

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Logopedická intervence u seniorů v pobytových zařízeních v  
Královéhradeckém kraji  
Speech therapy for seniors at residential care in the Hradec Kralove region

Bc. Michaela Sedláčková

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika (N7506)

Studijní obor: N SPPG (7506T002)

2019

Odevzdáním této diplomové práce na téma logopedická intervence u seniorů v pobytových zařízeních v Královéhradeckém kraji potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením doc. PaedDr. Jiřiny Klenkové, Ph.D. samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 18. 4. 2019

.....  
Michaela Sedláčková

Ráda bych poděkovala paní doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D. za profesionální vedení této diplomové práce a cenné rady, které mi poskytla.

Dále bych chtěla poděkovat paní ředitelce a pracovníkům domova pro seniory za obrovskou ochotu a spolupráci. Velké díky patří také mé mamince a přítelovi Petrovi za trpělivost a podporu, kterou mi celou dobu poskytovali.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá poskytováním logopedické intervence u seniorů v pobytových zařízeních. Cílem této speciálně pedagogické práce je ukázat problematiku v komunikaci seniorů a možnou podporu v domově pro seniory. Práce má dvě části. Teoretická část je rozdělena na tři kapitoly. Jsou zde popsány sekundární poruchy komunikace u dospělých osob, vybrané nemoci spojené se stářím, definice stáří a pobytových služeb pro seniory. V empirické části je rozpracováno výzkumné šetření, případové studie a získané výsledky. Výzkum má kvalitativní charakter. Hlavním cílem bylo analyzovat poskytování logopedické intervence v domově pro seniory. Dílčími cíli bylo zjistit, zda dojde na základě logopedické intervence k posunu v komunikaci seniora a zjistit, zda k tomuto posunu může pomoci i podpora pracovníky domova ve spolupráci s odborníkem. Dalším z vytyčených cílů bylo vypracování případových studií.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Logopedická intervence, senior, sekundárně narušená komunikační schopnost, demence, Alzheimerova choroba, Parkinsonova nemoc, domov pro seniory

## **ABSTRACT**

This diploma thesis is focused on providing speech therapy intervention for seniors in residential facilities. The aim of this special pedagogical work is to show the problems in the communication of seniors and a possible support in the home for the elderly. The thesis has two parts. The theoretical part is divided into three chapters. In this part, secondary communication disorders observed among adults, selected diseases related to old age, the definition of old age and residential services for seniors are described. In the empirical part, the research, case studies and the results are obtained. The research is qualitative. The main goal was to analyze providing speech therapy intervention in the home for the elderly. Partial goals were to find out whether there would be a progress in the senior communication based on speech therapy intervention and to find out whether the support of home workers in cooperation with an expert can help in this regard as well. Another goal was to elaborate case studies.

## **KEYWORDS**

Speech therapy intervention, senior, secondary communication disorder, dementia, Alzheimer's disease, Parkinson's disease, retirement home

## Obsah

Úvod .....	7
1 Sekundárně narušená komunikační schopnost .....	8
1.1 Dysartrie.....	9
1.2 Afázie .....	14
1.3 Dysfagie .....	18
2 Degenerativní onemocnění v dospělém věku .....	24
2.1 Demence .....	24
2.2 Alzheimerova choroba .....	29
2.3 Parkinsonova nemoc .....	32
3 Období stáří .....	36
3.1 Pojem stáří .....	36
3.2 Kvalita života – komunikace .....	38
3.3 Zajištění služby pro seniory .....	41
4 Výzkumné šetření .....	47
4.1 Cíl výzkumu, metodologie.....	47
4.2 Výběr zařízení a vzorků výzkumu .....	47
4.3 Materiál výzkumného šetření.....	47
4.4 Případové studie.....	48
4.5 Průběh cvičení.....	68
5 Diskuze .....	87
5.1 Doporučení pro praxi .....	88
Závěr .....	90
Seznam použitých informačních zdrojů .....	92

## Úvod

Možnost komunikace je pro člověka v jeho životě velmi důležitá. Tato schopnost se vyvíjí od dětství po celý život. Během života člověka může dojít k vážným zdravotním komplikacím, které tuto přirozenou schopnost mohou zásadně ovlivnit. V neposlední řadě má na řeč vliv věk ve spojení se zdravotními problémy, jako je úbytek paměťových schopností.

Laická veřejnost si často myslí, že obor logopedie se zabývá pouze nápravou řeči u dětí, ale není tomu tak. Logopedie je velmi široký obor, který se zaměřuje na osoby od narození až do doby senia. Dojde-li k narušení komunikační schopnosti v pozdějším věku, hovoříme o sekundárně neboli získané narušené komunikační schopnosti. Péče o osoby s tímto narušením komunikace se v posledních letech dostává do popředí logopedické péče a osoby s takovým problémem nejsou opomíjeny, jak tomu mohlo být v minulosti.

Cílem této práce je seznámení s problematikou sekundárně narušené komunikační schopnosti a jejím vlivem na osoby v období senia. Tyto informace slouží k vypracování empirické části a zodpovězení stanovených cílů. Tato práce je speciálně pedagogická, protože se snaží analyzovat logopedickou intervenci u seniorů v pobytových zařízeních a je zde snaha danou péči zlepšit.

Práce je rozdělena na čtyři části. První tři části jsou teoretické a poslední čtvrtá část je zaměřena na výzkum. Teoretická část obsahuje tři kapitoly. První kapitola seznamuje s problematikou sekundárně narušené komunikační schopnosti. Jsou zde popsány řečové vady, které je možné získat v dospělém věku, jedná se o dysartrii, afázii a dyafagii (poruchu polykání). Druhá kapitola popisuje nemoci spojené s vyšším věkem. Je zde popsána demence, Alzheimerova choroba a Parkinsonova nemoc. Ve třetí kapitole je definováno stáří a kvalita života seniorů právě v oblasti komunikace. Součástí třetí kapitoly je podrobné popsání pobytových služeb, které mohou senioři v České republice využívat.

Empirická, čtvrtá část diplomové práce se zabývá výzkumem v domově pro seniory. Tato část je kvalitativního charakteru a jsou využity metody pozorování, analýzy dokumentů, rozhovory s pracovníky domova a přímá práce s klienty, která přispěla k vypracování případových studií klientů domova.

## 1 Sekundárně narušená komunikační schopnost

Logopedická péče není zaměřena pouze na dětský věk, jak si často laická veřejnost myslí. V logopedii se objevují pojmy jako sekundární, získaná a neurogení porucha komunikace (Klenková, 2006; Neubauer, 2007; Cséfalvay, 2007). Všechny tyto pojmy označují narušení komunikační schopnosti v dospělém věku. Jedná se tedy o ztrátu schopností, které byly před poškozením v normě. Jak uvádí Neubauer (2007) terminologie u neurogeních poruch je velmi obtížně uchopitelná a to z důvodu, že se jedná o **vícdimenzionální poruchu řeči**. Zasaženy jsou složky lingvistické, neurogení i kognitivní.

Pro pochopení této problematiky je nezbytné vymezení pojmů **jazyk a řeč**. Dvořák (1998, s. 80) definuje pojem jazyk jako „*mateřština, soustava zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy, schopná vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastní vnitřní prožitky*“. Dále uvádí, že řeč je „*forma sdělování a dorozumívání založena na používání slovních, ale i neslovních výrazových prostředků komunikace*“ (Dvořák, 1998, s.147). Klenková (2006) řeč chápe jako specifickou lidskou schopnost a vědomé používání jazyka. Řeč umožňuje sdělit pocity, přání a myšlenky. Jazyk je soustava zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků. Jedná se o společenský jev a proces. Neubauer (2007) uvádí, že jazyk je komunikační kód a řeč je fyzikální realizací jazyka. Jazyk se skládá z jasně odlišených a selektovaných signálů, znaků a symbolů. Užití těchto znaků je podmíněno **kognitivními procesy** (paměť a pozornost) a **intelektovými schopnostmi**. U řeči signály vznikají respirací, fonací, artikulací a rezonancí.

Lidská komunikace je široké téma. Zkoumá ji jazykovědní a psychologická disciplína. Jejich syntézou vznikl psycholingvistický výzkum řečové komunikace. Výsledky výzkumů v této oblasti jsou přínosem v oblasti diagnostiky a terapie neurogeních poruch řeči (Neubauer, 2007). Přijetím psycholingvistického přístupu rozlišujeme poruchy **motorických řečových mechanismů** (dysartrie, řečová dyspraxie), **individuálního jazykového systému** (afázie), **kognitivně-komunikačních funkcí**



(demence, poruchy verbální paměti a dalších funkcí na bázi traumatu CSN<sup>1</sup>), **primárních funkcí orofaciálního traktu** (dysfagie, orální dyspraxie). Tento přístup je zaměřen na zjištění dominantní příčiny poruchy (Neubauer, 2007). Poruchy označované jako získané vznikají v dospělosti především na bázi úrazů a traumat CNS, orofaciální oblasti, onkologických nebo neurologických onemocnění CNS. Objevují se poruchy hybnosti mluvidel, narušení fatických funkcí a poruchy verbálních paměťových funkcí (Neubauer In Škodová, Jedlička, 2003).

## 1.1 Dysartrie

Dvořák (1998) definuje dysartrii jako vývojový i získaný problém při hláskování a vyslovování, ale není narušeno porozumění řeči. Jedná se o poruchu, která je způsobena poškozením mozku a mozkových drah. Nejčastěji se objevuje jako symptom u DMO<sup>2</sup>. Lechta a Cséfalvay (1987) uvádí, že dysartrie je narušení procesu artikulace jako celku důsledkem poškození nervového systému.

Dysartrie je dnes řazena do kategorie poruch **motorické realizace řeči**, jež vznikají na základě organického poškození nervové soustavy. U dysartrie dochází k narušení základních modalit motorické realizace řeči v různé míře a rozsahu. Mluvíme tedy o narušení **respirace, fonace, artikulace a rezonance**. Jedná se o komplexní narušení komunikační schopnosti, protože všechny tyto modalitty se účastní na mluvení (Neubauer, 2007;Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013). Nejzávažnější porucha motorických řečových modalit je označována jako **anartrie**. Ta se projevuje neschopností verbální komunikace s okolím. Často je spojena s **afonií**, neschopností tvořit hlas. Dysartrie může být doprovázena i poruchou polykání neboli **dysfagií** (Neubauer In Škodová, Jedlička, 2003; Klenková, 2006; Neubauer, 2007).

### Etiologie dysartrie

Dysartrie může vzniknout v jakémkoliv období života člověka. Hlavní příčiny mohou nastat v **prenatálním, perinatálním, postnatálním** období a v **pozdějším věku** (Lechta, Cséfalvay, 1987; Klenková, 2006). Z tohoto hlediska je dysartrie dělena na vývojovou a získanou. **Vývojová dysartrie** je nejčastěji spojována se syndromem dětské

---

<sup>1</sup> CNS= centrální nervová soustava

<sup>2</sup> DMO= dětská mozková obrna, v dnešní terminologii mozková obrna

mozkové obrny, vzniklou na základě vrozené léze nervové soustavy. **Získaná dysartrie** může vzniknout v průběhu dětství, dospělosti a u stárnoucích lidí ve vyšším věku. Porucha vzniká náhle na bázi traumatu nebo onemocnění CNS. U dospělé populace je dysartrie nejčastěji způsobena cévními mozkovými příhodami, úrazy hlavy, onkologickým či infekčním onemocněním mozkové tkáně. Dysartrie může doprovázet degenerativní onemocnění CNS, Parkinsonovu nemoc a roztroušenou sklerózu (Neubauer, 2018).

U dysartrie dochází k narušení pyramidových drah; extrapyramidového i pyramidového systému; drah, jež propojují korové oblasti s mozkovým kmenem. Důležitou strukturou pro produkci řeči jsou hlavové nervy. U dysartrie dochází k poškození **V., VII., IX., XII.** hlavového nervu (Klenková, 2006; Love, Webb, 2009).

### **Klasifikace dysartrie**

Cséfalvay, Mekyska a Košťálová (2013) uvádí, že při klasifikaci dysartrie se v literatuře setkáváme s dvěma hlavními přístupy. První přístup dělí poruchy podle lokalizace léze v CNS nebo PNS<sup>3</sup>, ke kterému se přiklání Kiml, Lechta, Cséfalvay. Druhý přístup je založen na dominujícím symptomu v řeči, k této klasifikaci se přiklání Neubauer, Love a Webb.

Klasifikace podle lokalizace léze v nervovém systému popisuje šest základních typů dysartrie: **korová, pyramidová, extrapyramidová, mozečková, bulbární, smíšená.**

**Korová dysartrie** vzniká poškozením oblastí motorických korových oblastí mozku. Řeč je spastického charakteru, hlas je tvořen namáhavě. Řeč bývá provázena přídatnými mlaskavými zvuky (Sovák, 1978; Lechta, Cséfalvay, 1987; Klenková, 2006;). U **pyramidové dysartrie** jsou postiženy motorické pyramidové dráhy v průběhu od kůry k jádrům mozkových nervů v bulbu. Objevuje se spastická obrna svalstva mluvidel. Řeč je setřelá a explozivní. Hlas tlačný a dyšný. Typický je spastický smích a pláč (Lechta, Cséfalvay, 1987; Klenková, 2006; Kejklíčková, 2011). **Extrapyramidová dysartrie** vzniká důsledkem poruchy striopallidárního systému mozku. Má dvě formy: hypertonickou a hypotonickou (Lechta, Cséfalvay, 1987; Klenková, 2006; Kejklíčková, 2011). U **hypertonické dysartrie** je typické, že svalstvo je ztuhlé. Proto i řeč je pomalá jakoby

---

<sup>3</sup>PNS= periferní nervový systém

ztuhlá a tlačená. Tento typ dysartrie nejčastěji doprovází osoby s Parkinsonovou nemocí (Lechta, Cséfalvay, 1987; Kejklíčková, 2011). **Hypokinetická dysartrie** je doprovázena zvýšenou mimovolní hybností (Sovák, 1978; Lechta, Cséfalvay, 1987; Kejklíčková, 2011). **Mozečková (cerebelární) dysartrie** při tomto typu je narušen mozeček a jeho dráhy. Řeč je sakadovaná a doprovázená hezitacemi. Typickým příznakem je opilecká řeč (Sovák, 1978; Lechta, Cséfalvay, 1987; Klenková, 2006;). U **bulbární dysartrie** dochází k poškození jader motorických nervů v bulbu. Objevují se fascikulace (záškuby) na jazyku. Řeč je nejasně artikulovaná (Lechta, Cséfalvay, 1987; Kejklíčková, 2011). U **smíšené dysartrie** záleží na tom, jaký motorický systém je narušen. Může se projevit jakýkoliv příznak a kombinace typů dysartrie (Sovák, 1978; Lechta, Cséfalvay, 1987; Klenková, 2006; Kejklíčková, 2011).

Klasifikace podle dominujícího symptomu v řeči je rozdělena do sedmi typů dysartrie : **flacidní, spastická, ataktická, hypokinetická, hyperkinetická a vznikající při unilaterální lézi centrálního motoneuronu.**

**Flacidní dysartrie (periferní, chabá)** vzniká při lézi hlavových nervů, ale i spinálních nervů. Vyskytuje se u postižení periferního motorického neuronu. Poškození těchto částí má vliv na svalovou slabost u dýchacích svalů a svalů účastnících se na mluvení. Tento symptom je typický pro tento druh dysartrie. Dále se objevuje velmi nápadná hypernazalita, která je u tohoto typu dysartrie nejvýraznější oproti ostatním (Neubauer, 2007; Cséfalvay, Mekyska, Košťálová Lechta, 2013; Neubauer, 2018). **Spastická dysartrie (centrální)** vzniká při oboustranné lézi centrálního motorického neuronu, jedná se tedy o bilaterální poškození pyramidového a extrapyramidového systému. Nejnápadnějším symptomem je porucha artikulace, která je velmi zpomalená. Fonace je tlačená. Dále se objevuje hypernazalita a dysprozodie. Řečový projev je pomalý, dochází k protahování slov a delší projev je nesrozumitelný (Neubauer, 2007; Cséfalvay, Mekyska, Košťálová Lechta, 2013; Neubauer, 2018). **Ataktická dysartrie (cereberální, mozečková)** je způsobena lézí mozečku a jeho drah. Špatně jsou vykonávány cílené pohyby a koordinace činnosti svalových skupin. Přítomna je celková hypotonie. Řečový projev je nepravidelný, dochází k explozivnímu vyřazení slabik nebo slov. Taková mluva je označována jako sakadovaná (Neubauer, 2007; Cséfalvay, Mekyska, Košťálová Lechta,

2013; Neubauer, 2018). **Hypokinetická dysartrie (extrapyramidová)** vzniká při lézi bazálních ganglií a je součástí hypokineticko-hypertonického syndromu. Tento typ dysartrie je typický pro Parkinsonovu nemoc. Největší vliv na řeč má svalová rigidita, snížený rozsah pohybu a zpomalení pohyblivosti. Mluva je monotónní s pauzami. Řeč může být palilalická – nesmyslná, dochází k opakování slabik a slov. Hlasový projev je oslaben kvůli nedostačujícímu dechu. Hlas je ostrý a může dojít až k hlasovému tremoru (Neubauer, 2007; Cséfalvay, Mekyska, Košťálová Lechta, 2013; Neubauer, 2018). U **hyperkinetické dysartrie (extrapyramidová)** jsou rovněž narušena bazální ganglia. Je součástí choreatického nebo atetoidního syndromu a Huntingtonovy choroby. Svalový tonus je celkově snížený a objevují se nekontrolovatelné mimovolní pohyby. Řečový projev je hlasitý a vykřikovaný. Viditelná je dyskoordinace dýchacích pohybů. Řeč ruší mimovolní pohyby. Mluvní projev bývá nesrozumitelný z důvodu neschopnosti ovládat pohyby jazyka a úst. Tempo řeči kolísá (Neubauer, 2007; Cséfalvay, Mekyska, Košťálová Lechta, 2013; Neubauer, 2018). **Smišený typ dysartrie** vzniká kombinací dvou nebo více dysartrií (Neubauer, 2007; Cséfalvay, Mekyska, Košťálová Lechta, 2013;).

### **Diagnostika dysartrie**

Neubauer a Dobiasová (2014) uvádí, že při diagnostice dysartrie logopedická diagnostika vychází hlavně z výsledků lékařského vyšetření klinického neurologa. Klenková (2006) přidává komplexní vyšetření složené z týmu odborníků (neurolog, foniatr, oftalmologa, psychologa). Nezbytnou součástí diagnostiky dysartrie je diferenciální diagnostika. Klenková (2006) uvádí tři hlavní diagnózy, od kterých by měla být dysartrie odlišena a to od **vývojové dysfázie, dyslalie, afázie**.

Lechta a Cséfalvay (1987) zmiňují oblasti, které by měly být vyšetřeny v rámci logopedické diagnostiky. Jedná se o vyšetření motorické funkce artikulačních orgánů, výslovnosti jednotlivých hlásek, fonematické diferenciace, respirace, fonace, prozodické faktory. Z tohoto vyplývá, že hlavním cílem diagnostiky je identifikace řečových motorických modalit, které ovlivňují řečový projev (Neubauer In Škodová, Jedlička, 2003).

V České republice se v diagnostice dysartrie nejčastěji používá diagnostický materiál **Test 3F – dysartrický profil** (Roubíčková a kol., 2011), jeho nejaktuálnější třetí

přepřacování. Test mapuje tyto modalitý řeči: respiraci (fonorespiraci); fonaci, faciokinezi (faciální svalová činnost); diadochokinezi (přesnost opakovaných pohybů); reflexní činnosti spojené s polykáním, žvýkáním, kašláním; artikulaci; srozumitelnost četby a mluvy; tempo a prozodii řeči (Neubauer, 2018). Cséfalvay, Mekyska, Košťálová (2013) zmiňují další dva diagnostické materiály. Jedním z nich je **Vyšetření získaných neurogených poruch řečové komunikace**. Jedná se o vyšetření motorických poruch řeči, které sestavil Neubauer (2007). Vyšetření hodnotí fatické funkce, lexii, grafii, praxii, motorické poruchy řeči a kognitivně-komunikační poruchy. Tento test je vhodný i pro odlišení dysartrie od afázie a obráceně. Druhým materiálem je **Metodika vyšetření dysartrie** (Cséfalvay, 2002), jež je určena pro vyšetření dětí i dospělých. Metodika detailně hodnotí každou potencionálně narušenou oblast účastníci se na mluvení. Jedná se o tyto složky: respirace, artikulace, fonace, rezonance, souvislý řečový projev (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013).

### **Terapie dysartrie**

Dysartrie může mít formu vrozenou nebo získanou. Odborná literatura nejčastěji zmiňuje terapeutické postupy pro **vrozenou formu** dysartrie, kdy se nejčastěji vychází z terapeutického konceptu, který vypracoval Kábele s Lesným (1988) – **Zásady pro rozvoj hybnosti a řeči**. Dalšími možnými metodami jsou například Vojtova metodika reflexní lokomoce, Bobath koncept, Petöho terapie, Kabatova a další (Klenková, 2006).

Terapie u **získané formy** dysartrie by měla být zahájena ihned, jakmile odezní život ohrožující komplikace a dojde ke stabilizaci zdravotního stavu. Na prvním místě je obnova vitálních funkcí (příjem potravy), které mohou být ovlivněny dysfagií, jež dysartrii doprovází. Poté na řadu přichází řeč. K metodám a prostředkům logopedické terapie řadíme metody navozující svalovou relaxaci a stabilizaci svalového tonu v oblasti mluvidel; modifikaci cvičení respiračních, fonačních, artikulačních a rezonančních; rytmizační a intonační postupy; přístrojové pomůcky pro zobrazení zvuku řeči a zpětnou vazbu zrakem a sluchem, opožděnou sluchovou zpětnou vazbu; neverbální komunikaci a komunikační pomůcky; skupinovou terapii.

## 1.2 Afázie

Kiml (1969) definoval afázii jako řečovou poruchu různého druhu, podoby a stupně ztráty znalosti slov, gramatiky a vět v případě, je-li zasažena ústřední nervová soustava. Ke vzniku dochází při poruše řečových zón mozku, což může způsobit ucpání nebo ruptura cévy, nádory mozku, poruchy výživy mozku, poranění mozku nebo záněty.

Sovák (1978) zmiňuje, že se jedná o získanou poruchu fatických funkcí. Přiklání se k názvu afázie, jenž jako první použil Trousseau. Afázie je v podání Sováka chápána jako ztráta řeči na podkladě orgánových změn určitých částí mozku. Hrnčiarová a Cséfalvay (1987) neopomíjejí důležitý fakt, že afázie postihuje celou psychickou činnost člověka, protože toto narušení komunikační schopnosti má intrapsychické a interpersonální následky. Mimrová (1997) ještě dodává, že jde o „*neschopnost přijímat a vysílat symbolické kódy mluvené nebo psané řeči, na podkladě jednostranného poškození mozku*“ (Kulišťák, Lehečková, Mimrová, Nebudová, 1997).

