

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Marie Svatošová

Komunikace se seniory s demencí z pohledu osob pečující rodiny

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, pod odborným dohledem vedoucího práce Mgr. Oldřichem Müllerem, Ph.D. a veškerou použitou a citovanou literaturu jsem uvedla ve zdrojích.“

V Odoleně Vodě 10.4.2024

Poděkování

„Chtěla bych především poděkovat vedoucímu práce Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, rychlé odpovědi, podstatné připomínky a vlídný přístup. Dále bych chtěla poděkovat účastníkům rozhovorů za jejich ochotu a poskytnuté informace a v neposlední řadě bych chtěla poděkovat rodině za psychickou podporu.“

Anotace

Jméno a příjmení	Marie Svatošová
Katedra	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby	2024

Název práce	Komunikace se seniory s demencí z pohledu osob pečující rodiny
Název v angličtině	Communication with seniors with dementia from the perspective of caring family members
Zvolený typ práce	Výzkumná práce
Anotace práce	Předkládaná bakalářská práce nese název Komunikace se seniory s demencí z pohledu osob pečující rodiny. Cílem této práce je zjistit průběh komunikace mezi seniorem s demencí a pečující osobou a dílčím cílem je podpořit rodiny, které se starají o seniora s demencí a poskytnout budoucím pečovatelům náhled na průběh komunikace s takto nemocnými seniory. Teoretická část práce ukotvuje podstatné termíny jako je demence, komunikace a rodina. Praktická část se zabývá zjištěním samotného průběhu komunikace, pomocí polostrukturovaných rozhovorů.
Klíčová slova	Komunikace, demence, senior s demencí, pečující osoba, rodina
Anotace v angličtině	The presented bachelor's thesis is entitled Communication with seniors with dementia from the perspective of caring family members. The goal of this work is to determine the course of communication between a senior with dementia and a caregiver, and a partial goal is to support families who care for a senior with dementia and to provide future caregivers with an insight into the course of communication with such ill seniors. The theoretical part of the thesis anchors essential terms such as dementia, communication and family. The practical part deals with finding out the course of communication itself, using semi-structured interviews.
Klíčová slova v angličtině	Communication, dementia, senior with dementia, caring person, family
Přílohy vázané v práci	Seznam výzkumných otázek, 4 přepisy rozhovorů
Rozsah práce	62 stran
Jazyk práce	Čeština

Obsah

Úvod	7
1. Osoba seniorského věku s demencí.....	8
1.1. Demence, definice pojmu	8
1.2. Klasifikace demence.....	9
1.3. Příznaky demence.....	10
1.3.1. Nejčastější vady řeči při demenci	12
1.4. Stádia demence	13
1.5. Diagnostika demence.....	14
1.6. Prevence demence	15
2. Komunikace	18
2.1. Význam komunikace	19
2.2. Alternativní a augmentativní komunikace.....	21
2.3. Komunikace v rodině.....	22
3. Rodina, definice pojmu	24
3.1. Funkce rodiny	24
3.2. Péče o seniora s demencí v rodině.....	25
4. Komunikace se seniory s demencí	27
5. Úvod praktické části.....	30
5.1. Charakteristika dílčích výzkumných otázek.....	30
5.2. Výzkumné metody.....	31
5.3. Charakteristika účastníků výzkumu.....	32
5.4. Realizace výzkumu.....	33
5.5. Interpretace dílčí výzkumné otázky č. 1	34
5.6. Interpretace dílčí výzkumné otázky č. 2.....	35
5.7. Interpretace dílčí výzkumné otázky č. 3.....	36
5.8. Interpretace dílčí výzkumné otázky č. 4.....	37
5.9. Shrnutí výzkumu	38
6. Závěr.....	41
7. Zdroje	42
Seznam příloh.....	45
Seznam obrázků.....	46
Přílohy	47

Úvod

Tématem předkládané bakalářské práce je Komunikace se seniory s demencí z pohledu osob pečující rodiny. Toto téma bylo vybráno proto, že jsem se během svých praxí v domovech pro seniory setkala se situacemi, kdy rodinný příslušník přišel na návštěvu za svým rodičem, který trpí demencí a nebyl s ním schopný komunikovat, a tak na sebe jen koukali. Velkým překvapením bylo zjištění, že pečovatelky nebo zdravotní sestry často neseznámí rodinu se správnou komunikací, a i z těchto důvodů dochází k nevhodné komunikaci. Dalším důvodem je i ten, že ve svém okolí stále častěji slýchám o problémech spojených s tímto onemocněním, a proto se práce zaměřuje na to, jak probíhá komunikace mezi seniorem s demencí a těmi, kteří o ně pečují a jsou jim nejbližší. Cílem práce je zjistit, jak probíhá komunikace mezi seniorem s demencí a rodinným příslušníkem, který o seniora pečuje. Dále zjišťuje okolnosti, které komunikaci ovlivňují a jak systémy alternativní a augmentativní komunikace působí na komunikaci se seniorem s demencí. Dílčím cílem práce je i do jisté míry podpořit rodiny, které pečují o seniora s demencí a nabídnout budoucím pečovatelům určitý náhled, jak by komunikace mohla vypadat.

Práce se dělí na dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části se práce věnuje osobám seniorského věku s demencí, pojmu a definici demence jako takové, jejím stadiím, diagnostice a prevenci. Dále práce rozebírá téma komunikace, její význam, specifika, zásady v komunikaci se seniory s demencí a důležitost komunikace v rodině. Protože se téma bakalářské práce vztahuje i na rodinné vztahy, poslední bod mé teoretické části bude věnován právě rodině.

Praktická část práce se zaměřuje na výzkum, kde hlavním cílem je zjistit podrobnosti o tom, jak probíhá komunikace mezi seniorem s demencí a rodinným příslušníkem, který o seniora pečuje. Dále zjišťuje okolnosti, které komunikaci ovlivňují a jak formy alternativní a augmentativní komunikace působí na komunikaci se seniorem s demencí.

Pro výzkumné šetření v práci bylo využito kvalitativní výzkumné metody a hlavním nástrojem je polostrukturovaný rozhovor s osobami, kteří pečují o člena rodiny s demencí. Účastníky rozhovoru jsou osoby z mého blízkého okolí se zkušeností péče o seniora s demencí v rodině.

1. Osoba seniorského věku s demencí

Žijeme ve světě, kde se neustále zvyšuje kvalita života, roste úroveň zdravotnictví a prodlužuje se věk obyvatel. Téměř na celém světě roste počet obyvatel ve věku nad 60 let rychleji než celková populace. V roce 1950 žilo na světě 205 milionu osob starších 60 let, v roce 2017 to již bylo 965 milionu a podle populačních prognóz budou v roce 2050 tvořit populaci osob ve věku 60 a více let již dvě miliardy osob (Kisvetrová, 2020, s. 11). To s sebou nese nárůst různých nemocí a jednou z nich je právě demence. Nevyléčitelná nemoc, která má dopad jak na kvalitu života nemocného, tak na osoby v jeho okolí.

Světová zdravotnická organizace (2023) publikovala článek s klíčovými fakty o demenci, kde uvádí, že: *“V současnosti trpí demencí na celém světě více než 55 milionů lidí, z nichž více než 60 % žije v zemích s nízkými a středními příjmy...Demence je sedmou nejčastější příčinou smrti...Nejčastějším typem demence je Alzheimerova choroba.”* Česká alzheimerovská společnost ve své Výroční zprávě za rok 2022 zveřejnila predikci vývoje počtu lidí s demencí v ČR a odhaduje 165 tisíc osob. V závislosti na pohlaví uvádí 113 002 žen a 52 312 mužů a nejvíce se toto onemocnění vyskytuje v Praze a Středočeském kraji, a naopak nejméně v kraji Karlovarském.

1.1. Demence, definice pojmu

Mezinárodní klasifikace nemocí v 11. revizi definuje demenci takto: *„Demence se vyznačuje přítomností zhoršení ve dvou nebo více kognitivních oblastech v porovnání s úrovní, kterou by bylo možné očekávat v daném věku a ve vztahu k celkové premorbidní úrovni kognitivních funkcí, což představuje zhoršení oproti předchozí úrovni fungování jedince“* (MKN-11, 2024).

Termín demence se skládá z předpony *de* – bez a *mens* – mysl, což tedy doslovně znamená bez mysli (Vavrušková, 2012). Demence je jakýkoli pokles kognice, který je tak významný, že zasahuje do každodenního života. Nejlépe ji charakterizujeme jako syndrom, nejedná se pouze o konkrétní nemoc. Příčiny demence jsou nesčetné a zahrnují primární neurologické, neuropsychiatrické a zdravotní stavy a je zcela běžné, že k syndromu demence přispívá více nemocí. U starších osob je nejčastější neurodegenerativní demence, jako je Alzheimerova choroba a demence s Lewyho tělísky. U mladších dospělých bývá příčinou demence nejčastěji traumatické poranění mozku a mozkové nádory. (Gale et al., 2018)

Podle MKN-11 patří demence pod neurokognitivní poruchy, které definuje jako: *„Neurokognitivní poruchy se vyznačují primárními klinickými deficity kognitivních funkcí,*

kteře jsou spíše získané než vývojové. To znamená, že neurokognitivní poruchy nezahrnují poruchy vyznačující se deficitem kognitivních funkcí, které jsou přítomny od narození nebo které vznikají během vývojového období, a které jsou zařazeny ve skupině neurovývojových poruch. Spíše neurokognitivní poruchy představují pokles z dříve dosažené úrovně fungování“ (MKN-11, 2024). Do této skupiny dále spadá delirium, mírná neurokognitivní.

Pidrman říká, že: „*Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku. Jde o progresivní onemocnění s narušením korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, ale vědomí narušeno není*“ (Pidrman, 2007, s. 9).

Definice DSM IV uvádí, že primárním příznakem syndromu demence je porucha paměti. Současně musí být přítomna porucha alespoň jedné z dalších kognitivních funkcí: afázie, apraxie, agnózie nebo porucha exekutivních funkcí a deficit by se měl projevovat v pacientově denním životě (Hort et al., 2006).

1.2. Klasifikace demence

Syndrom demence lze rozdělit podle několika kritérií. Kisvetrová (2020) ve své knize uvádí, že k základnímu dělení demence patří klasifikace podle příčiny do dvou základních skupin – demence primárně degenerativní (vzniklé na podkladě atroficko-degenerativních procesů) a sekundární demence (symptomatické).

Atroficko-degenerativní demence

Vzniká na základě procesů vedoucích ke snížení počtu neuronů, poruše funkce neuronů i neuroglíí a redukci počtu synapsí neuronů. Charakteristická je tvorba a ukládání patologické bílkoviny s řadou dalších degenerativních dějů a důsledkem je porucha funkce mozku s následným vznikem syndromu demence (Kisvertová, 2020, s. 17).

Typy:

- Alzheimerova choroba
- Demence s Lewyho tělísky
- Demence u Parkinsonovy choroby
- Frontotemporální demence

Sekundární demence

Vzniká tehdy, pokud je činnost mozku poškozena např. systémovým onemocněním, chronickou intoxikací, traumatem nebo infekcí. Jiráček (2004) uvádí, že je lze rozdělit na demenci vaskulární a ostatní symptomatické demence.

- Vaskulární demence
- Symptomatické demence

1.3. Příznaky demence

„Nástup je zákeřný a počátečním charakteristickým rysem jsou obvykle stížnosti pacienta na poruchy paměti...dochází ke stálému poklesu kognitivních funkcí z předchozí úrovně a s progresí choroby se vyvinou poruchy v dalších kognitivních oblastech“ (MKN-11, 2024).

Jak již bylo uvedeno výše, demence jsou s drobnými odchylkami v načasování příznaků dle konkrétní diagnózy vždy provázeny širokou škálou příznaků. Nejvíce je definují poruchy kognitivních funkcí, ale přidružuje se k nim ještě mnoho dalších symptomů. Jsou provázeny poruchami chování, emotivity, psychiatrickou symptomatologií a vždy vedou ke vzrůstajícímu omezení soběstačnosti nemocného.

Symptomy lze vyjádřit schématem ABC (Holmerová et al., 2007, str. 13):

- A – activities of daily living (porucha soběstačnosti a sociální dopady).
- B – behaviour (behaviorální a psychiatrická symptomatologie).
- C – cognition (porucha kognice).

Poruchy aktivit denního života

Hospodaření s financemi, vaření, oblékání, stravování, hygiena, vyprazdňování, cestování dopravním prostředkem, užívání léků, nakupování, péče o domácnost a spousty dalších, to jsou aktivity denního života. V počátečních stádiích demence senior přestává zvládat pouze složitější aktivity, jako může být například právě hospodaření s financemi. Díky progresi onemocnění se porucha rozšiřuje na instrumentální aktivity, to jsou takové činnosti, které jsou potřebné k samostatnému životu. (Holmerová et al., 2007)

Soběstačnost pacientů s demencí hodnotíme podle různých testů, mezi nejjednodušší a nejčastěji používané, patří dotazník aktivit denního života ADL (activities of daily living) a IADL (instrumental activities of daily living). Tyto testy existují v několika variantách, IADL se využívá především u lehkých stádií demence a ADL je přesnější v pokročilejších stádiích. ADL hodnotí takové schopnosti jako je toaleta, přijímání potravy, oblékání, vzhled, orientace,

hygiena. IADL hodnotí takové schopnosti, jako je používání telefonu, nakupování, příprava jídla, péči o domácnost, cestování, užívání léků a hospodaření s penězi (Kalvach et al., 2004).

Poruchy chování

Poruchy chování se odvíjí od konkrétní nemoci, která demenci způsobila, osobnosti seniora a často i od prostředí, kde péče probíhá. Poruchy chování se často projevují jako nevhodné nebo nepřiměřené chování, neklid, netaktnost, úzkost, depresivita, poruchy spánku nebo nevhodné sexuální chování. Mozek je složitý a je zdrojem našich myšlenek, emocí a osobnosti, jeho poškození může vyvolat změny emoční i osobnostní a ovlivňuje i způsob našeho uvažování. Většina nemocí, které způsobují demenci poškozují mozek postupně, a proto účinky nejsou patrné hned od začátku. Díky tomu je některé chování u seniorů s demencí často nepředvídatelné. U osob s demencí fungují nervové buňky jako „uvolněná žárovka“, znamená to, že jeden den dokážou provést určitou činnosti a druhý den už ne.

Normální lidé občas jednájí přehnaně, když jsou vystaveni více stresovým situacím zároveň, zatímco osoby s demencí takto reagují na jednodušší, každodenní aktivity. Příkladem může být například koupání – pro osobu s demencí to znamená myslet na několik věcí najednou, svléknout se, rozepnout si knoflíky, otevřít kohoutky a vlézt do vany – to je pro někoho, kdo si nemůže vzpomenout na to, jak danou činnost vykonat, nesmírně náročná situace, která vyvolá nepřiměřené chování. Chování ovlivňuje i pocity, ve většině případů se osoba s demencí cítí ztracená, ustrašená, zranitelná a bezmocná. Proto bychom měli k osobám s demencí přistupovat pomalu, podávat jim informace postupně a zjednodušit prostředí, abychom zredukovali množství podnětů, které mozek musí zpracovávat. Dobré je také sledovat příčiny, které seniora s demencí rozrušili, to nám umožňuje zorientovat se v jeho situaci a zkoušet jiné přístupy. Mezi možné příčiny, které vyvolají nepřiměřené chování může patřit třeba popohánění, únava, pocit frustrace, pocit, že se s osobou zachází jako s dítětem nebo nepochopení informací (Mace et al., 2018).

