

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra Speciální pedagogiky

Bakalářská práce

Poruchy komunikace u lidí s demencí

Communication disorders regarding people with dementia

Zuzana Kopecká

Vedoucí práce: **doc. Paedr. Jiřina Klenková Ph.D.**

Studijní program: **B SPPG (7506R002)**

Studijní obor: **Speciální pedagogika (B7506)**

Rok odevzdání: **2015**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Poruchy komunikace u lidí s demencí vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně, za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

V Praze dne 2. dubna 2015

.....

Zuzana Kopecká

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní Doc. PaedDr. Jiřině Klenkové za její vedení, věcné a cenné rady, připomínky a trpělivost. Za vstřícnost děkuji též mé přítelkyni a pracovníci respitní služby.

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na dlouhodobou analýzu komunikačních schopností osoby s demencí. Cílem je zjistit, jaké poruchy řeči a jazyka se vyskytly u zkoumaného vzorku a jaký vliv měly na složky a jazykové roviny řeči postiženého. Práce též zkoumá vliv rodiny a prostředí s cílem, zda lze ovlivnit komunikační schopnosti člověka s demencí a zda hereditární vlivy ovlivňují vznik onemocnění.

Práce je členěná na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se zabývá etiologií, diagnostickými kritérii, epidemiologií, symptomy demencí a jejich vlivu na řeč a komunikaci. Dále analyzuje druhy komunikace, řeč a jejich poruchy. V praktické části je použitý dlouhodobý kvalitativní výzkum formou kazuistiky. V práci byly použité výzkumné metody, studium a analýza odborné literatury, analýza odborné dokumentace, přímé pozorování a osobní kontakt s člověkem s demencí, rozhovor s pracovníkem respitní služby a rozhovor s pečujícím.

Klíčová slova: demence, komunikace, řeč, poruchy řeči

Annotation

This BA thesis focuses on long-term analysis of communication abilities in a dementia-suffering patient. It seeks to determine what disruptions of speech and language occurred and how they influenced individual levels and aspects of the patient's language. It also examines the influence of family and environment to ascertain whether it is possible to ameliorate communication abilities of dementia-suffering patients and whether heredity affects the disease's development.

The thesis consists of two parts, theoretical and empirical. The former is concerned with etiology, diagnostic criteria, epidemiology, the symptoms of different types of dementia and their impact on speech and communication; it further provides an analysis of different types of communication and speech, as well as of their disruptions. The empirical part is based on qualitative case-study. The thesis rests on different research methods, survey and analysis of scientific literature, analysis of medical records, direct observation of and

personal contact with a dementia-suffering person, an interview with a respite care worker and an interview with the patient's carer.

Keywords: dementia, communication, speech, language disorder

Obsah

1 Úvod	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
2 Vymezení problematiky demence.....	9
2.1 Vymezení pojmu	9
2.2 Etiologie a diagnostika demence	10
2.3 Epidemiologie demencí – demografie a statistika.....	11
3 Druhy demencí.....	12
3.1 Alzheimerova choroba.....	12
3.3 Demence u Parkinsonovy choroby.....	15
3.4 Frontotemporální lobální demence, Huntigtonova choroba a smíšená demence...	16
4 Komunikace, řeč a jazyk	19
4.1 Komunikace a její narušení.....	19
4.2 Afázie.....	20
4.3 Dysartrie (anartrie)	21
4.4 Komunikace s člověkem se syndromem demence	23
PRAKTICKÁ ČÁST	26
5 Dlouhodobá analýza komunikačních schopností člověka postiženého demencí	26
5.1 Výzkumy a metodologie	26
5.2 Vlastní výzkumné šetření.....	26
5.2.1 <i>Kazuistika klienta</i>	26
5.2.2 <i>Osobní kontakt s klientem</i>	29
5.2.3 <i>Rozhovor s rodinným příslušníkem</i>	36
5.2.4 <i>Rozhovor s pracovníkem respitní služby</i>	40
5.3 Výsledky šetření, diskuse.....	42

6 Závěr	45
7 Zdroje.....	46
Knižní zdroje.....	46
Další zdroje	47

1 Úvod

V naší populaci převládá názor, že zapomínat ve vyšším věku je normální, že to patří k životu a hlavně ke stáří. Převážná část lidí s demencí není adekvátně léčena a mnozí z nich o své chorobě ani nevědí. Jedná se většinou o lidi, kteří žijí sami, nebo rodina, ani příbuzný o ně nejeví žádný zájem. Je to samozřejmě dané i současným způsobem života. Život se zrychlil, nezbývá dostatek času na vlastní děti, natož na své stárnoucí rodiče. Často je demence velmi pozdě diagnostikovaná. V pokročilých fázích onemocnění se postižený člověk stává rychle plně závislý na svém okolí, rodině, nebo končí ve specializovaných zařízeních, nebo na uzavřených psychiatrických odděleních. Léčba je pak již velmi málo účinná. Jako velký problém, právě u tohoto onemocnění vidím to, že již v poměrně časných stádiích onemocnění dochází k poruchám řeči a vyslovování, vlivem ubývajících kognitivních funkcí a s postupnou lézí mozkových center i poškození jemné motoriky, především mluvidel a dechových funkcí. Lidé pak, i kdyby chtěli, nedokážou a v mnoha případech, je pravda, že ani nechtějí, své problémy lékaři sdělit. Mnoho takto postižených lidí se za své potíže stydí, nebo právě z malé informovanosti je považují za projevy stáří. Často si problémů ve funkčních rodinách všimnou právě příbuzný. Včasná diagnostika onemocnění a zahájení speciálně pedagogické péče, je velmi důležitá, protože tím se oddálí stavy plné závislosti a čtyřicetihodinová péče o nemocného. V mnoha případech doba závislosti přesahuje i mnoho let. Jako sekundární problém vidím rozpad rodin, které se pokusily o svého příbuzného postarat. V mnoha případech i sami pečující končí v péči lékařů z důvodu totálního fyzického a psychického vyčerpání.

Výzkumné šetření je zaměřeno na poruchy jazyka a řeči u osoby s demencí, s cílem analyzovat problematiku komunikačních schopností a vliv speciálně pedagogické péče, poskytované rodinou. Výzkumné šetření je zpracováno formou kvalitativního výzkumu a členěno na teoretickou a empirickou část.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Vymezení problematiky demence

2.1 Vymezení pojmu

- **Demence** vzniká v důsledku poškození mozku samotného, je důsledkem poškození mozkové tkáně. Tento stav je reverzibilní, to je nevratný. Demence není součástí stárnutí, ale je vždy důsledkem nemoci. Je nutné zdůraznit, že tzv. stařecká demence neexistuje. Jedná se vždy o onemocnění, které častěji přichází právě u starších lidí (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2003).

- **Demence** jsou poruchy, u kterých dochází ke zdatnému snížení úrovně paměti a dalších kognitivních, čili poznávacích funkcí. Tyto funkce běžně zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím a cílené chování. Mezi tyto funkce patří kromě paměti též pozornost, vnímání, schopnost tvorby řeči a schopnost porozumět řeči (Jirák, a kol., 2009).

- **Praktický slovník medicíny** uvádí, že demence je chronický, trvalý úbytek duševních funkcí a schopností (Vokurka, 2008).

- **Demence** je získaná mentální retardace. Jedná se o proces zastavení či rozpadu (regrese) normálního mentálního vývoje, po druhém roce života. Její příčinou bývá porucha, nemoc, či úraz mozku, konkrétně: zánět mozku, zánět mozkových blan, nádory na mozku, duševní poruchy, poruchy metabolismu, intoxikace aj. V porovnání s mentální retardací vrozenou, nepostihuje všechny složky psychiky a osobnosti naráz. Existují dva základní druhy demencí: dětská a stařecká (Pipeková, 2006).

- **Dle mezinárodní statistické klasifikace nemocí** a přidružených zdravotních problémů je demence syndrom způsobený onemocněním mozku, obvykle chronické, nebo progresivní povahy, při které dochází k porušení řady vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení orientace, rozpoznávání, počítání jazykové schopnosti, učení dovednostem a úsudek. Vědomí není porušeno, většinou je přidružena porucha chápání, někdy předchází porucha emoční kontroly, sociálního chování, nebo motivace (Línek, 2006).

Diagnostická kritéria pro rozpoznání demence je vývoj mnohočetných kognitivních poruch projevujících se současně poruchou paměti a alespoň jednou z následujících poruch. **Afázie** - ztráta symbolické funkce řeči, vztahující se k chápání a vyjadřování myšlenek, prostřednictvím slov. **Agnózie** – neschopnost rozpoznávat, nebo identifikovat věci, navzdory neporušeným senzoryckým funkcím. **Apraxie** - neschopnost provádět motorické aktivity, navzdory neporušeným motorickým funkcím. Narušení exekutivních (výkonných) funkcí-např. plánování, organizování, následnosti, abstrakce. 2. Tyto poruchy jsou příčinou postižení sociálních funkcí, nebo výkonu v zaměstnání a představují výrazný pokles z předchozí úrovně 3. Průběh je charakteristický pozvolným nástupem a pomalou progresí obtíží.

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 určuje obecná kritéria pro demenci na průkaznosti dvou kritérií.

- ***pokles paměti*** (nejnápadnější při učení se novým informacím, v těžších případech může být postiženo i vybavení již dříve naučeného).

- ***pokles dalších kognitivních schopností*** (úsudek, myšlení (plánování, organizování), vhodná je objektivní anamnéza od jiné osoby a kvantifikované zhodnocení neuropsychologickým vyšetřením.

Je zachovalé povědomí o prostředí (je vyloučena porucha vědomí a delirium).

Úbytek emoční kontroly, nebo motivace, nebo změna v sociálním chování se projevují alespoň jedním z následujících příznaků, emoční labilita, podrážděnost, apatie, obhroublost ve společenském vystupování (Hudeček, Sheardová, Hort, 2012).

Všechny definice se shodují v tom, že demence je získané poškození mozku, které se projevuje specifickými symptomy, především úbytkem kognitivních funkcí, neschopností provádět běžné činnosti a poznávat běžné předměty bez porušení motorických a senzoryckých funkcí a poruchami chování a osobnosti.

2.2 Etiologie a diagnostika demence

Demence jsou řazeny mezi organická mozková onemocnění. U většiny z nich je organická komponenta naprosto evidentní. Existují však také demence, které jsou plně reverzibilní, u těch je etiologie např. primárně intoxikační, infekční a demence při metabolických poruchách, které jsou reverzibilní. Organické a symptomatické faktory se však navzájem

ovlivňují a někdy i ovlivňují, takže nelze určit přesnou hranici mezi organicky a symptomaticky podmíněnými chorobami. **Demence se diagnostikuje** především na základě klinického obrazu (poruchy paměti, řeči, orientace, změny chování, osobnosti, nálady, další příznaky jako poruchy abstrakce, plánování činností, poruchy počítání atd.) a objektivních údajů od blízké osoby (začátek onemocnění, vývoj poruchy, schopnost sebeobsluhy, prodělaná onemocnění, užívané léky atd.). Diferenciálně diagnosticky se musí odlišit delirium, depresi, mírnou kognitivní poruchu, mentální retardaci, postpsychotické reziduum a normální stárnutí. V diagnostice a diferenciální diagnostice demence pomáhají screeningové diagnostické škály (např. MMSE a Test hodin), popř. psychologické vyšetření. Při určování **typu demence** je potřeba rozpoznat reverzibilní demenci s léčitelnou příčinou (asi 13 % všech demencí, pouze v 1 % případů demence však dochází po léčbě k úplné úpravě kognitivních funkcí), (Eastley, Wilcock, 2000). Při zjišťování *etiopatogeneze* (je souborem příčin a mechanismů, které vedou ke vzniku a rozvoji nemoci) demence, případně diagnostice onemocnění, která mohou demenci komplikovat, se používají běžná vyšetření EKG, rentgen plic, laboratorní vyšetření, EEG, často se indikuje zobrazovací vyšetření mozku počítačovou tomografií či magnetickou rezonancí. V rozlišení jednotlivých typů demence může být nápomocné vyšetření perfúze, neboli prokrvení mozku, pomocí jednofotonové emisní počítačové tomografie SPECT. **Stupeň demence** mírná, středně těžká, těžká, se stanovuje na základě klinického obrazu a porovnáním s diagnostickými kritérii MKN – 10 a výsledků posuzovacích škál. Nejčastěji se používá kombinace škály Mini Mental State Examination – MMSE a Testu hodin (příklad: „Nakreslete ciferník hodin se všemi číslicemi a ručičky nastavte na 11 hodin a 10 minut“). V případě nejasností nebo potřebě přesnějšího zhodnocení charakteru a závažnosti postižení se doplňuje neuropsychologické vyšetření.

