

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Petr Hanzálek

Změny komunikačního schématu osob seniorského věku s demencí

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a použil jen prameny uvedené v seznamu literatury. Dále pak souhlasím, aby tato práce byla uložena na Univerzitě Palackého v Olomouci a zpřístupněna ke studijním účelům.

V Olomouci dne

.....

(podpis autora)

PODĚKOVÁNÍ:

Chtěl bych poděkovat všem, díky kterým mohla vzniknout tato bakalářská práce. Zejména pak zaměstnancům obecně prospěšné společnosti Domovinka Němčičky za pomoc při realizaci výzkumu, rodičům a bratrovi, kteří mi byli morální podporou, a panu Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za jeho odborné vedení a cenné rady.

OBSAH

ÚVOD	6
1 ČLOVĚK SENIORSKÉHO VĚKU	8
1.1 Stárnoucí populace	8
1.2 Stárnutí a stáří.....	9
1.2.1 Biologické stáří.....	10
1.2.2 Sociální stáří	10
1.2.3 Kalendářní (chronologické) stáří	11
1.3 Involuční změny	12
1.3.1 Tělesné změny	12
1.3.2 Psychické změny	13
1.3.3 Změny v komunikaci	15
2 DEMENCE	16
2.1 Výskyt demence	16
2.2 Pojem demence, charakteristika a klasifikace	16
2.3 Rizikové faktory demencí.....	20
2.4 Projevy demence.....	20
2.4.1 Postižení kognitivních funkcí	21
2.4.2 Postižení aktivit denního života.....	21
2.4.3 Behaviorální a psychologické příznaky demence	21
2.5 Stádia demence	23
3 KOMUNIKACE ČLOVĚKA S DEMENCÍ	26
3.1 Definice komunikace	26
3.1.1 Verbální a neverbální komunikace	28
3.2 Narušená komunikační schopnost	29
3.3 Narušená komunikační schopnost u osob s demencí	30
3.3.1 Projevy NKS při demenci.....	31
3.4 Zásady komunikace s osobami s demencí.....	34

PRAKTICKÁ ČÁST	36
4 KOMUNIKAČNÍ SCHÉMA OSOB SENIORSKÉHO VĚKU S DEMENCÍ	36
4.1 Cíle a metodologie výzkumu	36
4.2 Metoda sběru dat	37
4.3 Charakteristika vybraného zařízení	37
4.4 Kazuistika	38
4.4.1 Jaroslava	39
4.4.2 Rozhovor	42
4.5 Analýza sesbíraných dat	50
4.6 Doporučení pro praxi	52
ZÁVĚR	54
SEZNAM TABULEK	56
SEZNAM ZKRATEK	57
SEZNAM LITERATURY	58
ANOTACE	61

ÚVOD

Lidská populace stárne, zastoupení osob starších 65 let se neustále zvyšuje, s čímž se setkáváme prakticky po celém světě. A právě tyhle osoby jsou nejčastěji ohroženy syndromem demence. Toto onemocnění výrazným způsobem zasahuje do života nejenom postižených, ale také jejich nejbližšího okolí. Přináší s sebou mnoho negativních změn ve fungování člověka a z nich vycházejících omezení. Téma bakalářské práce, které se zaměřuje na změnu komunikačního schématu osob seniorského věku s demencí, bylo zvoleno proto, aby poukázalo na negativní vlivy syndromu demence v oblasti komunikace a osvětlilo všem jejím čtenářům, jaké dopady přináší narušená komunikační schopnost u osob seniorského věku s demencí na jejich okolí.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí - teoretické a praktické. Teoretická část je dále rozčleněna do tří samostatných kapitol. První kapitola se zaměřuje především na definování seniorského věku. Čtenář se zde dočte o postupném stárnutí populace v České republice a nalezne tu také prognózu budoucího vývoje tohoto nelichotivého trendu. Nechybí samozřejmě vysvětlení dvou důležitých pojmů, a to procesu stárnutí a poslední etapy ontogenetického vývoje člověka, tedy stáří. Na stáří je následně nazíráno ze tří pohledů - biologického, sociálního a kalendářního. Pro doplnění a pochopení problematiky stárnutí a stáří byla do práce zařazena také krátká podkapitola týkající se tělesných, psychických a komunikačních změn vznikajících následkem involuce.

Druhá kapitola je věnována syndromu demence. Nejprve se čtenář seznámí s pojmem demence a bude mu také důkladně vysvětleno, co tohle onemocnění představuje a jak je nejčastěji u nás klasifikováno. Po krátkém nastínění rizikových faktorů demence následuje rozbor nejvíce frekventovaných projevů, a to v oblastech kognitivních funkcí, aktivit denního života a také chování a psychiky. Kapitulu uzavírají jednotlivá stádia demence stanovená podle světově nejvyužívanějších stupnic a jejich následný popis.

Poslední kapitola teoretické části se zabývá procesem komunikace. Kromě definování komunikace je zde také popsána její verbální a neverbální forma. Poté je prostor věnován narušené komunikační schopnosti, jejímu vymezení a také klasifikaci, která je pro českou logopedickou praxi nejvíce využívána. Následuje popis narušené komunikační schopnosti u osob s demencí, jehož součástí je také výčet nejběžnějších projevů. Kapitulu a teoretickou část této bakalářské práce uzavírají zásady pro maximalizaci účinku komunikace s člověkem trpícím demencí.

Praktická část je tvořena kvalitativním výzkumem, který si klade za cíl zjistit dopady narušené komunikační schopnosti člověka seniorského věku s demencí na okolí tohoto jedince. Výzkumné šetření bylo provedeno prostřednictvím případové studie, která byla napsána o klientce obecně prospěšné společnosti Domovinka Němčičky. Jedná se o osobu postiženou Alzheimerovou chorobou v poměrně rozsáhlém stádiu, právě z tohoto důvodu byla vybrána pro výzkumné šetření. Nechybí samozřejmě krátký popis zmíněného zařízení, v němž byl výzkum uskutečněn. Poté je již prostor věnován případové studii, jejíž součástí je také rozhovor s ošetřovatelkou, která má mnoho zkušeností s pečováním nejenom o zkoumanou osobu, ale také o klienty se syndromem demence obecně.

1 ČLOVĚK SENIORSKÉHO VĚKU

1.1 Stárnoucí populace

Stejně jako u ostatních vyspělých zemí, tak i v České republice dochází k postupnému stárnutí populace. Hlavním důsledkem tohoto stárnutí jsou změny v charakteru demografické reprodukce, zejména dlouhodobé zlepšování zdravotnické péče, které je navíc v moderních společnostech běžně doprovázeno poklesem porodnosti. U nás sledujeme patrné změny po roce 1990, kdy došlo ke snížení míry plodnosti až na hranici 1,13 dítěte na jednu ženu, což je hodnota pohybující se výrazně pod úrovní přirozené reprodukce. V důsledku zlepšení zdravotnické péče se navíc zvyšuje střední délka života. Výsledkem působení těchto dvou jevů dochází ke změně věkové struktury obyvatelstva, a to především ke zvyšování počtu seniorů. (Kalvach, Čevela, Čeledová, 2014)

Trend postupného stárnutí obyvatelstva potvrzuje statistika Českého statistického úřadu, která zaznamenává procentuální zastoupení populace ve věku 65 let a více na území naší republiky. Pro srovnání, v roce 2000 u nás žilo 13,8 % seniorů, v roce 2016 se tento podíl zvýšil na hodnotu 18,3 % (1). Navíc dle projekce populačního vývoje, který taktéž zpracovává Český statistický úřad a dále pak Katedra demografie na Přírodovědecké fakultě Univerzity Karlovy s cílem prognózy populačního vývoje a věkového složení obyvatelstva, bude výrazné stárnutí obyvatelstva pokračovat i v budoucnu. (Kalvach, Čevela, Čeledová, 2012)

Do roku 2030 nastane dle předpokladů vzestup o 40-80 % v počtu seniorů. Střední délka života se prodlouží až o 4 roky u obou pohlaví. Zhruba 23-25 % populace budou tvořit osoby starší 65 let. Do roku 2050 bude dále v ČR pokračovat tendence výrazného stárnutí populace - 40 % u osob starších 60 let, 33 % u osob nad 65 let a téměř 10 % u občanů starších 85 let. Téměř každý dvacátý obyvatel ČR bude ve věku nad 85 let. U této prognózy můžeme takřka s jistotou říci, že dojde k jejímu naplnění, proto bude velmi záležet na vytvoření optimálních podmínek pro společenskou účast a také zaměstnanost seniorů, dále pak pro zajištění sociální podpory a ošetrovatelské péče u vážných zdravotních problémů a funkčních deficitů v případech neúspěšného stárnutí. (Kalvach, Čevela, Čeledová, 2012)

Tabulka 1.1: *Podíl osob starších 60 let od pol. 19. století do pol. 21. století na území ČR (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, str. 85)*

Rok	podíl obyvatel ve věku 60+
1857	6,2 %
1900	8,8 %
1930	10,8 %
1950	12,6 %
1998	18,1 %
2025	27,0 %
2050	kolem 40,0 %

1.2 Stárnutí a stáří

Stárnutím obvykle rozumíme „*souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonností jedince a jež kulminují v terminálním stádiu a ve smrti*“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 202). Je ovlivněno řadou vlivů, například: „*genetické a dědičné dispozice; prodělané nemoci; životní způsob a životospráva, životní náplň (vzdělání, zkušenosti, zájmy apod.); adaptabilita jedince a jeho frustrační tolerance; adaptace na životní změny a ztráty; strategie vyrovnávání se stárnutím*“ (Špatenková, 2013, str. 11). Pacovský (1990, str. 30) uvádí, že „*stárnutí je velmi složitý multifaktoriální děj. Je výslednicí vzájemného působení genetických podmínek (daných druhově i individuálně) a faktorů zevního prostředí*“. Stárnutí tedy chápeme jako komplexní proces, na nějž má vliv mnoho vnějších a vnitřních faktorů. Odehrává se po dobu celého lidského života. Začátek nastává v době narození dítěte a pokračuje neúprosně až do smrti. Po šedesátém roce života probíhá proces stárnutí rychleji, má své charakteristické rysy a s přibývajícím věkem se neustále zrychluje. (Šimíčková-Čížková, 2010)

Dle Pidrmana (2007, str. 31) můžeme fungování člověka při zvyšujícím se věku rozdělit do několika skupin:

- *úspěšné stárnutí* - výkon člověka zůstává zhruba na úrovni středního věku, nedochází k poruchám paměti, motoriky či chování;
- *normální stárnutí* - dochází ke snížení výkonu člověka, které je odpovídající k danému věku; nastávají změny v kognitivních funkcích, nejedná se však o progredující změny;

- *patologické stárnutí* - výkon člověka je znatelně horší než u většiny jedinců daného věku.

Život každého jedince je rozložen do několika jednotlivých vývojových stádií. Každé stádium se vyznačuje určitými strukturálními a funkčními znaky a také změnami, které jsou ve vztahu mezi organismem a jeho přírodním či sociálním prostředím. Jednotlivá vývojová stádia jsou od sebe zpravidla odlišena. Poslední etapu ontogenetického vývoje označujeme jako stáří. To úzce souvisí se všemi předcházejícími fázemi, které se na něm jistým způsobem podepsaly, nechaly stopy (Pacovský, 1990, str. 29). Jde o „*projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako fenotyp stáří.*“ Ten je ovlivněn prostředím, zdravotním stavem, životním stylem, psychickými či sociálně ekonomickými vlivy. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, str. 19)

Nástup jednotlivých příznaků stáří a míra involuce je u každého člověka individuální. Lidé se většinou sami začínají považovat za staré ve chvíli, kdy se u nich začnou objevovat zdravotní obtíže typické pro toto období. K involuci dochází postupně a nevyhnutelně, i když spoustu zdravotních komplikací spojených se stářím umíme kompenzovat (brýle, naslouchadla, různá psychická či duševní cvičení, léky, operace) a zmírnit jejich příznaky. (Thorová, 2015)

1.2.1 Biologické stáří

Dochází k dosažení jisté míry involučních změn a poklesu zdraví. Jde o souhrn biologických změn, které jsou nevratné, zvyšujících riziko nemocí, funkčních nedostatkům či úmrtí. Neexistují dodnes přesná kritéria, která by dokázala přesně stanovit biologické stáří. Vnější ukazatelem involučních změn u biologického stáří je „*pokles výkonnosti, míra funkčního zdraví či fenotyp stáří - změny postavy, postoje, chůze vlasů, pokožky, chrupu, fyziognomie obličeje, chování atd., ale také subjektivní vnímání výkonnosti a životní perspektivy.*“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, str. 25)

1.2.2 Sociální stáří

Jedná se o období, ve kterém dochází k jistým sociálním změnám, nebo jsou splněna určitá kritéria, nejčastěji jde o dosažení věku pro odchod do starobního důchodu. „*Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění.*“ V rámci sociálního stáří se můžeme setkat se sociálním členěním života do 3, respektive 4 období, které jsou označovány jako věky:

1. První věk - předproduktivní

Období dětství a mládí, které je typické růstem, vývojem, získáváním zkušeností a vědomostí, přípravou na profesi.

2. Druhý věk - produktivní

Nazýváme tak období dospělosti. Mluvíme zde především o produktivitě pracovní, sociální či biologické.

3. Třetí věk - postproduktivní

Období stáří, ve kterém dochází k postupnému snížení zdatnosti a odchodu na odpočinek. Důležité je, aby člověk v tomto životním období nebyl podceňován či nějakým způsobem diskriminován.

4. Čtvrtý věk - fáze závislosti

Označení tohoto období se jeví jako nevhodné, neboť odporuje představě o zdravém stáří, ve kterém zůstává člověk do pokročilého věku naprosto samostatný.

(Mühlpachr, 2009, str. 19, 20)

1.2.3 Kalendářní (chronologické) stáří

Podle Mühlpachra (2009, str. 20, 21) je dáno dosažením určitého věku, ve kterém se nejčastěji začínají projevovat involuční změny. Výhodou tohoto dělení je jeho jednoduchost, jednoznačnost a snadná srovnatelnost. V 60. letech minulého století označila Světová zdravotnická organizace na základě tzv. „*patnáctileté periodizace lidského života*“ jako hranici stáří věk 60 let. Tato hranice se však v hospodářsky vyspělých zemích v souvislosti s prodloužováním života a stárnutím populace posunula k věku 65 let. Thorová (2015) dodává, že za počátek stáří v méně rozvinutých zemích se považuje věk 50 let.

