

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Silvia Flochová

Změny komunikačního schématu osob seniorského věku s demencí

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s tématem Změny komunikačního schématu osob seniorského věku s demencí vypracovala samostatně s použitím odborné literatury a za pomoci rad a připomínek vedoucího práce Mgr. Oldřicha Müllera, Ph.D. Všechny zdroje, ze kterých jsem čerpala, jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Olomouci, dne 6.4.2017

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucímu diplomové práce Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za jeho odborné vedení mé diplomové práce, za jeho cenné připomínky a rady. Také děkuji pracovníkům pobytového zařízení DS ANAVITA v Olomouci. Mé poděkování patří rodině a kamarádce Bc. Haně Vodičkové za podporu.

Obsah

Úvod	7
1. Senium a senioři	10
1.1 Stáří a stárnutí	10
1.2 Involuční změny	11
2. Demence	17
2.1 Charakteristika demence	17
2.2 Klasifikace demencí	18
2.3 Demence a její projevy	22
2.3.1 Postižení aktivit denního života	23
2.3.2 Behaviorální a psychologické příznaky demence	23
2.3.3 Postižení kognitivních funkcí	25
3. Demence u Alzheimerovy nemoci	28
3.1 Charakteristika demence u Alzheimerovy nemoci	28
3.2 Klinický obraz demence u Alzheimerovy nemoci	30
3.3 Diagnostika demence	33
4. Práce se vzpomínkami a terapie	38
4.1 Biografie	38
4.2 Reminiscenční terapie	41
4.3 Expresivní terapie	44
4.3.1 Arteterapie	45
4.3.2 Taneční terapie	46
4.3.3 Muzikoterapie	47
4.4 Pet-terapie	48
4.4.1 Canisterapie	49
4.5 Ergoterapie	51
4.6 Kognitivní terapie	53
5. Praktická část	55
5.1 Cíl a výzkumné otázky	55
5.2 Domov pro seniory ANAVITA	55

5.3 Metody výzkumu a sběr dat	56
5.4 Kvalitativní výzkum - metoda, výběr vzorku a sběr dat	56
5.4.1 Přepis rozhovorů a záznamy z pozorování	59
5.5 Kvantitativní výzkum - metoda, výběr vzorku a sběr dat	71
5.5.1 Zpracování dotazníků	72
5.6 Analýza a interpretace získaných dat	77
6. Diskuse a doporučení	82
Závěr	85
Seznam literatury	87
Seznam zkratk	91
Seznam tabulek	92
Seznam obrázků	93
Anotace	94

Úvod

Téma diplomové práce Změny komunikačního schématu osob seniorského věku s demencí bylo zvoleno v návaznosti na stejnojmennou bakalářskou práci diplomantky z roku 2015. Důvodem volby daného tématu je neustále se zvyšující podíl obyvatel s diagnózou této plíživé a nebezpečné nemoci. V minulosti obavy z nemocí způsobovaly spíše srdeční onemocnění, která jsou dnes díky kvalitní lékařské péči dobře léčitelná a navíc se jim dá poměrně úspěšně předcházet zdravým životním stylem. Lidé mohou v rámci prevence dodržovat zásady zdravé výživy, využívat nepřeberného množství nabídky sportovních aktivit, střídat práci s odpočinkem. I při dodržování zdravého životního stylu, vyhýbání se stresu a neustálého se vzdělávání, není vždy jisté, že se lidem zákeřná nemoc zvaná demence vyhne. Obávají se jí nejen senioři, ale již i lidé středního věku.

Diplomová práce se s ohledem na předmět navazujícího magisterského studia Speciální pedagogika - andragogika zabývá seniory. Je až alarmující, kolik obyvatel seniorského věku s demencí v našich životních podmínkách neustále přibývá. Jednou z nejčastějších příčin demence je Alzheimerova nemoc.

Dle statistiky ÚZIS se v roce 2012 v psychiatrických ambulancích léčilo „s demencí u Alzheimerovy nemoci celkem 15 352 pacientů, z toho bylo 67 % žen“. Nejvyšší počet pacientů (v přepočtu na stotisíc obyvatel jednotlivého kraje) zaznamenal Pardubický kraj. Dle statistických údajů v letech 2008-2012 počet hospitalizovaných osob s demencí oproti předchozím rokům významně vzrostl. Největší nárůst hospitalizovaných osob tvořila právě skupina jedinců s demencí u Alzheimerovy nemoci, konkrétně se jedná o 1 170 hospitalizovaných, což činí nárůst o téměř 44%. Nejvyšší počet hospitalizací byl zaznamenán v Olomouckém kraji, genderově převládají ženy (ÚZIS, 2017, online).

Demence mění život nejen pacienta samotného, ale i jeho rodiny a nejbližšího okolí. Demenci můžeme zařadit mezi jednu „z nejčastějších příčin nemocnosti a úmrtnosti“ osob seniorského věku (Koukolík, 2014, s. 104). Vědět co nejvíce informací o nemoci je žádoucí jak pro lékaře a zdravotnický personál, tak i pro členy rodiny, přátele a pracovníky (jak v přímé péči, tak i aktivizační pracovníky) v zařízeních pečujících o nemocné lidi. Správný přístup k člověku s demencí a informace o negativních dopadech této nemoci jsou nedílnou součástí péče. Velmi důležité je také vědět, jaká byla životní dráha člověka, jaký život prožil,

co pro něj bylo tak zásadní a důležité, že si to vybavuje ve vzpomínkách, ke kterým se rád nebo i nerad vrací. S těmito informacemi je možné pracovat ve prospěch oběti demence, v maximálně možné míře zkvalitňovat její život a udržovat stávající schopnosti a dovednosti. Jedním z negativních vlivů postupující demence je narušení komunikační schopnosti. Senior není schopen přesně říct, co ho bolí, trápí, co potřebuje a požaduje. Proto je důležité věnovat pozornost tomu, co chce sdělit, významně pomůže i schopnost vcítit se do člověka - empatie.

Diplomová práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozčleněna na čtyři samostatné kapitoly. Teoretická část je uzpůsobená výzkumné části – účastnice výzkumu (seniorka) má diagnostikovou demenci u Alzheimerovy nemoci v počátečním stadiu. Je uživatelkou pobytového zařízení Domov pro seniory ANAVITA, kde využívá veškeré možné terapie, které jí byly tzv. „ušity na míru“. První kapitola je zaměřena na popis období stáří a na involuční změny charakteristické pro toto období života. Druhá kapitola specifikuje demenci, její klasifikaci (orientačně se zmiňuje o připravované revizi MKN-11 a novém DSM-V) a jakým způsobem se projevuje v životě seniora. Třetí kapitola se zaměřuje na demenci u Alzheimerovy nemoci, která je diagnostikována účastnicí kvalitativního výzkumu. Čtvrtá kapitola popisuje biografický přístup k seniorovi s demencí, na jehož základě získá pobytové zařízení, kde je jedinec s demencí umístěn, informace o jeho životě. V návaznosti na získané informace jsou seniorovi s demencí nabídnuty terapie umožňující zachování dosavadních schopností a funkcí. Daná kapitola popisuje terapie, které využívá účastnice výzkumu v Domově pro seniory ANAVITA.

V praktické části diplomové práce je popsán cíl, typ a metodologie výzkumu, způsob zpracování dat a jejich vyhodnocení. Je také popsáno zařízení Domov pro seniory ANAVITA, kde výzkum probíhal. Cílem diplomové práce je zjistit a popsat za jakých podmínek jedinec s demencí v raném stadiu je schopen mluvit plynule (s ohledem na diagnózu) a smysluplně a co způsobuje změnu v komunikaci, kdy vyprávění postrádá smysl (nebo daný člověk odmítá jakkoli komunikovat), osobě s demencí vypadávají jednotlivá slova, případně si na ně vůbec nemůže vzpomenout. K naplnění cíle diplomové práce byl zvolen kvalitativní a kvantitativní výzkum. Kvalitativní výzkum byl proveden s uživatelkou pobytového zařízení, která spontánně převyprávěla svůj životní příběh (za účasti její dcery – kvůli pocitu bezpečí). V návaznosti na výsledky kvalitativního výzkumu byl sestaven krátký dotazník, který vyplňovaly pracovnice pobytového zařízení (kvantitativní výzkum). Smyslem dotazníku je ověřit výsledek kvalitativního výzkumu, zjistit za jakých podmínek se mění komunikační schéma. Na konci

empirické části jsou popsány výsledky šetření a je dáno doporučení vyplývající ze zjištěných informací.

1. Senium a senioři

Senium, neboli stáří je dlouhodobě zkoumaným a pozorovaným fenoménem lidstva. Velmi často si ho lidé spojují se strachem z nemocí, ztrátou schopností postarat se o sebe, s existenčními problémy i s obavami, že se jim nedostane potřebné péče, na které jsou často závislí.

1.1 Stáří a stárnutí

Jak uvádí Haškovcová (1989), stárnutí je přirozenou součástí života. Stárnutí se pojí s ubýváním psychických i fyzických sil, mění se výzor člověka. Lidé mají strach stárnout, bojí se označení „starý člověk“. Nepříjemné pocity vyvolává i názor, že stáří začíná odchodem do důchodu. Na tomto základě mohou vzniknout domněnky, že společnost seniory vyčleňuje a starší lidé se stávají nepotřebnými. Jako následek často vzniká obranný postoj znemožňující člověku připravit se na poslední vývojovou etapu v životě a přijmout ji jako součást své existence. Dle Špatenkové (2013) průběh stárnutí ovlivňuje více faktorů, mezi které patří například vrozené dispozice, zdravotní stav, životní styl, schopnost snášet zátěž a stres, přizpůsobení se životním změnám i to, jaké nemoci senior prodělal. Nejrychleji z celého světa probíhá proces stárnutí v Evropě. Nejinak tomu bude i v České republice, v roce 2020 téměř třetinu obyvatelstva budou tvořit lidé seniorského věku.

Dle Kalvacha a Onderkové (2006) lze stáří definovat jen velmi těžce. Jedním z důvodů jsou rozpory mezi kalendářním a biologickým stářím. Kalendářním stářím označujeme skutečný věk člověka a biologickým jeho zdatnost. U jednotlivých seniorů můžeme najít velké rozdíly. Někteří jsou na svůj věk až překvapivě zdatní, jiní mohou působit předčasně zestárlým dojmem. Stuart-Hamiltona (1999) také uvádí, že je obtížné stanovit, kdy končí střední věk a začíná stáří. Nejčastějším ukazatelem stáří je chronologický věk. Vypovídá však pouze o skutečném věku člověka. Dalším ukazatelem je věk sociální, který souvisí s reálným odchodem do důchodu. Rheinwaldová (1999) srovnává lidský organismus se strojem. Zatímco stroj, když se dlouho používá, stárne a opotřebovává se, lidské tělo funguje na opačném principu. Pokud je ponecháno v nečinnosti, nevyvíjí žádné aktivity, svaly začnou atrofovat

a tělo tuhne. Následkem toho mohou nastat různé nemoci, které nesouvisí pouze se stářím, ale často jsou i důsledkem životního stylu.

Vágnerová (2008, s. 299, s. 398) dělí stáří na dvě etapy. První etapou je „*období raného stáří*“ - uvádí věk 60 až 75 let. Člověk v této fázi života pociťuje úbytek energie a jeho osobnost prochází proměnami jak fyzického, tak psychického charakteru. Tyto změny však nevyhnutně nemusí starším lidem znemožňovat aktivní život. Druhou etapou je „*období pravého stáří*“. Autorka uvádí věk od 75 let výše. Toto období je typické zvýšeným výskytem zátěžových situací, horší adaptací, úpadkem organismu a psychiky. Zvládnutí poslední fáze lidského života záleží na aktuálním zdraví jedince, na jeho životních zkušenostech a osobnosti. Špatenková (2013) dělí období stáří do tří etap. Mezi mladé seniory zahrnuje lidi mezi 65-74 lety, mezi staré seniory osoby věku 75-84 let a do kategorie poslední, velmi staří senioři, spadají lidé od 85 let. Pidrman (2007, s. 24, 25) určuje stáří dle kognitivních změn na „*úspěšné, normální a patologické stárnutí*“. Za úspěšné stárnutí považuje zachování funkčních schopností, absence poruchy chování a paměti. Normální stárnutí se projevuje drobnými kognitivními změnami, například zapomnětlivostí. Při patologickém stárnutí jsou již postiženy neurotransmitery a receptory centrální nervové soustavy.

Šimáčková-Čížková (Šimáčková-Čížková in Šimáčková-Čížková et al. 2008) uvádí, že stáří můžeme nazývat fází postvývojovou. Je to období nabytého nadhledu a moudrosti, určité relativní svobody, ale taktéž období, ve kterém dochází k involučním změnám a osobním ztrátám. Pro seniory je velmi důležitá kvalita života úzce související se soběstačností, sebeúctou a udržovanými sociálními kontakty. Špatenková (2013, s. 30) upozorňuje na velmi závažné životní změny, se kterými musí senioři počítat. O těchto změnách hovoří jako o kritických bodech na životní dráze seniora. Mezi tyto kritické body řadí: „*odchod do důchodu, odchod dospělých dětí z rodiny a narození vnoučat, změny sociálních rolí, smrt partnera, či blízkých lidí, změny bydlení, přestěhování se či institucionalizace, fyzické změny.*“

1.2 Involuční změny

S obdobím stáří se pojí změny psychického i somatického stavu a taktéž změny v oblasti socializace. Velmi často se tyto změny vzájemně ovlivňují. Pokud dojde k úpadku, nebo až k rozpadu sociálních vztahů (úmrtí partnera, ztráta přátel v důsledku institucionalizace), může

to v životě seniora způsobit deprese a ty se mohou stát příčinou somatických onemocnění. Involuční změny jsou u jednotlivců velmi variabilní. Jsou ovlivněny nejenom genetickými dispozicemi - jednatlivec má v genetickém programu zakódovanou délku života i proces stárnutí, ale i různými vnějšími faktory, takzvaným sekundárně podmíněným stárnutím - fungováním orgánových systémů, životním stylem (Vágnerová, 2008).

Dle Topinkové (2005) trpí víc než 90% seniorů nad 75 let jedním nebo více onemocněními. Často se nemoci sdružují buď bez příčinné souvislosti, nebo se řetězí – jedna nemoc vyvolá druhou. Vágnerová (2008, s. 312) také poukazuje na zhoršování zdraví a polymorbiditu v seniorském věku. „*Za zdravého lze považovat člověka, který netrpí žádnou zjevnou chorobou, necítí se nemocný a je soběstačný.*“

Nejnápadnějším vnějším znakem u stárnoucích lidí je pokles výšky a úbytek tělesné hmotnosti. Tato změna se projevuje proporčními změnami. Snižuje se hmotnost kosterní soustavy, váha svalstva i vnitřních orgánů. Změnu výšky způsobují degenerativní změny chrupavek a atrofie kostí. Zpomaluje se rychlost a hybnost seniora a zvyšuje se pravděpodobnost úrazu v důsledku zpomalení motoriky i změněné struktury kostí. Mění se také vnitřní orgány. Snižuje se hmotnost i výkonnost srdce a nejčastější příčinou smrti je ischemická srdeční choroba. Zmenšuje se kapacita plic a tím i jejich činnost. Patologické změny – kornatění tepen jsou patrné na tepnách celého těla. V oblasti nervového systému dochází ke snižování počtu neuronů, ve kterých probíhají biochemické změny. Průměr myelinizovaných nervů se zužuje, důsledkem čeho je snížená rychlost vedení nervem (Šimíčková-Čížková, et al., 2008). Stáří je spojeno s poklesem vitality a energie, zpomaluje se také psychomotorické tempo. Senior chodí pomaleji, méně gestikuluje. (Haškovcová, 1989). Topinková (2010, s. 54) upozorňuje na zvýšené riziko pádů v důsledku nemocí pohybového systému. Stáří bývá spojeno s řadou kardiovaskulárních, pohybových, metabolických, neuropsychiatrických, infekčních a jiných onemocnění. Velmi často se u osob seniorského věku objevuje akutní nebo chronická bolest. Jedná se o „*nepříjemný senzorický a emoční prožitek vyvolaný skutečným či potencionálním poškozením tkáně nebo psychologickými faktory.*“ Pozitivní funkce bolesti dle Krále (2012) je signalizace nebezpečí.

Oslabeny jsou také smyslové orgány sloužící ke zprostředkování kontaktů s okolím. Velmi závažné je oslabení zrakových a sluchových funkcí. Senioři hůře zaostřují zejména na kratší vzdálenost. Velkým problémem je „*ztráta zrakové ostrosti*“, kdy jedinec nevidí předměty ostře, hlavně pokud se pohybují. Patrné jsou i změny ve vnímání barev a světelných

podmínek, senioři vidí ve žlutších odstínech a pouze intenzivnější světlo. Dochází ke zhoršení periferního vidění a zmenšuje se zorné pole. Častou příčinou těchto potíží je šedý zákal, zelený zákal a takzvaná žlutá skvrna na sítnici oka. Zákaly se objevují i u mladší populace, ale jejich výskyt ve stáří je častější. Postižené bývají také sluchové funkce. Vlivem artrózy může dojít ke tvrdnutí kosti středního ucha. Vyskytuje se také tinitus. Pro seniory má změna sluchových funkcí nepříznivý dopad. Mají strach se opakovaně ptát, aby se jim okolí nevysmívalo. Porucha sluchových funkcí má negativní vliv také na komunikaci, což může být jinými vnímáno jako nespolečenské chování, nebo úbytek inteligence (Stuart-Hamilton, 1999, s. 27). Topinková (2010) mluví o poruchách sluchu a hluchotě jako o jednom z nejčastějších onemocnění stáří, v důsledku kterého senior méně komunikuje, sociálně se izoluje a cítí se osaměle. Zrakové poruchy mají negativní vliv na soběstačnost a pohyblivost seniora. Celkově zrakové a sluchové problémy snižují kvalitu života.

Dle Vágnerové (2008, s. 317) mozek stárne pomaleji. Dochází ke snížení jeho hmotnosti a úbytku mozkových tkání. Kvalita přenosu jednotlivých impulzů je zhoršená v důsledku redukce synaptických spojení. Zpomalují se také psychické funkce. Větší vliv na narušení kognitivních funkcí má úbytek a nedostatečné využití neurotransmiterů než atrofické změny. Na rozdíl od mladých lidí, kde se při řešení problému aktivují úzce specializovaná centra, „*mozek starších lidí funguje spíše komplexněji*“. Senior nestačí zpracovat veškeré informace tak rychle, jak mladý člověk. Ke zvládnutí úkolů potřebuje více času. Také Haškovcová (1989) uvádí, že lidé seniorského věku jsou obecně při vykonávání veškerých činností pomalejší, na druhou stranu bývají zpravidla důslednější a pracují systematictěji než mladší lidé.

Koukolík (2014, s. 91) uvádí, že jak lidé stárnou, zmenšuje se objem celé mozkové kůry. Jedná se o snížení 1-1,5% za rok. Na mozkovou kůru je navázáno myšlení, schopnost vykonávat současně více činností, respektování sociálních pravidel a také schopnost využívat krátkodobou paměť. K méně rozsáhlému zmenšení dochází v kůře spánkových a temenních laloků, na které je navázána dlouhodobá paměť. Poměrně rychle se zmenšuje také hippocampus. Toto zmenšování je nutné sledovat, což umožňuje „*rozlišit minimální kognitivní poruchu od fyziologického stárnutí*“. Asi polovina lidí s demencí u Alzheimerovy nemoci trpí minimální kognitivní poruchou – ví, co dělali dávno v minulosti, ale nevzpomenou si, co včera obědvali.

V seniorském věku dochází ke snížení schopnosti soustředit se na podněty. Tuto dovednost nazýváme pozorností. Pokud senior vykonává známou, nebo jednoduchou činnost, koncentrace pozornosti se mění méně. K významnějším změnám dochází při náročnějších

činnostech. Příčinou je snížená kapacita centrální nervové soustavy. Senior dělá více chyb, často nedokáže zpracovat několik informací najednou (Vágnerová, 2008).

Častým problémem starších lidí je zhoršení paměti. Fungování paměťových funkcí je determinováno genetickými předpoklady, zdravím jedince, úrovní jeho rozumových schopností. Prospěšné je trénování paměti (Vágnerová, 2008). Dle Haškovcové (1989, S. 95) lidé v starším věku často trpí zapomětливostí. Senior si nemůže vybavit jméno člověka, s kterým právě mluví. Snižuje se schopnost poznávání a pamatování si nových informací, naopak znovupoznávání je zachováno do vysokého věku. Autorka rozlišuje „*paměť krátkodobou, dlouhodobou, provozní, profesní a podobně*“. Ve stáří se snižuje všípivost a vnímavost, které tvoří podstatnou složku paměti. Postižená je také výbavnost informací.

Paměť dělíme na krátkodobou a dlouhodobou. Krátkodobá paměť slouží na podržení informace do doby jejího zpracování. Informace je buď přesunuta do dlouhodobé paměti, nebo zapomenuta. Krátkodobá paměť se skládá z paměti primární a pracovní. Funkcí primární paměti je pasivní uchovávání informací a jejich bezprostřední reprodukce. Pracovní paměť informace uchovává a také umožňuje jejich zpracování. Senioři mají problém s udržení informací, špatně eliminují zbytečné informace, čímž zahlcují paměť. Je to následek úbytku pracovní paměti (Vágnerová, 2008). Dlouhodobá paměť trvale ukládá potřebné informace. Nepodstatné informace se vytrácí (Stuart-Hamilton, 1999). Změny v paměti se nejvíce projevují v oblasti epizodické paměti. Ta je spojena s uchováváním zážitků a osobních zkušeností. Senior obvykle nemívá problém vybavit si vzpomínky z dávné minulosti, zejména z období dětství a mládí. Vzpomínky jsou uloženy v paměti, ale je pozměněná jejich přesnost (Vágnerová, 2008). Stuart-Hamilton (1999) uvádí, že součástí krystalické inteligence je sémantická paměť, která se s věkem příliš nemění. Informace uložené v této paměti jsou dobře vybavitelné. Jedná se o obecné znalosti a vědomosti, které senior může využít jako kompenzační mechanismy. Krystalická inteligence zahrnuje veškeré vědomosti, které člověk v průběhu života získal. Také Vágnerová (2007, s. 328, s. 330) odkazuje na zachování krystalické inteligence, která se s postupujícím věkem zásadně nemění. Senioři používají „*dříve osvojené znalosti, způsoby uvažování, zafixované strategie*“. Autorka uvádí, že hypotetické uvažování a plánování je řízeno prospektivní pamětí. U osob seniorského věku je funkce této paměti snížena, proto mají tito jedinci potíže s výbavností plánovaných aktivit, dodržením jejich posloupnosti i časového vymezení. Dochází k „*poklesu schopnosti koordinovat a integrovat jednotlivé kognitivní funkce*“ s jinými psychickými procesy, jako je například emoční prožívání.

Vlivem stáří se mění životní styl seniorů i způsob jejich uvažování. Často využívají zafixované strategie, přístup k řešení problémů je rigidní. Striktně odmítají nové způsoby uvažování, protože zpracování informací je pro ně náročné. Vůbec jakákoli změna je pro seniory zátěží. Obávají se nových zkušeností, upřednostňují rutinu a stereotyp. (Vágnerová, 2008). Haškovcová (1989) uvádí, že starší lidé jednají na základě osvědčených postupů. Mají strach z věcí, které neznají. Nedůvěřují nejen novým věcem, ale i novým lidem, zejména mladšího věku. Příčinou je pokles psychické adaptability. Pokud senior změní bydliště, i když je to změna k lepšímu, velmi těžko si zvyká na nové prostředí a nové lidi. Co se týče změn, je velmi nedůvěřivý. Není nic zvláštního, že pokud je to možné, chodí za svými známými do původního bydliště, často odmítá změnit lékaře.

Jak uvádí DeVito (2001), komunikace je nejvíce důležitou a užitečnou dovedností lidstva. Jejím prostřednictvím zakládáme, udržujeme, ukončujeme i napravujeme mezilidské vztahy. Získáváme, předáváme a vyměňujeme si informace. Dle Kulišťáka (1997) je komunikace pro lidi něco tak samozřejmého, že její důležitost si uvědomíme mnohdy až tehdy, když narazíme na komunikační překážku. Překážkou může být cizí jazyk, sluchová porucha nebo porucha řeči. Dle Klenkové (2006) se do verbální komunikace promítá inteligence jedince. Vágnerová (2008) uvádí, že kolem 70. roku se u zdravých lidí začínají měnit jazykové kompetence. Slovní zásoba sice zůstává zachována, ale zhoršuje se schopnost jejího využívání. Senioři svá sdělení zjednodušují a zkracují, občas si povídají sami se sebou. V komunikaci se odráží změna životního stylu, například zúžení sociálního okruhu, menší počet sociálních kontaktů i emočních prožitků. Velmi oblíbenými komunikačními tématy jsou rodinné vztahy, vnoučata, jídlo, vzpomínky na prožité události a zejména zdraví. Senioři na sebe velmi často poutají pozornost právě povídáním o svých potížích a svém zdravotním stavu.

Stuart-Hamilton (1999) uvádí, že pro seniory je velmi důležité, jak vnímají sami sebe a jak jsou spokojeni se svým životem. Nastupující tělesné změny mohou být příčinou narušeného sebeobrazu. Tyto změny je do jisté míry možné korigovat pomocí lékařské péče a kosmetiky. Na životní spokojenost seniora působí i jiné faktory, které mohou být zatěžující. Nejzávažnějším faktorem je odchod do důchodu a ovdovění. Autor uvádí, že lépe se ze ztrátou životního partnera vyrovnávají muži. Dalším stresujícím faktorem je úmrtí přátel nebo mladších příbuzných, negativní změny zdravotního stavu i finanční potíže. Všechny dané situace vnímá senior jako velmi zatěžující a problematické. Tělesné i duševní změny jsou vzájemně podmíněny a často se člověk dostává do bludného kruhu. Z toho důvodu je důležité, aby se senior v maximálně možné míře věnoval svým zálibám a co nejaktivněji prožíval svůj život.

Pozitivně působí udržování sociálních kontaktů s přáteli, sousedy a zejména podpora rodiny. Také Kalvach a Onderková (2006) upozorňují na nebezpečí sociálního vyloučení seniorů, které může vést k frustraci, rezignaci, ztrátě sebeúcty a někdy i k asociálnímu nebo antisociálnímu chování. Dle Haškovcové (1989, s. 101) se mohou senioři cítit jako „*cizinci ve vlastním světě*“. Mnohdy ztratili svého životního partnera, své vrstevníky, nemají při sobě člověka, který by ve stejném období prožil obdobné prožitky. Problémy současného světa je nezajímají, tito lidé se stahují do sebe. Senioři velmi často bilancují svůj život, vzpomínají na důležité věci, na dobré i ty špatné. Přemýšlí, jestli neměli něco udělat jinak, přemýšlí nad svými rozhodnutími. Mohou pociťovat smutek, bolest, nespokojenost, nebo naopak radost, spokojenost.

Také Vágnerová (2008, s. 343) upozorňuje na změny v oblasti emocionality. Zátěžovou situací jsou významné osobní ztráty - ztráta partnera, ekonomické soběstačnosti. S těmito ztrátami dochází ke zvýšení stresu a frustrace. Téměř neexistuje senior, který se nemusí vyrovnávat s určitou ztrátou. Obvykle není možné ztracené hodnoty nahradit. Typ temperamentu každého člověka určuje, jakým způsobem bude prožívat emoce. V průběhu stárnutí dochází na jedné straně ke zklidnění v emočním prožívání, na druhé straně se zvyšuje citlivost vůči podnětům. Snižuje se frustrační odolnost i odolnost vůči zátěži. Pozitivní na stáří je to, že senioři lépe rozumí vlastním emocím než mladší lidé. Dokáží přesněji rozlišovat vlastní pocity a přijali fakt, že se s pocity musí vyrovnat. Velký důraz kladou na dlouhodobé a spolehlivé vazby, zejména v rámci rodiny. Dle autorky poměrně často dochází v seniorském věku „*k akcentaci formální vůle*“, senior často trvá na svém rozhodnutí za každou cenu, i když postrádá smysl.

Jak uvádí Kalvach a Onderková (2006), spousta seniorů trpí obavami, že jejich život postrádá smysluplnost. Mají strach i z věkové diskriminace. Bojí se, že z důvodu vyššího věku jim bude upíráno právo samostatně se rozhodovat, budou podceňováni, nerespektováni a ponižováni. Dle Vágnerové (2008) je pro spokojené seniory důležitá stimulace, udržování sociálních kontaktů, vytvoření pocitu jistoty a bezpečí, udržení autonomie a ponechání naděje a otevřené budoucnosti.

