

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2019-2020

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Věra Altrichterová

Komunikace se seniory s demencí

Praha 2020

Vedoucí bakalářské práce: Doc. PhDr. Dobromila Trpišovská CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2019-2020

BACHELOR THESIS

Věra Altrichterová

Communication with seniors with dementia

Prague 2020

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Doc. PhDr. Dobromila Trpišovská CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 17.4.2020

Věra Altrichterová

Poděkování

Děkuji paní Doc. PhDr. Dobromile Trpišovské CSc. za metodické vedení, cenné rady, vstřícnost a podporu, kterou mi věnovala při tvorbě mé bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce s názvem Komunikace se seniory s demencí se zabývá problematikou komunikace osob se syndromem demence. V teoretické části této práce jsou popsány specifické znaky stárnutí, stáří a jeho dělení. Následuje charakteristika syndromu demence, stádia nemoci, léčení a prevence. Dále je vymezen termín komunikace, popsány techniky a zásady, které jsou využívány při komunikaci se seniory s diagnostikovaným syndromem demence. V praktické části je využit kvalitativní výzkum, který byl zaměřen na postupující změny v komunikaci osob a snížení schopnosti pečovat o vlastní osobu. Cílem práce bylo zjistit jakým způsobem ovlivňuje syndrom demence komunikační schopnosti seniorů.

Klíčová slova

Alternativní a augmentativní komunikace, Alzheimerova choroba, Demence, Komunikace, Stárnutí, Stáří.

Annotation

Bachelor thesis titled Communication with seniors with dementia is looking into problematics of communication problems, which seniors with dementia syndrome have. In theoretical part of this work are described specific signs of aging, age and its classification. Then follows characteristics of dementia syndrome, stages, treatments and prevention. Next in line is communication definition, description of techniques and principles, which are used in communication with seniors with dementia syndrome diagnosis. In practical part is used qualitative research, which was aimed on progressive changes in communication of people and lowering of self-sustenance capacity. Aim of the thesis was to investigate in which way dementia syndrome influences communication abilities of seniors.

Keywords

Alternative and augmentative communication, Alzheimer's disease, Dementia, communication, aging, old age.

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD..... | 9 |
| TEORETICKÁ ČÁST..... | 10 |
| 1 VYMEZENÍ POJMŮ STÁŘÍ A STÁRNUTÍ | 10 |
| 1.1 Biologické stárnutí..... | 13 |
| 1.2 Psychické stárnutí | 16 |
| 1.3 Stáří..... | 19 |
| 2 DEMENCE..... | 24 |
| 2.1 Dělení demence..... | 27 |
| 2.2 Alzheimerova choroba..... | 29 |
| 2.2.1 Stádia Alzheimerovy choroby..... | 32 |
| 2.2.2 Léčba Alzheimerovy choroby..... | 33 |
| 2.2.3 Příčiny vzniku Alzheimerovy choroby | 34 |
| 2.2.4 Vliv onemocnění na člověka a jeho okolí | 36 |
| 3 KOMUNIKACE..... | 39 |
| 3.1 Verbální a neverbální komunikace | 42 |
| 3.2 Komunikace s osobami s demencí..... | 45 |
| 3.3 Alternativní a augmentativní komunikace | 50 |
| 3.4 Podpora seniorů s demencí | 53 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 55 |
| 4 KVALITATIVNÍ VÝZKUM..... | 55 |
| 4.1 Cíl výzkumu..... | 55 |
| 4.2 Vymezení výzkumného vzorku | 55 |
| 4.3 Použité metody výzkumu..... | 56 |
| 4.4 Analýza a interpretace dat..... | 56 |
| 4.4.1 Případová studie 1 | 56 |
| 4.4.2 Případová studie 2..... | 63 |
| 4.4.3 Případová studie 3..... | 69 |
| 4.5 Doporučení do praxe..... | 74 |
| 4.6 Diskuse..... | 75 |
| ZÁVĚR | 80 |

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ..... | 82 |
| SEZNAM ZKRATEK | 90 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 91 |

ÚVOD

Stárnutí je jedním z období lidského života, které sebou přináší postupné oslabování a degenerativní změny, které jsou nevratné. K těmto negativním změnám dochází již v období dospělosti, přesto je tento proces urychlen ve stáří, především pak na sklonku života. Lidský život se čím dál více díky moderní medicíně a lepšímu přístupu ke kvalitnějším potravinám prodlužuje. Mnohé nemoci jsou léčitelné, příznaky mnohých potíží je možno postupně snižovat až na minimum. Na druhou stranu díky stále stoupajícímu věku dožití stoupá i počet osob, u kterých se ve stáří projevuje syndrom demence, který zcela změní osobu až k nepoznání. Především pokud se jedná o demenci, která je způsobena Alzheimerovou chorobou.

Při tomto onemocnění se zcela mění charakter člověka, jeho jednání, vnímání, prožívání. V posledních fázích této choroby již člověk není schopen se o sebe postarat a je zcela odkázán na pomoc jiné osoby, ať již se jedná o rodinné příslušníky, nebo odborníky z různých sociálních služeb. Ačkoli člověk je již mnohdy jen jakousi vyprázdněnou lidskou schránkou, stále je člověkem a je nutné jej takto i vnímat. K tomu, aby byla dodržena lidská důstojnost, je zapotřebí s ním stále komunikovat a znát jeho potřeby. Komunikace je jediným prostředkem, kterým je možno vyjádřit, co člověk chce, co má na srdci. Komunikace nemusí být pouze verbální, je důležité vnímat i komunikaci neverbální, což je základ úspěchu u člověka, který již běžné komunikace není vůbec schopen.

Předkládaná bakalářská práce se zabývá problematikou komunikace se seniory s demencí. Hlavním cílem je popsat, jakým způsobem ovlivňuje demence komunikační schopnosti seniorů. Dílčím cílem je nastínit, jak je narušen život s tímto onemocněním. Formou kvalitativního výzkumu dochází k ilustraci postupných změn u osob, které se s touto nemocí potýkají, a to s důrazem na jejich komunikační schopnosti a dovednosti. Zvládnutí komunikačních dovedností i umění naslouchat pomáhá k lepšímu porozumění seniorům s Alzheimerovou chorobou a následně odstraňuje překážky v komunikaci.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMŮ STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stárnutí můžeme v obecné rovině definovat jako specifický, nevratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinována a pro každý druh specifická (Topinková, Neuwirth, 1995, s. 13).

Jedná se o souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti jedince. Tyto změny nejvíce kulminují v terminálním stadiu a ve smrti (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 202).

Jak vyplývá z uváděných informací, stárnutí je pojímáno jako biologický proces, který je základním a charakteristickým rysem období života, v němž je člověk označován za „starého“. Vedle termínu stáří je pak možné se v odborných zdrojích setkávat také s pojmem stáří jako takového.

Ačkoli obecně je možné stárnutí organismu člověka zaznamenávat již v dřívějších etapách jeho vývoje, po šedesátém roce života člověka je proces stárnutí oproti dřívějším vývojovým etapám rychlejší, má své typické projevy a s přibývajícím věkem se dále zrychluje (Šimíčková-Čížková, 2005, s. 131).

Kromě vymezení pojmů stárnutí a jeho charakteristiky lze představit jeho typologii představující jednotlivé možnosti či druhy (obecně kategorie) stárnutí. Podobnou informaci uvádí ve své publikaci například autorka Malíková (2011, s. 14–15) existují dva typy stárnutí:

- Fyziologické stárnutí – probíhá přirozeně a je zcela běžnou součástí lidského života. Jedná se o běžnou etapu lidského života od oplození až po jeho zánik.
- Patologické stárnutí – se projevuje různými způsoby a může se jednat například o předčasné stárnutí, nebo nepoměr mezi biologickým a funkčním věkem, kdy kalendářní věk je nižší než věk funkční. To se projevuje u osoby i sníženou soběstačností.

Hrozenková (2013, s. 13) k tématice kategorizace v oblasti stáří a stárnutí pak uvádí možné pohledy na měření lidského věku, mezi které patří:

- Chronologický věk – věk kalendářní, odpovídá skutečnému běhu času bez ohledu na stav organismu.
- Biologický věk – je podmíněn geneticky, má na něj vliv působení zevního prostředí, způsob života a přítomnost chorob i onemocnění.
- Funkční věk – odpovídá funkčnímu potenciálu člověka, je odvozen od biologických, psychologických a sociálních charakteristik daného člověka.
- Psychologický věk – je důsledkem funkčních změn v průběhu stárnutí, individuálních osobnostních rysů a subjektivního věku.
- Sociální věk – zahrnuje v sobě míru přítomnosti životního programu.

Výše uváděná kategorizace zohledňuje jednak již zmiňované biologické zakotvení stárnutí, dále ovšem také zahrnuje další varianty věku, který je coby pojem se stářím a stárnutím taktéž neodmyslitelně spojený.

Stáří jako takové je pak, dle Dvořáčkové (Dvořáčková; in: Dvořáčková a Holczerová, 2013, s. 21) poměrně těžko stanovitelné s ohledem na určitou věkovou hranici; díky tomu je poměrně ošemetné stanovení toho, kdy je možné o člověku již reálně hovořit jakožto o „starém“.

Stáří i stárnutí jsou jakožto procesy značně individuálními – danou informaci lze považovat za jednu z hlavních charakteristik obou pojmů (tamtéž, 2013, s. 21). Uváděná individualita se u konkrétní osoby odvíjí od následujících faktorů jejího fungování (tamtéž, 2013, s. 21):

- Aktuálního zdravotního stavu.
- Aktuálního psychického stavu.
- Rodinného zázemí.
- Vlastního sebepojetí.
- Dlouhodobých vztahů (zejména uvnitř rodinného systému).
- Hodnotového vybavení.

- Postojového vybavení.

Stáří je možné pojímat jako vyvrcholení kompletního životního cyklu lidského jedince (srov. Mlýnková, 2011, s. 13).

Ke stárnutí jako takovému je možné se dozvědět, že toto bývá odborníky nahlíženo z hlediska různých teoretických konceptů, k nimž patří (Mlýnková, 2011, s. 13–14):

- **Teorie působení zevních vlivů** – jedná se o teorii „ekologickou“, která hovoří o tom, že na stárnutí mají vliv zejména vnější vlivy, které mohou být pozitivního, nebo naopak negativního charakteru (mohou tedy stárnutí urychlovat, nebo jej naopak zpomalovat, působit proti němu preventivním způsobem); k takto působícím vnějším vlivům patří například potrava jedince, jeho celkový životní styl, působení stresu či jiných psychosociálních faktorů, vliv mikroorganismů, nebo také působení chemických látek.
- **Teorie volných radikálů** – volné radikály coby škodlivé sloučeniny vznikající přímo v samotném organismu tento organismus v případě vysokého výskytu poškozují na buněčné úrovni.
- **Genetická teorie** – uváděná teorie se přiklání k názoru, že délka životní dráhy konkrétní osoby je doslova „zakódována“ v jeho DNA, jedná se tedy o genetické naprogramování daného faktoru života člověka; na základě daného přístupu tak lze očekávat dožití vyššího věku (pomalejší stárnutí, delší dobu života ve stáří apod.) u těch osob, jejichž rodiče se taktéž dožili vysokého věku.
- **Imunologická teorie** – stárnutí je v rámci dané teorie v podstatě autoimunitním procesem, v jehož rámci dochází k ničení organismu vlastních buněk, a to na základě jeho postupně narůstající neschopnosti rozpoznávat a následně také i odstraňovat chyby vznikající na základě dělení buněk organismu.

S pojmem stárnutí se lze v současnosti v odborných zdrojích nejrůznějších oborů zabývajících se člověkem setkávat v souvislosti nikoli s procesy týkajícími se jednotlivců, ale celých populací (srov. např. Sak a Kolesárová, 2012, s. 86). V daném ohledu je stárnutí zpravidla předkládáno jako značně negativní jev manifestující se ve společnosti (tamtéž, 2012, s. 86).

1.1 BIOLOGICKÉ STÁRNUTÍ

Jak již bylo zmíněno v úvodu do kapitoly číslo 1, stárnutí je jevem především biologického charakteru. Trvání tohoto jevu je možné přisuzovat celé životní dráze jednotlivce, od jeho početí až do chvíle jeho smrti (Dvořáčková; in: Holczerová a Dvořáčková, 2013, s. 21).

V úvodu do podkapitoly lze zmínit poznámku autora Křivohlavého (2011, s. 19), který jasně shrnuje, že mimořádná pozornost stárnutí je věnována zejména právě jeho biologickému aspektu, pod nímž si lze představit snahu o přiblížení toho, jak: *„celý komplex biologických jevů formuje člověka v průběhu jeho života, tak i toho, jak tyto průřezové biologické jevy mění patologicky svou funkci v průběhu života.“* S biologickým stárnutím je tak spojován termín patologie, ačkoli není dobré jej považovat za nejsignifikantnější či dokonce všeprostopující realitu života a fungování seniora.

Stárnutí je dle Mlýnkové (2011, s. 13) fyziologickou součástí života, a to nejen v případě člověka, ale také například i rostlin, nebo zvířat.

Z hlediska biologického je stárnutí procesem spočívajícím ve vzniku degenerativních změn v buňkách lidského organismu – tyto změny se týkají jak tvaru, tak také i samotné funkce buňky; dané změny jsou označovány za degenerativní, jelikož s sebou přinášejí úpadek z hlediska vývoje (Mlýnková, 2011, s. 13).

Určité procesy, jimiž se biologické stárnutí vyznačuje, byly v úvodu do první kapitoly také již zmíněny. Na tomto místě je tak možné ještě doplnit informaci o biologickém stáří.

Biologické stáří dle Čevely, Kalvacha a Čeledové (2012, s. 25) znamená dosažení určité míry změn involučního charakteru v konkrétním organismu, kdy na tomto principu dochází u jedince k poklesu potenciálu jeho zdraví. Biologicky starý člověk se tak musí potýkat s poklesem zdatnosti, sníženou adaptabilitou a obecně odolností vůči případným nárokům či ohrožením přicházejícím z jeho okolí či z organismu samotného (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 25).

Typickým jevem u stárnoucích osob je pokles jejich tělesné výšky a hmotnosti, který se projevuje po celé období stáří. Změny v hmotnosti souvisí se změnami

tělesných proporcí, jako je šířka ramen, pánve, snížení hmotnosti celé kostry, zmenšení váhy vnitřních orgánů a výrazný pokles váhy svalstva. Snížení tělesné výšky oproti tomu souvisí s degeneračními změnami chrupavky, atrofií kostí a sesedáním meziobratlových plotének, které s přibývajícím věkem ztrácejí svou původní hmotnost, pružnost a vitalitu. Zároveň ve stáří klesá rychlost, pružnost a hbitost pohybů. Pohyby starých lidí jsou výrazně pomalejší. Dochází ke zvýšení pravděpodobnosti úrazů. Zároveň ubývá svalová výkonnost a souhra neuromuskulárního aparátu, které takto negativně ovlivňují motorické dovednosti osoby (Šimíčková-Čížková, 2005, s. 131).

Dochází ke snížení funkce plic, kdy starý člověk přijímá z prostředí méně kyslíku, protože pohyby hrudního koše jsou menší. Srdce přečerpává menší množství krve, a tím dochází ke sníženému průtoku krve ostatními důležitými orgány, kdy se to nejčastěji projevuje v ledvinách. Stěna cév se stává nepružnou a je rovněž i tenčí, dochází ke kornatění cév, což má neblahé důsledky na celý organismus (Klevetová, 2017, s. 23).

K problémům dochází i v rámci trávicího systému, kdy se vlivem snížení množství trávicích šťáv potrava pomaleji vstřebává a rozkládá. Játra i slinivka jsou méně výkonné. Zpomaluje se vstřebávání důležitých živin jako je vápník, železo, vitamín B1 a B12. Snížená svalová síla zapříčiňuje pokles funkce tlustého střeva, což se projevuje chronickou zácpou, ale i bolestmi v bederní oblasti páteře (Klevetová, 2017, s. 25).

K výrazným změnám dochází rovněž v oblasti nervového systému, kdy se počet neuronů nerovnoměrně snižuje. Výrazný projev stárnutí je v ukládání lipofusinu, tento nahnědlý pigment, který vzniká z tuků se hromadí především v nervových buňkách, ale rovněž i v játrech a svalech. Dochází k biochemickým změnám v neuronech, které mají vliv na rychlost vedení vzruchů. Na obalech neuronů se vytvářejí senilní plaky, které mohou způsobit demenci. Zpomalují se regulační schopnosti, čímž se snižují odolnosti k zátěži a schopnosti se adaptovat na nové životní podmínky. Přibývají poruchy spánku, především jeho délky a kvality. V této souvislosti můžeme hovořit o spánkové inverzi, kdy senioři v noci bdí a přes den spí, špatně usínají, mají pocity mělkého spánku a nevyspání (Klevetová, 2017, s. 26).

Z biologických indikátorů stáří pak lze jmenovat také celou řadu dalších, které se nemusejí nutně týkat pouze hmotnosti, fungování plic, nebo trávicího systému.

Křivohlavý (2002, s. 138) v tomto ohledu upozorňuje na takové jevy, jakými jsou například změny zrakové ostrosti (tedy proměny fungování a výkonnosti jednoho z hlavních smyslů člověka), nebo výraznější změny ve stavu kostí, kdy stárnoucí lidé se musejí potýkat často s problémy s páteří, nebo s oblastmi krčků stehenních kostí apod.

Co se týká senzorických orgánů a jejich systémů – tedy právě orgánů zajišťujících člověku možnost využívat jeho základní smysly tak, jak je zvyklý – zde Otová s Mihalovou (2012, s. 186) uvádějí, že u těchto probíhá jejich stárnutí v případě člověka průběžným způsobem; je tedy možné hovořit o tom, že s narůstajícím věkem koreluje narůstající míra stárnutí čidel sluchu, nebo zraku.

Kvalitu života snižují i zhoršení týkající se vnímání. Příčinou jsou zde především negativní změny ve smyslových orgánech a snížení rychlosti přenosu informací neurony. Může klesat citlivost na podněty, snižuje se ostrost vnímání, není dostatečná rozlišovací schopnost. Je méně informací, které jsou zprostředkovány smysly a tyto jsou zároveň méně kvalitní. Percepční změny nastávají pozvolna a jsou doprovázeny dalšími funkčními změnami organismu, jako je kupříkladu zpomalení pohybových činností, omezení rozsahu aktivit a podobně (Šimíčková-Čížková, 2005, s. 131).

K nejdůležitějším orientačním ústrojím patří bezpochyby zrak. Degenerativní změny snižují zrakovou ostrost, rozpoznávání barev je rovněž horší, snižuje se akomodace a může se projevit i lateralita levého nebo pravého oka. Velmi závažné jsou změny sítnice, které ohrožují zrakovou percepci. I v oblasti sluchu dochází k degenerativním změnám. Zhoršení funkcí sluchového orgánu pravděpodobně je způsobeno i tím, že senioři, pro které je naslouchání obtížné, rádi hovoří ve společnosti sami. Špatné rozlišování sluchových vjemů vyvolává nervozitu, podezíravost a jiné negativní projevy. Stejně tak i dezorientace neslyšících gerontů v sociální komunikaci, která je způsobena nesprávným vnímáním mluveného slova, negativně ovlivňuje mezilidské vztahy (Šimíčková-Čížková, 2005, s. 131–132).

Biologicky podmíněná je také rychlost stárnutí, jelikož tato je geneticky zakódovaná (Mlýnková, 2011, s. 13). V rámci tématiky biologie stárnutí člověka je odborníky užíván termín atrofie, který je možné vnímat coby označení pro úbytek původní tkáně (funkční tkáně), jež je nahrazována tkání odlišnou, často nefunkční (srov. Malíková, 2011, s. 19).

Biologické stárnutí a následný stav biologického stáří sebou pro osobu, které se týkají, přinášejí následující negativní přidružené fenomény, s nimiž je vhodné počítat (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 25):

- Zvýšení rizika výskytu nemocí.
- Zvýšené riziko možného úmrtí.
- Riziko nejrůznějších funkčních deficitů.
- Ubývání časové dotace, která jedinci zbývá do jeho biologického dožití.

Na závěr je nutné uvést, že ačkoli biologické stárnutí představuje slovní spojení označující typické tělesné změny v organismu stárnoucí osoby a jejich průběh, u každého jednotlivce mohou tyto změny probíhat a také se manifestovat v různé míře, jednotlivci se k nim mohou dopracovat odlišně rychle (Malíková, 2011, s. 19).

1.2 PSYCHICKÉ STÁRNUTÍ

O biologické rovině stárnutí bylo podrobněji pojednáno v podkapitole 1.1 textu. Na tomto místě pak bude na danou problematiku pohlédnuto z úhlu pohledu psychologického či ještě lépe psychického.

Psychické stárnutí představuje zajímavou a zásadní tematiku u dospělého člověka. V psychické rovině lze počítat jednak se změnami, které jsou s daným procesem neodmyslitelně (ve větší či menší míře) spojené, dále je pak možné také představit problematiku psychických reakcí na projevy stárnutí u sebe samotného v jednotlivých jiných rovinách fungování (tedy například z reakce osoby na uvědomění si nastávajícího nebo již nastalého stáří u sebe sama).

Poslední informaci potvrzuje ve své publikaci například autorka Malíková (2011, s. 21). Konkrétně je možné se dočíst následující komentář hovořící o tom, že: „*graduující*

tělesné změny jsou senioreem negativně prožívány a následně se projevují změnami psychickými.“ (Malíková, 2011, s. 21).

Jak uvádí Křivohlavý (2002, s. 136): „*Stárnutí je možné vidět i z psychologického hlediska.*“ Nejedná se tedy v žádném případě o čistě biologický fenomén, jak by možná mohlo vyplývat z informací z podkapitoly 1.1 textu.

Ačkoli období stáří klade na člověka zvýšené nároky, neznamená však automaticky degradaci, kdy možné změny může člověk kompenzovat a může se na své stáří i připravit, protože člověk ví, že stárne. Mezi gerontologickou populací existují individuální rozdíly, které jsou ovlivněny následujícími činiteli (Šimíčková-Čížková, 2005, s. 135):

- Genetické faktory.
- Zdravotní stav.
- Nejruznější okolnosti nastalé v životě člověka.
- Osobnost člověka.

Změny související se stárnutím je možné u člověka sledovat na činnosti jeho kognitivních funkcí, mezi něž spadají vnímání, uvažování, paměť, myšlení a řada dalších (Křivohlavý, 2002, s. 136).

K typickým změnám v oblasti psychiky a intelektových schopností můžeme v případě stárnutí uvést (Jarošová, 2006, s. 24–28):

- Snížení kognitivních a gnostických funkcí – jedná se o snížení schopnosti paměti, koncentrace, výbavnosti, zapamatování nových informací, schopnosti rozpoznávat viditelné předměty a rozumět slyšeným zvukům.
- Snížení fatických funkcí – tedy sníženou funkci řeči, pokles schopností cokoli pojmenovat, porozumět řeči.
- Snížení výkonnosti intelektových funkcí.
- Zvýšení emoční nestability až k labilitě, výkyvy nálad, proměnlivost rozhodnutí a postojů, změny v požadavcích.
- Citová oploštělost, ztrátu citových prožitků.

- Celkové povahové změny – od pozitivních vlastností do neutrálních nebo až silně negativních či naopak od vlastností negativních k neutrálním až pozitivním.
- Zvýraznění povahových vlastností i osobnostních projevů, a to směrem k negativním.
- Pokles zájmů, změny hodnot a potřeb.
- Tendence k bilancování svého života a posuzování situací s časovým odstupem z nadhledu.

Zásadní informaci týkající se psychického stárnutí je fakt, že u běžné stárnoucí osoby neexistuje prakticky žádný důvod k tomu, aby jeho psychika i s již uváděnými změnami negativním způsobem ovlivňovala kvalitu jeho života; stáří samotné tak není důvodem pro psychické strádání člověka (Malíková, 2011, s. 21). Výjimku z uváděného pravidla lze přisoudit těm stárnoucím či starým osobám, u nichž se rozvinulo takzvané patologické stárnutí (srov. Malíková, 2011, s. 21).

Jak uvádí Faleide, Lian a Faleide (2010, s. 193) není vhodné si stárnutí představovat jako proces zahrnující především nejrůznější onemocnění a snížení efektivity jedince v celé řadě rovin, přesto však se manifestují některé problémy buď somatické nebo i psychické nebo sociální povahy. O sociální stránce stárnutí bude více hovořeno v dalších odstavcích podkapitoly.

Vedle stárnutí biologického a psychického je samozřejmě také možné představit tematiku **sociálních aspektů stárnutí**.

Právě i sociální aspekty mají u člověka vliv jak na jeho stárnutí, tak i na stáří jako takové (Malíková, 2011, s. 21). Stejně jako i v rovině psychické a biologické také sociální rovina stárnutí zahrnuje celou řadu faktorů, které lze rozlišovat na pozitivní a méně pozitivní (jedná se o aspekty negativního rázu) (tamtéž, 2011, s. 22).

Z pozitivních lze jmenovat pozitivní vztahy jedince s jeho blízkým i širokým sociálním okolím, funkční rodinu, ekonomické zabezpečení plánované již dlouhou dobu před nastoupením životní fáze stáří jedince, vhodný přístup k volnému času a jeho naplnění a obecně možnosti naplňování pocíťovaných potřeb s nimiž se senior vyrovnává (Jarošová, 2006; in: Malíková, 2011, s. 22). Negativní sociální aspekty stáří pak tkví

například v nutnosti jedince odejít z pracovního poměru do důchodu, v sociální exkluzi či výraznějším omezení sociálních kontaktů, změně ekonomické situace k horšímu, strachu (například z nesoběstačnosti či samoty apod.), fyzické závislosti na druhých, nutnosti přestěhování se, a řadě dalších faktorů (Malíková, 2011, s. 22).

