotónní činnosti, procházet se po chodbách, povídat si s ostatními o mnohdy i nesmyslných tématech)

e) nebráníme seniorovi ve styku se zvířaty

- canisterapie, rodinní mazlíčci apod. (Kazuistika 3)

2. PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část je do práce zařazena pro dokreslení skutečných možností seniorů trpících Alzheimerovou chorobou a částečné přiblížení problémů či narušení vidění světa a vnímání času. Vzhledem k několikaleté praxi práce se seniory se autorka domnívá, že uvedené výsledky do určité míry průkazné, dají se vztáhnout na větší procento lidí trpících stejnými potížemi a poměrně dobře posloužili k doplnění a osvěžení teorie.

Pro zjištění stavu kognitivních funkcí a celkového vnímání seniora se jako nejvhodnější a nejrepresentativnější ukázal Mini-Mental State Examination (dále jen MMSE), standardizovaný mezinárodně uznávaný a využívaný screeningový test demence, který je v domově pro seniory používán (příloha I). Původně práce uvažovala o testování 7 minutového screeningového testu, u kterého by však nebyla možnost rozlišení výsledků v tak širokém časovém horizontu, jaký naopak MMSE nabízel.

Komunikace, efektivní přístup ke klientům a snaha o individuální zlepšení kvality života nemocných může mít určitý vliv na celkovou gradaci onemocnění Alzheimerovy choroby. Cílem praktické části je nastínit tento vliv a specifické potřeby jednotlivých klientů na styl komunikace. Bylo vybráno osm seniorů, kteří již více než rok využívají ústavní péči domova pro seniory. Sedm z nich má diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu, jedna respondentka Parkinsonovu nemoc se známkami smíšené demence. Vzhledem k pohlaví byli klienti vybíráni ve vztahu k procentuelnímu složení obyvatel domova, kde převažují ženy (v poměru jedna ku šesti). Šest testů bylo prováděno se ženami, dva s muži. Všichni uvádění jsou ve věkovém rozmezí 75 až 93 let. Jedním z totožných znaků je i skutečnost, že do ústavní péče nastupovali v průběhu nemoci, dle dostupných testů přibližně ve 2. stadiu.

MMSE se v domově pro seniory provádí přibližně každé tři měsíce. Častěji u těch, kteří se účastní volnočasových aktivit (ergoterapie, canisterapie, muzikoterapie a jiných), aby byla zpětná vazba na efekt práce či progresi onemocnění. Aby práce znázornila průběh onemocnění byl do praktické části zařazen vždy první MMSE, který byl vyplňován krátce po nástupu do domova pro seniory a jeden vyplňován po několika měsících. U kazuistiky 1 bylo rozmezí mezi testy 18 měsíců, kazuistika 2 - 12 měsíců, kazuistika 3 - 18 měsíců, kazuistika 4 - 12 měsíců, kazuistika 5 - 11 měsíců, kazuistika 6 - 6 měsíců, kazuistika 7 - 11 měsíců a kazuistika 8 v rozmezí 12 měsíců. Zvlášť je dbáno na to, aby se uvedenými testy

postihl skutečný stav nemoci, aby nebyl uveden test, který by vybočoval z průměru např. výjimečným velkým počtem bodů (při náhlém a krátkodobém zlepšení stavu či jiných jednorázově pozitivně působících faktorech) a nebo naopak, který by neodpovídal dlouhodobému průměru svým nízkým skóre z důvodu např. únavy, deprese, nervozity apod.

V praktické části jsou popsány výsledky respondentů v jednotlivých úkolech MMSE testů. Všechny uvedené MMSE testy jsem prováděla se seniory samostatně, s jejich souhlasem či souhlasem rodinných příslušníků, v klidném prostředí, jednotlivě. I díky mému pracovnímu harmonogramu se podařilo testy vyplňovat v podobnou denní dobu, vždy mezi 14. a 16. hodinou. Pro účely práce a samozřejmé zachování anonymity seniorů každý příklad uvádím jako kazuistiku s čísly 1 - 8.

Kazuistika 1

Žena, věk 84 let, nastoupila do ÚSP ve fázi II. stadia nemoci, která rychle gradovala. Klientka trpí depresivními stavy, často projevuje nevoli k jakékoliv činnosti a celkovou apatii. Pokud se zapojila do aktivity po chvíli byla nespokojena, nervózní a nechtěla více setrvat ve skupině. Vzhledem k tomu a k únavě, na kterou si často stěžuje se postupem času stále méně zúčastňuje nejenom volnočasových aktivit, ale i kultury která je pro seniory pořádána.

Vinou nedoslýchavosti nemá dostatek podnětů ke komunikaci, sama ji nevyhledává, nenavazuje. S rodinou je dobrá spolupráce, navštěvují ji několikrát v týdnu a snaží se jí den co možná nejvíce zpestřit – berou ji na procházky či do kavárny na posezení. Snaží se s ní komunikovat o věcech, které se dějí, nicméně seniorka nijak nereaguje.

Komunikace s pečujícími je o to těžší, je dezorientovaná v denním harmonogramu, nijak nespolupracuje – nerozumí potřebě jednotlivé úkony provádět. Více než snaha vysvětlit jí důvody proč činnost provádět je lepší a účinnější paní vézt celou aktivitou a být jí nápomocen (bazální stimulace, validace).

Čtyři měsíce po nástupu byl s klientkou prováděn test MMSE. Otázky byly podávány hlasitě – paní reagovala kýváním hlavy a opakováním některých výrazů. Ze zpětné vazby však bylo patrné, že hůře rozumí obsahu jednotlivých výrazů a otázek. Otázky orientace zodpověděla pouze v jediném případě (v otázce země, ve které žije). Projevovala se také poměrně velká nesoustředěnost, těkavost myšlenek. „Zpět“ k testu se vrátila po doteku a navázání očního kontaktu. Většinu otázek s potřebou vlastní invence bez možnosti

vícekanálových zdrojů informací (hlavně zraku či hmatu), tj. odečítání, vybavování slov, nedokázala zodpovědět. V otázce zapamatování byla schopna uchovat všechny tři výrazy v krátkodobé paměti, ale pouze mechanicky, nikoliv logicky a s porozuměním obsahu. Naopak v úkolech, které poukazovali na konkrétní/přítomné věci byla úspěšná (pojmenování věcí, čtení či plnění příkazu).

Celkově klientka dosáhla v testu 15 bodů, což se rovná demenci mírného stupně.