2. Demence

2.1 Charakteristika demence

U demencí dochází ke znatelnému snížení poznávacích, neboli kognitivních funkcí. Mezi tyto funkce řadíme paměť, pozornost, vnímání, řeč, schopnost motivace k určité činnosti, plánování činností. Úroveň těchto funkcí můžeme označit jako inteligenci (Jiráček in Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009). Demence je dle Bartoše (Bartoš in Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 20) definována jako *„úbytek intelektových schopností oproti předchozí úrovni“*. Jedinec s demencí obtížněji zvládá sociální, pracovní a běžné činnosti života. Jak uvádí Pidrman (2007), demenci můžeme definovat jako velmi závažnou poruchu poznávacích funkcí, která má zásadní vliv na život jedince. V jiném díle Pidrman (Pidrman in Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 19) uvádí, že demenci tvoří tři základní skupiny symptomů. Odkazuje na tzv. příznaky *„ABC demence“*:

- *„A – aktivity denního života – jejich poruchy“*
- *„B – behaviorální poruchy“*
- *„C – kognitivní poruchy“*

Kolibáš (Kolibáš in Pidrman, Kolibáš, 2005) popisuje demenci jako syndrom, který je charakteristický poruchou paměti, intelektových schopností, pozornosti, myšlení a konání. Projevu se poruchami kognitivních funkcí, přidruženými psychiatrickými a motorickými příznaky. Zgola (2003, s. 20) charakterizuje demenci jako velkou ztrátu části osobnosti. Demence způsobují poruchy paměti a poruchy ostatních poznávacích funkcí. Za důležité považuje nevratnost stavu jedince. Osobě postižené demencí se může dařit lépe, když se vytvoří příznivé prostředí, *„duševní nezpůsobnost však zůstává“*. Král (2012, s. 118) definuje demenci *„jako syndrom globálního kognitivního úbytku tvořený poruchou paměti a nejméně jedné z následujících poruch“*:

- *„porucha abstraktního myšlení“*
- *„porucha úsudku a plánované činnosti“*
- *„afázie, apraxie, agnozie, porucha zrakově prostorových funkcí“*

- „změna struktury osobnosti“

2.2 Klasifikace demencí

Ke dni 1.1.1994 bylo závazně zavedeno české znění Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize (dále jen MKN-10). Oddíl V. „*Poruchy duševní a poruchy chování (F00 – F99)*“ obsahuje skupinu duševních poruch. Demence (F00 – F03) je charakterizována jako „*syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy*“. Při demenci „*dochází k porušení nervových funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek*“ (MKN-10, s. 185, s. 186, s. 187).

MKN-10 (s. 188) klasifikuje demence následovně:

- „*F00 – Demence u Alzheimerovy nemoci*“
- „*F01 – Vaskulární demence*“
- „*F02 – Demence u jiných nemocí zařazených jinde*“
- „*F03 – Neurčené demence*“

V současnosti připravuje Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) další, v pořadí již jedenáctou revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí (dále jen ICD-11). Její platnost je připravována na rok 2018. Pro daný dokument byla utvořena řídicí skupina poskytující strategická a technická doporučení WHO pro finální dokončení rozpracovaných podkladů k ICD-11 (World Health Organization, 2017, online).

Veřejnost má možnost nahlédnout na návrh ICD-11 na webových stránkách WHO. V tzv. Beta Draft (Mortality and Morbidity Statistics) jsou pod jednotlivými kódy rozpracovány choroby a nemoci, kde je možné prohlížet jednotlivé charakteristiky příslušných nemocí (World Health Organization, 2017, online).

V souvislosti s obsahem diplomové práce je vybrána charakteristika demence a Alzheimerovy nemoci jako jedné z příčin onemocnění demencí.

Demence je v ICD-11 zařazena pod kódem 8A40 a je součástí nemocí nervového systému. ICD-11 demenci definuje jako mozkovou chorobu, kterou charakterizuje zhoršení

kognitivních funkcí. Dané zhoršení se projevuje ve dvou nebo více oblastech, např. paměť, pozornost, vyjadřování, rozhodovací funkce, sociální chování a úsudek, psychomotorická rychlost, vizuálně percepční či vizuálně prostorové schopnosti. Postižení kognitivních funkcí nelze celé pojmut jako normální proces stárnutí, velmi výrazně však zasahuje do běžných aktivit denního života osob s demencí a také eliminuje schopnost samostatnosti osob postižených danou nemocí (World Health Organization, 2017, online).

Alzheimerova choroba je jednou z příčin demence. Dle ICD-11 je zařazena pod kódem 8A40.1 a její definici je následující: „*primárně degenerativní mozková choroba neznámé etiologie, kde jsou ve většině případů (s výjimkou genetické formy) charakteristické neuropatologické a neurochemické vlastnosti*“. Daná nemoc se velmi zákeřně projevuje zejména ve svém počátku a velmi pomalu se rozvíjí, vytrvale až několik let (World Health Organization, 2017, online).

Na MKN-10 odkazuje také Bartoš (Bartoš in Bartoš, Hasalíková, 2010). Demenci dle obecných diagnostických kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize autoři dělí na mírnou, středně těžkou a těžkou demenci. U jedinců s mírnou demencí jsou denní činnosti částečně omezeny poklesem paměti, přesto tito lidé mohou i nadále žít soběstačným životem. Středně těžká demence již velmi výrazně determinuje soběstačný život, omezeno je ukládání nových informací do paměti a stávající informace jsou těžce vybavitelné. Těžká demence znemožňuje jakýkoli samostatný život. Lidé trpící tímto stupněm demence nejsou schopni rozpoznat ani své nejbližší příbuzné.

Dle Kolibáše (Kolibáš in Pidrman, Kolibáš, 2005) můžeme demence klasifikovat do tří kategorií:

- „*primární degenerativní demence (Alzheimerova choroba)*“
- „*sekundární demence (vaskulární)*“
- „*smíchané (AD/vaskulární)*“

Bartoš (Bartoš in Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 24, s. 26) klasifikuje demence dle lokalizace:

- „*kortikální demence – vznikají postižením korových funkcí a projevují se poruchami paměti, afází, apraxií, prostorovou dezorientací aj. Mezi kortikální demence patří*“:
 - „*Alzheimerova demence*“

- „*různé varianty frontotemporální lobární degenerace*“
- „*subkortikální demence – jsou postiženy podkorové struktury, zejména bazální ganglia. Hlavním příznakem je zpomalení psychického a pohybového tempa, časté jsou perseverace, stereotypní činnost, parkinsonský syndrom. K subkortikálním demencím řadíme*“:
 - „*vaskulární demence*“
 - „*demence při Parkinsonově nemoci*“
 - „*vzácné neurodegenerativní demence*“
 - „*Wilsonova demence*“
- „*demence s lokalizovanými neurologickými příznaky*“
 - „*hemiparéza, afázie (vaskulární demence, subdurální hematom, hydrocefalus)*“
 - „*mozečkový syndrom, ataxie (mozečkový nádor, multisystémová atrofie)*“

Demence dle příčiny dělí na dvě skupiny Jirák (Jirák in Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 19)

- „*demence vznikající na základě atroficko-degenerativního procesu*“ – snižuje se počet nervových buněk a jejich synapsí, narušují se funkce nervových buněk, tvoří a ukládají se patologické bílkoviny. V nadměrném množství se uvolňují volné kyslíkové radikály, které eliminují enzymy v mozku.
- „*symptomatické – sekundární demence*“, jejichž příčinou vzniku jsou úrazy hlavy, nádory infekce, záněty, intoxikace, cévní mozkové příhody, mnohočetné drobné mozkové infarkty. Mezi velká rizika patří také věk.

Pidman (2007, s. 31, s. 32) odkazuje na klasifikaci následovně:

- „*primárně degenerativní demence*“
 - „*Alzheimerova demence*“
 - „*demence s Lewiho tělísky*“
 - „*frontotemporální demence*“

- „*sekundární a smíšené demence*“
 - „*vaskulární demence*“
 - „*metabolické demence*“
 - „*toxické demence*“
 - „*demence při Parkinsonově chorobě*“
 - „*demence při Huntingtonově chorobě*“
 - „*traumatické demence*“
 - „*demence při nádorech centrální nervové soustavy*“
 - „*demence při infekcích*“

- „*smíšené demence*“
 - „*smíšená Alzheimerova/vaskulární demence*“
 - „*smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence*“
 - „*ostatní smíšené demence*“

Všechny odborné disciplíny třídí své poznatky. Svou vlastní klasifikační strukturu začala rozvíjet i americká psychiatrie, která v roce 1952 vytvořila první diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-1. Velký rozvoj poznatků vedl ke klasifikačním změnám. V současnosti je platná pátá revize diagnostického a statistického manuálu duševních poruch DSM-5 (dále jen DMS-5). Mezi jednu z nejvýraznějších změn patří zejména klasifikace demencí. Dle manuálu „*neurokognitivní porucha zahrnuje demence a amnestické poruchy, je dělena na mírnou a závažnou*“. Pojem demence zůstal zachován z důvodu jeho užívání v lékařském prostředí a označuje hlavně degenerativní onemocnění týkající se starších dospělých. Termín neurokognitivní porucha se používá „*u mladších jedinců se sekundárním poškozením*“. Jako příklad lze uvést traumatické poškození mozku nebo infekci HIV (American Psychiatric Association, 2015, s. XIV, s. 621).

Diagnostickým kritériem závažné neurokognitivní poruchy je stížnost pacienta, blízké osoby nebo lékaře, že výrazně poklesly kognitivní funkce a podstatně byla narušena kognitivní výkonnost. Daný „*deficit narušuje běžné činnosti jedince*“ a také ho „*nelze lépe vysvětlit jinou duševní poruchou*“. Mírnou kognitivní poruchu lze diagnostikovat, pokud se jedinec stěžuje

na mírný pokles kognitivních funkcí (tyto informace může sdělit také blízká osoba nebo lékař) a dochází k mírnému narušení kognitivní výkonnosti, která nenarušuje soběstačnost dané osoby v běžných činnostech. Zároveň kognitivní deficit „nelze lépe vysvětlit jinou duševní poruchou“. Závažnou nebo mírnou kognitivní poruchu způsobuje Alzheimerova nemoc, traumatické poškození mozku, léky, infekce HIV, prionové onemocnění, Parkinsonova nemoc, Huntingtonova nemoc a jiná somatická onemocnění. DSM-5 dále poukazuje na možnost výskytu závažné nebo mírné frontotemporální i vaskulární neurokognitivní poruchy a závažné nebo mírné neurokognitivní poruchy s Lewyho tělísky. DSM-5 rozlišuje také závažnou nebo mírnou neurokognitivní poruchu způsobenou více etiologiemi a nespecifikovanou neurokognitivní poruchu (American Psychiatric Association, 2015, s. 633, s. 635).

2.3 Demence a její projevy

Jak uvádí Pidrman (2007), demence je problém, který se netýká pouze vyspělých států, ale má celosvětový charakter. Délka života se prodlužuje, čímž dochází ke zvýšení stárnutí populace. S nárůstem počtu seniorů se výrazně zvyšuje riziko onemocnění demencí. Dle Jiráka (Jiráček in Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009, s. 20) je demence jedním z nejčastějších onemocnění a stává se celosvětovým problémem. Hlavní rizikem této nemoci je věk a s ním související změny v oblasti psychických a fyzických (strukturální změny v mozku) kompetencí. Na demenci má negativní vliv stres, psychická nepohoda, absence intelektuálních činností i zátěžové situace. Na vzniku tohoto onemocnění se ve velké míře podílejí atroficko-degenerativní procesy, kde degradují některé bílkoviny, tvoří se a ukládají patologické bílkoviny. „Dochází ke snížené tvorbě a uvolnění neurotransmiterů – látek uvolňovaných z nervových zakončení a vážících se na receptory. Touto vazbou dochází k přenosu vzruchu mezi jednotlivými nervovými buňkami. V důsledku neurodegenerace dochází k porušení funkce mozku, což pak vede ke vzniku syndromu demence“. Vliv na vznik demence mají i různé úrazy mozku, prodělané infekce, intoxikace, metabolické změny i záněty.

Jak již bylo uvedeno v podkapitole 2.1, Pidrman (Pidrman in Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 19) odkazuje na tzv. příznaky „ABC demence“.

2.3.1 Postižení aktivit denního života

Mezi běžné aktivity v životě člověka patří vykonávání profese, plánování pracovních i soukromých aktivit, péče o vlastní osobu a domácnost, hospodaření, finanční plánování, řešení každodenních událostí, cestování a jiné. Postižení aktivit denního života je přímo úměrné rozsahu demence. Zpočátku se potíže vyskytují tehdy, když člověk řeší složitější situace v pracovním životě. U pokročilejších demencí jsou postiženy i zcela jednoduché aktivity, k nimž patří oblékání, svlékání, udržování osobní hygieny. U těžkých demencí je člověk zcela odkázán na péči rodiny, či ústavních zařízení (Jirák in Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Jak uvádí Pidrman (2007), demence negativně zasahuje do života jedince, omezuje jeho samostatnost i vykonávání každodenních aktivit. Jak demence postupuje, člověk postupně ztrácí schopnost vykonávat svou profesi, řídit motorové vozidlo. Mezi další aktivity denního života autor řadí také dodržení schůzek, cestování bez doprovodu, koníčky, schopnost výběru vhodného oblečení, samostatnou hygienickou péči i oblékání se. Nemocný velmi často není schopen vykonávat ani běžné činnosti jako je samostatný pohyb, péče o domácnost i sebe sama. Stává se čím dál víc závislejším na pomoci okolí. Kalvach (2006) považuje ztrátu soběstačnosti za jeden z nejzávažnějších problémů lidí s demencí. Pro zachování stávajících schopností je dle autora důležitá nejenom rehabilitace, ale také úprava prostředí a využívání nezbytných kompenzačních pomůcek.

2.3.2 Behaviorální a psychologické příznaky demence

Pidrman (Pidrman in Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 23) dělí behaviorální poruchy do dvou skupin dle symptomů. Jedná se o behaviorální a psychologické symptomy. Jedním z behaviorálních symptomů je bloudění, které se vyskytuje u středně těžké a těžké fáze demence. Patří k nejčastějším příznakům tohoto onemocnění. Jeho nebezpečí spočívá v tom, že se pacient může vážně zranit nebo ztratit. Příčinou bloudění je dezorientace, zejména pokud se osoba s demencí ocitne v prostředí, které nezná, například přemístění do nového bydliště, ústavního zařízení, nebo nemocnice. Další příčinou může být hledání nějaké osoby nebo věci,

ale i skutečnost, že se pacient cítí osamocený. Jako další behaviorální symptom autor uvádí agitovanost a agresivitu. Daný symptom může být ovlivněn snížením kognitivních schopností, medikací, prostředím. U žen se vyskytuje verbální agresivita mnohem častěji než u mužů. Pro muže je naopak častější fyzická agrese. Mezi projevy agitovanosti můžeme zařadit „*bezcílné chození, noční chození, toulání*“. Dané chování vyjadřuje úzkost nemocného a může být i formou obranného jednání v situaci, kterou není schopen pochopit. Kolibáš (Kolibáš in Pidrman, Kolibáš, 2005) uvádí, že agresivita lidí s demencí může být zaměřena jednak verbálně (nadávání), tak i vůči předmětům (bouchání dveří, trhání prádla). Nemocný může naznačovat fyzický útok, ale také zaútočit.

Mezi psychologické symptomy řadí Pidrman (Pidrman in Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 29) bludy, halucinace, poruchy nálad a poruchy spánku. Blud definuje jako chorobnou nevyvratitelnou myšlenku, která ovlivňuje jednání. Jedinec s demencí například trpí představou, že je okrádán (nejčastější blud). Nemocný je přesvědčen, že dům, ve kterém žije, není jeho domovem (jiný blud). Mezi další velmi časté bludy patří přesvědčení o nevěře ze strany partnera a pocit, že pacienta chtějí pečující zlikvidovat. Osoba s demencí může vnímat cosi, co ani neexistuje. Tehdy se jedná již o halucinace. Nejčastěji se vyskytují zrakové a poté sluchové halucinace. Přibližně u 50% lidí trpících demencí se vyskytují poruchy nálad, které „*zahrnují zejména depresi, úzkost, fobie*“. Časté jsou i poruchy spánku, kde je narušený rytmus spánek/bdění. Nemocný v noci nemůže spát a naopak přes den spí nebo pospává. Na halucinace a poruchy spánku odkazuje také Jiráček (Jiráček in Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009). Osoby s demencí trpí nejčastěji na zrakové a sluchové halucinace, jiné halucinace, jako například čichové se vyskytují ojediněle. Autoři upozorňují, že je lepší projevit účast a lítost, než halucinace vyvracet. Je žádoucí snažit se upoutat nemocného jiným podnětem. Při poruchách spánku je nejvíce postižen cyklus spánku/bdění. Staří lidé hůře usínají a v noci se mohou budit. Pidrman (2007) uvádí, že více než 30% seniorů trpí poruchami spánku, což má vliv na snížení aktivity i výkonu.

Také Jiráček (Jiráček, in Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009) poukazuje na fakt, že behaviorální příznaky jsou změny, které ovlivňují chování - u lidí postižených demencí se velmi často projevuje agitovanost, agresivita, podvečerní i večerní stavy zmatenosti, toulání se, bloudění i poruchy spánku. Tyto příznaky se mohou vyskytovat již v počátečním stadiu nemoci, ale obvykle se nejvíce rozvíjí ve středním a těžkém stadiu demence. Často se přidružují i psychotické příznaky jako jsou například deliria, deprese, halucinace, bludy a misidentifikace. Jednou z forem misidentifikace je, že nemocný přestává poznávat své blízké a považuje je

za cizí osoby. Jiná forma je, že nemocný nepozná ani svůj vlastní byt, dokonce nepoznává vlastní obraz v zrcadle.

Demence má výrazný vliv na prožívání emocí. Emoce se mohou projevovat apatií, výbušností, proměnlivostí nálad, labilitou. Nesmíme zapomínat, že i lidé s demencí potřebují své emoce projevit a reagovat na emoce jiných lidí (Zgola, 2003). Jak uvádí Pidrman (Pidrman in Pidrman, Kolibáš, 2005), s demencí se často pojí deprese, která má velký vliv na prožívání emocí. Deprese se vyskytuje u 20-50% lidí s demencí. Projevuje se depresivní náladou. Méně často se objevují manické syndromy, když má člověk povznesenou náladu a vykazuje vyšší pohybovou aktivitu. V počáteční fázi demence se často objevují úzkostné poruchy. Projevují se napětím svalstva, opakováním některých slov a křikem. Na poruchy nálad, zejména deprese odkazuje také Pidrman (2007). Deprese může být často zaměňována za únavu. Člověk v depresi špatně komunikuje, může odmítat jídlo i pití a velmi málo si stěžuje. Proto je potřeba věnovat pozornost zejména smutku, ztrátě zájmů, zhoršení spánku, agitovanosti, ztrátě zájmu o jídlo a s tím spojenou i ztrátu hmotnosti. Mohou to být příznaky deprese.

2.3.3 Postižení kognitivních funkcí

Fanfrdlová (Fanfrdlová in Rektorová, et al., 2007, s. 31, s. 32) řadí mezi kognitivní funkce „*pozornost, myšlení, paměť, řečové a motorické schopnosti*“. Pidrman (Pidrman in Pidrman, Kolibáš, 2005) považuje poruchu paměti za první a včasný příznak demence. Ve stadiu lehké demence si nemocní vybavují vzpomínky v neúplné nebo zkreslené podobě. U těžších demencí zapomínají důležité události, které se odehrály nedávno a při těžké demenci dochází k amnézii. Také Bartoš, (Bartoš in Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 28) odkazuje na paměť jako na nejdůležitější kognitivní schopnost. Paměť definují jako „*schopnost přijímat, zpracovávat, uskladňovat a vybavovat informaci*“. Autor uvádí „*tři fáze paměťového procesu*“.

- „*vštípení – ukládání informací*“
- „*konsolidace – zpracování a uchování informace!*“
- „*vybavení – bezprostřední a oddálené*“

Jirák (Jirák in Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 13) poukazuje na fakt, že porucha paměti je jedním z prvních signálů rozvoje demence. Paměť dělí dle hledisek. Jako základní typ dělení uvádí paměť deklarativní a nedeklarativní neboli procedurální. Obsah deklarativní paměti je možné popsat, vypovědět prostřednictvím slov. Je možné ji ještě rozdělit na epizodickou (vzpomínky) a sémantickou paměť (je podobná slovníku). Nedeklarativní paměť zahrnuje vše, co se nedá popsat slovy – „*motorické dovednosti (chůze), řečové dovednosti, podmíněné reflexy*“. Dalším typem hlediska dělení paměti je časové schéma. Autor uvádí paměť ultrakrátkou (trvajících řádově pár vteřin), krátkodobou (nazýváme ji také provozní paměť, má přechodný charakter), střednědobou (informace je nutné pravidelně opakovat, aby se v paměti udržely) a dlouhodobou (schopnou udržet informace i celoživotně). Zgola (2003) uvádí, že poruchy paměti znemožňují osobě s demencí získávat nové vědomosti a orientovat se v prostoru i v čase. Staré vzpomínky jsou obvykle zachovány až do pozdějšího stadia demence.

Mezi další důležitou kognitivní funkci dle Jiráka (Jirák in Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 14) patří pozornost, která umožňuje „*zaměřit vnímání k určitému objektu i schopnost vnímat správně více objektů najednou*“. U lidí s demencí se přesouvá koncentrace pozornosti k objektům, které nejsou pro ně důležité, nebo pozornost kolísá. Také se projevují těžké poruchy této kognitivní funkce, například nemocný člověk nevěnuje při přechodu ulice pozornost přijíždějícímu dopravnímu prostředku. Jak uvádí Zgola (2003), lidé s demencí se potýkají s neschopností začít úkol nebo dokončit začatou činnost. Často reagují zmateně a věnují se jednotlivému detailu, přičemž zapomínají na činnost jako na celek.

Kolibáš (Kolibáš in Pidrman, Kolibáš, 2005) odkazuje také na poruchy myšlení, chápavosti a úsudku, poznávání, praxe a vizuálně prostorových schopností. V oblasti myšlení se osobám s demencí utlumuje vybavování představ, nejsou schopni myslet abstraktně, myšlení je obsahově chudší, při těžších demencích až nesouvislé. Demence zasahuje do schopnosti správného hodnocení změn ve vnějším okolí. V těžší fázi nemoci nedokáže nemocný správně vyhodnotit vzniklou situaci a vyžaduje dozor. Svým chováním může způsobit i značné škody, může ohrožovat sebe i jiné lidi. Poruchy chápavosti a úsudky navíc velmi omezují způsobilost k právním úkonům. Co se týče poznávání, člověk s demencí nepoznává tváře svých blízkých a nesprávně identifikuje okolní předměty. Apraxii (neschopnost vykonávat určité pohyby) můžeme definovat jako poruchu motorické zručnosti. Osoba trpící touto poruchou je neobratná při oblékání a není schopná používat běžné předměty, například klíče. V pokročilých stádiích demence se apraxie může promítnout i do chůze. Nemocný je pak odkázán na pomoc při chůzi,

vstávání. Při poruše vizuálně prostorových schopností má nemocný senior s demencí problém vnímat prostorové uspořádání předmětů a poznat prostorové vztahy.

Zgola také (2003, s. 31) upozorňuje na důsledky snížených schopností vhledu a úsudku. Nemocný odmítá pomoc, nepřipouští si problém, nedokáže předvídat, co může jeho chování způsobit a také „*ztrácí zábrany*“.

Jedním z projevů demence je i porucha fatických funkcí. Dle Cséfalvaye a Lechty (2013) se narušená komunikační schopnost projevuje výraznou odchylkou v rovinách jazykového projevu. Dochází k narušení porozumění informací přicházejících od komunikačního partnera. Osoba s demencí se ztrácí v detailech a tím přestává vnímat obsah celého sdělení. Velmi dlouho trvá, než najde odpověď, protože si nemůže vzpomenout na vhodná slova. Také rušivé faktory jako například zvuk televize, rozhovor jiných lidí a další negativně ovlivňují komunikaci. Deficity se mohou objevit jak v produkci vět, tak i v oblasti porozumění větám. Zgola uvádí (2003), že člověk s demencí si sice zachoval schopnost číst, ale nerozumí obsahu toho, co přečetl.

Jak uvádí Cséfalvay a Lechta (2013), ke komunikačním deficitům může docházet v důsledku narušení plynulosti řeči, dále nemusí osoba trpící demencí rozumět mluvenému slovu a může mít potíže se spontánním vyjadřováním. Také artikulace může být nepřesná, vyskytují se agramatismy. Již v raném stadiu demence se projevují deficity na úrovni textu. Jedinec s demencí má narušenou schopnost vytvářet smysluplné příběhy, objevují se potíže s vytvořením si úsudku potřebného pro pochopení úkolu. Zgola (2003) klade důraz na neverbální komunikaci, která má nezastupitelnou roli v péči o člověka s demencí. Autorka vychází z poznatků, že člověk s demencí si hodně věcí pamatuje z minulosti, má životní zkušenosti, vyjadřuje emoce a reaguje na ně. Prostřednictvím komunikace „beze slov“ se můžeme dorozumět s jedincem s demencí.

3. Demence u Alzheimerovy nemoci

3. 1 Charakteristika demence u Alzheimerovy nemoci

Demenci u Alzheimerovy nemoci (dále jen demence u AN) jako první popsal profesor Alois Alzheimer. Jedná se o primární onemocnění šedé kůry mozkové. Vývoj onemocnění je pomalý, plíživý a neustále progreduje (Pidrman, 2007). Na profesora Aloise Alzheimera odkazuje také Koukolík (Koukolík in Koukolík, Jirák, 1999). Autor uvádí, že profesor Alzheimer již v roce 1907 popsal histologický nález nacházející se v mozku jeho pacientky paní A. D., která zemřela v důsledku těžké demence. Spolupracovníci profesora Alzheimera shledali nález natolik odlišným od senilní demence, že se zasadili o používání pojmu demence u Alzheimerovy nemoci.

Jak uvádí Holmerová, Jarolímová, Suchá et al. (2009), přesná příčina demence u AN nebyla dosud zjištěna. Demence u AN se často vyskytuje u lidí po kraniocerebrálním poranění, ale největším rizikovým faktorem je lidský věk. Demence u AN není zcela vyléčitelná, ale již byla vyvinuta medikace, která příznaky onemocnění zmírňuje a tím zlepšuje stav nemocného. Větší šance na úspěch nastává při včasném započetí léčby. Kolibáš (Kolibáš in Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 134) řadí mezi rizikové faktory „*vyšší věk, výskyt AN v I. stupni příbuzenstva, nižší vzdělání, úrazy hlavy*“.

Demence u AN může mít tyto formy:

- „*familiární (vrozená) forma AN*“
- „*sporadická (občasná) forma AN*“

Familiární forma obvykle postihuje lidi do 6 let a většinou se onemocnění v rodině již vyskytlo. Sporadická forma je mnohem častější, je typická pro starší lidi a s přibývajícím věkem riziko onemocnění narůstá. Faktor dědičnosti je přítomen i u této formy, ale ne vždy (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009, s. 40).

Jirák (Jirák in Jirák, Holmerová a Borzová, 2009) řadí demenci u AN mezi neurodegenerativní onemocnění. U této nemoci dochází k tvorbě patologických bílkovin. V prostorách mimo nervových buněk nacházejících se v mozkové tkáni se ukládají chorobně vzniklé bílkoviny nazývané beta-amyloid. Beta-amyloid vytváří drůzy a tím vznikají neuritické

plaky. Čím víc plaků se nachází v mozkové tkáni, tím víc je oblast mozku postižena. Další změna se odehrává přímo v nervových buňkách, tzv. neuronech. V neuronech je degenerován tau-protein, který vytváří vlákna v podobě dvojité šroubovice. Na jejích podkladech se vytvářejí neurofibrilární klubka. Neurony zasažené tímto klubkem přestanou plnit svou funkci a postupně zaniknou. Kromě patologických změn na bílkovinách dochází také k dalším degenerativním změnám. Neurotransmitery slouží na přenos vzruchů mezi nervovými buňkami. Změny jejich funkcí postihují nejdříve acetylcholinergní systém, později systém glutamatergí. Tyto systémy mají vliv na paměť, učení se nových věcí a na poznávací funkce. Ve zdravém organismu dochází k odbourávání volných kyslíkových radikálů. U organismu postiženém demencí u AN je patrná zvýšená tvorba a snížené odbourávání těchto radikálů. Jejich nadbytek způsobuje poškození různých tělesných tkání.

Callone (2006, s. 28) uvádí, že *„demenci u AN způsobuje progresivní odumírání nervových buněk v mozkové hemisféře. Vývoj nemoci může trvat 8 až 20 let, v závislosti na podmínkách a zdravotním stavu člověka. Nemoc postupuje svým vlastním tempem a zhoršení u jednotlivců se neopakuje v jednotné formě a nemá stejné příznaky“*.

Charakteristika demence u AN dle MKN-10 je následující: *„Jde o deteriorace paměti a myšlení, které postupně narušují soběstačnost v aktivitách denního života. Paměť je narušena ve všech složkách a k její poruše patří nedílně i poruchy chování a myšlení. Typický průběh onemocnění: nenápadný začátek, pozvolná progresse a zhoršování kognitivních funkcí, nepřítomnost klinických ani laboratorních známek jiného onemocnění, které by mohlo způsobovat demenci, nepřítomnost náhlých známek neurologického poškození mozku či mozkového poranění“* (Jiráček, Koukolík, 2004 cit. dle Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009, s. 39).

Demence u AN je nejčastěji se vyskytující formou demence. Její výskyt souvisí s prodlužující se délkou života. Tím se zvyšuje počet pacientů, kteří trpí tímto onemocněním. Demence u AN je v současnosti *„čtvrtou až pátou příčinou úmrtí“* (Bartoš in Rektorová et al., 2007, s. 49). Na demenci u AN jako nejčastější formu demence, která tvoří přibližně 50-60% veškerých demencí, odkazují Jiráček, Obenberger a Preiss (1998). Stejně procentuální údaje udává také Kolibáš (Kolibáš in Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 133). Autor charakterizuje demenci u AN jako chronickou progredující degenerativní nemoc, projevující se difúzní atrofií mozku. *„Vždy vede k demenci a výrazně zkracuje život nemocného“*. Toto onemocnění postihuje více

ženy než muže. Co se týče genderových rozdílů, Koukolík (Koukolík in Koukolík, Jirák, 1999) uvádí, že na demenci u AN umírají muži dříve než ženy.

3.2 Klinický obraz demence u Alzheimerovy nemoci

Průběh demence u AN je různý, u někoho probíhá nemoc rychle, u někoho má naopak pomalejší průběh. Počátek nemoci se projevuje poruchami paměti, exekutivních funkcí (schopností něco si naplánovat) a poruchou soudnosti (Kolibáš in Pidrman, Kolibáš, 2005). Na poruchy paměti, které mohou být vnímány jako jeden z projevů stárnutí, odkazují Jirák, Obenberger a Preiss (1998, s. 16). Tyto poruchy se časem stupňují. Lidé s demencí u AN ztrácejí své věci, zapomínají vypnout plyn a také zapomínají „*i starší paměťové obsahy*“.