1.3 STÁŘÍ

Stáří je vývojovou etapou, má své téma a úkoly, které mají být tvořivě zvládnuty. Vývojovým úkolem stárnutí je dle Ericksona, který rozděluje vývoj člověka do osmi fází, integrita. Odhadnout míru, jakou se mu to povedlo, je pro poznání osobnosti tím nejdůležitějším, ne každý může tento úkol splnit. Je zde nutno najít odpověď na otázku, co je celistvost – integrita života. Celistvost můžeme vnímat jako archetypální obraz, který intuitivně chápeme, ale jehož smysl není možné exaktně vyjádřit slovy, ale jeho působivost je možno přiblížit následovně (Říčan, 2010, s. 172):

- Jedná se o poznání pravdy toho příběhu, kterým byl daný život jako celek.
- Jde o smíření se s tím, co se stalo, co bylo a jak to bylo. Uzavřít to, odpustit, přijmout odpuštění, být připraven na odchod a v míru i odejít.
- Jedná se o domov, kdy je načase pochopit, kde má člověk své kořeny, kam patří, čeho je součástí.
- Jedná se o moudrost, kterou je možné najít ve filosofii a ve víře, může se přitom jednat o konkrétní náboženství, ale i nikoli. Včas, dokud rozum nevyhasne, má se člověk otevřít tomu nejlepšímu, o čem tuší, že by jej mohlo oslovit.

Stáří však nemůžeme vnímat pouze jako nějaký úpadek. S ohledem na vyspělost dnešního světa vědy a techniky je možné mnohé procesy slábnutí a úpadku zpomalit nebo dokonce i zcela zastavit. Je důležité si uvědomit, že v každém věku může člověk něčeho dosáhnout a že se člověk může vyvíjet i ve stáří. Zároveň jako v každém jiném období lidského vývoje se jedinec musí vyrovnávat se ztrátami, strádáním a ranami. V průběhu celého lidského života, nevyjímaje vývojové stádium stáří, dělá člověk pokroky. Progrese nesouvisí pouze s dětstvím a mládím, ale ani regrese nemůže souviset pouze se stářím (Pichaud, 1998, s. 14).

Pro člověka v každém věku je důležité, aby mu život dával smysl. K faktorům, které člověka chrání ve stáří před ztrátou smyslu života je (Ondroušová, 2011, s. 150):

- Tvořivost.
- Dobré mezilidské vztahy.
- Zdraví.
- Potěšení.
- Pocit užitečnosti a potřeby pro druhé.
- Religiozita.
- Konstruktivní práce se vzpomínkami.

Hlavním prediktorem nízké smysluplnosti života je depresivita. Zároveň je důležitý i vyšší věk, potřeba institucionální péče pro nesoběstačnost a u mužů skutečnost, že se nerealizovali v původním povolání. U seniorů, kteří žijí ve vlastním prostředí je významná i osamělost (Ondroušová, 2011, s. 150).

V souvislosti s pojmem stáří je vhodné upozornit na fakt, že v rámci českého jazyka je tento užíván nejen k označení konkrétního vývojového stádia v životě člověka, které se projevuje charakteristickými rysy a projevy, ale také je dané slovo užíváno ve smyslu věku jako takového; v tomto ohledu může být stáří spojováno také s mladými lidmi či dokonce s dětmi (i u nich je běžné, že se okolí ptá na to, jak jsou „staré“) (srov. např. Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 23). Pro účely bakalářské práce bude stáří užíváno jako termín označující právě zmíněné konkrétní vývojové období, do něž se člověk může během svého života na základě splnění určitých podmínek (například přibližného věku) dostat.

Dělení stáří

Tak jako i v jiných vývojových obdobích lidského života je obtížné přesné vymezení jednotlivých období, ne jinak tomu je i v oblasti stáří. Navíc i stáří a stárnutí bývá velmi individuální, záleží na konkrétní osobě, její genetické výbavě a životním stylu.

Stáří můžeme kupříkladu dělit na tato stádia (Malíková, 2011, s. 14):

- Mladí senioři od 65 do 74 let věku, charakterističtí problematikou penzionování, volného času pro aktivity.
- Staří senioři od 75 do 84 let věku, charakterističtí změnou funkční zdatnosti, atypickým průběhem nemocí.
- Velmi staří senioři od 85 let věku výše, charakterističtí soběstačností a zabezpečeností.

Poslední fázi, která se nazývá senium, dělíme do následujících tří kategorií (Šimíčková-Čížková, 2005, s. 129):

- Senescence od 60 do 75 let.
- Kmetství od 75 do 90 let.
- Patriarchum od 90 let a výše.

Výše prezentované členění stáří potvrzují ve své publikaci taktéž například i autorky Mahrová s Venglářovou (2008, s. 107). Autorky dále doplňují, že každá z uváděných fází vývoje stáří u člověka má svá specifika a při nahlížení na staré lidi (seniory, kmety či patriarchy) je zapotřebí brát v potaz, v jaké z těchto fází se aktuálně daná osoba nachází, jelikož v souhrnu lze zjistit, že stáří celkově může dosahovat skutečně značného věkového rozpětí (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 107).

Stupeň celkového chátrání organismu má několik etap, které se od sebe liší tempem a intenzitou involučních pochodů. V první etapě je organismus ještě odolný a zdatný, kdy se stárnutí projevuje v míře, která je určena kvalitou zárodečné buňky, působením vnějších vlivů a životosprávou (Šimíčková-Čížková, 2005, s. 129).

Ve druhé etapě je již výrazně snížena odolnost organismu a postup involučních procesů probíhá oproti předešlé etapě rychleji. Základním psychologickým rysem je zde odklon od materiálních hodnot k hodnotám, které jsou duchovní, člověk zároveň

přechází od extroverze k introverzi a od altruismu k egocentrismu (Šimíčková-Čížková, 2005, s. 129).

Ve věku nad devadesát let je osoba poznamenaná výraznou osamělostí, vlivem úmrtí vrstevníků, ale i díky snížení kontaktu s rodinnými příslušníky, již osoba nemá tolik sociálních kontaktů, jak tomu bylo dříve. Zároveň osoba v této době již očekává blížící se konec svého života (Šimíčková-Čížková, 2005, s. 129–130).

Kejlíčková (2011, s. 87) pak v rovině kategorizace období stáří hovoří pouze o dvou rozdílných skupinách osob, a to o jedincích nacházejících se ve fázi takzvaného časného stáří a těch osobách, které již dospěly do vývojové fáze stáří skutečného.

Dle Saka s Kolesárovou (2012, s. 14) je stáří vymezováno jako životní fáze jedince, u níž lze detekovat dva základní časové body, které jej vymezují; zatímco horní hranice je dána smrtí (jedná se tedy o jasné a velmi ostré vymezení), v případě spodní, poměrně „rozmazané“ hranice lze hovořit o individuálně stanovené hranici vycházející z postupně pronikajících procesů stárnutí a jevů charakteristických pro stáří v rovině biologické a psychické a tudíž tato hranice může být u každé osoby odlišný.

Na rozdíl autorek Malíkové, nebo Šimíčkové Čížkové tak Sak a Kolesárová přistupují ke stanovení zejména spodní hranice stáří poněkud fluidně, což na jednu stranu znamená menší stupeň jasnosti podobného vymezení, na druhou stranu ovšem nehrozí takové nežádoucí jevy, jako je například označování osoby za „starou“ jen díky jejímu překročení určité věkové hranice. Sak s Kolesárovou tedy předkládají vymezení stáří u člověka ve větším souladu a návaznosti na informace uváděné v kapitole číslo 1 předkládaného textu (informace týkající se konkrétních projevů stárnutí v biologické a psychické rovině fungování jednotlivce), než je tomu v případě jiných odborníků a jimi prezentovaných názorů na danou problematiku.

Na daný fakt navazují autorky Holczerová s Dvořáčkovou (2013, s. 21), které potvrzují, že striktní vymezení stáří (moment či bod, v němž se člověk stává jednoznačně starým) je složitým úkolem; také ony potvrzují individuálnost v procesech stárnutí a bodu dosažení stáří u jednotlivých osob, právě jako i dříve zmiňován Sak a Kolesárová. Kromě této podobnosti je pak možné ještě doplnit, že Holczerová

a Dvořáčková (2013, s. 21) upozorňují na nutnost brání ohledu na aktuální zdravotní i psychický stav jedince, které mohou mít na posuzování a také pocitování stáří u těchto osob značný vliv, mohou konečné rozhodnutí – výsledek zhodnocení vstoupení do životní fáze stáří či prozatím ještě nikoli – značným způsobem ovlivňovat.

V budoucnu lze navíc očekávat dost možná proměny nahlížení toho, ve kterém bodu svého života člověk dosahuje fáze stáří, a to s přihlédnutím k faktu stárnutí populací v mnoha částech světa (srov. např. Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 136). Stáří coby vývojové období totiž závisí nikoli pouze na odborníky stanovených objektivních faktorech či hodnotících symptomech, ale také na přístupu společnosti jako takové – tato má zásadní vliv na samotné hodnocení stáří (tamtéž, 2013, s. 136). Pokud se například stane, že se lidé budou dožívat v průměru sta let, těžko si lze představit, že již po padesátém roce života budou považováni za „staré“.

Na druhou stranu je možné o „stárnutí“ organismu lidského jedince s určitou nadsázkou hovořit od jeho samotného narození, ačkoli „skutečného stáří“ se nemusí celá řada osob vůbec dožít (Kejklíčková, 2011, s. 87). V tomto bodě je možné se navrátit k již dříve v textu prezentované informaci o tom, že stáří je v prostředí české kultury užíváno v běžném jazyce jako pojem související nikoli se stárnutím v rovině biologických potřeb ale s vývojem jedince během celého jeho života.

2 DEMENCE

Druhá kapitola bude obsahovat informace související s termínem demence, který zde bude definován a blíže popsán. Kromě obecných poznatků týkajících se demence pak bude věnován prostor propojení tematiky tohoto pojmu s tématem stáří a stárnutí tak, jak byly tyto představeny již v rámci kapitoly číslo jedna dokumentu dříve.

Vedle již zmíněných oblastí zájmu tak bude věnován prostor také konkrétnímu uvedení kategorizace demence a demenci Alzheimerově coby jednomu ze specifických zástupců dané kategorie postižení člověka, který je do značné míry typickým právě pro seniory, tedy jedince, kteří v rámci vývoje během svého života dospěli do fáze nazývané stáří.

Samotné slovo **demence** pochází z latinského slova mens, které znamená mysl a předpony de, která označuje „od“. Slovo demens takto znamená „šílený“, co pozbylo mysl, odchylku od rozumového jednání. Prvním, kdo v medicíně použil termínu demence, byl Aurelius Cornelius Celsus ve své knize *De medicina* v prvním století našeho letopočtu. Do moderní psychiatrické klasifikace termín zavedl ale až Dominique Esquirol, a to v roce 1814 (Kučerová, 2006, s. 9).

Jak uvádějí Lukáš se Žákem (2014, s. 164), pojem demence se vyvíjí po dobu přibližně dvou a půl tisíce let, jelikož lze nalézt zprávy o tom, že již v rámci historického období antiky filosofové a lékaři popisují úpadek duševních funkcí, které jsou spojovány se stářím (toto doprovázejí). Autoři dále doplňují, že demence se coby pojem v oboru lékařství vyskytuje od 18. století našeho letopočtu, jeho zcela první zmínka byla uvedena Encyklopedii z období osvícenství; v právní rovině je pak demence zakotvována od 19. století po Kristu (Lukáš a Žák, 2014, s. 164).

S ohledem na současnou medicínskou (psychiatrickou) praxi je pak možné uvést, že demence byla na 10. decentní revizi mezinárodní klasifikace vymezena následovně: *„Dementia (F00 – F03 je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostní mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace.*

Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“ (Kučerová, 2006, s. 10)

Důležitou informací zahrnutou v dané definici je fakt, že demence je syndromem. Daný poznatek je možné chápat tak, že se nejedná o fenomén vyznačující se jedinou charakteristikou manifestací, ale v reálné podobě zahrnuje celou řadu symptomů (srov. např. Navrátil, 2017, s. 373).

Demence je onemocněním postihujícím kognitivní funkce člověka; z uváděného důvodu je možné diagnózu demence stanovovat až po dosažení určité vývojové úrovně lidského jedince, teprve poté, co se u něj mají možnost tyto funkce vůbec vyvinout – v praxi tak odborníci hovoří o tom, že demence může vzniknout teprve v období po druhém až čtvrtém roku života člověka (Petr a Marková, 2014, s. 185). Marková, Venglářová a Babiaková (2006, s. 190) potvrzují, že demenci je možné u člověka stanovit coby diagnózu již od jeho dvou let.

Demence je progresivní a velkou měrou neléčitelný klinický syndrom, který je nejčastěji způsobený neurodegenerativním poškozením mozku. Je charakterizována multifokálním nebo globálním poškozením vyšších kortikálních funkcí zahrnujících paměť, myšlení, orientaci, chápání, počítání, exekutivní funkce, schopnost učení, jazyk a úsudek. Druhotně dochází k postižení i nekognitivních funkcí – zejména k poruchám chování, ke ztrátě soběstačnosti a v konečném důsledku ke smrti. Celková prevalence demence tvoří asi 1 % a stoupá s věkem. Ve věku nad 65 let činí 4–7 % po každých pěti letech se zdvojnásobuje, ve věku nad 85 let trpí demencí 30–50 % osob (Jirák, Laňková, 2007, s. 2).

Demence je jednou ze zcela nejzávažnějších duševních poruch, které mohou člověka postihnout, bohužel ovšem zároveň je možné na daný syndrom nahlížet jakožto na jeden z nejčastěji se vyskytujících v případě osob, jež překročili hranici stáří (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 190) tak, jak byla tato představeny v kapitole číslo 2 této bakalářské práce.

Petr s Markovou (2014, s. 185) ve své publikaci taktéž potvrzují informaci o tom, že demence co do počtu případů jejího výskytu, narůstá v populaci stárnoucích osob a svého maxima dosahuje právě ve stáří jako takovém. Přesto však Marková,

Venglářová a Babiaková (2006, s. 190) upozorňují, že to, že je člověk starý, nutně nemusí znamenat, že je také dementní.

K obecným kritériím demence patří (Pidrman, 2007, s. 9):

- Zjevné zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti.
- Přítomnost alespoň jednoho z následujících faktorů:
 - narušení abstraktního myšlení,
 - narušení schopností,
 - narušení ostatních kognitivních funkcí,
 - změny osobnosti.
- Dané poruchy se manifestují v obvyklých pracovních, nebo sociálních procesech ve vztahu k okolí.
- Nejedná se současně o poruchu vědomí.

K rizikovým faktorům vzniku demence a preventivní opatření patří:

- Neovlivnitelné faktory – věk, genetické faktory (např. familiární autosomálně dominantní Alzheimerova nemoc, nebo frontotemporální demence, cerebrální autosomálně dominantní arteriopatie se subkortikálními infarkty, leukoencefalopatie, či Huntingtonova nemoc).
- Ovlivnitelné faktory – vaskulární faktory (např. kouření, obezita, diabetes, hypertenze, zvýšený cholesterol, nadměrné pití alkoholu, úrazy hlavy).

K tomu, aby u osoby byla odhalena demence, existují tři cesty:

- Pacient sám přijde k lékaři a stěžuje si na potíže s pamětí a myšlením.
- Rodina či přátelé upozorní lékaře na problémy, které se u osoby projeví, aniž by na ně pacient sám upozornil.
- Lékař při provedení jednoduchého screeningového testu odhalí doposud nepoznanou kognitivní poruchu.

Jako jeden z nástrojů pro určení demence slouží MMSE neboli krátký test kognitivních funkcí. Jedná se o celosvětově používaný pomocný test pro zjištění kognitivních funkcí a záchyt demence. Skládá se ze 30 otázek a úkolů, které testují

například orientaci pacienta v čase, prostoru, krátkodobou paměť, čtení a psaní, konstrukčně – praktické dovednosti a další. Každá správná odpověď znamená jeden bod. Člověk s normální úrovní kognitivních funkcí by měl dosáhnout 30 bodů (AD Centrum, 2011).

Test je vhodný pro odlišení normálního stárnutí od středně těžké demence. Jeho výhodou je snadné využití, s pacientem jej může po rychlém zaškolení vyplnit zdravotní sestra, sociální pracovnice, student apod. Nevýhodou je nedostatek úloh testujících frontální funkce a paměť, dále pak psychometrické vlastnosti jako špatná senzitivita (kolem 63 %). Specificita se naopak pro cut-off skóre 24 pohybuje kolem 96 % (tamtéž, 2011).

Na základě získaných bodů dochází k vyhodnocení testu (tamtéž, 2011):

- 00–10 bodů těžká kognitivní porucha,
- 11–20 bodů středně těžká kognitivní porucha,
- 21–23 bodů lehká kognitivní porucha,
- 24–30 bodů pásmo normálu.

2.1 DĚLENÍ DEMENCE

Dle hloubky demence můžeme rozlišovat tři stupně (Raboch, Pavlovský, 2006, s. 35):

- Mírná demence – v důsledku poklesu kognitivních schopností způsobuje zhoršení výkonu v denním životě, ale nikoli v míře, která by činila jedince závislým na jiných, osobě znemožňuje pouze složitější aktivity.
- Středně těžká demence – již jedinci nedovoluje fungovat v jeho běžném životě bez pomoci druhých, kdy potřebuje pomoc s nakupováním, s manipulací penězi, činnost se omezuje jenom na jednoduché domácí práce.
- Těžká demence – dochází k rozpadu osobnosti, již nelze navázat hodnotný kontakt, jedinec je naprosto odkázán na pomoc a péči svého okolí.

Demenci můžeme dělit, dle etiologie na skupinu primárně neurodegenerativních chorob a skupinu sekundárních (symptomatických) demencí.

U skupiny primárně neurodegenerativních chorob je hlavním etiopatogenetickým činitelem. Jedná se o atrofii, která je převážně selektivní, která je doprovázena řadou dalších změn, ke kterým patří především degenerace proteinů, tvorba a ukládání patologických proteinů. Svou roli zde hraje i řada dalších mechanismů, jako je porucha tvorby a vazby nervových růstových faktorů, poruchy mitochondriálního metabolismu, nadměrné uvolnění volných kyslíkových radikálů, projevy sterilního zánětu a podobně. Výše uvedení činitelé jsou mezi sebou vzájemně provázáni a vzájemně se podmiňují. K velmi důležitým faktorům patří porucha centrální neurotransmise, při které dochází k postižení především centrálního acetylcholinergního systému a glutamatergního systému (Zvěřová, 2017, s. 28).

Do této skupiny demencí takto patří (Raboch, Pavlovský, 2006, s. 171):

- Alzheimerova choroba.
- Demence s Lewyho tělísky.
- Parkinsonova demence.
- Demence typu Parkinson.
- Frontotemporální demence.
- Demence u Huntingtonovy chorey.
- Demence u multisystémové atrofie.
- Některé vzácné formy neurodegenerativních demencí.
- Demence smíšené etiologie.

Skupina sekundárních demencí je podmíněna různými systémovými onemocněními, traumaty, intoxikacemi, ale i dalšími chorobnými procesy, které ovlivňují mozek člověka. Tyto demence je rovněž dále možno dělit na demence ischemicko-vaskulární, u kterých je hlavním činitelem vzniku demence mozkový infarkt, díky kterému může docházet ke snížení celkového množství mozkové tkáně. Dále se může jednat o demence, které jsou infekční, prionové, metabolické ale i další (Raboch, Pavlovský, 2006, s. 172).

Do skupiny sekundárních demencí patří (Raboch, Pavlovský, 2006, s. 171):

- Vaskulární demence.
- Demence infekční etiologie.
- Demence prionové etiologie.
- Metabolicky podmíněná demence.
- Traumaticky podmíněná demence.
- Demence intoxikační etiologie včetně farmakogenních.
- Demence při endokrinopatiích a hypovitaminózách.
- Demence na podkladě normotenzního hydrocefalu.
- Demence nádorové a paraneoplastické etiologie.
- Ostatní sekundární demence.

Primární prevence – nejsou žádné důkazy pro oprávněnost preskripce statinů, HRT, vitamínu E ani NSA v primární prevenci demence.

Sekundární prevence – u pacientů s demencí by měly být přezkoumány a přiměřeně (léčebně) ovlivněny vaskulární a další ovlivnitelné rizikové faktory jako je kouření, nadměrné pití alkoholu, obezita, diabetes, hypertenze a zvýšený cholesterol.

2.2 ALZHEIMEROVA CHOROBA

V mozkové tkáni u nemocných Alzheimerovou chorobou dochází v prostorách mimo nervové buňky k ukládání chorobně vzniklé bílkoviny, tzv. beta-amyloidu, která tvoří krystalky, kolem nichž dochází k dalším neurodegenerativním dějům. Vznikají takto útvary neurotické plaky. Čím více je těchto plaků v oblasti mozkové kůry, tím více je funkčně tato mozková oblast postižena. Přitom beta-amyloid vzniká z bílkoviny amyloidový nekurzorový protein, který je v mozkových buňkách přítomen, je tělu vlastní a je i pro člověka nezbytný. Vinou choroby je však tento protein štěpen enzymy beta a gama-sekretázemi, které vytvářejí podstatně delší fragmenty, než je tomu při zdravém štěpení alfa-sekretázou obvyklé. Tyto delší fragmenty však neplní své fyziologické úkoly, přestávají být rozpustnými, oproti tomu se srážejí a polymerují, tímto vzniká beta-amyloid (Jiráček, Holmerová, 2009, s. 29).

Alzheimerova choroba trvá od objevení prvních příznaků do smrti v průměru sedm až deset let. Díky léčbě a dobré práci pečovatелů se tato doba prodlužuje. Existují však rychleji progredující případy, a to především tam, kde je familiární výskyt. Bezprostřední příčinou smrti bývají většinou hypostatické pneumonie nebo bronchopneumonie úrazy při pádech. Alzheimerova choroba je však základní příčina smrti (Raboch, Pavlovský, s. 174).

Příznaky Alzheimerovy choroby, která je nejčastěji nemocí stáří, se vyvíjí plíživě. Není jednoduché odlišit či rozlišit příznaky Alzheimerovy choroby od těch, které doprovázejí klinicky normální stárnutí. Není totiž jasné, jak dlouho trvá preklinické stadium této nemoci, kdy se jedná o vývoj choroby do prvních klinických příznaků. Je pravděpodobné, že toto preklinické stadium trvá několik let a prvními příznaky bývají v typických případech poruchy recentní epizodické paměti s charakteristickým zapomínáním každodenních událostí. Navíc v raných obdobích vývoje choroby bývá krátkodobá paměť zachována (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 89).

Alzheimerova choroba patří mezi kortikální demence. Nejdříve a nejnápadněji je postižena paměť, kdy dochází k amnézii. V první fázi dochází k postižení epizodické paměti, kdy se toto postižení týká u lehkých forem hlavně recentních, nedávných vzpomínek, ale v průběhu progresu demence již nemocní zapomínají i epizody z dávnější minulosti. Postupem času se rozvíjí i porucha sémantické paměti, kdy osobě vypadávají naučené vědomosti. Z časového hlediska je více porušena recentní paměť, co jim bylo před chvílí řečeno. V těžkých stádiích je porušena i paměť procedurální, kdy nemocní ztrácejí schopnosti vykonávat naučené dovednosti jako je například jízda na kole. Je v různé míře, ale i v různých situacích postižena i pozornost. Významné je postižení řeči, kdy dochází k fatickým poruchám. Dochází ke komolení slov, vytváření slovních patvarů a k nesprávné větné stavbě. Někdy může být řeč až nesrozumitelná, občas může osoba používat stereotypně různé fráze. V těžších stádiích nemoci bývá přítomna i agrafie, tedy neschopnost písemného projevu. Dochází k agnozii, což je neschopnost na centrální úrovni správně porozumět sensorickým vjemům jako je slyšená řeč při neporušeném sluchu. V těžších stádiích se vyskytuje alexie, tedy neschopnost porozumět čtenému textu, dále apraxie což je ztráta schopnosti vykonávat naučené pohybové stereotypy (Raboch, Pavlovský, 2006, s. 174).

Nemocný rovněž není schopen řešit běžné problémy adekvátním způsobem, protože u něj došlo ke ztrátě schopnosti logicky uvažovat. Člověk hůře chápe, co která situace znamená, co by měl v daných nastalých situacích dělat. Běžné problémy jsou pro něj podivné a nesrozumitelné. Přestává rozumět smyslu příběhu, který se vysílá v televizi, z tohoto důvodu o něj ztrácí zájem. Nechápe význam u všech běžných činností a není schopen je ani sám zvládnout. Postupný egocentrismus je pak výrazem obranné reakce v situaci, kdy nemocný mnohému nerozumí a cítí se více ohrožen. Ze stejného důvodu pak vznikají u bludná přesvědčení, která mívají bizarní obsah (Vágnerová, 2004, s. 274).

Díky komplexní poruše paměti dochází ke ztrátě orientace jak v čase, tak i v prostoru. Nemocní nenajdou cestu ani ve známém prostředí, ukládají si věci na různá nesmyslná místa např. peněženka v ledničce. Nevědí, zda je ráno, nebo večer. Pocit vlastní dezorientace vyvolává úzkost a potřebu získat adekvátní informace. Porucha orientace se může projevat i odchody z domova a v bezcílné bloudění. V pozdějším stadiu choroby může dojít až ke ztrátě vlastní identity, kdy nemocný již neví, kdo je, kde je, nepoznává své blízké osoby ani svůj obraz v zrcadle (Vágnerová, 2004, s. 273).

Poruchy v chování mohou mít různou podobu. Vyskytují se poruchy chování bez agresivity a s agresivitou. Bez agresivity jsou to především (Raboch, Pavlovský, 2006, s. 174):

- Agitovanost – neustálý někdy dobrý, ale někdy i výraznější neklid.
- Nevhodné a nepřiměřené upoutávání pozornosti.
- Výkřiky a vydávání neartikulovaných skřeků.
- Naříkání.
- Odcházení z domu.
- Neúčelná kusovost – provádění nejrůznějších neadekvátních úkonů.

