

Univerzita Palackého v Olomouci



Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

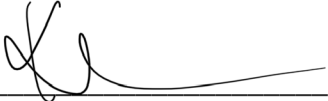
Josefína Kubačáková

Možnosti komunikace se seniory s demencí

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Možnosti komunikace se seniory s demencí vypracovala samostatně za použití uvedených zdrojů, literatury a pramenů. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Olomouci dne 14. 4.2023



Josefina Kubačáková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala svému vedoucímu práce Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za odborné vedení, pomoc a cenné připomínky při zpracování bakalářské práce.

Anotace

| | |
|---------------------------------|--|
| Jméno a Příjmení | Josefina Kubačáková |
| Katedra | Ústav speciálněpedagogických studií |
| Vedoucí práce | Mgr. Oldřich Müller, Ph.D. |
| Název práce | Možnosti komunikace se seniory s demencí |
| Počet stran | 71 |
| Počet titulů použité literatury | 52 |
| Rok obhajoby | 2023 |
| Anotace | <p>Bakalářská práce se zabývá možnostmi komunikace se seniory s demencí. Skládá se z teoretické a praktické části. V teoretické části se věnuje vymezení pojmů stárnutí, stáří, demence a komunikace v obecné rovině a definuje obvyklé komunikační obtíže seniorů se syndromem demence.</p> <p>V praktické části je uvedena kazuistika seniora s demencí a návrh možné komunikační strategie.</p> |
| Klíčová slova | Senior, demence, komunikace |

Annotation

| | |
|-------------------------------------|---|
| Name and Surname | Josefina Kubačáková |
| Department | Department of Special Education Studies |
| Thesis supervisor | Mgr. Oldřich Müller, Ph.D. |
| Thesis title | Possibilities of communication with seniors with dementia. |
| Number of pages | 71 |
| Number of titles of used literature | 52 |
| Year of publication | 2023 |
| Abstract | <p>My Bachelor's thesis purpose is to explore ways of communication with seniors with dementia. It consists of a theoretical and a practical part. The theoretical part is devoted to the definition of the concept of aging, dementia and communication in general. It defines the usual communication difficulties of seniors with dementia. The practical part consists a case study of a senior with dementia. It presents a possible communication strategy.</p> |
| Key words | Senior, Dementia, Communication |

Seznam zkratek

| Zkratka | Význam |
|----------------|--|
| AAK | Augmentativní a alternativní komunikace |
| CMP | Cévní mozková příhoda |
| CNS | Centrální nervový systém |
| DaR | Dorozumívání a ruce |
| DSM | Diagnostický a statistický manuál duševních chorob Americké psychiatrické asociace |
| MKN | Mezinárodní klasifikace nemocí |
| MMSE | Mini Mental State Exam |
| PCS | Picture Communication Symbols |
| ÚZIS | Ústav zdravotnických informací a statistiky |
| WHO | World Health Organization, Světová zdravotnická organizace |

Obsah

| | |
|---|----|
| Anotace | 4 |
| Annotation | 5 |
| Úvod a cíle práce | 9 |
| Teoretická část | 10 |
| 1 Stárnutí, stáří | 10 |
| 1.1 Stárnutí | 10 |
| 1.2 Stáří, sénium | 11 |
| 1.2.1 Chronologické stáří | 12 |
| 1.2.2 Biologické stáří | 12 |
| 1.2.3 Sociální stáří | 13 |
| 1.2.4 Psychické stáří | 13 |
| 1.3 Potřeby seniorů | 13 |
| 2 Demence | 15 |
| 2.1 Příznaky demence | 17 |
| 2.2 Fáze demence | 17 |
| 2.3 Dělení demencí | 18 |
| 2.3.1 Alzheimerova nemoc | 19 |
| 2.3.2 Symptomatické a ostatní demence | 21 |
| 2.4 Potřeby lidí s demencí | 22 |
| 3 Komunikace | 23 |
| 3.1 Vymezení pojmu | 23 |
| 3.2 Struktura komunikace | 23 |
| 3.3 Funkce komunikace | 25 |
| 3.4 Formy komunikace | 25 |
| 3.4.1 Neverbální komunikace | 25 |
| 3.4.2 Verbální komunikace | 27 |
| 3.4.3 Paraverbální komunikace (paralingvistika) | 29 |
| 3.5 Specifika komunikace se seniory s demencí | 29 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.6 | System augmentativní a alternativní komunikace (AAK)..... | 34 |
| 3.6.1 | Výhody a nevýhody AAK | 34 |
| 3.6.2 | Klasifikace metod AAK a jejich charakteristika | 35 |
| 3.6.3 | AAK u seniorů s demencí | 40 |
| | Praktická část | 42 |
| 4 | Metody šetření | 42 |
| 4.1 | Etika výzkumu | 44 |
| 4.2 | Kazuistika | 44 |
| 5 | Shrnutí | 50 |
| 6 | Doporučení pro praxi | 51 |
| | Závěr | 52 |
| | Seznam obrázků | 53 |
| | Seznam příloh | 53 |
| | Seznam literatury | 54 |
| | Seznam internetových zdrojů..... | 57 |
| | Přílohy..... | 62 |

Úvod a cíle práce

Bakalářská práce se zabývá možnostmi komunikace se seniory se syndromem demence. Toto téma je mi velmi blízké a zajímá mě v osobní i budoucí profesní rovině. Chtěla bych se dozvědět o této problematice co nejvíc informací a poté je použít v praxi. Sama jsem se přesvědčila, že lidé se obecně svého stáří obávají a už jen vyslovené slovo demence je stigma.

Z vlastní zkušenosti vím, že mezi lidmi je obecně málo známo, jakým způsobem s člověkem s demencí, ať již v počátečních či pokročilejších stádiích nemoci, komunikovat. Moje babička prodělala před více než dvěma lety cévní mozkovou příhodu. Naučit se s ní komunikovat bylo pro členy rodiny obtížné a trvalo poměrně dlouho se sžít s nastalou situací.

Během školní praxe jsem měla také možnost poznat některé klienty s demencí žijící v Domově se zvláštním režimem Bílsko, o.p.s.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou, kterou tvoří tři kapitoly, čtvrtá kapitola je část praktická.

V teoretické části se zabývám analýzou dostupné odborné literatury v tištěné i elektronické podobě a definováním základních pojmů, které s tématem souvisí, tedy stárnutí, stáří, demence a komunikace v obecné rovině a základní komunikační obtíže seniorů se syndromem demence.

V praktické části je uvedena kazuistika klientky, seniorky se syndromem demence a dále také návrh možné terapie klientky.

Cílem bakalářské práce je prostřednictvím pozorování a polostrukturovaného rozhovoru zjistit schopnost komunikace u seniora s demencí a navrhnout uplatnitelný komunikační model.

Teoretická část

1 Stárnutí, stáří

Každý člověk se dříve či později, minimálně ve svých myšlenkách, začne zabývat tím, co s ním bude, až bude starý, nemohoucí, ev. nemocný či dementní. Každý jednou zestárne, přitom lidé považují své stáří za vzdálenou budoucnost a obvykle začnou mít myšlenky na stáří poté, co někdo z jejich blízkých (většinou rodiče), zestárne a člověk začne řešit péči o ně. Díky rostoucímu počtu seniorů v populaci bylo třeba, aby vyspělé společnosti začaly věnovat více pozornosti problematice stárnutí a stáří. Postupně se rozvíjely různé edukační aktivity seniorů, taková příprava na stáří, jako jeden z nejdůležitějších faktorů pro udržení kvality života, zejména v oblasti mobilizace a udržení intelektových a kognitivních funkcí, k upevnování fyzické a duševní kondice a zachování životní spokojenosti.

1.1 Stárnutí

Stárnutí neboli involuci je třeba vnímat ze dvou úhlů pohledu. První je stárnutí na celospolečenské úrovni a je někdy nazýváno jako stárnutí populace či šedivějící společnost. Je to demografický trend ve vyspělých průmyslových zemích celého světa, kdy v důsledku vyšší životní úrovně a kvalitnější zdravotní a sociální péče se délka života lidí prodlužuje, ale zároveň snižuje se porodnost (Thelenová, 2010; Petřková, Čornavičová, 2004).

Druhý úhel pohledu je pak stárnutí člověka na individuální úrovni. Stárnutí představuje přirozenou součást lidského života a je to přirozený biologický proces ontogeneze člověka, neboť ontogeneze člověka začíná oplozením vajíčka (prenatální fáze ontogeneze) a končí smrtí člověka. Stárnutí tedy probíhá již od početí, ale za skutečné projevy stárnutí považujeme až pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti (Kalvach a kol., 2004).

Hayflick vidí stárnutí „jako jedinou fatální nutnost, která se nikomu nemůže vyhnout a souvisí s trváním objektu (tedy i člověka) v čase“ (Thelenová, 2010, s. 10). Dle Müllera (2013) je stárnutí z biologického hlediska celoživotní proces nezvratných změn, které se projevují postupným omezováním a oslabováním funkcí, chýtráním těla a vznikem různých poruch a onemocnění. Malíková definuje stárnutí jako soubor změn ve struktuře a funkcích organismu, způsobující jeho zvýšenou zranitelnost, dále pokles schopností a

výkonnosti jedince, vrcholící v terminálním stádiu smrti jedince (Vostrý a kol., 2021). Stárnutí se neprojevuje jen na tělesné schránce (tzv. fenotyp stáří), ale mění se i biologické, psychické a sociální charakteristiky člověka. Každý člověk stárne různou rychlostí a s rozdílnými individuálními projevy.

Stárnutí je tedy fáze přirozeného životního cyklu, jehož kvalitu může člověk ovlivnit svým životním stylem a způsobem života.

1.2 Stáří, sénium

Je stáří samota, nemoc, smutek, deprese, nevraživost, sebelítost nebo vyrovnanost, stabilita, moudrost, klid, spokojenost? Co každého z nás čeká, souvisí zejména s tím, jak prožijeme celý svůj aktivní život.

Pojmem stáří se označuje poslední fáze života člověka, která uzavírá lidský život. Projevuje se často postupnou zhoršenou zdatností organismu, úbytkem sil, problémy v motorice, sníženou adaptační schopností, snížením kognitivních funkcí, zdravotními problémy apod. Kvalita života v séniu ale závisí na postoji a přístupu každého z nás a skutečný věk souvisí s úrovní zdatnosti člověka, jeho zdravím, pocitem spokojenosti, vnitřní pohodou a na míře involuce.

Stařecký stav (**fenotyp stáří**), jak uvádí Čevela a kol. (2012), je dán především:

- zákonitou biologickou involucí (do značné míry podmíněnou geneticky, tempo stárnutí je individuální, možné predispozice ke vzniku onemocnění),
- projevy a důsledky úrazů a chorob (náhodný jev),
- životním stylem (výživa, pohyb, mentální aktivita),
- adaptací na involuční a chorobné změny,
- vlivem prostředí (bydlení, finanční zajištění, vzdělání, rodinné zázemí),
- psychickým stavem.

Stáří však není jen o involuci, ale také o zrání osobnosti, o nalezení smyslu života, přijetí proher a zklamání (Ptáčková, 2021).

Dle Petřkové (2004) je stáří realita, která ovlivňuje kvalitu života každého člověka, ale i rozvoj společnosti.

Ondrušová vidí stáří jako životní období, které s sebou nese všechny radosti a smutky, naděje i zklamání, tudíž jej nelze chápat jen jako období úbytku sil a opakovaných ztrát. Každý člověk by měl v tomto procesu nalézt zejména optimistické stránky, neboť kvalita

života ve stáří a jeho smysl záleží právě na našem přístupu a postoji (Vaculíková a kol., 2019).

Nováková (Vostrý a kol., 2021) vidí stáří jako nevyhnutelný proces ve vývoji člověka, nikoli jako nemoc.

Vágnerová zmiňuje, že postoj k vlastnímu stáří je velice individuální záležitost a že člověk by měl přijmout život takový, jaký je (Vostrý a kol., 2021).

V literatuře lze zaznamenat dělení stáří podle různých hledisek. Strukturalizace dle Kalvacha (Vaculíková a kol., 2019) dělí stáří na kalendářní neboli chronologické, biologické, sociální a psychické.

1.2.1 Chronologické stáří

Chronologické neboli kalendářní stáří je vymezeno dosažením určitého věku. Některá literatura uvádí věk 60 let, např. členění stáří např. dle světové zdravotnické organizace (WHO) je následující:

- 60–74 let: rané stáří,
- 75–89 let: vlastní stáří,
- 90 a více let: dlouhověkost.

Některá, zejména novější, literatura uvádí hranici pro stáří 65 let. Např. Čevela a kol. (2012) uvádí následující členění:

- 65–74 let: mladší stáří,
- 75–84 let: staří senioři,
- 85 a více let: velmi staří senioři.

Kalendářní stáří je stanovené z obvyklého průměrného průběhu života (Čevela a kol. 2012). Český statistický úřad v definici indexu stáří uvádí věk 65 let¹.

1.2.2 Biologické stáří

Biologické stáří je viditelné, jsou to projevy involučních změn na těle. Mezi hlavní projevy patří srašťování a ochabování kůže, poruchy termoregulace, úbytek vlasů a jejich šedivění, ochabování a úbytek svaloviny a kostní hmoty a tím související změna postavy, omezení motoriky, snížená mobilita, zhoršení sluchu a zraku, inkontinence aj., kdy se často hovoří o stařeckých změnách postavy a rozvoji tzv. **geriatrické křehkosti**.

¹ Index stáří = poměr počtu obyvatel ve věku 65 a více let k počtu obyvatel ve věku 0–14 let.

V praxi existují případy, kdy se kalendářní věk nemusí nutně shodovat s věkem biologickým. Někteří lidé mohou stárnout rychleji a dříve (progerie) a jiní naopak pomaleji a později (dlouhověkost) oproti běžnému průměru života (Čevela a kol., 2012).

1.2.3 Sociální stáří

Sociální stáří znamená změnu sociálních podmínek většinou v souvislosti s odchodem do důchodu. Senior se dostává do jiné role, do jiných sociálních podmínek (penzionování) a také se mohou měnit jeho ekonomické podmínky. Často lidé ztrácí kontakt s okolím tím, že přestávají chodit do práce, se ztrátou životního partnera či kamarádů. Pokud zdravotní stav dovoluje, senioři se mohou seberealizovat ve vzdělávacích kurzech, univerzitách třetího věku, či být prospěšní rodině, vnoučatům apod. (Čevela a kol., 2012).

1.2.4 Psychické stáří

Psychické stáří, tedy změny v psychické rovině, souvisí s tím, jak se senior vyrovnává s biologickým a sociálním stářím, jak se adaptuje na nové podmínky. V průběhu stárnutí dochází, jak uvádí Thelenová (2010), i ke změnám v nervové soustavě a mozku, které se mohou projevit v oblasti psychické (změna osobnosti) i sociální (změny chování). Opět je nutné konstatovat, že i psychické stáří je hodně individuální a záleží na každém jedinci, jak se ke svému stáří postaví.

1.3 Potřeby seniorů

Každý jedinec je individualita a každý se srovnává s nadcházejícím stářím jiným způsobem. Ale všichni mají tu možnost se připravit, postupně přijmout to, že tělo i mysl se budou měnit. Příprava na stáří je dlouhodobý proces, souvisí s vyspělostí společnosti, s úctou mladých ke starším i s tím, jak senioři jsou schopni a ochotni přijímat pomoc mladých.

Švancara (Vostrý a kol., 2021) ve své publikaci uvádí možnosti optimální adaptace seniora na své stáří tak, aby dokázal prožívat smysluplný a naplněný čas. Tyto zásady nazývá **pět „P“**:

Perspektiva – jde o vztah času a věku, kdy jedinec má výhled do budoucnosti a zároveň i pohled do minulosti.

Pružnost – jedinec rychle a pohotově přijímá nové podněty, přizpůsobuje se jim, mění své životní návyky a rituály a vytváří nové.

Prozíravost – senior si organizuje svůj život přiměřeně dle svých možností a sil, nově si efektivně organizuje čas a život vůbec.

Porozumění pro druhé – senior toleruje odlišné názory a postoje.

