



UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciálněpedagogických studií

## **Bakalářská práce**

Silvia Flochová

Změny komunikačního schématu osob seniorského věku s demencí

Olomouc 2015

vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s tématem *Změny komunikačního schématu osob seniorského věku s demencí* vypracovala samostatně, pouze za pomoci rad a připomínek vedoucího práce Mgr. Oldřicha Müllera, Ph.D. Všechny zdroje, ze kterých jsem čerpala, jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Olomouci dne: 10.4.2015

.....

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucímu bakalářské práce Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za jeho odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné připomínky a rady. Dále děkuji pracovnícům Centra denních služeb v Olomouci a Domova pro seniory Radkova Lhota. Mé poděkování patří rodině i kamarádce Hance za její podporu.

# Obsah

Úvod	5
Teoretická část	
1. Osoby seniorského věku	7
1.1 Charakteristika období seniorského věku	7
1.2 Involuční změny	9
2. Demence	13
2.1 Charakteristika a klasifikace demence	13
2.2 Etiologie demence	16
2.3 Projevy demence	18
2.3.1 Postižení kognitivních funkcí	18
2.3.2 Postižení aktivit denního života	19
2.3.3 Behaviorální a psychologické příznaky demence	20
2.4 Přístupy k seniorům s demencí	22
3. Komunikace	24
3.1 Definice komunikace	24
3.2 Narušená komunikační schopnost	25
3.3 Projevy NKS u demence a komunikace s člověkem postiženým demencí	26
3.4 Diagnostika NKS používaná v ČR a v SR	28
3.4.1 Diagnostika kognitivních deficitů	30
3.4.2 Diagnostika jazykových a řečových procesů	31
Praktická část	
4. Komunikační schéma osob seniorského věku s demencí	34
4.1 Cíle a metodologie výzkumu	34
4.2 Metody sběru dat	35
4.3 Charakteristika vybraných zařízení a průběh šetření	35
4.4 Zpracování dotazníků	37
4.5 Výsledek šetření	44
Závěr	47
Seznam zkratk	49
Seznam literatury	50

## Úvod

Téma bakalářské práce Změny komunikačního schématu osob seniorského věku s demencí bylo zvoleno proto, že demence u seniorů má vzrůstající tendenci. Je až alarmující, kolik seniorských pacientů s touto plíživou a nebezpečnou nemocí v našich podmínkách stále přibývá. Tento fakt byl důvodem volby bakalářské práce. V minulosti se lidé obávali spíše srdečních onemocnění, kterým se dá relativně dobře předcházet zdravým životním stylem – zásadami zdravé výživy, nepožíváním alkoholických nápojů ve zvýšené míře, absencí kouření, pravidelnými sportovními aktivitami a vyhýbáním se stresu. Dnes se lidé bojí jiného onemocnění – demence, která však postihuje nejenom seniory, ale i lidi v období střední dospělosti.

Demenci můžeme nazvat nemocí 21. století. Lidé, kteří o osoby s demencí pečují, potřebují znát nejen projevy této nemoci, ale i důsledky změn kvality života. Pro pečující osoby jsou také důležité informace o možnostech, jakým způsobem komunikovat a jaké metody jim mohou komunikaci se seniory s demencí ulehčit.

Komunikace je velmi důležitý prostředek v každodenních interakcích. Pomocí komunikace přijímáme i sdělujeme informace, uskutečňujeme komunikační procesy. Pro osoby v seniorském věku s demencí představuje narušení komunikační schopnosti velmi náročnou a zátěžovou situaci. Neumí přesně sdělit svá přání, touhy, oznámit, že je něco bolí a trápí. Nedílnou součástí péče o tyto osoby je snažit se v rámci možností udržet zachovalé komunikační kompetence a využívat i kompenzační komunikační strategie.

Bakalářská práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozčleněna na tři samostatné kapitoly. První kapitola je zaměřená na vymezení seniorského věku a involuční změny charakteristické pro senium v oblasti tělesných, psychických, osobnostních změn a změn citového prožívání. Druhá kapitola specifikuje demenci, její klasifikaci, etiologii, projevy, postižení kognitivních funkcí i aktivit běžného života a přístupy k seniorům s demencí. V kapitole třetí je popsána komunikace, narušená komunikační schopnost a diagnostika, která se v České republice a Slovenské republice používá nejčastěji.

Praktická část je zaměřena na komunikační kompetence seniorů s demencí a na to, jaké aktivity v zařízení jim pomáhají si dané komunikační dovednosti alespoň zachovat. Ve spolupráci s pracovníci Domova pro seniory v Radkově Lhotě (dále jen RL) a denním

stacionářem Centrum denních služeb v Olomouci (dále jen CDS) bylo zjišťováno, jakým způsobem komunikují senioři s demencí jak s pracovníky zařízení, tak mezi sebou navzájem. Praktická část se dále zabývá otázkou, jaké jiné formy než orální komunikace seniorům s demencí pomáhají, jaké metody jsou nejčastěji využívány a které jsou pro ně nejvhodnější. Předmětem výzkumu byly také oblíbené komunikační okruhy, která témata jsou pro seniory zajímavá a chtějí o nich mluvit. V rámci šetření bylo zjišťováno, zda se uživatelé daných zařízení rádi a aktivně zúčastňují pořádaných aktivizačních činností zaměřených na uchování komunikačních dovedností.

Metodou dosažení cíle je zpracování dotazníků z dvou zařízení – pobytového zařízení sociálních služeb RL a denního stacionáře CDS. Na dotazníky anonymně odpovídají zaměstnanci daných zařízení z toho důvodu, že jejich klienty jsou senioři s velmi pokročilou demencí a nemohou poskytnout relevantní informace. Otázek je celkem čtrnáct, některé jsou zaměřeny na obecnou komunikaci při každodenních činnostech, vzájemnou komunikaci mezi uživateli a také mezi uživateli a personálem. Další otázky se týkají konkrétní cílené práce s uživatelem v rámci aktivizace a zachování komunikačních kompetencí.

Na konci praktické části jsou popsány výsledky dotazníkového šetření. Na základě tohoto šetření jsou doporučeny konkrétní postupy a metody využitelné při práci se seniory s demencí v rámci zachování komunikačních kompetencí.

# Teoretická část

## 1. Osoby seniorského věku

### 1.1 Charakteristika období seniorského věku

Fenoménem stáří se lidstvo zabývá již dlouhou dobu. Je předmětem neustálého zkoumání, pozorování a bádání. Často je spjato s existenčními obavami, se strachem z nemocí a toho, že se člověku nedostane potřebné péče.

Každý jedinec stárne, každý člověk si musí připustit, že se s přibývajícím věkem blíží k poslední etapě svého života. Lidé se bojí stárnutí, nechtějí být označováni za „starého“. Odmítají skutečnost, že jim začínají ubývat fyzické i psychické síly, mění se fyziognomie. Obavy jsou často spojeny s názorem, že stáří začíná odchodem do důchodu. Tato představa v mnoha lidech vyvolává nepříjemné pocity, že je společnost vyčlenila a nic už od nich neočekává. Velmi často tito lidé zaujímají obranný postoj, který jim znemožňuje připravit se na stáří a přijmout ho jako nedílnou součást své existence. (Haškovcová, 1989).

Stáří můžeme definovat mnoha způsoby. Je to poslední fáze života, která je charakteristická „*zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu*“. U každého jednotlivce se jedná o individuální proces. Kalendářní stáří – skutečný věk člověka se může velmi lišit od biologického stáří. Mnoho jedinců je na svůj věk velmi zdatných, jiní zase předčasně zestárnou (Kalvach, Onderková, 2006, s. 7). Často se stává, že se lidé těší na důchod, ale když tato situace nastane, začnou se bát, že budou společností označováni za staré a nepotřebné. Spojují stáří s nemocemi, s nemožností cokoli dělat (Haškovcová, 1989). Rheinwaldová (1999) přirovnává lidský organismus ke stroji. Když se stroj dlouho používá, začíná se kazit. Tělo člověka však funguje na opačném principu. Pokud své tělo necháváme v nečinnosti, nepěstujeme žádné aktivity, začíná tuhnout a svaly atrofují. Přibývání nemocí ve vyšším věku tedy často nesouvisí pouze se stářím, ale je to i výsledek životního stylu.



Je velmi obtížné stanovit, kdy vlastně končí střední věk a nastává stáří. Nejčastějším ukazatelem stáří je chronologický věk, který vypovídá o skutečném věku člověka. Dále to může být věk sociální – reálný odchod do důchodu (Stuart-Hamilton, 1999).

Stárnutí jedince probíhá celý život – od narození až po smrt. Proces stárnutí je rychlejší po šedesátém roce života. Stárnutí charakterizujeme jako normální nebo předčasné. K předčasnému stárnutí dochází v důsledku poruchy v biologickém vývoji nebo neúměrným přetěžováním organismu – závislosti na návykových látkách, přeceňování svých sil (Šimáčková-Čížková, 2008). Stáří je fáze života, kterou můžeme nazvat fází postvývojovou – vývojové úkoly jedince již byly splněny. Je obdobím nadhledu a moudrosti, relativní svobody, ale také obdobím involučních změn a osobních ztrát. Důležitými ukazateli jsou kvalita života a životní pohoda, které souvisí s udržením nezbytné soběstačnosti, sebeúcty, s četností sociálních kontaktů jako prevencí proti osamělosti a izolaci. V případě nemoci ovlivňuje kvalitu života spíše rozsah funkčního postižení, než nemoc samotná (Vágnerová, 2007).

Názory na periodizaci vývojových stadií stáří se liší. Komenský nazývá poslední etapu lidského věku termíny „*starý muž a kmet*“, Hurlocková popisuje poslední období jako „*stáří*“. Jedna z nejznámějších periodizací je podle Příhody, který nazval poslední fázi lidského života „*senium*“ a dělí ji na 3 kategorie:

- 1) *senescence*                      od 60 do 75 let
- 2) *kmetství*                        od 75 do 90 let
- 3) *patriarchum*                    od 90 let

(Šimáčková-Čížková, 2008, s. 129).

Pidrman (2007, s. 24, 25) dle kognitivních změn zmiňuje tři typy stárnutí:

- 1) *úspěšné stárnutí* se zachováním funkčních schopností, absence poruchy paměti i chování
- 2) *normální stárnutí* s drobnými změnami kognitivních schopností jako je zapomnětlivost, která se u populace běžně vyskytuje
- 3) *patologické stárnutí*, kde již dochází k patologickým změnám neurotransmiterů a receptorů centrální nervové soustavy (dále jen CNS)

Jak uvádí Kalvach a Onderková (2006), populace seniorů je velmi rozdílná. Liší se od sebe věkem, svou zdatností, rodinným zázemím, ekonomickým zabezpečením, zdravotním stavem. Ženy se zpravidla dožívají vyššího věku než muži, takže jsou v populaci více zastoupeny. Staří lidé se cítí osaměle. K hlavním příčinám patří ovdovělost, nepotřebnost. Stoupá riziko věkové diskriminace, tzv. ageismus, který se může projevat v odmítání nákladné léčebné péče z důvodu věku, přisuzování role nekompetentního člověka, který se sám nedokáže rozhodovat, velmi často ho okolí podceňuje. Senioři jsou nečíslně ohroženi sociálním vyloučením, zejména po odchodu do důchodu. Tyto faktory ovlivňují sebepojetí a sebeúctu člověka a důsledkem mohou být výrazné změny chování, frustrace ba i rezignování na život. Je velmi důležité respektovat seniora ve všech oblastech života a ponechat mu svobodu v rozhodování.

## **1.2 Involuční změny**

Se stářím jsou spojeny involuční změny psychického a somatického stavu i změny v oblasti socializace. Tyto změny se mohou vzájemně ovlivňovat. Například rozpad sociálních kontaktů (úmrtí přátel, blízkých členů rodiny) může vést k různým depresím a ty mohou být příčinou onemocnění na somatické úrovni. Úpadek bývá u jednotlivců velmi variabilní. Je ovlivněn nejenom genetickými dispozicemi – lidé mají ve svém genetickém programu zakódovanou délku života i proces stárnutí, tzv. primární stárnutí, ale také různými vnějšími faktory, tzv. sekundárně podmíněným stárnutím – fungováním orgánových systémů, životním stylem (Vágnerová, 2007).

Ve stáří přibývá počet nemocných lidí trpících polymorbiditou. *„Za zdravého lze považovat člověka, který netrpí žádnou zjevnou chorobou, necítí se nemocný a je soběstačný“* (Vágnerová, 2007, s. 312).