V případě, kdy je přítomna agresivita, může být namířena jak proti věcem, ale tak i proti lidem. Může být jak verbální, tak i brachiální. Může se takto jednat o nadávání, klení, ničení věcí, ale i napadání osob (tamtéž, s. 174).

Nemocní přestávají dodržovat společenská pravidla a ohledy. Vzhledem k faktu, že nejsou dostatečně soudní, neuvědomují si dostatečně nevhodnost svého chování. Dochází k rozvinutí takových rysů osobnosti jako je egocentrismus, negativismus, podezíravost. Nakonec v rámci celkového úpadku osobnosti ztrácejí zájem o vše, přestávají o sebe dbát, nejsou schopni ovládnout vyměšování, stávají se inkontinentními (Vágnerová, 2004, s. 274).

Emocionální reakce bývají méně adekvátní vůči nastalé situaci, kdy nemocný ztrácí schopnost kontroly svých emocí. Může se rovněž měnit celkové ladění, kdy je častá tupá euforie, ale může převažovat i úzkostná nebo dokonce depresivní nálada. Nemocní mohou na některé z podnětů reagovat negativisticky či dokonce zlostně a občas dochází i k agresivitě. Tyto projevy je možno chápat jako signály neschopnosti ovládat své jednání, nebo mohou být i obrannou reakcí na nepřiměřené pocity, které jsou vyvolány nemožností porozumět jednání lidí ve svém okolí. Může se rovněž jednat o vyjádření nechuti k subjektivně nesrozumitelnému a nepřiměřenému manipulování. Nemocní tak mohou reagovat, když se cítí nepřiměřeně omezováni a nechtějí činit úkony, které jim okolí nutí. V dalších fázích choroby však obvykle dochází k celkovému oploštění emotivity a dochází až k apatii (tamtéž, s. 274).

2.2.1 STÁDIA ALZHEIMEROVY CHOROBY

U Alzheimerovy choroby je možno identifikovat tři stádia, u každého z těchto stadií je možné pozorovat jiné charakteristické specifické problémy, přičemž některé z těchto problémů se mohou objevit v kterémkoli stadiu, zatímco jiné nemusejí nastat vůbec. Přejchod mezi jednotlivými stádii je pozvolný a může trvat i několik let (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2004, s. 12).

V první stadiu jsou pouze mírné a takto i často přehlédnutelné příznaky, ke kterým patří zhoršování paměti, a to zejména pro zcela nové nedávné události. Dále je to přechodná časová dezorientace, která se projevuje neschopností vybavit si, jaký je den, měsíc a rok. Dochází i k prostorové dezorientaci, tedy neschopností poznat známá místa, a to včetně vlastního bytu. U nemocných dochází ke ztrátě iniciativy a průbojnosti a špatnému vybavování slov. Nemocný je v této fázi příznaky vystrašen, v rozpacích a deprivován (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2004, s. 13).

Ve druhém stadiu dochází k výraznějším projevům nemoci, které již nemocnému komplikují, anebo dokonce znemožňují vykonávat řadu běžných každodenních aktivit. Dochází k významným výpadkům paměti, a to včetně jmen u členů vlastní rodiny, dochází ke snížení schopnosti postarat se sám o sebe a nemocný potřebuje pomoci při mytí nebo oblékání. Časté jsou rovněž případy, kdy se nemocný ztratí nebo zabloudí i na známých místech. Dochází k dalšímu zhoršování řečových schopností a mohou se objevovat i halucinace (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2004, s. 13).

Ve třetím stadiu dochází u nemocného k jeho úplné závislosti na pomoci jiné pečující osoby. Kognitivní poruchy ústí až ve významný rozklad celé osobnosti. Nemocný má obtíže při příjmu potravy a je zde nutná pomoc další osoby. Nemocný nepoznává přátele, dokonce ani členy své vlastní rodiny. Má obtíže při chůzi, které mohou vést až k jeho upoutání na lůžko. Neudrží moč ani stolici. Projevují se u něj i významné poruchy chování (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2004, s. 14).

2.2.2 LÉČBA ALZHEIMEROVY CHOROBY

Alzheimerova choroba patří mezi nevyléčitelná onemocnění, na druhou stranu však včasnou terapií je možné podstatně zmírnit její průběh, a především udržet pacienty v lehčích stádiích demence. Terapeutickým cílem je zmírnit příznaky a oddálit těžké fáze nemoci. V léčbě se kombinují farmaceutické a nefarmaceutické přístupy s těžištěm ve farmakoterapii. V současné době jsou pacientům k dispozici dvě skupiny léčivých substancí. První tvoří kognitiva inhibitory mozkových acetyl-butyrylcholinesteráz, které zlepšují acetylcholinergní transmissi. Acetylcholinergní systém je nezbytný pro správné fungování mechanismů paměti a je výrazným způsobem zasažen již v časných stádiích Alzheimerovy choroby. Druhou skupinu léčiv tvoří tzv. antagonisté NMDA glutamátergních ionotropních receptorů. Glutamátergní systém je postižen především v těžších fázích choroby, kdy dochází k nadměrnému uvolňování glutamátu a je snížení jeho vychytávání v některých oblastech mozku, které jsou nezbytné pro správný mechanismus paměti (Zvěřová, 2017, s. 73–74).

Léčba Alzheimerovy choroby se však nemůže skládat pouze z farmakoterapie. Vyžaduje také psychoterapeutické a socioterapeutické přístupy. Důležité jsou reedukační terapie, nacvičování a procvičování funkcí, které zůstaly ještě zachovány, nikoli se snažit učit je funkce, které byly již zapomenuty. Důležitá je práce s pečovateli,

zpravidla nejbližšími příbuznými. Tyto osoby jsou vystaveny silné zátěži jak emoční, tak pracovní i ekonomické. Významná je jejich edukace včetně vysvětlení, že nemohou mít nadměrné očekávání příznivého efektu léčby svých příbuzných, že se jejich stav zlepší pouze na přechodnou dobu nebo že se zpomalí průběh demence, ale nedojde k vyléčení. Příbuzné je třeba zbavit pocitu viny, který často mají a který se snaží někteří kompenzovat tím, že obviňují zdravotnický personál z nedostatečné nebo nesprávné péče (Jirák, 2007, s. 226).

Je otázkou, kdy pacienta trpícího Alzheimerovou chorobou hospitalizovat. Ideální je, když může zůstat ve svém prostředí. Hospitalizace je na místě tehdy, když pacient (Jirák, 2007, s. 227):

- Žije osaměle.
- Nemá prostředky na pečovatelskou službu.
- Nevládá péči o sebe.
- Má poruchy chování takového stupně, že je pečovatelé nevládají.
- Pečovatelé již nejsou schopni v péči o pacienta pokračovat z důvodů osobního selhání.

2.2.3 PŘÍČINY VZNIKU ALZHEIMEROVY CHOROBY

Z hlediska etiologie je možné se v odborných zdrojích dočíst, že diagnóza Alzheimerovy demence bývá stanovována v těch případech, kdy není možné žádnou příčinu vzniku potíží jedince zaznamenat a nelze stanovit jiné onemocnění, které by mohlo způsobovat symptomy dotyčné osoby (Zvěřová, 2017, s. 46). Z uváděné informace tak lze vyvozovat, že etiologie Alzheimerovy choroby není ještě zcela objasněna, jelikož stanovení diagnózy není vztahováno ke zcela určitým vodítkům jejího možného vzniku. Diagnóza je stanovována na základě symptomatiky a nemožnosti potvrdit přítomnost jiného onemocnění člověka.

O příčinách vzniku jako takových, tak není možné podrobněji hovořit. V rámci etiologie jsou aktuálně zvažovány následující možné varianty (následující

pravděpodobné možné příčiny vzniku onemocnění Alzheimerovu demencí) (Fertalová a Ondriová, 2020, s. 14):

- Genetické predispozice.
- Epigenetické determinanty.
- Faktory vycházející z prostředí, v němž jedinec žije.

K výše uváděným možnostem je ovšem nutno doplnit, že se jedná prozatím o hypotetické představy, nikoli o jednoznačně potvrzenou realitu (srov. Fertalová a Ondriová, 2020, s. 14). Etiologie je aktuálně odborníky nahlížena jako nejasná (Preiss a Příkrylová Kučerová, 2006, s. 123), tedy není možné představit konkrétní příčinu, která by jednoznačně, bez všech pochybností, za každé situace, nebo například jako jediná vedla ke vzniku onemocnění. Toto je spíše pojímáno jako výsledek neurčité kombinace spolupůsobení genetiky, epigenetiky a prostředí konkrétního jedince (srov. Fertalová a Ondriová, 2020, s. 14).

Zvěřová (2017, s. 10) k etiologii Alzheimerovy choroby uvádí konkrétně následující komentář: *„Patogeneze vzniku této nemoci není dosud uspokojivě objasněna. Hlavním etiopatogenickým činitelem je pravděpodobně atrofie mozku, doprovázená řadou chorobných změn.“*

V obecnějším měřítku je pak možné představit celou řadu příčiny vzniku demence (nikoli pouze Alzheimerovy), k nimž Ondriášová (2005; in Fertalová a Ondriová, 2020, s. 9) řadí kromě neurodegenerativních změn také výživové faktory (nedostatek vitamínů, nebo poruchy příjmu bílkovin), metabolické faktory (existenci diabetu), poruchy cévního zásobení mozku, endokrinní příčiny poruchy (Cushingův syndrom a jiné), intoxikaci alkoholem či jinou návykovou látkou, úrazy hlavy, otravu těžkými kovy, behaviorální poruchy, nebo expanzivně se projevující procesy uvnitř lebky (cysty, nádor, krvácení apod.). Uváděný výčet pak potvrzují taktéž autoři Petr s Markovou (2014, s. 185), u nichž se lze dočíst, že ke vzniku demence přispívá dokonce více než 60 různých onemocnění – tyto neznamenají, že vždy, když se vyskytnou, bude u jedince následovat rozvoje demence, ovšem daná možnost u nich byla vysledována. O tom, že celou řadu demencí – zejména takzvaných sekundárních – způsobuje četné množství příčin, pak ve své publikaci hovoří také Pidrman (2007, s. 31).

Cipro (2015, s. 191) ve své publikaci příčiny demencí kategorizuje na primárně – degenerativní (zastoupené poškozením mozku) a dále pak také na takzvané sekundární (drogová intoxikace, mozkový infarkt, či infekční choroba – příkladově lze uvést AIDS).

2.2.4 VLIV ONEMOCNĚNÍ NA ČLOVĚKA A JEHO OKOLÍ

Kučerová (2006, s. 97) ve své publikaci přímo upozorňuje, že v případě snah o předcházení rozvoje demence, by se měl člověk snažit předcházet: „*co nejlépe (...) zátěžové situace, které s sebou život přináší,*“ tuto dovednost si během svého života co nejlépe osvojit.

Ačkoli nebyl stres přímo jmenován jako jedna z konkrétně zvažovaných příčin vzniku demence u člověka tak, jak jsme o těchto hovořili v podkapitole 2.2.3 textu, je nutné s jeho negativním působením na člověka počítat. Nejenže je možné spojovat jej s celou řadou méně závažných zdravotních neduhů fyzického i psychického rázu, ale také může hrát svou roli právě v souvislosti s demencí, která je považována za nevratný neurodegenerativní proces odehrávající se v mozku jedince a ústící v jeho kognitivní, behaviorální i osobnostní změny. Stres nejenže je tedy jedním z pojmů vzniku Alzheimerovy choroby, k nimž se odborníci mají tendenci upínat, ale zároveň si lze velmi dobře představit, že symptomy onemocnění a jeho detekce pak u nemocného vyvolávají další vlnu stresu, s níž se musí on i jeho blízké okolí vyrovnávat.

O uváděném svědčí například následující poznatek, který uvádí Greenfield (2016, s. 249): „*Přestože například onemocnění srdce nebo rakovina může život člověka ohrozit, pacient je stále stejným člověkem, který si uvědomuje, že je něčí manžel či manželka, matka nebo otec, (...).*“ V případě demencí trpícího jedince je takové uvědomění ohrožováno, a nakonec se také ztrácí. Ve chvílích jasného vědomí pak u jedince (a u jeho blízkých prakticky kdykoli) může docházet k silnému stresu z daného faktu, ze ztráty vzpomínek a toho, kým se člověk dříve cítil být. Zvěřová (2017, s. iv) uvádí, že pečující osoby, mající na starost člena rodiny trpícího demencí mají tendenci popisovat vlastní prožívání v rámci pojmů frustrace a přetrvávajícího stresu.

O Alzheimerově demenci je tak možné hovořit jakožto o příkladu onemocnění negativně postihujícího nikoli pouze pacienta samotného coby nositele diagnózy, ale také i jeho rodinu a případně další osoby z okolí (Zvěřová, 2017, s. iv). Vlivy Alzheimerovy demence – její dopady – na pacienta i jeho okolí je možné považovat za veskrze negativní.

Za přímý důsledek působení choroby jsou Zvěřovou (2017, s. iv) považovány zejména plynulá progrese onemocnění, nemožnost léčby a fatální ráz diagnózy; nepřímé důsledky pak autorka spatřuje v obavách z možného postižení dalších generací v rodině (tyto sdílí jak samotný nositel diagnózy, tak i další členové rodinného systému), možný snížený socioekonomický status rodiny jako takové a samozřejmě i již zmiňovaný stres, který je pro okolí nemocného chronické povahy. Konečným důsledkem demence může být i smrt, v případě Alzheimerovy demence tato může nastat například na základě selhání základních životních funkcí u nemocné osoby (srov. Fišar, 2009, s. 297). Z hlediska této osoby – pacienta lze ve výsledku hovořit o dopadu v podobě celkového úpadku osobnosti nemocného jedince (Cipro, 2015, s. 191).

U pečovatelů o osoby trpící demencí je pak možné zvažovat – odhadovat – jejich zátěž spojenou s danou činností; konkrétně je tato zátěž označovaná jako rizikové faktory, mezi něž spadají například poruchy chování nemocného, případně jeho halucinace nebo bludy, ale také i vzájemný velmi těsný příbuzenský vztah obou osob apod. (srov. Zvěřová, 2017, s. 91–93). Pouhým pohledem na výčet těchto faktorů je možné učinit si obrázek, jak moc je péče o jedince trpícího Alzheimerovou chorobou náročná.

Ze strany pečovatelů lze v souvislosti s jejich interakcí s jedinci trpícími demencí rozlišovat celkem tři různé přístupy, které jsou označovány jako přístupy „máma“, „táta“, nebo „kouč“ (Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009, s. 109).

Přístup v chování k demencí trpícím osobám typu „kouč“ je vhodný zejména pro pacienty s vaskulární demencí a typ chování „táta“ bývá vhodné aplikovat vůči jedincům s některou z frontotemporálních poruch, u jedinců trpících Alzheimerovou demencí se osvědčuje přístup „mámy“. Chování typu „máma“ je možné popsat následujícím způsobem (tamtéž, s. 109): „pacienta je třeba přijímat a podporovat,

laskavě ho provázet životem a jednotlivými jeho úskalími, na každém kroku vyjadřovat pochopení a snahu pomoci.“ Na druhou stranu je nutné nemocnému stanovit rituály a pravidla, na nichž se obě strany dohodnou a budou je respektovat; v případě jejich porušení ze strany nemocného pak pečovatel toto nahlíží jako důsledek plynoucí z povahy jeho diagnózy (tamtéž, s. 109).

3 KOMUNIKACE

Slovo **komunikace** pochází z latinského slova *communicare*, což znamená činit něco společným, společně něco sdílet, něco spojovat, radit se, jednat, nebo si povídat. Komunikace je univerzálním jevem v lidské společnosti a rovněž i přímým regulátorem úrovně mezilidských vztahů. Rovněž to je i podmínka pro existenci každého sociálního systému, bez komunikace by totiž nemohla existovat žádná sociální skupina. Komunikace přispívá k uspokojování potřeby sociálního styku a je prostředkem, který slouží k sociálnímu začlenění člověka do společnosti (Zacharová, 2016, s. 8).

Komunikace jako pojem není spojována pouze a jen se setkáváním lidí a jejich vzájemným reagováním. Dané slovo je užíváno taktéž pro označení stavebně zakotvených prvků – komunikací – které také naplňují definici propojování (měst, určitých míst, dalších komunikací apod.) (srov. Šucha, 2013, s. 178).

Původní význam slova komunikace pak Plamínek s Francem (2012, s. 10) neprezentují pouze jako: „*tok informací odněkud někam*,“ který je také dnes chápán v daném významu, ale coby společné sdílení.

V psychologii a v medicíně není komunikace pouhý přenos informací mezi sdělujícími a příjemci. Jedná se o sebe prezentaci, o sebe potvrzování. Je to vyjádření postojů k předmětu, ke komuniké, ale rovněž i k příjemci informace. Jedná se o nejrůznější ovlivňování, působení, znesnadňování ale i usnadňování porozumění (Zacharová, 2016, s. 9).

Výrost se Slaměním (2008, s. 217) uvádějí, že problematikou komunikace se v současnosti zabývají obory, jako jsou sociální psychologie, ale také i další společenskovední obory, a kromě toho také obory technické nebo přírodovědné – v rámci těchto oborů pak je komunikace zakotvována jak teoreticky, tak i prakticky (aplikačně). I přes zájem celé řady oborů však představuje komunikace natolik široké a zásadní téma, že je mu konkrétně specificky vyčleňován navíc i zájem samostatné oblasti psychologie – psychologie lidské komunikace (srov. Vybíral, 2009, s. 20).

Z nejširšího hlediska pak komunikaci s pacienty zakotvuje zejména takzvaná klinická psychologie, kdy Ptáček s Bartůňkem (2011, s. 247) například uvádějí, že: se právě od psychologů: „očekává (...), že budou v této oblasti lépe připraveni než jiné medicínské profese.“ V porovnání s medicínskými pracovníky by tak měli být psychologové lépe profesně vybaveni v rovině komunikace, ať již z hlediska teoretického, nebo na praktické (aplikované) bázi.

Podmínkou pro samotnou komunikaci je bezpochyby navázání kontaktu. Při navázání kontaktu je zapotřebí zachytit signály, které jedna osoba vysílá k druhé. Těmto signálům se říká iniciativy a jsou prostředkem k tomu, aby byl kontakt navázán. K tomu, aby došlo mezi lidmi k navázání kontaktu, je zapotřebí zachytit iniciativy, které jsou vysílány. Iniciativa je jednou osobou od druhé přijata a poté je touto na ni zareagováno, a to adekvátně k danému signálu. Tímto se docílí rozvoj komunikace. Kontakt s člověkem s demencí je možno navázat několika různými způsoby. Můžeme si představit vytvoření kontaktu jako vybudování silnice mezi dvěma opuštěnými městy. Kontakt vznikne za předpokladu, že na jedné straně stojí někdo, kdo přichází s iniciativou, a na straně druhé někdo iniciativu přijme (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 89).

Komunikaci můžeme definovat v následujících základních bodech (Mikuláščík, 2003, s. 19):

- Komunikace je nezbytná pro efektivní sebevyjádření.
- Komunikace je přenosem a výměnou informací v mluvené, obrazové ale i činnostní formě, realizuje se mezi lidmi, což se projevuje nějakým účinkem.
- Komunikace je výměna významů mezi lidmi, a to použitím běžného systému symbolů.
- Komunikace je procesem, kdy jedna osoba předává sdělení jiné osobě, a to prostřednictvím nějakého komunikačního kanálu a s nějakým účinkem.

Výměna informací v rámci komunikace navíc nemusí být jen záležitostí interakce mezi dvěma či více lidmi, ale může v jejím rámci probíhat také výměna informací u jediné osoby – jedinec totiž může komunikovat sám se sebou (Kulka, 2008, s. 186).

Gjuričová a Kubička (2009, s. 75) k tématu lidské komunikace podotýkají, že tato není chováním, jemuž se lidé věnují jen po určitý časový úsek (například v přestávce mezi dvěma jinými činnostmi), ale jedná se o neustále přítomný fenomén, který je součástí každého chování – každé chování člověka má svou komunikační stránku.

Komunikovat přitom jedinec může různými způsoby, za použití různých nástrojů náležících k některému ze dvou základních typů komunikace – buď komunikaci verbální, nebo neverbální (Kutnohorská, 2013, s. 67). O těchto typech komunikace bude více pojednáno ještě v rámci podkapitoly 3.1 textu později. Oba tyto typy komunikování slouží k předávání informací (Mlýnková, 2011, s. 52). Ačkoli komunikace verbální se může zdát zásadnější ze dvou uváděných složek, větší podíl na předávání potřebných informací u člověka zabírá komunikování neverbálního charakteru (srov. např. Arthur, 2010, s. 105).

Pro komunikaci slouží jako nejdůležitější nástroj jazyk, které se člověk musí nejprve naučit užívat (Průcha, 2011, s. 111).

Význam komunikace u člověka je reflektován odborníky mnoha disciplín, kdy jmenovitě lze uvést například pedagogy – tito si například dle Nelešovské (2005, s. 9) jasně uvědomují fakt, že je to právě komunikace, která zásadně ovlivňuje výsledky mezilidských (sociálních) kontaktů.

Komunikace coby proces sestává z několika důležitých komponentů. K těmto Pokorná (2010, s. 34) řadí komunikátora, komunikanta, komuniké, dále pak také komunikační kanál, komunikační kontext (kontext prostředí), feedback (zpětnou vazbu) a případné inhibující faktory.

Komunikátor je autorem (odesilatelem) zprávy – sdělení, komuniké pak představuje pojmenování pro sdělovaný obsah (vlastní předávanou zprávu), komunikační kanál je prostředkem vyjádření osoby (cestou, již pro sdělení komunikátor zvolí – přímou/nepřímou apod.), za komunikanta je běžně označován příjemce sdělení vysílaného komunikátorem (Tomová a Křivková, 2016, s. 22–25). Komunikační kontext Mikuláščík (2010, s. 28) definuje jako situaci nebo: „*celkový rámeček, ve kterém komunikace probíhá.*“ Zpětná vazba dle autora v komunikačním cyklu zastává funkci regulativní, podpůrnou, sociální a některé další (Mikuláščík, 2010, s. 27).

Roli inhibujících faktorů hrají nejrůznější možné komunikační šумы, které jsou označeny pro podněty a vlivy narušující pozornost komunikujících osob (Ptáček a Bartůněk, 2011, s. 181).

3.1 VERBÁLNÍ A NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Latinský výraz *verbum* je do českého jazyka překládán jako „slovo“ a slovní spojení verbální komunikace je v odborných zdrojích uváděno pro označení komunikace probíhající prostřednictvím řeči, konkrétního jazyka (Procházka, 2014, s. 51). Jak uvádí Malíková (2011, s. 223) z obecné definice je komunikace vzájemnou výměnou informací prostřednictvím za využívání verbálních a neverbálních nástrojů.

Verbální komunikace může nabývat podoby psané nebo mluvené (srov. např. Matoušková, 2013, s.50). Pod vyjádřením verbální (tedy slovní) komunikace pak lze rozumět: „*dorozumívání se pomocí slov, popř. jinými znakovými symboly.*“ (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 19).

Právě verbální typ (verbální způsob) komunikace odlišuje člověka od jiných živočišných druhů, byť mohou tyto dokonce vykazovat známky společenského soužití; na rozdíl od komunikování neverbálního je verbální komunikace odlišujícím faktorem lidského společenství od zmiňovaných dalších živočišných druhů (Procházka, 2014, s. 51).

Zatímco verbální stránka sdělení představuje jeden z informačních kanálů, které člověk využívá ať již pro sdělování či přijímání sděleného, druhou složkou sloužící danému účelu je pak komunikace nonverbální (Beran, 2010, s. 59).

Verbální typ komunikace lze charakterizovat jako výměnu: „*informací mezi lidmi prostřednictvím soustavy zvukových nebo grafických znaků,*“ tedy informační výměnu prováděnou na základě užití jazyka (Jiřincová, 2010, s. 23). Verbální komunikace je dorozumíváním pomocí slov, případně jinými znakovými symboly. Činiteli, kteří vytvářejí verbální komunikaci jsou (Venglářová, Máhrová, 2006, s. 20):

- Situační kontext – situace, ve které komunikace probíhá, může být jednostranná, oboustranná, masová apod.

- Vnitřní dispozice jedince – vnášení své individuality.
- Motivace komunikovat – předpokládá se ochota, vůle komunikovat, potřeba komunikovat není odtržena od jiných základních potřeb člověka.

Pro komunikaci s osobou můžeme mimo verbální komunikace využít rovněž komunikaci neverbální. Řeč těla je považována za upřímnější projev, než je ten, který je sdělován prostřednictvím verbální komunikace. Neverbálně člověk sděluje 60 % až 80 % svých informací. Řeč těla je záležitostí instinktu, pokud chceme odhalit lži, musíme tělo schovat a neverbální projevy minimalizovat. Neverbální projevy jsou pro všechny lidi na planetě stejné (gesta, mimika) a jsou takto společným celosvětovým dorozumívacím jazykem, mohou se však odlišovat dle národnosti (Kelnarová, 2009, s. 18). K neverbální komunikaci patří to, co si sdělujeme (Krivohlavý, 1988, s. 18):

- Výrazem obličeje – mimika.
- Přiblížením a oddálením – proxemika.
- Dotykem – optika.
- Fyzickým postojem – posturologie.
- Pohybem – kinezika.
- Gesty.
- Pohledy.
- Úpravou zevnějšku.

Neverbální komunikace plní mnoho funkcí, kdy podporuje, nebo úplně nahrazuje řeč, pomocí ní se vyjadřují emoce a vyjadřuje se interpersonální postoj. Používá se k sebeprezentaci, kdy sdělujeme okolí, kdo jsem já. Pomocí neverbální komunikace se snažíme cíleně ovlivnit postoj partnera, sdělovat zájem o sblížení a navázání intimnějšího vztahu (Kelnarová, 2009, s. 18).