Po 18 měsících byl vyplňován další MMSE. Klientka se projevuje silně dezorientovaně, prochází se po oddělení, ale neví kam jde, odkud, kde má svůj pokoj. Patrná je již i neorientovanost se v osobách a čase. Je uzavřena do sebe, i když na pozitivní výzvu reaguje vstřícně se slabou kladnou mimikou (hlavně v oblasti očí). Denní aktivity zcela vynechává, převládá silná apatie a nechuť. Do pozadí ustoupila schopnost rozumět mluvenému slovu, pokud odpovídá tak v krátkých slovních spojeních (spíše tázavě) a častěji nepřiléhavě. Libovolnou větu není schopna vymyslet.

V případě běžné komunikace, kterou hůře či vůbec neslyší se dostává do stavu nerudnosti, ještě větší uzavřenosti a nevole jakkoliv spolupracovat. Při péči se objevují vulgární slova mířená vůči sestřám. Na fyzický kontakt reaguje, ale obdobně jako na verbální spíše překvapeně a tázavě, s tím, že pokud obsahu, výzvě nerozumí je nešťastná. Ze zkušenosti s rodinou je patrné, že na pravidelný, opakující se a svým obsahem podobný kontakt (stimul) reaguje kladně a je otevřenější. Běžná – náhodná komunikace je stále rozměňována jakoby nepřítomností seniorky, po haptickém kontaktování jsou náznaky příjmu, ale brzy se rozmělní nesoustředěností.

Celkově paní dosáhla 5 bodů, což odpovídá demenci těžkého stupně.

Kazuistika 2

Žena, věk 86 let, nastoupila do ÚSP z domácí péče, kde již dcery nemohly zajisti čtyřadvacetihodinový dohled. Několik let je diagnostikována Alzheimerova choroba, měsíc po nástupu byl vyplněn MMSE s dosažením 17 bodů, což odpovídá mírnému stupni demence.

Klientka je silně nedoslýchavá (oboustranně), fyzicky při síle. Kognitivní činnosti jsou částečně narušeny, ale projevuje se spontánně, je příjemná, přátelská (neustále skládá komplimenty), ráda se účastní všech aktivit, které jsou pořádány. Doposud rozlišuje domov

od ÚSP, návštěvy dcer vítá, i když si není jista, kdy naposledy za ní byly a kdy mají přijít znovu. V otázkách orientace zodpověděla čtyři z deseti otázek (který je měsíc, ve kterém jsme měště, okrese a zemi). Jako libovolnou větu napsala „Půjdu domů k mamince.“ Otázku opakování splnila výborně, stejně jako čtení příkazu a jeho plnění. Test hodin začala s velkým soustředěním, které po pár minutách nedokázala udržet a aktivitu ukončila. Obkreslování zvládla velmi dobře.

Je komunikativní, pokud druhý mluví nahlas (v blízkosti ucha) je schopna relevantně odpovídat na jednoduché, jednoznačné otázky. Po delším rozhovoru se však dostává k tématu dětství, rodičů a domova.

Po 12 měsících byl test s klientkou proveden znovu. Vzhledem ke komunikačnímu omezení je předpoklad, že nemoc je silně progresivní, neovlivněná. Paní je i nadále fyzicky fit, radostná a bez projevů jakýchkoliv potíží (ani psychických). Našla si na oddělení přítelkyni, se kterou se neustále procházejí, fyzicky se kontaktují (dotyky rukou, hlazení) a vyžadují jedna druhé přítomnost (např. v jídelně). Návštěvy dcer hodnotí pozitivně, poznává je, i když není schopna vyjádřit svůj příbuzenský vztah k nim.

Projevilo se značné zhoršení orientace (z deseti otázek nezodpověděla žádnou). V krátkodobé paměti není schopna tři výrazy udržet a zopakovat. Paradoxně pak zvládla čtení a plnění příkazu „zavřete oči“, který v zápětí píše jako svou libovolnou větu. Zhoršení se projevilo i v pojmenovávání předmětů, kdy nedokázala pojmenovat tužku. Test hodin a obkreslování celkové zhoršení stavu jen dokládá.

V komunikaci je již těžší s ní navázat na jedno téma. I když výzvu slyší není schopna přiléhavě odpovědět. Velmi dobře reaguje na oční kontakt a mimiku obličeje – sama ji hojně využívá.

Seniorka dosáhla v testu celkem 5 bodů, což odpovídá demenci těžkého stupně.

Kazuistika 3

Muž, věk 75 let, do ÚSP nastoupil z důvodu onemocnění syna a nemožnosti dále o něj pečovat. Pán se sice do domova těšil, ale brzy se u něj projevila deprese z nemožnosti být ve svém prostředí a velice těžko snášel nepřítomnost blízkých osob. Objevilo se uchylování se

do nemoci a ke zdravotním potížím, jako je bolest zubů a zácpa. Alzheimerovu chorobu má diagnostikovanou několik let.

První MMSE byl vyplňován tři měsíce po nástupu, kdy částečně odezněly příznaky deprese a špatné adaptace na prostředí. Pán byl dezorientovaný místem i časem (zodpověděl pouze otázku země, ve které žije). Tři požadované výrazy v krátkodobé paměti uchoval – zopakoval, ale později si je již nevybavil. Pozornost a počítání částečně splnil (dva z pěti výsledků věděl). Pojmenování předmětu, opakování, stupňovaný příkaz i čtení a plnění příkazu zvládl, psaní a obkreslování už nikoliv. Byla u něj ale značná únava, nervozita z nevyřešených úkolů a neochota pokračovat.

V komunikaci je útržkovitý, projevuje se mluva pro sebe. Na otázky odpovídá neochotně, spíše stroze a tázavě na jejich smysl. Nevyhledává oční kontakt, nejsou znatelné pozitivní projevy mimiky.

Celkově senior dosáhl 13 bodů, což odpovídá středně těžké demenci.

Během krátké doby se začal zapojovat do mnohých aktivit, hlavně ergoterapie, které ho bavili. Neúčastnil se ovšem denně – objevovali se změny nálad, skleslost z nepřítomnosti blízkých či z údajných potíží, které ovšem nebyly prokázány. Několikrát se podařilo po delším rozhovoru přemluvit klienta ke kompromisu, aby aktivitu vyzkoušel s jeho problémy, že budou ošetřovatelé počítat a v případě nutnosti mu pomohou.

Po několika měsících, kdy rodina pravidelně pána navštěvovala, přibližně jednou za měsíc jej brala s sebou domů na několikadenní pobyty a podporovala ho v jeho soběstačnosti v domově se pán zadaptoval a dny deprese a úzkosti ustoupily do pozadí a objevují se méně často, hlavně před Vánoce a v přechodných obdobích.

Senior obzvláště dobře reaguje na procházky a návštěvy canisterapeutických psů. Byl zapojen i do arteterapie a muzikoterapie, které navštěvuje rád. Zpestřením a viditelnou radostí jsou pro něj také kulturní odpoledne s tancem, které jsou vzpruhou a při kterých pán zpívá i tančí. Aktivně spolupracuje každé ráno při zpívání, kdy si všichni dohromady opakují co je za den, kolikátého a jaký měsíc, kdo má svátek a jaké je roční období.