V současné literatuře je afázie definována jako získaná neurogenní porucha řeči. Zasažen je **individuální jazykový systém** člověka. Jedná se o náhle vzniklou ztrátu schopnosti produkce řeči a porozumění jak mluvené, tak psané řeči. Vzniká při poškození mozku v jazykově dominantní hemisféře, což znamená pro většinu populace levou hemisféru (Neubauer, 2018). Afázie je řazena do **vyšších kortikálních poruch**, také se sem řadí agnozie, apraxie, akalkulie, agrafie, alexie, poruchy orientace v prostoru a pravo-levá orientace a další. Do vyšších kortikálních funkcí spadají i kognitivní funkce, které mají následující složky: receptivní, schopnost zpracovávat informace a expresivní (Čecháčková In Škodová, Jedlička, 2003; Klenková, 2006). Shrňeme-li poznatky z literatury, můžeme říci, že se jedná o získané postižení řeči zasahující vyšší kortikální funkce, zasažena je tedy produkce i percepce řeči mluvené i psané.

### Etiologie afázie

Jak uvádí Klenková (2006), k poškození řeči dochází až po jejím úplném vyvinutí, proto v případě afázie hovoříme pouze o **získaném postižení**. Příčinou poruchy je organická léze mozku. Cséfalvay (2003, In Klenková, 2006) tvrdí, že jde především o ložiskové poškození **korových a podkorových oblastí mozku**. U klinického obrazu afázie závisí na tom, jakou povahu má patologický proces; na rozsahu a lokalizaci léze a

důležitým faktorem je věk pacienta, kdy došlo k poškození mozku (Čecháčková In Škodová, Jedlička, 2003). Mezi nejčastější příčiny afázie řadíme **cévní mozkové příhody (CMP), úrazy a poranění mozku, mozkové nádory, zánětlivá onemocnění mozku, degenerativní onemocnění CNS** (Čecháčková In Škodová, Jedlička, 2003; Klenková, 2006).

### **Symptomatologie afázie**

Nejzásadnějším symptomem je ztížení až nemožnost srozumitelného řečového vyjádření a deficity ve schopnosti porozumět významům slov. Problémy se také objevují při sestavování souvislých vět a užívání gramatických kategorií. Problémy nejsou pouze v produkci a recepci mluvené řeči, ale i v oblasti čtení a psaní (Neubauer, 2018). Podle Klenkové (2006) je důležité zjistit, zda je řeč **fluentní** (plynulá) nebo **nonfluentní** (neplynulá) a je-li narušena složka **receptivní** nebo **expresivní**.

Cséfalvay (2007) zmiňuje, že jsou narušeny všech jazykové roviny (morfologicko-syntaktická, lexikálně-sémantická, foneticko-fonologická, pragmatická), nejméně však pragmatická. Ostatní roviny bývají narušeny velmi výrazně. Nejpráhledněji symptomy uvádí Čecháčková (In Škodová, Jedlička, 2003). **Parafázie**, deformace slov je různého typu a stupně. Typy: **fonemická** – slovo je deformováno záměnou fonému; **žargonová** – slovo je deformováno tak, že mu nelze porozumět; **sémantická** – pacient si nemůže vzpomenout na slovo, proto opisuje význam slova. **Parafrázie** je neschopnost vyjádřit se ve větách. Při **perseveraci** pacient ulpívá na předchozím podnětu i při dalších odpovědích, i když už daný podnět netrvá. **Logorhea** je symptom, který se projevuje jako překotná rychlá mluva. **Anomie** označuje poruchu pojmenování. Posledním symptomem je **porucha rozumění**. (Čecháčková In Škodová, Jedlička, 2003). Nezbytné je doplnění poruch v oblasti **čtení, psaní a počítání**, jelikož jsou dominantním projevem afázie (Neubauer, 2018).

### **Klasifikace afázie**

Klasifikovat afázii není jednoduché, názory odborníků na afázii, tedy afaziologů se často liší. V minulosti vznikaly afaziologické školy, které se snažily definovat afázii. Ani v tomto případě není definice jednotná. Afázii je možné klasifikovat podle různých

medicínských, psychologických i logopedických hledisek (Klenková, 2006). V logopedické praxi máme dvě nejpoužívanější klasifikace. První je dělení, které uvádí Kiml (1969) tj. dělení na **motorickou, senzorickou, totální**. Stručný popis můžeme najít v Logopedickém slovníku od Dvořáka (1998). U **afázie motorické (expresivní)** převažují obtíže ve schopnosti mluvního projevu a rozumění řeči je relativně zachováno. U **senzorické afázie (receptivní)** obtíže převažují v oblasti percepce a rozumění řeči, sekundárně je postiženo vyjadřování. Při **totální afázii (globální)** jedinec nemluví ani řeči nerozumí, jedná se o celkový rozpad řeči.

Druhé dělení je podle **Bostonské klasifikace**, kterou vytvořili Wernicke a Broca v 19. století. V této klasifikaci jsou definovány tyto typy: Brocova, Wernickeho, konduktivní, globální, amnestická, transkortikálně-motorická, transkortikálně-senzorická. V současné době byl amnestický typ afázie z klasifikace vyřazen, protože nominální funkce se považuje za příznak, který se objevuje u všech typů afázie. Bostonská klasifikace je založena na těchto řečových modalitách: pojmenování, fluence konverzačního rozhovoru, porozumění mluvené řeči, opakování. Převládá zde ligvistický aspekt a opomíjí se gnozie, lexie, grafie, orientace atd (Klenková, 2006).

Podrobně a přehledně Bostonskou klasifikaci uvádí Cséfalvay (2007). **Brocova afázie** vzniká u léze zasahující Brocovu areu. Řeč je nonfluentní a tempo výrazně zpomaleno. Spontánní řeč je tvořena s námahou a někdy dochází k redukci na jednoslovné vyjádření. Často se objevují cirkumlokace (kompenzační strategie při hledání slova), perseverace, agramatismy, alexie, agrafie. Porozumění řeči je lepší než produkce. **Wernickeho afázie** nejčastěji vzniká při lézi temporálního laloku v oblasti Brodmanovy arey. Produkce řeči je plynulá a dobře artikulovaná. Spontánní produkce řeči je zrychlená, vyskytují se neologismy a parafázie. Obsah informace bývá prázdný. Rozumění řeči je těžce narušeno. Lexie bývá výrazně narušena. **Globální afázie** vzniká při poškození tzv. perisylvianské oblasti dominantní hemisféry. Řeč je výrazně zasažena. Často se objevuje perseverace slabik nebo opakování neologismů. Rozumění řeči, lexie a grafie jsou také výrazně zasaženy. U **smíšené transkortikální afázie** je klinický obraz podobný globální. Výjimkou je zachovaná schopnost opakovat slova a zautomatizované fráze. Řeč má echolalický ráz a často se vyskytují perseverace, narušeno je pojmenování.



**Transkortikálně-motorická afázie** je způsobena lézí v oblastech před Brocovou areou. Řeč je nonfluentní a spontánní produkce se vyskytuje minimálně. Komunikace probíhá v krátkých větách. Porozumění řeči je narušeno méně, pacienti špatně chápou složité věty. Lexie je zachována, grafie poznamenána pomalým tempem. **Transkortikálně-senzorická afázie** vzniká při lézi zadních oblastí temporálního laloku. Řeč je fluentní, ale komunikační hodnota je nízká z důvodu častých parafází. Pacient je schopen reprodukce, ale bez porozumění významu. Porozumění řeči je narušeno. Grafie výrazně narušena. **Konduktivní afázie** je způsobena lézí v oblasti gyrus supramarginalis. Řeč je typická výskytem fonémických parafází ve slovech. Porucha není konzistentní, protože ve spontánní řeči se tyto problémy nemusí projevit. Porozumění je většinou narušeno. Lexie a grafie také nejsou konzistentně narušeny (Cséfalvay, 2007)

### **Diagnostika afázie**

V minulosti byla diagnostika afázie hlavně v rukou lékařů. Jako první se o afázii začali zajímat neurologové, kteří tuto problematiku popsali. Postupně se přidali odborníci z logopedie. Diagnostika afázie opět vychází z lékařského neurologického vyšetření. Stejně jako u jiných diagnóz je zde nutný multidisciplinární přístup (Cséfalvay, Košťálová In Lechta, 2013). Nezbytnou součástí vyšetření je diferenciální diagnostika. Afázii musíme odlišit od dysartrie. U **dysartrie** nejsou narušeny fatické funkce a rozumění řeči, ale jsou narušeny modulační faktory řeči – respirace, fonace, artikulace, rezonance. Dále je nutné afázii odlišit od apraxie, alexie, agnozie a dalších.

Cséfalvay (2007) uvádí přehledné schéma testů afázie, které jsou používány v České republice. **Screeningové testy** – AST (Aphasia Screening Test), MAST (Mississippi Aphasia Screening Test). **Komplexní testy** dělené na *kvalitativně orientované* - VFF (Vyšetření fatických funkcí), Lurijovo neuropsychologické vyšetření; *kvantitativně orientované* – WAB (Western Aphasia Battery), PAV (Pražské afaziologické vyšetření); a *testy funkční komunikace* – Dotazník funkcionální komunikace. Posledním typem jsou **speciální testy** – Token test.

Cséfalvay (2007) a Neubauer (2018) uvádí šest částí, ze kterých se skládá klinické vyšetření afázie: **spontánní řečová produkce** (hodnocení konverzace, popis obrázku a automatické řady), **porozumění mluvené řeči** (fonologická analýza, lexikální usuzování,

porozumění významu slov a vět), **schopnost reprodukovat slova a věty** (opakování pseudoslov, opakování slov a vět), **čtení a psaní**.

### **Terapie afázie**

U pacientů s afázií není narušena pouze komunikační schopnost, ale i psychické, emocionální a volní sféry člověka. Proto je nutné využít komplexní rehabilitaci (Klenková, 2006). Neubauer (2018) uvádí současné afaziologické terapeutické směry. **Lurijovu neuropsychologickou koncepci**, ze které vychází metodika na obnovování vyšších psychických funkcí. Terapie probíhá formou přestrukturování funkčních systémů mozku, kdy se využívá obnovovací terapie. **Psycholingvisticky či kognitivně-neuropsychologicky orientovaný přístup** zaměřující se na stimulaci narušených modalit individuálního jazykového komunikačního systému. **Specifické postupy pro stimulaci obnovování modalit**, kam řadí postupy jako melodicko-intonační terapie, tlumení perseverací a foneticko-vizuální stimulační metoda. Tato metoda je v logopedické praxi jedna z nejpoužívanějších. Pracuje s pacienty s těžkou fatickou poruchou. **Skupinová interakce. Systém neverbálních komunikačních prostředků**, který obnáší využívání piktogramů, kresby, posunky, gesta. Je to nejvhodnější systém pro osoby s globální afázií a těžkými perzistentně přetrvávajícími motorickými fatickými poruchami.

V terapii se nejčastěji vychází z běžných životních situací a využívají se předměty denního použití. Vhodným terapeutickým materiálem je Slovník pro afatiky, který vytvořila Truhlářová (1973, 1984) (Cséfalvay, 2007; Neubauer, 2018;).

### **1.3 Dysfagie**

Stručnou definicí dysfagie je **porucha polykání**. Tento termín pochází z řečtiny. Je složen ze dvou částí, z přípony „*dys-*“, která označuje poruchu, a „*phagein*“, česky jíst (Neubauer, Skákalová a kol., 2015). Tedla a kol. (2009) uvádí přesnější definici dysfagie, jedná se o poruchu polykání slin, tekutin a tuhé stravy různých konzistencí, jež může být způsobena mechanickým poškozením polykacího traktu, při neurologických nebo gastrointestinálních potížích. V neposlední řadě nastává po úrazech, operacích a nádorech.

Problematika dysfagie a péče o tyto osoby byla v České republice dlouho opomíjena, do popředí logopedické péče se dostává až v posledních dvou desetiletích. Dříve se touto

problematikou zabývali lékaři ORL a gastroenterologové, ke kterým se dnes přidávají kliničtí logopedi. Tito odborníci tvoří tzv. **dysfagiologický tým**, kam se řadí další odborníci jako radiologové, neurologové, dietologové a další (Tedla a kol., 2009; Neubauer, 2018). Jak uvádí Kaulfussová (In Škodová, Jedlička, 2003), dysfagie se objevuje u dětí, dospělých, pacientů vyššího věku a v neposlední řadě u pacientů s demencí. Dysfagii velmi často doprovází poruchy řeči a hlasu, které spadají do působnosti klinických logopedů.

### **Terminologie dysfagie**

Pro správnou diagnostiku a terapii dysfagie je nutné znát tyto pojmy, které přehledně popisuje Kaulfussová (In Škodová, Jedlička 2003): **odynofagie** – bolestivé polykání; **aspirace** – vdechnutí sousta nebo tekutiny do dýchacích cest, pod hlasivky; **penetrace** – průnik stravy nebo tekutiny nad hlasivky, nedochází tak v aspiraci; **drooling** – neudržení tekutiny nebo vypadnutí sousta z ústní dutiny; **reflux** – zpětný tok tekutiny; **regurgitace** – nejčastější typ refluxu, zpětný tok kyselých šťáv bez vyvolání dávivého reflexu; **leaking** – porucha kontroly nad soustem; **pouch** – zeslabení laterální strany faryngu. Mandysová (In Mandysová, Škvrňáková, 2016) dodává další dva pojmy. **Globus faryngeus**, kdy pacient má subjektivní pocit něčeho cizího v krku; pocit, že se mu svírá krk nebo pocit váznutí sousta při polykání naprázdno. Dalším pojmem je **fagofobie**, v tomto případě se jedná o chorobný strach z polykání. Dysfagie bývá příčinou **dehydratace** a **malnutrice**.

### **Etiologie dysfagie**

Neubauer (2018) zmiňuje dvě příčiny vzniku dysfagie – psychogenní a organickou. **Psychogenně podmíněná dysfagie** nemá primární organickou příčinu. Tento stav doprovází psychózy, neurózy a fobické stavy. **Organicky podmíněná dysfagie** je dělena na dva typy: strukturálně podmíněnou, kam spadají stavy po operacích nebo traumatech v orofaciální oblasti a neurogenně podmíněnou dysfagii, tu způsobují stavy po cévních mozkových onemocněních, traumata CNS, stavy po traumatech inervace v orofaciální oblasti, degenerativní a zánětlivá onemocnění CNS. Kaulfussová (In Škodová, Jedlička, 2003) mezi hlavní příčiny vzniku dysfagie uvádí tyto nejčastější příčiny: **nádorová a zánětlivá onemocnění; neurologická a kardiovaskulární onemocnění; onemocnění**

**jícnu a jiná onemocnění**, například psychosomatická onemocnění nebo vedlejší účinky léků.

### **Anatomie a fyziologie polykání**

Polykání je považováno za fyziologickou činnost, která je nutná pro existenci člověka. Na polykání se účastní tyto struktury: dutina ústní – jazyk a zuby, hltan, jícen (Kejklíčková, 2011). Dobias (2014) uvádí, že polykání je komplex neuromuskulárních aktivit, který posouvá potravu, sliny a tekutiny z ústní dutiny přes hltan a jícen až do žaludku. Tento proces má tři fáze: orální (ústní), faryngeální (hlanová), ezofageální (jícnová). Orální fázi je možné rozdělit na orální přípravnou a orální transportní fázi. Polykací akt je také dělen na fázi vědomou a nevědomou. Vědomá fáze je vůlí ovladatelná, tudíž je možné ji kdykoliv přerušit. Vědomá je pouze orální fáze. Nevědomá fáze je faryngeální a ezofageální. Tato fáze je řízena reflexy a není ji možné zastavit (Tedla a kol., 2009). Jelikož je centrum polykání uloženo v mozgovém kmeni v prodloužené míše, je zde nezbytná správná funkce hlavových nervů, jež se na polykání podílejí. Týká se to **V., VII., X., IX., XII.** hlavového nervu.

### **Diagnostika dysfagie**

Diagnostika dysfagie vyžaduje **multidisciplinární přístup**, který je možné uplatnit v rámci tzv. **dysfagiologického týmu**. Součástí tohoto týmu jsou zdravotní pracovníci z různých oborů. Koordinátorem dysfagiologického týmu bývá nejčastěji klinický logoped, případně neurolog nebo ORL lékař. Dalšími členy jsou všeobecné sestry, zdravotnický personál, rentgenolog, nutricionista, fyzioterapeut, psycholog a mnoho dalších (Mandysová, Škvrňáková, 2016). Základ diagnostiky dysfagie tvoří **základní klinické vyšetření polykání** (*bedside swallow examination*). Toto vyšetření se skládá z podrobné anamnézy a fyzikálního vyšetření (Neubauer, Skákalová a kol., 2015).

Jak uvádí Tedla a Gross (2009), cílem anamnézy je získat informace o příznacích a charakteru onemocnění a také čas, kdy k poruše došlo a jak dlouho trvá. Kejklíčková (2011) dodává, že je nezbytné upřesnit charakter potíží v oblasti polykání. Dalším velmi důležitým bodem anamnézy by mělo být zaznamenávání pacientovy hmotnosti, aby nedošlo k malnutrici (Neubauer, Skákalová a kol., 2015).

Mandysová (2016) dělí základní klinické vyšetření na objektivní a subjektivní metody. Do **subjektivních metod** řadí výše zmíněnou anamnézu a subjektivní hodnocení polykání dle dotazníku. **Objektivní metoda** se skládá z pozorování (je již součástí odběru anamnézy), fyzikálního vyšetření. Neubauer a Skákalová (2015) uvádí, že fyzikální vyšetření se provádí inspekci a palpací. Inspekce obnáší zhodnocení pacientova stavu pohledem. Možné je sledovat například držení hlavy, výtok slin z úst a další. Palpací se rozumí vyšetření pohmatem. Dále nesmí chybět vyšetření orální motoriky.

Prvním vyšetřením je **screeningové vyšetření polykání**. V současnosti se toto vyšetření realizuje již na oddělení JIP, neurologie nebo interním oddělení. Tento test nejčastěji provádí proškolená zdravotní sestra. V České republice se ke screeningu využívá metoda **GUSS** (*Gugging Swallowing Screen*) (Neubauer, 2018). Pokud screeningové vyšetření odhalí poruchu polykání, následují přístrojové zobrazovací metody vyšetření polykání. V České republice se využívá nejčastěji videofluoroskopické vyšetření (VFSS) a flexibilní endoskopické vyšetření (FEES) (Neubauer, Skákalová a kol., 2015).

**Videofluoroskopie (VFSS)** je rentgenologické vyšetření celého horního zažívacího traktu. Vyšetření se provádí ve spolupráci rentgenologa s klinickým logopedem. Vyšetření probíhá vsedě a pacient konzumuje tři konzistence potravy (tekutá, kašovitá, tuhá) smíchané s kontrastní látkou. Polykání je zaznamenáno rychlým snímkováním. Výhodou tohoto vyšetření je možnost vyšetřit všechny fáze polykání. Velmi výhodné je u tohoto vyšetření skutečnost, že se jedná o diagnostickou a zároveň terapeutickou metodu. Nevýhodou tohoto vyšetření je radiační zátěž pacienta a nemožnost vyšetřit pacienta na lůžku. Výsledkem tohoto vyšetření je návrh terapeutického postupu, dietní opatření nebo změna výživy pacienta z per os na gastrostomii nebo nazogastrikou sondu (Tedla a kol., 2009; Neubauer, Dobias, 2014; Neubauer, Skákalová a kol., 2015; Mandysová, Škvrňáková, 2016).

**Flexibilní endoskopické vyšetření (FEES)** neboli **videoendoskopie** je funkční vyšetření prováděné pomocí flexibilního endoskopu. Vyšetření realizuje ORL lékař ve spolupráci s klinickým logopedem. Endoskop se zavádí nosem do nosohltanu, hltanu a hrtanu. Pacient by měl být vyšetřován vleže, pokud je to možné. Nejprve se hodnotí anatomické struktury a funkce jednotlivých orgánů. Pacientovi jsou opět podány tři

konzistence obarvené potravinářským barvivem. Výhodou tohoto vyšetření je jeho rychlost, jednoduchost a nízkonákladovost. Vyšetření je možné často opakovat, protože zde není radiační zátěž. Velkou výhodou je možnost vyšetření pacienta na lůžku. Velkou nevýhodou tohoto vyšetření je nemožnost vyšetřit přípravné orální a ezofageální fáze polykání. Také nemožnost vyšetřit pacienta se zvýšeným dávivým reflexem. I tato metoda může sloužit jako terapeutická. Po ukončení diagnostiky je možné trénovat kompenzační techniky. Cílem je najít nejlepší způsob polykání, aby pacient nebyl ohrožen na životě (Mandysová, Škvrňáková, 2016; Tedla a kol., 2009; Neubauer, Dobias, 2014; Neubauer, Skákalová a kol., 2015).

### **Terapie dysfagie**

Hlavním cílem terapie je umožnit pacientovi výživu per os pokud je to možné. Vliv na výživu per os má typ stravy, konzistence jídla a další faktory jako čich a chuť, porucha kousání a další. U pacientů s dysfagií jsou časté diety a modifikace stravy. Modifikována je nejčastěji konzistence a velikosti polykaného sousta. K modifikaci konzistence slouží různá zahušťovadla tekutin, co se týče tuhé stravy, ta je mixována. Speciální mixér potravu rozmělní do požadované struktury, aby bylo jídlo pro pacienta přijatelné, využívají se různé formičky na modelování rozmixované hmoty (Grofová, Satinský, In Tedla a kol., 2009).

Terapii polykání lze rozdělit na **přímou** a **nepřímou**. U přímé terapie se polyká potrava a tekutiny, u nepřímé se polyká na prázdko – pouze sliny (Tedla a kol. 2009; Neubauer, Skákalová a kol., 2015;). Nejčastěji se využívají kompenzační strategie. Jedná se o využití správného držení těla a hlavy, vhodná konzistence stravy, zesílení sensorických podnětů, protetické pomůcky. Pokud jsou tyto strategie využity, může dojít ke zlepšení nebo dokonce k napravení chybného polykání (Kaulfussová, In Škodová, Jedlička, 2003; Neubauer, 2018).

Následují terapeutické rehabilitační strategie jako **obnova či zlepšení motoriky mluvidel**. Tato oblast zahrnuje cvičení na orální a hltanovou fázi polykání. V **orální fázi** se využívají cviky na otevírání úst, rozsah pohybu a sílu jazyka, cvičení rtů a tváří. Cvičení na hltanovou fázi zajišťuje posílení hltanu pomocí Masako manévru, posilování kořene jazyka pomocí usilovného polknutí, posilování hlasivkového uzávěru, elevaci hrtanu. Dále se

využívá **stimulace orofaciální oblasti** – taktilní, tepelná, chuťová. Také Masako a Shaker manévry. **Masako manévr** je polykání s jazykem lehce skousnutým předními zuby, případně přidržení vyplazeného jazyka. **Shaker manévr** se skládá z izometrických a izotonických cvičení krčních svalů. Další strategií je využití **polykacích manévrů**. **Supraglotické** polykání se využívá, je-li neostatečný nebo zpožděný laryngeální uzávěr. Zabráňuje intradeglutivní aspiraci. Pacient se nadechne nosem, zadrží dech a polkne. Po polknutí se doporučuje zakašlat, aby se odstranila případná rezidua. **Super-supraglotické** polykání se používá při omezeném uzávěru vstupu do dýchacích cest. Postup je stejný jako u supraglotického, jen se přidává tlačení obou rukou před hrudníkem. **Energické** (usilovné) polykání je manévr umožňující lepší průchodnost bolusu. Cvik je využíván u pacientů s omezenou hybností jazyka. Tento manévr se provádí tak, že pacient polkne s co největší silou, případně aby byl slyšet i zvuk polykání. **Mendelsonův manévr** také zajišťuje lepší průchod bolusu. Posiluje retrakci a sílu kořene jazyka, svalovinu horního jícnového svěrače. Tento manévr může proběhnout, když si pacient uvědomí kontrakci svalů krku, k tomu může pomoci opakované polykání. Zároveň u toho pacient vnímá zvedání a klesání hrtanu. Posledním krokem je polknutí při maximálním zvednutí hrtanu a v této pozici se drží okolo tří sekund (Kaulfussová, In Škodová, Jedlička, 2003; Tedla a kol., 2009; Neubauer, Skákalová a kol., 2015; Neubauer, 2018).