K verbální komunikaci člověka (jeho užívání jazyka) se váže formování jeho psychiky (například v rovině jeho myšlení, emočního prožívání apod. (srov. Janoušek, 2007, s. 143). Řeč a verbální komunikace nejsou tedy pouze nástrojem interakce jedince s jeho okolím, ale zároveň se jedná o prostředky formující jeho osobnost. V případě, že není možné verbální komunikaci provozovat, je možné usuzovat na negativní dopady dané situace na jedince (například na jeho náladu, ale i myšlení), zároveň je možné

o vadách a problémech na úrovni verbální komunikace uvažovat jako o indikátorech toho, že se s člověkem po jeho psychické stránce dějí nevhodné, nežádoucí či jinak negativní změny.

Neverbální komunikace pak k verbálnímu vyjadřování lidských jedinců doplňuje informace (jisté nuance) verbálně sdělovaných podnětů (například v situaci pousmání se během vyprávění si mohou druzí učinit představu o tom, že mluvčí danou situaci vyhodnocuje jako zábavnou či směšnou apod.) (Devito, 2008, s. 153). Vedle podávání doplňujících informací ke sdělovanému zároveň neverbální projevy druhých slouží k možnosti kontroly uváděných sdělení jejich okolím, například na základě očního kontaktu, případně jiných tělesných projevů druhých se lze ujišťovat o jejich aktuálním stavu apod. (Mikuláščík, 2010, s. 106).

Uváděná kontrola je možná proto, že značná část neverbálních předávaných informací je vydávána bez účasti vědomé kontroly, tyto podněty pak taktéž na úrovni podvědomí ovlivňují působí na okolí mluvčího – vyjadřují a zároveň také i ovlivňují postoje člověka, jeho nálady či očekávání (Jiřincová, 2010, s. 95).

K verbální komunikaci je možné doplnit, že tato je oproti verbálnímu vyjadřování člověka vývojově starší (Procházka, 2014, s. 57) a v některých případech může jeho verbální sdělení zcela nahrazovat (Jiřincová, 2010, s. 95). Na neverbální úrovni probíhá reálně až 55 % veškeré komunikace člověka a v případě rozporu mezi verbálně sdělovanými informacemi a jejich neverbálním doprovodem u jedince má větší význam (dopad) na okolí právě neverbální stránka projevu (Arthur, 2010, s. 105).

Kromě opakovaně zmiňovaných komunikací verbálního a neverbálního typu pak některé zdroje hovoří také navíc o takzvané komunikaci činem – k dané podobě komunikace se lze dočíst následující: „... i *neverbální gesto nebo slovo se v určitém sociálním kontextu stává činem.*“ (Heger, 2012, s.13) Hlavním parametrem vymezujícím danou komunikaci je tedy její sociálně kontextové podmínění či zakotvení.

3.2 KOMUNIKACE S OSOBAMI S DEMENCÍ

Ke **komunikaci s osobami trpícími demencí** se vyjadřuje ve své knize například autorka Kučerová (2006, s. 27), která upozorňuje, že práce s danou skupinou osob patří mezi nejtěžší; danou náročnost je možné sledovat jak v rovině fyzické, tak i duševní u těch, kdo s jedinci s diagnózou demence přicházejí do kontaktu.

Uváděná informace se týká zdravotnického personálu – lékařů a ošetřujících sester (srov. Kučerová, 2006, s. 27). Daný personál bývá za účelem práce s jedinci s demencí odborně vyškolen a zpravidla poskytuje své služby osobám mimo okruh vlastních rodinných příslušníků. V případě, že je nutné, aby s jedincem s demencí komunikovala osoba z rodinného kruhu, lze pak očekávat, že bude náročnost podobného konání pro ni ještě mnohem vyšší.

Ptáček s Bartůnkem (2011, s. 196) upozorňují, že při komunikaci s osobami trpícími demencí je nutné nejprve zjistit či být informován o pokročilosti vývoje demence, od níž se odvíjejí možnosti pacienta – čemu tento rozumí a čemu naopak nikoli.

Na zlepšování (či minimálně udržování) komunikačních dovedností osob s diagnostikovanou demencí je orientována snaha spadající do kategorie takzvané nefarmakologické léčby daných pacientů – základem je zejména vedení ke zlepšení dorozumívání se postižené osoby s jejím okolím (rodinou, přáteli, ošetřovateli) (Pidrman, 2007, s. 93).

Nutné je si zapamatovat, že užívané komunikační techniky (dovednosti aplikované ve vzájemné interakci s jedincem trpícím demencí) musí být vždy vhodným způsobem přizpůsobovány individuálním požadavkům a schopnostem jedince s uváděnou diagnózou (srov. Pokorná, 2010, s. 49). Přičemž rozhodnutí o tom, jaký způsob komunikace vedené směrem k postižené osobě nemusí být ze strany laika snadné.

Národní Rada osob se zdravotním postižením vypracovala následující desatero pro komunikaci s osobami s demencí, která je následující (*Národní rada osob se zdravotním postižením*, 2006):

1. Při komunikaci je zapotřebí omezovat rušivé a rozptylující vlivy prostředí, ujistit se, že osoba slyší dobře, že jsou u ní správně nastaveny kompenzační pomůcky, také že netrpí komunikační poruchou – afázií.
2. Povzbuzovat osobu vlídným zájmem, usilovat o klidné chování a pozitivní výraz, naopak jsou omezovány prudké pohyby a přecházení, je rovněž nutné zůstat v zorném poli osoby.
3. Mluvit srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
4. Vyhnout se v hovoru odborným výrazům, ale rovněž i frázím či ironicky míněným protimluvům. Je nezbytné používat takové výrazy, které jsou osobě známé a přiměřené.
5. Používat přímá pojmenování, naopak se vyhnout zájmenům a pokud je to možné, pak na předměty, osoby, o kterých je hovořeno, ukazovat. Pokud osoba něčemu neporozuměla, mělo by dojít ke změně vysvětlujících výrazů tak, aby osoba napříště již sdělovanému porozuměla.
6. Aktivně navazovat a udržovat oční kontakt, průběžně ověřovat, zda osoba sdělovaným informacím správně porozuměla, důležité údaje je zapotřebí napsat zvlášť na papír. Pro získání pozornosti, nebo popřípadě pro zklidnění, je vhodné používání doteku.
7. Využívat neverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledovat, při tomto musí být vnímány projevy jako je úzkost, strach, deprese, bolest.
8. Dát zřetelně najevo, zda komunikující osoba od dotazované osoby s demencí odchází jen na nějakou chvíli, nebo zda již byla konzultace skončena.
9. Nutné je osobu s demencí nepodceňovat, komunikaci neomezovat, naopak komunikaci přizpůsobovat schopnostem dotazovaného.
10. Aktivně chránit důstojnost osob s demencí, bránit jejich ponižování, posilovat jejich autonomii a možnost o sobě rozhodovat.

Naproti tomu je zapotřebí se vyhnout určitým zlovykům, které jsou při komunikaci s osobami s demencí používány. Jedná se takto především o vyhnutí se následujícím komunikačním chybám (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 94):

- Nemluvit s člověkem s demencí jako by to bylo dítě.
- Nikdy nepoužívat výrazy, které jsou vulgární.

- Člověku s demencí nepřikazovat.
- Člověka s demencí nevychovávat.
- Nehovořit o něm před jinými lidmi v jeho přítomnosti.
- Nikdy se k člověku s demencí nechovat agresivně.
- Nepovyšovat se a nedávat najevo vlastní rozumovou převahu.
- Neprojevovat před člověkem s demencí negativní emoce.
- Nikdy nepoužívat jakékoli násilí nebo agresivitu, i když v opačném případě se tato situace může stát.
- Člověku s demencí nevnucovat své vlastní názory.
- Nezvyšovat na člověka s demencí hlas.
- Neznevažovat změny probíhající v jeho chování, vždy se ujistit, proč k takové změně došlo.

Při počínající demenci je zapotřebí nemocného opatrně vrátit do reality, a to tím způsobem, že se mu bez posuzování sdělí skutečnost. Základním cílem je pomoci lidem si uchovat základní informaci o sobě samém, o prostředí, ve kterém se nalézá a o lidech, se kterými žije. Je zapotřebí udržet orientaci místem, časem a situací, rovněž i procvičovat krátkodobou paměť. Dobrým přístupem je možné zpomalit příznaky demence. Uvádění do reality dne je činností, která probíhá neustále při jakémkoli kontaktu s člověkem s demencí. Při jakékoli činnosti je zapotřebí nenásilně připomínat člověku realitu skutečnosti. Tempo je však nutno přizpůsobit v čase a prostoru nemocného (Klevetová, 2017, s. 113, s.).

V pokročilejších stádiích demence se lidé v důsledku svého onemocnění nemohou slovně vyjadřovat, a takto verbálně nekomunikují. Je nutné proto rozpoznat, jaké náhradní komunikační zdroje je možno dále používat. Je rovněž známo, že demence často způsobuje kognitivní poruchu řeči. Nemocní často opakují stále jedno slovo, nebo již neznají správný tvar slova a slova různě zaměňují. Výjimkou však nejsou ani lidé, kteří nemluví vůbec (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 96).

Lidé s demencí často v pozdějších stádiích nemoci přestanou verbálně komunikovat. Pečovatelé mají v nabídce další prvky verbální či neverbální komunikace. Zde často pečující popisují, že: „ten člověk nemluví a je mimo“. Všeobecně je rozšířen mýtus,

že pokud ztratíme nástroj řeč, nikdo nám nebude rozumět a jsme odepsaní. Toto tvrzení není pravda. U člověka s demencí dochází v důsledku nemoci k porušení nebo změně iniciativ. Verbální vyjadřování je obtížnější či úplně chybí, proto je komunikace s takto nemocným člověkem velmi náročná. Musíte umět iniciativy člověka s demencí rozšifrovat, což je obtížné. Musíte s ním umět pracovat, porozumět mu a reagovat na ně. Zde je potřeba pracovat s mimikou obličeje, s řečí těla, představovat si to, co nemocný člověk cítí. Za pomoci všech těchto komunikačních kanálů se vám podaří vést efektivní komunikaci s člověkem s demencí. Pro takto nemocného člověka je také problém porozumět iniciativám, které vysílá jeho okolí (pečovatelé, rodina). Je tudíž nutné, aby vaše iniciativy byly stručné a srozumitelné (Provazníková, Kalvach, 2016, s.89–90).

K tématice komunikace s osobami trpícími demencí je pak vhodné doplnit ještě informace o významném pojmu, který se k dané problematice váže. Tímto pojmem je interakce. U Venglářové s Mahrovou (2006, s. 11) se lze dozvědět, že: „*Veškeré dění uvnitř i styk s okolím se odehrává formou interakcí a komunikace.*“ Interakce a komunikace jsou tedy pojmy ve vzájemném vztahu a jeden od druhého nelze dost dobře oddělovat.

Samotnou **interakci** lze vymezovat jako vzájemné reagování lidí jeden na druhého, které – podobně jako již dříve představovaná komunikace – probíhá mezi lidmi prakticky neustále (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 11). Daný fakt ve své knize potvrzuje také autor Janoušek, u nějž lze také potvrdit fakt, že komunikace a interakce jsou fenomény vnikajícími na základě propojování lidí (2008, s. 12).

Interakce je dle Nelešovské (2005, s. 77) probíhá na základě využívání prostředků, jakými jsou řeč, gesta, mimika, nebo pohyby těla. Z dané informace tak lze jasně vysledovat propojenost mezi interakcí a komunikací. Autorka Nelešovská (2005, s. 77) k tomuto vztahu doplňuje, že: „*Předávání informací při interakci (...) nazýváme komunikací.*“

V publikaci *Život s demencí: tipy pro rodinné příslušníky a pečující osoby* (2016, s. 16) je možné se dočíst následující doporučení, které jsou v oblasti komunikace předkládána osobám pečujícím o jedince trpící demencí – tyto mají za úkol:

- Ujistit se, že smysly (sluch, zrak) jsou u nemocného funkční (v případě pochybností je nechat vyšetřit kvůli možné potřebě brýlí či naslouchátek).
- Mluvit zřetelně v rámci normální polohy hlasu, s úrovní očí shodnou s nemocným člověkem.
- Ujištění se o tom, že nemocný rozumí tomu, co je mu sdělováno.
- Nalezení kombinací gest a slov, které dovedou navodit skutečnou komunikaci s nemocným jedincem.
- Všimání si řeči těla osoby, o níž je pečováno (díky omezeným verbálním schopnostem může jedinec více využívat neverbální metody komunikace – oční kontakt, tělesné přiblížení apod.).
- Všimněte také vlastních neverbálních projevů (tyto bývají pro jedince trpící demencí signifikantními, osoby se orientují dle jejich způsobu a intenzity, tempa pohybů apod.).
- Prokazování náklonnosti jedinci, o něž je pečováno (dotyky, objetím) v případě, že je podobný kontakt oběma zúčastněným příjemný.

Dorozumívání s osobami s demencí může být komplikováno a neprobíhá u takto postižených osob často tak, jako tomu bylo dříve, z čehož pramení celá spousta potenciálních problémů; díky nemožnosti verbálního vyjadřování nejen že osoba trpící Alzheimerovou demencí nerozumí tomu, co je jí okolím sdělováno, ale zároveň ani často neumí vyjádřit vlastní myšlenky (pocity, potřeby apod.); s projevením snahy a trpělivosti přesto si i s demencí postiženými jedinci lze porozumět (*Život s demencí: tipy pro rodinné příslušníky a pečující osoby*, 2016, s. 16).

Kromě celé řady pokynů, jak komunikovat (interagovat) s jedinci s diagnózou Alzheimerovy demence a jak naopak nikoli, které byly v textu představeny, pak lze samozřejmě v případě pečujících či ošetřujících osob čerpat také poznatky z publikací věnujících se tématice komunikace se seniory v obecné rovině (srov. např. Pokorná, 2010, s. 97).

V následující kapitole bude představena tematika takzvané alternativní a augmentativní komunikace, na níž je kladen důraz při práci (například i při domácí

péči) s osobami trpícími Alzheimerovou demencí (srov. např. Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 94).

3.3 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE

Pro komunikaci s osobami s demencí je možno použít **alternativní a augmentativní komunikaci** (AAK), která se pokouší kompenzovat projevy závažných komunikačních poruch. AAK umožňuje těžce postiženým osobám, u kterých ať již částečně, nebo je zcela znemožněna verbální komunikace, dorozumívat se, komunikovat s okolím a vyjádřit své pocity a přání, reagovat na podněty (Klenková, 2006, s. 206).

Systémy AAK můžeme dělit dle toho, zda se při komunikaci vyžadují, nebo nevyžadují nějaké speciální pomůcky a to následovně (Housarová, 2011, s. 33):

- Systémy AAK nevyžadující pomůcky – mimika, gestikulace, prstová abeceda, znaková řeč pro neslyšící.
- Systémy AAK vyžadující pomůcky – netechnické (reálné předměty, obrázky, fotografie, komunikační tabulky a deníky, symboly, piktogramy, písmo), nebo technické (elektronické pomůcky, počítače, komunikátory).

Vytvořit systém AAK u osob, které se většinu života dorozumívaly běžným způsobem, řečí, není ničím, co by mělo být jednoduché, ba je tomu spíše naopak. To je dáno rovněž i tím, že tito lidé vnímají omezení vlastní komunikace jako výraznou újmu. Vnímají, že ani s využitím AAK nedosáhnou takové úrovně komunikace, jakou měli vytvořenu před nástupem onemocnění. Z tohoto důvodu se u nich mohou objevovat deprese a AAK odmítají (Šarounová, 2014, s. 131).

Augmentativní komunikační systémy jsou používány k podpoře již existujících komunikačních schopností, dále podporují i určité existující dovednosti, které jsou však nedostatečné pro potřebné dorozumívání. Augmentativní komunikace by měla vést k usnadnění porozumění řeči i k lepšímu vlastnímu vyjádření (Klenková, 2006, s. 206).

AAK má pro jejich uživatele následující výhody (Kantor, 2012, s. 18):

- Porozumění s nejbližšími lidmi.

- Aktivizace osob s postižením.
- Zvýšení zapojení osob s postižením i jejich nejbližších do procesu rehabilitace.
- Rozvoj kognitivních jazykových dovedností.
- Možnost se samostatně rozhodovat.
- Možnost aktivně se zapojit do komunikace tam, kde by byl jinak posluchač pouze pasivní a často opomíjen.

Nyní představím několik systémů **augmentativní a alternativní komunikace**, které by bylo možné využít pro práci se seniory s demencí, kteří již mají výrazné problémy s komunikací.

O tom, že alternativní či augmentativní komunikace jsou relevantními nástroji pro práci s osobami trpícími Alzheimerovou demencí, se lze přesvědčit například u autorů Jiráka, Holmerové a Borzové (2009, s. 94).

Neverbální komunikace prostřednictvím **piktogramů** je obvyklá forma předávání instrukcí, příkazů, varování pro usnadnění orientace v nejrůznějších prostředích bez vazby na řeč, resp. jazyk. Piktogramy je možno charakterizovat jako vnímatelný útvar, který je vytvořen psaním, kreslením, tiskem nebo jinými prostředky. Díky piktogramům mohou osoby s narušenými komunikačními schopnostmi, především ti, kteří nemohou používat mluvenou řeč, sdělit své pocity a potřeby. Zvyšují se jejich kognitivní možnosti, pomáhají jim při rozhodování a umožňují jim zapojení do konverzace. Současně s piktogramy se používá mluvená řeč, a to často společně s manuálními znaky (Janovcová, 2010, s. 18).

Symboly se pro potřeby nemluvicí osoby sestavují do **komunikačních tabulek**. Forma komunikační tabulky vychází z potřeb jejího uživatele, při práci s komunikační tabulkou dochází k organizaci symbolů na ploše, případně v prostoru, také je založena na pohybových a zřetelných možnostech uživatele, zohledňuje rovněž jeho jazykové potřeby. Vybraný symbol pak nemluvicí osoba indikuje ukázněním prstem, pěstí, pohledem či jinými prostředky, a to dle svých motorických možností. Osoba, která bude komunikační tabulku využívat, by měla být vtažena do procesu výběru slovní zásoby a uspořádání tabulky takovým způsobem, aby byla zajímavá, odrážela osobnost, zájmy

a věk jejího uživatele. Podstatné je zajistit rozšiřování slovní zásoby. Tvorba tabulky je pokračující proces a nová slovní zásoba musí být dostupná podle měnící se komunikační situace. Osoba musí být rovněž schopna umět si o tabulku požádat (SPC pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na AAK, 2012).

Nejrealističtějším dvojrozměrným zobrazením předmětů, osob, míst nebo činností jsou **fotografie**. Jelikož jsou fotografie velmi konkrétní, jsou především vhodné tam, kde lze danou osobu, věc, činnost obtížně vyjádřit piktogramem. Osoba bude spíše schopna vyjádřit svůj komunikační záměr, pokud bude mít možnost ukázat na fotografii sebe či svých rodinných příslušníků. Také lze předpokládat, že osoba bude lépe reagovat, pokud uvidí fotografie předmětů, které jí náleží, než pokud půjde o předměty, které nikdy neviděla. Potíže při používání fotografií nastávají v případě, kdy je zapotřebí generalizovat komunikační symbol. V komunikaci jsou to ty situace, kdy osoba potřebuje rozlišit, že se jedná např. o matku, bratra nebo další rodinné příslušníky či někoho jiného (Kantor, 2012, s. 23).

Alternativní komunikace může využívat jako komunikační prostředek reálné či schematizované **předměty**. Tyto předměty se někdy označují jako referenční, což znamená, že zastupují nějaký pojem např. hrnek může znamenat pít nebo pití, polštářek – spát, postel nebo odpočívat. Komunikace prostřednictvím referenčních předmětů je určena pro ty uživatele AAK, kteří nejsou schopni porozumět dvojrozměrnému obrázkovému znázornění předmětu (tamtéž, s. 23).

Pro potřeby nemluvicích byly navrženy různé **typy grafických symbolů**, černobílých či barevných. Některé se původně využívaly a mohou se využívat i nyní pro výuku čtení u dětí s postižením. Grafické symboly pomáhají pochopit strukturu prostředí, sled činností v čase, stavbu věty, jsou výhodné i pro možnost vyjádření abstraktních jazykových pojmů. Je důležité uvědomit si, že není vždy jednoznačný vztah mezi rozeznáním obrázku – symbolu podle pojmenování a schopností využít jej pro komunikaci. I osoba, která podle názvu neidentifikuje pojem na obrázku, může být schopná přiřadit obrázek k předmětu a naučit se pomocí obrázku o tento předmět požádat (SPC pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na AAK, 2012).

3.4 PODPORA SENIORŮ S DEMENCÍ

Validační terapie – jedná se o techniku vyvinutou sociální pracovnící N. Feilovou – tato metodu vyvinula na základě vlastní čtyřicetileté praxe práce s jedinci trpícími demencí, kdy základní myšlenkou přístupu je zejména uznávání osobnosti nemocného jedince (jeho přijetí) (Kleветová, 2017, s. 129–130). Zrubáková s Bartošovičem (2019, s. 147) doplňují, že validace vdaném ohledu znamená: „*potvrzení, uznání hodnoty člověka bez ohledu na to, do jaké míry je orientován, a potvrzení emočního prožívání jedince.*“ Dle Malíkové (2011, s. 239) lze při podobném přístupu hovořit o takzvané validační terapii. Validace je pojem, který lze do češtiny překládat jako hodnocení, nebo také potvrzení platnosti (Malíková, 2011, s. 239).

Empatické aktivní naslouchání je například součástí již uváděné validační terapie (srov. Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 147). Bez aktivního naslouchání nelze validizaci vůči klientům provádět (srov. např. Malíková, 2011, s. 244).

Schopnost aktivního naslouchání je jakýmsi projevem profesionality v případě práce s osobami trpícími demencí (srov. Hauke, 2014, s. 13), což ovšem neznamená, že není možné či žádoucí aktivní naslouchání rozvíjet také u osob z řad laiků, které o jedince trpící Alzheimerovou demencí pečují. Aktivním nasloucháním lze totiž v praxi působit například proti některým poruchám chování, které se mohou u osob s diagnózou demence na základě jejich onemocnění manifestovat (tamtéž, s. 13).

Aktivní naslouchání je totiž považováno za jednu ze zcela nejdůležitějších komunikačních dovedností člověka (Devito, 2008, s. 115).

Holá (2013, s. 164) spojuje aktivní naslouchání s prvky komunikace, jakými jsou zrcadlení, povzbuzení, nebo například parafrázování; všechny uváděné techniky jsou založeny na propojení verbální a neverbální složky komunikace (terapeuti je využívají ve spojení s prací s tělem člověka); za pojmem zrcadlení je možné si představit odražení sdělení jedné osoby druhou osobou zpět z hlediska jeho obsahu – citového náboje (parafrázování pocitů). Podobným způsobem může být též pracováno s myšlenkami, kdy dochází ze strany druhé osoby k jejich parafrázování (Plamínek, 2013, s.124).

Rezoluční terapie není založena na snaze o řešení traumat prožitých člověkem v minulosti, ale jedná se o metodu předpokládající, že: „*cokoliv nemocný řekne právě teď, je pro něj realitou a nemá smysl to měnit.*“ (Klevetová, 2017, s. 131) Daný přístup je uplatňován u těch nemocných, u nichž jejich demence pokročila natolik, že pro ně nemá žádný význam snaha o obnovování reality ze strany druhých osob (Malíková, 2011, s. 245).

Dle Klevetové s Dlabalovou (2008, s. 115–166) je rezoluční terapie metodou opačného charakteru, než jaký má validace.

Reminiscenční terapie je dle Holczerové s Dvořáčkovou (2013, s. 64) uznávána coby speciální metoda v rámci práce se seniory v rezidenčních zařízeních sociálních služeb, přičemž za největší přínos lze v jejím případě považovat utváření prostoru, v němž je seniorům aktivně nasloucháno, mohou být v jejím rámci vnímány jejich individuální potřeby.

V případě reminiscenční terapie se jedná o aktivizační metodu využívající vzpomínky – jejich vybavení – na základě nejrůznějších užitých podnětů (Holmerová a kol., 2005; in: Klucká a Volfová, 2016, s. 129). Vzpomínání i zapomínání jsou přitom pojímány jako běžná a pro člověka přirozená činnost zasahující každého jednotlivce (Klucká a Volfová, 2016, s. 129).

Jako efektivní je daná terapie nahlížena u klientů se zachovalými (minimálně některými) kognitivními funkcemi; tito totiž musejí být schopni si přinejmenším částečně vybavovat vlastní minulé zážitky (Malíková, 2011, s. 239).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Praktická část bakalářské práce je věnována kvalitativnímu výzkumu se zaměřením na komunikaci u seniorů s demencí způsobenou Alzheimerovou chorobou.

Součástí této práce jsou tři případové studie – muž trpící lehkou formou demence, žena ve fázi středně těžké formy demence a žena v posledním stádiu Alzheimerovy choroby. Autorka pracovala s třemi případy, jedná se o její zjištění, postřehy a názory na danou problematiku. Motivací autorky pro tento výzkum bylo hlubší pochopení problému a osobní přístup k jednotlivým subjektům. Při výzkumné činnosti se autorka snažila o vytvoření komplexního obrazu jednotlivých případů.

4.1 CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumu je na základě případové studie u tří osob zjistit, jakým způsobem ovlivňuje demence komunikační schopnosti seniorů.

Dílčími cíli výzkumu je zjistit:

- Jaké jsou postupné změny v komunikaci osoby s Alzheimerovou chorobou (ACH).
- Zda je snížení komunikačních dovedností osoby s ACH stejné, jako je tomu i v dalších oblastech lidské osobnosti.
- Jak jsou osoby s ACH schopny vnímat sdělované informace?
- Jaká je souvislost orientace osoby s ACH s její schopností komunikace?
- Jaké jsou projevy osoby s ACH směrem k písemnému projevu?

