

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Jana Altmanová

Možnosti komunikace s osobami seniorského věku se závažnou neurokognitivní poruchou způsobenou Alzheimerovou nemocí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem za pomoci uvedené literatury.

V Olomouci, dne 19.4.2023

.....

Jana Altmanová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D., za odborné vedení, pomoc a cenné rady při zpracování této bakalářské práce a za jeho ochotu a trpělivost.

Obsah

Úvod.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 NEUROKOGNITIVNÍ PORUCHY	8
1.1 Závažná neurokognitivní porucha.....	8
1.1.1 Vymezení	8
1.1.2 Klasifikace.....	9
1.2 Alzheimerova nemoc.....	11
1.2.1 Obecná charakteristika.....	11
1.2.2 Symptomatologie.....	11
1.2.3 Stádia nemocí	13
1.2.4 Diagnostika nemoci	15
2 OSOBY SENIORSKÉHO VĚKU SE ZÁVAŽNOU NEUROKOGNITIVNÍ PORUCHOU ZPŮSOBENOU ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ	17
2.1 Neurokognitivní funkční oblast	17
2.1.1 Paměť.....	17
2.1.2 Pozornost.....	19
2.1.3 Řeč	20
2.1.4 Psychomotorické funkce	21
2.1.5 Sociální kognice	22
2.2 Komunikační kompetence	24
3 KOMUNIKACE SE SENIORY S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ.....	25
3.1 Komunikace	25
3.2 Alternativní a augmentativní komunikace.....	26
3.3 Zásady komunikace.....	32
PRAKTICKÁ ČÁST	35

4	VÝZKUMNÁ ČÁST	36
4.1	Hlavní cíle, dílčí cíle	36
4.2	Výzkumné metody	36
4.2.1	Případová studie-kazuistika	36
4.2.2	Pozorování.....	37
4.2.3	Rozhovor.....	37
4.3	Charakteristika výzkumného prostředí a vzorků výzkumu	37
5	Kvalitativní výzkum.....	38
5.1	Kazuistika	38
5.2	Pozorování	39
5.2.1	Analýza pozorování	40
5.3	Rozhovor	40
5.3.1	Analýza rozhovoru s respondentkou H.....	41
5.3.2	Analýza rozhovoru s respondentkou N.....	41
6	Shrnutí výzkumného šetření	43
	Závěr	45
	Seznam použité literatury.....	46
	Seznam použitých zkratk.....	52
	Seznam příloh.....	53
	Příloha č. 1.....	54
	Příloha č. 2.....	58
	Příloha č. 3.....	61
	Anotace	63

Úvod

Bakalářská práce je zpracovaná na téma Možnosti komunikace s osobami seniorského věku s neurokognitivní poruchou způsobenou Alzheimerovou nemocí. Toto téma považujeme za čím dál více aktuální, protože se lidé dožívají stále vyššího věku a nemoc se u nich může kdykoliv vyskytnout.

Cílem bakalářské práce bude, zaměřit se na možnosti, jak s osobou seniorského věku trpící Alzheimerovou nemocí komunikovat.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. V první kapitole se zabýváme pojmem neurokognitivní poruchy. Zde se zaměřujeme na jejich vymezení, klasifikaci, konkrétní nemoc a její charakteristiku. Dále se zaměřujeme na neurokognitivní poruchy způsobené Alzheimerovou nemocí. Je důležité si uvědomit, že vlivem nemoci u osob dochází ke změně funkčních oblastí. Poslední kapitola bakalářské práce se zabývá komunikací se seniory s Alzheimerovou nemocí. Komunikace je prostředek, který člověk využívá od narození po celý svůj život a vlivem nemoci k ní nepřestává docházet.

Praktická část bakalářské práce je zpracována formou kvalitativního výzkumu, kde pozorujeme, jak se seniory trpící Alzheimerovou nemocí můžeme komunikovat. Praktická část se skládá ze tří částí. Výzkumná část obsahuje hlavní a dílčí cíle, výzkumné metody. Výzkum je zpracován metodami kazuistiky, zúčastněným pozorováním a rozhovory. Charakteristika výzkumného prostředí a vzorků výzkumu, jsou také součástí výzkumné části. V další kapitole se zabýváme kvalitativním výzkumem a analýzou výzkumných metod. Poslední kapitola se zabývá shrnutím výzkumného šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NEUROKOGNITIVNÍ PORUCHY

1.1 Závažná neurokognitivní porucha

Dle DSM-V (2015) za neurokognitivní poruchy považujeme ty, u kterých nebyly poškozeny kognitivní funkce již od narození či raného věku. Dochází k funkčnímu poklesu z dříve dosažené úrovně. U těchto syndromů můžeme stanovit základní patologii a etiologii.

Franková dle Fertaľové, Ondriové (2020) zmiňuje, že *„Demence patří mezi nejčastější a nejobávanější nemoci vyššího věku. Člověk ztrácí schopnost vykonávat smysluplné činnosti, chápat okolní dění, ztrácí soběstačnost a stává se závislý na péči okolí“*

1.1.1 Vymezení

Jiráček, Holmerová, Borzová (2009) uvádí, že demence jsou poruchy, u kterých dochází ke snížení paměti a dalších kognitivních funkcí. Mezi tyto funkce řadíme ty, díky nimž se člověk dokáže orientovat v prostředí. Funkce, které zajišťují jednání a plánování. Do skupiny kognitivních funkcí můžeme zařadit pozornost, paměť, řeč či myšlení. Jak uvádí Pidrman (2007), poškozené funkce mohou být doprovázeny také zhoršením kontroly emocí, sociálního chování, nebo motivací. Dále také uvádí, že v procesu demence dojde k narušení funkčních schopností, ztrátě soběstačnosti jedince a narušení aktivit denního života. Koukolík (2014) označuje demenci jako syndrom, který nese svazek symptomů, způsobený chorobou mozku. Převážně se jedná o chronické, progresivní povahy, kde dochází k poruše paměti, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnosti učení, jazyku. Bartoš (2015) zmiňuje, že s progresivním horšením paměti dochází k postupným poruchám kognitivních domén, jako je řeč (afázie), poznávací schopnosti (agnozie), naučené pohybové stereotypy (apraxie).

Raboch dle Zvěřové (2017) řadí mezi duševní nemoci ty, které vznikají poškozením mozku. Bývají doprovázeny poruchami neurokognitivních funkcí. Do skupiny spadají poruchy cyklu spánku, ztráta soběstačnosti. Jsou narušeny aktivity běžného života. Při těchto náznacích, si lidé začnou uvědomovat, že s nimi není něco v pořádku. Začnou se zajímat co se děje, proč se to děje.

Demence je také označení pro degenerativní onemocnění, která se týkají starších dospělých (DSM – V, 2015). Oblast tělesná i psychická společně s dalšími vlivy se mohou v tomto věkovém období k poruchám přidružovat (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010). Jak už bylo výše zmíněno, demence nepostihuje pouze kognitivní funkce. Porušení těchto funkcí musí být takové, aby zabraňovalo běžným životním aktivitám (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009). Diagnóza demence, lze určit díky klinickému obrazu, psychologického a psychiatrického

vyšetření. K vyšetření se používají zobrazovací techniky jako CT, MR, PET. K diagnostice nestačí pouze tyto metody a patologický nálezn zobrazovacích technik. K diagnóze nám mohou pomoci obecná kritéria demencí. (Pidrman, 2007). MKN – 10 dle Pidrmana, (2007) řadí mezi kritéria „Zjevné zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti a dále jeden z uvedených faktorů. Mezi faktory patří narušení abstraktního myšlení, narušení soudnosti, narušení ostatních kognitivních funkcí, změny osobnosti.“ Tyto poruchy se ukazují v běžných pracovních a sociálních procesech a ve vztahu k okolí.

Ondriášová dle Fertaľové, Ondriové (2020) považuje neurodegenerativní změny, poruchy cévního zásobení mozku, metabolické a výživové faktory – diabetes, poruchy příjmu bílkovin, nedostatek vitamínů, jako příčinu vzniku demence. Dále jsou uváděny příčiny endokrinní poruchy, Cushingův syndrom, intoxikace alkoholem, drogami, těžkými kovy, nádory, cysty krvácení.

1.1.2 Klasifikace

V literatuře se dočteme různé klasifikace demencí. Ehrenfreuchter (2015) rozděluje demenci na dva typy. Prvním typem je **primární degenerativní demence** a druhým typem **sekundární demence**. Primární degenerativní demence nastává, když je mozek poškozen přímo. Demence vzniká na podkladě nervové degenerace. Mezi nejčastější typy patří Alzheimerova choroba a ischemicko – vaskulární demence, která je poruchou prokrvování mozku. Tento typ demence je neléčitelný. Sekundární demence vzniká vlivem jiného onemocnění. Jedná se o poruchy metabolismu, podvýživa, dehydratace, nedostatek hormonů, mozkový nádor. Onemocnění negativně ovlivňuje činnost mozku. Léčbou základní choroby, lze zmírnit či vyléčit účinky na mozek.

Jirák, Holmerová, Borzová, (2009) uvádí klasifikaci podle etiologie. První skupinu uvádí demenci, která má za podklad **atroficko-degenerativní proces mozku**. Atroficko-degenerativní procesy vedou ke snížení počtu nervových buněk, spojů nervových buněk, funkce nervových buněk i pomocných nervových buněk. Dochází zde i k degradaci některých bílkovin, tvorbě a ukládání patologických bílkovin. Při neurodegeneraci je poškozen přenos buněčné informace. Jako druhou skupinu uvádí **demence symptomatické**. Symptomatické demence mají za podklad celková onemocnění, úrazy, cévní poruchy, nádory. Symptomatické onemocnění (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009) dělí do dvou podskupin. **Demence vaskulární** a **ostatní symptomatické demence**. Vaskulární demence vznikají vlivem cévních poruch. Dochází k poškození mozkové tkáně. Kvůli uzávěru tepny, která vyživuje mozkovou tkáň,

dochází k odumření určitého okrsku. Ostatní symptomatické demence vznikají také vlivem poškození mozku vlivem příčinných faktorů. Mezi které spadají záněty mozku, nádory.

Zvěřová (2017) rozděluje klasifikaci demencí podle etiologie, lokalizace, kurability. U etiologie rozděluje demenci na dvě skupiny. **Primárně neurodegenerativní choroby a sekundární symptomatické demence.** U primární neurodegenerativní choroby uvádí hlavní příčinu atrofii mozku, která bývá doprovázena patogenetickými změnami. Jak autorka uvádí „Mezi ně se řadí degenerace proteinů, nebo tvorba a ukládání patologických proteinů. Beta – amyloid (Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky), tau – protein (frontotemporální demence, Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky), alfa synuklein (demence u Parkinsonovi choroby, demence typu Parkinson+, demence s Lewyho tělísky) huntingtin (Huntingtonova chorea). Uvedení činitelů jsou společně mezi sebou provázáni a navzájem se podmiňují. U sekundární symptomatické demence uvádí, že demence vzniká vlivem jiných systémových onemocnění, traumat. Raboch dle Zvěřové (2017) uvádí, že sekundární demence se může dělit na ischemicko-vaskulární demenci, kde hlavními činiteli jsou mozkové infarkty. A na další sekundární demence, které jsou infekční, metabolické.

Podle kurability autorky řadí demence do skupin **reverzibilní, ireverzibilní.** Jedná se o demence, které jsou léčitelné, nebo neléčitelné.

Poslední skupinou, kterou Zvěřová (2017) uvádí je etiologie podle lokalizace. Jedná se o to, jaká část v mozku je poškozena. Rozděluje demence podle lokalizace do tří skupin. **Kortikální demence, subkortikální demence, kortikosubkortikální demence.** U kortikální demence uvádí poškození mozkové kůry. Kdy u člověka vážně zapamatování si nových věcí, vyskytuje se afázie, apraxie, agnozie. U subkortikální demence dochází k poškození bílé hmoty, bazálních ganglií, a thalamu. U jedince se objevuje nerozhodnost, nemá žádnou motivaci, nevybavuje si slova z paměti, porucha výkonných funkcí, zpomalené psychomotorické funkce. Poslední skupinou je kortikosubkortikální demence. Je postižena složka kortikální a subkortikální, různým stupněm. U jedince se objevují příznaky obou poruch.

Další klasifikaci uvádí MNK – 10 dle Fertaľové, Ondriové, (2020). „*Na základě etiologie a klinického obrazu rozlišuje Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10 několik druhů demence, které řadí do diagnostické skupiny F00-09*“ Dále Kučerová dle Fertaľové, Ondriové, (2020) uvádí, že příčiny demencí mohou být rozděleny na **primární a sekundární.**

Primární degenerativní demence:

- Alzheimerova choroba
- Demence s Lewyho tělísky
- Frontotemporální demence
- Sekundární a smíšené demence
- Vaskulární demence
- Metabolické demence
- Toxické demence
- Demence při Pickově chorobě
- Demence při Parkinsonově chorobě
- Demence při Huntingtonovy nemoci
- Poúrazové demence
- Demence při nádorech CNS

1.2 Alzheimerova nemoc

„V roce 1902 popsal Alois Alzheimer onemocnění, které se vyskytovalo již ve středním věku kolem padesáti let, mělo rychlý průběh, byla zjišťována výrazná dědičnost a postihovalo především ženy. Choroba po stránce klinické vyznačovala rychle probíhající demenci. Krapelin použil v roce 1910 pro tuto poruchu název Alzheimerova choroba. Byly zjišťovány atrofické změny v oblasti frontálního a temporálního laloku. Později byly popsány biochemické změny.“
(Dušek, Večeřová – Procházková, 2010)

1.2.1 Obecná charakteristika

Alzheimerova choroba je nejčastější příčina demence. Jedná se o závažné neurodegenerativní onemocnění, které vede k úbytku nervových buněk a úbytku mozkové tkáně (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009). Alzheimerova nemoc je korové onemocnění, jsou zde zasaženy frontální, temporální a parietální oblasti (Nikolai, Štěpánková, Vyhnálek, 2013).

1.2.2 Symptomatologie

Symptomy Alzheimerovy choroby se vyvíjejí velice pomalu, nepostřehnutelně. Běžně počátek nemoci zaznamenáme až zpětně. Jsou narušeny mnohé oblasti rozumových schopností, ale v rané fázi si můžeme povšimnout především zhoršení paměti. Osoba se stane hodně zapomětlivou. Může zapomenout na schůzky, nebo rozhovory, které se odehrály před několika hodinami či dny (Mace, 2018).

Příznaky demence se mohou vyskytovat velmi různé. Důležitá je jejich vzájemná propojenost, kontext a vývoj v čase. Při Alzheimerově nemoci dominují poruchy paměti, poruchy úsudku a logického myšlení, porucha učení se novým věcem a poruchy soustředěnosti. Objevují se také poruchy emotivity, jako je úzkost, deprese, emoční labilita, apatie. Setkat se můžeme i s poruchami obsahu myšlení, paranoidními bludy, poruchy vůle, poruchy sociálního citění (Kučerová, 2006).

Glennner (2012) řadí mezi základní symptomy **problém s percepcí a koordinací pohybů**. Jedná se o chápání věcí, které vnímáme pomocí zraku, sluchu, hmatu, chuti a čichu. **Problémy s rozsahem pozornosti**. Mění se doba, pro kterou se dokážeme soustředit na nějaký úkol. **Poruchy s řečovými schopnostmi**. Kdy se jedná o receptivní a produktivní schopnosti. Receptivní schopnost je schopnost pochopit smysl informace v ústní nebo písemné formě. Produktivní schopnost je schopnost předat informace ústní nebo písemnou formou. **Problémy s pamětí**, kdy se zaměřujeme na 3 fáze – uvědomování, uchovávání, vybavování. To, co si uvědomíme, si musíme udržet v mozku, abychom si to později mohli vybavit nebo vyhledat. **Problémy s ovládním emocí**. Lidé s demencí mají problém s ovládním emocí v běžném každodenním životě. **Problémy s racionálním uvažováním a úsudkem**. Je to schopnost, poskládat z jednotlivých myšlenek složitější myšlenkový celek. Lidé trpící demencí, mají problémy s uvažováním a vytvořením úsudku.

