

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Logopedická intervence u osob trpících syndromem demence

Bakalářská práce

Autor: Anna Svatková

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ
Pedagogická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Anna Svatková**
Osobní číslo: **P12506**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace**
Název tématu: **Logopedická intervence u osob trpících syndromem demence**
Zadávající katedra: **Katedra speciální pedagogiky**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce je věnována problematice komunikace osob trpících projevy demence. Teoretická část se zaměřuje na současné poznání terminologie, epidemiologie, etiologie, symptomatologie v oblasti diferenciálních syndromů, které jsou spojeny se vznikem a rozvojem demence. Přibližuje oblast diagnostiky, terapie a prognostického faktoru v oblasti poruch komunikačních schopností u osob s demencí. Primárním cílem praktické části je navržení stimulačního programu sociální interakce u osob s projevy demence a jeho následné praktické využití ve skupinové terapii. V rámci programu jsou sledovány probíhající interakce ve skupině a vyhodnocovány se zaměřením na oblast praktických komunikačních schopností a zachovaných schopností v řešení komunikační situace. Sekundárním cílem praktické části je sběr a analýza údajů a názorů osob, které participují na péči o osoby s projevy demence, se zaměřením na jejich hodnocení kvality přizpůsobeného prostředí pro péči o tyto osoby.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní správy:
Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.**
Katedra speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **20. února 2014**
Termín odevzdání bakalářské práce: **26. března 2015**

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.
děkan

L.S.

doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.
vedoucí katedry

due

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce, doc. PaedDr. Karla Neubauera, Ph.D., samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové, dne 23. března 2015

Anna Svatková

SVATKOVÁ, Anna. *Logopedická intervence u osob trpících syndromem demence*.

Hradec Králové:

Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, 2015.

Anotace

Bakalářská práce je věnována problematice komunikace osob trpících projevem demence. Teoretická část se zaměřuje na současné pojetí terminologie, epidemiologie, etiologie, symptomatologie v oblasti diferenciálních syndromů, které jsou spojeny se vznikem a rozvojem demence. Přibližuje oblast diagnostiky, terapie a prognostického faktoru v oblasti poruch komunikačních schopností u osob s demencí.

Primárním cílem praktické části je navržení stimulačního programu sociální interakce u osob s projevem demence a jeho následné praktické využití ve skupinové terapii. V rámci programu jsou sledovány probíhající interakce ve skupině a vyhodnocovány se zaměřením na oblast praktických komunikačních schopností a zachovaných schopností v řešení komunikační situace. Sekundárním cílem praktické části je sběr a analýza údajů a názorů osob, které participují na péči o osoby s projevem demence, se zaměřením na jejich hodnocení kvality přizpůsobeného prostředí pro péči o tyto osoby.

Klíčová slova: syndrom demence, stimulační program, komunikace

SVATKOVÁ, ANNA. *Speech therapy intervention in persons suffering from dementia syndrome*. Hradec Králové: University of Hradec Králové, Faculty of Education, 2015.

Abstract

This bachelor's thesis is devoted to the issue of communication by people suffering from the symptoms of dementia. The theoretical section focuses on the current concept of terminology, epidemiology, etiology and symptomology in the field of differential the syndromes, which are linked to origin and development of dementia. It describes the fields of diagnostics, therapy and the prognostic factor in the field of disorders of communication skills in people with dementia.

The primary goal of the practical section is proposal of a programme for stimulation of interaction in people with symptoms of dementia and its subsequent practical application in group therapy. Interactions taking place within the group are observed within the terms of the programme and assessed with focus on the sphere of practical communication skills and retained skills in resolving communication situations. The secondary goal of the practical section is to compile and analyse the data and opinions of people involved in the care of people with symptoms of dementia, focusing on their assessment of the quality of the adapted environment for care of these persons.

Keywords: dementia syndrome, programme for stimulation, communication

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D. za odborné vedení a připomínky k mé bakalářské práci. Také bych ráda vyjádřila svůj dík vedení a zaměstnancům Domova důchodců U Biřičky v Hradci Králové, kteří se mi ochotně věnovali. Mé poděkování patří i Ing. Otakaru Burešovi, Ph.D. za jeho čas a pomocné konzultace.