Koukolík (Koukolík in Koukolík a Jirák, 1999, s. 35) udává několik příznaků typických pro demenci u AN. Mezi první příznaky upozorňující na přítomnost onemocnění řadí poruchu epizodické slovní paměti, která se projevuje zapomínáním běžných denních událostí. K poruchám paměti se přidává „*porucha jazyka*“. Nemocný mluví plynule, ale jeho řeč je po obsahové stránce prázdná. Přidávají se problémy s orientací – nemocní lidé často zapomínají cestu domů, zapomínají i na místa, která běžně navštěvovali. Lidé s demencí u AN mají problémy s plánováním činností. S postupem nemoci se dostavuje deprese, halucinace, agresivita. Mnoho lidí odmítá léčbu, nemají pocit, že by něco nebylo v pořádku. S postupem nemoci jsou spojeny poruchy spánky, bludy, v pokročilé fázi demence u AN se snižuje schopnost komunikace s okolím, nemocní nepoznávají své blízké. V poslední fázi již lidé s tímto onemocněním nejsou schopni udržet oční kontakt s pečovateli, nemluví a trpí inkontinencí.

Pidrman (2007, s. 39) člení typické příznaky – poruchy paměti a řeči následovně:

- „*časné známky*“
 - „*paměť – zapomínání jmen, vytváření pomocných seznamů úkolů, opakované telefonování se stejnou otázkou*“
 - „*řeč – zhoršení artikulace, snížená plynulost vyjadřování*“

- „zřejmé projevy nemoci“
 - „paměť – zapomínání obličejů, zapomínání nedávných událostí, neschopnost dodržet čas jakékoliv schůzky“
 - „řeč- opakování slov, obtíže při navazování komunikace“
- „pozdní známky“
 - „paměť – nepoznávání členů rodiny“
 - „řeč – zabíhavost, perseverace“

Mezi další příznaky řadí Pidrman (2007) ztrátu zvyklostí, etických i estetických pravidel, zájmů. Nemocní podezírají své partnery z nevěry, blízké a pečovatele obviňují z krádeží. Celkově se jejich chování mění, jsou hašteřiví, egoističtější a sobečtější. Nezvládají péči o sebe. Postižené bývají také emoce, vyskytuje se deprese, paranoia. Celkově dochází k velmi rychlé změně osobnosti nemocného.

Někteří autoři popisují klinický obraz demence u AN dle jednotlivých stadií tohoto onemocnění.

Jirák (Jirák in Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 32) člení demenci u AN na lehkou, střední a těžkou demenci.

- „Lehká demence“ – typické jsou poruchy paměti, které lze změřit prostřednictvím testovacích metod. Postižená je zejména krátkodobá a střednědobá paměť. Nemoc se projevuje i aktivitách denního života, hlavně v profesní oblasti. Někdy nastávají také poruchy orientace a poruchy nálad.
- „Střední demence“ – výrazné zhoršování paměti je patrné ve všech složkách, často dochází k časové i prostorové dezorientaci.
- „Těžká demence“ – typické jsou těžké poruchy paměti, neschopnost zapamatovat si nové informace. Proto také dochází k dezorientaci. Nemocní nepoznávají své blízké.

Stejné členění demence u AN uvádí také Kolibáš (Kolibáš in Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 168). Ve stadiu lehké demence uvádí navíc lehkou epresivní afázii, ztrátu iniciativy a „bezradnost v nových situacích“. Stádium středně těžké demence je typické zhoršování komunikačních schopností, „poruchy vnímání, myšlení a konání“. Člověk s demencí u AN potřebuje pomoc a dohled při běžných aktivitách. V posledním, těžkém stadiu demence nemocný není schopen chůze, neumí se sám stravovat, stává se plně závislým na pečovateli. Trpí inkontinencí. Není schopen pochopit konání jiných lidí a nechápe běžné situace.

Callone (2006, s. 31, s. 43, s. 60, s. 79, s. 81) dělí demenci u AN do tří stadií.

- Rané stadium nemoci (rozsah obvykle 3 – 5 let) – první oblast mozku (blízko hippocampu), ve které dochází k odumírání mozkových buněk v důsledku nemoci, je paměť. „*Zbytek mozku pracuje normálně*“. Pokud úsudek, logické myšlení a sociální dovednosti ještě fungují normálně, může si nemocný člověk vytvořit náhradní způsoby, jak se vyrovnávat se ztrátami paměti. Může se také zhoršovat řeč, komunikace se z toho důvodu stává obtížnější. Hybnost omezená není. V tomto období nemoci si málokdo uvědomuje, že nastává nějaký problém, protože nemocná osoba působí normálně a vůbec nevyhledá lékaře.
- Mírné stadium nemoci (rozsah obvykle dalších 3 – 5 let) – „*odumírání mozkových buněk se šíří do celého mozku. V této fázi má nemocný problémy s oblékáním ztrácí se či ztrácí orientaci, nemůže si vybavit, jak se používají jednotlivé předměty běžné denní potřeby*“. V tomto období začíná být problematické řízení auta. Nemocný člověk není schopen integrovat všechny vizuální a sluchové informace z okolí se správnou reakcí těla a ovládáním volantu a pedálů. Děje se tak z důvodu poškození mozku v oblasti „*temenních mozkových laloků*“. Nemocný si navíc nezapamatuje myšlenky na tak dlouhou dobu, aby je mohl vyjádřit slovně. Někdy dochází k tomu, že člověk s demencí u AN začne opět používat svůj rodný jazyk, ačkoli jím léta nemluvil. V této fázi nemocný obvykle přichází k lékaři. Rodinní příslušníci a známí si začínají všimnout, že je potřeba odborné lékařské vyšetření.
- Pokročilé stadium nemoci – člověk ztrácí schopnost správně reagovat. Je to stadium, kdy ošetřovatelé již nejsou schopni se o pacienta postarat doma. Dochází ke ztrátě úsudku, logického myšlení a sociálních dovedností. Nemocný není schopen vykonávat nic složité, selhávají také tělesné funkce. Poškození mozku postupuje do oblasti „*čelního mozkového laloku*“, následkem čeho člověk reaguje nepřiměřeně. Dochází ke ztrátě společenského chování. Dané poškození se může projevat prostřednictvím agrese, vzteku nebo naopak nemocný může být apatický a lhostejný k podnětům. Selhává také dlouhodobá paměť. I tak je možné vyvolat některé vzpomínky prostřednictvím „*obrázků a zvuků a přinášet tak příjemné pocity jak nemocnému, tak i pečujícímu*“. V tomto stadiu demence u AN často bývá nemocný zcela nebo částečně upoután na lůžko. Z nedostatku pohybu se mohou vytvořit proleženiny.

3.3 Diagnostika demence

Borzová (Borzová in Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009, s. 26, s. 27, s. 28) poukazuje na fakt, že diagnóza demence bývá velmi často podceňována. Příznaky provázející demenci bývají připisovány stárnutí jedince jak jeho rodinou, tak i lékaři. Veškeré příznaky připomínající demenci je nutné pečlivě vyšetřit. Diagnostického procesu se účastní nejenom pacient a zdravotní personál, důležitá je i přítomnost pečovatele (pokud o pacienta někdo pečuje). Autorka řadí mezi důležitá vyšetření anamnézu, orientační vyšetření kognitivních funkcí a „zobrazovací metody“.

- „*Anamnéza*“ – je nutné udat objektivní data. Pokud je neumí podat osoba s podezřením na onemocnění demencí, měl by tak učinit nejbližší příbuzný nebo pečovatel. Důležité jsou informace o „*úrazech hlavy, mozkových příhodách, onemocněních srdce, poruchách metabolismu, přítomnosti demence u přímých příbuzných, užívaných lécích*“.
- „*Orientační vyšetření kognitivních schopností*“ – testují se veškeré „*neurologicko-psychiatrické funkce, které jsou v těchto procesech narušené: paměť, řeč, schopnosti orientovat se v prostoru, schopnost obsluhovat domácí spotřebič, poznávací funkce, exekutivní funkce*“. K testování kognitivních funkcí se používají testy, které s nemocným provádí psychologové, psychiatři a neurologové.
 - „*MMSE (Mini-Mental State Examination)*“ se používá nejčastěji. Jedná se o orientační test, pomocí kterého testovaný odečítá od stovky sedmičku, musí si zapamatovat tři slova – hned a pak po jisté prodlevě, pacienta testuje v „*orientaci osobou, místem i časem*“ a podobně.
 - „*Wechslerova škála paměti*“ – prostřednictvím testu se testuje slovní i zrková paměť, orientace, logická paměť, psaní i počítání.
 - „*WAB*“ testuje řečové funkce, jako je „*spontánní řeč, opakování a porozumění. V druhé části se hodnotí čtení, psaní, počítání, vykonání úkolů*“.
- „*Zobrazovací metody*“ – na úbytek mozkové tkáně, patologické útvary (metastázy, nádory) a změny prokrvení upozorní zobrazovací techniky, mezi které patří „*computerová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MR)*“.

Bartoš (Bartoš in Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 35, s. 36, s. 39) upozorňuje na deset varovných příznaků poukazujících na možné onemocnění demencí u AN:

- „*ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly*“
- „*problémy s vykonáním běžných činností*“
- „*problémy s řečí*“
- „*časová a místní dezorientovanost*“
- „*špatný nebo zhoršující se racionální úsudek*“
- „*problémy s abstraktním myšlením*“
- „*zakládání věcí na nesprávné místo*“
- „*změny v náladě nebo chování*“
- „*změny osobnosti*“
- „*ztráta iniciativy*“

Autor uvádí, že v rámci anamnézy je žádoucí vést rozhovor nejenom s nemocným, ale také s osobou jemu blízkou. Anamnéza má být zaměřená na zjišťování paměťových schopností, řečových schopností, na funkce exekutivní a frontální a také na ostatní symbolické funkce jako je „*apraxie a zrakově-prostorové schopnosti*“. Dále se zjišťují poruchy chování a nálad a předmětem anamnézy jsou i aktivity denního života.

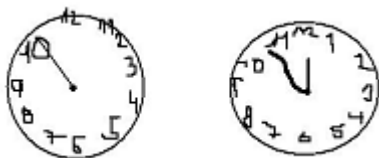
Při testování kognitivních funkcí se používá množství testů. Mezi nejznámější a nejpoužívanější testy patří například:

- „*test kreslení hodin*“
- „*test časoprostorové orientace*“
- „*sedmičkový test*“
- „*testování řečových schopností*“
- „*test slovní produkce*“
- „*krátký test kognitivních schopností*“

(Bartoš in Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 43, s. 44, s. 45, s. 46, s. 48, s. 49)

Při Testu hodin má vyšetřovaný za úkol nakreslit hodiny a zobrazit na nich určený čas. Posuzuje se nakreslení kruhu, zakreslení číslic ve správném pořadí i s příslušnými rozestupy a správně zobrazený čas – ručičky hodin. Pokud má vyšetřovaný potíže s nakreslením kruhu, čísla jsou rozházená, nebo ručičky jsou nakresleny nesprávně, poukazuje Test hodin na možnost onemocnění demencí (Alzheimercentrum, 2015, online).

Příklad chybného zaznamenání času je patrné na této kresbě hodin:



Obrázek č. 1 – Test hodin

Zdroj: <http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo-onemocneni/testy-demence/>

Jirák, Obenberger a Preiss (1998, s. 23) uvádí, že pro diagnózu demence u AN je nutné psychiatrické vyšetření a sestavení anamnézy, přičemž se používají pomocná vyšetření sloužící ke zpřesnění diagnózy. Moderní zobrazovací metody (computerová tomografie a magnetická rezonance) obvykle odhalí „obraz mozkové atrofie“. Používají se také „metody zobrazující metabolismus mozku – SPECT – single photon emission computerised tomography“. SPECT ukazuje „snížení mozkového korového glukózového metabolismu“.

Na důkladné provedení anamnézy upozorňuje také Kolibáš (Kolibáš in Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 127, s. 128). Lékař provádějící anamnézu by se měl zajímat o fakt, zda nemocný prodělal vážnější tělesné nemoci, poranění hlavy, zda v některém období trpěl depresemi, užíval návykové látky. Standardně by měly být vyšetřeny kognitivní funkce, mezi nejužívanější testy autor řadí již zmíněné testy MMSE, krátký test kognitivních funkcí, test kreslení hodin. Za účelem diagnostiky demence u AN jako velmi spolehlivý uvádí autor test „kognitivní část škály na hodnocení AN, tzv. ADAS-cog“. Za nevyhnutelnou součást vyšetření pacientů jsou považována interní a neurologická vyšetření, kompletní krevní obraz a biochemický screening (bílkoviny, moč, glykémie a další). Ve složitějších případech se používají specializovaná vyšetření. Mezi nejdostupnější vyšetření patří EEG – elektroencefalografie. Dále autor uvádí, že se velmi často využívají také zobrazovací metody, (kupříkladu již zmíněna magnetická rezonance a computerová tomografie). Pomocí magnetické rezonance se u měření objemu hipocampu dá velmi spolehlivě určit „riziko vzniku AN“.

Jak uvádí Koukolík (Koukolík in Koukolík, Jirák, 1999, s. 10, s. 11, s. 12, s. 16), na syndrom demence poukazují „poruchy paměti, poznávání, řeči a jazyka, praxe a sociální adaptace“. Nejjednodušší diagnostikou je orientační několika minutový test:

- 1. zjišťuje se časoprostorová orientace – „místo, rok, den, měsíc“

- 2. pacientovi se řeknou tři slova, které si má zapamatovat a po pěti minutách je na ně dotázán
- 3. mezitím pacient odečítá „sedmičky od padesátky“

Pokud test potvrdí podezření na demenci, pacient je podroben dalším testům. Autor odkazuje na MMSE test, pomocí kterého je možné vyšetřit „základní neuropsychologické funkce – paměť, časoprostorovou orientaci, orientaci osobou, řeč a jazyk“. Dále jsou doporučeny různé „laboratorní vyšetření včetně zobrazovacích metod“. Demence je onemocnění, které je nutné léčit komplexně. Kromě nasazení medikace jsou nedílnou součástí léčby také různé terapie, či metody aktivizace (Jiráček in Koukolík, Jiráček, 1999).

Orientační diagnostický test (MMSE) spočívá ve vyšetřování:

„orientace“ - dnešní datum, v jakém městě se nacházíme a podobně

„zapamatování“ - vyjmenujeme tři různé věci, které má vyšetřovaný za několik minut zopakovat

„pozornost a počítání“ - odečítání od sta vždy sedm pětkrát za sebou

„vybavování“ - zopakovat slova, které jsme vyšetřovanému před časem řekli

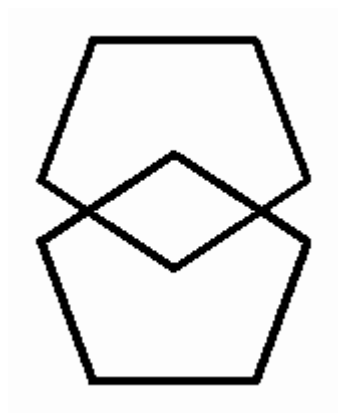
„pojmenování předmětu“ - ukázat na předmět a zeptat se, co to je

„opakování“ - vyšetřovaný opakuje větu, kterou jsme mu řekli

„stupňovaný příkaz“ - přesně stanovíme, co má vyšetřovaný udělat a hodnotíme, jak úkol provedl

„psaní“ - píše se libovolná smysluplná věta obsahující předmět a přísudek

„obkreslování“ - pacient musí přesně obkreslit daný obrázek (viz níže)



Obrázek č. 2 – Orientační diagnostický test (MMSE)

Zdroj: <http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/mmse.htm>

Vyšetřovaný může získat maximálně 30 bodů a diagnostika se určuje dle získaného počtu bodů. Výsledky popisuje níže uvedená tabulka.

27 - 30 bodů	normální stav
25 - 26 bodů	hraniční nález, možnost demence
10 - 24 bodů	patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně
6 bodů	demence středního až těžkého stupně
6 a méně bodů	demence těžkého stupně

Tabulka č. 1 – výsledky Orientačního diagnostického testu

Zdroj: <http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/mmse.htm>

4. Práce se vzpomínkami a terapie

Mozek je nejsložitější orgán lidského těla, který zpracovává přicházející podněty, jenž do něj přichází prostřednictvím smyslových orgánů. V období stárnutí dochází k oslabení smyslů, ale ne všech a proces slábnutí neprobíhá najednou. „*Smysly člověka tedy vnímáme jako zdroje, které nám poskytují nesčetné možnosti pro jejich využití a smyslovou stimulaci*“. Pokud člověk ztratí některý ze smyslů, lze se zaměřit na aktivizaci zachovaných smyslů. (Vojtová, 2014, s. 8)

Cílem aktivizačních technik není zvrátit stav nemocného jedince, ale udržet dosud zachované schopnosti. Pokud není možné odstranit nežádoucí potíže, žádoucí je alespoň je zmírnit. Je možné se zaměřit na následovné:

- „*posilování kapacity paměti*“
- „*umožnění adekvátního vnímání a úsudku*“
- „*zásobení dostatečným množstvím senzorických podnětů*“
- „*maximálně možné uspokojení potřeb*“

(Zgola, 2013 cit. dle Müller in Kozáková, Müller, 2006, s. 38, s. 39).

4.1 Biografie

Starí Řekové definovali člověka na základě tří složek – „*tělo, duše a duch*“, přičemž všechny složky jsou ve vzájemné interakci (Procházková, 2010, s. 22).

Procházková (2014, s. 13) popisuje biografii jako „*umělecký žánr založený na popisu života většinou známé osobnosti*“. Pokud informace o svém životě poskytuje sama dotyčná osoba, hovoříme o aktivní biografii. Vytvořit biografii mohou i jiní lidé, například rodina, tehdy se jedná o biografii pasivní. Vojtová (2014, s. 52) odkazuje na biografickou práci jako souhrn informací, které mají zásadní „*význam v životě člověka ve vztahu ke kulturním a společenským souvislostem*“. Podstaté jsou informace, které jsou důležitého pro daného člověka a ne pro jeho okolí.

Společnost často zastává názor, že jedinec s demencí je nekomunikativní a péče o něj je náročná. Z tohoto důvodu je důležité poznat příběh klienta. Klíčem k emočnímu životu osoby s demencí může být biografie, která nabízí „*reaktivizační péči a je pomocným nástrojem pro individuální komunikaci*“. Biografie je životopis, který nám vypráví klient o svém životě a o sobě samotném. Prostřednictvím příběhu se zjišťuje, jakou péči klient potřebuje, včetně úpravy prostředí. Pečující vědí, co má klient rád a co mu vadí, znají jeho návyky a rituály. Na základě těchto znalostí se zahajuje reaktivizační péče, která kompenzuje disharmonii duševního života osoby s demencí (Euro Zdraví, 2012, online).

Biografii můžeme nazvat specifickou formou péče, která profesionálním pečovatelům pomáhá najít mechanismy sloužící k podpoře seniora. U seniorů s demencí to mohou být činnosti zaměřené na podporu osobní identity, která je danou nemocí ohrožena. Co se týče psychologického hlediska, biografie pomáhá najít souvislosti mezi současným chováním seniora a jeho prožitým životem, například osoba byla zvyklá chodit doma na toaletu vpravo a v pobytové zařízení se nachází vlevo. Uživatel neustále chodí směrem doprava, což může být nesprávně vyhodnoceno jako zmatenost. Velmi důležité je i sociální hledisko – prostředí v pobytovém zařízení by mělo být obdobné, na jaké byl uživatel zvyklý doma. Slouží to k jeho lepší orientaci. Biografie odhaluje, jakým způsobem zvládal v minulosti jedinec aktivity denního života a jak je možné tyto poznatky využít v péči o danou osobu. Spousta prožitků v životě člověka ovlivňuje jeho současné chování, které je možné pochopit právě na základě znalosti jeho života Procházková, 2014).

Prostřednictvím vzpomínek si senior může oživit pozitivní emoce a tím aktivovat svůj emoční život. Biografie je zaměřena na pomoc klientovi, na to, aby si co nejdéle zachoval „orientaci vlastní osobou“. Pomoc není primárně zaměřena na zlepšení poznávacích schopností, nýbrž na zachování stávajících dovedností jedince s demencí. Denní režim klienta lze organizovat na základě informací získaných z biografie. Tímto způsobem se zachovává a podporuje orientace klienta v čase, v místě a také v situaci. Pro seniory s demencí vytržené z jejich přirozeného prostředí je nutné uzpůsobit nové prostředí v instituci dle poznatků získaných prostřednictvím biografie (Procházková, 2010, s. 15). Biografie se využívá také v konceptu Bazální stimulace. Dané spojení umožňuje klientovi vnímat jeho život, poskytuje mu důvěru, dává pocit jistoty a podporuje jeho autonomii (Zdraví Euro, 2012, online).

Jak uvádí Procházková (2014, s. 22), práce s biografií by se měla odrážet ve třech rovinách: v kognitivní, emocionální i sociální rovině. To je jejím smyslem a účelem.

- „kognitivní rovina“:
 - „podpora koncentrace a komunikačních schopností“
 - „aktivizace potenciálu klienta“
 - „cvičení paměti“
- „emocionální rovina“:
 - „oživit pozitivní pocity a radosti z pěkných starých časů“
 - „posílení pocitu sebehodnoty a osobní identity“
 - „redukce negativních emocí, strachu, neklidu, beznaděje“
- „sociální rovina“:
 - „práce se skupinu je důležitá pro pocit, že ještě někam patřím“
 - „možnost lépe poznat ostatní klienty“
 - „personál vnímá klienty s celou jejich historií“
 - „aktivizační programy jsou tvořeny na základě biografie klienta“

Dle Procházkové (2014, s. 23) je hlavním cílem biografie pomoci osobám s demencí „nejdéle zachovat orientaci vlastní osobou, která je stěžejní pro celkovou adaptaci“. Kromě hlavního cíle je biografie významným komunikačním nástrojem, slouží k navazování vztahů mezi uživateli, podporuje staré zvyky, se kterými je spjata generační sounáležitost. Biografie pomáhá i pracovníkům, kteří pak vnímají individuální osobnost seniora s větším respektem. Dle informací sdělených uživatelem je možné organizovat jejich denní režim. Vojtová (2014) uvádí, že hlavním cílem biografie je vyvolávání žádoucích vzpomínek seniora, vzpomínkami, kterými se on sám chce zabývat, vzpomínkami, jenž vedou k opětovnému prožívání událostí

a jejich následnému zpracování. Jak uvádí Procházková (2010), biografie si klade za nejvyšší cíl porozumět životu klienta. Až na základě porozumění životního příběhu můžeme poskytnout osobě s demencí ty nejlepší služby a individuální péči.

Biografii můžeme využít v péči o klienta tam, kde je nutností znalost klientova života a jeho životních zkušeností. Jako první se péči o lidi na základě jejich biografie věnoval profesor Erwin Böhm. Tento vídeňský rodák začal svou profesní kariéru jako ošetřovatel. Böhm se při vypracování svého psychobiografického modelu péče opíral o učení významných osobností, jako jsou například Sigmund Freud (Freudovo poukazování na tělesné potřeby), Carl Gustav Jung (poznatky o kolektivním nevědomí), Alfred Adler (pocit sounáležitosti) a jiní (Procházková, 2014).

V minulém století se v Rakousku objevily výrazné snahy o zlepšení úrovně ošetřovatelství, zejména v oblasti gerontopsychiatrické péče. Prof. Böhm definuje nedostatky tehdejší péče a klade důraz na význam schopnosti člověka postarat se sám o sebe. Böhm vypracoval „*ošetřovatelský model re/aktivizační péče*“. V modelu popisuje „*vývojová stadia, základní principy a struktury modelu*“. Péče o seniora spočívá nejdříve v oživení psychiky a posléze se zaměřuje také na somatické problémy. Jedná se o důstojnou péči, která je založena na znalosti životního příběhu seniora (Ošetrovatel'ský obzor, 2011, online).

Profesor Böhm je autorem psychobiografického modelu péče, který přirovnává ke stromu: „*duševní fenomenologie je jako thymopsychický strom života. Roste z kořenů, na kterých jsou otisky etnologické a kolektivní socializace, životního prostředí, kde klient vyrůstal. Kmen tohoto stromu tvoří charakter a osobní životní hodnotový systém klienta. V koruně stromu jsou systémy, kterými si klient přizpůsobuje svět obrazu svému*“ (Zdraví Euro, 2012, online). Dle Böhma (2015, s. 15) je psychobiografický model péče možné pojmut jako doplnění medicínského pohledu na péči, který by měl vést „*ke zlepšení duševního a somatického stavu klientů s cerebrálními symptomy*“. Vychází z biografie seniora a opírá se o jeho emocionální stav. Autor uvádí, že starší lidé žijí často ve vzpomínkách, které jsou součástí života seniora. Tyto vzpomínky mohou mít pozitivní nebo negativní význam.

Za základ psychobiografického modelu péče se považuje „*práce s biografií klienta*“. Nejedná se pouze o sběr informací o dané osobě, ale podstatou je změna postoje personálu vůči seniorům. Vztah mezi pečujícím a člověkem, který péči potřebuje, má být rovnocenný, otevřený, vstřícný a důležitý je vzájemný respekt. Pečující má projevovat zájem o minulost klienta a vnímat ho „*v jeho životních rolích v celospolečenském kontextu*“ (Procházková, 2010, s. 14).

Procházková (2010, s. 22, s. 27) poukazuje na osobnost profesora Böhma jako na zastávce upuštění od tzv. „*rolí pečující matky*“, kterou běžná péče poskytovala. Böhm zároveň předložil odborné veřejnosti novou koncepci péče o seniory s demencí. Tato péče klade důraz na aktivizaci. Někdy se o péči dle Böhma hovoří jako o „*péči s rukama v kapsách*“. Souvisí to s motivací klienta. Pokud je dostatečná motivace, klient je více samostatný.

V souvislosti se stářím narůstá počet dezorientovaných seniorů a tím vzrůstá i náročnost péče o ně. Na uspokojení psychických potřeb seniorů je zaměřen právě psychobiografický model. Cílem modelu je aktivizace psychických dovedností seniorů a podpora jejich autonomie. Dalším cílem je podpora zájmu odborného personálu v oblasti psychických potřeb seniorů (ebin, 2015, online).

Böhm vytyčil v rámci péče o osoby s demencí tyto cíle:

- „znovuoživení psychiky klienta“
- „oživit zájem pečujícího“
- „rozšířit vnímání společenské normality“

Za nejvyšší prioritu považuje opětovné oživení „*duše starého člověka*“. Energií duše nazval termínem „*elan vital*“. Pokud člověk postrádá „*elan vital*“, nemá motivaci žít (Procházková, 2010, s. 23)

4.2 Reminiscenční terapie

„Když bohové chtějí člověka nejvíce potrestat, vezmou mu jeho vzpomínky.“

Prof. PhDr. Dušan Šimek

Jak uvádí Špatenková (2011), mohou být vzpomínky jedinou věcí, která člověku zůstane. Vzpomínání je pro seniory velmi důležité, může jim pomoci zachovat si sebepojetí, zvýšit pocit vlastní hodnoty, zdůraznit pozitivní aspekty osobnosti jedince a také přinášet radost. Pokud se senioři o vzpomínky podělí s jinými lidmi, tak budou snadněji vnímáni jako jedinečné osobnosti s určitým životním příběhem. Jsou lidé, kteří vzpomínají rádi, protože je to činí šťastnými a vzpomínky berou jako své bohatství. Další zase nevěnují vzpomínkám pozornost, protože je nepovažují za důležité a potřebné. Někteří se vzpomínkám přímo vyhýbají, jsou pro ně zdrojem trápení a prožitých ztrát. A pak jsou jedinci, které jejich vzpomínky obtěžují a deprimují.

Dle Špatenkové (2011) se vzpomínky lidem vybavují bezděčně, ale je možné s nimi pracovat i vědomě, záměrně. Vojtová (2014, s. 52) uvádí, že cílem vzpomínání je opětovné prožití událostí, kterými se jedinec chce zabývat. O „*spontánní vzpomínání*“ se jedná, pokud senior sám hovoří o svých prožitcích, není potřeba ho k vyprávění povzbuzovat. Když senior odpovídá na kladené otázky, jedná se o „*přímo vedené vzpomínání*“. Také Janečková a Vacková (2010) poukazují na to, že mezi základní vlastnosti psychiky člověka patří schopnost aktivního vybavování si vzpomínek. Vzpomínání může mít výrazný pozitivní vliv na sebepřijetí, udržení sociálních kontaktů a na rozvoj osobní identity.

Špatenková (2011) uvádí, že ve Velké Británii vznikla reminiscenční terapie jako specifická metoda sloužící pro práci se seniory a postupně se rozšířila do jiných zemí včetně České republiky. Velmi často je využívána jako nástroj pracovníků pečujících o seniory. Dle Janečkové a Vackové (2010) je reminiscenční terapie obvykle rozhovor probíhající mezi terapeutem a starším člověkem. Rozhovor je zaměřen na dosavadní život daného klienta, aktivity, které byly součástí jeho života, na zkušenosti, přičemž se při rozhovoru používají různé pomůcky. Autorky uvádí, že reminiscence je vhodná zejména u seniorů s demencí, kdy se

oživují pozitivní a osobně velmi důležité vzpomínky. Mohou to být vzpomínky na rodinné události, slavení svátků a podobně. Dle Špatenkové (2011) reminiscenční terapie pomáhá terapeutovi poznat život jedince a tím i lépe pochopit jeho chování. Na základě sdělených informací je možné vypracovat individuální plán péče. U terapie se dá pracovat s mnoha zdroji, jsou to nejen předměty, ale také to mohou být například místa, kam je možné jít, lidé, se kterými je možné spolupracovat. Důležitý je výběr vhodného reminiscenčního terapeuta. Měl by to být člověk empatický, projevující respekt ke každému účastníkovi a zájem o jeho život, schopný aktivního naslouchání. Dle Holmerové a Suché (2003) patří reminiscence mezi velmi účinné metody terapie u osob s demencí. Pomáhá nejen nemocným, ale také jejich pečovatelům. Prostřednictvím reminiscence dochází ke zlepšení komunikace mezi pacientem a pečujícím.