Poruchy kognice

Ve většině případů se jedná o prvotní a nejnápadnější příznaky demence. Pidrman (2007) uvádí nejčastější postižení kognitivních funkcí:

- intelektová deteriorace,
- poruchy paměti,
- poruchy orientace,
- poruchy exekutivních funkcí,

- poruchy korových funkcí.

Nejčastějším znakem demence jsou právě poruchy paměti, osoby s tímto onemocněním rychle zapomínají, nemají ponětí, co se stalo před událostí, která se děje teď, nepamatují si, kolik je hodin nebo co je za den, naopak si ale dobře pamatují, co se stalo v dávné minulosti. V počátečních stádiích můžeme psát poznámky, udělat seznam denních aktivit, používat obrázky nebo časopisy, popsat šuplíky apod. Musíme ale myslet na to, že demence je progresivní onemocnění a v posledních fázích daná osoba nebude schopna číst nebo porozumět dané informaci, proto se v některých rodinách používají místo psaného textu obrázky (Mace et al., 2018).

K měření kognitivních funkcí používáme různé testy, mezi ty nejznámější patří Mini mental state examination podle Folsteina (Holmerová et al., 2007).

Příznaky z praxe

Brackeyová (2019) ve své publikaci uvádí příklady příznaků demence z praxe:

„Moje máma vždycky skvěle pekla, teď už se nedokáže držet receptu.“

„Podíval se na vnuka a řekl: Musíš se postarat o prasata. Prasata jsme už ale nechovali – domníval se, že hovoří k synovi.“

„S manželem jsme vyučovali tanec. Jednou, než začala hodina, se mě zeptal: Co tady děláme.“

„Vzali jsme mámu do restaurace a ona si nebyla schopna zapnout zip u kabátu...“

Z uvedených příznaků vyplývá, že nesmírně důležitá je včasná diagnóza. Senioři mohou v dnešní pokročilé době absolvovat speciální vyšetření, která tuto diagnózu mohou včas odhalit a tím je připravit na nelehkou cestu.

1.3.1. Nejčastější vady řeči při demenci

Poruchy komunikace při demenci vznikají v důsledku organického poškození mozku a nervové soustavy, mají své zvláštnosti a specifické projevy. Společně s poruchami řeči, jazyka a komunikace se u osob s demencí vyskytují deficity kognitivních funkcí, které negativně ovlivňují jazykové a řečové funkce. Díky těmto zjištěním řadíme poruchy komunikace při demenci mezi „*kognitivně-lingvistické poruchy*“ (Cséfalvay, 2013, s. 145).

V počátečních stádiích demence nejsou poruchy komunikace tak zjevné, ale díky progresi nemoci komunikační schopnost slábne. Při diagnostice narušené komunikační schopnosti při demenci se často využívají testy, které jsou určeny pro vyšetření afázie, ty ale nemají potenciál odhalit jazykové deficity spojené s demencí. Různí odborníci diskutují, zda se poruchy řeči při demenci dají označit jako afázie, nebo zda se jedná o jinou poruchu řeči a

jazyka. Deficity v komunikaci při afázii přicházejí náhle, zatímco při demenci se rozvíjí pomalu. Demence má progredující charakter, při afázii je klinický obraz po celou dobu téměř stabilní. Nejnápadnějším rozdílem je ten, že při afázii je intelekt zachován, naopak při demenci dochází k narušení.

Jazykové deficity se promítají do jazykových procesů na úrovni slova, věty a textu. Nejčastěji mezi příznaky demence bývají uváděny deficity na úrovni slova, narušena může být významová nebo formální stránka. V souvislosti s fonetickou rovinou se mohou vyskytovat nepřesné artikulace, apraxie řeči a problémy s plynulostí. Na fonologické úrovni dochází k narušení zvukové struktury slova, bývají přítomny parafáze, deformace slov různého typu nebo neologismy. Při narušeném vnímání a produkci zvukových forem slov se vyskytují deficity také v porozumění, opakování, pojmenování a spontánní řeči. Při produkci vět se u některých typů demence objevuje agramatismus, gramaticky chybně tvořené věty. „*Výzkumy poukazují na to, že v pozadí narušeného porozumění větám při demenci jsou jiné mechanismy než při afázii a s velkou pravděpodobností jde o deficity v kognitivních procesech*“ (Cséfalvay, 2013, s. 154). Co se týče deficitů na úrovni textu, zde dochází k poruchám s porozuměním, neschopnost určit hlavní myšlenku, nebo neschopnost referovat o právě slyšeném textu.

Mezi vady řeči u demence lze zařadit i dysfagii – porucha polykání. K těm může docházet z důvodu chybějící dentice u seniorů s demencí, špatné zubní protézy nebo úrazu. Seniori s demencí postupem času ztrácí schopnost jíst příborem, což vede k situaci, že je nutno je nakrmit, a to pro seniora s demencí může být velmi stresová situace, díky které může odmítat jídlo. Tyto faktory potom mohou vyústit až k poruchám příjmu potravy.

1.4. Stádia demence

Jak již bylo uvedeno shora, včasná diagnostika je klíčová pro efektivní léčbu a prevenci rozvoje nemoci. Ovšem většina pacientů s demencí není diagnostikována včas a řada z nich není zachycena vůbec (Hort et al., 2006).

Jak u této nemoci, tak i u jiných abnormalit je důležité si uvědomit, že u každého člověka se bude průběh nemoci lišit. Počáteční stádium probíhá velmi nenápadně. Mnohdy si ani blízcí nevšimnou prvotních příznaků. Může nastat i varianta, že si počátečních příznaků někdo z rodiny přeci jen všimne, upozorní ostatní a ti dané informace odmítají nebo popírají.

Co se týká rozvoje a průběhu demence, jak již bylo řečeno, jejich intenzita i progresse je velmi individuální. Důležité je odhalit počáteční fázi, ve které pacienti dosahují stupně

vyspělosti osmi – až desetiletého dítěte. Jak nemoc prograduje, klesají pacienti na úroveň dítěte pětiletého i mladšího. Je potřeba si uvědomit, že tito nemocní tento věk neprožívají ve své mysli, ale jedná se pouze o věk, který ohraničuje jejich schopnost porozumět vnějším podnětům. V posledním stádiu demence mají pacienti úroveň nemluvněte.

Nejčastějším slovem v posledním stádiu demence, které je člověk s demencí schopen vyslovit, je: „Ne.“ Jak ve své knize uvádí Brackey (2016) je nutné se zamyslet i nad řečí těla těchto pacientů, a hlavně jejich vnějšími projevy, jako je vztek, bití nebo křik. Není to projev zlého úmyslu, ale jedná se o reakci, jak dát najevo, aby pečující osoba přestala, nebo ustoupila.

Za zamyšlení také stojí styl oblékání pacienta, kdy pacient s demencí trvá na stejném typu oblečení každý den, stejně tak, jako na něm trvá dítě ve svém vývojovém stupni. Osoby s demencí postupně ztrácí zábrany a není nezvyklé, že vejdou do pokoje plného lidí úplně nazí.

Velmi závažným příznakem demence v posledních stádiích je totální ztráta orientace v prostoru, ztráta poznání blízkých a svého domova. Tito pacienti jsou velmi často hledanými osobami v médiích, kdy z domu odejdou, a už se nedokáží vrátit zpět.

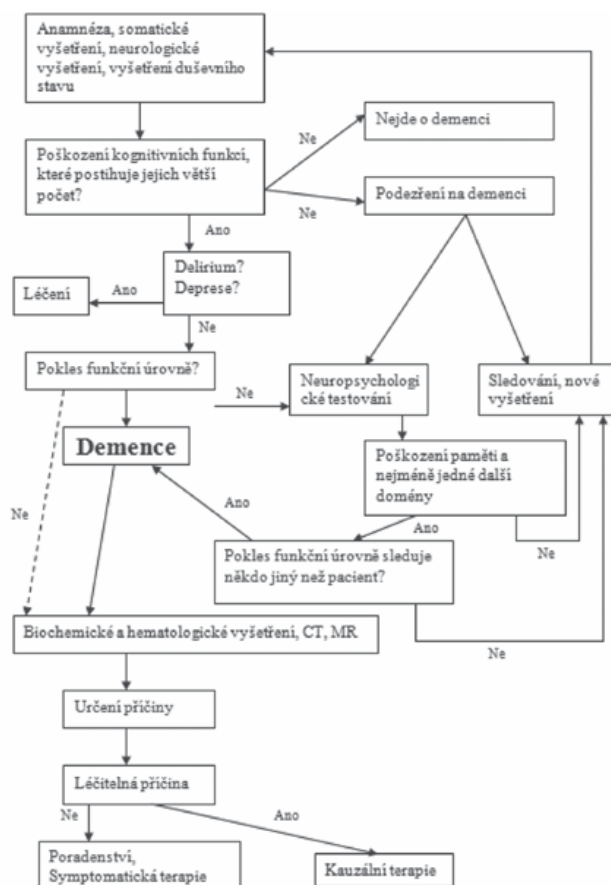
Na základě shora uvedeného je proto potřeba přijmou řadu preventivních i režimových opatření, o kterých tato předkládaná bakalářská práce dále pojednává.

1.5. Diagnostika demence

Z hlediska včasné diagnostiky je velmi důležitá role rodiny, což úzce souvisí s informovaností veřejnosti, a zejména také role praktických lékařů. Je známo, že doba, která uplyne od objevení prvních příznaků onemocnění, až ke stanovení diagnózy je stále příliš dlouhá. I přes postupný vznik specializovaných pracovišť (klinik, center pro poruchy paměti), představujících nový trend, se nadále jeví role praktického lékaře v péči o pacienty s demencí jako velmi důležitá. Ke specialistům, a tedy k účinné medikaci a léčbě však dospěje pouze menší část pacientů. Důvodů je celá řada, jedním z nich je i skutečnost, že praktičtí lékaři pacienty s kognitivní poruchou nediodagnostikují, a proto je neodešlou ke specialistovi. Průměrný obvod praktického lékaře zahrnuje asi 1 500–1 800 pojištěnců. Na základě epidemiologických údajů se dá snadno odhadnout, že každý praktický lékař má v průměru 15–20 pacientů s demencí, která bývá patrně zaměňována s projevy „mozkové aterosklerózy“ nebo dokonce „stáří“ (Hort et al., 2006).

Rozvoji demence předchází mírná kognitivní porucha. V počátečních stádiích onemocnění se mohou velmi dobře uplatnit specializovaná vyšetření biomarkerů Alzheimerovy

choroby a ostatních demencí a podrobné neuropsychologické vyšetření. Čím dříve se s léčbou započne, tím lépe se daří oddálit nejzávažnější stadia onemocnění. Nezbytnou součástí péče je podpora duševní a fyzické aktivity, a důležité je se zaměřit na budování a prohlubování sociálních vazeb pacientů.



Obrázek 1 - Postup při diagnostice demence (Koukolík, Jirák, 1998, s. 93 in Římovská, Heiderová, 2022, s.99)

1.6. Prevence demence

Dvacáté první století je označováno jako století degenerativních onemocnění. Demence v popředí s Alzheimerovou chorobou jako nejčastější formou demence, s podílem až 75 %, představuje závažný problém našeho veřejného zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že demence je multifaktoriální onemocnění, jehož etiologie je stále neznámá, je potřeba zaměřit se na možné rizikové faktory a jejich prevenci.

Zaměření prevence se řídí rizikovými faktory, které rozdělujeme do několika skupin. První skupinu tvoří neovlivnitelné rizikové faktory, kterými jsou především vyšší věk, ženské pohlaví a genetická predispozice jedince. Druhou skupinu tvoří vaskulární rizikové faktory, a to především obezita, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, diabetes mellitus, kardiovaskulární

onemocnění, vysoký tlak a faktory životního stylu, jako jsou kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nízká pohybová aktivita nebo výživa. Další rizikovou skupinou jsou psychosociální faktory. Zde se jedná např. o nižší vzdělání a socioekonomickou úroveň, slabou sociální síť a sociální angažovanost nebo nízkou tělesnou a duševní aktivitu. Čtvrtou skupinu tvoří genetické faktory. Poslední skupinu uzavírají vývojové faktory, jako stresové zážitky v časně fázi života, deprese, psychické strádání, poranění mozku, nedostatek spánku a infekce – herpetické viry, chlamydie.

Prevence demence pak zahrnuje všechny přístupy. Úkolem primární prevence je zabránit vzniku onemocnění, a proto bude primární prevence cílit především na vaskulární, psychosociální a genetické faktory, které jsou nebo budou známy. Zde je potřeba, aby praktický lékař bral v úvahu osobní anamnézu pacienta. Úkolem sekundární prevence je včasná diagnostika nemoci a zabránění jejího dalšího rozvoje. Úkolem terciární prevence je zabránit komplikacím nemoci, imobilitě nemocného a jeho invalidizaci. Souvisí s rodinnou péčí o nemocného s demencí, podporou soběstačnosti, a především zlepšování kvality života.

Hlavním preventivním nástrojem je úprava životosprávy. V úpravě stravovacích návyků se doporučuje tzv. středomořská dieta, která zahrnuje vysoký příjem cereálií, ovoce, ryb, luštěnin a zeleniny a je spojena se snížením rizika výše uvedených chorob a úmrtnosti.

Oblast prevence v rámci psychosociálních faktorů je zaměřena na individuální vzdělávání, udržování kondice paměti četbou, hrami, luštěním křížovek, kulturními aktivitami apod. Velmi důležitou roli hraje aktivní pobyt mezi lidmi, udržování kontaktů a sociálních vazeb s přáteli, komunikace s rodinou. Prevence zaměřená na sociální síť by měla zahrnovat kvalitní služby, dostupnou zdravotní a sociální péči, pečovatelské služby.

K nezbytným předpokladům účinné prevence demence patří vzdělávání a informovanost veřejnosti o této problematice.

Je třeba si uvědomit, že neurodegenerativní změny v mozku se obvykle postupně objevují ještě před počátkem typických klinických příznaků. Zde by bylo možné využít zobrazovací metody, např. magnetickou rezonanci nebo PET metody. K diagnostice příznaků pak slouží i takové metody, jako je rozhovor nebo speciální neuropsychologické testy.

Rizikové faktory	Závažnost	Možnost ovlivnění
neovlivnitelné		
vyšší věk	+++	-
ženské pohlaví	+++	-
genetická predispozice	++	-
ovlivnitelné		
vaskulární		
obezita	++	+++
hypercholesterolemie	+	++
hyperhomocysteinemie	+	++
diabetes mellitus	+	++
kardiovaskulární nemoci	++	+
cerebrovaskulární nemoci	++	+
arteriální hypertenze	++	++
životního stylu		
kouření	+	+++
nadměrná konzumace alkoholu	+	+++
nízká pohybová aktivita	++	+++
nezdravá výživa	++	+++
psychosociální		
nížší vzdělání	+++	+
méně mentálně stimulující zaměstnání	+++	+
nížší socioekonomická úroveň	++	+
slabá sociální síť	+++	+
nížší sociální angažovanost	+++	++
nížší duševní aktivita	+++	+++
nedostatek spánku	++	++
psychické strádání, stres	++	+
ostatní		
poranění mozku	++	-
infekce	+	-

Obrázek 2 - Rizikové faktory Alzheimerovy choroby – orientační hodnocení jejich závažnosti a možnosti ovlivnění (Janoutová et al., 2020)

2. Komunikace

„Komunikace (z lat. communicatio, které lze chápat ve významu spojování, sdělování, ale také přenos, společenství, participace) znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů“ (Klenková, 2006, s. 25).