Biologické stárnutí se projevuje poklesem výšky a tělesné hmotnosti, která souvisí s proporčními změnami - snižuje se hmotnost celé kosterní soustavy, váha svalstva a vnitřních orgánů. Degenerativní změny chrupavky a atrofie kostí pak způsobují změnu výšky. Klesá rychlost a pohyblivost seniora, zvyšuje se pravděpodobnost úrazu v důsledku zpomalené motoriky, obratnosti a změněné struktury kostí. Snižuje se výkonnost srdce, nejčastější příčinou smrti je ischemická srdeční choroba. Zhoršená je i činnost plic. Patologicky se

projevuje kornatění tepen, postižené bývají tepny celého těla a srdce. Dochází ke změnám nervového systému. Snižuje se počet neuronů, ve kterých probíhají biochemické změny. Zužuje se průměr myelinizovaných nervů, jehož důsledkem je snížená rychlost vedení nervem (Šimáčková-Čížková, 2008).

Mozek stárne pomaleji. Typickým projevem je úbytek mozkové tkáně, přičemž klesá hmotnost mozku. Redukují se synaptická spojení, čímž se zhoršuje kvalita přenosu jednotlivých impulzů a zpomalují se psychické funkce. Více než atrofické změny narušuje kognitivní funkce úbytek a nedostatečné využití neurotransmiterů. Na rozdíl od mladších lidí, kde se při řešení problémů aktivizují úzce specializovaná centra, „*mozek starších lidí funguje spíš komplexněji*“. Starší člověk nestačí zpracovat veškeré informace, ke zvládnutí určitého úkolu potřebuje až dvakrát více času. (Vágnerová, 2007, s. 317).

Vlivem stáří jsou oslabovány i smyslové orgány, které slouží ke zprostředkování kontaktů s okolím. Velmi závažné je snížení zrakových a sluchových funkcí. Senioři s přibývajícím věkem jsou méně schopni zaostřovat zrak zejména na krátkou vzdálenost. Největším problémem je „*ztráta zrakové ostrosti*“ – schopnost vidět předměty ostře, hlavně pokud je předmět v pohybu. Dochází k posunu ve vnímání barev, senioři vidí ve žlutějších odstínech. Hůře se přizpůsobují světelným podmínkám, vidí pouze intenzivnější světlo. Zmenšuje se zorné pole a zhoršuje periferní vidění. Příčinou zrakových problémů bývá často šedý zákal, zelený zákal a tzv. „žlutá skvrna“ na sítnici oka. Tyto nemoci nejsou nevyhnutně spojeny pouze se stářím, ale u seniorů se vyskytují častěji než u mladšího člověka. Postižené jsou také sluchové funkce. Velmi často vlivem artrózy tvrdnou kosti středního ucha, vyskytuje se tinitus. Snížení sluchu má pro staré lidi velmi nepříznivý dopad. Bojí se znovu zeptat, aby nebyli zesměšňováni. Méně komunikují, což okolí často chápe jako nespolečenské chování, nebo až úbytek inteligence (Stuart-Hamilton, 1999, s. 27).

Ubývá schopnost soustředit se na podněty. Tuto schopnost nazýváme pozorností. Pokud senior vykonává jednoduchou nebo známou činnost, koncentrace pozornosti se mění méně. K významnějším změnám dochází, pokud v rámci činnosti je potřeba přesouvat pozornost z jednoho podnětu na druhý. Starší lidé často nedokážou zpracovat více informací najednou. Koncentrace pozornosti klesá, senioři dělají více chyb. Příčinou poklesu koncentrace je snížená kapacita CNS a efektivita jejího fungování (Vágnerová, 2007).

Časté a výrazné je zhoršení paměti. Paměťové funkce závisí na genetických předpokladech, na zdraví jednotlivce, vzdělání, úrovni rozumových schopností i trénování

paměti (Vágnerová, 2007). Haškovcová (1989) uvádí, že lidé v starším věku často trpí zapomnětlivostí, senior si nedokáže vzpomenout na jméno člověka, s kterým právě mluví. I když poznávání a pamatování si nových informací je sníženo, znovupoznávání se zachovává do vysokého věku.

Krátkodobá paměť slouží k podržení informace do té doby, než je zpracována. Informace se pak uloží do dlouhodobé paměti nebo se ztratí. Krátkodobá paměť se skládá z paměti primární a pracovní. Primární paměť pasivně uchovává informace a bezprostředně je reprodukuje. Pracovní paměť informace uchovává a umožňuje jejich zpracování. S postupujícím věkem pracovní paměť ubývá. Senioři mívají problém udržet v paměti všechny potřebné informace, hůře eliminují zbytečné informace a tím se jejich paměť zbytečně zahlcuje (Vágnerová, 2007). Dlouhodobá paměť slouží k trvalému ukládání informací. Informace, které jsou nepodstatné či nepotřebné, se vytrácí (Stuart-Hamilton, 1999). Nejvýrazněji se projevují změny v oblasti epizodické paměti, která je spojena s uchováváním osobních zkušeností a se zážitky. Staré vzpomínky se uchovávají v paměti dlouho, ale jejich přesnost bývá pozměněná. Senioři si často vybavují vzpomínky z dávné minulosti bez toho, aby o to usilovali (nárůst reminiscence). Jsou to hlavně vzpomínky z období dětství a mládí (Vágnerová, 2007). Součástí krystalické inteligence (paměť na informace a fakta) je sémantická paměť, která se s věkem zvláště výrazně nemění. Starší lidé mají dobrou výbavnost informací uložených v sémantické paměti. Jsou to obecné znalosti a vědomosti využitelné jako kompenzační mechanismy (Stuart-Hamilton, 1999). Prospektivní paměť řídí hypotetické uvažování, plánování a je velmi důležitá v každodenním životě. Člověk si musí pamatovat, co má kdy udělat. Senioři mívají problémy vybavit si plánované aktivity, dodržet jejich posloupnost i časové vymezení (Vágnerová, 2007).

S postupujícím věkem se mění i rozumové schopnosti. Úroveň rozumových schopností ovlivňují dědičné dispozice, sociální faktory (životní styl, vzdělání a další), osobnostní vlastnosti (rigidita/flexibilita, extroverze/introverze), větší úpadek způsobují chorobné procesy, hlavně demence. Zhoršení rozumových schopností nemusí způsobovat pouze demence (onemocnění CNS), ale i onemocnění jiného orgánového systému jako je například kardiovaskulární systém, dýchací systém (Vágnerová, 2007).

Uvažování seniorů se mění vlivem stáří a změny životního stylu. Přístup k řešení problémů je rigidní, lidé využívají zafixované strategie. Odmítají nové způsoby uvažování z důvodu náročnosti zpracování informací. Jakákoli změna je pro seniory zátěží. Mohou se

obávat nových zkušeností (Vágnerová, 2007). Dle Haškovcové (1989) lidé ve vyšším věku jednají na základě osvědčených postupů. Obávají se nových věcí, které neznají. Mají nedůvěru nejenom k novým věcem, ale i k novým lidem, hlavně mladšího věku.

Mění se oblast komunikace. Její efektivitu ovlivňují jazykové schopnosti, zkušenosti i zachovaná úroveň inteligence. U zdravých lidí se kolem 70. roku začínají měnit jazykové kompetence, slovní zásoba zůstává zachována, ale zhoršuje se schopnost jejího využití (vybavitelnost jmen, méně často používaných výrazů). Svá sdělení zkracují a zjednodušují. Objevuje se povídání si sama se sebou. Změna životního stylu (například užší sociální okruh, nižší četnost sociálních kontaktů i emočních prožitků) se projevuje v obsahu komunikace. Starší lidé velmi často posuzují běžné dění jako velmi důležité. Oblíbenými komunikačními tématy jsou rodinné vztahy, vzpomínky na předešlé události a zdraví. Senioři často komunikují prostřednictvím svých nemocí a potíží. Tímto způsobem na sebe poutají pozornost (Vágnerová, 2007).

Stuart-Hamilton (1999) uvádí, že pro osoby v seniorském věku je velmi důležité, jakým způsobem vnímají sami sebe a jak jsou spokojeni s vlastním životem. Příčinou změny sebeobrazu jsou nastupující tělesné změny, které je možné v rámci lékařské péče a kosmetiky zmírnit. Na životní spokojenost seniora mají vliv i jiné faktory, které mohou být zatěžující. Mezi ty nejzávažnější patří odchod do důchodu a ovdovění. Se ztrátou životního partnera se lépe vyrovnávají muži. Dalšími faktory jsou například úmrtí přátel nebo mladších příbuzných, finanční potíže, změny ve zdravotním stavu. Všechny tyto situace jsou seniorem vnímány jako velmi zatěžující a stresující. Tělesné i duševní změny jsou vzájemně podmíněny a často se člověk dostává do bludného kruhu. Proto je velmi důležité, aby senior v rámci svých možností aktivně prožíval svůj život, věnoval se svým zálibám. Neméně důležité jsou sociální kontakty s přáteli, blízkým okolím a především podpora rodiny.

Stárnutí je celosvětovým problémem, který se vyskytuje i v naší republice. Má za důsledek problémy v zdravotní, sociální i ekonomické oblasti. Velkým zdravotním problémem je demence (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

## 2. Demence

### 2.1 Charakteristika a klasifikace demence

*„Demence je definována jako syndrom globálního kognitivního úbytku tvořený poruchou paměti a nejméně jedné z následujících poruch:*

- *porucha abstraktního myšlení*
- *porucha úsudku a plánovité činnosti*
- *afázie, apraxie, agnozie, porucha zrakově prostorových funkcí*
- *změna struktury osobnosti*

(Král, 2012, s. 118).

Dochází k závažnému úbytku kognitivních schopností, které způsobují narušení profesních i společenských aktivit a každodenních činností. *„Diagnóza demence je založena na detekci kombinace postižení paměti a alespoň jedné další složky kognice, a to pomocí neuropsychologických testů.“* Diferenciální diagnostika má za úkol vyloučit depresi nebo delirium. Je potřebný laboratorní screening (hormony štítné žlázy, krevní obraz a další). Dále se provádí zobrazení strukturálních změn CNS pomocí CT nebo magnetické rezonance. Toto vyšetření ukáže úbytek částí mozkové kůry (Král, 2012, s. 119). Kolibáš (2005) popisuje demenci jako syndrom, který je charakteristický poruchou paměti, intelektových schopností, pozornosti, myšlení a konání. Projevuje se poruchami kognitivních schopností, přidruženými psychiatrickými a motorickými příznaky. Dle Pidrmana (2007, s. 9) je demence syndrom, který *„vzniká následkem onemocnění mozku“* a obvykle má chronický nebo progresivní charakter. Zgola (2003, s. 20) demenci popisuje jako velkou ztrátu části osobnosti, kterou způsobují poruchy paměti a poruchy ostatních kognitivních funkcí. Za důležité považuje nevratnost stavu jedince. Osobě postižené demencí se může dařit lépe, když se vytvoří příznivé prostředí, *„duševní nezpůsobilost však zůstává“*.

Pidrman klasifikuje demenci následovně:

### **1. Primárně degenerativní demence**

- *Alzheimerova demence*
- *Demence s Lewyho tělísky*
- *Frontotemporální demence*

### **2. Sekundární a smíšené demence**

- *Vaskulární demence*
- *Metabolické demence*
- *Toxické demence*
- *Demence při Parkinsonově chorobě*
- *Demence při Huntingtonově chorobě*
- *Traumatické demence*
- *Demence při nádorech CNS*
- *Demence při infekcích*

### **Smíšené demence**

- *Smíšená Alzheimerova/vaskulární demence*
- *Smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence*
- *Ostatní smíšené demence*

(Pidrman, 2007, s.31, s. 32)

Ke dni 1.1.1994 byla závazně zavedeno české znění Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize (dále jen MKN-10). Oddíl V. „*Poruchy duševní a poruchy chování (F00 – F99)*“ obsahuje skupinu duševních poruch. Demence (F00 – F03) je charakterizována jako „*syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy*“. Při

demenci „*dochází k porušení nervových funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek*“.

Klasifikace demence dle MKN-10:

*F00 – Demence u Alzheimerovy nemoci*

*F01 – Vaskulární demence*

*F02 – Demence u jiných nemocí zařazených jinde*

*F03 – Neurčené demence*

(MKN-10, s. 185, 186, 187, 188).

Bartoš (2010) uvádí dělení demence dle MKN-10 na demenci mírnou, středně těžkou a těžkou. U mírné demence stupeň poklesu paměti překáží denním činnostem, ale umožňuje ještě žít soběstačným životem. Středně těžká demence velmi výrazně ovlivňuje soběstačný život, omezuje ukládání nových informací do paměti a stávající informace jsou velmi těžce vybavitelné. Těžká demence znemožňuje jakýkoli samostatný život. Lidé trpící tímto stupněm demence nejsou schopni rozpoznat ani nejbližší příbuzné.