Potěšení – jedinec si udrží schopnost nacházet činnosti, které vedou k radosti a vlastnímu uspokojení.

2 Demence

Už samotné slovo demence je pro mnoho zejména starších lidí pojmem zakázaným, pojmem vyvolávajícím paniku, stres, lidé se ho bojí či stydí vyslovit.

Co je to vlastně demence? Vlastní pojem „demence“ je latinského původu a doslova znamená „bez mysli“. Jedná se o poruchu získanou, u které dochází k podstatnému „*snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí (funkcí, které zjišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím, cílené chování)*“ (Jiráková a kol., 2009, str. 11).

Demence je syndrom, tedy se jedná o skupinu symptomů, které se mohou objevovat v různých kombinacích. Tento syndrom je způsobený různými druhy onemocnění, které vznikají v důsledku poškození mozkových neuronů. Dysfunkce nebo smrt těchto neuronů ovlivňují paměť, myšlení a chování člověka (Vališ, 2020). Nejčastější příčinou demence jsou podle Heuke (2017) **neurodegenerativní onemocnění** a vzniká na základě organického poškození CNS.

Podle různých zdrojů vč. MKN je demence syndrom způsobený onemocněním mozku. Demence je důsledkem různých onemocnění či úrazů. Jak uvádí Smolík (1996), jedná se obvykle o chronickou nebo progresivní chorobu, kdy vědomí není ovlivněno². Proto byl záměr WHO přesunout u 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí demence mezi nemoci nervového systému (kapitola 08). Nebyl však přijat a demence tak v rámci klasifikace dle MKN–11 zůstala v kapitole 06 „Duševní poruchy, poruchy chování a neurovývojové poruchy“ (Gaebel a kol., 2018).

V mnoha případech demencí dochází k porušení mnoha kognitivních funkcí, mezi něž patří zejména paměť, myšlení, abstrakce, inteligence, orientace, pozornost, chápání, počítání, schopnost učení se, psychomotorické tempo, řeč a úsudek. Kognitivní funkce se u nemocných zhoršují nad rámec toho, co se běžně očekává jako přirozené biologické stárnutí organismu. Demence zahrnuje i další symptomy, jako například poruchy emotivity, chování, změny nálad, ztráta soběstačnosti a mohou se objevit i psychotické příznaky.

Diagnostický a statistický manuál duševních chorob Americké psychiatrické asociace (DSM – verze V) nově nazývá demenci **závažnou neurokognitivní poruchou** a uvádí, že deficity kognitivních funkcí jsou v jedné a více oblastech (učení a paměť, jazyk, výkonná funkce, komplexní pozornost, percepční funkce, sociální oblast) (Siberski,

² Autor má na mysli kvalitativní úroveň vědomí, tedy uvědomění si sebe sama, prožitky či dané situace.

2012). Jak uvádí dále Bartoš (2022), zásadní podmínkou pro použití termínu demence je **ztráta soběstačnosti u nemocných**. Člověk trpící demencí potřebuje asistenci již u běžně vykonávaných činností, později je plně závislý na pomoci druhého.

11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11), která je v platnosti od ledna 2022, zavádí novou kategorizaci kognitivních syndromů (Bartoš, 2022):

- a) **Pokles kognitivních funkcí související s věkem** – v důsledku přirozeného stárnutí mozku může nastat pokles kognitivních funkcí, zhoršení paměti.
- b) **Subjektivní stížnost na poruchu paměti** – jedinec si stěžuje na poruchu paměti.
- c) **Mírná neurokognitivní porucha** – jedinec si stěžuje na poruchy paměti, osoby blízké toto potvrzují, jedinec má zachovanou soběstačnost v aktivitách denního života.
- d) **Demence – závažná neurokognitivní porucha** – významný pokles paměti, ztráta soběstačnosti v běžných denních aktivitách.

Dle WHO je demence sedmou nejčastější příčinou úmrtí a jednou z hlavních příčin invalidity seniorů.

Na toto onemocnění je třeba se podívat i z jiného úhlu pohledu. V současné době žije na světě zhruba 47 milionů lidí s různými typy. Každý rok přibývá přibližně 7,7 milionů nových případů demence (Vališ, 2020). V 65 letech trpí demencí až 5 % obyvatel. Až 60 % lidí trpících demencí žije v zemích s nízkými či středními příjmy, tedy zemích méně ekonomicky vyspělých. Navíc se stárnutím populace lze dle WHO (2021) předpokládat, že v roce 2030 bude na světě až 78 milionů trpících demencí (v roce 2020 to bylo 55 milionů). Demence tak má velké dopady ekonomické, ale také psychické a sociální, nejen na lidi nemocné demencí, osoby o ně pečující, ale i na společnost jako celek.

V České republice žije dnes kolem 140 000 lidí s nějakou formou demence, z toho je asi 60 % lidí s Alzheimerovou chorobou. S demencí se můžeme setkat u lidí všech věkových kategorií, u starších osob je však častější. Pro představu, jedná se asi o 2 % nemocných nad 65 let, mezi 80–84 lety je to asi 12 % seniorů se syndromem demence, u devadesátiletých 50 % nemocných. (České noviny, 2022).

2.1 Příznaky demence

Jako každá nemoc má i demence své **specifické příznaky**, které se s časem zhoršují. Jak uvádí např. Mátl a kol. (2016), patří mezi ně:

- a) úbytek, později ztráta paměti,
- b) problémy s vykonáváním běžných činností, apraxie³,
- c) problémy s vyjadřováním, poruchy řeči,
- d) časová a místní dezorientace, bloudění,
- e) špatný racionální úsudek,
- f) problémy s abstraktním myšlením,
- g) ukládání věcí na nesprávné místo,
- h) změny nálad a chování, neklid, poruchy emotivity, verbální i fyzická agresivita,
- i) změny osobnosti, halucinace, bludy,
- j) ztráta iniciativy, motivace,
- k) poruchy spánku, posun cyklu spánku a bdění.

Jiráková a kol. (2009) udává tři základní typy příznaků demence a označuje je **A, B, C**. Vostý a Zilcher (Vostrý a kol., 2021) uvádějí navíc ještě kategorii **D**, kdy:

A – je postižení aktivit denního života, porucha soběstačnosti

B – jsou behaviorální a psychologické změny

C – je postižení kognitivních funkcí

D – jsou deprese

2.2 Fáze demence

Projevy demence jsou individuální u každého nemocného. Na začátku je demence těžko rozpoznatelná, většinou dochází k občasnému zapomínání. V konečné fázi však je člověk takto postižený odkázán na pomoc druhých a je ovlivněn celý jeho osobní, sociální a profesní život i jeho kontakt s okolním světem.

Obecně lze rozlišit tři fáze symptomů (Vostrý a kol., 2021):

- a) **Časné stadium** – pozvolný nástup se může snadno přehlédnout a bývá označován jako „skleróza“ či „senilita“. Projevuje se jako zapomětivost, dochází k poruchám

³ Apraxie zn. úpadek naučených motorických funkcí, stereotypů, schopnost užívat běžné nástroje. Není problém v jemné motorice, ale nemocný neví, jak je použít (Vágnerová, 1999).

zejména krátkodobé paměti, kdy postižený hledá věci, mluví o tom samém stále dokola, zapomíná jména členů rodiny. Zapomínání je u lidí trpících některou formou demence častější a tito lidé si ani později nevzpomenou. Nemocný zapomíná běžné činnosti, ukládá věci na nesprávná místa, ztrácí pojem o čase a místě (je možná částečná dezorientace zejména na neznámých místech), není schopen udržet pozornost, poruchy v učení, počítání, řeči (hledá slova, má potíže s pojmenováním věcí kolem, zužuje se slovní zásoba, používá obecné odpovědi namísto konkrétních). Projevují se poruchy v úsudku (chybí logické myšlení a selský rozum) a změny osobnosti (podezíravost, úzkost, deprese, střídání nálad). Člověk je svou zapomětlivostí omezen v denních činnostech, dochází k občasnému selhávání, ale je stále samostatný. Doporučuje se farmakologická léčba, cedulky, návody (Holmerová a kol., 2007).

- b) **Střední stadium** – pokles paměti je vysoký, objevuje se zapomínání na nedávné události, člověk si vybavuje pouze hluboce vštípené nebo velmi dobře známé informace, nastávají potíže s komunikací a poruchy soustředění, změny v chování (blud, halucinace), bloudění na známých místech, neidentifikuje blízké osoby. Samostatnost je omezená, člověk neovládá televizi, rádio. Nemocný potřebuje častý dohled a trvalou pomoc. Doporučuje se smyslová aktivizace.
- c) **Pozdní stadium** – téměř úplná ztráta paměti a intelektu a neschopnost uložit nové informace, dezorientace, nesoběstačnost, potíže s chůzí, s udržením moče a stolice, vážné změny chování, úplná závislost na okolí. Doporučuje se smyslová aktivizace a bazální stimulace.

2.3 Dělení demencí

Demenci můžeme dělit dle několika různých hledisek. Podle příčiny vzniku, dle místa výskytu, zda je reverzibilní či ireverzibilní. Pidrman (2007) dělí demenci podle etiologie na:

- **primárně degenerativní** (Alzheimerova nemoc)
- **sekundární a smíšené demence** – vznikají v důsledku jiné poruchy nebo onemocnění vedoucí k porušení CNS. Může se jednat o demence posttraumatické, vaskulární, metabolické a dále při endokrinních onemocněních, při tumorech, epilepsii, demence při Parkinsonově nemoci, při nádorech CNS a demence při

infekcích (např. demence syfilitická a demence při HIV). Smíšené demence vznikají v důsledku kombinace atroficko–degenerativních demencí a sekundárních demencí.

U Jiráka a kol. (2009) najdeme dělení demencí na atroficko–degenerativní (patří sem Alzheimerova nemoc) a symptomatické (sekundární), kam patří vaskulární demence a ostatní symptomatické demence.

Pro potřeby této bakalářské práce budou blíže klasifikovány pouze nejběžnější demence, které seniory postihují.

2.3.1 Alzheimerova nemoc

Jedná se o nejčastější primární atroficko-degenerativní demenci, která je zapříčiněna degenerativními procesy v mozku, konkrétně v šedé mozkové kůře. Dochází k postupnému snížení počtu nervových buněk a nervových spojů a také dochází k poruše funkce neuronů a patologickému ukládání proteinu beta-amyloidu a k degeneraci tau–proteinu. Důležitou roli zde hraje i apoptóza nervových buněk.⁴

Alzheimerova nemoc tvoří až 70 % případů demencí (WHO, 2021). U tohoto typu dochází k ukládání patologického proteinu amyloidu či tau proteinu v mozku (Heuke, 2017).

Jedná se o závažné progresivní a ireverzibilní neurodegenerativní onemocnění. Charakteristickým rysem nemoci je dle Zvěřové (2017) nenápadný, pozvolný, plíživý, postupný začátek, kdy si prvních příznaků všimá spíše okolí než samotný pacient. Příznaky jsou často přisuzované běžným projevům stárnutí. Nemoc se rozvíjí se v průběhu několika let.

Typickými příznaky jsou poruchy paměti a porucha všípivosti. Jedná se tedy o poruchu krátkodobé paměti, zapamatování si a uchování nových informací. V případě diagnostiky musí být přítomna alespoň jedna další kognitivní porucha, např.:

afázie (ztráta funkce řeči, neschopnost vyjádřit myšlenky prostřednictvím slov),

apraxie (neschopnost provádět motorické aktivity, ačkoli motorické funkce jsou nepoškozené),

agnozie (neschopnost rozpoznat a identifikovat věci při zachovaných senzorických funkcích),

⁴ Apoptóza – geneticky naprogramovaná buněčná smrt, která je uložena v genech každé buňky. (Jiráka a kol., 2009)

narušení výkonných funkcí (plánování, organizování) (Pidrman, 2007).

U nemocných bývá často problém i s orientací, soustředěním, vyjadřováním, zhoršuje se s časem i schopnost vykonávat některé činnosti (sebeobsluha, pohyb apod.).

Příznaky tohoto onemocnění poprvé popsal již v roce 1906 německý psychiatr a neuropatolog Alois Alzheimer, který pracoval jako lékař v psychiatrické léčebně ve Frankfurtu nad Mohanem.

V současné době nelze přesně určit příčinu demencí, ale jsou již definovány rizikové faktory vedoucí k této nemoci. **Rizikovým faktorem** Alzheimerovy nemoci může být zejména věk, rodinné dispozice, životní styl, stres, pohlaví (ženy častěji trpí touto nemocí), nižší vzdělání, úrazy hlavy a další vaskulární onemocnění, deprese, infekční onemocnění (AIDS) apod. Pidrman (2007) pak uvádí také jako možné další příčiny gliomy, metabolické poruchy, různá traumata, působení toxinů, léků či patogenů.

Mezinárodní klasifikace nemocí ((MKN–10), Česká verze, platnost od 1. 1. 2023, (v době dokončování bakalářské práce není k dispozici úplný český překlad nové MKN–11), člení Alzheimerovu chorobu takto:

- Demence u Alzheimerovy nemoci s časným nástupem (G30.0+F00.0*)
- Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním nástupem (G30.1+F00.1*)
- Demence u Alzheimerovy nemoci atypického nebo smíšeného typu (G30.8+F00.2*)
- Demence u Alzheimerovy nemoci NS (non specificata) (G30.9+F00.9*)

Diagnostický statistický manuál Americké psychiatrické společnosti (DMS V) řadí Alzheimerovu nemoc mezi mírnou nebo závažnou neurokognitivní poruchu.

Podle věku nemocného lze rozlišit dva typy Alzheimerovy demence (Dušek a kol, 2015):

- Časná forma: začíná ve věku pod 65 let, má velmi rychlý průběh a vyznačuje se pěti „A“ (afázie, agrafie⁵, alexie⁶, apraxie, agnozie).
- Pozdní forma: začíná ve věku nad 65 let, má pozvolnější průběh a delší trvání.

⁵ Agrafie je neschopnost psát.

⁶ Alexie je částečná nebo úplná neschopnost číst.

Podle podílu dědičnosti na onemocnění dělíme Alzheimerovu demenci (Zvěřová, 2017):

- Familiární forma: pokud se v rodině vyskytla nemoc minimálně ve dvou po sobě jdoucích generacích.
- Sporadická forma: onemocnění bez rodinného výskytu.

2.3.2 Symptomatické a ostatní demence

2.3.2.1 Vaskulární demence

Tento typ demencí vzniká např. dle Jiráka a kol. (2009) poškozením nervové tkáně cévními poruchami. Může se jednat o rozsáhlejší cévní mozkové příhody či více mikroinfarktů, kdy odumře část neprokrvené mozkové tkáně. Často bývá postižena mozková kůra a zhoršení nastává po dalších cévních příhodách, náhle, zhoršování není tedy plynulé. Paměť u postižených je zřetelně zhoršená, myšlení, logika a zpracování informací mohou být zhoršené jen mírně. Postižení mívají často další vaskulární či kardiovaskulární onemocnění (cévní mozková příhoda, ischemické choroby) a mají další rizikové faktory pro vaskulární příhody, např. obezitu, vysoký krevní tlak, vysokou hladinu cholesterolu).

Postižení jsou často emočně labilní, často trpí depresemi a neurastenií (Hauke, 2017).⁷

2.3.2.2 Demence při Parkinsonově nemoci a s Lewyho tělísky

Tyto dva typy demencí jsou onemocnění s různou progresí, které vzniká v důsledku patologického ukládání proteinu presenilinu v mozkové kůře nebo v podkorových oblastech bazálních ganglií, jak uvádí např. Hauke (2017).

Jestliže jsou nejprve postižena bazální ganglia, dochází k postupnému rozvoji Parkinsonovy nemoci, projevující se typickou změnou chůze, třesem a ztuhlostí a nemusí dojít k rozvoji demence. Nemoc se projevuje narušením pozornosti, zrakově - prostorových a paměťových funkcí. Častý je výskyt halucinací. Pokud se demence vyskytuje, jedná se o demenci u Parkinsonovy nemoci. Bez souvislosti s demencí můžeme u parkinsoniků pozorovat výskyt deprese, apatie či úzkosti (Vališ 2020).