Druhý MMSE byl s klientem vyplňován 18 měsíců po prvním. Pán je orientován v ročním období, roce, měsíci i v pojmenování zařízení, ve kterém nyní žije. Je schopen pojmenovat předměty, které jsou mu ukazovány. Zlepšení je znatelné u posledních úkolů hodin a obkreslování, které nyní dělá rád a s pobavením. Potěší ho individuální práce s ním, rozhovory hlavně reminiscenčního charakteru a pochvala.

V komunikaci je uvolněnější, dobře reaguje na fyzický kontakt, pohlazení. Rád vypráví o své rodině, projevuje kritiku i pochvalu k ostatním obyvatelům. Největší komunikační aktivita je znatelná při setkání se psem.

Celkově pán dosáhl 15 bodů, což odpovídá demenci mírného stupně, tedy o dva body lépe než v prvním případě.

Kazuistika 4

Žena, věk 82 let, do ÚSP nastoupila z domova, kde žila sama v bytě. Byla silně dezorientovaná, rodina uváděla problémy se sebeobsluhou, zachováním denního harmonogramu (příprava stravy...). V době před nástupem paní často bloudila po okolí domova a nevěděla, kde bydlí, měla problémy se zapínáním a vypínáním plynového sporáku. Pravidelně ji navštěvovala studentka Jihočeské univerzity, která i později přispěla k adaptaci seniorky v ÚSP.

Klientka nastoupila do jednolůžkového pokoje, velice rychle se zadaptovala a brzy pominuly potíže s nervozitou pramenící z nejistoty, kde co má a kdy co má dělat. Doposud si velice zakládá na svém vzhledu a vystupování. Vždy se sama (či s malou dopomocí) elegantně oblékne a učeše. Snaží se pomáhat jak sestřičkám, tak ostatním obyvatelům. Vždy je pozitivně naladěná. Do značné míry na jejím psychickém zlepšení zapůsobilo i to, že rodina ji začala chválit, namísto dřívějších (pochopitelných) výtek a naléhání na přesné plnění toho, co je třeba.

Vstupní MMSE byl vypracován týden po nástupu do domova. Klientka zodpověděla kladně polovinu otázek zaměřených na orientaci. Krátkodobě si zapamatovala a zopakovala tři výrazy, ale později si je již nevybavila. Jako jedna z mála dokázala hláskovat pozpátku slovo pokrm. Potíže ji činilo obkreslování. Test hodin zvládla poměrně obstojně. Správně znázornila ciferník, i když čas zaznamenala chybně. Po výzvě, aby napsala libovolnou větu píše: Jsem ráda, že jsem mezi hodnými děvčaty. Během celého testu se dotazovala, zda

odpověděla správně, zda to není úplně špatně – byla nejistá. I přesto seniorka dosáhla celkového počtu 20 bodů, což odpovídá demenci mírného stupně.

Druhé testování probíhalo po 12 měsících, kdy byla obyvatelka již plně zadaptovaná a cítila se v domově dobře. Plně je zapojena do všech volnočasových aktivit, které jsou v domově pořádány, pravidelně ji navštěvuje studentka z Jihočeské univerzity, se kterou má velmi dobrý vztah. Rodina jí zajišťuje kontakt s okolním světem (vozí paní k bývalé kadeřnici, se kterou byla dříve spokojena, nechávají jí šít šaty u švadleny...). Neustále u paní podporují pocit, že si jí váží. Jedenkrát měsíčně ji vozí na srazy s její třídou, kde paní udržuje kontakt se svými přáteli a vrstevníky.

Pravděpodobně i díky ranním programům paní zodpověděla správně více otázek na orientaci. Zapamatovala si a zopakovala tři uváděné výrazy a dva si později i vybavila. Je jen domněnkou, že na tento výsledek mohla mít vliv účast na pravidelném trénování paměti a stálá účast na většině aktivit, které jsou zaměřeny na podporu kognitivních funkcí. Libovolnou větu vymyslela: V našem útulku se máme dobře a jsme na sebe moc hodní. Nutno podotknout, že po analýze všech s ní vyplněných MMSE bylo zjištěno, že vždy napsala větu s podobným obsahem, tj. o hodných lidech, sestřičkách a prostředí. Oproti minulému uváděnému testu se zlepšilo obkreslování, naopak test hodin nebyla schopna splnit.

V interpersonálních vztazích je paní sebejistá, přátelská. Sama je schopna navázat kontakt, snaží se zapojovat do hovorů. Velice dobře reaguje na slova pochvaly, kterou je schopna oplácet. Kladně reaguje na fyzický a oční kontakt.

V celkovém skóre dosáhla o dva body lepšího výsledku než poprvé, což odpovídá horní hranici mírné demence.

Kazuistika 5

Žena, věk 83 let, do ÚSP nastoupila ze zdravotnického zařízení, diagnostikovaná Alzheimerova choroba je již několik let, v době přijetí se jednalo již o středně těžkou fázi. Paní byla silně dezorientovaná časem, místem i osobami. Byla během celého dne velmi aktivní (stále v pohybu), komunikace byla již ztížena, paní rozuměla jednoduchým pokynům, ale sama se nedokázala vyjádřit relevantně. Neustále vzpomínala své zaměstnání v administrativě. Často se snažila komunikovat v německém jazyce, kdy se její odpovědi zdály přiléhavé. Díky analýze jejích pracovních zkušeností a porady s rodinou bylo zjištěno,

že v podniku, kde pracovala měla na starosti právě písemný kontakt s německy mluvícími partnery.

Otázky orientace zodpověděla čtyři, zapamatovala si tři uváděné výrazy a posléze si dva z nich vybavila. Během celého testu byla znát velká soustředěnost, ale ochotná jej vyplňovat byla pouze tehdy, pokud to měla být pomoc v práci. U šesté otázky již byla znatelná roztěkanost a nedokázala zopakovat větu ani provést stupňovaný příkaz. Větu vytvořila: Dnes je pěkně, obkreslování nebylo přesné – neustále hledala nové body, kde by začala a nemohla napojit jiné.

Celkově klientka v testu dosáhla 16 bodů, což odpovídá demenci mírného stupně.

Druhé testování bylo provedeno za 11 měsíců. Paní se během této doby pravidelně volnočasových aktivit pro velkou roztěkanost, nutkavost k pohybu neúčastnila, postupně se u ní i zhoršuje zdravotní stav. Nejraději je sama ve svém pokoji a sleduje televizi, i když na návštěvy a výzvy ke komunikaci reaguje kladně (ovšem zpětná vazba není přiléhavá). Zhoršení je patrné v otázkách na orientovanost, vybavování a testu hodin. Jako libovolnou větu píše: Dnes byl hezký den.

