

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

**Bakalářská práce**

Anna Křivánková

Změny komunikačního schématu osob seniorského věku se závažnou  
neurokognitivní poruchou

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svou závěrečnou práci zpracovala samostatně pod odborným vedením vedoucí práce. Použila jsem jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci

podpis .....

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph. D za odborné vedení bakalářské práce, za jeho ochotný a laskavý přístup.

# Obsah

<b>ÚVOD .....</b>	<b>6</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>8</b>
1 Vymezení pojmu stáří .....	8
2 Závažné neurokognitivní poruchy .....	10
2.1 Klasifikace závažných neurokognitivních poruch.....	11
3 Mírná kognitivní porucha.....	13
4 Projevy závažných neurokognitivních poruch .....	14
5 Závažná neurokognitivní porucha způsobená Alzheimerovou chorobou.....	16
5.1 Stádia Alzheimerovy choroby .....	17
6 Komunikace osob seniorského věku .....	19
6.1 Změny v komunikačním schématu u osob seniorského věku se závažnou neurokognitivní poruchou způsobené Alzheimerovou chorobou.....	21
6.2 Specifikace komunikace u osob seniorského věku se závažnou neurokognitivní poruchou způsobené Alzheimerovou chorobou .....	21
7 Alternativní a augmentativní komunikace.....	23
7.1 Využití AAK u osob se závažnou neurokognitivní poruchou – Alzheimerovou chorobou .....	24
8 Terapeutické přístupy u osob seniorského věku se závažnou neurokognitivní poruchou.....	26
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>28</b>
9 Výzkumné šetření .....	28
9.1 Cíl šetření.....	28
9.2 Metodologie práce .....	28
9.2.1 Vlastní šetření .....	28
9.3 Charakteristika účastníků .....	29
9.4 Charakteristika místa šetření .....	30
9.5 Charakteristika vlastní vyrobené pomůcky k AAK.....	30
9.6 Vlastní šetření .....	33
9.6.1 Rozhovor s klientkou A.....	33
9.6.2 Rozhovor s klientkou B .....	34
9.6.3 Rozhovor se zaměstnankyněmi .....	35
10 Diskuse.....	36



<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>39</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>41</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>46</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>48</b>
Příloha č. 1 .....	49
Příloha č. 1 .....	51
Příloha č. 3 .....	52
Příloha č. 4 .....	54
<b>ANOTACE</b> .....	<b>55</b>

## Úvod

Bakalářská práce pojednává o změnách komunikačního schématu osob seniorského věku se závažnou neurokognitivní poruchou. Téma je zajímavé, neboť se to může týkat, každého z nás. Bakalářská práce se zabývá pojmem stárnutí. Lidská populace chce své stárnutí oddalovat a nepřipouštět si ho, lidé v důsledku toho, žijí zdravý životní styl. Nezbytně důležitou roli hraje pokročilá zdravotnická péče, kdy lze mnoho nemocí vyléčit či jim prevencí předcházet. Důsledkem toho je kvalitnější život ve stáří a dožití se vyššího věku. Přesto se stále vyskytují choroby spojené se stářím, které nelze vyléčit. Pokud jsou včas diagnostikovány, jejich progresivní průběh lze zmírnit. Určitým nemocím je možné se snažit předejít preventivním opatřením.

Predikce výskytu závažné neurokognitivní poruchy způsobené Alzheimerovou chorobou v populaci v budoucnu je, že nemocnost bude pravděpodobně vzrůstat. Při závažnějším stádiu u závažných neurokognitivních poruch jsou nejčastěji narušeny funkce kognitivní. Při tom komunikace je jednou z dovedností pro dorozumívání, navazování vztahů a kontaktů s okolním světem. V případě narušeného komunikačního schématu je využívána alternativní a augmentativní komunikace známá pod zkratkou AAK, která umožňuje neverbální, verbální komunikaci s pomůckami i bez pomůcek. To pomáhá, při komunikaci u osob s Alzheimerovou chorobou. Součástí praktické bakalářské práce bylo vytvořit AAK pomůcku, kde osoby se závažnou neurokognitivní poruchou rozvíjí jemnou motoriku, zrakové vnímání a komunikaci s pomůckou.

Cílem bakalářské práce je zhodnotit komunikaci s využitím AAK pomůcky u osob seniorského věku, při změně komunikačního schématu v důsledku závažné neurokognitivní poruchy.

Teoretická část se bude zabývat výše zmíněnými pojmy, jako jsou závažné neurokognitivní poruchy, známé také, ve starší terminologii dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí známé jako demence ve stáří. V důsledku 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, demence spadají do závažných neurokognitivních poruch. Alzheimerovou chorobou, narušení komunikačního schématu, dále alternativní a augmentativní komunikací.

Svoji praktickou část jsem uskutečnila s klienty v Alzheimer centru v Pardubicích. Praktická část obsahuje poznatky získané na základě kvalitativního výzkumu. Využity byly výzkumné metody otevřené a zúčastněné pozorování a nestrukturovaný rozhovor.



# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Vymezení pojmu stáří

Stáří je součástí života, přičemž existuje mnoho faktorů ovlivňujících jeho kvalitu. Je to fáze, v níž dochází k morfologickým, funkčním a degenerativním změnám u každého jedince, ale zároveň se jedná o individuální proces. Stárnutí lze vnímat z biologického, psychického a sociálního hlediska. Změny z biologického hlediska se týkají tělesných proměn, smyslových funkcí a výskytu nemocí. Psychické změny zahrnují proměnlivost emocí, nedůvěru, sníženou sebedůvěru, zhoršování úsudku a pocitu samoty (Vostrý, Veteška, 2021).

Dle Janiše (2016) změny u smyslových funkcí v důsledku stáří se projevují u zraku, sluchu, a u chuti. Zrak se zhoršuje v těchto funkcích, jako ve vnímání světla a barev, či ostrosti zraku. Sluch může narušovat například presbyakuze, tzv. stařecká nedoslýchavost.

V případě kognitivních funkcí bývá zasažena fluidní inteligence, což je schopnost rychlého myšlení, která ovlivňuje krátkodobou paměť. Při jejím zasažení dochází ke zhoršení postřehu a pozornosti (Vincent, 2003).

Osoba může ve stáří onemocnět více chorobami najednou. V oblasti emocí se projevuje ambivalentní průběh. Dochází ke zklidnění k následnému rychlému přechodu k agresivitě (Kučera, 2013).

Valenta et al. (2014) se domnívá, že je psychický a fyzický stav jedince ve stáří formován místem ve stáří, kde jedinec žije, a také tím na jaké se nachází sociálně-ekonomické úrovni. Zdraví ovlivňuje i jak moc je vystaven stresovým faktorům a jaké má genetické predispozice. Naše stáří určujeme tzv. kalendářním věkem, tedy roky, které jedinec prožil. Kalendářní věk se liší oproti věku biologickému, záleží na změnách v organismu (Šimíčková-Čížková, 2010).

Stáří může být členěno dle kalendářního věku na rané stáří, pravé stáří a dlouhověkost (Janiš, 2016).

Dle Kučery (2013) vymezuje stáří lze vymezit na rané stáří, které je v rozpětí od 60. do 75. let. Pravé stáří začíná 75. rokem. Dlouhověkost je vymezena věkovou hranicí 90 let a výše. Během stáří jsou fáze vyrovnávání se s novou situací, například ukončení pracovního života a odchod do důchodu. Důležitou součástí života osoby ve stáří je kontakt s rodinou, přáteli, pocit bezpečí a jistoty. Stáří se může určovat např.: vstupem do důchodu kolem 65 roku, ale hranice osobního stáří může být 75 let (Valenta et al. 2014).

Zde přehledně:

- „65–74 let – mladí senioři (dominuje problematika penzionování, přebytku volného času, náhradních aktivit a seberealizace)
- 75–84 let – staří senioři (dominuje problematika adaptace na snižování funkční zdatnosti, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti)
- 85 let a více – velmi staří senioři (dominuje problematika soběstačnosti a zabezpečení). Věk obvykle nad 90 let (někdy nad 85 let) je označován jako dlouhověkost a počet lidí, kteří se ho dožívají stoupá“ (Jesenský 2000 citovaný Valentou et al. 2014, str. 180).

Aby mohla osoba seniorského věku vést nezávislý život, musí splňovat kritéria ohledně fyzického zdraví, psychického a duševního stavu. Působí na to též sociální prostředí a jeho faktory. Ty se týkají kontaktu s rodinou nebo s komunitou. Odchod do důchodu může jedince izolovat od sociálního kontaktu. Je zde nutná motivace, například od rodiny či přátel. Zapojení seniora do turistického klubu. Podporovat jeho rozvoj v oblasti celoživotního vzdělávání, kde může senior přicházet do kontaktu se společností (Šámalová, Tomeš, 2017).

V souvislosti s celoživotním vzděláváním lze vymezit pojem aktivní stárnutí dle Špatenkové a Smékalové (2015). Celoživotní vzdělávání působí pozitivně na kognitivní funkce, kdy je mozek aktivní při vstřebávání nových informací a také jejich opakováním, toto může být preventivní činitel, proti zhoršení kognitivních funkcí.

Je nutné procházet celoživotním rozvojem i ve stáří. Celoživotní vzdělávání a zájmy ve stáří ovlivňují průběh stárnutí individuálně u každého jedince. Působí pozitivně na kognitivní a tělesné funkce (Vincent, 2003).

Přízpůsobení na stáří může pozitivně ovlivnit zásady pěti P. Mezi zásady patří perspektiva, pružnost, prozíravost, porozumění druhým a potěšení. Perspektiva seniora, by měla být orientována na budoucnost. Pro pochopení proměnlivých situací je důležitá pružnost, týkající se jeho samotného a okolí. Prozíravost má být přínosná pro jednání v možnostech seniora, naučit se nové věci. Opouštět staré činnosti, které není schopen, již vykonávat. Porozumění druhým lidem, naučit se akceptovat jiné postoje a názory. Potěšení, senior se věnuje aktivitě, která přináší radost (Vostrý, Veteška, 2021).

## 2 Závažné neurokognitivní poruchy

Diagnostický statistický manuál (DSM-5) obsahuje část věnující se neurokognitivní poruše, která byla v DSM-IV formálně známá jako demence, delirium, amnestické a další kognitivní poruchy. DSM-5 rozlišuje mezi mírnými a závažnými neurokognitivními poruchami. Závažná neurokognitivní porucha nahrazuje termín demence. Stěžejním přírůstkem je mírná neurokognitivní porucha, definována rozsáhlou ztrátou schopností kognitivních funkcí, která přesahuje běžné změny pozorované při stárnutí. Je zde riziko přesahu do závažné neurokognitivní poruchy, tedy demence (Sachs- Ericsson, Blazer, 2015).

Zavedení diagnózy "mírná neurokognitivní porucha" je zásadní změnou v diagnostických kritériích kapitoly neurokognitivních poruch v DSM-5 (dříve nazvané "Delirium, demence, amnestické a jiné kognitivní poruchy" v DSM-IV). S výjimkou deliria bude prvním krokem v diagnostickém procesu rozlišení mezi normálními neurokognitivními funkcemi, mírnou neurokognitivní poruchou a závažnou neurokognitivní poruchou (závažná NKP nebo demence). Druhým krokem bude přiřazení etiologické kategorie, například Alzheimerova choroba, vaskulární demence nebo frontotemporální demence. DSM-5 mezi neurokognitivní oblasti, které mohou být narušeny neurokognitivní poruchou, spadá komplexní pozornost, exekutivní funkce, jazyk, percepčně motorické problémy a sociální poznávání (Blazer, 2013).

*„Skupina těchto onemocnění sdílí společný charakteristický rys neurodegeneraci. U všech onemocnění z této skupiny dochází k postupnému umírání nervových buněk, které vede dříve, či později k narušení funkce mozku. To, v čem se rozlišují, je oblast, ve které primárně k úbytku dochází a dle toho se odvíjí narušení funkce“ (Čechová et al., 2019, str. 166).*

*„Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického či progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí. Diagnózu demence lze tudíž stanovit na základě klinického obrazu psychiatrického a psychologického vyšetření.“ (Pidrman, 2007, s. 9).*

Demence se nyní nazývá závažná neurokognitivní porucha, která je způsobena poškozením mozku, které negativně ovlivňuje schopnost určitého druhu myšlení a jednání (Sabat, 2018).

Mozek je patologicky změněn působením degeneračních vlivů a činností. Nejčastější je Alzheimerova choroba, demence s difúzními Lewyho tělisky. Vaskulární demence většinou

působí u sekundárních demencí. V důsledku normotenzního hydrocefalusu, zánětů, nádorů (Růžička, 2003).