Demence s Lewyho tělísky vzniká při postižení mozkové kůry. Je charakterizována značnou fluktuací stavu v krátkém čase. Z kognitivních funkcí je postižena zejména

⁷ Může mít dle různých autorů dva zásadní projevy, buď se projevuje jako chronický únavový syndrom nebo jako duševní unavitelnost, zpomalenost.

pozornost. Častá jsou také přidružená deliria⁸ (Vališ 2020). Nemocný často trpí zrakovými halucinacemi až paranoidními bludy. Problémy s hybností a pády se objevují až v pozdějších fázích onemocnění.

2.3.2.3 Frontotemporální demence

Jedná se o několik onemocnění způsobujících demenci. Nejprve dochází k poruchám chování, často společensky nevhodnému, např. se sexuálním podtextem. Mohou se projevit symptomy jako agresivita, zvýšená iritabilita, agitovanost, poruchy příjmu potravy či projevy nutkavého chování (Vališ, 2020).

2.4 Potřeby lidí s demencí

Jak bylo zmíněno v kapitole 1.3, nastávající senioři by se měli připravit na své stáří tak, aby jej strávili aktivně, ne příliš odlišně od předešlé etapy života, jak jen jim zdravotní stav dovolí.

Starší lidé by také měli přemýšlet, jaké mají možnosti a jak stráví své stáří v případě, že již nebudou aktivní, budou nemocní, nemohoucí a budou potřebovat pomoc. Pokud pomalu přichází syndrom demence, měl by senior, později za pomoci rodinných příslušníků či odborných lékařů či zdravotníků, zvážit své možnosti a sám se rozhodnout, jak prožije podzim života.

Strategie P–PA–IA vybudovaná při České alzheimerovské společnosti pojmenovává a vysvětluje potřeby lidí s demencí (Hauke (2017; Alzheimer, 2015).

- **První fáze „P“** – podpora, pomoc, právní poradenství v době, kdy jsou nemocní ještě soběstační a mohou se rozhodnout, jak prožijí další fáze své nemoci.
- **Druhá fáze „PA“** – programování aktivit – v této fázi již nemocní potřebují nastavení denního režimu, smysluplnou aktivitu. Přestávají být samostatní, hůř se orientují v čase i prostoru, potřebují téměř nepřetržitý dohled a pomoc.
- **Třetí fáze „IA“** – nemocní v této fázi již nejeví zájem o denní aktivity, často mají různé zdravotní problémy, mohou se vyskytnout také poruchy chování. V této fázi již bývá nutná odborná péče lékařů, ošetřovatelů, logopedů apod.

⁸ Jak uvádí MKN-10, „delirium je etiologicky nespecifikovaný organický cerebrální syndrom, charakterizovaný současnými poruchami vědomí a pozornosti, vnímání, myšlení, paměti, psychomotorického chování, emocí a spánkového rytmu. Trvání je různě dlouhé a stupeň těžkosti od lehkého po značně těžký“.

3 Komunikace

Komunikace je základním předpokladem fungování lidské společnosti a jejím prostřednictvím se vytvářejí, udržují i rozvíjí mezilidské vztahy. Komunikace je důležitá sociální potřeba člověka. Jedinec chce být součástí svého okolí, své komunity a má potřebu se dorozumět s ostatními lidmi. Je to schopnost naslouchat tomu druhému, chuť domluvit se a respektovat se vzájemně. Nesmíme opomenout také empatii. Komunikaci tedy nelze vnímat pouze jako rozhovor či strohé sdělování si informací. Schopnost komunikovat je jednou z nejdůležitějších lidských vlastností a je celoživotním učením se každého z nás.

3.1 Vymezení pojmu

Pojem komunikace pochází z latinského slova „communicare“, což v doslovném překladu znamená spojovat, přeneseně dorozumívat se. Dnes komunikaci vnímáme spíše ve smyslu si navzájem něco sdělovat.

3.2 Struktura komunikace

Základním předpokladem v mezilidské komunikaci je navázání kontaktu nejméně dvou lidí. Jedna účastnická strana, označovaná jako **komunikátor**, vysílá nějaké sdělení, signál, myšlenku (**komuniké**), druhá strana, označovaná jako **komunikant**, toto sdělení, signál, přijímá (Plaňava, 2005).

Signály, které vysíláme jako prostředek při navazování komunikace, jsou také označovány jako **iniciativy** (Provazníková, Kalvach, 2016). Cesta, **komunikační kanál**, po které je sdělení vysláno, může mít podobu verbální (rozhovor, dopis apod.) či neverbální (např. zrakový signál). Důležitým pojmem je také **komunikační jazyk**, jako způsob, forma či prostředek k předání zprávy.

Jedním ze základních předpokladů úspěšné komunikace je, že příjemce je schopen a ochoten prostřednictvím svých smyslů zaznamenat iniciativy, porozumět jejímu významu a nějakým způsobem zareagovat. Pomáhá mu přitom znalost kódovacího systému, jeho poznatky a zkušenosti či nezkušenost. Důležitou činností komunikátora je **kódování**, převedení myšlenky do řeči (kódu), které druhý rozumí.

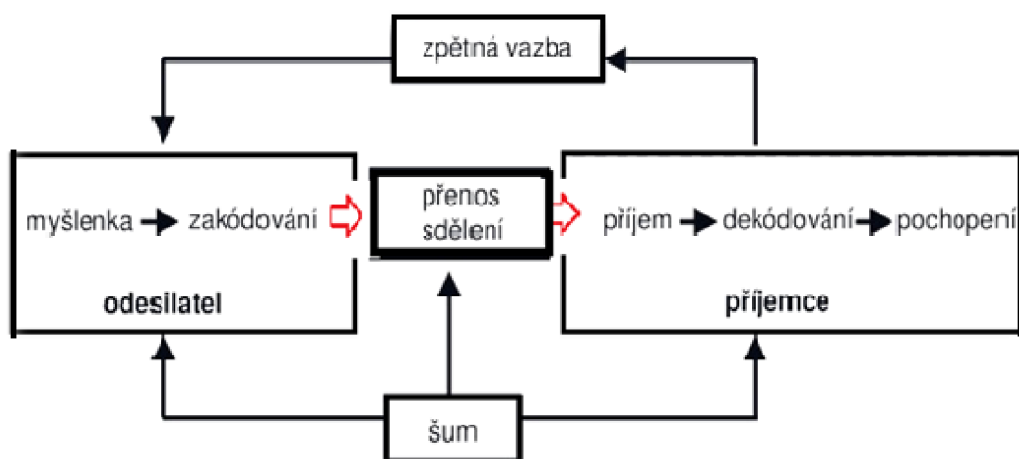
Komunikace tváří v tvář umožňuje získání **zpětné vazby**, tedy reakce komunikujících, v reálném čase i prostoru. Zpětná vazba je v komunikaci nezbytná, protože nejen vypovídá o tom, jestli sdělení chápeme, ale i o postoji ke sdělení (Schneiderová, 2008).

Zpětná vazba od druhých může mít i formu neverbální a na základě tohoto sdělení může komunikátor svou zprávu, iniciativu, upravit, zesílit nebo zeslabit (DeVito, 2008).

Komunikátor a komunikant jsou dvě rozdílné osoby s různými zkušenostmi, názory, dovednostmi a myšlenkami. Tyto rozdíly mohou vést k řadě nedorozumění.

Všechny faktory, které mohou změnit význam či záměr zprávy či její pochopení nebo přijetí jsou nazývány **komunikační šum**. Tento šum působí vesměs škodlivě. Nedá se v komunikaci úplně odstranit, ale lze jej zredukovat. Dle DeVita (2008) máme několik druhů šumu a to:

- fyzický – rušivé faktory, které jsou mimo komunikující, projevují se psychické stavy komunikujících – zvuky, sluneční brýle, nečitelný rukopis,
- fyziologický – bariéry na straně komunikujících – vady řeči, sluchu, výslovnosti,
- psychologický – projevují se psychické problémy komunikanta, např. předpojatost, předjímání myšlenek, emoce,
- sémantický – dialekt, cizí terminologie,



Obr. 1 Komunikační proces (Obst, 2006)

Komunikace je dvousměrný proces, v němž se role sdělujícího a příjemce mění. Probíhá ve dvou rovinách, v rovině obsahové („CO“ říkám) a v rovině vztahové („JAK“ to říkám).

Se všemi doposud uvedenými pojmy velmi úzce souvisí pojmy **řeč a jazyk**.

Klenková (2006, str. 27) definuje **řeč** jako „*vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech jeho formách. Slouží člověku ke sdělování pocitů, myšlenek a přání*“. Řečová komunikace zahrnuje produkci řeči a percepci neboli vnímání řeči.

Jazyk tato autorka na stejném místě definuje jako „*soustavu zvukových a druhotných dorozumivacích prostředků znakové povahy*“.

3.3 Funkce komunikace

Komunikace je prostředek ke vzájemnému dorozumívání mezi lidmi, má své rozdílnosti, ale obecně a lze definovat tyto **základní funkce** (Maštalíř, 2018):

- informovat – předat, oznámit zprávu, získat informace,
- instruovat – navést, naučit,
- přesvědčit – ovlivnit názor, manipulovat, získat na svou stranu,
- vyjednat – vyřešit, dospět k dohodě,
- pobavit – rozveselit, rozptýlit,
- kontaktovat se – užít a prožít si kontakt a mluvení s někým, nazývané také sociální komunikace,
- předvést se – prezentovat se, zalíbit se, zastrašit.

3.4 Formy komunikace

Ve většině dostupné literatury jsou rozlišovány dvě formy komunikace podle použitých prostředků, a to **verbální** (řeč mluvená či psaná) a **neverbální** (postoj, vzdálenost, pohled do očí, mimika, pohlazení, objetí).

U těchto dvou forem komunikace je běžné, že se vzájemně prolínají, doplňují nebo dokonce může jedna druhou zastoupit. Každopádně tvoří neoddělitelný celek.

3.4.1 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je komunikace beze slov, často nazývaná řečí těla a je zcela neopomenutelnou složkou komunikace. Fylogeneticky je starší, existovala dávno před vznikem artikulované řeči. Realizuje se pomocí tělesných projevů člověka, prostorem, barvami, celkovou image nebo jinými projevy. Podle DeVita (2008) je nejčastějším

komunikačním projevem člověka propojení verbální i neverbální komunikace souběžně tak, že se jednotlivá sdělení vzájemně podporují a doplňují.

Nonverbální komunikaci lze jen těžko ovládat vůlí, i když do jisté míry ji lze korigovat (dobré sebeovládání, strojené úsměvy). Schopnost porozumět mimoslovní komunikaci může být výhodou (může být sděleno nevědomky něco, co nemělo být sděleno), ale je třeba dávat pozor na nesprávnou interpretaci neverbálních signálů (Pokorná, 2010).

3.4.1.1 Složky neverbální komunikace

Vizika – tedy řeč očí, vzájemné pohledy, délka očního kontaktu, pohyby očí, počet mrknutí, rozšiřování či zužování zornic aj. Pohledy mohou signalizovat povahu vztahu. Pozitivní vztah je vyjádřen pozorným a vlídným pohledem. Naopak negativní vztah se vyznačuje vyhýbáním nebo odvrácením pohledu (DeVito, 2008).

Mimika – tedy pohyby tváře, zejména úst, nosu, očí, obočí, čela. Jedná se o sdělování převážně vnitřních pocitů. Lidský obličej dokáže vyjádřit tyto primární emoce: štěstí a neštěstí, očekávání a překvapení, jistotu a strach, radost a smutek, klid a rozčilení, zájem a nezájem či odpor a opovržení, spokojenost a nespokojenost (Pokorná, 2010).

Kinezika – tedy pohyby těla jako celku, koordinace a synchronizace pohybů, typ chůze, svalové napětí (Maštalíř 2018).

Gestika – tedy úmyslné pohyby rukou, hlavy, případně i nohou, které mohou dokreslit nebo úplně zastoupit verbální sdělení. Mimo záměrná gesta má každý člověk zafixovaná nějaká svá gesta, které vykonává nevědomky (pokašlávání, posunování brýlí), čímž vyjadřuje a zakrývá rozpaky, nervozitu apod. Každá kultura má svá specifická gesta. Gestika hraje hlavní roli ve znakové řeči.

Haptika – tedy komunikace doteky, a to především podáním ruky, pohlazením, poplácáním. Taktilní (hmatová) stimulace je v sociální interakci důležitým komunikačním prostředkem pro každého člověka. Při nedostatku doteků může člověk trpět haptickou deprivací. Doteky se v procesu pečování stávají důležitými prostředky ošetřování (Pokorná, 2010).

Doteky vyjadřují:

- a) vztah ke druhému člověku, který může být:
 - přátelský (pohlazení, objetí, držení se za ruce, doteky nohou, polibek aj.)
 - nepřátelský (fyzický trest – facka, kopanec aj.),
- b) usměrňují chování jiného člověka – podržení, nasměrování aj.,
- c) jsou součástí etiky – společenské, zdvořilostní či pracovní (např. podání rukou).

Haptika je intenzívně využívána při bazální stimulaci, tedy v komunikaci s jedinci v bezvědomí či mentálně postiženými. Používají se při ní cílené doteky, doprovázené mluveným slovem.

Chronemika – tedy způsob vyjadřování, strukturování a využívání času ve vztahu k druhým lidem. Délkou hovoru s určitým člověkem je vyjádřena ochota či neochota být s tímto člověkem nablízku. Převážně v rámci péče o seniory nabývá tato forma neverbální komunikace na významu, jelikož se zdůrazňuje aspekt zpomalení v důsledku involučních změn (Pokorná, 2010).

Proxemika – tedy řeč vzdáleností, přibližování nebo vzdalování těl komunikujících. Jsou známé čtyři základní prostorové vzdálenosti (Regec a kol., 2012):

intimní (do 30/45 cm, matka – dítě, partneři),

osobní (30/45–75/120 cm, osobní prostor každého člověka, obecně na délku paže),

společenská (75/120–210/370 cm, pracovní a obchodní styk),

veřejná (větší než 370 cm, odstup, učitel, herec).

Posturika – tedy řeč fyzického těla, tzn. držení těla, napětí a uvolnění v těle, polohu rukou, hlavy, jestli se krčíme či stojíme vzpřímeně, nasměrováním těla. Dáváme najevo tímto svůj vztah k druhému, k situaci, k problému. Můžeme pozorovat souvztažnost dvou těl, jak na sebe reagují. Lze také vypořádat, soulad, harmonii, nebo naopak nesoulad, disharmonii mezi komunikujícími.

Komunikace prostřednictvím prostředí a úpravy zevnějšku

Vzhled a prostředí vypovídá o lidech mnohé, umožňuje lidem sebe prezentaci. Na každém člověku lze shledat něco zajímavého, co upoutá pozornost. Je možné zaujmout oblečením, líčením, brýlemi, šperky, barvou oblečení či stěn interiéru apod.

3.4.2 Verbální komunikace

Při verbální komunikaci je využíváno artikulované řeči, může mít mluvenou i písemnou podobu. Význam slov je v komunikaci doplňován prostřednictvím nonverbální komunikace, nelze tedy tato dvě složky od sebe oddělovat (Regec a kol., 2012).

Za základní formy verbální komunikace považujeme:

Rozhovor – běžná verbální komunikace bez cílů, nemá velkou váhu, během rozhovoru si lidé vyměňují role mluvčího a naslouchajícího. Obě role jsou důležité, v obou musí být člověk připraven k aktivitě.

Dialog – vyšší stupeň verbální komunikace, komunikující se snaží dobrat jádra věci (Schneiderová, 2008).

Běžná verbální komunikace má své **zásady**, které je třeba dodržovat, aby byla efektivní (Schneiderová, 2008):

- a) vždy mluví jen jeden, neskákat do řeči,
- b) mluvit stručně,
- c) mluvit věcně a logicky,
- d) používat krátké věty,
- e) mluvit jasně a srozumitelně,
- f) objasňovat na příkladech,
- g) úroveň řeči volit úměrně posluchači,
- h) omezit příkazová a zákazová slova,
- i) omezit výplňková slova a vsuvky,
- j) dýchat, frázovat a intonovat.