**Demenci podle příčiny rozdělujeme na dvě skupiny.**

### **1. Demence vznikající na základě atroficko-degenerativního procesu**

Při těchto procesech dochází *"ke snížení počtu nervových buněk, snížení počtu synapsí nervových buněk, k poruše funkce nervových buněk a k tvorbě a ukládání patologických bílkovin. Jiným neurodegenerativním dějem je uvolnění nadměrného množství volných kyslíkových radikálů. Lidský mozek je vybaven několika enzymy, které volné kyslíkové radikály likvidují. Jsou-li však tyto látky tvořeny v nadbytku a nejsou dostatečně likvidovány, vážou se na různé tělesné tkáně a napadené tkáně ničí"*.

### **2. Symptomatické - sekundární demence**

Příčinou jejich vzniku jsou různé úrazy hlavy, nádory, infekce, záněty, intoxikace, cévní mozkové příhody, mnohočetné drobné mozkové infarkty. Velkým rizikovým faktorem je zde věk (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 19).



## **Dle lokalizace klasifikujeme demenci následovně:**

**1. Kortikální demence** – vznikají postižením korových funkcí a projevují se poruchami paměti, afázií, apraxií, prostorovou dezorientací aj. Mezi kortikální demence patří:

- Alzheimerova demence
- různé varianty frontotemporální lobární degenerace

**2. Subkortikální demence** – jsou postiženy podkorové struktury, zejména bazální ganglia. Hlavním příznakem je zpomalení psychického a pohybového tempa, časté jsou perseverace, stereotypní činnost, parkinsonský syndrom. K subkortikálním demencím řadíme:

- vaskulární demence
- demence při Parkinsonově nemoci
- vzácné neurodegenerativní demence
- Wilsonova demence“

**3. Demence s lokalizovanými neurologickými příznaky**

- hemiparéza, afázie (vaskulární demence, subdurální hematom, hydrocefalus)
- mozečkový syndrom, ataxie (mozečkový nádor, multisystémová atrofie)“

(Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 24, 26)

## **2.2 Etiologie demence**

Demence je jedním z nejčastějších onemocnění a stává se celosvětovým problémem. Hlavním rizikovým faktorem demence je věk a s ním související změny v oblasti fyzických (strukturální změny v mozku) a psychických kompetencí. Negativním činitelem může být stres, psychická nepohoda, zátěžové situace a absence intelektuálních činností. Jedním z důvodů vzniku demence jsou atroficko-degenerativní procesy, kde „*degradují některé bílkoviny a tvoří se a ukládají patologické bílkoviny. Dochází k snížené tvorbě a uvolnění některých neurotransmiterů – látek uvolňovaných z nervových zakončení a vážících se na receptory. Touto vazbou dochází k přenosu vzruchu mezi jednotlivými nervovými buňkami. V důsledku neurodegenerace dochází k porušení funkce mozku, což pak vede ke vzniku syndromu demence*“. Vaskulární demence vznikají na základě poškození mozkové tkáně v důsledku jak mnohočetných menších mozkových infarktů, tak rozsáhlého mozkového infarktu. Vliv na vznik demence mají i různé úrazy mozku, prodělané infekce, intoxikace,

záněty, metabolické změny (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 20). Dle Pidrmána (2007) je demence problémem, který se netýká pouze vyspělých států, nýbrž má celosvětový charakter. Prodlužuje se délka života a s tím je spojeno i stárnutí populace. S nárůstem seniorů se výrazně zvyšuje i riziko onemocnění demencí.

Dvěma nejčastěji se vyskytujícími demencemi jsou demence Alzheimerova typu a demence s Lewyho tělísky. Nejrozšířenější je Alzheimerova demence, nejenom výskytem u primárně degenerativních demencí, ale u demencí vůbec. U tohoto onemocnění dochází k úbytku nervových buněk v důsledku daného úbytku k mozkové atrofii. Tak vzniká syndrom demence, který je zpočátku nenápadný. Nejprve se objevují poruchy paměti, zejména krátkodobé. U jedince s demencí se relativně brzy vyskytují i poruchy orientace v čase a prostoru. V důsledku poruchy orientace v prostoru začne postižená osoba bloudit, v těžkých stádiích i ve vlastním bytě. Například chozením na nákupy v noci se projevuje porucha orientace v čase. Nemoc začne postupně postihovat paměť ve všech jejích složkách. Dochází ke kompletní dezorientaci, snížení slovní zásoby, zapomínání jmen, poruchám chůze. Nemoc končí smrtí (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009). Za nejčastější typ demence, která tvoří 50-60% všech demencí, považuje Alzheimerovou demenci také Kolibáš (2005, s. 134). Nejčastější příčinou je pravděpodobně „*geneticky podmíněná dispozice*“. Při této nemoci dochází k poruchám kognitivních funkcí, které způsobuje zánik neuronů. Průběh této nemoci je zpočátku nenápadný, plíživý. Mezi příznaky Alzheimerovy demence patří porucha paměti, úsudku, orientace, v průběhu těžké demence se přidružují i motorické příznaky.

Druhým nejčastějším typem demence je demence s Lewyho tělísky (Dementia with Lewy Bodies – DLB). Patří mezi neurodegenerativní nemoci. Demence s Lewyho tělísky má čtyři typické klinické symptomy: „*progredující demence, spontánní motorické příznaky parkinsonizmu, kolísající úroveň kognitivních schopností a zrakové halucinace*“ (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 36). Kolibáš (2005) uvádí demenci s Lewyho tělísky jako velmi častý typ demence, která je typická pro Parkinsonovou nemoc. Jedná se o rychle progredující onemocnění s poruchou paměti a pozornosti. Při tomto typu demence výrazně kolísají kognitivní funkce, dochází k výskytu halucinací a poruchám REM spánku. Často dochází k poruchám rovnováhy spojené s následnými pády.

## 2.3 Projevy demence

Demenci můžeme charakterizovat jako „úbytek intelektových schopností oproti předchozí úrovni“. Dochází ke změně kognitivních schopností, zejména paměti, a ke změně aktivit každodenního života (Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 2). Významné jsou i poruchy chování, které „jsou součástí širšího syndromu BPSD – Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Zahrnují paranoidní ladění, výskyty halucinací, poruchy v běžných činnostech, agitovanost, agresivitu, poruchy rytmu spánku/bdění, změny nálad“ (Pidrman, 2007, s. 79).

Bolest je velmi často opomíjeným symptomem demence, která má negativní vliv na kvalitu života a poruchy chování. V důsledku „empirického nasazení analgetik poklesl výskyt poruch chování a bylo možno vysadit 75% psychofarmak“. Proto je velmi důležité zjišťování bolestí u osoby s demencí (Jirák, Homerová, Borzová, 2009, s. 136). „Bolest je definována jako nepříjemný smyslový a emoční prožitek spojený se skutečným či potencionálním poškozením tkáně nebo jako takový pacientem popisovaný. Bolest hraje v organismu pozitivní roli tím, že signalizuje nebezpečí poškození jeho tkáně“ (Král, 2012, s. 67).

### 2.3.1 Postižení kognitivních funkcí

Nejdůležitější kognitivní funkcí je paměť. Je definovaná jako „schopnost přijímat, zpracovávat, uskladňovat a vybavovat informace. Existují tři fáze paměťového procesu:

- *vstípení – ukládání informací*
- *konsolidace – zpracování a uchování informace*
- *vybavení – bezprostřední (ověřuje se především schopnost vstípení) a oddálené“*

(Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 28)

U demence je prvním a včasným příznakem porucha paměti. U lehké demence si nemocní vybavují vzpomínky v neúplné nebo zkreslené podobě. U těžších demencí zapomínají důležité události, které se odehrály v nedávné době a při těžké demenci dochází

k amnézii (Pidrman, Kolibáš, 2005). Dle Zgoly (2003) poruchy paměti znemožňují nemocnému získávat nové vědomosti a orientovat se prostoru i v čase. Staré vzpomínky z minulosti jsou obvykle zachovány až do pozdějšího stadia demence.

Mezi další kognitivní funkce patří pozornost, pomocí které zaměřujeme vnímání na daný objekt nebo více objektů. Osoby s demencí se soustřeďují na nedůležité informace nebo objekty a těm důležitým nevěnují pozornost. Nevšimnou si např. přijíždějícího auta, protože je zaujala výloha obchodu (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009). Lidé s demencí se potýkají s neschopností začít úkol nebo dokončit danou činnost, reagují zmateně a často se věnují jednotlivému detailu, přičemž zapomínají na činnost jako celek (Zgola, 2003).

Pro demenci jsou příznačné i poruchy chápavosti a úsudku. Tyto příznaky velmi omezují způsobilost k právním úkonům. Lidé s demencí mají narušenou schopnost správně vyhodnotit změny v okolí a účelně na ně reagovat. U těžkých demencí potřebuje nemocný dozor, protože svým chováním může ublížit sám sobě i druhým lidem a může způsobit i materiální škody (Pidrman, Kolibáš, 2005). V důsledku snížené schopnosti vhledu a úsudku nemocný odmítá pomoc, nepřipustí si problém, nedokáže předvídat důsledky svého chování a „ztrácí zábrany“ (Zgola, 2003, s. 31).

Pro přijímání informací a jejich sdělování má nezastupitelnou roli komunikace a komunikační dovednosti. Komunikaci se budu podrobněji věnovat v třetí kapitole.

### **2.3.2 Postižení aktivit denního života**

Mezi běžné aktivity patří vykonávání profese, péče o svou osobu, domácnost, hospodaření, plánování pracovních i soukromých aktivit, řešení každodenních událostí, cestování. Postižení v oblasti těchto aktivit je přímo úměrný rozsahu demence. Ze začátku se objevují potíže při řešení složitějších situací v profesním životě. U pokročilých demencí jsou postižené i jednoduché aktivity jako je oblékání, svlékání, udržování osobní hygieny. U velmi těžké demence dochází k inkontinenci a postižený člověk je zcela odkázán na péči rodiny, ústavů (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Demence velmi výrazně omezuje samostatnost člověka i vykonávání každodenních aktivit. S postupující demencí se snižuje schopnost vykonávat svou profesi, řídit motorové

vozidlo, nemocný často nemůže vykonávat ani běžné činnosti jako je samostatný pohyb, péče o domácnost i o sebe samotného a stává se čím dál víc závislejší na pomoci okolí (Pidrman, Kolibáš, 2005). Kalvach (2006) považuje ztrátu soběstačnosti za jeden z nejzávažnějších problémů lidí s demencí. Pro zachování stávající schopnosti je důležitá nejenom rehabilitace, ale i úprava prostředí a využívání kompenzačních pomůcek.

### **2.3.3 Behaviorální a psychologické příznaky demence**

Behaviorálními příznaky označujeme změny, které ovlivňují chování. Velmi často se u nemocných projevuje agitovanost, agresivita, podvečerní i večerní stavy zmatenosti, toulání se, bloudění, poruchy spánku. Tyto příznaky se mohou vyskytovat už v počátečním stadiu demence, ale obvykle nejvíce se rozvíjí ve středním a těžkém stadiu. Svým chováním dává nemocný najevo, že něco od svého okolí potřebuje, ale okolí přesně nepochopilo, co po něm nemocný požaduje. Velmi často se k poruchám chování přidružují i psychotické příznaky jako jsou deliria, deprese, bludy, halucinace, misidentifikace (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Dle Pidrmana (2005) je agresivita a agitovanost podmíněna nejenom snížením intelektových schopností, ale i vlivem prostředí a farmakologické léčby. U žen převládá verbální agrese, která je spojena s výskytem depresí a somatických obtíží, u mužů zase fyzická agrese. Agitovanost se projevuje bezúčelným chozením a vykonáváním nesmyslných činností, touláním se, nadměrnou kontrolou pečovatele. Kolibáš (2005) uvádí, že agresivita může být zaměřena verbálně (nadávání), vůči předmětům (shazování předmětů, trhání prádla, bouchání dveřmi), nemocný může naznačovat fyzický útok nebo i zaútočit na lidi.

Jedním z nejčastějších behaviorálních příznaků středně těžké a těžké demence je bloudění. Pro pacienty je velmi nebezpečné, protože se při něm může ztratit nebo zranit. Příčinou bloudění je dezorientace v cizím prostředí, změna navyklého stereotypu a poruchy paměti. Nemocný si nedokáže zapamatovat, v jakém je prostředí a proč tam je. Snaží se uniknout a začíná bloudit. Bloudění vzniká i tehdy, když má pacient během dne málo činnosti a večer se necítí unavený. Může se stát, že hledá nějakou osobu nebo věc, kterou považuje v daný okamžik za potřebnou (Pidrman, Kolibáš, 2005).