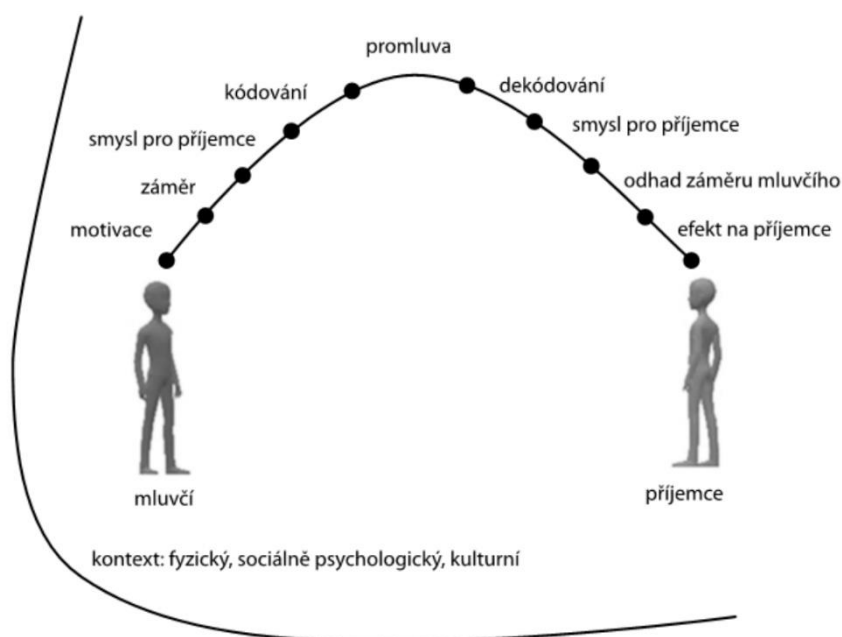
Komunikační proces je velmi složitý, jeho základ tvoří 4 prvky, které se navzájem ovlivňují (Klenková, 2006):

- komunikátor – ten, kdo přináší nové informace a myšlenky,
- komunikant – ten, kdo informace přijímá,
- komuniké – obsah sdělení,
- komunikační kanál – proces, pomocí kterého se dostává sdělení od sdělovatele k příjemci.

Komunikaci dělíme na verbální a neverbální, je ale známo, že verbální komunikace je skoro vždy doprovázena neverbální komunikací, zatímco neverbální komunikace může probíhat samostatně. Neverbální komunikace je historicky starší, má vysokou výpovědní hodnotu, srozumitelnost, je emotivnější, více ovlivněna okolními podněty, pravdivější a bez jazykových bariér, zároveň se ale nonverbální projevy liší podle kultury, ve které vyrůstáme. Nonverbální komunikace je všude přítomná, dokáže nést několik významů najednou, např. pouhým mávnutím ruky jsme schopni člověka zabrzdit, přivítat nebo vyzvat. Díky nonverbálním projevům jsme schopni posoudit, v jakém rozpoložení je náš komunikační partner, ale stejně tak nás může i oklamat. Do neverbální komunikace patří dotyky (haptika), vzdálenost (proxemika), oční kontakt, mimika, gesta a postoj těla (Boukalová, 2023). *„Ve vztahu k verbálnímu sdělení může neverbální komunikace plnit funkci: opakování a zesílení, odporování, reagování, důrazu nebo doplnění, vyjadřování emocí a tvoření dojmu o sobě“ (Vymětal, 2008, s. 55).*

Verbální komunikace neboli slovní, písemná, vznikla později a získala si dominantní postavení v dorozumívacím procesu. Slouží nejen k předávání informací, ale i myšlenek, zkušeností, zážitků a také k vnímání vysílaných symbolů a vnímání okolního světa. *„Prostřednictvím slov se člověk orientuje v okolním světě i ve svém světě vnitřním, slova se stala pro člověka pomocníkem, ale též zbraní, slova dokáží potěšit, povzbudit, pohládit, ale také zarmoutit, zranit“ (Klenková, 2006, s. 31).* Podle Vymětala (2008, s. 113) rozlišujeme u

verbální komunikace: „dvě úrovně komunikační roviny – racionální a emocionální, dva druhy komunikace – formální a neformální, řadu komunikačních stylů – koncepční, konverzační, operativní, vyjednávací, vylákávací a ostatní.“ Rozdíly mezi těmito rovinami, druhy a styly jsou dány účelem komunikace, emocemi nebo společenským postavením.



Obrázek 3 - Schéma komunikačního aktu (Boukalová et al., 2023, s. 50)

2.1. Význam komunikace

Komunikace není osobnostní charakteristikou, musíme se ji naučit a učíme se ji celý život. Sbíráme různé vzorce vyjadřování, obohacujeme si slovní zásobu, učíme se, jak reagovat v různých situacích, dá se tedy říct, že je to proces, který nám má neustále co přinášet, obohacovat a tím samotná komunikace nabývá na významu. „Každá komunikační výměna má svůj účel, smysl, funkci, kterou chce splnit nebo bezděčně plní. Dopadem na příjemce dostává komunikace svůj smysl“ (Tomová, 2016, s. 14). Mezi 5 základních funkcí komunikace patří (Vybíral, 2009, s. 31):

- informovat,
- instruovat,
- přesvědčit,
- vyjednat, domluvit (se),

- pobavit.

Mikuláščík (2008) doplňuje funkce komunikace o:

- motivující,
- socializační,
- společensky integrující,
- funkce osobní identity,
- poznávací,
- svěřovací,
- únikovou.

Jednotlivé funkce se prolínají celým procesem komunikace, umožňují nám hledat souvislosti mezi myšlením, prožíváním a chováním nás samotných i osob, o které pečujeme. Tady ovšem platí, že je nejdůležitější znát sám sebe, jaké jsou naše možnosti, schopnosti, dovednosti, ale i limity, abychom věděli, do jakých konverzací se můžeme bezpečně zapojit, a kterým se raději vyhneme.

Aby mohl komunikační proces plnit svůj význam, je potřeba určité motivace komunikovat. Má ji každý, akorát v jiné míře, která závisí na sympatičnosti komunikačního partnera, aktuálním rozpoložení, prostředí, zdravotním stavu apod. Vybíral (2009, s. 33–35) uvádí různé motivy, které mohou motivovat ke komunikaci:

- motivace kognitivní,
- motivace zjišťovací a orientační,
- motivace sdružovací,
- motivace sebepotvrzovací,
- motivace adaptační,
- motivace přesilová,
- motivace požitkářská,
- motivace existenciální.

Vymětal (2008, s. 27) uvádí, že: „*at' použijeme jakýkoli typ komunikace a jakýkoli komunikační prostředek, má-li být komunikace efektivní, musí vždy splňovat základní požadavky, kterými jsou: zřetelnost, stručnost, správnost, úplnost, zdvořilost.*“

2.2. Alternativní a augmentativní komunikace

Komunikace je pro každého člověka klíčová, díky ní se dorozumíváme, začleňujeme do společnosti, vyjadřujeme své emoce, přání a potřeby. U osob, které mají narušenou komunikační schopnost a obtížně se dorozumívají s okolím, můžeme doplnit komunikační proces o nějaký systém alternativní a augmentativní komunikace (AAK). Tyto systémy charakterizuje Chleboradová (2019, s. 8) jako: „*prostředky ke kompenzaci závažných deficitů v komunikační schopnosti – cílem jejich využití je facilitace procesu produkce a porozumění.*“

Alternativní komunikace znamená, že nahrazuje mluvenou řeč z důvodu závažné vady, která neumožňuje jedinci verbálně komunikovat. Augmentativní komunikace má naopak za cíl podpořit již existující komunikační schopnost, která ale není dostatečná pro dorozumívání, porozumění a vyjadřování (Klenková, 2006). Oba tyto systémy s sebou nesou jisté klady a zápory. Systémy AAK umožňují jedinci dávat najevo své potřeby, emoce, dorozumívát se s okolím, lépe se začlenit do společnosti, dávají pocit větší soběstačnosti a sebevědomí, a otevírají uživateli nové možnosti, co se týče vzdělávání nebo zaměstnání. Nevýhodou systémů AAK je menší společenská využitelnost, zvýšená pozornost od okolí, limitovaný výběr komunikačních partnerů a nesou řadu předsudků, jako např. tvrzení, že jedinci, kteří mají zavedený nějaký systém AAK nebudou nikdy samostatně komunikovat.

Chleboradová (2019) dělí systémy AAK na:

- s pomůckami (aided)
 - netechnické (low tech)
 - technické (high tech)
- bez pomůcek (unaided)

Do skupiny netechnických pomůcek řadíme takové systémy, které nejsou technicky náročné, např. obrázky, fotografie. Technické pomůcky jsou naopak velmi propracované a využívají prvky nebo kompletní počítačový systém. Spadají sem ovladače s hlasovým výstupem, počítače se speciálně upraveným hardwarem nebo softwarem apod. Systémy AAK bez pomůcek využívají především neverbální prostředky, jako jsou gesta, mimika nebo vokalizace (Chleboradová, 2019, Potměšil, 2013).

Při zavádění systémů alternativní a augmentativní komunikace je nutné brát ohled na individuální schopnosti jedince. Zjišťujeme stupeň porozumění verbální a nonverbální komunikaci, existující způsoby komunikace, porozumění symbolům, čtenářské dovednosti, úroveň hrubé a jemné motoriky, motivaci ke komunikaci, sociální dovednosti, emoční projevy, sociální prostředí jedince a míru očekávání klienta a osob z blízkého okolí (Potměšil, 2013).

Mezi nejčastěji používané systémy AAK v České republice patří piktogramy, jsou to jednoduché grafické černobílé znaky, které jsou k vidění i v běžném prostředí, např. na veřejných toaletách a autorkou české verze je Libuše Kubová. Piktogramy jsou díky svému jednoduchému vyobrazení snadno zřetelné i pro širokou veřejnou a proto jedinci, který komunikuje pomocí tohoto systému, umožňují dorozumět se téměř s kýmkoli. Dalším známým systémem užívaným v ČR je znak do řeči, soubor jednoduchých znaků, které doplňují mluvenou řeči. O zavedení tohoto systému se zasloužily autorky Kubová, Pavelová a Rádková, které vytvořily příručku pro jeho užívání. Mezi další systémy používané v České republice patří Makaton (manuální a grafické znaky), Bliss (systém grafických znaků), Facilitovaná komunikace (komunikace pomocí ukazování na písmena či obrázky) a VOKS (výměnný obrázkový komunikační systém) (Beerová, 2005).

2.3. Komunikace v rodině

„Komunikace v rámci rodiny je nesmírně důležitá, protože umožňuje jejím členům vyjádřit si navzájem své potřeby, přání a obavy. Otevřená a upřímná komunikace vytváří atmosféru, která umožňuje členům rodiny dát si najevo své odlišnosti i lásku a obdiv k sobě navzájem“ (Šírová, 2023, s. 113).

Komunikace v rodině je dána výchovou, přístupem a vztahem mezi rodiči. Efektivní komunikace v rodině závisí na dovednosti věnovat pozornost tomu, co si ostatní myslí a co cítí. Jinak řečeno, důležitou složkou komunikace v rodině tedy není jen mluvit, ale i naslouchat tomu, co ostatní říkají.

Komunikaci v rodině můžeme rozdělit do dvou oblastí – instrumentální a afektivní. Instrumentální komunikace je taková výměna informací, která nám umožňuje plnit běžné rodinné funkce. Afektivní komunikace se týká vyjadřování emocí jednotlivých členů rodiny. Zdravá rodina by měla být schopna komunikovat dobře v obou oblastech.

Aby byla komunikace v rodině efektivní a mohly se budovat kvalitnější vazby, je důležité dodržovat pár pravidel. Prvním pravidlem je komunikovat často – najít si čas

v nabytém programu rodiny je jedním z nejčastějších problémů, ale existuje několik kreativních způsobů, jak si na komunikaci se členy rodiny vyčlenit prostor. Může to být konverzace v autě, společné večere, povídání před spaním nebo si naplánovat společné setkání. Druhým pravidlem je komunikovat jasně a přímo – to by měla umět každá zdravá rodina. Pokud komunikujeme nepřímě, může to silně narušit vztahy i komunikaci v rodině. Aktivní naslouchání je jedním z nejdůležitějších pravidel, zahrnuje respekt a úctu k osobě, se kterou komunikujeme, umožní nám to plně pochopit význam sdělení a upevňuje vztahy v rodině. Mezi další pravidla patří – komunikovat otevřeně a upřímně, věnovat pozornost neverbálním projevům, být pozitivní nebo se zaměřit na silné stránky rodiny a brát ohledy na osobu, se kterou komunikujeme. (Šírová, 2023).

3. Rodina, definice pojmu

Podle Hartla (2004, s. 230) rodina je: „*společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí.*“ Rodina je skupina osob, které jsou spojeni pokrevními pouty, manželstvím nebo adopcí. V současné době nevnímáme rodinu pouze jako muže, ženu a děti, ale přidávají se i rodiny složené stejnopohlavními páry, toto spojení nazýváme registrovaným partnerstvím. Rodina může být také neúplná, tvořena pouze jedním rodičem. Hlavní úkol rodiny se však nemění, jde o starost o své členy a zajištění základních potřeb.

Rodina jako instituce existuje odnepaměti, je to základní jednotka organizace společnosti. I přes své zavedené formy docházelo vývojem společnosti k podstatným změnám týkajících se struktury rodiny, sociálních funkcí, způsobu života jednotlivých členů, rodinných zvyků apod. Odjakživa potřeboval člověk k životu druhého člověka, proto již od pravěku žili lidé ve skupinách, tzv. tlupách, které byly pokrevně spřízněné. Časem se upravovaly role v rodině, vytvářely se rodinná sídla apod. Největší pokrok v chápání rodiny přinesl sílící vliv křesťanství, tento směr už považuje manželství za přísně monogamní a požaduje doživotní věrnost partnerovi. Sňatky probíhaly domluvou, kdy rodiče volily vhodného partnera podle množství majetku, který vlastnil. Naopak na šlechtických dvorech se pěstovala romantická láska, nebyla však spatřována v manželství, ale v mimomanželských svazcích. Přibližně až do roku 1800 se romantická láska stává normou a základním kritériem pro volbu partnera je pocit zamilovanosti. Volba partnera už je svobodná, což mělo pozitivní dopady na rodinné soužití a společenský život. Rodina se dostává do podoby, kterou známe dnes, začíná sňatkem nebo partnerstvím, pokračuje výchovou dětí a končí smrtí (Zatloukal, 2013, s. 39-42).

Rodinu, do které se narodíme, si nevybíráme, je to záležitostí přírody. Rodina nám do života může dát velmi dobrý, ale také velmi špatný základ a ponese si ho až do konce života. Záleží na tom, do jakého typu rodiny se narodíme. Skopalová (2014) uvádí rozdělení rodiny podle několika kritérií, např. podle velikosti můžeme rodinu dělit na nukleární a širší, podle typu párového soužití na monogamní a polygamní nebo podle složení rodiny na úplnou a neúplnou.

3.1. Funkce rodiny

Mezi základní funkce rodiny patří funkce reprodukční, materiální, výchovná a emocionální. Klíčovou funkcí rodiny je funkce reprodukční, v čistě biologickém smyslu. Podle Zatloukala (2013) rodina biologickou reprodukci pomalu ztrácí, kvůli rozvoji genetiky a

medicíny jako je např. umělé oplodnění, což podle něj ovlivní budoucí podobu rodiny. Další důležitou funkcí rodiny je ekonomicko-zabezpečovací, ta se netýká pouze manželů navzájem, ale především dětí. Dříve bylo běžné, že rodina zabezpečovala i prarodiče, pokud se o sebe nebyli schopni postarat sami, v dnešní době se tato funkce zaměřuje především na děti. Socializačně-výchovná funkce je zásadní pro vývoj dítěte. Rodiče jsou prvními vzory chování, které dítě vnímá, proto by rodiče měli mít upřímný zájem o dítě, poskytovat mu kvalitní péči a výchovu, akceptovat ho, porozumět jeho vývoji, potřebám a požadavkům a podporovat jeho schopnosti a zájmy. Poslední funkcí je funkce emocionální, rodina totiž na člověka působí emocionálně ve větší míře než jakákoli jiná instituce. Aby tato funkce mohla plnit svůj význam, vyžaduje zralou osobnost rodičů (Zatloukal, 2013).