2.3 Epidemiologie demencí – demografie a statistika

Demence se vyskytují převážně ve vyšším věku a jejich výskyt s věkem stoupá. Věk je hlavní rizikový faktor demencí. V ČR je celkový počet lidí s demencí cca 100 000, výskyt činí tedy cca 1% populace. V populaci nad 85 let trpí demencí 30–50% osob. Výskyt demence se bude zvyšovat tak, jak bude stárnout populace v ČR (Hort, Bojar, 2004). Téměř 90 % lidí postižených demencí jsou senioři nad 65 let. Ve věku nad 65 let je demencí postiženo 7 - 10 % populace (každý 10. obyvatel ČR má demenci). Mnoho

případů demence však zůstává lékařsky nediagnostikováno. Ročně přibývá 13 000 až 26 000 nových případů. (<http://www.mpsv.cz/cs/2856>).

3 Druhy demencí

Základní dělení demencí podle etiologie je na demenci primární, tyto vznikají na podkladě atroficko-degenerativního onemocnění mozku a patří mezi ně *Alzheimerova choroba*, *Demence s Lewiho tělísky*, *Demence u Parkinsonovy choroby*, *Frontotemporální lobální demence*, *Huntingtonova nemoc a smíšené demence*. Vaskulární, které vznikají na podkladě poruch mozkových cév, mozkového krevního zásobení a sekundární, takzvané symptomatické demence - mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek.

3.1 Alzheimerova choroba

Alzheimer Alois (1864–1915) Je německý neurolog, který poprvé popsal Alzheimerovu demenci. Zabýval se zejména neurohistologií (byl mimořádně pečlivým laboratorním praktikem) a proslavil se studiem patologie nervového systému. Studoval alkoholické delirium, schizofrenii, epilepsii a syfilitické encefalitidy. Popsal arteriosklerotickou atrofii mozku a později presenilní demenci. Spolupracoval s E. Kraepelinem, který označil nemoc jeho jménem. V r. 1912 byl A. jmenován profesorem neurologie a psychiatrie ve Vratislavi.

Alzheimerova choroba je závažným chronickým progredujícím onemocněním s charakteristickými klinickými i patofyziologickými příznaky. Je to nejčastěji se vyskytující demence vůbec, zastupuje asi 60 % všech demencí. Dělí se na *formu s časným začátkem*, kdy se příznaky objeví před dosažením 65. roku života, je to tak zvaná presenilní forma, a na *formu s pozdním začátkem*, objevení příznaků po 65. roce (Pidrman, 2007).

Příčinou vzniku je pravděpodobně tvorba a ukládání beta-amyloidu, což je chorobně vzniklá bílkovina, která vytváří v prostorech mimo nervové buňky shluky, kolem kterých vzniká degenerativní proces, tak zvané *Alzheimerovské plaky*. Druhá základní neuropatologická změna u Alzheimerovi demence je *degradace tau-proteinu*. Tau-protein je též bílkovina, která je ale obsažena přímo v neuronech (nervových buňkách). Tau-protein se mění na tzv. tangles (neurofibrilární klubka). Ty neurony, které obsahují tyto klubka,

postupně zanikají. Proto, čím více je plaků v určité oblasti mozkové kůry, tím více je tato mozková oblast postižena. V časných stádiích onemocnění je převážně nedostatek neurotransmiteru (přenašeč vzruchů) acetylcholinu. Acetylcholin je významný pro paměť a další poznávací funkce a umožňuje též nervosvalový přenos. (činnost kosterních svalů těla). V dalších stádiích je porušen i neurotransmiter glutamatergní. V důsledku toho je narušena schopnost učení se novým paměťovým obsahům.

Další patologická změna se týká odbourávání volných radikálů. Za normálních podmínek bývá jejich tvorba a odbourávání v rovnováze. U Alzheimerovi demence je proces odbourávání snížen. A tím dochází k poškození buňky vlivem nadměrného vstupu vápníku a vznikem apoptózy (programovaná buněčná smrt). Přestanou se tvořit nové nervové spoje. Předpokládá se též, že u menšího počtu lidí s Alzheimerovou demencí, kde se onemocnění vyskytlo familiárně, může mít toto onemocnění i genetické faktory. Byly prokázány genové mutace na chromozomech 21,14 a 1, což vede ke spuštění tvorby a ukládání chorobné bílkoviny beta-amyloidu.

Jedna z hypotéz říká, že Alzheimerova demence je choroba polygenní. K rozvoji nemoci je třeba genetické podmínění na více místech a je pravděpodobné, že důležitou roli hrají i faktory negenetické (Jiráček, a kol., 2009).

V prodromální stadiu se vyskytují nespecifické příznaky ohlašující příchod nemoci. zapomnětlivost- obtížně odlišitelná od běžné stařecké zapomnětlivosti. *Řeč v tomto stadiu nebývá porušena, ale mohou se již objevit první známky neplynulosti řeči.* **V časném stadiu** zvaném **lehká demence** postižení zapomínají jména členů rodiny a pojmy (anomie), důležitá data a nastává porucha soustředění. *Při řeči dochází k poruše plynulosti řeči a k obtížím s nalézáním a vybavováním slov.* **V intermediárním stadiu** zvaném **střední demence** je výrazně narušena osobnost, úbytek orientace v čase i prostoru, apraxie a zapomínání tváří. *V tomto období je řeč chudá, vzniká afázie a konfabulace (zkreslování myšlenek, vedoucí ke konstrukci smyšlenek).*

V Pozdním stadiu zvaném též **těžká demence** nastává velmi výrazná porucha paměti, neschopnost zapamatovat si nové informace, neschopnost poznat své příbuzné, místo, kde se nachází, inkontinence, poruchy chůze, hybnosti, reflexů.

Řeč je narušená echoláliemi (opakování slov, bez pochopení významu), verbigerací (opakování téhož slova-stereotypie), logoklonií (chorobné opakování konce slov, nebo vět), neologismy (zkomolená slova), a je výrazně porušená komunikace.

3.2 Demence s Lewyho tělísky

Tato nemoc se jmenuje po německém neurologovi a internistovi Fridrichovi Heinrichu Lewym. V roce 1912 Lewym popsal kulovitá tělísky v neuronech lidí trpících Parkinsonovou nemocí. Průměrný počátek nemoci je v 75-80letech.

„*Jde pravděpodobně o druhou nejčastější demenci vedle Alzheimerovi nemoci*“ (Jirák, a kol., s. 29-31).

Často bývá přítomna v kombinované formě s Alzheimerovou demencí, nebo s Parkinsonovou demencí.

Příčiny této demence nejsou zcela známé. Jistou roli hrají genetické faktory, vlivy prostředí i vliv životního stylu. Často se vyskytuje v kombinaci s Alzheimerovou demencí. Klinicky se podobá Alzheimerové demenci, jsou však přítomná i Lewyho tělísky, která jsou typická pro Parkinsonovu chorobu. Demence s Lewyho tělísky se řadí mezi *takzvané alfa-synukleinopatie*.

U této nemoci je postižen mozkový kmen, který je poškozen u Parkinsonovy choroby. Postižení mozkové kůry bývá u Alzheimerovi demence. Příčinou degenerace neuronů jsou bílkoviny alfa-synukleinů, která právě tvoří Lewyho tělísky uvnitř mozkových buněk. Zároveň však dochází i ke sterilním zánětlivým změnám mozkové tkáně. Čistá varianta této demence, téměř neexistuje. Dělíme jí podle množství druhu patologických změn a místa uložení patologických změn na *Parkinsonovu nemoc*, při níž jsou neuropatologické změny uloženy v mozkovém, na *Demenci s Lewyho tělísky* jedná se o parkinsonismus s demencí. Neuropatologické změny jsou uloženy v mozkovém kmeni, v limbické oblasti a Lewyho tělísky jsou difuzně rozšířené v mozkové kůře a na *Multisystémovou atrofii*, kde neuropatologické změny jsou uloženy v mozkovém kmeni, v míše a v symptomatických gangliích.

Demence s Lewyho tělísky je klinicky podobná jak Alzheimerově nemoci, tak i Parkinsonově nemoci a k tomu se přidávají vlastní specifické projevy této demence. Mezi specifický projev patří, **progredující demence**, při které je ve srovnání s Alzheimerovou demencí těžší porucha pozornosti a porucha exekutivních funkcí. (plánování, provádění složitějších aktivit). Poruchy paměti jsou zpočátku nevýrazné. Objevují se **kolísající kognitivní schopnosti**. Jsou pozorovány u 80 % pacientů. **Parkinsonismus** se vyskytuje se v 65-70%. Je vyjádřen třesy, rigiditou (ztuhlostí), bradykinezi (zpomalením pohybů), poruchou jemné motoriky, maskovitou tváří (vymizení

mimiky) a častými pády. **Neuropsychiatrické příznaky** jsou pozorovány u 80 % pacientů s demencí s Lewyho tělísky (u AD jen 26%). Zrakové a sluchové scénické halucinace lidí, dětí a zvířat v životní velikosti. **Senzitivita na neuroleptika**, při které dochází ke zhoršení parkinsonismu i se všemi důsledky. Pády, svalovou ztuhlostí, poruchami vědomí.

3.3 Demence u Parkinsonovy choroby

Parkinsonova choroba byla poprvé popsána roku 1817 londýnským lékařem Jamesem Parkinsonem. Vyznačuje se pohybovou chudostí a zpomaleností společně se svalovou ztuhlostí a třesem končetin. Nemoc je způsobena nedostatečnou tvorbou dopaminu v oblasti mozku zvaném substantia nigra (černé jádro), (Roth, Sekyrová, Růžička, 2005). Etiologie Parkinsonovy choroby není jednoznačně objasněna, hovoří se o multifaktoriálních vlivech (genetická predispozice, vliv životního prostředí a proces stárnutí), (<http://neurologiepropraxi.cz>). Parkinsonova nemoc je neurodegenerativní onemocnění postihující především mozkový kmen a jeho dopaminergní buňky. Bývá často kombinována jak s demencí s Lewyho tělísky, s Alzheimerovou demencí, tak i s vaskulární demencí (Jirák, a kol., 2009). Třes u Parkinsonovy choroby vzniká nedostatkem dopaminu v bazálních gangliích. Transmitter dopamin působí tlumivě. Pokud je ho nedostatek, uplatní se transmitter acetylcholin. Ten působí stimulačně, a proto dochází k narušení pohybových funkcí a to se projevuje klidovým tremorem (Roth, Sekyrová, Růžička, 2005). Dominantní je především porucha exekutivních funkcí. Plánování a provádění složitějších aktivit, deprese, úzkost, záchvaty paniky, monotónní řeč, sehnuté schoulené držení těla a končetin, poruchy spánku, závratě, zácpy, sexuální dysfunkce, zvýšená únavnost, ztráta čichu, ztráta mimiky, mastná kůže a potíže s polykáním, bývají přítomné i poruchy nálad, zrakové a sluchové halucinace a bludy (Jirák, 2009). Paměť je relativně dlouho zachována, spontánní vybavování je naopak horší než u Alzheimerovy demence. (Weiss, Marek, a kol., 2006). *Pacient bývá schopen normální rozumové úvahy, touhy, naděje, prožívání citových vztahů, má reálný náhled na svou osobu i na činy okolí.* (Roth, Sekyrová, Růžička, 2005 s. 181). **Prevalence demence** u pacientů mladších 50 let 0%, kdežto u pacientů starších 80 let je až 69% (Mayeux, 1992). **Řeč** bývá u Parkinsonovy demence často zachovalá. Největší problém nastává v plynulosti řeči a projeví se nejčastěji ztišením hlasu a nedostatečnou melodičností. Rychlost bývá zpomalena, ale může docházet i k překotným verbálním projevům, které vedou k naprosté nesrozumitelnosti. Dochází

k náhlým zárazům v řeči, či k opakování posledních slov, nebo vět. V orální krajině dochází ke ztuhlosti, což vede k poruše koordinace pohybů v této oblasti, k polykacím problémům, případně k salivaci. (nadměrnému odtoku slin z dutiny ústní), (Roth, Sekyrová, Růžička, 2005).