## 2.1 Klasifikace závažných neurokognitivních poruch

*„Demence vzniká na základě organického poškození centrální soustavy, která může mít řadu příčin. Z hlediska etiologie bývá demence rozdělována do následujících skupin:*

*1. atroficko – degenerativní demence (Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba)*

*2. Sekundární demence, a to:*

*a) ischemicko – vaskulární demence*

*b) ostatní sekundární demence*

*3. demence smíšeného typu” (Vágnerová 2004, citovaná Černou 2015, str. 207).*

*„V odborné literatuře se setkáváme s členěním demencí primárně degenerativní, sekundárně degenerativní a smíšené demence*

*Primárně degenerativní demence: Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělisky, frontotemporální demence*

*Sekundární demence (nesourodá skupina demencí, existuje cca 70 skupin demencí, jež se řadí do kategorie sekundárních demencí): vaskulární demence, metabolická demence, toxické demence, demence při Parkinsonově chorobě, demence při Huntingově chorobě, traumatická demence, demence při normotenzním hydrocefalu, demence při nádorech CNS, demence při infekcích*

*Smíšené demence: např. Alzheimerova+ vaskulární demence“ (Bendová, 2013, str. 29).*

Každý typ demence souvisí s různými degenerativními změnami v mozku, jako je hromadění neurofibrilárních plaků a klubek u Alzheimerovy choroby a přítomnost Lewyho tělísek u demence s Lewyho tělisky. Existuje několik neurologických onemocnění, která mohou vyústit ve stav demence, přičemž Alzheimerova choroba (AD) je převážnou částí případů (Carozza, Shafi, 2016).

Dle Lechty, Cséfalvaye (2013) degenerace šedé kůry mozkové a její onemocnění je ukazatelem primárních demencí například u Alzheimerovy choroby. Sekundární skupina demencí je v souvislosti i s jinými nemocemi. Dle lokace může být kortikální, či subkortikální

(demence). Zasaženy onemocněním může být kůra mozku anebo subkortikální struktury mozku.

V rámci primární skupiny je hlavní příčinou vzniku demence je atrofie mozku, při níž nastává změna buněčného schématu mozku a může být oslabená, či ztenčená struktura mozku. Jedná se o selektivní atrofii, která provádí další změny v mozku. Příčiny mohou spočívat v poruše mitochondriálního metabolismu, velice důležitý ohrožující faktor je narušení centrální neurotransmise, tedy synaptického přenosu (Zvěřová, 2017).

Sekundární skupina dle Pidrmána (2007) se nazývá symptomatickou demencí. Demence je ovlivněna příčinami, které mohou být např.: onemocnění s infekčním původem, mozkové infarkty, posttraumatický činitel, tumory, intoxikace návykovými látkami.

Demence se diagnostikuje pomocí různých opatření, včetně neuropsychologických a lékařských laboratorních testů. Konečnou diagnózu typu demence, lze stanovit po pitvě mozku, která diagnostikuje neurologické změny. Určení stadia onemocnění se provádí měřením výkonnosti pacienta v úlohách zaměřených na rychlost zpracování odpovědí u úloh, zaměřených na jazyk, paměť, pozornost a další související oblasti poznávání (Carozza, Shafi, 2016). „*Je nutné provádět správnou diferenciací diagnostiku demencí: u potencionálně reverzibilních demencí můžeme poskytnout náležitou kazuální léčbu, která je odlišná od ireverzibilních stavů, tím zlepšíme zdravotní stav nemocného.*

### ***Ireverzibilní demence***

Degenerativní nemoci: *Alzheimerova nemoc, frontotempolární nemoc, Huntingtonova a Parkinsonova choroba, choroba s Lewyho tělisky, Wilsonova nemoc, pokud není léčena včas.*

Vaskulární demence: *Artitida, postanoktický stav způsobený selhání srdce, Binswangerova nemoc*

Traumatická demence: *Kraniocerebrální poranění*

Infekce: *Postencefalitická demence“ (Pidrman, 2007, s. 32, s.33).*



### 3 Mírná kognitivní porucha

Mírná kognitivní porucha se prokazuje poklesem kognitivních funkcí do té míry, že není narušen nezávislý život. Nejsou narušeny základní každodenní činnosti a jedinec není plně závislý na péči od ostatních. Osoby s mírnou neurokognitivní poruchou fungují samostatně, i když to může vyžadovat větší úsilí nebo kompenzační strategie. U závažné i mírné neurokognitivní poruchy lze u pacienta zaznamenat několik behaviorálních abnormalit, jako jsou psychotické příznaky nebo příznaky změny nálady, poruchy spánku, agitovanost, apatie a další příznaky (Stokin et al. 2015).

Nastávají případy, kdy jedincův stav nesplňuje kritéria pro diagnostiku závažné neurokognitivní poruchy. Tito jedinci se při neuropsychologickém testování často dostávají pod normální funkční rozmezí, ale jejich příznaky a symptomy nejsou natolik závažné, aby je bylo možné klasifikovat jako jedince se závažnou neurokognitivní poruchou. Pro diagnózu mírné kognitivní poruchy jsou nutné objektivní důkazy z příslušných diagnostických testů. Přestože mohou žít samostatně, mají potíže s činnostmi každodenního života. (Blazer, 2013).

Čtyři neurobehaviorální kritéria definující mírnou kognitivní poruchu jsou následující:

1. Znepokojení nad změnou kognitivních schopností ve srovnání s předchozí úrovní, znepokojení může být vyjádřeno pacientem, informátorem nebo klinickým lékařem.
2. Zhoršení v jedné nebo více kognitivních doménách (paměť, exekutivní funkce, pozornost, jazyk a vizuálně-prostorové dovednosti), zhoršení je nižší, než se očekává, vzhledem k věku a vzdělání pacienta. Nejčastěji se vyskytuje zhoršení epizodické paměti.
3. Zachování nezávislosti funkčních schopností. Přestože si jedinci v preklinickém stadiu zachovávají schopnost vyřizovat své každodenní záležitosti, jsou při tom méně efektivní, dělají více chyb a vyžadují více času na dokončení úkolu.
4. Kognitivní a behaviorální změny jsou dostatečně mírné, aby významně nenarušovaly sociální nebo pracovní fungování. Biomarkery jsou fyziologické, biochemické a anatomické parametry, které odrážejí účinky patofyziologických procesů. Mohou zaznamenávat strukturální a funkční změny, jako je úbytek hipokampu, snížení metabolismu glukózy. Biomarkery, mohou ukázat biochemický děj např.: zánět. Většina jedinců mají biomarkery zaznamenány abnormální hladiny beta-amyloidu a amyloidová ložiska (Bayles, Tomoeda, 2013).

## 4 Projevy závažných neurokognitivních poruch

Projevy závažných neurokognitivních poruch mohou být ovlivněny faktory.

*„Rizikové faktory pro vznik závažné neurokognitivní poruchy*

$D = O + B + Z + NP + SP$

*D = demence*

*O = osobnost*

*B = biografie*

*Z = fyzické zdraví*

*NP = neurologické postižení*

*SP = sociální aspekty,*

*„Přičemž biografie zahrnuje oblast vzdělávání a zaměstnání a oblast zdraví zahrnují i genetické rizikové faktory“ (Černá, 2015, str. 207, 208).*

Prvotní projevy jsou nenápadné a výkyvy se vyskytnou jednou za čas. Příznaky, které okolí či sám pacient registruje, jsou drobné změny osobnosti projevujících se v ustálených činnostech. Myšlení začíná ochabovat, je pomalejší. Zhoršuje se orientace v prostoru, je narušené logické myšlení a schopnosti myšlenkové abstrakce. Vyskytují se poruchy paměti pro zapamatování si nových věcí. Dlouhodobá paměť je zachována po delší dobu. Následuje ztráta syntézy, analýzy. Objevuje se afázie, agnózie, apraxie (Nehls, 2007).

Dochází k poklesu schopností v jedné z následujících oblastí. Jsou to oblasti zahrnující myšlení, učení, paměť a jazyky, percepčně motorické dovednosti, komunikační schopnosti, exekutivní funkce a sociální kognice. Oblast učení, paměti a jazyků ovlivňuje schopnosti mluvení, porozumění mluvenému a psanému slovu. Percepčně motorické dovednosti působí na správné uspořádání a posloupnost úkonů, např. při vaření jídla, oblékání, správné určování předmětů a osob. Exekutivní funkce řídí plánování dopředu, společensky vhodné jednání a abstraktní-hypotetické myšlení. Sociální kognice zahrnuje zpracování tváří a výrazu obličeje druhých lidí a jejich hlasu (Sabat, 2018).

Často jsou problémy v některých z následujících oblastí: u každodenní paměti, zde jsou problémy se vzpomínáním na události nebo rozhovory, které se staly nedávno. Mezi další problémy patří komplikace se soustředěním, plánováním nebo organizováním, rozhodováním,

řešením problémů nebo prováděním posloupnosti úkolů. Zasažení jazykových dovedností se projevuje například menší plynulostí řeči, potíže při sledování rozhovoru nebo hledání správného slova. Dovednosti v orientaci v prostoru jsou narušeny. Projevuje se špatným určením hloubky nebo vzdálenosti (například na schodech) a vidění vzorů nebo předmětů ve třech rozměrech. Objevuje se ztráta časové orientace, přehledu o dni, měsíci nebo dokonce roce nebo zmatení v tom, kde se nacházejí. Mohou se objevit změny nálady a pocitů v podobě frustrace nebo podrážděnosti, uzavřenosti, úzkosti, snadno zde dochází k výkyvům (Rahman, Howard, 2018).

Kortikální demence se vyznačuje závažným narušením paměti, deficitem jako je apraxie, agnózie – ztráta rozpoznávat předměty jakýkoliv smyslem, akalkulie, porucha abstraktního myšlení, porucha pozornosti, agresivní chování, narušená sémantika až afázie, porucha zrakové a prostorové orientace. Subkortikální demence má tyto projevy: zapomínání, narušená schopnost vybavování, dysartrie neboli získané motorické řečové poruchy, malá slovní zásoba, depresivní stavy, izolovanost od okolí (Vokurka, Hugo, 2015).

## 5 Závažná neurokognitivní porucha způsobená Alzheimerovou chorobou

*“Alzheimerova nemoc - (choroba mozku, nejčastější příčina demence. Spadá do skupiny atroficko – degenerativních chorob. Presenilní forma začíná do 65. roku, senilní forma po této věkové hranici. Postižena je zejm. Cholinergní transmise z oblasti bazálních částí mozku do kůry a hippocampu (významného pro paměť). Morfologicky jsou změny v neuronech (ztv. Tangles, popř. Lewyho tělíska) a extracelulárně (neuritické senilní plaky s prokázanou depozicí amyloidu). Je patrné rozšíření komorového systému, atrofie hippocampu. V klinickém obrazu je přítomna porucha paměti, kognitivní poruchy typu afázie, apraxie, agnozie, poruchy výkonných funkcí, orientace, citů, motivace. Dochází k výraznému narušení fungování postižené osoby v zaměstnání, sociální sféře. Postupně dochází k rozvratu osobnosti” (Vokurka, Hugo, str. 40, 2015).*

Závažné neurokognitivní poruchy se mohou lišit příčinami a projevy. Jsou spojeny zánikem neuronů v mozku. Alzheimerova choroba je charakterizována plaky vyskytující se v mozkové kůře, vnější vrstvě buněk mozku a ve struktuře zvané hipokampus. V důsledku je narušen přenos informací přes neurony. Vaskulární demence je důsledkem ucpání cév nebo krvácení do mozku ( tzv. drobné mozkové příhody), které způsobují odumírání neuronů. Onemocnění s Lewyho tělísky je proměnlivé v důsledku, kde se Lewyho tělíska hromadí (Sabat, 2018).

*„Charakteristické mikroskopické změny jsou dvě senilní plaky a Alzheimerovy změny neurofibril, neboli neuronální klubka. Přestože se vznik plaků považuje za projev základního mechanismu onemocnění, stupeň demence odpovídá počtu neuronálních klubek. Odchylná látková výměna vyústí do tvorby patologické bílkoviny beta-amyloid. Ta působí na nervové buňky toxicky. Důsledkem je poškození a zánik neuronů, a tím vznik demence. Právě beta-amyloid je součástí senilních plaků“ (Koukolík, 2014, str. 395,396).*

U osob se závažnou neurokognitivní poruchou, která je způsobená Alzheimerovou chorobou, dochází k poklesu aktivit denního života. Onemocnění se potvrzuje neuropsychologickým testováním nebo kvantitativním klinickým hodnocením. Etiologické specifikátory dělí základní onemocnění, jako je AD, frontotemporální lobární degenerace, onemocnění Lewyho tělísek, cévní onemocnění, traumatické poranění mozku, užívání návykových látek/léků, infekce HIV, prionové onemocnění, Parkinsonova choroba, Huntingtonova choroba, jiný zdravotní stav, více etiologií a nespecifikované (Stokin et al. 2015).