Podle Růžičky (2003), lze příznaky demence rozdělit do tří základních podskupin. Do podskupin spadají kognitivní poruchy, poruchy chování, funkční omezení při každodenních činnostech. Užívají se pro ně didaktické zkratky „A-B-C“ (z anglických výrazů **A**ctivities of Daily Life, **B**ehavior and **C**ognition). Autor řadí mezi **kognitivní poruchy**, poruchy paměti a učení, orientace, úsudku a myšlení. Poruchy exekutivních funkcí, poruchy korových funkcí (afázie, agnózie, apraxie). **Poruchy chování** se vyskytují u všech typů demence. Bývají projevem základního chorobného procesu. Mohou se na nich podílet i faktory zevního prostředí a průvodní onemocnění. Poruchy chování obvykle vyžadují léčebné řešení. Nejčastějšími změnami u klientů jsou apatie a netečnosti. Objevují se samostatně, nebo doprovázejí deprese. Neklid a úzkost se vyskytují u klientů, kdy kvůli svému postižení nezvládají běžné úkoly. Další příznaky, jako jsou nechutenství, změny hmotnosti, poruchy spánku a psychické zpomalení, mohou také provázet demenci. Bludy, halucinace, se také objevují, jako příznaky demence a velmi často. Mohou se objevit již v raných stádiích. Poruchy paměti a dalších kognitivních funkcí mají velký vliv na každodenní život jedinců. Nemocní začínají mít problémy při plnění úkolů v zaměstnání, nebo v běžném životě.

Úkoly mu zaberou mnohem více času a dopouští se chyb. Chybuje při běžných činnostech, jako je nakupování, manipulace s penězi. Přestává být schopen základní sebeobsluhy.

1.2.3 Stádia nemocí

Každý autor řadí Alzheimerovu chorobu do několika stádií. Sjögren dle autorů Hrdličky, Hrdličkové (1999) dělí demenci Alzheimerova typu na tři stádia. V **prvním stádiu**, se vyskytuje porucha paměti u všech pacientů. U poruchy prostorové orientace se nejprve setkáváme s poruchou orientace v místě. Orientace časem nemusí být postižena do stejné míry. Objevují se potíže v denních aktivitách. Je možné vidět pokles aktivity a depresivní náladu. **Druhé stádium** se vyznačuje progresivní demencí. Dochází k postupné dezorientaci, postižení staré paměti, řeči motorických výkonů i percepce. Můžeme ho také nazývat afázicko-aprakticko-agnostickým stádiem. Ve **třetím stádiu** dochází k dezintegraci všech psychických funkcí. I těch, které do této doby nebyly nijak narušeny (emoční funkce, osobnost). Pacient ztrácí schopnost komunikace, vydává nesrozumitelné zvuky nebo nemluví vůbec. Objevují se neurologické příznaky, inkontinence. V posledních měsících života pacient umírá nespecifickou komplikací.

Callone (2008) rozděluje Alzheimerovu nemoc na pre – stádium Alzheimerovy nemoci, Rané stádium Alzheimerovy nemoci, Mírné stádium Alzheimerovy nemoci, Pokročilé stádium Alzheimerovy nemoci.

Pre – stádium, se vyznačuje problémy zvládnutím běžných úkolů a každodenních aktivit (co jsme chtěli dělat, kam jsme mířili). Jedinec má neobvyklý způsob rozhodování či jednání. Osoba má obtížnost naučit se nové věci a trpí strachem opustit známé prostředí. Jsou přehnaně závislí na ostatních členech rodiny. Trpí ztrátou zájmu o aktivity či přátele. Tyto změny nejsou náhlé, ale během delší doby se postupně stávají zřetelnější.

První oblast, ve které dochází v raném stádiu nemoci k odumírání mozkových buněk je paměť. V tomto období si většina neuvědomuje, že nastává nějaký problém, jelikož nemocná osoba působí normálně a nemá potřebu vyhledávat lékaře. Začínající symptomy, které můžeme v tomto stádiu pozorovat, jsou výpadky paměti. Zbytek mozku pracuje normálně. Osoba se pohybuje, cítí, vidí, slyší. Logické myšlení a sociální schopnosti jsou zcela normální. Nemocný je schopen vytvořit si náhradní způsoby, jak se dočasnou ztrátou paměti vyrovnat. Postupem času se poškození posouvá do spánkového laloku. Kvůli tomu má člověk potíže s porozuměním či používáním slov. To může způsobovat nedorozumění a konflikty.

Jedinec se může stáhnout do sebe a přestat komunikovat. V tomto stádiu, je potřeba se soustředit na schopnosti a dovednosti, které zůstávají nedotčené, a které je možné posilovat.

V mírném stádiu nemoci je mnoho dřívějších schopností pacienta nenávratně ztraceno. Nutné je se soustředit na schopnosti a dovednosti, které jsou ještě funkční (sociální dovednosti, schopnost vykonávat některé komplexní úlohy). Poškození mozku postupuje do temenních mozkových laloků, kde dochází ke ztrátě schopnosti integrovat zrakové vjemy, zvuky a pocity těla. U osoby nastávají potíže se samostatně oblékat, často se ztrácí, nebo je dezorientován. Není schopen si vzpomenout, jak se používají některé předměty. Mohou mít potíže s řízením vozidla, reakce jsou zpomalené. V tomto období pacienti přicházejí k lékaři. Členové rodiny a přátelé si začínají uvědomovat, že nastal problém.

Schopnost vykonávat složité věci se v pokročilém stádiu zcela vytrácí. Tělesné funkce začínají slábnout. Osoba přestává přiměřeně jednat. Je poničeno mnoho mozkových funkcí. Nemocný jedinec potřebuje péči druhé osoby. Pečující osoby mají snahu zachovat nemocnému důstojnost a úctu. V tomto stádiu není možné o klienta pečovat v domácím prostředí. Poškození se rozšiřuje do čelního mozkového laloku. Nemocný ztrácí schopnost logického uvažování, sociálních dovedností, začíná reagovat nevhodně a nepřijatelně. Nemocný se může chovat násilně, vztekle, prodejně, apaticky a může být nepohyblivý. V konečných stádiích proces v mozku zničil všechny nervové buňky. Člověk je upoután na lůžko a relativně bez reakcí.

Jiráček (2009) vymezuje Alzheimerovu demenci na lehkou, střední a těžkou demenci. Lehká se vyznačuje poruchami paměti. Dochází k poruchám v krátkodobé a střednědobé složce, je postiženo zapamatování nových informací. Mohou nastat poruchy orientace, především ve vzdálenějších a pacienty méně navštěvovaných místech. Objevují se poruchy nálad, deprese, na kterých se může podílet uvědomování si úbytku paměti. Střední demence se projevuje výrazným zhoršením paměti ve všech složkách. Dezorientace v čase a prostoru bývají časté. Těžká demence se projevuje těžkými poruchami paměti. Nemocní nejsou schopni si zapamatovat nové informace. Pacienti si nejsou schopni zapamatovat, kde mají své lůžko, kde se doma nachází toaleta. Postižení obvykle nepoznávají lidi, a to často ani nejbližší příbuzné. Alzheimerova choroba končí a trvá obvykle od objevení se prvních příznaků do 7 až 10 let. Je pravděpodobné, že s použitím nových léčebných postupů se bude délka přežití prodlužovat. Pacienti s Alzheimerovou chorobou umírají obvykle na záněty plic, průdušek, úrazů či jiných chorob. Tyto nemoci jsou u stejně starých lidí netrpící Alzheimerovou nemocí léčitelné. Alzheimerovu chorobu, je tedy nutno označit za základní (nikoli bezprostřední) příčinu smrti. Je to jedna z nejčastějších základních příčin.

1.2.4 Diagnostika nemoci

„Chceme-li zjistit, zda dotyčný trpí Alzheimerovou nemocí, je nejlepší provést diferenciální diagnózu. Ta spočívá v odlišení příznaků Alzheimerovy nemoci od příznaků jiných nemocí“ (Glenner, 2012).

Lukáš, Žák (2014) uvádí demenci, jako vylučovací proces základem pro určení diagnózy. Je důležité neurologické a gerontopsychiatrické vyšetření. Potřebné je i důkladné somatické vyšetření. Nezbytnou součástí diagnostiky, je zjistit důkladně anamnestické údaje jedince. Při navazování kontaktu zjišťujeme, jak pacient mluví. Zaměřujeme se na formování jeho vět, zda odpovídá k věci, jestli si vybavuje z paměti rychle, nebo dlouze vzpomíná (Kučerová, 2006). Anamnéza bývá doplněna o vyšetření kognitivních funkcí. Zkoumá se paměť a orientace. Vyhnálek dle Šátekové (2021) tvrdí, že pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci je vždy potřeba znát anamnézu jedince. Zjistit činnosti pacienta během běžného dne. Určit, zda se vyskytují poruchy nálad a poruchy chování. Potřebné je udělat komplexní screeningové neuropsychologické vyšetření i neurologické vyšetření. CT a MR jsou také součástí vyšetření. Nezbytné je i základní laboratorní vyšetření. Vyšetření EEG, hladiny vitamínu B, kyseliny listové. Vyšetření mozkomíšního moku se diagnostikuje pouze ve zvláštních případech.

Při pozorování příznaků Alzheimerovy nemoci je vhodné navštívit praktického lékaře. Ten díky anamnéze a některým testům, případně navrhne návštěvu specialisty. Odborné vyšetření probíhá u neurologa, psychiatra, geriatra a dalších odborníků (VZP, 2022). Kučerová (2006) se domnívá, že vyšetření pacienta, je jako každé jiné psychiatrické vyšetření. Pouze se více zaměřuje na paměť a další příznaky, kterými jsou smutek, nespavost, nesoustředěnost. Pro pacienta je nejlepší, když je vyšetřován a sám o tom ani neví.

Diagnostika demence má tři etapy. V první etapě se na základě klinického obrazu-poruchy paměti, řeči, orientace, schopnosti sebeobsluhy, prodělaných nemocech diagnostikuje demence. Ve druhé etapě diagnostikujeme typ demence. K této diagnostice se používá vyšetření (EKG, EEG, CT). Ve třetí etapě se určuje stupeň demence. Zda se jedná o lehký, středně těžký, nebo těžký stupeň demence (Zdravi.Euro, Benešová).

Jiráček (2009) uvádí, že nejužívanějším testem k diagnostice Alzheimerovy nemoci je MMSE. Test je, ale orientační a není vhodný k diagnostice všech demencí. Jde o nejpoužívanější test kognitivních funkcí ve světě. „MMSE (Mini-Mental State Examination) testuje orientaci osobou, místem i časem. Zapamatování tří slov-hned a po jisté latenci.

Počítání – odečítání od stovky sedmičku. Poznávání a pojmenování předmětu. Splnění úkolu, překreslení obrázku, opakování věty“.

Existují další vyšetřovací metody, které uvedený autor v knize popisuje. Jedná se např. o testy:

Wechslerova škála paměti – Zaměřuje se na slovní i zrakovou paměť. Testuje paměť, orientaci, uspořádání čísel a písmen.

WAB – Tento test testuje řečové funkce. Spontánní projev, pojmenování, opakování, porozumění. Testy také hodnotí čtení, psaní, počítání.

Test řečové plynulosti – V určitém časovém intervalu pacient vyjmenovává co nejvíce slov podle zadání. Je hodnocena rychlost, motivace, pracovní a slovní paměť.

Test kreslení dráhy – Se zaměřuje na psychomotorické tempo, schopnost se přizpůsobit a zrakovo-pohybovou koordinaci.

Stroopův test – Posuzuje míru pozornosti. Adaptace na zátěž. Sleduje i nekognitivní projevy, jako je chování, míra deprese.

Diagnostika je dnes už velmi spolehlivá ve srovnání s pitevními zprávami. Vyplývá, že její přesnost je devadesátiprocentní. Správná diagnóza je velice důležitá, některé typy demence se totiž dají léčit (Glennner, 2012).

2 OSOBY SENIORSKÉHO VĚKU SE ZÁVAŽNOU NEUROKOGNITIVNÍ PORUCHOU ZPŮSOBENOU ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ

2.1 Neurokognitivní funkční oblast

Kognitivní funkce se řadí k základním funkcím mozku (Klucká, 2016). Kognice neboli poznávání, poznávací schopnosti. Je to soubor všech operací, díky kterým si jedinec uvědomuje a osvojuje sám sebe a svět, který se kolem něj obklopuje (Šlapal, 2007). „*Člověk je schopen o tom, co vnímá a o čem přemýšlí, aktivně vědomě uvažovat. Zamyslet se sám nad sebou, dívat se sám na sebe ve formě samomluvy o tom, co vidí a o čem přemýšlí, sám se sebou hovořit* „ (Preiss, Křivohlavý, 2009). Kognitivní funkce, které každý zapojuje do běžného života jsou pozornost, paměť, zrakově-prostorové schopnosti, jazyk, myšlení. V mozku se nachází 10 miliard neuronů, které přenášejí informace po výběžcích, díky elektrickým impulsům a rychlostí více než 500 km za hodinu. „*Přenos informací má vliv na zdokonalování funkčnosti mozkové aktivity, nervové buňky spolu komunikují pomocí přenašečů*“. Intenzivní tělesný i duševní trénink má schopnost zdokonalovat fungování celého nervového systému (Klevetová, 2017).

Jak autorka dále uvádí, lidský mozek dokáže přijmout téměř 100 000 nových informací. Naše pozornost a soustředění ovlivňuje příjem informací. Sami musíme pracovat a soustředit se na výběr přijímaných informací.

Veteška, Vostrý (2021) uvádí, že se stářím přichází zpomalení, přijímání a zpracování nových informací. Také se mění tempo seniora. Činnosti se prodlužují a objevuje se zhoršení kognitivních funkcí. Hauke (2014) uvádí, že většina demencí začíná poruchami paměti.

2.1.1 Paměť

Paměť je schopnost si něco zapamatovat a v dané situaci to vyvolat (Oppolzer, 2019). Paměť je dispozice a proces skladování, uchování, využívání zkušeností (Nakonečný, 2015). Podle Preisse, Křivohlavého (2009) se jedná o výkon, kde přijímáme, zpracováváme, uskladňujeme informace. Následně vzpomínáme, vydáváme uskladněné informace. Znovu poznáváme a zapomínáme. K vytvoření trvalé paměti je schopnost dávat nové informace do souvislosti s těmi, které jsou již v mozku z dřívější doby uloženy. Čím více toho mozek zná, tím rychleji a snadněji si zapamatuje nové věci (Bragdon, 2009).

S pamětí je spojen proces učení. Díky učení jedinec získává nové informace a naučí se novým činnostem, které se uchovávají v paměti a v určitých situacích si je můžeme vybavit.

Učení je prostředkem změn v osobnosti. Ke změnám dochází v oblastech dispozic, vědomí, zkušeností. Jedná se o děj, který je neodmyslitelný od života. Organismus zpracovává a fixuje přijímané zkušenosti při dalším použití. Učení vyjadřuje podstatu určitého procesu. V učení se vyskytují mechanismy a těmi jsou asociace, zpevnování, nápodoba a identifikace, vzhled a transfer (Paulík, 2003).

Osoby seniorského věku trpící neurokognitivní poruchou, mají problém vybavit si nedávné události. Spoléhají na seznamy a záznamy v kalendáři. Nezapamatují si krátký seznam položek na nákup, nebo plány pro daný den. Osoby potřebují občasné připomenutí během řešení úkolu. Může se stát, že s danými osobami budeme komunikovat o stejném tématu několikrát týdně, ztrácí přehled o tom, co se stalo. U osob můžeme pozorovat, že se opakují během konverzace stále stejné informace (DSM-V, 2015).

Ztráta paměti, která potkává člověka v průběhu stárnutí, můžeme chápat jako změnu struktur v mozku. V mozku jsou postiženy dvě oblasti HIPOKAMPUS a ČELNÍ LALOK. Zpracování nových přicházejících informací, přetváření je na dlouhodobé vzpomínky a vybavování vzpomínek z paměti, má na starost hipokampus. Jak už bylo zmíněno druhou oblastí je čelní lalok, který v mozku navazuje strategie, jak si nové informace zorganizovat, následně zapamatovat, a při potřebě si informace vybavit z paměti. Selhání paměti, se může projevit jako sklon k zapomínání, řídit se svými plány a souvisí s funkcí čelních laloků. Čelní laloky s věkem nejrychleji degenerují, takže často ztrácejí většinu funkcí (Bragdon, 2009).

Zgola (2003) uvádí, že senioři s kognitivní poruchou si neuvědomují, že něco zapomněli, nepoznají ani to, že ztratili paměť. Při Alzheimerově nemoci ovlivňuje ztráta paměti vzpomínky, to znamená, že si postižená osoba nevybaví událost, ke které došlo před chvílí, několika dny, měsíci. Vzpomínky, které jsou uchovány ze vzdálenější minulosti, jsou zachovány do pozdějších stádií nemoci. Ztráta paměti se projevuje potížemi získání nových informací, špatná orientace v prostoru, opakuje dotazy, vytváří si své představy. Neschopnost získat nové informace a dovednosti neusnadňují změnit staré návyky. Znesnadňuje tím nemocné osobě poučit se ze zkušenosti a přizpůsobit se novým okolnostem. Důsledkem ztráty paměti je špatná orientace v čase, místě, nebo okolí. Nemocný nedokáže uchovat v paměti orientační informace. Osoba se tak drží každé informace, která se k ní dostane. I ta informace se v určitém okamžiku z paměti vypustí a dochází k opakovanému dotazování otázky. U osoby můžeme zaznamenat používání znalostí z dřívější doby. Neuvědomuje si současnou situaci. K vysvětlení používá dřívější znalosti. Také nemusí mluvit pravdu a může si vymýšlet.