3.4.2.1 Dovednosti při verbální komunikaci

Tonarová (neuveďeno) uvádí 4 základní klíčové dovednosti při verbální komunikaci. Jednou z klíčových dovedností u verbální komunikace je **asertivita**. Je to schopnost citlivě prosadit své názory, práva a potřeby, aniž by bylo použito agresivního chování, aniž by byli ostatní manipulováni. Asertivita je považována za hranici mezi pasivitou a agresivitou. Asertivně jednající člověk si váží sám sebe, uvědomuje si svoji hodnotu a umí říkat „ne“ díky tomu, že zná své limity.

Další klíčovou dovedností je úspěšné **řešení konfliktů**. Jedná se o střetnutí nejméně dvou protikladných názorů, cílů. Při řešení se doporučuje najít vhodnou chvíli a místo, zcela přesně popsat situaci, pochopit pohled druhé strany a hledat řešení.

Další dovedností je **umění naslouchat**, tedy jen pozorně naslouchat a být přítomen pro druhého, být mu na blízku, být ochoten věnovat čas a chápat druhého. Nedávat nevyžádané rady.

Nejtěžší klíčovou dovedností dle Tonarové je **úspěšné vyjednávání**. Zde je třeba projevit určitou dávku sebevědomí, jistoty a asertivity.

Pokud je potřeba se při komunikaci něco dozvědět, je nutné se umět ptát. Poslední klíčovou dovedností je tedy **pokládání otázek**. Otázky by měly být připravené a promyšlené, každopádně by neměly začínat slovem „proč“.

3.4.3 Paraverbální komunikace (paralingvistika)

Někteří autoři vidí paraverbální komunikaci jako součást neverbální komunikace, v jiné literatuře je považována za přechod mezi verbálním a nonverbálním projevem, jiní ji odlišují jako třetí složku komunikace.

Paraverbální složka vyjadřuje momentální stav člověka, jeho emoce, stres, psychický stav, znalost či neznalost tématu, osobní postoj k probíranému apod.

Mezi základní projevy paraverbální komunikace dle Schneiderová (2008): patří

- hlasitost řeči,
- výška hlasu,
- zabarvení hlasu,
- intonace, modulace hlasu,
- přízvuk a slovosled,
- rychlost řeči,
- plynulost, frázování,
- správnost výslovnosti,
- vsuvky.

3.5 Specifika komunikace se seniory s demencí

První dojem je nejdůležitější a to nejen v komunikaci se seniorem s demencí. Zvolit ten optimální, správný přístup, formu a gesta. Důležité také je vnitřní naladění, vnitřní světlo, dovednost použít a pracovat se všemi komunikačními složkami, zejména s nonverbálními. Prvním dojmem se začíná budovat celý budoucí vztah mezi dvěma lidmi. Komunikace je základ pro rozpoznávání a uspokojování potřeb seniorů, pro jejich spokojený život, ale také pro spokojenost pečujících osob.

Lidem ve vyšším věku může zůstat zachována komunikační schopnost i slovní zásoba, mohou mít ovšem sníženou schopnost plynulé řeči, zhoršenou pozornost a zhoršenou logickou analýzu. U seniorů ale také mohou být komunikační schopnosti narušeny nebo

omezeny v důsledku onemocnění, úrazu či přirozeným biologickým stárnutím organismu, které se navíc s časem zhoršují.

Komunikace se seniory s demencí má svá specifika a zvláštnosti. Lidé s demencí často přestávají úplně komunikovat verbálně nebo komunikují velice obtížně. Došlo u nich k porušení nebo změně iniciativ. Dalšími zvláštnostmi při komunikaci jsou dezorientace v čase a místě, zapomětливость, narušení krátkodobé a později i dlouhodobé paměti, poruchy pozornosti, narušení abstraktního myšlení a logického uvažování, narušené přijímání a zpracování informací, emoční nestabilita, která může postupně přecházet v pasivitu (Hauke, 2017). Komunikace je náročnější, pečující osobu stojí více úsilí a vyžaduje více energie. Je nutné umět rozšifrovat a porozumět iniciativám člověka s demencí a reagovat na ně (Provazníková, Kalvach, 2016). Pečující osoby by měly být schopné si najít tu správnou cestu k seniorům, k efektivní komunikaci s nimi a vybudování empatického, důvěrného vzájemného vztahu. Důležité je stále zachovávat úctu a respekt k lidem s demencí.

3.5.1.1 Pravidla komunikace

Správná komunikace je základní předpoklad pro navození spolupráce s člověkem s demencí. Nejprve se doporučuje odstranit příčiny, které by mohly komunikaci ztížit, např. horšení smyslů (zrak, sluch) zlepšit je použitím kompenzačních pomůcek (naslouchátko, brýle) (Provazníková, Kalvach, 2016).

Pro oboustrannou komunikaci bývá používán pojem **interakce** Glenner (2012).

Následně jsou formulována **základní pravidla techniky pozitivní interakce** s člověkem s demencí, které by měly být vlastní všem pečujícím osobám, rodinným příslušníkům i profesionálům:

- Klidné prostředí, eliminovat hluk a zvuky, které rozptylují pozornost (televize, hovor jiných lidí, hluk z ulice). Častá je narušená schopnost soustředění.
- Upoutání pozornosti, oslovení jménem, na které je senior zvyklý. Udržovat oční kontakt.
- Pozorovat, jestli senior vnímá, sledovat jeho zpětnou vazbu.
- Podporovat pozitivní sebehodnocení.
- Klid při komunikaci, mít dostatek času, nestresovat, vytyčit si cíl rozhovoru, koncentrovat se, nedohadovat se. Být stále příjemný, klidný, přenos klidu na klienta

- Komunikace odpovídající věku a schopnostem osoby s demencí. Používat jednoduché věty, srozumitelná slova a opakovat je, čímž se usnadní porozumění.
- Zadávání instrukcí co nejstručněji (zvedni nohu).
- Držet se jednoho tématu, princip „tady a teď“, postupovat krok za krokem.
- Pojmenování, slovní doprovod prováděných činností. Pojmenování je důležité pro pečující osobu (zpomalí tempo, naladí se na nemocného), ale zejména pro člověka s demencí (komunikace se stává srozumitelnější). Pojmenovávat lze vše, co oba zúčastnění dělají, vidí, slyší, cítí a myslí si.
- Nepoužívat otázky „proč“.
- Povzbuzovat, pochválit (pozor na infantilizaci), posilovat opakováním, pokud se činnost povede.
- Pokud chtějí radu, poskytnout ji v zájmu seniora.
- Trpělivost a shovívavost – neopravovat, nezervózňovat, zachovávat klid a pohodu.
- Snažit se pochopit chování seniora s demencí, nedělat věci naschvál.
- Dát jasně najevo, že opouštíme místnost.
- Chovat se důstojně a s úctou k osobě s demencí.
- Aktivní použití neverbálních složek komunikace a tím usnadnění porozumění.
- Aktivní naslouchání – zájem o osobu s demencí, oční kontakt, vytvoření bezpečného vztahu a oboustranné důvěry. Naslouchající dává zpětnou vazbu, ať už neverbálně (např. pokyvování) nebo verbálně.

Základní techniky aktivního naslouchání jsou dle Pokorné (2010):

- povzbuzení,
- objasnění,
- oceňování,
- parafrázování,
- zrcadlení emocí,
- shrnutí.

Pečující osoba by měla být empatická a vstoupit si praktiky aktivního naslouchání. Při komunikaci by měla být vždy zachována úcta, respekt a lidská důstojnost.

3.5.1.2 Neefektivní komunikace

Někdo je rozený komunikátor, někdo se musí dlouho učit této dovednosti. Pečující osoby by měly být mistry v tomto oboru. Přesto i pečující osoby jsou jen lidé, avšak profesionálové. Nemělo by se tedy vyskytnout nevhodné chování z titulu „problémový nebo neoblíbený klient“. Někdy se však může vyskytnout **negativní interakce** v podobě:

- **Komunikační manipulace**, kdy seniorovi s demencí pečující osoba vnucuje něco, co nechce, nežádá. Tato osoba pak nucením nebo násilím přijímá něco, co se jí nelíbí.
- **Komunikační deprivace**, kdy senior je přehlížen, je zanedbávána jeho potřeba komunikovat, nechota vyslechnout, pocit frustrace a sociální izolace.
- **Devalvační chování** charakterizované zpochybňováním, verbální i neverbální hrubostí, familiárností, infantilizací, často direktivní jednostrannou komunikací bez zpětné vazby (Metodika práce s cílovou skupinou seniorů, 2021; Pokorná, 2010).

Provazníková a Kalvach (2016) shrnují **neefektivní chování a chyby** v komunikaci se seniorem s demencí následovně:

- a) použití obecné pochvaly („výborně“, „šikulka“),
- b) infantilizace (senior není dítě),
- c) vulgární výrazy,
- d) příkazování, zvyšování hlasu,
- e) vychovávání seniora,
- f) mluvit o někom v jeho přítomnosti ve třetí osobě,
- g) agresivní chování a fyzické násilí,
- h) povyšování se a ukazování rozumové převahy,
- i) manipulace a vnucování názorů,
- j) jednosměrná komunikace bez zpětné vazby.

3.5.1.3 Komunikační obtíže seniorů s demencí

Nebýt schopen verbální komunikace je jedním z nejhorších problémů, které může člověka v životě potkat. S nemocným komunikují profesionálové i rodinný příslušníci, kteří o něj pečují. V souvislosti s komunikačními obtížemi u seniorů se syndromem demence nejčastěji autoři odborných publikací zmiňují o dysartrii, afázii při demenci nebo také o jazykových poruchách u demence. V okamžiku, kdy se člověk není schopný vyjadřovat prostřednictvím slov, bývá ohrožena celá jeho osobnost, což se může projevit i na psychickém rozpoložení člověka.

Afázie – dle různé literatury jedna z nejčastějších a nejproblematictějších poruch komunikace u seniorů s demencí. Bývá definována jako získaná narušená komunikační schopnost, která je způsobena poškozením dominantní hemisféry, často při cévní mozkové příhodě, úrazech mozku či jiných onemocněních mozku.

Základní dělení dle Klenkové (2006):

- afázie motorická, expresivní, Broccova (při poruše Broccova centra – porucha mluvidel, neschopnost mluveného projevu při zachování porozumění řeči),
- afázie senzorická, Wernickova (při poruše Wernickeova centra – porucha příjmu řečových informací, je postižena schopnost porozumění řeči s následnou poruchou mluveného projevu).

Afázie se projevuje řadou **symptomů**, které se mohou kombinovat (Klenková, 2006):

Poruchy plynulosti řeči – neplynulý verbální projev, zachovány mohou být některé automatismy (např. pozdravy a sociální fráze), mluva se skládá jen z izolovaných slov či krátkých vět. Je tedy narušena řečová produkce, ale rozumění je docela dobře zachováno. Plynulost narušují problémy s hledáním vhodných slov a agramatismy (nesprávné užívání gramatických tvarů slov). Tempo řeči bývá značně zpomalené. Někdy může být mluvní projev naopak zrychlený, překotný. Po obsahové stránce může dojít až k produkci tzv. slovního salátu, plynulé produkce řeči bez informační hodnoty.

Člověk špatně užívá nebo vůbec neužívá spojky, zájmena, předložky, pomocná slovesa, což se projeví „telegrafickým“ stylem řeči.

Poruchy porozumění řeči – mají variabilní charakter, narušeno může být porozumění větám, ale i izolovaným slovům.

Poruchy pojmenování (anomie) – projevuje se hledáním adekvátního slova.

Parafázie – jsou různé typy záměn a deformací cílového slova.

- fonemická parafázie – deformovaná slova, významu lze porozumět („papír“ x „tapír“)
- sémantická parafázie – použití významově podobného slova, či opisu
- verbální parafázie – slovní deformaci nelze porozumět („žduchla“ x „židle“).

Perseverace – neboli ulpívání na předchozím podnětu, opakování stejné reakce, např. osoba odpoví na otázku slovem „kniha“ a i na další jiné otázky odpoví stejným slovem „kniha“.

Parafrázie – neschopnost vyjádřit se celou větou.

Dalšími poruchami schopnosti komunikovat u seniorů s demencí mohou být dle stejné literatury:

Dysartrie – tedy porucha motorické realizace řeči, tedy artikulace, z důvodu organického poškození nervové soustavy.

Anartrie – porucha motorických řečových částí způsobující praktickou ztrátu řeči.

Apraxie mluvidel – orální či artikulační apraxie.

3.6 Systém augmentativní a alternativní komunikace (AAK)

V současnosti je často lidem s narušenou komunikační schopností doporučována **augmentativní a alternativní komunikace – AAK** (Vostý a kol., 2021). Jedná se o komunikační metody, které se pokouší dočasně či trvale kompenzovat problémy u osob s postižením řeči, jazyka a psaní a slouží tak jako náhrada či doplnění mluvené či psané komunikace. Je to často kombinace různých komunikačních metod. Augmentativní systémy se užívají k rozšíření existujících komunikačních schopností. Alternativní systémy se používají jako náhrada mluvené řeči a plně ji nahrazují.

Výběr komunikačního systému je vždy individuální, s ohledem na možnosti a schopnosti jedince.

3.6.1 Výhody a nevýhody AAK

Maštalíř a Pastieriková (2018) udávají, že implementace AAK systémů komunikace přináší řadu **výhod**, jako např.:

- rozšiřování komunikačních možností,
- rozvoj osobnosti,
- snížení pasivity,
- zapojování do vzdělávacích a volnočasových aktivit,
- rozvoj kognitivních (zejména řečových) funkcí,
- možnost samostatně se rozhodnout a vyjádřit,
- umožnění aktivně se dorozumívat.

Samozřejmě i tako metoda přináší řadu **nevýhod**, bariér a komplikací při zavádění a následném používání. Jsou to zejména dle Maštalíře (2018):

- využitelnost je nižší než mluvená řeč,
- upoutávání pozornosti okolí,
- delší čas nácviku,
- limitovaný výběr komunikantů,
- finanční náročnost na pořízení (PC, tablet, software),
- zvýšené nároky na pečující osoby (osvojit si metody a naučit je používat jedince s narušenou komunikační schopností).

3.6.2 Klasifikace metod AAK a jejich charakteristika

Tyto komunikační systémy mohou být dle způsobu přenosu informace **dynamické** (kam patří např. cílené pohledy očí, mimiku, zahrnují také gesta a znaky, prstovou abecedu, znakovou řeč pro neslyšící, DaR) nebo **statické** (sem se řadí 2D nebo 3D forma, systém grafických symbolů PCS – Picture Communication Symbols, systém Bliss a piktogramy – obrázkový systém).

AAK systémy se dále dělí na **metody bez pomůcek**, kde se využívá zejména prostředků neverbální komunikace a **systémy s pomůckami**, kde využívají různé obrázky, fotografie, předměty, knihy a počítačové programy.

3.6.2.1 AAK prostředky bez pomůcek

Nejucelenější přehled těchto AAK uvádí Maštalíř (2018):

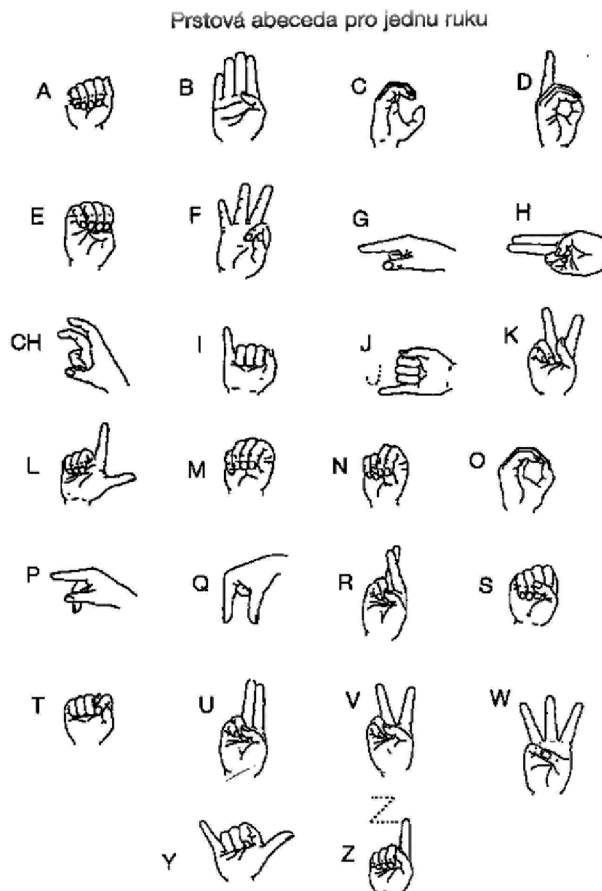
- a) **Orální řeč** – lze se dorozumívat pouze pomocí jednoslabičných či dvojslabičných slov, které znají oba komunikující a znějí podobně jako běžné slovo („*ham*“), či použití jedné hlásky či nového slova s jiným komunikačním významem („*á*“= chci jíst).
- b) **Znakový jazyk** – přirozený a plnohodnotný komunikační systém, který je tvořený specifickými vizuálně-motorickými prostředky, tzn. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Využívají ho neslyšící, ale mohou i lidé s poruchou komunikace.