Typické jsou i poruchy spánku, přičemž nejvíce dochází k posunu cyklu spánků – bdění. Starým lidem se hůře usíná, v noci se mohou budit (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Poruchy spánku se vyskytují u více než 30 % seniorů. Insomnie má dopad na snížení aktivity i výkonu. Ovlivňuje také kvalitu života (Pidrman, 2007). Pacienti s těžší demencí se v noci začínají toulat nebo budí ze spánku své okolí. Přerušovaný, neklidný spánek a porucha REM spánku se často vyskytuje při demenci s Lewyho tělísky nebo u Parkinsonovy nemoci (Pidrman, Kolibáš, 2005).

Demence má vliv na prožívání emocí, které se mohou projevovat apatií, výbušností, proměnlivostí nálad, labilitou. I lidé s těžkou formou demence potřebují projevit své emoce a také reagovat na emoce jiných (Zgola, 2003). Na emoční prožívání má velký vliv deprese, která se často pojí s demencí. Deprese se vyskytuje u 20 - 50 % lidí s demencí a projevuje se depresivní náladou. Méně často se objevují manické syndromy, kdy má člověk povznesenou náladu a vykazuje vyšší pohybovou aktivitu. V počátečních stádiích demence se často objevují úzkostné poruchy, které se projevují napětím svalstva, křikem a opakováním některých slov (Pidrman, Kolibáš, 2005).

Objevují se stavy, kdy je nemocný přesvědčen, že je okrádán, pomlouván a chtějí se ho zbavit. Tyto projevy označujeme jako bludy. Projevy se obvykle vztahují ke konkrétním osobám, zejména k rodinným příslušníkům, pečovatelům (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009). Výskyt bludů dle Pidrmana (2007) závisí na závažnosti demence. Nejčastějším bludem je přesvědčení, že je nemocný okrádán rodinou, personálem zařízení. Mezi další bludy můžeme zařadit strach pacienta z likvidace jeho osoby – pečovatelé nebo rodina se ho snaží zabít. Časté jsou i bludy v oblasti sexuality – nevěra partnera, případně sexuální praktiky prováděné na samotném pacientovi.

Halucinacemi trpí 10 – 50 % lidí s demencí. Jedná se o poruchu vnímání. Nejčastěji se vyskytují zrakové halucinace (vidí různá zvířata, lidi), sluchové halucinace (slyší různá slova, příkazy) se vyskytují méně (Pidrman, Kolibáš, 2005). Halucinace se nevyskytují tak často jako bludy. Nemocný obvykle trpí zrakovými a sluchovými halucinacemi, jiný typ se vyskytuje málo. Lepší než vyvracet halucinace, je projevit účast a lítost, snažit se upoutat nemocného jiným podnětem (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Nemocný může přestat poznávat své blízké, považuje je za cizí osoby – misidentifikace. Její jinou formou je, když nemocný nepoznává svůj byt, ani svůj vlastní obraz v zrcadle (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

## 2.4 Přístupy k seniorům s demencí

Naše společnost v minulosti pokládala péči o lidi, kteří se nemohou plnohodnotně o sebe starat z důvodu zdravotního stavu a snížené soběstačnosti, za svou morální povinnost. Vlivem společenských změn odchází mladí lidé za pracovními příležitostmi do větších měst. Rodiny často bydlí v malých bytech a pro své stárnoucí rodiče nemají místo. Není to projevem sobectví, ale odráží to dnešní dobu. Někdy není jiná možnost, než umístění seniorů do zařízení, které jim má poskytnout potřebnou péči. Zařízení by mělo plnit svou funkci takovým způsobem, aby byly uspokojeny veškeré potřeby uživatelů. Nejedná se tudíž jenom o fyzické potřeby, ale i mentální a duchovní. Je velmi důležité zde vytvořit programy, které by byly pro uživatele atraktivní a smysluplné. (Rheinwaldová, 1999).

Ve stádiu počínající a mírné demence si pacient stěžuje na poruchy paměti, rozhodování, orientace. Někdy uplyne mnoho měsíců, než je stanovena správná diagnóza. Velmi důležité je tuto nemoc včas diagnostikovat. Pacient se musí dozvědět všechny potřebné informace, aby si mohl naplánovat svůj život a postarat se o důležité osobní věci, jako jsou majetkové a finanční záležitosti. Doporučuje se informovat rodinu a blízký okruh přátel. Rodina může nemocnému dlouhodobě pomáhat a pečovat o něj. Blízcí přátelé mohou být nápomocni v oblasti sociálních kontaktů, například když půjdou s nemocným na procházku, staví se na krátkou návštěvu. Tyto aktivity by měly být pravidelné. Velmi často se spolu s demencí vyskytují stavy úzkosti a deprese, které by měl řešit psycholog (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Je důležité, jaké rodinné zázemí má člověk s demencí k dispozici. Zda má rodinné příslušníky, kteří o něj mohou pečovat samostatně s využitím odlehčovacích služeb nebo v průběhu dne musí chodit do zaměstnání. Pokud je v dostupném okolí denní stacionář zaměřený na péči o lidi s demencí, je možné využít tuto sociální službu. Když člověk rodinné zázemí nemá nebo jeho zdravotní stav neumožňuje domácí péči, častokrát je potřeba využít vhodná pobytová zařízení.

Dle Zgoly (2003, s. 105) je důležité, aby měl personál pobytového zařízení pozitivní vztah ke svým uživatelům a bral ohledy na jejich možnosti a zachované kompetence. Podle tohoto kréda by mělo být přistupováno k péči o osoby s demencí. Nejzávažnější poruchou bývá postižení paměti. I když paměť vykazuje vážné deficity, lidé s demencí si pamatují věci

z minulosti, mají naučené vzorce chování, jsou schopni osvojit si nové stereotypy. Je žádoucí vycházet ze schopností, které daný člověk má a snažit se je využívat. Posilovat procedurální paměť, která umožňuje těmto lidem při mnohanásobném opakování učit se novým věcem. Velkou váhu klademe na uspokojování smyslového vnímání. Smysly se mohou stimulovat poslechem hudby, tancem, používáním jemných vůní, terapií se zvířaty. Nemalý vliv na smysly má i vhodně ochucená strava. Cílem péče nebo podpory není člověka nebo jeho chování změnit, ale snažit se „využít toho, co v člověku už je“.

Senioři s pokročilou demencí často nedokážou interpretovat své potřeby a jsou zcela závislí na péči jiných lidí i institucí. V tomto případě je nutná dobrá spolupráce zdravotnických pracovníků a rodiny nebo aktivizačních pracovníků v pobytovém zařízení. Kvalitu zdravotnické péče mohou pozitivně ovlivnit různé technologie a pomůcky, jako jsou například antidekubitální systémy, absorpční lůžkoviny, různé senzory pohybu (Kalvach, Onderková, 2006).

Cílem behaviorální (nefarmakologické) léčby demence je zlepšit nebo alespoň udržet stav pacienta. Tato léčba se zabývá zachováním nebo i zlepšením hrubé a jemné motoriky, soběstačnosti a inteligenčních schopností, smysluplným trávením volného času a zlepšováním komunikačních kompetencí (Pidrman, 2007).

*„Nikdy bychom neměli připustit, že demence je ztrátou duše, ztrátou lidství nebo ztrátou lidské důstojnosti. I lidé v terminálních fázích demence mají své prožitky, jen nám je nedokážou sdělit“.* (Jiráková, Holmerová, Borzová, 2009, s. 133).



## 3. Komunikace

### 3.1 Definice komunikace

Slovo „komunikace pochází z latinského *communis – společný*“. Při komunikaci se tedy setkáváme a vzájemně si něco sdělujeme. Komunikace se odehrává mezi dvěma nebo více komunikačními partnery tváří v tvář. Způsob a obsah komunikace velmi přesně „odráží *sociální role a vzájemný vztah těchto partnerů*“. (Slowík, 2010, s.12). Klenková (2006, s. 25) považuje komunikaci za „*lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů*“. Komunikace je velmi důležitá nejen jako prostředek sdělování informací, ale je to i nástroj existence a vývoje společnosti.

Dle Nakonečného (2009) si pomocí komunikace sdělujeme a vyměňujeme informace. Formou komunikace nejsou pouze slova, ale i gesta. Starší formou komunikace je nonverbální komunikace. Jedná se o řeč těla, kterou můžeme prozradit – cíleně i neúmyslně, co si skutečně myslíme, i když slovy bychom to vyjádřit nechtěli. Mezi znaky nonverbální komunikace můžeme zařadit prostorovou vzdálenost, pohyby, mimiku, gesta, držení těla, dotyky. Slovní a psaná komunikace se nazývá verbální. Pomocí slov nebo písma sdělujeme úmyslně své myšlenky. Význam slova se odvíjí nejen od toho, jak ho umístíme ve větě, ale i od toho, jaký emociální důraz na něj klademe.

Dle Klenkové (2006) patří do verbální komunikace veškerá mluvená a psaná řeč. Promítá se do ní inteligence jedince. Neverbální komunikace je srozumitelná a má velkou vypovídací hodnotu. Odvíjí se od tradičních hodnot jednotlivých společností – například jižní národy používají gesta v hojnější míře než severské národy. Mlaskání v některých asijských zemích je pochvalou pro hostitele, zatímco v naší společnosti se považuje za nevychovanost.

Kulišťák (1997) uvádí, že jazyk je jednou z nejcharakterističtějších potřeb člověka. Je pro nás významný a důležitý téměř stejně jako základní lidské potřeby. Jazyk pokládáme za něco tak samozřejmého, že jeho důležitost si často uvědomíme, až když narazíme na nějakou komunikační překážku. Může to být cizí jazyk v zahraničí, sluchová porucha nebo porucha řeči.

## 3.2 Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost (dále jen NKS) se projevuje výraznou odchylkou v rovinách jazykového projevu „*od zažitých norem daného jazykového prostředí do té míry, že působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru*“. Narušená může být rovina foneticko-fonologická, morfologicko-syntaktická, lexikálně-sémantická nebo pragmatická. Často se vyskytuje narušení několika rovin dohromady. (Cséfalvay, Lechta, 2013, s. 13). Porucha foneticko-fonologické roviny se projevuje špatnou artikulací hlásek. Nesprávné užívání gramatických pravidel jazyka (používání slov, jejich ohýbání, tvoření vět) nám ukazuje na poruchu morfologicko-syntaktické roviny. Lexikálně-sémantická rovina pak zahrnuje porozumění řeči a definování pojmů i situací. S používáním řeči v komunikaci, se schopností vyžádat si nebo sdělit informace, souvisí rovina pragmatická (Kulišťák, 1997). Dle Lechty (1990, s. 257) můžeme NKS u lidí s demencí charakterizovat jako symptomatickou poruchu řeči. Toto narušení je „*přívodním příznakem jiného, dominujícího postižení nebo onemocnění*“.

Jak uvádí Cséfalvay (2013, s.13, 14), NKS můžeme třídit dle těchto kritérií:

- *kritérium způsobu komunikování – verbální nebo neverbální forma komunikace*
- *kritérium průběhu komunikačního procesu – vysílání nebo přijímání informací*
- *kritérium geneze – NKS vrozená nebo získaná*
- *kritérium času – trvalá nebo přechodná*
- *kritérium klinického obrazu – NKS dominuje nebo je symptomem dominujícího postižení*
- *kritérium etiologie – NKS může mít funkční nebo orgánové příčiny*
- *kritérium rozsahu – částečné nebo úplné narušení komunikační schopnosti*

U demence se poruchy komunikace projevují různou intenzitou od vyhýbání se komunikaci v počátečním stadiu demence až po těžké a trvalé poruchy řeči v pokročilejších stadiích (Neubauer, 1997). Dle Zgoly (2003) se jazyk skládá ze dvou částí – receptivního a expresivního jazyka. Receptivní jazyk nám umožňuje přijímat a rozumět obsahu informací, které nám sděluje komunikační partner. Pomocí expresivního jazyka naopak můžeme vyjádřit

naše myšlenky. U demence jsou velmi často postižené obě složky jazyka. Dvořák (2007, s. 150) definuje receptivní poruchu jako neschopnost porozumět slovům nebo větám a expresivní poruchu charakterizuje jako „*obtíže při sestavování slov k formulování myšlenek*“. Při demenci se poruchy komunikace vyvíjí pomalu, mají tendenci se zhoršovat, narušené jsou jak verbální, tak i neverbální funkce (Cséfalvay, Lechta, 2013).

### **3.3 Projevy NKS u demence a komunikace s člověkem postiženým demencí**

Při demenci dochází k narušení porozumění informací od komunikačního partnera, protože osoba s demencí se ztrácí v detailech a tím přestává vnímat obsah celého sdělení. Dlouhou dobu trvá, než najde odpověď proto, že si nemůže vzpomenout na vhodná slova. Negativně mohou na komunikaci působit i rušivé faktory. Například zvuk televize, rozhovor jiných lidí. Deficity se projevují na úrovni slova, vět i textu (Cséfalvay, Lechta, 2013). Dle Slowíka (2010, s. 105) „*je nejzávažnějším postižením řeči její nevyvinutí, případně ztráta nebo výrazné omezení schopnosti řeči komunikovat*“.