Sociální kontakty seniorů bývají velmi často omezené. Nápomocnou může být právě reminiscenční terapie, která je „*cílenou intervencí*“ využívající vzpomínky. Je velmi užitečná při práci s osobami, kterým byla diagnostikována demence. Při tomto onemocnění totiž dochází k poklesu kognitivních schopností a v pozdějších stádiích demence je téměř nemožná běžná verbální komunikace, kdy již daný člověk neumí „*vyjádřit a popsát své vnitřní prožívání*“ (Janečková, Holmerová, Vaňková a Dragomírecká, 2007).

Také Špatenková (2011) uvádí, že pro začátek je žádoucí získat co nejvíc informací o životech seniorů. Je potřeba dbát, aby daná skupina byla velmi malá, maximálně čtyři lidé. V ideálních podmínkách jsou vhodní dva terapeuti. Nedílnou součástí terapie je vnímání neverbální komunikace seniorů a poskytnutí dostatku času k seznámení se s reminiscenčními pomůckami i k pochopení otázek. Setkání by měla být kratší. Je potřeba vzít v potaz rychlejší unavitelnost seniorů s demencí a nezapomínat, že hlavní roli hrají vždy emoce, které mohou seniory brzy vyčerpat. Terapie by měla probíhat na stejném místě, ve stejnou dobu a častěji, než jednou týdně. Nejlepšími pomůckami jsou ty, které zapojují co nejvíce smyslů. Správně vedená terapie musí respektovat právo na soukromí účastníků a v žádném případě je nesmí nutit sdílet vzpomínky, které si nepřejí sdělovat na veřejnosti.

Pracovat je možné s mnoha předměty, ideální je si je vyrobit, nebo nějak pořídit. Využívají se vizuální pomůcky, zejména staré fotografie (vzhledem k možným zrakovým potížím seniorů se doporučují fotografie dobré kvality), které navozují atmosféru dávného života, různé obrázky, staré noviny. Dále se mohou nahrávat dokumenty zabývající se historií, nebo starší filmy s oblíbenými herci a herečkami seniorů. Při reminiscenci s větší skupinou se s oblibou promítají diapozitivy, kde se do terapie mohou jednoduše zapojit všichni účastníci. Důležité je nezahltit seniory přemírou obrázků a promítat je pomalu. Zvuk nebo hudba mohou významně pomoci vybavit si vzpomínky. Dají se použít různé zvuky. Kupříkladu zvonek, houkání vlaku, nahrávky čtených básní, rozhovorů se známými osobnostmi. Lze použít hudbu z desek, naslouchat přírodním zvukům. Významnou pomůckou jsou i předměty, kterých se senioři mohou dotknout, podržet je v ruce, ukázat ostatním k čemu sloužily a jak se s nimi pracovalo. Jsou to zdroje senzorické stimulace. Je žádoucí používat v přiměřeném množství i vůně (na místě čerstvě umletá káva, vůně mýdla a podobně), povzbudit chuť třeba čajem, ovocem. Pokud to stav účastníků terapie dovolí, je možné jít na farmářský trh, nebo se pokusit upéct chléb, či cukroví, podívat se do starší kuchařské knihy. Vhodná pro reminiscenční terapii může být spolupráce s muzeem, knihovnou a jinými vhodnými zařízeními. Přínosem jsou také lidské zdroje - dobrovolníci, příbuzní a odborníci na řemesla (Špatenková, 2011).

Na pomůcky v reminiscenční terapii odkazují také Janečková a Vacková (2010, s. 103, s. 104). Autorky uvádí, že u seniorů s demencí může být dlouho zachováno smyslové vnímání.

Vhodně zvolené pomůcky mohou vyvolat emocionální prožitek a posílit tak kontakt seniora se sebou samým a také s okolím. Mezi vhodné aktivity a předměty řadí „*psaní na starém psacím stroji, fotografie, hry, jídlo dobové ošacení, přirozené čichové podněty, například vůně pečeného chleba, voňavých bylin*“. Holmerová a Suchá (2003) uvádějí, že záleží na osobnosti a kreativitě terapeuta, na tom, jaké pomůcky zvolí. Někteří terapeuti mají k dispozici jen staré fotografie a knihy. Prostory jiných terapeutů s velkou sbírkou starých předmětů autorky přirovnávají k starožitnictvím. Je žádoucí, aby terapeuti měli znalosti historie a zvyků terapeutických skupin. Kromě fotografií a knih bývají v terapiích používány například kalendáře, rámy na vyšívání, mlýnek na kávu, hříbek na zašívání prádla a další.

Kromě vůní je vhodné stimulovat i hmat, sluch, zrak a chuť. Mezi hmatové podněty můžeme v rámci reminiscence zařadit péči o vlasy, masírování nohou nebo si senior může hladit kočku, držet někoho za ruku. Zvuky mohou seniorům připomenout úseky jejich života, ať už je to poslech písní z mládí, recitace oblíbených veršů nebo zvuk zvonku, či zpěv ptáků. Je možné využít množství zrakových podnětů – akvárium s rybičkami, pohled z okna na děti na hřišti, prohlížení starých fotografií a časopisů. Využívá se také technika zrcadlení – terapeut si může například česat vlasy a senior ho napodobuje. Se vzpomínkami se spojují také chutě. Vhodné je jídlo, které se běžně vařilo v období dětství a mládí seniora – „*vánočka, nudle s mákem, bramboráky, zelí, kuba*“ (Janečková a Vacková, 2010, s. 105). Na procvičování smyslů upozorňují také Holmerová a Suchá (2003). Je možné využívat různé látky (hmat), hudbu, zvonečky (sluch), jádrové mýdlo, čaje, usušené bylinky (čich), koláčky, pečivo (chuť).

V rámci reminiscenční terapie je důležité nejenom vybavování vzpomínek osob s demencí, ale také umět se vzpomínkami kreativně pracovat. Jako nejjednodušší varianta se jeví vyprávění, ale mnoho pacientů s demencí se neumí vyjádřit, nebo jim to způsobuje značné těžkosti. Alternativně je možné využít „*drobné domácí či řemeslné činnosti*“, například vaření dle starých kuchařských knih, tvoření jednoduchých výrobků. V rámci terapie je možné s účastníky zpívat nebo poslouchat staré šlágre, tančit, malovat. Pro seniora s demencí je malování starých vzpomínek mnohem snazší než verbální komunikace. Dále se uspořádávají různé oslavy tak, jak kdysi v minulosti probíhaly. Mezi oblíbená témata reminiscencí patří témata:

- „*kamarádi z dětství*“
- „*první lásky, svatba*“
- „*příběhy ze školy, jak jsme si hráli, když jsme byli malí*“
- „*písničky, oslavy, taneční hodiny*“
- „*válka*“
- „*oslavy, rodinné a společenské události*“
- „*cestování, dovolená, domácí zvířata*“
- „*zaměstnání, sportování, zahrádka, vaření*“
- „*moje děti, když byly malé*“

(Holmerová, Suchá, 2003, s. 297). Jak uvádí Janečková, Holmerová, Vaňková a Dragomirecká (2007, s. 153), účinek terapií může být zesílen „*kreativním ztvárněním vzpomínek v příbězích, básních, kresbách, výtvarných dílech*“. Prostřednictvím reminiscence je možné příznivě ovlivnit subjektivní zdravotní stav, poznávací schopnosti, snížit spotřebu psychofarmak. Terapie má rovněž pozitivní vliv na zlepšení kvality života seniora žijícího v institucionálním zařízení.

Dle Špatenkové (2011) se senioři s demencí často cítí osaměle a opuštěně. Pokud nejsou dostatečně stimulováni, mohou mentálně i sociálně stále více upadat. Právě reminiscenční terapie napomáhá těmto jedincům zvýšit kvalitu života. I když je u nich krátkodobá paměť narušená, dlouhodobá obvykle postižena není. Mohou pracovat se svými vzpomínkami. Holmerová a Suchá (2003) uvádí, že reminiscence by měly být součástí dobré praxe všech oddělení poskytujících péči osobám s demencí. Výhodou těchto terapií je, že jsou levné, účinné a velmi snadno je můžeme aplikovat u pacientů s lehkou či středně těžkou demencí. Mezi hlavní důvody zařazení reminiscencí je fakt, že si senioři oživují paměť prostřednictvím vybavování vzpomínek. Mohou se tak vrátit do období svého života, které prožívali aktivně v době, kdy byli zdraví. Mezi další důvody autorky uvádí, že se pečující mohou obeznámit s pacientovým životem i jeho zájmy a na základě získaných informací tak mohou lépe a smysluplněji naplánovat aktivity a denní režim seniora. Znalost života osoby s demencí navíc usnadňuje komunikaci mezi daným člověkem a personálem.

Dle Janečkové a Vackové (2010) mohou v rámci reminiscence velmi výrazně pomoci členové rodiny seniora. Pomůžou seniorovi zařídit jeho pokoj v pobytovém zařízení fotografiemi a předměty z jeho původního prostředí. Sepíšou příběh seniora tak, jak jej vnímali. Mohou se spolu s uživatelem zapojit do aktivit pobytového zařízení, připravit mu oslavu narozenin a důležitých událostí.

Při terapii je potřeba vzít v potaz věk seniora a jeho nemoc. Aby byla reminiscence pro klienta příjemnou záležitostí, je potřeba vytvořit hezké prostředí, dbát na to, aby senior rozuměl tomu, co mu chce terapeut sdělit, používat jednoduché, krátké věty, využívat nonverbální komunikaci, respektovat všechny účastníky terapie, zařazovat krátké pauzy a nespěchat (Holmerová, Suchá, 2003).

4.3 Expresivní terapie

Název expresivní terapie vychází z uměleckého výrazu, který znamená, že člověk může své vnitřní pocity vyjádřit „*pomocí prostředků*“, jež mu nabízí jednotlivá umění, například hudební, dramatické, výtvarné, taneční a další (Müller, 2013, s. 63). „*Expresa (či výraz) je zvláštním typem lidské aktivity, v níž člověk spontánně vyjadřuje své vnitřní psychické stavy, dojmy, pocity, nálady a s nimi spjaté zkušenosti nebo poznatky*“. Prostřednictvím expresivního projevu člověk o sobě mnoho vypovídá, ale obsah nelze pokaždé zcela přesně kontrolovat. Je možné ho chápat volněji, vždy však má emocionální dopad (Müller et al., 2014, s. 63).

4.3.1 Arteterapie

Arteterapie se zabývá léčením prostřednictvím umění. Výrazovým prostředkem může být hudba, tanec, poezie, výtvarné umění, různá umělecká díla, přičemž není důležitý výsledný produkt. Vysoce ceněn samotný „proces tvorby“, který dává pocit sounáležitosti všem účastníkům. Zvláště seniorům pomáhá v oblasti přizpůsobení se novému prostředí. Prostřednictvím arteterapie je možné zaktivizovat vitalitu a povzbuzovat kreativitu seniorů. Zejména Vánoce a Velikonoce jsou nejlepším obdobím pro využití arteterapie. O Vánocích je možné péct a zdobit perníčky, vyrábět věnce a svícny, zdobit stromeček, zpívat koledy, číst si o vánočních zvycích. V období Velikonoc se pečou beránek, aranžují se kvetoucí rostliny, pletou pomlázky, různými technikami se vyrábí kraslice (Veleta in Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2009, s. 212).

Dle Potměšilové (Potměšilová in Müller et al., 2014) arteterapie v širším pojetí zastřešuje veškeré expresivní terapie, v užším pojetí jenom výtvarné umělecké formy. Důraz je kladen na proces tvorby, nikoli na umělecké dílo jako takové, využívá výtvarné umění k vyjádření osobních pocitů. Jak uvádí Müller (Müller, 2013, s. 74, s. 75, s. 76) „*arteterapie maximálně a bezpečně využívá umělecké exprese*“ (pro srovnání: hudební nebo dramatické terapie mohou předem v určité míře vzbuzovat pocit strachu). Arteterapeutické metody rozdělujeme následovně:

„*volný výtvarný projev*“ – volná kresba, čmárání

„*tematický výtvarný projev*“ – vztahy v rodině, zaměřuje se na konfliktní témata

„*výtvarný projev při hudbě*“ – je možné ztvárňovat hudbu

„*skupinové výtvarné činnosti*“ – skupinová dynamika

„*řízený výtvarný projev*“ – terapeut se aktivně zapojuje do výtvarných projevů klienta.

Autor upozorňuje na specifika arteterapie u seniorů. Onemocnění jako je Alzheimerova nemoc nebo Parkinsonova choroba částečně omezují některé aktivity u této terapie. Je potřeba být připraven na námítky seniorů: neumím to, nevím jak to namalovat, udělat. Pokud se senioři rozhodnou zúčastnit se arteterapie, obvykle jejich díla korespondují s jejich osobností, jejich onemocněním, vyjadřují, zda je klient aktivní nebo pasivní. Díla seniorů neinterpretujeme, pouze kladně přijímáme.

V pobytovém zařízení DS ANAVITA, kde byl prováděn výzkum k diplomové práci diplomantky, se klienti věnují například tvoření jednoduchých mandal a rozfoukávání barev.

Tyto techniky popisuje Potměšilová (Potměšilová in Müller et al., 2014). Na zvýšení koncentrace a soustředění se zde používají mandaly, které proměňují chaos v harmonii. Historii mandal je možné najít na stavbách ve starém Egyptě i Jávě. Rovněž tibetské mandaly harmonicky spojují čtverec a kruh. Kruh je tady symbolem nebe a nekonečna, čtverec zase symbolem člověka a země. Kruh a čtverec jsou spojeny s centrálním bodem vyjadřujícím počátek i konec celého systému. Mandalu mezi arteterapeutické techniky zařadil C. G. Jung, jenž ji sám využíval k lepší koncentraci. Při tvoření mandaly je dobré se zklidnit, popřemýšlet

o dnešním dni. Potom pomocí výtvarných pomůcek začínáme kreslit. Mandalu může tvořit jednotlivec, nebo může být produktem celé skupiny. K tvorbě mandaly je možné využívat pastelky, různé přírodní materiály a také jednotlivé části oděvů. Při technice rozfoukávání barev se používají papíry různé velikosti, které se namočí ve vodě. Pomocí vodových barev se tyto barvy cákáním nebo kapáním přenáší na papír a velké kaňky se rozfoukávají. Barevnou plochu je možné ponechat v této formě, nebo se hledají shluky barev, které něco připomínají a následně se dotváří. Jedná se o relaxační techniku, která napomáhá k uvolnění mimických svalů.

4.3.2 Taneční terapie

Taneční terapie symbolicky vyjadřuje osobní emoce a zážitky. Vychází z psychoanalýzy, je založena na svobodném sebevyjádření a její kořeny objevujeme již ve čtyřicátých letech minulého století v USA. Pomáhá uvědomovat si hranice vlastního těla, bezpečně zvládat napětí v těle a také pomáhá kontrolovat impulzivní chování (Dosedlová in Müller et al., 2014). „*Asociace americké taneční terapie (American Dance Therapy Association*“, (dále jen *A.D.T.A.*)“ byla založena v roce 1966. A.D.T.A. definuje taneční terapii následovně: jedná se o „*terapeutické užití pohybu k dosažení emoční a fyzické integrity jedince*“ (Valenta, Müller, Dosedlová in Valenta, Müller, 2013, s. 154).

U tance obdobně jako u jiných expresivních terapií není podstatná estetická složka, ale zdůrazňují se jiné podstatné faktory:

- faktor psychologický – schopnost vyjádřit myšlenky pohybem, zlepšuje se emotivita
- faktor fyzický – zlepšuje se koordinace pohybu, rovnováha
- faktor sociální – vytváří se skupinky lidí se stejným zájmem

Tanec a pohyb nejsou náročné ani na prostor, ani na pomůcky a organizaci. Pro lidi s demencí je nejvhodnější provádět terapii v kruhu, protože „*mají možnost se vzájemně pozorovat i sledovat a napodobovat terapeuta*“, jenž je součástí kruhu. Kruh napomáhá odbourat bariéry, dodává pocit jistoty a taktéž umožňuje předávat emoce. Aktivita musí být naplánovaná, musí být předem vytvořen scénář, který má za úkol motivovat účastníky „*k pozitivním fyzickým i psychickým reakcím*“. Terapeut by měl mít vědomosti o demenci, s jakými problémy se pacienti potýkají a neměla by mu chybět empatie (Veleta in Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2009, s. 204, s. 205).

Osoby s demencí mívají narušenou schopnost verbálně komunikovat, ale emoce u nich fungují i nadále. Z toho důvodu je pro ně vhodná taneční terapie. Nejedná se o výuku tance jako takovou, ale o „*improvizovanou podporu komunikace prostřednictvím kreativního pohybu*“. Využívají se jednoduché prvky jako je například vyťukání rytmu rukama nebo pomocí nohou, pokyvvování hlavou. Taneční terapie přitom vychází ze zafixovaných vzpomínek na hudbu a rytmus z mládí (Müller, 2013, s. 71).

Hudbu k tanci je možné vybrat klidnou a melodickou, která evokuje příjemné zážitky a může také tlumit agresi nebo terapeut může zvolit rytmičtější a veselou hudbu, která vytrhne pacienty z apatie a aktivizuje je. Je důležité, aby daná hudba měla zřetelný rytmus, který klienty motivuje k tanci. Terapie by měla probíhat v kruhu, každý klient má mít dostatek prostoru. Začíná se dechovým cvičením, několikrát se nadechnout a vydechnout. Poté se rozcvičují jednotlivé části těla – s nádechem se zvedá jedna ruka, s výdechem klesá. To samé se opakuje s druhou rukou, pak s oběma rukama současně. Dodržuje se rytmus hudby. Důležité je otáčení hlavy na obě strany, uvolňuje se krční páteř a klienti tímto způsobem začínají komunikovat – dívají se vzájemně na sebe. Poté se rozcvičují ramena, trup a obě nohy. Součástí rozcvičky je krátká automasáž, když jednou rukou si klienti sami masírují druhou ruku, pak oběma rukama krční páteř a poté i nohy. Délka rozcvičování by neměla přesáhnout 15 minut (Veleta in Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2009).

Taneční terapie může probíhat ve skupině nebo individuálně s hudebním doprovodem, ale také bez něj. Je vhodná pro každého, kdo se může hýbat a nemusí vůbec umět tančit. I lidé na lůžku mohou využít prvky taneční terapie, případně si „*pohyb pouze představují ve vizualizacích*“. Důležité je, „*aby terapeut pracoval s vědomím terapeutického cíle a možností, které k němu vedou*“ (Valenta, Müller, Dosedlová in Valenta, Müller, 2013, s. 156).

4.3.3 Muzikoterapie

„*Hudba léčí, toto všeobecné rčení platí pro člověka zdravého stejně jako pro člověka postiženého demencí u AN*“. Muzikoterapie posiluje psychickou pohodu, může posílit sebevědomí, protože klient si může vybavit nápěv nebo slova písně. V rámci této terapie mohou klient hudbu poslouchat, mohou zpívat, hrát na hudební nástroje, soutěžit v kvízech s hudební tematikou. Využívají se jak aktivizační techniky, kdy se klient aktivně zapojuje, tak techniky pasivní, které výrazně pomáhají klientům se uvolnit, vyvolávají vzpomínky a emoce. Používají se také rytmická cvičení, dodržuje se určitý rytmus, klienti mohou tleskat, dupat, nebo pleskat rukama o stehna. Při těchto cvičeních se využívají i hudební nástroje (bubínky, rolničky, triangle). Nástroje je možné využít i při poslechu nějaké hudby a při zpěvu. Zpěv je jednou z nejoblíbenějších činností, klienti jej snadno zvládají. Volí se písně blízké seniorům – lidové písně nebo filmové hity. Zároveň je možné procvičovat paměť – hledá se píseň obsahující určité slovo. Pokud terapeut využije v rámci terapie hudební kvíz, obvykle vybírá velmi známé autory a díla. Přečte název díla a klienti doplní autora, například Prodaná nevěsta – Bedřich Smetana (Jindrová in Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2009, s. 225).

Jak uvádí Müller (2013, s. 64, s. 65), muzikoterapie prostřednictvím prvků hudebního umění pomáhá „*lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce společensky i individuálně přijatelným směrem*“. Mezi prvky hudebního umění patří rytmus, harmonie, tempo, melodie i dynamika. Při muzikoterapii se využívá celá řada hudebních nástrojů. Používají se běžné

i individuálně zhotovené nástroje. Hudba má velmi silný vliv na člověka, působí „bezprostředně a intenzivně“. Mezi hlavní metody muzikoterapie patří:

- „*hudební improvizace*“ – spontánní hudební projev člověka
- „*hudební interpretace*“ – jedná se o „*reprodukcí známého hudebního materiálu*“ a hudební projev člověka je řízený
- „*zpěv písní*“ – slouží ke společenskému kontaktu i k odreagování
- „*psaní písní a kompozice hudby*“ – napomáhá seberealizaci jednotlivce i skupiny
- „*hudební vystoupení*“ – také napomáhá seberealizaci

Aktivní muzikoterapie je hojně využívána u klientů s demencí. Vhodná je skupinová forma, která zmírňuje drobné patologie v oblasti prožívání, pozitivně působí na rozvoj komunikace a zlepšuje mezilidské vztahy (Müller, 2013).

K obecným cílům muzikoterapie se řadí:

- „*podpora silných stránek osobnosti klienta*“
- „*vytvoření emocionálně stabilního vztahu*“
- „*rozvoj kreativity, zážitek úspěchu*“
- „*rozvoj hudebních schopností a dovedností*“

(Mastnak, Kantor in Müller et al., 2014, s. 277, s. 278).

4.4 Pet-terapie

Jak uvádí Jindrová (Jindrová in Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2009, s. 229), tato terapie probíhá za účasti zvířat. Od nepaměti existuje vztah mezi člověkem a domácím zvířetem. U lidí s demencí se toto pouto ještě prohlubuje. Sice není již schopen se o zvíře postarat, ale pozitivní vliv na člověka s demencí má „*přítomnost zvířete v instituci*“ zejména na psychický stav. „*Při hlazení zvířete dochází k poklesu krevního tlaku, srdeční činnost se zklidňuje a navozuje se stav celkového uvolnění*“. Přítomnost zvířete může snižovat pocit úzkosti, má pozitivní vliv na deprese a poruchy spánku. Navíc je zvíře skvělým pomocníkem k zahájení komunikace, jak mezi ním a klientem, tak i mezi klienty vzájemně. Navíc se zvíře chová ke všem lidem stejně bez ohledu na jejich zdravotní stav. V rámci pet-terapie je možné chovat zvíře buď přímo v instituci, nebo s ním dobrovolníci pravidelně docházejí na terapie do instituce.

Přímý kontakt člověka se zvířetem dokáže navodit příjemný pocit, vzbuzuje silné emoce, které člověka dokážou přimět ke komunikaci. Zvíře často bývá jediným přítelem člověka s postižením nebo onemocněním. Respektuje člověka takového jaký je, projevuje mu svou lásku a tu také od člověka přijímá. Navíc zvíře vyžaduje určitý řád, potřebuje pravidelnou péči a při starostech o zvíře má člověk větší motivaci pečovat také sám o sebe. Významný je

přínos zvířete i ve fyzické oblasti. Při pozorování zvířete klesá napětí, stres, snižuje se únava a hlazení přináší příjemné pocity. Mezi nejznámější pet-terapie se řadí:

- hipoterapie – terapeutickým zvířetem je kůň
- felinoterapie – terapeutickým zvířetem je kočka
- canisterapie – terapeutickým zvířetem je pes

(Klech in Müller et al., 2014).

4.4.1 Canisterapie

Dle Klecha (Klech in Müller et al., 2014, s. 476, s. 478, s. 479) pojem canisterapie je složený ze dvou slov. Slovo canis je latinského původu a znamená pes, terapie značí léčbu a je původu řeckého. Canisterapie v širším významu je běžné chování psa v domácnostech, v užším významu je to „*využití psa v podpůrné alternativní terapii*“. Autor dále vymezuje čtyři základní canisterapeutické metody:

- „*aktivita za pomoci zvířat*“
 - „*terapie za pomoci zvířat*“
 - „*vzdělávání za pomoci zvířat*“
 - „*krizová intervence za pomoci zvířat*“
- „*Aktivita za pomoci zvířat (Animal Asisted Activities – AAA)*“ – u těchto aktivit se jedná o přímý kontakt člověka se zvířetem. Kontakt působí na člověka motivačně, výchovně i terapeuticky, pozitivně rozvíjí sociální dovednosti a zvyšuje kvalitu života jedince. Tato terapie probíhá dvěma způsoby:
- „*pasivní aktivita*“ – člověk zvíře pasivně pozoruje
 - „*aktivní aktivita*“ – jedná se o individuální nebo skupinovou terapii využívanou zejména v pobytových případně zdravotnických zařízeních, kde je zvíře buď trvale přítomné nebo se zvířetem dochází terapeut za uživateli.
- „*Terapie za pomoci zvířat (Animal Asisted Therapy – AAT)*“ – danou aktivitu má poskytovat jenom profesionál, protože se jedná „*o cílený kontakt člověka a zvířete*“. Terapie je zaměřena na snížení nebo eliminaci různých psychických, fyzických i zdravotních problémů. Mezi typické aktivity patří péče o zvíře, hlazení, polohování. Prostřednictvím této formy terapie je možné zlepšit komunikaci, paměť, poznávací funkce i řeč člověka.
- „*Vzdělávání za pomoci zvířat (Animal Asisted Education – AAE)*“ – opět se jedná o cílený kontakt člověka se zvířetem. Zlepšuje se výchova, vzdělávání a také sociální dovednosti člověka. Pes je motivačním prostředkem v procesu výuky.
- „*Krizová intervence za pomoci zvířat (Animal Asisted Crisis Response – AACR)*“ – úkolem této terapie je odbourávání stresu a má vliv na zlepšení jak psychického tak fyzického stavu klienta v krizi. Mezi krizové situace můžeme zařadit například

„kriminální čin nebo přírodní katastrofu“. K hodně využívaným metodám patří mazlení psa, komunikace pomocí psa, zrcadlení a podobně.

Galajdová, Z. (Galajdová in Galajdová, L., Galajdová, Z., 2011) definuje canisterapii jako léčbu prostřednictvím psa, jehož přítomnost člověka zklidňuje, má pozitivní vliv na krevní tlak. Velmi důležitý je tělesný kontakt, který zvíře nabízí. Pes umí citově zapůsobit na jedince s demencí u AN, vyvolává vzpomínky osob trpících tímto onemocněním. Je výborným pomocníkem při reminiscenčních terapiích. Navíc vyplní pocit samoty a osamění seniorů, dává pocit bezpečí.

Galajdová, L. (Galajdová in Galajdová, L., Galajdová, Z., 2011, s. 95) uvádí „dva hlavní způsoby v zdravotnických a sociálních zařízeních“, k nimž patří:

- „aktivity za asistence zvířete (AAA)“
- „terapie za asistence zvířete (AAT)“
 - AAA zlepšuje kvalitu života, průběh terapie je spontánní. Obvykle jednou týdně nebo jednou za dva týdny dochází terapeut do sociálního zařízení za předem vybranými vhodnými klienty. Pes je schopen uvolnit atmosféru, poskytuje námět k rozhovoru (pozitivní vliv na komunikační schopnosti), vyvolává různé vzpomínky, úsměv u uživatelů.
 - AAT je již součástí léčebného procesu a jedná se o cílenou intervenci. Může být skupinová nebo individuální. Působí pozitivně na jemnou motoriku, chůzi, na mentální schopnosti uživatelů, pomáhá překonat pocit osamocení, zlepšuje komunikaci, eliminuje sociální izolaci.

Autorka upozorňuje na fakt, že ne každý pes je vhodný pro všechny druhy terapií. Každý pes obdobně jako člověk má své silné a slabé stránky, každý vyniká v jiné činnosti. Terapeut musí velmi dobře znát svého psa, a navíc v průběhu terapie je nutné proces pečlivě sledovat a reagovat, pokud pes jeví známky neklidu. Každý terapeut by měl mít na paměti, že pes je predátor (loví a čenichá), vše považuje za hračku určenou na kousání (cokoli může zničit), nerozlišuje dobré a špatné (nesmíme nechat psa samotného s uživatelem), vytváří si pevné vazby a také je nadšeným sběračem čehokoli (nebezpečí hrozí v zdravotnických zařízeních, kde může sníst spadlou tabletku).

Pro úspěšnost terapie je nutné dbát, aby aktivita vyhovovala jak uživateli, tak psovi. Je potřeba vzít v potaz „velikost psa, jeho temperament, stáří, zkušenost a stupeň výcviku“. Aktivita musí také odpovídat zvolenému cíli. Cílem může být například zlepšení jemné motoriky, snížení sociální izolace, schopnost vyrovnat se s depresí (Galajdová in Galajdová, L., Galajdová, Z., 2011, s. 111).

4.5 Ergoterapie

„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení“. Ergoterapie si klade za cíl pomoci člověku s postižením účastnit se všech svých aktivit. Podporuje zdraví jedince a jeho pocit pohody, zlepšuje schopnosti nutné pro zvládnutí denních činností, umožňuje člověku naplnit jeho sociální role (Česká asociace ergoterapeutů, 2008, cit. dle Jelínková in Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 13).