- c) **Znak do řeči** – jednodušší než znakový jazyk, využívají se gesta, která kopírují danou činnost či slovo. Je to otevřený systém, který se doplňuje o individuální potřeby jedince. Je přirozenější, spontánní.

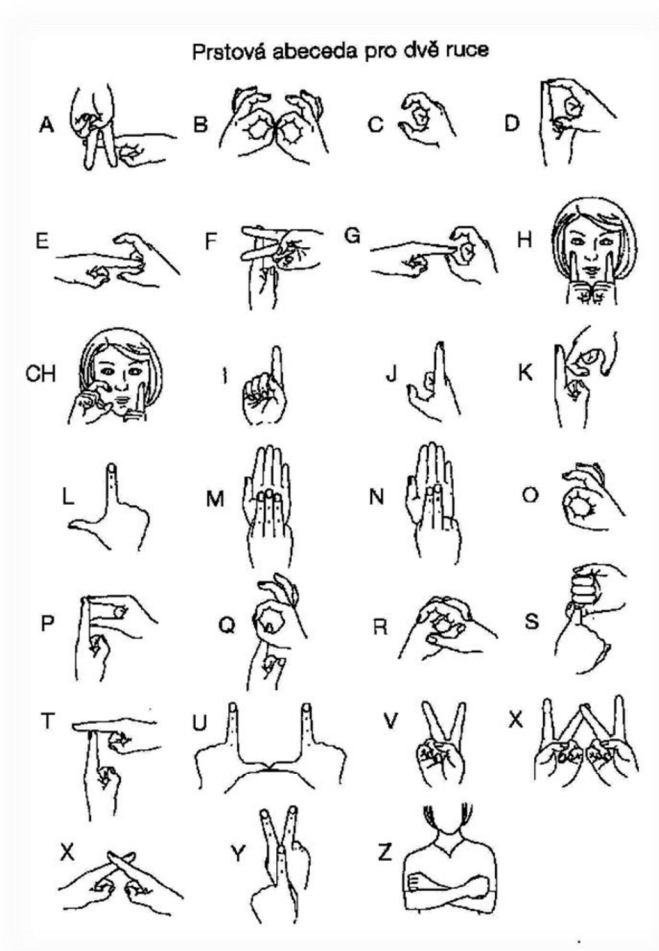


Obr. 2 Znak do řeči – pták (Maštaliř, 2018):

- d) **Prstová abeceda** – systém znaků pro jednu nebo obě ruce.



Obr. 3 Prstová abeceda pro jednu ruku (Lorm, nedatováno)



Obr. 4 Prstová abeceda pro dvě ruce (Lorm, nedatováno)

- e) **DaR** – stimulační jazykový program pro slyšící osoby, který využívá manuální znaky spolu s mluvenou řečí. Název tvoří první písmena slov DOROZUMÍVÁNÍ a RUCE a vyjadřuje tak symboliku DaRu znakování. Znaky DaR jsou upraveny tak, aby byly dobře rozpoznatelné. Program obsahuje celkem 363 znaků, k nimž je přiřazeno 423 slov (SPC, nedatováno).

3.6.2.2 AAK prostředky s pomůckami netechnickými

Tyto pomůcky v podobě grafických vyobrazení (fotografie, piktogramy) využívá postižený jedinec i pečující osoba. Při použití je třeba přizpůsobit úroveň symbolizace úrovni jedince.

- f) **Zmenšeniny reálných předmětů** – 3D symboly, zmenšeniny, makety, hračky, obtížně zastupují abstraktní pojmy a mohou zkreslovat pojmenování (Maštaliř, Pastieriková, 2018).



Obr. 5 Myš – reálný předmět, hračka (KOČÁRKY NEC, nedatováno)

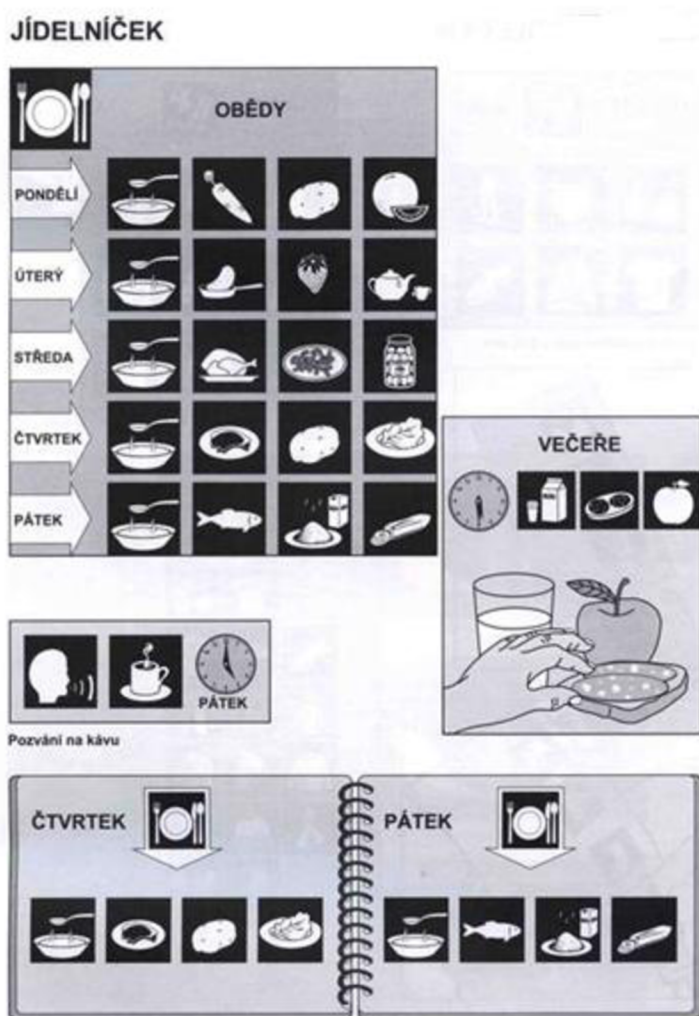
Fotografie – u osob s demencí má využití fotografií zásadní význam, neboť zobrazují lidi, předměty a zážitky, které jedinci pomohou se zorientovat v osobách a vztazích. Jsou realistické a obvykle se s nimi začíná. Vostrý a kol. (2021) zmiňují použití mj. starých fotografií při reminiscenční terapii. Při této terapii se využívá vybavování si starých vzpomínek, vzhledem k narušené krátkodobé paměti v důsledku demence.



Obr. 6 Fotografie – myš domácí (ZOOO.cz)

Piktogramy – jsou velice zjednodušená zobrazení předmětů, činností a vlastností. Mohou se řadit jako obrázky za sebou nebo na ně může osoba pouze ukazovat. Používají se se tehdy, kdy jedinec není schopen dekódovat písmo. Senior může prostřednictvím piktogramů sdělit své potřeby, pocity, přání, ale i aktivně zapojit do konverzace

(Maštalíř, Pastieriková, 2018). Tento způsob komunikace je srozumitelný pro všechny. Jedná se o cca 700 černobílých obrázků. V současné době asi nejznámější sadou piktogramů je **ŘEČ OBRÁZKŮ** (Libuše Kubová, nakladatelství PARTA, s.r.o.), kde jsou jednotlivé tematické celky, jak např.:



Obr. 7 Piktogramy – Řeč obrázků, jídelníček (Kubová, nakladatelství PARTA, s.r.o.)



Obr. 8 Piktogram – myš domácí (MH Trade Network)

3.6.2.3 AAK prostředky s pomůckami technickými

Do této skupiny AAK se řadí veškeré pomůcky, zařízení a speciální programy. S rozvojem počítačové techniky se i tyto pomůcky mezi postiženými dostávají stále větší oblibě a využití. Maštaliř, Pastieriková (2018) uvádí zejména tyto:

Speciální klávesnice – větší klávesy, barevné odlišení apod.

Polohovací zařízení – upravené pomůcky, díky kterým může postižený jedinec ovládat počítač sám (speciální myš, joystick apod.).

Spínače, adaptéry – jednoduchá zařízení připojená k počítači, plnící různé funkce (nahrazují touchpad, aktivují spárované zařízení, např. TV apod.).

Komunikátory – elektronická zařízení pro podporu komunikačních dovedností s hlasovým výstupem, který je přednastavený a po aktivaci tlačítka dojde k jeho přehrání.

Softwar – programy se schopností okamžitého hlasového výstupu v reálném čase, např. program GRID 3 nebo komunikační softwar Altík olomoucké společnosti PETIT HW-SW, který pracuje s piktogramy.

3.6.3 **AAK u seniorů s demencí**

Systém AAK u seniorů s demencí se zaměřuje především na udržení stávajících schopností člověka. Slouží ke znovuzapojení do aktivního života, usnadňuje komunikaci postiženému i rodinným příslušníkům, pečujícím osobám a ostatním profesionálům, snižuje frustraci nemocného z toho, že není okolím pochopen, že se nemůže dorozumět a nemá plnohodnotný život. Důležité je, aby způsob alternativní komunikace byl co

nejpřirozenější. U použití každé metody AAK platí, že je nutné stále zjišťovat a ověřovat, že postižená osoba rozumí a chápe, co daný symbol znamená. Asi nejčastěji používané prostředky AAK u seniorů s demencí jsou fotografie, piktogramy a symboly PCS ⁹. Prostředky technické povahy má senior při syndromu demence obvykle problém použít.

⁹ Picture Communication Symbols

Praktická část

Praktická část této bakalářské práce si klade za cíl popsat a analyzovat případ osoby seniorského věku s diagnózou demence v kontextu využitelnosti možných komunikačních strategií.

4 Metody šetření

V praktické části bakalářské práce byly využity tři metody šetření, a to kazuistika, pozorování a rozhovor. Ke sběru dat potřebných k vypracování kazuistiky bylo použito metod pozorování a přirozeně vedeného polostrukturovaného rozhovoru.

Případová studie neboli **kazuistika** (z latinského „casus“ – případ) je způsob práce s případem, kdy jsou přehledně, podle předem daného schématu, uspořádána všechna fakta, která jsou o případu známa a následně jsou analyzována. Jedná se o standardní metodu, která umožňuje postihnout souvislosti ne zcela zjevné na první pohled (Hadj Moussová, 2005).

Polořízený rozhovor je nejvhodnější formou získávání informací od klienta, protože byly vytyčeny základní oblasti, ve kterých je třeba získat informace, není však příliš zasahováno do volné výpovědi respondentů. Tento typ rozhovoru umožňuje větší volnost a pružnost při získávání informací (Hendl, 2016). Je možné se tak dozvědět i to, na co otázka nesměřovala. Je třeba předem promyslet okruhy témat, které jsou sledovány. Během rozhovoru mohou být pokládány další doplňující otázky, které vyvstanou v průběhu rozhovoru. Z rozhovoru by měly být pořízeny poznámky, doslovně zapsané odpovědi či pořízen zvukový záznam.

Při **pozorování** je možné také kromě odpovědi klienta sledovat vzhled, verbální a neverbální projev, sociální chování, vztahy k jiným lidem, vztah k sobě a projevy emocí apod.

Praktická část byla vykonána v domácím prostředí seniorky. Informace o pacientce byly získány od pečujících osob (rodina), z lékařských zpráv, část dat byla získána i od samotné seniorky. Při rozhovoru byla přítomna seniorka, její dcera a vnučka, tedy autorka bakalářské práce v roli tazatele. Výhodou bylo, že autorka dochází se seniorkou do styku poměrně často, takže lze praktikovat pozorování kdykoli. Byly dodržovány

nutné podmínky k rozhovoru – pohoda, klid, žádné rušivé elementy. Při rozhovoru byly pokládány připravené okruhy dotazů k polostrukturovanému rozhovoru (příloha č. 1).

K doplnění kazuistiky mohou být použity různé běžné testy.

Pro **posouzení soběstačnosti** pacientů s demencí lze použít např. škálu podle Katze. Pomocí nich lze zhodnotit soběstačnost v základních sebeobslužných aktivitách denního života.

Základní sebeobslužné aktivity podle Katze:

- a) koupání,
- b) používání toalety,
- c) ulehání, vstávání,
- d) stravování,
- e) oblékání,
- f) kontrola vyprazdňování močového měchýře a střev.

Hodnocení testu: maximálně 6 bodů, čím menší skóre, tím nižší soběstačnost (Holmerová, 2007).

K posouzení **funkčního stavu** lze použít dotazník soběstačnosti **DAD-CZ**. Jedná se o dotazník, který postihuje jak základní tak instrumentální aktivity, a proto je vhodný pro všechna stadia různých demencí, především Alzheimerovy nemoci. Funkční stav je rovněž rozhodující pro posouzení nutnosti péče o pacienta, aby bylo možné odhadnout zátěž pečovatele během péče. Porušení soběstačnosti je prvek, který navíc silně negativně ovlivňuje kvalitu života pacientů samotných. Zlepšení či zhoršení funkčního stavu je i indikátorem úspěšnosti léčby, nebo naopak progresu choroby (Bartoš, ABADECO, 2022).

Test sloužící k **hodnocení stavu kognitivních funkcí** a včasného záchytu demence je např. krátký test **MMSE**. Skládá se z 30 otázek a úkolů, které testují orientaci pacienta v čase a prostoru, vybavnosti paměti, čtení a psaní, konstrukčně-praktické dovednosti a další. Každá správná odpověď znamená jeden bod. Člověk s normální úrovní kognitivních funkcí by měl dosáhnout 30 bodů, u seniorů nad 75 let se bodové skóre průměrně pohybuje okolo 27 – 28 bodů. Za abnormální se považuje skóre 24 a méně bodů (Kozáková a kol. 2012). Hranicí mezi normálním stárnutím a mírnou kognitivní

poruchou je 26 – 28 bodů, hranicí mezi mírnou kognitivní poruchou a demencí je 23 – 26 bodů.

4.1 Etika výzkumu

Před zahájením rozhovoru byli všichni zúčastnění seznámeni s tématem bakalářské práce a jejich účast na výzkumu byla zcela dobrovolná. K tomu, aby byla etika výzkumu dodržena, je nutné, dle Hendla (2016), sepsat před zahájením rozhovorů tzv. informovaný souhlas. Tento informovaný souhlas všichni podepsali a dostali svou kopii. Formulář je v příloze č. 5.

4.2 Kazuistika

Žena M., nar. 1944

Osobní anamnéza

Klientce je 78 let. Narodila se Brně, dětství prožila v malé vesnici Moravské Prusy v blízkosti menšího města Vyškova, kde žije celý svůj dospělý život poté, co se provdala. Vystudovala vysokou školu pedagogického směru, celý život pracovala na základní škole jako učitelka, kde vyučovala češtinu a dějepis. Ve starobním důchodu je již 22 let. Je vdaná, má dvě dcery a dvě vnučky. Žije s manželem a jednou z dcer v rodinném domě. S manželem sdílí společnou domácnost.