3.4 Frontotemporální lobální demence, Huntigtonova choroba a smíšená demence

Je klinické označení pro skupinu onemocnění, kterou dělíme podle místa poškození na formu frontální a formu temporální. Frontální varianta se též nazývá Pickova choroba a je například od Alzheimerovi demence součástí širšího spektra nemocí, které se projevují progresivními, degenerativními změnami převážně ve frontálních lalocích, s přítomností Pickových tělísek. Pokud se změny objevují i v temporálních oblastech, označujeme je jako Frontotemporální lobární demence tzv. Pickův komplex. Při frontotemporální variantě onemocnění nejsou Pickova tělíska přítomné. Choroba je pojmenována podle českého neurologa a psychiatra Arnolda Picka, který působil v ústavu pro choromyslné v Dobřanech a na psychiatrické klinice v Praze Na Karlově. Pickova tělíska o několik let později popsal Alois Alzheimer. Temporální varianta je vzácnější a na začátku onemocnění se projevuje pouze poruchou řeči. Dělí se na „*sémantickou demenci a na primární progresivní afázi*“ (Jiráček, a kol. 2009, s. 43). Příčina Frontotemporální lobální demence není jasná. Poruchu metabolismu způsobuje ukládání tau-protejnů do neuronů (Jiráček a kol. 2009). Je ale prokázáno, že jistá forma, tak zvané Familiární frontotemporální demence s Parkinsonismem je genově podmíněná. Porucha vzniká na 17. chromozomu s prokázanou mutací genu pro tau-protejn. Všechny varianty onemocnění vznikají do 65 let věku a často bývá pozitivní rodinná anamnéza u prvostupňových příbuzných a svalová slabost (Hort, 2007). Onemocnění má pomalou progresi a plíživý začátek. Mezi hlavní symptomy patří, neschopnost regulovat své neadekvátní chování a nezáměr o společenské aktivity. Vzniká emotivní oploštělost a ztráta náhledu. Mezi podpůrné symptomy patří zanedbávání osobní hygieny, egocentrismus, přejídání se, stereotypní chování.

Řeč bývá telegrafická, stereotypní, (opakování slov, témat, frází), echolálie (opakování dotazu, místo odpovědi), perseverace (opakování vlastních slov, vět). Často vzniká i mutismus, nebo mluvení bez přestávek. Somatické symptomy zahrnují inkontinenci, akinezi (těžkopádnost, špatná mobilita), rigiditu (ztuhlost), tremor (třes) a kolísavý nízký tlak. Sémantická paměť je jednou z deklarativních pamětí. Shromažďuje informace o

vnějším světě. *Sémantická demence* se podobá svými symptomy Wernickově senzorické afázii. To znamená, že člověk nerozumí tomu, co se mu říká. Neumí pojmenovat známé předměty a neví, k čemu slouží. Když se mu ukáže, k čemu předmět slouží, umí ho správně použít. To znamená, že „*Pracovní a epizodická paměť bývají zachovány. Řeč zůstává plynulá a gramaticky správná*“ (Jiráček, a kol. 2009, s. 45). Zachováno je opakování, čtení nahlas, písemný diktát i autobiografická paměť. V pozdějších stádiích onemocnění vznikají též podobné poruchy jako při frontální variantě. Jedná se o poruchy behaviorální a kognitivních funkcí. U *Primární progresivní afázie* (progresivní nonfluentní afázie) je těžce postižená řeč a podobá se expresivní afázii. Řeč je těžkopádná se špatným vybavováním slov a gramatickými chybami. S postupem onemocnění může dojít až k úplné ztrátě schopnosti vyjadřovat se, k mutizmu. Poměrně dlouho bývá zachováno porozumění, kognitivní funkce a schopnost běžných denních aktivit.

Huntingtonova chorea je dědičné autozomálně dominantní onemocnění, které vzniká poruchou na krátkém raménku 4. chromozomu. Huntingtonova choroba byla poprvé popsána roku 1872 americkým lékařem Georgem Huntingtonem. Obvykle vypukne mezi 25. - 45. Rokem, patří mezi tzv. tripletové choroby a je neléčitelná. Jako první bývají v mozku poškozeny bazální ganglia, což vede k poruchám osobnosti v první fázi a k poruchám pohybu v druhé fázi onemocnění. Příznaky dělíme na *neurologické* (trhavé mimovolní pohyby v obličeji, končetinách a trupu a časem se mění v dystonii (kroutivé pomalé, stereotypní pohyby), v konečných stádiích je člověk ztuhlý a nehybný. Příznaky *psychiatrické* (poruchy chování a změna osobnosti předcházejí poruchám hybnosti. *neuropsychologické projevy*, se rozvíjejí s postupem nemoci. Jedná se o deficit v kognitivní oblasti, postupně se rozvíjí dysexekutivní syndrom a mění se psychomotorické tempo. Postupně se stává plně závislý na ostatních. *Klasická forma* začíná mezi 35 - 50. Rokem, jedná se o 90% všech případů. U *juvenilní formy* první příznaky začínají před 20. Rokem a jedná se 50% všech případů a dědí se nejčastěji ze strany otce. *Forma s pozdním začátkem* se vyskytuje po 60. roce a jedná se o 5 % případů (<http://www.huntington.cz/onemoci/huntingtonova-choroba/>). **Smišené demence** jsou velmi časté. Dle studií frekvence neuropatologických změn v postmortální analýze pitevní studie bylo zjištěno, že „čistá demence“ jedné etiologie není běžná. 77% Alzheimerových demencí je spojeno i s vaskulární demencí. 66% demencí s Lewyho tělísky má také Alzheimerovu patologii a

55% lidí s Alzheimerovou demencí má i další patologie. Jen 17% lidí s vaskulární demencí má izolovanou vaskulární patologii (Barker, 2002).

4 Komunikace, řeč a jazyk

4.1 Komunikace a její narušení

Přesné vymezení pojmu **komunikace** (z lat. *communicatio*) není možné. Zahrnuje v sobě aspekty kognitivní, filozofické, sociální, lingvistické i kulturní. Slovo komunikace neboli dorozumívání se vyskytuje i v dalších vědních disciplínách a pojí se s významem slova sdělování, přenos a symbolicky též interakce. Při komunikaci dochází k vzájemné výměně informací mezi jedincem a jeho okolím. Člověk je komunikací ovlivňován a zároveň i ovlivňuje prostředí kolem sebe. Jisté je, že komunikace nenahraditelně ovlivňuje vývoj a rozvoj každého člověka a je prostředkem vzájemných vztahů (Klenková, 2006).

Verbální komunikace je řečová schopnost specifická pro lidské společenství. Řeč je vědomé užívání jazyka. Jazyk je složitý systém znaků a symbolů ve všech jeho formách. Pro optimální verbální komunikaci je potřeba se naučit účinně naslouchat, snažit se mluvit srozumitelně, stručně a jasně. Vytvářet příjemné prostředí a neponižovat sebe ani druhé (Exnerová, 2008). **Neverbální komunikace** (nonverbální, bezeslovní, mimoslovní) je vývojově starší a srozumitelnější nežli komunikace slovní a liší se dle společenského kodexu dané společnosti. Neverbální komunikace může být součástí komunikace slovní, nebo jí může zcela nahradit. K neverbální komunikaci patří, *mimika, optika, posturologie, kinetika, proxemika, gesta a pohledy, způsob chůze a držení těla a oční kontakt* (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Vymezení pojmu řeč a jazyk. Řeč je specificky lidskou schopností. Lidé si pomocí řeči sdělují své pocity, přání a myšlenky (Klenková, 2006). Je to artikulovaný, nejčastěji zvukový projev člověka sloužící především ke vzájemné komunikaci. Jazyk je složitý systém znaků a symbolů ve všech jeho formách.

Narušená komunikační schopnost je: „Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku (Lechta a kol. 2003). V komunikačním procesu rozeznáváme složky **receptivní, centrální a expresivní**. Roviny komunikačního procesu dělíme na **morfologicko – syntaktické** (správnost z hlediska gramatiky a větné skladby). **Lexikálně**

– **sémantické**, (slovní zásoba pasivní i aktivní. **Foneticko – fonologické**, (tvorbou slov a zvuková stránka slov). **Pragmatické** (sociální uplatnění komunikační schopnosti).

Nejčastějšími poruchami komunikace u lidí postižených syndromem demence je **afázie, dysartrie a dysfagie**.

4.2 Afázie

Afázie se u lidí postižených syndromem demence vyskytuje poměrně často. Hlavně v pozdějších stádiích onemocnění. Afázii řadíme k získaným organickým narušením komunikační schopnosti. Afázie vzniká vlivem poškození mozkové kůry (šedé hmoty mozkové) dominantní hemisféry a podkorových oblastí mozku, nejčastěji poškození thalamu a basálních ganglií. Poškození může být *ložiskové* (ohraničené), nebo *difuzní*, (rozptýlené). Dle klinického obrazu se může jednat o cévní mozkovou příhodu, úrazy mozku, nádory mozku, záněty mozku, intoxikaci a **degenerativní onemocnění nervové soustavy**. Vyšší kortikální činnost umožňuje člověku psychickou činnost, řídí a koordinuje vnitřní funkce organismu a umožňuje komunikaci s vnějším prostředím. Její součástí jsou i funkce kognitivní, které se skládají ze **složky receptivní** (vjemy a třídění informací, součást paměti), ze **zpracování informací** pomocí analýzy, syntézy, čímž dochází k myšlení. Součástí jsou také **složky expresivní** (výsledek myšlení, zpracování objektivní reality, řeč, gestikulace, praxie)

Při afázii bývají postiženy všechny složky psychické činnosti a v různé míře i všechny jazykové roviny (Klenková, 2006).

Symptomy afázie jsou u postižených osob podobné, ale intenzita či dominance určitého příznaku jsou případ od případu různé. Vždy se snažíme zjistit, zda je narušená receptivní či expresivní složka řeči, jestli je řeč fluentní (plynulá), či nonfluentní (neplynulá). Za plynulou řeč je považováno zhruba 120 slov za minutu. Řeč pod 50 slov za minutu nazýváme nonfluencí. Příznaky se s postupem onemocnění mění.

Nejčastější symptomy afázie jsou, *parafázie* (deformace slov na bázi záměny fonémů), ***parafrázie*** (věty jsou nahrazované jednoslovnými či dvouslovnými výrazy, často při Brokově afázii). ***Perseverace*** (ulpívání na stále stejném slově), ***Logorhea*** (překotná mluva) je přítomná často u afázie percepčního typu. ***Anomie*** (porucha pojmenování), u amnestické

afázie. **Neologismy** (záměna hlásek a slabik ve slově). Slova jsou nesrozumitelná. **Poruchy porozumění** (různá míra u všech pacientů), **řečové automatismy** (stereotypní opakování frází), **agramatismy** (špatná větná skladba), **alexie** (poruchy čtení) a **agrafie** (porucha psaní) (Čecháčková, in Škodová, Jedlička a kol. 2003).

Nejpoužívanější klasifikací je klasifikace medicínská na neurologické bázi, tak zvaná **Bostonská**, která dělí afázii na *Brocovu motorickou, senzorickou Wernickeovu afázii* (percepční), *konduktivní převodovou afázii, globální afázii, amnestickou afázii, transkortikálně motorickou a transkortikálně senzorickou afázii*.

Při diagnostice se soustředíme na hodnocení *spontánní řeči, porozumění řeči, opakování, pojmenování*.

U člověka s afázií je vždy důležitá logopedická intervence. Dbáme na tyto zásady. Zopakovat co nejpřesněji klientovu odpověď (avšak v gramaticky správné podobě), kontrola správného pochopení sdělení klienta, nezesilovat ani nezvyšovat hlas, podpořit slovní informaci písemnou, neinfantilizovat pacienta, trpělivost, shovívavost (Neubauer, 1997).

4.3 Dysartrie (anartrie)

Dysartrie vzniká na základě organického poškození centrální nervové soustavy v kterémkoli období života člověka a projevuje se jako porucha motorické realizace řeči jako celku. Typická je porucha artikulace. **Anartrie** způsobuje neschopnost se verbálně vyjadřovat. K poškození centrální nervové soustavy může dojít jak v období *prenatálním* či *perinatálním* (vývojová dysartrie), kdy nejčastěji příčinou je dětská mozková obrna. V *postnatálním* období bývá nejčastější příčinou *cévní mozková příhoda, úrazy hlavy a stavy po operacích mozku, zapříčiněné nádory mozku, záněty mozku, intoxikace a hematomy*. Dělí se na dysartrii *flakcidní* či *periferní (chabá)*, porušené dýchání, hypernazalita, chrapot, poruchy polykání. *Spastickou* či *centrální*, řeč pomalá, nesrozumitelná, poruchy dýchání. *Ataktická* či *cerebelární (mozečková)*, vyražené slabiky, poruchy dýchání, kolísavá intenzita hlasu a rezonance. *Hypokinetická (extrapyramidová)*, řeč monotónní, svalová ztuhlost mluvidel, opakování slabik či slov, hlas oslabený až afonie. *Hyperkinetická (extrapyramidová)*, dyskoordinace mluvide a dýchání, automatismy,

nesrozumitelnost, řeč vykřikovaná. A dysartrie *smíšená*. Dysartrie bývá často navozená dlouhodobou medikací (Neubauer, a kol., 2007).

