

SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ

Fakulta veřejných politik v Opavě

**SEMINÁRNÍ PRÁCE**

**UPPVJK015**

**KOMUNIKACE II**

Obor:

Edukační péče o seniory

2. ročník, kombinovaná forma

**Specifikace komunikace se seniory  
s poruchou vědomí**

V seminární práci se budu věnovat krátkému popisu vědomí a jeho poruch. Dalším bodem této práce budou možnosti, jak se seniorem s různým stupněm poruchy vědomí komunikovat, jak jej pomoci různých typů komunikace „přivádět“ zpět na tento svět.

## Vědomí

*„Vědomí je definováno jako schopnost jedince uvědomit si sebe sama i své okolí, reagovat adekvátně na podněty.“* (Novotná, Zichová, Nováková, 2008, s. 54) Hippertová-Grünnerová říká, že *„vědomí je stav mysli, jehož základem je bdělost“* (Hippertová-Grünnerová, 2013, s. 103).

### **Poruchy vědomí mohou být krátkodobé a dlouhodobé.**

Dělení krátkodobých poruch podle Bartoše a kolektivu je na synkopy, epileptické záchvaty a psychogenní záchvaty.

- **Synkopa** – přechodná ztráta vědomí, nejčastěji po pádu, kdy dojde ke snížení průtoku krve do mozku, může to být i mdloba, udělání slabo, “černo před očima“. Jde o rychlou ztrátu vědomí, která i rychle přejde, občas se může opakovat.
- **Epileptický záchvat** – vzniká náhle a trvá několik minut. Je způsoben výboji nervových buněk části mozku a projevuje se poruchou motoriky, cití, vědomí a chování.  
Akutní epileptický záchvat se známou příčinou např. metabolickou neznamena, že se jedná o epilepsii.
- **Psychogenní záchvat** – je spojen s afekcí. Je podobný epileptickému záchvatu, ale bez výbojů v mozku. Spouštěčem může být akutní stresující událost, jiné psychické onemocnění, fyzické trauma nebo se mohou objevit i pacienti se sekundárním prospěchem s onemocněním, často na podkladě psychického onemocnění. Tento záchvat se u seniorů vyskytuje velmi vzácně. (Bartoš a kolektiv, 2004)

Dělení déletrvajících poruch vědomí podle Bartoše a kolektivu na kvantitativní a kvalitativní poruchy, kdy k označení normálního stavu vědomí používají dvou termínů.

- ⇒ „**Lucidita**: je stav vědomí jak po stránce kvantitativní = vigilita, tak po stránce kvalitativní, lucidní pacient je nejen plně bdělý, ale i orientovaný vlastní osobou, místem a časem
- ⇒ **Vigilita**: charakterizuje pouze normální kvantitativní složku vědomí bez ohledu na psychické funkce, které mohou být normální i narušené. Změny psychiky se projevují v různé podobě (dezorientace, demence, mutismus, halucinace aj.) a je nutno je blíže specifikovat.

*Termíny lucidita a vigilita se někdy navzájem zaměňují. Vigilita podmiňuje luciditu, je mezi nimi jednosměrný vztah.“ (Bartoš a kolektiv, 2004, s.45)*

- **Kvantitativní poruchy**

- **Somnolence** – pacient spavý, reagující na slovní podněty, odpovídá slovy, rychlé usíná, vyhoví na podněty
- **Sopor** – pacient reagující na bolestivé podněty a to buď mumláním nebo pohyby končetinami, nevyhoví výzvám, nenaváže slovní komunikaci
- **Kóma** – pacient, který nereaguje na žádný slovní ani bolestivý podnět

- **Kvalitativní poruchy**

- **Delirium** – aktuální změna psychického stavu, zmatenost, porucha pozornosti, dezorientace vlastní osobou, místem, časem, může být motorický neklid, bludy, halucinace, ...
- **Obnubilace** – stav jakoby ve snu, kdy má pacient schopnost jednat, po ukončení tohoto stavu si pacient na nic nepamatuje. Je to velmi vzácná porucha vědomí.