*„Pro závažnou neurokognitivní poruchu:*

*Pravděpodobná Alzheimerova nemoc je diagnostikována, pokud je přítomno jedno ze dvou následujících kritérií, jinak by měla být diagnostikována možná Alzheimerova nemoc:*

- 1. Důkaz o genetické mutaci způsobující Alzheimerovu nemoc v rodinné anamnéze nebo z genetického testování.*
- 2. Jsou přítomny všechny tři následující znaky:*
  - a. Jasně důkazy o zhoršování paměti a učení a alespoň jedné další kognitivní funkce (na základě anamnézy nebo opakovaného neuropsychologického vyšetření).*
  - b. Trvale progresivní, postupný pokles kognice, bez delšího období stabilizace či zastavení progresu.*
  - c. Neexistuje žádný další důkaz o smíšené etiologii (tj. Absence jiných neurodegenerativních nebo cerebrovaskulárních onemocnění nebo jiných neurologických, duševních či systémových onemocnění nebo chorob, které mohou způsobit pokles kognitivních funkcí)“ (Raboch et al., 2015, str. 641).*

Mikroskopické proměny na mozku jsou odumřelé neurony s amyloidní plaky, ty se nacházejí mezi nervovými buňkami (Nehls, 2017). Je to onemocnění šedé mozkové kůry a její trvání je 9 let, ale má rozsah 2 až 12 let (Pidrmana, 2007).

Dle Jiráka (2009) dochází k velikému poklesu nervových buněk i mozkové tkáně. V místech, kde se nenachází neurony vznikají úložná ložiska beta – amyloidu, díky čemuž vznikají narušené neurologické děje. Dále se zde vyskytují plaky. Čím více je plaků, tím je vyšší pravděpodobnost rozsáhlejšího narušení mozku.

## **5.1 Stádia Alzheimerovy choroby**

Tato stádia lze dělit na lehké, středně těžké a těžké. Ve stádiu lehké demence je problematika u konání více činností najednou. Po psychické stránce, je zde větší míra možnosti ovlivňování. Problematika středně těžká demence spočívá v kognitivních funkcích, které jsou narušeny. Zde je nutná přítomnost další osoby je za účelem zajištění základních potřeb, podporu a dohled kvůli bezpečnosti. Komunikační schopnost je dysfunkční, dochází k narušení časoprostorové orientace. V těžkém stádiu dochází k pokročilým degradujícím změnám u kognitivního výkonu. Okolní dění již bývá nesrozumitelné. Klient s Alzheimerovou chorobou vyžaduje všestrannou péči (Jirák et al., 2009).

Dle Zvěřové (2017) lze kategorizovat na lehký, střední a těžký stupeň. U lehkého stupně jsou přítomny výpadky paměti, denní činnosti se stávají komplikovanější kvůli nepozornosti, kvůli nepozornosti. Střední stupeň se vyznačuje těžce narušenou poznávací funkcí, závažně deformovanými řečovými schopnostmi, nadměrnými obtížemi spojenými se zvládnutím denních činností (např.: obsluha televize, pračky, telefonu). Může zde dojít až k poruše osobnosti. Při těžkém stupni pacienti nedokážou poznat příslušníky své rodiny a okolí, ve kterém žijí. Převládá velká ztráta poznávacích funkcí, silné dezorientaci v čase a v prostředí.

Diagnóza se stanovuje v mírném stupni demence, pokud jsou viditelné prvotní projevy. Prokázání projevů u diagnostiky bude určena diagnóza. Klient by měl být šetrně obeznámen s diagnózou a s dalšími projevy nemoci. Klient nacházející se ve střední fázi přestává být samostatný, je zde vyžadována odborná péče. Vyskytují se zde současně poruchy chování. Trénováním se posilují kognitivní a tělesné funkce. Těžký stupeň se vyznačuje obtížemi v komunikaci, zvláště u vyjádření pocitů a potřeb. Klient přestává být soběstačný, vhodná je péče pečovatelek. Jednou z možností pro osobu v těžkém stádiu například Alzheimerovy choroby je umístění do domova se zvláštním režimem tzv. Alzheimer centra. Domovy pro seniory se zvláštním režimem nabízejí péči a služby pro klienty v tomto stádiu. Pozitivně zde působí multisenzorická stimulace (Jiráček, 2013).

## 6 Komunikace osob seniorského věku

Dle Slowíka (2010) je komunikace důležitá k předávání a získávání informací. Je důležité uvědomovat si všechny aspekty komunikace, které mohou být narušeny kvůli fyziologickým změnám v organismu. Dále to ovlivňuje aktuální psychický stav jedince. Komunikace je přizpůsobena aktuálnímu stavu osoby seniorského věku. Mělo by se dbát na oční kontakt, intenzitu hlasitosti, tempo řeči. Komunikující osoba by se neměla povyšovat nad seniory. Neměla by zde být diskriminace kvůli věkovému rozdílu.

Osoby seniorského věku a jejich konverzační partneři čelí velkému množství bariér. Překážky v komunikaci vyplývají přímo ze stárnutí a některé z bariér jsou reflexí hromadění životních událostí. Jednou z komplikací jsou výsledky stereotypních postojů ke stárnoucím a starším lidem. Tyto bariéry mají potenciál významně ovlivnit duševní a fyzickou pohodu u osob seniorského věku. Rozpoznání rozdílů v primárních a sekundárních charakteristikách stárnutí a pochopení změn, jež jsou výsledkem procesu stárnutí, pomáhá u komunikace minimalizovat význam těchto bariér (Nussbaum et al., 2000).

Některé jazykové schopnosti zůstávají zachovány, zatímco jiné mají tendenci se zhoršovat v důsledku stárnutí například: slovní zásoba, gramatický úsudek a schopnost opakování jsou s věkem relativně stabilní. Naopak porozumění složitým výrokům a pojmenování může klesat. Ačkoli mohou být změny v komunikačních dovednostech nenápadné a postupné, mají jasné životní důsledky, z nichž je možno zmínit například: vyhýbání se sociálním situacím a komunikaci (Alant, 2017).

Porozumění jazyku je ovlivněno stárnutím, včetně zhoršení pracovní paměti, snížení rychlosti zpracování informací a vybavování dlouhodobé paměti. Výše uvedené kognitivní funkce jsou důležitými faktory v konverzačním diskurzu v průběhu celého života. Stejně tak věkem podmíněné poruchy zraku zhoršují schopnost odezírat, rozpoznávat komunikační partnery nebo předměty v prostředí. Míra omezení je přímo závislá na povaze a závažnosti poruchy zraku. Případná kombinace věkem podmíněného zhoršení zraku, sluchu, produkce řeči a sluchového vnímání, významně kompromisuje i celkovou kvalitu života (Carozza, Shafi, 2016).

Vhodný přístup k seniorům obsahuje tyto prvky (Pokorná, 2010, s.111, s. 112):

- *„Připravte prostředí pro komunikaci – odstraňte rušivé prvky-hluk, telefon, cizí rozhovor aj.*

- *Představte se seniorovi (nemocnému) a umožněte mu, aby vaše jméno zopakoval (využijte haptického kontaktu při podání ruky).*
- *Zásadně komunikujte primárně se seniorem (nemocným) a ne s jeho doprovodem (a to i v případě, že senior vykazuje známky disability) a vždy komunikujte jen s jednou osobou.*
- *Navazte oční kontakt.*
- *Zjistěte, jak máte seniora (pacienta) oslovovat.*
- *Odstraňte formální fráze, odborné výrazy, žargon.*
- *Mluvte jasně, hlasitě – ne vysokým hlasem (presbykusie), v krátkých větách, vyhýbejte se zástupným pojmům a zájmenům.*
- *Při hovoru o přítomných věcech, či osobách, nebo částech těla, ukazujte přímo na popisované objekty.*
- *Umožněte odezírání ze rtů, nehovořte zády, či mimo zorné pole, nestůjte před zdrojem umělého ani přirozeného světla, nežvýkejte a nepřekrývejte si ústa.*
- *Využijte technik aktivního naslouchání.*
- *Sledujte projevy neverbální komunikace a nezdávejte se je komentovat pro ověření aktuálního psychického stavu nemocného.*
- *Akceptujte princip zpomalení (nedělejte prudké pohyby, zpomalte komunikaci, snažte se o klidné chování a pozitivní výraz).*
- *Máte-li pocit, že nemocný nepochopil obsah slov, použijte jiné pojmy, neopakujte stejná slova.*
- *Nabídněte psané orientační body pro oporu zvukové informace v průběhu hovoru (poruchy sluchu i demence), na závěr hovoru shrňte nejdůležitější body a opět je předejte v písemné podobě.*
- *Pečlivě rozlišujte situaci, kdy použít otevřené a kdy uzavřené otázky.*
- *Pamatujte-nemáte-li dostatek času, raději odložte rozhovor na jinou dobu, omluvte se a dohodněte se na dalším termínu, ten však již musíte dodržet.*
- *Pracujte s informacemi z přirozeného sociálního prostředí (vzpomínky, rozhovor o domácím mazlíčkovi, o blízkých atd.).*
- *V komunikaci se seniory bychom se měli vyvarovat následujícího (příčiny bloku v komunikaci se seniory):*
  - *Užívání klišé*
  - *Poskytování rad – vhodnější je navigovat ke hledání správné cesty.“*



## **6.1 Změny v komunikačním schématu u osob seniorského věku se závažnou neurokognitivní poruchou způsobené Alzheimerovou chorobou**

V lehkém stádiu Alzheimerovy choroby se stává obtížnější vyjádření konkrétních slov, které mohou být nahrazeny slovy na základě asociace. Při konverzaci jedinec s Alzheimerovou chorobou může působit zmateně. U hovoru, který je zaměřen na minulost, se klient může cítit bezpečně a může komunikovat bez překážek, jelikož rozhovor může být propojen se vzpomínkami. Schopnost odpovídat na otázky odpověďmi je zachovalá. U středního stádia je narušena komunikace po verbálním obsahu. Interakce a konverzace může probíhat s využitím alternativní a augmentativní komunikace. Narušení ve foneticko-fonologické rovině může být způsobené dysartrií nebo apraxií. V lexikálně-sémantické rovině jazyka dochází k neporozumění výrazům, narušení vyjadřování a používání chybných slov. Formulace věty je v chybném slovosledu. (Neubauer citovaný Škodovou, Jedličkou, 2003).

Těžké stádium je charakterizováno degradací osobnosti. U osoby s Alzheimerovou chorobou dochází k poruše porozuměná řeči, neschopnosti zvládat početní operace, neschopnosti číst, neschopnosti psát, ztrátě schopnosti rozpoznávání osob, předmětů, zvuků a velkému narušení funkčnosti paměti (Buerová, Cséfalvay, Marková, 2016).

## **6.2 Specifikace komunikace u osob seniorského věku se závažnou neurokognitivní poruchou způsobené Alzheimerovou chorobou**

Dle Foldynové a Huškové et al. (2020) by neměla být opomíjena fakta výskytu a diagnostiky Alzheimerovy choroby. Důležitý je věk klienta, kdy se vyskytly prvotní příznaky. Pokud se, ale Alzheimerova choroba vyvine v pozdějším věku, je důležité akceptovat fyziologické a psychické změny už v aktuálním stavu klienta. Faktory, které by neměly být opomíjeny: jak se Alzheimerova choroba vyvíjí, jak je progresivní, jaký je způsob péče a komunikace u osoby s Alzheimerovou chorobou.

Komunikace může sloužit k motivaci osoby seniorského věku. Motivace se týká cílů, kterého lze dosáhnout s důvěrou seniora, který tímto dosáhne svého cíle. Cíle se mohou týkat pohybu, komunikace s ostatními a dalších oblastí. Účelná komunikace by měla být co nejvíce srozumitelná s doplňujícími otázkami týkajícími se porozumění druhé strany. Tato komunikace potom splňuje podporu, motivaci a naslouchání (Vostrý, Veteška, 2021).