Komunikační schopnosti jsou značně omezeny kognitivními poruchami. Větu začne, ale nedokončí. Hojně využívá mimiky. Na dotek nereaguje jednoznačně kladně, nejlepší navázání kontaktu je skrze oční kontakt. Při pobytu na lůžku se u ní projevuje deprivace vestibulárního systému (Bazální stimulace).

Celkově klientka zaznamenala 15 bodů, což odpovídá mírnému až středně těžkému stupni demence.

Kazuistika 6

Žena, věk 93 let, do ÚSP nastoupila z penzionu, kde již nebylo možné zajistit potřebnou péči. Paní neměla diagnostikovanu Alzheimerovu chorobu, ale spolubydlící si stěžovali na změnu chování, neustálé obviňování z krádeží, výhružky a ohrožování, zapomínání toho, co bylo domluveno apod. Pečovatelky nedokázali paní přesvědčit, aby navštívila lékaře, souhlasila s umístěním v domově pro seniory.

Několik měsíců trvalo rodině a pečovatelkám, než paní přesvědčili, aby se šla do ÚSP podívat a aby nakonec byla svolná s přestěhováním. Po diagnostice psychiatra, byla indikována na oddělení pro osoby trpícími Alzheimerovou chorobou. Stav se do doby nástupu tak rapidně zhoršil, že paní byla dezorientovaná a přechod nevnímala tak citlivě. Adaptovala se poměrně dobře (vzhledem k prvotním problémům). Určitou roli bezesporu sehrálo i nasazení cílené léčby a kladný přístup rodiny, která ji pravidelně navštěvovala i s malými ratolestmi a snažili se jí maximálně podpořit. Komunikace byla problematická z důvodu paranoidních sklónů.

První MMSE byl s klientkou vypracován dva měsíce po nástupu. Paní nezodpověděla ani polovinu otázek na orientaci, popsala uváděné předměty, ale nevybavila si tři žádaná slova. Po neúspěchu silně znervózněla a přestala se soustředit. Obkreslování i psaní libovolné věty (Jdu domů.) zvládla poměrně dobře. Test hodin s velkou razancí odmítla, byla již podrážděna a nechápala, proč se jí dotazují na tak jednoduché otázky a chci po ní cokoli malovat.

Celkově dosáhla skóre 17 bodů, což odpovídá demenci mírného až středně těžkého stupně.

Po 6 měsících byl test zopakován. Seniorka se během té doby zúčastňovala volnočasových aktivit, canisterapie i arteterapie. Pokud ji ale některá z činností nešla objevit se u ní pocit ponížení a okamžitě chtěla s aktivitou přestat a odejít. Nereagovala na vstřícné pobízení, na povzbuzování či nabídnutí jiné varianty trávení času. Svůj neúspěch vnímala velmi negativně.

V otázkách orientace zodpověděla pouze dvě otázky. Otázky pozornosti a počítání, vybavování, pojmenování předmětu, opakování i obkreslování zůstaly otevřené bez odpovědí. Při testu byla klidná, rozrušení při neúspěchu jsem čekala a proto jsem se příliš nezdržovala u těžších otázek a celý test jsem provedla spíše jako rozhovor, při kterém jsem se vracela k aktivitám, které dělá ráda, a ve kterých je úspěšná. Libovolnou větu vymyslela: Jdu spát. Test hodin jsme vyzkoušeli, ale obraz ciferníku neodpovídá.

V komunikaci je paní apatická, neudrží oční kontakt. Na slova chvály a fyzický kontakt reaguje velmi kladně – jinak je jakoby nepřítomna.

Celkově klientka dosáhla 10 bodů, což značí poměrně velké zhoršení (vzhledem k době od prvního testu). Úspěchem je, že paní od testu odcházela spokojená, nerozrušená a bez pocitu selhání.

Kazuistika 7

Muž, věk 86 let, do domova pro seniory nastoupil z domova, kde žil sám. Alzheimerovu chorobu má diagnostikovanu již několik let. Se sebeobsluhou a domácností mu vypomáhá neteř, jediná příbuzná. Pán pracoval jako administrativně technický pracovník, vždy chodil v obleku a měl velmi vybrané vystupování. Tyto návyky zůstaly i přes onemocnění zakořeněny. Senior se cítí nesvůj, pokud nemá alespoň sako a snaží se být gentleman. Nejvíce ho rozrušuje, že se cítí osamocen a ztracen. Vstupní MMSE byl vyplněn dva měsíce po nástupu. Pán zodpověděl pouze tři otázky na orientaci, zapamatoval si tři uváděné výrazy, ale později nevybavil. Jako jediný zodpověděl všechny otázky na pozornost a počítání. Libovolná věta, kterou měl vymyslet byla: Je pozoruhodné, že nejsem opět doma.

Komunikace je ztížena jeho nejistotou a znatelným rozčarováním ze svého stavu (částečně jakoby si svou nemoc uvědomoval). Na haptické signály reaguje smíšeně, spíše ostýchavě – udržuje si odstup, stahuje se do sebe.

Celkem dosáhl senior 20 bodů, což odpovídá demenci mírného stupně.

Druhý test byl proveden za 11 měsíců. U klienta je již znatelná větší dezorientovanost, je velmi nejistý – nevstupuje sám do místností, těžko hledá své místo v jídelně. I přesto je jeho chování velice úslužné a dbá o vzhled. Úspěšný je v otázkách zapamatování, opakování, stupňovaného příkazu, čtení a plnění příkazu, psaní i obkreslování. Test hodin se nedaří, senior namaloval pouze kolo pro naznačení ciferníku, čísla ani rafičky nedoplňuje. Libovolná věta zní: Dnešní den bude pravděpodobně velice jasný.

Celkové skóre je 12 bodů, což znamená středně těžkou demenci a znatelné zhoršení stavu.

Kazuistika 8

Žena, věk 84 let, do ÚSP nastoupila z domácí péče z důvodu zhoršujícího se zdravotního stavu vinou Parkinsonovy choroby. Klientka trpí silným třesem rukou, střídají se u ní období dezorientace a úzkosti s obdobím relativního psychického klidu a lepších kognitivních

schopností. Je samostatně mobilní s hůlkou, ráda se účastní denních aktivit, i když je pro třes hůře zvládá.

První MMSE byl vyplněn několik měsíců po nástupu. Seniorka získala celkem 17 bodů, což odpovídá demenci mírného stupně. Zodpověděla polovinu otázek na orientaci, část otázek na pozornost a počítání. Hůře si vybavila tři slova, která si měla zapamatovat. Během celého testu byla soustředěná, klidná a bez známek rozladění při neúspěchu. Libovolnou větu napsat pro třes nemohla, ale vymyslela: Už chci být doma. Test obkreslování a hodin nebylo možné udělat.