Na základě již zmíněné periodizace lidského života z 60. let dělíme vyšší věk na:

- *Rané stáří (60-74 let)*
- *Vlastní stáří (75-89 let)*
- *Období dlouhověkosti (90 let a více)*

V současné době se spíše setkáme s členěním:

- *Mladí seniori/young-old (65-74 let)*
- *Starí seniori/old-old (75- 84 let)*
- *Velmi starí seniori/oldest-old, very old-old (85 let a více)*

(Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, str. 25)

1.3 Involuční změny

1.3.1 Tělesné změny

Typickým jevem, se kterým se setkáme u stárnoucích lidí a který se projevuje po celé období stáří, je pokles tělesné hmotnosti a výšky. Snížení hmotnosti úzce souvisí se změnami tělesných proporcí, např. snížení hmotnosti celé kostry, pokles váhy svalů, zmenšení váhy vnitřních orgánů atd. K úbytku tělesné výšky dochází vlivem degenerativních změn chrupavky a atrofií kostí. Současně dochází ke klesání rychlosti, hbitosti a pružnosti svalů, což vede ke snížení pohyblivosti. Pohyby jsou pomalejší a kosti nejsou tak pevné, jako bývaly v mládí. (Šimíčková-Čížková, 2010)

Velmi negativně ovlivňují život starého člověka změny, které vedou k postupnému zhoršování percepce (Šimíčková-Čížková, 2010). K typickým změnám zraku, které doprovází stárnutí, patří především ztráta zrakové ostrosti, snížení akomodační činnosti očí na blízké nebo vzdálené objekty, snížení adaptace na tmou a šero či ztráta periferního vidění. Čočka postupně ztrácí na průhlednosti a také na elasticitě (Poledníková, 2006). Co se týče sluchu, tak k jednomu z nejčastěji rozšířených typů oslabení tohoto smyslu u starých lidí patří stav zvaný „*presbyakuze*“ neboli nedoslýchavost. Tento stav je charakteristický tím, že vede k výraznému zhoršení vnímání zvuků o vysokých frekvencích. Někdy dojde k vyhocení tohoto problému jevem zvaným „*posilování hluku*“. Postižený pak slyší zvuky o vysokém tónu (často v deformované a bolestivé podobě) mnohem hlasitěji, než tomu je ve skutečnosti. Sluchové vnímání je oslabeno i v dalších směrech. Starší lidé mají někdy problém s určením výšky zvuku a také s udáváním polohy zdroje zvuku. Často se u nich setkáme s tzv. „*tinitem*“, který můžeme vyložit jako zvonění v uších (Stuart-Hamilton, 1999, str. 31, 32). Zhoršení sluchu představuje pro člověka velmi vážnou bariéru při komunikaci. Starší lidé mnohem hůře dokáží kompenzovat tuto poruchu než mladší lidé. (Poledníková, 2006)

Úbytek funkcí je patrný i u vnitřních orgánů. Srdce má zmenšené výkonnostní maximum. Často se tak při vyšší zátěži objevují známky funkční nedostatečnosti. Ischemická choroba srdeční je u jedné třetiny starších osob hlavní příčinou vedoucí ke smrti. V důsledku funkčních změn nastávají často v kombinaci právě s kardiovaskulárním onemocněním změny i v plicích (Šimíčková-Čížková, 2010). S narůstajícím věkem postupně klesá jejich respirační činnost. Vlivem kosterně-svalových změn dochází ke zmenšení objemu ve stěně hrudníku, a proto člověk vydychuje menší objem vzduchu. Navíc se snižuje celková výkonnost dýchacího

systému, což vede ke staženému dýchání u starších osob. (Poledníková, 2006)

Nepřímý vztah ke stárnutí mají nemoci cévního systému. I když ke kornatění tepen může dojít v jakémkoliv věku, patologicky k tomu však nejčastěji dochází právě u vyšších věkových skupin. Postihnuty jsou tepny celého těla a srdce. Vznik aterosklerózy vede u starších lidí ke ztrátě tělesných sil a duševních schopností. Jako prevence cévních onemocnění je běžná úprava stravovacích návyků a vyhýbání se stresovým situacím. (Šimíčková-Čížková, 2010)

Některé z výše zmíněných změn mají neblahý vliv také na fungování mozku, a tudíž i psychickou činnost. Například snížení výkonu dýchací a oběhové soustavy omezuje příjem kyslíku, který představuje velmi důležitý zdroj energie pro činnost mozku. Kardiovaskulární choroby mají nepříznivý vliv na korové funkce. Typickým a velmi nápadným příkladem je tzv. „*iktus*“ neboli záchvat (mozkové) mrtvice, při kterém dochází k přerušení dodávky krve do určité části mozku, což způsobuje odumírání mozkové tkáně. (Stuart-Hamilton, 1999, str. 26)

1.3.2 Psychické změny

Stuart-Hamilton (1999, str.47) uvádí, že stárnutí přináší „*nárůst obecných vědomostí, ale za cenu delší doby, po kterou je třeba věci promýšlet.*“ Jinými slovy můžeme říci, že stáří sice přináší větší moudrost, ale také menší bystrost a důvtip. Podle Ondrušové (2011) ve stáří obecně dochází k psychickým změnám, které můžeme shrnout jako postupně projevující se proměnu kognitivních funkcí, jenž vede k jejich postupnému zhoršení. Toto zhoršení je však nerovnoměrné. Typickým znakem je výrazné zpomalení psychomotorického tempa, senzomotorické koordinace, snížení percepce, zhoršení paměti, pozornosti a koncentrace.

Vágnerová (2000) uvádí, že z důvodu zhoršování zrakové a sluchové ostrosti v období stáří dochází k ovlivnění ostatních poznávacích procesů. Starý člověk musí vyvinout mnohem větší úsilí, aby viděl a slyšel to, co potřebuje. Výsledkem obtížnějšího vnímání a většího zatížení pozornosti bývá únava, která vede k emočním reakcím - deprese, úzkost, sklon k afektivnímu jednání. I proto se mnoho starých lidí izoluje od společnosti. Často také rezignují na činnost, která jim z důvodu obtížnějšího vnímání činí určité problémy. Člověk, který hůře vidí či slyší, v menší míře vyhledává sociální kontakt, což může u něj vyvolávat pocity osamělosti. Mohou se u něj projevit také obtíže v komunikaci, čímž se stává více vztahovačným a podezřivým.

Celkem běžným projevem stárnutí jsou poruchy paměti. Dochází k útlumu všech paměťových procesů. Zpracování a uchování nových informací se zhoršuje. Nejpatrněji se porucha projevuje v oblasti „epizodické paměti“. Lidé si pak například nepamatují, jestli si vzali léky, jestli něco řekli svým blízkým apod. Oblast „sémantické paměti“, která obsahuje obecné znalosti, je více trvanlivá. K poklesu paměťových funkcí dochází u každého člověka individuálně. Vše se odvíjí od jeho genetických předpokladů, zdraví, ale také zkušeností či postoje k duševní činnosti (Vágnerová, 2000, str. 452, 453). Právě prostřednictvím duševní činnosti můžeme paměť trénovat. Již Jan Amos Komenský radil: „Nenechávej paměť odpočívat. Není nic jiného, co by se tak radovalo a rostlo z práce, jako paměť. Svěřuj jí každý den něco; čím více ji budeš svěřovat, tím věrněji bude vše střežit“ (Špatenková, Smékalová, 2015, str. 66). Stuart-Hamilton (1999, str. 62) zmiňuje tzv. „teorii nepoužívání“, podle které dochází k zhoršování určitých schopností ve stáří především jejich zanedbáváním, jenž nakonec vede k úbytku či ztrátě funkce.

Co se týče pozornosti, tak u té se zmenšuje zejména její rozsah a schopnost přenášet z jednoho objektu na druhý. Dále je pak mírně snížena schopnost delšího soustředění a vnímání. Některé vlastnosti pozornosti se s přibývajícím věkem mění více, jiné méně. Například u stálosti pozornosti nedochází v průběhu let k velkým změnám. Zatímco zmíněný rozsah a schopnost přenášení a rozdělování pozornosti se s přibývajícím věkem zmenšuje. (Špatenková, Smékalová, 2015)

Dlouhou dobu převládal názor, že stárnutí je spojeno s poklesem intelektové výkonnosti. Závěry mnoha studií, které prokazovaly zhoršování kognitivních procesů a intelektové kapacity zejména ve věku nad sedmdesát let, se však rozcházel. Ukázalo se, že pokles intelektových schopností s věkem není rovnoměrný. U některých dochází ke snižování rychleji, u jiných pomaleji, některé dokonce nejsou postihnuty vůbec (Špatenková, Smékalová, 2015). Větší úbytek sledujeme u tzv. „fluidní inteligence“. Dochází k postižení schopnosti zpracovat nové informace a hledat nová řešení. Snáze se uchovává tzv. „krystalická inteligence“, čímž myslíme dříve získané znalosti, zafixované strategie uvažování a řešení situací. Stárnutí svým působením vede ke zpomalenému výkonu, to však neznamená, že automaticky dojde i ke zhoršení kapacity paměti. (Vágnerová, 2000, str. 454)

Ve stáří se může měnit i osobnost člověka. Dochází tak nejčastěji k zvýraznění některých vlastností. Mění se struktura osobnosti a také projevy chování. Tyto změny jsou někdy velice nápadné a naprosto tak neodpovídají osobnosti jedince. U těchto případů se nejčastěji jedná o

projev nějakého chorobného stavu. Změny, které nastávají v období stáří, jsou většinou hodnoceny jako negativní, i když ne vždy to tak je. (Vágnerová, 2000)

1.3.3 Změny v komunikaci

Některé z výše popsaných tělesných a psychických změn mají velký vliv na oblast komunikace u stárnoucího člověka. Jedná se o změny, které negativním způsobem zasahují do života tohoto jedince.

V důsledku zrání a stárnutí lidského organismu se vytvářejí podmínky pro vznik, prohloubení či akceleraci komunikačních poruch. Fyziologické změny, které doprovázejí proces stárnutí, ovlivňují zejména motorické řečové schopnosti, objevují se obtíže u respiračních funkcí, při tvorbě hlasu a artikulační činnosti. Důležitou roli zde hraje snížení rychlosti a síly svalové koordinace. K tomu všemu se často přidává nástup percepčních obtíží, zejména tzv. „*stařecké nedoslýchavosti*“ a podobných sluchových ztrát různé etiologie, které mají velmi negativní dopad na řečovou komunikaci se sociálním okolím. Taktéž těžké zrakové poruchy mají vliv na komunikaci, neboť zabraňují využití písemné formy verbální komunikace a jsou komplikujícím faktorem při souběžně vzniklých poruchách. U stárnoucích osob navíc celkově dochází ke snížení výkonnosti kognitivních a duševních schopností, což způsobuje nejenom zhoršování komunikačních schopností této populace, ale hlavně vysoké riziko vzniku závažných poruch řečové komunikace na základě traumatu CNS, vzniku duševních onemocnění, a především rozvoje syndromu demence. (Neubauer, Skálová, 2015, str. 199)

2 DEMENCE

2.1 Výskyt demence

Lidstvo stárne, jedná se o celosvětový trend, který je aktuální i v naší republice. Stárnutí s sebou přináší mnohé problémy, ať už zdravotní, sociální či ekonomické. Demence patří do skupiny problémů s významnými zdravotními i společenskými důsledky. Stává se z ní jedno z nejčastějších onemocnění, které dokonce převyšuje výskyt cukrovky a cévních mozkových příhod. Celkový počet pacientů v České republice se odhaduje zhruba na 100 000, prevalence onemocnění je tedy zhruba 1 %. S narůstajícím věkem se výskyt demence navíc zvyšuje. U osob starších 65 let je četnost výskytu zhruba 5 %, ve věkové kategorii nad 85 let trpí tímto onemocněním 30-50 % osob. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009)

V budoucnu navíc dle odhadů dojde ke strmému vzestupu demence a její nejčastější formy - Alzheimerovy nemoci - nejenom v České republice, ale prakticky v celé Evropě. Již dnes patří Alzheimerově nemoci páté místo v pomyslném žebříčku příčin úmrtí u osob starších 65 let (Bartoš, Hasalíková, 2010). Pokud jde o výskyt této nejfrekventovanější formy demence, tak světové statistiky jsou alarmující. Odhaduje se, že v současnosti trpí Alzheimerovou chorobou v Evropě zhruba 8,45 milionu lidí. Podle odhadů ADI (Alzheimer's Disease International) bude v roce 2050 postihnuto touto chorobou až 100 milionů lidí ze světové populace. (Cséfalvay, Lechta, 2013)

2.2 Pojem demence, charakteristika a klasifikace

Pojem demence pochází z latinského „*de-mens*“ a můžeme ho přeložit jako nerozum, šílenost či nepřičetnost. Jako první použil tento termín Aurelius Cornelius Celsus ve své knize „*De medicina*“ již v 1. století našeho letopočtu jako protějšek deliria. V roce 1814 zavedl tento pojem do moderní psychiatrické klasifikace francouzský psychiatr Dominique Esquirol. Označil tak chorobu mozku, kterou charakterizuje „*oslabení vnímavosti, porozumění a vůle*“ (Růžička, 2003, str. 15). Dle Buijssena (2006, str. 13) pojem demence doslova znamená „*bez myslí*“. Předponou „*de*“ rozumíme „*odstranit*“ a „*mens*“ je pak latinský výraz pro „*mysl*“. „*Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na jejím začátku.*“

Bartoš (in Bartoš, Hasalíková, 2010) uvádí, že demence znamená pokles intelektových schopností oproti předcházejícímu stavu. Tento pokles se vyznačuje narušeným zvládnutím sociálních, pracovních či všedních činností běžného života. Pidrman (2007, str. 9) uvádí, že demence je syndrom, který vznikl následkem „*onemocnění mozku*“, jenž má chronický nebo progresivní charakter. Narušené jsou vyšší korové funkce, přičemž vědomí není zastřeno. Jiráček (in Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009) popisuje demence jako poruchy, u kterých dochází k snížení úrovně paměti i dalších kognitivních funkcí, mezi které patří například vnímání, pozornost, řečové funkce, exekutivní (výkonné) funkce a další. Onemocnění však postihuje kromě kognitivních i jiné funkce. Jsou popsány okruhy tří základních skupin funkcí u demencí, které se z důvodu neostrého ohraničení navzájem prolínají:

- *kognitivní funkce*
- *aktivity denního života*
- *poruchy emocí (afektů a nálad), chování, spánku a cyklu spánků - bdění. Poruchy těchto funkcí se souhrnně nazývají behaviorální a psychologické příznaky demencí.*

Porušení těchto funkcí musí být natolik velké, aby se křížilo s běžnými životními aktivitami. To pak dochází k tomu, že se jedinec stává závislým na své rodině, ústavu sociální péče či nemocnici.