Při komunikaci u osob se závažnou neurokognitivní poruchou může dojít k chybám, kterých se může dopustit osoba pečující, či blízká osoba. Mohou být označeny nálepkami, které způsobují nevhodnou komunikaci a odsuzují osobu bez ověřených a pravdivých faktů o aktuálním stavu. Nadměrný přínos informací je může přetěžovat, nemají možnost se samostatně rozhodovat, může být rozhodováno za ně. Zachází se s nimi, jako s objekty. Při komunikaci je nedostatečně navázán oční kontakt, nedostatečná artikulace, či hlasitost hlasu, špatně zvolená slova, která nemusí být pochopena. Komunikace probíhá v prostředí, kde je mnoho hluku. Při komunikaci se nevyužívá upozornění dotykem. Od pečujících osob jsou přítomny netrpělivé reakce na opakování slov, používá se příliš mnoho zdrobnělin, opravování klienta při užití špatného slova nebo slovního spojení (König, Zemlin, 2020).

## 7 Alternativní a augmentativní komunikace

*„Augmentativní (podporující, rozšiřující) komunikace zlepšuje komunikační proces u osob s určitou schopností či předpoklady pro orální řeč, zatímco alternativní komunikace nastupuje tam, kde tyto schopnosti či předpoklady nejsou. Alternativní komunikace tedy nahrazuje orální řeč, přičemž se vždy snažíme, pokud nám to situace umožní, upřednostňovat augmentativní komunikaci před alternativní“* (Valenta, Müller, Vítková et al. 2021, str. 150).

Dle Šarounové (2014) se rozmohlo užívání alternativní a augmentativní komunikace ke konci 20. století. Dorozumění spočívá v jiné formě než verbální komunikace nebo se může používat pro rozvoj verbálního projevu, který je narušen. Tento způsob pro sdílení zpráv se může využívat u jedinců s poruchou intelektu, kombinovaným postižením, sluchovým postižením, u poruch autistického spektra, v důsledku mozkové obrny, dále závažné neurokognitivní poruchy. Například Alzheimerovy choroby, Parkinsonovy choroby, nebo po cévních mozkových příhodách.

*“Alternativní a augmentativní komunikaci můžeme považovat za dynamicky se vyvíjející multidisciplinární oblast, která se zabývá možnostmi využití doplňkové (augmentativní) a náhradní (alternativní) komunikace u osob s těžkými poruchami řeči, zejména její sdělovací/expresivní složky. Systémy AAK mohou sloužit ve vztahu k terapii narušené komunikační schopnosti jako prostředky, které přispívají k reedukaci, rehabilitaci či kompenzaci narušené komunikační schopnosti“* (Bendová, 2013, str.12).

Používáním AAK se podporuje rozvoj a vývoj komunikace u osob se získanými zdravotními obtížemi například: amyotrofická laterální skleróza (ALS), roztroušená skleróza, traumatické poškození mozku, cévní mozková příhoda, poranění míchy vysokého stupně a řada degenerativních kognitivních a jazykových poruch (Beukelman, Light, 2013).

Dle Bendové (2013) je důležité zvolit vhodnou AAK za diagnostických metod, které sledují tyto hlediska: logopedické, somatopedické, psychologické, tyflopédické a surdopedické. Může se pozorovat současná verbální a neverbální komunikace, úroveň hrubé a jemné motoriky, projevy z emočního hlediska, zda je zraková či sluchová vada. Opomíjet by se neměl faktor přijatelnosti použití pro uživatele a osoby v jeho okolí a motivaci používat AAK.

U alternativní a augmentativní komunikace se mohou používat způsoby komunikace s instrumenty. Ty se dělí na technické a netechnické. Netechnické instrumenty nepotřebují elektřinu ani baterii. Jedná se o trojrozměrné předměty, zmenšeniny předmětů, fotografie, komunikační tabulky (osobní komunikační tabulky), grafické symboly, piktogramy –

jednoduché symboly na černém pozadí, osobní a tematické tabulky, komunikační zážitkové deníky o událostech, který jedinec prožil. U technických pomůcek je vývoj rychlejší, díky novým a modernějším technologiím, softwarům, proto zastaralé aplikace či systémy jsou nahrazovány novými. Tablety a počítače mají hlasové odezvy, dotykový displej. (Šarounová, 2014).

*“Systémy alternativní a augmentativní komunikace členíme jednak dle přenosu informace na statické a dynamické, dále pak dle druhu senzorkého kanálu, jenž je při jejich přenosu využíván, poté dle konečnosti počtu znaků systémů AAK, a to na uzavřené a otevřené, a v poslední řadě i na systémy, jenž je při využití v praxi obejdou/neobejdou bez speciálních pomůcek, popř. Pro svou aplikaci do praxe potřebují využít jiné typy pomůcek”* (Bendová, 2013, str. 56, 57).

## **7.1 Využití AAK u osob se závažnou neurokognitivní poruchou – Alzheimerovou chorobou**

Dle Foldynové a Huškové et al. (2020) zmiňují, že pokud osoba se závažným neurokognitivním onemocněním má problémy a nedostatky po stránce komunikační nebo jsou narušeny schopnosti paměti, pozornosti a myšlení je vhodné AAK jako podpůrné opatření k dorozumívání. Slouží při sdělení v komunikaci, dále pro procvičování paměti, schopnosti rozpoznávání prostřednictvím obrázku, fotek, zmenšenin předmětů. Je důležité volit vhodnou AAK u osob např.: s Alzheimerovou chorobou, kde je důležité vnímat proces a změny komunikačního schématu.

*„AAK je třeba vyžít aktuálních schopností a dovedností jedince s demencí, stavět na jeho zachovalých komunikačních kompetencích (i s ohledem na celkovou kvalitu kognitivních funkcí) a dále pak zohledňovat i kvalitu jeho senzorkých schopností a motorických dovedností. Při výběru systému AAK pro jedince s demencí je zpravidla nutné zohlednit také věk klienta/ uživatele AAK a v rámci práce a komunikace s prostředky AAK nevyužívat pomůcky a takové formy nácviku, práce se symboly, jež by mohly působit infantilně, nedůstojně“* (Bendová, 2013, str. 62) .

Ukázalo se, že alternativní a augmentativní komunikace má důležitou roli při kompenzaci typických příznaků demence, jako jsou problémy s pamětí, problémy s hledáním slov, problémy s iniciací, s porozuměním abstraktním a složitým větám. Podpora v podobě obrázků, komunikačních knih a osobních fotoalb je velmi důležitá. Má to prokazatelně pozitivní vliv na

porozumění a vyjadřovací schopnosti osob s demencí, což následně redukuje problémy s chováním a umožní účast na každodenních činnostech smysluplnější (Šarounová, 2014).

- *„Jedná se o kompenzaci komunikačního deficitu ve smyslu (Bendová, 2013, str. 92):*
- *Zpřístupnění informací seniorům s narušeným porozuměním řeči (např. S diagnózou senzorické afázie, osobám s demencí) - zpravidla využití fotografií a gest ke zdůraznění základních informací*
- *Zlepšení smyslu pro orientaci (pozn.: využití symbolů a prvků AAK k označení dveří, skříněk, klíčových pracovníků, procesuálních schémat)*
- *Možnosti sebevýjádření seniorů s těžce narušenou komunikační schopností (tj. Vlastní exprese řeči) v podobě manipulace se symboly, identifikace symbolů.“*

Vysoká nebo nízká technologická podpora komunikace může u lidí s Alzheimerovou chorobou sloužit jako facilitátor přístupu ke kognitivním schopnostem. Podpora ve formě obrázků, komunikačních knih, fotoalb se ukázala, jako užitečná pro kompenzaci komunikačních obtíží u demence, ale využití digitální komunikační podpory je v péči o lidi s demencí relativně novou oblastí. Osoby s demencí mají často problémy s uchováváním informací, což by mohlo být kompenzováno tím, že se osobě s demencí poskytne multimodální vstupní informace; tím, že informace slyší, vidí je na obrázku a v písemné podobě. Jsou informace dostupné po delší dobu. Díky digitální komunikační podpoře osoby s demencí hovořily o širším spektru témat. Používání digitální komunikační podpory nevyžadovalo od zúčastněných pracovníků žádné zvláštní vzdělání, což bylo vnímáno jako pozitivní rys. Komunikační podpora také přispěla ke snížení konverzační práce členů personálu, protože multimediální podpora změnila konverzaci v interaktivní zážitek, při němž osoba s demencí a konverzační partner přispívali symetricky (Ekström, Ferm 2017).

## 8 Terapeutické přístupy u osob seniorského věku se závažnou neurokognitivní poruchou

Expresivní terapie mohou sloužit u projevu osoby se závažnou neurokognitivní poruchou způsobenou Alzheimerovou chorobou, dle stádia. Význam expresivní terapie je ve spontánním projevu svých pocitů, nálad, psychického stavu. Projev je rozdílný dle druhu terapie například arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie, poetoterapie a biblioterapie. Prvky jsou dle typu umění využitém v terapii například, dramaterapie je expresivní terapie s prvky divadelního umění, arteterapie je expresivní terapie s prvky výtvarného umění, muzikoterapie je s prvky hudebního umění a poetoterapie a biblioterapie mají prvky literárního umění (Friedlová, Lečbych, 2015).

Arteterapií klient může projevit hněv, depresi, strach, zoufalství. Metody v arteterapii při umělecké tvorbě mohou být spontánní. Uplatňují se zde techniky čmárání, volné malby. Výtvarný projev na určité konfliktní téma, také je metoda výtvarné tvorby při hudbě (Friedlová, Lečbych, 2015).

Dramaterapie pomáhá seniorům vyjádřit jejich emoce, psychický stav. Bariéry se mohou objevovat u mobility seniorů, jejich porozumění a vyjadřování. Dramaterapie by měla být přizpůsobena na aktuální stav seniorů. Divadelními prvky senioři mohou projevit své emoce, strachy, trénují své sociální dovednosti. Dramaterapie napomáhá kognitivním funkcím, posiluje soustředění, myšlení a vnímání. (Valenta, 2009).

Dle Proutyho et al. (2005) preterapie působí na kontaktní funkce zahrnují uvědomování si svých pocitů a nálad, kontakt s okolím a s realitou. „*Například pro zmatené starší pacienty znamená navázání kontaktu cestu k lepší orientaci v čase i prostoru. Kontaktní reflexe lze navíc velmi snadno včlenit do každodenní práce – například při mytí, oblékání, koupání, při jídle a podobně – tak, aby si klienti snáze uvědomili, co se děje s nimi a kolem nich. Kromě posilování kontaktních funkcí dochází i ke snižování úzkosti, jelikož klienti mají konkrétnější a jasnější představu, jak vše probíhá*“ (Prouty a kol., 2005, s. 187).

Validační terapie má tyto základní prvky: trpělivost, soucítění, úcta, individualita, jedinečnost, každé osoby. Aktivní naslouchání s empatií je neopomíjená součást. Důvěra je zde posilněna. Prvky validační terapie je dýchání, podporuje uklidnění. Udržování očního kontaktu, užívání laskavého, příjemného hlasu, opakování pohybů, emocí a slov (Feil, 2012).

Reminiscenční terapie využívá vzpomínky pro komunikaci, kde je využívána dlouhodobá paměť, to podporuje a motivuje osoby s Alzheimerovou chorobou ke komunikaci. U každého klienta je rozhovor zaměřený na dětství, významné události v klientově životě. Mohou se využívat předměty, fotografie. Za tímto účelem je místnost vybavená dobovým nábytkem a dekoracemi. Nazývá se reminiscenční místnost. Nábytek, obrazy, dekorace, jsou přizpůsobené době dětství, dospělosti klientů. Prostředí podporuje reminiscenční terapii (Janečková, Vacková, 2010).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

V praktické části se budeme zabývat výzkumným šetřením. Z teoretických poznatků z alternativní a augmentativní komunikaci a pozorování klientů v Alzheimer centru, byl vytvořen návrh AAK pomůcky, která byla zhotovena. Ta je součástí výzkumného šetření. Budeme se zabývat vymezením cíle výzkumného šetření, metodologií práce, charakteristikou zúčastněných klientek a zaměstnankyň výzkumného šetření, charakteristikou místa a pomůcky k AAK. Cílem bakalářské práce je zhodnotit komunikaci s využitím AAK pomůcky u osob seniorského věku při změně komunikačního schématu v důsledku závažné neurokognitivní poruchy.

### **9 Výzkumné šetření**

#### **9.1 Cíl šetření**

Cílem bakalářské práce je zhodnotit komunikaci s využitím AAK pomůcky u osob seniorského věku při změně komunikačního schématu v důsledku závažné neurokognitivní poruchy.

K naplnění hlavního cíle byly stanoveny tyto následující výzkumné otázky:

- Jak se projevují změny v komunikaci u klientů s Alzheimerovou chorobou?
- Jaké účinky měla AAK pomůcka při komunikaci s klienty?
- Jaké jsou možnosti komunikace u zaměstnanců a klientů s Alzheimerovou chorobou?