## 2 Degenerativní onemocnění v dospělém věku

V kapitole jsou zmíněny nejčastější nemoci a choroby, které výrazně ovlivňují komunikační schopnost u osob v období senia. Jedná se o demenci, Alzheimerovu chorobu a Parkinsonovu nemoc.

### 2.1 Demence

Pojem demence vznikl spojením dvou latinských slov a to *de* (bez) a *mens* (mysl, rozum), doslovný překlad tedy může znít „*bez myslí*“ (Marková, Cséfalvay In Lechta, 2013). Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) definuje demenci jako: „*syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace.*“ (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2018, s.191).

Pidrman (2007) definuje demenci jako syndrom vzniklý následkem onemocnění mozku chronického nebo progresivního charakteru. Narušeny jsou vyšší korové funkce (paměť, myšlení, orientace, schopnost řeči, učení a úsudek). Tyto funkce také doprovází zhoršená kontrola emocí, sociálního chování a motivace. Jiráček (2009) uvádí základní skupinu tří narušených funkcí – kognitivní funkce; aktivity denního života; behaviorální a psychické příznaky demence (poruchy emocí, chování, spánku). Dodává, že ohraničení těchto skupin je neostré a okruhy se navzájem prolínají.

#### Epidemiologie demencí

Lidská populace na celém světě stárne. Vliv na tuto problematiku má nízká porodnost, snižující se úmrtnost a v neposlední řadě prodlužování střední délky života. Důsledkem těchto faktorů je rostoucí počet seniorů v populaci. Tento trend bude v dalších letech nadále pokračovat a s tím se bude zvyšovat výskyt demence (Pidrman, 2007). Buijssen (2006) zmiňuje, že se o demenci mluví jako o „nemoci stáří“. Demence se vyskytuje v jakémkoliv věku, největší výskyt je u osob starších 85 let. Holmerová a



Jarolímková (a kol., 2007) tvrdí, že stárnutí není synonymem demence, ale s rostoucím věkem roste i pravděpodobnost onemocnění demencí.

Jiráček (a kol., 2009) uvádí, že demence se stává jedním z nečastějších onemocnění, dokonce převyšuje výskyt cukrovky a cévních mozkových příhod. Prevalence v České republice se odhaduje na 100 000 osob 1 % všech občanů. Podle Holmerové a Jarolímkové (a kol., 2007) je výskyt v České republice odhadován na 150 000 osob postižených demencí. Mace a Rabins (2018) uvádí, že demencí trpí 1 % v 65 letech, 8-12 % lidí nad 65 let, 10 % ve věku 75 let, v 80 letech to je okolo 20-30 % osob a v 90 letech je to 30-50 %. Přesná příčina demence není dosud známá, ale existuje mnoho poznatků o rizikových faktorech, kterými jsou věk, pohlaví, genetické faktory, vzdělání, užívání návykových látek, poranění hlavy (Buijssen, 2006; Holmerová, Jarolímková a kol., 2007).

### **Symptomatologie demencí**

Demence je syndrom, který vzniká po vytvoření kognitivních funkcí, tedy od druhého roku života. Jak bylo zmíněno výše, existují tři základní funkční okruhy poškození. Dle těchto okruhů je možné stanovit tzv. ABC model demence. A – narušení aktivit denního života (activities of daily living). B – behaviorální a psychické příznaky, poruchy chování (behaviour). C – narušení kognitivních funkcí (cognition) (Pidrman, 2007; Holmerová, Jarolímková a kol., 2007).

**Narušení aktivit denního života** jsou u demence velmi výrazně zasaženy. Nejprve jsou zasaženy složitější profesní aktivity a postupně dochází až k úplnému zániku této schopnosti. Časem dochází i k postupnému zániku běžných denních aktivit (tzv. instrumentální). Jedná se o schopnost telefonovat, používat domácí elektrické spotřebiče, zacházet s penězi a další. V pokročilém stadiu demence jsou zasaženy bazální aktivity, kam se řadí schopnosti jako najíst se, obléknout a udržovat osobní hygienu (Jiráček, Koukolík, 2004; Holmerová, Jarolímková a kol., 2007; Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

**Behaviorální a psychické příznaky** se u demence vyskytují vždy. V časném stádiu dochází nejčastěji ke změnám v povaze, objevují se deprese, podrážděnost a úzkost. V dalších stádiích se objevují poruchy spánku, agresivita, útěky a potulování se,

halucinace, bludy. Později se přidružuje inkontinence moči a stolice. Porucha chování je sekundární projev demence. Objevuje se hypoaktivita, hyperaktivita, neklid, agitovanos. Poruchy chování jsou hlavní příčinou problematické péče o tyto pacienty (Jiráček, Koukolík, 2004; Holmerová, Jarolímková a kol., 2007; Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

**Narušení kognitivních funkcí** se týká především paměti, pozornosti, orientace, myšlení a řeči. Narušení těchto funkcí je nejdominantnějším příznakem demence a objevuje se mezi prvními. V časném stadiu je zasažena krátkodobá paměť a v pozdějších stádiích je zasažena i paměť dlouhodobá. Narušení orientace se projevuje dezorientací místem, časem, prostorem. V pokročilém stadiu pacient neví, co je za den, kde se nachází a kolik mu je let. Připojují se také poruchy exekutivních funkcí (motivace, plánování jednotlivých úkonů atd.). Narušeny jsou i vyšší korové funkce, tedy poruchy fatické, gnostické a praktické. Řeč je ovlivněna úbytkem paměti. Nejprve si pacient nevybavuje slova, později je komunikace omezena na jednoslovné věty a odpovědi. Jelikož jsou zasaženy fatické funkce, nejčastěji je demence doprovázena afázií (Jiráček, Koukolík, 2004; Holmerová, Jarolímková a kol., 2007; Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

### **Dělení demencí**

Dělení demencí není v literatuře jednotné. Například Pidrman (2007) dělí demenci na primárně degenerativní, sekundární a smíšenou. **Primárně degenerativní demenci** dělí na Alzheimerovu nemoc, demenci s Lewyho tělísky, frontotemporální demenci. **Sekundární demenci** způsobuje řada příčin, například traumata, metabolické poruchy jater, endokrinní onemocnění. Nejčastější a nejzávažnější jsou vaskulární, metabolická, toxická demence, demence při Parkinsonově chorobě, demence při Huntingtonově chorobě a mnoho dalších. Do **smíšených demencí** řadí smíšenou Alzheimerovu/vaskulární, smíšenou Alzheimerovu/jinou primárně degenerativní demenci a ostatní smíšené. Výskyt smíšených demencí je minimální, z celkového počtu se vyskytují z 10-15 %.

Jiráček (a kol., 2009) dělí demenci podle příčiny do dvou skupin. První je demence na podkladě **atroficko-degenerativního procesu mozku**. Druhou skupinu tvoří **demence symptomatické** neboli sekundární. Ty dále dělí na dvě podskupiny: demence vaskulární a ostatní symptomatické demence. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba.

V odborné literatuře se udává, že představuje 50-60% všech demencí (Pidrman, 2007; Jirák a kol., 2009). Proto bude Alzheimerova choroba popsána v samostatné kapitole.

Holmerová (2014) uvádí tři stadia demence charakterizovaná podle strategie **P-PA-IA**, kterou doporučuje Česká Alzheimerovská společnost. První stádium je označováno jako **P** = pomoc a podpora. V tomto stadiu je pacient ještě soběstačný v základních sebeobslužných aktivitách, ale potřebuje dopomoc a dohled. Druhé stádium **PA** = programování aktivit. Zde již nastává výrazné omezení v soběstačnosti a v provádění instrumentálních aktivit. Osoba potřebuje trvalý dohled. Ve třetím stádiu **IA** = individualizované asistence je nezbytná celodenní asistence a zajištění základních podmínek pro život druhými lidmi. Často je osoba v rodinném prostředí, pokud zvládají péči. Často však je nutné využít zdravotnická a sociální zařízení.

### **Diagnostika demencí**

Na diagnostice se podílejí neurologové, kliničtí psychologové nebo psychiatři. Klinický logoped tedy není schopen diagnostikovat demenci, ale může ji odhalit screeningovými testy a následně pacienta směřovat na odborná pracoviště.

V průběhu diagnostiky se shromažďuje **anamnéza** (rodinná, osobní, pracovní, sociální a farmakologická). Nezbytné je **somatické vyšetření** (tlak, pulz, EKG, EEG), **laboratorní vyšetření** (krevní obraz, hladina vitamínu B12). **Genetické vyšetření** pro potvrzení Huntingtonovy chorey nebo Alzheimerovy choroby. Dále se provádí zobrazovací metody jako CT mozku, magnetická rezonance mozku, EEG, elektroencefalografické vyšetření a evokované potenciály. V neposlední řadě je možnost využít **orientační vyšetření poznávacích funkcí**, které se zaměřuje na tyto oblasti: paměť, řeč, vizuospeciální funkce a praxi (orientace, schopnost obsloužit telefon, auto, domácí spotřebiče), poznávací funkce, výkonné funkce. K tomu slouží různé testy a škálovací metody. Celosvětově nejpoužívanějším testem je **MMSE (Mini-Mental State Examination)**, výkonový test hodnotící kognitivní funkce. Testuje orientaci (osobou, místem, časem), zapamatování slov, počítání, poznávání, splnění úkolu, překreslení obrázku, opakování vět. Déle je možné využít Wechslerovu škálu paměti, WAB, Test řečové plynulosti, Test hodin, Dotazník instrumentálních aktivit denního života a Dotazník aktivit denního života (Jirák, Koukolík, 2004; Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

Součástí diagnostiky by měla být i diagnostika diferenciální, ve které se využívá **pravidlo „4D“**. Pravidlo „4D“ znamená **Deprese – Delirium – Drugs (léky) – Demence**. Tyto symptomy totiž mohou komplikovat správnou diagnostiku demence. Jak z tohoto pravidla vyplývá, nejprve by mělo dojít vyloučení depresí, deliria a léků, teprve potom je možné správně diagnostikovat demenci (Pidrman, 2007).

### **Terapie demencí**

Jirák (a kol., 2009) uvádí, že některé demence jsou léčitelné a některé dokonce vyléčitelné bez následků. Bohužel to u většiny demencí neplatí (např. Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky). Jirák a Koukolík (2004) považují za ideální terapii demence kauzální terapii, kterou opět nelze provést u všech, protože není známa komplexní etiologie. Při terapii se zabýváme narušenými kognitivními a exekutivními funkcemi, emoční reaktivitou, chováním a jednáním pacienta, čímž dochází ke zlepšení kvality života pacienta a jeho rodiny. V současné době se při léčbě demence snažíme dosáhnout zpomalení průběhu demence a oddálení přechodu do těžších stádií demence (Pidrman, 2007).

Jirák (a kol., 2009) dělí terapeutické přístupy na **biologické** a **nebiologické**. V biologickém přístupu se nejčastěji využívá farmakoterapie dělená na kognitivní a nekognitivní farmakoterapii. Při terapii demence je nutné využívat oba dva přístupy.

U **kognitivní farmakoterapie** jsou využívány kognitiva, jež ovlivňují centrální acetylcholinergní systém. Základním léčivem jsou tzv. **inhibitory acetylcholinesterázy**. Acetylcholin je látka, která se právě u pacientů s Alzheimerovou chorobou nebo u demence s Lewyho tělísky tvoří nedostatečně. Proto je nutné tuto látku doplňovat. V pokročilém stádiu těchto chorob se využívá látka **memantin**, jenž chrání nervovou buňku před škodlivinami a podporuje schopnost učení. **Nekognitivní farmakoterapie** pozitivně ovlivňuje poruchy chování a spánku, změny nálad, tiší neklid atd. Využívají se antipsychotika II. generace a antidepressiva (Jirák, Koukolík, 2004; Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009). **Nebiologický** neboli **nefarmakogenní** přístup terapie se zaměřuje na zachování nebo zlepšení hrubé a jemné motoriky, chůze, soběstačnosti, kognice; smysluplného trávení volného času; zlepšení nonverbální a verbální komunikace pacienta; vliv na aktivity běžného denního života (Pidrman, 2007).

Jednou z nejpoužívanější metodou je **reminiscenční terapie**. Tato metoda vychází z životních vzpomínek pacienta. Spolu s ním vzpomínáme a připomínáme události, které byly pro něho důležité a na které si vzpomíná. Lze využít fotografie, předměty spojené s členy rodiny, ale i filmy a hudba. Další metodou může být **validace**. V tomto přístupu je nutné přijmout realitu, ve které se momentálně pacient pohybuje, a do toho zapojit reálnou skutečnost. Například když vzpomíná na osobu a čeká na ni, můžeme čekat s ním a vzpomínat na to, co bylo. Tato metoda pacienta zklidňuje a pomáhá ke spolupráci na aktivitách, na kterých dříve pacient spolupracovat nechtěl (Jirák, Koukolík, 2004; Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009).

## 2.2 Alzheimerova choroba

Německý psychiatr **Alois Alzheimer** byl prvním, kdo popsal tuto chorobu na přednášce v Německu v roce 1906. Nemoc popsal na pacientce ve středním věku. V roce 1907 v šedé hmotě mozkové kůry zjistil abnormální plak a neurofibrilární klubka, tyto abnormality označil jako „presenilní demence“. Pojem presenilní byl užit, protože poškození mozku bylo pozorováno u pacientů mladších šedesáti pěti let. V roce 1968 britští patologové tvrdili, že Alzheimerova choroba není nijak vzácná a jedná se pouze o senilitu. Až v roce 1984 George Glenner identifikoval degenerativní protein beta-amyloid, který je přítomen u všech pacientů s Alzheimerovou chorobou. A společně s proteinem tau poškozují mozek (Koukolík, Jirák, 1998; Glenner a kol., 2012; Mace, Rabins, 2017).

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) definuje Alzheimerovu chorobu jako „*primární degenerativní onemocnění mozku neznámé etiologie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými vlastnostmi.*“ (Mezinárodní klasifikace nemocí, s. 192, 2018). Jirák (a kol., 2009) Alzheimerovu chorobu definuje jako závažné degenerativní onemocnění, které vede k úbytku nervových buněk a atrofii mozkové tkáně.

Matěj a Rusina (In Kulišťák, 2017) uvádí, že typickým neurologickým nálezem jsou senilní plaky a neuronální klubka. **Senilní plaky** jsou nepravidelné okrouhlé útvary tvořené *beta-amyloidy*. **Neuronální klubka** jsou tvořena *tau proteinem* (Rektorová et al., 2007; Kulišťák a kol., 2017). Bartoš (In Rektorová, 2007) doplňuje, že jde o zánik neuronů a jejich synapsí a to zároveň provází zvyšující se počet senilních plaků a neuronálních klubek. Jirák a Koukolík (2004) dodávají, že anatomické změny se do jisté míry překrývají

se změnami, jež doprovází stáří. V obou dvou případech dochází ke zmenšení hmotnosti i velikosti mozku. Avšak tyto změny jsou mnohem výraznější a nápadnější u Alzheimerovy choroby.

### **Epidemiologie Alzheimerovy choroby**

Tato choroba je především nemocí vyššího věku. Výskyt Alzheimerovy choroby roste spolu s rostoucím věkem populace, proto Jiráček (2004) hovoří o tzv. **tiché epidemii**. A uvádí, že tato choroba je v současné době jednou z největších zdravotních hrozeb pro lidstvo.

Jak už bylo zmíněno, prevalence a incidence roste s věkem. Presenilní forma Alzheimerovy choroby ve věku 40-60 let se vyskytuje okolo 2,4/100 000 osob/rok, pozdní forma se pohybuje okolo 120-130/100 000 osob/rok. Prevalence se u této nemoci zdvojnásobuje každých 4,5 roku (Koukolík, Jiráček, 1998), což potvrzuje i Pidrman (2007). Výskyt je odhadován následovně. Ve věku nad 65 let trpí touto chorobou zhruba 10 % populace. Ve věkové skupině nad 85 let je zasažena necelá polovina populace (Koukolík, Jiráček, 1998). Mezi hlavní příčiny vzniku Alzheimerovy choroby patří věk, pohlaví (častěji ženy), genetické faktory, přítomnost alely pro apolipoproteinu E4, úrazy či poranění hlavy, vzdělání, Downův syndrom (výskyt u 40-75 % osob), užívání návykových látek (alkohol, kouření) (Koukolík, Jiráček, 1998; Pidrman, 2007; Zvěřová, 2017).

### **Symptomatologie Alzheimerovy choroby**

Symptomy se vyvíjí velmi nenápadně a plíživě a proto zaznamenání začátku choroby je velmi náročné, často dojde k uvědomění až zpětně. Prvním příznakem je zhoršení krátkodobé paměti. Následuje pozornost, orientace v čase i prostoru a schopnost soustředit se. Narušeny jsou aktivity denního života až jejich úplná ztráta a tedy odkázání na pečovatele. Ztrácí své zájmy a dochází k narušení sociálních vazeb. Pacient se stává sobeckým, egocentrickým a podezřívavým. Zasaženy jsou i osobnostní rysy a charakteristiky. Mění se nálada a chování pacienta, častá je emoční plochost. Řeč je také zasažena. Je plynulá, ale obsahově prázdná. Dochází k jejímu zjednodušení, často hledají správná a vhodná slova. V pozdních stádiích se mohou objevovat halucinace a bludy.

Pacienti si často myslí, že léčbu nepotřebují, protože je vše v pořádku (Koukolík, Jirák, 1998; Pidrman, 2007; Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

### **Dělení Alzheimerovy choroby**

Koukolík a Jirák (1998) dělí chorobu také na tři stadia. **Preklinické stádium**, u kterého není přesně známo, jak dlouho může trvat, ale odhaduje se na několik let, přibližně jeden až dva roky. Následuje rané a pozdní stádium. U **raného stadia** je více poškozen jazyk, praxe a také je vyšší výskyt deprese. V **pozdním stádiu** se objevují poruchy chůze, časté jsou epileptické záchvaty.

Jirák a Koukolík (2004) dělí Alzheimerovu chorobu podle začátku onemocnění. Forma s **časným začátkem** (presenilní), příznaky se objevují do šedesáti pěti let, a forma s **pozdním začátkem**. Tato forma je častější a příznaky se objevují až po šedesátém pátém roce života. Pidrman (2007) uvádí, že onemocnění trvá průměrně devět let s rozmezím 2-12 let. Z jeho pohledu má choroba tři stadia: časné (mírné), střední, těžké (hluboké).

Holmerová a Jarolímková (a kol., 2007) popisují dvě podoby choroby. První formou je **familiární (vrozená) forma**. Tato forma je vzácná, objevuje se u osob mladších šedesáti pěti let a v případě rodinného výskytu této choroby. Druhá je **sporadická (občasná) forma**, sem lze zařadit všechny případy. Jedná se o onemocnění vyššího věku.

Jirák, Holmerová, Borzová (a kol., 2009) dělí systematicky tuto chorobu do tří stupňů. **Lehká forma**, kdy se objevuje porucha deklarativní paměti v krátkodobé a střednědobé složce. Narušeny jsou aktivity denního života, hlavně ty složitější. Objevuje se porucha orientace a nálad. **Střední forma**, paměť je zhoršena ve všech složkách. Častější dezorientace v čase i prostoru. **Těžká forma** se vyznačuje neschopností zapamatovat si nové informace, úplnou dezorientací a nepoznáváním blízkých a pečujících osob.

### **Diagnostika Alzheimerovy choroby**

Diagnostika Alzheimerovy choroby je stejná jako u diagnostiky demence. To znamená sběr anamnézy, somatické, neurologické a duševní vyšetření. Diagnosticky významným kritériem pro tuto chorobu je klinický obraz. Typicky pomalý a nenápadný začátek a průběh postupně progreduje bez větších výkyvů. Globálně jsou zasaženy

kognitivní funkce, poruchy paměti ve všech složkách, úbytek motivace, degenerace intelektu (Jirák, Koukolík, 2004).

Koukolík a Jirák (1998) uvádí, že klinická diagnóza se stanovuje na skupině kritérií NINCDS/ADRDA z roku 1984. Tato kritéria rozlišují pravděpodobnou, možnou a jistou diagnózu, ta je histologická. **Pravděpodobná** diagnóza se uvádí u onemocnění s typickými příznaky. **Možná** u netypických příznaků. Dále je nutné provést biologické vyšetření, které může odhalit markery typické pro Alzheimerovu chorobu. Nezbytnou součástí diagnostiky jsou zobrazovací metody, jako CT, magnetická rezonance a další. Tato metoda se zaměřuje na ložiskovou a celkovou atrofii mozku. Jako screeningovou metodu lze využít **MMSE** (Mini-Mental State Examination), **ADAS** (Alzheimer's Disease Assessment Scale), **SKT** (Symptom Kurz Test) a další (Jirák, Koukolík, 2004).

### **Terapie Alzheimerovy choroby**

V současné době nám stále není zcela známá etiopatogeneze Alzheimerovy choroby a z tohoto důvodu není možné zvolit kauzální terapii. Co je ovšem známo, tak to jsou etiopatogenetické řetězce, jež se v terapii snažíme ovlivňovat. A tím výrazně zpomalujeme demenci. Terapie vyžaduje komplexní přístup. Nutné je propojit metody **biologické** a **nebiologické** (Koukolík, Jirák, 1998; Jirák, Koukolík, 2004). Holmerová a Jarolímková (a kol., 2007) zmiňují, že tato choroba není vyléčitelná, progresi však může zmírnit inhibitory cholinesteráz a memantinem.

Do terapie **nebiologické** tedy nefarmakologické řadíme především psychosociterapii, která se zaměřuje na základní potřeby člověka a běžné aktivity denního života. Posilují se dovednosti a schopnosti, které jsou ještě zachované. Velmi důležitá je kognitivní terapie pro posilování paměti. Dále lze využít arteterapii, muzikoterapii a pet terapii (Jirák, Koukolík, 2004).