Paní M. celý život ráda četla a sledovala naučné filmy. Ráda cestovala. Spolu s manželem navštívila některé evropské i mimoevropské země. Technicky nikdy nebyla zdatná, vždy ji dělalo problém obsluhovat telefon i běžné domácí spotřebiče. Počítač se nikdy nenaučila používat. Nebyla nijak zvlášť společenská, neměla moc přátel, nikdy nesportovala a nezajímala se příliš o kulturní dění. Nikdy nekouřila a alkohol požívala příležitostně.

Od mládí trpěla na migrény a časté bolesti hlavy. V době před CMP byla paní M. léčena na chronickou ischemickou chorobou srdeční (ve svých 42 letech prodělala infarkt myokardu), diabetes mellitus 2. typu a diabetickou neuropatií, vč. problémů s diabetickou nohou, hypertenzí a chronickou renální insuficiencí.

V létě 2020 prodělala CMP, během hospitalizace pak několik infarktů myokardu. Trpěla afázií a hemiparézou pravé poloviny těla. Po hospitalizaci a následné rehabilitaci se vrátila po čtyřech měsících do domácí péče.

Nyní je u paní M. diagnostikována ještě středně těžká až těžká vaskulární demence, trpí fatickou poruchou a vlivem CMP lehkou pravostrannou hemiparézou. Trpí lehkou depresí. Kvůli apraxii a povislému koutku úst nemůže nasadit částečnou zubní protézu.

Rodinná anamnéza

Paní M. je první ze čtyř dětí Ireny a Josefa. Rodina žila v Moravských Prusích. Otec Josef měl maturitu, ale pracoval jako dělník v továrně kvůli komunistickým represím. Rád pracoval na zahradě, byl vášnivým chovatelem různého zvířectva. Zemřel na infarkt myokardu ve svých 62 letech. Matka Irena se starala o děti a domácnost, občas vypomáhala v obchodě. Posledních 10 let života strávila v domově pro seniory, zemřela ve svých 89 letech. Paní M. měla tři mladší sourozence. Bratr Jan, 74 let, voják z povolání, nyní ve starobním důchodu, trpí Alzheimerovou nemocí. Bratr Josef, učitel, zemřel na CMP ve svých 53 letech, sestra Irena, 64 let, zemědělská inženýrka, nyní ve starobním důchodu.

Manžel paní M., strojní inženýr, podnikatel, nyní ve starobním důchodu, neurologické a kožní problémy, kardiostimulátor, demence v počátečním stadiu, jedna z pečujících osob.

Starší dcera, 56, VŠ, časté migrény, neurologické problémy. Vnučka, 30, VŠ, veterinární lékařka, časté migrény.

Mladší dcera, 51, VŠ, neurologické problémy, asthma bronchiale, jedna z pečujících osob. Vnučka 23, studující VŠ, časté migrény.

Situační analýza:

Paní M. žije v domácím prostředí spolu s manželem, v domě žije také jedna z dcer. Časově je mírně dezorientovaná, čas hlídá na hodinách, prostorově je orientovaná, mimo domov je dezorientovaná, zmatená. Paní se pohybuje na krátké vzdálenosti bez pomoci, se zastávkami u nábytku, na delší vzdálenosti potřebuje pomoc pečující osoby. Schody zvládá s dopomocí. Bylo pořízeno chodítko, se kterým se nenaučila doposud zacházet. Chůze je pomalá, na přesun potřebuje dostatek času. Vydrží sedět i ležet. Z postele vstává sama. Paní špatně, přerušovaně spí. Při přepravě k lékaři je používáno osobní auto.

Jídlo chystají pečující osoby, nají se sama, lžící. Nůž nezvládá použít. Preferuje tekutější stravu kvůli problémům se zuby. Chrup má vlastní, ale vzhledem k hemiparéze dominantní pravé ruky se projevují problémy při čištění. Stravuje se pravidelně, snídaně

a večere připravuje manžel paní M. Obědy jsou objednané u poskytovatele těchto služeb a dováženy každý den ráno. O víkendech připravuje obědy dcera. Paní bez problémů dodržuje pitný režim, pije minerálku a coca-colu. Vyprazdňování je pravidelné, stolice řidší.

V oblasti oblékání a osobní hygieny je částečně soběstačná, s asistencí se přemísťuje do vany, sprchuje a čistí zuby, umývá a češe vlasy. Se slovní pomocí si sama obléká připravené oděvy a obouvá boty. Sama není schopna vyhodnotit, co si má obléci. Čas od času si udělá radost tím, že si nasadí zlaté prsteny. Ráda také používá oblíbený parfém. Užívané léky do týdenního zásobníku dle rozpisu chystá pečující osoba, je nutné ji na pravidelné užívání léků upozorňovat. Paní M. musí být 3x denně aplikován inzulin pečujícími osobami. Ti také zajišťují měření hladiny glukózy v krvi. Není schopna sebeobsluhy.

Komunikaci ráda navazuje, zejména s lidmi, které zná. Na otázky má překotnou snahu reagovat, odpověď většinou nedává smysl. Někdy nechce spolupracovat. Vyjadřování je velmi obtížné a strohé, artikulace je špatná. Často používá neologismy, řečové automatismy a parafázi a echolálii.

Nejpřesnější metoda zjišťování funkčního stavu a zachované soběstačnosti je samozřejmě dlouhodobé pozorování v přirozeném prostředí nemocného. Toto má autorka práce možnost provádět pravidelně, ale ještě bylo pozorování potvrzeno DAD-CZ dotazníkem (příloha č. 2), kdy výsledek dotazníku byl 39,4 %, což je podprůměrně zachovaná míra soběstačnosti. V rychlém testu posouzení soběstačnosti podle Katze je paní schopna dvou denních aktivit z šesti uváděných.

U paní byl proveden také test MMSE (příloha č. 3), tedy krátký test sloužící k hodnocení stavu kognitivních funkcí a včasného záchytu demence. U paní M. bylo dosaženo 20 bodů z 30 možných, což potvrzuje demenci.

Seniorka potřebuje nepřetržitý dohled a asistenci v běžných denních činnostech. Provedené testy také prokázaly diagnostikovanou demenci. U paní M. se projevuje syndrom geriatrické křehkosti.

Kompenzační pomůcky:

Dům byl po její CMP uzpůsoben, byly odstraněny koberce, prahy u dveří, jinak je rozestavěný nábytek. V koupelně je ve vaně sedátko a protiskluzná podložka, u postele stojí mikčnická židle, kterou paní využívá v noci. Během dne paní M. obvykle zvládá použít

WC. Když je nachlazená, používá inkontinenční pomůcky. Paní M. používá brýle s multifokálními čočkami, slyší dobře.

Terapie již zavedená:

Paní M. vyžaduje dodržování časového denního harmonogramu, v opačném případě je zmatená, nespokojená, nevrhá až agresivní.

Jednou týdně dochází na fyzioterapii.

Dvakrát týdně dochází do domu klinická logopedka.

Občas ji navštíví někdo z příbuzenstva.

Paní si nechává kupovat časopisy, které ráda četla, nyní se o to také snaží. Hodně času tráví před televizní obrazovkou.

Telefon se sama bojí použít, pokud s pečující osobou telefonují s kamerou, je v pohodě a spokojená.

Žádné jiné osobní aktivity nemá.

V rámci péče o domácnost nevykonává žádné činnosti, nenakupuje, nevaří ani nevykonává žádné běžné domácí práce. Z domácích spotřebičů je schopna použít pouze mikrovlnnou troubu, zapne ji pomocí umístěných lístečků a nápisů popisovačem na mikrovlnné troubě.

Plán terapie:

S paní M. i po téměř třech letech po CMP je stále třeba pracovat. Rodina zajistila spoustu aktivit, přesto jim budou některé další doporučeny.

Na základě pozorování a rozhovoru s paní M. a rodinou bude vytvořen rehabilitační plán a navržena možná komunikační strategie, zaměřené na podporu běžných denních aktivit, podporu kognitivních funkcí, pohybové aktivity a v neposlední řadě podpora stávajících funkcí na udržení co největší míry soběstačnosti, tak, aby ji bavily a byly co nejpřirozenější. Individuální forma terapie je zvolena z toho důvodu, že paní M. žije v úzkém kruhu rodinném a ve společnosti cizích lidí se necítí dobře. Z rozhovoru vyplynulo, že se stydí za svůj současný stav.

Pečující osoby (rodina i docházející odborníci) by měli dodržovat **obecné zásady efektivní komunikace**, aktivního naslouchání, tedy zejména:

- Dát najevo příchod a odchod z místnosti. Slyší dobře, přesto se často lekne.
- Při komunikaci zajistit klidné prostředí, vypnout TV, nesmí mluvit víc lidí najednou. Paní má silně narušenou schopnost soustředění. Velmi často sleduje více psa než pečující osobu.

- Na komunikaci si vyčlenit dostatek času, být klidný. Pokud tomu tak není, paní M. nespolečně pracuje a stáhne se.
- Upoutání pozornosti oslovením, paní preferuje oslovení křestním jménem, či „mamí“ a „babi“.
- Je třeba udržovat oční kontakt, pokud se díváme jinam, paní M. ztrácí soustředění.
- Podporovat pozitivní sebehodnocení, pokud se něco povede, ale přehnaně nechválit.
- Při rozhovoru používat jednoduché věty, srozumitelná slova a opakovat je, přesvědčit se, že rozumí.
- Zadávat instrukce co nejstručněji a vždy jen jednu, postupovat krok za krokem.
- Pojmenovávat vše, co se dělá, co kdo vidí, slyší, zrcadlit emoce.
- Zachovávat trpělivost a shovívavost – neopravovat, neznervózňovat.
- Aktivně používat neverbálních složek komunikace, mimiku, gestiku, haptiku.
- Aktivně naslouchat.

Návrh intervence:

- 1) Pokračovat v logopedické intervenci, nácvik správného dýchání, nácvik psaní a čtení, používání obrázků a piktogramů k upevnování slovní zásoby. Zajistit rehabilitaci kognitivních funkcí (doplňovací cvičení, sudoku, křížovky). Kognitivní trénink zařazovat denně formou různých pracovních listů, povídáním si na dané téma, čtením textu a zopakováním přečteného. Návrh pracovního listu je v příloze č. 4.
- 2) Doporučuji intenzivní nácvik některých běžných domácích činností, začít jednoduššími, např. zaléváním květin, či utíráním prachu na nábytku. Paní si nevěří a občas něco z pravé ruky upustí.
- 3) Kromě cvičení s fyzioterapeutkou doporučuji denně zapojit jemnou a hrubou motoriku na horních končetinách (loupání ořechů, brambor, hrachu, mačkání míčku), chodit na krátké procházky s doprovodem. Vhodné je třeba také zařadit přetahování se o lano se psem, házení míčku, to v rámci canisterapie.
- 4) V rámci aktivizačních činností lze využít reminiscenční terapii. Jedná se o cílenou a systematickou práci se vzpomínkami. Cílem této terapie je zlepšení kvality života za pomoci vyvolávání příjemných vzpomínek, v případě paní M. individuálně, nikoli skupinově. Základním tématem rodiny jsou vnučky a psi. Rodina na můj návrh nechala zhotovit z fotografií různé bytové doplňky (ložní povlečení, deku, peřinku) a hrací kostky s tématy, které mohou být využívány k rozhovorům a vzpomínání

(příloha č. 6). Další možná témata jsou dovolené paní M. Byl navržen a bude realizován kufřík s upomínkovými předměty (paní si z každé destinace přivezla náprstek) a pohlednicemi. Zde se otevírá další možnost konverzace nejen na zeměpisná témata. Dětství a mládí paní M. by mohlo být realizováno prostřednictvím vzpomínkové knihy, kde budou fotografie a novinové články z určitých období života, ty budou tvořit osu knížky a paní M. bude vzpomínat a třeba i psát a kreslit, co se jí zrovna k tomuto datu vybaví, může také identifikovat to, co není ještě v jejím životě uzavřené či dokončené.

Vzpomínání v seniorském věku obecně pomáhá v uvědomění si vlastní hodnoty v okamžicích, kdy už nejde dělat činnosti tak jako dřív. I když už něco nezvládnou, stále jsem to já, ten stejný člověk, který se v životě neztratil a spoustu věcí dokázal. Díky vzpomínání lze životní role připomenout a přenést je do přítomnosti (Señorina, nedatováno). Pro znovu vybavení již dávno zapomenutých vzpomínek lze využít tzv. „reminiscenční stimuly“, což je cokoliv, co člověku připomene něco z jeho minulosti. Většina stimulů se zaměřuje na některý ze smyslů. Při vzpomínání se také uvolní emoce, účastníci se mohou zasmát či si společně poplákat.

- 5) Další možná terapie, kterou již rodina praktikuje, je zooterapie, konkrétně canisterapie, tedy léčení prostřednictvím psů. V rodině je několik psů, trvale žije v domě 8-letá fenka rhodézského ridgebacka. Ta na paní M. působí velice pozitivně až léčebně, vždy se raduje z její přítomnosti, a kromě snížení stresu a napětí, také působí přítomnost a klid fenky na kognitivní funkce, komunikaci, motoriku, tlumí její deprese. Denně spolu tráví několik hodin, paní ji hladí, mlčí spolu, nebo si povídají.
- 6) Muzikoterapie není pro paní M. příliš vhodnou aktivitou, vždy měla ráda klid a o hudbu, ať už vážnou nebo populární, se moc nezajímala. Občas si však ráda zazpívá písničky, které zpívala svým dětem a vnučkám, proto doporučuji tyto písničky zařadit do denního programu. Paní byla vášnivou čtenářkou, proto bylo rodině navrženo zapojit do rehabilitačního plánu také poslech audioknih. Tyto doporučuji zakoupit a používat na tabletu se speciálním snímačem, vzhledem k neochotě paní M. technické prostředky používat.
- 7) Pokud by tablet byl pořízen, paní by mohla hrát různé výukové hry, pexeso, poznávání zvuků zvířat, činností, hudebních nástrojů apod.
- 8) Paní M. je ráda sama, v rámci podpory sociální adaptability však navrhuji a doporučuji zařadit občasné návštěvy knihovny, výstav či muzea.

5 Shrnutí

Bakalářská práce s názvem Možnosti komunikace se seniory s demencí byla zaměřena na seznámení se s problematikou demence, jedním z nejčastějších onemocnění starší populace, ale i dalšími pojmy s demencí souvisejícími, tedy stáří a stárnutí lidí. Dále byla bakalářská práce zaměřena na komunikaci a možnosti komunikace mezi lidmi s některou formou demence. Vzhledem k tomu, že lidí se syndromem demence neustále přibývá, je a bude toto téma stále aktuální. Mnoho klientů žije v různých sociálních zařízeních, domovech se zvláštním režimem, denních či týdenních stacionářích, hodně nemocných je v domácím prostředí. O některé pečují blízcí z rodiny, k jiným dochází sociální pracovníci a pečovatelé. Vždy záleží na možnostech rodiny. Často lidé nejsou informováni o poradenských a dalších službách, které se nabízejí v různých městech.

V praktické části bakalářské práce byla sledována klientka po náhlé CMP, nyní se syndromem vaskulární demence. Paní žije v domácím prostředí, veškerou péči zatím zajišťuje rodina. Dostává se jí kvalitní každodenní péče, kterou potřebuje. Paní s doprovodem dojíždí jednou týdně na fyzioterapii a dvakrát týdně dochází domů logopedka. Pečující osoby, většinou dcera či vnučka, s ní často hovoří, zpívají a hrají různé hry. Snaží se jí také zapojit do běžných denních aktivit, např. do pomoci při přípravě jídla. Paní vyžaduje nepřetržitý dohled a asistenci při sebeobslužných činnostech. Posouzení schopnosti sebeobsluhy, funkčního stavu a zhodnocení stavu kognitivních funkcí proběhlo prostřednictvím dotazníkového šetření. Byla vypracována podrobná kazuistika paní M.

Pečující osoby by si měli všimnout toho, co paní M. zneklidňuje, způsobuje výkyvy nálad a deprese a tyto jevy eliminovat. Naopak by měli podporovat činnosti, které klientku uklidňují, působí na ni příjemně a pozitivně. U paní M. se často mění nálady a někdy se projevuje depresivně. Paní M. zneklidňuje nedodržování časového harmonogramu, časový tlak, hluk, více lidí či psů v místnosti, nerespektování její rychlosti reagování na otázky, dokončování jejích vět, nepřiliš jasné instrukce a nedoslýchavost jejího manžela. Paní se dostává do neklidu v okamžiku, kdy je připravována na to, že bude po nějakou dobu sama doma. Pokud si má sama ohřát oběd v mikrovlnné troubě, je velmi nervózní a častokrát raději nejí.