Tyto stavy se mohou včasnou intervencí a vhodnou logopedickou péčí zlepšovat. Zvláštní příčinou jsou degenerativní poškození centrální nervové soustavy, kdy se po usilovné péči nejedná o stálé zlepšení, ale spíše o udržení stávajícího stavu. U degenerativních onemocnění se projevuje dysartrie pomalým nástupem a postupně se zhoršuje. V případě postnatálního poškození se jedná o tak zvanou *dysartrii získanou* (Neubauer, 1997).

Dysartrie vzniká poškozením pyramidových a extrapyramidových drah. Ty propojují korové oblasti s mozkovým kmenem. Pro řeč je důležitá správná funkce hlavových nervů a pro správné dýchání nervy míšní.

Dysartrie se projeví především *poruchou artikulace, poruchou prozodie, narušení reflexe orofaciální oblasti* (dávivý, polykací, Masseterův). Vždy je důležité, aby bylo přítomno více symptomů (Lebedová, 2012).

Při diagnostice hodnotíme motorické funkce artikulačních orgánů, výslovnost jednotlivých hlásek, respiraci, rezonanci, fonaci a prozodické faktory řeči (Cséfalvay, in Klenková, 2006). Při diagnostice je důležité rozlišit dysartrii od vývojové dysfázie (porucha centrálního zpracování řeči versus porucha motorického zpracování řeči), od dyslalie (narušení pouze artikulace u dysartrie respirace, fonace, artikulace, rezonance), a afázie (porušeny jsou fonické funkce - gnozie, grafie, lexie, u dysartrie motorická realizace řeči jako celku).

S osobou s dysartrií komunikujeme klidně a vždy necháme dostatek času ke sdělení. Podpoříme v pomalé, rytmické a pečlivé výslovnosti. Podpoříme užití gest, mimiky, psané řeči a použití symbolů.

U řečové apraxie (ztráta schopnosti vykonávat naučené účelné pohyby, pohybové sledy a dovednosti v důsledku kortikální léze), je naopak důležité, nezaměřovat pozornost pacienta na řeč, protože dochází ke zhoršení řeči!

Možnost využití technik z *Bazální stimulace, Bobath konceptu, Kabatovy metodiky, z konceptu orofaciální regulační terapie Castillo-Morales* (Lebedová, 2012).

Dysfágie bývá často součástí dysartrie a nejvíce se objevuje ve vyšším věku jako součást dalších většinou neurologických onemocnění a velice často konkrétně u demence. Dysfágie je často spojena s poruchami řeči a hlasu. Jedná se o poruchu polykání, která se

projevuje od bolestivosti při polykání tzv. odynofágií až po úplnou neschopnost polykání tzv. afágií. Může spočívat v poruše polykání slin, tekutin, nebo tuhé stravy různé konzistence.

4.4 Komunikace s člověkem se syndromem demence

Při takové komunikaci je možné využít desatero komunikace s pacienty se syndromem demence (Tedla, a kol., 2009).

- Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
- Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
- Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
- V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům. Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené.
- Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům, a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
- Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na papír. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění, používáme dotek.
- Využíváme neverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
- Dáme zřetelně najevo, zda odcházíme jen na chvíli nebo zda konzultace skončila.
- Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Pacienty informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, během vyšetření s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.

- Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě (<http://www.nrzp.cz/component/content/article/25-informace/354-desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence.html>). Všechny typy a stadia demence jsou provázené různými projevy a intenzitou poruchy komunikace. Pečovatel by se měl vždy přizpůsobit zachovalým komunikačním dovednostem člověka s demencí a snažit se o co možná nejlepší udržení současných schopností za pomoci všech dostupných metod. Bez podpory okolí takový člověk rychle své komunikační dovednosti nenávratně ztrácí.

V počátečních fázích demence si většinou lidé své nedostatky uvědomují. Často se za ně stydí, a proto nevyhledají včas lékaře. Mohou své problémy i bagatelizovat, nebo reagovat na tyto změny podrážděně, depresí, úzkostí, někdy až verbální agresí. To, co zapomněl, se snaží nahradit vymyšlením. V této fázi je nejdůležitější celkové vyšetření pacienta a včasná medikace na podporu kognitivních funkcí. Včasné diagnostikování nemoci je důležité jak pro člověka s demencí, tak pro všechny rodinné příslušníky. Jen poučený člověk je schopný člověka s demencí správně vnímat a správně s ním komunikovat. Pro vzájemnou komunikaci se musí vždy vytvořit vhodné podmínky, které jsou zvláště důležité při progresi nemoci. Při snaze o kontakt je nutné se přesvědčit, zda postižený je připravený nás vnímat. Zrakový kontakt je obvykle prvním prostředkem navázání komunikace. Člověk s demencí má sice porušenou paměť a verbální projev, ale dokáže se orientovat dle svých pocitů a emocí. Je stále schopen rozumět řeči našeho těla, naší náladě a upřímnosti.

Proto k člověku přistupujeme vždy přátelsky, s úsměvem, laskavě a otevřeně. Lidé s demencí mají tendenci zrcadlit druhou osobu. Komunikaci je vhodné doplnit gesty, mimikou, hlas by měl být klidný a raději níže položený. Nepoužíváme otázky a příkazy s možností volby. To člověka s tímto postižením znervózňuje a může vyvolat až agresí. Vhodné jsou fyzické vyjadřovací prostředky, jako jemný dotyk, držení za ruku. Snažíme se vyhnout nervozitě a negativním projevům a je dobré znát jak člověka s demencí uklidnit (Haškovcová, 2010). Opakující se dotazy jsou důsledkem ztráty krátkodobé paměti. Myšlenka se dostává do pracovní paměti a odtud po různě dlouhé době mizí. Proto otázku v klidu opakujeme tolikrát, kolikrát je třeba. Pokud máme pocit, že to, co člověk s demencí říká, není pravda, může se u postiženého jednat o *konfabulace* – člověk myslí a jedná jako

kdysi v mládí, nebo si vymýšlí bizarní situace, případně obviňuje ostatní z různých činů. V tomto případě neodporujeme a snažíme se převést jeho myšlenky na jiné téma. Může se použít též tak zvaná **validační terapie**, kdy přistoupíme na téma, které začal pacient. Validace znamená přijetí reality druhého člověka. Efektivní komunikace vytváří prostředí, ve kterém se pacient cítí bezpečně, pečující předchází vzniku nepřiměřeného chování až agresivitě. Komunikace s člověkem s demencí je v jakékoli situaci vedena s úctou, pochopením, důstojným postojem a porozuměním. Nejdůležitější vlastností pečovatele je empatie. Bez empatie není možné proniknout do vnitřního rámce vnímání a chování pacienta, ani pochopit jeho emoce a pocity (Zgola, 2003).

Při komunikaci s člověkem s demencí používáme **reminiscenční techniky**, to je vrácení se do minulosti. Prohlížení starých fotek a vzpomínání, obléci si dobové oblečení či sehnat různé předměty z doby, na kterou si člověk s demencí vzpomíná. Důležité je udržet u člověka s demencí zájem, pozornost a komunikaci. „*Reminiscence by měla být příjemným zážitkem, podporou důstojnosti a komunikace pacientů s demencí* (Holmerová, 2007).

Při těžké demenci je navázání verbální komunikace nesnadné. Používáme proto různé **alternativní a augmentativní techniky**.

Bazální stimulace je ošetrovatelský koncept. Zakladatelem byl v 70. letech 20. století Alfred Frölich. Vychází z toho, že člověk vnímá, dokud dýchá. Základní bazální stimulace je *stimulace somatická, vestibulární a vibrační*. Nástavbová bazální stimulace je *optická a auditivní, stimulace taktilně – haptická, olfaktorická a orální* (Friedlová, 2007).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Dlouhodobá analýza komunikačních schopností člověka postiženého demencí

5.1 Výzkumy a metodologie

Cílem výzkumu je zjistit jaké jazykové a řečové poruchy se vyskytly u zkoumané osoby.

Práce je zpracovaná monografickou procedurou a vlastní výzkum má kvalitativní charakter.

Při výzkumné činnosti byly použité následující výzkumné techniky.

- analýza odborných dokumentů
- přímé pozorování klienta, osobní kontakt
- rozhovor s rodinným příslušníkem
- rozhovor s pracovníkem respitní služby

Před zahájením výzkumné činnosti jsem si vytkla tyto cíle:

- vliv rodiny a prostředí na zachování komunikace a řeči člověka s demencí
- vliv onemocnění Alzheimerovského typu na složky a jazykové roviny řeči
- druh demence a věk člověka s demencí jsou faktory, které ovlivňují způsob komunikace
- lze ovlivnit komunikaci a řeč člověka s demencí
- hereditární vlivy jako možné faktory ovlivňující vznik onemocnění

5.2 Vlastní výzkumné šetření

Jako vzorek ke zkoumání jsem si vybrala ženu, která má diagnostikovanou demenci Alzheimerovského typu a péče je jí po celou dobu trvání nemoci poskytována rodinou.

Z hlediska doby trvání výzkumu se jedná o longitudinální kvalitativní výzkum.

5.2.1 Kazuistika klienta

Kazuistika vypovídá o ženě s demencí, která žije u rodiny své dcery a je jí poskytována domácí rodinná péče, kombinovaná v současné době s respitní službou poskytovanou Alzheimerovskou společností. Respitní služba je výpomoc rodině (pečujícímu člověku) v době jeho nepřítomnosti a je to služba placená. Kazuistika vychází z podkladů rodinné

kroniky, informací poskytnutých dcerou a zdravotní dokumentace, informace poskytnuté pracovníci respitní služby a dlouhodobého vlastního pozorování.

Osobní anamnéza

Paní Eva, narozená 1928, rozvedená, bydliště Praha, věk 86let, čtyři nevlastní sourozenci, kteří již nežijí. Při své práci pracovala osm let s olovem a těžkými kovy.

Paní Eva se narodila jako nejmladší ze svých sourozenců a jako jediné dítě svého otce Františka. V osmi letech, prodělala těžký zápal plic. Od té doby bývala často nemocná. V dospívání měla krátce problémy se svalovou slabostí (myopatií). Příčina nebyla zjištěna. Po celý život nadváha. Dvakrát byla léčená v lázních pro pohybové obtíže. V roce 1990 byla z důvodu neprůchodnosti slzného kanálku provedena dakryocystorinostomie. Bez úspěchu. Od roku 1991 léčená na kardiologii z důvodu bolesti na hrudi s mravenčením do horních končetin. Diagnostikovaná byla Angina pectoris a nasazen lék Isomack 100mg a Simvacard 10mg na snížení cholesterolu v krvi z důvodu hypercholesterolemie. Doporučená byla dieta pro snížení váhy. Od roku 1994 se objevují krátkodobé sluchové pseudohalucinace, (postižený si je po celou dobu trvání vjemu vědom, že jde o klam, neodpovídající vnější realitě), povídání si sama pro sebe a podstatné změny chování. Nedůvěřivost, chybná přesvědčení, podezřívavost, nesnášenlivost a přetrvávající úzkostné stavy. Od roku 2000 se přidaly i zrakové pseudohalucinace, které se postupně stávaly intenzivnějšími. Roku 2002 vyšetřena v nemocnici na neurologickém oddělení. Důvodem bylo výrazné zhoršení paměti a orientace, intenzivní pseudohalucinace zrakové i sluchové. Stav se pomalu zhoršoval, bez fluktuací, bez poruch vědomí, bez nočních či denních stavů zmatenosti, bez poruch chůze. Hospitalizace proběhla v roce 2004. Zde byla vyšetřena i psychiatrem. Výsledky **neurologického vyšetření** pomocí MRI a vyšetřovací metody SPECT potvrdily korovou a periventrikulární atrofii, gliové změny bílé hmoty, EEG prokázalo pomalou aktivitu, naznačující kortikální či subkortikální dysfunkci. **Při psychiatrickém vyšetření** byla vyloučena schizofrenie a paranoa a byla zjištěná organická psychóza a halucinóza.

Při **neuropsychologické vyšetření** byla zjištěná deteriorace kognitivních funkcí a mnestických (paměťových) funkcí. Selhává početní úsudek, defekt schopnosti analýza-syntéza, horší výkon v testech verbálních než v soudně logických. Myšlení a percepce střídavé kvality, znaky hrubé perseverace, značná stereotypie. Deprese se neprokázala.

MMSE 17/30, vyloučena symptomatická demence. **Oční vyšetření** neprokázalo deprivaci oční kůry. **Řeč** je chudá, vysoká perseverace, značná stereotypie, při komunikaci smysl pro humor, odpovídá na jednoduché otázky, MMSE 15/30.

Závěr: incipientní (začínající) neurodegenerativní onemocnění v rámci syndromu Charlese Bonneta, jako incidentní DAT (demence Alzheimerovského typu). Ischemická choroba srdeční, hypercholesterolemie a arteální hypertence neléčená.