V komunikaci je seniorka vstřícná, snaží se reflektovat daná témata při různých rozhovorech. I přes ztíženou artikulaci a vybavování si slov je její projev kultivovaný a srozumitelný. Sama kontakt vyhledává, vyslovuje svá přání a potřeby.

Během 12 měsíců byl vyplněn test znovu. Paní se stále účastní aktivit, i když je jakoby více uzavřena do sebe a méně se zajímá o okolí. Velký pokles je zaznamenán u otázek orientace, vybavování i pozornosti a počítání. Správně opakuje větu, plní stupňovaný příkaz i čte a plní nápis. Jako libovolnou větu říká: Proč to všechno?

Ve vyjadřování je znatelný silný úbytek schopností. Klientka se vyjadřuje jedno či dvouslovními spojeními (většinou ano/ne). Na ústupu je i iniciativa ke komunikaci a ke kontaktu vůbec. Na dotyk reaguje poměrně kladně, i když není schopna jej udržet – jakoby jej vnímala jako omezení a částečně se odvrací.

Celkově klientka získala 11 bodů, což již naznačuje demenci středně těžkého stupně.

Shrnutí praktické části

Při celkové sumarizaci výše zmíněných testů se potvrzuje progresivita nemoci. Šest z osmi seniorů se ve svých výsledcích zhoršilo. Tři z nich o více než sedm bodů, což již naznačuje vyšší stádium nemoci. U většiny je také popsána změna chování – psychiky ať už k nervozitě z neúspěchu, apatii či vulgarismům vůči pečujícím.

Mírné zlepšení, které bylo zaznamenáno u několika po sobě jdoucích testech, je u seniorů, kteří se pravidelně zúčastňují volnočasových aktivit a aktivit zaměřených na kognitivní funkce. Jedná se o muzikoterapii, kde se hojně využívají pohybové sestavy tzv. tanečků v sedě a trénování paměti, které je koncipováno pro skupinu osob trpících Alzheimerovou chorobou. Shodně oba senioři kladně reagují na canisterapii a aktivně se účastní kulturních vystoupení a zábav (zpívají a tančí). S ošetřujícím personálem nemají problém navázat kontakt a sami jej iniciují. Rodiny je plně podporují a snaží se je zapojit do „okolního“ života.

Tabulka 1 Výsledky MMSE testů

Kazuistika	Délka pobytu v DD	První MMSE	Druhý MMSE
1	26 měsíců	15	5
2	18 měsíců	17	5
3	24 měsíců	13	15
4	15 měsíců	20	22
5	17 měsíců	16	15
6	10 měsíců	17	10
7	16 měsíců	20	12
8	24 měsíců	17	11

Zdroj: vlastní výzkum

Domnívám se, že tyto faktory kvality vztahů k rodině, interakce s ošetřujícím personálem či účasti na volnočasových aktivitách a kulturních pořadech mohou mít vliv na celkový stav nemoci a lepší subjektivně vnímanou kvalitu života, jak znázorňují v následující tabulce.

Tabulka 2 Pozitivní faktory péče o nemocné trpící AD

	Kontakt s rodinou	Kontakt s personálem	Volnočasové aktivity	Kultura	Terapie	Zájem o sebe sama	Skóre MMSE
1	-	-	-	-	-	-	5
2	-	-	-	-	-	-	5
3	+	+	+	+	+	-	15
4	+	+	+	+	+	+	22
5	+	+	-	+	-	+	15
6	+	+	-	-	+	+	10
7	+	+	-	-	-	+	12
8	+	+	-	+	+	-	11

Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka: značka + znamená, že senior je schopen danou činnost vykonávat, reagovat na ni a sám ji iniciovat. Značka – znamená opak. Nemocný se staví k činnosti negativně, je apatický, nerozumí obsahu či významu apod. (i za předpokladu, že se jí účastní).

Ze zjištěných výsledků můžeme předpokládat, že pokud si senior zachová pozitivní vztahy se svou rodinou a okolí, není stížen depresí či apatií k různým denním činnostem a je motivován pro účast na různých akcích (kulturních, terapeutických...) není gradace nemoci tak mohutná i v určitých stádiích (prvních) je možné ji i udržet relativně dlouho na stálé úrovni.

Při celkovém zhodnocení praktických zkušeností a konkrétní aplikace různých efektivních komunikačních metod však můžeme konstatovat, že toto ovlivní hlavně stav klienta teď a tady. Během vstřícného rozhovoru, sdílení prostoru a výměně bezpečí či vzájemné důvěry je ten okamžik, kdy se senior cítí sebevědomě, autonomně a důstojně. Bohužel toto nelze přenášet i do dalších chvil, kdy kontakt pomine, vzhledem ke změnám paměti a kognitivních funkcí celkově.

Závěr

Práce se snažila nastínit důležitost komunikace mezi pečujícími a nemocným seniorem. Nejenom komunikaci verbální, ale i neverbální spojenou s haptikou, proxemikou aktivním nasloucháním apod. I když dnešní senioři jsou vnímáni jinak než tomu bylo před 50, 100 a více lety, stále zůstávají těmi, kterých bychom si měli vážit a ke kterým bychom měli chovat úctu. Jedno přísloví dokonce říká, že kultura národa se pozná podle toho, jak se chová ke svému stáří a ke své minulosti.

Na předchozích stránkách byly popsány různé metody komunikace, principy správného přístupu k seniorům trpícím Alzheimerovou chorobou i možné kroky, které by mohly vézt k navázání vztahu s nemocným. Tímto teoretickým základem doplněným o převzaté příklady z praxe kolegů byl splněn cíl teoretické části práce, která se tak může stát podkladem pro různé přednášky či semináře zaměřené na problematiku gerontologie, interpersonálních vztahů, komunikace a pod. Zároveň by se mohl stát inspirací pro ty, kteří ještě nejsou zcela přesvědčeni o důležitosti komunikace a vzájemného vztahu s klientem. Komunikace je důležitá pro kvalitní péči. Během praxe sociální práce se seniory jsem došla k názoru, že je velká část těch, kteří se o úspěšnou komunikaci chtějí a snaží se jí využívat, ale stejně tak velká je i část těch, kteří ji považují za nedůležitou. Nejsou otevřeni novým přístupům – ty staré jim vyhovují a vlastně s nimi nemají žádné problémy. U těchto pečujících je vnímána určitá bezmocnost a zároveň potřeba další diskuse na téma důstojného stáří a kvalitní péče.