Podle Pidrmana můžeme demenci klasifikovat:

1. *Primárně degenerativní demence*

- *Alzheimerova demence (nejčastější demence, představuje 60 % všech demencí)*
- *Demence s Lewyho tělísky*
- *Frontotemporální demence*

2. *Sekundární demence*

U sekundárních demencí se jedná o velice nesourodou skupinu nemocí, jejichž vznik je podmíněn řadou příčin. Může se jednat o demence způsobené traumatem, infekcemi, metabolickou poruchou, endokrinním onemocněním, tumorem aj. Přes 70 skupin sekundárních demencí bylo již popsáno. Mezi nejčastější a nejzávažnější patří:

- *Vaskulární demence (představuje do 20 % všech demencí)*
 - *Multiinfarktová*
 - *Mikroangiopatická (Binswangerova choroba)*
- *Metabolické demence*

- *Toxické demence*
- *Demence při Parkinsonově chorobě*
- *Demence při Huntingtonově chorobě*
- *Traumatické demence*
- *Demence při normotenzním hydrocefalu*
- *Demence při nádorech CNS*
- *Demence při infekcích*

3. *Smišené demence*

- *Smišená Alzheimerova/vaskulární*
- *Smišená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence*
- *Ostatní smišené*

(Pidrman, 2007, str. 31, 32)

Mezinárodní klasifikace nemocí - 10 revize (dále jen MKN-10) se v kapitole V. „*Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)*“ zabývá skupinou duševních poruch. Demence (F00-F03) je zde klasifikována následovně:

- *F00 - Demence u Alzheimerovy nemoci*
- *F01 - Vaskulární demence*
- *F02 - Demence u jiných nemocí zařazených jinde*
- *F03 - Neurčená demence*

(MKN-10, str. 189, 190, 191, 192)

Americká psychiatrická společnost v páté revizi svého Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5) zařazuje demenci pod pojem „*neurokognitivní poruchy*“ (dále pak NKP) a uvádí následující podtypy:

- *NKP způsobené Alzheimerovou nemocí*
- *Vaskulární NKP*
- *NKP s Lewyho tělísky*
- *NKP u Parkinsonovy nemoci*
- *Frontotemporální NKP*
- *NKP z důvodu traumatického poškození mozku*
- *NKP v důsledku infekce HIV*

- *NKP vyvolané látkami/léky*
- *NKP způsobená Huntingtonovou nemocí*
- *NKP způsobená prionovým onemocněním*
- *NKP v důsledku jiných onemocnění*
- *NKP v důsledku více etiologií*
- *Nespecifikované NKP*

(Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, Ptáček, 2015, str. 621)

Dle příčin můžeme demenci klasifikovat:

- *Atroficko-degenerativní demence - mají za podklad atroficko-degenerativní proces mozku.*
- *Symptomatické demence - mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek. Symptomatické demence lze ještě dělit do dvou podskupin: demence vaskulární (na podkladě poruch mozkových cév, mozkového krevního zásobení), ostatní symptomatické demence*

(Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, str. 19)

Dle lokalizace klasifikujeme demenci na:

1. *Kortikální demence - postižení korových funkcí. Mezi kortikální demence patří především:*
 - *Alzheimerova nemoc*
 - *Různé varianty frontotemporální lobární degenerace*
2. *Subkortikální demence - postižení podkorových struktur vede k narušení motorických a asociačních drah. Mezi typické zástupce subkortikálních demencí řadíme:*
 - *Vaskulární demence*
 - *Demence při Parkinsonově chorobě*
 - *Normotenzní hydrocefalus*
 - *Vzácné neurodegenerativní demence*
 - *Wilsonova nemoc*
3. *Demence s lokalizovanými neurologickými příznaky*

(Bartoš, Hasalíková, 2010, str. 24, 26)

2.3 Rizikové faktory demencí

Hlavní příčinou demencí je progredující onemocnění mozku. Podle lokalizace chorobných změn a jejich charakteru se určuje, o jaký konkrétní typ demence se jedná. (Cséfalvay, Lechta, 2013)

V centru zájmu jsou přirozeně rizikové faktory, které mohou vést ke vzniku demence. Z výsledků mnoha epidemiologických studií bylo potvrzeno, že věk vcelku logicky patří do skupiny rizikových faktorů. Dalším rizikovým faktorem, zejména u Alzheimerovy či vaskulární demence, je ženské pohlaví. Některé další studie uvádějí, že u lidí negramotných či méně vzdělaných je větší prevalence demencí. Do skupiny rizikových faktorů patří také *„úrazy hlavy; deprese; dlouhodobé hladovění; zvýšená expozice určitým látkám v prostředí, hlavně hliníku, nebo organickým rozpouštědlům; zvýšené užívání některých léků, zejména analgetik obsahujících fenacetin“*. Velice kontroverzně se jeví faktor nekouření, přičemž se zvažuje, že by kouření stimulací tzv. *„cholinergní transmise“* mohlo působit dokonce protektivně. Podle kritiků je to však způsobeno tím, že kuřáci s rizikem demence Alzheimerova typu mají mnohem větší mortalitu než nekuřáci s rizikem tohoto onemocnění, a proto se v podstatě velká část z nich demence nedožije. (Hrdlička, Hrdličková, 1999, str. 36)

Není taktéž pochyb, že ve vzniku a vývoji demence hrají důležitou roli genetické faktory. Bylo dokázáno, že u přímých příbuzných osoby trpící demencí existuje více než dvakrát vyšší riziko vzniku této nemoci (Buijssen, 2006). Hrdlička a Hrdličková (1999) uvádějí, že jestliže trpěli demencí dva a více členové rodiny, tak dochází ke zvýšení rizika až 7,5krát. S rostoucím věkem nástupu nemoci u postižených členů rodiny však toto riziko klesá.

2.4 Projevy demence

Demence se projevuje různými způsoby. Do života nemocného se často promítají vleklé problémy, nesoulad či rodinné neshody. U postiženého se setkáváme s podezíravostí, panovačností, agresivitou a dalšími projevy. Je nutné, aby se lidé, kteří pečují o člověka s demencí, přizpůsobili jeho schopnostem, zejména musí změnit komunikační schéma, což pro některé může být velmi obtížné. (Bartoš, Hasalíková, 2010)

Dle Jiráka se u demencí vyskytují tři vzájemně se prolínající okruhy postižení:

- *Postižení kognitivních funkcí*
- *Postižení aktivit denního života*
- *Behaviorální a psychologické příznaky demence*

(Jirák, Holmerová, Borzová a kol, 2009, str. 22)

2.4.1 Postižení kognitivních funkcí

Povaha kognitivních ztrát se u lidí s demencí liší v závislosti na druhu tohoto onemocnění a liší se také od osoby k osobě (Zgola, 2003). Většina demencí, především kortikálních a kortiko-subkortikálních, se ze začátku projevuje poruchami paměti. Najdou se však i výjimky. Některé frontotemporální demence (např. Pickova choroba) zpravidla začínají poruchami chování. Subkortikální demence, kam řadíme třeba demenci při Parkinsonově chorobě, začínají obvykle narušením exekutivních funkcí. Postižení pak nedokáže naplánovat a provést složitější úkony. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Zgola (2003) dodává, že kromě již zmíněných postižení se u lidí trpících syndromem demence můžeme obecně setkat s problémy v oblasti pozornosti, poruchami jazyka, zhoršením v jejich vnímání a prostorové orientaci, poruchami ve vhledu, úsudku, a abstrakci a dalšími poruchami vyplývajícími z postižení kognitivních funkcí.

2.4.2 Postižení aktivit denního života

Postižení aktivit denního života (např. péče o sebe sama, profesionální dovednosti apod.) je přímo úměrné tíži demence. Nejdříve dochází k výpadkům u složitějších profesních aktivit, posléze se porucha rozšiřuje na tzv. „*instrumentální aktivity denního života*“, kam patří třeba schopnost hospodařit s penězi. V pokročilých fázích demence jsou narušeny i „*bazální aktivity denního života*“, tedy osobní hygiena, schopnost samostatně se najíst, obléci se či vysvléknout. U těžkých stádií demencí nejsou nemocní schopni například udržet moč a stolicí. Jsou tedy odkázáni na péči okolí, ať už rodiny, pečovateli či ústavů. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, str. 22)

2.4.3 Behaviorální a psychologické příznaky demence

Důležitou součástí syndromu demence, která v mnohých případech vede k institucionalizaci pacienta, jsou behaviorální a psychologické příznaky. Ty zahrnují „*poruchy chování (nepřiměřené chování), psychotické symptomy, emoční poruchy vázané na demenci, a*

také poruchy spánku, resp. cyklu spánek - bdění“ (Jirák et al., 2013, str. 222). Poruchy chování mohou být různé povahy. Často se setkáváme se stavy neklidu (např. u pacientů s Alzheimerovou chorobou či demencí s Lewyho tělísky). V některých případech může být neklid neustálý, a to drobný, ale i výraznějšího charakteru. Objevují se i stavy silného neklidu, který může i nemusí být spojený s agresivním chováním. Jako příklad můžeme uvést napadání osob v okolí, nadávání, úteky z domova, ničení věcí apod. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Poměrně časté jsou různé psychotické symptomy. U demencí s Lewyho tělísky se vyskytují téměř pravidelně - zejména v noci, kdy mívají podobu vizuálních či komplexních halucinací. Psychotické příznaky se většinou vyskytují nepravidelně, bývají přechodné či prchavé. Nejčastěji jde o zrakové halucinace, které mohou být jen elementárního charakteru. Setkat se však můžeme i s komplexními halucinacemi, které vtahují pacienta do děje. Dále se mohou vyskytovat bludy, většinou paranoidně-perzekuční s nesystematickým a měnlivým obsahem, jindy s velmi jednoduchým obsahem - pacient má pocit, že mu někdo např. krade peří z peřin apod. (Jirák et al., 2013)

Součástí demencí nejsou deliria, často se však u pacientů objevují. Setkáváme se s nimi především u demencí s Lewyho tělísky. Pokud se deliria vyskytují příliš často, je potřeba vypátrat vyvolávající příčiny, mezi které nejčastěji patří tělesné poruchy, nevhodně zvolená medikace, psychosociální stres aj. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Jako přidružené se u demencí objevují také emoční poruchy. Časté jsou deprese, u Alzheimerovy choroby se vyskytují u 20-50 % osob. Symptomy deprese mohou být hůře rozpoznatelné, mnohdy totiž splývají se syndromy demence. U lehčích demencí jsou to zejména somatické potíže, sebepodceňování či pocity viny. Objevuje se psychomotorický útlum spojený s úbytkem energie. Poměrně často dochází k poruchám spánku, zejména časné ranní probuzení, a ztrátám chuti k jídlu. U těžších demencí bývají tyto příznaky často přehlédnuty. (Jirák et al., 2013)

Taktéž Růžička rozděluje demenci do tří základních podskupin:

- *Kognitivní poruchy*
- *Poruchy chování*
- *Omezení při každodenních činnostech*

Někdy se pro tyto podskupiny užívá zkratka „A-B-C“ (z anglického „*Activities of Daily Life, Disorders of Behaviour and Cognition*“). (Růžička et al., 2003, str. 23)

Dále pak uvádí příznaky demence podle jednotlivých podskupin:

Tabulka 1.2: *Příznaky demence* (Růžička et al., 2003, str. 24)

Kognitivní poruchy <ul style="list-style-type: none">• Poruchy paměti a učení, orientace, úsudku a myšlení• Poruchy exekutivních funkcí• Poruchy korových funkcí (afázie - agnozie - apraxie)
Poruchy chování <ul style="list-style-type: none">• Změny osobnosti, sociálně nepřijatelné chování• Změny emotivity, deprese a úzkost, halucinace a bludy• Podrážděnost, agresivita, apatie, změny spánkového rytmu
Omezení při běžných činnostech <ul style="list-style-type: none">• Komplexní činnosti (zaměstnání, řízení auta apod.)• Domácí práce• Sebeobsluha, kontinence, chůze

2.5 Stádia demence

Pro zjištění hloubky demence bylo vypracováno mnoho stupnic. Mezi ně patří sedmičlenná stupnice Reisbergovy skupiny z roku 1982. Tato stupnice se jeví jako dostatečně podrobná i přesná. Podle ní rozlišujeme následující stádia:

1. *Bez postižení kognitivních funkcí*
2. *Počínající postižení kognitivních funkcí* - klient má problémy s pamětí v následujících směrech:

Zapomíná, kde odložil předměty, které běžně používá. Vypadávají mu jména pro něj známých lidí.
3. *Lehké postižení kognitivních funkcí* - u klienta se objevují funkční poruchy zejména v těchto směrech:

Ocitne.li se postižený v místě pro něj neznámém, bývá zmatený. Kolegové si u něj začínají všimnout snížení výkonu. Okolí tohoto člověka zaregistruje obtíže při hledání slov či vybavování jmen. Při čtení z knih či jiných textů si pamatuje jen zlomek podrobností.

Špatně si vybavuje jména lidí, se kterými se poprvé setkal. Dále ztrácí předměty vyšší hodnoty, popř. je uschová na místa, která si posléze nepamatuje. V průběhu klinických testů je často u něj patrná porucha soustředění.

4. *Středně těžké postižení kognitivních funkcí* - vyskytují se poruchy v těchto oblastech:

U takto nemocného člověka dochází ke zúžení povědomí o současném a minulém dění. Velké potíže představuje počítání z hlavy, na které se postižený nedokáže soustředit. Často se špatně orientuje v čase a k dezorientaci dochází taktéž v pro něj neznámém prostředí. Neobvyklé nejsou ani problémy s poznáváním známých lidí. Navíc u tohoto člověka vážne každodenní péče o sebe sama.

5. *Pokročilé postižení kognitivních funkcí* - klient již není schopen samostatného života bez pomoci, je dezorientovaný v čase. Dokáže si vzpomenout na své jméno, svých dětí, partnera. Jídlo zvládá samostatně, stejně tak i cestu na toaletu.
6. *Těžké postižení kognitivních funkcí* - klient není schopen vybavit si jména známých osob. Potřebuje pomoc s péčí, může být inkontinentní. Může se u něj objevit neklid, bludy, úzkost, útočné chování proti cizím apod.
7. *Velmi těžké postižení kognitivních funkcí* - pacient přestává prakticky mluvit, vydává jen zvuky, nemůže chodit, je inkontinentní.

(Mühlpachr, 2009, str. 52, 53)

Jinou stupnici, která je mezinárodně možná ještě rozsáhlejší, vytvořil v roce 1982 Hughes a kolektiv. Zaměřuje se na vyšetření „*paměti, orientace, úsudku a řešení problémů, zvládání společenských záležitostí, chování doma, osobních zájmů a koníčků, osobní péče.*“ (Koukolík, Jirák, 1999, str. 18)

Tato stupnice rozlišuje následující stupně:

1. *Stupeň 0 - zdraví*

Kromě malých, nekonstantních výpadků nedochází k porušení paměti. Klient nemá problémy s orientací, zvládá řešit každodenní problémy, pečuje o sebe, je nezávislý na svém sociální okolí. Jeho osobní život není dotčen.

2. *Stupeň 0,5 - podezření na demenci*

Lehká zapomnětlivost, pacient nemá potíže s orientací, objevují se první problémy s rozhodnutím o podobnostech a rozdílnostech. Dochází k mírnému narušení osobního života.

3. *Stupeň 1 - lehká demence*

Čerstvé události si klient těžce uchovává v paměti, dochází k narušení orientace v čase, složitější problémy není schopen bez potíží řešit, dochází k narušení péče o sebe sama, potřebuje povzbuzení.

4. *Stupeň 2 - střední demence*

Velmi rychle zapomíná nové poznatky, má potíže s orientací v čase i místě, mimo domov není schopný vykonávat samostatnou činnost, bez pomoci nezvládá hygienu a oblékání.

5. *Stupeň 3 - těžká demence*

Zbývá mu jen útržky paměti, nezvládne řešit jakýkoliv problém či usuzovat. Je vázán na pomoc ostatních s oblékáním a hygienou, často se u něj objevuje inkontinence.

(Koukolík, Jirák, 1999, str. 18, 19)

Kromě zmíněných stádií demence se v odborné literatuře rovněž setkáme se zjednodušenou formou, která rozděluje demenci podle symptomatologie do tří stádií:

1. *Mírná demence*

Dochází k mírnému snížení paměti, což vede k drobným problémům při běžných denních činnostech, jedinec je však schopný soběstačnosti. Postižení tkví v horším zapamatování nových paměťových obsahů či ztracení věcí.

2. *Středně těžká demence*

Paměť je narušena do té míry, že ovlivňuje schopnost soběstačnosti. Z důvodu narušení paměti ve všech jejích složkách nejsou postižení schopni vykonávat jakoukoliv smysluplnou činnost.

3. *Těžká demence*

Bez pomoci svého okolí nejsou postižení schopni existence. Paměť je velmi těžce porušena ve všech složkách.

(Mühlpachr, 2009, str. 54, 55)

3 KOMUNIKACE ČLOVĚKA S DEMENCÍ

3.1 Definice komunikace

Logopedický slovník definuje komunikaci jako „*přenos různých informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů, zejména prostřednictvím jazyka či jako výměnu informací, sdělování, a dorozumívání.*“ (Dvořák, 1998, str. 85)

Jak naznačuje etymologie tohoto slova, tak původní rozumění pojmu komunikace bylo široké. S odvoláním na latinský původ slova, kdy „*communicatio*“ původně znamenalo „*vespolné účastnění*“ a „*communicare*“ „*činit něco společným, společně něco sdílet*“, definoval Hausenblas v roce 1971 komunikaci jako „*obcování lidí, společné podílení se na nějaké činnosti ve vzájemném kontaktu.*“ Nejedná se tedy jen o přenos, ale také o podílení se druhých i třeba jejich účastí. (Vybíral, 2000, str. 17)

Podle Janovcové (2010) bychom mohli komunikaci jednoduše vyložit jako výměnu různých obsahů informací minimálně mezi dvěma, ale i více jednotlivci či skupinami. Slowík (2010) upozorňuje na skutečnost, že komunikace neznamena pouze technickou výměnu informací, ale tím, jak je vedena, svědčí o našem vzájemném vztahu a způsobu vycházení s ostatními lidmi.