#### **9.2 Metodologie práce**

##### **9.2.1 Vlastní šetření**

Vlastní empirické šetření má kvalitativní charakter. Použité metody kvalitativního výzkumu jsou rozhovor a pozorování. K ověření a zodpovězení otázek byly využity charakteristické metody kvalitativního výzkumu rozhovor a pozorování.

Dle Švaříčka a Šed'ové (2007) pozorování je součástí kvalitativní metodologie, otevřené a zúčastněné pozorování je metoda, při níž jedinci jsou pozorováni v jejich přirozeném prostředí, je zde interakce s pozorovanými účastníky. Dále je pozorování vhodné zkombinovat s rozhovorem, který může být formulován jako nestrukturovaný či polostrukturovaný rozhovor.

Při komunikaci s klientkami a zaměstnankyněmi Alzheimer centra v Pardubicích byl zvolen nestrukturovaný rozhovor. Klientky byly vybrány na základě komunikace s Mgr.



Lelkovou, která byla metodičkou při souvislé speciálně – pedagogické praxi. Praxe byla vykonána v letním semestru 2023. Náplň praxe byla též komunikace s klientkami.

Vlastní výzkumné šetření probíhalo v dubnu 2023. Rozhovor a pozorování bylo znázorněno na modelové situaci funkce pomůcky AAK. Byla sledována náročnost použití pomůcky při komunikaci u vybraných klientek. Rozhovor byl nahráván na telefonní zařízení se souhlasem respondentů a se souhlasem Mgr. Lelkové.

Dále výzkumné šetření probíhalo s pracovníci z oddělení sociálně-aktivizační činnosti kdy byl proveden rozhovor, který byl nahráván na telefonní zařízení.

### **9.3 Charakteristika účastníků**

Výzkumného šetření se zúčastnily dvě klientky diagnostikované s Alzheimerovou chorobou. Klientky byly vybrány na základě svých zkušeností a osvojení komunikace, díky předchozí praxi, která v Alzheimer centru proběhla, a zároveň na základě konzultace s Mgr. Lelkovou. Byl s nimi realizován nestrukturovaný rozhovor s použitím vytvořené pomůcky.

Klientky, s nimiž bylo provedeno šetření, budu označovat písmeny A a B. Klientka A má 80 let. Verbální vyjadřování je zachováno, rozumí pokládaným otázkám, odpovědi jsou zformulovány k tématu. Mezi slovy jsou delší pomlky, pokud si nemůže vzpomenout na konkrétní slovo, říká různé slabiky, bez smyslu. Klientka A má zachovanou motoriku, pohybuje se bez větších obtíží. Klientka B má 75 let. Verbální vyjadřování je narušeno v lexikálně-sémantické rovině jazyka. Nechápe obsah u složité věty. Záleží na formulaci věty. Klientka B, nerozumí složitým slovním výrazům, ale jednoduchým ano. U odpovědi dochází k chybné volbě slov. Vyjadřování jí ulehčuje ukazování na předměty. Odpovědi, u kterých může volit ano či ne, jsou pro ni více vhodné. Jemná motorika je zachovalá s lehkým třesem. Klientka B se pohybuje za podpory berlí.

Další rozhovor se konal s dvěma zaměstnankyněmi z oddělení sociálně-aktivizační činnosti. Zaměstnankyně byly vybrány na základě pozitivní zkušenosti během mé praxe. Zaměstnankyně budu označovat čísla pro rozeznání od označení klientek. Zaměstnankyně č. 1 má 26 let. Toto je její první pracovní zkušenost s klienty, kteří mají diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu. Ke komunikaci s klienty nevyužívá obrázky, pouze často ukazuje na předměty a gesty naznačuje například na věc, o které mluví. Zaměstnankyně č. 2 má 50 let. Její předchozí pracovní zkušenost byla práce v Domově pro seniory U Kostelíčka v Pardubicích. Zkušenost má s AAK s obrázky, též využívá neverbální komunikaci, hlavně gesta a mimiku.

## 9.4 Charakteristika místa šetření

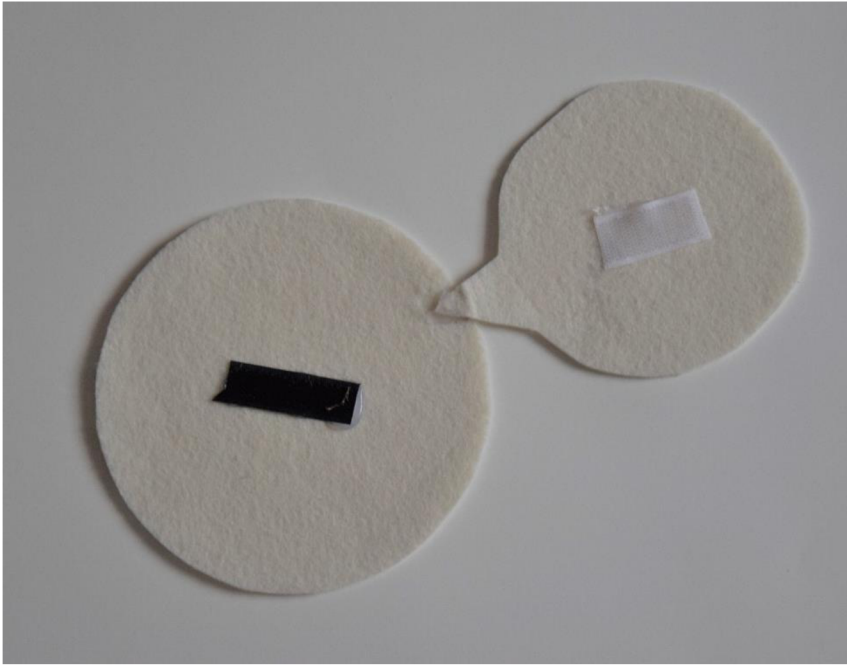
Typ zařízení – domov se zvláštním režimem, který se nachází na adrese Bělehradská 591, Pardubice – Polabiny. Toto Alzheimer centrum bylo otevřeno v roce 2020. Budova se skládá z 6. pater. Pokoje klientů jsou dvoulůžkové, kde mají své sociální zázemí. V přízemí je prostor pro sociálně-aktivizační činnosti a jídelna. Interiéry nabízejí řadu společných prostor určených ke skupinovým aktivitám, setkávání klientů a trávení volného času. K dispozici je zahrada. Jsou zde celodenní programy zaměřené na aktivizační činnosti, prožívání volného času a celkovou komplexní ošetrovatelsko-zdravotní péči.

## 9.5 Charakteristika vlastní vyrobené pomůcky k AAK

Pomůcka byla navržena a zrealizována na základě alternativní a augmentativní komunikace. V AAK nalezneme metodu komunikace s předměty, či s obrázky. Autorkou práce byla vytvořena pomůcka, která je více inspirovaná obrázky. Pomůcka byla zaměřena na práci s jemnou motorikou, užívání hmatu a zrakového vnímání. Tyto funkce se trénují u používání této pomůcky.

Pomůcka je vyrobena z velurového papíru, který je příjemný na dotek. Základ je vytvořen z bílého velurového papíru, ten je ve tvaru obrysu hlavy a komunikační bubliny. Uprostřed je přilepen suchý zip. Suchý zip je dán také u obličejů, které vyjadřují emoce či nálady. Tyto obličej se suchým zipem se lepí do obrysu hlavy. Do komunikačních bublin se na suchý zip přilepují různé činnosti, které klient může zvolit. Obličej vyjadřují tyto nálady: naštvání, smutek, radost, pohodu. Do komunikační bubliny, mohou klienti volit z těchto aktivit, které jsou vyobrazeny na modrých bublinách: pití kávy, či čaje – obrázek hrnečku, vycházka – cesta se stromy, čtení, luštění křížovek – obrázek otevřené knihy, péct buchtu, koláč, dát si zákusek – obrázek dortu, jíst oběd nebo večeři – obrázek talíře s příborem.

Pomůcka je zaměřena na volbu nálad, jak se klient cítí, protože emoce dokáže klient projevovat i v pokročilejších stádiích Alzheimerovy choroby. Pomůcka podporuje trénink usuzování a přemýšlení, co chce klient dělat za denní činnost. Na fotografiích je znázorněn vizuál pomůcky.



Obr. č.1



Obr. č.2



Obr. č.3



Obr. č.4

## 9.6 Vlastní šetření

### 9.6.1 Rozhovor s klientkou A

Rozhovor probíhal v pokoji klientky. Nebyly zde žádné rušivé vlivy.

Tazatelka: „*Dobrý den, jmenuji se Anna Křivánková. Mohu si s vámi popovídat v rámci výzkumu k mé bakalářské práci?*“

Klientka A: „*Dobrá den, ano. To jste na vysoké škole, že?*“

Tazatelka: „*Ano, studuji Univerzitu Palackého v Olomouci.*“ „*Tady na stole je pomůcka se kterou, teď budeme pracovat, můžete si vybírat, jakou máte náladu a činnost. Kdyby vám byl obrázek nejasný, zeptejte se mě.*“

Klientka A: „*To je pěkné, vypadá to jako tvář miminka.*“

Bez instrukcí si klientka A vybrala tvář s úsměvem, kterou bez problémů přilepila suchým zipem, dále přilepila bublinu s hrníčkem.

Klientka A: „*Dnes mám dobrou náladu (odmlka) a těším se na (odmlka – ukáže na hrníček) kávu.*“

Vyměňuje kávu, za knihu.

Tazatelka: „*Čtete teď knihu?*“

Klientka A: Zvedla se pro knihu a položila ji na stůl.

Tazatelka: „*Jaký pocit, máte při čtení knihy? Vyberte tady z obličejů.*“

Klientka A: Přilepuje tvář, která vyjadřuje smutek.

Tazatelka: „*Je to smutný příběh?*“

Klientka A: „*Ano.*“

Tazatelka: „*Chcete donést knihu s veselejším příběhem?*“

Klientka A: „*Ano.*“

Tazatelka: „*Donesu vám ji, před obědem. Libila se vám tato pomůcka?*“

Klientka A: „*Je to pěkné (odmlka), jako miminka.*“ Ukazuje na tváře.

Tazatelka: „*Děkuji vám, za popovídání, už je čas na oběd, na shledanou.*“

Klientka A: „*Na shledanou.*“

Rozhovor proběhl bez komplikací. Klientka snadno vyměňovala tváře a bubliny na volbu činností. Změny v komunikaci, zde byly pouze ve formě pomlky, poté spíše odpovídala v jednodušších větách. Rozuměla bez komplikací.

### **9.6.2 Rozhovor s klientkou B**

Rozhovor probíhal ve společenské místnosti. Nebylo to tak klidné prostředí, byli zde další dva klienti. U této klientky, jsem komunikovala v jednoduchých větách, pro vzájemné pochopení.

Tazatelka: „*Dobrý den, já jsem Anna Křivánková.*“

Klientka B: „*Dobrý den, (představila se příjmením).*“

Tazatelka: „*Jsem studentka vysoké školy, popovídáte si se mnou? Potřebuji to do školy.*“

Formulace věty byla náročnější, pro pochopení, ale klientka B, to takto pochopila v pořádku.

Tazatelka: Ukázka znázorňuje princip fungování pomůcky. „*Dnes se mám dobře (přikládám tvář s úsměvem), dala bych si něco sladkého (přikládám obrázek dortu do bubliny).*“

Klientka B: Se směje. „*Já také.*“

Tazatelka: „*Jak se dnes máte?*“ Ruce ukazují na tváře.

Klientka B: Ukazuje na zamračenou tvář. Poté ji přilepí. „*Špatně.*“ Do bubliny s činnostmi, přilepí obrázek s cestou a stromy.

Tazatelka: „*Chtěla byste na vycházku?*“

Klientka B: „*Ano, ať už je pěkně.*“

Tazatelka: „*Až bude hezky, jakou budete mít náladu?*“

Klientka B: Vymění zamračenou tvář, za usměvavou. Třes v rukách zhoršuje manipulaci. „*Dobrou.*“

Tazatelka: „*Děkuji vám za popovídání, na shledanou.*“

Klientka B: „*Na shledanou.*“

Rozhovor probíhal v lehce rušivém prostředí, klientka se ale hlavně soustředila na rozhovor se mnou. Po ukázce a po chvíli pochopila princip pomůcky. Změny v komunikaci

jsou zde narušené v chápání obsahu vět a v samostatném vyjadřování. V rozhovoru to bylo jen nepatrně.