Obsah

1. Úvod	9
2. Syndrom demence	11
2.1 Historie	11
2.2 Současnost	11
2.3 Druhy demencí	12
2.4 Symptomatologie	16
2.5 Etiologie.....	17
2.6 Epidemiologie.....	17
2.7 Prognóza.....	18
2.8 Oblasti největších změn	18
3. Alzheimerova choroba	21
4. Logopedická intervence u osob s demencí	24
5. Praktická část	29
5.2.1. Sběr a analýza dotazníků.....	46
5.2.2. Metodika výzkumné práce	46
5.2.3. Charakteristika vzorku respondentů	46
5.2.4. Diskuze	56
6. Závěr.....	58
7. Seznam literatury	60
8. Seznam tabulek	63
9. Seznam grafů.....	64
10. Seznam příloh.....	65

1. Úvod

V současné době žije na světě přibližně 26 milionů lidí, kteří jsou postiženi syndromem demence. Určité procento těchto lidí je zařazeno do ústavních zařízení. Mezi takové instituce patří domovy pro seniory, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny a ústavy sociální péče. Péče o tyto osoby může probíhat i v domácím prostředí, kde ji zajišťují rodinní příslušníci s dopomocí pracovníků sociálních či zdravotnických služeb. Do této skupiny se řadí různé stacionáře, asistenti, pečovatelé popř. „home care“.

Syndrom demence lze do určité míry korigovat pomocí léků (kognitiv). Tímto způsobem nelze vyléčit hlavní příčiny, ale pouze zpomalit progresi syndromu. Z tohoto důvodu je zásadní zaměřit se na zlepšení úrovně kvality života osob trpících demencí. Maximální možné kvality lze dosáhnout, mimo jiné, i za pomoci aktivizačního programu, který je třeba přizpůsobit aktuální kognitivní úrovni každého daného jedince či skupiny. Vhodně sestavený program má zabraňovat rychlému poklesu kognitivních funkcí, poruchám chování, předcházet stavům deprese a podpořit sociální interakce mezi seniorem s demencí a jeho okolním. Z logopedického hlediska by měl maximalizovat komunikační potenciál, který je nezbytný pro každého jedince, zejména z pohledu důstojného dožití seniorů trpícím syndromem demence.

Ve své práci se zaměřuji na podrobnou terminologii v této oblasti. Snažím se vysvětlit, co je to syndrom demence a následně se blíže zaměřuji na Alzheimerovu chorobu. Objasňuji poruchy paměti, řečové komunikace a specifika komunikace jako celku u takto nemocných jedinců. V další části se věnuji oblasti diagnostiky, terapie.

Ve své praktické části práce se zabývám návrhem stimulačního programu vhodného jak pro logopedickou terapii, tak pro obecné zkvalitňování a maximalizaci komunikačního potenciálu u lidí s diagnostikovanou demencí, zejména Alzheimerovou chorobou. Druhá část praktické části hodnotí spokojenost a názory zaměstnanců domova pro seniory se zvláštním režimem, Domova U Biřičky v Hradci Králové (dále jen DD), konkrétně 3. patro zaměřené na osoby postižené demencí.

Cílem mé bakalářské práce je návrh stimulačního programu pro osoby se syndromem demence a jeho následné využití ve skupinové terapii. Jeho přínos by měl být vidět v oblasti sociální interakce mezi klienty při plnění úkolů, verbálního

projevu a komunikační aktivity. Tento stimulační program lze využít k dalšímu rozvoji maximálního komunikačního potenciálu osob s demencí a tím ke zkvalitnění způsobu jejich života. Program je určen skupinovým terapeutům – logopedům, ale i rodinným příslušníkům u osob s demencí v domácí péči a osobám, které se podílejí na péči o takto nemocné jedince.