Ergoterapie využívá „*přístup shora dolů a zdola nahoru*“ nejenom při vyšetření, ale také v rámci intervence. Přístup zdola nahoru hodnotí jednotlivé tělesné funkce a jejich poruchy, které mají omezující vliv na jednotlivé aktivity (pokud má člověk omezený rozsah pohybu ramenního kloubu, patrně mu to způsobí problémy například při fénování vlasů). Přístup shora dolů je zaměřen na sociální role klienta a aktivity s těmito rolemi spojenými (žena po centrální mozkové příhodě může mít potíže při vaření). Pomocí úpravy prostředí a využívání kompenzačních pomůcek může tuto činnost zvládnout (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, cit. dle Müller et al., 2014, s. 443).

Součástí péče o člověka s demencí by měla být ergoterapie a ergoterapeut by neměl chybět v žádném multidisciplinárním týmu zabývajícím se prací s lidmi s demencí. Ergoterapie je dodnes širokou veřejností mylně chápána jako léčba prací. V roce 1995 v Ostravě vznikla profesní organizace terapeutů s názvem Česká asociace ergoterapeutů, která informuje laickou veřejnost o ergoterapii. Cílem této terapie je posilovat soběstačnost a vést lidi postižené demencí k maximálně možnému zvládnutí sebeobslužných činností. Na základě ergoterapeutického vyšetření se stanoví krátkodobý i dlouhodobý plán, který navazuje na komplexní rehabilitaci. Krátkodobý plán je stanoven v rozsahu týdnů až měsíců, dlouhodobý v rozsahu měsíců až let. Nácviku běžných denních činností předchází cvičení, která zvýší „*svalovou sílu, koordinaci, rozsah pohybů v kloubech*“. Součástí ergoterapie je navržení kompenzačních pomůcek a naučit klienta jak je používat. Ergoterapeut může pomoci také s poradenstvím v oblasti adaptace a úpravy domácího prostředí (Suchá in Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2009, s. 142, s. 143).

Ergoterapeut je odborný pracovník, který své vzdělání získává studiem a „*absolvováním akreditovaného studijního programu*“. Jedná se o bakalářské studium „*na lékařských nebo zdravotně-sociálních fakultách univerzit*“. Ergoterapeut je obvykle součástí multidisciplinárního týmu, ale může pracovat také samostatně. Služby ergoterapeuta mohou využívat například:

- „*lůžková zařízení v nemocnicích akutní a následné péče*“
- „*rehabilitační centra a stacionáře*“
- „*denní centra pro seniory*“
- „*agentury domácí péče či home care*“

(Jelínková in Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 72, s. 76, s. 77, s. 78).

Ergoterapie vymezuje pojmy následovně:

- sebeobsluha – zahrnuje zvládání základních úkonů jako je „*osobní hygiena, použití WC, oblékání a svlékání a sebesycení*“
- soběstačnost – kromě sebeobsluhy jsou to činnosti, které člověk provádí ve svém domově (vaření jídla, uklízení a podobně)
- samostatnost – je „*schopnost být soběstačný*“, velmi důležitá mobilita, schopnost orientace
- aktivity běžného dne – běžně vykonávané činnosti, ať již každý den (osobní hygiena), tak i aktivity nazývané instrumentální, které není nutno vykonávat denně (telefonování, příprava jídla)

(Suchá in Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2009, s. 143, s. 145, s. 146, s. 147). Autorka také uvádí, že klienti s demencí kompenzační pomůcky moc nevyužívají. Pokles kognitivních schopností jim brání naučit se dané pomůcky používat a také na ně nejsou zvyklí. Ergoterapeut se obvykle zaměřuje na úpravu prostředí a na možnosti řešení problémů souvisejících se sníženou soběstačností například v oblasti:

- „*mobilita*“
 - „*problémy s chůzí*“ – používání holí, berlí, nošení bot s pevnou patou
 - „*obtížné vstávání z lůžka – nácvik správného stereotypu – přetočit se na bok, pomalu se posadit vzepřením se na rukou, dolní končetiny nechat volně viset z lůžka, chvíličku posedět, pak pomalu do stoje*“
- „*soběstačnost – hygiena*“
 - „*uklouznutí – protiskluzový povrch vany, protiskluzová podložka vedle vany*“
 - „*obtížné vstávání a přesunutí z vany a do vany – sedačka do vany nebo sklopné prkno*“
 - „*inkontinence – mikční režim (pravidelné vyzývání klienta k použití WC v intervalech cca 1 – 2 hodiny) nebo mikční režim + použití menších vložných plen*“
- „*soběstačnost oblékání*“
 - správné pořadí oblékání – oblečení nachystat v takovém pořadí, jak si jej bude klient oblékat
- „*soběstačnost – jídlo*“
 - neudržení hrnku – je možné použít brčko nebo plastový hrnek s náustkem
 - „*problémy s chrupem – nabízet mletou a kašovitou stravu*“
- „*jiné*“
 - léky – lékovka, léky rozdrtit a přimíchat do jídla
 - „*plánování činností – velký a přehledný diář*“

Šajtarová (Šajtarová in Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 217) řadí mezi terapeutické prostředky využívané v ergoterapii také hru a výtvarné činnosti. Mezi hry autorka zařazuje různé činnosti, jako jsou například „*stolní hry, hry na něco, pohybové hry, hra na hudební nástroj*“ a podobně. Vychází přitom z poznatků, že hra patří mezi běžné způsoby učení a zažíváme při ní příjemné pocity. Přirozenou formou si tak uživatel osvojuje nové dovednosti a zároveň udržuje dovednosti stávající, rozvíjí si paměť, kreativitu, pozornost i myšlení. Ergoterapeut mapuje zájmy uživatele a hledá možnosti realizace těchto zájmů prostřednictvím úpravy prostředí nebo využíváním kompenzačních pomůcek. Výtvarné činnosti vychází z přirozené potřeby člověka něco tvořit, ať se jedná o umělecká díla nebo

vytvoření příjemného prostředí, domova. Hodně se v rámci terapií využívá malování, práce s papírem, ubrousková technika, patchwork a další. Ergoterapie se zaměřuje jak na produkt, tak také na samotný proces tvorby. V rámci aktivizací v pobytových zařízeních jsou právě výtvarné činnosti velmi oblíbené.

4.6 Kognitivní terapie

Následkem úrazů centrální nervové soustavy, přirozeného stárnutí i výskytem demencí dochází často u lidí k poškození poznávacích (kognitivních) schopností. Involučním změnám podléhá nejenom tělesná schránka, ale také duševní schopnosti. Poškozením poznávacích schopností člověk přichází o část svého já, pociťuje nejistotu, cítí se méněcenný. Na uchování stávajících poznávacích schopností je zacílen kognitivní trénink. U osob s demencí se využívá léčba prostřednictvím farmak společně s kognitivní terapií. (Klucká, Volfová, 2009).

Kognitivní trénink je zaměřen na podporu poznávacích funkcí. Konkrétní cvičení „s různými stupni obtížnosti“ lze najít v pracovních sešitech „Cvičte si svůj mozek“ díl 1 a 2 vydaných Českou alzheimerovskou společností. Dále je možné čerpat z publikace „Mozek a jak ho cvičit“, která nabízí množství hlavolamů a zábavných úkolů. Mezi vhodné aktivity můžeme zařadit:

- cvičení všech druhů paměti (paměť krátkodobá, dlouhodobá, zraková, sluchová)
- pravidelné čtení s pochopením obsahu textu
- početní úkoly
- zhodnocení a rekapitulace dne před uléháním
- luštění hádanek, křížovek, hraní společenských a vědomostních her

(Suchá, Holmerová in Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2009, s. 162)

Klucká a Volfová, 2009, s. 23, s. 28) odkazují v rámci kognitivního tréninku na tréninkové bloky, kterých je 52. Měly by probíhat v malých skupinkách a základem je jednotný postup, který dodává uživatelům pocit jistoty. Vhodné je vytvořit si tzv. rituál – na začátku terapie se přivítat, pozdravit, sdělit jaký je den a za jakým účelem se uživatelé setkávají. Poté můžeme přistoupit k procvičování jednotlivých kognitivních schopností. Je potřeba vytvořit přátelskou a uvolněnou atmosféru, aby uživatelé nenabyli pocit, že jsou zkoušeni. Samozřejmostí je pochvala těch, kterým se daří a povzbuzujeme ty, kteří jsou méně úspěšní. Na konci tréninku je žádoucí vytvořit si rozlučkový rituál, může to být například „*chycení se v kruhu za ruce a pozdrav beze slov, nebo zatleskání si*“.

Jak uvádí Suchá a Holmerová (Suchá, Holmerová in Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2009, s. 162, s. 166, s. 167, s. 168, s. 171), „*trénink paměti v pravém smyslu slova se pro seniory trpící demencí příliš nehodí*“. U těchto lidí je nejvíce postižena krátkodobá paměť, na kterou je

žádoucí se při tréninku zaměřit. Vždy je potřeba pamatovat na to, aby zvolená cvičení odpovídala možnostem seniorů a byla pro ně zajímavá. Mezi oblíbená cvičení patří například:

- „*Slovní kopaná*“ – zadá se výchozí slovo a klienti vymýšlí další slovo, které začíná na písmeno, kterým předchozí slovo končí. Je možné napovídat, aby žádný z klientů neměl pocit méněcennosti. Hra by neměla trvat déle než 20 minut.
- „*Přirovnání*“ – přečte se část přirovnání a klienti společně dopovědí zbytek.
- „*Antonyma (slova s opačným významem)*“ – je to jednoduché cvičení velmi vhodné pro klienty s demencí. Terapeut řekne určité slovo a klienti k němu doplní slovo opačného významu.
- „*Otázky ano/ne*“ – cvičení vhodné i pro klienty, kteří již mají pokročilou fázi demence. Terapeut čte různé věty a klienti mají za úkol určit, zda jsou pravdivé, nebo ne. Také mohou opravit věty tak, aby byly správné.
- „*Křížovky*“ – schopnost luštit křížovky zůstává zachována i při onemocnění demencí, je však „*částečně limitována*“. Křížovka se může luštit za účasti všech klientů a terapeut obvykle napovídá.

Vzhledem k nepřehlednému množství cvičení zaměřených na uchování stávajících kognitivních schopností byly vybrány pouze ty, kterých se diplomantka osobně účastnila v rámci povinné praxe a výzkumu.

Osoby trpící demencí „*navzdory vážným deficitům*“ jsou schopny si pamatovat dávnou minulost, vyjadřovat emoce, „*navazovat sociální kontakty, mít smysl pro humor, vyjádřit názor, mít požitky ze smyslových vjemů*“ (Zgola, 2003, cit. dle Frankovská, Vyškovská, 2010, s. 6). Pro tuto cílovou skupinu je určen „*Program mozkové aktivační terapie seniorů MATES*“. Program byl vytvořen na základě zkušeností autorek s prací s osobami trpícími demencí, vychází ze zachovaných schopností těchto osob, využívá poznatky terapie zaměřené na orientaci v realitě, klade důraz na význam sociálních kontaktů seniorů s demencí. MATES pracuje s různými tématy, například: jídlo a vaření, dětství, svatba, nedělní oběd, hry (Franková a Vyškovská, 2010).

V rámci terapie je potřeba pamatovat na jedinečnost každého člověka, osob s demencí nevyjímaje, a tak němu přistupovat. Nedílnou součástí osobností terapeuta je laskavost a trpělivost. Důležité je vytvořit pocit bezpečí a umožnit každému vyjádřit svůj názor (Franková, Vyškovská, 2010, s. 17).

Diplomantka se v rámci povinné praxe aktivně zúčastnila většiny daných terapií, které jsou popsány v této kapitole. Při výkonu praxe v pobytovém zařízení Domov pro seniory ANAVITA se věnovala výhradně uživatelce paní M. H. s demencí u Alzheimerovy nemoci v raném stadiu, která dala laskavé svolení s provedením kvalitativního výzkumu a byla ochotna vyprávět svůj životní příběh.

5. Praktická část

5.1 Cíl a výzkumné otázky

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda u seniorů s demencí dochází ke změnám komunikačního schématu, z jakých důvodů k těmto změnám dochází a které činitele danou změnu způsobují. K naplnění cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky a bylo také potřebné zjistit maximální množství relevantních informací o předmětných skutečnostech (kdy dochází ke změně komunikačního schématu a jak se tyto změny projevují). Prostřednictvím kvalitativního i kvantitativního výzkumu diplomantka získává poznatky o možnostech a schopnostech komunikace věkové kategorie popsané v teoretické části diplomové práce. Výzkum se zaměřuje na situace, ve kterých dochází k určitým změnám v komunikaci, například delší pauzy, neschopnost vzpomenout si na správné slovo a podobně. Zkoumají se také příčiny potíží, které nastávají při verbální komunikaci.

VO č. 1 Za jakých okolností dochází ke změně komunikačního schématu osob seniorského věku s demencí?

VO č. 2 Jakým způsobem se dané změny projevují?

Naplnění cíle diplomové práce a zodpovězení výzkumných otázek umožnilo provedením výzkumu zařízení sociálních služeb Domov pro seniory ANAVITA v Olomouci (dále jen ANAVITA), které je popsáno v následující podkapitole.

5.2 Domov pro seniory ANAVITA

Kvalitativní i kvantitativní výzkum probíhal v pobytovém zařízení ANAVITA. Jedná se o soukromou pobytovou sociální službu působící kromě Olomouce v dalších šesti pobočkách v České republice. Od června 2015 ANAVITA nabízí své služby pro 120 klientů, z čehož je 80 lůžek vyhrazeno pro osoby s demencí, zejména s demencí u Alzheimerovy nemoci (Domov pro osoby se zvláštním režimem). Cílovou skupinu zařízení tvoří žadatelé, „kteří dosáhli 55 let věku

nebo věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu, jejichž potřeba sociální a zdravotní podpory způsobené Alzheimerovou chorobou, nebo ostatních typů demencí je taková, že jim neumožňuje pobyt v domácím prostředí. Žadatelé mohou být i občané jiné země než České republiky“ (www.ds-olomouc.cz).

ANAVITA je díky působení odborného lékaře – geriatra a také rozsáhlého ošetrovatelského týmu plně schopna zabezpečit kvalifikovanou zdravotní péči pro všechny své uživatele. Cílem sociálního zařízení je v maximálně možné míře podporovat samostatnost uživatelů, zachovávat jejich znalosti a dovedností. Klade se důraz na podporu autonomie a udržení důstojnosti a integrity seniorů. Zařízení se opírá o postupy doporučené Českou Alzheimerovskou společností a Českou gerontologickou a geriatrickou společností. Svým uživatelům nabízí nepřehledné množství volnočasových aktivit, sociálně-rehabilitační programy (různé výlety, kulturní akce), aktivity sloužící k upevňování fyzické i psychické kondice (trénink paměti, aktivní komunikaci, zdravotní cvičení, canisterapie, spolupráce s představiteli registrovaných církví). Pomáhá při upevňování sociálních kontaktů (akce pro rodinné příslušníky) a také zajišťuje mezigenerační kontakty (návštěva dětí a žáků z MŠ a ZŠ). (www.ds-olomouc.cz).

5.3 Metody výzkumu a sběr dat

Pro naplnění cíle diplomové práce a zodpovězení výzkumných otázek byl zvolen jak kvalitativní, tak kvantitativní výzkum. V rámci kvalitativního výzkumu byla zvolena metoda narativního rozhovoru spolu s pozorováním. Pro kvantitativní výzkum diplomantka sestavila krátký dotazník, který navazuje na zjištěná data z výzkumu kvalitativního.

5.4 Kvalitativní výzkum – metoda, výběr vzorku a sběr dat

Kvalitativní přístup je dle Miovského (2006, s. 17) „*přístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných a nekvantifikovatelných vlastností zkoumaného fenoménu naši vnitřní a vnější reality využívá kvalitativní metody*“. Hendl (2005, s. 53) uvádí, že na začátku výzkumu výzkumník vybírá téma a stanoví výzkumné otázky, které mohou být průběžně modifikovány. Výzkum se provádí prostřednictvím delšího a intenzivnějšího kontaktu s objektem výzkumu. Hlavním úkolem je objasnit, proč lidé v daném prostředí jednají určitým způsobem. Nevýhodou kvalitativního výzkumu může být jeho subjektivita. Předností výzkumu je získání vhledu a také hloubkového popisu při zkoumání případu, prostředí, jedince

nebo skupiny. Výzkumník tak může studovat procesy a navrhovat teorie, nejde pouze po povrchu, ale provádí „*podrobnou komparaci případů*“. V rámci výzkumu jsou vyhledávány a analyzovány informace, které jsou pro výzkum přínosné.

Jako metodu získávání dat se diplomantka rozhodla zvolit narativní rozhovor, kde objekt výzkumu měl široké pole působnosti pro autentické vyprávění svého životního příběhu od dětství až po současnost. Jak uvádí Hendl (2005), objekt je vybízen k volnému vyprávění a není konfrontován různými standardizovanými otázkami. Prostřednictvím vyprávění je možné získat velké množství informací. Na začátku rozhovoru subjekt stimulujeme – seznamujeme ho s tématem, o kterém bude mluvit a jeho významem. Nutné je získání si důvěry vyprávěče, až posléze je možné ho požádat, aby začal na dané téma hovořit. Příkladem může být vyzvání: můžete začít mluvit o svém životě a začít například dětstvím, na co si vzpomínáte, i drobné vzpomínky jsou důležité. Otázka nebo výzva má být položena takovým způsobem, aby bylo jasné, že jde o výzvu k vyprávění. Poté dochází k samotnému vyprávění příběhu. Jakmile subjekt přestane na dané téma mluvit, je možné klást upřesňující otázky – kdy se o určité události chceme dozvědět více, nebo když v průběhu vyprávění výzkumníkovi něco nebylo jasné. Jedná se o tzv. dotazovací fázi, kde se kladou narativní otázky týkající se obsahu sděleného příběhu. Otázky mohou být zaměřeny na jednotlivé fáze života, konkrétní situace, témata a také se mohou vztahovat na zkušenosti někoho jiného (vzpomínáte si na situaci, kdy o této události mluvila Vaše matka...).

Hlubkový rozhovor je velmi vhodný zejména v situaci, kdy se musíme obeznámit s problémem v širokém kontextu. Není nutností, aby pracoval s hypotézami a neřídí se fixním scénářem nebo sadou otázek. O obsahu otázek, jejich pořadí i formulaci rozhoduje tazatel (skoly.praha.eu, 2012, online).

Další metodou získávání dat kromě narativního rozhovoru bylo taktéž pozorování, které vhodně doplňuje výsledky šetření z výše uvedeného rozhovoru. Dle Hendla (2005, s. 192) je pozorování velmi často součástí kvalitativního výzkumu. Umožňuje nám zachytit chování a jednání lidí. V rámci zúčastněného pozorování je výzkumník „*v osobním vztahu s pozorovaným, sbírá data*“. Zúčastňuje se dění a zároveň ho pozoruje. Snaží se zachytit maximum informací o situaci, prostředí, osobnosti pozorovaného. Chráska (2000, cit. Valenta in Valenta, Müller, 2013, s. 64) upozorňuje na negativní aspekt této metody – možnost výskytu chyb při pozorování. Mezi tyto chyby zařazuje například „*haló efekt*“, kdy je tendence vnímat objekt výzkumu na základě prvního dojmu. Další chybou může být „*stereotypizace a analogie*“, kdy může dojít k posuzování osob na základě názorů, které jsou v dané společnosti zažité. Vojtíšek uvádí, že zúčastněné pozorování je vhodnou metodou výzkumu, pokud potřebujeme delší dobu zaznamenávat chování a vztahy pozorovaných osob v přirozeném prostředí a v přirozených situacích (skoly.praha.eu, 2012, online).

S ohledem na cíl diplomové práce a zvolené metody kvalitativního výzkumu bylo nutné pečlivě vybrat objekt výzkumu, který musel splňovat několik kritérií: osoba seniorského věku, diagnostika demence u Alzheimerovy nemoci, uživatel služeb pobytového zařízení, zachované komunikační kompetence potřebné k vyprávění svého životního příběhu.

Pro kvalitativní výzkum je charakteristický záměrný výběr vzorku, protože se vyhledávají vhodní kandidáti na základě záměru výzkumníka. Tímto způsobem vybrané vzorky jsou „*podstatně menší, flexibilnější a poskytují validní informace*“. „*Výběr je veden výhradně*

záměrem výzkumníka, který rozhoduje, kdo bude nejlépe odpovídat potřebám a zaměření jeho výzkumu“. Nevýhodou je, že nejsou „zobecnitelné na větší populaci“ (Votíšek, 2012, s. 18).

Pro účel kvalitativního výzkumu byla vybrána uživatelka pobytového zařízení ANAVITA, paní M. H., s diagnostikou demence u Alzheimerovy nemoci v raném stadiu. Komunikační dovednosti jsou zachované v dostačující míře nutné k naplnění cíle výzkumu. Uživatelku doporučila sociální pracovnice zařízení ANAVITA. Po krátké návštěvě a vysvětlení účelu výzkumu paní M. H. s výzkumem souhlasila, byla obeznámena s faktem, že její identifikační údaje nebudou zveřejněny a kdykoli může požádat o ukončení výzkumu. Podmínkou paní M. H. byla účast její dcery paní A. H. na jednotlivých setkáních z důvodu emocionální podpory blízkého člověka a pocitu většího bezpečí. Na prvním setkání, které probíhalo již za účasti dcery, byl ještě jednou objasněn cíl výzkumu, způsob zaznamenávání a vedení rozhovoru. Paní M. H. podepsala písemný informovaný souhlas, ale nepřála si ho jakýmkoli způsobem zveřejňovat, ani jako přílohu diplomové práce.

Setkání proběhlo celkem třináctkrát, z toho třikrát nebylo možné rozhovor uskutečnit z důvodu náhlé změny emočního ladění účastnice. Na začátku setkání se diplomantka domluvila s účastnicí na tématu rozhovoru – na jaké životní období bude paní M. H. vzpomínat. Účastnice u každého setkání volným způsobem vyprávěla svůj životní příběh. V průběhu vyprávění byly občas položeny doplňující otázky, ty byly pokládány i v případě, že paní M. H. nedokázala navázat na již vypovězený úsek života, nebo si vůbec nedokázala vzpomenout na vhodné slovo. Ke konci rozhovoru proběhlo krátké shrnutí příběhu uživatelky a byly položeny otázky typu: „Je ještě něco, na co jste si vzpomněla až nyní? Chtěla byste se podělit ještě o nějaký příběh, vzpomínku, která je pro Vás důležitá?“.

Každý rozhovor byl nahrán na diktafon a diplomantka data zaznamenala jako podrobný doslovný záznam v celém znění, bez jakýchkoliv úprav, včetně pomlk, pomocných slovíček jako „hmm, no, ehm, eéé, tak, jako“. Rovněž občas použité nespisovné výrazy a nesprávná gramatická vazba byly zachovány. Přepis rozhovoru byl proveden v tentýž den a poté byl záznam z důvodu ochrany údajů z diktafonu smazán. Některé etapy života, o kterých paní M. H. mluví, nebyly vyprávěny v průběhu jediného setkání. Důvodem je seniorský věk, kde důležitou roli hraje unavitelnost. Diplomantka rozhovory seskupila dle jednotlivých etap života účastnice a kompletních rozhovorů vzniklo celkem pět – někdy jedno setkání znamená jeden rozhovor, jindy jeden rozhovor je výsledkem dvou až tří setkání. Na konci každého rozhovoru bylo paní M. H. poděkováno a domluveno další setkání. Rozhovory byly pečlivě zkoumány, výpovědní hodnotou daných rozhovorů pro potřeby diplomové práce bylo zjištění, za jakých okolností, z jakých důvodů dochází ke změnám v komunikaci seniora s demencí v raném stadiu.

V rámci kvalitativního výzkumu probíhalo i zúčastněné pozorování, které bylo zaměřeno taktéž na situace, kdy byly patrné změny v komunikačním schématu. Jak uvádí Vojtíšek (2012), při zúčastněném pozorování výzkumník dlouhodobě zaznamenává projevy chování a interakce pozorovaného objektu v přirozených situacích. Před zahájením pozorování je potřeba se zaměřit na objekt pozorování, jakým způsobem bude pozorování probíhat a jak bude zaznamenáno. Dle Hendla (2005, s. 193, s. 195) je pozorování přirozenou součástí kvalitativních výzkumů. Rozhovor poskytuje informace o tom, co si zkoumaná osoba myslí, pozorování přináší poznatky o tom, co se skutečně děje. Zúčastněné pozorování umožňuje popsat, „co se děje, kdo nebo co se účastní dění, kdy a kde se věci dějí, jak se objevují a proč“. Daný způsob pozorování je možné využít v případě zkoumání jevu, který není přístupný jiným

osobám mimo zúčastněnou skupinu. Pozorovatel není pasivní, má vytvořený pozitivní vztah se zkoumanou osobou, provádí sběr dat a také se účastní životních situací, které se přirozeně vyvíjí. Před započítím pozorování je nezbytné navázání kontaktu s pozorovaným a seznámit se s jeho přirozeným prostředím. Autor upozorňuje na fokusované pozorování zaměřené na „*na zvláště relevantní procesy a problémy*“. Výzkumník vytváří koncept, určitý rámec, který umožňuje porozumět situacím, které se dějí a vysvětlit je.

Z uvedeného vyplývá, že pozorování spolu s narativním rozhovorem umožňuje zodpovědět výzkumné otázky diplomové práce. Na konci každého rozhovoru popsaného rozhovoru jsou popsány také závěry pozorování.

5.4.1 Přepis rozhovorů a záznamy z pozorování

M. H. – účastnice výzkumu (dále jen M. H.)

A. H. – dcera účastnice (dále jen A. H.)

DIPL. – diplomantka (dále jen DIPL.)

Rozhovor č. 1

DIPL. „*Pro začátek byste mě mohla říct něco o Vašem dětství – kde jste se narodila, jací byli Vaši rodiče, sourozenci. Jak jste se jako dítě hrávala. Pak můžete mluvit o škole, prvním zaměstnání*“.

M. H. „*Narodila jsem se v malé vesničce na Jižní Moravě, byly jsme čtyři děti. Jeden bratr byl starší, pak jsem byla já, další bratr a sestra. Bratři již nežijí, nejmladší sestra ano. Zůstala bydlet v našem rodišti. Je o dost mladší než já, tak asi o dvanáct let. Nebo třináct? Určitě třináct, ano třináct. Ale už jsem ji dlouho neviděla, ona za mnou nikdy nepřišla*“.

DIPL. „*Sestra Vás tady nikdy nenavštívila? A není nemocná, že nemohla přijít?*“

M. H. „*Není nemocná, vlastně...teda určitě nějaké problémy má, každý máme problémy. Ona chodí, neleží v nemocnici, je doma, normálně žije na vesnici, stará se o dům, vaří, uklízí. Akorát je líná. Celý život se jí nic nechtělo dělat. Ani pracovat se jí nechtělo. A byla hrozně na peníze. No, líná jak veš. O nikoho se nezajímala, jen o sebe. Pohodlná je. Nemám ji ráda. Určitě by přišla, když já už tady na světě nebudu. Kvůli penězům. Ale s Jankem a Michalem*“ (bratři paní M. H., poznámka autora) „*jsem vycházela dobře, často jsme se neviděli, ale měly jsme srdečnější vztahy, takové, jak bych to řekla, hmmm... upřímné*“.

DIPL. „*To od Vaší sestry není hezké. A co maminka s tatínkem? A vzpomínky na školu?*“

M. H. *“Prožila jsem tam dětství i mládí. Jako já, víte? V té vesnici. Když jsem byla dítě, byla dost velká nezaměstnanost. Mnoho lidí hledalo práci jinde, daleko, velmi často v Americe nebo v Kanadě. A do Kanady odešel za prací i můj tatínek. My jsme zůstali doma. Mamka se starala o nás, ale museli jsme ji všichni pomáhat. Vařit, poklízet. Do školy jsem chodila, měli jsme školu kousek od domečku, kde jsme bydleli. No a já, mně škola celkem bavila, aspoň počty, ty mi šly dobře. V zimě jsem do školy nechodila ráda. Pamatuju si, že tam byla zima. I když jsme zatopili, i tak mě byla zima. Nestačilo to vytopit celou ...,hmm .. místnost? No a po škole jsem neměla moc času na hraní, musela jsem pomáhat mamince. A když ne doma, tak u sousedů. Oni byli sedláci, jako že měli všeho dost a já tam občas chodila vypomáhat, pekla jsem tam koláče, pomohla při velkém prádle... jó, taky při úklidu. Víte, děvenko, tam byl velký barák. A vždycky jsem za to něco dostala, buď peníze, nebo nějaké naturálie, jídlo. Ale když byl čas, tak jsme se hrávali venku, teda jak bylo pěkně. Stavěli jsme hráze na potoku, dělali koláče z bláta. Naháněli jsme se, občas jsme se i poprali. A nevím, jestli to můžu říct, ale víte, já jsem nebyla vždycky hodná. Už nevím s kým jsem tam byla, no ale já jsem, stydím se, hmmm ... prostě co, párkrát jsem kradla zemáky, jako brambory a jabka. Ale jenom tím bohatým. Chudákovi jsem nevzala. A v zimě byly drápačky, chodilo se drápat peří. Tam jsme zpívali, mamky nám vyprávěly příběhy, i strašidelné, já se pak i bála, že přijde duch a vyleká mě, nebo mě vezme s sebou. Třeba za ty ukradené jabka. No a pak byly zábavy, masopusty, velikonoční zábavy, májka se kácela. To si pamatuji už jako větší holka. Bylo tehda veselo. Člověk zapomněl na těžký život aspoň... “.*

DIPL. *„A co Váš tatínek? Jak se mu dařilo v Kanadě?“*

M. H. *„Tam to nebylo ze začátku lehké, ze začátku to dost dlouho trvalo, než si našel práci. Našel si těžkou práci, protože tam vlastně v Kanadě byly taková místa, kde nikdo nežil, hmmm... místa, kde zatím nikdo nebydlel, ale oni chtěli, aby se tam bydlelo, kde bylo potřeba nejdřív vysušit močály, pokácet stromy a pak se to připravovalo, aby.... no, aby se tam mohlo stavět. A dělal tam, když přišel poprvé na návštěvu domů, taky nám to psal, že dělal s mnoha Čechy, Slováky i Poláky. Bylo tam moc Slováků i Poláků, tak různě se domlouvali. I Francouzi tam byli, ale s těmi se nikdo moc nebavil... Namyšlení byli a moc se jim dělat nechtělo. Francouzi prý dělat nechtěli, ale měli rádi víno. A tatínek taky říkal, že už je pak ten pán, co jim dával práci, už nechtěl...No. Jako mít tam ty Francouze. Vyhodil je. Pak později, když byl tatínek starší a neměl tolik síly, tak pracoval v nějaké fabrice na výrobu papíru. Dělal tam vlastně už napořád, než šel do důchodu. On tam získal i občanství. Byl Čech i Kanadán. Taky mu pak z té Kanady posílali důchod. V dolarech. To bylo moc peněz. Domů se moc často nedostal, ale jak to bylo možné, posílal mamince psaní. Posílal také peníze, samozřejmě. Jinak by nás maminka asi nemohla uživit. Byla bída a hlad. I válka byla. Strašná. Nezlobte se, o té já mluvit nechci. Nebudu, já nemůžu, já... “.* Delší ticho, paní má v očích slzy (poznámka autorky).