### 9.6.3 Rozhovor se zaměstnankyněmi

Tento rozhovor byl vytvořen s oběma zaměstnankyněmi zároveň, v rozhovoru budou, zmiňovány pod zkratkou: Zam.č.1 a Zam.č.2. Rozhovor byl zaměřen na komunikaci s klienty a užití AAK.

Tazatelka: „*Pracuje se vám dobře s klienty při sociálně – aktivizačních činnostech?*“

Zam. č.1: „*Záleží na počtu, jsou tu klienti, kteří dobře rozumí, také ti, kde už jsou schopnosti porozumění oslabené. Ve většinu případů, se na připravené činnosti se klienti těší. Baví je.*“

Zam. č.2: „*Souhlasím, klienti si volí sami program, někdy se skupina sejde, kde jsou klienti v horším stádiu Alzheimerovy choroby, zde je práce s nimi náročnější. Při programu, je důležité, pozornost věnovat všem klientům, s trpělivostí vysvětlovat náplň aktivity, popřípadě, když se promítá film, nebo video o cestování, se zvířaty. Komunikovat v průběhu, o čem, to je, jestli je to pěkné.*“

Tazatelka: „*Jak komunikujete se skupinou klientů u aktivit?*“

Zam. č.2: „*Automaticky mluvím dost nahlas, mluvím pomalu a snažím se artikulovat. Taky oslovuji individuálně klienty jejich jménem. Pokud vypadají klienti zmateně, pokládám otázky, u toho taky ukazují na předměty, pro lepší dorozumění.*“

Zam. č.1: „*Ano, to je to na denním režimu, mluvit nahlas, pomalu a srozumitelně.*“

Tazatelka: „*Používáte při komunikaci s klienty obrázky?*“

Zam. č.1: „*U skupiny, je to těžké, na to nezbyvá čas, naše pozornost musí být u všech klientů.*“

Zam. č.2: „*U tří klientů, když pracuji individuálně, si беру desky s obrázky, tam mám obrázky na různá témata. Tyto klienti, ve většině případů rozumí, ale stěží dokážou odpovědět. Protahují slabiky, slovo začíná chybně, ale pak ho vysloví dobře. Když jsem se ptala na zvíře, které mají rádi. Klient ukázal na psa, ale začínal takto: Koo (pomlka) č (pomlka) pees. Obrázky, v těchto případech velice pomáhají.*“

Tazatelka: „*Přály byste si využívat, při komunikaci více obrázky, či předměty, je to lepší?*“

Zam. č.2: „*Ano, je to lepší, každopádně, to by nás tu musel být dvojnásobný počet zaměstnanců.*“

Zam. č.1: „*Bylo by to lepší, ale chtělo by to pracovat s klienty individuálně a s dostatkem času.*“

Tazatelka: „*Děkuji vám za váš čas a rozhovor.*“

Zam. č.1 a zam. č.2: „*My děkujeme.*“

## 10 Diskuse

Cílem bakalářské práce je zhodnotit komunikaci s využitím AAK pomůcky u osob seniorského věku při změně komunikačního schématu v důsledku závažné neurokognitivní poruchy.

K naplnění hlavního cíle byly stanoveny tyto následující výzkumné otázky: Jak se projevují změny v komunikaci u klientů s Alzheimerovou chorobou? Jaké účinky měla AAK pomůcka při komunikaci s klienty? Jaké jsou možnosti komunikace u zaměstnanců a klientů s Alzheimerovou chorobou?

Z rozhovoru s klientkou A, je vyzorována změna v komunikačním schématu ve formě pomlky mezi slovy. Dále je zde změna, kdy verbální vyjadřování je pro klientku náročnější, proto klientka se verbálně nevyjádřila, lze spatřit v této části rozhovoru: Tazatelka: „*Čtete teď knihu?*“ Klientka A: Zvedla se pro knihu a položila ji na stůl. Bylo pro klientku A jednodušší verbálně nekomunikovat, proto knihu donesla a položila na stůl. Její schopnost usuzování je bez narušení. Je to znázorněno z této části: Bez instrukcí si klientka A vybrala tvář s úsměvem, kterou bez problémů přilepila suchým zipem, dále přilepila bublinu s hrníčkem. Klientka A: „*Dnes mám dobrou náladu (odmlka) a těším se na (odmlka – ukáže na hrníček) kávu*“. Jemná motorika a zrakové vnímání klientky jsou bez narušení, což je vyzorováno ze zvýše zmíněného úryvku rozhovoru. Klientka A má patřičnou změnu v komunikaci ve formě odmlky, kdy nastávají obtíže ve vybavování slov. Zachovalá fyzická pohyblivost činí klientce A jednodušší věci ukazovat nebo je podávat než verbálně vyjadřovat. Při práci s pomůckou se sama aktivně zapojila a nepotřebovala úvodní instrukce k využití. Klientka A byla potěšena vizuální stránkou pomůcky. Klientce A se pracovalo s pomůckou na dobré úrovni, kde nebyly komplikace.

Rozhovor s klientkou B, se konal v prostředí za přítomnosti dalších klientů. Toto byl faktor rušivého vlivu. Po vzájemném představení jsem modelovou situací ukázala funkčnost pomůcky. Reakce klientky byla pozitivní odezvou viz. část v rozhovoru: Tazatelka: Ukázka znázorňuje princip fungování pomůcky. „*Dnes se mám dobře (přikládám tvář s úsměvem), dala bych si něco sladkého (přikládám obrázek dortu do bubliny).*“ Klientka B: Se směje. „*Já také.*“



Odpovědi klientky B, byly vhodně zvolené na položené otázky. Ukázka úseku rozhovoru: Tazatelka: „*Jak se dnes máte?*“ ruce ukazují na tváře. Klientka B: Ukazuje na zamračenou tvář. Poté ji přilepí. „*Špatně.*“ Do bubliny s činnostmi přilepí obrázek s cestou a stromy. Z rozhovoru s klientkou B je změna komunikačního schématu po sémanticko-lexikální stránce, kdy nechápe složité věty, problém má s volbou slov na odpovědi. Při rozhovoru se narušení zdálo nepatrné. Komplikace nastaly v momentě výměně nálad nebo činností/ věcí, kdy třes v rukou narušoval jemnou motoriku rukou. Klientce B se pomůcka vizuálně líbila, bavilo ji s pomůckou pracovat.

Rozhovor se zaměstnankyněmi se konal v kanceláři, kdy rozhovor byl s oběma zaměstnankyněmi zároveň. Komunikace s klienty se projevuje viz. tento úryvek: „*Automaticky mluvím dost nahlas, mluvím pomalu a snažím se artikulovat. Taky oslovuji individuálně klienty jejich jménem. Pokud vypadají klienti zmateně, pokládám otázky, u toho taky ukazují na předměty, pro lepší dorozumění.*“ Zam. č.1: „*Ano, to je to na denním režimu, mluvit nahlas, pomalu a srozumitelně.*“ Komunikace zaměstnankyň s klienty formou komunikace s obrázky probíhá individuálně, mimo sociálně – aktivizační činnosti. Vysvětleno je to v této části: „*U skupiny, je to těžké, na to nezbyvá čas, naše pozornost musí být u všech klientů.*“ Zam. č.2: „*U tří klientů, když pracuji individuálně, si беру desky s obrázky, tam mám obrázky na různá témata. Tyto klienti, ve většině případů rozumí, ale stěží dokážou odpovědět. Protahují slabiky, slovo začíná chybně, ale pak ho vysloví dobře. Když jsem se ptala na zvíře, které mají rádi. Klient ukázal na psa, ale začínal takto: Koo (pomlka) č (pomlka) pees. Obrázky, v těchto případech velice pomáhají.*“ Zaměstnankyně, přes odlišné zkušenosti s prací s klienty, se shodují, že komunikace s obrázky je přínosná, ovlivňující faktory jsou nedostatek času, velké skupinky, málo zaměstnanců v rámci sociálně-aktivizačních činností.

Z výzkumného šetření je naplněn hlavní cíl a dále jsou naplněny výzkumné otázky. Cílem bakalářské práce je zhodnotit komunikaci s využitím AAK pomůcky u osob seniorského věku při změně komunikačního schématu v důsledku závažné neurokognitivní poruchy. K naplnění hlavního cíle byly stanoveny tyto následující výzkumné otázky: Jak se projevují změny v komunikaci u klientů s Alzheimerovou chorobou? Jaké účinky měla AAK pomůcka při komunikaci s klienty? Jaké jsou možnosti komunikace u zaměstnanců a klientů s Alzheimerovou chorobou?

Změny komunikačního schématu jsou u klientů velice individuální. Stádiu Alzheimerovy choroby ovlivňuje komunikační schopnosti. U klientek, které byly součástí výzkumného

šetření, se změny v komunikačním schématu projevují pomlkami mezi slovy, zcela náhodně zvolené slabiky, které při vyřčení nedávají smysl. Narušení v lexikálně-sémantické rovině jazyka se projevuje nepochopením složitých slovních výrazů. Vyjadřování klientek ulehčuje ukazování na předmět. Komplikace nastávají hlavně u odpovědí, kdy je problém ve vyjadřování a správnou formulaci slov.

Klientky, které byly součástí mého výzkumného šetření používaly AAK pomůcku, bez komplikací. U klientky B lehký třes v rukou zhoršoval manipulaci, ale nebylo to na úrovni, kdy by se s pomůckou nedalo pracovat, klientka potřebovala více času. Pomůcka, pozitivně působila na psychický stav klientek, kdy měly radost z vizuální stránky pomůcky.

Z teoretické části možnosti komunikace zaměstnanců a klientů s Alzheimerovou chorobou, je mnoho možností komunikace s AAK, či možnost komunikovat expresivními terapiemi, pro podporu projevení emocí klientů. Z rozhovoru se zaměstnankyněmi vypývá, že při individuální práci s klienty mohou komunikovat s obrázky, které ulehčují komunikaci, ale při sociálně – aktivizačních činnostech, na to nemají dostatek času, možností a pozornosti, kvůli skupině klientů.

Velká problematika je málo zaměstnanců na skupiny klientů při komunikaci, při sociálně – aktivizačních činnostech dalších volnočasových aktivitách, kde není prostor komunikovat metodami AAK. Individuální přístup ke klientům by byl časově náročnější. Proto by měla vznikat Alzheimer centra pro menší počet lidí, než pro kapacitu 166 lidí. S dostatkem zaměstnanců, by byly využívány možnosti AAK plnohodnotně. Využití mnou navržené AAK pomůcky, by v tomto případě bylo možné s klienty využívat. Problém je ve financování. Další faktor je v predikci nárůstu výskytu závažné neurokognitivní poruchy působené Alzheimerovou chorobou. Jako prevence se doporučuje dodržovat zdravý životní styl, umět pracovat se stresem, věnovat se sportu, meditovat, nevystavovat se škodlivým činitelům např.: užívání návykových látek, alkoholu a netolismu.

## Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala tématem změny komunikačního schématu osob seniorského věku se závažnou neurokognitivní poruchou. V teoretické části je komplexně pojednáno o tématech: definice stáří, závažné neurokognitivní poruchy, závažné neurokognitivní poruše působené Alzheimerovou chorobou, jejich projevy. Z dostupné literatury jsou definovány pojmy: mírná kognitivní porucha, specifikace a formy komunikace u osob seniorského věku (se závažnou neurokognitivní poruchou způsobené Alzheimerovou chorobou), definice alternativní a augmentativní komunikace její využití. Závěrečná kapitola v teoretické části je o terapeutických přístupech u osob seniorského věku se závažnou neurokognitivní poruchou.

V navazující praktické části je metodologie kvalitativního charakteru. Pro zodpovězení cíle bakalářské práce. Cílem bakalářské práce je zhodnotit komunikaci s využitím AAK pomůcky u osob seniorského věku při změně komunikačního schématu v důsledku závažné neurokognitivní poruchy. K naplnění hlavního cíle byly stanoveny tyto následující výzkumné otázky: Jak se projevují změny v komunikaci u klientů s Alzheimerovou chorobou? Jaké účinky měla AAK pomůcka při komunikaci s klienty? Jaké jsou možnosti komunikace u zaměstnanců a klientů s Alzheimerovou chorobou? Pro výzkumné šetření byly vybrány metody otevřené a zúčastněné pozorování a nestrukturovaný rozhovor. Metody kvalitativního výzkumu definovány dle dostupné literatury. Výzkumné šetření probíhalo s dvěma klientkami, které mají závažnou neurokognitivní poruchu způsobenou Alzheimerovou chorobou a se dvěma zaměstnankyněmi Alzheimer centra v Pardubicích. K vybraným účastníkům výzkumu jsou přítomny charakteristika účastníků, nesmí být opomenuta charakteristika místa šetření a mnou vytvořené AAK pomůcky.