Důležitou kvalitou mnestických schopností, je výskyt a četnost opakování, distorzí a konfabulací (smyšlenkou).

Opakování-paměť se posuzuje podle počtu a charakteru opakování. Opakování mohou být čistá. Vyšetřovaná osoba neudává žádné pochybnosti o tom, že již určité slovo uvedla. Opakování nejisté, kdy se pochybnosti verbálně projevují. Důvodem zvýšeného počtu opakování, může být problém se zpracováním informací a porucha funkčnosti mozku.

Distorze-jedná se o zkreslené a mírně pozměněné původní podněty určené k zapamatování. Distorze nejsou tak závažné, jako konfabulace.

Konfabulace-ty můžeme rozdělit na pravé (čisté). Jedná se o podněty, které se v prezentované sadě k zapamatování vyskytly a nedošlo k pozměnění původních. Nepravé (nečisté) můžeme považovat za distorze. Konfabulace mohou být důležitým ukazatelem kognitivního postižení (Bartoš, Raisová, 2019).

2.1.2 Pozornost

Označujeme, jako mentální proces, který má funkci chránit vědomí před zahlcením informací a pouštět pouze omezený počet. Pozornost slouží lidem k vnímání vnitřního i vnějšího prostředí a vybírat si pouze podněty, které si v danou dobu chtějí, nebo potřebují uvědomit. Ostatní podněty ignorují (Plháková, 2004). Pozornost se při vnímání ukazuje jako orientační reakce, pokládá se za vrozený nepodmíněný reflex (Šimíčková-Čížková, 2012). Soustředění nám umožňuje zabývat se informací tak, aby v nás zůstala co nejdelší dobu a mohla být užitečná a použita (Iddon, Williams, 2003).

U seniorů s neurokognitivní poruchou začínají běžné úkoly trvat delší dobu než dříve. Senioři začínají dělat chyby v rutinních úkolech a pracovní úkoly musí být opakovaně kontrolovány. Pozornost je snazší udržet, když je zaměřeno pouze na jednu činnost a není rozptýleno dalšími činnostmi. Osoba má potíže v uchování nové informace v paměti (zopakování právě naučeného telefonního čísla, nebo zopakování toho, co bylo právě řečeno) Myšlenkové procesy trvají déle než obvykle. Jednotlivé položky, by měly být zpracovány, anebo zjednodušeny tak, aby je osoba vstřebala a pochopila (DSM – V, 2015). U seniorů trpící demencí můžeme také pozorovat neschopnost posedět na jednom konkrétním místě či dojíst jídlo. Jedinec neustále hledá aktivity, které by mohl vykonávat, ale nic ho nezaujme. Není schopen začít úkol, nebo daný úkol dokončit. Pozorujeme, že osoby mohou svojí práci v průběhu přerušit a už ji nedokončit. Pozornost osoby je narušena okolními rušivými vlivy a činnostmi, které kolem něj probíhají.

Z neschopnosti osoby soustředit se udržet, bělost a pozornost vyplývají tyto problémy (Zgola, 2003).

2.1.3 Řeč

Řeč je lidská schopnost dána biologicky. Základní funkcí řeči, je sdělování a dorozumívání. Je potřebná k vyjadřování citu, přání, strachu. Vyjadřuje vztah mluvčího ke sdělované obsahu. Má funkci expresivní, výrazovou, apelovou a přesvědčovací. Řeč slouží, jako podklad pro vytváření pojmů a představ (Špačková, 2015). Řeč užíváme pro komunikaci v mluvené i psané formě (lingvistická složka), tak pro motorický úkon-mluvu. Je považována za nejvýznamnější symbolickou funkci, která se u člověka nachází. Vytvoření řečového systému je dáno vývojovými procesy spojeny s dalšími kognitivními funkcemi pozornost, paměť, inteligence (Obereigner in Orel a kol. 2021). U seniorů se s věkem snižuje verbální fluence. To se může projevit sníženou schopností vybavit si co nejvíce slov, které začínají na určité písmeno (Veteška, Vostrý, 2021).

Jazyk představuje kognitivní a komunikační systém. Slova jsou základním nositelem významu. Jazyk slouží k zakódování informací do jazykové podoby, a k porozumění smyslu prezentovaného sdělení dekódování. Základem jazykové kompetence je slovní zásoba, která zahrnuje význam slov, znalost gramatiky, je také důležitá (Vágnerová, 2016). Řeč, která je funkcí koordinace svalů hrdla a úst, je občas postižena demencí Alzheimerova typu. Naopak jazyk, bývá demencí ohrožen velice často (Zgola, 2003).

Jazyk má dvě složky expresivní a receptivní. Receptivní jazyk se vztahuje ke schopnosti porozumět myšlenkám jiných. Expresivní jazyk, je schopnost vyjádřit vlastní myšlenky. Narušení receptivního jazyka způsobuje postižené osobě problémy s rozeznáváním slov a porozumění složitým větám. Osoba postižená expresivním jazykem má problém s vytvořením smysluplných vět a převedením aktivit do vnitřního jazyka. Jedinec bude obtížně hledat slova, která by vyjádřila jeho myšlenku. Příznakem u poruchy expresivního jazyka může být neschopnost správně řadit slova a vytvořit smysluplnou větu (Zgola, 2003). Mezi první potíže se řadí vybavování slov. Slova jsou potom nahrazována opisem. Řeč se stává nejasná a chudá. Pacienti při vyjadřování používají různé kategorie (to zvíře). Společenskými frázemi a obecným vyjadřováním maskují neschopnost se vyjádřit. U nemocných seniorů se mohou vyskytovat parafázie (Bartoš, Raisová, 2019). Parafázie je označení pro deformaci slov. Parafázie se dělí na fonetickou, žargonovou, a sémantickou. U fonemické parafázie je slovní tvar deformovaný, ale částečně obsahuje některé správné prvky slova, a lze rozumět jeho významu. Těžká deformace slova se vyskytuje u žargonové parafázie.

Sémantická parafázie se vyznačuje tím, že si pacient nemůže vzpomenout na slovo a nahrazuje jeho význam podobným, nebo opíše význam daného pojmu (Mlčáková in Michalík, 2011). Osoba seniorského věku má nápadné potíže s hledáním slov. Většinou specifické termíny nahrazuje obecnými. Vyhýbá se slovům, na které si nemůže momentálně vzpomenout. Můžeme zaregistrovat jemné gramatické chyby, nesprávné používání předmětu předložek, pomocných sloves. Má problémy s expresivní nebo receptivní řečí. Často používá všeobecné fráze „ta věc“. Vyskytují se stereotypie řeči (DSM-V, 2015).

Porozumění řeči se udává jako další typ postižení. Alzheimerovou nemocí bývá také narušena alexie, agrafie a akalkulie (získaná porucha čtení, psaní a matematických operací). Z gnostických funkcí bývá narušena prozopagnozie (neschopnost rozpoznávat tváře). Někdy se setkáváme i s anozognozie (neschopnost uvědomit si vlastní onemocnění). Nejpozději se objevují ideatorní apraxie (plánování a začínání určité sekvence pohybů (Bartoš, Raisová, 2019).

Pokud komunikujeme se seniory trpící kognitivní poruchou, musíme rozeznat, jestli osobám uniká smysl slov, nebo jestli jde o neschopnost formulovat myšlenku. Jestliže seniorům uniká smysl slov, můžeme jim při komunikaci pomoci použitím synonym. Pokud, ale dochází k neschopnosti formulovat myšlenku, nebudou schopni pochopit smysl sdělení (Zgola, 2003).

2.1.4 Psychomotorické funkce

Somatická a autonomní složka, jsou základní složky nervového systému. Somatická složka přijímá pomocí senzitivních vláken a hlavových nervů informace z kůže a pohybového aparátu. Autonomní složka řídí činnost orgánů. Složka řízení pohybu z míchy a mozku kmene jsou místní a kmenové reflexy. Díky funkci dokážeme jednoduchý, nebo složitý pohyb, změna místa, rozmnožování, práce. Činnosti kosterního svalstva jsou řízeny jako funkční celek (Druga in Švestková, Pfeiffer, 2017). Psychomotorické funkce, poskytují kontrolu nad vědomím i pohybovými výkony na úrovni těla. Je to kontrola nad iniciací pohybu, jeho průběhu, zrychlení, zpomalení. Hlavními motorickými celky jsou horní končetiny při uchopování, a dolní končetiny při přemísťování trupu (Švestková, 2017). Psychomotorické aktivity jsou založeny na pohybu, myšlení, neutrální aktivitě a emocích. Úkolem psychomotoriky je získat co nejvíce zkušeností, vnímání a pohybu vlastního těla, z věcí, předmětů a společnosti. (Šeráková, MUNI, 2021). Autonomní funkce jsou pevně zabudovány v nervovém systému, když úkol provádíme nemusíme na ně pokaždé myslet. Život jedince může být náročný, pokud jsou výkonné funkce narušeny (Zgola, 2003). Osoba musí vynaložit větší úsilí pro prostorové úkoly. Může se cítit zmatená či ztracená, když se nesoustředí na přesně daný úkol či cíl.

Osoba se více začíná spoléhat na mapy, nebo pomoc jiných lidí. Má výrazné obtíže s osvojováním činností a orientací. Ve známém prostředí je často zmatený (DSM-V, 2015). Problémy mohou nastat u běžných úkolů, které se skládají z více kroků. Dochází ke stavu, kdy osoba ztratí přístup k autonomnímu vzorci, a není schopna začít vůbec činnost vykonávat, nebo se zastaví uprostřed činnosti. Jedná se o činnost např. čištění zubů, oblékání se, cesta k autu a nasedání do auta. Nemocný senior neví, jak má konkrétní činnost vykonat. Musí být naveden, nebo mu činnost ukázat, jak ji má vykonat. Stává se, že si senior s demencí sám začne činnost vykonávat, v půlce se zastaví a neví, jak má dál pokračovat a co má dělat. V takové situaci je zase potřeba seniora navést, nebo se vrátit o krok zpátky, jestli si nevzpomene sám, jak má pokračovat (Zgola, 2003).

2.1.5 Sociální kognice

Vnímání, označujeme jako percepce. Jedná se o organizaci a interpretaci senzorických informací. Výsledkem tohoto procesu jsou vjemy, zaznamenávané našimi smysly. Získané informace putují do mozku, ten je dále třídí a zpracovává. Pochopení významu probíhá v lidském vědomí (Plháková, 2004). Vnímání, je ovlivněno lidskou zkušeností a psychickými procesy, stavy, vlastnostmi (Emmert, Kastrňák, 2004).

Zrakové vnímání-Zrak je nejdůležitějším smyslem pro člověka, zrakem získáváme až 90 % informací (Orel, Facová, 2010). Umožňuje rozpoznávat předměty na velkou vzdálenost s velkou přesností. Kontrola a regulace pohybů závisí právě na zraku (Emmert, Kastrňák, 2004). Vnímání světelných podnětů, orientaci v prostoru slouží zrakové ústrojí. Hlavním orgánem zraku je oko (Benešová, 2003). Oko zprostředkovává obraz viditelného vnějšího světa mozku (Orel, Facová, 2010).

U seniorů s neurokognitivní poruchou se vyskytuje zraková agnózie. Je to specifická porucha poznávání, kdy postižený senior vidí, ale viděné nepoznává. Při zrakové agnózii se můžeme setkat s agnózií pro objekty, kdy osoba nepoznává budovy ani místa. Agnózie pro barvy, kdy postižený senior nepoznává barvy, ale barvám rozumí. Prozopagnózie, kdy se u seniora s demencí objevuje porucha poznávání známých tváří. Objevuje se i selektivní porucha vizuální percepce pohybu. Vyskytuje se i porucha rozpoznat obrázek, jako celek při zachovalé schopnosti rozpoznat jeho jednotlivé části (Brázdil, Czech-neuro). U pacientů s Alzheimerovou nemocí se časně objevují problémy ve vizuospeciálních funkcích (prostorová orientace, povědomí o našem okolí) a projevují se topografickou dezorientací (neschopnost se orientovat ve svém okolí). U seniorů s demencí můžeme nejdříve pozorovat narušenou orientaci v neznámých, nebo méně známých místech.

Postupně začínají bloudit i na dříve známých místech, nakonec i v domácím prostředí. Tato porucha stěžuje jedinci zapojení se do běžného života (Bartoš, 2015). U osob s demencí dochází také k narušení sluchového vnímání. Sluchové ústrojí, je určeno k vnímání zvuku. Zvuk vzniká kmitáním těles a šíří se vzduchem, jak kapalinami, tak pevnými tělesy. Sluch člověku přináší mnoho informací (Orel, Facová, 2010). Poskytuje informace z velké vzdálenosti. Má výstražnou funkci, také má význam pro vnímání řeči (Emmert, Kastrňák, 2004). Sluchová agnózie, je porucha rozpoznání známých subjektů podle hlasu. Ztrácí schopnost vnímat hudbu, rozpoznávat melodii a rytmus (Brázdil, Czech-neuro).

Čichové a chuťové vnímání – čich a chuť jsou chemoreceptory. Jsou důležité k rozpouštění látek v tekutinách. Orgánem chutě jsou chuťové pohárky umístěné na sliznici jazyka, měkkého patra, stěnách dutiny ústní, hrtanové přiklopky a hrtanu. Každý pohárek obsahuje buňky podpůrné, bazální, chuťové. Chuťové buňky rozeznávají čtyři základní chuti. Slaná, sladká, kyselá, hořká. Ostatní chuti jsou kombinacemi základních chutí (Merkunová, 2008). I díky čichu a chuti, si jedinec může zapamatovat některé okamžiky a vzpomenout si na různé místa. Díky těmto smyslům si můžeme uchovat v paměti co máme či nemáme rádi, Co nám chutná a co naopak nechutná. Pokud senior trpící Alzheimerovou nemocí má narušené tyto smysly, může dojít z nevybavení si daného místa, situace, chutí spojené s určitou vůní, nebo pachem. Hmat je další smysl, kterým osoba může vnímat. Kůže je smyslovým orgánem. Poskytuje ochranný obal celému tělu. Na kůži se nachází smyslové buňky. Ty nám dávají informace o vnějším prostředí. Informace poskytují formou doteku, tlaku, teploty, bolesti, pohybu vlasů na pokožce. Hmat, má vliv na emoční rozvoj člověka a jeho komunikační dovednosti. Díky hmatu, jsme schopni rozeznávat a zpracovávat informace o povrchu či hmotě. Hmatem rozvíjíme i jemnou motoriku. Dotekem získáváme kontakty s okolím (Poláková, 2019). Taktilní agnózie, je ztráta schopnosti rozeznat předměty hmatem, při neporušené citlivosti. Nemocný nepozná pohmatem tvar předmětu ani materiál (Brázdil, Czech-neuro). Vlivem narušení vnímání kůži, se u postižených seniorů nemusí projevovat pocit chladu, tepla, ani když na něj sáhne druhá osoba. Nevnímá pohlazení, štípnutí, dotek rtů.

Existují specifické smyslové orgány polohy a pohybu, určené speciálně k detekci polohy a pohybu hlavy. Umožňují vnímat polohu těla a kontrolovat pohyby (Orel, Facová, 2010). Rovnovážné ústrojí je uloženo ve vnitřním uchu a je důležitý k vnímání pohybu a polohy. Jeho činnost má význam pro udržování vzpřímeného postoje a tělesné rovnováhy při pohybech (Benešová, 2003). Somatopagnózie, vyskytují se poruchy, kdy senior s demencí nepozná části svého těla. Pacient na bolestivé podněty nereaguje emotivně (Brázdil, Czech-neuro).

Chování seniorů překračují akceptovatelnou sociální normu. Jsou lhostejní k sociálním normám, týkající se slušného oblékání a rozhovorů. Senioři s Alzheimerovou nemocí se chovají a rozhodují bez ohledu na rodinu, nebo přátele. Rozhodují se bez ohledu na bezpečnost. Typicky chybí náhled na situace. Vyskytuje se špatná schopnost rozpoznat sociální podněty, nebo porozumět výrazům obličeje. Snížená schopnost empatie, objevuje se apatie či nervozita (DSM-V, 2015).