4.2 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO VZORKU

Výzkumný vzorek v našem případě je tvořen třemi osobami, které jsou v jiných fázích průběhu demence. Toto je z důvodu toho, aby bylo lépe zjištěno, jak jednotlivé fáze demence mohou měnit komunikační schopnosti a dovednosti člověka. V rámci ochrany osobních údajů respondentů jsou uváděná jména a data fiktivní. Všichni

respondenti, kteří se zúčastnili výzkumu podepsali informovaný souhlas se zapojením do výzkumného šetření a zpřístupnění některých údajů z lékařské dokumentace.

Výzkumný vzorek je tvořen:

Pan Karel: věk 74 let – demence lehkého stupně – demence cévního původu MMSE 23/30.

Paní Marie: věk 71 let – středně těžká smíšená demence MMSE 19/30.

Paní Jiřina: věk 73 let – těžká demence, demence Alzheimerova typu s pozdním začátkem – dle MMSE nelze určit.

4.3 POUŽITÉ METODY VÝZKUMU

Technikou získávání kvalitativních dat bylo vypracování tři případových studií. S respondenty byly provedeny rozhovory v přítomnosti pečujících osob (blízkých osob, dcerou, syny, manželem). Rozhovory probíhaly v přirozeném domácím prostředí respondentů. Jednalo se o tři neformální rozhovory, při kterých respondenti odpovídali na jednoduché otázky uvedené v dotazníku v příloze č. I, pro zjištění schopnosti vyjádřit komunikační záměr. Pečující osoby občas odpovědi respondentů doplňovali, vysvětlovali a upřesňovali. Další metodou pro získávání informací bylo pozorování respondentů při rozhovorech, při jejich běžných každodenních činnostech a oblíbených aktivitách. Třetí metodou pro získávání informací bylo studium dokumentů. Po analýze dokumentů a dat vztahujících se k tématu vznikly tři případové studie.

4.4 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

4.4.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE 1

Karel věk: 74 let

Pracovní postup – První setkání s Karlem proběhlo 27.6.2019 za účelem sepsání záznamu ze sociálního šetření pro správní řízení o příspěvku na péči. Rodina požádala Úřad práce České republiky o příspěvek na péči z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pana Karla, který potřebuje pomoc pečující osoby při některých

úkonech péče o svoji osobu. Při setkání jsme se seznámili, sepsali protokol a současně jsem požádala pana Karla a jeho rodinu o spolupráci. Vysvětlila jsem, co je cílem mé bakalářské práce, smysl výzkumného šetření a jak bude probíhat rozhovor a pozorování při rozhovoru. Pan Karel a jeho rodina souhlasili, byli informováni, že kdykoli mohou svou spolupráci na výzkumném šetření odmítnout a byla jim zaručena anonymita. Bylo jim vysvětleno, jak budou výsledky využity, současně jsem je požádala o pravdivé a seriózní odpovědi. Po zvážení návrhu ke spolupráci souhlasili. Po druhé jsme se setkali 14.11.2019 v místě trvalého bydliště pana Karla v přítomnosti syna a snachy pana Karla, strávili jsme společně příjemný den. Rozhovor probíhal v přirozeném domácím prostředí, v příloze č. 2 je uveden přepis rozhovoru s panem Karlem a jeho synem. Na základě analýzy dokumentů a dat vztahujících se k tématu vznikla tato případová studie.

Zdravotní anamnéza

AS univ. – ateroskleróza, praec. cerebri – hlavně v mozku, vaskul. demence lehkého stupně – demence cévního původu, MMSE 23/30 – test kognitivních funkcí, NSTEMI – po infarktový stav, art. hypertense – zvýšený krevní tlak

Rodinná anamnéza

Karel vyrůstal se dvěma staršími bratry v úplné rodině, rodiče dnes již nežijí. Se svými bratry se nestýká. Ve 32 letech se oženil. V manželství se narodili dvě děti, syn a dcera. V době, kdy podnikal, přetrvávaly v rodině neshody a po 26 letech společného manželství se rozvedli. Manželka odešla a vyhledala pomoc u své rodiny. Důvodem bylo Karlovo podnikání.

Pracovní anamnéza

Vyučil se truhlářem, celý život pracoval se dřevem, nábytek vyráběl, opravoval a prodával. Měl vlastní úspěšnou firmu na výrobu a prodej nábytku. Po odchodu do důchodu svou firmu prodal a své podnikání ukončil.

Sociální anamnéza

Karel bydlí v rodinném domě, kde žije se svým synem a jeho rodinou. Snacha je osobou, která o něj pečuje. Snacha je v současné době na mateřské dovolené, svému tchánovi je nablízku a pečuje o něj. Karel již není schopen sám někam chodit, je povětšinou času doma, případně chodí se svým synem a vnukem na procházky. Za Karlem nechodí žádní jeho přátelé nebo známí. Sám o žádné návštěvy ani nestojí, nejraději je ve svém známém domácím prostředí. V neznámém prostředí se cítí nejistý, je z toho velmi nervózní. Pečující rodina Karla na návštěvy nevodí.

Ekonomická anamnéza

Karel pobírá starobní důchod ve výši 12 600,-Kč, zároveň příspěvek na péči ve druhém stupni ve výši 4 400,-Kč. Jiný příjem nemá. Náklady, které Karel potřebuje uhradit, jsou běžné výdaje za bydlení, které činí přibližně 2 800,-Kč měsíčně. Dále náklady na stravu, kdy se o domácnost stará jeho snacha, která mu připravuje jídlo. Úhrada léků, které stojí přibližně 1 000,-Kč měsíčně. Dále synovi předává celý důchod a příspěvek na péči. Jiné náklady jsou pak tvořeny náhlými náklady na opravy v domě, nebo na nákup nových spotřebičů, případně oblečení. Vše zařizuje rodina.

Výzkumné šetření – schopnost pečovat o vlastní osobu

Mobilita – v případě mobility se Karel pohybuje sám a bez potíží. Zvládne si sednout a vstát, do schodů chodí bez pomoci. Mimo dům se pohybuje vždy s doprovodem.

Orientace – Karel není orientovaný časem, neví, co je za den v týdnu, měsíc ani rok, zná jen datum svého narození. Orientuje se pocitem hladu. Nezná cestu domů, místo, kde bydlí. Má utkvělé představy, ve kterých se vrací do minulosti. Nepoznává své blízké, pouze syna, neví, kdo s ním bydlí, není schopen říct, kolik má dětí a vnoučat. Má špatný zrak, z tohoto důvodu nosí brýle na čtení.

Stravování – Karel nemá stanovenou žádnou speciální dietu, jídlo vaří a připravuje na talíř snacha. Karel se nají sám, přičemž k tomu používá lžici. Je však nutné ho k jídlu

vyzvat a rovněž i při jídle kontrolovat. Sám si vezme rohlík, když ho vidí připravený na talíři před sebou, napije se z láhve, řekne synovi, když má žízeň.

Oblékání – Karel si sám nevybere oblečení, které je přiměřené situaci nebo počasí, nechce se převlékat, nosí nejraději stejné a použité věci. Snacha musí oblečení vybrat, připravit, dohlédnout a vyzvat Karla, aby se převlékl. Fyzicky to zvládne stále sám, ale je zapotřebí ho k tomuto vyzvat a kontrolovat.

Tělesná hygiena – Karel samostatně hygienu nezvládne, vše mu syn musí připomenout. Sdělit mu, že má jít do koupelny, že se má umýt, vyčistit si zuby. Sám se dovede oholit, ostříhat si nehty. Je schopen to sice fyzicky zvládnout, ale sám o sobě to není schopen udělat. Při celkové hygieně je nutný dohled a kontrola, jinak by se neumyl.

Výkon fyziologické potřeby – pokud Karel cítí potřebu, zvládne si dojít sám na WC, nepoužívá inkontinenční pomůcky.

Péče o zdraví – Karel není schopen samostatně dodržovat léčebný režim, léky podává syn. S lékařem se nedomluví, tvrdí mu však, že je zdravý. K lékaři jej vozí a doprovází syn a snacha. Karel spolupracuje, pokyny provede, není agresivní.

Osobní aktivity – Karel není schopen sám cokoliv dělat, sleduje TV, ale nerozumí sdělení. Rád chodí na procházky, vždy s doprovodem. Potřebuje neustálý dohled, kontrolu. Tvrdí, že musí jít do práce, ačkoli je v důchodu a již tam několik let nechodí. Často hledá věci, klíče, drobné předměty, neustále se opakovaně ptá na stejnou věc.

Péče o domácnost – péči o domácnost kompletně zajišťuje syn a snacha, nákupy, vaření, praní, úklid, vyřizování osobních věcí, péče o dům a zahradu, nutnou kontrolu a dozor při všech činnostech.

Komunikace – komunikace u Karla je zhoršena, což je způsobeno Alzheimerovou chorobou v prvním stádiu. Karel není zcela schopen věcně odpovídat na otázky, které jsou mu kladeny. Sám si nic nezařídí, nezformuluje větu tak, jak by to bylo u zdravé osoby obvyklé.

Mluví stále v celých větách. Otázku je stále schopen slyšet, takže zde není problém se sluchem, který by samozřejmě ovlivnil porozumění. Karel ale odpovídá zcela k jinému tématu, na které se jej nikdo neptal. Již si neuvědomuje přímou souvislost, která by měla nastat mezi položenou otázkou a následnou odpovědí. I díky tomuto není schopen běžné interakce se sociálním prostředím, kdy mu sociální prostředí není schopno zcela porozumět a on naopak nerozumí postupně ani jemu.

Není takto schopen zcela správně porozumět mluvenému slovu, je proto pro pečující osoby – syn a snacha – důležité s Karlem komunikovat v jednodušších sděleních, používat jednoduché výrazy a dbát na to, aby skutečně zjistili, zda jim Karel porozuměl alespoň částečně. Z tohoto důvodu se často dotazují, zda jim bylo porozuměno a ověřují, jestli to, co bylo Karlovi sděleno, on sám následně dělá či nikoli.

Karel je stále schopen ve verbální komunikaci sdělit v jednoduchých větách své základní potřeby, hlavní myšlenky, které potřebuje sdělit. Obsah vět však bývá již problematický, kdy některé věty nedávají smysl, anebo jsou v rozporu se skutečností, což je dáno sníženou kvalitou krátkodobé paměti.

Rodina se snaží stále s Karlem komunikovat, sděluje mu, co se děje, připomíná mu nejrůznější příhody, které se staly. Karel jim často vypráví nějaké příběhy z dětství a mládí, především je pak přesvědčen, že stále chodí do zaměstnání a že musí jít do práce, aby nic nezameškal.

Problémy jsou s artikulací, kdy není schopen vyslovovat zcela správně, má problém se vyjádřit. Rovněž mívá problémy s postupným vybavováním slov, především takových, které jsou cizího původu, které jsou dlouhé, nebo pokud se jedná o odborné výrazy, kdy tyto nepoužívá vůbec. Není schopen vyslovit názvy například léků, které užívá. Pokud si na některé slovo nemůže vzpomenout, pak povětšinou přichází s novými výrazy, se kterými občas mívají v rodině problémy, protože jim nerozumí. Zároveň si některé výrazy plete a používá je k označení zcela něčeho jiného.

V případě komunikace je zapotřebí, aby se mu vše připomínalo. Je vždy nutné jej na všechno upozornit takovým způsobem, aby tomu byl schopen porozumět. Je tedy nutné využít nejen verbální komunikace, ale rovněž i prostředků komunikace

neverbální. V případě, kdy Karel není na něco upozorněn, pak to sám není schopen vykonat, jelikož již neví, že je to zapotřebí. Komunikace v tomto případě je zcela nutná k tomu, aby Karel dané jednání vykonal. On je stále schopen se sám o sebe postarat v některých činnostech péče o vlastní osobu, ale musí být upozorněn na to, že to má vůbec udělat.

Je stále důležité si všimnout jeho neverbální komunikace, která je důležitá pro zjištění jeho lidských potřeb. Neverbální komunikace je i v tomto případě prostředkem pro zjištění toho, zda to, co je sdělováno verbálně koresponduje s neverbálním projevem.

Podpis Karel zvládne sám, ale musí se mu říct, co má napsat. Písmo je však roztřesené a mimo linku, sám není schopen psát, ani neví, co by měl psát a proč.

Neovládá mobilní telefon, neví, co s ním má udělat. Již není schopen číst, protože sice zná písmena, ale nedochází k dobrému porozumění psanému textu. Není schopen porozumět dlouhému vyprávění, není schopen se dívat na televizi s tím, že by porozuměl příběhu. Na televizi se stále dívá, kdy sleduje především pořady se zvířaty. Žije ve svém světě, kdy již neví, že nechodí do práce, či jinam a z tohoto důvodu je zapotřebí, aby ho pečující osoby o tomto informovaly, aby jej orientovaly v jeho teď a tady.

U Karla ještě není zapotřebí komunikovat alternativními formami komunikace, například pomocí nejrůznějších piktogramů. Rodina o alternativní a augmentativní komunikaci nemá žádné poznatky, neví, jak se tato komunikace používá a k čemu by měla být dobrá. V případě, kdy dojde ke zhoršení komunikačních schopností a již nebude schopna se s Karlem dorozumět, bude nastalou situaci dále řešit.

Názor pečující osoby

Pečující osoba, kterou je zde syn Karla, se domnívá, že komunikační schopnosti a dovednosti se u jeho otce stále zhoršují. Vnímá problém, jak ve snižující se schopnosti si vzpomenout na nějaké výrazy, tak rovněž i možnosti smysluplné komunikace, především pak snížené schopnosti porozumět kladeným otázkám. V některých dnech nebo spíše momentech je komunikace, dle jeho slov dobrá, přičemž tyto světlé chvílky

se stále více zmenšují. Problémem je rovněž snižující se krátkodobá paměť, když svému otci něco sdělí, on si nic z toho za chvíli nevybaví, nevzpomene si. Problémy v komunikaci se snaží rodina řešit sama, zatím nepovažují za nutné, to řešit s nějakými odborníky. V případě, kdy se situace bude zhoršovat, budou kontaktovat odborníka. Pečující rodina má strach z toho, jak bude dále onemocnění postupovat, neví, zda bude schopna se o otce postarat v době, kdy bude zcela závislý na její pomoci. Bude zcela dezorientovaný a nebude vnímat své okolí.

Názor klienta

Získat názor klienta nebylo snadné, bylo zapotřebí jednoduchým způsobem naformulovat otázku tak, aby jí Karel byl chopen porozumět. Karel se domnívá, že v zásadě nemá výrazné problémy v komunikaci, že komunikuje v pořádku. Připouští však, že mu někdy nějaký výraz vypadne, někdy si něco nevybaví, Domnívá se, že mu jsou kladeny otázky příliš složitě, a proto lidem nerozumí.

Prognóza do budoucnosti

Karel je v první fázi Alzheimerovy choroby a je zřejmé, že tato choroba bude dále postupovat. Budou se snižovat všechny jeho schopnosti a dovednosti včetně těch, které souvisí s komunikací. Je pravděpodobné, že se komunikace bude stále zhoršovat, vybavování výrazů bude složitější, porozumění komunikaci se bude dále snižovat, srozumitelnost řeči bude nižší.

Shrnutí

Karel je v prvním stadiu Alzheimerovy choroby, která se projevuje tím, že není schopen se o sebe sám postarat. Karel potřebuje mít dohled i nad základními úkony péče o vlastní osobu, kdy je sice schopen sám úkon udělat, ale sám neví, že jej má učinit. Problémy již nastávají v komunikaci, která je jednodušší, mnohdy není rozuměno otázkám, není možné používat odbornější výrazy nebo složitější větné konstrukce. Karel není schopen porozumět příběhu, humoru a nadsázce. Není schopen číst, protože sdělovanému písemnému projevu nerozumí. Může se podepsat, ale není schopen psát. Zapomíná některá písmenka, slova. Je používána neverbální komunikace, která sděluje důležité informace, ale není zapotřebí používat alternativní

a augmentativní komunikaci. Z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu Karel potřebuje pomoc druhé osoby při některých úkonech péče o svoji osobu.

4.4.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE 2

Marie věk: 71 let

Pracovní postup – První setkání s Marií proběhlo 25.7.2019 za účelem sepsání záznamu ze sociálního šetření pro správní řízení o příspěvku na péči. Tak jako v první případové studii důvodem žádosti o příspěvek na péči z byl dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav paní Marie, která potřebuje pomoc pečující osoby při některých úkonech péče o svoji osobu. Při setkání jsme se seznámili, sepsali protokol a současně jsem požádala paní Marii a její rodinu o spolupráci. Vysvětlila jsem, co je cílem mé bakalářské práce, smysl výzkumného šetření a jak bude probíhat rozhovor a pozorování při rozhovoru. Paní Marie a její rodina souhlasili, byli informováni, že kdykoli mohou svou spolupráci na výzkumném šetření odmítnout a byla jim zaručena anonymita. Bylo jim vysvětleno, jak budou výsledky využity, současně jsem je požádala o pravdivé a seriózní odpovědi. Po zvážení návrhu ke spolupráci souhlasili. Po druhé jsme se setkali 24.10.2019 v místě trvalého bydliště paní Marie v přítomnosti manžela a snachy paní Marie, strávili jsme společně příjemný den. Rozhovor probíhal v přirozeném domácím prostředí, v příloze č. 3 je uveden přepis rozhovoru s paní Marií, jejím manželem a snachou. Na základě analýzy dokumentů a dat vztahujících se k tématu vznikla tato případová studie.

Zdravotní anamnéza

Středně těžká smíšená demence, MMSE 19/30 – test kognitivních funkcí, metabolický rozvrat s hypoxémií – celkové zhroucení organismu, depresivní syndrom, hypothyreosa – snížená funkce štítné žlázy. V roce 2018 celkové zhroucení organismu, od té doby přetrvává desorientace a neadekvátní komunikace. Úkony zvládne pod dohledem, musí být pobídnutá, kontrolována. Paměť je narušená, IQ snížené.

Rodinná anamnéza

Marie vyrůstala se starší sestrou v úplné rodině, rodiče dnes již nežijí. Se sestrou a její rodinou se pravidelně stýkají. Ve 22 letech se vdala. V manželství se narodily dvě dcery a tři synové. Dále má 8 vnoučat a 1 pravnouče. Vztahy v rodině se jeví jako harmonické. Žije společně s manželem v přízemí rodinného domu, v patře bydlí nejstarší syn s rodinou.

Sociální anamnéza

Marie žije v rodinném domě společně se svým manželem a rodinou jejího syna. O Marii se stará jak její manžel, tak rovněž i syn a jeho manželka. Rovněž se stýká s celou svou rodinou. S jinými osobami, jako jsou sousedé a přátelé již sociální vztahy nepěstuje, kdy již není schopna za nimi zajít na návštěvu a ani tyto osoby již s Marií nekomunikují, kdy překážkou pro ně je právě její onemocnění. Marie je nejraději ve svém známém prostředí, rodina ji však vozí i za jejími dalšími potomky, tam se však ona necítí moc dobře a po krátkém čase vyžaduje odjet opět domů. Když má jít na návštěvu, vždy je z tohoto velmi nervózní.

Pracovní anamnéza

Marie je vyučena, celý život pracovala jako prodavačka.

Ekonomická anamnéza

Příjem Marie tvoří starobní důchod ve výši cca 11 500,-Kč, dále pobírá příspěvek na péči ve třetím stupni ve výši 12 800,-Kč. Jiný příjem nemá. Náklady, které potřebuje uhradit, jsou běžné výdaje za bydlení, jako je elektřina a vodné, náklady na otop, které činí přibližně 1 800,-Kč měsíčně na její osobu. Dále náklady na dopravu k lékaři na stravu, léky, hygienické potřeby, které mohou stát přibližně 4 000,-Kč měsíčně. Jiné výdaje jsou pak tvořeny náhlými náklady, které představuje koupě nových spotřebičů, náklady na opravy a podobně.

Výzkumné šetření – schopnost pečovat o vlastní osobu

Mobilita – pohyb je bez problémů, Marie chodí bez pomoci. Má drobnou, štíhlou postavu.

Orientace – Marie je částečně orientovaná časem, zná datum svého narození, ale neví, co je dnes za den, měsíc ani rok, hodiny nerozeznává. Místem je částečně orientovaná, pozná domov, v cizím prostředí se ztrácí, nezná cestu domů. Mimo dům se pohybuje vždy s doprovodem. Poznává své blízké, ale jména vůbec nezná, není schopna říct, kolik má dětí a vnoučat.

Stravování – Marie nemá předepsanou žádnou dietu. Jídlo vaří manžel, nebo snacha, poté manžel jídlo připraví na talíř. Sama se nají příborem, manžel jí musí připomenout, aby se najedla. Napije se sama, manžel jí nalije pití do hrnečku. Snacha uvaří kávu, dohlédne a řekne jí, aby se napila. Marie nemá pocity hladu a žízně, proto celkové zhroucení organismu, podvýživa, dehydratace. Sama si neřekne o nic. Manžel hlídá denní režim, množství tekutin a jídla.

Oblékání – Marie si sama nevybere oblečení, oblékne si to, co vidí připravené na židli. Manžel oblečení vybere a připraví na židli, dohlíží a připomíná. Sama to fyzicky zvládne, ale je nutné ji vyzvat a zkontrolovat.

Tělesná hygiena – Marie tělesnou hygienu samostatně nezvládne, vše jí manžel připomíná, že má jít do koupelny a umýt se. Marie ví, kde je koupelna, ale co tam má udělat, zapomene. Sama si ostříhá nehty, fyzicky to zvládne, ale bez připomenutí a dohledu to neudělá. Při celkové hygieně je nutný dohled a kontrola, protože nepoužije mýdlo a neumyje se pečlivě.

Výkon fyziologické potřeby – pokud Marie cítí potřebu, dojde si sama na WC, nepoužívá pleny ani nepoužívá inkontinenční pomůcky.

Péče o zdraví – k lékaři Marii vozí a doprovází manžel. Není schopna samostatně dodržovat léčebný režim, léky podává manžel, dohlíží a kontroluje.

Osobní aktivity – Marie nesleduje TV, jen poslouchá zvuk, nerozumí sdělení. Marie je hyperaktivní, když slyší rádio, začne tancovat, zpívat si, neustále chodí, nevydrží

chvíli v klidu. Stále něco povídá, není schopna sama cokoli smysluplně dělat. Potřebuje neustálý dohled při činnostech, kontrolu a péči. Při řešení situací je bázlivá, lítostivá, často si schovává své věci.

Péče o domácnost – péči o domácnost zajišťuje manžel a snacha, nákupy, vaření, úklid, praní, doprovod a odvoz k lékaři, vyřizování osobních věcí, péči o dům a zahradu.

Komunikace – komunikační schopnosti u Marie jsou špatné. Marie je sice velmi komunikativní, stále má tendenci něco povídat, ale sdělovaný obsah již nedává moc smysl. Což není dáno jen tím, že Marie není orientovaná v čase a prostoru, že u ní dochází k postupné ztrátě krátkodobé paměti, ale celkové sdělení již není zcela pochopitelné.

Pokud Marie nezná slovo, pak jej přeskočí. Věta nemá občas obvyklou skladbu, nejsou v některých případech zachovávány tvary při skloňování a časování. Stává se rovněž, že donekonečna opakuje nějaký výraz, slovní spojení, aniž by to mělo nějaký význam pro danou situaci, pravděpodobně z důvodu, že se jí tento nějakým způsobem líbí. Jelikož již není orientována v čase ani v prostoru, neuvědomuje si, že některé věci, o kterých mluví jako o současných, jsou z jejího mladí.

Pokud je Marii kladena otázka, dokáže stále odpovídat celou větou, ale již není zcela schopna věcně odpovídat k tématu na dané otázky. Ačkoli slyší otázku, odpovídá k jinému tématu. Není u ní diagnostikována žádná sluchová porucha, která by mohla jinak vysvětlit to, že nebylo otázce porozuměno z důvodu, že nebyla dostatečně slyšena.

Marie není schopna vyjádřit své myšlenky, není schopna vyjádřit své potřeby, co by chtěla, co by nechtěla. Došlo u ní ke snížení slovní zásoby, nezná běžnější slova, která dříve bez problémů rozpoznávala a používala je. Není schopna porozumět složitějším větám, složitým slovům. Zde je zapotřebí, aby pečující osoby komunikovali jednoduše, v jednoduchých výrazech, používali alternativní komutaci. Opakovaně se ptá na stejnou věc, vše však hned zapomene, takže je nutné, ji to znovu sdělit. Je nutné pro pečujícího se obrnit velkou mírou trpělivosti a tolerance, kdy je velmi nesnadné několikrát sdělovat osobě to samé, co již několikrát bylo řečeno.

Není schopna porozumět příběhu, nerozeznává nadsázku ani humor. Není schopna povídat o tom, jak se cítí, jak jí je. Je však stále schopna zvládat některé úkony péče o vlastní osobu, ale je nutné, aby jí to bylo i několikrát sděleno, aby to vykonala, aby se oblékla, aby se umyla a je rovněž zapotřebí na to i dohlédnout, aby úkon ona sama skutečně udělala.

Marie nerozeznává skutečné osoby od obrázků, kdy například přijde do ložnice, kde se posadí na postel a povídá si s obrázky – fotkami vnoučat, které jsou zarámované a visí na zdi.

Neverbální komunikace u Marie již neodpovídá tomu, co by znamenala u osoby, která je zdravá, případně v počátečních fázích Alzheimerovy choroby. Není možné se jí zcela řídit a domnívat se, že je to jakýsi skutečný projev vůle. Zároveň však je neverbální komunikace důležitá pro naznačení toho, co by měla Marie udělat, důležité jsou dotyky, gesta, kterým ona stále ještě rozumí.

Marie podpis zvládne, ale musí se jí říct, podepište se a napište písmenka M a r i e. Písmo je roztřesené a mimo linku, větu nenapiše, a to z důvodu, že nezformuluje to, co chce říct. Je možné, že ani neví, proč by měla něco psát. Již není schopna číst, kdy neporozumí obsahu čteného textu. Mobil neovládá a proto nepoužívá.

Není schopna sledovat televizi, protože již nerozumí mluvenému slovu, neví, co se děje, jaký je děj nějakého pořadu.