K deficitům na úrovni slov může docházet z důvodu „*nepřesné artikulace*“ a také může být narušená plynulost řeči. „*Při deficitech na fonologické úrovni se narušuje zvuková struktura slova*“. Pokud je narušené vnímání i produkce těchto zvukových struktur, objevují se problémy spojené s opakováním slov. Člověk nerozumí mluvenému slovu a postižená je rovněž „*spontánní řeč*“. Tyto problémy se promítají i v lexikální oblasti – v slovní zásobě. Osoba s demencí si nemůže vzpomenout na dané slovo, tak se ho opisem snaží vyjádřit. Narušená je i „*významová stránka slova*“, kdy místo slova, které očekáváme, osoba řekne úplně jiné slovo (Cséfalvay, Lechta, 2013). Zgola (2003) uvádí, že lidé s demencí používají nesprávné slovo (například „otec“ místo „syn“), nebo ho nahrazují slovem, které zní podobně („laň“ – „dlaň“). Často se stává, že si dané slovo vůbec nevybaví nebo ho velmi podrobně popisují („taková ta věc, kde se lije čaj“ může znamenat hrníček). Problémem může být i neschopnost vytvořit větu, která by dávala smysl.

Deficity na úrovni vět se vyskytují jak v produkci vět, tak i oblasti porozumění větám. U produkce vět se vyskytují agramatismy (Cséfalvay, Lechta, 2013). Dvořák (2007, s. 17) charakterizuje agramatismus jako „*jednotlivý projev nesprávného gramatického vyjádření*“ a

také jako „*totální rozpad logicko-gramatických struktur*“. Příčinou deficitu porozumění větám může být narušená schopnost výběrové i pracovní paměti (Cséfalvay, Lechta, 2013).

Deficity na úrovni textu se projevují už při raném stádiu demence. Dochází k narušení schopnosti vytvářet smysluplné příběhy. Objevují se problémy s vytvořením si úsudku, který je potřebný pro pochopení úkolů (Cséfalvay, Lechta, 2013). Člověk s demencí má zachovanou schopnost číst, ale velmi často nerozumí tomu, co si přečetl. Pak není možné spoléhat na psaný text nebo značky. Z důvodu sníženého úsudku (neví, jak by se zachoval v určité situaci) je potřeba vést tohoto jedince „*krok za krokem pomocí instrukcí*“ (Zgola, 2003, s. 55).

NKS se neprojevuje pouze na úrovni mluveného slova. Se svým okolím komunikujeme i prostřednictvím nonverbální komunikace. Komunikovat můžeme pomocí „*gestikulace, mimiky, doteků, postojů a držení těla, vzdálenosti mezi komunikačními partnery*“ (Slowík, 2010, s. 14). Zgola (2003) uvádí, jak důležitá je neverbální komunikace v péči o člověka s demencí. I člověk s demencí si pamatuje věci z dávné minulosti, disponuje životními zkušenostmi, je schopen vyjadřovat emoce a reagovat na ně. Vnímá, co se děje kolem něj a mívá požitky ze smyslových vjemů. Proto je velmi důležité využívat zachované schopnosti těchto lidí. Jakým způsobem můžeme komunikovat „*beze slov*“, uvádí autorka na příkladech z praxe.

Uživatele zařízení nebylo možné přesvědčit, aby se ráno oblékl. Bylo pro něj příliš složité, aby si vybral oblečení a oblékl si ho. Pečovatelka ho nakonec vzala za ruku, ukázala na skříň, vybrala jednotlivé díly oblečení a podávala je dotyčnému uživateli. Pomocí gest i doteků docílila, že uživatel pochopil, co se po něm žádá (Zgola, 2003).

Dalším příkladem je malý skupinový program, kde si uživatelé prohlíželi předměty denní potřeby. Jedna paní při pohledu na bílou krajku začala vzlykat. Krajka jí připomněla dávný zážitek, kdy ji jako mladou dívku opustil ženich. Tuto informaci ostatní neznali, ale instinktivně věděli, co mají dělat. Přicházeli k dotyčné paní a začali ji utěšovat, hladit po zádech, tiskli jí ruce. Na tomto příkladě můžeme vidět, jak účinný je dotek, gesto a vzdálenost mezi komunikačními partnery. Kromě toho, že neverbální komunikace pomohla paní ve chvíli, kdy se jí vybavila negativní vzpomínka, ještě stmelila kolektiv. (Zgola, 2003)

Komunikace může být v důsledku těžké poruchy řeči tak narušená, že mluvená řeč je nesrozumitelná a neúčinná je i logopedická péče. Kromě neverbální komunikace můžeme využít augmentativní a alternativní komunikaci (dále jen AAK). „*Jsou to způsoby*

*dorozumívání, které nahrazují běžnou řečovou komunikaci (alternativní komunikace) nebo ji rozšiřují o další podpůrné prvky – pohyby, gesta (augmentativní formy)“.* Tento způsob komunikace ale nemusí být dostatečně srozumitelný pro okolí. U osob s NKS se používají piktogramy. Jejich výhodou je, že jde o jednoduché a více méně obecně srozumitelné obrázky. Pomocí piktogramů se dají vyjádřit nejen slova, ale i celé věty (Slowík, 2007, s. 91). Klenková (2006, s. 208, 209) také doporučuje využívání AAK v procesu dorozumívání. Za výhodu tohoto způsobu komunikace považuje to, že je *„lze přizpůsobit mentální úrovni konkrétních jedinců“*. Kromě piktogramů se dají použít i jiné systémy AAK. Jedním z nich je program Makaton, který vytvořila logopedka Margaret Walker. Tento *„program využívá manuální znaky doplněné mluvenou řečí a symboly“*. Základ komunikačního systému tvoří 350 znaků, které jsou doplňovány řečí a obrázkovými symboly.

Dle Zgoly (2003) je při komunikaci s člověkem s demencí velmi důležité mít laskavý a přátelský přístup. Komunikaci zahajujeme vždy oslovením jménem. Osobě, se kterou komunikujeme, věnujeme veškerou naši pozornost. Mluvíme pomalu, používáme jednoduché věty, spisovná slova. Pokud je komunikační partner nervózní, nedomlouváme mu. Snažíme se vcítit do jeho situace, vyslovíme pochopení. Odvedeme ho na nějaké příjemné, klidné místo. Je žádoucí využívat řeč těla, můžeme se dotýcného dotknout, chytit ho za ruku. Dbáme na to, aby dotekům předcházelo povolení vstoupit do osobního prostoru.

Rheinwaldová (1999) přirovná obyvatele žijící v zařízeních sociální péče k „ostrovům“, které jsou osamocené, izolované a obklopené vodou. Cílem pracovníků je tyto ostrovy propojit, aby vytvořily pevninu. Aby se „ostrovy“ propojily, musí se lidé sblížit. Toho lze dosáhnout bohatými zábavnými a terapeutickými programy, které by se uživatelům líbily. V rámci programů lze například i vytvářet dvojice, kde jeden pomáhá druhému. Posiluje se tak potřeba každého člověka být prospěšný a někam patřit.

### **3.4 Diagnostika NKS používaná v ČR a v SR**

Dle Lechty (2003, s. 21, 22) je pro zahájení vhodné intervence důležité stanovit *„co nejpřesnější diagnostiku NKS“* u osob s demencí. Cílem diagnostiky je:

- *určit, zda vůbec jde o narušení a identifikovat formu tohoto narušení*

- *zjistit příčinu vzniku NKS*
- *určit, zda se jedná o trvalé nebo přechodné narušení*
- *zjistit, zda NKS dominuje nebo je symptomem jiného dominujícího poškození*
- *stanovit, uvědomuje-li si jedinec své narušení nebo neuvědomuje*
- *určit stupeň narušení*

Při stanovení diagnózy je „*třeba brát v úvahu celou osobnost jedince*“ a co nejobektivněji posoudit komunikační kompetence. Na kompletní diagnostice se podílí více specialistů – logoped, foniatr, otorinolaryngolog, psycholog i speciální pedagog (Lechta, 2003). Dle Cséfalvaye (2013) je důležité vytvořit pro klienta příjemné a vhodné prostředí. Diagnostik musí počítat s více návštěvami klienta. Diagnostický proces mohou komplikovat různé faktory – nedoslýchavost klienta, jeho zdravotní stav i problémy s pamětí. Je nutné mluvit dostatečně nahlas, zvolit vhodnou úroveň komunikace i vhodné obrazové materiály.

Příčinou NKS u dospělých osob je „*nejčastěji poškození artikulačního aparátu, omezení fatických a kognitivních funkcí, smyslových orgánů, hereditární faktory*“ (Cséfalvay, Lechta, 2013, s.14).

Diagnostika NKS se provádí na třech úrovních: orientační, základní a speciální diagnostika.

- cílem „*orientačního vyšetření*“ je získat odpověď na otázku, zda má vyšetřovaný narušenou komunikační schopnost
- „*základní vyšetření*“ zjišťuje, o jaký druh NKS se jedná
- „*speciální vyšetření je zaměřeno na co nejpřesnější identifikaci NKS – typ, forma, stupeň*“

(Lechta, 2003, s. 29)

„*Poruchy komunikace při demenci vznikají v důsledku organického poškození mozku a nervové soustavy*“. Při diagnostice NKS u osob s demencí je potřeba provést screenig, pomocí něhož se zjišťuje, zda je potřebné logopedické vyšetření. Diagnostikují se kognitivní deficity a jazykové a řečové procesy (Cséfalvay, Lechta, 2013, s. 145).

Na základě vyšetření se určuje diagnóza NKS. Lechta (2003, s. 35, 36, 37, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46) rozděluje základní vyšetření do osmi kroků:

1. *Navázání kontaktu* ovlivňuje celý průběh vyšetřování. Je žádoucí vstát, přivítat klienta, podat mu ruku a nabídnout místo k sezení.

2. *Sestavení anamnézy* – jejím cílem je s maximální přesností zachytit údaje, které mohou ovlivnit NKS. Diagnostik se zabývá rodinnou anamnézou (výskyt NKS, vrozená postižená, poruchy hlasu a sluchu) a osobní anamnézou (zda byl klient přecvičován z levé ruky na pravou, průběh vývoje řeči, bilingvální prostředí, změny osobnosti, onemocnění, počet sourozenců).

3. *Vyšetření sluchu* – při základní diagnostice je postačující orientační vyšetření sluchu. Vyšetřuje se výkonnost sluchového aparátu (neutrální zvuky, neutrálně opakované a složité zvuky) a aplikují se „*zvukové podněty vázané na vyšší nervovou činnost*“ (obsahové a významové zvuky).

4. *Vyšetření porozumění řeči* – používají se „*předměty denní potřeby*“, různé obrázky, pomocí pokynů klient plní konkrétní úkoly.

5. *Vyšetření řečové produkce*, kde se sledují jazykové úrovně (*foneticko-fonologická, morfologicko-syntaktická, lexikálně-sémantická a pragmatická*). Používá se metoda řízeného rozhovoru, popis obrázků a psaní a čtení.

6. *Vyšetření motoriky* – u tohoto vyšetření se diagnostik zaměřuje zejména na jemnou motoriku rukou a motoriku „*mluvních orgánů*“.

7. *Vyšetření laterality* – používají se soubory testů na vyšetření laterality horních končetin.

8. *Průzkum sociálního prostředí* – používá se v případě, že kontakt s rodinnými příslušníky je nepostačující a diagnostik se seznamuje se sociálním prostředím klienta (škola, pracoviště, rodina).

### **3.4.1 Diagnostika kognitivních deficitů**

Dle Bartoše (2010, s. 43, 44, 45, 47, 49, 50) se nejvíce používají ke zjištění snížení kognitivních funkcí tyto testy:

Jedním z nejoblíbenějších testů je „*Test kreslení hodin*“ – testovaný má za úkol „*nakreslit ciferník a čísla na hodinách*“ včetně ručiček tak, aby ručičky hodin „*ukazovaly požadovaný čas*“. Pomocí tohoto testu se vyšetřuje prostorová i sémantická paměť, zrakově-motorická koordinace a schopnost plánovat.

„*Orientace v čase a prostoru*“ – větší problém bývá orientace v čase (jaké je roční období, který den v týdnu je dnes, datum, měsíc, rok). Méně problematická je „*orientace v místě, protože je možné využít nápovědy z okolí*“. Diagnostik se ptá na datum, kdy je pacient vyšetřovaný, který je měsíc i rok, jaké je roční období, v jakém státě žije vyšetřovaný, ve kterém městě, jak se jmenuje nemocnice, kde se právě nachází a podobně.

„*Sedmičkový test*“ – pacient opakovaně odčítá číslo „*7 od čísla 100*“. Toto testování je dost náročné na pozornost, paměť a schopnost počítat.