Podle Klenkové (2006, str. 25) se komunikací obecně rozumí lidská schopnost „*užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů.*“ Komunikace významným způsobem ovlivňuje rozvoj osobnosti, hraje důležitou roli v mezilidských vztazích, slouží jako prostředek vzájemných vztahů. V nejširším slova smyslu můžeme komunikaci vyložit jako výraz interakce, tj. vzájemné a oboustranné ovlivňování mezi dvěma či více systémy. Jejím prostřednictvím dochází k přenosu informací, které ovlivňují subjekty na komunikaci se podílející.

Cílem komunikace je kromě vzájemného dorozumívání a sdělování informací především vytváření mezilidských vztahů a jejich následné udržování a pěstování. Její přínos pro lidský život nebude nikdy možné dostatečně ocenit. Bez komunikace by nemohla existovat žádná společnost, natož pak se vyvíjet. Pro existenci a organizaci každé společnosti je komunikace základním procesem. (Klenková, 2006)

V obecné rovině můžeme tedy chápat komunikaci jako složitý proces výměny informací,

jehož základ tvoří čtyři stavební prvky, které se navzájem ovlivňují:

- *komunikátor* - zdroj informací, osoba sdělující něco nového;
- *komunikant* - příjemce informací;
- *komuniké* - obsah sdělení, nová informace;
- *komunikační kanál* - kód, který je nezbytnou podmínkou pro úspěšnou výměnu informací.

(Klenková, 2006, str. 26)

Kromě toho rozlišujeme šest fází, na nichž komunikace probíhá:

1. *ideová geneze* - vzniknutí myšlenky, názoru, nápadu;
2. *zakódování* - vyjádření myšlenky ve slovech, znacích symbolech či pohybech;
3. *přenos* - vedení vysílaného obsahu od vysílajícího k příjemci;
4. *příjem* - okamžik doputování symbolů k příjemci;
5. *dekódování* - proces příjemcovy interpretace, výkladu symbolů;
6. *akce* - činnost, kterou v příjemci vyvolá přijatá zpráva, využití informace.

(Klenková, 2006, str. 28)

Přijímání, dekodování a převádění sdělení do mentálních struktur adresáta nazýváme recepcí. Jedná se o aktivní proces, který je předcházen a následně doprovázen percepcí neboli vnímáním (Klenková, 2006). Pokorná (2010) uvádí, že při výměně informací může dojít na jednotlivých úrovních komunikačního řetězce k poškození, poruše, nedokonalosti: k nesprávné interpretaci (misinterpretaci), nepochopení či různým komunikačním bariérám.

Každá komunikační výměna plní zpravidla jednu funkci, která může být více či méně zjevná, a ke každému z komunikačních aktů je člověk více či méně skrytě motivován. Komunikace dostává smysl tehdy, dojde-li ke zrealizování funkce. Tím řečené či jinak sdělené nabývá pro člověka jistý význam. Rozlišujeme čtyři hlavní funkce našeho komunikování:

1. *informovat (informativní funkce)* - oznámit, prohlásit, předat zprávu, doplnit jinou...
2. *instruovat (instruktážní funkce)* - dát recept, zasvětit, navést...
3. *přesvědčit, aby adresát (po)změnil názor (persuazivní funkce)* - zmanipulovat, ovlivnit...
4. *pobavit (zábavní funkce)* - rozveselit sebe či někoho druhého, rozptýlit...

(Vybíral, 2000, str. 22, 23)

3.1.1 Verbální a neverbální komunikace

Neubauer (1997, str. 6) zmiňuje tzv. „*mezilidské komunikativní chování*“, které je dle něj vedeno s cílem realizace vzájemného sdělování a dorozumění. Pro člověka je specifická verbální, tedy slovní komunikace, která je zabezpečena především mluvenou orální řečí nebo psaným verbálním projevem. Velmi důležité jsou taktéž prostředky neverbální komunikace, které doplňují obsah verbálního sdělení. Tutéž roli, ale pro psaný projev, mají symboly vázané na určité věcné obsahy.

Verbální komunikace je charakterizována jako „*využívání slov jako symbolů a znaků neboli kódů nejen k předávání informací, ale i myšlenek, sdílení, zkušeností a zážitků, validaci (ověření) mínění druhých a vnímání vysílaných symbolů a vnímání okolního světa*“ (Pokorná, 2010, str. 16). Dle Vybírala (2000, str. 85, 86) můžeme verbální (slovní) komunikaci definovat jako dorozumívání se jedné či více osob prostřednictvím slov či jiných znakových symbolů. U komunikace jedné osoby lze jako příklad uvést samomluvu či vnitřní řeč k sobě. Slovní komunikaci rozumíme „*výběr, kombinování a produkci jazykových znaků, proces vzájemného sdělování, percepce (vnímání) a recepci (příjem) slovních sdělení a porozumění jim*“.

Klenková (2006) dodává, že slova však nepatří mezi jediné prostředky sdělování. Při komunikaci hrají důležitou roli taktéž mimoslovní prostředky. V tomto případě mluvíme o neverbální komunikaci, jež zahrnuje veškeré prostředky neslovní podstaty. Tato komunikace je fylogeneticky i ontogeneticky starší, je více srozumitelná a má větší výpovědní hodnotu.

Mezi základní složky neverbální komunikace řadíme:

- *viziku* - vzájemné pohledy, kontakt očí, délka očního kontaktu, využíváme ji zejména k vyjádření chuti či nechuti komunikovat a být v sociální interakci s druhou osobou;
- *mimiku* - pohyby tzv. hlavního neverbálního komunikačního trojúhelníku, tj. očí, úst a nosu, nejčastěji slouží k vyjádření emocí, nálad či afektů;
- *kinetiku* - celkový pohyb těla;
- *gestiku* - pohyby rukou, v některých odborných zdrojích jsou taktéž zmiňovány pohyby nohou a celých dolních končetin;
- *haptiku* - dotyky, poplácávání, podávání rukou, souvisí zejména s vyjádřením účasti, podpory či pochopení;
- *chronemiku* - strukturování, vyjadřování a užívání času vůči jiným lidem;
- *proxemiku* - vzdálenost od partnera;

- *posturologii* - poloha těla, rukou, nohou apod.;
- *teritorialitu* - velikost prostoru, kterou si člověk kolem sebe vytvoří a do které nechá vstoupit jen toho, koho si přeje;
- *paralingvistiku* - síla, intenzita, intonace či zabarvení hlasu, rychlost a plynulost řeči;
- *jiné znaky* - oděv, vůně - olfaktorická (čichová) komunikace, písmo, jednání, skutky atd.

(Pokorná, 2010, str. 29, 30)

3.2 Narušená komunikační schopnost

O narušené komunikační schopnosti člověka mluvíme tehdy, když se „*některá rovina jeho jazykových projevů, případně několik rovin současně, odchyluje od zažitých norem daného jazykového prostředí do té míry, že působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru*“ (Lechta, 1990, str. 19). Ze současného psycholingvistického pohledu se jedná o situaci, ve které produktor (vysílatel) vysílá řečový signál k recipientovi (příjemci), přičemž narušená komunikační schopnost produktora působí při dekodování tohoto signálu na recipienta interferenčně, rušivě. (Nebeská, 1992)

Při vymezení narušené komunikační schopnosti mluvíme především o těchto jazykových rovinách: foneticko-fonologická, morfologicko-syntaktická, lexikálně-sémantická či pragmatická (Lechta, 2003). Narušení komunikační schopnosti se netýká pouze mluvené řeči, ale postihuje také její grafickou formu, mimoslovní prostředky, a dokonce i netradiční komunikační kanály (Slowík, 2007). Lechta (1990) dodává, že narušení může být trvalé nebo přechodné. Projevit se může jako vrozená či jako získaná porucha řeči. Co se týče celkového klinického projevu, tak narušená komunikační schopnost buď dominuje, tj. je hlavním, vedoucím symptomem, nebo je symptomem jiné dominující poruchy, narušení či onemocnění. Dle stupně narušení komunikační schopnosti může být narušení úplné (totální) nebo částečné (parciální). Člověk s tímto druhem narušení si může tento stav uvědomovat, ale také nemusí.

Příčiny narušené komunikační schopnosti jsou různé. Při jejich dělení se nahlíží zejména na časové hledisko a hledisko lokalizační. Podle časového hlediska rozdělujeme příčiny na prenatální, perinatální, postnatální. K nejčastějším příčinám z hlediska lokalizačního řadíme „*genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánová poškození receptorů (receptivní nebo impresivní poruchy - poruchy rozumění řeči), poškození centrální části*

(poruchy fatické, narušení nejvyšších řečových funkcí), poškození efektorů (narušení expresivní složky řeči, poruchy řečové produkce), působení nevhodného, nepodnětného, nestimulujícího prostředí, narušení sociální interakce“ (Klenková, 2006, str. 54).

Klenková (2006) uvádí, že se od 90. let využívá v české odborné literatuře a logopedické praxi klasifikace narušené komunikační schopnosti dle symptomu, kterou ve svých publikacích popisuje Lechta. Narušenou komunikační schopnost dělí do 10 základních kategorií:

1. *vývojová nemluvnost - dysfázie*
2. *získaná orgánová nemluvnost - afázie*
3. *získaná neurotická nemluvnost - mutismus, elektivní mutismus, surdomutismus*
4. *narušení zvuku řeči - palatolálie*
5. *narušení plynulosti řeči - koktavost, breptavost*
6. *narušení článkování řeči - dyslálie, dysartrie*
7. *narušení grafické stránky řeči - dysgrafie, dyslexie, dyskalkulie*
8. *symptomatické poruchy řeči - doprovázející jiné dominující postihnutí*
9. *poruchy hlasu*
10. *kombinované poruchy řeči*

(Lechta, 1990, str. 21)

3.3 Narušená komunikační schopnost u osob s demencí

U syndromu demence dochází k celé řadě duševních poruch, které se zřetelně projevují úbytkem kognitivních funkcí, především paměti a intelektu. Kromě zmíněných kognitivních poruch patří mezi nejčastěji uváděné symptomy také poruchy chování, často se vyskytující psychické poruchy a v neposlední řadě také poruchy řečové i neverbální komunikace s okolím (Neubauer, Dobias, 2014). Neubauer (1997) uvádí, že všechny typy a stádia demence jsou doprovázeny poruchami komunikace. Liší se však svými projevy a intenzitou. Nejčastěji se jedná o poruchy kontaktu s okolím, poruchy řeči, jazykového vyjadřování či porozumění verbálnímu projevu a jsou také spojeny s poruchami čtení a psaní. Právě tyto poruchy jsou důležitým ukazatelem uváděným v lékařské i psychologické diagnostice demence.

Pro pochopení a diagnostiku poruch řečové komunikace u osob s demencí lze na základě stávajících zkušeností a diagnostických a terapeutických aplikací shrnout problematiku oblastí:

1. Jeví se jako vhodné zahrnout většinu komunikačních poruch, které doprovázejí syndrom demence, pod pojem kognitivně-komunikační poruchy, jelikož hlavní příčinou řečových poruch je dominantní postižení kognitivních a intelektových schopností. Dále je nutné uvést další poruchy na bázi inervace CNS (zejména dysartrii), které koexistují s kognitivně komunikačními poruchami. Řada osob s Parkinsonovou nemocí trpí na základě vzniku syndromu demence koexistencí dysartrie a kognitivně-komunikační poruchy, jenž u těchto osob vyvolává projevy závažné progredující dysartrie provázené poruchou polykání.
2. U degenerativně-atrofických chorob mozku, kam řadíme např. Alzheimerovu nemoc, jsou běžnou součástí projevy poruch fatických funkcí, apraxie a agnozie, jež nelze hodnotit jako izolovanou poruchu řečové komunikace. Z tohoto důvodu je užíváno výrazu afázie při demenci či jazykové poruchy s demencí.
(Neubauer, Dobias, 2014)

Probíhá však diskuze, jestli je vhodné označovat jazykové deficity při demenci právě termínem afázie. Mezi těmito dvěma klinickými jednotkami totiž existuje několik odlišností, jako např. poruchy komunikace u demence mají pomalejší vývoj, zatímco při afázii vznikají zpravidla náhle; v rámci demence mají poruchy progredující charakter, u afázie je klinický obraz mnohem více stabilnější; u demence se většinou jedná o rozptýlenou atrofii mozku, při afázii jde naopak o ložiskové, dobře ohraničené léze; u afázie je zachován intelekt (případně jiné kognitivní funkce), avšak při demenci je intelekt narušen aj.
(Csefalvay, Lechta, 2013)

3.3.1 Projevy NKS při demenci

Při demenci obecně dochází k narušení jednotlivých jazykových rovin, kdy se objevují deficity v oblasti foneticko-fonologické, lexikálně-sémantické či morfologicko-syntaktické. Tyto deficity se mohou promítnout do jazykových procesů na úrovni slova, věty i textu.
(Lechta, Cséfalvay, 2013)

Nejčastěji se při popisu klinického obrazu demence na úrovni slova zmiňují zejména procesy fonologické (zvukové) a sémantické (významové). Narušuje se tedy významová nebo formální stránka slova. V souvislosti se zvukovou (formální) rovinou rozlišujeme dimenzi fonologickou a fonetickou, ve kterých dochází k určitým změnám. Mohou se objevovat jemné

odchylky ve smyslu nepřesné artikulace (dysartrie), apraxie řeči a problémy s plynulostí řeči. Narušuje se také zvuková stránka slova, kdy mohou být přítomny „*fonologické parafráze*“, tedy zaměňování některých zvuků. U vážnějších narušení se objevují obtížně rozpoznatelná slova, někdy až neologismy. Deficitní jsou také procesy jako porozumění mluvené řeči, opakování slov, pojmenování obrázků a spontánní řeč. Typickým projevem narušení významové stránky slova jsou „*sémantické parafráze*“, při kterých pacient vysloví úplně jiné slovo, než se od něj očekává. Dochází také k narušení znalosti pojmů. (Lechta, Cséfalvay, 2013, str. 152, 153)

V rámci deficitů na úrovni vět pozorujeme u některých typů demence agramatismus. Dochází také k narušenému porozumění vět, přičemž v pozadí tohoto narušení stojí s největší pravděpodobností deficity v kognitivních procesech. Mezi velmi významné faktory, které ovlivňují větnému porozumění při demenci, patří syntaktická složitost věty a věk osvojení si dané struktury. (Lechta, Cséfalvay, 2013)

Deficitům na úrovni textu se ve výzkumech věnuje jen malá pozornost. Předpokládají se však vysoké nároky na exekutivní funkce. Mezi projevující se příznaky deteriorace na úrovni textu patří narušení schopnosti vytvářet informativní a koherentní příběhy, ve kterých je navíc často narušeno odkazování pomocí zájmen a jejich interpretace (Lechta, Cséfalvay, 2013).