Reakce Marie na některé stresové komunikační situace jsou někdy zlostné, neodpovídají skutečnému projevu a probíhající komunikační situaci. Občas má špatnou náladu, je plačtivá, depresivní, bázlivá, což se opět projevuje v komunikaci, kdy se do ní vkradou všechny negativní emoce, kdy je schopna na manžela a rodinu křičet, hádat se a jinak reagovat na situaci, která by jinak byla považována za běžnou, a nebylo by na ni nutné reagovat výrazem silných emocí.

Názor pečující osoby

Pečující osobou je primárně manžel, komunikace Marie je špatná. Manžel vnímá negativně to, že je Marie dezorientovaná, komunikuje s obrázky, které vnímá jako živé

osoby. Za negativní vnímá rovněž i to, že si Marie nic nepamatuje, že se jí musí mnohokrát říci co má udělat. Má problém s tím, že Marie si na něm a blízkých občas vybíjí svou zlost. Je mu to velmi líto, on se snaží co nejlépe o Marii postarat, ale z druhé strany nevnímá žádný vděk. Vnímá to jako důsledek nemoci, za který ona sama nemůže. Situaci s komunikací vnímá za velmi složitou. V případě, kdy Marie neví, co vůbec říká a nerozumí tomu, co se jí říká. Celkovou situací je velmi unaven, stále však považuje za potřebné se o svou manželku postarat do doby, co to bude v jeho silách.

Názor klienta

S paní Marií bylo velmi obtížné navázat nějaký komunikační vztah a zeptat se jí na otázku, jak sama vnímá svou komunikaci. Bylo však zjištěno, že Marie sama svou komunikaci vnímá za dobrou a nevnímá, že by docházelo k úbytku komunikačních schopností.

Prognóza do budoucnosti

Vzhledem k charakteru Alzheimerovy choroby je zřejmé, že bude stále docházet k degeneraci celkové osobnosti člověka a k oslabování komunikačních schopností osoby. Je pravděpodobné, že srozumitelnost jejího sdělení bude stále nižší, zároveň porozumění i jednoduchým sdělením ze strany pečujících a rodiny bude slabší a je možné, že komunikace ve své běžné formě nebude již možná vůbec, nebo bude velmi obtížná.

Shrnutí

Alzheimerova choroba u Marie postoupila do druhého stupně, což velmi ovlivňuje její schopnost postarat se o sebe. Úkony již sama nezvládne bez pomoci, je zapotřebí ji na úkon několikrát upozornit. Komunikace se stále zhoršuje, komunikace je jednoduchá, již nevnímá subjekt komunikace, kdy je schopna komunikovat i s obrázky rodinných příslušníků. Velmi špatně rozumí sdělovaným jednoduchým větám, nerozumí složitějším sdělením, humoru, nadsázce, nerozumí příběhu v televizi. Obsah sdělení, které říká, již mnohdy nedává smysl. Je schopna se podepsat, ale musí se Marii říci, co by měla napsat. Není schopna jiné psané komunikace, protože

nerozumí tomu, co by měla psát. U Marie není používáno alternativní a augmentativní komunikace. Z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, Marie potřebuje péči a pomoc druhé osoby při všech úkonech péče o svoji osobu.

4.4.3 PŘÍPADOVÁ STUDIE 3

Jiřina věk: 73 let

Pracovní postup – První setkání s Jiřinou proběhlo 29.10.2019 za účelem sepsání záznamu ze sociálního šetření pro správní řízení o příspěvku na péči. Tak jako v první a druhé případové studii žádost o příspěvek na péči podala rodina paní Jiřiny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Při setkání jsme se seznámili, sepsali protokol a současně jsem požádala paní Jiřinu a její rodinu o spolupráci. Vysvětlila jsem, co je cílem mé bakalářské práce, smysl výzkumného šetření a jak bude probíhat rozhovor a pozorování při rozhovoru. Paní Jiřina a její rodina souhlasili, byli informováni, že kdykoli mohou svou spolupráci na výzkumném šetření odmítnout a byla jim zaručena anonymita. Bylo jim vysvětleno, jak budou výsledky využity, současně jsem je požádala o pravdivé a seriózní odpovědi. Po zvážení návrhu ke spolupráci souhlasili. Po druhé jsme se setkali 21.11.2019 v místě trvalého bydliště paní Jiřiny v přítomnosti dcery paní Jiřiny, strávili jsme společně příjemný den. Rozhovor probíhal v přirozeném domácím prostředí, v příloze č. 4 je uveden přepis rozhovoru s paní Jiřinou a její dcerou. Na základě analýzy dokumentů a dat vztahujících se k tématu vznikla tato případová studie.

Zdravotní anamnéza

Těžká demence, demence Alzheimerova typu s pozdním začátkem – dle MMSE nelze určit, osteoporóza kloubů, inkontinence III. st., obesita BMI 33,2. těžká progredující demence s inkontinencí, nesoběstačná, desorientovaná.

Rodinná anamnéza

Jiřina je vdova a má tři děti, 6 vnoučat. Vztahy v rodině jsou harmonické.

Sociální anamnéza

Jiřina žije ve dvougeneračním rodinném domě se svou dcerou a její rodinou. K dispozici má vlastní pokoj v přízemí. Dcera je osobou, která o ni pečuje a z tohoto důvodu se vzdala své práce, aby mohla být své matce nablízku a postarat se o ni. Jiřina je celý den pod dohledem, není schopna udržovat žádné sociální vztahy, je nedůvěřivá, plačtivá.

Pracovní anamnéza

Jiřina má základní vzdělání, nedokončila střední školu. Pracovala jako uklízečka nebo jako pomocná dělnice v továrně.

Ekonomická anamnéza

Příjem Jiřiny je tvořen starobním důchodem ve výši 9 500,-Kč, dále pobírá příspěvek na péči ve čtvrtém stupni ve výši 19 200,-Kč. Jiný příjem nemá. Náklady tvoří výdaje na bydlení, jako je elektřina, vodné, náklady na otop, které činí přibližně 1 800,-Kč měsíčně na její osobu, dále náklady za dopravu k lékaři, na stravu, léky, hygienické potřeby, které mohou stát přibližně 4 000,-Kč měsíčně. Dále výdaje za Charitní pečovatelskou službu, které tvoří cca 5 000,-Kč, dle smlouvy o poskytování pomoci. Další možné výdaje jsou pak tvořeny náklady, které představují koupě nových spotřebičů, náklady na opravy a podobně. Ona sama nezná hodnotu peněz s finančními prostředky Jiřiny hospodaří dcera.

Výzkumné šetření – schopnost pečovat o vlastní osobu

Mobilita – Jiřina se pohybuje pomalým krokem, má silnou postavu, používá chodítka, o které se opírá. Sednout si a vstát musí vždy s pomocí dcery. V posteli spí v jedné poloze. Schody sama nezvládne. Ven mimo dům vůbec nechodí.

Orientace – Jiřina není orientovaná časem, orientuje se podle denního rozvrhu, který stanovuje dcera. Neví, kde se nachází. Nosí stále u sebe kabelku, nechce se jí vzdát. Schovává do ní vše, co se jí líbí. Dcera každý večer kabelku vyprázdní, vrátí věci na svá místa a kabelku mámě.

Stravování – stravování kompletně zajišťuje dcera. Jiřina dietu nemá, na pokyn se sama nají lžící, jídlo dcera připraví na talíř a podá ke stolu. Dcera musí Jiřinu vyzvat, aby se posadila a najedla. Jiřina je překvapená, že se má najíst, sní polévku a odchází od stolu, neví že, bude hlavní jídlo, odpovídá, že nemá hlad. Dcera kontroluje a dohlíží na množství jídla a tekutin. Po jídle si Jiřina příbor schová do kabelky.

Oblékání a obouvání – vše kompletně zajišťuje dcera. Připravuje oblečení, dohlíží na oblékání a svlékání. Jiřina se oblékne, ale neví, jak se to dělá. Knoflíky a zipy je schopna sama na pokyn a pod dohledem zapnout. Boty nosí nazouvací, potřebuje neustálý dohled a připomenout, co si má obléci a jak. Ráno ji musí dcera zkontrolovat a pomoci obléknout.

Tělesná hygiena – ranní hygienu zajišťuje dcera, při kompletní hygieně pomáhá pečovatelka z charity, dochází 4x týdně. Jiřina se není schopna sama umýt, neví jak, se to dělá, všechny činnosti vykonává na pokyn a pod dohledem. Celkovou hygienu Jiřina nezvládne, vždy potřebuje pomoc, pokud je bez dohledu, sedí na sedátku sprchovém koutu, vylije si celé sprchové mýdlo na hlavu a rozpláče se.

Výkon fyziologické potřeby – Jiřina potřebu necítí, očistu nezvládne. Neví, co má na WC dělat, pokud je bez dohledu vymotá celé klubíčko toaletního papíru a natrhá na kousky. Tyto kousky si nastrká do kapes, za tričko, do podprsenky, do kabelky. Používá inkontinenční kalhotky celodenně, výměnu plen a očistu kompletně zajišťuje dcera.

Péče o zdraví – je kompletně opět zajištěna dcerou. Podávání léků, dohled, paní Jiřina neví, jaké léky užívá a kdy.

Osobní aktivita – Jiřina není schopna se samostatně účastnit žádných aktivit. Denní režim určuje dcera, ven nechodí, vyžaduje celodenní péči a individuální přístup. Jiřina spolupracuje, pokyny provede pod dohledem, není agresivní, je bázlivá, plačtivá, nervózní.

Péče o domácnost – vše kompletně zajišťuje dcera, nákupy, úklid, praní, žehlení, vyřizování osobních věcí. Pečovatelka služba z charity zajišťuje hlídání Jiřiny, pečovatelka dochází 4x týdně.

Komunikace – Jiřina zcela nerozumí otázkám, které jí jsou kladeny, nezná význam slov. Často zcela nekontrolovaně mluví, když někoho spatří, povídá si i s věcmi, nerozpoznává obličeje, není schopna si uvědomit, s kým hovoří, jaký je důvod této komunikace, proč se komunikuje.

Pokud se s Jiřinou zavede hovor, pak není schopna odpovídat k danému tématu, u ní není možné, aby dala hromady smysluplnou souvislou větu. Smysl sdělení nemá zcela žádný, je to jen jakýsi tok myšlenek, ale bez obsahu, bez toho, že by to mohlo mít pro jak komunikujícího, tak i pro příjemce této komunikace nějaký smysl.

Mluvenému slovu mnohdy není možné ani rozumět, kdy dochází k drmolení, polykání hlásek, ale i k projevům nejrůznějších emocí, které jsou však mimo vedenou komunikaci a nejsou v souladu s komunikační situací.

Není schopna porozumět i jednoduššímu sdělení, není možné u ní používat odborné výrazy, nadsázku, humor, kdy jim není schopna porozumět. Sama žádné odborné výrazy ani nějakou nadsázku nepoužívá.

Jiřina žije ve svém světě, neustále se ptá: „Kde to jsem, kam jdeme, co to děláme?“ Není však zřejmé, když jí je odpovídáno, zda tomu vlastně ještě rozumí, či nikoli.

Není schopna se dívat smysluplně na televizi, kdy nerozumí sdělovanému obsahu a není schopna porozumět příběhu, zapamatovat si děj. Není schopna naslouchat dlouhému textu, kdy mu opět nerozumí. Je velmi poškozena a snížena krátkodobá paměť, kdy si nepamatuje obsahy jednoduchých sdělení, které jí byly ať ve formě verbální, tak ve formě neverbální komunikace sděleny. Je takto zapotřebí jí sdělovat jednoduché věci i několikrát po sobě a ujišťovat, že ona tomu alespoň nějak porozuměla.

Komunikace neprojevuje známky nějaké agresivity a jiných silných emocionálních stavů, naopak v projevu je Jiřina apatická, smutná.

Neverbální komunikace neodpovídá rovněž skutečnosti. Signály, které Jiřina do okolí vysílá, nemusí být v souladu se skutečností, přesto je však pro dceru důležité je vnímat.

Je používána alternativní komunikace, kdy se jedná především o využití piktoqramů, fotografií. Dcera má pro Jiřinu sestavenou „Knihu vzpomínek“ z fotografií, obrázků a piktoqramů. Společně si knihu prohlíží, vypráví si o životě. Jsou používány také kartičky s piktoqramy a tělesné dotyky.

Názor pečující osoby

Pečující osobou je zde dcera Jiřiny, která vnímá komunikaci s Jiřinou za velmi náročnou. Informace, které Jiřina sděluje, dle názoru dcery nemají žádnou vypovídající hodnotu. Zároveň kvůli snížené kvalitě krátkodobé paměti dochází k tomu, že Jiřina není schopna si nic zapamatovat a z tohoto důvodu je zcela odkázána na pomoc dcery. Jako vhodné řešení pro komunikaci se jeví piktoqramy, které jsou používány pro základní sdělení informací. Dcera rovněž vnímá stále zhoršující se stav, a to nejen v oblasti komunikačních dovedností a schopností, který postupuje stále rychleji. Dcera se snaží v oblasti komunikace zajistit co nejlepší podmínky, snaží se učit novým přístupům v komunikaci s osobami se sníženou schopností komunikovat. Celkovou situaci je velmi unavená, považuje za důležité se o svou matku postarat.

Názor klienta

Vzhledem ke třetímu stupni Alzheimerovy choroby u Jiřiny, který spočívá ve výše popsaných schopnostech komunikace, nebylo možné zjistit jakýkoli názor z její strany. Jiřina nebyla schopna vůbec porozumět kladené otázce, ačkoli otázka byla sdělována jakkoli jednoduše. Jiřina odpovídala zcela na jiné věci, odpovědi nekorespondovaly s kladenými otázkami.

Prognóza do budoucna

Vzhledem k charakteru a stále postupující degeneraci ve všech oblastech lidského života je zřejmé, že komunikační schopnosti se budou dále spíše zhoršovat, kdy jakékoli možnosti sebemenšího zlepšení jsou zcela vyloučeny. Je pravděpodobné, že bude zapotřebí využít ve větší míře i neverbální komunikaci, která by měla vést k základnímu vyjádření nejdůležitějších situací a informací ve vztahu Jiřiny a jejího okolí. V případě, kdy se bude situace zhoršovat, budou kontaktovat odborníka. Dcera nyní zvažuje umístění Jiřiny do ústavního zařízení, kde většinu úkonů zajišťuje personál.

Shrnutí

Jiřina je ve třetí fázi Alzheimerovy choroby, která ztěžuje život všem zúčastněným v přirozeném prostředí domova. V oblasti komunikace je velmi viditelné, že Jiřina není schopna komunikovat tak, aby mohla sdělovat nějaké důležité informace, nerozumí běžné komunikaci, není schopna odpovídat na otázky, sledovat nějaký sdělovaný příběh. Je schopna se podepsat, ale není schopna psát nějaký text, když tomuto již není schopna porozumět. Je více apatická, smutná. Dcera při komunikaci s ní používá alternativní komunikaci, kdy používá především fotografie a piktogramy. Jiřina je zcela nesamostatná, potřebuje neustálou podporu a dohled, celodenní péči a pomoc z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

4.5 DOPORUČENÍ DO PRAXE

Na základě zjištění, výzkumných šetření a rešerší teoretických zdrojů, lze potvrdit, že účinnými strategiemi pro komunikaci (interakci) s osobou s diagnózou Alzheimerovy demence, jsou následující kroky:

- Nemluvit s člověkem s demencí jako by to bylo dítě.
- Člověku s demencí nepřikazovat a nesnažit se jej vychovávat.
- Nikdy se k člověku s demencí nechovat agresivně.
- Neprojevovat před člověkem s demencí negativní emoce.
- Omezovat rušivé a rozptylující vlivy prostředí na komunikaci.
- Aktivně navazovat a udržovat oční kontakt a využívat také jiné prvky neverbální komunikace.
- Nepodceňovat osobu s demencí.
- Přizpůsobovat komunikaci schopnostem dotazovaného.
- Mluvit zřetelně v rámci normální polohy hlasu, v úrovni očí shodnou s nemocným člověkem.
- Všimnout si řeči těla osoby, o níž je pečováno.

4.6 DISKUSE

Mojí motivací pro výzkum komunikace u seniorů s demencí bylo mé zaměstnání. Pracuji na Úřadu práce České republiky na oddělení příspěvku na péči na pozici sociálního pracovníka. Mými klienty jsou senioři, kteří z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc pečujících osob při některých úkonech péče o svoji osobu. Setkávám se s klienty každý den, vnímám změny v jejich komunikačních dovednostech, orientaci i v chování. Zajímají mě jejich zdravotní a sociální problémy, názory, záliby. Hledám způsob, jak jim pomoci radou, nasloucháním, nebo zprostředkováním kontaktu na konkrétní vhodnou službu.

Výzkumné šetření (případové studie) jsem provedla na třech respondentech, hlavním kritériem pro výběr respondentů byla pro mne diagnóza Alzheimerova choroba a rozdílné stádium nemoci. První schůzky byly formální za účelem sepsání protokolu k žádosti o příspěvek na péči. Vyřídili jsme formality a dohodli se na budoucí spolupráci na mém výzkumu. Další schůzky – výzkumná šetření – byly pro mne velmi inspirativní, získala jsem nové zkušenosti v oblasti komunikace a zajímavé poznatky o lidech trpící demencí. V rámci výzkumu jsem vypracovala kazuistiky za použití metod výzkumu, kterými byly výzkumné šetření – schopnost pečovat o svou osobu v 10 základních životních potřebách, rozhovor, studium dokumentace, přímé pozorování během rozhovorů a běžných denních činností.

S napětím jsem vstupovala do výzkumných šetření, netušila jsem, zda se mi povede nahlédnout do každodenního běžného života respondentů, jestli mi dovolí zjistit důvěrné informace a vstoupit do jejich světa. S respondenty jsem strávila společně příjemné dny rozhovory, pozorování při rozhovoru, prohlížením fotografií, studiem dokumentace – lékařských zpráv. Poslouchala jsem vyprávění respondentů, zajímavé životní příběhy v jejich domácím prostředí v přítomnosti rodinných příslušníků. U všech tří účastníků je možné hovořit o téměř shodném věku. Jedná se o sedmdesátníky, kdy ve dvou případech jsem získávala informace o ženách trpících Alzheimerovou demencí, zatímco poslední osobou zapojenou do empirického šetření byl muž. Zásadní rozdílnost je pak u pacientů se shodnou diagnózou v jejím aktuálním stádium, v němž se konkrétní jedinci nacházejí. Informace jsem čerpala z lékařských zpráv. Zatímco první dotazovaná osoba (pan Karel) trpí pouze lehkou formou Alzheimerovy choroby, u druhé (paní Marie) je možné hovořit o stádiu jejího středního

rozvoje a v posledním případě se pak (paní Jiřina) nachází v již velice pokročilém stádiu rozvoje Alzheimerovy demence, je tedy postižena těžce. Již základní výše skóru vyjádřeného v rámci diagnostiky nástrojem MMSE danou skutečnost reflektuje, jelikož u jediného muže ve vzorku dosahuje výsledek v testu 23 bodů z možných 30 celkových, paní Marie již dosahuje pouhých 19 bodů a u paní Jiřiny není možné daný test provést, nelze v jeho rámci stanovit počet dosažených bodů u nemocné.

Celkový stupeň aktuálních kognitivních schopností, s nimiž mohou pacienti pracovat, se tedy u jednotlivých respondentů odlišoval, z čehož bylo možné usuzovat, že také komunikační dovednosti budou u každé z těchto osob také odlišného rozsahu a kvality (srov. např. Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009, s. 11).

U všech respondentů jsem byla zvědavá na to, co zajímavého se dovím. Otázky v dotazníku byly jasné a jednoduché, respondentům byl dán prostor na to, aby mohli odpovídat volně. První dva respondenti (pan Karel a paní Marie) například v rovině psaného verbálního projevu (tedy v situacích, kdy byli například vedeni k tomu, aby se podepsali vlastním jménem) byli schopni na základě mluveného pokynu daný úkol splnit, v případě paní Jiřiny nebylo možné daný úkol splnit. Pan Karel a paní Marie v písemném projevu, dle sdělení pečujících osob, vykazovali shodné znaky roztřeseného písma neschopnosti udržet rovnou linku psaní, stejně tak je spojuje fakt, že tito běžně ze své iniciativy nepíší, pouze plní zadání, což zřejmě pramení z toho, že se u nich na kognitivní úrovni netvoří obsahy, které by mohli sdělit, stejně jako i z toho, že nejsou schopni utvářet souvislé obsahy v obecné rovině (než myšlenku dokončí, zapomenou ji). Právě roztřesenost či jiná neúhlednost písma je odborníky prezentována jako jeden z charakteristických znaků demence (srov. Raboch, Pavlovský a Janotová, 2006, s. 183).

Neměla jsem zkušenosti s vedením rozhovorů, respondenti často neodpovídali k tématu, odpovědi respondentů doplňovali pečující osoby. Nebylo jednoduché držet se připravených otázek, aktivně naslouchat a plně vnímat respondenty po celou dobu rozhovorů a pozorování. U vyjadřování vlastních pocitů a potřeb byla tato schopnost pouze v případě pana Karla, u zbývajících dvou žen nikoli. Pan Karel nevyžadoval v komunikaci s pečující osobou a členy své rodiny nutnost využívání alternativních způsobů komunikace, zcela postačila běžné mluvená řeč. Neverbální řeč byla

v souvislosti s jeho osobou důležitá spíše v souvislosti s detekováním jeho aktuálního psychického rozpoložení. Pan Karel – tedy osoba, která ze zkoumaného vzorku trpěla nejméně rozvinutým stupněm Alzheimerovy demence – nevykazoval vůči svému okolí přehnané afektivní reakce (tedy vztek, křik, pláč neodpovídající situaci apod.), kdežto v případě paní Marie se středně pokročilou Alzheimerovou demencí byly tyto projevy poměrně častými. Na základě vystupňovaných projevů emocí Marie komunikovala se svým okolím v případě pocíťovaného stresu. Paní Jiřina coby pacient v těžké fázi vývoje onemocnění pak již neprojevovala emoce téměř žádné, převažovala u ní apatie. Daný fakt si lze vysvětlit zřejmě neschopností kódování krátkodobých událostí, díky níž nemá žena možnost reagovat na aktuální dění a pocity, jež u ní toto vyvolává, ačkoli u Zvěřové (2017, s. 10) se lze dočíst, že apatie bývá jedním z příznaků rané fáze vývoje onemocnění Alzheimerovou demencí.

Ve všech třech případech – u všech respondentů výzkumu – bylo možné zaznamenat jako shodný rys jejich nezáměr o komunikaci mimo rodinný kruh, tedy s osobami spadajícími do širšího sociálního okolí jedince (s přáteli, známými apod.). Právě sociální izolace je například Čechovou a Fendrych Mazancovou (2019, s. 296) jedním ze zásadních ohrožení, jež se váží k osobám trpícím Alzheimerovou chorobou. U zkoumaných osob tak lze potvrdit jejich značnou sociální izolaci, kdy přicházejí do kontaktu maximálně se členy rodiny a pečující osobou.

Za shodný rys komunikačních projevů je pak možné u všech tří zúčastněných pacientů s diagnózou Alzheimerovy demence uvést také neschopnost orientace v času a místě svého aktuálního fungování. V případě pana Karla se jednalo o jeho přesvědčování okolí, že musí (byť je osobou v důchodu) jít do zaměstnání, u paní Marie se daný znak projevoval ve vyprávění o záležitostech svého mládí jakožto o současném dění a v případě paní Jiřiny pak daný fakt lze vyvozovat například z neschopnosti pouhého rozlišování tváří osob, s nimiž přichází do kontaktu. O tom, že podobná charakteristika je právě pro osoby trpící Alzheimerovou demencí typická, hovoří ve své publikaci například Vágnerová (2004, s. 273).

Jako další shodný znak mezi všemi třemi účastníky výzkumu je pak možné uvést jejich nezáměr o vyprávění či sledování televizního vysílání apod. – daný jev vychází ze snížené (ve větší či menší míře) funkčnosti jejich krátkodobé paměti, díky níž si nejsou

schopni zapamatovat, co se již v příběhu odehrálo, tudíž se v něm neorientují a nechápou jej.

Změny ve formální rovině komunikace jsou pak znatelné mezi jednotlivými případy respondentů navzájem. Zatímco pan Karel ještě sděluje své myšlenky v poměrně srozumitelných větách (vynechává pouze náročná či cizí slova apod.), paní Marie již vynechává celé výrazy (slovní spojení), odpovídá na jiné než kladené otázky a u paní Jiřiny již nelze očekávat sestavení věty jakožto verbálního celku, jímž by v rámci interakce s okolím byla schopná odpovědět.

Na základě uváděných zjištění je tedy možné hovořit o tom, že komunikace s osobami v rozdílných fázích rozvoje Alzheimerovy demence je ze strany pečujících osob odlišnou, jelikož samotné projevy nemocných jsou odlišné. S postupujícím rozvojem onemocnění je nutné se v interakci s osobou trpící Alzheimerovou demencí stále více spoléhat spíše na neverbální komunikační prostředky, nebo dokonce na alternativní komunikační systémy přizpůsobené potřebám a schopnostem konkrétního jednotlivce. Zde je tedy možné potvrdit informaci autorů Jiráka, Holmerové a Borzové (2009, s. 94) o tom, že jsou to právě zmíněné komunikační systémy, které je vhodné v interakci s osobami trpícími Alzheimerovou demencí využívat.

Nikoli pouze komunikační schopnosti, ale také i schopnosti sebeobsluhy, interakce, nebo i pouhá schopnost vyjádření vlastních myšlenek či pocitů s postupem progresu onemocnění docházejí změny směrem k horšímu. O daném faktu hovoří ve své publikaci například Orel (2016, s. 145). Zatímco pak Karel s mírnou formou Alzheimerovy choroby je schopen na pokyn sebeobsluhy, tak je schopen reagovat na pokládané otázky (do určité míry) a zadané úkony, a je možné od něj očekávat upozornění na jeho aktuální potřeby. V případě paní Marie je vyjadřování potřeb obtížné a je nutné je rozluštit spíše z jejích neverbálních projevů, sebeobsluha dané ženy je omezená a interakce probíhá s neživými objekty (například s fotkami příbuzných) bez zaznamenání rozdílu mezi nimi a skutečnými osobami. Paní Jiřina coby pacientka nacházející se v těžké fázi rozvoje onemocnění pak v sebeobsluze závisí na své dceři, její interakce probíhá na základě alternativně upravených komunikačních nástrojů a nonverbálně naznačované aktuální potřeby většinou neodpovídají realitě.