3.2. Péče o seniora s demencí v rodině

Dříve bylo běžné, že se každá rodina o své seniory automaticky starala a poskytla jim potřebnou péči, v dnešní době to už není pravidlem. Některé rodiny se o seniora z různých důvodů starat nemohou, některé rodiny péči o seniora odmítají, setkáme se ale i s nemocnými, kteří rodinu, která by o něj pečovala, nemají. Ve většině případů se ale setkáváme se situací, že pokud to jde, rodina o nemocného seniora pečuje. Pokud se tedy u seniora vyskytne nějaké vážné onemocnění, které vyžaduje celodenní péči, musíme se rozhodnout, zda seniora umístíme do některého ze specializovaných zařízení, nebo o něj budeme pečovat doma. Domácí péče sebou nese velkou zátěž nejen pro pečující, ale i pro ostatní členy rodiny, jak ve smyslu finančním, tak emocionálním. Obzvlášť u demence je velmi náročné *„přijmout fakt, že někdo, koho milujete, už nikdy nebude stejný; že se jeho stav bude postupně zhoršovat; že se zodpovědnost a vztahy v rodině změní; přináší s sebou také neshody v rodině; pocity, že vás úkoly rozdrtí, znechucení, izolovanost, vztek či deprese“* (Mace, 2018, s. 251).

Motivací k péči o rodinného příslušníka s demencí může být hned několik, může vyplývat z pocitu viny, že se o seniora s demencí jinak nikdo nepostará nebo třeba z povinnosti. Často jsou osoby, které budou o nemocného pečovat postaveni do zcela neznámé situace, která obnáší ztotožnění se s novými rolami pečujícího a nemocného. Na přijetí role pečujícího se podílí několik vnitřních i vnějších faktorů, např. prostředí, ve kterém se nacházíme, již výše zmíněná povinnost, ale také láska a náklonost k seniorovi s demencí. V rodině také nemusí být pouze jeden pečovatel, lze si role rozdělit, záleží však na rodinných vztazích a komunikaci mezi sebou. Jarolímová (2020, s. 145) uvádí, že: *„základním předpokladem a důležitou složkou péče rodiny o starého člověka je rodinná sounáležitost.“*

Péče o seniora s demencí je zpočátku nenáročná, spočívá v pomoci s nákupem, úklidem apod. Demence je ale progresivní onemocnění, a proto se z péče minimální časem stane celodenní péče o nesoběstačnou osobu. Záleží tedy na rodině, jak si péči o seniora s demencí rozdělí, nebo se role pečovatele ujme jeden z členů rodiny.

Jeden ze dvou nejčastějších modelů péče o osobu s demencí je ten, že se toto onemocnění objeví u jednoho z partnerů. V tomto případě je to velmi náročná situace pro onoho partnera, který bude o nemocného pečovat. Dochází zde k situacím, že si pečující partner uvědomuje, že je na veškeré problémy, o které se mohl dříve podělit, sám. Nemá to ale pouze negativní dopady, i když je tato situace velice náročná, umožňuje pečujícímu objevovat své nové schopnosti a dovednosti, o kterých si dříve myslel, že je nezvládá. Nejdůležitější schopností, kterou nás péče o blízkého s demencí naučí je, říct si o pomoc. Druhý model se zaměřuje na dospělé děti, které se starají o svého rodiče s demencí. V tomto případě dochází k obrácení rolí, kdy dítě postupně přebírá čím dál větší zodpovědnost za svého nemocného rodiče. Tady záleží na skutečnosti, jaký vztah panuje mezi rodičem a dítětem, jak probíhala výchova, jestli mezi sebou mají konflikty apod. Pro dítě, které pečuje o svého rodiče znamená tato situace velkou zátěž, už jen z důvodů, že ten, kdo ho vychoval ho třeba nepoznává nebo je na něj agresivní. Do rozpaků se dostávají zejména při pomoci s hygienou, kdy mají vykoupat otce, nebo převléknout matku. Musí tedy hledat takové způsoby, které pomohou rodiči zachovat si důstojnost, ale zároveň mu s náročnou, pro pečující často nepříjemnou, situací pomohou (Mace, 2018).

4. Komunikace se seniory s demencí

Komunikace se seniory s demencí se stává jedním z nejtěžších úkolů pro osoby, které o takto nemocného pečují, obzvláště pro rodinné pečující. Aby byla komunikace mezi pečujícím a seniorem s demencí úspěšná, je ze strany pečujícího potřeba opravdová touha naslouchat, snaha domluvit se, projev respektu a empatie. Důležitý je fakt, že i když senior trpí demencí, je to dospělý člověk se svou historií a svými právy, proto je nutné vzít v potaz, abychom s ním nezacházeli jako s dítětem nebo s někým, kdo „*je mimo a už ničemu nerozumí*“ (Prajznerová, 2018).

Pokud péči o seniora s demencí vykonává nějaký člen rodiny, může to mít jisté výhody v tom, že zná chování svého blízkého a ví, jaké jsou jeho rituály a zvyklosti. Proto dokáže lépe odhadnout situace, které by mohly vyvolat nežádoucí chování a ztížit tím vzájemnou komunikaci. Jak už bylo výše řečeno, osoba s demencí se často cítí nepochopená nebo zmatená, z těchto důvodů musíme ke komunikaci s takto nemocnými přistupovat jinak, než kdybychom mluvili se zdravým člověkem. Snažíme se o co nejdelší udržení komunikačního potenciálu jedince, k tomu můžeme využívat i některé systémy alternativní a augmentativní komunikace.

Není neznámým faktem, že komunikace se seniory s demencí po obsahové i formální stránce je ve veliké míře ovlivněna spoustou různých biologických, psychologických i sociálních faktorů. Patří sem např. pohlaví, věk, prostředí, ve kterém senior vyrůstal a ve kterém se nyní nachází, dále pak aktuální rozpoložení seniora, a také jeho aktuální zdravotní stav, a to převážně vnímání bolesti. Tyto všechny výše jmenované aspekty jsou pro pečovatele důležitým milníkem v komunikaci v péči o seniora s demencí. Je nutné si uvědomit, že u onemocnění demence je postižen především mozek, a tudíž jeho hybná či psychologická část. Těmto potížím tedy musíme přizpůsobit péči a také přístup. Musíme přizpůsobit komunikaci jak verbální, tak neverbální, aby tato péče mohla probíhat smysluplně a důstojně.

Podle Mace et al. (2018, s. 61) můžeme problémy s komunikací u seniorů s demencí rozdělit na dva typy: „*problémy, které má osoba s demencí při vyjadřování se před ostatními, a problémy s porozuměním tomu, co ji lidé říkají.*“ Fakt, že demence ztěžuje komunikaci neznamená, že nikdy nebudeme seniorům s demencí rozumět. Někdy může senior vyjádřit svou myšlenku jen několika slovy nebo spojí naučené fráze a může to v nás vzbudit myšlenku, že žádné problémy v komunikaci senior nemá. Pokud se ale hlouběji zaměříme na obsah sdělované myšlenky, uvědomíme si, že ji vlastně nerozumíme. V některých případech může senior s demencí své komunikační problémy skrývat, buď z pocitů studu nebo díky vědomí svých

potíží a limitů. „*Když má osoba s demencí vážné jazykové problémy, vzpomene si jen na pár klíčových slov jako třeba „ne“, které používá neustále, ať už to tak myslí či nikoliv*“ (Mace et al., 2018, s. 63). Progrese nemoci může dovést seniora s demencí až do stádia, kdy přestane komunikovat úplně. I přes tyto obtíže je ale důležité nevyčleňovat seniora s demencí z komunikace, a i přesto bychom ho měli vnímat jako hodnotného komunikačního partnera a společníka.

Doporučení, co by se při komunikace mezi pečujícím a seniorem s demencí mělo dělat vydala Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. Na svých webových stránkách zveřejnila Desatero komunikace se seniory se syndromem demence, které obsahuje různé postupy a metody, které mohou ulehčit komunikaci s takto nemocným seniorem:

1. Omezujeme rušivé a rozptylující podněty z prostředí, ujistíme se, zda pacient dobře slyší, případně, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky a že se u něj nevyskytuje vada řeči ve smyslu afázie.
2. Povzbuzujeme pacienta vlídným zájmem, chováme se klidně a máme pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby, zůstáváme v zorném poli pacienta.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
4. Nepoužíváme odborné výrazy, žargon a ironii. Používáme takové výrazy, které jsou pacientovi známé a přiměřené.
5. Používáme přímé pojmenování, pokud to lze, na předměty, o kterých mluvíme ukazujeme. Pokud nám pacient nerozumí, používáme jinou formulaci.
6. Navazujeme a udržujeme oční kontakt, ověřujeme si, zda nám pacient rozumí. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění, používáme dotek.
7. Používáme neverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme i u pacienta. Vnímáme projevy strachu, úzkosti, deprese nebo bolesti.
8. Dáváme najevo, zda odcházíme pouze na chvíli nebo zda komunikace skončila.
9. Nepodceňujeme pacienta, ani jeho komunikaci neomezujeme, přizpůsobujeme ji jeho schopnostem. Pacienty informujeme o povaze a důvodu vyšetření, během něho s nimi komunikujeme a postup popisujeme.

10. Chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, neponižujeme, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.

Velkým tématem, který se týká komunikace v pečovatelské péči, je důstojnost seniora s demencí. Při tomto onemocnění se často nemocná osoba dostává do situací, které jsou jí nepříjemné a nedůstojné, jako je např. pomoc při koupání, vykonávání potřeby, oblékání nebo krmení. Všechny úkony spojené s osobní hygienou nebo s převlékáním osoby s demencí jsou spojeny s velkým ostychem a cítěním se trapně. Při těchto běžných denních úkonech je proto potřeba dbát zvýšené pokory a emocionálního přístupu k nemocnému. Rodinný příslušník se v tomto případě musí naučit ovládat své mnohdy negativní emoce, smutek, či případné rozladění z toho, že se stará o svou blízkou osobu. Více než kdy jindy je tedy zapotřebí, aby při péči o blízkou osobu, rodinného příslušníka, jsme se snažili naladit na všechny aspekty této intimní péče, která může mnohdy přinést pocity nedůstojnosti. Je důležité abychom tedy v této souvislosti upravili nejen přístup k nemocnému, ale i sami k sobě, a prostředí, ve kterém o nemocného pečujeme. Úprava prostředí, hygiena, osvětlení, spánková hygiena a další aspekty péče o pacienta s demencí jsou nedílnou součástí komunikace rodinného příslušníka s tímto pacientem. Protože nejen verbální komunikace nám ukazuje, jakým způsobem nás pacient vnímá a je schopen spolupracovat, ale právě tato neverbální komunikace nám velmi často může pomoci při správně zvolené ošetrovatelské péči o seniora s demencí.

Aby komunikace se seniorem s demencí mohla probíhat důstojně je důležité si zjišťovat informace, jak z odborné literatury, tak z již existujících výzkumů. Dále je potřeba dbát na vzájemné pochopení a spolupráci, tu podporujeme nejen u seniorů s demencí, ale i u ostatních členů rodiny. Dalším důležitým bodem je dosažení spokojenosti, ta je důležitá jak pro samotnou pečující osobu, tak pro seniora s demencí. Spokojenosti často dosahuje díky zpětné vazbě, které se nám dostává od osob, o které pečujeme. U seniorů s demencí se ale ne vždy setkáme s pozitivní zpětnou vazbou a nesmíme se ní nechat odradit. Pečující se musí naučit spokojit se i s minimální zpětnou vazbou, se kterou se mohou setkat u takto nemocných seniorů (Vymětal, 2008).

5. Úvod praktické části

Komunikace se seniory s demencí je častým předmětem zkoumání, protože představuje velké riziko pro budoucí generace. V této oblasti již proběhlo mnoho studií, které nám ukázaly, jak nejlépe a nejefektivněji komunikovat se seniory s demencí tak, abychom jim zajistili co nejkvalitnější a nejdůstojnější stáří a zvládli tuto situaci nejen oni, ale i my, jako ošetřující členové rodiny, případně jako ošetřující personál.

Předmětem výzkumu je komunikace se seniory s demencí, jak verbální, tak neverbální, dále také co komunikaci s takto nemocnými seniory ovlivňuje a jak ji lze usnadnit. Cílem výzkumu je zjistit, jak probíhá komunikace mezi seniorem s demencí a pečující osobou, jak se mění verbální a neverbální komunikace z pohledu osob, které o seniory s demencí pečují, jestli komunikaci ovlivňuje čas, prostředí nebo komunikační partner a zda lze komunikaci se seniory s demencí usnadnit vybranými systémy alternativní a augmentativní komunikace. Dílčím cílem výzkumu je podpořit rodiny, které se starají nebo se budou starat o seniory s demencí a zkusit nabídnout náhled na možný průběh komunikace s takto nemocnými seniory.

Od předmětu a cíle výzkumu vyplynula hlavní výzkumná otázka – Jak probíhá komunikace se seniorem s demencí a pečující osobou? Jelikož je tato otázka velmi široká, byla rozdělena na 4 dílčí otázky, které jsou zaměřeny na konkrétní zkoumané oblasti.

Dílčí výzkumné otázky:

1. Jak se mění verbální komunikace?
2. Jak se mění neverbální komunikace?
3. Ovlivňuje komunikaci se seniorem s demencí prostředí, čas, situace nebo komunikační partner?
4. Jak na komunikaci se seniorem s demencí působí systémy alternativní a augmentativní komunikace?

5.1. Charakteristika dílčích výzkumných otázek

Dílčí výzkumné otázky byly stanoveny, aby hlavní výzkumná otázka nebyla natolik široká, aby byla přesněji ukotvena a byly obsáhnuty všechny oblasti, na které se výzkum zaměřuje.

První dílčí otázka se věnuje verbální komunikaci a změnám v ní. Od této otázky se očekávalo, že se potvrdí nebo vyvrátí, zda se opravdu při demenci vyskytuje opakování slov,

nebo porucha pojmenování. Dále byla zaměřena na změny, které museli začít dělat pečující osoby jinak, aby komunikace probíhala lépe a účelněji. Poslední dotazovanou otázkou v této oblasti byla zaměřena na vady řeči, zda onemocnění demence doprovází nebo zda se vyskytují nějaké odlišnosti v řeči.

Druhá dílčí otázka, zaměřená na neverbální komunikaci, sloužila k zjištění, jaké nonverbální projevy u seniorů s demencí přetrvávají a jaké naopak vymizí. Dále bylo v této oblasti zjišťováno, zda neverbální komunikaci používají i osoby pečující a zda jejich používání dokáže ovlivnit komunikaci se seniory s demencí.

Třetí dílčí otázka byla zaměřena na faktory, které ovlivňují komunikaci se seniory s demencí. Zaměřila se na vliv prostředí, času, situaci a komunikačního partnera.

Poslední, čtvrtá dílčí otázka se zaměřovala na systémy alternativní a augmentativní komunikace. Tato otázka zjišťovala, jak systémy alternativní a augmentativní komunikací působí na komunikaci se seniory s demencí, zda je pečující osoby znají a jestli je používají, popřípadě jak.