Na základě jednotlivých typů demence se můžeme setkat s následujícími poruchami, které ve své publikaci popisuje Neubauer (1997):

1. Kortikální demence na podkladě:

- Alzheimerovy choroby - oproti řeči, která je motoricky postižena až pozdně, dochází k časnému narušení pragmatické a sémantické jazykové schopnosti. Postižení syntaxe a fonologie mluvy se projevuje od středně závažného stadia choroby.
- Pickovy nemoci - v oblasti syntaxe dochází k postupnému zhoršování jazykových schopností, objevují se poruchy auditorního rozumění, anomie, mluva je zdlouhavá a váhavá

2. Subkortikální demence na podkladě:

- Parkinsonovy nemoci - dochází k motorickému postižení řeči, jazykové schopnosti jsou narušeny minimálně, obvyklým projevem je také slabý dyšný hlas s neobvyklým zabarvením a výškou.
- Huntingtonovy nemoci - s celkovou progresí onemocnění dochází ke zhoršení jazykových schopností v oblasti pojmenování a schopnosti pronášení delších sekvencí

mluvy. V závislosti na progresi nemoci se také zhoršuje schopnost řazení částí mluvy a jejich následná organizace do větných celků.

3. Smíšená demence na podkladě:

- Vaskulární demence - dle umístění a rozsahu lézí dochází k možným jazykovým i motorickým poruchám. V pozdní fázi se často objevuje mutismus.
- Creutzfeldt-Jakobovy nemoci - přítomnost afázie, apraxie a posléze také i agnozie v pozdním stádiu nemoci.

4. Diferenciální - zaměnitelné syndromy:

- Afázie po cévní mozkové příhodě - na různých slovních úrovních, bez dominantních poruch paměti či kognice, dochází k poruše jazykové funkce.
- Pozvolná progredující afázie - čistá slovní hluchota a anomie, nedochází k motorickému narušení řeči.
- Deprese - řeč je pomalá, s utlumenou intonací, barvou či intenzitou projevu. Objevují se problémy s hledáním slov.

Jak již bylo zmíněno, tak zkušenosti z klinické praxe ukazují, že se u klientů s demencí společně s poruchami řeči, jazyka a komunikace objevují také deficity v kognitivních procesech, které mohou negativním způsobem ovlivnit jazykové a řečové funkce. Na základě těchto zkušeností byla vypracována koncepce kognitivně-komunikačních poruch:

- pozornost - dochází ke sníženému porozumění mluvené řeči a čtenému textu; řeč je zmatená či obsahově neadekvátní; potřeba opakování instrukcí nebo otázek; schopnost udržet téma v konverzaci je na velmi slabé úrovni;
- zpracování informací - deficity při čtení a psaní; vnímání intonace a výrazů tváře je narušené; vnímání klíčů pro rozpoznání tématu či hlavní myšlenky je taktéž narušené;
- organizace podnětů a informací - dezorganizovaný jazyk; rozpoznání hlavních myšlenek a jejich zapojení do kontextu je narušené; postižený se ztrácí v detailech, nevnímá relevantní klíče; není schopný shrnout obsah;
- paměť - dochází k narušení porozumění mluvenému a čtenému; vybavování slov je narušené; člověk není schopný plnit složitější instrukce; nedokáže propojit starou informaci s novou; jeho jazykové projevy jsou nekohezní a nekoherentní;
- myšlení - chápání abstraktních pojmů je narušené; sociální komunikace se narušuje; postižený není schopný argumentovat; nerozumí slovnímu humoru a obraznému jazyku;

dochází u něj k narušení abstraktního učení; nedodrží kroky při plnění úkolů; není schopný vykonávat matematické operace;

- exekutivní funkce - schopnost plnit instrukce či seřadit kroky úkolů je limitovaná; dochází ke snížení iniciace otázek; postižený není schopen plánovat; jeho schopnost monitorovat nepřiměřené chování, emoce, reakce je snížena; nedokáže pohotově dokončit úkoly atd.

(Cséfalvay, Lechta, 2013)

3.4 Zásady komunikace s osobami s demencí

Schopnost komunikace je jednou z hlavních podmínek pro úspěšné začlenění člověka do jeho sociálního prostředí a také navázání a udržení vztahů. Prostřednictvím komunikace předáváme svá sdělení jiným a v opačném případě přijímáme jejich sdělení. V důsledku onemocnění demencí však dochází k výraznému narušení této schopnosti. Člověk může být kvůli nedostatečné komunikaci izolován, i když je fyzicky obklopen lidmi, a právě tomu by měla pečující osoba zabránit. I v pokročilých stádiích demence není schopnost komunikace zcela zničena, stále je možné nacházet jiné formy komunikace, které můžeme u tohoto člověka využít. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Pokud komunikujeme s člověkem postiženým demencí prostřednictvím verbální komunikace, jeví se jako vhodné znát a používat zásady, které vedou k maximalizaci účinku komunikace s tímto jedincem. Mezi tyto zásady patří:

- klidné a vstřícné užívání faciální exprese a výrazu tváře;
- zaujetí klidného a neagresivního tělesného postoje při kontaktu;
- přiblížení do zorného pole druhé osoby a použití jemného dotyku pro získání pozornosti a uklidnění;
- odstranění veškerých rušivých zvukových a zrakových elementů, které by mohly mít negativní vliv na průběh komunikace;
- pro maximální porozumění je vhodná komunikace pouze s jednou osobou, ne s více osobami najednou;
- snaha navázat oční kontakt při komunikaci, který vede ke zlepšení pohotovosti a schopnosti naslouchat;
- jasná a přímá mluva bez složitého vysvětlování a v krátkých větách;

- výrazná artikulace, pomalé tempo mluvy;
- užívání přímých pojmenování a vyhýbání se častému užívání zájmen zastupujících konkrétní pojmenování osob a věcí;
- používání spíše uzavřených otázek typu ano - ne, které napomáhají porozumění;
- mluvení spíše o přítomných věcech, které lze ukázat;
- využívání nápověd a pomůcek (kontextuálních či verbálních písemných) pro navýšení sdělované informace či úprava prostředí viditelnými nápisy nebo symboly (piktogramy, šipky, barevná vodítka aj.);
- jasné upozornění, že odcházíme pryč;
- neznevažování osoby s demencí, se kterou mluvíme jako s ostatními dospělými lidmi.

(Škodová, Jedlička, 2007)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 KOMUNIKAČNÍ SCHÉMA OSOB SENIORSKÉHO VĚKU S DEMENCÍ

4.1 Cíle a metodologie výzkumu

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou dopady narušené komunikační schopnosti u člověka seniorského věku vzniklé působením syndromu demence na okolí této osoby. Zjišťovaly se negativní vlivy syndromu demence v oblasti komunikace vybraného jedince a jejich následné dopady zejména na ošetrovatelskou činnost a vztah s rodinnými příslušníky. Výzkum byl prováděn u jedné z klientek obecně prospěšné společnosti Domovinka Němčičky.

Pro výzkum byla stanovena základní otázka:

- **Jaké jsou dopady narušené komunikační schopnosti u člověka seniorského věku vzniklé působením syndromu demence na okolí této osoby?**

Hlavní výzkumná otázka byla doplněna několika dílčími podotázkami:

- **Jaké jsou hlavní komunikační nedostatky zkoumané osoby a jak se projevují?**
- **Co představuje největší obtíže vyplývající z narušené komunikační schopnosti při práci ošetrovatele s touto osobou?**
- **Jakou formou probíhá komunikace při zajišťování základních lidských potřeb mezi ošetrovatelem a zkoumanou osobou?**
- **Jak se projevuje narušená komunikační schopnost ve vztahu zkoumané osoby a jejích rodinných příslušníků?**

4.2 Metoda sběru dat

Výzkumné šetření bylo provedeno prostřednictvím kvalitativního výzkumu, v rámci kterého byla vypracována případová studie jako jedna z využívaných metod. Výzkum byl uskutečněn ve dnech od 19. do 23. 2. 2018 v obecně prospěšné společnosti Domovinka Němčičky u klientky, která se již několik let potýká s Alzheimerovou chorobou. Nejdříve nás tato studie seznamuje se stručným životopisem zkoumané osoby, poté následuje popis projevů Alzheimerovy choroby od jejich propuknutí až po dnešní stav, a to nejenom v oblasti komunikace. Osobní a zdravotní dokumentace, jakožto i další relevantní informace, ze kterých byla následně sestavena tato případová studie, byly velkoryse poskytnuty Domovinkou a jejími zaměstnanci. Pro zachování diskrétnosti byla záměrně změněna jména všech figurujících osob.

Součástí případové studie je taktéž rozhovor s ošetřovatelkou Domovinky, která soustavně pracuje s klientkou, na niž je výzkumné šetření soustředěno. Jedná se o polostandardizovaný rozhovor, který byl rozdělen do dvou částí - nejprve se zaměřuje obecně na osoby postihnuté syndromem demence v tomto zařízení, poté se již plně soustředí na zkoumanou osobu. Otázky v rozhovoru vycházely z dílčích podotázek a v jeho průběhu došlo k jejich doplnění několika dalšími dotazy, které se snažily korespondovat se stanoveným cílem.

4.3 Charakteristika vybraného zařízení

Kvalitativní výzkum byl proveden ve společnosti Domovinka Němčičky. Tato obecně prospěšná společnost vznikla 23. října 2012 za účelem poskytování sociální služby seniorům a zdravotně postiženým. Jejím zakladatelem je obec Němčičky. Své služby poskytuje v prostorách bývalé fary, kterou nechala obec v roce 2009 zrekonstruovat. Tím zde vybudovala zařízení, které pojme 10-15 lidí. Šesti zájemcům může posloužit k celodennímu pobytu. Všichni klienti mají k dispozici společenskou místnost, jídelnu, WC a koupelnu. Pro klienty, kteří využívají celodenní péči, jsou zde 2 pokoje po 3 lůžkách. Domovinka byla úmyslně budována jako malé zařízení, aby zde měli klienti pocit domácího prostředí. Okolí Domovinky navíc lemuje krásná příroda, kterou mohou klienti využívat k chození na procházky. Hlavní prioritou této společnosti je, aby senioři a zdravotně postižení prožili důstojné a plnohodnotné stáří.

Činnost Domovinky je rozdělena na odlehčovací služby a denní stacionář. V rámci prvně zmiňované činnosti je hlavním posláním poskytnout odlehčovací pobytovou službu osobám se

sníženou soběstačností, o které je jinak pečováno v jejich domácím prostředí. Cílem je odlehčit rodinám pečujícím o osoby se sníženou soběstačností, které z určitých důvodů nemohou na nějakou dobu poskytnout péči o tyto osoby, nebo potřebují čas na odpočinek. V rámci denního stacionáře poskytuje Domovinka ambulantní službu osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Cílem je poskytnout podporu a péči těmto osobám, aby byly zachovány či rozvíjeny jejich schopnosti, a zároveň jim pomoci prožít aktivnější prožití života. Obě tyto služby jsou poskytovány seniorům a zdravotně postiženým se sníženou soběstačností nad 60 let, o které je normálně pečováno v domácím prostředí. Jedná se např. o osoby s pocitem osamocení, osoby se ztíženou pohyblivostí, osoby se stařeckou demencí, Alzheimerovou chorobou a Parkinsonovou chorobou atd. Mezi hlavní zásady při péči o klienty patří především respektování lidské důstojnosti; individuální přístup; zajištění soukromí; hájení základních lidských práv a zájmů; poskytování služeb, o které má klient zájem a nestrannost. Společnost svým klientům poskytuje ubytování, stravu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. (2)

4.4 Kazuistika

Kvalitativní výzkum zaměřený na komunikační schéma osoby seniorského věku s demencí byl soustředěn na paní Jaroslavu, o níž byla následně napsána případová studie. Jaroslava je klientkou Domovinky, jejíž služby přechodně využívá již téměř čtyři roky. Tato osoba byla zvolena z důvodu poměrně pokročilého stádia Alzheimerovy choroby, s níž se potýká zhruba od roku 2012. Pro ošetřovatele představuje péče o tuto klientku velké zatížení, neboť její schopnosti a možnosti nejenom komunikační jsou vlivem choroby výrazným způsobem narušeny a omezeny. Součástí případové studie je kromě kazuistiky také rozhovor s ošetřovatelkou, která s Jaroslavou nepřetržitě pracuje od jejího umístění do zařízení. Otázky tohoto rozhovoru jsou zaměřeny nejdříve obecně na klienty Domovinky se syndromem demence, poté na změny Jaroslaviny komunikace způsobené Alzheimerovou chorobou a z nich vyplývající dopady na Jaroslavino okolí, především ošetřovatelskou činnost a vztahy s rodinnými příslušníky.

4.4.1 Jaroslava

Rok narození: 1934

Jaroslava pochází z Kyjova, kde se narodila a prožila zde několik let. Jedná se o druhé z celkových tří dětí švadleny a zemědělce. Již v útlém věku byl život Jaroslavy a celé rodiny velmi negativně poznamenán. Nejprve zemřel její starší bratr na komplikovaný zápal plic, poté započala 2. světová válka, na jejímž počátku byl otec rodiny, coby vojenský záložník, povolán v důsledku mobilizace do zbraně. Později vstoupil do Československých legií, v jejichž řadách v průběhu války zemřel. Matka Jaroslavy nebyla po odchodu manžela schopná sama uživit rodinu, a tak se rozhodla prodat dům v Kyjově a přestěhovat se s dětmi do menšího a levnějšího bydlení v nedaleké obci Krumvíř. Po přesídlení začala Jaroslava navštěvovat tamější školu. Zde projevila velký zájem o ochotnické divadlo, které se posléze stalo jejím celoživotním koníčkem. Vstoupila také do tělovýchovného spolku Sokol, s nímž nacvičovala a zúčastňovala se téměř všech spartakiád v Praze.

Po absolvování povinné školní docházky nastoupila Jaroslava na učiliště v Kloboukách u Brna, kde se po vzoru své matky vyučila jako švadlena. Šití oděvů bylo pro ni vždy velkou zálibou. Nicméně tomuto povolání se věnovala jenom pár let, neboť ji nedokázalo patřičně finančně zabezpečit. Proto se Jaroslava rozhodla přestěhovat do Brna, kde se jí i navzdory minimálním zkušenostem podařilo najít zaměstnání jako účetní v jednom strojním podniku. Zde se také seznámila s technikem Václavem, kterého si v roce 1954 vzala za svého manžela. Po šesti letech manželství se jim narodil syn Karel a za další tři roky také dcera Věroslava. Velmi psychicky náročná situace pro Jaroslavu nastala po početí jejího třetího potomka, který bezprostředně po porodu zemřel. Než se dokázala Jaroslava z této tragédie zotavit, do jejího života zasáhla další velmi nepříjemná rána, neboť matka, která stále žila v Krumvíři, onemocněla závažnou nádorovou nemocí a jen pár měsíců po smrti čerstvě narozeného syna také ona zemřela.

Jaroslava prožívala nejtěžší období života, dokonce byla nucena z důvodu špatného psychického stavu opustit své zaměstnání a odstěhovat se z Brna. Protože nebyl nikdo, kdo by žil v domě po matce v Krumvíři, jelikož mladší sestra emigrovala po okupaci v roce 1968 do Kanady, rozhodla se tam Jaroslava s celou rodinou vrátit. V těchto těžkých životních chvílích se jí stal velkou oporou její manžel a obě děti. Nakonec oni a změna prostředí pomohli Jaroslavě k uzdravení. Novou životní etapu začala návratem ke svým milovaným koníčkům z mládí. Nejdříve začala opět šít a opravovat oděvy, čemuž se nakonec věnovala až do konce

devadesátých let, kdy odešla do důchodu, a také se vrátila k hraní divadla. Z počátku působila v Krumvíři u místních ochotníků, poté se začala angažovat v Divadelním spolku bratří Mrštíků v Boleradicích. V této době byla velice společensky aktivní. Až do doby manželovy smrti v roce 2004 společně s ním učila krumvířskou mládež ochotnickému divadlu. Později se Jaroslava přestěhovala za svou dcerou Věroslavou do Brna, protože nechtěla žít sama. U ní zůstává Jaroslava s přihlédnutím ke střídavé péči v Domovince dodnes. Do roku 2012 trápil Jaroslavu jen zvýšený tlak, jinak na tom byla zdravotně v pořádku. Poté se u ní začaly objevovat mírné poruchy v paměti, orientaci a její řeči.