Na mé výzkumné otázky jsem získala odpovědi, podařilo se mi najít respondenty a pečující osoby – rodinné příslušníky, kteří se se mnou podělili o své zkušenosti, názory a pocity. Přistupovali k výzkumu s nadšením, moje návštěvy, pozorování a rozhovory, byly pro ně vítané změny v běžném rituálu dne. Pan Karel mi ukázal své truhlářské nářadí z doby, kdy podnikal. Manžel paní Marie zarámované fotografie svých vnoučat, se kterými Marie občas mluví. Pouze paní Jiřina nezaznamenala mou přítomnost, na otázky mi odpovídala dcera paní Jiřiny, bylo pro mne velmi emotivní pozorovat paní Jiřinu s dcerou při vzájemné komunikaci a společném prohlížení knihy vzpomínek.

Především jsem zjistila, že každá fáze vývoje onemocnění Alzheimerovou chorobou má poněkud odlišný průběh a je zde zcela zřejmý neustálý pokles schopností ve všech oblastech lidského života. Změna k horšímu se týkala jak všech oblastí péče o vlastní osobu, tak rovněž i v oblasti komunikace. Navíc je možné sdělit, že dané jednotlivé oblasti spolu vzájemně souvisí. Tady hraje nejdůležitější roli pečující osoba, její intenzivní pomoc a péče. Empatický přístup a motivace všech rodinných příslušníků může pomoci k udržení stávajících dovedností a zmírnění progresu nemoci. Alzheimerova choroba má celkový negativní vliv na osobnost člověka. Mění způsob a kvalitu života u osob s diagnostikovaným syndromem demence.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou komunikace u seniorů s demencí způsobenou Alzheimerovou chorobou. V teoretické části dokumentu byly rozpracovány pojmy stáří a stárnutí, dále pak byl věnován prostor tématice demence a samostatná kapitola byla věnována tématice komunikace v jejím obecném vymezení i ve spojení s problematikou výskytu demence u člověka. Pro teoretickou část byla provedena rešerše relevantních zdrojů z oblasti zejména psychologie a psychiatrie, které byly zastoupeny nejčastěji v podobě autorských monografií. Na poznatky teoretického charakteru bylo navázáno v empirické části bakalářské práce, která obsahuje výzkumné činnosti samotné autorky, založené na metodě kazuistických šetření zaměřených (vedle stručné anamnézy) na jednotlivé oblasti běžného fungování člověka s diagnózou Alzheimerovy demence s důrazem kladeným zejména na podobu jeho komunikačních dovedností, jak v rovině verbální, tak i neverbální, psané i mluvené, případně v rovině užívání takzvaných alternativních komunikačních systémů v případě, že je těchto pro interakci s člověkem zapotřebí. Zájem byl kladen na aktuální stav fungování každého jednotlivého účastníka výzkumného vzorku.

Cílem výzkumu v předložené bakalářské práci bylo zjistit, jakým způsobem ovlivňuje demence komunikační schopnosti seniorů. Dílčími cíli bylo zjistit, jaké jsou postupné změny v komunikaci osoby s Alzheimerovou chorobou (ACH). Zda je snížení komunikačních dovedností osoby s ACH stejné, jako je tomu i v dalších oblastech lidské osobnosti. Jak jsou osoby s ACH schopny vnímat sdělované informace? Jaká je souvislost orientace osoby s ACH s její schopností komunikace? Jaké jsou projevy osoby s ACH směrem k písemnému projevu? Ze zjištěných výsledků v praktické části bakalářské práce vyplývá, že se podařilo naplnit cíl práce. V oblasti komunikace u seniorů s demencí dochází k postupné degeneraci komunikačních schopností a dovedností stejně tak, jak je tomu u schopnosti pečovat o svou osobu. Empirickým šetřením bylo potvrzeno, že komunikační dovednosti u osob s demencí se snižují v závislosti na závažnosti choroby, respektive na stádiu Alzheimerovy choroby. Postupem času na základě progresu nemoci se osoba stává celkově dezorientovanou a komunikace osoby je zcela mimo realitu, kdy osoba již není schopna běžným způsobem vyjádřit ani své základní potřeby. Na druhou stranu je stále zapotřebí

s lidmi s demencí v jakékoli její závažnosti a stádiu komunikovat. Komunikace se musí nutně přizpůsobit tomu, jak mocně došlo a stále dochází k narušení komunikačních dovedností u osoby s ACH. Život s tímto onemocněním je jednoznačně velmi narušen, dochází k podstatnému snížení kvality života těchto osob a zvyšuje se jejich závislost na pomoci a péči rodiny – pečujících osob, nebo školeného pečovatele. Je nutné, aby byla stále zachována důstojnost těchto osob, přičemž jedním z prostředků, které k tomu vedou je komunikace. Díky komunikaci, ať již se jedná o jakékoli její formy, dochází ke zjišťování potřeb nemocného, k výměně alespoň nejzákladnějších informací, které jsou nutné k životu. Z uvedeného důvodu je naprosto nezbytné, aby všechny osoby, které pečují o osoby s ACH, měly co nejvíce relevantních informací o možnostech komunikace s lidmi postiženými demencí. Komunikace je totiž základem všeho. Je nepostradatelná, z tohoto důvodu není možné na ni rezignovat u žádného jakkoli postiženého a nemocného člověka.

Zjištění, jež byla získána vlastní empirickou činností autorky je možné doporučit k využití každé jednotlivé osobě pečující o jedince s diagnózou Alzheimerovy demence, ať už se jedná o profesionálního pečovatele (ošetřovatele), nebo o běžného laika z rodinného prostředí člověka.

V případě pokračování výzkumné činnosti je možné doporučit obohatit kazuistická šetření například o dotazníkové šetření zaměřené na pečovatele o osoby trpící Alzheimerovou demencí v jejím pokročilém stádiu, v nichž by byly kvantitativně vyhodnocovány jejich zkušenosti s komunikací a interakcí jejich svěřenců během celého dosavadního postupu onemocnění. Takto pojatý výzkum by nabýval kvantitativně – kvalitativní hodnoty a bylo by možné v jeho rámci oslovit mnohem vyšší počet respondentů, než s jakým bylo pracováno v předkládané bakalářské práci.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

ARTHUR, D. *70 tipů pro hodnocení pracovníků*. Praha: Grada. Management (Grada), 2010. ISBN 978-80-247-2937-4.

BERAN, J. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2010. ISBN 978-80-247-1125-6.

CIPRO, M. *Psychoanalytické koučování: vliv nevědomé motivace na jednání koučovaného*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5350-8.

ČECHOVÁ, K., A. FENDRYCH MAZANCOVÁ a H. MARKOVÁ. *V bludišti jménem Alzheimer: na co v ordinaci nezbyvá čas*. Praha: Management Press, 2019. ISBN 978-80-264-2707-0.

ČELEDOVÁ, L. a J. HOLČÍK. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3996-3.

ČEVELA, R., Z. KALVACH a L. ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. Praha: Grada. Expert (Grada), 2008. ISBN 978-80-247-2018-0.

FALEIDE, Asbjørn O., Lilleba B. LIAN a Eyolf Klæboe FALEIDE. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2010. ISBN 978-80-247-2864-3.

FERTAĽOVÁ, T. a I. ONDRIOVÁ. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.

FIŠAR, Z. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. Psyché (Grada), 2009. ISBN 978-80-247-2737-0.

GJURIČOVÁ, Š. a J. KUBIČKA. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2009. ISBN 978-80-247-2390-7.

GREENFIELD, S. *Změna myšlení: jak se mění naše mozky pod vlivem digitálních technologií*. Přeložil Radek VANTUCH. V Brně: BizBooks, 2016. ISBN 978-80-265-0450-4.

HAUKE, M. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.

HEGER, V. *Komunikace ve veřejné správě*. Praha: Grada. Žurnalistika a komunikace, 2012. ISBN 978-80-247-3779-9.

HOUSAROVÁ, B. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN 978-80-7372-789-5.

HOLÁ, L. *Mediace a možnosti využití v praxi*. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2013. ISBN 978-80-247-4109-3.

HOLCZEROVÁ, V. a D. DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.

HOLMEROVÁ, I., E. JAROLÍMOVÁ a H. NOVÁKOVÁ. *Alzheimerova nemoc v rodině: příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Praha: Pfizer, spol. s.r.o., 2004. ISBN 80-85800-96-9.

HROZENSKÁ, M. a D. DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 9788021051867.

JANOUŠEK, J. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2007. ISBN 978-80-247-1594-0.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ a C. BORZOVÁ a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, R. Organické poruchy osobnosti. *Psychiatrie pro praxi*, 1. 2007.s. 27-28.

JIRÁK, R. a J. LAŇKOVÁ. *Demence. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2007.

JIŘINCOVÁ, B. *Efektivní komunikace pro manažery*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1708-1.

KEJKLÍČKOVÁ, I. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada), 2011. ISBN 978-80-247-2835-3.

KELNAROVÁ, J. a E. MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty: 4. ročník*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2831-5.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.

KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0102-3.

KLUCKÁ, J. a P. VOLFOVÁ. *Kognitivní trénink v praxi*. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2016. ISBN 978-80-247-5580-9.

KOUKOLÍK, F. a R. JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.

KRIVOHLAVÝ, J. *Jak si navzájem lépe porozumíme: kapitoly z psychologie sociální komunikace*. Praha: Svoboda. Členská knihovna (Svoboda), 1998.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2002. ISBN 80-247-0179-0.

- KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.
- KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1491-4.
- KULKA, J. *Psychologie umění*. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2008. ISBN 978-80-247-2329-7.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada), 2013. ISBN 978-80-247-4413-1.
- LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.
- LUKÁŠ, K. a A. ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada), 2006. ISBN 80-247-1151-6.
- MATOUŠKOVÁ, I. *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2013. ISBN 978-80-247-4580-0.
- MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada. Manažer, 2003. ISBN 80-247-0650-4.
- MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2339-6.
- MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory. 2.*, zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0210-5.

NELEŠOVSKÁ, A. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada), 2005. ISBN 80-247-0738-1.

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

OTOVÁ, B. a R. MIHALOVÁ. *Základy biologie a genetiky člověka*. v Praze: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2109-8.

PETR, T. a E. MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada), 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.

PICHAUD, C. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.

PLAMÍNEK, J. *Mediace: nejúčinnější lék na konflikty*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-5031-6.

PLAMÍNEK, J. a D. FRANC. *Komunikace a prezentace: umění mluvit, slyšet a rozumět. 2.*, dopl. vyd. Praha: Grada. Komunikace (Grada), 2012. ISBN 978-80-247-4484-1.

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

PREISS, M. a H. PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2006. ISBN 80-247-0843-4.

PROCHÁZKA, R. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2014. ISBN 978-80-247-4451-3.

PROVAZNÍKOVÁ, E. a Z. KALVACH. *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Diakonie ČCE: Praha, 2016. ISBN 978-80-87953-16-7.

PRŮCHA, J. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2011. ISBN 978-80-247-3603-7.

PTÁČEK, R. a P. BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.

RABOCH, J., P. PAVLOVSKÝ a D. JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 4. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1.

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6., revid. a dopl. 2. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3133-9.

SAK, P. a K. KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. Sociologie (Grada), 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.

ŠAROUNOVÁ, J. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 978-80-244-2141-4.

ŠUCHA, M. *Dopravní psychologie pro praxi: výběr, výcvik a rehabilitace řidičů*. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2013. ISBN 978-80-247-4113-0.

TOMEŠ, I. a K. ŠÁMALOVÁ. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3612-2.

TOMOVÁ, Š. a J. KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada), 2016. ISBN 978-80-271-0064-4.

TOPINKOVÁ, E. a J. NEUWIRTH. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-099-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

ZACHAROVÁ, E. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZRUBÁKOVÁ, K. a I. BARTOŠOVIČ. *Nefarmakologická léčba v geriatrici*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada), 2019. ISBN 978-80-271-2207-3.

ZVĚŘOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.

Seznam použitých internetových zdrojů

AD CENTRUM. *Testy a dotazníky* [online]. 1.6.2011 [cit. 2019-12-1]. Dostupné z: http://www.pcp.lf3.cuni.cz/adcentrum/klinicka_cast/dotazniky.html#MMSE.

KANTOR, J. *Prostředky augmentativní a alternativní komunikace u osob s tělesným a kombinovaným postižením* [online]. 2012 [cit. 2019-12-22]. Dostupné z: <http://kurzy-spp.upol.cz/CD/4/3-02.pdf>

Národní rada osob se zdravotním postižením. *DESATERO komunikace s pacienty se syndromem demence* [online]. 2006 [cit. 2019-12-1]. Dostupné z:

<http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/354-desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence.html>

SPC pro děti a mládež s vadami řeči. *Metody a postupy AAK* [online]. 2009 [cit. 2019-12-23]. Dostupné z: <https://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-metody-a-postupy-aak-7>

Život s demencí: tipy pro rodinné příslušníky a pečující osoby (2016). Yverdon-les-Bains: Švýcarský spolek pro Alzheimerovu chorobu [online]. 1.6.2011 [cit. 2019-12-1]. Dostupné

z:

http://www.apsscr.cz/files/files/%C5%BDivot%20s%20demenc%C3%AD_Tipy%20pro%20rodinn%C3%A9%20p%C5%99%C3%ADslu%C5%A1n%C3%ADky.pdf.

SEZNAM ZKRATEK

| | |
|-----------------|--|
| ACH | - Alzheimerova choroba |
| AAK | - Alternativní a augmentativní komunikace |
| AS univ. | - ateroskleróza – kornatění všech tepen |
| praec. cerebri | - hlavně v mozku |
| vaskul. demence | - demence cévního původu |
| MMSE | - test kognitivních funkcí |
| NSTEMI | - po infarktový stav |
| art. hypertense | - zvýšený krevní tlak |
| hypoxémie | - celkové zhroucení organismu s nedostatkem kyslíku |
| hypothyreosa | - snížená funkce štítné žlázy |
| IQ | - inteligenční kvocient |
| BMI | - index tělesné hmotnosti (z anglického body mass index) |

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|--|-----|
| Příloha A – Dotazník | I |
| Příloha B – Přepis rozhovoru s prvním respondentem | II |
| Příloha C – Přepis rozhovoru s druhým respondentem | VII |
| Příloha D – Přepis rozhovoru s třetím respondentem | XII |

Příloha A – Dotazník

Mobilita – Jakým způsobem se pohybujete, dělá Vám pohyb potíže? Zvládnete vstát a usednout? Používáte hole, nebo nějaké jiné pomůcky? Zvládnete chůzi po schodech? Pohybujete se mimo domov s doprovodem?

Orientace – Jaké je dnes datum, den v týdnu, měsíc a roční období? Kdy jste se narodil/a? Kde bydlíte a s kým? Jste ženatý/vdaná, kolik máte dětí? Zapomínáte často, vybavují se Vám vzpomínky na minulost? Kolik je hodin? Vidíte dobře, používáte brýle? Slyšíte dobře, nebo používáte naslouchátko? Jak se dnes cítíte? Odečtěte od 100 číslo 7, jaký je výsledek?

Komunikace – Napíšete svou rukou seznam věcí, nebo krátkou zprávu? Čtete knihy, nebo časopisy? Používáte mobilní telefon? Zvládnete si uvařit kávu, ohřát jídlo?

Stravování – Kdo Vám vaří a připravuje jídlo? Máte dietu, zvládnete si stanovit dietní režim? Jste schopen/na se sám/a najíst lžící, nebo používáte příbor? Podáte si skleničku s pitím, otevřete si láhev? Umíte ovládat domácí spotřebiče?

Oblékání a obouvání – Vyberete si sám/a oblečení a obutí přiměřené situaci nebo počasí? Zvládnete se sám/a obléknout a svléknout? Pomáhá Vám někdo při manipulaci s oděvem, pokud ano jakým způsobem?

Tělesná hygiena – Jak probíhá Vaše ranní hygiena? Zvládnete se oholit, učesat, provést manikúru? Potřebujete pomoc druhé osoby při celkové hygieně, jakým způsobem probíhá?

Výkon fyziologické potřeby – Cítíte svou tělesnou potřebu, zvládnete včas použít WC? Používáte hygienické, zdravotnické, nebo inkontinenční pomůcky?

Péče o zdraví – Dodržujete stanovený léčebný režim? Připravujete si léky sám/a, víte, které léky užíváte a kdy? Máte nějaká ošetřovatelská opatření?

Osobní aktivity – Plánujete si volný čas? Jaké aktivity rád/a děláte? Jaký máte denní režim? Navštěvujete přátele, rodinu a společenské akce?

Péče o domácnost – Chodíte sám/a nakupovat, zvládnete úklid v domácnosti? Jak vykonáváte běžné domácí práce? Nakládáte s penězi v rámci osobních příjmů a chodu domácnosti? Potřebujete pomoc při řešení osobních záležitostí? Potřebujete dopravu a doprovod k lékaři?

Příloha B – Přepis rozhovoru s prvním respondentem

Přepis rozhovoru s Karlem ze dne 14.11.2019 v domácím prostředí v přítomnosti syna pana Karla

Mobilita – Jakým způsobem se pohybujete, dělá Vám pohyb potíže? Karel: „Chodím.“

Zvládnete vstát a usednout? Karel: „Ano, mám si stoupnout? Ne? (zvedá se do stoje)

Používáte hole, nebo nějaké jiné pomůcky? Karel: „Ne.“

Zvládnete chůzi po schodech? Karel: „Jo, chodím nahoru.“ (ukazuje rukou na schodiště)

Syn: „Táta nemá problémy s chůzí.“

Pohybujete se mimo domov s doprovodem? Karel: „Nikam nechodím.“

Syn: „Táta sám nikam nechodí, ztratil by se, zase bych ho musel hledat, všude ho vozím autem. Občas chodíme společně na procházky.“

Orientace – Jaké je dnes datum, den v týdnu, měsíc a roční období? Karel: „Pátek, nevím?“

Kdy jste se narodil? Karel řekl datum svého narození správně.

Syn: „Datum narození si pamatuje, ale kdy jsem se narodil já, to Vám neřekne.“

Kde bydlíte a s kým? Karel: „Tady doma, jsem tady se synem.“

Syn: „Táta bydlí společně s námi v rodinném domě 5+1, v přízemí má k dispozici 1+1 vlastní WC a koupelnu. Nemá rád návštěvy, v cizím prostředí a z větší skupiny lidí je nervózní.“

Jste ženatý, kolik máte dětí? Karel: „Nejsem, mám syna. To je Michal.“

Syn: „Naši se rozvedli před 16 lety, žili spolu 26 let, mamce vadilo tátovo podnikání. Mám mladší sestru. Já jsem ženatý a mám malého syna.“

Zapomínáte často, vybavují se Vám vzpomínky na minulost? Karel: „Ne, pracuju, musím jít do práce, dělám nábytek.“ (nervózně se rozhlíží kolem sebe)

Syn: „Táta byl truhlářem, měli jsme firmu na výrobu a prodej nábytku, pak jsme s tátou nábytek dováželi z Německa, když šel táta do důchodu, firmu prodal, nechal jsem si jen

autodopravu. Táta zapomíná, často se ptá několikrát na stejnou věc. Schovává věci, klíče, pak je hledá. “

Kolik je hodin? Karel: „Tady na ruce mám hodinky.“ (natahuje ruku s hodinkami – nejdou)

Syn: „Táta neví, kolik je hodin, on to nepotřebuje vědět, ale hodinky nosí, je na ně zvyklý.“

Vidíte dobře, používáte brýle? Karel: „Ano.“ Syn: „Ne, táta nosí brýle, ale nemůžeme je najít.“

Slyšíte dobře, nebo používáte naslouchátko? Karel: „Jo, já vás slyším.“

Jak se dnes cítíte? Karel: „Dobře.“ Syn: „Táta má pořád dobrou náladu.“

Odečtete od 100 číslo 7, jaký je výsledek? (chvíli přemýšlel) Karel: „Nevím.“

Komunikace – Napíšete svou rukou seznam věcí, nebo krátkou zprávu? Karel: „Ano.“

Syn: „Ne, nechte, nepíše, je to nečitelné, když se má podepsat, musím mu říct co má napsat. Zapomíná slova, názvy věcí, plete si písmenka. Musím se ho ptát, jestli mi rozumí.“

Čtete knihy, nebo časopisy? Karel: „Ne.“

Používáte mobilní telefon? Karel: „Ano.“

Syn: „Neumí ovládat telefon ani domácí spotřebiče. Na tati ukaž nám, jak se telefonuje. (Podal otci mobilní telefon. Ten nedokázal telefon zapnout, prohlížel si ho pak ho odložil na stůl. Syn se usmál a řekl: „Vidíte, a tak je to se vším, nic není schopen sám udělat, potřebuje dohled.“)“

Zvládnete si uvařit kávu, ohřát jídlo? Karel: „Jo.“

Syn: „Neumí ovládat domácí spotřebiče, máme všechno na elektřinu, kuchyň po rekonstrukci.“

Stravování – Kdo Vám vaří a připravuje jídlo? Karel: „Chodím na obědy do restaurace.“

Syn se usmál a řekl: „Tati jsi 15 let v důchodu, ty už nechodíš na obědy, jíme vždycky doma.“

Máte dietu, zvládnete si stanovit dietní režim? Karel: „Nemám, jím všechno.“

Jste schopen se sám najíst lžící, nebo používáte příbor? Karel: „Najím se, nemám hlad.“

Syn: „Táta sní jídlo lžící, když je připravené na talíři, ale musíme mu říct jez. Když uvidí rohlík vezme si ho sám a sní ho. Když má žízeň, nebo hlad tak nám to řekne.“

Podáte si skleničku s pitím, otevřete si láhev? Karel: „Ano, to umím.“ Syn: „Láhev mu otevřu.“

Umíte ovládat domácí spotřebiče? Karel: „Ano.“ Syn se usmál a řekl: „Ne, to neumíš, tati, všechno je tady nové, ani nezapneš sporák, nebo mikrovlnku.“

Oblékání a obouvání – Vyberete si sám oblečení a obutí přiměřené situaci nebo počasí?

Karel: „Jo, já se obleču.“

Zvládnete se sám obléknout a svléknout? Karel: „Jo.“

Pomáhá Vám někdo při manipulaci s oděvem, pokud ano jakým způsobem? Karel: „Ne.“

Syn: „Táta si obleče, i špinavé oblečení, nechce se převlíkat. Nepozná, jestli je to čistý, je mu to jedno, nosí oblíbenou košili a montérky. Musíme ho kontrolovat.“

Tělesná hygiena – Jak probíhá Vaše ranní hygiena? Karel se usmíval a neodpověděl.

Zvládnete se oholit, učesat, provést manikúru? Karel: „Oholím se až ráno.“

Potřebujete pomoc druhé osoby při celkové hygieně, jakým způsobem probíhá? Karel: „Ne.“

Syn: „Sám to neudělá, neumyje se, odmítá, potřebuje dohled i v koupelně zapomene co tam má udělat. Připomínal jsem mu, že přijedete, tak poslechl, oholil se, vykoupal a převlékl.“

Výkon fyziologické potřeby – Cítíte svou tělesnou potřebu, zvládnete včas použít WC?

Karel: „Co?“ (tvářil se překvapeně, slyší, ale nezná význam slov)

Používáte hygienické, zdravotnické, nebo inkontinenční pomůcky? Karel: „Co?“

Syn: „To táta zvládne, s tím problémy nejsou. Pomůcky? Ne pleny a jiné pomůcky nepoužívá.“

Péče o zdraví – Dodržujete stanovený léčebný režim? Karel: „Jo?“ (tvářil se překvapeně, slyší, ale nezná význam slov)

Připravujete si léky sám, víte, které léky užíváte a kdy? Karel: „Prášky neberu, jsem zdravěj.“

Máte nějaká ošetřovatelská opatření? Karel: „Hm?“ (tvářil se překvapeně, slyší, ale nezná význam slov)

Syn: „Táta bere léky, ale neví, jaké a kdy, hlídáme to a kontrolujeme, mě poslechne a prášky spolkně. K doktorovi s ním jezdím a s doktorem všechno řeším já. Má diagnózu Alzheimerova choroba v prvním stádiu, dám Vám kopii lékařské zprávy, pro Váš výzkum.“

Osobní aktivity – Plánujete si volný čas? Karel: „Jo, ráno jsem sekal trávu.“

Syn se usmál a řekl: „Trávu jsi nesekal, v listopadu neroste, ani neumíš nastartovat sekačku.“

Jaké aktivity rád děláte? Karel: „Já chodím do práce, dělám nábytek.“

Syn: „Tati jsi 15 let v důchodu a nemáš žádnou aktivitu. Na televizi se nedíváš, nerozumíš tomu, co říkají v televizi, čtení ti nejde.“

Jaký máte denní režim? Karel: „Co?“ (tvářil se překvapeně, slyší, ale nezná význam slov)

Navštěvujete přátele, rodinu a společenské akce? Karel: „Nechci jít nikam na návštěvu.“

Syn: „Táta nemá rád návštěvy, v cizím prostředí a z větší skupiny lidí je nervózní.“

Péče o domácnost – Chodíte sám nakupovat, zvládnete úklid v domácnosti? Karel: „Jo.“

Jak vykonáváte běžné domácí práce? Karel: „Pracuju.“

Nakládáte s penězi v rámci osobních příjmů a chodu domácnosti? Karel: „Co, já nemám peníze?“ (tvářil se překvapeně)

Potřebujete pomoc při řešení osobních záležitostí? Karel: „Ne.“

Potřebujete dopravu a doprovod k lékaři? Karel se usmíval a hleděl se z okna.