5.2. Výzkumné metody

Pro výzkum byl využit kvalitativní přístup, který Švaříček a kol. (2007, s. 17) popisuje jako: *„proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený 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.“* Kvalitativní přístup byl zvolen z důvodu, že je více konkrétní a osobní, a jelikož se téma výzkumu týká specifické skupiny lidí, cílem bylo dostat se k těmto osobám co nejbližší a získat autentická data o dané problematice. Hendl (2023) spatřuje v kvalitativním výzkumu jisté výhody a nevýhody – výhodu vidí v tom, že získáváme podrobné popisy zkoumaného problému v přirozeném prostředí, umožňuje nám navrhovat teorie a sledovat jednotlivé souvislosti a procesy. Nevýhody spatřuje v obtížnosti a časové náročnosti sbírání dat, analýza je také velice časově náročná, a především v ovlivnitelnosti výsledků výzkumníkem.

Sběr dat byl prováděn polostrukturovanými rozhovory, aby byla možnost se případně doptávat na informace, které vyplynou v průběhu rozhovorů. Tato metoda *„vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek“* (Švaříček et al., 2007, s. 160). Předpokladem bylo, že toto téma může přimět pečující osoby se rozpovídat a bude možnost se dozvědět o zkoumané

problematicke více než jen odpovědi na předem připravené otázky, tato metoda se jevila jako nejvhodnější pro daný výzkum.

Data byly vyhodnocována pomocí otevřeného kódování a dále metodou kontrastu a srovnáváním. „Otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Během kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly a také jsou kladeny otázky o jevech údajů reprezentovaných“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 44). Získaná data byla analyzována podle jednotlivých dílčích výzkumných otázek a následně shrnuta do závěru. Analyzovaná data byly srovnávána s odbornou literaturou a s daty získanými od ostatních výzkumníků.

5.3. Charakteristika účastníků výzkumu

Informace k výzkumu byly zjišťovány od rodinných příslušníků, kteří se starají o člena své rodiny s demencí. To také bylo hlavním kritériem pro výběr účastníků k rozhovorům. Jelikož účastníci výzkumu museli splňovat již zmíněné kritérium, výběr výzkumného vzorku byl záměrný. „Záměrný výběr se liší od předcházejících druhů výběrů v tom, že zde o výběru jistého prvku nerozhoduje náhoda, ale buď úsudek výzkumníka, nebo úsudek zkoumané osoby“ (Chráska, 2016, s. 19). Cílem při výběru výzkumného vzorku, bylo sehnat minimálně 4 až 5 účastníků, kteří budou ochotni podělit se o informace o průběhu komunikace mezi nimi a seniorem s demencí. Vhodní kandidáti k výzkumu, kteří splňovali zadané kritérium, byli nalezeni v okolí rodiny mé spolubydlící z koleje. Další možní kandidáti byli nalezeni i u rodin spolužaček ze školy, ale nakonec účast na rozhovorech odmítli.

Prvním účastníkem rozhovorů byla paní Jitka, která se stará o svou matku s demencí. Matka paní Jitky je v počátečních stádiích demence, a proto se v komunikaci ještě nevyskytují takové obtíže. Tento rozhovor byl veden jako první, a proto sloužil jako tzv. „zkušební“, při kterém byla ověřena vhodnost zvolených otázek a zároveň bylo zjišťováno, na co se lze pečujících osob doptávat a do čeho se radši nepouštět.

Druhý rozhovor byl veden s panem Vladimírem, který se společně se svým otcem stará o svou matku s Alzheimerovou demencí. Tento rozhovor byl už o poznání zajímavější, protože demence u matky pana Vladimíra výrazně pokročila a poskytnuté odpovědi značily o náročnosti komunikace se seniory s demencí v pozdějších stádiích.

Dalšího rozhovoru se účastnila paní Klára, ta pečuje o svého manžela, kterému se po pádu na lyžích objevila demence u Parkinsonovy choroby. S paní Klárou se velmi hezky povídalo, ale bylo vidět, že péče o manžela je pro ni výrazně náročnější, než kdyby pečovala o svého rodiče. Výhodou u tohoto rozhovoru bylo, že paní Klára má letité zkušenosti s péčí o seniory s demencí, jelikož několik let pracovala v domově pro seniory. Sama na konci rozhovoru uvedla, že získané zkušenosti z práce ji velice pomohli v péči, a především v komunikaci se svým manželem.

Posledním účastníkem rozhovorů byla paní Petra, která pečuje o svého otce s demencí. Z tohoto rozhovoru vyplýval zajímavý rozdíl v péči o otce a matku. Paní Petra uváděla, že u svého otce se častěji potýká se špatnou náladou a odmítáním péče. Když pečovala o svou matku, která krátce po zjištění diagnózy zemřela, s takovýmto chováním zkušenost neměla. Možná to je tím, že u své matky nezažila pokročilá stádia demence, ale paní Petra uváděla, že její matka byla ta, která byla velmi náladová a odmítala veškerou pomoc po celý svůj život.

5.4. Realizace výzkumu

Po určení hlavní výzkumné otázky, předmětu, cíle a nalezení vhodných kandidátů k výzkumu, následovalo zvolení vhodných otázek, které pokryjí dílčí výzkumné otázky a následně hlavní výzkumnou otázku.

V polovině března tohoto roku byl dokončen seznam výzkumných otázek a opět proběhla domluva s účastníky rozhovorů, kteří pečují o rodinného příslušníka s demencí, ohledně termínu schůzky. Znovu jim bylo vysvětleno, proč výzkum probíhá a jaký má cíl. Dále byli dotazováni seznámení s využitím jejich odpovědí v tomto výzkumu a zda s tím opravdu souhlasí. Všichni účastníci souhlasili s využitím zjištěných informací v tomto výzkumném šetření, trvali na anonymitě a po domluvě jsme se dohodli na uvedení křestního jména a věku. Tři ze čtyř dotazovaných také nesouhlasili s nahráváním rozhovoru, což bylo komplikací především pro mě, protože odpovědi musely být rychle zaznamenávány do počítače. Dva rozhovory byly vedeny online formou, jelikož nebyl nalezen vhodný termín na osobní setkání, i přes tento problém byly rozhovory velmi zajímavé a příjemné. Další rozhovor proběhl v kavárně, kde proběhla schůzka s paní Jitkou a opravdu to bylo velice přínosné, jelikož mohly být pozorovány i emoce, které doprovází náročnost komunikace se seniory s demencí. Poslední rozhovor probíhal přímo v domě paní Petry, kde se k náročnosti komunikace přidal i obrázek o tom, jak musí být zabezpečena domácnost, pokud pečujeme o takto nemocného seniora

v domácím prostředí. Při tomto posledním rozhovoru se v průběhu povídání připojil i otec paní Petry, který se ze začátku stranil, ale později si k nám přisedl a poslouchal.

Po provedení rozhovorů následovala analýza zjištěných informací, dávání si je do souvislostí s již zjištěnými informacemi z existujících studií a následné tvoření závěrů výzkumu. Z předběžné analýzy se potvrdilo, že většina zjištěných informací souhlasí s odbornou literaturou a existujícími výzkumy. Po rozhovorech se také potvrdila náročnost komunikace se seniory s demencí, a to především pro primární pečovatele než pro ostatní členy rodiny.

5.5. Interpretace dílčí výzkumné otázky č. 1

Jak se mění verbální komunikace?

Při položení výše uvedeného otázky bylo zjištěno:

Opakování slov se při demenci opravdu vyskytuje velmi často, ale rozvíjí se postupně. V počátečních stádiích není opakování příliš časté a je ovlivněno fyziologickými změnami ve stáří, jako je například slábnoucí sluch. Místo slov se může také vyskytovat opakování celých vět nebo frází, či se může jednat o tzv. koprolálii, tedy nadměrné užívání nevhodných slov. Opakování slov může být ovlivněno i situací nebo náladou seniora s demencí, kdy je opakování čtenější při rozladění seniora nežli při dobré náladě. Často se objevuje opakování vlastních jmen, nebo jmen svých příbuzných a v pozdějších stádiích opakují slova „ano“ a „ne“.

Potvrdilo se, že i poruchy pojmenování doprovází onemocnění demence. Často je to v situacích, kdy senior s demencí něco hledá, nebo se snaží vyjádřit co chce. Společně s hledáním vhodného pojmenování, často senioři s demencí uvádějí i gramaticky nesprávně tvořená slova a slovní spojení, nebo používají výrazy, které s danou situací nesouvisí anebo jsou pro tuto situaci nevhodná.

Účastníci výzkumu se shodují, že vady řeči se v souvislosti s demencí nevyskytují, ale zmínili problémy se správnou výslovností. Špatná výslovnost se vyskytuje u takových slov, která jsou složitá nebo dlouhá. Často tuto skutečnost přisuzují vadám sluchu nebo nevhodným zubním protézám. Výslovnost se odvíjí i od momentálního rozpoložení seniora s demencí nebo na dané situaci, která může vyvolat nervozitu, případně může být příčinou nevhodně zvolená medikace.

Poslední oblastí, na kterou se výzkum v této dílčí otázce zaměřil, byly změny ve verbální komunikaci ze strany pečujícího člena rodiny. Všichni účastníci se shodli na důležitosti

zkracování vět a na udílení co nejjednodušších pokynů. Dále je důležité mluvit pomalu, dávat dostatečný prostor pro vyjádření se seniorovi s demencí, a zmiňují, že velmi důležité je naslouchání. V pokročilých stádiích demence, kdy seniorovy s demencí dělá velký problém se vyjádřit, nabízíme i určité varianty možných situací a emocí, které se v seniorovy mohou odehrávat. Základem pro úspěšné vykonávání této komunikace je dobrá znalost prostředí, ve kterém se senior nachází a dobrý vztah se seniorem samotným.

Z výše uvedeného vyplývá, že verbální komunikace je jednou z klíčových složek optimální péče o seniora s demencí, a to od zdravotnického personálu i členů rodiny. Její důležitost podtrhuje i další složka péče o seniora s demencí a tou je neverbální komunikace. Obě tyto složky se vzájemně doplňují a jedna bez druhé nemůže v této problematice dobře fungovat.

5.6. Interpretace dílčí výzkumné otázky č. 2

Jak se mění neverbální komunikace?

Při položení výše uvedené otázky bylo zjištěno:

První otázka v této oblasti byla zaměřena na udržování očního kontaktu, u kterého se většina účastníků výzkumu shodla, že ve většině případů senioři s demencí oční kontakt udržují. Může, ale být ovlivněn náladou seniora s demencí nebo jeho motivací ke komunikaci. V pokročilých stádiích demence se ale stává, že dokud se pečovatel nedostane do zorného pole seniora s demencí, nevnímá ho. Udržování se v zorném poli seniora s demencí je doporučeno i v *Desateru komunikace se seniory se syndromem demence od Všeobecné zdravotní pojišťovny*.

Mimika se v některých případech, ani v počátečních stádiích demence nemění. Někteří účastníci uváděli, že jejich rodič byl veselý a mnohomluvný, teď ale mají neutrální výraz v obličejí a nonverbální projevy se u nich skoro nevyskytují. Jeden z účastníků také uvedl, že jeho rodič byl velmi vážný člověk a demence z něj udělala „velké dítě.“ U seniorů s demencí můžeme pozorovat dětské projevy jako je např. vyplazování jazyka nebo „šklebení.“ V souvislosti s dětskými projevy z výzkumu vyplynulo, že tyto projevy dělají senioři s demencí především před pečující osobou.

Dále bylo zjišťováno, jestli při komunikaci se seniorem s demencí používají pečující gesta a zda je používají i samotní senioři. Pečující se shodli, že gesta používají v situacích, kdy se seniorovi snaží něco vysvětlit nebo když jim popisují, kde danou věc najdou. Naopak senioři s demencí používají gesta velmi často, a to nejčastěji v situacích, kdy jsou zmatení nebo rozzlobení a nikdo jim nerozumí.

Většina rodinných pečujících jsou schopni rozpoznat, jak se senior s demencí cítí podle jeho nonverbálních projevů. Záleží ovšem na spoustě faktorů, které mohou tento fakt ovlivnit, např. nálada, se kterou se senior s demencí probudí nebo na atmosféře momentální situace. Tato dovednost se ale potvrdila pro rodinné pečující jako snazší, protože seniora znají, ale někteří uznávají, že i pro ně je to někdy velice náročné.

Co se týká řeči těla, tak většina účastníků vypověděla, že senioři s demencí jsou málo aktivní a ve většině případů sedí na gauči nebo leží v posteli. Musíme si uvědomit, že demence a její příznaky ovlivňuje a snižuje aktivitu člověka, bez ohledu na to, jak celý život žil aktivně.

Od samotného počátku demence jsou projevy verbální i neverbální komunikace upozadovány. Ze začátku si senioři uvědomují slábnoucí paměť, a proto přestávají komunikovat, jelikož si určitým způsobem uvědomují své limity a stydí se mluvit na veřejnosti. To se týká i neverbální komunikace, která se postupně zhoršuje a v konečných stádiích demence se tyto projevy už téměř nevyskytují.

5.7. Interpretace dílčí výzkumné otázky č. 3

Ovlivňuje komunikaci se seniorem s demencí prostředí, čas, situace nebo komunikační partner?

Při položení výše uvedené otázky bylo zjištěno:

Při zkoumání, zda komunikaci ovlivňuje prostředí, ve kterém komunikace probíhá, vyplynulo, že „komunikace je poměrně náročná kdekoli“ (paní Klára – viz příloha č. 3, s. 54). Všichni účastníci výzkumu upřednostňují komunikaci se seniorem doma, kde jsou známé podněty a klid. Ve venkovním prostředí mohou být ale senioři s demencí pozornější k okolním podnětům, a tak může být navázání komunikace o to složitější. Venku je také větší riziko, že vytržení seniora například od pozorování zvěře, může vyvolat nežádoucí chování.

Na otázku, zda komunikaci ovlivňuje komunikační partner, účastníci výzkumu odpovídali, že určitě ano. Shodovali se, že na pečovatele senior s demencí často reaguje hůř než na ostatní členy rodiny. Může to být způsobeno např. tím, že pečující osoba mnohdy podstupuje se seniorem s demencí různé činnosti, které seniorovi nemusí být příjemné.

Podnětem, který může zlepšit komunikaci může být např. dobré jídlo, které má senior s demencí rád, nebo zvíře. Ani ne tak jako na podnětech, záleží na rozpoložení pečující osoby nebo komunikačního partnera. Tento jev totiž dokáže ovlivnit komunikaci víc, než si myslíme.

Čas na komunikaci nemá až takový vliv. Ranní komunikace je snazší zejména pro pečující osobu, jelikož je odpočatá a plná energie. Někteří senioři mohou být zvyklí na polední spánek, ten také může způsobit horší komunikaci kvůli únavě. Večerní komunikace je náročná jak pro pečovatele, protože často bývají už vyčerpaní a ztrácí trpělivost s neustálým vysvětlováním, tak pro samotného seniora s demencí, jelikož se v tento čas provádí hygiena a ta často v seniorech probouzí nežádoucí chování a vztek.

Fakt, že senioři s demencí lépe reagují na děti, se při výzkumu také potvrdil. Všichni dotazovaní měli s touto skutečností zkušenost. Často to bývají vnoučata, která přimějí seniora s demencí komunikovat více. „Jako by oživil“, popisuje jedna z dotazovaných. Na děti šišljají, hrají si s nimi, zpívají písničky a vypráví pohádky, přitom s pečujícím téměř nekomunikují. Může to být i tím, že děti mají více trpělivosti nebo také tím, že demence snižuje mentální věk a proto mají k dětem blíže.

5.8. Interpretace dílčí výzkumné otázky č. 4

Jak na komunikaci se seniorem s demencí působí systémy alternativní a augmentativní komunikace?