Průběh onemocnění: Počátek byl velmi nenápadný. Nejprve se u Jaroslavy projevíly drobné nedostatky v paměti. Kromě toho, že si nepamatovala, jestli si vzala léky, tak také začala odkládat své věci na úplně jiná místa, než byla zvyklá, což vedlo ve většině případech k jejich ztrátě. Lehce byla poznamenána také její prostorová orientace, kdy občas bloudila po domě nebo třeba netrefila do koupelny či na toaletu. Mezi první projevy narušení komunikace patřila mírně zhoršená artikulace. Taktéž se u ní objevovaly potíže s vyjadřováním způsobené občasným nevybavením nějakého slova. Nezřídka kdy se jí také stávalo, že si náhle nemohla vybavit jména svých blízkých, někdy dokonce ani své jméno. I její písmo prošlo změnou k horšímu. Zatím však rozuměla jak mluvenému, tak psanému. I přes všechny tyto projevy nedávala dcera jejímu zhoršujícímu se zdravotnímu stavu žádnou vážnost. Vše argumentovala tím, že se jedná o běžné projevy stárnutí. Podobný postoj k tomu zaujal i její syn. Nicméně stav Jaroslavy se nezlepšoval, ba naopak některé projevy nabyly na intenzitě. Nakonec se tedy její dcera rozhodla pro vyšetření na neurologické klinice Fakultní nemocnice Brno. Po důkladném testování a vyšetření počítačovou tomografií byla stanovena jako nejvíce pravděpodobná diagnóza demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem (v MKN-10 odpovídá označení F 00.1) v počínajícím stádiu.

Ještě několik měsíců po tomto lékařském vyšetření pečovala o Jaroslavu její dcera. Bylo však pro ni velice náročné, zejména po psychické stránce, starat se o nemocnou matku. I když se stav Jaroslavy nepatrně zlepšil, projevy choroby byly mírně potlačeny nově předepsanou medikací, nedokázala již Věroslava o Jaroslavu nadále trvale pečovat. Proto se rozhodla využít pomocných služeb Domovinky Němčičky a zhruba od poloviny roku 2014 ji v tomto zařízení přechodně nechává až dodnes. Podle jejích slov to byla pro ni prakticky jediná možnost, jak zajistit Jaroslavě adekvátní péči a dopřát jí důstojné dožití. Syn se po zjištění tohoto matčina onemocnění prakticky stáhl z jejího života. Podle dcery Věroslavy se nedokázal přenést přes

tuto skutečnost.

První týdny v novém domově byly pro Jaroslavu velmi obtížné. Nemohla pochopit, proč ji vlastní dcera nechává v úplně cizím prostředí. Chápala to jako nějaký trest. Několik prvních dnů si ani nechtěla vybalit věci z kufru, protože pořád věřila, že se pro ni dcera vrátí a vezme ji zpátky domů. Působila velice zmateně, veliké potíže jí dělala orientace v nových prostorách. Jednoho večera se dokonce pokusila opustit areál Domovinky, ale díky včasnému zásahu pohotovému ošetřovateli k tomu nedošlo. I přes projevy onemocnění byla v této době poměrně komunikativní. Neustále si stěžovala a naříkala, chtěla po ošetřovateli, aby ji spojili přes telefon s dcerou. S ostatními klienty však moc mluvit nechtěla, což nebylo způsobeno narušenou komunikační schopností, ale spíše nedůvěrou k ostatním lidem v zařízení. Po nějaké době se jí však podařilo aklimatizovat a najít si několik klientů, se kterými posléze ráda mluvila.

Progrese Alzheimerovy choroby se postupem času začala mnohem více projevovat. Jaroslava byla stále velice zmatená, bloudila po místnostech, často si také ani neuvědomovala, kde se vlastně nachází. Taktéž její problémy s pamětí se prohloubily. Nově pro ni představovala potíže sebeobsluha, zejména při oblékání či hygieně. Nedokázala si například sama zapnout knoflíky nebo správně zavázat tkaničky u bot. Poměrně často působila apaticky, bez zájmu o jakoukoliv činnost. Také se u ní začaly objevovat změny nálad. V některých dnech působila velmi dobře naladěna, byla usměvavá, dokonce se snažila být i vtipná, i když se nedokázala přesně vyjádřit. Zejména po víkendech strávených s dcerou se vracela v dobrém emocionálním rozpoložení. Na druhou stranu se chovala někdy také velmi podrážděně, skoro až agresivně. V komunikaci došlo k výraznému zhoršení vyjadřování. Čím dál častěji si nedokázala vybavit nějaké slovo, proto se snažila pomocí gestikulace neverbálně naznačovat. Často také zaměňovala slova za jiná nebo vymýšlela neologismy bez jakéhokoliv významu. Již z počátku narušená artikulace se ještě více zhoršila, takže jí přestalo být téměř rozumět. I v plynulosti a tempu řeči došlo k negativním změnám. Potřebovala neustále mnohem více času na vyjádření myšlenky, která byla navíc často neprosto bezobsahová. Začala navíc mít problémy s porozuměním, které bylo narušeno nově. Ke všemu Jaroslava přestala jevit zájem o komunikaci s ostatními klienty a později také s ošetřovateli. Prakticky jen když něco nutně potřebovala, tak se sama od sebe ozvala, jinak musela být ke komunikaci téměř nucena.

Dnes už jsou to téměř čtyři roky, které Jaroslava tráví v Domovince. Alzheimerova choroba mezitím u ní opět pokročila. Podle projevů se dnes nachází zhruba na pomezí druhého a třetího stádia tohoto onemocnění. Jaroslava je neustále častěji velmi silně dezorientovaná,

mnohdy ani nepozná svůj pokoj. Někdy se jí také stane, že nepozná ošetřovatele nebo ostatní klienty. Výrazně byla poznamenána také její pohyblivost a s ní související sebeobsluha. Zvláště omezená chůze trápí Jaroslavu v poslední době. Jasným příkladem je její nedávná nehoda, kdy během noční cesty na toaletu upadla a poranila si kyčel. Dokonce byla nutná hospitalizace v nedaleké břeclavské nemocnici a následná operace. Progrese onemocnění se samozřejmě nevyhnula ani komunikaci. V dnešním stavu již Jaroslava verbálně komunikuje minimálně, neboť to pro ni představuje velkou obtíž. To se týká mluvené podoby, psanou již nepoužívá vůbec. Veškeré své potřeby vyjadřuje ve velmi jednoduchých větách, často se spíše jedná o kombinaci verbální a neverbální komunikace. I porozumění je u Jaroslavy omezeno, proto každý ošetřovatel při zajišťování jejích potřeb musí volit co nejjednodušší a nejsrozumitelnější způsob komunikace, často kombinaci verbální a neverbální formy.

Prognóza: Zdravotní stav Jaroslavy je vážný. Od doby, kdy lékaři diagnostikovali její Alzheimerovu chorobu, uplynulo zhruba šest let. Za tuto dobu se ze zdravého a soběstačného jedince stal člověk odkázaný na pomoci a péči druhých. Projevy choroby velmi negativně ovlivnily část jejího života a způsobily jí mnoho obtíží osobních i rodinných. Především komunikační schopnost, na kterou byla v případové studii soustředěna pozornost, prošla velkými změnami. V počátku byla narušena spíše mírně, postupem času došlo k výraznému zhoršení vyjadřování a porozumění. Dnes Jaroslava téměř nekomunikuje, neboť je to pro ni velmi problematické. Právě na komunikaci můžeme vidět progresivní charakter Alzheimerovy choroby, která neustále proniká a čím dál více zabraňuje Jaroslavě v poklidném dožití. I přes snahu lékařů, kteří Jaroslavě předepisují a upravují s ohledem na její zdravotní stav medikamenty, a ošetřovatelů Domovinky, jenž se jí ujali a soustavnou prací se snaží vytrvale bojovat proti nemoci, se stav Jaroslavy nelepší. Je jen v podstatě otázkou času, kdy onemocnění postoupí do svého posledního stádia, které, zaměříme-li se na komunikaci, znemožní Jaroslavě využívat mluvenou řeč jako prostředek komunikování. Psané již dnes není téměř schopná. I z tohoto důvodu bude pro ni velmi obtížné vyjádřit své potřeby, což vytvoří velmi těžké podmínky pro ošetřovatele a zbylou rodinu.

4.4.2 Rozhovor

Rozhovor poskytla ošetřovatelka, která působí v Domovince již od založení této společnosti a s Jaroslavou pracuje prakticky nepřetržitě od jejího příchodu. Její jméno z důvodu zachování diskrétnosti není v tomto rozhovoru uvedeno. Jak již bylo zmíněno, tak otázky v této části kvalitativního výzkumu jsou pojaty nejprve obecně o klientech s demencí v tomto zařízení,

poté se již plně zaměřují na Jaroslavu a dopady její narušené komunikační schopnosti vzniklé působením Alzheimerovy choroby nejenom na ošetrovatelskou činnost, ale také na vztah Jaroslavy a její rodiny.

Obecná část rozhovoru:

Kolik máte ve vaší organizaci klientů?

Činnost obecně prospěšné společnosti Domovinka Němčičky by se dala rozdělit na služby prostřednictvím denního stacionáře a odlehčovacích služeb. Jsme jen malá organizace, proto počet klientů není příliš vysoký. V denním stacionáři máme momentálně jednoho klienta a odlehčovací služby poskytujeme celkově jedenácti klientům.

Kolik z těchto klientů trpí syndromem demence? Jaký je jejich věk, případně pohlaví?

Momentálně zde máme čtyři klienty se syndromem demence. U všech případů se jedná o Alzheimerovu chorobu, která se však liší svým stádiem narušení. Všichni tito klienti překročili věk osmdesáti let. Nejstaršímu z nich je osmdesát pět let, u nejmladšího jsme v nedávné době oslavili osmdesáté narozeniny, zbylým dvěma klientům s tímto onemocněním je shodně osmdesát tři let. Všichni tito klienti, potažmo klientky, jsou ženského pohlaví.

Myslíte si, že právě ženské pohlaví může vést ke vzniku demence, neboť se uvádí jako rizikový faktor, což se v Domovince de facto potvrzuje?

Máte pravdu v tom, že se opravdu uvádí v odborné literatuře ženské pohlaví jako rizikový faktor při vzniku této nemoci. Já však s tímto tvrzením neúplně souhlasím. Mnohem výraznějším faktorem je dle mého názoru věk. Čím vyššího věku se člověk dožije, tím se zároveň u něj zvyšuje i riziko vzniku syndromu demence. U žen k tomu tedy dochází z důvodu statisticky vyššího věkového dožití.

Projevuje se u všech klientů se syndromem demence v Domovince narušená komunikační schopnost?

Zatím ne u všech. Samozřejmě se mnohé odvíjí od stádia a formy onemocnění, důležitou roli hrají taktéž genetické předpoklady, které jsou u každého klienta individuální, a dle mého názoru musíme vzít v úvahu také povahu daného člověka. Pokud je člověk introvertně založený, nerad komunikuje, aniž by třeba měl narušenou komunikační schopnost způsobenou Alzheimerovou chorobou či jinou formou demence. V takovém případě se narušená

komunikační schopnost v podstatě ani nemůže projevit. Na druhé straně jsou však i klienti, u kterých došlo vlivem tohoto onemocnění k narušení komunikační schopnosti, oni se přesto snaží zůstat komunikativní, někteří dokonce vyžadují od svého okolí, aby s nimi komunikovalo. U takových klientů jsou projevy v komunikaci velice výrazné.

Jaké jsou tedy nejčastější řečové nedostatky u klientů s narušením komunikační schopnosti?

Klienti většinou dokáží projevit nějakou potřebu, třeba když mají žízeň, hlad nebo chtějí jít na toaletu. Taktéž umí dát najevo, když jsou smutní nebo naopak veselí. Sice se nám někdy stává, zejména u nově přichozích klientů, že hned na první pokus nerozeznáme, co po nás přesně žádají, ale ještě nikdy nedošlo k situaci, že by ošetřovatel nepochopil klientovo přání či potřebu a neumožnil mu ji vykonat. S tím problémy většinou nejsou. Horší situace nastává tehdy, když třeba po klientovi chcete, aby vám souvisleji o něčem vyprávěl. V takových případech dochází k výrazným projevům způsobeným tímto onemocněním.

Nejčastějším projevem je značně zhoršená artikulační schopnost. To mnohdy ani nevíme, co nám chce klient přesně sdělit, nebo je naopak narušena jeho schopnost porozumění, kdy nerozumí zase on nám. Taktéž plynulost a tempo řeči těchto jedinců jsou často výrazně zasaženy. Toto jsou patrně nejvíce zásadní projevy, se kterými k nám klienti s demencí přicházejí. Mezi další projevy patří např. zapomínání slov či jejich zaměňování, komolení či vymyšlení úplně nových výrazů, neustálé opakování některých slov nebo částí vět apod. Komunikace těchto lidí je navíc v podstatě bezobsahová. Intenzita jednotlivých projevů se samozřejmě odvíjí od celkového stádia onemocnění. Jinak komunikuje člověk v počátečním stádiu demence, kdy narušení není natolik výrazné, a člověk v posledním stádiu nemoci, u něhož nastává plný rozvoj zmíněných projevů a také mnohých dalších. Samozřejmě záleží také na formě demence, neboť každá má své specifické projevy.

Jaké používáte aktivizační činnosti, abyste podpořili komunikaci u těchto osob?

Především se snažíme rozvíjet a udržovat slovní zásobu, k čemuž se nám jako nejvíce vhodná metoda osvědčil zpěv, při němž si musí klienti vybavit texty písní, většinou lidových, které jsou všeobecně známé. Tím dochází k obnovování jejich slovní zásoby. Zároveň také chceme, aby klienti mezi sebou komunikovali, povídali si navzájem o nejrůznějších tématech. Běžně po nich vyžadujeme, aby nám popsali svůj život, zavzpomínali na svou rodinu, řekli nám o svých koníčcích, zálibách atd. Tím rozvíjíme nejenom jejich komunikaci, ale i další kognitivní

funkce jako paměť či pozornost. V případech, kdy u nich vážně artikulace či si nemohou vzpomenout na nějaké slovo, jim pomáhá ošetrovatelka. Dbáme především na verbální formu komunikace, jen v situacích, kdy se nám zdá, že klient nedokáže formulovat své myšlenky nebo nám nerozumí, tak využíváme i některé formy neverbální komunikace, především názorné ukazování prostřednictvím gestikulace. Taktéž využíváme sady, které vytvořila pro osoby s demencí Česká alzheimerovská společnost (ČALS). Jedná se o takové pracovní listy, jenž pomáhají těmto osobám trénovat mozek proti vlivům demence. Nejvíce je jich zaměřeno právě na Alzheimerovu chorobu. Kromě toho sbíráme či vymýšlíme pro naše klienty nejružnější křížovky, které taktéž výrazným způsobem podporují jejich komunikační schopnosti. Tím samozřejmě výčet metod a činností zaměřených na podporu komunikace a ostatních kognitivních funkcí nekončí. Toto jsou však nejčastěji využívané v našem zařízení.

Část věnovaná klientce Jaroslavě:

Jak je to nyní u Jaroslavy se zájmem o komunikaci? Případně k jaké změně v této oblasti v průběhu Vaší práce s ní došlo?