„*Testování řečových schopností*“ – testuje se „*produkce slov*“ a „*porozumění*“. Při testování produkce slov vyšetřovaný pojmenovává předměty (míč, loket, stůl, skříň) a opakuje po vyšetřujícím sousloví (doleva, doprava a dolů) nebo větu (slunce svítí na hladinu jezera). Porozumění se testuje pomocí jednoduchých pokynů (dupněte nohou, předpažte, usmějte se) nebo pomocí složitých pokynů (vstaňte a otočte hlavu doleva, ukažte na dveře a pak na okno).

„*Mini-Mental State Examination (MMSE)*“ – tento test se skládá z 10 subtestů a ty „*hodnotí orientaci pacienta v čase a prostoru, krátkodobou paměť, početní schopnosti, pozornost, čtení a psaní, řeč a konstrukčně-praktické dovednosti*“. Velmi dobře rozlišuje normální stárnutí od demence.

Z předešlého testu „*vychází Addenbrookský kognitivní test*“, který posuzuje „*podrobněji a větší počet kognitivních funkcí – paměť, exekutivní funkce a zrakově-prostorové schopnosti*“. Velmi často jej využívá Česká alzheimerovská společnost. Oproti testu MMSE je náročnější na vyhodnocení.

### **3.4.2 Diagnostika jazykových a řečových procesů**

V České a Slovenské republice se při diagnostice NKS nejčastěji používají „*testy afázie ( WAB, BNT, Token test)*“. Také se používají „*zkoušky hodnocení řečové produkce*



(*opakování slov, pojmenování obrázků či předmětů*), *porozumění, čtení a psaní*“ (Cséfalvay, Lechta, 2013, s. 161).

„*Western Aphasia Battery (WAB)*“ má osm částí – „*vyšetření spontánní řeči, porozumění řeči, pojmenování, opakování slov a vět, vyšetření lexie, grafie, kalkule, konstrukční činnosti a praxie*“ (Lechta, 1990, s. 200). Subtesty 1 – 4 jsou zaměřeny na mluvenou řeč, subtesty 5 a 6 na čtení a psaní, další subtesty na „*vizuoprostorové a kalkulické schopnosti*“ a na „*apraxii*“ (Cséfalvay, Lechta, 2013, s. 93). Dle dosažených výsledků lze určit typ afázie (Lechta, 1990).

„*Boston Naming Test (BNT)*“ se používá pro účely diagnostiky osob s demencí i pacientů s afázií. Kratší verze obsahuje 15 obrázků, delší 60. Tyto obrázky jsou uspořádány dle náročnosti (kritériem je délka slova, jak často se slovo používá). Vyšetřovaná osoba pojmenovává dané obrázky. Na každou odpověď se čeká maximálně 20 sekund, poté vyšetřující nabídne pomoc – napoví první hlásku nebo slabiku slova (Cséfalvay, Lechta, 2013, s. 96). Tento test je zaměřený na vyšetření „*konverzační řeči, porozumění mluvené řeči, artikulaci, čtení a psaní*“ (Lechta, 1990, s. 200).

„*Token test (TT)* je určený na detailní vyšetření porozumění řeči a krátkodobé paměti“ (Lechta, 1990, s. 200). Test je tvořen geometrickými tvary různých velikostí a barev. Vyšetřovaná osoba dle instrukce ukazuje na jednotlivé tvary, velikosti a barvy geometrických tvarů. Tento test je vhodný nejenom pro osoby s demencí, afázií, ale i pro lidi s poruchami pracovní paměti a pozornosti (Cséfalvay, Lechta, 2013).

„*Diagnostika afázie, alexie a agrafie (DgAAA)* – pro hodnocení demence se používají tyto subtesty: *porozumění mluveným slovům, reprodukce slov a pseudoslov, čtení a psaní izolovaných slov*“. Pomocí tohoto testu můžeme u osob s demencí vyhodnotit vyjadřování a porozumění slovům (Cséfalvay, Lechta, 2013, s. 162).

„*Test pojmenování obrázků (TPO)* mapuje problémy s vyhledáváním správného slova z *mentálního lexikonu*“. Problém s pojmenováním se obvykle vyskytuje jako jeden z prvních příznaků onemocnění demencí. Obsahem testu je 30 podstatných jmen a 30 sloves (Cséfalvay, Lechta, 2013, s. 162).

„*Test porozumění větám*“ má dvě části. Pomocí první lexikální části se vyšetřuje, jak klient rozumí velmi často používaným slovům, ze kterých se pak vytváří testovací věty. V druhé části testu se vyšetřuje porozumění větám (Cséfalvay, Lechta, 2013, s. 162).

„*Test produkce vět*“ – tento test tvoří soubor jednotlivých obrázků. Diagnostik zjišťuje, zda klient ví, co je na obrázcích a umí obrázky pojmenovat. Poté vyšetřovaná osoba popíše dějový obrázek z předem daných slov. Věty tvořené klientem se nahrávají (Cséfalvay, Lechta, 2013, s. 166).

## Praktická část

### 4. Komunikační schéma osob seniorského věku s demencí

#### 4.1 Cíle a metodologie výzkumu

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem komunikovat s osobami seniorského věku s demencí, jaká témata zvolit na podporu zachovaných komunikačních kompetencí. Zjišťovaly se zachované komunikační kompetence a jaký způsob komunikace osobám s demencí vyhovuje, který je jim nejbližší. Jednalo se o uživatele denního stacionáře v Olomouci a o uživatele pobytového zařízení v Radkově Lhotě.

Pro výzkum byla stanovena základní výzkumná otázka:

- **1. Jaký způsob komunikace je nejvhodnější pro zachování komunikačních kompetencí osob seniorského věku s demencí?**

K hlavní výzkumné otázce byly stanoveny i dílčí otázky, pomocí kterých byla daná základní výzkumná otázka zodpovězena.

- **1. Jakým způsobem senioři s demencí dávají najevo, že jsou připraveni komunikovat?**
- **2. Jaké jsou oblíbené témata komunikace?**
- **3. Které metody patří mezi nejosvědčenější při aktivizaci komunikačních kompetencí seniorů s demencí?**

Záměrem výzkumu bylo zjistit, jaká komunikace uživatelům nejvíce vyhovuje, kterým činnostem podporujícím komunikaci se nejraději věnují, o kterých tématech mají zájem se bavit.

## 4.2 Metody sběru dat

Výzkumné šetření bylo prováděno pomocí kvantitativního šetření. Byl sestaven dotazník, který se velmi často využívá jako metoda sběru dat. Dotazník tvoří předem promyšlené otázky, na které respondenti odpovídají písemně. Jeho výhodou je, že poměrně lehce můžeme získat velký počet informací. Byl sestaven se záměrem zodpovědět hlavní výzkumnou otázku i podotázky. Výběr respondentů byl stanoven za účelem zodpovězení hlavní výzkumné otázky a tří podotázek. Byli vybráni respondenti, kteří mohli poskytnout relevantní informace, protože profesionálně pečují o seniory s demencí v oblasti aktivizace zachovaných komunikačních kompetencí. Všichni respondenti byli ujisti, že zůstanou v anonymitě.

Pro zjištění potřebných údajů byly v dotazníku zvoleny otázky jak uzavřené, tak otevřené. Pomocí uzavřených otázek bylo zjišťováno, zda senioři s demencí ve vybraných zařízeních mají vůbec zájem komunikovat (souvislost s první částí první podotázky). Otevřené otázky sloužily ke zjištění, jakým způsobem uživatelé sdělují zájem o komunikaci, o čem rádi mluví (část podotázky 1, podotázka 2) a co všechno využívá personál při aktivizaci uživatelů v oblasti komunikace (podotázka 3). Celkový počet otázek je čtrnáct, z toho sedm otázek je uzavřených a sedm otevřených. Část otázek je zaměřená na obecnou komunikaci při každodenních činnostech a na vzájemnou komunikaci mezi uživateli a mezi uživateli a personálem. Další otázky vypovídají o konkrétní cílové práci s uživatelem – aktivizace za účelem zachování dosavadních komunikačních kompetencí.

Za účelem výzkumného šetření byly osloveny 3 zařízení sociálních služeb – CDS, Denní stacionář Pamatováček rovněž v Olomouci a RL. Zařízení Denní stacionář Pamatováček spolupráci odmítlo. Šetření pak probíhalo v CDS a v RL.

## 4.3 Charakteristika vybraných zařízení a průběh šetření

Při výzkumném šetření byla navázána spolupráce se dvěma sociálními zařízeními. Jedná se o CDS a RL. Obě zařízení pečují nejenom o seniory s demencí, ale i lidi s různým

zdravotním postižením. Aktivizační pracovnice byly upozorněny, že při vyplňování dotazníků je důležité se zaměřit pouze na seniory s demencí, kteří jsou předmětem výzkumu.

CDS poskytuje ambulantní služby, pomoc a podporu osobám se sníženou soběstačností za účelem co nejdelšího setrvání uživatelů v přirozeném sociálním prostředí. Cílovou skupinou daného zařízení jsou senioři, osoby se zdravotním postižením a osoby s různým typem a stupněm demence. CDS má kapacitu 34 uživatelů. Rozsah poskytovaných služeb je v souladu se Zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. v pozdějším znění. Jedná se o tyto základní činnosti:

- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- aktivizační, výchovné a vzdělávací činnosti
- sociálně terapeutické činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí

V rámci aktivizačních činností zařízení zabezpečuje společné nebo individuální čtení, reminiscence, muzikoterapii, činnostní terapii, tréninky paměti, logopedická cvičení, udržování vědomostí.

Zařízení RL má dvě sekce: Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem. Domov se zvláštním režimem poskytuje své služby pobytovou formou pro osoby s chronickým duševním onemocněním. Kapacita této části zařízení je 79 míst. Cílem je zachování samostatnosti, soběstačnosti a autonomie uživatelů, dodržování lidských práv a svobod, posilování kontaktů se sociálním prostředím a předcházení nepříznivým sociálním situacím.

V rámci aktivizačních činností využívají uživatelé zařízení světelnou terapii, při které sedí v křeslech, mají puštěná relaxační světla a na zdi je tapeta. U této terapii se uživatelé soustředí na tapetu a barvy světla a relaxují. V pondělí mají uživatelé možnost navštěvovat filmový klub, ve středu se pořádají hudební akce „šlágr“, kde u kávy poslouchají hudbu a zpívají. Nejraději poslouchají dechovou hudbu. Ve čtvrtek dopoledne se věnují vzpomínkovým terapiím (fotografie a věci z mládí), cvičení paměti (pořekadla, říkanky, doplňování slov ve větě) a odpoledne se uživatelé setkávají v literárním klubu, kde jim

personál čte. Uživatelé mají zájem o arteterapii, kde vyrábí výrobky na dané téma – například kytičky a vajíčka na Velikonoce, tvoří dárky pro děti, které jezdí v rámci kulturního představení do zařízení vystupovat. Rádi vybarvují mandaly.

Dotazníky v obou zařízeních vyplňovaly aktivizační pracovníce, protože jak v CDS, tak v RL jsou uživatelé s pokročilou i těžkou demencí, kteří dotazníky z důvodu své nemoci vyplňovat nemohli. Celkově bylo rozdáno 20 dotazníků, vrátilo se jich patnáct. Šetření probíhalo v lednu a v únoru 2015 po návštěvě zařízení. Dotazníky byly zaslány e-mailem vedoucím aktivizačních služeb, které je rozeslaly svým pracovnícům. Poté byly dotazníky vedoucími pracovníci vráceny zpátky.

#### 4.4 Zpracování dotazníků

Otázky z dotazníků byly zpracovány formou tabulek. Pod každou tabulkou je zhodnocení na danou otázku. Otázky byly formulovány tak, aby odpovídaly stanoveným podotázkám a byla zodpovězena hlavní výzkumná otázka. Na otázky odpovídaly aktivizační pracovníce Centra denních služeb v Olomouci (dále jen CDS) a Domova pro seniory Radkova Lhota (dále jen RL).

##### 1. Projevují uživatelé zájem komunikovat?

Tabulka č. 1

	CDS	RL
Ano	8	4
Ano za pomoci pracovníka	1	1
Ne	0	1

Touto otázkou bylo zjišťováno, zde uživatelé zařízení s pokročilou demencí mají zájem aktivně komunikovat. Z odpovědí vyplývá, že uživatelé v obou zařízeních jeví o komunikaci zájem. Někdy je potřeba, aby aktivizační pracovník pomohl uživateli vhodně zvolenými otázkami, tématy začít komunikovat. Uživatelé ze začátku komunikují spíše s pracovníky, až poté mezi sebou.