Při položení výše uvedené otázky bylo zjištěno:

Pečující z předkládaného výzkumu uvádějí, že přímo systémy alternativní a augmentativní komunikace nepoužívají. Občas si ale komunikaci usnadňují fotkami, a to v situacích, kdy chtějí o někom mluvit, ale neví o kom. Fotky tedy mohou připomenout dobu která minula nebo osobu, kterou zobrazují. Mnoho seniorů ale členy své rodiny pozná pouze na fotkách z dětství. Někteří rodinní ošetřovatelé uvádějí, že také používají nápisy s popisy na zásuvkách a skříních, aby seniorovi s demencí usnadnili hledání nebo používání věcí.

Co se týče bazální stimulace, očekávalo se, že ji pečující budou využívat více, než vyplynulo z výzkumu. Většina účastníků totiž bazální stimulaci nepoužívají. Osvědčilo se, že v počátečních stádiích demence může zlepšit soustředění držení za ruku. Jedna z dotazovaných popisovala i situace, kdy při záchvatech vzteku hladí svého otce po tváři a tím ho dokáže uklidnit.

Schémata denních běžných činností někteří dotazovaní nepoužívají a někteří ani nevěděli, že by něco takového mohli svému seniorovi s demencí vytvořit. V jednom případě tato otázka přiměla pečující přemýšlet o tom, že takové schéma zkusí. Jeden z dotazovaných schéma denních činností využil a přidělal ho své matce na lednici. V rozhovoru uvádí, že

několikrát zaznamenal, že se na schéma šla podívat. Schéma denních běžných činností může výrazně pomoci s eliminací nežádoucího chování z nečekaných činností. Opět ale záleží, v jakém stádiu demence se daný senior nachází. Vyplatí se ho tedy používat v počátečních a lehce pokročilých stádiích, kdy senior dokáže porozumět písmu. Pokud ale upravíme schéma a využijeme např. obrázky místo slov, může dobře posloužit i seniorům v pozdních stádiích demence.

Alternativní a augmentativní komunikace může pomoci pečujícím usnadnit dorozumívání mezi nimi a seniorem s demencí. Při volení těchto systémů ale musíme přihlížet na individualitu každého seniora a na to, v jakém stádiu nemoci se senior nachází. Nejvíce jsou tedy využívány fotky a obrázky, v některých případech se vyplatilo využít schématu denních činností.

5.9. Shrnutí výzkumu

Jak tedy probíhá komunikace mezi seniorem s demencí a pečující osobou?

Prvně je potřeba zmínit, že komunikace s takto nemocnými seniory bude náročná po celou dobu péče. V počátečních stádiích demence nemusí komunikace představovat výrazný problém, ale progresí nemoci se bude komunikace zhoršovat. Musíme si ale uvědomit, že u každého seniora s demencí bude průběh nemoci jiný, ale příznaky budou ve většině případů podobné, vše je individuální.

Pro seniora s demencí je komunikace náročná, jelikož si ze začátku může uvědomovat slábnoucí paměť, a proto komunikaci upozadňuje, nakonec celý proces přejde do stádia, kdy senior přestává rozumět písmu, mluvenému slovu a vyskytují se i problémy s vyjadřováním. Senior často hledá správná slova nebo zapomíná, co chtěl říct. I neverbální komunikace se postupem nemoci vytrácí. Ze začátku se nemusí zdát, že by se nonverbální projevy nějak lišily od těch, na které jsme u seniorů byli zvyklí, ale opět budou postupem nemoci tyto projevy slábnout až můžou dojít do tzv. amimie, což je ztráta mimických pohybů. Můžeme se také setkat se skutečností, že senioři s demencí budou odmítat vycházet s domu, budou málo pohybliví a budou upřednostňovat sezení na gauči, luštění sudoku nebo ležení v posteli. Při demenci se také může vyskytnout koprofálie, což je nadměrné užívání nevhodných slov. Ta se může projevat v situacích, kdy bude senior rozladěn nebo bude odmítat vykonat nějakou činnost, proto bychom i na takové nepříjemné projevy měli být připraveni.

Komunikace je ale především náročná pro samotné pečovatele, musí se naučit vyzorovat situace, ve kterých bude komunikace složitá, jak změnit projev, aby byl srozumitelný pro samotné seniory apod. Z výzkumu bylo zjištěno, že je za potřebí, aby pečující mluvili na seniory s demencí pomalu, aby zkracovali věty a opravdu naslouchali. V pozdějších stádiích se může vytrácet smysl otázek a doporučuje se místo nich používat věty oznamovací. Pokud se rodina rozhodne pečovat o seniora s demencí, musí se smířit s faktem, že komunikace s takto nemocným seniorem bude vyvolávat i nepříjemné situace a bude vyžadovat obrovskou trpělivost. Péči o seniora s demencí nemusí obstarávat pouze jeden ze členů rodiny, není ostudou si připustit, že např. večerní hygiena je pro pečovatele velkou zátěží, a proto si zajistit na tyto činnosti vyškoleného ošetřovatele.

Existují i různé metody, kterými si můžeme komunikaci se seniorem usnadnit a tím můžou být systémy alternativní a augmentativní komunikace. Z výzkumu vyplynulo, že nejčastějším systémem AAK je prohlížení a použití fotografií. Ty můžou sloužit jako připomínky různých událostí, jako jsou dovolené a rodinné oslavy, ale můžou sloužit také jako pomůcka při vzpomínkách na různé členy rodiny. V některých případech senioři s demencí sami sahají po fotoalbech a připomínají si různé momenty z jejich života, někdy ale slouží přímo jako doplněk komunikace, kdy například místo jména člena rodiny, senior s demencí, ukáže fotku. Dalším pomocníkem v komunikaci se seniorem s demencí můžou být různé nápisy na šuplících, na kterých se senior s demencí dočte, co v daném prostoru najde. Někdy pečující vytváří i návody, jak používat nějaký spotřebič nebo určitou činnost. U těchto nápisů a popisů musíme myslet na to, že postupem nemoci senior může přestat rozumět psaným slovům, a proto místo slov můžeme využít obrázky nebo kreslená schémata, která se také osvědčila. U všech systémů alternativní a augmentativní komunikace musíme ale myslet na to, abychom při používání těchto systémů nenarušili důstojnost samotného seniora a volili je v takových situacích, kdy je to příjemné jak pro nás, jako pečující osoby, tak pro seniory s demencí.

Výzkum také ve většině případů potvrdil účinnost *Desatera komunikace se seniory se syndromem demence od Všeobecné zdravotní pojišťovny*, a proto se vyplatí dodržovat tyto jednoduché pokyny. Pravidla zmíněná v tomto desateru jsou jednoduchým návodem, jak přistupovat ke komunikaci se seniorem s demencí.

V závěru výzkumu se potvrdilo, že komunikace opravdu představuje obrovskou zátěž nejen pro seniory s demencí, ale především pro pečující osoby. Dnešní doba nám ale nabízí několik možností, jak se dostat k informacím, které zrovna potřebujeme. Ať už jsou to veřejné

nebo online diskuse, odborná literatura, množství odborníků, kurzů apod. Moderní technologie představují neomezenou studnici informací, ze kterých může čerpat téměř každý.

Nejdůležitější je, aby se pečující osoba obrnila trpělivostí a uvědomila si, jak důležitou roli hraje v životě seniora s demencí. Pečující však především nesmí zapomínat na své psychické zdraví, protože jak se říká i před vzletem letadla: „kyslíkovou masku nasadte nejdříve sobě, pak pomáhejte ostatním.“ Nadneseným způsobem tedy říkáme, že pokud nejsme v pohodě my, jako pečující osoba, jak po fyzické, tak psychické stránce, tak nemůžeme být adekvátní oporou, podporou a pomocí pro seniora s demencí. I tento fakt zmiňovali pečující osoby z rozhovorů, které uvádí, že nic neovlivní komunikaci se seniorem s demencí tak, jako psychické rozpoložení právě pečující osoby. Doporučením pro všechny pečující osoby tedy je, aby přistupovali k péči s respektem a trpělivostí, ale aby nezapomínali na svou vnitřní pohodu. Není ostudou požádat o pomoc a využívat pečovatelské služby, které nám pomohou při hygieně nebo krmení.

6. Závěr

Na závěr předkládané práce Komunikace se seniory s demencí z pohledu osob pečující rodiny je důležité zdůraznit zjištění, která vzešla ze studia teoretických informací z dostupné odborné literatury a zároveň z rozhovorů, které jsou součástí výzkumné části této práce.

Cílem práce bylo zjistit průběh komunikace mezi seniorem s demencí a pečující osobou. Díky výše popsanému výzkumnému šetření byla možnost nahlédnout, jak komunikace mezi těmito dvěma osobami probíhá, jestli komunikaci ovlivňuje čas, prostředí a komunikační partner a jak si ji pečující osoby usnadňují používáním systémů alternativní a augmentativní komunikace. Zjištěné informace o průběhu komunikace korespondovaly s informacemi uvedenými v teoretické části. Výzkum potvrdil příznaky, které doprovází onemocnění demence a i postupy, uvedené v *Desateru komunikace se seniory se syndromem demence*, se potvrdily jako podstatné a používané ze strany pečujících osob.

Dílčím cílem, který byl stanoven na začátku předkládané práce, bylo podpořit rodiny, které pečují o seniory s demencí a umožnit náhled budoucím pečovatelům na průběh komunikace se seniory s demencí. Výzkumné šetření může nabídnout pečovatelům náhled na průběh komunikace a může zmírnit počáteční obavy, které jsou spojeny s péčí o seniora s demencí.

Závěrem práce je potřeba zmínit, že onemocnění demence s sebou nese pouze negativní myšlenky a těžkost péče o seniory s tímto onemocněním. Mohou to doprovázet i hezké chvíle, kdy pečující může mít dobrý pocit z dobře odvedené práce. Pečující může ocenit především sám sebe, že dělá dobrý skutek a nastávají i situace, kdy pečovatele senior s demencí odmění úsměvem nebo aspoň chvilkovým zlepšením zdravotního stavu seniora.

7. Zdroje

ASOCIACE KLINICKÝCH LOGOPEDŮ ČESKÉ REPUBLIKY. Afázie [online]. 2024 [cit. 2024-02-26]. Dostupné z: <https://www.klinikalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--afazie>

BAUEROVÁ, Jaroslava. *Vznik a vývoj rodiny a její funkce v socialistické společnosti*. Sociologický Časopis/Czech Sociological Review, 1979, 266-281.

BEEROVÁ, Edita. *Aktuální stav užívání prostředků augmentativní a alternativní komunikace*. E-Pedagogium. 2005, 5(2), 12. ISSN 1213-7758.

BOUKALOVÁ, Hedvika, Ondřej CERHA, Mojmír SEDLÁČEK a Eva ŠÍROVÁ. *Psychologie komunikace*. Grada, 2023. ISBN 978-80-247-4970-9.

BRACKEY, Jolene. Alzheimer. Dejte jim lásku a štěstí. TRITON, 2019. ISBN 978-80-7553-633-4

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

ČELEDOVÁ, Libuše; KALVACH, Zdeněk; ČEVELA, Rostislav. *Úvod do gerontologie*. Univerzita Karlova v Praze, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3

Dementia. *World Health Organization* [online]. 2023 [cit. 2024-02-14]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. [cit. 2024-03-24]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/ostatni/komunikace-s-pacienty-se-zdravotnim-postizenim/desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence>

DRAGOMIRECKÁ, Eva a kol. *Ti, kteří se starají: Podpora neformální péče o seniory*. Univerzita Karlova, 2020. ISBN 978-80-246-4627-5.

GALE, Seth, Diler ACAR a Kirk DAFFNER. Dementia. *The American Journal of Medicine* [online]. 2018, 2018(10), 1 [cit. 2024-01-11]. Dostupné z: doi: [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(18\)30098-6/fulltext#articleInformation](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(18)30098-6/fulltext#articleInformation)

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 5. vydání. Portál, 2023. ISBN 978-80-262-1968-2.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ, Jitka SUCHÁ a A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2007. Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

HORT, Jakub, et al. *Časná stadia demence – možnosti diagnostiky a léčby*. *Neurologie pro praxi*, 2006, 6.6: 324-328.

CHLEBORADOVÁ, Barbora. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Masarykova univerzita, 2019. ISBN 978-80-210-9674-5

- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 2. vydání. Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9225-0.
- JANOUTOVÁ, Jana, et al. Možnosti prevence Alzheimerovy choroby. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2020, 83.1.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Grada, 2009. ISBN 978-80-247-6629-4.
- KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ a Petr SUCHARDA a kol. *Geriatric a gerontologie*. Grada, 2004. ISBN 80-274-0548-6.
- KISVETROVÁ, Helena. *Demence a kvalita života*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5708-6
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.
- KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Demence: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 2004. Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka; MÜLLER, Oldřich. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1552-6
- MACE, Nancy L. a Peter V. RABINS. *Alzheimer: Rodinný průvodce péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-583-2.
- PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-274-1490-5
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
- POTMĚŠIL, Miloň. *Úvod do pedagogiky osob s kombinovaným postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 101 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3691-3.
- PRAJZNEROVÁ, Jana. *Jak komunikovat s člověkem trpícím demencí*. Jak pečovat o stárnoucí rodiče [online]. 2018 [cit. 2024-03-02]. Dostupné z: <https://peceosverodice.cz/jak-komunikovat-s-clovekem-trpicim-demenci/>
- REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9.
- ŘÍMOVSKÁ, Zdeňka; HEIDEROVÁ, Hana. DEMENCE-HISTORIE A SOUČASNOST. *Nursing Perspectives/Osetrovateľske Perspektivy*, 2022, 5.1.
- ŠKOPALOVÁ, Jitka. *Rodinná problematika*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4037-8.
- STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Apraxie*. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. [cit. 2024-02-26]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/4423>
- STRAUSS, Anselm L.; CORBIN, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Sdružení Podané ruce, 1999.
- ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

ÚZIS ČR/WHO. Demence v důsledku Alzheimerovy choroby. *11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)* [online]. 2024 [cit. 2024-02-26]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/cs#795022044>

ÚZIS ČR/WHO. Demence v důsledku cerebrovaskulárního onemocnění. *11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)* [online]. 2024 [cit. 2024-02-26]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/cs#1365258270>

ÚZIS ČR/WHO. Demence. *11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. 2023 [cit. 2024-02-26]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/cs#546689346>

ÚZIS ČR/WHO. Neurokognitivní poruchy. *11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)* [online]. 2023 [cit. 2024-02-26]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/cs#213458094>

VAVRUŠKOVÁ, Livia. *Demencia*. 2012. Osveta, 2012. ISBN 978-80-8063-382-0

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. 2. vydání. Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: Efektivní komunikace v praxi*. Grada, 2008. ISBN 978-80-247-6742-0.

Výroční zpráva za rok 2022. *Česká alzheimerovská společnost* [online]. 2023 [cit. 2024-02-14]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/cals/vyrocnizpravy/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Dementia. *World Health Organization* [online]. 2021 [cit. 2024-02-26]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/dementia>

ZATLOUKAL, Leoš. *Komunikace v rodinách z hlediska vybraných přístupů v poradenství a terapii*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3878-8.

ZATLOUKAL, Leoš. *Komunikace v rodinách z hlediska vybraných přístupů v poradenství a terapii*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3878-8.

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

Seznam příloh

Příloha 1 – Seznam výzkumných otázek.....	45
Příloha 2 – Přepis rozhovoru č. 1.....	47
Příloha 3 – Přepis rozhovoru č. 2.....	50
Příloha 4 – Přepis rozhovoru č. 3.....	54
Příloha 5 – Přepis rozhovorů č. 4.....	58

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Postup při diagnostice demence (Koukolík, Jirák, 1998, s. 93 in Římovská, Heiderová, 2022, s.99).....	15
Obrázek 2 - Rizikové faktory Alzheimerovy choroby – orientační hodnocení jejich závažnosti a možnosti ovlivnění (Janoutová et al., 2020).....	17
Obrázek 3 - Schéma komunikačního aktu (Boukalová et al., 2023, s. 50).....	19

Přílohy

Příloha 1 – Seznam výzkumných otázek

HVO1: Jak probíhá komunikace mezi seniorem s demencí a pečující osobou?