Samotné výzkumné šetření bylo uskutečněno výše zmíněnými metodami. Rozhovor se konal s klientkou A, s klientkou B, dále se zaměstnankyněmi. S klientkami byl proveden rozhovor s každou individuálně. Při rozhovoru byla využita mnou navržená AAK pomůcka. Pozorována byla jemná motorika klientek, jejich zrakové vnímání, zraková diferenciacce, syntéza a analýza. Výsledná činnost s pomůckou byla efektivní.

U rozhovorů se zaměstnankyněmi Alzheimer centra v Pardubicích bylo zjištěno, že AAK je efektivní u individuální práci s klienty, ale je časově náročná se skupinkou klientů při sociálně aktivizačních činnostech, poněvadž není prostor pro používání alternativní a augmentativní komunikace. Bylo by vhodné komunikovat a pracovat s klienty po menších

skupinkách. Kritéria, které by splňovaly použití AAK metod: přítomnost více pracovníků a skupinová práce v menších počtech klientů.

V diskusi je analýza rozhovorů, kde byly naplněny vedlejší otázky a hlavní cíl bakalářské práce, závěry a doporučení pro využití v praxi AAK ke komunikaci s osobami se závažnou neurokognitivní poruchou.

## Seznam použité literatury

AGRONIN, Marc E, 2017. *The Dementia Caregiver: A Guide to Caring for Someone with Alzheimer's Disease and Other Neurocognitive Disorders (Guides to Caregiving)*. 1. publication, Maryland: Rowman & Littlefield Publishers. ISBN 0810895757.

ALANT, Erna. 2017. *Augmentative and Alternative Communication: Engagement and Participation*. San Diego, CA: Plural Publishing. ISBN 978-1-59756-713-8.

BENDO VÁ, Petra a Veronika RŮŽIČKOVÁ, 2013. *Alternativní a augmentativní komunikace 2*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3705-7.

BENDO VÁ, Petra, 2013. *Alternativní a augmentativní komunikace 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Vyd. 1., ISBN 978-80-244-3703-3.

BEUKELMAN, PH.D., David R. a Janice C. LIGHT, PH.D., 2013. *Augmentative and Alternative Communication Supporting Children and Adults with Complex Communication Needs*. 5. publication, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co., 2013. ISBN 978-1-68125-303-9.

BUEROVÁ, Ivica; CSÉFALVAY, Zsolt; MARKOVÁ, Jana. 2016. *Jazykové deficity při demencii*. In KEREKRÉTIÓVÁ, Aurélie. *Logopédia*. V Bratislave: Univerzita Komenského. ISBN 978-80-223-4165-3.

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

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

ČERNÁ, Marie, 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vyd.2., Praha: Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. ISBN 978-80-246-3071-7.

FEIL, N., DE KLERK-RUBIN, V. 2012. *The Validation Breakthrough. Simple Techniques for Communicating with Alzheimer's and Other Dementias*. Baltimore, Maryland: Health Profession Press. 294 s. ISBN 978-1-932529-93-7.

FRIEDLOVÁ, Martina a Martin LEČBYCH, ed., 2015. *Expresivní terapie jako podpora kvality života u různých klientských skupin*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.. ISBN 978-80-244-4599-1.

HRDLIČKA, Michal a Darina HRDLIČKOVÁ. 1999. *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-797-4.

IVANA, Foldynová a Hrušková ANDREA a kol. 2020. *Souhrn nástrojů AAK pro osoby s demencí v České republice* [online]. 2020. Ostrava: ACCENDO, 2020 [cit. 2022-12-04]. Dostupné z: [http://rsss.mpsv.cz/wp-content/uploads/2021/01/Demence\\_CR\\_final.pdf](http://rsss.mpsv.cz/wp-content/uploads/2021/01/Demence_CR_final.pdf)

JANEČKOVÁ, H. a VACKOVÁ, M. 2010 *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Port 1. ISBN 978-80-7367-581-3. S. 11 a 21.

JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ, 2016. *Volný čas seniorů*. Vyd.1. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5535-9.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Vyd.1. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-873-5.

KÖNIG, Jutta a Claudia ZEMLIN. 2020. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Vydání druhé. Přeložila Lucie SIMONOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1706-0.

KOUKOLÍK, František. *Mozek a jeho duše*. c2014, 4., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén,. Makropulos. ISBN 978-80-7492-069-1.

KUČERA, Dalibor. 2013. *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4621-0.

NEHLS, Michael přeložila Libuše STAŇKOVÁ, 2017. *Alzheimer se dá léčit: návrat do zdravého života*. Vyd.1. Praha: Euromedia. Esence. ISBN 978-80-7549-257-9.

NUSSBAUM, Jon F., Loretta L. PECCHION, James D. ROBINSON a Teresa L. THOMPSON, 2000. *Communication and Aging*. 2. Vyd. London: Taylor & Francis Group. ISBN 978-0-80583-331-7.

PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.

- POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Vyd.1. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3271-8.
- PROUTY, G. 2005, *Preterapie*. Praha: Portál. 197 s. ISBN 80-7178-949-6.
- RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, ed. 2015. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum. ISBN 978-80-86471-52-5.
- RŮŽIČKA, Evžen. 2003. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-205-6.
- SABAT, Steven R., 2018. *Alzheimer's Disease and Dementia: What Everyone Needs to Know*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0190603113.
- SLOWÍK, Josef, 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd.1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9.
- ŠÁMALOVÁ, Kateřina a Igor TOMĚŠ, 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Vyd.1., Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3612-2.
- ŠAROUNOVÁ, 2014. Jana. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. 1.Vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0716-0.
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka, 2010. *Přehled vývojové psychologie*. Vyd. 3., upr., Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2433-0.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VALENTA, Milan, 2014. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Vyd.1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0602-6.
- VALENTA, Milan, Oldřich MÜLLER, Marie VÍTKOVÁ, et al. 2021. *Psychopedie. Šesté aktualizované a rozšířené vydání*. Praha: Parta, ISBN 978-80-7320-290-3.

VALENTA, Milan. 2009, *Rukověť dramaterapie II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci,. ISBN 978-80-244-2274-9.

VINCENT, John, 2003. *Old age*. London: Routledge. ISBN 978-0-415-26823-3.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

VOSTRÝ, Michal a Jaroslav VETEŠKA. 2021. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2866-2.

ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

## Internetové zdroje

BAYLES, Kathryn A. a Cheryl K. TOMOEDA, 2013. *MCI and Alzheimer's Dementia Clinical Essentials for Assessment and Treatment of Cognitive- Communication Disorders* [online]. 9. San Diego: Plural Publishing [cit. 2023-02-10]. ISBN 978-1-59756-518-9. Dostupné z: [https://web.p.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmx1YmtfXzc4NTU1MI9fQU41?sid=904d4e8a-2638-4591-8632-df1ae36c33a6%40redis&vid=12&format=EB&lpid=lp\\_1&rid=0](https://web.p.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmx1YmtfXzc4NTU1MI9fQU41?sid=904d4e8a-2638-4591-8632-df1ae36c33a6%40redis&vid=12&format=EB&lpid=lp_1&rid=0)

BLAZER, Dan, 2013. *Neurocognitive Disorders in DSM-5*. American Journal of Psychiatry [online]. 2013(6), 170 [cit. 2023-02-06]. Dostupné z: doi:10.1176/appi.ajp.2013.13020179

CAROZZA, Linda S. a Noel SHAFI, 2016. *Communication and Aging: Creative Approaches to Improving the Quality of Life* [online]. San Diego, CA: Plural Publishing [cit. 2023-03-04]. ISBN 978-1-59756-612-4. Dostupné z: [https://web.s.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fMTEwNzk2MF9fU41?sid=2b28bc4e-95ff-492c94b13bf3e7ccb22a@redis&vid=6&format=EB&lpid=lp\\_1&rid=0](https://web.s.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fMTEwNzk2MF9fU41?sid=2b28bc4e-95ff-492c94b13bf3e7ccb22a@redis&vid=6&format=EB&lpid=lp_1&rid=0)

EKSTRÖM, Anna a Ulrika FERM. 2017. *Digital communication support and Alzheimer's disease*. Dementia [online]. 1(16), 21 [cit. 2022-12-04]. Dostupné z: [https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1471301215615456?casa\\_token=vwzAkYIzmdIAAAAA:JqcYqJYSfQjVv8GxK6qwD86yFr2MgVg0Ggr1R9X6qt9U7ZodiuNK3jP\\_Z-V2rzlvS288jwZ6VKFBwA](https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1471301215615456?casa_token=vwzAkYIzmdIAAAAA:JqcYqJYSfQjVv8GxK6qwD86yFr2MgVg0Ggr1R9X6qt9U7ZodiuNK3jP_Z-V2rzlvS288jwZ6VKFBwA)

RAHMAN, Shibley a Robert HOWARD, 2018. *Essentials of Dementia Everything You Really Need to Know for Working in Dementia Care* [online]. 7.vyd. London: Jessica Kingsley



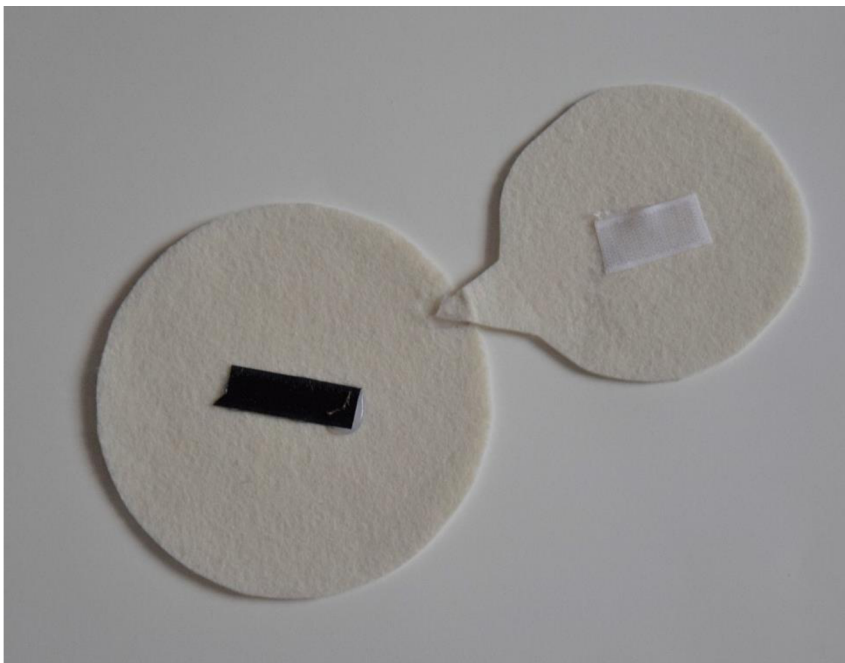
Publishers [cit. 2023-02-10]. ISBN 978 1 78450 397 5. Dostupné z: [https://web.p.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzE1ODUwMzJfX0FO0?sid=904d4e8a-2638-4591-8632-df1ae36c33a6%40redis&vid=12&format=EB&lpid=lp\\_3&rid=0](https://web.p.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzE1ODUwMzJfX0FO0?sid=904d4e8a-2638-4591-8632-df1ae36c33a6%40redis&vid=12&format=EB&lpid=lp_3&rid=0)

SACHS-ERICSSON Natalie a BLAZER Dan G., 2015. *The new DSM-5 diagnosis of mild neurocognitive disorder and its relation to research in mild cognitive impairment*, *Aging & Mental Health*, [online]. 19:1, 2-12. [cit. 2014-10-06]. DOI: [10.1080/13607863.2014.920303](https://doi.org/10.1080/13607863.2014.920303). Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2014.920303>

SAMUELSSON, Christina a Anna EKSTRÖM. 2019. *Digital communication support in interaction involving people with dementia*. *Logopedics phoniatrics vocology* [online]. 1(44), 11 [cit. 2022-12-04]. ISSN 1651-2022. Dostupné z: [doi:https://doi.org/10.1080/14015439.2019.1554856](https://doi.org/10.1080/14015439.2019.1554856)

STOKIN, Gorazd B. MD, a kol., 2015. *Mild Neurocognitive Disorder: An Old Wine in a New Bottle*. *Harvard Review of Psychiatry* [online]. 23(5) [cit. 2023-02-08]. Dostupné z: [doi:10.1097/HRP.0000000000000084](https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000084)