## **2.3 Parkinsonova nemoc**

Parkinsonova nemoc byla poprvé popsána londýnským lékařem Sirem Jamesem Parkinsonem v roce 1817. Treťjakov v roce 1919 potvrdil místo vzniku nemoci v mozku a poškození substantia nigra. **Substantia nigra** je struktura ve středním mozku, v níž se



nacházejí dopaminergní neurony, které využívají **dopamin** pro přenášení nervových vzruchů. (Bonnet, Hergueta, 2012)

Konrád (In Demence a jiné poruchy paměti, 2009) definuje Parkinsonovu nemoc jako neurodegenerativní onemocnění zasahující především mozkový kmen a jeho dopaminergní buňky. Koukolík (Jirák, Koukolík, 2004) uvádí, že se jedná o progresivní motorickou poruchu v dospělém věku, doprovázenou typickými příznaky – klidový třes, bradykineze, končetinová rigidita a později instabilita chůze. Bonnet a Hergueta (2012) doplňují, že se jedná o neurodegenerativní onemocnění s nejasnou příčinou. Souvisí však s postupným zánikem neuronů v dospělém věku. Zanikají jenom některé neurony, konkrétně neurony ve struktuře substantia nigra, které se nachází v mozkovém kmeni a ve středním mozku a produkují dopamin. Jsou součástí bazálních ganglií, které řídí pohyby a zpracovávají motorické informace. Nedostatek dopaminu způsobí omezení hybnosti. Z tohoto důvodu je Parkinsonova nemoc definována jako ztráta dopaminergních neuronů v oblasti bazálních ganglií.

### **Epidemiologie Parkinsonovy nemoci**

Jak uvádí Růžička a Roth (Růžička et al., 2004), Parkinsonova nemoc je velmi časté onemocnění, se kterým se neurologové setkávají. Konrád (In Jirák, Holmerová, Borzová, 2009) odhaduje výskyt nemoci na 0,2 % v populaci a nejčastěji začíná ve věku 58-60 let. Bonnet a Hergueta (2012) uvádí, že je postiženo 84- 187 osob ze 100 000 obyvatel. U osob nad 65 trpí nemocí 1,4 osoby ze 100. S přibývajícím věkem se zvyšuje výskyt u osob od 55 do 65 let o 0,3 na 1000 osob a o 4,4 na 1000 osob nad 85 let. Začátek nemoci se projevuje mezi 55 a 65 lety. Mezi hlavní příčiny patří věk, pohlaví (častěji muži), genetické faktory, vliv prostředí (Bonnet, Hergueta,2012).

### **Symptomatologie Parkinsonovy nemoci**

Parkinsonova nemoc má tři hlavní projevy, které jsou způsobeny zánikem dopaminu v bazálních gangliích. Jsou to: hypokineze (akineze), třes a rigidita. Tyto projevy jsou označovány jako „**parkinsonská triáda**“ (Bonnet, Hergueta, 2012).

**Hypokineze** omezuje pacienta ze všech příznaků nejvíce v běžných denních činnostech. Projevit se může **bradykineze** neboli zpomalený průběh pohybu a také

**akineze**, která ztěžuje zahájení pohybu. Zasaženy jsou hlavně poloautomatické a jemné pohyby. Často se projeví zhoršení písma (mikrografie). Akineze se projevuje i v chůzi, ta je pomalá, váhavá. **Třes** se vyskytuje u 80-90 % pacientů, nemusí se tedy projevit u každého. Pro Parkinsonovu nemoc je typický klidový třes, který při volných pohybech ustupuje a ve spánku není přítomen. Naopak při stresu, únavě se třes zvyšuje. Třesem nikdy není postižena hlava, hlasivky. U pokročilé formy se může objevit u brady, rtů a jazyka. **Rigidita** znamená svalovou ztuhlost. Projevuje se zvýšením klidového napětí a ztuhlostí svalů. V rámci rigidity se vyskytují dva známé fenomény. Prvním je **fenomén olověné trubice**, kdy pacient klade odpor při aktivním i pasivním pohybu příslušné části těla. Druhým je **fenomén ozubeného kola** – cukavý pohyb v průběhu pasivního pohybu (Růžička et al., 2004; Bonnet, Hergueta, 2012).

Mezi další symptomy Růžička a kol. (2004) řadí posturální poruchy. Sem řadí flekční držení trupu, šouravou chůzi, poruchu rovnováhy. Typický je **akinetický freezing**, pacient má náhlé pohybové bloky, hlavně při chůzi. **Hezitace** se objevuje na začátku pohybu, pacient podupává na místě a nemůže vykročit. Během chůze může dojít k **festinaci**, při které pacient zrychluje a zkracuje kroky. U Parkinsonovy nemoci se může projevit i porucha kognitivních funkcí. Velmi často se vyskytuje porucha exekutivních funkcí. Je tedy narušena schopnost naplánovat a provést složitější aktivity. U 20-40 % pacientů s touto nemocí se projevuje i demence. K dalším typickým příznakům patří deprese, úzkosti až záchvaty paniky, monotónní nemelodická řeč (aprozodie), schoulené držení těla, poruchy spánku, zácpa, zvýšená unavitelnost, ztráta čichu, potíže s polykáním a změna výrazu obličeje tzv. maskovitá tvář (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

### **Průběh Parkinsonovy nemoci**

Parkinsonova nemoc má pomalý vývoj, který prochází čtyřmi fázemi. V **první fázi** se objevují první příznaky a bývá stanovena diagnóza. V této fázi dochází k adaptaci na nemoc. **Druhá fáze** bývá označována jako líbánky. Dochází k vyrovnanosti, protože pozitivně zabírá léčba. **Třetí fáze** se nazývá fáze fluktuace hybnosti. Dochází k výkyvům motorických schopností a dyskinezi (abnormální mimovolní pohyby), narušena je rovnováha, objevují se problémy s pohybem. **Čtvrtá invazivní fáze** je finální. Objevuje se většina příznaků (Bonnet, Hergueta, 2012). Růžička a kol. (2004) dělí Parkinsonovu

nemoc na dvě stadia – **časné** a **pozdní**, kdy každé stádium má odlišné příznaky a tudíž vyžaduje jinou terapii, kompenzační postoje a opatření.

### **Diagnostika Parkinsonovy nemoci**

Diagnostika je opět velmi podobná jako u demence a Alzheimerovy choroby. Začíná se anamnézou a objektivním vyšetřením, které by mělo odhalit typické příznaky pro toto onemocnění. Následuje testování dopaminergní odpovědnosti a zobrazovací metody (SPECT) (Růžička et al., 2004).

### **Terapie Parkinsonovy nemoci**

Parkinsonova nemoc není vyléčitelná, vhodná léčba může na dlouhou dobu potlačit příznaky nemoci. Před zahájením terapie je nutné zvážit faktory, které ovlivňují léčbu. Jedná se o věk pacienta, stav kognitivních funkcí, pracovní a sociální okolnosti, ekonomické okolnosti. Cílem terapie je zachovat a udržet nejvyšší možnou kvalitu života pacienta. V současné době se využívá **substituční léčba**, která doplňuje chybějící dopamin. Využit lze neurochirurgické zákroky, ale také fyzioterapii a psychosociální terapii. Pacientovi jsou podávány levodopa, jenž jsou nejúčinnější. A také antagonisté dopaminu a inhibitory COMT. Zároveň mohou být podávány léky na zmírnění depresí. V rámci nefarmakologické léčby se nejčastěji využívá fyzioterapie a psychoterapie, jež pomáhají pacientovu zvládat příznaky nemoci (Růžička et al., 2004; Bonnet, Hergueta, 2012).

### 3 Období stáří

#### 3.1 Pojem stáří

Pojem stáří vychází z latinského *senex* – starý, z řečtiny *gerón* – stařec. V současné době se však velmi často přebírají pojmy z anglického jazyka jako *the elderly* – starší lidé, *ageing* – stárnutí (Přibyl, 2015). Langmeier a Krejčíková (1998) uvádí, že stáří je souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, což způsobuje zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a dovedností jedince. Mühlpachr (In Dvořáčková, 2012) považuje stáří za změnu organismu v průběhu času. Stárnutí je individuální a asynchronní, protože jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně. Sak a Kolesárová (2012) charakterizují stáří jako vyvrcholení a konečnou fázi života jedince.

Jurášková (In Holmerová, 2014) považuje stáří za vlastnost živého organismu. U člověka bývá chápáno jako mizení, vyhasnutí nebo zánik. Podle Přibyla (2015) je stárnutí komplexní a dynamický proces, který zasahuje všechny živé organismy. Stárnutí dělí na fyziologické, patologické. Fyziologické je také označováno jako zdravé stárnutí. Jedná se o přirozený proces, související s věkem a zároveň se vytváří tzv. stařecký fenotyp. Za patologické neboli sekundární stárnutí je považováno chorobné stárnutí, kdy je tento proces urychlen. Stáří je poslední vývojová etapa lidského života končící smrtí.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje stáří jako rané stáří (60-74 let), vlastní stáří (75-89 let) a dlouhověkost nad 90 let (Mlýnková, 2011). V dnešní době se většina autorů (Pacovský, 1997; Jesenský, 2000; Přibyl, 2015) přiklání na dělení: mladí senioři (65-74 let), staří senioři (75-84 let), velmi staří senioři 85 let a více.

Stáří má své typické charakteristiky, jež se týkají **fenotypu** (změna vzhledu); **funkčního stavu**; **biologického stáří** (biopsychické parametry); **sociálního stáří** (společensko-ekonomické postavení); **kalendářního stáří** (věk a naděje dalšího dožití). Tyto charakteristiky však nemusí být ve shodě. Například se může lišit věk biologický od kalendářního a to z důvodu různého průběhu stárnutí. Na průběh stárnutí mají vliv genetické dispozice, vlastní involuce, vliv prostředí, způsob života, psychická charakteristika jednice, choroby a úrazy (Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík, Kubů, 2014).

V současné době se v literatuře používají pojmy – senior, geriatrický pacient. Tyto pojmy nejsou pejorativní, a proto nahrazují označení „*starý člověk*“ nebo „*důchodce*“. Pojem **senior** je ve slovníku cizích slov (Linhart a kol., 2003) definován jako příslušník starší věkové kategorie. Podle české populace je senior osoba mezi 60. a 70. rokem věku. Pojem **geriatrický pacient** (65. rok života) definuje Jurášková (In Průvodce vyšším věkem, 2014) jako „*člověka vyššího věku, u něhož involuční a chorobné změny natolik ovlivňují funkční stav a schopnosti, že dochází ke zhoršení adaptability, regulačních mechanismů, tolerance k zátěži.*“ (Jurášková In Holmerová, s. 45, 2014).

Kalvach (In Holmerová, 2014) dělí seniory do skupin podle funkční zdatnosti, rizikovitosti a potřeby zdravotnických služeb. Na **zdatného seniora**, který nepotřebuje geriatrickou péči. **Elitního seniora**, jenž podává extrémní výkony i ve vysokém věku. **Nezávislého seniora**, kam jsou řazeni soběstační senioři, nevyžadující pečovatelskou nebo ošetřovatelskou pomoc. **Křehkého seniora**, kde se objevuje riziko pádů, zhoršené kognitivní schopnosti, deprese, neschopnost zvládat instrumentální aktivity denního života, nutnost využít domácí péči, zdravotnické a sociální služby. A **zcela závislého seniora**, který je zcela nesoběstačný a využívá nepřetržitou pomoc.

Pacovský a Heřmanová (1981) uvádí teorii stárnutí, kterou dělí do tří skupin. První skupinou je teorie o působení zevních vlivů, druhou teorie o působení vnitřních vlivů a třetí teorie porušení integrace a organizace. Mlýnková (2011) ve své publikaci uvádí některé další teorie stárnutí například teorie volných radikálů (poškození organismu volnými radikály), genetická teorie (předem geneticky naprogramovaná délka života), imunologická teorie (autoimunitní proces ničí vlastní buňky).

Vlivem stáří dochází ke změnám celé osobnosti. Podrobně popsané změny přehledně shrnuli Langmeier a Krejčíková (1998). Dochází k zhoršenému smyslovému vnímání (zrak, sluch a tím pádem i komunikace), zhoršení paměti, pokles inteligence, tvořivost, osobnost, citové vztahy, sociální začlenění. Dvořáčková (2012) doplňuje tělesné změny, jako snížení tělesné výšky a zvýšení tělesné hmotnosti. Nápadná změna chůze a postoje, úbytek svalové hmoty.

### 3.2 Kvalita života – komunikace

Kvalita života je spojována s uspokojením nebo neuspokojením potřeb, což ovlivňuje psychickou činnost člověka a zásadně se podílí na tvorbě vzorců chování jedince. Potřeby neslouží pouze k udržení rovnováhy uvnitř organismu, ale zároveň udržují rovnováhu mezi člověkem a prostředím. Vyjadřování a uspokojování potřeb člověka je velmi individuální a také proto se u každého jinak projevuje motivované chování. Potřeby je možné dělit na **nižší** (primární, fyziologické) a **vyšší** (sekundární, psychologické). Holistický přístup neboli celistvý dělí potřeby na **biologické**, **psychologické**, **sociální** a **duchovní** (Příbyl, 2015).

Každý člověk potřebuje, aby docházelo k naplňování jeho potřeb, to se týká i osob v seniorském věku. Mezi hlavní potřeby seniorů patří pocit jistoty a bezpečí, touha po důvěře, stabilita, jistota a spolehlivost. Potřebou bezpečí se myslí fyzické a psychické bezpečí, ale také ekonomické zajištění (Dvořáčková, 2012). Ve stáří je kvalita života značně ovlivněna mírou saturace potřeb s řadou dalších faktorů jako kvalita sociálních kontaktů, dostupnost zdravotní péče, kvalitní a cenově dostupné bydlení, bezpečnost, informovanost o dění v okolí osoby, dostupnost služeb a dopravy. (Příbyl, 2015)

Gurková (2011) uvádí, že kvalita života obsahuje širokou škálu různorodých oblastí, jako fyzické funkce, dosahování životních cílů a prožívání životního štěstí. Kvalita život je multifaktoriálně podmíněná, proto se o tomto fenoménu hovoří jako o fenoménu s vysokou mírou komplexnosti. Šamánková (2011) tvrdí, že uspokojování potřeb je pouze jedna ze složek kvality života. A proto dělí kvalitu života na objektivní a subjektivní. Dále uvádí, že hodnocení kvality života je velmi složitý proces, jenž v sobě odráží pocity pohody vycházející z tělesného, sociálního a duševního stavu jedince.

Křivohlavý (2002) dělí měření kvality života do tří skupin. Za prvé měření kvality života dle hodnocení druhé osoby. Za druhé měření kvality života, kde hodnotitelem je sama hodnocená osoba. Za třetí smíšené měření kvality života (kombinace prvního s druhého měření).

## **Komunikace**

Komunikace je jedním z nejdůležitějších prostředků pro naplnění lidských potřeb a přání. Je chápána jako proces předávání informací mezi dvěma nebo více komunikujícími subjekty a je základem lidských vztahů. Zachová (In Malíková, 2011) uvádí pět složek komunikačního procesu: **komunikátor** (mluvčí) – osoba sdělující informaci; **komunikant** (příjemce) – osoba, která má informaci přijmout a zpracovat; **komuniké** – zpráva, sdělení; **zpětná vazba** – reakce, odpověď o tom, že příjemce přijal zprávu a **situační kontext** – situace a prostředí, ve kterém komunikace probíhá. Komunikaci dělíme na verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní). V komunikaci nejen se seniory je velmi důležité aktivně vnímat a pozorovat obě tyto složky. A také na ně náležitě reagovat (Pokorná, 2010; Příbyl, 2015).

### **Komunikace se seniory**

Úspěšná komunikace mezi seniorem a pečující osobou je nezbytná pro vytvoření dobrých vztahů a vhodnosti poskytnutí péče. Komunikace se „zdravými“ seniory nevyžaduje specifickou modifikaci. Na druhé straně komunikujeme-li se seniorem se sníženou kognitivní schopností, modifikace je na místě (Pokorná, 2010).

V této problematice je nutné si uvědomit bariéry, které ovlivňují komunikaci. Rozdělit je můžeme do tří skupin. První skupinou je **překážka na straně klienta**, sem spadá únava a nechuť seniora komunikovat, nedůvěra v pečovatele, somatické bariéry (bolest, nedoslýchavost, poruchy řeči, demence), psychické bariéry (strach, úzkost, deprese), neochota mluvit na intimní a nepříjemná témata. Druhou skupinu tvoří **překážky na straně pečovatele**, strach hovořit o citlivých tématech, neochota poslouchat v případě řešení svých osobních problémů, nedostatek času, únava, nesympatie ke klientovi. Třetí skupina zahrnuje **překážky na straně prostředí**, čímž je myšlen hluk, špatné podmínky prostředí, přítomnost jiných osob (Mlýnková, 2011).

Pokorná (2010) shrnuje překážky a bariéry v komunikaci se seniory v sociokulturním kontextu, jenž popisuje typické změny v seniorském věku takto: fyzické (tělesné) změny – převážně smyslové poruchy (zrak, sluch); psychické (duševní) změny – deprese, změny

nálad, poruchy spánku; kognitivní změny – změny poznávacích schopností, demence; psychosociální změny.

Komunikovat se seniory může být často velmi náročné a vyčerpávající, ale i tak by pečující měli respektovat lidskou důstojnost a úctu ke stáří. Naše společnost se velmi často uchyluje k ageismu. Tento pojem pochází z anglického slova *age* – věk. Mluvíme tedy o diskriminaci podmíněné věkem (Andršová, 2012). Nezbytné je vyhnout se předsudkům k seniorům, které mají také vliv na komunikaci. Naše kultura má ambivalentní postoj ke stáří, neboť na jedné straně jsou děti vychovávány k úctě ke starým lidem a na druhé straně se velmi často hovoří o starých lidech jako o zátěži pro společnost a ekonomiku. Mýty a předsudky o stáří jsou zdrojem ageismu, který by se v péči o seniory neměl objevovat. (Pokorná, 2010)

Mahrová a Venglářová (2006) uvádějí atributy pro úspěšnou komunikaci: úcta; důvěryhodnost; ochota dávat a nejen přijímat – obě strany musí mluvit, ale i naslouchat; ochota odložit masku – nic nepředstírat, být upřímný a přirozený; připravenost ke změnám a revizi postojů – nutné je být v rozhovoru flexibilní a ne se upínat pouze na své názory; citlivé odkrývání překážek v rozhovoru a přátelská atmosféra. Pokud jsou v rozhovoru dodržena tato pravidla, mluvíme o nedirektivním rozhovoru. Tento přístup je v ošetrovatelství seniorů velmi vhodný a přínosný, protože vytvoří vhodné prostředí pro komunikaci a otevření se klienta. (Mahrová, Venglářová, 2006)

Andršová (2012) přehledně uvádí základní pravidla pro komunikaci se seniory. Musíme se vyhnout „*elderspeaku*“, což znamená respektovat identitu seniora (neoslovovat „babi/dědo“, ale jménem nebo titulem). Příbyl (2015) mezi projevy *elderspeaku* řadí: zpomalení řečového tempa; zvýšený tón hlasu; zdůrazněnou intonaci; časté opakování; jednoduchý slovník než v normální řeči s dospělými. Dále vyhnout se infantilizaci (zdětinšťování); chránit důstojnost; ochraňovat před časovým stresem (respekt zpomalení seniora); složité a důležité informace opakovat několikrát, vyhodnotit komunikační bariéry a překážky, které se následně snažíme odstranit; nezvyšovat hlas; nabízet pomoc, ale nevnučovat ji; udržovat soběstačnost; mluvit zřetelně, tváří v tvář a příhodným tempem; udržovat pozornost seniora; být vstřícný.



### 3.3 Zajištění služby pro seniory

#### Zákon o sociálních službách

Poskytování pobytových služeb pro seniory je vázáno zákonem o *sociálních službách č. 108/2006 Sb.* ze dne 14. 3. 2006. Poslední aktualizace stavu platná od 1. 10. 2017. Zákon o sociálních službách definuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci pomocí sociálních služeb a příspěvků na péči. Mezi hlavní zásady tohoto zákona patří nárok na poskytnutí základního sociálního poradenství zdarma každé osobě. Další zásadou je, že rozsah a forma pomoci a podpory musí zachovávat lidskou důstojnost osoby. Pomoc vychází z individuálně určených potřeb osob, jež působí aktivně a podporují rozvoj samostatnosti. Zároveň motivují osobu k činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohloubení nepříznivé sociální situace. Služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovým způsobem, aby vždy bylo zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob. Zřizovateli sociálních služeb může být Ministerstvo práce a sociálních věcí, kraje a obce, Úřady práce České republiky. Podmínkou pro poskytování služeb, je platná **registrace**, o které rozhoduje krajský úřad. Pro zaregistrování je nutné splnit tyto podmínky: podání písemné žádosti o registraci; odborná způsobilost osob poskytující sociální služby; bezúhonnost; zajištění hygienických podmínek; vlastnické nebo jiné právo k objektu, kde jsou služby poskytovány; zajištění personálních, materiálních a technických podmínek; skutečnost, že na majetek není vyhlášeno insolvenční řízení nebo konkurs (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., § 1; § 2; § 5; § 78; § 79).

Sociální služby se dělí na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. **Sociální poradenství** se dělí na základní a odborné. Základní sociální poradenství je poskytováno všem osobám v nepříznivé sociální situaci. Poskytuje informace, které mohou tuto situaci zlepšit. Tuto činnost jsou povinni zajistit všichni poskytovatelé sociálních služeb. Odborné sociální poradenství se zaměřuje na potřeby jednotlivých okruhů sociální skupiny osob. Například občanské poradny, manželské a rodinné poradny, poradny pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením a další. **Služby sociální péče** jsou definovány jako služby, které napomáhají k zajištění psychické a fyzické soběstačnosti. Cílem je zajistit život v přirozeném sociálním prostředí osoby a

umožnit v co nejvyšší možné míře zařazení do běžného života společnosti. Mezi služby sociální péče patří: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. **Služby sociální prevence** pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy krizovou situací, životními návyky, způsobem života a znevýhodňujícím životním prostředím. Cílem této služby je nápomoc k překonání sociálně nepříznivé situace a ochrana společnosti před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Druhy služeb sociální prevence jsou následující: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., § 32; § 37; § 38; § 53).

V § 33 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. jsou uvedeny formy sociálních služeb, které mohou být pobytové, ambulantní nebo terénní. **Pobytová služba** je spojena s ubytováním v zařízení sociálních služeb. V případě **ambulantní služby** osoba dochází do zařízení sociálních služeb a není zde ubytována. Terénní služba je poskytována v přirozeném sociálním prostředí dané osoby.

Úhrada nákladů za sociální služby může být bez úhrady, částečně nebo plně hrazena. Poskytovatelé služby uzavírají smlouvu s osobou vyžadující tyto služby s přesnou výší částky. Služby poskytované **bez úhrady nákladů** jsou: sociální poradenství, raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, krizová pomoc, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, terénní programy, sociální rehabilitace, sociální služby v kontaktních centrech, nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež, služby sociálně terapeutických dílen, sociální služby intervenčních center. Služby poskytované **za úhradu**

pobytové služby poskytované v týdenních stacionářích, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Za poskytování osobní asistence, pečovatelské služby, tísňové péče, průvodcovských a předčitatelských služeb, podpory samostatného bydlení, odlehčovacích služeb, služeb v centrech denních služeb, služeb v denních stacionářích, pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb, služeb v chráněném bydlení. Za poskytování sociálních služeb v azylových domech, domech na půl cesty a terapeutických komunitách (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., § 71; § 72; § 73; §75; § 76).