2.2 Komunikační kompetence

Můžeme definovat, jako schopnost komunikovat adekvátně v různých situacích a s různými lidmi (Heger, 2012). Hovoříme o porozumění slovní i mimoslovní interakci, o verbálních projevech, běžně užívaných gestech a mimiky, užívání přiměřeného a kultivovaného vyjadřování a zapojení se do společenského soužití a dění (Kohoutek, Slovník cizích slov). Jedná se o správné užívání gramatiky a vhodně se vyjadřovat v určité společnosti. Komunikační kompetence je schopnost, která nám sděluje, jak máme mluvit, o jakém tématu máme mluvit, ale také, jak vhodně používat jazyk (Pokorný, 2010). Důležitou součástí komunikační kompetence je reflex procesu sdělování a jeho aktérů, ale také sebereflexe komunikátora (Heger, 2012). Ke komunikační kompetenci řadíme i klíčové kompetence, které představují vědomosti, dovednosti, schopnosti důležité pro rozvoj a uplatnění každého člena společnosti. Mezi klíčové kompetence, které by se měly u seniorů s Alzheimerovou nemocí neustále rozvíjet řadíme čtení, psaní, sociální kompetence a schopnosti, aktivní občanská společnost a kulturní povědomí (Dohnálková, 2021). Komunikace bývá často obtížná s postupující demencí u seniorů. Abychom s nemocnými seniory dokázali lépe komunikovat a senioři s demencí nám rozuměli, musíme mluvit jednoduše, srozumitelně a nebudeme reagovat přehnaně, ale citlivě a empaticky. Komunikovat a vyjadřovat se můžeme i pohledy, tónem hlasu a gesty. Při komunikaci se seniory s demencí bychom měli zajistit dostatečné světlo, aby lidé jasně viděli na toho, s kým právě komunikují. Je potřeba zvýšit kontrastní barvy, aby nemocný lépe rozeznal předměty. Při komunikaci bychom se měli zaměřit i na zvuky, které přichází z okolí. Mohou narušit komunikaci, také mohou rozptylovat nemocného, který se nebude soustředit na komunikaci a nebude dostatečně vnímat (Dementia I.O.V., Z.Ú.).

3 KOMUNIKACE SE SENIORY S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ

3.1 Komunikace

Vybíral (2005) označuje komunikaci, jako proudění informací z jednoho bodu ke druhému. Takzvaně od zdroje k příjemci. Komunikace je považována za základní postoj člověka vůči sobě, tak i vůči druhým.

Komunikaci můžeme chápat jako střídavé, vyjadřující chování a proces interakce. Není možné se vyhnout lidským vztahům, stejně tak není možné nekomunikovat. Lidé se vyjadřují o svých procesech, stavech, sdělují si obsahy a vybízejí druhé lidi k určitému chování. Lidské vztahy vznikají, upevňují se, ale také zanikají. Základní průběh komunikace bývá mezi komunikátorem ten, který sděluje zprávu a komunikátorem ten, který zprávu přijímá. Ke správnému dorozumění dochází, jestliže je vyslovená zpráva shodná s přijatou (Kern, 1999). Komunikujeme, i když pouze sledujeme výměnu informací mezi dvěma účastníky. Komunikací lidé vyjadřují své záměry, emoce. Předmětem psychologie lidské komunikace je dorozumění, kdy předání i příjem informací proběhne bez komplikací. Nedorozumění a poruchy, jsou také předmětem, ke kterým dochází velmi často. Lidé mohou pochopit sdělenou informaci jinak, než byla zamýšlena. K velmi mnoho zprávám, si přiřazují významy a představy podle svých vlastních zkušeností. Při sdělování i přijímání informací záleží na rozpoložení osob. Někdy přemýšlí, jsou unavení, ve stresu a netrpěliví (Vybíral, 2005). Autor dále dělí pět hlavních funkcí komunikování. Každá komunikační výměna má svou funkci. Účelem funkcí dostává komunikace smysl. Jedná se o **Informovat**-předat, oznámit zprávu. **Instruovat**-navést naučit dát recept. **Přesvědčit**-ovlivnit, získat někoho na svou stranu. **Vyjednat**-domluvit se, dospět k dohodě. **Pobavit**-rozveselit sebe, tak i někoho druhého.

Komunikaci dělíme na **verbální** a **nonverbální**. Verbální komunikace je specifická forma spojení mezi lidmi. Předávání a přijímání verbálních významů. Verbální komunikace je individuální, ale i sociální, formální, obsahová, spontánní i dodržující normy, mluvená a psaná (Janoušek, 2015). Základní formu verbální komunikace je psaný text a mluvené slovo. Tato komunikace sděluje obsahovou stránku informace. Rozeznáváme dva významy detonát a konotát. Detonát je objektivní význam pojmu, jak je pojem vysvětlen ve slovníku. Konotát, jedná se o subjektivní význam pojmu. Jaký význam slovu připisuje každá osoba. Vyjadřuje osobní zkušenosti, emoce spojené s daným slovem. Pro správné porozumění slovní komunikace je podstatná zvuková stránka komunikace. Zde se řadí tempo mluvy, tón hlasu, intonace,

pomlky, hlasitost. Komunikace nonverbální, představuje komunikaci beze slov. Probíhá prostřednictvím orgánů těla a těla jako celku. Komunikujeme našimi pocity a emocemi. Nonverbální komunikaci můžeme členit podle použitých prostředků, kterými jsou mimika, gestika, proxemika, haptika, kinezika, pohledy očí, celkový vzhled. U **mimiky** komunikace probíhá v obličejové části. Nejvíce používáme čelo, obočí, oči, ústa. Můžeme rozlišovat pocity štěstí, překvapení, smutku, strachu, radosti, zájmu. V **gestice** komunikujeme výraznými pohyby některých částí. Převážně rukou, hlavou, nohou. **Proxemika** představuje prostorové umístění. Optimální vzdálenost mezi lidmi, kteří spolu komunikují. Vzdálenost záleží, jak na osobním nastavení, tak na náladě, na situaci, ve které komunikují, i na charakteru komunikujících osob. Do těsné blízkosti si k sobě osoby pouští partnera, rodiče, děti. **Haptika**, komunikace pomocí doteků. Častější s partnerem, přáteli, příbuznými. V pracovním vztahu je obvyklé podání ruky. **Kinezika** se zabývá pohyby a jejich koordinací. Zahrnuje držení i polohu celého těla (posturologie). **Pohledy očí**, komunikace pomocí očí. Je přítomna v každé sociální situaci. **Celkový vzhled** to, jak vypadáme vysílá k ostatním určité signály. Jak jsme upraveni, nebo neupraveni. Jaké na sobě máme oblečení. Jaký máme účes, tělesné proporce, to vše ovlivňuje reakci druhých lidí (publi.cz).

3.2 Alternativní a augmentativní komunikace

„Alternativní a augmentativní komunikace je nabídkou a šancí především pro ty, kteří nemohou dostatečně komunikovat mluvenou řečí“. Definice AAK zmiňuje i postižení schopnosti dorozumívat se psaním (Šarounová, 2014).

Bendová (2014) vymezuje AAK, jako přechodné, nebo trvalé kompenzování projevů poruch a postižení u osob se závažným postižením řeči.

Pojem alternativní, představuje systémy, které plně nahrazují řeč a pojem augmentativní doplňuje, nebo rozšiřuje, již existující komunikaci (Vymazalová, 2012).

AAK jsou všechny postupy a prostředky v zájmu rozvoje dorozumívacích schopností, které konkrétní osoba užívá. Způsoby mají doplňovat a podporovat rozvoj už existujících komunikačních kompetencí. AAK, lze tedy považovat za rehabilitační, reedukační i kompenzační prostředek v oblasti narušené expresivní složky řeči (Bendová, 2014).

Uživatele AAK můžeme rozdělit do dvou skupin. Na uživatele s vrozenou těžce narušenou komunikační schopností a uživatele se získanou těžce narušenou komunikační schopností. O jedince s vrozenou narušenou komunikační schopností hovoříme, když došlo ke ztrátě

komunikačních dovedností už po narození. O jedincích se získanou narušenou komunikační schopností hovoříme, až když došlo ke ztrátě, nebo omezení už vytvořených komunikačních dovedností. Do této kategorie řadíme osoby se získaným tělesným, zrakovým, sluchovým postižením. Osoby se získanými kombinovanými vadami. Osoby se získaným mentálním postižením, do které spadá demence (Bendová, 2014).

AAK je podpora pro děti a dospělé s těžkými komunikačními poruchami. Nejčastěji s dětskou mozkovou obrnou, poruchami autistického spektra a mentálním postižením. Pro osoby po cévní mozkové příhodě, neurologickými onemocněními, nebo osoby s demencí (Šarounová, 2014).

U seniorů s Alzheimerovou chorobou dochází ke snížení aktivní slovní zásoby, snižuje se vybavení slov, schopnost vést dialogy. Objevuje se řečová dyspraxie. Poruchy rytmu řeči jsou narušeny. Dechové funkce a orální svalstvo také. Poruchy artikulace, snížené schopnosti, až neschopnosti porozumět mluvenému slovu (Bendová, 2014). Autorka dále tvrdí, že na výběru optimálního systému AAK se podílí kliničtí logopedové, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, speciální pedagogové, psychologové. A nikdy nelze upřednostnit jeden systém-metodu, který bude postižený používat.

AAK můžeme rozdělit na **komunikační systémy bez pomůcek** a **komunikační systémy s pomůckami**. Také můžeme rozlišovat AAK na **dynamické**, kam řadíme gesta a znaky, nebo **statické**, kam se řadí piktogramy, Bliss symboly, VOKS (Maštalíř, Pastieriková, 2018).

Mezi AAK **statické** řadíme:

Reálné předměty – konkrétní věci (flaška s pitím), představují samy sebe a jsou postiženému většinou nabízeny k výběru.

Zmenšeniny předmětů – jsou zástupným objektem při komunikaci. Jedná se o makety reálných předmětů, se kterými lze lépe manipulovat a jsou snadno rozpoznatelné.

Fotografie – jsou to vyfocená známá místa, konkrétní věci dané postižené osoby, činnosti, které osoba vykonává. Fotografie mu pomáhají se orientovat. S fotografiemi se může pracovat samostatně, nebo sestavovat do komunikačních tabulek.

Piktogramy – zjednodušené zobrazení předmětů, činností, vlastností. Zobrazují konkrétní pojmy. Jedná se o bílý symbol na černém pozadí. Využívají je osoby s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením, které tyto piktogramy ukazují.

Symbole VOKS – výměnný obrázkový komunikační systém. Jde o systém, kde pracujeme s vizuálními symboly. Osoby využívající tento systém, obrázky komunikačnímu partnerovi neukazují, ale přinášejí.

Systém Bliss písmo – jedná se o limitovaný počet prvků (asi 50), ze kterých se vytvářejí slova. Z prvků se vytvářejí komunikační tabulky. Jednotlivé symboly jsou vytvořeny z geometrických tvarů. Při ukazování, komunikující osoba zapojuje současně vokalizaci (Šarounová, 2014).

Mezi **dynamické** řadíme

Znakový jazyk – jedná se o vizuální pohybové signály, které umožňují přenos informací. Je tvořen pohyby jednou, nebo obou rukou. Je považován za komunikační prostředek neslyšících, vyžadující zpětnou vizuální vazbu.

Prstová abeceda – neboli prstová řeč. Jedná se o znaky tvořené různou polohou prstů jedné, nebo obou rukou. V prostoru zobrazuje jednotlivé grafémy.

Makaton – obsahuje znaky, kterými jdou vyjádřit základní potřeby a pokyny. Znakování, by mělo být doprovázeno mluvenou řečí a výrazem obličeje.

Znak do řeči – do mluvené řeči se používají znaky ze znakového jazyka, které doplňují komunikaci.

AAK bez pomůcek využívá nonverbální komunikaci. Jedná se tedy o mimiku, pohled, gestikulaci, motorické znaky. Reálné předměty, fotografie, piktogramy, systém Bliss, komunikační tabulky se řadí do **AAK s pomůckami** (Bendová, 2014).

AAK s pomůckami můžeme dělit ještě na netechnické pomůcky, kam spadají fotografie, slova, věty, komunikační tabulky. Technické pomůcky, zde se jedná o elektronické pomůcky a počítače např: počítače s hlasovými, nebo tištěnými výstupy. Jet Voice, jedná se o přepis mluvené řeči do psané podoby. Programy pro nápovědu (Maštalíř, Pastieriková, 2018).

U seniorů s Alzheimerovou nemocí se snažíme využívat systémy AAK určené pro osoby s mentálním postižením. Výběr AAK u osob není snadný kvůli měnícímu se obrazu nemocného. U každého pacienta by výběr AAK měl být individuální. S nácviky a učením se pracovat s pomůckami, by nemocní pacienti měli začít už v počátečním stádiu onemocnění (Šarounová, 2014).

Ke komunikaci se seniory s Alzheimerovou nemocí využíváme aktuální schopnosti a dovednosti jedince s demencí a zohledňujeme jeho komunikační kompetence, kvalitu jeho

senzorických schopností a motorických dovedností. Při výběru systému AAK pro tyto jedince, je také nutné zohlednit věk klienta. Nevyužíváme takové pomůcky, které by mohly působit nedůstojně.

U osob s mentální retardací se z AAK využívá předmětová komunikace. S osobami se komunikuje pomocí užívaných předmětů, zmenšeniny. Jedná se o pět až deset předmětů, se kterými se postižený během dne setkává. Ke komunikaci se využívají fotografie a piktogramy. Jedná se o pracovní postupy a návody, jak má osoba krok po kroku postupovat. Představuje zjednodušená zobrazení, které jsou srozumitelné všem kategoriím osob. U osob s mentálním postižením se ke komunikaci využívá komunikační systém VOKS, makaton. Znak do řeči je také jeden ze systémů, které osoby s mentálním postižením mohou využít (Bendová, 2014).

Jak již bylo výše uvedeno u seniorů s Alzheimerovou demencí můžeme při komunikaci využít fotografie, piktogramy, komunikovat s různými předměty, zmenšeninami. Tato komunikace, ale nebude úspěšná u seniorů s Alzheimerovou demencí, kteří už nebudou schopni tyto kompetence vykonávat. S těmito osobami budeme moci navázat komunikaci pomocí **validační terapie**. V této terapii se klade důraz na minulost. Jedná se o respektování jedinečnosti a neopakovatelnosti každého jedince a individuální přístup k němu. „*Cílem je zpomalení rozvoje choroby prostřednictvím empatického neposuzujícího naslouchání, při kterém terapeut akceptuje pohled jednotlivce na realitu, akceptuje pacienta takového, jaký je, s jeho pocity a vlastním vnitřním světem*“. Nasloucháním, nemocnému nabývá důvěra, jistota, pocit vlastní hodnoty a tím redukuje stres. Validace respektuje a akceptuje moudrost starého člověka, jeho dezorientovanost a vracení se do jeho minulosti. Není na něj vyvíjen tlak a přesvědčování ho o realitě. Validace, také pomáhá starým lidem s Alzheimerovou nemocí splnit jejich poslední životní úlohy-zemřít v klidu. Tito lidé potřebují kolem sebe někoho, kdo vyslechne a respektuje jejich pocity, berou je vážně, potvrzují a věří, že jsou pravdivé. Nasloucháním, se nemocnému snažíme vyplavit jeho potlačované emoce, a tím zmírnit stres. Validace je považována za morální podporu a formu pomoci, jakou seniorům se syndromem demence můžeme poskytovat. Hlavním principem je úcta k člověku (Ondriová, 2020).

Díky **bazální stimulaci** se seniory s Alzheimerovou nemocí můžeme také navázat komunikaci. Bazálně stimulující ošetrovatelská péče umožňuje integraci lidem do současného života a maximálně využívají jejich dřívějších životních návyků a zkušeností, taky akceptují jejich budoucí životní potřeby. Nejnáročnějším úkolem je pochopit potřeby pacienta, poznat a porozumět, jak komunikuje a na základě toho mu poskytnout prostor pro orientaci, jistotu a další rozvoj jeho osobnosti. Základními prvky konceptu jsou pohyb, komunikace, vnímání.