SVO1: Jak se mění verbální komunikace?

O1: Opakuje senior s demencí nějaká slova? Která nejčastěji? V jaké situaci?

O2: Hledá senior s demencí správné pojmenování, nebo určitá slova? Jak dlouho tento jev trvá? Vzpomene si nakonec?

O3: Co jste v rámci verbální komunikaci začali dělat jinak, aby vám senior s demencí lépe porozuměl? Zkracujete sdělení? Používáte tázací, oznamovací a rozkazovací věty? Rozumí jim senior s demencí?

O4: Vyskytují se u seniora s demencí nějaké vady řeči?

SVO2: Jak se mění neverbální komunikace?

O5: Udržuje senior s demencí při komunikaci s vámi oční kontakt?

O6: Změnila se mimika seniora s demencí? Jak?

O7: Používáte při komunikaci se seniorem s demencí gesta? Používá je i senior s demencí? Jaká?

O8: Dokážete odhadnout, jak se senior s demencí cítí z jeho nonverbální komunikace?

O9: Jaká je řeč těla seniora s demencí teď a jaká byla před touto nemocí?

SVO3: Ovlivňuje komunikaci se seniorem s demencí prostředí, čas, situace nebo komunikační partner?

O10: Jak ovlivní komunikaci se seniorem prostředím? Komunikuje se seniorem s demencí lépe doma, nebo jste nepostřehli rozdíl v komunikaci na základě prostředí?

O11: Reaguje senior s demencí lépe na osobu, která o něj pečuje nebo se všemi členy rodiny komunikuje stejně?

O12: Postřehli jste, jestli nějaké podněty přiměli seniora s demencí komunikovat lépe?

O13: Ovlivňuje komunikaci se seniorem s demencí čas? Komunikuje lépe ráno, odpoledne, večer, nebo rozdíl nevidíte?

O14: Z různých zdrojů i z vlastní praxe jsem si všimla, že často senioři s demencí komunikují lépe s dětmi, máte s tím zkušenost? Pokud ano, jakou?

SVO4: Jak působí na komunikaci se seniorem s demencí systémy alternativní a augmentativní komunikace?

O15: Používáte nějaký typ AAK? Pokud ano, jak a v čem vám usnadňují komunikaci se seniorem s demencí?

AAK – alternativní a augmentativní komunikace, např. piktogramy, fotky, obrázky, bazální komunikace

O16: Používáte při komunikaci se seniorem bazální stimulaci? Jak?

O17: Pomáhají vám při komunikaci se seniorem fotky nebo obrázky? Jak?

O18: Zkoušeli jste seniorovi s demencí udělat schémata běžných denních činností? Pokud ano, jakých a pomohlo to?

Příloha 2 - Přepis rozhovoru č. 1

Tazatel: Marie Svatošová

Účastník: paní Jitka (45), která pečuje o svou matku (72) s demencí

T: Dobrý den, jmenuji se Marie Svatošová a jsem studentkou 3. ročníku Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, oboru speciální pedagogika – andragogika. Momentálně píšu práci o komunikaci se seniory s demencí z pohledu osob, které o ně pečují a cílem mé práce je zjistit, jak probíhá komunikace mezi vámi a seniorem s demencí. Souhlasíte, aby vaše odpovědi byly použity pro můj výzkum?

Ú: Dobrý den, ano, mé odpovědi můžete použít.

T: Děkuji. Můžete, prosím, uvést své jméno, věk a v jakém vztahu jste k seniorovi s demencí?

Ú: Jmenuji se Jitka, 45 let a starám se o svou maminku, která trpí demencí.

T: Děkuji. První zkoumaná oblast se týká změn ve verbální komunikaci. Proto mou první otázkou je, zda senior s demencí opakuje nějaká slova?

Ú: Moje máma komunikuje zatím normálně. Opakování slov jsem u ní sice zaznamenala, ale domnívám se, že je to způsobeno vadou sluchu, kterou má, takže opakuje danou věc, protože neslyší odpověď.

T: Hledá vaše maminka správné pojmenování, nebo určitá slova?

Ú: Nevšimla jsem si, že by maminka měla problém s pojmenováním.

T: Co jste ve verbální komunikaci začala dělat jinak, aby vám vaše maminka s demencí lépe porozuměla? Zkracujete sdělení, používáte tázací, oznamovací a rozkazovací věty?

Ú: Snažím se používat kratší věty, ale jinak v komunikaci nic neměním. Maximálně hlasitost, aby mě lépe slyšela.

T: Vyskytují se u vaší maminky nějaké vady řeči?

Ú: Vyloženě vadou bych to nenazvala, ale všímám si, že občas má problém se správným vyslovením složitějšího slova. Podle mě to ale souvisí s tou vadou sluchu, kterou máma má.

T: Další oblast se zaměřuje na neverbální komunikaci. Udržuje s vámi maminka oční kontakt, když s ní mluvíte?

Ú: Ano.

T: Změnila se mimika vaší maminky?

Ú: Ne, změny nepozoruji, furt se směje a mračí jako dřív.

T: Používáte při komunikaci s maminkou gesta?

Ú: Nepoužívám, rozumí mi i bez nich.

T: A používá gesta vaše maminka, když komunikuje?

Ú: Ano, ale jen ve chvílích, kdy chce něco podat a já nevím, kde hledat.

T: Dokážete odhadnout, jak se vaše maminka cítí podle její nonverbální komunikace?

Ú: Většinou ano, když se mámě něco hodně líbí nebo nelíbí dokáže to dát jasně najevo.

T: Jaká je řeč těla u vaší maminky a změnilo se v ní něco?

Ú: Nevšímám si, že by tam byly nějaké výrazné změny. Více sedí, hraje si s prsty na rukách, ale to dělala vždycky.

T: Ovlivňuje komunikaci s vaší maminkou prostředí? Všimla jste si, zda se jí komunikuje lépe doma, nebo rozdíl nevidíte?

Ú: Významný rozdíl, který bych si dávala do souvislostí s demencí, jsem nepostřehla. Máma komunikuje v různých prostředích stejně, upřednostňuje ale komunikaci ve svém domě, například před komunikací na rodinné oslavě.

T: Reaguje vaše maminka stejně na vás, jako na ostatní členy rodiny?

Ú: Je to situační, ale nepřisuzuji to nemoci. Na některé členy rodiny reaguje lépe, na některé hůř. Asi záleží na tom, jaký vztah má k danému členovi. Obecně nepozoruji velké výkyvy.

T: Postřehla jste, zda nějaké podněty přiměly maminku komunikovat lépe?

Ú: Podněty úplně ne, ale všímám si, že je pro mámu důležité, jak se cítí osoba, se kterou komunikuje. Pokud je pozitivně naladěná, máma komunikuje lépe, než když je našťvaná.

T: Ovlivňuje komunikaci čas, myslím tím, zda maminka komunikuje lépe ráno, odpoledne nebo večer?

Ú: Neřekla bych, je to furt stejné.

T: Z různých zdrojů i z vlastní praxe jsem si všimla, že senioři s demencí lépe komunikují s dětmi, máte s tím zkušenost?

Ú: Máma komunikuje dobře se všemi svými vnoučaty, ale i s ostatními. Podle mě hodně záleží na tom, jestli se jí chce komunikovat, jestli se chce komunikovat vnoučatům, na náladě a podobně. Nedá se říct, že by komunikovala dobře jen s dětmi.

T: Poslední oblast, na kterou bych se vás ráda zeptala, je zda používáte nějaký typ alternativní a augmentativní komunikace? To jsou takové systémy, které komunikaci doplňují nebo dokonce nahrazují.

Ú: V běžné v komunikaci s mámo je nepoužívám.

T: Používáte při komunikaci bazální stimulaci?

Ú: Nepoužívám.

T: Pomáhají vám při komunikaci s maminkou fotky nebo obrázky?

Ú: Fotky mámě někdy ukazuji, ale spíš situačně.

T: V jakých situacích tedy saháte po fotkách?

Ú: Když mámě něco vyprávím, nebo když jí chci ukázat, kde jsem byla. Takové ty běžné situace, kdy fotky dokreslí, o čem mluvím.

T: Zkoušela jste mamince udělat schéma běžných denních situací?

Ú: Ne, zatím to situace nevyžadovala.

T: Dobře, děkuji moc za odpovědi. Napadá vás ještě něco, co se týká komunikace, a chtěla byste to zmínit?

Ú: Rádo se stalo. Možná jen to, že jsem zvědavá, jak demence dál naruší komunikaci s mámou, těším se na nové výzvy, ale určitě to bude náročně.

T: Děkuji.

Konec rozhovoru

Příloha 3 – Přepis rozhovoru č. 2

Tazatel: Marie Svatošová

Účastník: pan Vladimír (54), který pečuje o svou matku (75) s Alzheimerovou demencí

T: Dobrý den, jmenuji se Marie Svatošová a jsem studentkou 3. ročníku Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, oboru speciální pedagogika – andragogika. Momentálně píšu bakalářskou práci o komunikaci se seniory s demencí z pohledu osob, které o ně pečují a cílem mé práce je zjistit, jak probíhá komunikace mezi vámi a seniorem s demencí. Souhlasíte, aby vaše odpovědi byly použity pro můj výzkum?

Ú: Ano, souhlasím.

T: Děkuji. Můžete, prosím, uvést své jméno, věk a v jakém vztahu jste k seniorovi s demencí?

Ú: Vladimír je mi 54 let a společně s mým tátou a sourozenci se starám o svou matku, která má Alzheimerera.

T: Děkuji. První oblast, kterou zkoumám je verbální komunikace. První otázkou tedy je, zda vaše maminka opakuje nějaká slova?

Ú: Dříve máma opakovala hodně, furt dokola, teď už moc nemluví.

T: Vzpomenete si, jaká slova nejčastěji opakovala nebo v jakých situacích se opakování objevovalo?

Ú: Přesná slova nevím, ale vzpomínám si, že jeden čas pořád dokola opakovala svoje a moje jméno. Teď opakuje ano a ne, pořád. Opakování se u ní hodně vyskytovalo, když se jí někdo na něco ptal, pořád opakovala svou odpověď.

T: Hledá vaše maminka správné pojmenování, nebo určitá slova?

Ú: Dříve slova hledala často a nemohla si vzpomenout ani po hodně dlouhé době. Dnes už k tomu nedochází, protože skoro nemluví.

T: Co jste v rámci verbální komunikaci musel začít dělat jinak, aby vám vaše maminka lépe porozuměla? Zkracujete sdělení? Používáte tázací, rozkazovací i oznamovací věty?

Ú: Rozhodně musím mluvit v jednoduchých větách a pomalu. Snažím se ptát na otázky, ale ne vždy se setkám s odpovědí, případně vůbec nějakou reakcí. Hodně se mi osvědčilo používat

oznamovací věty, jako „Půjdeme se najíst“ místo „Máš hlad?“ Myslím si, že mi máma už moc nerozumí, i když se snažím mluvit jednoduše a pomalu.

T: Vyskytují se u vaší maminky nějaké vady řeči?

Ú: Když ještě mluvila, žádné jsem si nevšiml.

T: Když bychom se přesunuli k neverbální komunikaci, udržuje s vámi maminka oční kontakt?

Ú: Někdy jo, někdy ne. Záleží na tom, s jakou náladou se probudí.

T: Změnila se mimika u vaší maminky? Případně jak?

Ú: Máma bývala veselá a mnohomluvná, teď má spíše neutrální výraz v obličeji. Mimika se teď už skoro neprojevuje.

T: Používáte při komunikaci s maminkou gesta? Používá je i vaše maminka?

Ú: Gesta používám třeba když chci specifikovat nějaké místo, ale jinak ne. Máma gesta nepoužívá.

T: Dokážete odhadnout, jak se vaše maminka cítí podle nonverbálních projevů?

Ú: Někdy je to těžké. Máma moc nonverbálně nekomunikuje?

T: Jaká je řeč těla vaší maminky teď a jaká byl před touto nemocí?

Ú: Před nemocí bývala máma hodně aktivní, ráda se hýbala a tančila, byla velmi kontaktní. Nic z toho už bohužel není aktuální, většinu času máma leží v posteli nebo sedí na gauči.

T: Jak komunikaci s vaší maminkou ovlivňuje prostředí? Komunikuje se vám s ní lépe doma, nebo jste nepostřehli rozdíl?

Ú: Máma tráví nejvíc času doma, už nechce nikam chodit, takže nevím, jestli by aktuálně mělo prostředí vliv na to, jak komunikuje. V dřívějších stádiích máma lépe komunikovala jinde než doma, například u mě doma.

T: Reaguje vaše maminka lépe na vás, než na ostatní členy rodiny?

Ú: Hlavní pečující osobou, která se stará o moji mámu, je můj otec. Řekl bych, že na něj reaguje hůř než na ostatní. Když ale přijdu já nebo někdo z mých sourozenců, reaguje na nás rozhodně víc než na tátu.

T: Postřehl jste, jestli některé podněty přiměly vaši maminku komunikovat lépe?

Ú: Ani ne.

T: Ovlivňuje komunikaci s vaší maminkou čas? Komunikuje lépe ráno, odpoledne nebo večer?

Ú: Záleží spíš na souhře okolností, máma má někdy lepší dny a někdy horší.

T: Z různých zdrojů i z vlastní praxe jsem si všimla, že často senioři s demencí komunikují lépe s dětmi. Máte s tímto zkušenost? Jakou?

Ú: Máma dříve komunikovala lépe zejména s mými dcerami. Postupem času se ale i tato komunikace změnila k horšímu.

T: Poslední okruh otázek se zaměřuje na systémy alternativní a augmentativní komunikace. Jsou to systémy, které doplňují nebo nahrazují komunikaci. Používáte nějaký typ AAK?

Ú: Aktivně AAK v komunikaci s mámou nepoužívám. Vzpomínám si, že jsme se kdysi s mámou zkusili dívat do fotoalba na různé fotky, ale nepozoroval jsem, že by to v ní vzbudilo větší zájem o komunikaci. V nedávné době jsem komunikaci s fotkami vyzkoušel znova, ale máma si je nechtěla ani prohlížet.

T: Používáte při komunikaci bazální stimulaci?

Ú: Ne.

T: Zkoušeli jste mamince udělat schéma běžných denních činností?

Ú: Ano, v počátečních stádiích ho měla připíchnutý na lednici a párkrát jsem zaregistroval, že se na něj šla podívat.

T: Máte pocit, že to pomohlo?

Ú: Na začátku možná ano, ale nakonec se schéma z lednice ztratilo a už se tam nevrátilo.

T: Moc děkuji za vaše odpovědi. Napadá vás ještě něco, týkající se komunikace s vaší maminkou, co byste chtěl zmínit?

Ú: Nic, jen, že to je výzva.

T: Dobře, děkuji.

Konec rozhovoru

Příloha 4 – Přepis rozhovoru č. 3

Tazatel: Marie Svatošová

Účastník: paní Klára (56), která se stará o svého manžela (65) s demencí u Parkinsonovy choroby

T: Dobrý den, jmenuji se Marie Svatošová a jsem studentkou 3. ročníku Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, oboru speciální pedagogika – andragogika. Momentálně píšu práci o komunikaci se seniory s demencí z pohledu osob, které o ně pečují a cílem mé práce je zjistit, jak probíhá komunikace mezi vámi a seniorem s demencí. Souhlasíte, aby vaše odpovědi byly použity pro můj výzkum?