Je žádoucí, aby do domovů důchodců a dalších zařízení nabízejících sociální služby byli přijímáni takoví pečující a zaměstnanci, kteří by neustále na sobě chtěli pracovat, a kteří by se nebránili sebevzdělávacím kurzům ať už komunikace či jiné specifické dovednosti zlepšující péči o klienta. Jedině tak mohou zaručit efektivní péči, důstojný život ať už v domácí či ústavní péči a pocit autonomie klienta.

Seznam odkazů

1. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha : Academia, 1999. [cit. 2005-11-19]. Dostupné na: <http://home.tiscali.cz:8080/pospisilm/skola/inzenyr/stranky/poznatky.htm>
2. ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Havlíčkův Brod : Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9.
3. KOBĚRSKÁ, P. *Společnou cestou*. Praha : Portál, 2003.
4. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace, pojetí konceptu*. Sborník Multioborové, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. Olomouc : 2002, s. 80 – 83. ISBN 80-247-0536-2. [cit. 2005-12-08]. Dostupné na: <http://www.bazalni-stimulace.cz/cl-bs-koncept.php>
5. HOLMEROVÁ, I. a kol. *Na pomoc pečujícím rodinám*. Praha : Česká alzheimerovská společnost, 2003. ISBN 80-86541-10-X.
6. HÖSCHL, C. a kol. *Alzheimerova choroba*. Praha : Galén, 1999. ISBN 80-7262-025-8.
7. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v práci sestry*. Sestra, 2003, vol. XIII. č.1. s. 15 – 17. ISSN 1210-0404. [cit. 2005-12-08]. Dostupné na: http://www.bazalni-stimulace.cz/cl_bs_sestra.php
8. PROUTY, G., VAN WERDE, D., PÖRTNER, M. *Preterapie*. Praha : Portál, 2005. [cit. 2005-12-08]. Dostupné na: <http://www.viap.cz/knihy/preterapie.htm#Skupinový%20nácvik%20vnímání>
9. HOLMEROVÁ, I. a kol. *Alzheimerova choroba krok za krokem*. Praha : MediMedia Information, 2003. [cit. 2006-03-20]. Dostupné na: http://www.alzheimerovanemoc.cz/info_pacienti.html
10. KAŠLÍKOVÁ, T. *Komplexní přístup k demencím*. Seminář Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Školy veřejného zdravotnictví a ČALS. Doposud nepublikované zdroje. Praha, 2004.
11. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace*. Seminář Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Školy veřejného zdravotnictví a ČALS. Doposud nepublikované zdroje. Praha, 2004.
12. BEAUFORTOVÁ, K., REISEROVÁ, P. *Videotrénink interakcí*. Praha : SPIN, o.s., 2005.
13. HOLMEROVÁ, I. a kol. *Nefarmakologické přístupy k pacientům s demencí, podpora rodinných pečujících a její význam*. In REBAN, J. *Terapie demencí*.

Abstrakta X. mezinárodního semináře klinické dementologie, Hluboká n. Vltavou : 2004.

14. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. Vybrané kapitoly z gerontologie. Praha : ČALS, 2003. ISBN 80-86541-12-6.
15. PLAŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací*, Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0852-2.
16. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

Seznam literatury

Monografie:

BAYER, A. REBAN, J. *Alzheimer's disease and related conditions*. Rudolfov : MEDEA Press, 2004. ISBN 80-239-2529-6.

BEAUFORTOVÁ, K., REISEROVÁ, P. *Videotrénink interakcí*. Praha : SPIN, o.s., 2005.

BENEŠOVÁ, V. *Poruchy chování ve stáří, co s tím?* Praha : Galén, 2001.

ISBN 80-86257-33-9.

HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha : ČALS, 2003. ISBN 80-86541-12-6.

HOLMEROVÁ, I. a kol. *Na pomoc pečujícím rodinám*. Praha : Česká alzheimerovská společnost, 2003. ISBN 80-86541-10-X.

HOLMEROVÁ, I. a kol. Nefarmakologické přístupy k pacientům s demencí, podpora rodinných pečujících a její význam. In REBAN, J. *Terapie demencí*. Abstrakta X. mezinárodního semináře klinické dementologie, Hluboká n. Vltavou : 2004.

HOLMEROVÁ, I., JANEČKOVÁ, H., NIKLOVÁ, D. *Na pomoc pečujícím rodinám*.

Praha : Česká alzheimerovská společnost, 2003. ISBN 80-86541-10-X.

HÖSCHL, C. a kol. *Alzheimerova choroba*. Praha : Galén, 1999.

ISBN 80-7262-025-8.

KOBĚRSKÁ, P. *Společnou cestou*. Praha : Portál, 2003.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

PLAŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací*, Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0852-2.

ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Havlíčkův Brod : Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

Elektronické zdroje:

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace, pojetí konceptu*. Sborník Multioborové, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetřovatelství. Olomouc : 2002, s. 80 – 83. ISBN 80-247-0536-2. [cit. 2005-12-08]. Dostupné na: <http://www.bazalni-stimulace.cz/cl-bs-koncept.php>

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v práci sestry*. Sestra, 2003, vol. XIII. č.1. s. 15 – 17. ISSN 1210-0404. [cit. 2005-12-08]. Dostupné na: http://www.bazalni-stimulace.cz/cl_bs_sestra.php

HOLMEROVÁ, I. a kol. *Alzheimerova choroba krok za krokem*. Praha : MediMedia Information, 2003. [cit. 2006-03-20]. Dostupné na:

http://www.alzheimerovanemoc.cz/info_pacienti.html

NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha : Academia, 1999. [cit. 2005-11-19].

Dostupné na: <http://home.tiscali.cz:8080/pospisilm/skola/inzenyr/stranky/poznatky.htm>

PROUTY, G., VAN WERDE, D., PÖRTNER, M. *Preterapie*. Praha : Portál, 2005.

[cit. 2005-12-08]. Dostupné na:

<http://www.viap.cz/knihy/preterapie.htm#Skupinový%20nácvik%20vnímání>

Workshopy:

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace*. Seminář Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Školy veřejného zdravotnictví a ČALS. Doposud nepublikované zdroje. Praha, 2004.

KAŠLÍKOVÁ, T. *Komplexní přístup k demencím*. Seminář Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Školy veřejného zdravotnictví a ČALS. Doposud nepublikované zdroje. Praha, 2004.

Seznam příloh

Příloha I.

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Příloha II.

Face-hand test

Hodnotící škála ADL (Activity of Daily Living)

PSMS (Physical Self-Maintenance Scale)

SPMSQ – Short Portable Mental Status Questionnaire

Mini - Mental State Examination (MMSE)

Za každý správně provedený úkol zatrhněte tj. 1 bod.