Paní M. naopak uklidňuje přítomnost fenky, na kterou je velmi fixovaná, přítomnost dcery či vnuček. Ráda tráví čas na zahradě, sleduje historické dokumenty v TV. Použití

prostředků AAK s technickými pomůckami u této paní není vhodné, neboť nikdy nebyla technický typ a nikdy se o technické věci nezajímala.

Paní je takto spokojená, doma se cítí bezpečně, je obklopena svými blízkými, všichni se k ní chovají důstojně a respektují ji. Rodina každodenní náročnou péčí doposud zvládá. Pečující osoby zařazují podle možností navržené aktivity v rámci individuálního terapeutického plánu.

Jak bude péče probíhat do budoucna při zhoršování zdravotního stavu klientky, kdy bude potřebovat častější odbornou péči, zatím není jasné. Již nyní jsou v rodině informace o možnostech pomoci. Příprava na stáří a na možnou demenci však u této seniorky neproběhla žádná, paní sama ani její blízcí nikdy neřešili, jak bude případná péče probíhat.

Při zpracovávání praktické části bakalářské práce vyplynulo, že analyzovat jednu klientku nemá příliš vypovídající hodnotu. K hlubší analýze a ke srovnání by bylo třeba více respondentů. Toto by bylo žádoucí dopracovat v další práci, k analýze získat data od více seniorů se syndromem demence v různých stádiích jejich nemoci.

6 Doporučení pro praxi

Doporučení se zaměřuje na seniory se syndromem demence v lehkém až středně těžkém stadiu nemoci žijící v domácím prostředí.

Domov a blízkost rodiny působí na seniory pozitivně. Je důležité poskytnout péči doma co nejdéle. Senioři se syndromem demence obvykle nemají rádi změny a nové prostředí a noví lidé je děsí. Nezbytný je pro ně pocit bezpečí a ochrany.

Je důležité zajistit seniorům kvalitní péči – lékařskou péči, vhodnou pravidelnou stravu, důstojné vyprazdňování a osobní hygienu v soukromí, pozitivní a efektivní komunikaci, aktivní trávení volného času a podporu kognitivních funkcí a komunikace prostřednictvím vhodných aktivizačních technik. Vhodné je také nestranit se sociálnímu kontaktu a zajistit péči prostřednictvím jiných lidí než jen rodinných příslušníků.

Závěr

„Jsme tím, co si pamatujeme. Bez paměti mizíme, přestáváme existovat, naše minulost je vymazána, a přece věnujeme paměti jen málo pozornosti, kromě případů, kdy nás opustí. Děláním strašně málo k jejímu procvičení, živení, posilování a ochraně.“

Mark Twain.

Ve stáří se lze setkat s narušením kognitivních funkcí i soběstačnosti. Právě jejich zachování rozhoduje o schopnosti člověka vést samostatný aktivní a plnohodnotný život. Ve vyšším věku má z psychických poruch největší zastoupení syndrom demence, jejímž nejčastějším typem je Alzheimerova choroba. Některou z forem demence trpí asi 2 % 65letých seniorů, s věkem však prevalence demencí rapidně roste.

Demence je onemocnění, které může postihnout každého z nás. Demence nepostihují však všechny seniory, mnozí se dožívají vysokého věku bez závažných psychických změn a naopak, i mladší lidé mohou tímto onemocněním trpět. Existují faktory, které výskyt tohoto onemocnění ovlivňují, např. věk, pohlaví, duševní i fyzická aktivita, vzdělání.

Komunikace je proces, bez kterého bychom se v životě neobešli. Je nedílnou součástí našeho života, dennodenně ji zažíváme, aniž si to uvědomujeme. V okamžiku, kdy ji ztratíme, pochopíme význam komunikace v každodenním životě. I pro osoby trpící demencí je komunikace důležitá. Ta je ale jiná, specifická.

Praktická část bakalářské práce doplňuje část teoretickou. Cílem praktické části bylo prostřednictvím pozorování a polostrukturovaného rozhovoru popsat kazuistiku, zjistit schopnost komunikace u seniora s demencí a navrhnout uplatnitelný komunikační model.

Cíl bakalářské práce se podařilo naplnit, byla popsána kazuistika osoby seniorského věku s diagnózou vaskulární demence a navržena individuální komunikační strategie pro tuto osobu. Tato strategie je již uvedena v praxi a bude doplňována o další možné aktivity dle vyvíjejícího se zdravotního stavu klientky.

Závěrem bych ráda doplnila zamyšlení, které nebylo předmětem této bakalářské práce. Všichni bychom měli žít tak, abychom předcházeli syndromu demence v séniu. Prevenci demence vidím v žití aktivního zdravého života, věnování se svým koníčkům, sportovním a společenským aktivitám, trénování mozku a kognitivních funkcí, učení se novým věcem a v neposlední řadě vyhýbání se stresu.

Seznam obrázků

| | |
|------------|--------------------------------------|
| Obrázek 1: | Komunikační proces |
| Obrázek 2: | Znak do řeči – pták |
| Obrázek 3: | Prstová abeceda pro jednu ruku |
| Obrázek 4: | Prstová abeceda pro obě ruce |
| Obrázek 5: | Myš – reálný předmět, hračka |
| Obrázek 6: | Fotografie – myš domácí |
| Obrázek 7: | Piktogramy – Řeč obrázků, jídelníček |
| Obrázek 8: | Piktogram – myš domácí U lékaře |
| Obrázek 9: | Nakupování |

Seznam příloh

Příloha 1 Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 2 Dotazník DAD–CZ

Příloha 3 Test MMSE

Příloha 4 Pracovní list

Příloha 5 Formulář – informovaný souhlas

Příloha 6 Pomůcky k reminiscenční terapii

Seznam literatury

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 9788024739014.

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

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ. 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4826-9.

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

HAUKE, Marcela. 2017. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-906320-7-3.

HENDL, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024724546.

KALVACH, Zdeněk. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

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

MÜLLER, Oldřich. 2013. *Speciálněpedagogická gerontagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3688-3.

OBST, Otto. 2006. [obrázek]. *Základy obecného managementu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1365-5.

PETŘKOVÁ, Anna a Rozália ČORNANIČOVÁ. 2004. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů: studijní texty pro distanční studium*. Vydání 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 8024408791.

PIDRMAN, Vladimír. 2007. *Demence* [online]. Praha: Grada Publishing. [cit. 2022-05-17]. ISBN 978-80-247-6672-0. Dostupné z: www.bookport.cz

PLAŇAVA, I. 2005. *Průvodce mezilidskou komunikací: Přístupy–Dovednosti–Poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0858-2.

POKORNÁ, Andrea. 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-524-2.

POKORNÁ, Andrea. 2013. *Ošetrovatelství v geriatrici: hodnoticí nástroje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.

PTÁČKOVÁ, Hana a Radek PTÁČEK. 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0876-3.

SCHNEIDEROVÁ, Anna a Marek SCHNEIDER. 2008. *Komunikační dovednosti: učební text pro distanční studium*. Vyd. 2., upr. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-268-2.

SMOLÍK, Petr. 1996. Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací : nástin nozologie : diagnostika. Praha: Maxdorf–Jessenius. ISBN 80–85800–33–0.

THELENOVÁ, Kateřina. 2010. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Liberec: Technická univerzita v Liberci.

VOSTRÝ, Michal a Jaroslav VETEŠKA. 2021. *Kognitivní rehabilitace seniorů: Psychosociální a edukační souvislosti* [online]. Praha: Grada Publishing. [cit. 2023–01–08]. ISBN 978–80–271–4267–5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/kognitivni-rehabilitace-senioru-1111820/>

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

Seznam internetových zdrojů

ALZHEIMER. CZ. 2015. Česká alzheimerovská společnost [online]. [cit. 2022-05-10].
Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>

BARTOŠ, Aleš. 2022. *ABADECO: Metodické, vzdělávací a informační centrum pro Alzheimerovu nemoc a další kognitivní poruchy a demence* [online]. [cit. 2023-01-27].
Dostupné z: <https://www.abadeco.cz/>

BARTOŠ, Aleš. 2022. *Cognitive functions, activities of daily living and cognitive syndromes*. *Psychiatrie pro praxi* [online]., 23(2), 91-97 [cit. 2023-02-07]. ISSN 12130508. Dostupné z: [doi:10.36290/psy.2022.021](https://doi.org/10.36290/psy.2022.021)

ČTK. Lékaři: V roce 2050 může v ČR žít 300.000 lidí s demencemi, teď 140.000
In: České noviny [online]. Praha: ČTK, 2022, 15. 2. 2022 [cit. 2022-05-17]. ISSN 1213-5003. Dostupné z: <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/lekari-v-roce-2050-muze-v-cr-zit-300-000-lidi-s-demencemi-ted-140-000/2161718>

FRÝDOVÁ, Michaela. Kognitivní rehabilitace v péči o seniory a využití moderních technologií. Domov u fontány [online]. [cit. 2023-02-14]. Dostupné z: http://www.domovufontany.cz/?page_id=3461

GAEBEL, Wolfagan, Frank JESSEN a Shigenobu KANBA. 2018. Neurocognitive disorders in ICD-11: the debate and its outcome. *National Library of Medicine: World Psychiatry* [online]. 2018 Jun [cit. 2023-01-31]. ISSN 10.1002/wps.20534. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5980293/>

GOLDEMUND, David. 2021. Cerebrovaskulární manuál: Mini Mental State Examination – MMSE [online]. [cit. 2023-01-02]. Dostupné z: <https://www.manual-cmp.cz/>

HADJ MOUSSOVÁ, Zuzana. 2005. *PŘÍPADOVÁ STUDIE – KAZUISTIKA* [online]. Liberec: TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI. [cit. 2023-02-22]. Dostupné z:

https://turbo.cdv.tul.cz/pluginfile.php/6369/mod_book/chapter/4481/Diagnostika/Kazuistika.pdf

Kočárky NEC: Dům kočárků Chrudim. [obrázek]: *NEC s.r.o. Chrudim* [online]. [cit. 2023-02-01]. Dostupné z: <https://www.kocarkynec.com/49214-mys-jezdici-na-koleckach-myska-je-plastova-potazena-plysem.html>

KOZÁKOVÁ, Radka a Lucie BÁRTOVÁ. 2012. *Vliv kognitivní výkonnosti na soběstačnost seniorů s demencí*. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 3.1: 335–339. Dostupné z: <https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2012/01/03.pdf>

KUBOVÁ, Libuše. *Řeč obrázků – piktogramy*. [obrázek]. [online]. Praha: PARTA, 1. vydání. [cit. 2023-01-01]. Dostupné z: http://parta-sro.cz/OC/index.php?route=product/product&product_id=67

LORM: Společnost pro hluchoslepé z. s. [obrázek]. *Komunikační systémy osob s hluchoslepotou*. [online]. Praha [cit. 2023-02-01]. Dostupné z: <https://www.lorm.cz/legacy/HMN2/obsahCD/neveslo/komunikace.html#komunikacni-systemy-osob-s-hluchoslepotou>

MAŠTALÍŘ, Jaromír a Lucia PASTIERIKOVÁ. 2018. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Studijní text vznikl v rámci 5. ročníku Rozvojového projektu institucionálního plánu Univerzity Palackého v Olomouci (FRUP). Projekt s názvem: Inovace studijního předmětu Alternativní a augmentativní komunikace (FRUP_2018_019). UP Olomouc. Dostupné z: <https://uss.upol.cz/wp-content/uploads/2019/01/AAK-Ma%C5%A1tal%C3%AD%C5%99-Pastierikov%C3%A1.pdf>

MÁTĽ, Ondřej, MÁTLOVÁ, Martina a HOLMEROVÁ, Iva. 2016. *Z práva o stavu demence 2016: Česká alzheimerovská společnost, o. p. s.* Dostupné také z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>

METODIKA PRÁCE S CÍLOVOU SKUPINOU SENIORŮ. 2021. pro Komunitní centrum v Praze Komunikujeme, o.p.s. [online]. Praha. [cit. 2023–01–18]. Dostupné z: <http://komunikujeme.eu/ceske-projekty/komunitni-centrum/>

Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN–10. *Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky*. [online]. Praha, 1.1.2023. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz>

Martin Havlíček – MH Trade Network [obrázek]. [online]. [cit. 2023–01–01]. Dostupné z: <https://www.e-samolepky.eu/>

PROVAZNÍKOVÁ, Eva a Zdeněk KALVACH. 2016. *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Ostrava: Diakonie ČCE [online]. s. 76 [cit. 2022–12–29]. ISBN 978–80–87953–16–7. Dostupné z: <https://www.pecujdoma.cz/nase-sluzby/prirucky/>

REGEC, Vojtech a Kateřina STEJSKALOVÁ. 2012. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami* [online]. Olomouc: UP Olomouc. [cit. 2022–12–29]. ISBN 978–80–244–3203–8. Dostupné z: <http://ksp.upol.cz/vojtech-regec/file/regec-stejskalova-komunikace-a-lide-se-specifickymi-potrebami.pdf>

Seňorina. Nadační fond [online]. Praha, 2023 [cit. 2023–01–01]. Dostupné z: <https://www.nfsenorina.cz>

SIBERSKI, James. 2012. *Dementia and DSM–5: Changes, Cost, and Confusion* [online]. NOVEMBER–DECEMBER 2012, 5 No. 6 P. 12 [cit. 2023–01–22]. ISSN TODAY'S GERIATRIC MEDICINE. Dostupné z: <https://www.todaysgeriatricmedicine.com/archive/110612p12.shtml>

SPC pro děti s vadami řeči: *Speciálně pedagogické centrum (SPC) pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na AAK*, s.r.o [online]. [cit. 2023–01–19]. Dostupné z: <https://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-znaky-dar-132>

TONAROVÁ, Pavlína. *Zásady úspěšné komunikace při péči*. Pečuj doma [online]. In: . s. 76 [cit. 2022–12–29]. Diakonie Českobratrské církve evangelické. Dostupné z: <https://www.pecujdoma.cz/nase-sluzby/prirucky/>

VACULÍKOVÁ, Pavlína a kol. 2019. *Senioři tančí: Multimediální elektronický výukový materiál* [online]. Masarykova univerzita. Brno: Vytvořeno ve spolupráci se Servisním střediskem pro e-learning na MU, Fakulta informatiky Masarykovy univerzity, Brno. [online]. [cit. 2022–05–23]. ISBN 978–80–210–9570–0. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/fsps/2019podzim/seniori_tanci/web/index.html

VALIŠ, Martin, Jiří MASOPUST a Zbyšek PAVELEK. 2020. Farmakoterapie nealzheimerovských typů demencí. *Neurologie pro praxi* [online]. (21(1), 41–45 [cit. 2023–02–22]. ISSN Solen Medical Education. Dostupné z: doi:10.36290/neu.2020.024 <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/04/NAPAN-2020-2030.pdf>

VÁGNEROVÁ, Marie. 1999. *Psychologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky* [online]. Praha. [cit. 2023–01–23]. Dostupné z: <http://msk.comehere.cz/pspompr.pdf>

VINCKEROVÁ, Veronika. 2017. *Získaná organická nemluvnost a faktory ovlivňující její terapii* [online]. UP Olomouc. [cit. 2023–01–17]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/4zttts/>. Diplomová práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI, PEDAGOGICKÁ FAKULTA, Katedra psychologie a patopsychologie. Vedoucí práce PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.

VYHNÁLEK, Martin, Tomáš NIKOLAI, Jakub HORT a Jan LACZÓ. 2021. *Změny kognice ve stáří: jak poznat, že stárneme normálně a jak stárnout úspěšně*. *Neurologie pro praxi* [online]. 22(1), 21–26 [cit. 2023-03-23]. ISSN 12131814. Dostupné z: doi:10.36290/neu.2020.106

World Health Organization *Dementia*. [online]. 2.9.2021 [cit. 2022–05–16]. Dostupné z: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia

ZOOO.cz: ANIMALEX, spol. s r.o. [obrázek]. [online]. [cit. 2023-02-01]. Dostupné z:
<https://www.zooo.cz/mys-domaci/>

Přílohy

Příloha 1:

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru.