Mezi nejčastější příčiny dlouhodobé poruchy vědomí jsou intoxikace (léky, alkohol, cukrovka, ...), centrální mozková příhoda způsobená častěji hypertenzním krvácením a krvácení do mozku způsobené úrazem.

Při poruše vědomí a nejen u seniorů, je nejdůležitější včasná léčba. Cílem je zlepšit vědomí. Ještě v 80. letech se hovořilo, že pacienti s těžkou poruchou vědomí nejsou schopni rehabilitace. Dnes se již díky moderní včasné rehabilitace dokázalo, že včasným zapojením multisensorických stimulací, vede k rychlejším a lepším výsledkům zlepšení vědomí. (Hippertová- Grűnnerová, 2013)

Při poruše vědomí budeme komunikovat se seniorem jak verbálně, tak neverbálně, a to využitím všech základních složek neverbální komunikace. Nejčastěji: haptikou, věcmi, vůněmi, teritorialitou, a nezapomeneme i na viziku, mimiku a posturologii. Nutností je sledovat komunikaci seniora, jak reaguje na naši terapii, dle toho vybírat vhodné prvky.

Vhodným konceptem a dnes hojně využívaným je **Koncept bazální stimulace**.

Kdy Friedlová říká, že „*Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují*“ (Friedlová, 2007, s. 19), což znamená, že díky pohybu je umožněná i komunikace a vnímání a naopak. Dochází zde k cílené stimulaci vzpomínek pomocí smyslů, je to snaha o znovu aktivovat mozkovou činnost.

*„Cílem Bazální stimulace je podpora a umožnění vnímání tak, aby u klientů docházelo:*

- ✓ *Ke stimulaci vnímání vlastního těla*
- ✓ *K podpoře rozvoje vlastní identity*
- ✓ *K umožnění vnímání okolního světa*
- ✓ *K umožnění navázání komunikace se svým okolím*
- ✓ *Ke zvládnutí orientace v prostoru a čase*
- ✓ *Ke zlepšení funkcí organismu“*(Friedlová, 2007, s. 23 a 24)

Aby komunikace mohla probíhat, musí být dle Friedlové tento proces tvořit pět složek: komunikátor, komunikant, komuniké, zpětná vazba, kontext. (Friedlová, 2007) Zpětná vazba u seniora s poruchou vědomí není vždy prokázána. Musíme brát i zřetel na další možné ztížení komunikace poruchou smyslů danou věkem, předešlými onemocněními jako jsou špatný zrak, sluch, porucha řeči, ale i snížená senzitivita čichu a chuti.

Pokud je senior s poruchou vědomí bez verbální komunikace, použijeme ke komunikaci jiné média, ke kterým právě patří vůně, doteky, chutě, změny poloh, ...

Aby byl komunikační kanál co nejlépe vhodný, je potřebné znát biografický příběh seniora. Pokud již seniora známe, žije např. v Domově seniorů, kde s Biografickým konceptem již pracují, využijeme těchto informací. Pokud seniora neznáme, je nutná spolupráce rodiny. Požádáme rodinu o buď již předem připravený dotazník s údaji,

co má a nemá rád, jaké má rituály. Např. má rád kávu vždy v 9 hod ráno s mlékem a cukrem, miluje vůni konvalinek, hořkou čokoládu, je silný kuřák, nemá rád zimu, má rád vysoko pod hlavou, neusne bez ponožek... běžné denní činnosti, potřeby(hodinky, holící pěna, parfém, které jeho život provází). Požádat o fotografie rodiny, nahrávky vnoučat, jak zpívají, oblíbenou hudbu, film, knihu, oblíbené zvíře, má vlastní?, pracoval jako..., jeho koníčky, ale třeba i nosí brýle na čtení(dálku, naslouchadlo,...).