### **Pobytová zařízení pro seniory**

Nejtypičtějším ubytováním pro seniory jsou **domovy pro seniory**. Dále domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (Dvořáčková, 2012). Dvořáčková (In Hrozenková, Dvořáčková, 2013) doplňuje další zařízení, která jsou využívána seniory, ale ne tak frekventovaně jako předešlé. Jedná se o centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře. Do roku 2006 v České republice existovaly tyto typy rezidenčních služeb: domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou a domovy-penziony pro důchodce. Současná legislativa tyto typy zahrnuje do kategorie domov pro seniory (Matoušek a kol., 2011). Jak uvádí Holmerová (a kol., 2014), v roce 1989 měly domovy důchodců okolo 33 000 lůžek a byly určeny pro lidi v „důchodovém věku“, což znamenalo, že sem mohla být umístěna osoba, která dosáhla tohoto věku a podala vlastní žádost o ubytování.

Zákon o sociálních službách v § 49 a vyhláška č. 505/2006 v § 15 definují **domov pro seniory** jako pobytovou službu určenou pro osoby se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku, a proto vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V domovech jsou poskytovány tyto služby: **ubytování** – úklid, praní, drobné opravy ložního a osobního prádla, žehlení; **strava** – celodenní (minimálně tři hlavní jídla); **pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu** – oblékání a svlékání, přesun na lůžko/vozik, vstávání a ulehání na lůžko, polohování, podávání jídla a pití, **pomoc při prostorové orientaci a samostatném pohybu**; **pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu** – úkony osobní hygieny, péče o nehty a vlasy, užívání

WC; **zprostředkování kontaktu se společenským prostředím – pomoc a podpora při využívání dostupných služeb a informačních zdrojů**; upevňování kontaktů s rodinou, aktivity podporující začleňování; **sociálně terapeutické činnosti** – vedoucí k rozvoji a udržení sociálních schopností; **aktivizační činnosti** – volnočasové a zájmové aktivity, kontakt s přirozeným sociálním prostředím, nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností; **pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.**

**Domovy se zvláštním režimem** jsou zřizovány pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, ale také osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a s ostatními typy demencí a z tohoto důvodu majících sníženou soběstačnost. Poskytované služby a jejich náplň je stejná jako v domově pro seniory: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Jedna malá změna je v aktivizačních činnostech, ze kterých jsou vyňaty volnočasové a zájmové aktivity (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., §50; vyhláška č. 505/2006, § 16).

**Domovy pro osoby se zdravotním postižením** popsané v zákoně o sociálních službách v §48 a ve vyhlášce č. 505/2006 v § 14 slouží osobám se zdravotním postižením, které mají také sníženou soběstačnost a vyžadují pravidelnou pomoc druhé fyzické osoby. Služby poskytované v domově pro osoby se zdravotním postižením jsou: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. V domově pro osoby se zdravotním postižením jsou navíc výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, které obnáší: pracovní výchovnou činnost; nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností;

vytvoření podmínek pro zajišťování přiměřeného vzdělávání nebo pracovního uplatnění; volnočasové a zájmové aktivity.

Další možností je **sociální služba poskytovaná ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče**. Tato služba je poskytována osobám, které již nepotřebují lůžkovou péči, ale kvůli svému zdravotnímu stavu se nejsou schopny obejít se bez pomoci jiné fyzické osoby, a proto nemohou být propuštěny z této péče. K propuštění dochází v případě, že je pro osobu zabezpečena pomoc blízké osoby, terénní služba, ambulantní nebo pobytová služba v zařízení sociálních služeb. Činnosti služby jsou: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Součástí aktivizačních činností je pouze nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností, jinak je vše stejné jako v domově pro seniory. (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., § 52; vyhláška č. 505/2006, § 18)

### **Hodnocení kvality sociálních služeb**

Dvořáčková (2012) udává, že standardy kvality sociálních služeb vychází ze základních lidských práv a svobod. Jedná se o podrobný popis toho, jak má kvalitní sociální služba vypadat. Tato kritéria jsou lehce měřitelná a ověřitelná. Hlavním cílem je průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytovaných služeb. Hlavním znakem kvality služeb je schopnost podporovat uživatele služeb k naplňování cílů, kterých chtějí pomocí sociálních služeb dosáhnout. Právě proto se ve standardech klade důraz na osobní cíle klienta. Kvalitu služeb kontroluje inspekce kvality služeb.

Standardy kvality sociálních služeb jsou popsány v prováděcí vyhlášce č. 505/2006 v příloze č. 2. Popsáno je zde patnáct standardů kvality služeb: cíle a způsoby poskytování sociálních služeb; ochrana práv osob; jednání se zájemcem o sociální službu; smlouva o poskytování sociální služby; individuální plánování průběhu sociální služby; dokumentace o poskytování sociální služby; stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby; návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje; personální a organizační zajištění sociální služby; profesní rozvoj zaměstnanců; místní a časová

dostupnost poskytované sociální služby; informovanost o poskytované sociální službě; prostředí a podmínky; nouzové a havarijní podmínky; zvyšování kvality sociálních služeb (Vyhláška č. 505/2006, příloha č. 2). Standardy kvality sociálních služeb by měly být stimulem pro lepší uspokojování potřeb klientů. Zajišťují transparentnost v poskytování služeb, orientují se na uživatele a jeho osobní potřeby. Slouží jako nástroj kontroly kvality sociálních služeb a tím tyto služby rozvíjí. (Dvořáčková, 2012)

## **4 Výzkumné šetření**

### **4.1 Cíl výzkumu, metodologie**

Hlavním cílem této práce je ukázat problematiku v komunikaci seniorů a možnost podpory v domově pro seniory. Cílem výzkumu je analyzovat poskytování logopedické intervence u seniorů v pobytovém zařízení pro seniory. Výzkum má kvalitativní charakter. Byla využita metoda pozorování, analýza dokumentů, řízený rozhovor, případové studie a přímá práce s klienty.

Byly stanoveny tyto dílčí cíle šetření:

- zjistit, zda dojde na základě logopedické intervence k posunu v komunikaci seniora;
- zjistit, zda může pomoci podpora komunikace ze strany zaměstnanců domova ve spolupráci s odborníkem;
- zpracování případových studií u vybraných seniorů z domova.

### **4.2 Výběr zařízení a vzorků výzkumu**

Pro tuto diplomovou práci jsem si vybrala domov pro seniory v Královéhradeckém kraji v okolí mého bydliště. Jedná se o domov pro seniory a zároveň je zde domov se zvláštním režimem. Domov má kapacitu 68 lůžek, která je plně obsazena.

Výzkumné vzorky mi vybrala paní ředitelka s vrchní sestrou a sociální pracovnící. Bylo vybráno pět klientů z domova pro seniory. Po seznámení se s klienty, kteří byli vybráni do výzkumného šetření, jsme museli provést změny. Jeden klient odmítl spolupracovat a druhý byl ro výzkum nevhodný. Za tyto dva klienty byla vybrána vhodná náhrada. V květnu 2018 jsem klientům rozdala informované souhlasy pro ně i pro rodinu. Do domova jsem docházela od června do srpna roku 2018. S klienty jsem pracovala individuálně, podle předem domluveného harmonogramu.

### **4.3 Materiál výzkumného šetření**

Pro účely tohoto výzkumu byly vybrány materiály z Fakultní nemocnice Bohunice Brno (<https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/neurologicka-klinika/pracoviste-klinicke-logopedie/t4555>). Materiály jsou volně ke stažení na webových stránkách pracoviště

klinické logopedie. Využit byl materiál **Dysartrie**, který se skládá ze tří částí. První je faciokineze – masáž obličeje a oromotorická cvičení. Já jsem do masáží obličeje ještě přiřadila masáž molitanovými míčky, která není v materiálu zaznamenána. Druhou částí je fonorespirace – respirace, respirace při fonaci, fonace, cvičení pro zlepšení funkce měkkého patra. Třetí částí je fonetika – prozodie a artikulace. Dalším byl materiál na **diagnostiku alexie**, který se skládá z doplňování vět, pokynu a hybné reakce, přečtení textu a jeho porozumění. Posledním využitým materiálem byl **dotazník funkcionální komunikace**. Tento dotazník je trochu jiný pro ženy a pro muže. V této práci byla použita pouze verze pro muže. Dotazník se skládá ze čtyř částí. První část zahrnuje jméno, adresu, pozdrav, poděkování, prosbu a přání. Druhá část obsahuje cvičení na schopnost zavolat o pomoc, reagovat na komunikační podněty s cizími lidmi, iniciace komunikace. Třetí část zahrnuje piktogramy, pochopení psaného vzkazu, správné postupy, napsání textu nebo návodu, vyplnění dotazníku. Čtvrtá část obsahuje orientaci v čase, kalendáři, jízdním řádu, programu, čísla, platby a kupecké počty. Materiály byly požity v tomto pořadí, ve kterém jsou vyjmenovány. Postupovala jsem od nejjednoduššího po nejtěžší úkoly.

#### 4.4 Případové studie

Pro výzkum bylo vybráno pět klientů z domova v Královéhradeckém kraji. Jednalo se o dva muže a tři ženy. Všichni klienti jsou z domova pro seniory bez zvláštního režimu. Prvním výzkumným vzorkem byl pan JB. Velmi milý a ochotný pán se snahou procvičovat cokoli nového, co ho posune dál. Druhým výzkumným vzorkem se stal pan JD, u kterého byla diagnostikována Parkinsonova choroba a Alzheimerova nemoc. Pan JD byl také velmi milý a ochotný spolupracovat na výzkumu, i přes své zdravotní komplikace se velmi snažil dosáhnout zlepšení. Třetím výzkumným vzorkem byla paní IP, která byla díky svému zdravotnímu stavu také vhodná pro výzkum. Čtvrtým výzkumným vzorkem se stala paní VB, která v domově pro seniory hodně zlenivěla, ale i přes to se výzkumu účastnila dobrovolně. Posledním pátým výzkumným vzorkem byla paní ZV. Velmi hodná a milá paní. Se srdcem na dlani a velkou chutí komunikovat s druhými. Tyto výzkumné vzorky jsou velmi různorodé. Každý má jiný zdravotní problém a jinou osobnost, s čímž musíme při výzkumu počítat a nesmí být tento fakt opomíjen. Proto tuto různorodost považuji za přínos pro výzkum.



## **Případová studie č. 1 – pan JB**

### **Základní informace při nástupu do domova**

Pan JB se narodil v roce 1933. S manželkou má tři syny. Manželka je již po smrti. Celý život trávil velmi aktivně – běhal, jezdil na kole, fotil, maloval, velkou zálibu měl v automobilech. Aktuálně ho baví poslech hudby, malování. Rád kouká na televizi a poslouchá rádio. V minulosti utrpěl těžký a rozsáhlý úraz hlavy, který způsobil epilepsii. Před nástupem do domova pro seniory bydlel sám v bytě panelového domu. S nutnou dopomocí syna a sousedky. Nástup do domova říjen 2017.

V době nástupu do domova se pan JB pohyboval pomocí hole. Chůze byla vratká s nutnou stabilní oporou. Projevil se třes horních končetin. Syn pozoroval zhoršování krátkodobé paměti, nejvíce byla zasažena orientace v čase. Zrak dobrý, bez brýlové korekce. Prodělána operace šedého zákalu. Sluch lehce zhoršen. Pro lepší srozumitelnost je nutné zvýšit hlas. S okolím komunikoval, občas potřeba urovnat si, co mu druhý říká. Z tohoto důvodu byl delší interval odpovědi a někdy nutné opakování. Pan JB byl částečně inkontinentní – přes den si na toaletu došel, ale pro jistotu po celý den a noc nosil inkontinenční kalhotky. MMSE test neproveden.

### **Lékařské diagnózy**

- Vaskulární demence
- Generalizovaná epilepsie a epileptické syndromy
- Osteoporóza s patologickou frakturou
- Neurčená inkontinence moči

### **Denní režim**

Každý den pan JB vstává mezi 7-8 hodinou ranní a je zvyklý slyšet pozdrav. Toaletu použije sám i s výměnou inkontinenčních kalhotek. Ranní hygienu vykonává sám, ale nutný je dohled. Při koupeli nutná pomoc s vstupem a výstupem z vany. Sám se namydlí a umyje žínkou, dopomoc vyžaduje u hůře dostupných částí těla (vlasy, záda). Při koupeli je dohled nezbytný, aby se předešlo riziku pádu.

Sám se nají a napije, zvyklý je na klasický příbor. Žádná omezení ve stravě nejsou, jí vše. Nejraději má sladká jídla. Po obědě je zvyklý jít si lehnout. V noci chodí 1-2x na toaletu. Rád chodí na procházky po městě, kde se velmi dobře orientuje. Horší je to s chůzí, jež se zhoršuje. Nejraději se obléká sportovně a lehce.

### **Pomoc při zvládnání běžných úkonů**

- pomoc při poskytnutí jídla a pití
- pomoc při koupeli (vstup/výstup z vany, omytí zad)
- dohled nad osobní hygienou (péče o ústa, nehty)
- dohled nad použitím toalety (inkontinenční kalhotky)
- pomoc při oblékání, svlékání, obouvání a zouvání obuvi
- pomoc při orientaci ve vnitřním a vnějším prostoru

### **Sociálně terapeutická činnost**

- udržet stávající míru soběstačnosti
- udržet stávající osobní a sociální schopnosti

### **Aktivizační činnosti**

- sledování televize
- poslech rádia
- procházky dle možností
- pobyt venku
- využití kadeřnice
- využití pedikúry

### **Cíl plánu**

Dohled a pomoc v každodenních úkonech péče o vlastní osobu. Časté návštěvy synů.

### **Průběh adaptace**

Orientace místem, časem a situací v normě. Samostatná péče o zevnějšek. Komunikuje s personálem i obyvateli domu. Spolupráce s rodinou dobrá. Konflikty s okolím nemá. Na aktivitách v zařízení se účastní. Ve svém hobby nepokračuje.

## **Aktuální individuální plán**

Pan JB se budí sám mezi sedmou a osmou hodinou ranní. Po probuzení potřebuje pomoci s ranní hygienou. Personál převezme pana JB na invalidním vozíku k umyvadlu, kde má nachystaný kartáček s pastou a ručník. Hygienu provádí sám pod dohledem personálu. Nutné zkontrolovat inkontinenční pomůcky. Sám odchází ke stolu na snídani. Hygiena celého těla se provádí jednou týdně ve společné koupelně. Sprchování se provádí na přání klienta. Personál nachystá potřebné věci a oblečení, zároveň dohlíží na klienta. Dopomoc je nutná u osušení a ustrojení. Snídaně je mezi půl osmou a osmou hodinou. Klient jí sám na pokoji u jídelního stolu. Personál poskytuje pouze dopomoc při rozdělání paštiky, sýra atd. Dopolední úklid zajišťuje také personál. Stele lůžko, otírá povrchy a nalévá čaj. Dopolnedních aktivit se pan JB moc neúčastní, stále si zvyká na chod domova. Po snídani nejčastěji odpočívá nebo se projíždí na invalidním vozíku po pokoji. Občas si povídá se spolubydlícím. Odpolední aktivity si klient volí podle svého uvážení, personál mu je musí nabídnout, jinak si sám neřekne. I odpoledne nejčastěji odpočívá na lůžku nebo tráví čas s návštěvou. Oběd, svačina i večeře je podávána na pokoji a klient jí sám. Po večeři personál rozestele lůžko. Pan JB provede večerní hygienu ve stejném režimu jako ranní. Opět se kontroluje inkontinenční pomůcka. Jednou za měsíc využívá služby kadeřnice a pedikúry.

## **Vlastní pozorování**

Pan JB je velmi milý a společenský. Komunikuje rád, hodně se vrací do minulosti, avšak v současnosti se orientuje. Rád vypráví o své rodině – o synech a vnoučatech. Zdá se jako bezproblémový klient, hodně samostatný. Pohyb činí velký problém. Při vstávání je nezbytná podpora. Pro chůzi je hůl nedostatečná, proto využívá čtyřkolové chodítko. Při pohybu v pokoji se opírá o nábytek, případně využívá rámě druhé osoby. Třes rukou je velmi nápadný. Orientace v čase je zhoršena. Sluch je zhoršen, nutné mluvit více na hlas. Orientace místem a situací v normě. Využívání toalety je minimální. Preferuje pleny. Od nástupu se chůze markantně zhoršila, proto pan JB velmi často polehává.

Na pokoji je s o rok starším klientem, se kterým nemá konflikty. Problém je s komunikací, protože pan JB hůře slyší a druhý klient má slabý hlas. Proto si moc nepovídají. Kontakt s rodinou je maximální. Všichni tři synové pana JB často navštěvují, i

když někteří bydlí daleko. O otce se pěkně starají. Cokoliv si přeje nebo potřebuje, ochotně mu zařídí. Co se týče názoru klienta na domov, není zde úplně spokojen. Na druhou stranu si sám uvědomuje, že by to už doma nezvládl.

Spolupráci na této diplomové práci uvítal s nadšením. Možná i proto, že se osobně známe. Všechna cvičení mu šla nejlépe ze všech klientů. Největší výhodou byl dobrý zrak, protože nás v práci nelimitovalo čtení. Pana JB cvičení bavila a některá mu dokonce připadala až moc lehká. Tyto aktivity by uvítal i nadále, protože mohou být prováděna na lůžku a jedná se o individuální činnost. Byl rád a užíval si moji společnost, kterou měl sám pro sebe.

## **Případová studie č. 2 – pan JD**

### **Základní informace při nástupu do domova**

Pan JD se narodil v roce 1934. S manželkou bydlel v rodinném domě. Celý život se věnoval elektrotechnice. Pracoval v zahraničí jako vedoucí odborník. Miloval sport – horolezectví, vysokohorskou turistiku, lyžování, cyklistiku. Rád chodil do přírody a fotografoval. Rozuměl zahradní architektuře a úpravě zahrad se odborně věnoval. Zajímalo ho umění a hudba moderní i klasická. Umí anglicky a německy. Aktuálně rád sleduje televizi, hlavně vědomostní soutěže a sport. Rád jí sladká jídla a dobroty. Obléká se sportovně. Je hodně citlivý, a proto ho potěší vlídné slovo. Do domova pro seniory nastoupil v červenci 2018.

Více jak deset let je v péči neurologa z důvodu Parkinsonovy nemoci. Postupné zhoršování stavu, zdravotní problémy pečující manželky a špatné podmínky domácího prostředí vedly k dlouhodobé hospitalizaci. Pan JD byl hospitalizován v Kosmonosech z důvodu halucinací a panických stavů. Před umístěním do domova pro seniory byl dlouhodobě na následné péči. Stále se zhoršuje psychický stav a projevy demence. Je nedoslýchavý na obě uši, na čtení používá brýle. Řeč je tichá, nesouvislá, ovlivněna třesem. Kvůli velkému třesu je doporučeno fixovat břišním pásem během spánku. Rád jí sladká jídla a dobroty. Obléká se sportovně. MMSE test neproveden.

### **Lékařské diagnózy**

- Alzheimerova choroba
- Parkinsonova nemoc
- Esenciální (primární) hypertenze
- Dorzalgie NS

### **S čím potřebuje klient pomoci**

Nutná je pomoc ve všech úkonech péče o vlastní osobu kvůli onemocnění. Není schopen samostatně jíst, především polévku. Samostatně se nenapije, pouze pomocí lahve. Samostatně zvládá ukousnutí (například chléb). Pan JD je zcela inkontinentní. Hygiena je pouze s pomocí. Koupel probíhá na koupacím lůžku, kvůli velkému třesu celého těla.

### **Pomoc při zvládnání běžných úkonů**

- pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek
- pomoc při přesunu z lůžka, ulehání a polohování
- pomoc při podávání jídla a pití
- pomoc při prostorové orientaci
- pomoc při úkonech osobní hygieny
- pomoc při základní péči o vlasy a nehty
- pomoc při použití toalety

### **Sociálně terapeutická činnost**

- socioterapeutické činnosti vedoucí k udržení osobních a sociálních schopností a dovedností

### **Aktivizační činnosti**

- sledování televize
- čtení, luštění křížovek
- procházky dle možnosti
- návštěva kadeřnice a pedikúry
- zájem o komunikaci
- zájem o sport a techniku

### **Pomoc při zprostředkování kontaktů se společenským prostředím**

- podpora a pomoc při aktivitách vedoucí k sociálnímu začleňování osob

### **Cíle plánu**

Za cíl bylo stanoveno umožnění komunikace s někým, kdo má podobné zájmy.

### **Průběh adaptace**

Při orientaci v místě občas bloudí. Orientace v čase a situaci je částečná. Pečuje o svůj zevnějšek pouze na vyzvání. Komunikace je dobrá s personálem i obyvateli domova. Rodina spolupracuje dobře. Konflikty s okolím nemá. Rád se účastní na aktivitách

v zařízení. Ve svém hobby nepokračuje. Občas bývá dezorientovaný. Musel být seznámen se signalizací.

### **Aktuální individuální plán**

Pana JD budí personál v sedm hodin ráno. Personál musí poskytnout pomoc ve všech úkonech. Přes den klient nosí natahovací inkontinenční kalhotky a na noc lepící. Ranní hygiena se provádí mezi sedmou a půl osmou hodinou ránní. Personál připraví lavor s vodou k lůžku klienta. Omyje obličej, hýždě a třísla. Následně promaže pokožku a oblékne klienta. Každý týden v úterý se provádí hygiena celého těla. Klient se koupe ve sprše. Personál připraví hygienické pomůcky a čisté oblečení. Klient je dovezen na koupací židli nebo dojde s chodítkem do koupelny sám s personálem. Celou koupel provádí personál. Snídaně je donesena na pokoj a klient jí u stolu. Musí být krmen. Dopolední úklid provádí personál – otření všech povrchů, výměna lůžkovin, omytí hrnků, nalití nápojů. Mezi dopolední aktivity je každý den zařazen trénink chůze. Nejčastěji klient odpočívá na lůžku. Oběd, svačina a večeře jsou také přineseny na pokoj a klient je krmen. Odpolední aktivitou bývá odpočinek na lůžku, návštěva rodiny a trénink chůze. Po večeři se provádí večerní hygiena stejně jako ta ranní a kontroluje se inkontinenční pomůcka. Jednou za čtrnáct dní klient využívá canisterapii. Pes je přiveden do pokoje klienta. Jednou za měsíc dochází do Kavárny (jídlna na nové budově). Jednou měsíčně služba kadeřnice a pedikérky. Je nutné dát pozor na třes v končetinách a problémy s rovnováhou. Hrozí riziko pádu, protože klient občas sám vstává a chodí.

### **Vlastní pozorování**

Pan JD je velmi milý a sympatický pán. Komunikaci značně ovlivňuje nedoslýchavost a problémy s hlasem. Velmi často se objevuje chrapot, hlas je dyšný a slabý. Možná se jedná o tremor hlasivek v rámci onemocnění Parkinsonovy nemoci. Třes je velmi výrazný jak v klidovém stavu, tak při pohybu a i ve spánku. Bez pomoci druhé osoby se sám nenapije. Pití má v těžké kovové lahvi se zabudovanou slámkou, která je velmi nevhodná pro pití při tak velkém třesu těla. Bez druhé osoby se sám není schopen najíst. Chodí pomocí čtyřkolového chodítka.