DIPL. *„Vidím, že to je pro Vás moc smutné a těžké. Nemusíte o tom mluvit, pokud nechcete. A jak šel Váš život dál, až jste byla větší, po skončení školy?“*

M. H. *„Jak už jsem byla větší, tak jsem po skončení školy dělala v takových...například chvíli ve fabrikách nebo pomáhala při sklizni sedlákům. No, skončila jsem jenom základní školu, a pak dál, byli jsme čtyři “ (sourozenci, poznámka autorky), „tak jsem musela taky vydělat něco, tak na další školu, třeba učňák, jsem nemohla jít. Živila jsem se a teda taky dávala mamince peníze takovými výdělky, které nebyly pravidelné, dělala jsem u sedláků, když byly žně. Pomáhala jsem sbírat brambory, cukrovku. No a pak ve městě jsem se dostala do fabriky se dřevem. Pracovalo se tam s dřívím. Tam jsem dělala velice dlouho, velkou část života. No,*

a pak už nikde, pak už, už jsem šla do důchodu. Už jsem byla doma, ale tam bylo taky hodně práce, kolem baráku, v zahradě. Celý život jsem těžko pracovala.

DIPL. „*A jak jste se dostala do města?*“

M. H. „*Do města jsem se přestěhovala až s manželem a první dcerou, to je ta, která je tu teď s námi a poslouchá, jak si tady vykládáme. Víte, já jsem se mezitím vdala. Když byla válka*“ (2. světová válka, poznámka autora), „*ženil se můj starší bratr. Janek. Já byla tehdy svobodná a byla jsem na jeho svatbě. Tam jsem potkala svého budoucího manžela. Manžel byl bratrův kamarád. A já jsem se mu líbila. Byla jsem tehdy asi hezká, víte, když byly zábavy, vždycky jsem byla první v kole. I když byl těžký život, já jsem byla veselá, pořád jsem se smála. Rok jsme se spolu potkávali a pak jsme se vzali. A manžel dostal místo u policie ve městě. Tam jsme se pak trvale usadili. Chtěli jsme oba do města, tam to bylo trochu jednodušší než na vesnici. Nejdřív jsme bydleli v podnájmu, po čase jsme si koupili dům, který jsme pak dávali do pořádku. Jo, no nadřeli jsme se pořádně. Do práce, dávat barák do pořádku, vychovávat děcko, měli jsme toho moc. Přistavovali jsme pak další místnosti, protože dům byl pro větší rodinu malý. Jeden rok po válce se nám narodila první dcera. Pak další dcera, ta je mladší o pět let a nejmladší syn zase o další tři roky. Ano, mám tři děti*“.

DIPL. „*Paní H., hezky jste mi vyprávěla o dětství, zážitcích a životě v dětství, až do doby, kdy už jste byla dospělá, vdala se a odešla z rodné vesničky. Je ještě něco, co byste mi chtěla sdělit, říct?*“

M. H. „*No, bylo toho dneska už dost, vzpomínala jsem na hodně věcí, a nevím. Už nevím, co bych Vám ještě řekla. Asi nic, už mě nic nenapadá.*“

Záznam z pozorování a analýza rozhovoru:

Daný rozhovor vznikl z celkem tří setkání. Zpočátku byla paní M. H. váhavá, protože nikdy před cizím člověkem nemluvila o svém životě a vzpomínkách. Také diktafon jí nejdřív vadil, ale po vysvětlení k jakému účelu slouží a zejména ji uklidnilo, že ještě ten samý den bude rozhovor přepsán a z diktafonu smazán. V rámci pozorování a analýzy rozhovoru bylo zjištěno, že u paní M. H. dochází ke změně v komunikaci, pokud si nemůže vzpomenout na správné slovo, není si jistá o čem by měla mluvit (tehdy používala slovní berličky typu hmm, takový, jako) a změny se negativně projevují, pokud si vybavuje velmi nepříjemné vzpomínky, např. odchod otce do zahraničí za práci, válka. O válce vůbec nechtěla hovořit. Komunikace tehdy provázely i emoce – pláč, úzkost a nedokázala pokračovat v rozhovoru. V rámci navození příjemného pocitu a s ohledem na věk a zdravotní stav paní M. H. bylo navrženo, že o velmi negativních vzpomínkách nebude mluvit. Negativní vliv na komunikaci měla i větší unavitelnost paní M. H. Komunikace probíhala téměř plynule, pokud vzpomínala na své vlastní zážitky – co ráda dělala, jak se seznámila s budoucím manželem.

Rozhovor č. 2

DIPL. „*Paní, H., naposledy jste mi vyprávěla o svém dětství, vzpomínala na rodiče a vyprávění jste ukončila, jak jste se s manželem přestěhovala do města. Dnes na to navážeme a zkuste mi, prosím, něco říct k Vaší rodině, práci a dětem.*

M. H. „*V..., když se mi narodily děti, ty tři, jak jsem říkala, jsem nepracovala, myslím jako že jsem nepracovala hned, jak se děti narodily, byla jsem doma, protože ee... tehdy nebyly takový ty... jesle pro děti. Až pak později, když byl syn, tak už jesle byly a syna jsem tam dala. Ale jenom na chvíli, protože byl často nemocný a nemohl tam být. Pak ale byla možnost dát ho do jeslí, kde byl celý týden, staraly se o něj paní, sestřičky“ (týdenní jesle, poznámka autora). „*Tam taky nemohl být, všechno proto, že byl pořád nemocný, tak jsem si ho vzala domů. To bylo tehdy těžké, nevěděla jsem, co s tím mám udělat. Potřebovala jsem jít do práce a taky jsem do práce chtěla jít a těšila jsem se. Víte, já jsem vždycky moc ráda chodila do fabriky. Nikdo mě to nechce věřit, dneska je to jiné, ale já, já jsem ani jedenkrát, ani jednou nepřišla pozdě do práce. No a pak... Tehdy přišla k nám domů pomáhat maminka od manžela. Mohla jsem dát děti k nim domů, ale to jsem nechtěla. Protože ta nejstarší už chodila do školy, byla zvyklá na náš dům, měla kamarádky, ta mladší, no ta do školy ještě nechodila, ale už brzy měla jít taky. A hlavně, víte, no já jsem si nerozuměla s tatínkem od manžela, jak se to volá... ted' nějak mi to slovo, nemůžu si vzpomenout. On by můj... no (tchán, poznámka autora). Tak s ním jsem si moc nerozuměla. Když jsem jednou bydlela s mužem u nich, tak mi moc vyčítal, když jsem si koupila voňavku, že jsem taková na parádu. Fiflena mi říkal.... Jaká fiflena? Práci jsem si vždy udělala, měla jsem naklizeno i navařeno. Víte, že mi všichni říkali, že tak, jak vařím a pečů já, tak to nikdo tak neudělá? Když jsem napekla buchty, všechno bylo hned pryč, chutnalo jim“.**

DIPL. „*Takže jste výborně vařila a pekla? To Vám věřím, že jste se zlobila, když Vám tatínek od manžela nadával do fiflen. Taky bych byla našťvaná. A jak to teda dopadlo s hlídáním dětí? Jak se to vyřešilo? Vzpomínáte si?*

M. H. „*No maminka od manžela přišla na čas bydlet k nám, už byla v důchodě, o zahradu se jim staral její muž a ona se těšila na vnoučátka a že bude chvíli bydlet ve městě. Byla na to město moc zvědavá, taky na nové sousedky. Ona byla ráda s lidmi a měla moc ráda děti. Byla jsem ráda, že je s námi, protože se o něj“ (syna, poznámka autora) „*starala a já jsem šla pracovat. Potřebovali jsme peníze. To, co přinesl domů manžel, nestačilo na všechno. Strašně moc peněz stál dům. On ten domeček byl malý, měl jenom jeden pokoj, koupelnu, kuchyň a tak... Ale zase měl ten... aby tekla a odcházela voda“ (kanalizaci, poznámka autora) „*a tak jsme udělali vodovod, taky sklep. Tam jsme dávali pak jabka, zemáky a všechno možné. I další pokoje jsme přidělali, kvůli dětem. No a tak jsem vlastně... ten můj život, to bylo chození do práce, starala jsem se o děti, manžela, hospodářství, zahrádka. A v létě, když byla fabrika chvíli zavřená, byly dovolené. No a pro mě dovolená bylo to, že... hmm, že jsem nechodila do práce a úrodu, co byla na zahradě jsme si posbírali a já zavařovala na zimu a tak. Takže... když jsem byla mladá, tak se nechodilo na dovolené. Ale dva, nebo třikrát jsem byla v lázních. Protože jsem měla problémy s průduškami. Jenom jednou jsem byla v Jugoslávii na dovolené, ale to už děti byly větší, dcera, tato co s námi sedí, už byla dospělá a postarala se hlavně o toho mladšího. A ještě ... jak jsem byla v Jugoslávii, tak tam to bylo moc pěkný. Jídlo nám dali a bydleli jsme v takovém hotýlku. Byla jsem s kamarádkou, tak to bylo hezké. Chodily jsme na procházky, koupaly se v moři, ale trochu jsem se bála, byly tam dost velké vlny. No a taky jsme byly***

na výletě lodí, odvezli nás do nějakého města.... Jak se jmenovalo... no když já si nemohu vzpomenout, ale to jedno. Moc se mi tam líbilo. Ještě si vzpomínám, že tam byla moc dobrá zmrzlina. A u moře bylo moc lidí, také děti tam byly. Hrály si u toho moře...”

DIPL. *„A jak trávily prázdniny Vaše děti?“*

M. H. *„Ale pro děti byly tábory, pionýrské. Nejstarší dcera byla myslím jenom jednou, pak už nechtěla, byla taková, no raději byla doma, kde měla kamarádky. Vadilo ji, že na táboře nikoho neznala. Ona byla nejraději sama s knížkami, pořád čuměla do něčeho. A ještě pár kamarádek, jinak byla zalezlá doma, nebo pomáhala na zahradě. Byla taková ... hodně pracovitá a eee... vždy všechno udělala, co se jí řeklo. Poslušná. Mladší, ta byla jiná, ta chodila ráda na ty tábory. Pořád někde lítala, tu zas nebavilo dělat na zahrádce. Větroplach, vzala si tepláky, tričko a furt byla pryč. S kamarádkami a když byla větší, tak i na, no ... do přírody, udělali si oheň, pekli burty a halekali u kytary. Zas byla šikovná na sporty, hrála závodně tenis a ještě něco, s balonem“ (házenou, poznámka paní A. H.). „Byla ráda, že může jít lítat ven. A ten nejmladší, tak ten vůbec nechtěl jít na žádný tábor, plakával, že tam nechce, no tak jsme ho nechali doma. Špatný byl, když měl jít pryč z domu, nechtěla jsem ho trápit. Tak aspoň pomáhal kolem baráku, i když se mu nechtělo, ale já jsem byla celkem od rány, párkrát dostal vařechou a bylo. Všichni dostali, když si zasloužili, co bylo po ruce, s tím dostali. Jako děcka“.*

DIPL. *„Vzpomínala jste, že jste měli i hospodářství. Chovali jste nějaká zvířata?“*

M. H. *„Měli jsme velkou zahradu, chovali jsme slepičky. Manžela bavilo chovat ty slepičky, byl i v nějakém svazu, ale už nevím, ve kterém. Někaké slípky měl i na výstavě v ... Německu. Ano, tak ty slepičky dostaly i nějakou odměnu, ... no ne odměnu, ale ... jak se to volá“ (ocenění, poznámka autora). „Měli jsme i psa, to bylo tak, že v rodinném domě byl i pes. Velký, bílý. Dobře hlídal. Ale byl celkem ostrý, jednou i někoho pokousal. Jendů pokousal, když k nám lezl přes plot. No a ty slepičky. Nic jiné jsme neměli, žádné jiné zvířata. Vlastně jednou jsme chovali prasátko, ale pak už jsem to chovat nechtěla, smrdělo. No a manžel... taky po... když skončil školu, pracoval jako dělník, ale jenom když mohl, když byla práce. Pak ještě dělal školu, nějakou, nevím, nevzpomínám si, jaká přesně. Tehdy byly takové... školy, kde se chodilo večer a musel dělat maturitu, takové něco, nevím. Pak šel pracovat jako policista, bylo to pod tím, no ministerstvem. A ještě ho bavili psi, tak dělal práci se psy“ (kynologa, poznámka autora). „A on byl ten... jako co dělá se psy. I kurz měl. Na ty pejsky. A tam bylo hodně dalších takových – z Čech, z Moravy, taky hodně Slováků tam bylo.. ee, no na těchto kurzech“.*

DIPL. *„Vaše vyprávění je velmi zajímavé, i když jste neměla lehký život, uměla jste si poradit. Je něco, na co si ještě vzpomínáte?“*

M. H. *„No ještě vím, že manžel hodně chodil cvičit ty psy, nebyl často doma. A když byl, tak pořád trčel v zahradě. Pěstoval všechno možné, měl toho hodně. A zahradu jsme měli přímo výstavnou. Krásně to všechno udělal... ale zase jsme mu pomáhali všichni. Nikdy jsme se nenudili, tehdy to tak bylo. Televize nebyla, měli jsme rádio. Starý tranzistor, tak v neděli jsme poslouchali rádio. Já dechnu a manžel sport. On měl rád fotbal, a víte, že časem jsem ten fotbal pak poslouchala s ním? No a potom jsme si našetřili a koupili si telku. To bylo něco. A pak jsme na fotbal koukali spolu, když byl čas. A večerní zprávy, to každý večer. No, jako, víte. Nás to bavilo. Víte, celý týden pořád to ... robota a v neděli jsme víc odpočívali. Já jsem vždycky v neděli chodila do kostela, jsem katolička. Manžel s tím měl problémy, on musel být jako policista ve straně, tak mu dělali problémy. A co je na kostele špatného? No ale já jsem si kostel nedala vzít. I ten jsem nosila... na řetízku. Křížek“.*

Záznam z pozorování a analýza rozhovoru:

Na vznik tohoto rozhovoru byla potřebná dvě setkání. Paní M. H. mluvila plynule zejména ve chvílích, když vzpomínala na své děti – jaké byly, co měly a co neměly rády. Také při vzpomínkách na manžela a život s ním byla komunikace vnímána v podstatě jako bezproblémová. K narušení plynulého projevu docházelo v situacích, když si nemohla vzpomenout na správné slovo. Obvykle to byla slova, které běžně nepoužívala, např. kynolog, jesle, ocenění a podobně. V těchto situacích docházelo k delšímu odmlčení, hledání správného slova, používání slovních berliček (to, jak, no, ee, jak se to volá). K těžšímu vybavení správného slova došlo i v případě, že účastnice výzkumu byla unavená. Při prvním setkání v rámci rozhovoru č. 2 paní M. H. předem sdělila, že měla v ten den dopoledne více aktivit a lidí kolem sebe, z čeho je dost unavená. Setkání bylo kratší a další setkání bylo domluveno na den, kdy paní M. H. měla méně aktivit.

Rozhovor č. 3

DIPL. „Paní H., dneska bych se ráda dozvěděla víc o Vašich dětech. Co vystudovaly, kde pracovaly? Zkusíte mi něco o tom říct?“

M. H. „Nejstarší dcera, ta první, chodila na zdravotní školu. Pak dělala sestřičku, chvíli dělala tu sestru i ve vězení. Mohla pak dostat služební byt, víte ona byla svobodná a děti také nemá a takovým stát tehdy nechtěl dát byt a ona chtěla být ve vlastním. Ale bylo to těžké tam pracovat, že ti vězni si vymýšleli furt nějaké nemoci, nebo si něco udělali a na to dcera neměla nervy. Tak odešla. Zase dělala sestřičku, ona vždycky někomu pomáhala. Často sloužila noční, měla služby i celý den. Hodně byla v práci, i přes Vánoce a svátky. I o mně se starala, než jsem šla sem. A dobře se starala... byla hodná na mne. I když to se mnou nebylo jednoduché. Ted' pomáhá manželovi, pořád se stará. On už manžel je starý, potřebuje, aby mu někdo pomáhal, vařil. On ještě umí chodit sám, s paličkou, ale už ... jako už sám moc věcí neumí. No a dcera, o ní jsem mluvila, že? Tak ta... Pak musela znovu do školy, aby mohla dělat něco jiného. Tak pracovala a ještě chodila do školy. Další maturitu si dělala. Všecko vždycky zvládla, má dobrou hlavu. Pak dál pracovala ve špitále, ale nedělala sestřičku, dělala s krví, vzala krev a pak ji ee... vyšetřovala, jak se to volá, no ... ted' si nevzpomenu, ta moje hlava, už je stará“ (laborantka, poznámka autora). „Druhá dcera, tu učení moc nebavilo, tak jsme ji dali na učňák. Byl to něco s textilem, ale nebyla švadlena. Dělala pak i ve fabrice s textilem. Pak si musela najít práci jinde, ta fabrika byla zavřená, skončila tam výroba. Pak pracovala v jiné fabrice, v... tam pracovala, ted' si nemůžu vzpomenout, kde. Něco s chemií, ale opravdu nevím. No a pak jak měla děti a skončila ji mateřská, tak si hledala takovou práci, aby měla čas na děti. Nechtěla pracovat v noci. Ve fabrikách se dělalo i v noci. A taky chtěla mít práci blízko bytu, kvůli času a cestování. Vzpomínám si, že prodávala u jednoho, přízeň od jejího muže to byla. Háčky, udice a věci na ryby prodávala. Jak byla u mě na kafe, tak říkala, že se jí o těch háčkách už i zdá... Pak prodávala ve skladu nějaké sladkosti, napolitánky. No a ještě ve školce uklízela a pomáhala v kuchyni, tam byla až do důchodu. Ted' už nedělá, je v důchodu. Aj pejška měla, takového oříška malého, starala se o něj, chodívala ho venčit. Ale pejsek už není, umřel. Tehdy byla moc smutná...“.

DIPL. „Ztráta zvířátka je vždy smutná. A co Váš syn? Co mi o něm řeknete?“

M. H. „A nejmladší, tedy ten můj syn, se šel taky vyučit. To si pamatuji, že se učil za knihtiskaře... to vím. Ale on byl takový větroplach, já si nevzpomínám, že by ho něco dlouho bavilo. Víím, že měl moc rád koně. Chvilí s koněma i pracoval, někde v Německu. Dlouho tam nepobyl, jemu se stýskalo po domově. Nedokázal být dlouho pryč od nás. Ale on měl vlastní byt. Začínal dělat jako topič, tam dostal byt. A pak později, když se dcera vdala a měla tři děti, ee dceru a dva syny, ne první, ta druhá dcera, tak jsem ji ty děti pomáhala vychovávat. Ta vnučka, ta se narodila první a byla chudák pořád nemocná. S průduškami pořád stonala, břicho jí bolívalo i plíce měla jednou chycené, tak jsem ji pomáhala. To už jsem byla doma, v důchodu. A... pomalu tam, kde jsme si předělávali domek, tak tam začali ty domy bourat. A nás pak vystěhovali jinam. Na jiné místo, ale pořád jsme zůstali v tom městě. Ale na sídlišti. Museli jsme odejít. To měla ta druhá dcera, ne tato, co tu s námi sedí, tehdy jenom jedno děcko. Druhé dvě se narodily později, už na tom sídlišti.

DIPL. „Takže nakonec jste museli domek, který jste si opravili a dostavěli, opustit. Jak jste bydleli potom?“

M. H. „Dostali jsme od státu dva byty. Jeden pro nás, pro mě, manžela a tu nejstarší dceru. Ta bydlela s námi. Ona se nevdala, ani děti neměla. No... byla sama a tak bydlela u nás. Třípokojevý byt to byl. Měl i balkon, dva balkony. To vím, protože na jednom jsme měli kvítka, muškáty. A na druhém balkoně jsem věšela prádlo... A druhá dcera, no ta co byla vdaná, dostala druhý byt, stejný jako byl náš. I v jednom vchodě jsme bydleli. Zase spolu. Každý den za mnou dcera přišla na kafičko. Jenom tak pobejt. No a pak si vzpomínám, že se jí tehdy narodilo další dítě. A pak třetí. Na tom starém bydlení, tak jsme měli hodně přátel. Ale jim komunisti taky ty baráky zbourali, no a tak nějak jsme se na novém poscházeli. Dostali byty na sídlišti a hodně sousedů pak bydlelo ve stejném vchodě. Baráček to nebyl, ale museli jsme to zvládnout. A jak tam byli i ti naši přátelé, tak to šlo líp. Setkávali jsme se, víte. A ještě jsem něco chtěla k Mirkovi, to je ten můj syn. Vidíte, jak mě to dneska nemyslí? Co jsem to chtěla říct? ... No a můj syn, ten už měl taky ženu a ten bydlel... hmm ... u manželky. Ano, v rodinném domě. Ale taky jim komunisti ten barák vzali. Oni tehdy brali všechno. I střechu nad hlavou Vám vzali... A ... hmm. No pak jim stát dal byt. Ale ten domek byl vlastně ne jejich, ale rodičů od té jeho ženy. A syn vlastně dostal byt od toho ... no kde pracoval jako topič. A na tom samém sídlišti, co jsme bydleli my všichni. Nebyli jsme daleko od sebe. No a syn má jedno děcko, takže máme s mužem jednu vnučku a vnuky, ty máme tři. A ta naše vnučka, ta byla nemocná, ale jako děcko byla i zlá, pořád zlobila, vztekala se. Já jsem si s ní užila. I prodat jsem ji chtěla ... A pak syn. Syn se pak rozvedl, byt mu zůstal, no a ten pracoval tak různě. V tiskárnách, také v... jako řidič pracoval v nějaké firmě. Stavební. Všechny moje děti už jsou v důchodu, ale syn ještě při tom pracuje jako hlídač. Protože má malý důchod, tak ještě potřebuje víc peněz. No, za komunistů byly malé platy, tak jsou i malé důchody. Ještě měl psa, takové veliké tele to bylo. Někdy s ním přišel i k nám. Mně to nevadilo, ani mužovi, on byl pejskař. Ale dcera se toho psiska bála. Vždyť když jste seděla, tak ten pes vám koukal do očí“.

DIPL. „A máte i nějaké pravnoučátka?“

M. H. „Měla jsem... ee tři děti a mám čtyři, čtyři vnoučata. Čtyři? Ano, vždyť už jsem Vám to říkala.... Musíte mít trpělivost, jsem už stará a ta hlava zlobí.... A mám ještě dvě malé pravnoučata, děvčátka, holčičky. Jedna je ještě malé miminko, bude mít rok a druhá chodí do školky. Ale ta bydlí dost daleko. Nevidím ji často. Viděla jsem i dvakrát, víte, oni nebydlí

v tomto městě, ale daleko. Málokdy sem jezdí. A moc se obě podobají na své tatínky. Já o nich vlastně moc toho nevím, nevím, co Vám mám ještě říkat. “

DIPL. *„Moc hezky jste vyprávěla o svých dětech a vnoučatech. Vypadá to tak, že jste si s vnoučaty toho dost užila. Vzpomínáte si ještě na něco? Kam jste s nimi chodila?“*

M. H. *„No a tak v tom novém“ (bydlení, poznámka autora) „jsem se starala o vnoučata, vnoučata dcery. Ta mohla pak jít do práce. A manžel jako můj už byl taky důchodce. Panelák ho nebavil, potřeboval něco dělat. Doma se nudil a byl protivný. Našel si kousek od města zahradu, tu si půjčil“ (pronajal, poznámka autora), „protože nám ta zahrada, co jsme měli na domku, chyběla. Každý den, no ne v zimě ne, ale jinak každý den jsme chodili na zahradu... teda manžel víc než já. On chtěl mít občas od báby pokoj, tak říkal. Tam pěstoval zeleninu, ovoce, měl jabka, hrušky, třešně, no hodně toho vypěstoval. I kytičky pěstoval, tulipány a pak ty kytičky na hřbitovy... jak se to říká. Astry a chryza... chryzantény“ (chryzantémy, poznámka autora). „I na trhu prodával. On teda přímo ne, měl na to nějakou paní, Zuza se volala. Ta nám prodávala a večer pak přišla k nám domů a dala nám peníze. Účtování jsme to volali. No tak jsme měli práci i na důchod, ale na zahrádku jsme chodili rádi. Autobusem tam a večer pro nás přijela dcera autem, hnědou emběčku jsme měli. Tu jsme někdy půjčili i té druhé dceři, té, co měla děti. Oni tehdy auto ještě neměli“. (Delší odmlka, paní H. je již zjevně unavená, pokračovat se bude na dalším sezení – poznámka autora).*

DIPL. *„Paní H., vidím, že jste již asi hodně unavená. Nebudu Vás dnes již víc zatěžovat, domluvíme se na dalším setkání a budeme pokračovat v dalším vyprávění. Souhlasíte?“*

Záznam z pozorování a analýza rozhovoru:

Rozhovor proběhl v rámci dvou setkání. Paní M. H. při vzpomínkách na své děti stejně jako v předchozím rozhovoru byla sdílná, vzpomínky ji těšily a komunikace byla relativně plynulá. Potíže a změny v komunikaci nastávaly v situacích, když si nedokázala vybavit slova jako laborantka, názvy květů. Tehdy účastnice výzkumu hledala jiné výrazy, případně dané slovo obsáhleji popisovala, došlo i ke „zkomolení“ slova. Negativní vliv na komunikaci měla i smutná vzpomínka – úmrtí domácího zvířete. Paní M. H. delší chvíli mlčela. Byl zaznamenán i odklon od tématu, když se diplomantka ptala na zážitky s vnoučaty. M. H. se vrátila opět ke vzpomínkám na manžela a jejich zahrádce. Poté již nebylo možné v rozhovoru pokračovat, M. H. cítila velkou únavu, dlouho byla potichu a dál již nechtěla mluvit, úplně se odmlčela.