*„Koncepce biografické péče. Péče je zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb na základě znalostí biografie seniora.“(Procházková, Biografie v péči o seniory, 2019, s. 85).*

Tento koncept jde ruku v ruce s konceptem Smyslové aktivizace, aktivizace smyslů, těch příjemných, které již senior ve svém životě zažil. Opět mu pomohou vybavovat ze svých vzpomínek.

*„Myšlenkou Konceptu **Smyslové aktivizace** je péče o člověka s úctou, respektem a láskou.“ (Vojtová, Jak nepřesadit starý strom, 2018, s. 28)*

Jakákoliv terapie a především ta komunikační musí začít pozdravem, dle Hippertová-Grünnerová je to **Rituální pozdrav** a dle Friedlové **Iniciální dotek**. Jedná se o vybrané místo, nejčastěji rameno, kterého se při započatí jakékoliv činnosti dotkneme i se slovní pozdravem a stručným oznámením, co právě budeme dělat. Iniciální dotek musí znát všichni a používat jej vždy stejně! Je velmi důležitý náš postoj(nikdy nehovoříme s pacientem otočení k němu zády), naše mimika, náš tón hlasu, teplota rukou,... Je důležité každou činnost komentovat např: „Teď vám umyju obličej, mám mokrou žínku s teplou vodou, umývám vám čelo, oči, tváře,..., mažu vás vašim oblíbeným krémem s levandulovou vůní, čelo, tváře,... učešu vlasy,...“ Nezapomínáme během hovoru ukotvovat v čase např. „Dobré ráno paní Marie, dnes už máme středu a venku nám podzimmně svítí sluníčko.“

Díky zjištěným informacím ať už ze životního příběhu nebo od rodiny a blízkých se snažíme aktivovat ke komunikaci pomocí smyslů:

- **Zrak:** vyzdobením prostoru jeho oblíbenými předměty, fotografie rodiny, obrázky

- **Sluch:** pouštěním oblíbené hudby, nahrávek rodiny, oblíbeného pořadu, filmu v rádiu, TV, předčítáním, ...
- **Čich:** přidáním vůní dle oblíbenosti do masážních olejíčků, aroma lamp, dávat přivonět k oblíbeným jídlům, používat oblíbené parfémy, mýdla
- **Chut:** nabízet oblíbené chutě na štětičce, popř. gáze namočené v oblíbené tekutině, použít sacích sáčku, do kterých vložíme např. čokoládu, kousek ovoce,...
- **Hmat:** vkládáním do rukou oblíbených předmětů, předměty různé teploty, struktury, váhy, ...

Důležité jsou i změny poloh, pokud to zdravotní stav dovolí, tak nejen otáčení na boky, mikropolohování, ale i do zvýšených poloh tak, jak byl zvyklý u denních činností, např. čištění zubu v sedě.

#### Jak by to mohlo např. vypadat:

Pan Václav, 72let, kóma po operaci břišní kýly

- Ženatý, kuřák, žijící v bytě, SD, pracoval jako technický inženýr(doposud vypomáhá), má rád kávu s cukrem, sladké obecně, luští křížovky, sleduje kriminálky v TV, sází pravidelně sportku, má dceru, která je herečkou ND Ostrava, holí se el. strojkem, používá Pitralon, tuhé mýdlo, dásně si vyplachuje ústní vodou...

Z těchto informací může získat spoustu komuniké, smyslových cest ke komunikaci.

Iniciální dotek by měl být s pozdravem a oslovením pane inženýre, manželka oslovením z domu a dotekem na rameno, tak byl během jeho aktivního pracovního života zvyklý s informací o části dne, např: „Dobré ráno pane inženýre, dnes máme pátek a budete se teď umývat, já vám s tím pomůžu.“

Ranní hygiena v lehkém polosedě, omytí žínkou s tuhým mýdlem, vyčistění úst gázou namočenou v ústní vodě, oholení el. strojkem a použití Pitrolonu. Vše je nutné komentovat.

Jelikož není schopný samostatně jíst, vyzkoušíme v polosedě(zvládneme-li i polohu klasu pro vestibulární stimulaci, tím lépe) namočit houbičku na štětince do sladké kávy, do ruky vložíme hrníček, kterou asistovaně(ruku vedeme naší rukou) přibližujeme

k ústům a zároveň vkládáme na rty, dle možnosti i do úst štětičkou s houbičkou namočenou v kávě.