Mohu potvrdit, že klient je velmi citlivý a těší ho komunikace s druhými. Rád vypráví, co všechno v životě prožil a dělal. Jelikož to byl velmi aktivní a chytrý člověk, jeho povídání je velmi zajímavé. Ale opět hodně ovlivněné hlasem, který je nedostatečný pro dlouhou konverzaci, která by pana JD velmi naplňovala a povzbuzovala. Navzdory všem svým zdravotním problémům mi přišel velmi snaživý a uvědomělý. Problémy, které ho obtěžují, si uvědomuje a trápí ho to. Co se týče orientace, nevšimla jsem si, že by někdy bloudil a byl dezorientovaný. Ba naopak. Velmi dobře se orientoval v čase – byl schopen říct, co je za rok a věděl i den v týdnu. Orientace v prostoru se mi také nezdála narušena.

Na pobyt v domově si nestěžuje, ale také není maximálně spokojený. Stěžoval si, že personál na pokoj chodí málo a jelikož se sám nenapije, tak má často žízeň. Obtěžují a mrzí ho neustálé pokusy personálu, aby se najedl sám. U jedné svačiny jsem měla tu možnost vidět, jak problematické je pro pana JD se najíst. Absolutně nemůže být schopen jíst příborem. Ke svačině byl koláč, který by sám jedl hodiny a nejspíš by z toho ani nic neměl. Takže chápu, že opakované zkoušení pana JD jen vysiluje a je mu nepříjemné.

Ze spolupráce na výzkumné části měl velkou radost. Tvrdil o sobě, že je dobrým vzorkem, protože má problémů hodně a bude prý o čem psát. Cvičení mu byla příjemná, rád měl masáže obličeje a míčkování. Bylo vidět, že některá cvičení ho vysilují a není je schopen provést kvůli zdravotním komplikacím, ale pokud to jenom trochu šlo, snažil se to alespoň zkusit. Celkovou práci hodnotil přínosně a byl rád, že má další činnost, kterou může provádět na lůžku.



## **Případová studie č. 3 – paní IP**

### **Základní informace při nástupu do domova**

Paní IP se narodila v roce 1935. Byla dvakrát vdaná, nyní je vdovou. Měla dvě děti, syna a dceru. Dcera v roce 2011 zemřela na rakovinu. Má šest vnoučat a dvanáct pravnoučat. Celý život pracovala jako učitelka v mateřské škole. Do roku 2015 bydlela sama ve svém bytě. Často padala a rodina se domnívá, že tak došlo k poškození mozku. Následovala ztráta pohyblivosti (úplně přestala chodit) a orientace v bytě. V této náročné situaci s ní bydlel syn a staral se o ni. Následovalo umístění na oddělení následné péče, kde se personál snažil paní IP pasivně vysazovat a vozit na kolečkovém křesle. Zpočátku byla vysazována na WC křeslo, když si řekla, ale to bylo málokdy. Proto se začaly používat inkontinenční kalhotky, ty nestačily a byla zavedena cévka. Paní IP nekomunikuje, když už něco řekne, tak se jedná o nesmysl. Špatně slyší a nosí brýle. Občas poslouchá rádio nebo kouká na televizi (AZ kvíz). Do domova nastoupila v květnu 2016. Výsledek MMSE testu 22 bodů – hraniční nález, možnost demence.

### **Lékařské diagnózy**

- Myeloidní leukémie NS
- Jiná neurčená hypotyreóza
- Diabetes mellitus nezávislý na inzulínu
- Esenciální (primární) hypertenze
- Chronická ischemická choroba srdeční NS
- Fibrilace a flutter síní, NS
- Chronická obstruktivní plicní nemoc NS
- Chronické onemocnění ledvin, stadium 1

### **Denní režim**

Při ranní hygieně potřebuje pomoci s omytím a učeáním. Při oblékání potřebuje maximální pomoc. Je zvyklá se sprchovat, koupele nemá ráda. Při sprchování zvládá některé úkony sama, ale spíš se nechá omýt. Většinou se nají a napije sama, někdy je nutné dokrmení druhou osobou. Nemá ráda sladká jídla, jinak jí všechno. Je zvyklá na krájenou nebo mletou stravu. Po obědě je zvyklá spát. Večer usíná mezi sedmou a osmou hodinou

večerní, někdy i dříve. Největší radost má, když ji navštíví syn. Z oblečení preferuje triko a tepláky.

### **Pomoc při zvládnání běžných úkonů**

- pomoc při podávání jídla a pití (dohled, občas nutná pomoc druhé osoby)
- pomoc při úkonech osobní hygieny
- pomoc při základní péči o vlasy a nehty
- pomoc při použití toalety (aktuálně cévka)
- pomoc při koupeli (nic sama nezvládá)
- pomoc při přesunu na lůžko nebo na vozík
- pomoc při vstávání z lůžka, ulehání a polohování
- pomoc při oblékání a svlékání
- pomoc při výběru oblečení
- pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů
- pomoc při orientaci v prostředí, čase i vůči osobám (občas poznává)

### **Sociálně terapeutická činnost**

- udržet stávající míru soběstačnosti
- udržet stávající osobní a sociální schopnosti

### **Aktivizační činnosti**

- pobyt venku dle možností
- návštěva kadeřnice a pedikúry

### **Cíl plánu**

Zajištění stravy a ubytování, dohled a 24 hodinovou péči. Pomoc při všech úkonech.

### **Průběh adaptace**

Při orientaci v místě paní IP bloudí. Orientace časem a situací je částečná. Péči o zevnějšek samostatně nezvládá, na vyzvání ano. S obyvateli domova komunikuje pouze částečně a s personálem ano. Spolupráce s rodinou je dobrá. Konflikty s okolím nemá.

Aktivít v zařízení se účastní. Ve svém hobby nepokračuje. Klientka si na pobyt v domově rychle zvykla a ráda se účastní aktivit a pobytu venku.

### **Aktuální individuální plán**

Klientka vstává mezi sedmou a půl osmou hodinou ranní. Nejčastěji sama nebo po příchodu personálu. Při ranní hygieně je nutné vyměnit inkontinenční pomůcky a omýt intimní partie. Následně ošetřit kůži. Klientka se obléká sama s menší dopomocí. Personál připraví hygienické pomůcky na stůl a paní IP se snaží hygienu provést sama. Někdy je vyžadována dopomoc. Hygiena celého těla probíhá ve čtvrtek v dopoledních hodinách. Klientka je zvyklá na sprchu, ale může i do vany s použitím zvedáku. Některé úkony občas zvládá sama a někdy ne. Záleží na momentálním stavu a rozpoložení klientky. Snídá mezi tři čtvrtě na osm a osmou hodinou ranní. Snídaně je donesena na pokoj ke stolu. Klientka jí sama a občas je potřeba dokrmit. Je zvyklá na krájenou nebo mletou stravu. Dopolední úklid provádí personál – omytí hrnků, nalití pití, otření povrchů, ustlání lůžka. Dopolední a odpolední aktivity jsou stejné. O nabízené aktivity má zájem, ale jenom pasivně. Nejraději poslouchá dechovku. Nejčastěji sedí na invalidním vozíku. Pokud je hezké počasí, je ráda venku. Oběd, svačina a večeře probíhá ve stejném režimu jako snídaně. Klientka jí sama na pokoji, jídlo musí mít nakrájené. Nutné je zkontrolovat, zda se najedla a případně dokrmit. Po večeři personál pomáhá s převléknutím a vyměňuje inkontinenční pomůcku. Dle potřeby využívá služby kadeřnice a pedikérky. Pokud projeví zájem, dochází na promítání filmů v jídelně. Paní je nutné kontrolovat, protože je občas více zmatená a snaží se vstát z postele. Jelikož se neudrží na nohou, hrozí pád. Mezi sociální rizika patří sociální vyloučení.

### **Vlastní pozorování**

Paní IP je plně imobilní. Pokud jí personál neposadí na vozík, tak sama nevstane ani si nikam nedojde. Ztráta pohyblivosti je trvalá. Klientka vyžaduje 24 hodinovou péči druhé osoby, sama se o sebe není schopna postarat. Paní IP v podstatě nekomunikuje. Nejčastěji používá gesta a ukazování. Z tohoto důvodu s ní byla práce nejsložitější a nepřinesla žádné výsledky. Nejpříjemnější jí byla masáž obličeje a míčkování. Ke složitějším úkolům jsme se nedostali. Se mnou paní nekomunikovala v podstatě vůbec, jenom dvakrát mi řekla

dobrý den. Co se týče orientace, tak tu nelze ani hodnotit. Pochybuji, že klientka bloudí, když je imobilní.

## **Případová studie č. 4 – paní VB**

### **Základní informace při nástupu do domova**

Paní VB se narodila v roce 1930. Je vdova, má dvě dcery, tři vnuky a jednu pravnučku. Celý život pracovala jako dělnice v Miletě, až do svých sedmdesáti let. Mezi její záliby patřila práce na zahradě, čtení (romány a noviny) a televize. Sledování televize je jediný koníček, který jí zůstal. Její zdravotní stav se začal zhoršovat, paní VB začala často padat, hlavně směrem dozadu. Utrpěla vážný pád, po kterém musela být hospitalizována na interním oddělení. Od hospitalizace se nepostavila a je tedy imobilní. Jedna z dcer se o paní VB starala, dokud to bylo v jejích silách, sama je onkologickým pacientem a trpí velkými bolestmi zad, proto péči o maminku už nezvládá. Klientka si stěžovala, že nevidí na jedno oko (myslela si, že jde o šedý zákal – lékařem nepotvrzeno). Sluch výrazně zhoršen. Přes den i noc je odkázána na inkontinenční pleny. Před nástupem do domova byla paní VB na následné péči a poslední dva měsíce strávila v zařízení AlzheimerCare. Do domova nastoupila v květnu 2016. Výsledek MMSE testu 16 bodů – patologický nález demence mírného až středně těžkého stupně.

### **Lékařské diagnózy**

- Vaskulární demence
- Jiná neurčená hypotyreóza
- DM nezávislý na inzulínu bez komplikací
- Starý infarkt myokardu
- Jiné formy chronické ischemické nemoci (choroby) srdeční
- Jiná obstruktivní a refluxní uropatie
- Inkontinence stolice
- Neurčená inkontinence moči

### **Denní režim**

Paní VB se budí okolo půl osmé a je zvyklá na pozdrav dobré ráno. Při ranní hygieně je nutné vyměnit inkontinenční pleny a pomoci se všemi úkony ranní očisty. Oblékání bez plné pomoci nezvládá. Preferuje tepláky a volné triko. Samostatnou koupel nezvládá. Po koupeli je zvyklá na promazávání kůže. Pije sama pomocí slámky, strava musí být mletá.

Často je dokrmována. Jí lžící, příbor nepoužívá. Ráda jí sladká jídla a dobroty. Po obědě ráda spí. Večer usíná okolo sedmé hodiny večerní. Paní VB je samotářská, málomluvná a nemá ráda velký kolektiv. Radost jí dělají návštěvy rodiny a sledování televize.

### **Pomoc při zvládnání běžných úkonů**

- pomoc při podávání jídla a pití (nezbytná pomoc druhé osoby)
- pomoc při úkonech osobní hygieny
- pomoc při základní péči o vlasy a nehty
- pomoc při použití toalety (inkontinenční pleny)
- pomoc při koupeli (sama nic nezvládá)
- pomoc při přesunu na lůžko nebo na vozík
- pomoc při vstávání z lůžka, ulehání a polohování
- pomoc při oblékání a svlékání
- pomoc při výběru oblečení
- pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.
- pomoc při orientaci v prostředí a čase

### **Sociálně terapeutická činnost**

- udržet stávající míru soběstačnosti
- udržet stávající osobní a sociální schopnosti

### **Aktivizační činnosti**

- sledování televize
- dle možnosti procházky s rodinou/personálem
- návštěva kadeřnice a pedikúry

### **Cíl plánu**

Zajištění 24 hodinové péče, stravy a ubytování v blízkosti rodiny. Pomoc s každodenními úkony v rámci péče o vlastní osobu.

## **Průběh adaptace**

Orientace místem v normě. V čase a situaci částečně. Samostatná nepečuje o svůj zevnějšek ani na vyzvání. Komunikuje s personálem i obyvateli domova. Spolupráce s rodinou je dobrá. Nemá konflikty s okolím. Aktivit v zařízení se účastní pouze občas. Nepokračuje ve svém hobby. S personálem spolupracuje. Klientka se v domově cítí dobře a spokojeně.

## **Aktuální individuální plán**

Klientka vstává v okolo sedmé hodiny ranní a budí ji personál se slovy dobré ráno. Ranní hygienu provádí personál. Klientku omyje, učeše, vymění inkontinenční pomůcku, promaže kůži a oblékne. Hygiena celého těla probíhá jednou týdně v pátek. Koupel probíhá na koupacím vozíku. Celou hygienu provádí personál, sama nedokáže nic. Po koupeli je nutné kůži promazat. Snídá mezi půl osmou a osmou hodinou ranní sama na pokoji u stolu. Pečivo musí mít namazané a překrojené. Dopolední úklid zajišťuje personál – utření povrchů, dolití pití a umytí hrnků. Mezi dopolední a odpolední aktivitu patří sledování televize a odpočinek na lůžku. Oběd, svačina a večere probíhá stejně jako snídaně. Večerní hygienu zajišťuje personál. Jednou za dva měsíce využívá služeb kadeřnice. Jednou za měsíc pedikúru. Dvakrát měsíčně probíhá na pokoji canisterapie. Paměťová cvičení a přednášky, na které dříve chodila, momentálně absolvovat nechce. Plán upozorňuje na to, že je klientka plně inkontinentní a má lepící inkontinenční kalhotky. Při stolici zvoní na personál, který klientku vysazuje na gramofon. Za pomoci druhé osoby zvládne přejít krátkou vzdálenost. Na invalidní vozík se vysazuje sama.

## **Vlastní pozorování**

Paní VB mi ze všech klientů přišla nejlenivější. Nejraději by neustále ležela a koukala na staré české filmy. Kvůli zhoršenému sluchu sleduje televizi se sluchátky a tak často nevnímá okolí. Zrak je zhoršen, ale brýle žádné nemá. Účast na výzkumném šetření přijala s radostí a zdálo se, že se těší. Masáže a míčkování jí bavilo. Úkoly, kde musela vyvinout snahu ona, často sabotovala a nechtěla provádět. Plnění úkolu znemožňoval zhoršený zrak. Orientace místem se nedá hodnotit kvůli imobilitě. Orientace v čase a situaci narušena. Pokud nemusí komunikovat, tak s okolím nemluví. Jako většina klientů si

se mnou vůbec nepovídala o své minulosti a o tom, co prožila. Společnost v podstatě nevyhledává. Kolektivních aktivit se raději neúčastní.



## **Případová studie č. 5 – paní ZV**

### **Základní informace při nástupu do domova**

Paní ZV se narodila v roce 1930. Měla čtyři děti, dvě dcery a dva syny. Jedna z dcer zemřela v mládí. Syn byl násilně zabit. S žijící dcerou se dodnes nestýká. Jediný z rodiny ji navštěvuje syn. Skoro celý život pracovala v zemědělství a později jako ošetřovatelka u Českého červeného kříže. Do domova pro seniory nastoupila v únoru 2010 na vlastní žádost. Hlavním důvodem byla neschopnost obstarat si sama jídlo, časté pády a zdravotní komplikace (užívání inzulínu a hodně zhoršený zrak). Péče od rodiny nebyla možná. Po nástupu do domova byla paní ZV schopna pohybovat se pouze po pokoji a došla si na toaletu (WC křeslo vedle lůžka). Byla orientovaná místem, časem i situací. Komunikace bez problémů. Je velmi hovorná a ráda vypráví svůj životní příběh. Při koupeli je nezbytná pomoc druhé osoby. Nejí mleté maso, nepije kávu a kakao. Ráda poslouchá rádio a sleduje televizi. Při pohybu po místnosti využívá oporu nábytku, dojde na kratší vzdálenost. Venku se pohybuje s holí. Paní ZV je malé postavy a proto potřebuje vše na dosah. Velmi často padá. Výsledek MMSE testu 21 bodů – patologický nález mírného až středně těžkého stupně.

### **Lékařské diagnózy**

- Chronická ischemická choroba srdeční NS
- Diabetes mellitus závislý na inzulínu
- Neurčená inkontinence moči

### **Denní režim**

Paní ZV je zvyklá vstávat brzo. Ranní hygienu zvládá s dopomocí, na toaletu si dojde sama. Nají se a napije také sama bez dopomoci. Během dne podřimuje, po obědě spát nechodí. S večerní hygienou je nutné pomoci. Během dne sleduje televizi a poslouchá rádio. V noci spí dobře, občas si dojde na toaletu.

### **Pomoc při zvládnání běžných úkonů**

- pomoc při úkonech osobní hygieny
- pomoc při základní péči o vlasy a nehty

- pomoc při koupeli
- pomoc při výběru oblečení
- pomoc při orientaci v prostředí a čase

### **Sociálně terapeutická činnost**

- udržet stávající míru soběstačnosti
- udržet stávající osobní a sociální schopnosti

### **Aktivizační činnosti**

- sledování televize, poslech rádia
- dle možnosti procházky s rodinou/personálem
- návštěva kadeřnice a pedikúra

### **Cíl plánu**

Podpora a udržení soběstačnosti. Hlavně mobilita, stravování, oblékání, hygiena.

### **Průběh adaptace**

Orientace místem, časem a situací je částečná. O svůj zevnějšek pečuje částečně, je nutná dopomoc. Aktivit v domově se účastní pouze občas. Komunikace s personálem je velmi dobrá, s obyvateli domova žádná a s rodinou přiměřená. Spolupráce s rodinou špatná. V domově pro seniory je spokojená.

### **Aktuální individuální plán**

Klientka se budí sama mezi sedmou a půl osmou ráno. Ranní hygienu provádí sama na nočním stolku na pokoji. Pomůcky připraví personál. Plnou pomoc potřebuje při výměně inkontinenčních pomůcek a omytí genitálií. Do pleny si navíc vkládá vložky nebo naskládaný toaletní papír, na to je potřeba dohlédnout, aby to nedělala. Občas používá WC křeslo. Hygienu celého těla provádí personál v pondělních dopoledních hodinách. Klientka je odvezena na invalidním vozíku do koupelny a koupel probíhá ve vaně. Sama si omyje obličej a částečně horní část těla, se zbytkem musí pomoci personál. Pomoc potřebuje se svléknutím i obléknutím oblečení. Pomůcky si nachystá sama a personál je do koupelny odnese. Snídá mezi tři čtvrtě na osm a půl devátou hodinou ráno na pokoji. Pečivo si namaže sama. Nepije mléko, bílou kávu a kakao. Pouze čaj a minerální vody. Přeje si

dostávat dva kusy chleba snídani. Klientce je vhodné nabídnout pomoc při mazání pečiva a jiné úpravě pokrmu. Dopolední úklid obstarává personál – omýt hrnky, nalít pití, otřít povrchy a ustlat lůžko. Mezi dopolední a odpolední aktivity patří péče o květiny na pokoji, poklizení stolku a skříně. K pobytu venku nebo účasti na kulturním programu musí být občas přemluvena, ale pak je spokojená, že se účastnila. Často ji navštěvuje syn. Má ráda program dětí ze školky. Oběd, svačina a večeře je personálem přinesena na pokoj. Jídlo je potřeba upravit podle přání klientky. Po obědě odpočívá. Po večeři je nutné rozestlat lůžko. Ke spánku se ukládá sama okolo 19. hodiny. Využívá služby kadeřnice dle potřeby. Každý čtvrtek dopoledne chodí na bohoslužbu. Pravidelně se účastní promítání filmů v jídelně, tam jí vozí personál na invalidním vozíku. Plán upozorňuje na zhoršení v oblasti hygienické obsluhy a při výměně inkontinenčních pomůcek. Proto je nezbytné zvýšit hygienický dohled a péči šetrnou formou. Denně pomáhat s intimní hygienou, desinfikovat WC křeslo. Všechna tato opatření citlivým způsobem klientce vysvětlit, protože je velmi citlivá vůči své osobě. Mezi sociální rizika patří sociální vyloučení. Ráda si povídá a vyžaduje dostatečnou pozornost. Špatně si zvyká na nové spolubydlící na pokoji.

### **Vlastní pozorování**

Paní ZV byla první, s kým jsem v domově začala pracovat. Od pohledu se jedná o velmi milou paní. Maličká stařenka s krásnými šedivými vlasy. Trochu mi připomíná pohádkovou babičku. Chůze je velmi nejistá a nestabilní. Při pohybu využívá nábytek. Vedle postele měla dvoukolové chodítko, ale neviděla jsem, že by ho použila při pohybu. Na toaletu již sama nechodí, nosí inkontinenční pleny. Zrak je velmi špatný a paní ZV nemá žádnou brýlovou korekci, nic, co by usnadnilo vidění. Komunikace je na velmi dobré úrovni. Povídá si ráda a opravdu nejradši vypráví svůj životní příběh. Některé momenty se jí trochu pletou a pokaždé je vyprávěla trochu jinak, ale celkově se mi zdála orientována v minulosti. Na pokoji byla s dalšíma dvěma ženami. S jednou si vůbec nerozumí a nemají se rády. Druhá paní jí nezajímala. Tudiž komunikace s obyvateli domova byla opravdu nulová. Aktivit se účastnit nechce, jediné co využívá, je bohoslužba.

Spolupráci se mnou přijala s velkým nadšením. Cvičení plnila poctivě a bylo vidět, že ji to velmi baví. Velkým problémem byl zrak. Paní ZV opravdu nic nepřečte a ani nenapíše. Jediné, co zvládá je, podpis. Z tohoto důvodu bylo cvičení hodně omezeno.

Velmi brzy jsem si všimla, že se paní ZV snaží hodně jen proto, aby bylo cvičení rychle hotové a mohly jsme si povídat. Každou návštěvu po dokončení cvičení jsme si ještě dlouho povídaly. Pokaždé mi vyprávěla její životní příběh a pokaždé já jí můj. Bylo vidět, že kontakt s lidmi jí hodně chybí a že by potřebovala s někým pravidelně mluvit. Syn za ní celé léto nebyl na návštěvě, takže byla ráda, že tam docházím alespoň já. Na druhou stranu musím zmínit, že práce s paní ZV byla velmi vyčerpávající. Hodně mě vyčerpávala po psychické stránce. Často si stěžovala na sestry v domově, na poskytování péče a také na to, jak je tam velmi nešťastná a nerada. Dále se mi zmínila, že se jí ztrácí věci a peníze. Jednou jsem přišla a měla modřiny na rukou. Když jsem se zeptala, co se stalo, odpověděla mi, že celý den musela držet okno, které vypadlo. To už mi nedalo a šla jsem se zeptat vrchní sestry, jak to doopravdy s paní ZV je. Samozřejmě, že se jí věci neztrácí. Do domova nastoupila se všemi věcmi ze svého bytu, které jsou umístěné na půdě domova. Zbytek věcí má paní ZV ve své osobní skříni. Peníze se jí také neztrácejí, sestry mají doklady za nakoupené věci a finanční obnos souhlasil. A příhoda s oknem byla taková, že paní ZV si chtěla otevřít okno na ventilaci. To se jí nepovedlo a okno se otevřelo jak ve ventilaci, tak celé. Paní ZV pak nemohla okno zavřít a přivodila si modřiny na rukou.