## SEZNAM OBRÁZKŮ



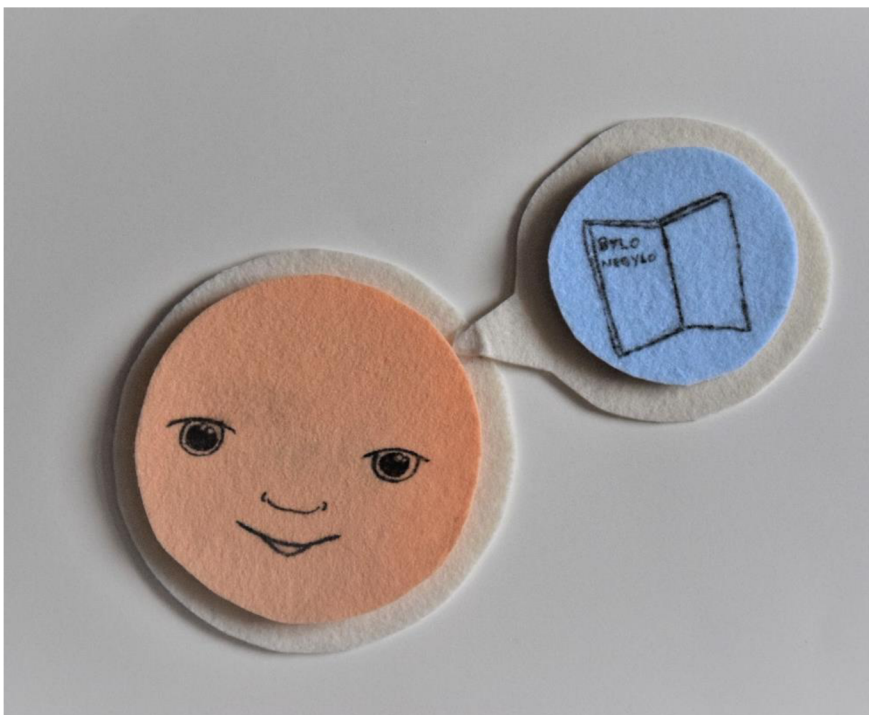
Obrázek č.1 – zdroj: Anna Křivánková, 2023.



Obrázek č. 2 – zdroj: Anna Křivánková, 2023.



Obrázek č.3 – zdroj: Anna Křivánková, 2023.



Obrázek č.4 – zdroj: Anna Křivánková, 2023.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Rozhovor s klientkou A

Příloha č. 2: Rozhovor s klientkou B

Příloha č. 3: Rozhovor se zaměstnankyní

Příloha č. 4: Informovaný souhlas

## **Příloha č. 1**

### **Rozhovor s klientkou A**

Rozhovor probíhal v pokoji klientky. Nebyly zde rušivé vlivy.

Tazatelka: „*Dobrý den, jmenuji se Anna Křivánková. Mohu si s vámi popovídat v rámci výzkumu k mé bakalářské práci?*“

Klientka A: „*Dobrá den, ano. To jste na vysoké škole, že?*“

Tazatelka: „*Ano, studuji Univerzitu Palackého v Olomouci*“. „*Tady na stole je pomůcka se kterou, teď budeme pracovat, můžete si vybírat, jakou máte náladu a činnost. Kdyby vám byl obrázek nejasný, zeptejte se mě.*“

Klientka A: „*To je pěkné, vypadá to jako tvář miminka.*“

Bez instrukcí si klientka A vybrala tvář s úsměvem, kterou bez problémů přilepila suchým zipem, dále přilepila bublinu s hrníčkem.

Klientka A: „*Dnes mám dobrou náladu (odmlka) a těším se na (odmlka – ukáže na hrníček) kávu*“.

Vyměňuje kávu, za knihu.

Tazatelka: „*Čtete teď knihu?*“

Klientka A: Zvedla se pro knihu a položila ji na stůl.

Tazatelka: „*Jaký pocit, máte při čtení knihy? Vyberte tady z obličejů.*“

Klientka A: Přilepuje tvář, která vyjadřuje smutek.

Tazatelka: „*Je to smutný příběh?*“

Klientka A: „*Ano.*“

Tazatelka: „*Chcete donést knihu s veselejším příběhem?*“

Klientka A: „*Ano.*“

Tazatelka: „*Donesu vám ji, před obědem. Libila se vám tato pomůcka?*“

Klientka A: „*Je to pěkné (odmlka), jako miminka.*“ Ukazuje na tváře.

Tazatelka: „*Děkuji vám, za popovídání, už je čas na oběd, na shledanou.*“

Klientka A: „*Na shledanou.*“

Rozhovor proběhl bez komplikací. Klientka snadno vyměňovala tváře a bubliny na volbu činností. Změny v komunikaci, zde byly pouze ve formě pomlk, poté spíš odpovídala v jednodušších větách. Rozuměla bez komplikací.

## **Příloha č. 1**

### **Rozhovor s klientkou B**

Rozhovor probíhal ve společenské místnosti. Nebylo to tak klidné prostředí, byli zde další dva klienti. Změny v komunikaci jsou zde narušené v chápání.

Tazatelka: „*Dobrý den, já jsem Anna Křivánková.*“

Klientka B: „*Dobrý den, (představila se příjmením).*“

Tazatelka: „*Jsem studentka vysoké školy, popovídáte si se mnou? Potřebuji to do školy.*“

Formulace věty byla náročnější, pro pochopení, ale klientka B, to takto pochopila v pořádku.

Tazatelka: Ukázka znázorňuje princip fungování pomůcky. „*Dnes se mám dobře (přikládám tvář s úsměvem), dala bych si něco sladkého (přikládám obrázek dortu do bubliny).*“

Klientka B: Se směje. „*Já také.*“

Tazatelka: „*Jak se dnes máte?*“ Ruce ukazují na tváře.

Klientka B: Ukazuje na zamračenou tvář. Poté ji přilepí. „*Špatně.*“ Do bubliny s činnostmi, přilepí obrázek s cestou a stromy.

Tazatelka: „*Chtěla byste na vycházku?*“

Klientka B: „*Ano, ať už je pěkně.*“

Tazatelka: „*Až bude hezky, jakou budete mít náladu?*“

Klientka B: Vymění zamračenou tvář, za usměvavou. Třes v rukách zhoršuje manipulaci. „*Dobrou.*“

Tazatelka: „*Děkuji vám za popovídání, na shledanou.*“

Klientka B: „*Na shledanou.*“

Rozhovor probíhal v lehce rušivém prostředí, klientka se ale hlavně soustředila na rozhovor se mnou. Po ukázce a po chvíli pochopila princip pomůcky. Změny v komunikaci, zde jsou narušené ve formě chápání obsahu vět a vyjadřování. V rozhovoru to bylo nepatrné.

## **Příloha č. 3**

### **Rozhovor se zaměstnankyněmi**

Tento rozhovor byl vytvořen s oběma zaměstnankyněmi zároveň, v rozhovoru budou, zmiňovány pod zkratkou: Zam.č.1 a Zam.č.2. Rozhovor byl zaměřen na komunikaci s klienty a užití AAK.

Tazatelka: *„Pracuje se vám dobře s klienty při sociálně – aktivizačních činnostech?“*

Zam. č.1: *„Záleží na počtu, jsou tu klienti, kteří dobře rozumí, také ti, kde už jsou schopnosti porozumění oslabené. Ve většině případů, se na připravené činnosti se klienti těší. Baví je.“*

Zam. č.2: *„Souhlasím, klienti si volí sami program, někdy se skupina sejde, kde jsou klienti v horším stádiu Alzheimerovy choroby, zde je práce s nimi náročnější. Při programu, je důležité, pozornost věnovat všem klientům, s trpělivostí vysvětlovat náplň aktivity, popřípadě, když se promítá film, nebo video o cestování, se zvířaty. Komunikovat v průběhu, o čem, to je, jestli je to pěkné.“*

Tazatelka: *„Jak komunikujete se skupinou klientů u aktivit?“*

Zam. č.2: *„Automaticky mluvím dost nahlas, mluvím pomalu a snažím se artikulovat. Taký oslovuji individuálně klienty jejich jménem. Pokud vypadají klienti zmateně, pokládám otázky, u toho taky ukazují na předměty, pro lepší dorozumění.“*

Zam. č.1: *„Ano, to je to na denním režimu, mluvit nahlas, pomalu a srozumitelně.“*

Tazatelka: *„Používáte při komunikaci s klienty obrázky?“*

Zam. č.1: *„U skupiny, je to těžké, na to nezbyvá čas, naše pozornost musí být u všech klientů.“*

Zam. č.2: *„U tří klientů, když pracuji individuálně, si беру desky s obrázky, tam mám obrázky na různá témata. Tyto klienti, ve většině případů rozumí, ale stěží dokážou odpovědět. Protahují slabiky, slovo začíná chybně, ale pak ho vysloví dobře. Když jsem se ptala na zvíře, které mají rádi. Klient ukázal na psa, ale začínal takto: Koo (pomlka) č (pomlka) pees. Obrázky, v těchto případech velice pomáhají.“*

Tazatelka: *„Přály byste si využívat, při komunikaci více obrázky, či předměty, je to lepší?“*

Zam. č.2: *„Ano, je to lepší, každopádně, to by nás tu musel být dvojnásobný počet zaměstnanců.“*



Zam. č.1: *„Bylo by to lepší, ale chtělo by to pracovat s klienty individuálně a s dostatkem času.“*

Tazatelka: *„Děkuji vám za váš čas a rozhovor.“*

Zam. č.1 a zam. č.2: *„My děkujeme.“*

## **Příloha č. 4**

### **Informovaný souhlas**

#### Informovaný souhlas

pro výzkumný projekt:

období realizace:

řešitelé projektu:

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je:

.....

(autor projektu vysvětlí cíle, popíše předmět výzkumu a výzkumné metody – srozumitelně pro laika). Z účasti na projektu pro Vás vyplývají tyto výhody či

rizika:..... (autor projektu popíše detailní výčet a poučení o všech výhodách a rizicích – srozumitelně pro laika). Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

#### Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a , že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu

## Anotace

Jméno a příjmení:	Anna Křivánková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2023
Název práce:	Změny komunikačního schématu osob seniorského věku se závažnou neurokognitivní poruchou
Název v angličtině:	Changes in communication patterns of elderly people with severe neurocognitive disorders
Anotace práce:	Bakalářská práce je zaměřená na přiblížení změn v komunikačním schématu u osob seniorského věku se závažnou neurokognitivní poruchou. V teoretické části je popsána terminologie stáří, závažných neurokognitivních poruch a jejich dělení, mírná kognitivní porucha, projevy závažných neurokognitivních poruch. Další oblastí je definice Alzheimerovy choroby, její stádia. Je definována komunikace u osob seniorského věku, její změny v komunikačním schématu v důsledku Alzheimerovy choroby, možnosti komunikace s AAK a její terminologické vymezení. Praktická část popisuje efektivitu komunikace s AAK pomůckou u osob seniorského věku s Alzheimerovou chorobou, popisuje přístupy zaměstnankyň u komunikace s klienty s Alzheimerovou chorobou v Alzheimer centru. Dále se snaží zjistit, jak umožnit efektivní komunikaci s AAK při komunikaci zaměstnankyň a klientů Alzheimer centra.
Klíčová slova:	Stáří, závažná neurokognitivní porucha, Alzheimerova choroba, mírná kognitivní porucha, projevy závažných neurokognitivních poruch, specifika komunikace, změny v

	komunikačním schématu, alternativní a augmentativní komunikace
Anotace v angličtině:	The bachelor thesis is focused on the changes in the communication scheme of elderly people with severe neurocognitive disorder. The theoretical part describes the terminology of old age, severe neurocognitive disorders and their division, mild cognitive impairment, manifestations of severe neurocognitive disorders. Another area is the definition of Alzheimer's disease, its stages. Communication in the elderly, its changes in the communication pattern due to Alzheimer's disease, possibilities of communication with AAC and its terminological definition are defined. The practical part describes the effectiveness of communication with AAK aids in elderly persons with Alzheimer's disease, describes the approaches of female employees in communication with clients with Alzheimer's disease in the Alzheimer's center. It also seeks to identify how to enable effective communication with AAK when female staff members communicate with Alzheimer's Center clients.
Klíčová slova v angličtině:	Old age, severe neurocognitive disorder, Alzheimer's disease, mild cognitive impairment, manifestations of severe neurocognitive disorders, specifics of communication, changes in communication scheme, alternative and augmentative communication
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Rozhovor s klientkou A Příloha č. 2: Rozhovor s klientkou B Příloha č. 3: Rozhovor se zaměstnankyní Příloha č. 4: Informovaný souhlas
Rozsah práce:	48 s. + 6 s. příloh
Jazyk práce:	Český jazyk