Rozhovor č. 4

DIPL.: *„Paní H., když jsme se setkaly naposledy, stěžovala jste si na únavu. Jak se cítíte dnes?“*

M. H.: *„Dneska to za nic nestojí, furt prší, tak jsem taková... no, do ničeho se mi nechce, ale když už jste tady, tak se ptejte.“*

DIPL.: *„Minule jste mi vyprávěla o svých dětech, o tom, že jste všichni museli odejít z domečku, protože se tam plánovala výstavba nového sídliště. Mluvila jste o novém bydlení. Jak jste žila v novém bytě?“*

M. H.: „*Jak už jsem říkala minule, tak nejstarší dcera bydlela spolu s námi v bytě... už jako v tom novém, co nám dali za barák. Neměla rodinu... ta dcera, co bydlela s námi a teď tu s námi sedí a poslouchá, co Vám vykládám, no a ona ... ééé vlastní bydlení taky neměla. V tehdejší době se dlouho čekalo na byt a byty nejdřív dostaly, co měly, hmmm.... rodiny s dětmi. Dcera pak po nějaké době, nevím po kolika letech, po tom, co už jako... no, jsme byli v novém, už byla v důchodě, ale ještě pořád pracovala, dokud měla sílu. Furt chodila do práce, asi jí to tam bavilo víc, než být s námi doma. Ale občas byla z té práce i nervózní. Říkávala jsem jí, proč tam chodí, když je už dost stará...“ (smích, pozn. autora). „*Pak zůstala doma. Ne hned, ale když už byla ... jako že unavená, víte? Z té práce, a tak...“**

DIPL.: „*A co manžel? Vzpomínáte si, co dělal on? Jak trávil svůj čas, kromě práce na zahrádce?“*

M. H.: „*Manžel byl v pohodě, zahrádku už ale neměl. Říkal, že ho bolí ruce a taky záda. No a ona ta zahrádka byla daleko ... víte, nebyla kousek od baráku. Musel na autobus a přestupoval... No, dvakrát na autobus tam a zpátky. Otravovalo ho to. Jako ehm... to cestování. Občas jezdíval za svými kamarády do jedné hospůdky na pívko. Setkávali se pořád v jedné a té samé hospodě, říkali tomu rande. Počkejte, kdy tam jezdíval.... V sobotu, to byl jeho den, nachystal se a zmizel za kamarády. Pamatuju si, že vždycky, když přišel domů, tak smrděl hospodou. No, musel mazat do koupelny, vysvléct ty smradlavé hadry a umýt se... A ještě, teď to vidím úplně živě, když bylo chladno a o měl ten ... no, plášť, kabát. To dcera vždycky věšela ven na balkón, ať vysmrádne.“*

DIPL.: „*A co Vy, paní H.? Co jste dělala doma Vy?“*

M. H.: „*Já už jsem slábla, neměla jsem tolik síly... všechno mi dlouho trvalo. Víte, já jsem celý život byla zvyklá těžce pracovat. Dřela jsem celý život... No trochu jsem i odpočívala, to jsem si přečetla noviny, politika mě vždycky bavila. Ale někdy jsem u těch novin i nadávala... Hmmm, dcera se někdy zlobila, že proč to čtu, když pak nadávám. Víte... ale co se do toho starala, i tak jsem si dělala, co jsem chtěla. No, ééé a ještě jsem... no. A pak jsem ještě v důchodu hodně vyšívala. Na panamu. To byl takový materiál a na něj se šilo. Těch ubrusů a deček co jsem se navyšovala! Sestra, ta co jí nemám ráda, je pak prodávala. Ale více jsem šila tak... pro rodinu, známé. I vnučce jsem dala dečku pro její paní učitelku. Vlastně...ééé, já jsem nikdy jenom tak neseděla. Nedokázala jsem sedět a nic nedělat. To jsem byla pak nervózní... hmm, tak jsem raději šla zase něco dělat. No ale když už jsem moc nemohla, bolely mě nohy, všechno mi padalo z rukou, tak mi to vadilo. I dcera mi říkala, že jsem jiná, no jaká jiná... Celý život jsem pracovala a teď mám sedět?! Prý jsem míň mluvila, někdy jsem byla i protivná, vztekala jsem se. Alespoň tak říkala. Všechno mi lezlo na nervy, i manžel.“*

DIPL.: „*Paní H., děkuji Vám za vyprávění. Moc si vážím, že jste se se mnou podělila o další střípek Vašich vzpomínek, i když se dnes necítíte úplně dobře. Nechci Vás dnes víc unavovat. Naposledy jsme se domluvily, že o části Vašeho života, na kterou si moc nevzpomínáte, bude mluvit Vaše dcera.“*

DIPL.: „*Paní A. H., můžete mi, prosím, říct, co předcházelo umístění Vaší maminky do ANAVITY?“*

A. H.: „*Máma se začala měnit, bývala náladová, ty nálady se často střídaly, jindy se uzavřela do sebe. Když jsem se jí ptala, co jí je, co se stalo, tak mě odbyla slovy: „nic mi není, nestarej se“. Komunikace vážla. V tom čase jsem byla již v důchodu, ale ještě jsem při tom pracovala.*

Neměla jsem možnost ji celý den sledovat, jenom tehdy, když jsem přišla z práce domů. Pak se mi maminka jednou svěřila, že viděla v tom bytě nějakou, nějakého člověka. Chtěla jsem, aby mi ho popsala. Tak ho popsala jako starého, nehezkého černého muže, kterého ona nechce v tom bytě. A pak se mě ptala, zda jsem ho viděla taky. Řekla jsem ji, že tady nikdo není, že jsem nikoho neviděla. A že mi může věřit. Na to mamina řekla, že to není dobré, když ona ho viděla a já ne. Ale že s ní nemluvil, pouze ho viděla. Uvědomila jsem si, že by bylo vhodné navštívit lékaře. Maminka s tím souhlasila. Jenomže již se ta vidina dlouho neopakovala, tak jsme k lékaři nešly. Delší dobu bylo vše relativně v pořádku, ale pak přišly další zrakové halucinace. Prý v jejím pokoji byly nějaké děti, zpívaly, tak i ona s nimi začala zpívat. Já jsem slyšela, že maminka zpívá, tak jsem se jí přišla zeptat, zda si jenom tak prozpěvuje. Řekla mi, že tady byly děti, ale že již odešly. Jednou večer jsme odjely do nemocnice na pohotovost, protože měla zvýšenou teplotu, chytla i nějakou alergii, vyrážku na kůži. Vzali jí krev, při rozboru zjistili, že jí selhávají ledviny. Maminku si tam nechali, byl to její první pobyt v nemocnici v starším věku. Pobyt na ni nepůsobil dobře, dostala pampersky, dávali jí infuze, přivázali jí ruku, takže to na ni psychicky velice špatně působilo. Přece to byla i přes zdravotní problémy soběstačná, rázná žena... Všem se bránila, tak zavolali psychiatra, který ji naordinoval nějaké utlumující kapky. Poté byla taková spavá, až příliš. Po deseti dnech nám ji vrátili domů, do domácí péče. Téměř úplně ležící, i když šla do nemocnice ještě chodící samostatně za pomoci hůlky. Doma jsem ji dala do pořádku. Postavila se opět na nohy a začala chodit. Jenomže ta paměť čím dál, tím více selhávala, zkrátka se poruchy paměti zhoršovaly. Zhoršovala se krátkodobá paměť, dlouhodobá byla v pořádku. Maminka si všechno možné z minulosti velmi dobře pamatovala a taky vzpomínala na svůj život. Poté měla takové halucinace, které trvaly celý den i celou noc. Pořád mluvila k nějaké neznámé, cizí ženě, prosila ji o pomoc a tak. Zavolala jsem pohotovost a zase to skončilo tak, že ji odvezli do nemocnice, dostala infuzi a šla domů.“

DIPL.: „To muselo být těžké období. Maminka se Vám před očima měnila. Co se dělo dál?“

A. H.: „Pak se její praktická lékařka zkontaktovala s geriatricko-psychiatrickou klinikou, kde jsem byla za primářkou s doporučením od ošetřující lékařky, aby maminku přijali. Nevěděla jsem, co mamince je, tak jsem chtěla, aby jí v nemocnici stanovili diagnózu. Přijali ji na gerontopsychiatrii, kde jí zjistili počáteční stádium Alzheimerovy nemoci a potvrdili, že se u ní vyskytují halucinace. Byla opět v domácí péči, brala léky a vydrželo to takhle rok. Já už jsem nepracovala, abych se mohla o matku starat, také otec již potřeboval mou pomoc. Potom se mamince ta paměť...no, vlastně když měla opět halucinace, nevěděla o sobě. Když halucinace přešly, tak se zorientovala a působila na mě jako člověk, který se probere ze spánku a musí si uvědomit, co je, jaký je den. Zkrátka, musela se zorientovat. Mamka sama se i ptala, co se děje, co máme za den. Pak jsem jí dala jídlo a ona fungovala, jako kdyby se nic nestalo. No a ten interval se mezi halucinacemi zkracoval. Halucinace se vyskytovaly stále častěji. Kromě toho se přidala onemocnění kůže, teda ona i v mládosti trpěla na různé ekzémy, takže i to se zhoršovalo, fyzická kondice byla stále horší a horší. Už jsme ji pak společně se sestrou i myly, polohovaly na posteli. Už se to fyzicky téměř nedalo zvládnout, zůstala ležící, krom toho již i tatínek vyžadoval více pomoci. V noci se u maminky opakovaly halucinace, skoro vůbec jsem nespala, byla jsem unavená, vyčerpaná, protože jsem byla pořád u ní, tak jsem podala žádost o umístění tady do Domova seniorů ANAVITA. Od té doby žije maminka zde, chodíváme ji pravidelně navštěvovat. Až na pár výjimek každý den. Mohu říct, že je tady spokojená, věnují se jí, podle toho, co maminka říká, je tady ráda. Ale stejně mě pořád víří myšlenky, zda je opravdu tak spokojená, jak říká. Nemyslím teď na péči, kterou jí poskytují, starají se opravdu dobře. Spíš přemýšlím nad tím, co všechno se mamince honí v hlavě, třeba večer před spaním,

zda jí něco netíží, netrápí. Nad čím asi uvažuje, přemýšlí.... Má předepsané i léky na demenci, na uvolnění svalstva a na noc léky na spaní. Trpěla i vysokým tlakem, takže má prášky i na snížení tlaku.“

DIPL.: „*Paní A. H., děkuji Vám, že jste doplnila životní příběh Vaší maminky. Bylo to od Vás laskavé.“*

Záznam z pozorování a analýza rozhovoru:

V rámci rozhovoru č. 4 proběhlo jedno setkání. Hned na začátku paní M. H. řekla, že je hodně unavená a popuzena, ale s rozhovorem souhlasila. Komunikace byla složitější vlivem únavy a zhoršeného emočního ladění, dle M. H. z důvodu zhoršení počasí (zataženo, pršelo, nízká teplota). Více než v předchozích setkáních byly patrné delší odmlky, používání slovních berliček (hmm, eee, no). Zhoršené emoční ladění se projevovalo v nervózních gestech M. H. (žmoulání kapesníků, kroucení prsty, mračení, trhání hlavou) a uštěpačností (která dosud nebyla zaznamenána) v mluveném projevu (poznámky typu, že dcera je již stará, aby pracovala, manžel že smrděl, když se vrátil z hospody). Tyto poznámky M. H. pronášela jiným tónem než ostatní slova (zlost, hněv v hlasovém projevu). Aby nedošlo k dalšímu zhoršování nálady M. H., diplomantka s ní rozhovor ukončila a pokračovala v rozhovoru s dcerou, paní A. H., která vyprávěla část životního příběhu M. H. Jednalo se život, který předcházel umístění M. H. v pobytovém zařízení a na který si M. H. skoro vůbec nepamatuje. Pobyt v nemocnici je spojen s velmi negativními vzpomínkami a bylo nevhodné, aby si je M. H. znovu vybavovala vzhledem ke zhoršení jejího emočního ladění v daný den.

Rozhovor č. 5

DIPL.: „*Paní H., na posledním setkání část Vašeho příběhu převyprávěla Vaše dcera. Napadá Vás něco ze života, co byste mi ráda řekla?“*

M. H.: „*No, tak mě napadá, že ještě vnoučátka ... o těch jsem Vám moc neříkala, tak možná o těch bych ... jako řekla. Jednu vnučku už jsme měli, to bylo to nejstarší vnouče... A ... Když se mé dceři narodily dvě další děti, dva syny, tak byla na mateřské. Poté šla do práce. Musela, peníze... aby bylo více peněz, no na děti, na domácnost. Pomáhala jsem jí tak, že jsem její děti hlídala a starala se o ně, když byly nemocné. Když děti byly větší, šly do školy. Tím, že jsem bydlela ve stejném domě jako dcera, tak děti nechodily na obědy ve škole, ale ke mně. Vařila jsem i pro ně. No... dělala jsem to ráda, protože mě vaření moc bavilo a já vařila opravdu dobře... I manžel říkal, že takové polívky a omáčky, jaké dělám já, tak... takové nikdy nejedl. Já jsem vařila již od mlada, pekla jsem chléb i koláče, vypomáhala na svatbách při vaření i pečení. Pak jsem za to dostala výslužku. Hmm... v té době byl život těžký, tak jsem se musela hodně obracet.“*

DIPL.: „*Ano, vzpomínám si, jak jste mi říkala, že jste byla dobrá kuchařka i hospodyně. A co vnoučátka? Kromě toho, že se u Vás naobědvala, jak jste s nimi ještě trávila čas?“*

M. H.: „*Takže děti byly u mě, najedly se, koukaly na telku a čekaly, až přijde jejich máma z práce nebo otec z práce. Spíše máme. Táta, jako no... zas si nevzpomínám můj jako ten, hmm,*

zeťák, jasně. Ten dělal déle, on hlídal v base, takže i noční míval... Chodila spíše máma. Pro ty děti... Když bylo hezky, chodívala jsem s nimi“ (s vnoučaty – pozn. autora) „na procházky kolem rybníčku, krmili jsme labutě. O víkendech jsme se byli podívat i na zvířata“ (ZOO, poznámka autora), „na podzim jsme sbírali... hmm... dělali jsme pak z toho ježky, panáčky... jo, kaštany. Na svačinku jsem udělala čaj s medem, topinky, to vnoučátka měly moc rády. No a když se vrátili z práce, jako dcera s mužem, tak si děti vzali a pokračovali doma. Takhle jsem se starala o vnučku, o vnuky. A teď už nemůžu, už nemám sílu ani tu nejmenší pravnučku vzít na ruky, bojím se, že ji pustím. Ale jsem ráda, když mi ji přinesou ukázat. Je moc pěkná, koukněte, mám tady album.“

DIPL.: *„Máte hezkou pravnučku, je to ještě malé miminko. Určitě jste ráda, když ji vidíte. A jak jste spokojená tady, v ANAVITĚ?“*

M. H.: *„No a tady mi je dobře. Chodívají za mnou děti, vnoučata. Manžel málokdy, no víte, on je ještě starší než já... A už moc nechodí... tak jenom po bytě, na záchod si ještě dojde. Někdy ho ale přivezou, na vozičku... dlouho tady stejně nevydrží, říká, že je unavený a ještě říká, že hmm, že už chce mít klid. Víte, já mám tady moc času, tak přemýšlím. Nad vším. Nad životem, že už jsem stará... Zůstaly mi jenom vzpomínka a mám naštěstí hodné děti. Tady Anička“ (dcera paní M. H. – pozn. autora) „pro mě udělala nejvíc, starala se. Já vím, že to měla se mnou těžké, pořád to má... ono s tím mým mužem.... Jako že je už starý, unavený. S ním to má asi taky těžké.“*

DIPL.: *„A co sestřičky a ostatní děvčata tady? Jste s nimi spokojená, jak se o Vás starají?“*

M. H.: *„Sestřičky jsou taky hodné, starají se o mě. I jídlo mi chutná. A je tady živo, někdy až moc. Pořád vymýšlí nějaký program, no... a já nemám na všechno náladu. Tak chodím jenom tehdy, když se mi chce... Minule jsme pomáhali dělat chlebičky, jako všichni, co jsme tedy. Protože měl někdo narozeniny. To vždy slavíme... hm... Taky jsem chtěla zdobit, ale nešlo mi to. Bolí mě ruce. Bylo mi to líto, tak jsem se i rozplakala...“ (delší pauza, paní M. H. bojuje se slzami – pozn. autora). „No a co ještě tady děláme? Jo, cvičíme si paměť, to jsou takové básničky, taky hrajeme autobus“ (hra se slovy, poznámka autora). „Stává se mi, že si často nevzpomenu na slovo, ale když ho někdo řekne, tak skoro vždycky vím, co to je. Bavíme se u toho, povykládáme. A nejsem sama, jsou tu lidé. Někdy se i trochu poškorpíme. A ještě se ráda dívám na tancování“ (terapeutický program s názvem Když hvězdy tančí, poznámka autora). „Já už tancovat nemůžu, „sedím tam na vozičku, ale i jiní tak sedí. Sestřička“ (aktivizační pracovnice – poznámka autora) „vymýšlí tanečky tak, abychom i my, co nemůžeme chodit, měli co dělat. Různě natahujeme ruce, kýveme hlavou, no a ještě nohama... no nohama kopeme, ne nekopeme, hýbeme s nimi podle muziky. Nevím, jak se to volá, ale setkáváme se v takovém pokoji, kde jsou staré věci“ (reminiscenční místnost, poznámka autora) „a tam o těch věcech hovoříme, kdo měl co doma, co jsme s nimi dělali. Stejnou žehličku jsem měla kdysi doma, ještě u mé maminky, i vyšívání, košíček taky... Ještě tam je... jsou tam...hmmm. Máme tam staré noviny, to si pak vzpomenu, jak jsem každé ráno četla noviny a popíjela kafičko. I muziku nám pustí. Já mám ráda dechovku. Tady se často setkáváme, no a pak si i trochu zavzpomínáme, jak to bylo, když jsme byli mladí. Někdy nás je víc, no ale taky i méně, jak se nám chce. Ale někdy jsem unavená, tak tam nejdu. Jsem tady v pokoji a ležím. Vzpomínám na svůj život, ee... taky o dětech a často i o smrti. No, já jsem katolička a silně věřící, tak se často modlím. A někdy už chci mít ode všeho klid.“ (tady se paní M. H. odmlčela a již nechtěla pokračovat – pozn. autora).*

DIPL.: „*Paní H., moc děkuji Vám i Vaši dceři za krásné vyprávění. Měla jste těžký život, ale také jste zažila mnoho pěkného a máte skvělou rodinu. Přeji Vám ještě mnoho hezkých chvil ve Vašem životě.*“

Záznam z pozorování a analýza rozhovoru:

Poslední rozhovor s paní M. H. proběhl v rámci dvou setkání. Na prvním setkání M. H. mluvila více o svých vnoučatech – toto téma jí přinášelo radost, což je patrné i v komunikaci a má to pozitivní vliv na její náladu. Zhoršení v komunikačním schématu nastalo pouze v případech, když si nedokázala vybavit správné slovo – jednalo se o méně často používaná slova v běžné komunikaci jako např. ZOO, kaštiny, zeť. Větší odmlky byly zaznamenány, když M. H. mluvila o svém manželi, že je již starý, musí ho vozit za ní na vozíčku (strach o manžela). Tehdy byla patrná v hlasovém projevu úzkost. Na druhém setkání M. H. mluvila o svém pobytu v ANAVITĚ a o činnostech (aktivitách), které v zařízení probíhají. Negativní změny byly zaznamenány při vzpomínkách na vlastní nemohoucnost (nemožnost tancovat, jenom pasivní účast na terapii; v rámci tréninku paměti si nevybaví správné slovo, nemohla zdobit chlebíčky). Jednalo se o delší odmlčení ve vyprávění, třes hlasu, slzy v očích. Paní M. H. používala v omezenější míře také slovní berličky (ee, hmm). Změna komunikačního schématu byla nejpatrnější, když M. H. mluvila o tom, že často vzpomíná na svůj život, hodně o něm přemýšlí a chce mít někdy „již od všeho klid“. V hlasovém projevu byla slyšet úzkost, strach z toho, co může nastat. Pak byla paní M. H. úplně zticha, na dlouho se odmlčela a dál již odmítla v rozhovoru pokračovat, což diplomantka akceptovala.

5.5 Kvantitativní výzkum – metoda, výběr vzorku a sběr dat

Pro naplnění cíle výzkumu a zodpovězení výzkumných otázek byl kromě kvalitativního výzkumu zvolen také kvantitativní výzkum. Chráska (2007, s. 12) považuje kvantitativně orientovaný výzkum za „*klasický pedagogický výzkum*“.

V rámci metody získávání dat byl v tomto výzkumu zvolen dotazník. Chráska (2007, s. 78) definuje dotazník jako „*soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba odpovídá osobně*“. Jak uvádí Vojtíšek (2012, s. 27), dotazník „*nahrazuje strukturovaný rozhovor*“. Předkládá se v písemné podobě. Výhoda dotazníku spočívá v pokrytí relativně velkého vzorku. Naopak nevýhodou je anonymita respondentů a nižší návratnost rozeslaných dotazníků. Dle autora je dotazník vhodné použít také pro zjištění názorů menších skupin. Otázky musí být formulovány srozumitelně, aby bylo možné na ně jednoznačně odpovědět. Nedoporučuje se ptát se jednou otázkou na více věcí.

Vojtíšek (2012, s. 28) uvádí, že „*v praktické aplikaci strukturovaných rozhovorů i dotazníkových šetření je možné opustit standardní postup pracující s pracovními hypotézami a*

pracovat s těmito technikami jako s nástrojem pro zjišťování preferencí a postojů respondentů a jejich změny vzhledem k dalším proměnným“.

Diplomantka sestavila jednoduchý dotazník v rozsahu šesti předem promyšlených otázek, z nichž otázky č. 4 a č. 5 jsou rozděleny na podotázky „a“ a „b“. Z důvodu zjištění potřebných údajů byly zvoleny otázky uzavřené i otevřené. Pomocí uzavřených otázek diplomantka zjišťovala, jestli ve vybraném pobytovém zařízení, ve kterém probíhal výzkum, pracovníci komunikují s uživateli na téma „Můj životní příběh“, zda jsou u seniorů patrné změny v komunikaci při sdělování negativních zážitků a sdělování zážitků, které prožili jejich blízcí (nejsou to přímo zážitky seniorů s demencí). Otevřené otázky jsou zde zaměřeny na získání informací o oblíbených i nepříjemných tématech seniorů s demencí, o změnách schématu komunikace. Dále zjišťují, zda a jakým způsobem se dané změny projevují. Prostřednictvím dotazníku budou ověřeny závěry kvalitativního výzkumu.

Jelikož kvantitativní výzkum navazuje na kvalitativní výzkum, výběr respondentů byl záměrný. Za tímto účelem byly osloveny pracovnice pobytového zařízení ANAVITA, které mohou poskytnout plnohodnotné a relevantní informace, jelikož vykonávají profesionální péči o seniory s demencí umístěné v daném zařízení. Pracovnice písemně odpovídaly na dotazník. Diplomantka přinesla do zařízení ANAVITA celkem 23 dotazníků, vyplněno bylo 21. Dva dotazníky nebyly vyplněny. Všechny pracovnice byly ujištěny, že zůstanou v anonymitě.

Po odevzdání vyplněných dotazníků je diplomantka zanalyzovala a popsala vyvozené závěry.

5.5.1 Zpracování dotazníků

Otázky z dotazníků byly zpracovány formou tabulek, pod každou tabulku je výsledek zhodnocení na danou otázku. Otázky byly formulovány takovým způsobem, aby naplnily cíl diplomové práce a zodpověděly na výzkumné otázky.

1. Komunikují uživatelé s personálem – s aktivizačními pracovníky a s pracovníky v přímé péči na téma „Můj životní příběh“?

odpovědi	ano	ne	někdy
respondenti	15	0	6

Tabulka č. 2 respondenti

Zdroj: vlastní zpracování

Touto otázkou bylo zjišťováno, zda vůbec uživatelé pobytového zařízení ANAVITA jsou prostřednictvím zejména aktivizačních pracovníků (ale také pracovníků v přímé péči) vyzváni k vyprávění svého životního příběhu. Z odpovědi je patrné, že pracovníci ANAVITA jeví skutečný zájem o životní příběhy uživatelů a na dané téma s nimi komunikují.

2. Která témata z života uživatelů jsou pro ně nejatraktivnější?

vzpomínky na:	dětství	děti	rodinu	práci	partnera	cestování	mládí
respondenti	9	8	8	7	6	6	4
vzpomínky na:	záliby	školu	rodiče	jídlo	počasí		
respondenti	3	2	2	1	1		

Tabulka č. 3 - respondenti

Zdroj: vlastní zpracování

Z uvedených odpovědí vyplývá, které události jsou pro seniory s demencí příjemné, na které rádi vzpomínají a mluví o nich. Jsou to vzpomínky, se kterými se rádi pochlubí. Kolonka „děti“ zahrnuje jak narození dětí, tak jejich výchovu a nynější život, „partner“ – jedná se o manžela, manželku, druha, družku a partnerské vztahy obecně. „Cestování“ se pojí s dovolenou, výlety.

3. Jsou uživatelé ochotni hovořit o zážitcích, které jsou pro ně nepříjemné? (Prosím zakroužkujte; pokud zakroužkujete „ano“ nebo „někdy“, sdělte, o jaké druhy zážitků se jedná).

odpovědi	ano	ne	někdy
respondenti	1	2	18

Tabulka č. 4 - respondenti

Zdroj: vlastní zpracování

Dle zjištěných údajů nelze jednoznačně na danou otázku odpovědět. Ochota seniorů s demencí komunikovat na téma negativních zážitků se pravděpodobně odvíjí od jejich osobnostního nastavení a od potřeby o těchto zážitcích mluvit.

projevy	počet odpovědí
ztráta rodiny (partner,děti)	17
osamělost	4
životní překážky	3
válka	3
nemoci (jejich i blízké rodiny)	2
krádeže	1
týrání ze strany manžela	1
ztráta soukromí	1
nesnáze s vyprázdněním	1

Tabulka č. 5 - respondenti

Zdroj: vlastní zpracování

Odpovědi poukazují na fakt, že senioři s demencí jsou ochotní mluvit o negativních zážitcích ať již svých vlastních, nebo těch, které se týkají jejich blízkých, jenom za určitých okolností. Mnohem raději vzpomínají na zážitky, které jim působí radost. Dle sdělení pracovníků ANAVITA se uživatelé často brání vzpomínkám na nepříjemné zážitky. Pokud uživatelé o negativních vzpomínkách chtějí mluvit, pracovníci je vyslechnou a snaží se je utěšit a zaměřit jejich pozornost směrem k pozitivním věcem. Někdy se uživatelé stydí mluvit o nepříjemných aspektech svého života, jako jsou např. krádež, týrání ze strany manžela.

4a. Jsou při sdělování nepříjemných zážitků patrné změny ve způsobu komunikace?

odpovědi	ano	ne
respondenti	17	4

Tabulka č. 6 - respondenti

Zdroj: vlastní zpracování

Srovnáním počtu odpovědí respondentů na danou otázku bylo prokázáno, že způsob komunikace seniorů s demencí se při vzpomínání na nepříjemné zážitky a životní zkušenost

mění. Dochází tedy ke změnám v komunikačním schématu. Jakým způsobem se dané změny projevují, zodpovídá další navazující otázka.

4b. Jakým způsobem se tyto změny projevují?

projevy	počet odpovědí
delší odmlky ve slovním projevu	14
emoční projevy (lítost, pláč, strach, hněv, vztek)	14
ztrácejí "nit" hovoru	8
hledání správného slova	8
používání "slovních berliček"	8
nedokáží pokračova v komunikaci	7
zadržávají v řeči	5
úplně se odmlčí	1

Tabulka č. 7 - respondenti

Zdroj: vlastní zpracování

Zodpovězením otázky č. 4b bylo jednoznačně prokázáno, jakým způsobem se mění komunikační schéma seniorů s demencí. Jak uvádí tabulka č. 6, mezi nejčastější projevy změn v komunikaci patří delší odmlky ve slovním projevu – senior na potřebnou dobu přeruší své vyprávění, než může dál v komunikaci pokračovat. Dalším projevem změny komunikačního schématu jsou projevy emoční, nejčastěji se objevuje lítost – osm odpovědí, pláč a strach – po šesti odpovědích a mezi další emoční projevy patří hněv – pět odpovědí. K dalším možnostem výběru emočních projevů byl uveden vztek, ke kterému se nevztahuje žádná odpověď. Ostatní projevy jsou patrné z tabulky.

5a. Pokud senioři hovoří o zážitcích, které sami neprožili (ale někdo blízký, známý), má to vliv na jejich komunikaci?

odpovědi	ano	ne
respondenti	12	9

Tabulka č. 8 - respondenti

Zdroj: vlastní zpracování

Dle odpovědí nelze jednoznačně určit, zda negativní zážitky jiných osob mají vliv na změnu komunikačního schématu. Vzhledem k nižšímu počtu respondentů (menší skupina) není možné stanovit relevantní odpověď na danou otázku. Předpokládá se, že změny v komunikaci při vzpomínání seniorů na nepříjemný prožitek jiné osoby je závislý na typu osobnosti jednotlivých seniorů.

5b. Jakým způsobem se tyto změny projevují?

projevy	počet odpovědí
hledání správného slova	9
ztrácejí "nit" hovoru	5
delší odmlky ve slovním projevu	4
zadrhávání v řeči	4
používání "slovních berliček"	4
emoční projevy (lítost, pláč, strach, hněv, vztek)	4
nedokáží pokračovat v komunikaci	1
úplně se odmlčí	1

Tabulka č. 9 - respondenti

Zdroj: vlastní zpracování

Jak vyplývá z otázky č. 5a, nelze v daném výzkumu jednoznačně potvrdit, zda vzpomínky na negativní prožitek mají vliv na změnu komunikačního schématu seniorů s demencí. Pokud již určité změny nastanou, nejčastěji dle rozboru dat mezi tyto změny můžeme zařadit hledání správného slova – senior přemýšlí nad daným slovem a taktéž je patrné, že ztrácí „nit“ hovoru – má potíže v kontinuálním pokračování vyprávění na dané téma.

6. V jakých případech dochází nejčastěji k negativním změnám v komunikaci?

projev/četnost	únava	zhoršení zdravotního stavu	negativní vzpomínky	zážitky jiných osob	špatná nálada
nejčastěji	2	9	2	0	1
velmi často	9	5	4	1	4
často	7	4	9	3	11
méně často	0	0	3	8	3
téměř vůbec	0	0	2	4	0

Tabulka č. 10 - respondenti

Zdroj: vlastní zpracování

Zpracováním otázky č. 6 bylo zjištěno, že únava, zhoršení zdravotního stavu, negativní vzpomínky a špatná nálada seniorů s demencí jsou nejzávažnějšími činiteli, které mají vliv na změnu komunikačního schématu. Při výskytu kteréhokoli z daných projevů dochází ke zhoršení v oblasti komunikace. Způsoby projevu změny v komunikaci byly zodpovězeny v otázce č. 5b.

5.6 Analýza a interpretace získaných dat

Zpracováním a vyhodnocením všech stanovených metod získávání dat (narativní rozhovor, pozorování a dotazník) byly získány informace potřebné k zodpovězení výzkumných otázek. Tyto informace jsou nezbytné také pro zjištění, zda byl splněn stanovený cíl práce.

- Za jakých okolností dochází ke změnám komunikačního schématu osob seniorského věku?
- Jakým způsobem se dané změny projevují?

K zodpovězení výzkumných otázek byly použity doslovně přepsané narativní rozhovory s účastnicí výzkumu (celkem pět rozhovorů), záznamy z pozorování

– při nahrávání rozhovorů na diktafon diplomantka zároveň prováděla pozorování účastnice výzkumu. Získaná data poté výzkumnice porovnávala s výsledky z dotazníků, které byly vyplněny respondenty v rámci kvantitativního výzkumu. Na základě dotazníkového šetření byly zjištěny informace, které jsou rovněž potřebné k zodpovězení výzkumných otázek.