## **4.5 Průběh cvičení**

### **Průběh cvičení – pan JB**

S panem JB jsem cvičila celkem šestkrát. Dvakrát týdně po dobu tří týdnů. Lekce probíhaly pravidelně v pondělí a ve čtvrtek přibližně 40-60 minut. Cvičili jsme na pokoji, nejčastěji u jídelního stolu. Při únavě jsme využili postel, kterou jsme nastavili do sedu.

### **PRVNÍ LEKCE**

- 1. Masáž obličeje** prováděl klient sám podle mých pokynů s doprovodem obrázkového materiálu. Některé pohyby byly nepřesné a vyžadovalo to moji pomoc a upřesnění pohybu. Míčkování jsem dělala já a klientovi bylo velmi příjemné.
- 2. Oromotorická cvičení** byla provedena bez větších problémů. Klient se velmi snažil, aby pohyby byly rychlé, po vysvětlení zpomalil a pohyby se snažil zpřesnit. Pozorovala jsem, že pohyb je lehce nepřesný a těžkopádný.

3. **Cvičení na zlepšení funkce měkkého patra** byla provedena bez problémů.
4. **Cvičení na dýchání a dýchání při fonaci** byla pro klienta snadná Jelikož celý život sportoval, tak je patrné, že kapacita plic je na pokročilý věk v pořádku. Jako jediný dokonce neodmítl zpěv.
5. **Cvičení na fonaci** byla provedena částečně správně. Největší problém měl klient se čtením vět, kde se s každým slovem zvyšovala intenzita hlasu. Prvním problémem bylo nepochopení zadání, druhým zhoršený sluch.
6. **Cvičení na zlepšení artikulace a srozumitelnosti** byla omezena z důvodu nenasazené zubní náhrady. Problémy však byly minimální. U jazykolamů bylo výrazně pomalé tempo. Důraz kladen víc na přesnost výslovnosti než na rychlost. Úkol, kde měl klient přečíst něco z oblíbené knihy nebo časopisu, nechtěl dělat. Popis obrázku pojal velmi vtipně a dokonce k tomu vymýšlel příběh.
7. **Přesná artikulace samohlásek a souhlásek** byla ztížena kvůli zubní náhradě a klient si ji nechtěl nasadit. Proto přesnost nebyla taková, jaká má být.
8. **Cvičení na prozodii** byla náročnější. Těžké bylo pro klienta dát důraz na jedno slovo ve větě. Naopak mu nedělal problém s úkoly, kde se měnil tón hlasu podle interpunkčních znamének. Recitace básně odmítnuta. Čtení veršů podle grafických značek jsme nedělali. Vtip pochopen, ale už nebyl schopen ho převyprávět tak, aby vyzněl jako vtip.
9. **Diagnostika alexie – fotografie + věty.** V tomto cvičení je vždy fotografie a pod ní jsou na výběr možnosti, co se na fotografii děje nebo vyskytuje. Cvičení bylo pro klienta jednoduché, ale někdy nemohl poznat, co je na obrázku.
10. **Diagnostika alexie – doplňování vět.** Cvičení bez jediné chyby.
11. **Diagnostika alexie – pokyn a hybná reakce.** Klient si přečte pokyn a následně ho provede. Cvičení bez chyby.
12. **Diagnostika alexie – pochopení textu.** Klient si přečetl krátký text a následně měl odpovídat na otázky. Z pěti otázek odpověděl pouze jednu.
13. **Trénink funkcionální komunikace**
  - I. **soubor** (jméno, adresu, pozdrav, poděkování, prosbu a přání). Z 33 úkolů 18 dobře. Splněné úkoly vyžadovaly delší časovou dotaci. Úkoly, kde se mělo psát, klient nechtěl plnit.

- II. soubor** (cvičení na schopnost zavolat o pomoc, reagovat na komunikační podněty s cizími lidmi, iniciace komunikace). Z 20 úkolů správně provedeno 15.
- III. soubor** (piktogramy, pochopení psaného vzkazu, správné postupy, napsání textu nebo návodu, vyplnění dotazníku). Ze 46 úkolů splněno 24. Největší problémy byly s úkoly, které se týkaly návodu a tam, kde byly dlouhé texty.
- IV. soubor** (orientace v čase, kalendáři, jízdním řádu, programu, čísla, platby a kupecké počty). Ze 45 úkolů správně splněno 32. Nejlépe šla orientace v čase a kupecké počty. Největší problémy byly opět se složitými a delšími úkoly.

## POSLEDNÍ LEKCE (ŠESTÁ)

- 1. Masáž obličeje** probíhala před každou lekcí. Do poslední se viditelně zlepšila přesnost pohybů. Již nebyla nutná dopomoc ani obrázkový materiál, většinu cviků si klient pamatoval z paměti.
- 2. Oromotorická cvičení** se během všech lekcí také zlepšila. Koordinace a přesnost prováděných pohybů byla oproti první lekcí na velmi dobré úrovni. Zpozorovala jsem větší uvolnění svalů a zlepšení jejich funkce při mluvě a příjmu potravy.
- 3. Cvičení na zlepšení funkce měkkého patra** jsme s klientem dělali pouze na první lekcí. Funkce měkkého patra byla zachována, tudíž nebylo nutné trénovat.
- 4. Cvičení na dýchání a dýchání při fonaci** jsme nedělali všechna v každé lekcí, pouze jsem vybrala některé, aby se všechna prostřídala. Klient s tímto cvičením neměl potíže.
- 5. Cvičení na fonaci** byla trénována hlavně ta, kde měl klient potíže. Hlavně tedy zvyšování intenzity hlasu. Během šesti lekcí se nám to částečně podařilo natrénovat. Klient pochopil, co se po něm chce, ale jelikož špatně slyší a mluví hlasitěji, bylo to pro něho náročné.
- 6. Cvičení na zlepšení artikulace a srozumitelnosti.** Pokud měl klient nasazené zuby, výslovnost byla v normě. Bez zubní náhrady byla omezena. Na moji žádost si ji klient ráno nasadil, když věděl, že bude probíhat naše lekce. Jinak všechna

cvičené byla v pořádku a v normě. Dokonce mi klient přečetl článek z časopisu, který jsem mu donesla.

7. **Přesná artikulace samohlásek a souhlásek se zubní náhradou v normě.**
8. **Cvičení na prozodii** jsme trénovali na každé lekci. Hlavně jsem se zaměřila na důraz slov ve větě protože to klientovi dělalo problémy. Opět zde vidím vliv špatných sluchových funkcí. Na poslední lekci byl viditelný posun oproti první. Změny bylo možné pozorovat v běžné mluvě, kdy klient lépe zdůraznil, co potřeboval. Největší úspěch vidím v tom, že klienta začalo bavit říkat vtipy. Proto na každou lekci si sám jeden našel a naučil se ho nazpaměť.
9. **Diagnostika alexie – fotografie + věty.**
10. **Diagnostika alexie – doplňování vět.**
11. **Diagnostika alexie – pokyn a hybná reakce.** Cvičení 9., 10. a 11. jsme během lekcí netrénovali. Na první lekci bylo zřejmé, že klient nemá alexii.
12. **Diagnostika alexie – pochopení textu.** Na prvním sezení byl klient schopen odpovědět na jednu otázku z pěti. Na posledním sezení odpověděl na tři. Text si musel přečíst dvakrát, někdy dokonce třikrát, aby následně mohl odpovědět. Celkově na toto cvičení potřeboval více času.
13. **Trénink funkcionální komunikace**
  - I. **soubor** (jméno, adresu, pozdrav, poděkování, prosbu a přání). Z 33 úkolů dobře splněno 27. Klient se zlepšil o 9 úkolů. Konkrétně se zlepšil v doplňování vynechaných slov, doplňování podle pokynů, adresách (naučil se i adresu domova pro seniory), zlepšila se slovní zásoba pozdravů.
  - II. **soubor** (cvičení na schopnost zavolat o pomoc, reagovat na komunikační podněty s cizími lidmi, iniciace komunikace). Z 20 úkolů splněno 18, zlepšení o 3. Již na první lekci šlo toto cvičení velmi dobře. Na poslední bylo možné pozorovat zautomatizování důležitých telefonních čísel a kratší čas plnění úkolů.
  - III. **soubor** (piktogramy, pochopení psaného vzkazu, správné postupy, napsání textu nebo návodu, vyplnění dotazníku). Ze 46 splněno 30 úkolů,

zlepšení o 6. Opět problémy s dlouhými texty. Zlepšení v úkolech s návody. Nutná delší časová dotace na složitější úkoly.

**IV. soubor** (orientace v čase, kalendáři, jízdním řádu, programu, čísla, platby a kupecké počty). Ze 45 úkolů splněno 37, zlepšení o 5. Jako ve všech následujících cvičeních problém se složitými a dlouhými texty. Nutná delší časová dotace a někdy opakování zadání. Viditelně lepší než na první lekci.

## **HODNOCENÍ**

Pan JB se ve všech oblastech viditelně zlepšil. Díky masážím a oromotorickým cvičením se zpřesnily pohyby a zlepšila se svalová obratnost. Zlepšení bylo možné vidět při běžné komunikaci a při jídle. Díky našim lekcím si pan JB častěji nasazoval zubní náhradu a tedy i lépe a srozumitelněji mluvil. Co se týče úkolů v oblasti funkcionální komunikace, i zde je možné vidět velké zlepšení. Pan JB se zlepšil v každé části. I přes obtíže v delších úkolech a nutnou větší časovou dotaci se klient zlepšil i v těžkých úkolech. Celkově se zvedl mluvní apetit.



## Průběh cvičení – pan JD

S panem JD nebyly lekce pravidelné jako například s panem JB. Hodně záleželo na zdravotním stavu klienta. Někdy byl třes tak veliký, že jsme spolu nemohli cvičit. Někdy nám to také znemožňoval chrapot. Pan JD velmi dobře spolupracoval a vždy ho mrzelo, když nebylo možné cvičit. Vždy jsme cvičili na posteli v mírném polosedu, kde se klient cítil nejlépe. Celkem jsme spolu měli 8 lekcí.

### PRVNÍ LEKCE

1. **Masáž obličeje** a míčkování jsem prováděla já. Klient nebyl schopen provést masáž kvůli třesu.
2. **Oromotorická cvičení** také ovlivňoval třes. Pohyby byly pomalé a nepřesné.
3. **Cvičení na zlepšení funkce měkkého patra** cvičení klientovi šla bez problémů. Sám pije slámkou.
4. **Cvičení na dýchání a dýchání při fonaci.** Toto cvičení ovlivnil silný chrapot. Jinak všechna cvičení provedena správně. Nezpíváno. Výdrž dechu hodně snížena.
5. **Cvičení na fonaci** opět velmi namáhavé kvůli chrapotu. Proto jsem netrvala na plnění úkolů. I přesto si to klient chtěl celé zkusit.
6. **Cvičení na zlepšení artikulace a srozumitelnosti.** Opět vliv chrapotu.
7. **Přesná artikulace samohlásek a souhlásek.** Výslovnost v normě. Pouze nižší hlasitost.
8. **Cvičení na prozodii** také ovlivněna chrapotem a ještě jsem musela klientovi vše předčítat kvůli zhoršenému stavu zraku a bez brýlové korekce. Ani pomocí lupy nebyl schopen text sám číst. Jinak splněno bez problémů, kromě vtipu. Vtip chápe, ale už ho nepřevypráví.
9. **Diagnostika alexie – fotografie + věty.** Nebylo možné vyzkoušet kvůli zraku ani za použití lupy.
10. **Diagnostika alexie – doplňování vět.** Při tomto úkolu jsem věty předčítala já a klient doplňoval slova. Někdy je věděl i bez nápovědy sám.
11. **Diagnostika alexie – pokyn a hybná reakce.** U tohoto úkolu klient vynaložil velkou snahu a úsilí, za což jsem ho patřičně chválila. Vše splnil, a když něco opravdu nešlo, popsal mi to slovně.

**12. Diagnostika alexie – pochopení textu.** Nepochopeno zadání. Neodpověděl na žádnou otázku.

### **13. Trénink funkcionální komunikace**

- I. soubor** (jméno, adresu, pozdrav, poděkování, prosbu a přání). Z 33 úkolů splněno 18. Některé úkoly byly znemožněny kvůli zraku a tak unikla pointa provedení. Několikrát jsem se pokusila úkol upravit, abych viděla, zda klient rozumí a ví, co se po něm chce. Úkoly vyžadující psaní neprovedeny, pouze slovně. Menší problémy s adresou.
- II. soubor** (cvičení na schopnost zavolat o pomoc, reagovat na komunikační podněty s cizími lidmi, iniciace komunikace). Z 20 úkolů splněno 19. V tomto cvičení byl klient výborný. Důležitá telefonní čísla znal perfektně. Situace a chování v rizikových situacích popsány velmi dobře.
- III. soubor** (piktogramy, pochopení psaného vzkazu, správné postupy, napsání textu nebo návodu, vyplnění dotazníku). Tento soubor jsme nemohli procvičit kvůli zhoršenému zraku.
- IV. soubor** (orientace v čase, kalendáři, jízdním řádu, programu, čísla, platby a kupecké počty). Ze 45 úkolů splněno 25. Kvůli zraku jsem neukazovala obrázky, ale úkoly jsme plnili na reálných hodinách a opět klient nepsal, pouze slovně odpovídal. Orientace v kalendáři, televizním programu a jízdních řádech byla velmi špatná. Jedním z hlavních důvodů byl zrak a druhým třes.

### **POSLEDNÍ LEKCE (OSMÁ)**

- 1. Masáž obličeje** Po celou dobu lekcí jsem masáže a míčkování prováděla já. Klientovi to bylo vždy příjemné a byl za to rád, protože sám cítil, že má svaly hodně ztuhlé. Na poslední lekci bylo vidět, že se stav svalů lehce zlepšil a i sám klient to tvrdil.
- 2. Oromotorická cvičení** záležela hodně na zdravotním stavu klienta. Byly lekce, kdy nebyl třes tak velký a pohyby byly přesnější a rychlejší. Bylo to však i naopak. Klient i přes to se nevzdával a chtěl trénovat.

3. **Cvičení na zlepšení funkce měkkého patra.** Cvičení neděláno, měkké patro v normě.
4. **Cvičení na dýchání a dýchání při fonaci** vše je schopen opakovat, ale výdrž je snížena a intenzita hlasu je také nižší. Oproti první lekci žádná změna.
5. **Cvičení na fonaci**
6. **Cvičení na zlepšení artikulace a srozumitelnosti**
7. **Přesná artikulace samohlásek a souhlásek**
8. **Cvičení na prozodii.** Cvičení 5., 6., 7. a 8. jsme s klientem netrénovali. Byla to pro něho zbytečná námaha, kterou jsem chtěla nechat na úkoly přínosnější pro klienta.
9. **Diagnostika alexie – fotografie + věty**
10. **Diagnostika alexie – doplňování vět**
11. **Diagnostika alexie – pokyn a hybná reakce.** Diagnostiku alexie jsem se také rozhodla vynechat. Úkoly jsme necvičili kvůli zraku.
12. **Diagnostika alexie – pochopení textu.** Jediný tento úkol jsme trénovali. Omezení vidím v tom, že klient nemohl text číst sám a musel poslouchat mě. Text jsem musela pokaždé číst dvakrát, ale klient na otázky odpověděl. Většinou se dařilo zodpovědět všechny.
13. **Trénink funkcionální komunikace**
  - I. **soubor** (jméno, adresu, pozdrav, poděkování, prosbu a přání). Z 33 úkolů správně 22, zlepšení o 4. Ovlivněno zrakem, třesem a nemožností psát. Jinak se projevilo zlepšení v pochopení zadávání úkolů a snížil se čas potřebný na odpověď.
  - II. **soubor** (cvičení na schopnost zavolat o pomoc, reagovat na komunikační podněty s cizími lidmi, iniciace komunikace). Z 20 úkolů správně 20. Zlepšení o jeden. Tento soubor jsme udělali na první a na poslední lekci, protože byl úspěšný výsledek i poprvé. Zlepšení v jednom úkolu považuji za celkové zlepšení chápání složitějších zadání.
  - III. **soubor** (piktogramy, pochopení psaného vzkazu, správné postupy, napsání textu nebo návodu, vyplnění dotazníku). Vyřazeno kvůli zraku.
  - IV. **soubor** (orientace v čase, kalendáři, jízdním řádu, programu, čísla, platby a kupecké počty). Ze 45 úkolů správně 28, zlepšení o 3. Opět se

zlepšilo pochopení zadání a snížil se čas na odpovědi. Kvůli zraku jsme pracovali s reálnými hodinami, kalendářem a penězi. To klientovi hodně pomohlo a byl v úkolech úspěšnější.

## **HODNOCENÍ**

Pan JD se za 8 lekcí hodně zlepšil. Velkou nevýhodou je pro něho zdravotní stav, který je proměnlivý a má tak vliv na plnění úkolů. Na druhou stranu je klient snaživý a chce dosahovat lepších výsledků a trénovat vše, co mu umožní zlepšit jeho celkový stav. Proto jsem některé úkoly, které klient zvládal dobře na první lekci, vyřadila, abych zbytečně neplýtvala jeho námahu na to, co mu bezpodmínečně šlo dobře. Největší zlepšení jsem pozorovala v chápání zadání a snížení času na odpovědi. Celá práce je hodně ovlivněna třesem doprovázejícím klientovu chorobu a zhoršeným zrakem, který není nijak korigován. Klientovi vyhovovala práce s reálnými předměty, které jsme využívali místo nafocených obrázků. Zlepšil se mluvní apetit a také o maličko svaly v oblasti obličeje.

## **Průběh cvičení – paní VB**

S paní VB byla práce nejnáročnější. Snažila jsem se za ní chodit pravidelně, aby si zvykla na novou činnost. Často nastala situace, kdy jsem do domova přišla na domluvenou lekci, ale paní VB zrovna musela sledovat zajímavý film v televizi, který ještě nikdy neviděla. Lekcí proto nebylo mnoho, jenom šest. Cvičení probíhalo v posteli nastavené do polosedu. U cvičení chtěla paní VB, aby byla televize zapnutá. To jsem již na první lekci zavrhla, protože jí to odvádělo pozornost a úkoly odbývala.

### **PRVNÍ LEKCE**

- 1. Masáž obličeje** jsem musela provést já, protože se klientce samotné nechtělo.
- 2. Oromotorická cvičení.** Pohyby byly nepřesné a těžkopádné. Některé cviky odmítla dělat.
- 3. Cvičení na zlepšení funkce měkkého patra.** Cviky dělat nechtěla. Pije slámkou a předpokládám, že měkké patro je v normě.
- 4. Cvičení na dýchání a dýchání při fonaci.** Kapacita dechu výrazně nižší. Opakovat místo 20 sekund vydržela cca 8. Věty na jeden nádech nezvládla. Báseň a píseň odmítla.
- 5. Cvičení na fonaci** šla klientce celkem dobře až na zvyšování intenzity hlasu.
- 6. Cvičení na zlepšení artikulace a srozumitelnosti** provedla bez problémů.
- 7. Přesná artikulace samohlásek a souhlásek** – provedeno bez problémů, výslovnost v normě.
- 8. Cvičení na prozodii** byla pro klientku složitější. Velké problémy měla s interpunkčními znaménky a důrazem ve slovech. Báseň jsme nedělali a vtip nepochopila ani nepřevyprávěla.
- 9. Diagnostika alexie – fotografie + věty** zvládla bez problému.
- 10. Diagnostika alexie – doplňování vět.** Z 10 měla 6 chyb. Hodně spěchala a nečetla pozorně.
- 11. Diagnostika alexie – pokyn a hybná reakce** provedena bez problémů.
- 12. Diagnostika alexie – pochopení textu.** Text nepochopen, neodpověděla ani na jednu otázku.
- 13. Trénink funkcionální komunikace**

- I. soubor** (jméno, adresu, pozdrav, poděkování, prosbu a přání). Z 33 úkolů správně 17. Největší problémy byly v doplňování vynechaných slov a výběru ze skupiny.
- II. soubor** (cvičení na schopnost zavolat o pomoc, reagovat na komunikační podněty s cizími lidmi, iniciace komunikace). Z 20 úkolů správně 4. U tohoto souboru projevona nechuť cvičení dělat. Klientka mi sama řekla, že tato důležitá telefonní čísla v domově nepotřebuje, a proto to nehodlá dělat.
- III. soubor** (piktogramy, pochopení psaného vzkazu, správné postupy, napsání textu nebo návodu, vyplnění dotazníku). Ze 46 úkolů správně 27. Tento soubor klientku hodně bavil a byla do úkolů zapálená. Asi jako jednoho z mála v celém souboru.
- IV. soubor** (orientace v čase, kalendáři, jízdním řádu, programu, čísla, platby a kupecké počty). Ze 45 úkolů správně 18.

## POSLEDNÍ LEKCE (ŠESTÁ)

- 1. Masáž obličeje** se postupně naučila sama. I na poslední lekci bylo nezbytné doprovodit obrazovým materiálem a opakovat pokyny, jak správně vše provádět.
- 2. Oromotorická cvičení** hodně zlepšila hybnost, zpřesnily se pohyby. Dokonce toto cvičení jí bavilo ze všech nejvíce.
- 3. Cvičení na zlepšení funkce měkkého patra** neděláno už od první lekce.
- 4. Cvičení na dýchání a dýchání při fonaci** trénovat odmítla na třetí lekci. Na každé další lekci cvičení nabídnuto, ale nechtěla.
- 5. Cvičení na fonaci** trénovat neodmítla a dokonce se klientka zlepšila o 3 sekundy.
- 6. Cvičení na zlepšení artikulace a srozumitelnosti.** S tímto cvičením klientka neměla problém už na první lekci. Proto jsme ho už dále netrénovali.
- 7. Přesná artikulace samohlásek a souhlásek.** Opět v první lekci bez problémů, proto dál netrénováno.
- 8. Cvičení na prozodii** zlepšilo intonaci u interpunkčních znamének. Důraz ve slovech nezlepšen. Vtip také ne.
- 9. Diagnostika alexie – fotografie + věty** bez problému jako na začátku.

**10. Diagnostika alexie – doplňování vět.** Z 10 správně 8. Už tolik nespěchala a četla pozorněji.

**11. Diagnostika alexie – pokyn a hybná reakce bez problému.**

**12. Diagnostika alexie – pochopení textu.** Dvakrát si přečetla a odpověděla na všechny otázky správně.

### **13. Trénink funkcionální komunikace**

**I. soubor** (jméno, adresu, pozdrav, poděkování, prosbu a přání). Z 33 úkolů správně 23, zlepšení o 6.

**II. soubor** (cvičení na schopnost zavolat o pomoc, reagovat na komunikační podněty s cizími lidmi, iniciace komunikace). Odmítla dělat již na první lekci. Když jsem zařadila některé úkoly do jiných souborů, tak neznala odpověď.

**III. soubor** (piktogramy, pochopení psaného vzkazu, správné postupy, napsání textu nebo návodu, vyplnění dotazníku). Přestalo jí to bavit na třetí lekci a cvičení odmítla dělat.

**IV. soubor** (orientace v čase, kalendáři, jízdním řádu, programu, čísla, platby a kupecké počty). Ze 45 úkolů správně 29, zlepšení o 11. Velké zlepšení v orientaci v čase, kalendáři. Použit reálný kalendář a hodiny, což klientce hodně pomohlo.