Ú: Dobrý den, ano, můžete.

T: Děkuji. Můžete, prosím, uvést své jméno, věk a v jakém vztahu jste k seniorovi s demencí?

Ú: Jmenuji se Klára, je mi 56 a starám se o svého manžela (65), kterému se po pádu na lyžích rozjel Parkinson.

T: Děkuji. První zkoumaná oblast se týká verbální komunikaci. Proto mou první otázkou je, zda váš manžel opakuje nějaká slova?

Ú: Opakování slov u svého muže nevnímám.

T: Hledá váš muž správné pojmenování, nebo určitá slova?

Ú: Někdy si všímám, že manžel používá ve větě nesprávná slova. Nejsem si jistá, jestli ty správné zapomíná nebo mu nedochází, že mají význam.

T: A jsou to slova tvořená gramaticky špatně nebo vymyšlená slova?

Ú: Většinou jsou to slova, která s danou situací vůbec nesouvisí. Občas ale také tvoří slova gramaticky špatně, vymyšlená slova ne.

T: Co jste ve verbální komunikaci začala dělat jinak, aby vám váš muž lépe porozuměl? Zkracujete sdělení, používáte tázací, oznamovací i rozkazovací věty?

Ú: Při komunikaci s manželem musím používat krátké věty s jednoduchými pokyny. Pokud jsou pokyny příliš komplikované, manžel jim nerozumí a nesplní je. I přes jednoduchost sdělení pokyny často zapomíná.

T: Vyskytují se u vašeho manžela nějaké vady řeči?

Ú: Nevšimla jsem si. Maximálně problémy s vyslovováním dlouhých a složitých slov, které už stejně nepoužívá.

T: Další oblast otázek se zaměřuje na neverbální komunikaci. Udržuje s vámi manžel oční kontakt, když s ní mluvíte?

Ú: Ano, udržuje. Někdy se ale setkávám se situací, že na něj mluvím, když na mě nevidí a tím pádem mě nevnímá. Není to ale vždy, jsou i situace, kdy se na mě otočí a vnímá. Obecně se ale skoro vždycky snažím dostat do jeho zorného pole a až pak na něj mluvit.

T: Změnila se mimika u vašeho manžela?

Ú: Ne, změny nevidím.

T: Používáte při komunikaci s manželem gesta?

Ú: Gesta používám, ale jen občas. Hlavně když manželovi opakovaně dám nějaký pokyn a on stále danou věc neudělá. Ukázáním specifikuji hlavně místo, na které má něco položit nebo si odtamtud něco vzít.

T: Používá gesta i váš manžel?

Ú: Ano, ale jen občas. Gestikuluje především v situacích, kdy se mi snaží něco vysvětlit nebo vyjádřit své emoce.

T: Dokážete rozpoznat, jak se váš muž cítí podle jeho nonverbálních projevů?

Ú: Většinou ano.

T: Jaká je řeč těla vašeho manžela a změnilo se v ní něco?

Ú: Manžel byl celkově více pohyblivý a komunikativní, teď spíš sedí a dívá se na televizi nebo luští sudoku.

T: Ovlivňuje komunikaci u vašeho muže prostředí? Všimla jste si, zda se mu komunikuje lépe doma, nebo rozdíl nevidíte?

Ú: Komunikace je poměrně náročná kdekoliv, ale je to situační. Někdy jsou lepší dny a někdy horší, ale prostředí na to vliv tolik nemá, bych řekla.

T: Reaguje váš muž lépe na vás, než na ostatní členy rodiny, nebo rozdíl nepozorujete?

Ú: Naopak mi přijde, že na mě někdy manžel reaguje hůř než na ostatní členy rodiny. Když přijdou na návštěvu mé sestry, případně neteře, komunikuje s nimi lépe. Chce si povídat a být součástí konverzace.

T: Postřehla jste, zda nějaké podněty přiměly vašeho manžela komunikovat lépe?

Ú: Pro lepší komunikaci je určitě nutná medikace, bez ní se některé situace vyhroťí a chování manžela je náročné. Vliv na komunikaci má určitě i moje emoční rozpoložení.

T: Ovlivňuje komunikaci čas, mám na mysli, zda se s manželem komunikuje lépe ráno, odpoledne nebo večer?

Ú: Čas nehraje tak velkou roli. Řekla bych, že se mi s manželem komunikuje lépe ráno, hlavně díky tomu, že já jsem vyspaná a lépe naladěná. Někdy je večerní komunikace náročná, protože jsem po celém dni vyčerpaná a nemám tolik trpělivosti.

T: Z různých zdrojů i z vlastní praxe jsem si všimla, že senioři s demencí lépe komunikují s dětmi, máte s tím zkušenost?

Ú: Určitě si toho všímám. S mými neteřemi a synovci manžel komunikuje lépe než s mou matkou. Řekla bych, že děti mají více trpělivosti.

T: Poslední oblast, na kterou bych se vás ráda zeptala, je zda používáte nějaký typ alternativní a augmentativní komunikace? To jsou takové systémy, které komunikaci doplňují nebo dokonce nahrazují.

Ú: A alternativních a augmentativních forem komunikace někdy používám fotky. Manžel se na ně rád dívá. V komunikaci jinak používám nápisy, které jsou u různých předmětů v domě, aby manžel věděl, jak je používat.

T: Používáte při komunikaci bazální stimulaci?

Ú: Ne.

T: Pomáhají vám při komunikaci s manželem fotky nebo obrázky?

Ú: Manžel si rád fotoalba prohlíží, ale nedělá to často. Pomáhá mu to spíše si vzpomenout na dovolené nebo rodinné oslavy.

T: Zkoušela jste manželovi udělat schéma běžných denních situací?

Ú: Nezkoušela jsem, zatím nebylo potřeba.

T: Dobře, děkuji moc za odpovědi. Napadá vás ještě něco, co se týká komunikace, a chtěla byste to zmínit?

Ú: Nemáte za co, ráda pomůžu. Jen možná to, že je to těžší, než se zdá. Hlavně pro nás, co pečujeme. Pracovala jsem jako pečovatelka v domově pro seniory a setkala jsem se s demencí i tam, bylo to ale o to náročnější, protože jsem ty lidi neznala a musela jsem si k nim nejdříve vybudovat vztah. Všechny tyto zkušenosti jsem ale využila, když jsem se začala starat o svého muže. V něčem je to snadnější, v něčem zase těžší, znám ho totiž celý svůj život a moc dobře vím, jaký má režim, co mu udělá radost a co ho pěkně naštvě, to, že sleduji, jak můj milovaný muž ztrácí paměť, je věc druhá.

T: Můžu se tedy ještě zeptat, kolik let jste pracovala v domově pro seniory?

Ú: Ano, začala jsem tam pracovat hned po škole, teď je to už přes 30 let. Posledních 5 let tam docházím na pár dnů týdně, spíše jako aktivizační pracovnice.

T: To je velice zajímavé, moc děkuji za odpovědi.

Konec rozhovoru

Příloha 5 – Přepis rozhovoru č. 4

Tazatel: Marie Svatošová

Účastník: Petra K. (48), stará se o tatínka (74 let)

T: Dobrý den, jmenuji se Marie Svatošová a jsem studentkou 3. ročníku Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, oboru speciální pedagogika – andragogika. Momentálně píšu bakalářskou práci o komunikaci se seniory s demencí z pohledu osob, které o ně pečují a cílem mé práce je zjistit, jak probíhá komunikace mezi vámi a seniorem s demencí. Souhlasíte, aby vaše odpovědi byly použity pro můj výzkum?

Ú: Dobrý den, ano.

T: Děkuji. Můžete, prosím, uvést své jméno a v jakém vztahu jste k seniorovi s demencí?

Ú: Jmenuji se Petra a starám se o svého tatínka, který má demenci.

T: Děkuji. První zkoumaná oblast se týká změn ve verbální komunikaci. První otázkou je, zda váš tatínek opakuje nějaká slova?

Ú: Slova moc ne, ale často opakuje věty nebo fráze.

T: A jaké věty například?

Ú: Jsou to takové ty urážlivé věty jako - „ukradli jste mi peníze“ nebo „vy jste k ničemu“ a když je unavený nebo hodně vyčerpaný, opakuje frázi „já nechci“.

T: Hledá váš tatínek správné pojmenování, nebo určitá slova?

Ú: Ano, velmi často si nemůže vzpomenout na to co chce, nebo na věc, kterou hledá.

T: Co jste ve verbální komunikaci začala dělat jinak, aby vám váš tatínek s demencí lépe porozuměl? Zkracujete sdělení, používáte tázací, oznamovací a rozkazovací věty?

Ú: Mluvím na něj jednoduše a dávám mu velký prostor pro vyjádření. Nehádám se s ním, neopravuju ho, naslouchám. Pokud na něm vidím, že dlouhou dobu neví, jak říct, co cítí, zkouším mu nabízet varianty toho, co by mohl chtít říci.

T: Vyskytují se u vašeho tatínka nějaké vady řeči?

Ú: Vadou řeči bych to asi nenazvala, ale takové to špatné vyslovování, kvůli nevhodné zubní protéze se u něj vyskytuje.

T: Další oblast se zaměřuje na neverbální komunikaci. Udržuje s vámi tatínek oční kontakt, když s ní mluvíte?

Ú: Ano.

T: Změnila se mimika vašeho táty?

Ú: Dříve byl hodně vážný, teď je to spíš takové velké dítě. Hodně na mě vyplazuje jazyk a šklebí se na mě.

T: Dělá toto i na ostatní členy rodiny nebo jen na vás?

Ú: Nevšimla jsem si, že by vyplazoval jazyk na mého brácha, se kterým se v péči střídáme. Asi jsem na něj ráznější, nevím.

T: Používáte při komunikaci s tatínkem gesta?

Ú: Já ne, ale můj bratr si jimi hodně pomáhá, když se tátovi snaží něco vysvětlit.

T: A používá gesta váš táta, když komunikuje?

Ú: Ano, táta je používá hodně, hlavně, když je našťvaný nebo zmatený, tak máchá rukama kolem sebe nebo se snaží ukázat věc, kterou chce.

T: Dokážete odhadnout, jak se váš tatínek cítí podle její nonverbální komunikace?

Ú: Někdy jo, někdy ne. Záleží, jaký má den, jestli ho něco nerozhodilo a tak.

T: Jaká je řeč těla u vašeho tatínka a změnilo se v ní něco?

Ú: Můj táta byl vysoký a hezký muž, chodil vzpřímeně a hodně cvičil. Celý život dbal na zdravý životní styl. Teď je z něj takový malinký dědeček. Chodí v lehkém předklonu, je nahrbený a dělá drobné kroky.

T: Ovlivňuje komunikaci s vaším tatínkem prostředí? Všimla jste si, zda se mu komunikuje lépe doma, nebo rozdíl nevidíte?

Ú: Určitě se mi s ním lépe komunikuje doma, ale ve venkovním prostředí je pozornější, miluje pozorovat ptáky, proto všechnu pozornost věnuje jim, pokud s ním chci vést konverzaci, musím ho odvést do klidnějšího prostředí, kde nebude tolik hluku. To ale dělám jen v situacích, kdy je opravdu potřeba mu něco říct, protože vytržení od pozorování ptactva vyvolá většinou vztek a odpor.

T: Reaguje váš tatínek stejně na vás, jako na ostatní členy rodiny?

Ú: Na mě je o dost drzejší než na mého brácha. Myslím si, že je to tím, že já s ním trávím více času a občas ho musím nutit do nějakých činností, které nemá rád. Brácha to nedělá, stará se o něj většinou přes den a ty náročnější situace, jako je hygiena a podobně, zůstávají na mně.

T: Postřehla jste, zda nějaké podněty přiměly tatínka komunikovat lépe?

Ú: Ano, občas, když nemám dobrý den, usnadním si komunikaci tím, že mu přinesu něco, co má hodně rád. Třeba když mu přinesu buřty na pivo nebo když přijdu se psy. Především moji psy ho přimějí komunikovat lépe a rychleji, mluví na ně jak na lidi.

T: Ovlivňuje komunikaci čas, myslím tím, zda tatínek komunikuje lépe ráno, odpoledne nebo večer?

Ú: Má svůj rituál, kdy si chodí přes poledne lehnout, takže okolo poledne se s ním nedá skoro mluvit. Ráno je komunikace snadnější především pro mě, protože jsem vyspaná a mám hodně energie. O večerní komunikaci radši nemluví, protože s večerem se pojí hygiena a to je vždycky problém.

T: A jaké problémy máte s večerní komunikací?

Ú: Táta se hodně vzteká, nechce se umýt, i když už to máme naučené.

T: Z různých zdrojů i z vlastní praxe jsem si všimla, že senioři s demencí lépe komunikují s dětmi, máte s tím zkušenost?

Ú: Ano.

T: Jakou?

Ú: Jednou, když přišla má malá neteř, táta jako by oživnul, začal na ní šišlat, hrát si s ní, zpívat písničky a dělal blbosti. To jsem sledovala ještě párkrát, když přišla na návštěvu, teď už je ale větší a táta občas ani neví, kdo to je.

T: Poslední oblast, na kterou bych se vás ráda zeptala, je, zda používáte nějaký typ alternativní a augmentativní komunikace? To jsou takové systémy, které komunikaci doplňují nebo dokonce nahrazují.

Ú: Někdy používám fotky. Třeba jak jsem teď mluvila o mé neteři, občas má táta záblesk, kdy se mě zeptá na malou holčičku, neví její jméno, ale její fotku z dětství většinou pozná.

T: Používáte při komunikaci bazální stimulaci?

Ú: Ano, ale ne vždycky je to dobrý nápad. Já jsem velmi kontaktní člověk a ráda při komunikaci držím tátu za ruku. Ze začátku jsem měla pocit, že mu to pomáhá se na mě soustředit, teď už bych řekla, že to nemá vliv. Co se mi ale osvědčilo je, že pokud má táta nějaký hysterický záchvat, hladím ho po tváři a říkám mu, že je všechno v pořádku. Uklidnění nepřijde hned, ale po určité době nastane klid.

T: Pomáhají vám při komunikaci s tatínkem fotky nebo obrázky?

Ú: Ano, o fotkách jsem mluvila, používám je, když si táta nedokáže vzpomenout na nějakého člena rodiny, ale na fotkách poznává většinou jen děti. Mám ale pár obrázku věcí, u kterých jsem vyzorovala, že na ně táta hodně zapomíná, proto, když něco hledá a nedokáže to ukázat, hledám v obrázcích, co by to mohlo být.

T: Zkoušela jste tatínkovi udělat schéma běžných denních situací?

Ú: Ne, vidíte, to mě nenapadlo. Možná by nám to usnadnilo večerní hygienu, kdyby měl táta seznam činností, které to obnáší.

T: Zkusíte udělat takové schéma?

Ú: Reálně nad tím přemýšlím, asi jo a uvidíme, zda to pomůže.

T: Dobře, děkuji moc za odpovědi. Napadá vás ještě něco, co se týká komunikace, a chtěla byste to zmínit?

Ú: Myslím, že jsem vám vše řekla. Jen možná zajímavý poznatek z mého života. Před 5 lety se demence začala projevovat i u mé maminky, ta ale krátce po diagnóze zemřela. Myslela jsem si, že péče by byla náročnější u ní, protože celý život odmítala péči a celkovou pomoc a byla hodně náladová i bez jakékoli diagnózy. U mého otce, který byl celý život optimista a přijmout pomoc mu nedělalo problém, je péče o dost náročnější, je hodně náladový a pomoc nechce. Osobně si myslím, že je to spjaté i s úmrtím mé maminky, byli na sebe zvyklí a měli se hodně rádi.

T: Dobře, děkuji moc za vaše odpovědi.

Konec rozhovoru