1./ ORIENTACE - odpověď do 10s

- Které je roční období?
 Který máme nyní rok?
 Kolikátého je dnes?
 Který den v týdnu je dnes?
 Který je měsíc?
 Ve kterém jsme městě?
 Ve kterém jsme okrese (kraji)?
 V jaké jsme zemi?
 Jak se jmenuje toto zdravotní zařízení kde jsme?
 V kolikátem jsme poschodí?

2./ ZAPAMATOVÁNÍ

„Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se Vás na tyto předměty znovu zeptám.“

Bod přidělte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě pětkrát. Je to podmínka pro úkol číslo 4, tj. Vybavování.

- LOPATA ŠÁTEK VÁZA

„A nyní prosím tato slova opakujte.“

3./ POZORNOST A POČÍTÁNÍ

„Nyní odečtěte od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete.“ Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

- 93 - 86 - 79 - 72 - 65

Pokud pacient nechce počítat, vyzvěte jej:

„Hláskujte pozpátku slovo POKRM.“

Dejte vždy bod za každé správné písmeno, např. M - R - K - O - P = 5

-

4./ VYBAVOVÁNÍ

„A teď, prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal.“

Za každou správnou odpověď přísluší jeden bod.

- LOPATA ŠÁTEK VÁZA

5./ POJMEOVÁNÍ PŘEDMĚTU

- „Co je to?“ (ukažte hodinky)
 „Co je to?“ (ukažte tužku)

6./ OPAKOVÁNÍ

Za odpověď celou větou přidělte pacientovi jeden bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně na první pokus.

- Opakujte!: „První pražská paroplavba.“

7./ STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ

Dejte pacientovi do ruky čistý papír a dejte mu tento úkol:

„Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej na půl a dejte ho na zem.“

1. stupeň - uchopení papíru do pravice
 2. stupeň - přeložení papíru na polovinu
 3. stupeň - položení papíru na zem

8./ ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU

Pacientovi ukažte kartičku s nápisem: **ZAVŘETE OČI.** Zároveň ho vyzvěte:

- „Přečtěte co je tady napsáno a udělejte to!“

Jeden bod přidělte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy.

9./ PSANÍ

Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

- „Napište libovolnou větu.“

Věta může obsahovat pravopisné chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek.

10./ OBKRESLOVÁNÍ

Dejte pacientovi bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte jej aby namaloval níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu **jedné minuty**. Nevadí zrotování ani roztřesenost. Musí být ale zachovány všechny strany a všechny úhly. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit **čtyřúhelník**.

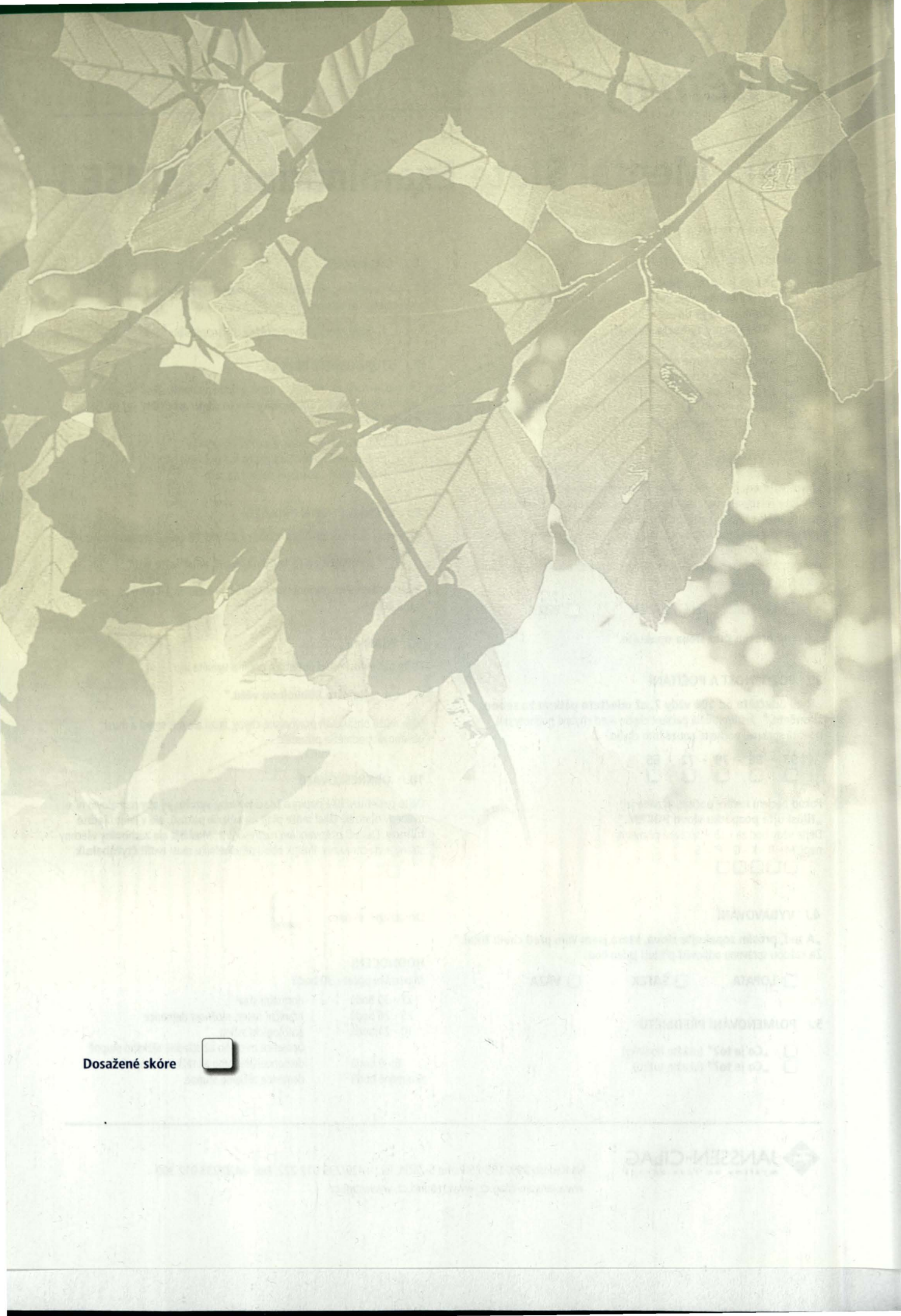


Dosažené skóre

HODNOCENÍ

Maximální počet - 30 bodů

27 - 30 bodů	normální stav
25 - 26 bodů	hraniční nález, možnost demence
10 - 24 bodů	patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně
6 - 9 bodů	demence středního až těžkého stupně
6 a méně bodů	demence těžkého stupně.



Dosažené skóre

Příloha II.

Ukázka dalších možných testů sloužících lepší diagnostice seniorů trpících Alzheimerovou chorobou.

Face-hand test

Seniora posadíme proti sobě a požádáme ho, aby si položil obě ruce na kolena (hřbetem ruky nahoru) a zavřel oči.