Při bazální stimulaci je potřeba celistvost. Bazální stimulace je koncept, který podporuje nejzákladnější bazální lidské vnímání. U pacientů by měly být provedeny s vědomím cílené stimulace zachovalých, ale také oslabených smyslů. „*Jen ten pacient, který v dané chvíli vnímá své tělo, může být schopen za určitých okolností, pokud zvolí ošetřující vhodný komunikační kanál, vnímat své okolí a teprve tehdy, až své okolí vnímá, může s ním navázat komunikaci*“. Nejedná se o komunikaci na verbální rovině, ale na jiných komunikačních úrovních. Bazální stimulace vychází z toho, že každý člověk, který trpí těžkou formou změny vnímání, dokáže v každé situaci alespoň něco málo svými smysly vnímat. Principem konceptu bazální stimulace je považovat zjištění, že pomocí vnímání vlastního těla můžeme jedince uvést do reality. Bazální stimulace pojímá člověka komplexně a vidí souvislosti a rovnováhu mezi jednotlivými rovinami. Výchozím bodem je zkušenost s vlastním tělem od ní se vyvíjí roviny motoriky kognice, komunikace, sociální zkušenost, emoce a vnímání. Bazální stimulace umožňuje, aby u nemocných osob docházelo k zachování života a zajištění jeho vývoje. Umožňuje klientovi vnímat vlastní život, poskytuje pomoc, pocit jistoty a důvěry, rozvíjí vlastní rytmus klienta. Bazální stimulace znamená ubírat se společně, po určitý čas, stejnou cestou. Formuje se ve vztahu mezi ošetřujícím a pacientem. Pomáhá ošetřujícím učit se vnímat tak, aby umožnili vnímat pacientovi, a to pomocí informací, které postrádá, a naopak redukcí těch informací, které ho zatěžují. Nabízí pacientovi vjemy, o kterých může pacient sám rozhodnout, zda je přijme či ne. Umožňuje člověku poznat a akceptovat vlastní hranice (Friedlová, 2018).

Preterapie se také využívá k navázání kontaktu a rozvoje s jedinci, se kterými nelze navázat kontakt běžným způsobem. Autor metody Garry Proudý nazval svou terapii „*reagováním na klienty*“. Východiskem je Rogersovská psychoterapie. Při práci s nemocnými jsou Rogersem uplatňovány tři základní principy: bezpodmínečná přijetí-zájem, péče, empatie – pochopení, konguence-stav osobnosti, chování. Bezpodmínečné přijetí klienta je opravdový zájem o poskytování péče. Slovy i neverbálně vyjadřuje pečující své pochopení a zájem o prožívání nemocného. Cílem je navázat, vytvořit a udržet kontakt s pacientem. V preterapii komunikace probíhá formou reflexí.

Reflexe situace, kde se nacházíme – sledujeme situaci, ve které se klient pohybuje. Popisujeme mu jeho chování. Sdělování konaných aktivit, pomáhají nemocnému orientovat se v realitě.

Obličejová reflexe – sledujeme, jaké výrazy se odehrávají ve tváři nemocného. Jsou sledovány emoce. Je vhodné dávat emoce do spojitosti s konkrétní situací.

Tělová reflexe – zaměřujeme se na gesta, držení těla. Můžeme spojit tělesné a emoční reflexe, ty pomáhají nemocnému vnímat své tělo.

Slovní reprodukce – pomáhá nemocnému posunout ho do verbálního vyjadřování. U seniorů s demencí usilujeme o vydávání zvuků.

Opakování úspěšných reflexů pro udržení kontaktu – opakujeme to, na co nemocný reaguje.

Nemocná osoba vidí, že ji sledujeme, víme, co dělá. Pomůžeme ji se orientovat v aktuální situaci (Venglářová, Mahrová, 2006).

Reminiscenční terapie, neboli terapie vzpomínkou. Je založena na vzpomínkách, vědomostech, které zůstávají uložené v dlouhodobé paměti. Cílem terapie je aktivace nervových spojů v mozku a pokus o zachování paměťové dráhy. Snažíme se o příjemnou atmosféru a zlepšení nálady celkového stavu nemocného, který je díky nemoci dezorientován. Pomůckou při terapii je vzpomínkový kufřík. Obsahuje věci, které provázely nemocného životem. Jedná se o fotografie, výšivky, hudební nahrávky, staré knihy a časopisy. Tento kufřík by u sebe měl mít každý postižený, bez ohledu na stupeň demence. Terapie může probíhat individuálně, nebo skupinově. Individuální terapie je terapeutické sezení s klientem a jeho vzpomínkami. K této formě nám pomáhá kufřík. O každé věci z kufříku hovoříme a ptáme se nemocného na příběh spjatý s věcí. Při skupinové terapii hovoříme se skupinou nemocných klientů. Probíhá pomocí rozhovoru, nebo skupinových činností, jako je vaření, zpívání, poslouchání hudby. Je důležité vybrat pomůcky, které všichni znají. Plakáty, fotografie herců z filmu pro pamětníky nebo věci, které dříve všichni používali (Alzheimer centrum.cz).

Navázat kontakt můžeme i pomocí **rezoluční terapie**, která neřeší minulé prožitky. Co nemocný řekne v danou chvíli je pro něj realita, nemá smysl to měnit. Snažíme se respektovat současný stav a nalézt city a prožitky ve slovech a reakcích nemocných. Při práci s osobou s demencí, mohou některé situace vyvolat v nemocném minulé zážitky a on reaguje jako v minulosti. Předpokladem terapie je obnova sebedůvěry a důstojnosti jedince. Výsledkem terapie musí být pocit nemocného, že je přijímán (Klevertová, 2017).

Canisterapie využívá kontaktu se psem pro zlepšení fyzického i psychického stavu člověka. Metoda se využívá ke zklidnění a soustředění. Terapie psem může aktivovat myšlení, paměť, komunikaci, motoriku. Vyšší tělesná teplota psa, než teplota člověka působí přímo na fyzický stav klienta. Canisterapie působí ve spoustě oblastech citové (hlazení, mazlení, komunikace se psem). Pohybové (házení míčku, jemná a hrubá motorika), při relaxaci (duševní rovnováha a

vliv na psychiku). Canisterapie nenahradí léčebnou část, ale může zlepšit kvalitu života (Fyzioklinika.cz).

3.3 Zásady komunikace

Při komunikaci se seniory trpící Alzheimerovou nemocí, může docházet ke komunikačním problémům. Starý nemocný člověk trpí poruchou smyslového vnímání, afázií, kognitivními poruchami. Naslouchání je důležitá část komunikačního procesu (Minibergerová, 2006).

Klevetová (2017) popisuje zásady komunikace a spolupráce se seniory trpící Alzheimerovou nemocí. Před samotnou komunikací, by si osoba měla získat informace o stavu nemocného pacienta. Jaký stupeň a typ demence má osoba, se kterou chce komunikovat. Pokud je to možné zjistit. Ne vždy se to povede.

Autorka uvádí tyto zásady. S nemocnými bychom měli hovořit a oslovovat je stejně, jako předtím, než se u nich vyskytla nemoc. Na osobu hovoříme v jednoduchých a srozumitelných větách a pomalým tempem. Úkoly kladené na nemocnou osobu, by měly být dány postupně. Při rychlém zadání mnoha úkolů, může u nemocného vzbuzovat pocit neschopnosti. Při komunikaci, ale i práci s nemocnými seniory, bychom měli sdělovat co děláme. Osoby by měly být informovány o čase a prostoru. Může se stát, že nemocný odmítá vykonávat nějakou činnost. Nabízíme nemocnému jiný program. Nemocné osoby nemusí vědět co potřebují, nebo chtějí. U nemocných seniorů by osoby, které s nimi budou komunikovat měli brát jejich city a emoce na vědomí. I když se mohou zdát jako nesmyslné a nereálné. Měl by o ně být projeven zájem, a nemocného neponižovat. Jak se nemocné osoby vyjadřují má svůj význam. Reagují na své pocity a vzpomínky. Jejich vyjadřování může být nepochopitelné, ale není vhodné se jim vysmívat. Nepřerušujeme přirozenou činnost nemocného. Nepokládáme otázky typu „co děláte“ „kam jdete“. Osoby by se neměly usměrňovat, napomínat, bojovat s nimi, odmítat a přehlížet je. Postarejte se o bezpečí, které osoby postrádají při velké úzkosti. Potvrďme jejich představu a buďme tím, za co nás považují. Snažme se pochopit chování nemocných. Jejich chování nechápejme, jako vzdor, negaci, nebo lenost. Osoby mohou prožívat úzkosti a obavy z přicházejících situací. Jejich proměny chování jsou náhradním řešením. Osoby mají svůj svět to, co o sobě říkají, tak skutečně myslí. Měli bychom se vyhnout větám „zapomněl jste“, „už jsem vám to říkala“. Spíše napovídejme nemocnému slova, které při komunikaci hledá. Pokusme se o jiný způsob vyjádření stejného významu. K navázání kontaktu určité situace a zážitků využijme činnosti z minulosti seniorů. Chvalme nemocné. Oceňujme za konkrétní činnosti. Důležité je chválit, za každé maličkosti, které dokázali.

Minibergerová (2006) tvrdí, že při komunikaci se starým člověkem trpící demencí přichází na řadu neverbální komunikace. Při komunikaci je potřeba se soustředit na celý komunikační proces. Dívat se nemocnému do tváře, mluvit pomalu a hlasitěji, pečlivě artikulovat, vytvářet krátké věty. Důležitý je přímý zrakový kontakt. Může se posilovat důvěra nemocného tím, že budeme využívat dotekový kontakt, a to podáním ruky. Osoby mohou být pohlazeny po ruce, mohou mít položenou ruku na rameni. Pohlazení uklidňuje a zmírňuje agresivitu. Starý nemocný člověk velmi pomalu komunikuje. Potřebuje delší čas, aby sdělený obsah zpracoval, porozuměl a vyjádřil svoji odpověď. Při komunikaci s demenčním pacientem je důležité si vytvořit dobré podmínky. Je potřeba zjistit, že osoba dobře vnímá, až poté můžeme začít komunikovat. Je lepší přijímat iniciativy nemocného, než přicházet s vlastními. Neverbální projevy osoby pomohou rozpoznat její iniciativy. Vyplatí se poslouchat slova nemocného a snažit se porozumět co se za nimi skrývá. Když osoba nerozumí, pokusme se totéž říct jinými slovy, povzbuzujeme, dávejme najevo co dělá správně. Používejme slova, která dotyčný nejčastěji používá. Všechny pokyny, instrukce by měly být přesné, jednoznačné, používané v krátkých jednoduchých větách. Při společných činnostech pojmenujme to, co děláme i to, co má dělat nemocný. Nepokládejme zbytečné otázky. Měla by být vyjádřena úcta a respekt.

Klevetová (2017) popisuje zásady přístupů k seniorům s demencí. Je důležité si sdělovat informace o nemocné osobě s těmi, kteří sní také přicházejí do kontaktu. Musíme si uvědomit, že klienta nezměníme, musíme ho brát takového jaký je. Nezatěžujeme nemocné osoby přehnanými nároky. Osobám s demencí plánujme denní aktivity pravidelně, ve stejný čas a názorně jim je ukazujeme. K vytvoření příjemného prostředí využijme vhodné pomůcky, kterými jsou například fotografie, obrázky, oblíbené oblečení, knihy, hudba, společná setkání, oblíbené záliby. Zachovávejme stabilní prostředí a umožněme denní orientaci-kalendář, hodiny, rozvrh. Postiženým ubývají pohybové a paměťové schopnosti, které mohou způsobit strach z koupání, přesunu, cestování, ze známých i neznámých osob, proto se snažme pochopit chování pacienta, které je důsledkem nemoci. Zaměstnávejme nemocného, tím pádem se vyhne provádění neúčelných aktivit-opakovaného dotazování, zapínání a rozepínání oděvu, přesouvání věcí z místa na místo, trhání oděvu, mačkání rukou. Osoba neví, že je nemocná, brání se péči o ni. Je přesvědčena, že řadu úkonů již provedla. Často může obviňovat druhé ze situace, které se nestaly. Nemocný je nespokojený, odchází do práce, nakupovat, ale u nemocných bývá normálním projevem toulání a bloudění. Utíkají z nepříjemných míst, hledají něco zajímavého.

Dementního člověka se snažíme udržet ve fyzickém stavu. Osobám necháváme jejich osobní prostor, například rodinné fotografie, památné předměty. Nevykonáváme za ně úkony, které zvládnou samy, i když špatně. Pokoušejme se staré lidi stimulovat, například pohybem, vůněmi, hudbou. Braňme je izolaci od ostatních, i když se osoby nemohou účastnit aktivit, alespoň je nechejme jako diváky, udržujte dobrý fyzický vzhled nemocných osob (Minibergerová, 2006).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

4.1 Hlavní cíle, dílčí cíle

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit možnosti, jak komunikovat s osobami seniorského věku s neurokognitivní poruchou, která je způsobena Alzheimerovou nemocí.

Vymezením výzkumného cíle, byly formulovány i výzkumné otázky. **Hlavní výzkumná otázka zní:** Jaké jsou možnosti komunikace s osobou seniorského věku s neurokognitivní poruchou, která je způsobena Alzheimerovou nemocí, v domácím prostředí?

Dílčí výzkumné otázky:

1. Jaké komunikační prostředky rodina ke komunikaci využívá?
2. Z kterých dostupných zdrojů získala rodina informace o možnostech komunikace?
3. Jsou zvolené komunikační prostředky efektivní?

4.2 Výzkumné metody

Pro zpracování výzkumné části bakalářské práce, byly použity metody kvalitativního výzkumu-kazuistika, zúčastněné pozorování, neformální a kvalitativní rozhovor.

Kvalitativní výzkum jsou metody ke zkoumání jevů, kdy do popředí vstupuje podrobná analýza. Kvalitativní metodologie vyžaduje dobrou orientaci ve zkoumané oblasti, předvídatost, přizpůsobivost a uvědomění si určitého rizika. Zahrnuje každodenní běžné situace jedinců a skupin. Využívá přepisu terénních poznámek z pozorování, rozhovorů, deníků, osobních komentářů, úředních dokumentů (Skutil, 2011).

Švaříček, Šedřová (2014) definují kvalitativní přístup jako: „*Proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založených na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*“

4.2.1 Případová studie-kazuistika

Případová studie se řadí mezi nejrozšířenější typ u kvalitativního výzkumu. Jedná se o získání podrobné, hloubkové znalosti o jednom, nebo několika případech (Skutil, 2011). Kazuistika je popis jedné, nebo dvou osob se stejnými, nebo podobnými problémy. Účelem kazuistiky je získat novou představu, nebo potvrdit dřívější nález (Mihál).

4.2.2 Pozorování

Pozorování je nejstarší a nejrozšířenější metodou, kterou získáváme data. Pozorování se považuje za nejdůležitější způsob shromažďování materiálu (Chráska, 2016).

„Pozorování je založeno na sledování a následné analýze jevů, které lze vnímat smysly.“

Pozorování může být záměrné, cílevědomé, plánovité, systematické, řízené (Křováčková in Skutil, 2011).

4.2.3 Rozhovor

Rozhovor vyžaduje dovednost, citlivost, koncentraci, porozumění. Musí se také zvážit délka rozhovoru. Dotazování zahrnuje různé typy rozhovorů, dotazníků. Zmíněné metody se mohou použít samostatně, nebo v kombinaci s jinými metodami (Hendl, 2005). Tazatel v rozhovoru klade otázky respondentovi a získává jeho odpovědi tím, že shromažďují data o dané problematice (Hendl, Remr, 2017). Rozhovor se skládá z přípravy rozhovorů, průběh dotazování, přepis, reflexe a analýzy dat (Švaříček, Šeďová, 2014).

4.3 Charakteristika výzkumného prostředí a vzorků výzkumu

Výzkumné části-kazuistika, pozorování i rozhovor byly uskutečněny u rodiny z okolí mého bydliště. Rodina bydlí v panelovém domě v bytě 3 + 1, který se nachází v 5. patře bez výtahu. V bytě se nachází kuchyň, obývací pokoj, ložnice manželského páru a pokoj pro seniorku s demencí. Seniorka ve svém pokoji má postel, křeslo, šatní skříň, komodu, na které má umístěnou televizi. Po zdech místnosti, má žena pověšené rámečky s fotografiemi rodiny i svých známých. Také má na poličkách sbírku keramických slonů, které dříve ráda sbírala. V bytě se nachází i koupelna se záchodem. V bytě bydlí manželský pár. Bydlí zde i matka ženy, která trpí Alzheimerovou nemocí. Rodina má i psa jezevčíka. Rodinu navštěvují i další členové rodiny.

Na základě osobní známosti s rodinou, byla seniorka s Alzheimerovou nemocí vybrána, jako výzkumný vzorek. Celá rodina dala souhlas účasti na výzkumném šetření. Rodina souhlasila i s nahlédnutím do zdravotní dokumentace i ostatních spisů nemocné seniorky. Rodina, ale nechtěla, aby byla zmíněná jejich osobní data, příjmení i přímá adresa. Jelikož žena s demencí není umístěna v žádném zařízení a stará se o ni dcera, zaměřili jsme se na to, jak s nemocnou matkou komunikuje ona i zbytek rodiny.