Sekundárním cílem práce je sběr a analýza názorů osob participujících na péči o osoby s dementním syndromem. Výsledky získané touto cestou mohou pozitivně přispět ke zlepšení prostředí, ve kterém se tyto postižené osoby pohybují a k celkovému zlepšení péče.

2. Syndrom demence

2.1 Historie

Tento pojem má původ v latinském označení *dementia*, což znamená doslova *bez myslí, bez ducha*. Termín „demence“ se vyvíjí již přes 2500 let. Už antičtí lékaři a filozofové popisovali pokles duševních funkcí, který se vyskytoval u některých jedinců v pokročilém věku. Ještě v 19. století nebylo odlišení syndromu demence od jiných poruch úplně jednoznačné. Za přelom ve vývoji pojmu demence (fáze senilní) je všeobecně uznáván popis případu jedenapadesátileté paní Auguste D. doktorem Aloisem Alzheimerem. Tento termín je datován k roku 1906. V průběhu 20. století se začaly rozlišovat různé podoby Alzheimerovy choroby od demence vaskulárního typu a dalších typů syndromu demence. (Jirák, Koukolík, 2004)

2.2 Současnost

Za fyzickou příčinu vzniku syndromu demence Huemer (2012) uvádí, že toto postižení je provázáno tvorbou tzv. neurofibrilárních smotků v oblasti mozku, které rozkládají zdravé nervové buňky.

Pidrman (2007) tento pojem z pohledu psychiatra vykládá jako získanou poruchu funkcí v oblasti kognice, která se lineárně zhoršuje v čase.

„Podle definice je demence syndrom, který vznikl v důsledku onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení více vyšších korových funkcí včetně paměti, myšlení, orientace, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku (kognitivních funkcí) v takové míře, která omezuje soběstačnost a trvá minimálně 6 měsíců. Vědomí není zastřené. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno, někdy také předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.“ (Franková, Hort, Holmerová, Jirák, Vyhnálek, 2011, s. 13)

Tato získaná porucha se vyznačuje značným poklesem úrovně paměti postiženého jedince a dalších kognitivních funkcí. Tyto okolnosti jsou pro jedince limitující překážkou v běžném životě. Úbytek poznávacích schopností se projevuje zhoršením úsudku a myšlení při určitých činnostech. Problémem se tak pro jedince stává i běžné zpracování přijímaných informací ze svého okolí. Díky této získané

poruše se postiženému jedinci mění i sociální chování, a to v důsledku emoční lability, neklidu či apatickým stavům. (Růžička, 2003)

Člověk postižený demencí trpí poruchou paměti a poruchou poznávacích funkcí. Z toho plyne zhoršení adaptace na vnější prostředí okolo jedince a komunikace s ním, často spojená s odlišným cíleným chováním. Lidé kvůli takovému onemocnění mají negativně ovlivněnou pozornost, vnímání, ale i řečové funkce - jejich komunikační schopnosti jsou sníženy díky nedostatečné tvorbě řeči a celkovému porozumění obsahu informací. Takoví lidé mají problém i s výkonnými (exekutivními) funkcemi. Ztrácejí schopnost a chuť být k něčemu motivováni, naplánovat určitou činnost, vykonat ji a následně ji zpětně ohodnotit dle vlastního úsudku. (Jirák, Holmanová, Borzová a kol., 2009)

Jedinci trpící demenčním syndromem mají kognitivní funkce narušeny v takové míře, která již omezuje jejich dosavadní soběstačnost. (Franková, Hort, Holmerová, Jirák, Vyhnálek, 2011)

Kvůli postupně se zhoršujícímu stavu těchto funkcí se jedinec stává nesamostatným, závislým na své rodině, nemocničním zařízení či na ústavu sociální péče. (Jirák, Holmanová, Borzová a kol., 2009)