1. Povězte mi o vaší rodině, matce, otci. Kdy se narodili, čím byli? Kolik máte sourozenců, čím byli, žijí ještě? Kde jste bydleli?
2. Nyní mi povězte o svém manželovi, dcerách a vnučkách.
3. Povězte mi o vašem povolání, o vašich koníčcích, o vašem životě před CMP.
4. Jaké nemoci jste měla a na co jste se léčila před CMP.
5. Jak vypadá váš běžný den nyní? Co děláte ráno, když vstanete? Kdy a jak se oblékáte? Jste spokojená s tím, jak zvládáte osobní hygienu? Kdy a co obvykle snídáte? Kdo chystá snídani? Kdo vám připravuje a podává léky? Zvládnete si sama aplikovat inzulín? Co míváte k obědu? K večeři?
6. Vidím, že je tady s vámi pes. Dělá vám společnost často? Povídáte si spolu?
7. Kdo mimo rodinu vás navštěvuje? Chodí za vámi logopedka a fyzioterapeutka? Naplňují vás tyto aktivity, těšíte se z jejich přítomnosti?

DOTAZNÍK SOBĚSTAČNOSTI (DAD-CZ)

Jméno a příjmení posuzovaného: M. K. Ročník: 44
 Jméno vyplňujícího + vztah k posuzovanému: J. K. VNUČKA
 Datum vyplnění: 7.1.23 Diagnóza: VASKUL. DEMENCE MMSE:

Tento dotazník může vyplňovat pouze osoba, která důvěrně zná, jak si posuzovaný vede v běžném životě. Obsahuje 40 položek a je určen pro zjištění každodenních aktivit u lidí s poruchami paměti a dalších duševních schopností.

Dotazník se týká stavu vyšetřovaného za poslední 2 týdny. Nebere se v úvahu to, co by posuzovaný byl schopen vykonat, ale pouze to, co skutečně vykonal. Hodnotí se takto:

- ANO („1“) označte, pokud posuzovaný během posledních dvou týdnů danou aktivitu provedl bez pomoci a bez připomenutí alespoň jednou.
- NE („0“) označte, pokud posuzovaný aktivitu za poslední 2 týdny nevykonal vůbec, nebo ji vykonal jen s pomocí či připomenutím.
- NELZE URČIT („X“) označte, pokud posuzovaný aktivitu nevykonával ani před začátkem potíží s pamětí nebo v posledních 2 týdnech aktivitu neměl příležitost vykonávat nebo pokud aktivitu nevykonává proto, že trpí jiným tělesným onemocněním (například kloubní potíže, po zlomenině končetiny).

| Udělal posuzovaný/á bez pomoci nebo připomenutí alespoň jednou za poslední 2 týdny tyto činnosti? V každém řádku zakroužkujte 1 = ANO, 0 = NE nebo X = NELZE URČIT | | | |
|---|-----|---|---|
| | ANO | NE | X |
| Hygiena | | | |
| 1. Pokusil/a se umýt nebo vykoupat či osprchovat | 1 | 0 | X |
| 2. Pokusil/a se vyčistit si zuby nebo pečovat o svůj umělý chrup | 1 | 0 | X |
| 3. Rozhodl/a se pečovat si o vlasy (umýt a učesat) | 1 | 0 | X |
| 4. Připravil/a si vodu, ručníky a mýdlo na mytí, koupání nebo sprchování | 1 | 0 | X |
| 5. Spolehlivě si umyl/a a osušil/a všechny části svého těla | 1 | 0 | X |
| 6. Správně si vyčistil/a zuby nebo pečoval/a o svůj umělý chrup | 1 | 0 | X |
| 7. Pečoval/a si o vlasy (umytí a učesání) | 1 | 0 | X |
| Oblékání | | | |
| 8. Pokusil/a se obléknout | 1 | 0 | X |
| 9. Vybral/a si vhodné oblečení (s ohledem na příležitost, upravenost, počasí a barevnou kombinaci) | 1 | 0 | X |
| 10. Oblékl/a se ve správném pořadí (spodní prádlo – kalhoty/šaty – boty) | 1 | 0 | X |
| 11. Úplně se oblékl/a | 1 | 0 | X |
| 12. Úplně se svlékl/a | 1 | 0 | X |
| Kontinence (udržení moči a stolice) | | | |
| 13. Rozhodl/a se použít toaletu ve správný čas | 1 | 0 | X |
| 14. Použil/a toaletu bez "nehod" | 1 | 0 | X |
| Jedení | | | |
| 15. Rozhodl/a se, že se potřebuje najíst | 1 | 0 | X |
| 16. Při jídle zvolil/a vhodné příbory a chuťové přísady | 1 | 0 | X |
| 17. Konzumoval/a své jídlo normálním tempem a přiměřenými způsoby | 1 | 0 | X |
| Pokračování na další straně | | Mezisoučty (základní aktivity max. 17): | |
| | | 10 | 0 |

| Udělal posuzovaný/á bez pomoci nebo připomenutí alespoň jednou za poslední 2 týdny tyto činnosti? V každém řádku zakroužkujte 1 = ANO, 0 = NE nebo X = NELZE URČIT | | | |
|---|------------|-----------|----------|
| Příprava jídla | ANO | NE | X |
| 18. Pokusil/a se připravit si jednoduché jídlo nebo svačinu | 1 | 0 | X |
| 19. Správně se přichystal/a na přípravu jednoduchého jídla (přísady, nádobí na vaření) | 1 | 0 | X |
| 20. Spolehlivě připravil/a nebo uvařil/a jednoduché jídlo či svačinu | 1 | 0 | X |
| Telefonování | | | |
| 21. Pokusil/a se ve vhodnou dobu někomu zatelefonovat | 1 | 0 | X |
| 22. Správně si vyhledal/a a vytočil/a telefonní číslo | 1 | 0 | X |
| 23. Uskutečnil/a přiměřený telefonický rozhovor | 1 | 0 | X |
| 24. Správně zapsal/a a vyřídil/a telefonický vzkaz | 1 | 0 | X |
| Chození ven a pobyt venku | | | |
| 25. Rozhodl/a se jít někam ven (na procházku, na návštěvu, do obchodu) ve vhodnou dobu | 1 | 0 | X |
| 26. Správně si zorganizoval/a pobyt venku s ohledem na dopravu, klíče, cíl své cesty, počasí, potřebné peníze, nákupní seznam | 1 | 0 | X |
| 27. Vypravil/a se ven a dosáhl/a známého cíle, aniž by se přitom ztratil/a | 1 | 0 | X |
| 28. Spolehlivě použil/a přiměřený dopravní prostředek (auto, autobus, taxi) | 1 | 0 | X |
| 29. Vrátil/a se z obchodu s odpovídajícím nákupem | 1 | 0 | X |
| Finance a korespondence | | | |
| 30. Zajímal/a se o své osobní záležitosti jako jsou např. vlastní finance a korespondence | 1 | 0 | X |
| 31. Zorganizoval/a své finance tak, aby mohl/a uhradit své složenky a účty | 1 | 0 | X |
| 32. Při vyřizování své korespondence použil/a správně dopisní papír, adresu a známky | 1 | 0 | X |
| 33. Správně zacházel/a se svou hotovostí (použít peníze v obchodě) | 1 | 0 | X |
| Léky | | | |
| 34. Rozhodl/a se užít léky ve správnou dobu | 1 | 0 | X |
| 35. Užil/a své léky podle předpisu (ve správném dávkování) | 1 | 0 | X |
| Volný čas a domácí práce | | | |
| 36. Projevil/a zájem o aktivní využití volného času | 1 | 0 | X |
| 37. Zajímal/a se o domácí práce, které prováděl/a v minulosti | 1 | 0 | X |
| 38. Správně naplánoval/a a zorganizoval/a domácí práce, které prováděl/a v minulosti | 1 | 0 | X |
| 39. Provedl/a domácí práce odpovídajícím způsobem, jak to dělal/a v minulosti | 1 | 0 | X |
| 40. Když to bylo potřeba, bylo ho/ji bezpečné nechat doma samotného/samotnou | 1 | 0 | X |

Mezisoučty (instrumentální a volnočasové aktivity max. 23):

| | | |
|---|---|---|
| 5 | 0 | 2 |
|---|---|---|

Tyto řádky jsou určeny pro potřeby hodnotitele:

Součet bodů (ve sloupci ANO) / počet jednoznačných odpovědí (40 - doplňte počet X)

mezivýpočet (podíl čísel z předchozího řádku)

DAD celkem v procentech (předchozí výsledek dělení vynásobit 100)

| | | | | | |
|----------------|---|----------------------|---|--------|--------|
| ANO sloupci | ↓ | součet ve sloupci | ↓ | X | počet |
| | | 15 | / | (40-2) | |
| | | 15 | / | 38 | = 0,39 |
| | | 39 | % | | |



Příklad do češtiny a grafické zpracování doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D., Pavel Martínek. Zdroj české verze: Bartoš A, Martínek P a ost. Dotazník soběstačnosti DAD-CZ - česká verze pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Neurol. pro praxi* 2009; 10(5): 320-323 nebo www.pcp.if3.cuni.cz/adcentrum.
Původní zdroj: Gélinas I et al. Development of a functional measure for persons with Alzheimer's disease: the Disability Assessment for Dementia. *Am J Occup Ther* 1999; 53: 471-481.

Zdroj: ABADECO. [online]. [cit. 2023-01-01]. Dostupné z: <https://www.abadeco.cz/pro-odborniky/dotazniky#dotaznik-dad>

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Datum vyšetření:

| | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| den | 1 | 6 | | | | | |
| měsíc | 0 | 2 | | | | | |
| rok | 2 | 0 | 2 | 3 | | | |

Jméno pacienta: HK 122F A3

I. Orientace
1 bodů
Kolikrát se dnes? 1 6
Který je dnes den v týdnu? 4 CT VR TE K
Který je měsíc? 4 N 0 R
Který je rok? 1 9
Které je roční období? Č L H A
V jaké zemi se nacházíme? C E D K O S L U S
A ve kterém okrese? V H S L O V
A ve kterém městě? V Y S L O V
Jak se jmenuje tato nemocnice? U L S E
A na kterém jsme poschodí? P 1 9 E H 1

II. Zapamatování
3 body
Připomeňte si prosím tři předměty. Fokuse se je opakovat po mne a zapamatovat si je za chvíli se vás na tato slova znovu zeptám.
lopatka 1
šátek 1
váža 1

III. Pozornost a počítání
3 body
Připomeňte si prosím, odečetli jste od 100 stále sedmičku. Až odečtete pětkrát za sebou, skončíte.
100 0
93 M 7
86 R 0
79 K K
Provést, vyžádejte ho:
Hádkujte, prosím, pozitivní slova FOKRM po jednotlivých písmenech.
65 P N

IV. Vybavenost
1 bod
Nyní se pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si mě/a zapamatovat.
lopatka
šátek
váža
0

V. Pojmenování předmětů
3 body
Ukažte námi nové jednotlivé útvary tužkou.
Co je to? H 0 D 1 U 6 9
Co je to? H U 2 K 4
Opakujte, prosím, po mne: „První pražská paroplavba“ V **1**

Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na kelm.
Pravá ruka 1
Přeložení na polovinu 1
Položení na podlahu 1
3

Přetáhněte, prosím, co je zde napsáno a udejte to. **1**

VI. Opakování
1 bod
Za každou odpověď započítá 1 bod.
Připomeňte si pouze jeden pokus.

VII. Třístupňový příkaz
1 bod
Právě teď pacienta mějete v náruči a vy jste mu udělali příjem.
Za sebou spíše směřovanou energii započítá 1 bod.

VIII. Čtení a vykonání psaného příkazu
1 bod
Ukažte sešitkou sestrojí čtverec s úhly 90° a 45°. Změřte 10 cm. Na straně čtverce nakreslete kruh, který má stejnou poloměru jako čtverec. Započítá 1 bod pouze pokud pacient ukáže čtverec a kruh.

IX. Psaní
1 bod
Dějte vyšetřovateli líbivý a příjemný výraz.
1 bod započítá, pokud má výraz podobný tomu, který je v závorkách. V tomto momentu byk přezkoušeno žijou.

X. Ohrazení obrázce
1 bod
Dějte vyšetřovateli tužku a papír a vyžádejte ho.
Započítá 1 bod, pokud pacient ukáže obrázek v čtverci s úhly 90° a 45°. Pokud pacient ukáže obrázek v čtverci s úhly 90° a 45° a navíc i kruh, započítá 1 bod navíc.

ZAVŘETE OČI! *např. přečte*

206

Zdroj: Cerebrovaskulární manuál: Mini Mental State Examination – MMSE [online], 2021 [cit. 2023–01–02]. Dostupné z: <https://www.manual-cmp.cz/>

Procvičování kognitivních funkcí, výbavnosti, krátkodobé i dlouhodobé paměti.

Úkol č. 1:


Budu si myslet nějaké zvíře. Vaším úkolem je zjistit, o jaké zvíře jde. Můžete mi klást otázky, na které lze odpovědět pouze „ano“, „ne“.


Úkol č. 2: Vyluštěte tyto křížovky.


| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | | | | | | | 1 létá, zpívá, klade vejce |
| | | | | | | | 2 tekutina na smažení |
| | | | | | | | 3 pečuje o děti, druhý rodič kromě otce |
| | | | | | | | 4 spíme pod ní |
| | | | | | | | 5 šlechtický znak |
| | | | | | | | 6 ráno |
| | | | | | | | 7 obyvatel chladných krajin, žije v iglů |


Věci na obrázcích napiš do křížovky.


| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |











Co mají obě tajenky společného? Kde se nachází? Co o nich víme?

Úkol č. 3:

Odpovězte na otázky:

Na co nesmím zapomenout, když jdu k:

a) K lékaři



Obr. 9 U lékaře

b) Do obchodu



Obr. 10 Nakupování

Úkol č. 4

Vezměte si svůj mobilní telefon a pokuste se zavolat dceři.

Úkol č. 5 Doplněte rčení: (Señorina, Nadační fond)

Kdo jinému jámu kopá

Komu není shůry dáno.....

S chutí do toho.....

Vlk se nažral a.....

Komu se nelení.....

Ráno moudřejší.....

Všude chleba.....

Když se dva perou.....

Mezi slepými.....

Jablko nepadá.....

Líná huba.....

Studený ruce.....

Mluvití stříbro.....

Úkol č. 6 Jaká kategorie je společná pro skupiny slov/jmen níže: (Señorina, Nadační fond)

Jícen, hltan, dvanácterník, slepé střevo

Levhart, páv, vlk, poštolka

Kytara, basa, harfa, mandolína

Paměť, koncentrace, myšlení, řeč

Bohdalová, Jirásková, Janžurová, Vilhelmová

Koza, vůl, kráva, zubr

Strach, radost, smutek, vztek

Mrkev, řepa, celer, křen

Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a jeho následným využitím pro účely bakalářské práce s názvem Možnosti komunikace se seniory s demencí.

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

Byl/a jsem informována o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Josefíny Kubačkové s názvem Možnosti komunikace se seniory s demencí.

Bylo mi sděleno, jaký bude mít rozhovor průběh.

Jsem seznámen/a s právem odmítnout odpověď na jakoukoli otázku.

Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude vymazán.

Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po skončení rozhovorů, která znemožní identifikaci mé osoby. Nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohl/a být identifikován/a.

Dávám své svolení k tomu, aby výzkumnice použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a některé části v ní může citovat, zvuková nahrávka a transkripce rozhovoru však bude po ukončení výzkumu smazána.

Datum:

Podpis respondenta (zákonného zástupce):

Příloha 6: Pomůcky k reminiscenční terapii a zároveň probíhající canisterapie (deka, povlečení, kostky)



Obr. 11 Foto vlastní



Obr. 12 Foto vlastní



Obr. 13 Foto vlastní



Obr. 14 Foto vlastní