5 Kvalitativní výzkum

5.1 Kazuistika

Základní údaje

Jméno: paní J

Rok narození: 1944

Věk: 79

Povolání: zahradnice

Vzdělání: vyučená prodavačka

Mateřský jazyk: český jazyk

Rok zjištění nemoci: 2021

Diagnóza: Alzheimerova nemoc s pozdním nástupem

Rodinná anamnéza

Paní J. je 20 let vdova. Její manžel umřel na infarkt. Měli spolu jednu dceru H., která se o ni stará. Důvodem k návštěvě obvodního lékaře bylo zapomínání při běžných aktivitách a agitovanost. Po neurologickém, psychiatrickém vyšetření byla diagnostikována Alzheimerova nemoc s pozdním nástupem. Žena má od svých 55 let také diagnostikovanou poruchu funkce štítné žlázy. V rodině paní J. se nevyskytovala žádná genetická onemocnění.

Osobní anamnéza

Paní J. bydlí v bytě se svojí dcerou a dceřiným manželem, kteří mají i psa jezevčíka. Dcera je jejím opatrovníkem. Žena má dvě vnoučata, a čtyři pravnoučata, kteří ji nepravidelně navštěvují. Paní J. byla vyučená prodavačka, ale toto povolání vykonávala pouze tři roky, potom otěhotněla. Po návratu do práce pracovala jako zahradnice v zahradnictví, kde sázela stromky, okopávala, zalévala, následně shromažďovala k prodeji. Nyní je ve starobním důchodu. Dříve bydlela v rodinném domě na vesnici, kde měla velkou zahradu. Její zálibou bylo pěstování ovoce a zeleniny. Ráda jí sladké, poslouchá oblíbeného zpěváka Karla Gotta. Má ráda staré filmy.

Charakteristika zdravotního stavu

Kazuistika paní J. vznikla v domácím prostředí na základě pozorování, rozhovorů s dcerou a vnučkou paní J. K dispozici byly lékařské zprávy.

Paní je J. je mobilní s dopomocí. Po svém pokoji se pohybuje pomalu, ale dokáže to sama. Po bytě se přidržuje madel, které mají upevněné na stěnách. Po náročnější činnosti se rychleji unaví. Žena si sama nepřipraví jídlo ani pití. Jíst dokáže sama, ale po malých kouskách a jenom lžící. Pití pije ze sklenice pomocí brčka. Hygiena je poskytována dcerou, při které ji paní J. pomáhá. Koupelna je z části přizpůsobena a upravena madly a protiskluzovými podložkami. Močení i stolici přes den s doprovodem dcery, zvládá bez obtíží. Pro jistotu dcera dává inkontinenční vložky. Přes noc řešeno plenou. Paní J. nemá své zuby. Má zubní náhradu, kterou odmítá nosit. Oblékání i obouvání je zajištěno dcerou. Paní J. se neorientuje v čase, ale ví, kde se nachází. Komunikace je velice komplikovaná. Nedokáže dostatečně zpracovat sdělené informace. Nedokáže přijímat informace pomocí slov, slova nedokáže ani vyslovit. Občas řekne nějaké slovo, ale zkomoleně. Vydává pouze zvuky. Komunikuje pomocí piktogramů. Kontakt s dcerou navazuje ochotně. Vyskytuje se u ní porucha poznávání osob. Osoby z dřívější doby poznává, ale pravnoučata ne. Žena nosí brýle na čtení, které mnohdy nepoužívá. Paní J. je pod kontrolou odborníků. Dochází na pravidelné kontroly k neurologovi, psychologovi, praktickému lékaři. Lékaři předepsali lék Adonep. Lékařem byl doporučen vytvořit denní řád. Paní J. se o sebe nedokáže sama postarat. Je důležité, aby s ní neustále někdo byl. Protože si její dcera, také potřebuje zařídit své potřebné věci, navštěvuje paní J. denní stacionář, kam dochází čtyři dny v týdnu, jen na část dne. Většinou se jedná o čtyři hodiny. V denním stacionáři se zaměřují na individuální formu terapie s podporou a rozvojem kognitivních funkcí, také na psychomotorickou terapii. Doma s dcerou se zaměřují na muzikoterapii, reminiscenční terapii a pracovní terapii. Občas je využívána odlehčovací služba, většinou přes víkend. Jelikož se zdravotní stav paní J. pomalu zhoršuje, je na zvážení dcery, jestli se o nemocnou nadále zvládne starat v domácím prostředí, nebo bude potřeba vyhledat zařízení, kde by se o paní J. postarali.

5.2 Pozorování

Pozorování bylo uskutečněno formou nezúčastněného pozorování. Nezúčastněný pozorovatel minimalizuje interakci a snaží se získat záznam chování jedince. Nezúčastněné pozorování není

ovlivněné citovou stránku pozorovatele (Hendl, 2005). Pozorování probíhalo také v domácím prostředí, kde seniorka s demencí bydlí. Pozorování probíhalo v čase jednoho dne.

Bylo zahájeno osmou hodinou ranní a ukončeno v půl sedmé večer. Po domluvě s dcerou nemocné, byla možnost se volně pohybovat po bytě, aby pozorování bylo co nejpřesnější a zároveň neomezovalo seniorku. V den pozorování, seniorka nebyla v denním stacionáři, ale byla s dcerou doma.

5.2.1 Analýza pozorování

Na příchod pozorovatele nemocná seniorka zareagovala pouze „*fuj fuj*“, ale to až po představení dcerou. Během celého pozorování, pozorovatele seniorka nevnímala, proto bylo možné pozorovat bez problémů.

Pozorování probíhalo v bytě, kde seniorka bydlí. Chování seniorky při pozorování bylo klidné. Nepozorovali jsme žádné agresivní chování. Vyjadřování probíhalo pomocí zvuků, zkomolenin, ale také pomocí komunikační tabulky. Matka seniorky také ukázala, jak využívají muzikoterapii a bazální stimulaci. Při pozorování bylo zjevné, že si seniorka pamatuje věci z dřívější doby a dokážou ji vykouzlit úsměv na tváři. Ráda si také pouští muziku a sleduje filmy. Při výběru filmu má volnou ruku, a to se jí líbí. Při sázení semínek byla úplně šťastná. Nepoznali bychom, že seniorka trpí Alzheimerovou nemocí. Postupovala přesně, tak jak se má. Nepotřebovala poradit a všechno zvládla sama. Mohli jsme pozorovat i chvíle, kdy nechtěla konkrétní činnosti vykonat, zasekla se, nebo také svou dceru nepoznala. Během pozorování jsme si mohli všimnout, že seniorce dělá problémy strava. Aby dcera seniorku upoutala k jídlu musí vyprávět nějaký příběh. Jelikož má seniorka narušenou krátkodobou paměť, dcera používá stejné příběhy. Můžeme říct, že si seniorka nepamatuje určité věci, jak se vykonávají. Někdy si vzpomene, jak si má umýt ruce, někdy ji musí dcera říkat postup po postupu, a ještě jí je předvádět.

Z pozorování můžeme usoudit, že seniorka dokáže komunikovat pomocí zkomolenin, zvuků, pomocí výrazu obličeje a také pomocí komunikačních tabulek, ve kterých má piktogramy a obrázky. Při pouštění její oblíbené hudby či filmu se dokáže zklidnit a soustředit se.

5.3 Rozhovor

Rozhovory proběhly individuálně s každou osobou. Rozhovor s dcerou paní J. probíhal v domácím prostředí v den, kdy probíhalo pozorování. S vnučkou paní J. byl rozhovor uskutečněn v kavárně, která se nachází v blízkosti práce paní N. Oslovení respondentek

proběhlo osobní formou. S paní N. se konkrétní datum, kdy se měl rozhovor uskutečnit domluvilo telefonickou formou. Respondentky byly vybrány z důvodu nejčastějšího starání a komunikování s nemocnou osobou. Respondentky neměly žádný problém s poskytnutím rozhovoru. Paní H. neměla problém v nahrávání rozhovoru, ale paní N. nechtěla být u rozhovorů nahrávána, proto rozhovor musel být důkladně zaznamenáván.

5.3.1 Analýza rozhovoru s respondentkou H

První respondentka paní H. je dcerou nemocné seniorky. Paní H. byla velmi komunikativní a vstřícná. Na otázky odpovídala celými větami. Odpovědi byly dlouhé a rozvinuté. Celý rozhovor trval čtyřicet minut.

Respondentka nám dokázala popsat, že hlavním momentem, kdy si uvědomila, že její matka trpí demencí bylo, když se jí ztratila. Jejími dalšími kroky byly návštěvy lékařů s maminkou. Sdělila nám, že podrobnější informace o Alzheimerově nemoci zjistila z knih, internetu a brožur, které dostala od lékařů. Paní H. nám prozradila, že se o svou maminkou rozhodla pečovat doma, jelikož jí nechtěla dát do žádného zařízení a cítila povinnost, že se musí o maminku postarat. Svěřila se, že postupem času se péče o maminku stala náročnou a vyhledala pomoc. Našla pro maminku denní stacionář, kam dochází. Její informace o možnostech komunikace pramení z internetových stránek, seminářů, kurzů, knih. Mezi komunikační prostředky, které paní H. ke komunikaci s matkou využívá, uvedla mluvenou řeč. Zmínila, že s matkou komunikují pomocí piktogramů, obrázků, fotografií. Zaměřují se také na muzikoterapii či bazální stimulaci. Žena nám uvedla, že matce popisuje ty činnosti, které vykonává. Sleduje její výrazy v obličeji, díky prohlížení starých fotografií nemocná vydává zvuky. Vše zmíněné, můžeme zařadit do preterapie. Na otázku, zda si myslí, že jsou komunikační prostředky účinné odpověděla, že ano. Díky zmíněným komunikačním prostředkům spolu dokážou komunikovat.

Ještě jednou děkujeme respondentce za rozhovor. Můžeme říct, že paní H. je dostatečně informována o nemoci, jak pečovat o svou matku, jaké komunikační prostředky využívat ke komunikaci.

5.3.2 Analýza rozhovoru s respondentkou N

Respondentka paní N. je vnučkou nemocné seniorky. Paní N. na otázky odpověděla jednoduše. Odpověděla na to, co měla. Otázky moc nerozváděla. Respondentka nechtěla být při rozhovoru nahrávána, proto byly odpovědi pečlivě zaznamenávány a důkladně přepsány. Rozhovor trval 20 minut.

Respondentka nám dokázala popsat příznaky, které se u její babičky vyskytovaly. Ona je vnímala, ale na její postřehy o chování babičky nikdo nereagoval. Byla si vědoma toho, že se tyto příznaky mohou vyskytovat u Alzheimerovy nemoci. Zmínila, že si informace o této nemoci zjistila, až když její babičce byla stanovena diagnóza. Respondentka uvedla, že nesouhlasila s tím, aby její matka pečovala o babičku v domácím prostředí. Chtěla, aby její babička byla umístěna v zařízení, kde se oni dokážou postarat. Paní N. sdělila, že své rodiče i babičku navštěvuje jednou za čtrnáct dní, anebo v nepřítomnosti matky se o ni stará. Respondentka uvedla, že ke komunikaci s babičkou využívá mluvenou řeč. Babička vydává zvuky, zkomolená slova. Komunikují také pomocí komunikační tabulky, kde má seniorka piktogramy, obrázky, fotografie. Uvedla, že v době, kdy se stará o svou babičku dodržuje nastavený režim, který seniorka má. Zmínila, že ke komunikaci využívají i bazální stimulaci, muzikoterapii. Popisuje, že o možnostech komunikace se dozvěděla z knih, vyhledávala články na internetu, a také jí informace sdělila matka. Na otázku, zda si myslí, že jsou tyto prostředky ke komunikaci účinné odpověděla, že v této situaci a za takového zdravotního stavu babičky jsou účinné. Žena také uvedla, že si myslí, že v zařízení by se seniorkou využívali mnohem více komunikačních prostředků.

Ještě jednou děkujeme respondentce za rozhovor.

6 Shrnutí výzkumného šetření

Jak již bylo zmíněno, výzkumná část se skládá z kazuistiky, pozorování a rozhovoru. Měli jsme možnost pozorovat osobu seniorského věku trpící Alzheimerovou nemocí a dceru, jako pečující osobu. Rozhovory probíhaly s osobami, které se o nemocnou osobu starají nejvíce. Naším hlavním cílem bylo zjistit, **Jaké jsou možnosti komunikace s osobou seniorského věku s neurokognitivní poruchou, která je způsobena Alzheimerovou nemocí, v domácím prostředí?**

K hlavnímu cíli nám pomohly dílčí výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké komunikační prostředky rodina ke komunikaci využívá?

Z rozhovorů s rodinnými příslušníky můžeme konstatovat, že rodina ke komunikaci s nemocnou osobou využívá řeč. Nemocná osoba rozumí mluvenému slovu. Ke komunikaci také využívají komunikační tabulku, kde má nemocná piktogramy, obrázky, fotografie. Důležitou součástí komunikace, je také bazální stimulace a muzikoterapie, které seniorce s Alzheimer pomáhají k udržení pozornosti, ke zlepšení nálady, k uklidnění. Rodina také využívá komentování činností, které seniorka vykonává. Používají staré fotografie, příběhy, které si seniorka pamatuje a vybaví si je. Matka s dcerou zřejmě neví, že se jedná o další komunikační prostředek, a to je preterapie.

Výzkumná otázka č. 2: Z kterých dostupných zdrojů získala rodina informace o možnostech komunikace?

Díky rozhovorům s dcerou a vnučkou nemocné seniorky jsme zjistili, že dcera se o nemoc matky po její diagnostice zajímala opravdu důkladně. Jelikož věděla, že si matku chce nechat doma a pečovat o ni, četla různé knihy, jak o Alzheimerově nemoci, tak o způsobech, jak s nemocnou osobou komunikovat a navázat komunikaci. Navštěvovala různé internetové stránky, kde se také přihlásila na kurzy a semináře pro pečující osoby. Dalšími zdroji byli lékaři, kteří se starali o její nemocnou matku. S nimi také konzultovala zvolené komunikační prostředky. Vnučka nemocné seniorky si informace také hledala v knihách a internetových zdrojích, ale ne tak důkladně, jako její matka. Informace také získala z matčiných získaných zdrojů.

Výzkumná otázka č. 3: Jsou zvolené komunikační prostředky efektivní?

Respondentky tvrdí, že zvolené komunikační prostředky, které ke komunikaci se seniorkou trpící Alzheimerovou nemocí využívají jsou dostatečné. Seniorka rozumí mluvenému slovu, sama vydává zvuky ke komunikaci, a komolí slova. Chápe, jak využívat komunikační tabulku, aby sdělila to, co potřebuje. Výše zmíněná bazální stimulace či muzikoterapie, také seniorce kladně působí na její zdravotní stav.

Pozorováním jsme potvrdili, že komunikační prostředky, které byly v rozhovorech respondentek zmíněny, se seniorkou využívají. Jelikož seniorka během pozorování komunikační prostředky využívala, chápe je, nedělají ji problémy, můžeme říct, že jsou komunikační prostředky efektivní.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem možnosti komunikace s osobami seniorského věku se závažnou neurokognitivní poruchou způsobenou Alzheimerovou nemocí.

Byla rozdělena na dvě části teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsme se zaměřili na neurokognitivní poruchy, kde jsme popsali jejich vymezení, klasifikaci, zaměřili jsme se Alzheimerovou nemoc. Druhá kapitola se zabývá osobami seniorského věku, kde jsme popsali jejich neurokognitivní funkční oblasti. Jedna kapitola se také věnuje komunikaci se seniory s Alzheimerovou nemocí, kde se zabýváme alternativní a augmentativní komunikací, a také nejčastějšími chybami v komunikaci.

Na teoretickou část navazuje část praktická, která mapuje možnosti komunikace s osobou seniorského věku trpící Alzheimerovou nemocí v domácím prostředí. V praktické části popisujeme metodologii námi prováděného výzkumného šetření. Kapitoly jsou rozděleny na výzkumnou část, na samotný kvalitativní výzkum a shrnutí výzkumného šetření. Byly stanoveny hlavní a dílčí cíle. Cílem praktické části bylo zjistit, jaké jsou možnosti komunikace se seniory trpící Alzheimerovou nemocí. Myslíme si, že naše práce splnila stanovený cíl, který byl na začátku práce stanoven, a toto zjištění hodnotíme jako velmi přínosné

Důležité je, aby komunikace se seniory, kteří trpí Alzheimerovou nemocí probíhala v zařízeních, které jsou pro tyto osoby určené, ale také v domácí péči. Je nezbytné, aby si členové rodiny o této nemoci zjistili dostupné informace a o tuto nemoc se zajímali. Pokud se členové budou dostatečně zajímat a zjišťovat informace, bude to pro ně i pro nemocné zjednodušení jejich rodinné situace.