## **HODNOCENÍ**

Paní VB byla nejnáročnějším vzorkem výzkumu na kterém lze prokazatelně ukázat, že i přes velkou nechuť dělat cokoliv jiného, než dívat se na televizi, se zlepšila. U paní VB je velikým problémem lenivost. Myslím si, že se do tohoto stavu dostala až v domově, protože do svých sedmdesáti let pracovala. Nejtěžší na práci s klientkou pro mě byla její nechuť k úkolům. Do všech úkolů jsem paní VB musela trochu přemlouvat a dobře motivovat. Ke konci lekcí jsem pozorovala čím dál větší chuť ke cvičením. Myslím si, že kdybychom pokračovali dále, bude jí bavit víc cvičení a možná by začala plnit i ta, co na začátku odmítla. Zlepšení jsem zpozorovala v oblasti oromotoriky. Dále také ve funkcionální komunikaci, kde se zlepšila orientace v čase, kalendáři a penězích. Nutné

bylo využít reálné předměty a ne fotografie, které v souboru jsou. U těžkých úkolů se rychle vzdala a nechtěla je dál dělat, což také bránilo většímu zlepšení.



## **Průběh cvičení – paní IP**

S paní IP jsem cvičila nejvíc ze všech klientů. A to proto, že zvládla jen pár cvičení z celé lekce. O to víc jsem se snažila za klientkou docházet, abychom zlepšili, co se dalo. Cvičení probíhala většinou 3x týdně po dobu čtyř týdnů. Jeden týden jsme necvičili, protože jsem byla jako vedoucí na dětském táboře.

### **PRVNÍ LEKCE**

- 1. Masáž obličeje** a míčkování jsem provedla já
- 2. Oromotorická cvičení.** Klientka zvládla pouze 6 úkonů z 16. Největší problém byl s pochopením zadání. Nepomohl obrázek ani mé předvedení.
- 3. Cvičení na zlepšení funkce měkkého patra.** Klientka zvládla foukat do větrníku a pít slámkou, nic víc. Ale měkké patro vypadá, že je v normě.
- 4. Cvičení na dýchání a dýchání při fonaci.** Neprovedeno.
- 5. Cvičení na fonaci.** Neprovedeno.
- 6. Cvičení na zlepšení artikulace a srozumitelnosti.** Neprovedeno.
- 7. Přesná artikulace samohlásek a souhlásek.** Neprovedeno.
- 8. Cvičení na prozodii.** Neprovedeno.
- 9. Diagnostika alexie – fotografie + věty.** Neprovedeno.
- 10. Diagnostika alexie – doplňování vět.** Neprovedeno.
- 11. Diagnostika alexie – pokyn a hybná reakce.** Neprovedeno.
- 12. Diagnostika alexie – pochopení textu.** Neprovedeno.
- 13. Trénink funkcionální komunikace**
  - I. soubor** (jméno, adresu, pozdrav, poděkování, prosbu a přání). Neprovedeno.
  - II. soubor** (cvičení na schopnost zavolat o pomoc, reagovat na komunikační podněty s cizími lidmi, iniciace komunikace). Neprovedeno.
  - III. soubor** (piktogramy, pochopení psaného vzkazu, správné postupy, napsání textu nebo návodu, vyplnění dotazníku). Neprovedeno.
  - IV. soubor** (orientace v čase, kalendáři, jízdním řádu, programu, čísla, platby a kupecké počty). Neprovedeno.

## POSLEDNÍ LEKCE (DVANÁCTÁ)

1. **Masáž obličeje** se klientka naučila sama s obrázkovým materiálem.
2. **Oromotorická cvičení** – zvládá všech 16. Stále potřeba podpořit obrázkovým materiálem a sledováním mého obličeje. Pohyby jsou o mnoho rychlejší než na první lekci.
3. **Cvičení na zlepšení funkce měkkého patra** jsou bez problému.
7. **Přesná artikulace samohlásek a souhlásek.** Samohlásky izolovaně vysloví. Ve slabikách je vyslovení těžší a slova nezvládá. Výslovnost hlásek V, L, C, S, Z, T, D, N, K, G, H, CH, R, Ř je v normě. U hlásek Č, Š, Ž, Ť, Ď, Ň je výslovnost horší. Nejlepší výslovnost byla izolovaně. Ve slabikách to šlo pouze u V, D, K. Na vyvození hlásky potřeba hodně času.

## HODNOCENÍ

Paní IP udělala veliký pokrok. Na první lekci se povedla pouze masáž a pár oromotorických cvičení. Na poslední dvanácté lekci jsme již vyvozovali hlásky. Personál domova tvrdí, že paní IP s nimi mluví, když pochopí otázku. Se mnou však ani jednou nepromluvila, jediné, co mi řekla, bylo dobrý den. Na pokyny ze začátku reagovala velmi pomalu a často pokyn nepochopila. Ke konci bylo postupně vidět, jak začíná pokyny chápat. Pohyby byly přesnější a výslovnost hlásek se postupně zlepšovala.

## Průběh cvičení – paní ZV

### PRVNÍ LEKCE

1. **Masáž obličeje** zvládla sama bez problémů, instrukcím rozuměla. Míčkování jsem dělala já. To bylo klientce nepříjemné, proto dále neděláno.
2. **Oromotorická cvičení** zvládnuta bez větších problémů. Pohyby byly pomalejší, ale přesné.
3. **Cvičení na zlepšení funkce měkkého patra** bez problému.
4. **Cvičení na dýchání a dýchání při fonaci** zvládla bez větších problémů. Báseň a píseň nechtěla dělat, styděla se. Dechová výdrž byla slabší. Klientka nevydržela 20 sekund pouze 10.
5. **Cvičení na fonaci** bez problémů.
6. **Cvičení na zlepšení artikulace a srozumitelnosti** byla pro klientku náročná v oblasti dechové výdrže. Při plnění úkolů měla výrazně pomalé tempo.
7. **Přesná artikulace samohlásek a souhlásek** v normě.
8. **Cvičení na prozodii.** Cvičení byla pro klientku náročnější v oblasti přečtení věty s danou emocí. Věty sama nečetla, protože má zhoršený zrak a je bez brýlové korekce.
9. **Diagnostika alexie – fotografie + věty.** Opět ovlivněno tím, že klientka má zhoršený zrak. Pomocí lupy viděla 3 obrázky. Zbytek nerozeznala.
10. **Diagnostika alexie – doplňování vět.** Doplňování vět probíhalo tak, že jsem je četla já a klientka měla na výběr co doplnit. Z 10 měla správně 6.
11. **Diagnostika alexie – pokyn a hybná reakce.** Klientce jsem pokyny četla já, všechny provedla správně.
12. **Diagnostika alexie – pochopení textu.** Nepochopila zadání a neprovedla.
13. **Trénink funkcionální komunikace**
  - I. **soubor** (jméno, adresu, pozdrav, poděkování, prosbu a přání). Z 33 úkolů splněno 11. Klientka úkoly, kde se mělo psát, dělala slovně. Ne vždy správně. Náročné pro ni bylo pochopit složité úkoly. Hodně chybovala v doplňování vynechaných slov. Dlouhé texty nebyla schopna pochopit a zapamatovat, co má dělat.

- II. soubor** (cvičení na schopnost zavolat o pomoc, reagovat na komunikační podněty s cizími lidmi, iniciace komunikace). Z 20 úkolů splněno 5. Důležitá telefonní čísla si moc nepamatovala. Většina splněných úkolů byla díky velké dopomoci.
- III. soubor** (piktogramy, pochopení psaného vzkazu, správné postupy, napsání textu nebo návodu, vyplnění dotazníku). Neděláno kvůli zraku.
- IV. soubor** (orientace v čase, kalendáři, jízdním řádu, programu, čísla, platby a kupecké počty). Ze 45 úkolů splněno 10. Orientace v čase, kalendáři, jízdních řádech a televizním programu nulová. Reálné peníze pozná. Početní úkony klientce činily problém.

## POSLEDNÍ LEKCE (OSMÁ)

1. **Masáž obličeje** provedena bez problému klientkou. Masáž byla oblíbenou činností klientky.
2. **Oromotorická cvičení** už od první lekce prováděny dobře. Pohyby se zrychlily.
3. **Cvičení na zlepšení funkce měkkého patra** bez problému.
4. **Cvičení na dýchání a dýchání při fonaci.** Báseň a píseň nikdy nedělána. Dechová výdrž se zlepšila o 2 sekundy.
5. **Cvičení na fonaci** bez problému.
6. **Cvičení na zlepšení artikulace a srozumitelnosti.** Tempo rychlejší, ale stále problém s dechem.
7. **Přesná artikulace samohlásek a souhlásek** v normě.
8. **Cvičení na prozodii.** Důraz ve větě se klientka naučila. Vyjádření emocí ve větě také. Toto cvičení klientku bavilo nejvíce. Připadala si jako herečka.
9. **Diagnostika alexie – fotografie + věty.** Neděláno kvůli zraku.
10. **Diagnostika alexie – doplňování vět.** Doplnění do vět se zlepšilo, z deseti správně osm.
11. **Diagnostika alexie – pokyn a hybná reakce** bez problému.
12. **Diagnostika alexie – pochopení textu.** Text nutné přečíst po částech. Každou část si zhodnotit, co se tam stalo. Poté klientka odpoví na otázky správně.
13. **Trénink funkcionální komunikace**

- I. soubor** (jméno, adresu, pozdrav, poděkování, prosbu a přání). Z 33 úkolů splněno 20, zlepšení o 9. Klientka si rozšířila slovní zásobu pozdravů. Naučila se, jak koho oslovovat. Zlepšilo se doplňování vynechaných slov.
- II. soubor** (cvičení na schopnost zavolat o pomoc, reagovat na komunikační podněty s cizími lidmi, iniciace komunikace). Z 20 úkolů splněno 10, zlepšení o 5. Důležitá telefonní čísla si klientka dobře zapamatovala a zlepšila se v reakcích na krizové situace.
- III. soubor** (piktogramy, pochopení psaného vzkazu, správné postupy, napsání textu nebo návodu, vyplnění dotazníku). Neděláno kvůli zraku.
- IV. soubor** (orientace v čase, kalendáři, jízdním řádu, programu, čísla, platby a kupecké počty). Ze 45 úkolů splněno 20, zlepšení o 10. Klientka se hodně zlepšila v orientaci v čase a kalendáři. Pomohlo použití reálných hodin a kalendáře. Počty se také zlepšily a klientka si byla jistější.

## HODNOCENÍ

Paní ZV byla velmi trpělivá a dobře spolupracovala. Většina cvičení jí hodně bavila a chtěla se zlepšovat. Hodně jí motivovala pochvala a možnost si po cvičení povídat o jejím osobním životě. Zlepšení se projevilo nejvíce ve funkcionální komunikaci. Hlavně v orientaci v čase, kalendáři a při práci s penězi. Klientka si během cvičení viditelně rozšířila aktivní slovní zásobu.

## SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ

Výzkumný vzorek klientů domova pro seniory byl velmi různorodý. Každý klient měl jiná zdravotní znevýhodnění, což bylo pro výzkum přínosné. Závěry šetření přinesly jednoznačně kladné výsledky. U všech klientů došlo k výraznému zlepšení komunikačních schopností, u každého klienta v jiné oblasti. Všichni čtyři klienti bez paní IP si rozšířili slovní zásobu a navýšil se mluvní apetit. Velké pokroky byly viditelné v oromotorické oblasti, která se zlepšila u všech klientů. Dále se zlepšila orientace v čase. Klienti věděli, co je za den a lépe se orientovali v pojmech jako dopoledne, odpoledne, ráno a večer. Paní IP došla k velkému pokroku ve vyvozování hlásek a v oromotorické oblasti. Tato změna se

hodně promítla při příjmu potravy. Výsledkem šetření je fakt, že u všech klientů tréninkem komunikačních schopností dochází ke zlepšení. A proto by tato cvičení neměla být vynechána z programu v domovech pro seniory.

## 5 Diskuze

Empirická část této práce zahrnuje případové studie vybraných pěti klientů z domova pro seniory v Královéhradeckém kraji. Tito klienti byli vybráni pracovníky domova. Všichni se výzkumu účastnili dobrovolně a podepsali informované souhlasy, ve kterých byli seznámeni s cílem práce a spoluprací. Jednalo se o dva muže a tři ženy různého věku a s odlišnými zdravotními problémy. Cílem této diplomové práce bylo ukázat problematiku v komunikaci seniorů a možnou podporu v domově pro seniory. Cílem výzkumu bylo analyzovat poskytování logopedické péče seniorům v pobytových zařízeních. Za dílčí cíle bylo stanoveno: zjistit, zda dojde na základě logopedické intervence k posunu v komunikaci seniora; zjistit, zda může pomoci podpora komunikace ze strany zaměstnanců domova ve spolupráci s odborníkem.

Hlavní cíl výzkumu měl být zjištěn rozesláním dotazníků po domovech pro seniory v Královéhradeckém kraji. Po rozhovoru s paní ředitelkou domova pro seniory, ve kterém výzkum probíhal, bylo zjištěno, že domovy nejsou nijak zavázány poskytovat logopedickou péči klientům. Toto tvrzení se dalo snadno potvrdit analýzou zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. V tomto zákoně není nikde mezi službami zmíněna logopedická péče. Proto logopedi nebývají zaměstnáni v domovech pro seniory. Hlavním důvodem toho, že v domovech nepracují logopedi je to, že na tyto služby není dostatek financí ze strany státu. Tento cíl přinesl zjištění, že poskytování logopedické intervence v domovech pro seniory neprobíhá a těmto klientům není věnována žádná péče v této oblasti. I když si zaměstnanci domova uvědomují, že je to velmi potřebné a důležité.

Jedním z dílčích cílů bylo zjistit, zda dojde na základě logopedické intervence k posunu v komunikaci seniora. Pro zjištění byly použity volně dostupné materiály z internetových stránek Fakultní nemocnice Bohunice Brno. Tyto materiály jsou vhodným příkladem, jak postupovat při práci s klienty v oblasti logopedie. Cvičení probíhalo s klienty různě dle časových možností a s ohledem na aktuální zdravotní stav klientů. K posunu komunikačních schopností došlo u všech klientů domova, kteří byli pro výzkum vybráni. A tím považují cíl za splněný. Tuto skutečnost potvrzuje popis první a poslední lekce s klienty, jenž dokazuje, že se v některých oblastech zlepšení projevilo. Nejčastěji

bylo zřejmé zlepšení v oblasti oromotoriky, orientaci v čase, rozvoji slovní zásoby a zvýšení mluvního apetitu.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda může pomoci podpora komunikace ze strany zaměstnanců domova ve spolupráci s odborníkem. Tento cíl plynule navazuje na cíl předchozí. Jelikož cvičení pro rozvoj komunikace probíhala v rámci šetření této diplomové práce, prováděla jsem ho já, jako studentka logopedie a ne jako odborník v oboru, po konzultaci s odborným logopedem – vedoucí práce. Lze konstatovat, že tuto činnost mohou provádět zaměstnanci domova pro seniory sami, po proškolení zkušeného logopeda. Tento cíl považuji za naplněný.

Třetím dílčím cílem bylo vypracování případových studií klientů, kteří se výzkumného šetření zúčastnili. Případové studie přináší velmi podrobné informace o klientovi a jeho aktuálním zdravotním stavu, aby poskytly komplexní pohled na klienta.

Z výsledků je možné vyčíst, že cíl diplomové práce byl naplněn. Jedinou nevýhodou výzkumu je malý výzkumný vzorek klientů. I přes tuto skutečnost byl výzkum přínosný a vyplývá z něho několik doporučení pro praxi.

## **5.1 Doporučení pro praxi**

Ve třetí kapitole této práce jsou zmíněna fakta, že lidská populace stárne a přibývá osob v době senia. Je to způsobeno dobrou zdravotní péčí a prodlužováním délky života. Proto považuji za důležité poskytovat péči těmto osobám. Každý z nás chce vyjádřit svoje potřeby, přání i trápení. Což platí i o lidech, kteří jsou klienty domovů pro seniory. Ti to mají často zhoršené kvůli svému zdravotnímu stavu, a proto bychom měli jejich komunikační schopnost neustále procvičovat a zlepšovat, aby stoupala kvalita jejich života.

Výsledky práce přinesly několik doporučení pro praxi, které by mohly přispět ke zlepšení logopedické intervence u seniorů v pobytových zařízeních. Doporučení vyplývající z výzkumu jsou:

1. Odborná školení pro pracovníky domova seniorů od klinických logopedů. Sociální pracovníci a zdravotní sestry by mohli pod supervizí klinického logopeda procvičovat komunikační schopnosti. Logoped by pracovníky proškolil a byl nápomocen při řešení těžších případů.



2. Pomoc ze strany studentů. Pokud by domovy měly zájem poskytovat tuto službu klientům, byla by zde možnost oslovit studenty a studentky logopedie. Přínos by byl oboustranný. Domovy by měly zajištěnou logopedickou intervenci a pro studenty by to byla přínosná praxe.
3. Zajištění klinického logopeda rodinou seniora. Financování by bylo na straně rodiny a klinický logoped by docházel za seniorem do domova.
4. Zajištění studentů logopedie rodinou seniora. Stejně jako v předchozím případě. Tady by musela být poskytnuta nějaká úplata pro studenta ze strany rodiny.

## **Závěr**

Tato diplomová práce se zaměřuje na problematiku logopedické intervence u seniorů v pobytových zařízeních. Práce je rozdělena do dvou částí. První část je teoretická a obsahuje tři kapitoly. V první kapitole je popsána sekundárně narušená komunikační schopnost. Do této problematiky spadají vady řeči jako dysartrie, afázie a porucha polykání neboli dysfagie. Ve druhé kapitole jsou popsány nemoci, které provází osoby vyššího věku. Jedná se o demenci, Alzheimerovu nemoc a Parkinsonovu chorobu. Tyto nemoci jsou nejčastější u osob v seniu a mají značný vliv na komunikační schopnost. Ve třetí kapitole je vymezen pojem stáří, kvalita života seniorů v oblasti komunikace. A také zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který zajišťuje pobytové služby pro seniory. Čtvrtá kapitola obsahuje empirický, speciálně pedagogický výzkum. Výzkum je kvalitativního charakteru. Byly použity metody pozorování, analýza dokumentů, rozhovory s pracovníky domova a přímá práce s klienty.

Hlavním cílem diplomové práce je ukázat problematiku v komunikaci seniorů a možnou podporu v domově pro seniory. Proto byl stanoven tento cíl výzkumu – analyzovat logopedickou intervenci u seniorů v pobytových zařízeních v Královéhradeckém kraji. Za dílčí cíle bylo stanoveno: zjistit, zda dojde na základě logopedické intervence k posunu v komunikaci seniora; zjistit, zda může pomoci podpora komunikace ze strany zaměstnanců domova ve spolupráci s odborníkem; zpracování případových studií.

Výzkum přinesl jednoznačné výsledky. V domovech pro seniory není realizována žádná logopedická intervence. Hlavní příčinou je nedostatek financí a také to, že zde není nic, co by logopedickou péči nařizovalo. První dílčí cíl byl splněn přímou prací s klienty domova. S klienty byla procvičována rozsáhlá oblast, která zlepšila jejich komunikační schopnosti. Nejvíce byla zlepšena oromotorika a orientace v čase. Dále si klienti rozšířili slovní zásobu a stoupl jejich mluvní apetit. Druhý dílčí cíl byl splněn tím, že výzkum prováděla studentka logopedie pod dohledem zkušeného logopeda – vedoucí práce. Proto lze konstatovat, že tuto činnost mohou zvládnout pracovníci domova sami se supervizí klinického logopeda.

Cíle diplomové práce byly naplněny a jsou přínosné pro speciálně pedagogickou praxi. Práce se dotýká stále aktuálnějšího tématu stárnoucí populace, a proto musí být

logopedická péče věnována i osobám ve vyšším věku, aby mohli stále vyjadřovat svá přání, potřeby a v neposlední řadě komunikovat s rodinou a okolím.

## Seznam použitých informačních zdrojů

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.

BONNET, Anne-Marie a Thierry HERGUETA. *Parkinsonova choroba: rady pro nemocné a jejich blízké*. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0155-7.

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 80-736-7081-X.

CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.

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

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, [2014]. ISBN 978-80-247-5439-0.

HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 2014. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.

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

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

- JESENSKÝ, Ján. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-718-4823-9.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, c2004. ISBN 80-726-2268-4.
- KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2835-3.
- KIML, Josef. *Afasie a reedukace řeči: foniatrická studie*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1969.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1110-2.
- KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-716-9615-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- KULIŠŤÁK, Petr. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3068-7.
- KULIŠŤÁK, Petr, Helena LEHEČKOVÁ, Milada MIMROVÁ a Jaroslava NEBUDOVÁ. *Afázie*. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-858-7538-1.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. Psyché (Grada). ISBN 80-716-9195-X.
- LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitorium: teoretické východiska súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1987. ISBN 80-08-00447-9.
- LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.

- LINHART, Jiří. *Slovník cizích slov pro nové století: základní měnové jednotky : abecední seznam chemických prvků : jazykovědné pojmy : 30 000 hesel*. Litvínov: Dialog, 2002. ISBN 80-858-4361-7.
- LOVE, Russell J. a Wanda G. WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.
- MACE, Nancy L. a Peter V. RABINS. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-583-2.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
- MANDYSOVÁ, Petra a Jana ŠKVRŇÁKOVÁ. *Diagnostika poruch polykání z pohledu sestry*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0158-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- NEUBAUER, Karel. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-.
- NEUBAUER, Karel. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.
- NEUBAUER, Karel a Silvia DOBIAS. *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-518-9.
- NEUBAUER, Karel a Tereza SKÁKALOVÁ. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-640-7.
- PACOVCKÝ, Vladimír a Hana HEŘMANOVÁ. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981.
- PACOVSKÝ, Vladimír. *Proti věku není léku?: úvahy o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-486-1.
- PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.

- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
- PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
- REKTOROVÁ, Irena. *Kognitivní poruchy a demence*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7387-017-1.
- ROUBÍČKOVÁ, Jaroslava. *Test 3F: dysartrický profil*. 3., dopl. a přeprac. vyd., (V nakl. Galén 1.). Praha: Galén, c2011. ISBN ISBN:978-80-726-2714-1.
- RŮŽIČKA, Evžen a Ivan REKTOR. *Parkinsonova nemoc: doporučené postupy diagnostiky a léčby - časné stadium*. Praha: Galén, c2004. ISBN 80-7262-298-6.
- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.
- SOVÁK, Miloš. *Logopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8546-6.
- TEDLA, Miroslav, CHROBOK, Viktor, ed. *Poruchy polykání: Poruchy prehltania*. Havlíčkův Brod: Tobiaš, 2009. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-105-2.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
- ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.
- Stáří. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2019-02-07]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/St%C3%A1%C5%99%C3%AD>

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018. 2., opravené vydání. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.*

*Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.* [online]. [cit. 2019-02-11]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon\\_o\\_socialnich\\_sluzbach-stav\\_k\\_1.\\_10.\\_2017.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1._10._2017.pdf)

*Vyhláška 505/2006: kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách* [online]. [cit. 2019-02-11]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/vyhlaska\\_505-2006.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/vyhlaska_505-2006.pdf)

Materiál Fakultní nemocnice Brno Bohunice <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/neurologicka-klinika/pracoviste-klinicke-logopedie/t4555>