Momentálně je na tom Jaroslava tak, že nejeví téměř žádný zájem o komunikaci. Výjimka nastává jen v situacích, kdy něco po nás potřebuje, jinak by klidně celý den nepromluvila ani slovo. Dělá jí velké potíže verbálně komunikovat, navíc je velmi apatická, a to nejenom co se týče komunikace, ale i v rámci dalších činností. Jedná se však o projev jejího onemocnění, neboť dříve patřila mezi komunikativní klienty a snažila se zapojovat do komunikace s ošetrovateli a posléze také s ostatními klienty Domovinky. Vzpomínám si na její adaptační týden, během kterého se neustále vyptávala a zjišťovala, kde je. Byla velmi zmatená a dělalo jí velké potíže orientovat se v novém prostředí. Neustále se nás ptala na to, kdy pojedou domů, kdy dojde její rodina, proč u nás musí být a další podobné otázky. Nemohla pochopit, proč jí to její rodinní příslušníci udělali. Když k nám její dcera poprvé přijela, velmi jí vyčítala, že nebylo nutné, aby ji u nás nechávala, protože všechno podle sebe zvládala samostatně. V této době tedy zájem o komunikaci z její strany byl, i když se zpočátku jednalo jen o nářky na nespravedlnost života. Alzheimerova choroba se sice mírně projevovala, ale Jaroslavě v podstatě nebránila. Dnes už jsou však projevy daleko výraznější, k čemuž se navíc přidala také zmíněná apatie.

Jaké nejvýraznější změny ve smyslu zhoršení spatřujete u Jaroslavy v její komunikaci? Můžete je popsat?

Jak jsem se již nastínila v odpovědi u předchozího dotazu, ke změnám v její komunikaci

za dobu mé práce s ní došlo a neustále pořád dochází. Z počátku se klientka snažila komunikovat dalo by se říci normálně, snad kromě mírně zhoršené artikulace a občasného výpadku nějakého slova či jména. Postupem času však začala slova zaměňovat, vymýšlela nové výrazy bez jakéhokoliv smyslu, artikulování se u ještě více zhoršilo, potřebovala mnohem více času na vyjádření. Také porozumění se postupem času výrazně omezilo. Dnes je již v takové fázi, kdy slovní komunikaci prakticky nepoužívá, jen v nejnnutnějších případech. V podstatě s ní komunikujeme formou jednoduchých otázek, na které nám Jaroslava odpovídá buď ano, nebo ne. Pokud neformulujeme dotaz jasně a srozumitelně, tak nám kolikrát ani neodpoví. Progrese Alzheimerovy choroby se na její komunikaci opravdu velmi výrazně podepsala.

Jak dlouho jste schopní s přihlédnutím k průběhu onemocnění vést komunikaci s touto klientkou?

Samozřejmě doba komunikace, kterou jsme schopní s Jaroslavou komunikovat, se v průběhu let výrazně změnila. Dříve nám nedělalo problém s ní v rámci aktivizačních činností mluvit i třeba půl hodiny. Postupem času vlivem působení zhoršené artikulace, častému zapomínání slov, snižující se schopnosti udržet pozornost a soustředit se došlo k postupnému zkracování tohoto času. Navíc důsledkem narušené plynulosti řeči nám toho ani moc nestihla říci. Dnes, jak už jsem říkala, Jaroslava téměř nekomunikuje. Samozřejmě se neustále snažíme ji k tomu vést, v rámci aktivizačních činností používáme vyprávění na nejrůznější témata jako jednu metodu rozvoje narušených funkcí. V nynějším stavu je Jaroslava schopná vést komunikaci sotva pár minut, k čemuž ji navíc musíme v podstatě přemlouvát. Pokud bychom chtěli, aby mluvila delší dobu, vyvolali bychom u ní pocity nelibosti projevující se hněvem, někdy až skoro agresí. I tuto zkušenost s Jaroslavou máme. Dnes již opravdu není téměř schopná o něčem souvisleji mluvit, neboť je to nad rámec jejích schopností. A my už kromě aktivizačních činností, kdy se o to alespoň z části snažíme, ji do toho nijak nenutíme, jinak by u ní mohly propuknout zmíněné projevy zlosti a agrese.

Jakým formou probíhá komunikace mezi Vámi či ostatními ošetřovateli a Jaroslavou při zajišťování jejích potřeb?

Upřednostňujeme verbální formu komunikace s tím, že je potřeba dodržovat určité zásady. Kromě těchto zásad musíme také neustále přizpůsobovat s ohledem na progresivní charakter onemocnění způsob komunikace. V podstatě jde o to, že musíme neustále komunikaci zjednodušovat. Proto se snažíme s Jaroslavou mluvit v krátkých a jednoduchých větách, bez používání obrazného jazyka či abstraktních pojmů, které by si nedokázala představit. Osvědčilo

se nám taktéž používání uzavřených otázek, na které nám velmi jednoduchou formou odpovídá. Dříve se snažila odpovídat v celých větách, stávalo se ale, že tato konverzace byla bezobsahová. Dnes už jen prakticky odpovídá formou ano - ne. Tento způsoben je však pro nás při práci s ní nejvíce efektivní.

Využíváte při práci s touto klientkou i jinou formu komunikace?

I když je pro Jaroslavu verbální komunikace velmi namáhavá, snažíme si s ní komunikovat převážně tímto způsobem. Pokud je podle nás klient alespoň trochu schopný komunikovat slovně, měla by být využívána a v co největší možné míře rozvíjena právě tato forma komunikace. Nutno dodat, že se v jejím případě jedná o kombinaci verbální a neverbální komunikace. Když prostě něco nedokáže vyjádřit, snaží se nám to ukázat. Stejně i my někdy musíme kromě verbální komunikace využít gestikulaci, aby nám porozuměla. Velmi dobré zkušenosti máme s komunikací prostřednictvím fotografií. Poprosili jsme dceru Jaroslavy, aby nám poskytla fotografie z průběhu celého jejího života, které jsme následně seskládali a vytvořili z nich takové album. Jednou z aktivizačních činností, o kterém jsem již mluvila, je povídání o životě, o rodině, zálibách apod. Právě při této činnosti hojně využíváme toto album. Na prvním místě je samozřejmě verbální komunikace, fotografie jsou spíše takové ulehčení komunikace. Když vidíme, že Jaroslava potřebuje pomoci, protože se nedokáže vyjádřit či si na něco vzpomenout, necháme ji ukázat, co nám chce sdělit. Jinak se víceméně snažíme, aby s námi komunikovala verbálně, i když už jen velmi omezeně.

Co pro Vás, případně pro ostatní ošetřovatele, představuje největší obtíže způsobené NKS při práci s touto klientkou?

Největší potíží při práci s Jaroslavou, která je však prakticky totožná při práci u všech klientům s rozvinutým syndromem demence, je, že my vlastně nikdy nevíme stoprocentně přesně, co po nás chce. S Jaroslavou pracujeme poměrně dlouhou dobu, takže mnoho jejích potřeb či přání dokážeme v podstatě odhadnout, aniž bychom jí rozuměli. Lhala bych, kdybych tvrdila, že nejsou případy, ve kterých opravdu nevíme, co po nás žádá. V takových chvílích to máme opravdu velmi složité a musíme tyto potřeby zjišťovat prakticky poslepu. V podstatě se jí ptáme na cokoliv, co by podle nás mohla potřebovat, a ona buď souhlasí, nebo nesouhlasí. Pokud se nám nepodaří odhalit tuto její potřebu včas, nese to Jaroslava v lepším případě s nelibostí, jindy dokáže být i agresivní. Tím samozřejmě neříkám, že by někdy nastala situace, kdy bychom opravdu nepochopili a nesplnili její požadavek. Pracovat s ní ale opravdu není

vždy úplně jednoduché. Jednou ze základních vlastností každého dobrého ošetřovatele je i značná míra empatie, kterou při práci s Jaroslavou opravdu bezpodmínečně potřebujete. Proto jsem byla stanovena jako její hlavní ošetřovatelka. Přeci jen mám již určité schopnosti a dovednosti, abych tyto krizové situace dokázala zvládnout. Mladší ošetřovatelky k ní pouštíme jen sporadicky.

Říkáte, že pracovat s touto klientkou není vždy jednoduché. Vzpomenete si na situaci, kdy jste opravdu měla problém pochopit z důvodu NKS, co od vás Jaroslava vyžaduje?

Těch situací bylo více, ale pokud mám vybrat jenom jednu, určitě se musím zmínit o zkušenosti staré zhruba několik měsíců. Tehdy jsme se rozhodli uvařit pro naše klienty knedlíky s jahodami. Bylo to po dlouhé době, kdy jsme jim připravili sladké jídlo. Jaroslavě jsme se tím však vůbec nezavděčili. Kromě pár soust vůbec nic nesnědla. Nemohli jsem zjistit, proč toto jídlo tak odmítá, zvláště když všem ostatním velice chutnalo. Nejprve jsme si mysleli, že nemá ráda ovocné knedlíky či obecně sladká jídla. Jaroslava se nám snažila sdělit, co se jí nelíbí, ale pochopitelně jí nebylo rozumět. Nakonec ze vzteku shodila talíř i s knedlíky na podlahu a rozbila ho. Až poté nás napadlo, že zřejmě nemá ráda jahody. A opravdu to tak bylo. O této skutečnosti jsme do té doby vůbec neměli tušení. Ani její dcera nám o tom neřekla. Dnes s odstupem času to vnímáme jako cennou zkušenost, ale tehdy jsme se opravdu zapotili.

U dřívějšího dotazu jste uvedla, že u Jaroslavy došlo postupem času také k narušení porozumění. Mohla byste uvést nějaké případy? Co případně uděláte, když vám neporozumí?

Porucha porozumění patří mezi normální projevy u syndromu demence, u Jaroslavy nevyjímaje. Zde bych neuváděla žádnou konkrétní situaci, ale většinou se to projeví tak, že po ní něco chcete, on však udělá úplně něco jiného. V takovém případě se jí podřídíme a necháme ji tu její činnost dodělat. Jinak bychom u ní opět mohli vyvolat vztek a agresi.

Myslíte si, že NKS u této klientky má nějaký dopad na její vztah s rodinnými příslušníky?

Ano, určité ovlivnění vztahu Jaroslavy a její rodiny z důvodu narušené komunikace skutečně nastalo. Zpočátku ji poměrně často jezdila navštěvovat její dcera a brala si Jaroslavu na víkendy domů. Postem času se četnost návštěv a společně strávených víkendů výrazně snížila. Samozřejmě ne úplně, protože naše služby jsou přechodné, takže Jaroslava občas jet domů musí, ale opravdu došlo u Věroslavy k výraznému omezení stráveného času s maminkou.

Samozřejmě nás zajímalo, co vedlo k této změně. Věroslava nám sdělila, že v podstatě neví, jak má s maminkou mluvit. Nenapadala jí vhodná témata, o kterých by si s ní mohla vyprávět. Navíc hrozně těžko nesla, že jí prakticky přestala rozumět. Bylo pro ni velmi obtížné smířit se s tímto stavem, který byl pro ni velmi psychicky náročný, a tak se celou situaci rozhodla vyřešit právě tímto způsobem. Ještě horší situace nastala u jejího syna Karla. Ten prakticky vymazal maminku ze svého života. Kromě několika málo návštěv bezprostředně po umístění Jaroslavy k nám, se už velmi dlouhou dobu nepřišel na svou maminku podívat. Podle Jaroslaviny dcery neunesl skutečnost, že je jejich maminka nemocná. Neustále si nalhával, že změny, které se u Jaroslavy objevily, byly způsobeny stárnutím. Projevy Alzheimerovy choroby byly však čím dál více výraznější. A nepochybně zhoršení komunikační schopnosti mělo velký vliv na dnešní vztah mezi Karlem a Jaroslavou.

Poskytujete rady či pokyny jejím rodinným příslušníkům, jak mají s Jaroslavou komunikovat?

Samozřejmě, snažíme se poskytovat rady a informace rodinným příslušníkům všech našich klientů, aby věděli, jak mají pečovat o své příbuzné. Nikomu však nic nenutíme, rady poskytujeme jen za předpokladu, že o ně rodina projeví zájem. V případě Jaroslavy nás požádala její dcera o pomoc. Nejprve bylo potřeba, aby se s celou situací vypořádala po psychické stránce, čemuž napomohly služby našeho externího psychologa. My jsme se snažili předat informace o Alzheimerově chorobě a vysvětlit jí, jak se toto onemocnění vyvíjí a co všechno s sebou může přinášet. Velkou bariéru mezi Jaroslavou a dcerou představovala právě komunikace. Proto jsme se jí z vlastních zkušeností snažili naučit, jakým způsobem by měla s Jaroslavou vést komunikaci. Potíže způsobovala především neschopnost nalézt téma, o kterém by se spolu mohli bavit. Právě na tuto oblast jsme se tedy zaměřili. Myslím, že se situace určitě zlepšila. I když dnes Jaroslava není schopna téměř verbálně komunikovat, dokáže se její dcera s tímto stavem už vyrovnat a snaží se vždy, když přijede za Jaroslavou na návštěvu nebo si ji odveze na víkend domů, vést co možná nejnornější život, včetně způsobu komunikace.

Jaké vlastnosti obecně musí člověk mít, aby se navzdory projevům NKS mohl o Jaroslavou starat a vycházet s ní?

Takový jedinec musí být především velmi psychicky silný, protože společné soužití s člověkem, který když už komunikuje, tak se většinou jedná o bezobsahový a téměř nesrozumitelný sled nějakých slov doprovázený často nepochopitelnými gesty, může na někoho působit velmi psychicky náročně, jako tomu bylo u Jaroslaviny dcery. Dále musí takový člověk

projevit notnou dávku empatie. Pokud se nedokáže vcítit do kůže Jaroslavy, tak se o ní prakticky nemůže starat, protože ona už jen velmi omezeně dokáže vyjádřit své potřeby. Důležité je, aby také byl obeznámený s Alzheimerovou chorobou a jejími projevy, které s sebou tato nemoc přináší. S tím souvisí i znalost komunikačních zásad s takto postiženým člověkem. Pokud nevíte, co Jaroslava zvládne, nejenom v rámci komunikace, tak s ní potom taky nemůžete pracovat, jinak hrozí, že u ní vyvoláte doslova výbuch vzteku. Tohle jsou dle mého názoru asi nejdůležitější osobnostní vlastnosti, kterými musí člověk disponovat, aby mohl s jedincem, jako je Jaroslava, pracovat.

4.5 Analýza sesbíraných dat

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké dopady s sebou přináší NKS u člověka seniorského věku s demencí na jeho okolí. Z tohoto důvodu byl proveden výzkum v zařízení zajišťující péči právě takto postiženým osobám. Výzkumná činnost byla soustředěna na ženu pokročilého věku, která se již delší dobu potýká s Alzheimerovou chorobou, jenž u ní výrazným způsobem ovlivnila a neustále ovlivňuje způsob života. A dle výsledků výzkumu můžeme říci, že konkrétně v tomto případě způsobila NKS vzniklá onemocnění Alzheimerovy choroby dopady, které vytvořily náročné podmínky na práci ošetřovatelů a také způsobily narušení normálního fungování rodinných vztahů.

Nejprve byla napsána případová studie, jejíž první část obsahuje stručné životopisné údaje klientky. Tato pasáž slouží především k seznámení čtenáře se zkoumanou osobou a vytvoření lepšího vhledu do situace. Pro cíl práce je důležitější následující část, která popisuje propuknutí Alzheimerovy choroby a její následnou progresi. Zde jsou zmíněny projevy především v oblasti komunikace, ale také i v dalších oblastech lidských schopností a možností. Podstatná je progresie onemocnění, která je v této případové studii zachycena.