2.3 Druhy demencí

Hlavní příčinou vzniku syndromu demence je progredující onemocnění mozkové tkáně. Charakter a lokalizace takových nežádoucích změn určuje typ demence. *„Z tohoto hlediska dělíme demenci na primární a sekundární. Pro jejich rozlišení zpravidla platí, že při primárních demencích jsou primární atroficko-degenerativní změny v mozku a jsou specifické pro ten který typ demence, například pro Alzheimerovu chorobu je typické onemocnění šedé kůry mozkové.“* (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, s. 147)

Dále autoři uvádějí, že *„při sekundárních demencích stojí v pozadí kognitivních změn jiné onemocnění, jehož prvotní příznaky jsou jiné, například demence při Parkinsonově nemoci, vaskulárních onemocněních mozku při intoxikaci, nádorech nebo traumatech mozku.“* (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, s. 148)

Klasifikace na kategorie primární a sekundární se ne u všech autorů odborné literatury plně shoduje.

Další rozčlenění demence je na následující kategorie – kortikální demence, subkortikální demence (Bartoš, 2010), a řadí se sem i demence smíšená.

2.3.1 Kortikální demence

Kortikální demence se vyznačuje především postižením paměti a následně i fatických, praktických a gnostických (poznávacích) funkcí. V pozdějších fázích demence se objevují poruchy chování. Pro tento typ demence je charakteristická Alzheimerova choroba. Dále sem můžeme zařadit Pickovu nemoc, kdy je porušeno auditorní rozumění, dotyčným se postupně zhoršují jazykové schopnosti v oblasti syntaxe a mluva je váhavá a rozvláčná. (Růžička, 2003)

2.3.2 Subkortikální demence

U tohoto typu demence převažuje porucha úsudku, plánování a realizace určité činnosti. Takový stav je častým základem pro vznik deprese, apatie a změnou sebekontroly a chování. Tímto typem onemocnění je např. demence při Parkinsonově chorobě, kdy řeč je významně motoricky postižena a kognitivní funkce jsou postiženy také, ale výrazně méně než u kortikální demence. Dále sem patří demence při Huntingtonově nemoci. (Růžička, 2003)

2.3.3 Smíšená demence

Jedná se o formu demence, která je způsobena kombinací více forem postižení mozku. Nejčtenějším zástupcem této skupiny demencí je Alzheimerova choroba, u které je nejčastější přidruženost cévního onemocnění. (Jirák, Laňková, 2007)

Není vzácností, že cévní změny v mozku u některých pacientů nejsou natolik výrazné a intenzivní, aby se daly považovat za příčinu demence jako takové. Spíše se vyskytují takové případy, kdy jedinci trpí Alzheimerovou demencí, frontotemporální demencí (frontální (čelní) lalok mozku, temporální (spánkový) lalok mozku), demencí s Lewyho tělísky a zároveň jsou u nich přítomny vaskulární změny, což může mít a často má za následek spuštění či komplikace syndromu demence. (Franková, Hort, Holmerová, Jirák, Vyhnálek, 2011)

Jak již bylo zmíněno, do demence smíšeného typu se řadí přidružené vaskulární změny. V případě, kdy je určena pouze vaskulární změna, která není přidružena k jinému typu demence, demenci klasifikujeme jako vaskulární.

2.3.4 Vaskulární demence

Je důsledkem narušeného cévního zásobení mozkové tkáně. Jako příčina se uvádí zúžení mozkové cévy, její postupné ucpávání nebo naopak krvácení. Mozková tkáň je postižena infarkty, malými infarkty nebo jinými změnami v mozku. Podle postižení a umístění takových změn rozeznáváme několik typů vaskulárních onemocnění:

- *Vaskulární demence s náhlým začátkem* – takový typ demence vzniká při rozsáhlejších infarktech v oblastech zaměřených na paměť. Dementní choroba má rychlý rozvoj po cévních mozkových příhodách.
- *Multiinfarktová demence* – příčina vzniku je infarkt v oblasti šedé kůry mozkové a bílé hmoty. Průběh demence je kolísavého charakteru, pacient trpí častými výkyvy psychického stavu. Postižený si relativně dlouho zachovává svou osobnost, uvědomuje si poruchy paměti, kterými trpí. Ve většině případů se u jedince objevují depresivní stavy.
- *Převážně podkorová vaskulární demence* – v tomto případě je postižena bílá a šedá hmota mozku. Jedná se o postižení mozkových jader, která regulují jemnou motoriku, hybnost a mimo jiné i výkonné funkce. Tento typ demence převážně postihuje jedince trpící vysokým krevním tlakem. Jejím projevem je porucha exekutivních funkcí a porucha jemné hybnosti. (Jirák, Holmanová, Borzová a kol., 2009)