Z uskutečněných rozhovorů vyplývá, že účastnice výzkumu paní M. H. s diagnostikou demence u AN v raném stadiu byla ochotna komunikovat. V průběhu prvních dvou setkání byly u paní M. H. patrné rozpaky, protože se jednalo o novou zkušenost. Nevěděla jak začít vyprávět svůj životní příběh a měla strach, zda to zvládne. Výzkumnice si nejdříve vytvořila pozitivní vztah s M. H., povídaly si o každodenních situacích běžného dne (počasí, zdraví, jídlo, nálada apod.). Jelikož M. H. měla vyprávět svůj životní příběh, úvodní „rozpovídání“ účastnice nebylo nahráváno ani jiným způsobem zaznamenáváno a hodnoceno. Část životního příběhu za paní M. H. vypráví její dcera paní A. H. Tato část je v rámci rozhovoru zaznamenána z důvodu ucelenosti daného životního příběhu účastnice výzkumu, není ale hodnocena, protože nepřináší relevantní informace potřebné k zodpovězení výzkumných otázek.

V rámci analýzy uskutečněných rozhovorů a pozorování bylo zjištěno, že paní M. H. ráda vzpomíná na své mládí, na život s manželem, na dobu, když spolu budovali nové bydlení. Nadšeně mluvila o svých třech dětech, jejich životních cestách i všech vnoučatech, jak se o ně starala, aby pomohla své dceři. S úsměvem vzpomínala na zahrádku, o kterou se staral většinou manžel. Nevynechala ani své záliby, ke kterým patřila již zmíněná zahrádka, aktivity s vnoučaty, vaření, pečení, vyšívání. Je hrdá na svou pracovitost, na to, jak dobrá byla kuchařka a jak měla ráda svou práci. Vzhledem k věku a diagnostikované nemoci klientka komunikovala relativně plynule, dokázala se orientovat v daném tématu. Na mnoho událostí ze svého života si vzpomněla celkem rychle, zejména na příjemné a úsměvné zážitky z dávnější minulosti. Patrné změny v řečovém projevu začaly nastávat, pokud daná vzpomínka byla pro klientku nepříjemná nebo přímo bolestná. Jednalo se o vzpomínky na špatný vztah mezi ní a její mladší sestrou, vzpomínky z dětství, kdy otec paní M. H. musel odejít do ciziny za prací, aby dokázal zabezpečit rodinu a M. H. proto vyrůstala v prostředí bez otce. Velmi negativně vnímá v období svého pozdějšího dětství a rané mladosti druhou světovou válku – při této vzpomínce M. H. vůbec nemohla pokračovat v komunikaci, zadržávala v řeči, vyvstávaly delší odmlky v mluvení, nastala výrazná změna v emočním ladění (úzkost, strach, pláč). Bylo potřeba počkat delší dobu, než bude moci opět začít hovořit. Mluvit o válce a o životě v období války zcela odmítla. O vzpomínkách, které nebyly úplně příjemné, ale neměly tak silný negativní náboj jako téma

válka, M. H. naopak mluvila. Další změny řečového projevu byly zaznamenány v momentě, když si M. H. nemohla vzpomenout na určitá slova. Tato situace pravidelně nastávala, když měla být použita slova, která senioři s demencí v běžných situacích neužívají, např. laborantka, kynolog, kanalizace. Několikrát si M. H. nedokázala vzpomenout na běžná slova, nebo nedokázala přesně popsat situaci, životní událost. Tehdy byly zaznamenány delší odmlky, tzv. „slovní berličky“ jako je „eee, hmmm, jako, nooo, takový“. Při smutnějších vzpomínkách byly zaznamenány delší odmlky v slovním projevu, zadržávání v řeči. V rámci neverbální komunikace docházelo k změně plynulosti řeči – pomalejší projev, změně tónu hlasu, změnilo se také emoční ladění – smutek, úzkost i hněv. V průběhu tří setkání došlo k výraznějším změnám v komunikaci – byly patrné početnější odmlky v slovním projevu, M. H. používala více než při jiných setkáních „slovní berličky“, nechťelo se jí moc vyprávět a byla podrážděnější, ve špatné náladě. Její gestikulace působila nervózně. Vliv na chování M. H. a způsob komunikace mělo ve dvou případech přetížení. V daných dnech M. H. absolvovala větší množství aktivit než obvykle. V jednom případě dle M. H. byly změny způsobeny vlivem zhoršení počasí (déšť, nízký tlak, zatažená obloha). Negativně se v komunikaci odrážel také strach o manžela, obavy vycházející z postupného snižování hybnosti M. H. a z budoucnosti.

Resumé: Ke změnám v komunikačním schématu paní M. H. dochází při vzpomínání na nepříjemné životní situace jako je válka, absence člena rodiny (otec v cizině), ztráta majetku (rodinný dům), obavy z budoucnosti, přítomnost nemocí, strach o manžela, vliv počasí a únava. Změna v komunikaci se projevuje častým používáním „slovních berliček“, odmlk ve slovním projevu, hledáním správného slova, zadržáváním v řeči a emočním ladění.

Na základě zjištěných informací z kvalitativního výzkumu byl v rámci kvantitativního výzkumu diplomantkou sestaven krátký dotazník. Z dotazníku bylo zjišťováno, zda se potvrdí závěry z rozhovorů a pozorování a jestli se jednotlivé okolnosti a projevy změny komunikačního schématu liší a popřípadě v čem.

Otázka č. 1 v dotazníku potvrdila skutečnost, že aktivizační pracovníci i pracovníci v přímé péči s uživateli ANAVITA komunikují na téma „Můj životní příběh“, v rámci kterého uživatelé vypráví své zážitky. Mezi nejoblíbenější témata patří období dětství, děti a rodina seniorů, jejich práce a partner (manžel, druh, přítel). Senioři s demencí rádi vzpomínají na cestování a zážitky s ním spojené, dovolené a výlety. Často mluví o svém mládí, zálibách. Témata jako jsou škola a studium, rodiče, jídlo a počasí jsou pro danou skupinu méně častá.

Oblíbená témata byla zjišťována prostřednictvím otázky č. 2. Třetí otázka je zaměřena na negativní témata v životních příbězích seniorů s demencí. Zpracováním odpovědí bylo zjištěno, že k nejméně oblíbeným tématům uživatelů ANAVITA patří prokazatelně ztráta rodiny – úmrtí (jakéhokoli blízkého člena – partnera, rodiče, dítěte, vnuků). Z 21 respondentů 17 uvedlo ztrátu rodiny na prvním místě. Nepříjemnými tématy jsou také osamělost seniora, životní překážky na jeho životní dráze, zkušenosti z období druhé světové války, nemoci. Uživatelé neradi vzpomínají na negativní prožitky, jako jsou krádeže, týrání ze strany manžela, ztráta soukromí, nesnáze s vyprázdněním. Poslední uvedená témata popsal vždy pouze jeden respondent. Otázka č. 4 je rozdělená na otázku 4a a 4b, protože navzájem úzce souvisí. Otázka č. 4a poskytuje informace o tom, zda jsou u uživatelů při sdělování nepříjemných zážitků z jejich života patrné změny v komunikaci a otázka č. 4b je zaměřena na konkrétní projevy daných změn. Na otázku č. 4a odpovědělo „ano“ 17 z 21 respondentů. Z uvedeného vyplývá, že změny v komunikaci při sdělování nepříjemných zážitků jsou prokazatelné. Dané změny se dle odpovědí na otázku č. 4b projevují nejvíc formou delších odmlk a emočních projevů (lítost, pláč, strach a hněv). Dalšími častými reakcemi jsou ztráta „nitě“ hovoru, hledání správného slova, používání „slovních berliček“ a neschopnost pokračovat v komunikaci. Méně často se vyskytuje zadrhávání v řeči a úplné odmlčení se. V rámci výzkumu bylo zjišťováno, zdá má na změnu komunikačního schématu vliv skutečnost, když senioři s demencí mluví o zážitcích nikoli svých, ale svých blízkých. Dle počtu odpovědí na otázku č. 5a – „ano“ 12x a „ne“ 9x nelze jednoznačně určit, zda negativní prožitky jiných blízkých osob mají vliv na změnu komunikačního projevů seniorů s demencí. Vzhledem k tomu, že byly v otázce č. 5a uvedeny také kladné odpovědi, byla vyhodnocena i otázka č. 5b. Pokud se určité změny projeví, nejčastěji dochází k hledání správného slova, ztrátě „nitě“ hovoru a taktéž byly zaznamenány delší odmlky, zadrhávání v řeči a používání „slovních berliček“. Otázka č. 6 v jakých případech dochází nejčastěji k negativním změnám v komunikaci (nejčastěji – velmi často – často – méně často – téměř vůbec), byla zodpovězena následovně: nejzávažnějším činitelem negativních změn – nejčastěji – je zhoršení zdravotního stavu – nejčastější výskyt. Velmi často je příčinou únava a zhoršení zdravotního stavu. Častý dopad na negativní změnu v komunikaci má špatná nálada, negativní, bolestné vzpomínky a únava. V kategorii méně často a téměř vůbec je příčinou zážitek někoho jiného.

Resumé: ke změnám komunikačního schématu osob seniorského věku s demencí dochází při vybavování si vzpomínek na nepříjemné události v jejich životě. Na základě vyhodnocení dotazníků je možné mezi negativní aspekty zařadit ztrátu člena rodiny

a osamělost. Tyto aspekty se promítají do změny komunikačního schématu zejména prostřednictvím delších pomlček, emočních projevů, ztrátou „nitě“ hovoru, hledáním správného slova, používáním „slovních berliček“ a neschopností pokračovat dál v komunikaci. Významným projevem je taktéž zadrhávání v řeči.

Srovnání výzkumů: analýzou získaných dat z obou výzkumů (kvalitativního i kvantitativního) bylo zjištěno, že u seniorů s demencí prokazatelně dochází ke změnám komunikačního schématu. Společným znakem obou výzkumů je skutečnost, že k uvedeným změnám dochází na základě vybavování si negativních, nepříjemných a mnohdy i bolestných vzpomínek dané skupiny (senioři s demencí), přičemž se jedná o vlastní vzpomínky. Dalším společným znakem výzkumů jsou projevy doprovázející vybavování si negativních vzpomínek. Jedná se konkrétně o delší odmlky, emoční projevy, hledání správného slova, zadrhávání v řeči a používání „slovních berliček“ v komunikačním procesu.

Rozdíly jsou patrné v konkrétních vzpomínkách. Pro účastnici kvalitativního výzkumu patří mezi negativní vzpomínky období války, absence otce v domácím prostředí, strach o manžela a svůj vlastní život v budoucnosti. Dle respondentů, kteří vyplňovali dotazníky, mezi nejčastější negativní vzpomínky seniorů s demencí patří ztráta člena rodiny a osamělost. Rozdíly zjištěné v rámci daných výzkumů mohou spočívat ve skutečnostech, že účastnice kvalitativního výzkumu paní M. H. nemá zkušenost se ztrátou člena rodiny (dítě nebo partner) a necítí se osaměle, protože jí členové nejbližší rodiny pravidelně navštěvují. Taktéž byl zaznamenán nepatrný rozdíl v projevech doprovázejících negativní vybavování si vzpomínek. Úplné odmlčení se je charakterističtější pro účastnici kvalitativního výzkumu paní M. H., než pro seniory, se kterými mají zkušenosti respondenti. Jednotlivé rozdíly mohou být dány rozličným typem osobností seniorů s demencí, rozdílným zdravotním stavem, zachovanou soběstačností i životními zkušenostmi.

6. Diskuse a doporučení

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda dochází k změnám v komunikačním schématu osob seniorského věku s demencí, zjistit příčiny a projevy těchto změn. Výzkum byl zaměřen na získání relevantních dat prostřednictvím kvalitativního i kvantitativního výzkumu. V rámci kvalitativního výzkumu byly vedeny narativní rozhovory s uživatelkou pobytového zařízení ANAVITA, které byla diagnostikována demence u AN v raném stadiu. Uživatelka byla schopná vyprávět svůj životní příběh, v rámci kterého se diplomantka zaměřila na způsob komunikace a situace, v nichž docházelo k změnám řečového projevu. Taktéž byly sledovány projevy, které změny provázely. V průběhu vedení narativních rozhovorů probíhalo taktéž pozorování zaměřené na zjištění příčin a projevů změn v komunikaci. Rozhovory byly přepsány a doplněny záznamy z pozorování. Na základě získaných dat diplomantka sestavila krátký dotazník. V rámci kvantitativního výzkumu byl dotazník doručen pracovním pobytového zařízení ANAVITA (jednalo se o aktivizační pracovníce i pracovníce v přímé péči), které dotazník ochotně vyplnily. Diplomantka získaná data zpracovala a informace získané prostřednictvím obou výzkumů porovnála.

V rámci výzkumů bylo prokazatelně zjištěno, že u seniorů s demencí dochází ke změnám v komunikačním schématu. Tyto změny jsou nejvíce patrné v situacích, kdy si senior vybavuje negativní, nepříjemné až bolestné vzpomínky svého životního příběhu. Také to mohou být vzpomínky, za které se stydí. Někdy je senior o těchto nepříjemných vzpomínkách ochoten mluvit, zejména pokud se potřebuje o ně podělit s další osobou. Dle zkušeností odborných pracovníků ANAVITA se v tomto případě se seniorem na téma nepříjemné vzpomínky mluví, pracovníce uživatele vyslechnou, snaží se ho uklidnit a navodit příjemnější atmosféru např. vybavením si jiných, příjemnějších vzpomínek. Velmi nepříjemnými tématy pro seniory jsou úmrtí blízkého člena rodiny, nemoci, pocit osamělosti. V těchto případech dochází k výrazným změnám v komunikaci. Změny se projevují zejména delšími odmlkami – senior se na delší dobu odmlčí, potřebuje vzpomínku zpracovat a poté je schopen opět začít mluvit. Další změnou je hledání správného slova, kdy si senior nemůže na dané slovo vzpomenout. Zkouší využívat „slovní berličky“, nebo opisuje slova, na které si nevzpomíná. Často dochází k zadržování v řeči a může nastat situace, kdy se daný jedinec úplně odmlčí a odmítá pokračovat v komunikaci.

Srovnání zahraničních a českých výzkumů:

Azcurra provedl výzkum vlivu „*reminiscenční terapie na kvalitu života*“ v pobytových zařízeních. Do studie zařadil 135 seniorů a „*reminiscenční terapie byla prováděna dvakrát týdně po dobu 12 týdnů*“. Respondenti aktivní kontrolní skupiny využívali běžný aktivizační program a respondenti „*v intervenované skupině byli zařazení do individuálního reminiscenčního programu s uplatněním přístupu životní příběh*“. Výzkum po ukončení intervence prokázal významné zlepšení kvality života u obou skupin. Na základě tohoto výzkumu byla reminiscenční terapie vyhodnocena jako velmi spolehlivá a efektivní metoda využitelná pro práci se seniory s demencí, která má pozitivní dopad na zlepšení komunikačních dovedností a kvalitu života (Siverová a Bužgová, 2016, s. 90).

Jak uvádí Siverová a Bužgová (2016, s. 90, s. 91), vlivem reminiscence „*k posílení identity a sebevědomí seniorů s demencí*“ v pobytových zařízeních se zabývá Gudex et al. Celkem 237 respondentů bylo rozděleno do tří skupin. Jednalo se o reminiscenci skupinovou, individuální a bez intervence. Výsledky potvrdily, že z hlediska zaměstnanců je reminiscence užitečným nástrojem na podporu a „*zlepšení komunikace mezi seniory a personálem*“. Mezi intervenční a kontrolní skupinou nebyly zjištěny významné rozdíly v rámci kognitivních funkcí. Výzkum prokázal pozitivní ovlivnění kvality života seniorů „*v krátkodobém výhledu (do 12 měsíců)*“.

V rámci České republiky se výzkumem vlivu reminiscenčních terapií „*na kvalitu života seniorů s demencí*“ zabývají autorky Janečková, Holmerová a Vacková. V průběhu let 2005-2007 probíhal výzkum „*zaměřený na využití reminiscence a zjištění jejího vlivu na kvalitu života seniorů v celkem 12 domovech pro seniory*“. Intervence probíhala dva měsíce s frekvencí jedenkrát týdně a senioři byli rozčleněni do osmi skupin. Celkový počet respondentů byl 203. Kontrolní skupině byla poskytována běžná péče a intervence neprobíhala. Výzkum byl kvalitativní, mezi metody získávání dat bylo využíváno pozorování seniorů, videonahrávky a rozhovory. „*Studie přináší kvantitativní výsledky, které nejsou dostatečně přesvědčivé, ale naznačují trendy, které svědčí ve prospěch pozitivního vlivu reminiscence na projevy demence, na depresivitu, na chování a náladu a celkovou spokojenost seniorů se životem. Kvalitativní výsledky tyto údaje potvrzují. Výsledky naznačují, že čím je hlubší demence, tím je efekt reminiscence na kognitivní funkce výraznější*“ (Sivarová a Bužgová, 2016, s. 91).

Pro praxi by bylo žádoucí, aby ve všech pobytových zařízeních pro seniory byl dostatek kvalifikovaného personálu, který je schopen se uživateli individuálně věnovat. Přínosem

pro práci personálu může být znalost životního příběhu seniora s demencí, na základě kterého personál bude mít informace o osobnosti daného uživatele, o jeho dřívějších zálibách a životních zkušenostech. Tyto poznatky jsou využitelné při plánování aktivit a programů pro uživatele pobytových zařízení. Na základě zjištění dostupných informací je možné vytvořit skupiny uživatelů se stejnými nebo podobnými zájmy a tímto způsobem předcházet pocitu osamělosti seniorů a podpořit jejich participaci na aktivním životě v zařízení.

Závěr

Téma diplomové práce Změny komunikačního schématu osob seniorského věku s demencí bylo zvoleno s ohledem na prokázanou skutečnost, že onemocnění demence má vzrůstající charakter a daným onemocněním je ohroženo stále více lidí. Dopad této zákeřné, plíživé nemoci má vliv nejenom na člověk s danou diagnózou, ale i na jeho okolí. Demence zasahuje do celé osobnosti nemocného, negativně ovlivňuje jeho kognitivní schopnosti, mění jeho chování a má také vliv i na jeho každodenní aktivity. S prodlužováním věku obyvatel souvisí i přibývání seniorů v naší společnosti. S vyšším věkem dochází pak k zvýšenému výskytu různých onemocnění, demenci nevyjímaje (Bartoš, Hasalíková, 2010).

Teoretická část diplomové práce vymezuje pojmy a definice. Diplomantka čerpala informace z odborné literatury, která je uvedena v seznamu použité literatury. První kapitola se zabývá stářím a projevy, které jsou typické pro stárnutí lidského jedince.

Druhá kapitola popisuje problematiku demence, její vznik, projevy a dopad na člověka trpícího tímto onemocněním.

Ve třetí kapitole se diplomantka zaměřila na demenci u AN z důvodu diagnostiky tohoto onemocnění u účastnice kvalitativního výzkumu, která v rámci narativních rozhovorů vyprávěla svůj životní příběh.

Čtvrtá kapitola se věnuje biografii, reminiscenci a různým terapiím, které využívá pobytové zařízení ANAVITA (kde probíhaly výzkumy) k podpoře uchování kognitivních i řečových dovedností svých uživatelů.

Ve výzkumné části byl popsán cíl diplomové práce a stanoveny dvě výzkumné otázky. V rámci kvalitativního výzkumu diplomantka zvolila dvě metody sběru dat – narativní rozhovor a pozorování. Rozhovor byl veden s uživatelkou ANAVITA a přitom bylo uskutečněné i pozorování. Pro účely kvantitativního výzkumu byl zvolen dotazník, který byl doručen odborným pracovním zařízením ANAVITA s žádostí o jeho pečlivé vyplnění. Otázky byly zaměřeny na zjištění faktu, zda dochází u uživatelů ke změně komunikačního schématu, v jakých situacích k daným změnám dochází a jaké jsou projevy těchto změn.

Zpracování všech získaných informací poskytlo odpověď na stanovené výzkumné otázky. Výzkumem bylo prokázáno, že skutečně dochází ke změnám komunikačního schématu osob seniorského věku s demencí. Byly vyhodnoceny situace (okolnosti) a projevy, které jsou charakteristické pro změny v komunikaci. Při návštěvách zařízení ANAVITA diplomantka hovořila s aktivizačními pracovníci na téma terapie pro uživatele. Pracovnice se snaží pro své uživatele zajistit terapie, které by pro seniory s demencí byly nejenom užitečné, ale i zábavné a atraktivní. Jelikož do náplně práce aktivizačních pracovníků patří taktéž vypomáhání v oblasti přímé péče (pomoc v oblasti hygieny a při podávání stravy), pracovnice by uvítaly možnost věnovat se pouze aktivizačním činnostem, které jsou velkým přínosem pro uživatele ANAVITA a velmi pozitivně působí na uchování komunikačních schopností a dovedností seniorů s demencí.

Seznam literatury

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2015. *DSM-5 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. 1. české vyd. Praha: Hogrefe – Testcentrum. ISBN 978-80-86471-52-5.
- CALLONE, P., C. et al. 2006. *Alzheimerova nemoc 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2320-4.
- DeVITO, J. 2001. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-988-8.
- FRANKOVÁ, V., VYŠKOVSKÁ, E. 2010. *Program MATES*. 1. vyd. Praha: MAXDORF. ISBN 978-80-7345-205-6.
- GALAJDOVÁ, L., GALAJDOVÁ, Z. 2011. *Canisterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-879-1.
- GAVORA, P. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- HÁŠKOVCOVÁ, H. 1989. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama. ISBN 80-7038-158-2.
- HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMKOVÁ, E., SUCHÁ, J. et al. 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheierovská společnost. ISBN 978-80-86541-28-0.
- HORT, J., JIRÁK, R. 2007. *Alzheimerova choroba a jiné demence, anebo co v učebnicích 20. století nebylo*. 1. vyd. Praha: MediMedia Information. ISBN 978-80-86336-7.
- CHRÁSKA, M. 1993. *Základy výzkumu v pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-7067-287-0.
- CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.
- CHRÁSKA, M. 2016. *Základy pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9225-0.

- JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. 2010. *Reminiscence. Využití vzpomínek při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-581-3.
- JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. 2009. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-583-7.
- JIRÁK, R., OBENBERGER, J., PREISS, M. 1998. *Alzheimerova choroba*. 1. vyd. Česká alzheimerovská společnost. ISBN 80-85800-88-8.
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.
- KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie: narušené komunikační schopnosti, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9.
- KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P. 2009. *Kognitivní trénink v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2608-3.
- KOUKOLÍK, F. 1986. *O diagnostice a výskytu Alzheimerovy nemoci ve stáří*. Praha.
- KOUKOLÍK, F. 2014. *Metuzalém*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-246-2464-8.
- KOZÁKOVÁ, Z., Müller, O. 2006. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1552-6.
- KRÁL, M. et al. 2012. *Neurologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3244-1.
- KULIŠTÁK, P. et al. 1997. *Afázie*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-85875-38-1.
- MÜLLER, O. 2013. *Expresivní terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3686-9.
- MÜLLER, O. et al. 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4172-7.
- PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E. 2005. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-363-X.
- PROCHÁZKOVÁ, E. *Psychobiografický model E. Böhma*. Odborný časopis Sociální služby. 2010. roč. 12. č. 2/2010 – ÚNOR. Tábor: RUDI. ISSN 1803-7348.

- PROCHÁZKOVÁ, E. *Psychobiografický model E. Böhma, II. část*. Odborný časopis Sociální služby. 2010. roč. 12. č. 3/2010 – BŘEZEN. Tábor: RUDI. ISSN 1803-7348.
- PROCHÁZKOVÁ, E. *Psychobiografický model péče a jeho dokumentace*. Odborný časopis Sociální služby. 2010. roč. 12. č. 10/2010 ŘÍJEN. Tábor: RUDI. ISSN 1803-7348.
- PROCHÁZKOVÁ, E. 2014. *Práce s biografií a plány péče*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3186-8.
- REKTOROVÁ, I. et al. 2007. *Kognitivní poruchy a demence*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-017-1.
- RHEINWALDOVÁ, E. 1999. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-828-8.
- STUART-HAMILTON, I. 1999. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2.
- ŠIMÁČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. et al. 2008. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-211-4.
- ŠPATENKOVÁ, N. 2013. *Gerontagogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3653-1.
- ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. 2011. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-711-0.
- TOPINKOVÁ, E. 2010. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd., dotisk. Praha: Glén. ISBN 978-80-7262-365-5.
- VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Vývojová psychologie II*. 1.vyd. dotisk. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. 2013. *Psychopedie*. 5. aktualizované a rozšířené vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-187-6.
- VOJTOVÁ, H. 2014. *Smyslová aktivizace v české praxi*. 1. vyd. Prachatice: Institut vzdělávání. ISBN 978-80-260-5804-5.

Seznam internetových zdrojů

Domov pro seniory Olomouc. [online]. [cit. 2017-02-21]. Dostupné z: <http://www.ds-olomouc.cz/cs>

ICD-11 Beta Draft. [online]. [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: <http://apps.who.int/classification/icd11/browse/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentily%f546689346>

ICD-11 Beta Draft. [online]. [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: <http://apps.who.int/classification/icd11/browse/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentily%2f795022044>

MAČKINOVÁ, M. *Model starostlivosti o seniorov podľa Erwina Böhma*. 6.2.2011 [online]. [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelsky.herba.sk/6-2010/rakusky-model-socialnej-starostlivosti-o-seniorov>

O nás. [online]. [cit. 2017-02-21]. Dostupné z: <http://www.ds-olomouc.cz/cs/o-nas>

Péče o pacienty léčené pro demence v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2008-2012. [online]. [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/demence>

Psychobiografický model Prof. E. Böhma. Historie, základní stavební kameny, cíle modelu. Erwin Böhm Institut [online]. [cit. 2013-01-29]. Dostupné z: <http://www.ebin.cz>

Psychobiografický model péče. 16.11.2012 [online]. [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/psychobiograficky-model-pece-467695>

SIVAROVÁ, J., BUŽGOVÁ, R. 2016. *Reminiscence v péči o seniory s demencí*. Odborný časopis Česká a slovenská psychiatrie. 2016. č. 2/květen/2016. [online]. [cit. 2017-03-30]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1076>

VOJTÍŠEK, P. *Metody a techniky výzkumu a jejich aplikace v absolventských pracích vyšších odborných škol*. 2012. [online]. [cit. 2017-02-23]. Dostupné z: <http://skoly.praha.eu/files/=84121/Skripta+++V%C3%BDzkumn%C3%A9 metody.pdf>

Seznam zkratek

A.D.T.A. – Asociace americké taneční terapie

A. H. – A. H. - účastnice výzkumu

ANAVITA – Domov pro seniory ANAVITA v Olomouci

Demence u AN – Demence u Alzheimerovy nemoci

DIPL. – DIPL. - diplomantka

DSM-5 – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-5

ICD-11 – Mezinárodní klasifikace nemocí

M. H. – M. H. - účastnice výzkumu

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize

Např. - Například

WHO – Světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – výsledky Orientačního diagnostického testu

Tabulka č. 2 – respondenti

Tabulka č. 3 – respondenti

Tabulka č. 4 – respondenti

Tabulka č. 5 – respondenti

Tabulka č. 6 – respondenti

Tabulka č. 7 – respondenti

Tabulka č. 8 – respondenti

Tabulka č. 9 – respondenti

Tabulka č. 10 – respondenti

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 – Test hodin

Obrázek č. 2 – Orientační diagnostický test (MMSE)

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Silvia Flochová
Katedra:	Speciální pedagogika
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, PhD.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Změny komunikačního schématu osob seniorského věku s demencí
Název v angličtině:	Changes of communication scheme elderly people affected by dementia.
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá faktory způsobujícími změnu komunikace seniorů s demencí u Alzheimerovy nemoci. Teoretická část za pomoci odborné literatury popisuje stáří a jeho projevy, involuční změny typické pro stárnutí jedinců. Taktéž se zabývá demencí a jejím dopadem na osobnost člověka, specifikuje demenci u Alzheimerovy nemoci, která je diagnostikována účastníci výzkumu. Dále popisuje práci s biografií, na jejíž základě jsou cílovým skupinám nabídnuty různé terapie. Pro zpracování praktické části diplomové práce byl zvolen kvalitativní i kvantitativní výzkum. Pro kvalitativní výzkum diplomantka zvolila narativní rozhovor a zúčastněné pozorování. V rámci kvantitativního výzkumu byly rozeslány dotazníky pracovním pobytového zařízení DS ANAVITA, které pečují o seniory s demencí u Alzheimerovy nemoci. Ze zjištěných poznatků byly zodpovězeny výzkumné otázky. Tyto poznatky mohou být prospěšné při práci s osobami seniorského věku s demencí v rámci zachování komunikačních kompetencí a mohou podpořit kvalitu života a spokojenost seniorů s daným onemocněním.

Klíčová slova:	stáří, projevy stáří, involuční změny, demence a její dopad na osobnost člověka, demence u Alzheimerovy nemoci, biografie, práce se vzpomínkami a terapie.
Anotace v angličtině:	This thesis deals with factors which cause a change of communication style elderly people who are affected by Alzheimer's disease dementia. The theoretical part describes old-age and its demonstration, involution changes typical for ageing, where special literature is used to explain mentioned issues. It also refers dementia and its impact on human being personality; in addition it illustrates Alzheimer's disease dementia which is diagnosed to one participant from research. Besides that, it characterises activities from biography, when dissimilar therapy is recommended based on unique life story. Practical part of this thesis is composed of quantitative and qualitative research. Narrative dialogue and observation were used by diplomate for qualitative research. Under the terms of quantitative research questionnaires were distributed among DS ANAVITA authorised personnel, who are taking care of elderly people affected by Alzheimer's disease dementia. Research questions were answered from this available information. All results can be beneficial for appropriate care of elderly people with dementia under the terms of keeping communication competencies. Outcomes can also sustain quality of life and satisfaction the elderly affected by Alzheimer's disease dementia.
Klíčová slova v angličtině:	old-age, demonstration of old-age, involution changes, dementia and its impact on personality, dementia of Alzheimer's disease, biography, reminiscence therapy

Přílohy vázané v práci:	
Rozsah práce:	96
Jazyk práce:	český