Terapie: Zyprexa 10mg, Izomack Retard, Simvacard, Ebixa 10mg, Gingium

V roce 2006 vážná pneumonie (zánět plic), s vysokými teplotami, bez vykašlávání, bakteriální infekce, nasazeny byly antibiotika s efektem.

V roce 2008 přijata akutně pro rentgenem ověřené cizí těleso v jícnu. Provedena endoskopie, kde těsně pod m.constrictor faryngis superior nalezena objemná masa obturující jícen. Endoskopicky extrahována a hlouběji nalezena kuřecí kost. Výkon proveden v celkové anestezii, následně bez známek porušení sliznice jícnu. Nasazeny antibiotika a doporučena kontrola polykacího aktu z důvodu zatékání kontrastní látky mimo lumen jícnu. Podobná příhoda již v roce 2001 též cizí těleso v jícnu, tentokrát rybí kost.

V roce 2012 – pacientka přijata s pyelonefritidou (infekční zánětlivé onemocnění ledvin), hospitalizace na urologickém oddělení 10dní. Nitrožilně podávaná antibiotika Augmentin. Po dvou dnech postupná progresa. Somnolence, zpomalení psychomotorického tempa, slabost, velmi špatná komunikace, snížená slovní produkce, na dotazy odpovídá střídavě, podezření na CMP, neurologem vyloučená. Důvodem potíží označena interakce léků, antibiotik a antipsychotik. Časté opakování zánětu močového měchýře. Vyšetřena urologem. **Závěr:** postmikční reziduum v močovém měchýři, nutné min. jedenkrát denně provést katetrizaci (cévkování).

V roce 2013 pád a následně diagnostikovaná spirální zlomenina diafýzy humeru vpravo v dislokaci. Hospitalizovaná k operačnímu výkonu. Později přehodnoceno při posouzení zdravotního stavu a doporučena konzervativní léčba. Nasazena Gilchristova fixace. Při propuštění postižená končetina bez poruchy prokrvení a inervace.

Rodinná anamnéza

Matka Marie rok narození 1898, narodila se jako druhá, tři roky po sestře Růženě a měla o dva roky staršího bratra Viléma. Sestra Růžena zemřela při domácím porodu na hemoragii (vykrvácení při porodu), v devatenácti letech. Bratr Vilém zemřel v padesáti letech na infarkt myokardu, v třiceti pěti letech mu byl diagnostikován diabetes. Marie v dětství prodělala úraz pravého zápěstí a ruka zůstala částečně ochrnutá. Byla jedenkrát vdaná. V prvním manželství měla čtyři děti, chlapce a dvě dcery. Paní Kláře se po 6 letech narodila dcera Eva, která nebyla manželským dítětem, ale s otcem paní Evy žila až do své smrti v roce 1973. Důvodem úmrtí byl karcinom plic. Nikdy nekouřila. V současné době nikdo ze sourozenců zkoumané osoby již nežije. Nejstarší sestra Helena zemřela na karcinom tlustého střeva v roce 2001. Sestra Marie zemřela na srdeční selhání při srdeční arytmií v roce 1999. Bratr Karel zemřel na infarkt myokardu v roce 2003. Bratr Miloš, měl problém se závislostí na alkoholu. Zemřel na cévní mozkovou příhodu v roce 2002.

Otec František narozený roku 1894 měl pět sourozenců. Byl druhý nejmladší. Rodiče zemřeli, když byly děti ještě malé. Nejstarší Karle bylo 14let. Františkovi šest. Sestra Karla se o děti starala místo rodičů. Bratr Josef zemřel na selhání jater v šedesáti pěti letech a sestra Karla se dožila devadesáti dvou let. V pozdních letech se u ní projevila pravděpodobně demence, v té době bez jakékoli medikace. Paní Karla měla halucinace, poruchy chování a zemřela na zápal plic. Otec František po úmrtí své manželky Kláry žil u dcery Evy, která se o něj starala 8 let. Zemřel v roce 1981 dle úmrtního listu na aterosklerózu. Po celý svůj život nebyl vážně nemocný. Od mládí kouřil průměrně 20 cigaret denně.

5.2.2 Osobní kontakt s klientem

Paní Evu znám od základní školy. S její dcerou jsme navštěvovaly stejnou základní devítiletou školu v místě bydliště. S malými přestávkami jsme spolu kamarádily po celou základní školu. Často jsem bývala i u nich doma. Vzpomínám si, že své nálady měnila velmi rychle. Nebyla typ, který by měl nějaké zábrany. V záchvatu vzteku mluvila nevybíravě a křičela. Bylo zvláštní, že to jí vždy uklidnilo a vzápětí dokázala otočit o sto osmdesát stupňů. Téměř chorobně milovala pořádek. Velmi ráda luštila křížovky a měla ráda květiny. Manuálně byla paní Eva velmi zručná. Veškerý čas věnovala práci, nebo své dceři.

Oblast komunikačních a jiných schopností v této době, zahájení výzkumu

Expresivní stránka řeči, verbální produkce srozumitelná, fluetní s občasnou logoklonií (opakování konce vět, či celých vět.) Příklad: „*Musím jít uvařit to kafe, říkám, že musím jít vařit to kafe*“, exekutivní funkce zachovány. Lehká stereotypie.

Receptivní stránka řeči není narušená

Rovina foneticko fonologická, dobře vyslovuje všechny hlásky

Rovina lexikálně sémantická, aktivní slovní zásoba chudší, pro běžnou mluvu dostačující.

Rovina morfologicko syntaktická, stavba věty je v pořádku, tvorba jednodušších vět s občasnou logoklonií (v pravopisu občas nejistota. Písmo úhledné).

Rovina pragmatická, mimika, gestikulace, oční kontakt přiměřené. Řeč využívá k dosažení cílů, vyjadřuje pocity, prožitky, události. Vyžádá si informace a též je i předá. Schopnost dialogu. Je schopná zajistit podmínky pro běžný život a postarat se o svou dceru.

Zájmy jsou manuální práce, luštění křížovek, pěstování květin, tanec, hudba, zpěv.

Motorická stránka je bez pohybových problémů, s důrazem na fyzickou práci, obratná, fyzická výkonnost dobrá.

Psychika, typ temperamentní, se sklonem k mírnému cholerizmu. Kategorická řešení problémů (vhodné/nevhodné, vyhovující/nevyhovující). Zaostává abstraktní myšlení. Prožívání přiměřené.

Chování je bezdůvodně vznětlivé, ale schopná relativně rychlého zklidnění. Viditelná stereotypie a **utilizační chování** (opakované uchopování předmětu v zorném poli a posunování s ním).

Čtení, psaní, počítání, bez známek potíží s pochopením čteného textu (jednodušší tituly).

Psaní bez známek potíží, počítání na nižším výkonovém stupni bez známek potíží.

Další setkání s paní Evou proběhlo po dvaceti pěti letech. V té době byla již v důchodu. Soustředila se na hlídání vnuka a působila šťastně. Dle mého pozorování byla paní Eva v podstatě stále stejná. Jednoho dne, když byla na návštěvě u své známé, jí zloději vykradly byt. Paní Eva tento zásah do soukromí velmi těžce nesla. Začala tvrdit, že zase přijdou. Byla neklidná, jako by stále v očekávání. Bála se z bytu vycházet. Po krátké době si začala stěžovat na sousedy, co jí obtěžují, neustálým hlukem, její napětí se měnilo ve vztek a nenávist. Stále na ní někdo zvonil a za dveřmi nikdo nebyl. Začala být podezíravá ke všem, zlá a nepříjemná k okolí, vykřikovala na lidi nevhodné poznámky a občas se

stávalo, že někteří z nich si to nenechali líbit. V té době bylo velmi složité zjistit, co je pravda a co je způsobeno jejím nevhodným chováním. Po přestěhování se do jiného bytu problémy narůstaly. Dostavily se halucinace sluchové i zrakové. Stále měla pocit, že jí někdo pozoruje. Celý rok trvalo, než se paní Eva dostala ke specialistovi, který jí diagnostikoval demenci. V té době paní Eva vše dobře vnímala. Nálady se ale střídaly dál, zrakové halucinace odezněly, sluchové však zůstaly.

Oblast komunikačních a jiných schopností po 25 letech od prvního šetření

V této době byla paní Evě diagnostikována demence Alzheimerovského typu.

Expresivní složka řeči, fluence snižená, artikulace zachovaná, prozódie lehce monotónní, rytmicky v pořádku. Výstižnost vyjádření myšlenky, pocitu, či prožitku, jednoduchá – neobsažná, objevují se *stereotypie* a *perseverace*. *Exekutivní funkce* zásadně narušené - schopnost rozhodování velmi snižená. Deteriorace kognitivních funkcí a mnestické (paměťové) funkce parciálně (částečně) zachovány. Největší problémy s početními úsudky, ve schopnosti analýzy a syntézy. Logický úsudek méně narušený, než výkon verbální. Zhruba ze 70 % zachovaná krátkodobá paměť. Při komunikaci smysl pro humor, odpovídá na jednodušší otázky.

Receptivní složka řeči, porozumění při krátkých větách není narušené. Obsah jednoduchých vět chápe. Dvojsmyslům rozumí. Při komunikaci smysl pro humor.

Úroveň foneticko fonologická, lehce výraznější sykavky, zřejmě z důvodu ztráty zubů a nové protézy.

Úroveň lexikálně sémantická - aktivní slovní zásoba chudá, vysoká *perseverace*, značná *stereotypie*, běžné předměty poznává a ví k čemu je použít.

Úroveň pragmatická, mluvní apetit je snižený, obtíže v udržení a rozvíjení komunikace, nutné se ptát, opět se projevují *konfabulace*, *stereotypie* a *perseverace*.

Motorická stránka zůstává bez větších pohybových problémů, jízda na kole zachovaná, důraz na fyzickou práci, fyzická výkonnost snižená problémy s anginou pectoris.

Psychika, snížení psychomotorického tempa, možno i pod vlivem léků. Patrná úzkostná porucha. Pseudohalucinace zrakové po medikaci vymizely, sluchové přetrvávají. Nadhled je částečný. V případě samoty se vše zhoršuje a neví si s tím rady. Je patrná úzkostná porucha.

Chování, silné podráždění při pseudohalucinacích. Značná stereotypie v činnostech i v komunikaci. Silně obsedantně kompulzivní porucha. *Utilizační chování* (opakované uchopování předmětu v zorném poli).

Čtení, psaní počítání, výrazně pomalejší s pochopením pouze krátkého textu. Psaní, motoricky v pořádku, počítání na nižším výkonovém stupni s častými chybami, nutnost opakování požadavku.

Test hodin, (kresba ručiček do ciferníku) s opravami ano. Určení času dle hodin bez jakýchkoli problémů.

Orientace ve známém prostředí uspokojivě zachovaná. Orientuje se v čase i vlastní osobou.

Další roky, z důvodu zdravotního stavu paní Evy, byly pro všechny velmi stresující. K tomu, aby paní Eva působila spokojeně, musela mít někoho u sebe. Ráda si povídala, luštila křížovku, ráda hrála hru „Člověče nezlob se.“ Byla schopná se o sebe postarat v základních věcech. Zvládla se umýt, vyprat prádlo, pračku však postupně nezvládala spustit. Byla schopná umýt okna, luxovat, starat se o květiny. Trápily jí však halucinace a postupně nad nimi ztrácela kontrolu. Stále jí někdo pozoroval. Sluchové halucinace se nedařilo potlačit. Velmi ráda jezdila autem, jako spolujezdec. Ráda chodila s někým do obchodů, evidentně jí dělala dobře místa, kde bylo hodně lidí. Ale na druhou stranu nikde nevydržela, za chvíli neustále opakovala: „Pojď, jdeme pryč, jdeme domů.“ Neustálý strach měla o klíče, a aby dobře zamkla. Mnesticí porucha se však prohlubovala a paní Eva neustále něco hledala. Byla přitom nervózní, pomatená, pořád si něco do kola opakovala: „To ten jak tu byl, dělají mi to furt, snědli mi i včera jídlo.“ Stále hledala nějakého viníka. Byla při tom nepřijemná až zlá. Po třech letech stále zhoršujícího se stavu paní Eva dostala těžký zápal plic a byla přestěhovaná do rodiny své dcery. Zprvu dodržovala osobní hygienu, byla schopná se umýt a pohybovat se po bytě. Měla svůj pokoj, ale všechn čas trávila s rodinou. Neměla zde stání a do nekonečna opakovala, že chce domů. Stále se ptala na stejné věci, stále kontrolovala svou kabelku, v domnění, že jí někdo něco ukradl. Při uklidňování a nesouhlasu okolí, byla téměř agresivní. Komunikace s ní byla velmi problematická. Stav paní Evy pokročil do úplné zmatenosti a nebylo možné jí nechávat ani chvíli samotnou. Sebeobsluha probíhala s komplikacemi, paní Eva nebyla schopná se umýt, zapomněla se utřít, či správně obléknout. Dcera sestavila denní plán, který striktně dodržovala. Ritualizace a stálá přítomnost dcery, měla na paní Evu

blahodárný vliv. Zklidnila se, často se usmívala. Byla spokojená, když vedle ní někdo seděl, držel jí za ruku. Paní Eva zvládala jednoduché hry, a když nevěděla, tvořila si svá pravidla. Vyžadovala plnou orientaci na svou osobu, svou sobeckost si ale naprosto neuvědomovala. Sluchové halucinace přetrvávaly a v tu chvíli bylo těžké paní Evu od nich odtrhnout. Stále mluvila o mamince a tatínkovi a mluvila s nimi tak, jako by byli přítomní. Že již zemřeli, bylo pro nepřijatelné. Jakýkoli nesouhlas znamenal zhoršení její nálady a absolutní nespolupráce. Paní Eva měla velkou chuť k jídlu. Vždy vše poctivě snědla, ale nepamatovala si to. Pokud viděla jíst někoho jiného, dožadovala se též jídla.