Snažíme se tento pohyb několikrát opakovat, dráždit rty, jazyk chutí kávy, popř. kousku čokolády nebo něčeho sladkého, tak jak měl rád. Pozor, musí to být bezpečné, takže vložit např. do sacího sáčku. Při ranní a večerní toaletě použít gázu namočenou v naředěné ústní vodě.

Další aktivitou povzbuzující komunikaci, může být smyslová aktivizace, tentokrát sluchu. Dcera hrála a zpívala v divadelním muzikále Manon Lescaut. Požádali jsme manželku, ať přinese její nahrávky, které budeme panu Václavovi puštět, stejně tak oblíbené pořady v TV. Určitě by měl mít puštěnou TV v době probíhání losování Sportky.

Komunikaci skrz čich, by bylo možné navázat nejen přes oblíbené potraviny, kávu, sladké, ale cigarety(těžko říci, jak to zvládnout organizačně, zda přinést „zakouřenou“ textilií nebo jen tabák, cigaretu,...)

Komunikace pomocí hmatu. Rodina přinesla jeho oblíbenou deku a polštář, které používal přes den, obojí je z ovce. Asistovanými pohyby provádět kontakt horních končetin hlazením, popř. využít k polohování. Do rukou vkládat předměty běžných denních činností, pokud lze, tak asistovaně provádět aktivitu s těmito předměty a slovním navedením.

Komunikace pomocí zraku, do okolí, v dohledu pana Václava vyvěsíme fotografie jeho blízkých, jeho gauče z domova.

Vhodná je spolupráce s rodinou, doporučené návštěvy s komunikací, povídání o tom, co se doma děje, kdo se po něm ptal, kdo jej pozdravuje a co bude zítra apod.

Z informace od rodiny víme, že nikdy nebyl kontaktní, přesto by bylo vhodné provádět povzbuzující stimulační končetin se slovním doprovodem a sledovat reakci pacienta. Dle jeho projevů následně upravit nabízené aktivity.

Pokud je senior v somnolentním stavu, budeme postupovat stejně, budeme mu pomocí zvyšování podnětů prodlužovat jeho aktivní část dne. Zde již budeme pracovat i se zpětnou reakcí, volit vhodná témata ke komunikaci, zapojovat jej aktivně do běžných denních činností.

**Závěr:**

Pokud k seniorovi přistupuje kdokoliv, i ten, kdo nezná koncepty Bazální stimulace, Biografické péče a Smyslové aktivizace a nezná tyto koncepty, by měl vědět, že je důležité se seniorem komunikovat. Že to, že má poruchu vědomí neznamena, že nic kolem sebe nevnímá a necítí. K takové komunikaci patří mluvené slovo, ať už vyprávění, co se aktuálně děje, co spolu prožili, příběhy dne, ale i doteky, pohlazení, v případě blízké osoby políbení. Nikdy nevíme přesně, co pomůže seniorovi k „návratu“ do běžného života.



### Zdroje:

- BARTOŠ, Aleš. *Diagnostika poruch vědomí v klinické praxi*. V Praze: Univerzita Karlova, 2004. ISBN 80-246-0921-5.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.
- GRÜNEROVÁ-LIPPERTOVÁ, Marcela. *Rehabilitace pacientů v kómatu*. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-761-5. NOVOTNÁ, Irena, Lenka ZICHOVÁ a Danuše NOVÁKOVÁ. *EEG, epilepsie a diferenciální diagnostika poruch vědomí*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. ISBN 978-80-7013-472-6.
- PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-1008-7.
- VOJTOVÁ, Hana. *Jak (ne)přesadit starý strom: koncept Smyslové aktivizace v péči o seniory a osoby s onemocněním demencí*. Frýdek-Místek: JOKL, [2018]. ISBN 978-80-905419-9-3.