Dotkneme se současně lehce svými prsty (přejedeme pomyslnou čáru asi 5 cm) obou tváří, a pak i obou hřbetů rukou. Dokáže-li senior správně identifikovat místa doteků (nejlépe tím, že ukáže správná místa), pokračujeme dále v testování. Selže-li již při tomto úvodním vyšetření, není test proveditelný (selhání se ovšem objevuje pouze u osob s poruchami vědomí nebo u velmi těžkých demencí).

V další fázi se současně dotýkáme jak tváře, tak i hřbetu rukou, a to celkem osmkrát – střídavě (levá tvář, pravá ruka a naopak). Počet chyb koreluje se stupněm demence, v normě jsou až 2 chyby. Senior s AD také těžko určí obě místa dotyků (častěji vnímá to na tváři a opomíjí dotyk na ruce).

Hodnotící škála ADL (Activity of Daily Living)

Škála obsahuje šest jednoduchých aktivit, které jsou obvykle prováděny každodenně. Za každou aktivitu, kterou je senior schopen sám a bez pomoci provádět, přičteme jeden bod, zatímco v opačném případě nepřičteme nic.

- | | | |
|---------------------|-----------------------|--|
| Hodnotící aktivity: | 1. Koupání | 4. Najedení |
| | 2. Používání toalety | 5. Oblékání |
| | 3. Uléhání a vstávání | 6. Kontrola vyprazdňování moči a stolice |

Hodnocení testu: plný počet bodů značí o plné soběstačnosti, čím nižší skóre, tím menší je soběstačnost seniora.

PSMS (Physical Self-Maintenance Scale)

Stupnice soběstačnosti (PSMS) je jednoduchým nástrojem bodového hodnocení schopnosti pacienta s Alzheimerovou chorobou vykonávat běžné aktivity každodenního života. Vyplnění dotazníku zabere jen několik málo minut a jeho pravidelné opakování dovolí kontinuálně hodnotit progresi onemocnění.

Jednotlivými činnostmi hodnocenými v rámci PSMS jsou:

1. Osobní hygiena
2. Schopnost jídla
3. Oblékání
4. Péče o zevnějšek
5. Mobilita (pohyblivost)
6. Používání koupelny

Na všechny otázky odpovídáme co nejpřesněji, pomocí bodových hodnot od 1 (výborně zvládá) do 5 (potřebuje zcela pomoci).

1. Pacient může příslušnou aktivitu vykonávat zcela sám a bez jakékoliv pomoci.
2. Pacient může příslušnou aktivitu vykonávat za cenu toho, že mu je jí třeba občas připomínat, při jejím provádění napovídat a občas mu i pomoci
3. Pacient potřebuje při provádění příslušné aktivity pomoc středního rozsahu
4. Pacient potřebuje při provádění příslušné aktivity pomoc a podporu značného rozsahu
5. Pacient je při provádění příslušné aktivity stoprocentně závislý na pomoci zvenčí

Celkové skóre získáme součtem bodových hodnot přiřazených k jednotlivým aktivitám. Skóre 6 znamená, že pacient může všechny běžné aktivity každodenního života vykonávat bez jakékoli pomoci. Naopak při celkovém skóre 30 je pacient zcela závislý a pomoci zvenčí a vyžaduje tedy celodenní péči. V průběhu onemocnění se samozřejmě hodnota skóre mění, ojediněle klesá, ale většinou se pochopitelně zvyšuje.

SPMSQ – Short Portable Mental Status Questionnaire (Pfeiffer, 1974)

Citlivější než MMSE, dobře kombinovatelný s neurologickým testem Face-hand.

Senior odpovídá na následujících 10 otázek:

1. Jaký je dnes den, měsíc a rok?
2. Který je den v týdnu?
3. Jaká je vaše domácí adresa?
4. Jak se jmenuje zařízení, ve kterém právě jste?
5. Kdy jste se narodil/a?
6. Jak jste starý/á?
7. Kdo je naším prezidentem?
8. Kdo byl prezidentem před ním?
9. Jak se jmenovala Vaše matka za svobodna?
10. Odečítejte po 3 od 20 až do 2

Vyhodnocení:

Má-li pacient pouze základní vzdělání, toleruje se 1 chyba (za kterou se započítává do celkového hodnocení jeden kladný bod).

Skóre: 0 – 2 chyby	intaktní intelekt
3 – 4 chyby	mírně narušený intelekt
5 – 7 chyb	středně defektní intelekt
8 – 10 chyb	těžce defektní intelekt

Abstrakt

STRAPKOVÁ, M. *Úspěšná komunikace s osobami trpícími Alzheimerovou chorobou*. České Budějovice, 2006. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce Mgr. L. Motlová.

Bakalářská práce se zaměřuje na úspěšnou komunikaci s osobami trpícími Alzheimerovou chorobou. Zejména se zabývá různými metodami přístupu ve spojení se seniorem. Zmiňuje tak verbální komunikaci, validační techniky a různé terapie (např. reminiscenční či preterapii). Díky možnosti čerpat z vlastní praxe jsou v práci též popsány hlavní z bariér. Okrajově vyjmenovává hlavní příčiny Alzheimerovy choroby a průběh tohoto onemocnění. Krátce definuje tři stádia, do kterých by se nemoc mohla rozdělit.

V praktické části je uvedeno osm seniorů a jejich Mini-Mental State Examination pro nastínění jejich možností a vnímání okolí v průběhu několikaměsíčního pobytu v ústavní péči. Vždy je popsán první z testů a druhý, který je se seniorem vyplňován po několika měsících.

Hlavní myšlenkou práce je, že snaha o úspěšnou komunikaci se seniorem napomáhá k prožívání důstojného stáří a i může značně ulehčit práci pečovatele.

Klíčová slova práce:

Komunikace

Alzheimerova choroba

Principy komunikace

Metody komunikace

Péče o seniory

Abstract

The bachelor's work is intent on a successful communication with persons suffer from Alzheimer's disease. The work engages especially in different methods of access of establish contact with seniors. It refers to the talks communication and rules of it, the basal stimulation and some therapie (f. e. the reminiscens therapie or preterapie). In the work are described the most of barriers for the possibility make the best of my profession. It enumerates the main causes of Alzheimer's disease and course of it. It defines shortly three steps of disease.

In the practical part are mentioned eight seniors and their Mini-Mental State Examinations (MMSE) for outline their possibilities and perceive of surroudings. Always is describe the first of the test and the second is fills with the senior after several months.

The main idea of the work is, that an effort succesfull communication with senior helps to experience of dignified old age. It can facilitate of care.

The key words of work:

Communication

Alzheimer's disease

Principle of communication

Method of communication

Care of senior