Seznam použité literatury

BARTOŠ, Aleš a Miloslava RAISOVÁ. *Testy a dotazníky: pro vyšetřování kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti*. Mladá fronta, 2019. ISBN 978-80-204-5490-4.

BARTOŠ, Aleš a kol. *Diagnostika poruch vědomí v klinické praxi*. Karolinum, 2015. ISBN 80-246-0921-5.

BENDOVIÁ, Petra. *Alternativní a augmentativní komunikace I*. Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-244-3703-3.

BENEŠOVÁ, Marika. *Odmaturuj: z biologie*. 1. Brno: Didaktis, 2003. ISBN 978-80-86285-67-2.

BRAGDON, Allen a David GAMON. *Nedovolte mozku stárnout*. Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-500-4.

CALLONE, Patricia R., Connie KUDLACEK a Barbara C. VASILOFF., a kol. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2320-4.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.

EHRENFREUCHTER, Claudia. *Když se paměť vytrácí: Život s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence z pohledu pacientů i pečujících*. Tarsago, 2015. ISBN 978-80-7406-248-3.

EMMERT, František a Tomáš KASTRŇÁK a kol. *Odmaturuj: ze společenských věd*. 1. Brno: Didaktis, 2004. ISBN 80-86285-68-5.

FERTALOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. 1. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: Praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2018. ISBN 978-80-907053-1-9.

GLENNER, Joy A. a kol. *Péče o člověka s demencí: Průvodce pro rodinné příslušníky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0.

- HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.
- HEGER, Vladimír. *Komunikace ve veřejné správě*. 1. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3779-9.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. 1. Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1192-1.
- HRDLIČKA, Michal a Darina HRDLIČKOVÁ. *Demence a poruchy paměti*. Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7369-797-4.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 2. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
- IDDON, Jo a Huw WILLIAMS. *Paměť: 10 kroků k posílení paměti*. 1. Londýn: Hamlyn, 2003. ISBN 80-7360-053-6.
- JANOUŠEK, Jaromír. *Psychologické základy verbální psychologie*. Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4295-3.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ, Claudia BORZOVÁ a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
- KERN, Hans. *Přehled psychologie*. Portál, 1999. ISBN 80-7178-426-5.
- KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0102-3.
- KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. *Kognitivní trénink v praxi*. 2. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5580-9.
- KOL. AUTORŮ. *DSM 5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Portál, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.
- KOUKOLÍK, František. *Mozek a jeho duše*. 4. Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-124-7.
- KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. 1. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1491-4.

- LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: Diferenciální diagnostika*. 1. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.
- MACE, Nancy a Rabins PETER. *Alzheimer*. 1. Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-583-2.
- MAŠTALÍŘ, Jaromír a Lucia PASTIERIKOVÁ. *Alternativní a augmentativní komunikace*. 1. Olomouc, 2018.
- MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka*. 1. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1521-6.
- MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno, 2006. ISBN 80-7013-436-4.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Obecná psychologie*. Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-929-7.
- NIKOLAI, Tomáš, Martin VYHNÁLEK a Hana ŠTĚPÁNKOVÁ. *Neuropsychologická diagnostika kognitivního deficitu u Alzheimerovy chorob*. 1. Praha: Psychiatrické centrum, 2013. ISBN 978-80-87142-25-7.
- OPPOLZER, Ursula. *Zlepšete si paměť, koncentraci a myšlení: Praktická cvičení, testy a tipy*. 1. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2877-8.
- OREL, Miroslav, Roman PROCHÁZKA a kol. *Vývojová neuropsychologie*. 1. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-3080-1.
- OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ a kol. *Člověk jeho smysly a svět*. 1. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2946-6.
- PAULÍK, Karel. *Základy psychologie*. 2. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, 2003. ISBN 80-7042-638-1.
- PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. 1. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
- PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. 1. Praha: Akademie věd České republiky, 2004. ISBN 80-200-1086-6.
- POKORNÝ, Jan. *Lingvistická antropologie: jazyk, mysl a kultura*. 1. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2843-8.

- POLÁKOVÁ, Petra. *Jak rozvíjet pohyb, emoce a smysly: pozorné a spokojené dítě*. 1. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0760-5.
- PREISS, Marek a Jaro KŘIVOHLAVÝ. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. 1. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2738-7.
- RŮŽIČKA, Evžen a kol. -. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. 1. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-205-6.
- SKUTIL, Martin a kol. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.
- ŠAROUNOVÁ, Jana a kol. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.
- ŠÁTEKOVÁ, Lenka a kol. *Demence: hodnotící techniky a nástroje*. 1. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1695-9.
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Poznávání duševního života člověka*. 4. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2977-9.
- ŠLAPAL, Radomír. *Vývojová neurologie: pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-160-7.
- ŠPAČKOVÁ, Alena. *Trénink techniky řeči: Naučte se mluvit barevně*. Praha: Grada Publishing, 2015.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
- ŠVESTKOVÁ, Olga a Jan PFEIFFER. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčební postupy*. 1. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0084-2.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Obecná psychologie: Dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. 1. Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3268-1.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada, 2006. ISBN 80-247-162-8.
- VETEŠKA, Jaroslav, Michal VOSTRÝ a kol. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. 1. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-2866-2.

VYBÍRAL, Zdeněk. *Psychologie komunikace*. Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4.

VYMAZALOVÁ, E. in REGEC, V., STEJSKALOVÁ, K et al. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 1. Vydání. ISBN 978-80-244-3203-8

ZGOLA, Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. 1. Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.

Internetové zdroje

BENEŠOVÁ, Vanda. *Zdravi.euro.cz* [online]. [cit. 2022-05-17]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/demence-diagnostika-lecba-153070>

BRÁZDIL, Milan. *Diagnostika poruch gnostických funkcí v klinické praxi* [online]. [cit. 2022-05-23]. Dostupné z: <https://www.czech-neuro.cz/content/uploads/2018/03/brazdil.pdf>

DEMENTIA I.O.V., Z.Ú. *Nzip.cz* [online]. [cit. 2023-03-06]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1273-demence-pecujici-jak-spolu-komunikovat>

DOHNÁLKOVÁ, Anna. *Klíčové kompetence celoživotního učení* [online]. 10.3.2021 [cit. 2022-05-23]. Dostupné z: <https://medium.com/edtech-kisk/kl%C3%AD%C4%8Dov%C3%A9-kompetence-celo%C5%BEivotn%C3%ADhou%C4%8Den%C3%AD-ef59bc2c36f5>

Fyzioklinika: *Canisterapie* [online]. [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <https://fyzioklinika.cz/poradna/clanky-o-zdravi/17-canisterapie>

KOHOUTEK, Rudolf. [online]. <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/komunikacni-kompetence> [cit. 2022-05-23].

MIHÁL, Vladimír. *Proč a jak psát kazuistiku?* [online]. [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2020/89/01.pdf>

ONDŘIOVÁ, Iveta. *Principy validační terapie u seniorů*. *Senior zone* [online]. 2020 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: https://www.seniorzone.cz/33/principy-validacni-terapie-u-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4_CGKCX79jw9vWyk/?uri_view_type=32

Reminiscenční terapie. *Alzheimer centrum* [online]. 2019 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <https://www.alzheimercentrum.cz/index.php?p=reminiscencni-terapie>

ŠERÁKOVÁ, Hana, Jaroslav VRBAS, Daniela JONÁŠOVÁ a Aneta NĚMČANSKÁ. *Psychomotorika nejen pro děti: Vymezení psychomotoriky* [online]. Brno: Pedagogická fakulta MU, 2021 [cit. 2022-05-20]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/pedf/ps20/psychomotorika/web/pages/1_vymezeni_psychomotoriky.html

Všeobecná zdravotní pojišťovna [online]. [cit. 2022-05-17]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/jake-jsou-moznosti-vysetreni-kvuli-alzheimerove-chorobe-a-kdo-je-muze-pacientovi-udelat>

VYBRANÉ KAPITOLY Z MANAŽERSKÉ PSYCHOLOGIE: *Základní aspekty komunikace v manažerské práci* [online]. [cit. 2023-04-05]. Dostupné z: <https://publi.cz/books/171/06.html>

Seznam použitých zkratk

AAK – Alternativní a augmentativní komunikace

CNS – centrální nervová soustava

CT – Výpočetní tomografie

EEG – Elektroencefalografie

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

MR – magnetická rezonance

Např. – například

VOKS – Výměnný obrázkový komunikační systém

Seznam příloh

Příloha 1: Záznam pozorování

Příloha 2: Rozhovor s respondentem H

Příloha 3: Rozhovor s respondentem N

Příloha č. 1

Pozorování osoby seniorského věku trpící Alzheimerovou nemocí

Pozorování bylo zahájeno před 8 hodinou, kdy seniorka ještě spala. V 8 hodin má seniorka nastaveného budíka. Po zazvonění budíku dcera seniorky paní H. vejde do pokoje, budík vypne, pohladí maminku a řekne jí „*mami je čas vstávat, už je ráno*“. Seniorka se schovala pod peřinu. Dcera mezitím roztáhne žaluzie, otevře okno a vrátí se zpět k matčině posteli, kde na ni promluví „*mami už je čas vstávat, je ráno. Sundej si peřinu z hlavy a podívej se, jak je dneska venku krásně, a jak svítí sluníčko*“. Paní J. odhodí peřinu z hlavy a snaží se otočit k oknu. Dcera ji nabídne „*pojd' pomalu, posad' se, a já se s tebou zajdu podívat k oknu*“. Seniorka se posadí a začne rukou ukazovat na okno a vykřikuje „*toto*“. Dcera odpovídá „*Ano, okno. Tak pojd'. Jdeme*“. Chytne matčinu ruku za paži a pomáhá jí vstát. Jdou společně k oknu, kde se dívají ven z okna. Dcera matce ukazuje slunce, na které straně svítí. Ta začne bouchat rukama do okna. Dcera říká „*ano, ano, tam je*“ a chytne matce ruce. Osloví ji „*Mami pojd', teď se převlečeme z pyžama do domácího oblečení*“. Dcera seniorce donese její knihu s piktogramy, otevře skříň a postupně jí říká, jaké oblečení má najít v knize a potom ve skříni. „*Mami ukaž ponožky*“. Matka v knize najde obrázek ponožek. „*A teď si je vytáhni ze skříně*“. Seniorka u toho říká „*ky*“. Takhle pokračují celou dobu, než si seniorka nachystá veškeré věci, které si obleče. Dcera říká „*Mami, teď si věci odnes do koupelny a oblečeš se*“. Při oblékání pomáhala matce pomáhala dcera, jelikož seniorka obléká tričko, nebo kalhoty opačnou stranou. Paní H, vždycky řekne „*teď si oblékneme tričko*“. Paní J. podá dceři tričko a ta ho nachystá, tak aby si ho mohla paní J. obléct. Takhle se obleče, vrátí se zpátky do pokoje a zase si lehne a zakryje se. Dcera se opět vrátí k seniorce, posadí se vedle ní na postel a s magnetickou tabulkou navrhuje matce, co by dnes mohly dělat. „*Tak dneska už jsi vstala z postele, oblékla ses, teď máš jít snídat a dát si kávu*“. Když seniorka slyší slovo káva, zvedne se z postele. Dcera jí řekne, aby si sedla do křesla, že si spolu dnešní den naplánují, co budou dělat. Seniorka má svou knihu, ve které má různé obrázky věcí. Dcera ji nechá, aby si vymyslela činnosti, které by dnes chtěla dělat. V magnetické tabulce má přidělané věci, které dělá každý den, a to nemůže změnit. (Jako je oblékání, jídlo, hygiena), ale činnosti během dne si může, jakkoliv vymyslet. Seniorka si listovala svou knihou a vybírala z obrázku co by chtěla dělat. Vždycky nějaký vzala a řekla „*toto*“ a přidělala na tabulku. Dcera řekla „*Dneska by si chtěla poslouchat muziku, sázet květiny, dívat se na film. Dobře, když sis to vybrala, tak to tak bude, ale mami to až potom. Podívej, teď tady máme nejprve jiné věci. Už jsi vstala z postele, oblékla ses, teď se musíš najíst. Pojd', my jdeme do kuchyně, přidáš se k nám a nasnídáme se*“. Před odchodem ke snídani mě

paní H. představila seniorce, jako svou kamarádku. Seniorka jenom vydala zvuky „ne, ne“ a šla do kuchyně, kde si sedla. U stolu měla nachystaný čaj, na kousky nakrájený rohlík s máslem a marmeládou. Seniorka snědla snídani rukama, vypila čaj pomocí brčka, utřela si pusy a šla zpátky do svého pokoje, kde si pustila televizi. Dcera se za ní vydala s pitím a léky. Zavolala „mami ještě léky“. Seniorka si léky nechtěla vzít. Vytahovala je z pusy a křičela „ne ne“. Dcera seniorku zkouší motivovat, že když sní prášek, bude si moct dát koláč navíc, nebo „budeš si moct vzít Bena do postele“ to je pes jezevčík. „Uděláme si dobrou kávu“ na to seniorka řekne „káva“. Káva je věc, na kterou většinou motivace zabere. Seniorka snědla léky. „Šikovná mami“ řekla dcera. Seniorka se usmála a řekla „káva“. Dcera řekla „tak pojd', uvaříme si“. Šli do kuchyně, kde na kuchyňské lince seniorka nachystá svůj hrneček, do kterého si dělá kávu už dlouhou dobu. Dcera vytáhne kávu a nasype seniorce do hrnečku. Dcera přichystala do konvice vodu a zapnula konvici. Než se voda uvaříla seniorka z hrnečku vytahovala kávu. „Mami to se nedělá. Nebudeš mít v hrnečku žádnou kávu a budeš pít jenom vodu“. Seniorka se podívala a řekla „ne“. Odešla do pokoje, kde si vytáhla krabici s fotkami a začala je vytahovat. Povídala si u toho „toto on můj, jéé“. A začala se smát. „moje éra, inka“ a dala fotce pusy. Mezitím přišla dcera s kávou. „mami tady máš kávu“ a položila kávu na stolek. Posadila se vedle matky a dívaly se společně na fotky. Jelikož dcera znala osoby na fotkách, vždy jí řekla, kdo to je. „jo to je tvůj manžel Milan“ a seniorka „on to můj, rád“. Protože dcera znala příběhy ještě z doby, kdy jí je matka vyprávěla zdravá, zopakovala jí je. „Ano mami tohle je tvůj manžel Milan, můj táta. Tady jsme byli na výletě v zoo a tátovi tam ukradli peněženku“. Seniorka se rozplakala. „Ale mami to je dobrý, nebreč. Táta ji přece našel. Pojd' dáme si tu kávu, to bude dobrý, káva už bude skoro studená“. Seniorka si sedla do křesla. „Na mami, tady ji máš“. Seniorka špatně uchytila hrnek a kávou se polila a vykřikla „jaj, ežiš“. Dcera „jejda mami, co děláš. Pojd' jsem, to musíme utřít a převléknout tričko“. Dcera šla pro hadr, aby mohla utřít zem. Seniorka mezitím rozšlapala kávu a pustila si rádio. Dcera se vrátila a zakřičela „ježiš mami to nemůžeš chvílku sedět, než to utřu“. Seniorka dceru nevnímala a dál si mačkala rádio a prozpěvovala si. Dcera se vrátila k matce s tabulkou a ukázala na obrázek rádia. „Ano mami, dneska sis přála poslouchat hudbu, tak co pustíme“ matka řekla „jaja“. Šla ke komunikační knize a donesla fotku Karla Gotta. Dcera „ano Karla, tak pustíme Káju“. Jak začala hrát hudba, seniorka strčila do dcery i do mě, abychom šly pryč. Paní J. se posadila do křesla a opět si prozpěvovala. Dcera našla ve skříni čisté tričko „pojd' mami, ještě dáme suché tričko“ seniorka se nechala. Tohle všechno probíhalo do půl dvanácté, kdy rodině přivezli oběd ze zdejší jídelny. Matka nevnímá zvonek, stále si užívá poslech písni. Po pár minutách pro matku přijde dcera „Mami pojd', vypneme písničky a půjdeme se naobědvat“. Matka nevnímá, až dcera vypne písničky, matka

křičí „*nene*“ Dcera jde za matkou pohladí ji a říká „*mami pojd'*“ matka křičí „*fuj fuj*“ dcera chytne matku pevněji „*mami to jsem já Hanka, pojd' půjdeme se najíst, pojd' s námi*“. Matka jde do kuchyně. Dcera volá za matkou „*mami ještě umýt ruce, pojd'*“. Jde za ní. Matka už sedí u stolu. Tentokrát jí lžičkou, ale jelikož má problém s motorikou, jídlo jí vypadává z ruky. Dcera jí řekne „*mami pojd', já tě nakrmím*“. Dcera vypráví příběh u krmení „*pamatuješ, jak byla Hanička malá a nechtěla jíst a musela si jí u jídla dávat lžičky za zvířátka, za pejska, za kočičku, slona, žirafu*“. Takhle jí vyprávěla příběhy, které jí v dětství vyprávěla ona. Matka se usmívá a takto snědla celý oběd „*mami pojd' teď si zajdeme na záchod a půjdeš si odpočinout*“ matka šla rovnou do pokoje. Dcera ji před každým spaním dává plenu, protože nevědomě močí.