## 2. Jakým způsobem zájem o komunikaci sdělují?

## 3. Pokud neverbálně, jakým způsobem dávají uživatelé najevo zájem o komunikaci?

Tabulka č. 2

	CDS	RL
Verbálně	8	6
Neverbálně	4	2

Většina uživatelů své přání komunikovat sděluje jak verbální, tak neverbální formou. V rámci neverbální komunikace bylo zjišťováno, jakou formou uživatelé zařízení projevují přání komunikovat. Z odpovědí vyplývá, že v CDS dává najevo zájem o komunikaci neverbální formou více uživatelů, než v RL. Tento fakt se odvíjí od pokročilosti demence. O neverbální komunikaci projevují zájem mimikou obličeje, kývnutím hlavou, ukazují rukama, využívají oční kontakt – snaží se upoutat zájem komunikačního partnera. Dále využívají úsměv. Mohou se dotknout ruky nebo ramene aktivizačního pracovníka i jiného uživatele – haptika. O verbální komunikaci projevují zájem vlastním řečovým projevem.

## 4. Komunikují uživatelé vzájemně mezi sebou?

Tabulka č. 3

	CDS	RL
Ano	8	4
Ne	0	0
Zřídka	1	0

Uživatelé mezi sebou rádi a často komunikují. Pouze jedna pracovnice CDS uvedla, že komunikují zřídka. Důvodem je nejen, že pro navázání komunikace mezi sebou potřebují pomoc aktivizační pracovnice, ale i skutečnost, že se jedná o zařízení ambulantních služeb. Uživatelé žijí ve svém vlastním sociálním prostředí, kde mají možnost komunikovat se svou rodinou, tudíž potřeba komunikace s jinými uživateli není tak silná, jako v pobytovém zařízení. Personál z RL uvádí, že uživatelé velmi rádi mluví při různých společenských setkáních, při běžných denních aktivitách a vzájemně se navštěvují na pokojích.

## 5. Jakým způsobem se uživatelé dorozumívají?

Tabulka č. 4

	CDS	RL
Verbálně	9	6
Neverbálně – oční kontakt, úsměv, dotek	3	2

Nejčastější formou komunikace je verbální projev. S touto formou projevu velmi úzce souvisí také neverbální komunikace – oční kontakt, úsměv, dotek. Uživatelé vzájemně komunikují i formou pomoci – podají předmět, pomohou sousedovi sednout na židli a podobně. Jen málo uživatelů komunikuje pouze neverbální formou, většinou jsou to lidé s velmi pokročilou demencí.

Pracovnice RL uvedly, že někteří uživatelé při komunikaci se svou rodinou používají mobilní telefony nebo počítač. Pokud uživatelé pracovali s počítačem, než byli umístěni do zařízení, velmi často využívají e-mailovou korespondenci. Uživatelé v zařízení mezi sebou komunikují obdobně jako klienti CDS.

## 6. Jaké formy komunikace se využívají, pokud s uživatelem komunikuje personál?

Tabulka č. 5

	CDS	RL
Verbální	1	0
Neverbální	0	0
Obě	8	6

Pracovnicím bylo u této otázky vysvětleno, jakým způsobem mají zvolit odpověď. U varianty „verbální“, pokud komunikační partner (uživatel) reaguje na komunikační záměr pouze slovně, u varianty „neverbální“, když komunikace ze strany uživatele je pouze neverbální – oční kontakt, pokývání hlavou, úsměv, dotek.

Z odpovědí vyplývá, že téměř všichni uživatelé komunikují pomocí obou forem. Žádný uživatel nereaguje pouze neverbálně, snaží se a jsou schopni komunikovat i slovně.



## 7. Používáte i podpůrné formy komunikace?

Tabulka č. 6

	CDS	RL
Ano	9	6
Ne	0	0

Z uvedených odpovědí vyplývá, že jednoznačně v obou zařízeních se využívá i podpůrná forma komunikace. Konkrétně která, na to odpovídá následující otázka.

## 8. Jaké konkrétní formy využíváte?

Tabulka č. 7

	CDS	RL
Obrázkové a slovní karty	9	4
Předměty běžného užívání	0	3
Jiné	3	4

U těchto otázek se odpovědi aktivizačních pracovníků lišily. V CDS pracovníci využívají zejména obrázky, slovní karty, někdy používají i psaný text (v tabulce „jiné“). V RL při podpůrné komunikaci využívají vícero pomůcek. Taktéž hodně používají slovní i obrázkové karty, ale více pracují i s dalším materiálem. Jsou to různé fotografie, běžně užívané předměty (hrneček, lžice, drobné části oděvu jako jsou například šátky, knoflíky a podobně), afatický slovník, počítač s hlasovým ovládním.

Z uvedeného vyplývá, že nejčastější a nejoblíbenější pomůckou jsou obrázkové a slovní karty. Je to jedna z nejjednodušších pomůcek a její výhodou je, že je srozumitelná. Není nákladná a každé zařízení si může vytvořit velké množství obrázkových a slovních karet.

## 9. Odmítají uživatelé komunikaci ze strachu, že nebudou rozumět, nebo nedokáží sdělit, co potřebují?

Tabulka č. 8

	CDS	RL
Ano	2	2
Ne	3	2
Někdy	4	2

Odpovědi ohledem odmítání komunikace ze strany uživatelů se zásadně neliší. Pokud uživatelé zcela odmítají komunikovat, většinou se nejedná o nezáměr, ale vyplývá to z jejich zdravotního stavu. Odpovědi typu „někdy“ byly v dotaznících specifikované následovně: někteří uživatelé potřebují čas, aby se sžili s novým prostředím a s lidmi, musí získat důvěru, potřebují ze začátku pomoc aktivizačního pracovníka, mají strach, že se nedokáží vyjádřit.

Z dotazníků vyplývá, že obvykle uživatelé jeví zájem o komunikaci, někteří ale potřebují pomoc, aby začali komunikovat.

## 10. Na jaké téma uživatelé nejraději komunikují?

Tabulka č. 9

	CDS	RL
Vzpomínání	9	6
Rodina	5	5
Jídlo a jiné	7	5

Z této otázky vyplývá, že senioři s demencí nejraději mluví o svých vzpomínkách – vracejí se období mládí, jaké bylo, co zažili, kde bydleli, jaký měli dům, byt, zahrádku. Rádi vzpomínají na místa, která navštívili. Další oblíbenou téma je rodina – manželé, partneři, děti a vnoučata. Jídlo a jiné: velmi často hovoří o jídle – co měli k obědu, jak jim strava chutná, co rádi vařili oni sami. Často rozmlouvají o počasí, svátcích jako jsou Vánoce a Velikonoce, někteří se zajímají o přírodu – mají rádi zvířata a líbí se jim květiny. Oblíbeným tématem je i zdraví a jejich vlastní zdravotní stav. Komunikují o věcech úzce spjatých s jejich vlastním životem, je to jedno, zda jsou to pozitivní, nebo negativní vzpomínky. Nejeví zájem o věci, které dějí ve světě, o politiku. Z důvodu stáří vnímají svět jako něco, čemu již nerozumí a bojí se ho. Jejich teritorium se zmenšilo, obvykle vnímají sebe, svou rodinu, spolubydlící a místo, kde žijí.

## 11. Jaké metody používá personál při aktivizaci uživatele v oblasti komunikace?

## 12. Které aktivizační činnosti zaměřené na podporu komunikace uživatele nejvíce upoutají?

Tabulka č. 10

	CDS	RL
Tvořivá činnost	8	6
Čtení	2	2
Trénink paměti	4	3
Obrázkové a slovní karty	2	3
Reminiscence	2	4
Rozhovory	5	3
Popis denních činností	4	3

Dané otázky byly zpracované do jedné tabulky. V prvním sloupci jsou vyjmenované metody aktivizace (druhy) v oblasti komunikace a ostatní sloupce mají vypovídající hodnotu o využívaných metodách (nakolik se využívají).

Do tvořivé činnosti je zahrnuta výtvarná činnost, rukodělné výrobky, tanec a pohyb, zpěv, hraní divadla. V obou zařízeních mají uživatelé tento způsob aktivizace velmi rádi. Nejčastěji se věnují výtvarné činnosti (kreslení, malování mandal, barvení velikonočních vajíček) a vytváření drobných výrobků (vánoční ozdoby, výrobky z korálků, vyšívání). Při těchto činnostech si rádi mezi sebou povídají.

Trénink paměti je zaměřený na orientaci (který je dnes den v týdnu, jaký je datum, roční období), říkanky, doplňování pořekadel, slovní hry. Nejoblíbenější mezi uživateli je doplňování pořekadel.

Pomocí reminiscence (vzpomínková terapie) se snaží aktivizační pracovníce podpořit komunikační dovednosti uživatelů. Využívají se příjemné vzpomínky ze života seniorů s demencí. Tato terapie nejenom zachovává komunikační kompetence klientů, ale navíc pozitivně ovlivňuje kvalitu života.

Při rozhovorech zapojují pracovníce uživatele do komunikace, pomáhají jim vyjádřit jejich názory a myšlenky.

Oblíbený je i popis denních činností – uživatelé za pomoci aktivizačních pracovníků hovoří o tom, jakým aktivitám se budou v daný den věnovat, jaký bude program dne. Zejména klientky zajímá, co se bude v ten den vařit a některé z nich (s ohledem na zdravotní stav) rády pomáhají při prostírání stolů, dokonce i při přípravě jídla.

Podle šetření jsou aktivizační činnosti uživateli vnímány pozitivně, jsou rádi, že mohou smysluplně trávit volný čas a mají kolem sebe společnost. Jak často a do jakých aktivizačních činností se uživatelé zapojují, ovlivňuje jejich zdravotní stav (někdy se uživatel necítí dobře, není schopen překonat vzdálenost do místnosti, kde aktivizace probíhá), momentální emoční ladění (uživatel v noci špatně spal, něco ho popudilo) a chuť něco pro sebe udělat.

Mezi nejoblíbenější činnosti patří vzpomínání, kreslení, zpívání a poslech hudby, rukodělné výrobky (vyrábí obvykle ženy), čtení – když pracovníce čtou knížky, časopisy, doplňování pořekadel, v rámci rozhovorů prožité příběhy. Pokud to zdravotní stav uživatele dovolí, mají rádi krátké procházky za pěkného počasí.

Z odpovědí vyplývá, že pro uživatele atraktivní aktivity mají velký význam, pomáhají jim v oblasti rozvíjení komunikačního potenciálu a zároveň jim obohacují život.

### **13. Poznává aktivizační pracovník, zda se uživatelům věnuje v oblasti komunikace i jeho rodina v domácím prostředí?**

### **14. Jako jsou rozdíly mezi uživateli, se kterými rodina doma aktivně komunikuje a uživateli, kde komunikaci v domácím prostředí není věnována aktivní péče?**

Tabulka č. 11

	CDS	RL
Ano	7	3
Ne	0	0
Nelze posoudit	2	3

Otázky č. 13 a č. 14 byly opět zpracovány do jedné tabulky, protože se navzájem prolínají. Tyto otázky jsou spíše zaměřeny na CDS, kde uživatelé po využití služeb odcházejí do svého domácího prostředí. Zařízení RL je pobytovým zařízením, kde jenom část uživatelů má své rodinné zázemí, kde obvykle tráví víkendy a svátky. Právě kvůli těmto uživatelům byla otázka v dotazníku ponechána i pro pracovníce RL.

Nicméně z dotazníků vyplývá, že je poznat, pokud rodina se seniorem komunikuje, snaží se ho aktivně zapojovat do rozhovorů. Uživatelé, kterým se rodina věnuje, mluví hlavně o dění v rodině. Jsou při rozhovorech sebevědomější, mají větší slovní zásobu a používají rozvinutější věty, než uživatelé, kterým táto domácí péče chybí (nebo není možná – nemají rodinu).

## 4.5 Výsledek šetření

Zpracováním dotazníků byla zodpovězena hlavní výzkumná otázka a podotázky, které tvořily parciální části hlavní otázky. Cílem výzkumu a zároveň hlavní výzkumnou otázkou bylo zjistit, jaký způsob komunikace je nejvhodnější pro zachování komunikačních kompetencí osob seniorského věku s demencí.

- **Podotázka č. 1 - Jakým způsobem senioři s demencí dávají najevo, že jsou připraveni komunikovat?**

Každý jedinec má potřebu komunikovat a dává ji najevo. Výjimkou nejsou ani senioři s demencí. Výzkum prokázal, že svá přání projevují pomocí verbální i neverbální komunikace. Jak vyplývá z tabulky 2, připravenost ke komunikaci dávají najevo jak pomocí slova – verbálně, tak i nonverbální formou. V rámci neverbální komunikace používají mimiku obličeje, pokývání hlavou, oční kontakt, ukážou rukama, dále dotek a úsměv. Někteří senioři s demencí mohou mít potíže při verbální komunikaci z důvodu počáteční obavy z toho, že jim okolí neporozumí. Někteří potřebují čas k získání důvěry, musí poznat nové prostředí. Po překonání těchto zábran zájem o komunikaci vzrůstá. Z šetření rovněž vyplynulo, že pokud osoba neprojevuje zájem komunikovat, je to z důvodu špatného zdravotního stavu.