Další typy demencí jsou např. demence s Lewyho tělísky, demence při Huntingtonově nemoci, symptomatické demence, frontotemporální demence, Creutzfeldt-Jakobova nemoc aj. (Jirák, Koukolík, 2004)

Následující tabulka popisuje rozdíl mezi kortikálním a subkortikálním typem demence.

Tab. 1 - Rozdíl mezi demencí kortikální a subkortikální (zpracováno podle Bartoše, 2010)

Kortikální demence	Subkortikální demence
těžká porucha paměti	zapomětlivost
narušené učení (vštipivost)	porucha vybavování
kortikální deficity (akalkulie, agnózie, apraxie, porucha abstrakce, atd.)	dysektivní syndrom, sklony k perseveracím
afázie	nízká slovní produkce, dysartrie
optimální rychlost zpracování získané informace	zpomalené psychomotorické tempo
dlouho zachovaná oblast motoriky	příznaky extrapyramidového typu
desinhibice nálady, nesoustředěnost	časté stavy deprese
osobnost zachovaná vcelku dlouhodobě (mimo demence frontálních typů)	uzavřenost, apatické stavy

2.3.5 Stádia demence

Stejně jako i u většiny jiných onemocnění i tento syndrom má svá stádia, která můžeme rozdělit do tří stupňů:

- *Mírná demence* – v této fázi je patrný pokles paměti, jedinec si hůře informace ukládá, zapomíná, kam si dal své věci, ale soběstačnost je na takové úrovni, že jedinec může žít stále sám.
- *Středně těžká demence* – paměť dotyčného už je narušena ve všech složkách a míra porucha paměti odpovídá i soběstačnosti jedince (samostatnost je vážně narušena).
- *Těžká demence* – v tomto stádiu už je nemocný zcela odkázán na pomoc druhé osoby, není schopen samostatného života, porucha paměti je značná. (Mühlpachr, 2004)

2.4 Symptomatologie

Syndrom demence je zastoupen řadou poruch duševního charakteru, které jsou charakteristické rapidně stoupajícím úbytkem kognitivních funkcí, hlavně paměti a intelektu. Tato postižení jsou výsledkem získaných traumat centrální nervové soustavy a organických onemocnění mozkové tkáně.

Nejčastějšími symptomy u syndromu demence jsou uváděny kognitivní poruchy a v neposlední řadě také poruchy chování a obtíže v řečové komunikaci i neverbální komunikaci a poruchy psychického charakteru. (Neubauer, 2010)

Demence mohou vznikat na základě organických onemocnění mozku, ale také v důsledku intoxikace, zánětů a infekcí, mechanického poškození mozku, nádorů a dalších faktorů, které ovlivňují centrální nervový systém. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009)

Příznaky demence lze rozdělit do tří hlavních skupin, kterými jsou poruchy kognitivních funkcí, poruchy chování a poruchy každodenních aktivit. (Pidrman, 2007)

Všechny tři již zmíněné skupiny doprovází poruchy paměti (jedná se hlavně o složky epizodické) a poruchy minimálně v jedné z oblastí: gnózie, praxie a funkce fatické. (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013)

Jirák a Koukolík (2004) se zmiňují o tzv. behaviorálních a psychologických symptomech demence. Jsou to příznaky, které doprovázejí demenci, především středně těžkou a těžkou demenci. Mezi takové symptomy patří poruchy chování a přidružené psychotické symptomy, poruchy emotivity a také poruchy spánku. Výskyt těchto příznaků však není pravidelný.