Oblast komunikačních a jiných schopností po 8 letech od určení diagnózy

Expresivní složka řeči, *dysfluence*, artikulace bez známek patologie, *prozodie* monotónní *vmetky* typu no, to. *Stereotypie a perseverace* se významně prohloubily, dysfunkce *exekutivních funkcí*, výrazná dyspraxie. Další *deteriorizace mnestických funkcí*, nyní ve všech složkách, početní úsudek, logický úsudek, analýza a syntéza i verbální výkon. Krátkodobá paměť selhává z 80%. Největší problémy v oblasti uchování a následného vybavení. Smysl pro humor přetrvává, odpovídá na jednoduché otázky. Začínají se objevovat konfabulace.

Receptivní složka řeči, chápe obsah velmi jednoduchých vět. Základní předměty denní potřeby poznává a ví, k čemu a jak je použít.

Úroveň foneticko fonologická se upravila do normálu

Úroveň lexikálně sémantická, aktivní slovní zásoba velmi chudá, velmi vysoká *perseverace*, značná *stereotypie*, *anomie*.

Úroveň pragmatická – mluvní apetit je snížený, ale při konfabulacích zvýšený, obtíže v udržení a rozvíjení komunikace, nutné se ptát a opakovat dotazy, projevují se *konfabulace*, *stereotypie a perseverace*. Je patrná silná úzkostná porucha, při medikaci *apatie*.

Motorická stránka, chůze zachovaná, lehké domácí práce při vedení zvládá (zamést, pověsit prádlo), začíná být viditelná osteoporóza (kulatá záda, snížení výšky), problémy s artrózou kolenních kloubů, fyzická výkonnost značně snížená.

Psychika, objevuje se *distraktibilita a nestálost*, veškerou pozornost věnuje rušivým vlivům - malá schopnost soustředění se při rušivých vlivech. Nízké psychomotorické tempo. Úzkostná porucha, začínají se objevovat sluchové halucinace. Velká chuť k jídlu.

Chování, těžká *dyspraxie, utilizační chování* (opakované uchopování předmětu v zorném poli), opakované bezdůvodné splachování WC, objevuje se *distraktibilita a nestálost*, veškerou pozornost věnuje rušivým vlivům, malá schopnost soustředění se při rušivých vlivech. Úzkostné reakce na sluchové halucinace, snaha výzvy svých halucinací plnit. Netrpělivost, *těžká stereotypie a perseverace*.

Čtení, psaní, počítání je schopná přečíst krátký text, chápe jen velmi jednoduché věty, psaní trochu roztřesené s pauzami a chybami. Počítání (sčítání a odčítání) do 100 s velkými problémy, hlavně počítání přes desítku.

Test hodin (kresba ručiček do ciferníku) není schopna správně označit. Určení času dle hodin bez jakýchkoli problémů.

Orientace ke konci tohoto období špatná, neorientuje se ani v bytě, kde tráví veškerý čas. Neví například kde je toaleta. Neorientuje se v čase, částečná orientace vlastní osobou.

K velkému zhoršení, hlavně po motorické stránce došlo po nekontrolovaném pádu. Diagnostikovaná byla spirální zlomenina diafýzy humeru vpravo v dislokaci a postupně se rozvíjející velký hematom kolem zlomeniny. Operace byla lékaři odmítnutá z důvodu zdravotního stavu paní Evy a byla léčená konzervativně. Dcera hospitalizovaná jako doprovod, takže po její psychické stránce nebyl žádný problém. V podstatě si vůbec neuvědomovala kde je. Po příjezdu domů si tuto skutečnost nepamatovala. Při komunikaci jiných lidí v její blízkosti, je často vidět, že poslouchá, ale řečenému viditelně nerozumí. Po prodělaném úrazu se zhruba během dvou měsíců velmi zhoršila po motorické stránce. Chůze je v současné době velmi nejistá, v podstatě není schopná samostatné chůze. Uvědomuje si, že špatně chodí, ale neuvědomuje si, velké riziko pádu. Musí mít nad sebou neustálý dohled. Je plně inkontinentní, s nutnou katetrizací jedenkrát denně a velmi špatně v noci spí. Zvýšená chuť k jídlu se snížila. Bylo nutné zařídit docházení respitní služby. Od roku 2012 bere paní Eva denně jednu tobolku antibiotika na močové cesty. Začaly jí růst sem tam černé vlasy a podstatně se snížilo dávkování antipsychotik. Velmi důležité pro celkový stav bylo snížení užívání antipsychotik na minimum.

Oblast komunikačních a jiných schopností po 12 letech od určení diagnózy

Expresivní složka řeči, dysfluence, artikulace – problémy se složitějšími slovy, *prozódie* monotónní. Velmi malá *řečová produkce*. Těžká *Stereotypie a perseverace*, afunkce

exekutivních funkcí, výrazná apraxie. Další *deteriorizace mnestických funkcí*, nyní ve všech složkách, početní úsudek, logický úsudek, analýza a syntéza i verbální výkon na velmi nízké úrovni, úsudek, analýza, syntéza neprobíhá téměř vůbec. *Krátkodobá paměť* selhává ze 100%. Opakování zachované, pouze jednoduché věty s chybami. Odpovědi na jednoduché otázky často neadekvátní. *Při konfabulacích logorrhoea* (překotná řeč, střídání rolí, vedení stereotypního dialogu).

Receptivní složka řeči, chápe velmi jednoduchá slova a spojení dvou slov. Základní předměty denní potřeby poznává jen některé, ale umí je použít (hrnek, lžíce, židle, kapesník), z prstů na ruce pojmenuje jen palec a malíček. Velké problémy *s diferenciací hlásek a slabik*. Tvoří *neologismy*.

Úroveň foneticko fonologická, nevýrazná artikulace. Fonace při *logorrhoea*, polohlasná, mírně chraplavá.

Úroveň lexikálně sémantická, aktivní slovní zásoba skládající se pouze z několika slov, velmi vysoká *perseverace, stereotypie, anomie*.

Úroveň pragmatická, mluvní apetit téměř žádný, *při konfabulacích* zvýšený, *logorrhoea*, při ní *stereotypie, perseverace*, jinak spíše celková *apatie*.

Motorická stránka, je neschopná samostatné chůze, nebezpečí pádu. Těžiště mimo osu. Problémy s ovládním končetin, hlavně pravé. Velmi těžká osteoporóza (kulatá záda, další snížení výšky), Těžké problémy s artrózou kolenních kloubů – otoky, časté obstríky. Fyzická výkonnost téměř žádná. Vsedě zvládne jízdu na rotopedu (krátce), pokud pečující osoba vloží chodidla do šlapek a uvede je do pohybu. Často nutná verbalizace pohybu. (zvedej nohy, narovnej se)

Psychika, celkově apatická, velmi nízké psychomotorické tempo, sluchové halucinace s klidnější reakcí. Neví kde je, ale podvědomě vnímá, že to prostředí zná (např.: „To je jak u nás doma“). Dceru nepoznává, myslí si, že je to kamarádka z dětství. Říká jí „Květo“. Vnuka má fixovaného jako malého, jako staršího ho nepoznává. Stále opakuje, že chce domů a za maminkou a tatínkem.

Chování, nevyžaduje celodenní zájem o svou osobu, přes den klidnější, nechá sebou manipulovat, ale chce vědět, co se bude dělat. Nebrání se mytí, přebalování, česání a oblékání. Vydává monotónní nepřetržitý tón – hučení s občasnou změnou frekvence. Děje se tak po celý den. V podvečer více aktivní, večer často *logorrhoea*. Špatně usíná před

spaním vždy *logorrhoea*. *Utilizační chování* se neprojevuje tolik, jako v předchozím období. *Distraktibilita* je výrazná. Za všechnu pomoc vždy neopomene poděkovat.

Čtení, psaní, počítání, schopná přečíst krátký text, chápe jen velmi jednoduché věty, čtený text sama nezopakuje. Do opakování se promítá špatná diferenciací hlásek a slabik, je nutná dobrá artikulace. Psaní hodně roztřesené s pauzami a chybami, vynechávání hlásek, slabik. Počítání (sčítání a odčítání) jen velmi jednoduché příklady do deseti (jedna plus jedna, pět plus pět) zvládá.

Test hodin (kresba ručiček do ciferníku) není schopna správně označit ani neví jak na to. Určení času dle hodin s chybami.

Orientace, neorientuje se v prostoru, ani čase, ani orientací vlastní osobou. Ví, jak se jmenuje.

Kazuistika je doplněná s rozhovorem s pečující osobou a s pracovníkem z respitní služby.

5.2.3 Rozhovor s rodinným příslušníkem

1. Měla jste nějaké zkušenosti s Alzheimerovou nemocí?

Ne, zkušenosti jsem neměla žádné, vůbec jsem nevěděla, že takové onemocnění existuje.

2. Kdy prvně jste si všimla, že s maminkou není něco v pořádku?

Když to vezmu zpětně, dnešním rozumem, ty její bezdůvodné změny nálad asi nebyly úplně v pořádku. Ale v té době jsem to brala jako fakt, nějaké známky poruchy, či onemocnění mě vůbec nenapadly. Pak až mnohem později, když začala mít těžké zrakové a sluchové halucinace. Když jsem to vypravovala známým, vzbuzovalo to u nich smích. Je pravda, že působily velmi bizarně. Předcházely tomu též záchvaty angíny pectoris, lékař diagnostikoval, že důvody jsou hlavně psychické.

3. Komunikovaly jste spolu v té době často? Jaký jste měly vztah?

Ano, byla jsem jediná, na koho se obracela, žádné dobré kamarádky neměla. Nebyla zvyklá se svěřovat cizím lidem. Vztah byl vždy dobrý, ale byla podezřívavá, nesnášenlivá, ztrácely se jí věci a hledala viníka. Když to překročilo určitou mez, věděla jsem, že není vše v pořádku.

4. Obrátily jste se na lékaře? Určil diagnózu?

Nevěděla jsem kam s ní zajít. Praktický lékař naordinoval lék Neurool a na spaní Stilnox. Po těchto lécích se ještě zhoršila. Byla zmatená a nevěděla, co dělala včera. Snědla si jídlo a

pak ho hledala. S halucinacemi jsme skončily na psychiatrii, ale ani tam diagnózu nebyli schopni určit. Ani na žádná vyšetření maminku neposlali. Jen střídali prášky, bez většího úspěchu.

5. *Byl problém dostat maminku k lékaři?*

Nebyl. Sama na sobě cítila, že není něco v pořádku. K lékařům vždy měla důvěru, lékařským prohlídkám se nevyhýbala. Byly jsme i na neurologii na CT vyšetření. Na ambulanci se nám pan doktor vysmál, když jsem mu vyprávěla, že všechny tyto problémy vznikly po tom, co mamince vykradly byt. Opravdu jsem si to myslela. Řekl, že by měla dostávat jiné prášky a ne ty co bere, ale že máme jít jinam a odešel. Bylo to snad jedno z nejhorších období. Na jinou neurologii nás doporučil náš známí. Jeho otec pracoval jako psychiatr. Dostaly jsme se na vyšetření do nemocnice a pak už šla všechna vyšetření jedno za druhým a byla stanovená diagnóza.

6. *Myslíte, že by si byla sama schopna vyřídit všechny lékařské prohlídky a návštěvy lékařů.*

Ne, určitě ne.

7. *Sdělil vám lékař prognózu onemocnění?*

Jakékoli podrobnosti ne, jen, že léky jsou jen podpůrné a vyléčení není možné a že stav se bude zhoršovat a nabídl mi antidepresiva. Veškeré další informace jsem si obstarala sama.