Po ulehnutí do postele dcera přisune křeslo k posteli a začne vyprávět příběh. „*mami vzpomínáš si, jak jsi byla v lázních a dělali ti masáže?*“ Seniorka přikyvovala „*jo jo. Ráda*“. Dcera ji začne masírovat nohy a ruce. Toto je proces, při kterém paní J. usnula. Dcera ji zakryla a nechala spát. Paní J. spí zhruba dvě hodiny, kdy po probuzení přijde za dcerou do obývacího pokoje, sedne si vedle ní na gauč a přepíná programy. Dcera jí říká „*mami co máme teď v plánu na tabulce*“ matka se podívá a řekne „*nene*“ dcera donese tabulku „*podívej se, teďka máme v plánu jít na záchod, pojd' zajdeme se vyčůrat a potom půjdeme sázet semínka*“. Matka rozumí, co dcera říká. Zvedne se a zamíří na záchod, kde ji dcera sundá plenu a nasadí inkontinenční vložku. Seniorka sama ví, že si má umýt ruce. Po cestě vykřikuje „*jajaja*“. Matka donese fotku z komunikační knihy. Obrázek květiny. Paní J. otevře všechny skříně, které mají na chodbě a začne z nich vyhazovat věci. Dcera křičí „*ježiši co děláš. Ne nevyhazuj to, podívej se, co děláš, tady máš věci*“. Ukáže matce. Matka se zaraduje, vezme si všechny věci do pokoje a rozloží si je na zemi. Dcera donese kyblík s hlínou „*na tady máš hlínu*“ matka zopakuje „*ina*“. Dcera si sedne do křesla a nechá matce prostor, aby se zabavila. Matka sama pracuje bez pomoci. Ví, jak má postupovat, a při každém kroku říká „*teď toto, teď o tady*“. Sama zvládne zasadit sazenice do kelímku. Dcera jenom okomentuje kroky, které matka dělá a nechá ji být. Po zasazení matka křičí „*ototo*“. Dcera zkontroluje, jak to matka udělala. „*Mami pojd' odneseme to na balkón a tam to zalejeme*“. Paní J. stoupne, jde do křesla a křičí „*ty pyč, pyč*“. Začne sebou houpat dopředu, dozadu. Dcera odnese květináč na balkón a matka stále sedí v křesle, dcera se vrátí „*mami pojd', zajdeme si na záchod*“. Matka se zvedne, jde k záchodu. Dcera ji pomůže posadit se na toaletu, dá matce časopis a nechá ji tam chvíli. Po chvíli matku zkontroluje, jestli vykonala potřebu „*pojd', půjdeme si ještě umýt ruce*“. Ukáže jí obrázky co má udělat, když si myje ruce „*pojd' dáme si rychle mýdlo na ruce*“, udělala to sní. „*Namydlíme a opláchneme vodou a utřeme ruce do ručníku*“. Dcera ukáže poslední program, který mají v

plánu na tabulce. „*Mami, který film si dneska pustíme*“. Matka přinese z její knihy obrázek filmu, který si chce pustit. Jedná se o film *Dovolená s Andělem*. Během filmu paní J. komentuje film „*ted' skočí, ní, emám rád*“. Při filmu dcera nachystala večeři, aby matka jedla. Dcera dí matce najíst, když jí i ve filmu. Zase k tomu použila příběh „*pamatuješ, jak jsi byla v lázních, tam jste taky spolu jedli, pojd' ted' se najíme společně my*“. Po skončení filmu bylo pozorování u konce. Paní J. čekala večerní hygiena, při které bylo pozorování nevhodné.

Příloha č. 2

Jaký byl první moment, kdy jste si řekla, že se s Vaší maminkou něco děje?

„Tím hlavním momentem asi bylo, když se nám mamka ztratila. To jsem se vlastně vrátila domů z nákupu a dveře našeho bytu byly otevřené a nikdo nebyl doma, ani mamka, ani náš pes. Tak jsem ji zkusila zavolat, ale telefon měla doma. Nejdřív jsem si myslela, že šla se psem jenom na procházku, ale když se ani po dvou hodinách nevrátila, to už se mi zdálo divné. Nikdy se psem nebyla venku déle, jak půl hodiny. To jsem okamžitě volala manželovi, co se stalo, ten přijel z práce a šli jsme se podívat po okolí. Nikde jsme ji nemohli najít, hledali jsme ji asi hodinu a půl, až jsme ji našli sedět ve druhé vesnici na lavičce a vůbec nás nepoznala. No, dcera mi už dříve říkala, jestli se s mamkou něco neděje, že ji říká jiným jménem, některé věci ji opakovala i čtyřikrát, já jsem to omlouvala tím, že si potřebuje jenom s někým pokecat.“

Věděla jste, o jakou nemoc se může jednat? Jaké byly Vaše další kroky?

„Tušila jsem, že to bude asi demence, ale nechtěla jsem si to připustit, dokud to nebude potvrzené lékařem, co kdyby to bylo něco jiného. Samozřejmě, že jsem mamku hned objednala k doktorovi, ten měl zrovna dovolenou, tak nás sestra objednala, až za dva dny. To jsem naštěstí nešla do práce, takže jsem s ní byla doma, a pozorovala její chování. A googlila jsem si informace – smích.“

Kde jste získala podrobnější informace o Alzheimerově nemoci, kterou Vaší mamince diagnostikovaly?

„Já jsem čtenářka, takže jsem naběhla do knihovny a půjčila si všechny knihy, které tam o Alzheimerovi měli, které nebyly jsem si koupila. Od lékařů jsem dostala takovou průvodcovskou brožuru, kde byly různé internetové stránky, tak jsem hodně hledala na internetu.“

Proč jste se rozhodla o maminku pečovat doma?

„Nechtěla jsem ji dát nikam do ústavu. Chtěla jsem, aby byla s námi doma. Je na nás zvyklá a nechtěla jsem, aby si zvykala někde jinde. Jako její dcera mám tu povinnost se o ni postarat, ona se o mě taky starala.“

Změnilo se tím něco ve vašem životě?

„No dříve jsem žádné změny nevnímala. Mamka stále opakovala stejné příběhy, zapomínala nějaké věci udělat, ale stále s námi mluvila. Postupně přestávala mluvit a vydávala

pouze zvuky, začala se počurávat, a je potřeba na ni dohlížet opravdu každou minutu. To už jsem začala pociťovat, že potřebuji asi pomoc. Bylo toho moc. Manžel ještě chodí do práce a dcera má svou rodinu a také práci, ty jsem nechtěla obtěžovat. Takže jak už je u mě zvykem – smích, usedla jsem za počítač a hledala, kde by nám pomohli. Ale maminku jsem nechtěla dát do žádného ústavu. Našla jsem denní stacionář. Však to znáte, každý občas potřebuje zajít ke kadeřníkovi, za kámoškou na kávu. “

Když vaše maminka začala vydávat pouze zvuky zajímala jste se o to, jak se s ní dorozumíte?

„Jo jo určitě. Hlavně jsem hledala způsob, jak nám ona bude moc si něco říct. “

Kde jste získala informace o tom, jak Vy s maminkou a maminka s Vámi bude moc komunikovat?

„No v té brožurce, co jsem dostala, byly různé adresy. Na jedné stránce jsem našla, myslím si, že to byla ta Alzheimer stránka, tam jsem zjistila, že pořádají různé semináře a kurzy pro rodinné pečující. Takže jsem se rozhodla, že se tam přihlásím. Samozřejmě jsem se tam přihlásila, ale v tuto chvíli jsem také samozřejmě musela zajistit hlídání pro mamku. Opět jsem musela hledat a našla jsem pro ni odlehčovací službu, kde jsem si zjistila a domluvila vše potřebné. “

Po zjištění informací jste se sama rozhodla, jaké prostředky ke komunikaci využijete?

„No tak já jsem po těch kurzech měla spoustu informací a vlastně pak jsem si i v knihách zjišťovala co by asi bylo nejlepší. Byla jsem i na konzultaci s matčiny mi lékaři. Sdělila jsem jim ten můj návrh, jak jsem se rozhodla. Zvolila jsem pro ni komunikaci pomocí piktogramů, obrázků, mamka taky komunikuje pomocí starých fotografií. Když s ní vlastně mluvím já, tak na ni mluvím normálně řečí, občas ji ukážu nějaký ten obrázek. Když mamka vykonává nějakou činnost, tak já ji komentuji, co to dělá. Pozoruji, jak se u toho tváří, jaké vydává gesta, jakou má mimiku. Díky tomu taky poznám, jak se zřejmě cítí. Pokud nám chce něco říct ona, tak buď vydává zvuky, ale už se také naučila jít pro ten zvolený piktogram, který nám donese a my víme, co po nás chce. Takhle většinou komunikuje, když zrovna dobře vnímá a orientuje se. Pokud má svůj špatný den, tak si vytáhne krabici se starými fotkami, kde má fotky jejího manžela, vlastně mého táty, mě, když jsem byla malá, její fotky, když byla mladá. Má tam také fotky mých dětí, když byly malé. Vzpomíná si na různé příběhy a pomocí těch zvuků, nebo zkomolených

slov, i piktogramy donáší, má snahu nám ty příběhy vyprávět. Jelikož znám ty příběhy z doby, kdy mi je vyprávěla a byla zdravá, tak ji je teď vyprávím já. Vždy se usmívá, protože si vzpomíná, jak to bylo. Ráda si pouští hudbu a poslouchá, tak to беру jako formu muzikoterapie. Občas, když spolu třeba vaříme, to děláme docela často, tak pustím nějaké relaxační písničky a vnímám, že je u toho více v klidu a dokáže se lépe soustředit. Před usínáním se ji snažím masírovat ruce, nohy. Ve vaně ji zase při hygieně masíruji záda, to ji taky dokáže uvolnit. Snažím se o nějakou formu bazální stimulaci. O tom mě taky lékaři informovali.“

Myslíte si, že jsou tyto komunikační prostředky účinné?

„Já si myslím, že ano. Zatím nám to takovým způsobem jde. Domluvíme se spolu, i když někdy je to teda horší, někdy je to zase lepší. Záleží na máminém aktuální stavu, který se každý den mění.“

Zvažujete nějaký nový komunikační prostředek, který byste zkusila do komunikace zařadit?

„No zatím bych to nechala tak, jak v to máme nastavené, ale určitě do budoucna budeme muset zavést ještě něco jiného“

Tímto je náš rozhovor u konce. Moc Vám děkuji.

Příloha č. 3

Jaké byly příznaky, kdy jste si řekla, že se s vaší babičkou něco děje?

„Když jsem k nim přišla na návštěvu, tak mi babička řekla jiným jménem, než se jmenuji. Což mě zarazilo, protože mi vždycky říkala svým jménem. Potom mi vyprávěla nějaký příběh a třeba za půl hodiny mi ho začala vyprávět znovu a takhle se to za ten den stalo čtyřikrát. Zapomínala různé věci např. postavila vodu na kávu, nachystala hrníčky, do kterých dala kávu, šla pryč, ale už si vůbec nevzpomněla, že něco na kávu přichystala, že ohřála vodu, aby kávu měla čím zalít.“

Sdělila jste někomu své postřehy o chování vaší babičky?

„Jo jasně. Řekla jsem to mamce, ale ta o něčem nechtěla slyšet. Říkala, že si babička potřebuje jenom s někým popovídat.“

Věděla jste, co taková změna chování může znamenat?

„No, asi jsem tušila, že se jedná o Alzheimerera. Ten se většinou projevuje zapomínáním, častým opakováním věcí, ale nikdo mě neposlouchal. Až když se babička ztratila, tak s tím mamka začala něco dělat.“

Zjišťovala jste nějaké informace o Alzheimerově nemoci?

„Nejdřív ne. Nejdřív jsem to nějak neřešila, až když potom babičce byla stanovena diagnózách, že opravdu trpí Alzheimerovou nemocí, tak jsem se dívala na internetu na nějaké články. Asi dvě knížky jsem přečetla, ale mamka mi většinou volala všechny informace, co se dozvěděla, nebo ta se do toho položila.“

Souhlasila jste s tím, aby vaše maminka pečovala o babičku doma?

„Já jsem vůbec nepřemýšlela nad tím, že bych si mamka chtěla babičku nechat doma a starat se o ni tam. Já už jsem pro ni hledala domov pro osoby, kde se o tyto lidi, kteří trpí Alzheimerem starají. Už jsem tam měla domluvenou i nezávaznou schůzku, a když jsem to volala mamce, tak ta mi řekla, že si chce nechat babičku doma a starat se o ni sama, že ona se o ni taky starala, když byla malá. Nejdřív jsme jí to celá rodina rozmlouvali, že nebude mít čas sama na sebe, ale ona si prostě nedala říct, stála si za tím no, a tak má babičku doma.“

Navštěvujete rodiče a babičku?

„Jojo navštěvuji. Snažím se tam jezdit tak jednou za čtrnáct dní. No moc často to nejde, protože mám svoje děti, musím chodit do práce. Ale když mamka potřebuje někam odjet, nebo něco zařídit snažím se to nějak vymyslet, abych se o babička mohla postarat.“

Když tedy babičku navštívíte, nebo se o ni staráte, jak s ní komunikujete?

„No, když na ni mluvím já, tak s ní mluvím normálně řečí, ale když mi chce něco ona říct, tak buď vydává různé zvuky, nebo většinou zkomolený slova. Některým, který často používá, už rozumíme a víme co tím chce říct, anebo má vytvořenou komunikační tabulku, kde má fotografie různých věcí, tak tím nám taky sděluje informace. Když jsem s ní delší dobu místo mamky, tak vlastně dodržuji to, jak jsou navyklé ony dvě. Jaký mají spolu nastavený režim, takže ho dodržuji. Ještě jsem si vyhledala informace i o bazální stimulaci a muzikoterapii, to taky máma s babičkou dělá.“

O těchto možnostech komunikace jste se dozvěděla, z jakých zdrojů?

„No přečetla jsem si určité knížky, které se toho týkají, vyhledávala jsem různé články na internetu, a taky mi informace řekla maminka, která byla na seminářích a kurzech.“

Myslíte si, že jsou tyto prostředky ke komunikaci účinné?

„Já si myslím, že teď v té v této situaci, a za takového zdravotního stavu jsou účinné, ale myslím si, že kdyby byla babička někde v ústavu, tak s ní využijí mnohem více komunikačních prostředků a ke komunikaci využijí i něco jiného než my doma.“

Tímto bych náš rozhovor ukončila. Moc Vám za něj děkuji.

Anotace

Jméno a přímení:	Jana Altmanová
Pracoviště:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D
Rok obhajoby:	2023

Název práce:	Možnosti komunikace s osobami seniorského věku se závažnou neurokognitivní poruchou způsobenou Alzheimerovou nemocí
Název práce v anglickém jazyce:	Possibilities of communication with seniors with severe neurocognitive impairment caused by Alzheimer's disease
Anotace práce:	Tématem bakalářské práce jsou možnosti komunikace se seniory, trpící Alzheimerovou nemocí. Práce obsahuje teoretickou a empirickou část. V teoretické části objasňujeme pojmy Alzheimerova nemoc, neurokognitivní oblasti, způsoby komunikace. Empirická část práce se zabývá kvalitativním výzkumem, a to kazuistikou, pozorováním, rozhovory.
Klíčová slova:	Alzheimerova nemoc, neurokognitivní oblasti, senioři, komunikace
Anotace v angličtině:	The topic of the bachelor thesis is the possibilities of communication with seniors suffering from Alzheimer's disease. The thesis contains a theoretical and an empirical part. In the theoretical part, we clarify the concepts of Alzheimer's disease, neurocognitive areas, method of communication. The empirical part of work deals with qualitative research, namely case studies, observation, interviews.
Klíčová slova v angličtině:	Alzheimer's disease, neurocognitive areas, seniors, communications
Přílohy vázané v práci:	Příloha č.1: Pozorování Příloha č. 2: Rozhovor s respondentem H Příloha č. 3: Rozhovor s respondentem N
Rozsah práce:	63 stran
Jazyk:	čeština