Poruchy chování u takto nemocných osob se vyskytují obvykle ve střední fázi a s rozvojem nemoci pokračují dál. Mají za následek, že jedinec je agresivní vůči svému okolí a to jak k ostatním osobám, tak i k věcem. Výjimkou není ani slovní agrese. Nemocného doprovází neustálý neklid. V pokročilých fázích demence je běžná inkontinence moči i stolice.

Psychotické příznaky se objevují jen u některých jedinců. Bludy, kterými jedinec trpí, jsou většinou nesystematické, paranoidně-perzekuční (pocity pronásledování a nadměrná vztahovačnost paranoiditou), tzn., „kradou“ jim oblečení ze skříně, peníze, peří z peřin apod. (Jirák, Koukolík, 2004)

2.5 Etiologie

Jak již bylo zmíněno, hlavní příčinou demenčního syndromu je progredující mozkové onemocnění. Jedná se o změny v mozku patologického charakteru, které se postupně rozšiřují a zhoršují klinický obraz postiženého jedince. (Pidrman, 2007)

2.6 Epidemiologie

Výzkumy ukazují, že ve věku nad 65 let je demencí postiženo minimálně 5% populace a ve věku nad 80 let trpí demencí nejméně 20%. Z uvedeného počtu se více než v 50% jedná o Alzheimerovu chorobu, v 10 – 25% jde o vaskulární demenci a smíšená demence zastupuje zhruba 10% z uvedeného počtu. Úmrtnost postižených demencí je dvojnásobně vyšší než u lidí stejného věku bez příznaků syndromu demence. (Hrdlička, Hrdličková, 1999)

Z přehledů Jirák, Koukolík (1998), Jirák, Koukolík (1999) a epidemiologických údajů vyplývá, že prevalence (počet případů dané nemoci v celé zkoumané populaci) demenčního syndromu po 60. roce věku exponenciálně vzrůstá. V západním světě, v průmyslově rozvinutých zemích, je ve věku 80 let a více, zasaženo nejméně 10% tamní populace.

Analýza dat z 23 evropských databází zjistila, v pětiletých skupinách ve věkovém rozmezí 60 - 94 let prevalenci 1,0%, 1,4%, 4,1%, 5,7%, 13,0%, 21,6%, 32,2%. (Hofman, Rocca, Wa, Brayne, et al., 1991)

Jak je zřejmé, každých pět let se počet případů nemoci v celé zkoumané populaci téměř zdvojnásobuje. Ve věku do 75 let je vyšší výskyt syndromu demence zaznamenán u mužské populace. U žen je vyšší číselný záznam po dosažené věkové hranici 75 let. Obdobná data jsou zaznamenána v Rotterdamské studii, kdy bylo vyšetřeno 7528 jedinců ve věkovém rozmezí 55-106 let. Výsledkem této studie byla potvrzena prevalence celého souboru 6,3% - rapidně rostla s věkem od 0,4% ve věkovém intervalu 55-59 let, až po 43,2% ve skupině ve věku 95 let a více. (Jirák, Koukolík, 2004)

2.7 Prognóza

Syndrom demence je nevratným procesem, v důsledku organických příčin, které nelze zcela zastavit. Avšak za včasné diagnostiky a následného zahájení léčby je tento děj možné zpomalit a ovlivnit tak progresivitu syndromu. (Neubauer, 2010)

2.8 Oblasti největších změn

V průběhu života jedince ovlivňují postupně získané zkušenosti a okolní svět, ve kterém se pohybuje. Ve stáří pak člověk jedná na základě předešlých rozhodnutí a „těží“ z toho, co se v životě naučil. V případě, že je senior postižen syndromem demence, tato nemoc mu většinou nedovolí „pracovat“ se svými životními zkušenostmi v takové míře, která by odpovídala věku dotyčného. Syndrom demence mimo jiné nejvíce ovlivňuje paměť a komunikaci (i řečovou), což může vést k agresivnímu chování, depresivním stavům a celkové změně osobnosti nemocného.