8. *Jak reagovala Vaše rodina, mělo to vliv na komunikaci v rodině?*

Vůbec mi nevěřila, že maminka je vážně nemocná a že je na tom špatně. Manžel tvrdil, že jí nic není, normální stará bába, říkal. Tento názor panoval i po té, co po těžkém zápalu plic jsem jí odstěhovala k nám domů. Trvalo hodně dlouho, než pochopil, že to co dělá a říká, je příznakem choroby a ne jejích naschválů. Jeden čas byla velmi neklidná. Svůj stav si ale neuvědomovala. Stále chtěla domů. Ale to chce prakticky dodnes. Manžel se nechtěl smířit s tím, že u nás zůstane. Velmi mě tento stav stresoval. Chvillemi jsem měla pocit, že mě víc stresuje postoj rodiny, než choroba sama.

Nyní už je situace podstatně lepší a naše komunikace se vrátila do normálu.

9. *Komunikuje paní s celou rodinou?*

Ne, s manželem se jen vždy pozdraví. Jinak se spolu nebaví vůbec. Manžel říká, že neví, o čem by se s ní měl bavit. Veškerá komunikace je pouze na mě.

10. Věděla jste jak s maminkou komunikovat, jak co nejvíce zachovat její komunikační schopnost?

Bylo tak nějak přirozené. Trochu jako s malým dítětem. Písničky, říkanky, jednoduché hry, křížovky, výrazy si hodně pamatovala z minulosti, tancovaly jsme, jednoduché rozhovory a hlavně každý den stejně. Před spaním říkanku, ráno při mytí říkanku. Taky jsem se snažila, aby se hodně smála. Tak jsem dle reakcí vymýšlela různé blbosti. Pár říkanek umí dodnes, i když se komunikační schopnosti již zhoršily. Nedávno začala mluvit jen německy, chodila do německé školy. Přitom v běžném životě německy nikdy nemluvila. Když ještě byla na tom lépe a pohybovala se, dávala jsem jí jednoduché úkoly. Složit prádlo, zamést, srovnat ponožky. Dělala to pro mě. Když se stav zhoršil a přestávala mě poznávat, práce dělat nechtěla, říkala: „ Ať si to udělají sami.“ Dostala jsem i jiné jméno. Volá na mě jménem své kamarádky z dětství. Nevyvracím jí to. Maminku a tatínka na fotkách pozná bezpečně, často je hladí. Mého syna má v sobě uchovaného jako malého. Když dnes přijde, je to pro ni cizí člověk.

11. Co považuje při péči a při komunikaci s člověkem s Alzheimerovou nemocí za nejhorší.

Pro mě to není fyzická práce kolem ní, které je víc než dost. Umýt, obléci, posadit, položit, přebalit, nyní i vycévkovat několikrát denně. Ale psychický tlak, neustále opakování toho samého, odpovídat na nesmyslné otázky a za chvíli znovu a znovu. Stále vysvětlovat, že dnes se domů nejde a maminka přijde až zítra je daleko horší. Je to velmi vyčerpávající. Pak vždy každé zhoršení stavu přináší velký stres, než si zase zvyknete na nové podmínky.

12. Bylo Vám doporučeno umístit maminku v nějakém odpovídajícím zařízení a v případě, že ano, proč jste tak do dnešní doby neudělala?

Ano bylo, několikrát. Byla jsem se i v několika zařízeních podívat. Nebyla jsem ale s péčí spokojená. Všude je málo ošetřujícího personálu a lidé sice dostanou napít, či najíst, ale jestli to vypijí, či snědí to už nikoho moc nezajímá. Myjí je jednou týdně a to jen někde. Sami se prý mohou umýt kdykoliv, mně bylo řečeno. Taky si neumím představit jí svázat uzlíček a odvést jí do nějakého cizího prostředí, kde bude vše jinak. Jsem přesvědčená, že její stav by se rapidně zhoršil.

13. Jak jste to tedy vyřešila, 24hodin sama komunikovat a pečovat o člověka s Alzheimerovou chorobou, to se přece zvládnout nedá.

Objednala jsem si tak zvanou respitní péči a paní docházejí v určité hodiny k nám domů. Není to stoprocentní, ale hodně to pomůže. Alespoň pár hodin, kdy si můžete zařídit své věci, které potřebujete vyřídit a také se odreagovat. Ale vše je stejně jen na vás.

14. Komunikujete v současné době s maminkou bez problémů?

Komunikujeme, ale na jiné úrovni než dříve. Člověk se pořád nějak automaticky přizpůsobuje. Když to nejde tak, zkusí nějak jinak. Často ty naše rozhovory ani nedávají žádný smysl. Nejdůležitější je úsměv, příliš neodporovat, nevyvracet a najít způsob, jak přesvědčit. Bez její spolupráce jí ráno ani z postele nedostanete. Reaguje jen na klidný hlas, úsměv, pohazení po ruce a slíbení něčeho dobrého.

15. Co byste doporučila jiným lidem, kteří mají stejný problém jako vy?

To je velmi individuální záležitost. To co vydrží jeden, nevydrží druhý a taky podmínky každý nemá stejné. Některým nemocným, o které se nemá kdo postarat, je určitě lépe v zařízeních k tomu určených. Celé naší společnosti bych přála větší povědomí o této nemoci a rozhodně lepší a rychlejší diagnostiku, protože s přibývajícím věkem dožití se tyto problémy mohou týkat každého z nás.

16. Co myslíte, že má vliv na relativně uspokojující stav po tolika letech od diagnostiky a čemu přisuzuje to, že dodnes probíhá komunikace mezi vámi.

Velký vliv má určitě to, že jí dobře znám, žily jsme dlouhá léta v jedné domácnosti a veškerou její verbální i neverbální komunikaci mám v sobě od mala zažitou. Proto jsem vždy o krůček dopředu a ona pak neprožívá stres z toho, že neví jak to říct, jak dosáhnou toho, co chce, co potřebuje. Pak samozřejmě procvičování paměti a snažit se jí vtahovat do komunikace. Velký vliv má na kognitivní funkce také pohyb.

Shrnutí rozhovoru

Z rozhovoru s rodinným příslušníkem se podařilo zjistit, že jeden z nejdůležitějších faktorů ovlivňující proces demence je prostředí a jako zásadní se jeví neměnnost prostředí a pečující osoby. Jako další důležitý faktor ovlivňující regresi demence je přítomnost osoby blízké, která dobře zná specifika osobnosti člověka postiženého demencí a zájem pečující osoby na dobrém zdravotním stavu postiženého.

5.2.4 Rozhovor s pracovníkem respitní služby

1. Co je náplní Vaší práce?

Je to především komunikace a zabavení člověka s demencí, v době nepřítomnosti pečujícího. Je to služba odlehčující pro rodinu. Dále v této době zabezpečujeme jeho potřeby, hlavně pomoc při sebeobsluze.

2. Jak dlouho poskytujete respitní péči v této rodině?

Již třetím rokem.

3. Jakým způsobem podporujete komunikaci s klientem? Jak s ním komunikujete?

Každý pracovník respitní služby má za sebou ne jedno školení v podpoře komunikace a řeči s klienty. Snažíme se ke každému konkrétnímu klientovi najít osobní přístup. Máme zapsané v dotazníku, který vyplňuje rodina při žádosti o respitní službu co možná nejvíce informací o klientovi. Například jaké bylo jeho dřívější zaměstnání, jaké měl zájmy, co ho nejvíce bavilo, kolik má sourozenců, kde se narodil, kolik měl dětí a tak podobně. Z toho potom vycházíme při rozhovorech, používáme reminiscenci, to je vracení se s klientem do minulosti. K tomu používáme různé staré rekvizity, například fotografie, staré nádobí, nebo oblečení. Snažíme se, abychom klienta zaujali a aby měl o komunikaci zájem. Snižuje se tím progresa paměti, upevňují se zkušenosti a slovní zásoba potřebná pro každodenní život. Hrajeme jednoduché hry, kde třeba rozeznáváme jednotlivé barvy a hodně klientů také rádo zpívá. Velmi se s tím zlepšuje jejich nálada. Doplnujeme říkadla a přísloví, řekneme si co je za den, kdo má dnes svátek a jestli třeba klient někoho zná tohoto jména. Ale vždy se snažíme přizpůsobit každému klientovi, každý je přece jenom jiný a má i jiné zájmy a jiné způsoby. Vždy ale dodržujeme to, že klientovi vykáme, dodržujeme pravidla při stolování a nekáráme, když se něco nepovede.

4. Jak se podle Vás změnila komunikační schopnost této klientky?

Paní se snaží komunikovat, vždy za vše poděkuje, vždy pozdraví a rozloučí se. Ráda si povídá, vypráví a ráda zpívá. Samozřejmě, že produkce srozumitelné a smysluplné řeči se postupem času snižuje, ale důležité je pochopit o co žádá a kam svým hovorem směřuje. To, že si rozumíme, jí viditelně uklidňuje. Poslední dobou často zaměňuje slova, nebo pokládá neadekvátní otázky. Asi před necelým rokem z ničeho nic začala mluvit německy. Stále hledá svou maminku a tatínka a stále na ně čeká. Někdy není jednoduché jí od této myšlenky odvést. Paní je velmi milá, není agresivní, dá si říct. Je ráda, když je někdo vedle

ní. Má ráda dotyk, pohlázení a chválu. Vždy říkám, že vlídným slovem u ní zmůžete vše. Objevuje se i smysl pro humor.

5. Je problém s touto klientkou komunikovat?

Někdy je to trochu problém, ale pokud tento stav nastane, je lepší převést řeč někam jinam. Je nutné používat krátké jednoduché věty, případně pohyby rukou, nebo názorně ukázat. Pokud se na ní někdo usmívá, usmívá se taky. Tito lidé často odráží svým chováním nálady okolí.

6. Rozumí Vám klientka, co jí říkáte? Nebrání se některým činnostem, které po ní žádáte?

Na této klientce je vidět, že nemá negativní zkušenosti, že je důvěřivá, že má zafixované hygienické návyky. Jednoduchým větám rozumí, když se stane, že nerozumí, rychle to pochopí z názorného ukázání, nebo při použití jiného slova.

7. Dochází u této klientky ke střídání nálad?

Z mé zkušenosti ne. Jen když se objeví sluchové halucinace, tak záleží na tom, co jí sdělují. V tu chvíli je důležité informace nevyvracet, ale co nejdříve převést pozornost klientky jinam.

8. Co byste řekla o klientce závěrem?

Paní působí velmi spokojeně, ráda dobře vypadá, chce být upravená. Nosí korále, hodinky a prstýnky. O prstýnku říká, že je to její maminka a dává mu pusinky. Ne každé boty se jí líbí, tak pak je dcera musí chodit vracet. Prohlíží si oblečení, jestli je čistá a pochválí oblečení, vlasy, nebo šperky jiných.

Shrnutí rozhovoru

Dle rozhovoru s pracovnící z respitní služby, která rodinu navštěvuje již třetím rokem je pro výzkumné šetření nejdůležitější, že rodina starající se o blízkého s demencí je zcela funkční a to se pak odráží v chování a v komunikaci s člověkem s demencí. Zachované hygienické návyky, minimální poruchy nálad a zájem o komunikaci s okolím.

5.3 Výsledky šetření, diskuse

Při výzkumném šetření byly splněné cíle výzkumného šetření a vyplynulo z něj, že vliv rodiny a domácí prostředí má podstatný vliv na zachování jazykových a řečových schopností člověka s demencí. Potvrdilo se to relativně dobrým zdravotním stavem zkoumané osoby po dvanácti letech od určení diagnózy a stylem poskytované péče o osobu s demencí. Výzkumným šetřením se zjistilo, jaký vliv má onemocnění Alzheimerova typu na řečové a jazykové schopnosti postiženého v jednotlivých úsecích onemocnění. Významná progresie expresivní složky řeči se dostavila až podstatně déle, než se uvádí v odborné literatuře. Projevovala se perseverací (ulpíváním myšlenek), velkou stereotypií a též zásadním narušením exekutivních funkcí. Receptivní složka byla postižena zprvu méně. Slovní zásoba, která byla vždy poněkud chudší, se zhoršila významně. Je též možné, že zde sehrálo významnou roli i nižší vzdělání paní Evy. V současné době jsou stejnou měrou postižené všechny složky a roviny řeči. Komunikace probíhá pomocí velmi jednoduchých vět, dotyků, pohledů a gest. Své zde již nepochybně sehrává i vysoký věk zkoumané osoby.

Vhodnou komunikací lze ovlivnit progresi komunikačních schopností postiženého s přihlédnutím k postupujícímu věku a možných alternativ poškození mozku, které jsou zjištěné jen při podrobné pitvě nervových buněk postiženého. Dědičná zátěž ze strany otce mohla též sehrát významnou úlohu v propuknutí onemocnění. Poruchy chování ani jiné příznaky onemocnění se u něj neprojevovaly. Dědičná zátěž se v tomto případě zřejmě předává po ženské linii a tím se potvrdilo, že hereditární vlivy jsou možné faktory ovlivňující vznik onemocnění. Průběh onemocnění zkoumané osoby není zcela typický pro Alzheimerovu nemoc.