V rámci komunikace došlo nejdříve ke drobnému zhoršení artikulace, menším poruchám vyjadřování a občasným výpadkům slov či jmen. Ani kombinace s dalšími poruchami kognitivních funkcí však nevedla ke znepokojení rodinných příslušníků, kteří považovali celou situaci za běžné projevy stárnutí. Postupem času však zmíněné poruchy zvýrazněly, výsledkem čehož bylo provedeno vyšetření na neurologické klinice, které přineslo pro rodinné příslušníky dosti nečekanou diagnózu v podobě Alzheimerovy choroby.

Poté již následoval očekávaný rozvoj a prohloubení projevů onemocnění jak v komunikaci, tak také v dalších oblastech, zejména v orientaci, paměti, sebeobsluze a chování. Dnes se zkoumaná osoba nachází zhruba na hranici druhého a třetího stádia Alzheimerovy choroby, která u ní v rámci komunikace způsobila výrazné omezení vyjadřování a porozumění. Verbální komunikace se pro ni postupem času stala velmi obtížnou, proto při komunikování s okolím začala používat kombinaci gest a slov. Porozumění bylo narušeno o něco později, v dnešním stavu je však i tato schopnost velmi omezena. Je proto potřeba volit co nejjednodušší způsob komunikace, zpravidla velmi triviální uzavřené otázky, na které posléze odpovídá. Stává se však, že už ani této formě občas nerozumí, a proto někdy vůbec neodpoví. Zahrneme-li k těmto komunikačním omezením také negativní změny v její sebeobsluze, které jí brání například v samostatné chůzi, nebo chování, v důsledku čehož působí často velmi apaticky, jindy zase podrážděně až agresivně, musíme usoudit, že se péče o takového jedince stává dosti nesnadnou.

Z odpovědí ošetřovatelky v rozhovoru na otázky, které byly zaměřeny na zkoumanou klientku a její dopady NKS při práci ošetřovatelů a rodinné vztahy zkoumané osoby, je patrné, že Alzheimerova choroba výrazným způsobem zasáhla a ovlivnila obě zkoumané oblasti. V rámci dopadů na ošetřovatelkou činnost se zřejmě nejvýrazněji projevila omezená schopnost vyjadřování. Pokud by ošetřovatelé neznali osobnost této osoby a přesně nevěděli, co si mohou dovolit, nebo by nedokázali odhadnout její potřeby prakticky bez jakéhokoliv jejího komunikování, tak by jim péče o ni činila značné problémy. I když její schopnost verbálně komunikovat ještě zcela nevymizela, tak k tomu progresu Alzheimerovy choroby nemilosrdně spěje. Taktéž porozumění u zkoumané osoby prošlo v průběhu času velmi negativní proměnou. Stále s ní ošetřovatelé komunikují verbálně, ale mnohdy je tedy třeba tuto komunikaci doplnit také některými složkami neverbální komunikace, zejména gestikulací. Celkově tedy záleží velmi na schopnostech a dovednostech ošetřovatelů, kteří zajišťují péči o tohoto člověka. I z tohoto důvodu pracuje se zkoumanou klientkou velmi zkušená osoba, u níž se za dlouhá léta praxe s podobně postiženými osobami rozvinuly schopnosti předvídání a empatie, které jsou považovány za velmi důležité při práci s podobnými lidmi.

Co se týče rodinných vztahů, tak můžeme konstatovat, že v rámci zkoumaného případu došlo k jejich negativní proměně. Prakticky ihned po zjištění Alzheimerovy choroby začalo docházet k narušování vztahu mezi zkoumanou osobou a jejím synem, jenž svou matku posléze de facto vymazal ze svého života a přestal se s ní stýkat. Taktéž dcera změnila postoj ke své matce, v tomto případě však tato změna nebyla tolik dramatická. Jelikož se velmi těžce

psychicky vyrovnávala s tímto stavem, rozhodla se využít služeb obecně prospěšné společnosti Domovinka Němčičky a přechodně zde svou matku umístila. Svou roli nepochybně sehrálo pozvolné a nenápadné propuknutí Alzheimerovy choroby, které vedlo k zaměnění této nemoci za projevy jiných, méně závažných příčin. Právě proto vyvolala diagnóza onemocnění u potomků zkoumané osoby takový šok, neboť přišla velice nenadále a zastihla je zejména po psychické stránce nepřipravené. Ti poté nastalou situaci řešili popsáním způsobem. Postupem času však alespoň došlo k mírnému zlepšení vztahu mezi dcerou a nemocnou matkou, přičemž nezanedbatelné zásluhy na této změně patří obecně prospěšné společnosti Domovinka Němčičky a jejím pracovníkům, kteří poskytli potřebnou pomoc a podporu.

4.6 Doporučení pro praxi

Syndrom demence velmi negativně ovlivňuje život každého takto postiženého jedince. Navíc přináší i mnoho dopadů na okolí tohoto člověka, na což se tato práce snažila poukázat. Jak bylo zmíněno v její teoretické části, tak v budoucích letech dojde k postupnému zestárnutí obyvatelstva, v důsledku čehož se zvýší také počet osob s demencí a její nejčastější formou Alzheimerovou chorobou.

Jedním z problémů, který můžeme sledovat i na zkoumaném případě, je neschopnost rodinných příslušníků objektivně nahlížet na toto onemocnění. Mnozí z nich si mnohdy nechtějí připustit, že i drobné zhoršení komunikační schopnosti, které je doprovázeno také snížením i jiných kognitivních funkcí, může znamenat u starších členů jejich rodiny počátek vážné nemoci. V tom je právě velké úskalí Alzheimerovy choroby, která se povětšinou rozvíjí plíživě a nenápadně. Následná lékařská diagnóza, dojde-li k ní vůbec, proto může vést k vážnému narušení vztahů mezi nimi a jejich nemocnými rodinnými příslušníky. Často se také projeví neznalost zásad nejenom v oblasti efektivní komunikace, ale obecně péče o osoby s demencí. A právě i z tohoto důvodu volí rodinní příslušníci v mnohých případech služby nejrůznějších organizací starajících se o starší a nemocné lidi.

Syndrom demence však vytváří velmi náročné požadavky také na ošetřovatele těchto organizací, kteří musejí projevít mnoho specifických schopností a dovedností. Ne však každý ošetřovatel, zejména začínající a nezkušený, těmito dovednostmi vždy disponuje. Proto se jeví jako důležité a velmi užitečné zacílit činnost právě na rodinné příslušníky, předat jim informace o této nemoci a tím je vést k co možná nejvíce normálnímu způsobu života společně s nemocnými osobami.

Právě na tuto oblast by mohla být v budoucnu zaměřena další výzkumná činnost. Ta by mohla zjišťovat, jaké jsou hlavní důvody rodin s osobami trpícími syndromem demence pro umístění těchto nemocných osob do specializovaných organizací.

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce Změny komunikačního schématu osob seniorské věku s demencí bylo zvoleno z důvodu neustále se zvyšujícího výskytu syndromu demence, k čemuž dochází prakticky ve všech vyspělých státech po celém světě, Českou republiku nevyjímaje. A právě toto onemocnění s sebou přináší mnohá omezení, která brání takto nemocným jedincům prožít plnohodnotný život. Z široké škály projevů, které narušují běžné fungování člověka nejčastěji v oblastech kognitivních funkcí, aktivit denního života a chování, přináší změny komunikačního schématu mnoho negativních dopadů nejenom na postiženého, ale také na jeho neblížší okolí.

V teoretické části jsou čtenáři předloženy pojmy a definice vycházející ze zadaného tématu, přičemž při jejich vymezování bylo čerpáno pouze z odborné literatury a dalších zdrojů, které jsou uvedeny v seznamu literatury. První kapitola je věnována člověku seniorského věku. Kromě krátkého seznámení s postupným stárnutím populace a prognózy dalšího vývoje jsou zde popsány pojmy stárnutí a stáří a pro doplnění celé problematiky také uvedeny nejčastější změny způsobené procesem involuce.

Druhá kapitola popisuje syndrom demence. Nejdříve je uveden výskyt tohoto syndromu a jeho nejčastější formy, poté se kapitola zabývá vysvětlením pojmu demence a následnou klasifikací dle několika kritérií. Nechybí zde ani popis rizikových faktorů, projevů a určení stádií tohoto onemocnění.

Třetí kapitola je věnována komunikaci člověka s demencí. Tato kapitola, která uzavírá teoretickou část bakalářské práce, ve svém úvodu definuje lidskou komunikaci a její verbální a neverbální formu. Poté je zde popsána narušená komunikační schopnost obecně a posléze také narušená komunikační schopnost u lidí s demencí, u které jsou navíc uvedeny její nejčastěji se vyskytující projevy. V závěru kapitoly jsou vyjmenovány zásady pro komunikaci s člověkem s demencí.

V praktické části, která je tvořena kvalitativním výzkumem, byla stanovena hlavní výzkumná otázka a čtyři podotázky. Jako výzkumná metoda byla zvolena případová studie doplněná rozhovorem. Výzkum byl proveden v obecně prospěšné společnosti Domovinka Němčičky u klientky postižené rozsáhlým stádiem Alzheimerovy choroby. O této osobě byla následně napsána případová studie. Rozhovor poskytla jedna z ošetřovatelek této společnosti.

Případová obsahuje nejdříve seznámení se zkoumanou osobou prostřednictvím stručného životopisu a posléze popisuje průběh Alzheimerovy choroby nejenom v oblasti komunikace od počátečních projevů až po dnešní stav. Kazuistiku uzavírá návrh prognózy budoucího vývoje onemocnění. Veškeré informace pro sestavení této případové studie byly poskytnuty společností Domovinka Němčičky. Pro doplnění a splnění cíle této výzkumné činnosti byl veden rozhovor s hlavní ošetřovatelkou zkoumané klientky. Otázky byly nejdříve z důvodu lepšího vhledu do situace zaměřeny obecně na klienty se syndromem demence v tomto zařízení, poté byl již prostor věnován zkoumané klientce a dopadům její narušené komunikační schopnosti způsobené Alzheimerovou chorobou na ošetrovatelskou činnost s a rodinné vztahy.

Z výzkumného šetření nakonec vyplynulo, že progresse Alzheimerovy choroby u zkoumané osoby způsobila a nadále způsobuje mnoho negativních dopadů, které vedou ke vzniku náročných požadavků na ošetrovatele a také ovlivňují vztah s rodinnými příslušníky. Především degradující změny v oblasti vyjadřování a porozumění přinášejí obtíže při zajišťování péče o tuto osobu. S tím souvisí také snížený zájem o komunikaci. Navíc kromě již zmíněných dopadů vede tato choroba ke vzniku psychického zatížení na rodinné příslušníky, které v některých případech, podobně jako tomu je u zkoumané klientky, může způsobit výrazné ovlivnění, téměř až zničení rodinných vztahů.

Tím tato práce splnila svůj cíl, neboť poukázala především na negativní dopady narušené komunikace vzniklé působením syndromu demence u vybraného jedince seniorského věku a přiblížila, jakým způsobem reaguje na tyto dopady okolí tohoto člověka, v tomto případě ošetrovatelé a rodinní příslušníci. Zároveň také navrhla možnosti pro další potenciální výzkumnou činnost.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1.1: *Podíl osob starších 60 let od pol. 19. století do pol. 21. století na území ČR* (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, str. 85)

Tabulka 1.2: *Příznaky demence* (Růžička, 2003, str. 24)

SEZNAM ZKRATEK

ADI - Alzheimer's Disease International

DSM-5 - Diagnostický a statistický manuál duševních poruch - 5. revize

ČALS - Česká Alzheimerovská společnost

CNS - centrální nervová soustava

MKN-10 - mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize

NKP - neurokognitivní poruchy

NKS - narušená komunikační schopnost

SEZNAM LITERATURY

BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, 2010. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2282-8.

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 80-736-7081-X.

CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998. Logopaedia clinica.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1110-2.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-716-9716-8.

KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8554-7.

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8801-5.

LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitórium: teoretické východiska súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency,

2008-. ISBN 978-80-904259-0-3.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009.

ISBN 978-80-210-5029-7.

NEBESKÁ, Iva. *Úvod do psycholingvistiky*. Praha, 1992. ISBN 80-854-6775-5.

NEUBAUER, Karel. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Ostrava: Asociace klinických logopedů ČR, 1997.

NEUBAUER, Karel a Silvia DOBIAS. *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-518-9.

NEUBAUER, Karel a Tereza SKÁKALOVÁ. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-640-7.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.

RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, ed. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

ROMAN JIRÁK ET AL. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-807-2628-735.

RŮŽIČKA, Evžen. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-726-2205-6.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-717-8274-2.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2433-0.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Gerontagogika: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3653-1.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8308-0.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8291-2.

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0183-9.

Ostatní zdroje:

(1) Senioři. In: *Český statistický úřad* [online]. [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>

(2) *Domovinka Němčičky o.p.s.: Výroční zpráva 2016*. Němčičky, 2016

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Petr Hanzálek
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Změny komunikačního schématu osob seniorského věku s demencí
Název v angličtině:	Changes in communication scheme of senior people with dementia
Anotace práce:	<p>Bakalářská práce je zaměřena na změny komunikačního schématu osob seniorského věku s demencí. V úvodu své teoretické části se zabývá osobami seniorského věku, stárnutím populace, vymezením stárnutí a stáří a popisem involučních změn. V další kapitole je definován a klasifikován syndrom demence. Prostor je věnován také etiologii, stejně tak popisu projevů a stanovení stádií této nemoci. Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na komunikaci osob s demencí. Nejprve je definována lidská komunikace a její verbální a neverbální forma. Poté se práce zabývá narušenou komunikační schopností obecně a posléze také narušenou komunikační schopností u osob s demencí. Součástí je taktéž popis nejběžnějších projevů způsobených tímto narušením. Kapitulu uzavírají zásady komunikace s osobou s demencí. Praktickou část tvoří kvalitativně zaměřený výzkum, jehož cílem bylo zjistit, jaké dopady přináší narušená komunikační schopnost osoby seniorského věku s demencí na okolí tohoto jedince, zejména na práci ošetřovatelů a vztahy s rodinnými příslušníky. Výzkum byl proveden prostřednictvím případové studie o klientce obecně prospěšné společnosti Domovinka Němčičky. Součástí této případové studie je taktéž rozhovor s hlavní ošetřovatelkou zkoumané klientky.</p>
Klíčová slova:	Stárnutí, stáří, demence, projevy demence, narušená komunikační schopnost, dopady narušené komunikační schopnosti
Anotace v angličtině:	The bachelor thesis focuses on changes in the communication scheme of senior people with dementia. At the beginning of its theoretical part, it deals with persons of senior age, the aging of the population, the definition of aging and age and the description of involution changes. The next chapter defines and classifies the dementia syndrome. It also contains the

	<p>etiology as well as the description of the manifestations and the determination of dementia stages. The last chapter of the theoretical part focuses on the communication of people with dementia. Firstly, there is defined human communication and its verbal and non-verbal form. Then the thesis deals with impaired communication ability in general and then with impaired communication of people with dementia. It also includes a description of the most common manifestations of this disruption. The chapter is closed by the principles of communication with a person with dementia. The practical part consists of qualitatively focused research. This part tries to find out the impacts of the communication disability of senior people with dementia on their surroundings. It focuses primarily on nursing work and family relationships. The research consists of a case study of a person with dementia and an interview with her nurse.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Aging, age, dementia, manifestations of dementia, impaired communication ability, impacts of impaired communication ability
Přílohy vázané v práci:	
Rozsah práce:	50 stran
Jazyk práce:	český