Syn: „Táta už je unavený, zeptejte se mě. Po ránu se táta cítí dobře, odpoledne je to horší. Večer je unavený, plete si slova, někdy mu není rozumět, v noci se budí, špatně spí. Staráme se o tátu, o domácnost, nakupujeme, uklízíme. Já a moje žena pravidelně vozíme tátu k doktorovi. Vyřizují s ním na úřadech, co je potřeba. Má starobní důchod 12 600,-Kč a příspěvek na péči 4 400,-Kč, peníze chodí na účet, já mám přístup účtu. Léky a inkaso stojí

zhruba 4 000,-Kč, jídlo a další výdaje platíme my. Všechno děláme my, táta to sám nezvládne, nemůže být sám. Nevím, co bude dál, v nemocnici nám dali kontakt na poradnu, máme tam s tátou zajít.“

Děkuji Vám za vstřícnou spolupráci a Váš čas.

Příloha C – Přepis rozhovoru s druhým respondentem

Přepis rozhovoru s Marií ze dne 24.10.2019 v domácím prostředí v přítomnosti manžela a snachy paní Marie.

Mobilita – Jakým způsobem se pohybujete, dělá Vám pohyb potíže? Marie: „Ne, chodím.“

Zvládnete vstát a usednout? Marie: „Ano.“

Používáte hole, nebo nějaké jiné pomůcky? Marie se usmála a neodpověděla.

Zvládnete chůzi po schodech? Marie: „Ano.“

Pohybujete se mimo domov s doprovodem? Marie: „Ano.“

Manžel: „Nemůže chodit ven sama, ztratila by se. Neví, kde bydlí. Minulý týden mi volala sousedka, že mám u ní ženu, ať si pro ni přijdu. Schody vyjde, do patra k synovi zamykáme.“

Snacha: „Ani od sousedů v naší ulici netrefí domů. Musíme doma zamykat a mamku hlídat.“

Orientace – Jaké je dnes datum, den v týdnu, měsíc a roční období? Marie: „No, já....., asi úterý?“

Manžel: „Ne, Maruško je čtvrtek 24.10.2019.“

Kdy jste se narodila? Marie řekla datum svého narození správně.

Kde bydlíte a s kým? Marie: „Tady bydlím.“

Jste vdaná, kolik máte dětí? Marie se usmála a řekla mi: „Dáš si kafe, já ti ho uvařím.“

Manžel: „Jsme spolu 50 let, máme 2 dcery a 3 syny, nejstarší syn s rodinou bydlí společně s námi v rodinném domě 7+1, v přízemí bydlíme my. Datum narození si Maruška pamatuje, ale co jsem jí říkal před chvílí to ne. Děti pozná, ale nepamatuje si jména, plete si vnoučata máme jich 8 a 1 pravnouče. Ani neví, kolik jich máme. Když jdeme na návštěvu k dětem, vůbec to tam nepoznává a byla tam tolikrát. Za chvílí chce jít domů, tak raději chodí děti sem k nám.“

Zapomínáte často, vybavují se Vám vzpomínky na minulost? Marie: „Ne, já to vím. Tak to není, to neříkej.“ (zlobila se a několikrát opakovala stejnou větu: „Ne, to neříkej.“)

Manžel: „Maruška stále něco povídá, občas si plete názvy věcí, zpívá si u rádia, někdy začne tancovat, už jsem si zvykl. Přiznám se, někdy ji neposlouchám.“

Snacha: „Táta je z toho unavený, musíme mu pomáhat.“

Kolik je hodin? Marie: „Dvě.“ (na hodinách bylo 15.50 hod.)

Vidíte dobře, používáte brýle? Marie: „Všechno vidím.“

Slyšíte dobře, nebo používáte naslouchátko? Marie: „Já slyším.“

Jak se dnes cítíte? Marie: „Ten koláč jsem dneska pekla je se švestkama, vem si taky.“
(nervózně se rozhlíží kolem sebe)

Odečtete od 100 číslo 7, jaký je výsledek? Marie: „Hm, proč se mě pořád ptáš.“

Manžel: „Maruško, koláč nemáme. Musím na ni dávat pozor, pořád jí něco vysvětluju a opakuju a ona mi nerozumí, tak to zkouším pořád dokola. Ona neví, kolik je hodin, ptá se několikrát za sebou na stejnou věc. Slyší mě, ale nerozumí.“

Snacha: „Mamka povídá to, co bylo dávno, jako by se to stalo včera, nerozumí vtipu. Někdy mi kouká do očí a neodpovídá, a já nevím, jestli mi rozuměla, tak se zeptám znovu.“

Komunikace – Napíšete svou rukou seznam věcí, nebo krátkou zprávu? Marie: „Co mám napsat.“ (vzala tužku do ruky, nenapsala nic)

Čtete knihy, nebo časopisy? Marie neodpovídá.

Používáte mobilní telefon? Marie: „Hm.“

Zvládnete si uvařit kávu, ohřát jídlo? Marie: „Ano.“ (nervózně poposedá)

Manžel: „Maruško, polož tu tužku. (poslechla) Víte, musím jí nadiktovat písmenka, nebo jí to napíšu sám. Nechte, prohlíží si obrázky. Nerozumí, co říkají v televizi, nedívá se na ni, pořád si něco povídá, občas to nedává smysl, vynechá slova. Neumí ovládat telefon a teď už ani kamna. Pořád se zlobí, že jí schovávám věci, stále něco hledá.“

Snacha: „Mamka musí mít všechno po ruce, na očích, na svých místech i tak je to problém.“

Stravování – Kdo Vám vaří a připravuje jídlo? Marie: „Já vařím všechno.“

Manžel: „Ne, já vařím, občas něco přinese snacha. Stává se, že se Maruška zvedne a jde uvařit kávu, jdu vždycky za ní. Přijde do kuchyně, zapomene cestou, co chtěla v kuchyni udělat, uslyší hudbu v rádiu a začne tancovat a zpívat. Je mi jasný, že bych ji za chvíli šel hledat.“

Snacha: „Mamku musíme hlídat, sama se nenají ani nenapije, proto se nám zhroutila, byla dehydrovaná. Tady, podívejte se na lékařskou zprávu, je to v diagnóze.“

Máte dietu, zvládnete si stanovit dietní režim? Marie se usmívá a neodpovídá.

Jste schopna se sama najíst lžící, nebo používáte příbor? Marie: „Proč se mě ptáš.“

Podáte si skleničku s pitím, otevřete si láhev? Marie: „Jo.“

Umíte ovládat domácí spotřebiče? Marie se usmívá a neodpovídá.

Manžel: „Nemá dietu. Musím jí připomenout, že má jíst, když sedíme spolu u stolu, kouká na talíř a neví, že má jíst. Naliju pití do skleničky a počkám až to vypije. Sama si nic nevezme, vždycky když jím nebo piju, hned dám Marušce taky.“

Oblékání a obouvání – Vyberete si sama oblečení a obutí přiměřené situaci nebo počasí?

Marie: „Jo.“ Manžel: „Ne, oblečení nachystám a dám jí všechno na židli k posteli.“

Zvládnete se sama obléknout a svléknout? Marie: „Ano.“

Pomáhá Vám někdo při manipulaci s oděvem, pokud ano jakým způsobem? Marie: „Co?“

Manžel: „Ne, obleče se sama, ale musím Marušce říct, co a jak si má navlíknout a zkontrolovat.“

Tělesná hygiena – Jak probíhá Vaše ranní hygiena? Marie: „Umyju se sama.“

Zvládnete se učesat, provést manikúru? Marie: „Ano.“

Manžel: „Musím na ni dohlédnout, pomáhám jí při koupání. Nehty si ostříhá, ale musím jí to připomenout i několikrát za sebou. Někdy se zlobí, začne na mě křičet a hádá se.“

Potřebujete pomoc druhé osoby při celkové hygieně, jakým způsobem probíhá? Marie: „Ne, ne to neříkej, umyju se.“

Snacha: „Mamku musíme kontrolovat, ví, kde je koupelna, ale neví, co tam má udělat, nepoužije mýdlo, neumyje se pečlivě.“

Výkon fyziologické potřeby – Cítíte svou tělesnou potřebu, zvládnete včas použít WC?

Marie: „Hm.“ Neodpovídá je smutná.

Používáte hygienické, zdravotnické, nebo inkontinenční pomůcky? Marie: „Hm.“

Manžel: „To nám řekne, nebo se zvedne a odejde sama na WC. Problémy nemá.“

Snacha: „Stále mamku kontrolujeme, kde je a co dělá.“

Péče o zdraví – Dodržujete stanovený léčebný režim? Marie neodpovídá. (sedí a mne si ruce)

Připravujete si léky sama, víte, které léky užíváte a kdy? Marie: „Hm, byli jsme na výletě, je to tam.“ (hledí směrem k oknu)

Máte nějaká ošetrovatelská opatření? Marie neodpovídá. (nervózně poposedá)

Manžel: „Vozíme ji k doktorovi, v nemocnici pláče, má strach, že ji tam nechám. Mívá zasněné pohledy, dívá se skrze mě, někdy je plačtivá, někdy apatická, každé den je jinej.“

Snacha: „Jezdíme k doktorovi společně s tátou, já pak vyzvednu léky a jedeme domů. Mamka neví, jaké léky bere a kdy, všechno připravím do lékovky a táta už mamce prášky dá. V lékařské zprávě je diagnóza středně těžká demence a léky které bere. Dám Vám kopii pro Váš výzkum.“

Osobní aktivity – Plánujete si volný čas? Marie si povídá: „Musíme zavřít okno.“

Manžel: „Sama nic neudělá, myslím, že neví, jak to má udělat, nepozná špinavé nádobí, neumyje ho, nechá ho ve dřezu, nebo ho uklidí do skříňky. Obleče si, co vidí i špinavé, obráceně, někdy na ruby. Víte, všechno děláme společně, mám ji pořád u sebe, nebo se střídám s dětmi. Chodíme na procházky, občas něco uděláme na zahrádce a taky s Maruškou hlídáme vnoučata.“

Jaké aktivity ráda děláte? Marie: „Všechno umím, ne, to neříkej.“

Jaký máte denní režim? Marie: „Všechno dělám.“ (zlobí se a nervózně třese rukama)

Navštěvujete přátele, rodinu a společenské akce? Marie: „Jo.“

Manžel: „Ne, v obchodě, nebo v restauraci je nervózní, bojí se většího počtu lidí a chce domů.“

Péče o domácnost – Chodíte sama nakupovat, zvládnete úklid v domácnosti? Marie: „Jo.“

Manžel: „Ne, nakupuju já a když odejdu Marušku hlídají děti. Celý život tady u nás v obci pracovala jako prodavačka v konzumu, vyučila se a když jsem přišel z vojny tak jsme se vzali. Bylo mi 23 a Maruška je o rok mladší.“

Snacha: „Uklízím já a někdy přinesu nákup, starám se o celý dům, musíme tátovi pomáhat.“

Jak vykonáváte běžné domácí práce? Marie si prohlíží ruce, je smutná a neodpovídá.

Nakládáte s penězi v rámci osobních příjmů a chodu domácnosti? Marie: „Ne, to neříkej.“

Potřebujete pomoc při řešení osobních záležitostí? Marie krčí rameny a očima sleduje manžela a snachu, neodpovídá.

Potřebujete dopravu a doprovod k lékaři? Marie se na mě dívá, usmívá se, ale neodpovídá,

Manžel: „Marušku vozíme k doktorovi a taky s ní vyřizuju na úřadech, co je potřeba. Má starobní důchod 11 500,-Kč a příspěvek na péči 12 800,-Kč, peníze nám chodí na společný účet. Z toho platíme bydlení, léky, benzín a věci, které potřebujeme. Vychází to zhruba 6 000,-Kč na jednoho. Starám se o všechno, o dům a máme zahradu. Postarám se o ni, dokud to zvládnou, do ústavu ji nedám. (Vzdychne si, je rozrušený.) Někdy je to dobrý, ale někdy přijde Maruška do ložnice, posadí se na postel a začne si povídat s vnoučaty, máme na stěně zarámované fotografie dětí a vnoučat, myslí si, že jsou tady v pokoji s ní, nepozná rozdíl. Půjdeme se tam podívat, ukážu Vám to tady. (Manžel paní Marie mě provedl po celém domě)

Snacha: „Není to lehké. Víte, máme ji rádi a máme o ni strach. Nevíme, jak bude nemoc pokračovat, řekli nám, že demence je nevléčitelná, mamka bere léky a chodíme s ní do poradny na konzultace.“

Děkuji Vám za vstřícnou spolupráci a Váš čas.

Příloha D – Přepis rozhovoru se třetím respondentem

Přepis rozhovoru s Jiřinou ze dne 21.11.2019 v domácím prostředí v přítomnosti dcery paní Jiřiny

Mobilita – Jakým způsobem se pohybujete, dělá Vám pohyb potíže? Jiřina se na mne dívá, usmívá se a neodpovídá.

Dcera: „Mamka chodí pomalu, to ta nadváha, drží se a opírá o chodítka. Občas říká, že má bolesti. Musí ji přidržet, jinak spadne.“

Zvládnete vstát a usednout? Jiřina: „Hm, kdo je to?“

Dcera: „Mamka si občas povídá sama pro sebe, ptejte se raději mě. Pomáhám jí se postavit a sednout si. Přidrží se chodítka a já ji táhnu za loket nahoru do stoje, a naopak pouštím do sedu.“

Používáte hole, nebo nějaké jiné pomůcky? Jiřina se usmívá a neodpovídá.

Dcera: „Máme ještě invalidní vozík na převoz k autu, když ji vezeme k doktorce.“

Zvládnete chůzi po schodech? Jiřina: „Dej mi to.“ (Natahuje ruku a bere si kabelku do ruky)

Dcera: „Po schodech? Ne, to nejde. Tady je nemáme a v nemocnici je výtah.“

Pohybujete se mimo domov s doprovodem? Jiřina neodpovídá, žmoulá ucho od kabelky.

Dcera: „Ven mamka vůbec nechodí. V létě, když bylo hezky, vyvezla jsem mamku na vozíku na sluníčko na dvorek, to se jí líbilo.“

Orientace – Jaké je dnes datum, den v týdnu, měsíc a roční období? Jiřina: „Já chci domů.“

Dcera: „Mami, jsi doma. Chceš napít. Víte, mamka neví, co je za den, datum, rok ani období. Datum nevím ani já, koukám se raději do kalendáře.“

Kdy jste se narodila? Jiřina se dívá z okna a neodpovídá.

Dcera: „Mamka neví datum svého narození, ani kdy jsem se narodila já.“

Kde bydlíte a s kým? Jiřina: „Zažen toho psa. Potrhá slepice, honem.“

Dcera: „Mami, žádný tady není. Měli jsme psa, když táta žil. Mamka neví, kde je a s kým bydlí, občas řekne moje jméno, ale nemluví ke mně. Bydlíme společně v našem domě, v patře jsou 3 pokoje, v přízemí 2 pokoje a kuchyň, mamka má v přízemí svůj pokoj, nahoře bydlí moje dcera s přítelem. Loni jsem přestala chodit do práce, abych se mohla o mámu postarat, jsem rozvedená a mám 1 dceru.“

Jste vdaná, kolik máte dětí? Jiřina neodpovídá a prohledává kabelku.

Dcera: „Mamka je vdova, táta zemřel před 8 lety. Neví kolik nás je, mám dva bratry a vnoučat je dohromady šest. Scházíme se na rodinné oslavy, když má někdo narozeniny.“

Zapomínáte často, vybavují se Vám vzpomínky na minulost? Jiřina se kýve v sedě, vydává zvuky, kterým není rozumět.“

Dcera: „Mamka žije ve své světě, nic si nepamatuje, pořád se ptá: „Kde to jsem, kam jdeme, co to děláme?“ Pořád dokola všechno vysvětluju, musím to říct jednoduše a jasně. Nevím, co mi chce říct, někdy ukazuje na věci, ale mluví o něčem jiném, nemá to hlavu ani patu. Vidíte, teď si zpívá. Musí mít pořád v ruce kabelku, do které schovává věci, dělá to pořád, když ji kabelu vezmu tak se rozbřečí. Večer, když ji dám spát, tak z kabelky všechno vyndám a uklidím.“

Kolik je hodin? Jiřina neodpovídá.

Dcera: „To mamka neví, nepozná hodiny, neví ani jak vypadají hodiny.“

Vidíte dobře, používáte brýle? Jiřina se dívá z okna a neodpovídá.

Slyšíte dobře, nebo používáte naslouchátko? Jiřina nereaguje na můj dotaz, neodpovídá.

Dcera: „Mamka špatně vidí, když jí nasadím brýle, hned si je sundá, taky špatně slyší, musím na ni mluvit hlasitě, nebo přímo do pravého ucha. Mám vyzkoušené, že ji musím chytit za ruku a dívat se jí přímo do očí, když chci, aby mě poslouchala. Musím se ujistit, jestli mi rozuměla.“

Jak se dnes cítíte? Jiřina: „Pudu nakupovat.“ Opět prohledává kabelku.

Odečtete od 100 číslo 7, jaký je výsledek? Jiřina neodpovídá a dívá se přímo na nás.

Dcera: „Nezná čísla, plete si názvy věcí, neví, co mluví a taky proč. Má i lepší chvílky, řekne moje jméno, nebo vnučky, ale nevolá nás, jen tak si povídá pro sebe.“

Komunikace – Napíšete svou rukou seznam věcí, nebo krátkou zprávu? Jiřina neodpovídá.

Čtete knihy, nebo časopisy? Jiřina neodpovídá.

Používáte mobilní telefon? Jiřina neodpovídá.

Zvládnete si uvařit kávu, ohřát jídlo? Jiřina neodpovídá.

Dcera: „Mamka nechte, dívá se na obrázky, pak časopis složí a strčí si ho do kabelky. Nepíše, když jí dám tužku do ruky prohlíží si ji a pak si ji strčí do kabelky. Musím na ni dohlédnout, nestačí říct, co má napsat, většinou jí vedu ruku při podpisu. Neví, co je mobilní telefon, neví jak, uvařit kafe. Sama není schopna nic smysluplně udělat, je hodná a poslechne, nehádáme se.“

Stravování – Kdo Vám vaří a připravuje jídlo? Jiřina: „Co tady děláme.“

Dcera: „Mami, máme návštěvu, nejsi unavená?“ Jiřina neodpovídá.

Máte dietu, zvládnete si stanovit dietní režim? Jiřina neodpovídá, žmoulá v rukou kabelku.

Dcera: „Mamka dietu nemá, sní všechno, co uvařím a nachystám na talíř, musím jí to nakrájet.“

Jste schopna se sám najíst lžící, nebo používáte příbor? Jiřina neodpovídá.

Dcera: „Posadím mamku ke stolu, strčím jí lžící do ruky a musím jí říct jez. Vždycky jíme společně u stolu. Chvilí kouká pak sní polívku, pak se chce zvednout od stolu a jít pryč, tvrdí že nemá hlad a diví se, když přinesu druhé jídlo. Zase musím říct jez, a když se nají, strčí si příbor do kabelky. Už se nezlobím, zvykla jsem si.“

Podáte si skleničku s pitím, otevřete si láhev? Jiřina neodpovídá.

Dcera: „To ne, všechno jí přinesu a nachystám, musím hlídat kolik toho mamka sní a vypije, kvůli práškům.“

Umíte ovládat domácí spotřebiče? Jiřina neodpovídá.

Dcera: „To mamka neumí, nepotřebuje to vědět, postarám se o ni. Myslím, že je unavená posadím ji do křesla. Během dne si několikrát zdřímne, já mám aspoň čas něco udělat.“

Oblékání a obouvání – Vyberete si sama oblečení a obutí přiměřené situaci nebo počasí? Jiřina podřimuje v křesle a žmoulá v ruce ucho kabelky.

Zvládnete se sama obléknout a svléknout? Jiřina neodpovídá.

Pomáhá Vám někdo při manipulaci s oděvem, pokud ano jakým způsobem? Jiřina neodpovídá.

Dcera: „Připravím mamce čisté oblečení na židli, pomůžu jí obléknout a svléknout. Mamka neví, co kam patří a jak se to obleče. Klidně si na sebe navleče všechno, co najde na židli, několik vrstev, nepozná že je to špinavé, její jedno co má na sobě. Obléká se v sedě svým pomalým tempem a nosí nazouvací pantofle, má často oteklé nohy. Knoflíky a zipy zapne, když jí to řeknu a ukážu.“

Tělesná hygiena – Jak probíhá Vaše ranní hygiena? Jiřina neodpovídá.

Zvládnete se učesat, provést manikúru? Jiřina neodpovídá.

Dcera: „Mamku ráno odvedu do koupelny, umyju jí obličej a ruce, osuším, učešu vlasy. Manikúru a pedikúru nám chodí dělat sousedka, je moc šikovná, má to hm....(dcera chvíli přemýšlí) studio.“

Potřebujete pomoc druhé osoby při celkové hygieně, jakým způsobem probíhá? Jiřina neodpovídá.

Dcera: „Koupání? Na to máme domluvenou pečovatelku z charity, chodí k nám 4x do týdne, já mamku sama neuzvednu je moc těžká. Mamka by se neumyla, neví jak, posadíme ji na sedátko do sprchového koutu a umyjeme ji. Když jí to ukážu a vysvětlím a dohlídnu na ti tak to pomalu udělá, ale bojím se, že uklouzne a upadne. Nemůže být v koupelně sama, stalo se, že na sebe vylila celou tubu tekutého mýdla a brečela. Nevím co, v koupelně provede, neví, kde je a jak vypadá mýdlo nebo šampón na vlasy, natřela by si to na obličej.“

Výkon fyziologické potřeby – Cítíte svou tělesnou potřebu, zvládnete včas použít WC? Jiřina podřimuje v křesle a žmoulá v ruce ucho kabelky.

Používáte hygienické, zdravotnické, nebo inkontinenční pomůcky? Jiřina neodpovídá.

Dcera: „Mamka nosí celý den inkontinenční kalhotky, to jsou ty plínky pro důchodce. Myslím, že nic necítí, máme ty plínky na recept na pojišťovnu. Mamku převléknu, očistím a dám jí čisté kalhotky. Na záchodě neví co, má udělat, když tam zůstala sama, vymotala celé klubíčko toaletního papíru, natrhala na kousky a všechno si nacpala do kapes, za tričko, do kabelky, do podprsenky, poházela kolem záchodu, no prostě papír byl všude.“

Péče o zdraví – Dodržujete stanovený léčebný režim? Jiřina neodpovídá.

Připravujete si léky sama, víte, které léky užíváte a kdy? Jiřina neodpovídá.

Máte nějaká ošetrovatelská opatření? Jiřina podřimuje v křesle a neodpovídá.

Dcera: „O tohle se starám taky já, mamka neví, které léky bere a kdy. Dávám jí léky a kontroluju, aby je spolkla a neschovala do kapsy. Mamka má diagnostikovanou středně těžkou demenci a další nemoci, tady je všechno v té lékařské zprávě, dám Vám kopii pro Váš výzkum“

Osobní aktivity – Plánujete si volný čas? Jiřina neodpovídá.

Jaké aktivity rád děláte? Jiřina neodpovídá.

Jaký máte denní režim? Jiřina neodpovídá.

Navštěvujete přátele, rodinu a společenské akce? Jiřina neodpovídá.

Dcera: „Mamka většinu dne odpočívá, sama nic nezvládne, musím na ni dávat pozor a pomáhat jí. Když se cítí dobře povídáme si, nebo si sama mluví pro sebe, neví, s kým mluví, proč mluví na koho, nebo na co mluví. Někdy jí není rozumět, patlá a drmolí, nepozná vtip, když se směje, neví proč. Někdy je smutná, pláče, někdy je apatická, asi podle toho, jestli jí něco bolí. Dívá se na obrázky v časopisech, ale na televizi se nedívá, nerozumí tomu. Společně si prohlížíme fotoalbum, na některé fotky si pamatuje a ukazuje prstem a usmívá se, dala jsem k tomu i obrázky. Moje dcera tomu říká kniha vzpomínek, držíme se za ruce a je nám spolu dobře.“

Péče o domácnost – Chodíte sama nakupovat, zvládnete úklid v domácnosti? Jiřina neodpovídá.

Dcera: „O domácnost se starám já a pomáhá mi dcera, nakupuju, vařím, peru, uklízím, žehlím, taky máme zahradu. Když potřebuju mamku pohlídat a dcera nemá čas, zavolám do charity, pečovatelka přijde a mamku pohlídá.“

Jak vykonáváte běžné domácí práce? Jiřina neodpovídá.

Nakládáte s penězi v rámci osobních příjmů a chodu domácnosti? Jiřina neodpovídá.

Potřebujete pomoc při řešení osobních záležitostí? Jiřina podřimuje v křesle a neodpovídá.

Potřebujete dopravu a doprovod k lékaři? Jiřina neodpovídá.

Dcera: „Vozím a doprovázím mamku na kontroly za paní doktorkou do poradny a pro prášky. Vyřizuju všechno, co je potřeba hlavně na úřadech. Mamka má malý starobní důchod 9 500,- Kč, neměla žádnou školu, pracovala jako dělnice v továrně a pak když začala marodit tak dělala uklízečku. Máme taky příspěvek na péči 19 200,-Kč, všechno to chodí na můj účet, starám se o všechno. Musím platit léky, pečovatelku, benzín, plínky to jsou výdaje cca 11 000,-Kč, ještě že máme ten příspěvek. Víte, je to těžký, jsem unavená, chtěla bych dát mamku do nějakého ústavu, ale dokud to půjde postarám se o ni.“

Děkuji Vám za vstřícnou spolupráci a Váš čas.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Věra Altrichterová

Obor: 7501R022-Vzdělávání dospělých

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Komunikace se seniory s demencí

Rok: 2020

Počet stran textu bez příloh: 71

Celkový počet stran příloh: XVII

Počet titulů českých použitých zdrojů: 78

Počet internetových zdrojů: 5

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Dobromila Trpišovská CSc.