V této kazuistice lze pozorovat jisté náznaky choroby hodně dlouho před zhoršením stavu a určením diagnózy. Jedná se o poruchy nálad. Postupně se však všechny symptomy demence Alzheimerova typu u sledované osoby objevují, mají však mezi sebou delší intervaly. Průběh onemocnění je rozvláčený. Každá fáze onemocnění trvá podstatně déle, než při klasické Alzheimerově chorobě.

Netypický průběh onemocnění může být částečně dán i podtypem onemocnění, ale postupující progresi dle výzkumného šetření zásadně zpomalila, včasná ošetrovatelská rodinná péče a blízký kontakt s rodinou, která se empaticky snažila o co největší možné zachování samostatnosti. Každodenní procvičování hrubé i jemné motoriky, častá

komunikace na běžná témata, procvičování krátkodobé paměti s využitím paměti dlouhodobé a ritualizací při denních činnostech pomocí jednoduchých říkanek. Jako zásadní se jeví netraumatizování osoby postižené demencí. Pokud k němu z jakéhokoli důvodu dochází je nutné zvyšování dávek zklidňujících léků, což má negativní vliv na schopnost komunikace a horší spolupráci osoby postižené demencí. Jako důležitá se ukázala nutnost osobě s demencí zabezpečit pocit pohody a bezpečí, klidným a chápajícím přístupem. S pomalým rozvojem celého onemocnění byla zkoumaná osoba schopná i nepoměrně delší dobu udržovat svou přiměřenou komunikaci s okolím. Dle výpovědi dcery se potvrdilo, že fyzická a hlavně psychická zátěž spojená s péčí o osobu s demencí je vyčerpávající a má vliv na celou rodinu pečujícího.

Doporučení pro praxi

Z výzkumného šetření pro další praxi jednoznačně vyplývá především pro všechny pečovatele, zahrnující jak rodinné příslušníky, tak ošetřující personál v zařízeních zabezpečující péči lidem s Alzheimerovou demencí, že jeden z nejdůležitějších faktorů zachování příznivého stavu a zpomalení progresu onemocnění je přístup a vhodná komunikace těchto osob s lidmi postižených demencí. Nejdůležitější, dle mého výzkumu je každodennost a soustavnost. Den rozdělit na denní fáze a pravidelně, ve stejný čas, se věnovat aktivitě člověka. Snažit se denními nácviky zachovat co největší samostatnost, pomáhat jen tam, kde je to nezbytně nutné. Na říkankách procvičovat výslovnost, při prohlížení a skládání obrázků procvičovat pozornost a porozumění pojmům. Pokud člověk s demencí nechce, nebo již nemůže používat verbální komunikaci, snažíme se o použití vhodné alternativní, nebo augmentativní komunikace, pomocí níž rozvíjíme a udržujeme jeho schopnost sdělit pečujícímu své pocity, přání a myšlenky a to až do terminálních stádií onemocnění. Komunikace s člověkem s demencí je složitá a vždy vyžaduje od všech pečujících, kteří přicházejí s nemocným do styku velkou dávku empatie a snahy se s člověkem s demencí domluvit. Všichni pečující by měli mít dostatek informací, chápat problematiku tohoto onemocnění a především vždy poskytovat zcela *individuální* a *vysoce kvalitní* péči, při které bude nemocnému zajištěn lidský přístup, bude respektovaná osobnost člověka a bude vždy zajištěna odpovídající komunikace. Člověk s Alzheimerovou demencí chce komunikovat, ale mnohdy neví jak. Nevhodná komunikace ošetřujícího pak velmi často vyvolává u postiženého člověka stres, neklid, poruchy chování

a agresivitu. Tím dochází ke zbytečnému zvyšování tlumící medikace z důvodu nevhodného chování seniora, který pak reaguje apatií, dalším zhoršením komunikace a samostatnosti a progresí psychického a fyzického stavu. Člověk s demencí potřebuje hodně podnětů, potřebuje někam patřit, sdílet své pocity a cítit lásku a pochopení. Všechny tyto důležité potřeby je možné zajistit pomocí vhodné komunikace ošetřujícího a člověka s demencí.

Kromě výzkumných cílů se výzkumným šetřením podařilo zjistit i několik dalších faktů. A to že, informovanost pečujících není dostatečná, že informovanost pečujících a lékařů o interakcích běžně podávaných léků u geriatrických pacientů s demencí je též nedostatečná. Tyto nedostatky mohou sekundárně výrazně zhoršit zdravotní stav člověka s demencí i bez zhoršení primárního onemocnění. Z toho lze pak mylně usuzovat, že zdravotní stav pacienta se zhoršil v důsledku primárního onemocnění, či z nedostatku speciálně pedagogické péče. Výzkumné šetření též poukázalo na to, že by bylo zajímavé zaměřit pozornost dalšího výzkumu na jednorázové užívání vyšších dávek antibiotik při současném užívání antipsychotik u člověka s demencí, versus užívání pravidelných velmi nízkých dávek specifických antibiotik a jejich vliv na užívání antipsychotik a tím na celkový zdravotní stav a progresi onemocnění a zároveň jaký vliv by měla cílená léčba na komunikační schopnosti člověka postiženého demencí. Dle tohoto výzkumu se nabízí otázka, zda pravidelné nízké dávkování specifických antibiotik nepůsobí antioxidačně na nervové buňky postiženého člověka a zda při jejich užívání nedochází ke snížení apoptózy (buněčné smrti), která je u člověka postiženého demencí zvýšená.

6 Závěr

Na zkoumané osobě se potvrdilo, že fungující rodinné prostředí má zásadní vliv na osobu postiženou demencí, zajištěním neměnného prostředí s docílením pocitu bezpečí a pohody. Zásadní je udržet člověka s demencí v procesu komunikace minimálně s blízkým okolím, pomocí vhodných stimulů s přihlédnutím k fázi onemocnění, věku a druhu demence, a že informovaností pečujících osob o vhodných přístupech k lidem s demencí lze ovlivnit jejich progresi v komunikačních schopnostech. Podařilo se zjistit na jaké složky a jazykové roviny řeči má onemocnění Alzheimerovského typu vliv, že funkční rodina hraje zásadní roli v zachování a ovlivnění komunikace člověka s demencí, a že hereditární faktory se nepochybně podílejí na vzniku onemocnění.

Ve své práci jsem se zaměřila na problematiku komunikace a řeči u lidí postižených demencí. V teoretické části jsem shrnula informace o tom, jaký je průběh jednotlivých onemocnění, jaký mají vliv na komunikaci a řeč postiženého, popisují charakter nemoci, její symptomy, změny, ke kterým dochází v mozku postiženého, jak se tyto změny projevují, jak ovlivňují život postiženého člověka a jaký dopad má toto onemocnění pro rodinu postiženého a celou společnost. V praktické části jsem popsala v longitudinálním kvalitativním výzkumu dopady onemocnění na konkrétního člověka postiženého demencí a zvláště jsem se soustředila na dopady onemocnění na řeč a komunikaci. Výzkum je rozdělen do několika etap. První etapa výzkumu se zabývá stavem komunikačních a ostatních schopností výzkumného vzorku v produktivním věku. Poukazuje na stav komunikačních schopností a řeči v této době. Druhá etapa výzkumu srovnává tento stav se stavem po dvaceti pěti letech, kdy byla diagnostikována demence Alzheimerovského typu. Třetí etapa výzkumu popisuje změny způsobené tímto onemocněním po osmi letech od diagnostikování demence u zkoumané osoby. Čtvrtá a poslední etapa výzkumu popisuje současný stav. Výzkumné šetření vychází z vlastního přímého longitudinálního pozorování a osobního kontaktu, z analýzy odborných dokumentů, z rozhovoru s rodinným příslušníkem a z rozhovoru s pracovníkem respitní služby. Veškerá šetření jsem shrnula, zdůvodnila a vytvořila jsem závěr tohoto šetření a doporučení pro praxi a případný další výzkum, který se nabízí na podkladě tohoto výzkumu.

7 Zdroje

Knižní zdroje

ČECHÁČKOVÁ, M. Získané organické poruchy řečové komunikace. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

EASTLEY, R., WILCOCK, G. *Assessment and differential diagnosis of dementia*. In: O'BRIEN, J., AMES, D., BURNS, A. (Eds), *Dementia*. 2nd ed. London : Arnold, 2000, p. 41–47.

EXNEROVÁ, Stanislava. *Komunikační dovednosti: otázky a odpovědi*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. 107 s. ISBN 978-80-7372-357-6.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1314-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

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

HOLMEROVÁ, Iva, JURAŠKOVÁ, Božena a ZIKMUNDOVÁ, Květuše. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2., dopl. vyd. [Praha]: Česká alzheimerovská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.

HORT, Jakub a Martin BOJAR. Diagnostika a léčba demence, některá úskalí a česká specifika. *Practicus*. 2004, č. 10, s. 363–368.

JIRÁK, Roman a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 164 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6.

KAŇOVSKÝ, Petr a kol. *Speciální neurologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 336 s. Učebnice. ISBN 978-80-244-1664-9.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 224 s. Pedagogika. ISBN 80-247-1110-9.

LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. 359 s. ISBN 80-7178-801-5.

LIBIGER, Jan, ed., ŠVESTKA, Jaromír, ed. a HÖSCHL, Cyril, ed. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.

MÜHLPACHR, Pavel a STANÍČEK, Petr. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 115 s. ISBN 80-210-2510-7.

NEUBAUER, Karel. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. [S.l.]: vl.nákl., 1997, ©1996. 52 s. ISBN 80-238-1305-6.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 183 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1490-5.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Vyd. 1. Brno: MSD, 2006. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.

PREISS, Marek a kol. *Neuropsychologie v neurologii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 362 s. Psyché. ISBN 80-247-0843-4.

ROTH, Jan, SEKYROVÁ, Marcela a RŮŽIČKA, Evžen. *Parkinsonova nemoc*. 3., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 181 s. Medica. ISBN 80-7345-044-5.

TEDLA, Miroslav a kol. *Poruchy polykání = Poruchy prehl'tania*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009. 312 s. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-105-2.

VOKURKA, Martin a kol. *Praktický slovník medicíny*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, ©2008. xv, 518 s., [8] s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-7345-159-2.

ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava a ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 229 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2003. 226 s. Psyché. ISBN 80-247-0183-9.

Další zdroje

DESATERO komunikace s pacienty se syndromem demence. *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR* [online]. 2006 [cit. 2014-09-14]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/component/content/article/25-informace/354-desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence.html>

HORT, Jakub. Demence frontotemporální. In: *Medicabáze.cz* [online]. 2007 [cit. 2014-09-14]. Dostupné z: http://www.medicabaze.cz/index.php?&sec=term_detail&termId=54&tname=Demence+frontotempor%C3%A1ln%C3%AD

HUDEČEK, Daniel, Kateřina SHEARDOVÁ a Jakub HORT. Demence v klinické praxi v roce 2011. *Postgraduální medicína* [online]. 2012 [cit. 2014-09-14]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/demence-v-klinicke-praxi-v-roce-2011-462909>

Huntingtonova choroba. In: *Společnost pro pomoc Huntingtonově chorobě* [online]. 2012-2014 [cit. 2014-09-14]. Dostupné z: <http://www.huntington.cz/o-nemoci/huntingtonova-choroba/>

LEBEDOVÁ, Zuzana. *Získané neurogenní poruchy řečové komunikace a jiné kortikální poruchy*. 2012. Dostupné z: http://www.neuro.lfl.cuni.cz/vyuka/soubory/ergo/2r_poruchy_reci_2012.pdf

LÍNEK, Vladimír. Alzheimerova nemoc a jiné demence. *Postgraduální medicína* [online]. 2006 [cit. 2014-09-14]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/alzheimerova-nemoc-a-jine-demence-271479>

Neurologie pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 2000- [cit. 2014-02-22]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://neurologiepropraxi.cz> a Bareš, M. (2008). Pozdní hybné komplikace Parkinsonovy nemoci – wearing-of a další motorické fluktuační. *Neurologie pro praxi*. 9 (2), 96-99.

Příprava na stárnutí v České republice. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *MPSV.CZ* [online]. [cit. 2014-09-14]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>

Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta

M. Rettigové 4, 116 39 Praha 1

Evidenční list žadatelů o nahlédnutí do listinné podoby práce

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo rozmnoženiny závěrečné práce, jsem však povinen/povinna s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci tohoto prohlášení.

Poř. č.	Datum	Jméno a příjmení	Adresa trvalého bydliště	Podpis
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				