- **Podotázka č. 2 - Jaká jsou oblíbená témata komunikace?**

Na podporu komunikačních kompetencí a posílení zájmu komunikovat je potřeba brát zřetel na výběr témat, o kterých se bude mluvit. Měla by to být témata, která seniory s demencí zajímají, rozumí jim a mají pro ně nějaký osobní význam.

Bylo zjištěno, že senioři s demencí nejraději komunikují o věcech, které prožili nebo stále prožívají, které jsou součástí jejich života. Mezi nejoblíbenější témata dle výzkumu patří vzpomínání a rodina. Při vzpomínání mluví o svém mládí, místě, kde se narodili, kde prožili svůj život. Patří tam i místa, která navštívili a zážitky, které jim utkvěly v paměti. Velmi rádi hovoří o své rodině, zejména o manželovi nebo partnerovi, o svých dětech – jaké povolání vykonávají, kde bydlí, jakých úspěchů dosáhli. Rádi se pochlubí vnučaty. Oblíbenými tématy rozhovorů jsou například činnosti a jevy z běžného života, které se seniorů bezprostředně týkají – jídlo, počasí, nemoci, významné svátky.

- **Podotázka č. 3 – Které metody patří mezi nejosvědčenější při aktivizaci komunikačních kompetencí seniorů s demencí?**

V rámci aktivizace komunikačních kompetencí seniorů s demencí používají aktivizační pracovnice širokou škálu metod na podporu komunikace. Z výzkumu vyplývá, že nejosvědčenější metodou je tvořivá činnost. Senioři s demencí se věnují aktivitě, která je

zajímá. Uvolní se a vzájemně mezi sebou mluví o tom, co právě dělají, jakým způsobem danou činnost provedou. Konkrétní kreativní činnosti jsou podrobněji uvedeny v tabulce 10.

Další osvědčenou metodou jsou rozhovory. Témata rozhovorů jsou popsána v podotázce 2. Rozhovory seniorům s demencí pomáhají nejenom při komunikaci, ale uspokojují i důležitou potřebu sociálního kontaktu. K rozhovorům je možné zařadit i popis denních činností.

Trénink paměti – pozitivně ovlivňuje jak paměť, tak i verbální komunikaci. V rámci této metody senioři doplňují pořekadla, recitují krátké básničky a hrají slovní hry.

Jako velmi pozitivní se jeví i metoda reminiscence, kde se k podpoře komunikace využívají vzpomínky seniorů.

## **Hlavní výzkumná otázka – Jaký způsob komunikace je nejvhodnější pro zachování komunikačních kompetencí osob seniorského věku s demencí?**

Senioři s demencí vysílají signály, že jsou připraveni začít komunikovat a jsou schopni dát tento zájem svému okolí najevo – rodině, pečujícímu personálu i vzájemně mezi sebou. Z výzkumu vyplývá, že abychom podpořili zachované komunikační dovednosti, je vhodné využít verbální i neverbální komunikaci.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že k rozvoji komunikačních dovedností seniorů s demencí přispívají obě formy komunikace, které se vzájemně se doplňují. Nelze říct, která je vhodnější, obě mají svůj opodstatněný význam a jsou velmi významně propojeny. Mluvené slovo je zde často doprovázeno různými gesty, mimikou, postojem a držením těla, doteky, očním kontaktem.

V rámci podpory komunikace je vhodné zjistit, co seniory s demencí zajímá. Důležité rovněž je, aby danému tématu rozuměli a mohli se k němu vyjádřit. Tím se podstata komunikace stává účelnou. Pokud jsou zvolena nevhodná nebo nezajímavá témata, osoba s demencí se stává pouze pasivním posluchačem, přestává jevit zájem o komunikaci a její pozornost se ztrácí. Oblíbená témata jsou zpracována v podotázce 2. Nejoblíbenějšími tématy seniorů s demencí se jeví například tato: vzpomínání, rodina, aktivity denního života (počasí, stravování, poslech hudby).

Výzkum prokázal jednoznačný zájem seniorů s demencí o tvořivou činnost. Rádi se věnují rukodělným pracím. Často se jedná například o zdobení velikonočních vajíček, vánočních ozdob, navlékání korálek, vyšívání. Lidé se se zájmem věnují rovněž činnostem jako je vybarvování mandal, tanec a pohyb, zpěv, hraní divadla. Při těchto aktivitách s oblibou dochází k vzájemné komunikaci, v čemž spatřuji velký význam a potenciál.

Z dotazníku vyplývá, že o rozhovor jako aktivizační metodu projevují senioři s demencí velký zájem. Většina z nich své přání komunikovat sděluje verbálně i nonverbálně. Z odpovědí vyplývá, že zájem o verbální komunikaci je průměrně jedenkrát vyšší, než v případě komunikace nonverbální. V CDS dává najevo zájem o komunikaci neverbální formou více seniorů, než v RL, přesto však výzkum prokázal, že oblíbenost verbální

komunikace převažuje. Oblíbenými nonverbálními technikami je například pokynutí hlavou, navazování očního kontaktu, úsměv, mimika v obličeji, doteky.

Aktivizační pracovníce, z jejichž informací bylo při výzkumu čerpáno, uvádí, že dalšími z osvědčených aktivizačních činností jsou metody, které využívají při tréninku paměti. Při práci se seniory jsou často používány například básně, slovní hry, pořekadla.

Šetřením bylo prokázáno, že dobré výsledky se dostávají rovněž při aktivizaci metodou reminiscence, metodou, která vychází z příjemných vzpomínek seniorů.

Pracovnice, které o nemocné seniory ve smyslu aktivizačních činností dnes a denně pečují, poukazují na deficit času, který by k práci se seniory pro naplnění v tomto směru potřebovaly. V obou zařízeních jsou vytěžovány rovněž ve sféře osobní asistence a pro aktivizaci komunikačních kompetencí jim nezbývá dostatek času.

## Závěr

Téma bakalářské práce Změny komunikačního schématu osob seniorského věku s demencí byla zvolena proto, jelikož je prokázáno, že v současné době je syndromem demence ohroženo stále více lidí. Tato zákeřná nemoc má často dopad na celý život člověka i jeho okolí. Demence mění život nemocného ve všech složkách osobnosti. Negativně ovlivňuje kognitivní schopnosti, zasahuje do aktivit každodenního života a mění i chování jedince. Průměrný věk života člověka se neustále prodlužuje a seniorské populace přibývá. S tímto faktem je spojen i výskyt různých nemocí, demenci nevyjímaje (Bartoš, Hasalíková, 2010).

V teoretické části práce jsou vymezeny definice a pojmy, přičemž bylo čerpáno z odborné literatury, která je uvedena v seznamu použité literatury. V první kapitole je popsáno stáří, jeho definice, členění, kdo jsou senioři, jaké involuční změny stáří provází.

Druhá kapitola se zabývá problematikou demence, jejím vznikem, etiologií, projevy. Tato kapitola rovněž popisuje nejčastější typy demence - Alzheimerova demence a demence s Lewyho tělísky. Bylo zjišťováno, do kterých oblastí života nemocného demence zasahuje. V závěru této kapitoly je specifikováno, jak přistupovat k lidem s demencí.

Třetí kapitola je věnována komunikaci a podrobně nastínila narušené komunikační schopnosti. Popisuje, které diagnostické postupy se u osob s demencí používají nejčastěji.

Ve výzkumné části byla stanovena hlavní výzkumná otázka a tři podotázky. Jako výzkumná metoda byl zvolen dotazník a popsany sběr dat. Dotazníky byly rozdány dvěma poskytovatelům sociálních služeb a o jejich vyplnění byly požádány aktivizační pracovníce, které o seniory s demencí pečují. Otázky byly zaměřeny na aktivity, které slouží k zachování komunikačních kompetencí osob s demencí.

Zpracování dotazníků poskytlo odpověď na hlavní výzkumnou otázku i na tři stanovené podotázky. Výzkum prokázal, že senioři s demencí jsou schopni dát najevo připravenost ke komunikaci. Mají svá oblíbená témata, o kterých rádi mluví. Z řady nabízených aktivizačních metod si vybírají ty, které si nejvíce oblíbili. Při návštěvě daných zařízení bylo hovořeno s pracovníci, které o seniory pečují. Uvítaly by, kdyby měly na aktivizaci více času. Kromě aktivizací patří k jejich povinnostem i pomoc v oblasti hygieny a při podávání stravy. Rády by se věnovaly pouze aktivizačním činnostem, protože jsou si vědomy jejich pozitivního působení na komunikační dovednosti seniorů s demencí.



Jak z výzkumu vyplývá, senioři s demencí většinu nabízených aktivizačních aktivit vítají s nadšením (záleží například na věku, pokročilosti nemoci, životních zkušenostech). Bylo by žádoucí tento fakt podpořit. Možnou cestou je, že se aktivizační pracovnice budou moci věnovat pouze práci se seniory v tomto smyslu a nebudou se zabývat pracemi spojenými s osobní asistencí.

## **Seznam zkratek:**

AAK – Augmentativní a alternativní komunikace

CDS – Centrum denních služeb v Olomouci

CNS – centrální nervová soustava

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

NKS – narušená komunikační schopnost

RL – Domov pro seniory Radkova Lhota

S. – strana

## Seznam literatury:

- BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M. 2010. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2282-8.
- CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V., et al. 2013. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0364-3.
- DVOŘÁK, J. 2007. *Logopedický slovník*. 2. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. ISBN 978-80-902536-6-7.
- HÁŠKOVCOVÁ, H. 1989. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama. ISBN 80-7038-158-2.
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., et al. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.
- KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie: narušené komunikační schopnosti, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9.
- KRÁL, M. 2012. *Neurologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3244-1.
- KULIŠŤÁK, P., et al. 1997. *Afázie*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-85875-38-1.
- LECHTA, V. 1990. *Logopedické repetitorium*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo. ISBN 80-08-00447-9.
- LECHTA, V., et al. 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5.
- MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. 2008. 2. aktualizované vyd. Praha: Bomton Agency. ISBN 978-80-904259-0-3.
- NAKONEČNÝ, M. 2009. *Sociální psychologie*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Nakladatelství Academia. ISBN 978-80-200-1679-9.
- NEUBAUER, K. 1997. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. 1. vyd. Praha: Asociace klinických logopedů České republiky.

- PIDRMAN, V. 2007. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5.
- PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E. 2005. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-363-X.
- RHEINWALDOVÁ, E. 1999. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-828-8.
- SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SLOWÍK, J. 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9.
- STUART-HAMILTON, I. 1999. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2.
- ŠIMÁČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., et al. 2008. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc. ISBN 978-80-244-2141-4.
- VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
- ZGOLA, J. 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0183-9.
- ZÁKON č. 108/2006 Sb.o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- VYHLÁŠKA č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon č. 108/2006, ve znění pozdějších předpisů.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Silvia Flochová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Oldřich Müller, PhD.
<b>Rok obhajoby:</b>	2015

<b>Název práce:</b>	Změny komunikačního schématu osob seniorského věku s demencí
<b>Název v angličtině:</b>	Changes in Communication Scheme of Senior Citizens with Dementia
<b>Anotace práce:</b>	<p>Bakalářská práce se zabývá narušenou komunikační schopností seniorů s demencí. V teoretické části je za pomoci dostupné odborné literatury popsán stáří a jeho projevy, demence a její dopad na osobnost člověka včetně narušené komunikační schopnosti. Pro zpracování výzkumné části byly respondentům rozeslány dotazníky. Respondenty byly pracovnice sociálních zařízení, které pečují o seniory s demencí. Součástí jejich péče je aktivizace zachovalých komunikačních kompetencí. Ze zjištěných poznatků byla zodpovězena hlavní výzkumná otázka. Tyto poznatky mohou být prospěšné při rozvoji komunikace osob seniorského věku s demencí.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Stáří, projevy stáří, demence, narušená komunikační schopnost, zachování komunikačních kompetencí

<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>The thesis deals with communication disorders in older adults with dementia. Using available scientific literature the theoretical part describes old age and its symptoms, dementia and its impact on personality, including communication disorders. In order to complete the research part of the thesis, questionnaires were sent to respondents who were the workers of social institutions taking care of the elderly with dementia. The care includes activation of preserved communication skills. The findings were used to answer the main research question. These findings may be useful in developing communication skills of older people with dementia.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	<p>Old age, symptoms of old age, dementia, impaired communication ability, maintaining communication skills</p>
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	
<b>Rozsah práce:</b>	51
<b>Jazyk práce:</b>	český