2.8.1 Paměť

Paměť je schopnost, která umožňuje přijímat, uchovávat a znovu si vybavovat informace. Díky paměti si člověk uvědomuje sama sebe, jejím obsahem jsou naše prožitky, dovednosti a vědomosti. Tato funkce je propojená s dalšími psychickými činnostmi.

Paměť lze rozdělit do různých podskupin podle mnoha hledisek.

Jedním z typů rozdělení je rozdělení na paměť *deklarativní* (explicitní) a *procedurální*. Obsah deklarativní paměti je možné popsat, vystihnout slovy. Je to paměť pro události a fakta. Tuto část paměti lze dále rozdělit na epizodickou paměť, která má v obsahu naše vzpomínky na události a situace - je závislá na kontextu. Další složkou je paměť sémantická, která je jakýmsi našim slovníkem. Zahrnuje vědomosti, skutečnosti a pojmy. U Alzheimerovy choroby je postižena právě paměť deklarativní.

V obsahu naší procedurální paměti jsou paměťové stopy, které slovy popsat nelze. Jedná se o motorické schopnosti (chůze a účelné pohyby), řečové dovednosti a

v neposlední řadě také o podmíněné reflexy. Tento druh paměti bývá postižen například u Parkinsonovy choroby.

Dále můžeme paměť rozdělit na základě časového hlediska.

Bezprostřední paměti se myslí veškeré vjemy, které si člověk uvědomuje a trvá několik vteřin.

Poté následuje *krátkodobá* paměť. Zde se ukládají některé informace, dle důležitosti, z bezprostřední paměti. Jedná se o tzv. provozní paměť, proto většina informací vymizí z důvodu, že nenastalo jejich opakování a upevňování.

Díky *střednědobé* paměti můžeme ukládat získané informace do paměti dlouhodobé. Získané údaje je nutné opakovaně využívat, aby nedošlo k jejich ztrátě. Při zapamatování si určité informace je důležité i emoční zabarvení zprávy.

Paměť, díky které jsme schopni udržet informaci dlouhodobě i celoživotně, se nazývá *dlouhodobá*. Tato forma paměti funguje pomocí tzv. paměťových stop, jejichž úkolem je trvalá změna bílkoviny nervové buňky a jejich výběžků. Lze ji rozdělit na paměť *recentní*, která uchovává ty informace, které jsou z nedávné minulosti, a paměť *trvalou*, která je určena pro informace ze vzdálené minulosti. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, Růžička at al., 2003)

2.8.2 Syndrom demence a paměť

V průběhu stáří se paměť může značně zhoršovat. Tento fakt však není pravidlem a u některých jedinců je paměť zcela zachovalá i v pokročilém věku.

U lidí, kteří mají syndrom demence tomu tak však není. Takový jedinec postupně ztrácí schopnost vybavit si získané informace, z čehož může být frustrován. Při komunikaci s takovým jedincem je zapotřebí „obrnit se trpělivostí“, chápat časté dotazy na tytéž informace, které již byly řečeny a stále myslet na pozitivní přístup k lidem se syndromem demence.

Jedince, který trpí syndromem demence, postihuje i porucha této důležité schopnosti (paměti). Jedná se o rozšířený symptom a pouze část těchto obtíží se připojuje k diagnostice demence. Poruchy paměti jsou většinou předvojem závažného problému. Neměl by proto tento fakt podceňovat postižený, který poruchou trpí, tak i jeho rodina, která by měla vyhledat pomoc odborného lékaře. Lékařský odborník by měl stanovit, zda se jedná o počátek syndromu demence, nebo

o izolované poruchy paměti. Poté je na řadě upřesnění problému a stanovení dalších postupů léčby. (Hrdlička, Hrdličková, 1999)

2.8.3 Komunikace ve stáří

Komunikace, čili určitý typ sdělování informací, které získáváme všude kolem nás, je nedílnou součástí každého živého jedince. V životních etapách člověka se způsob sdělování informací mění v závislosti na vývoji jedince, na nabytých zkušenostech a možnostech, na životních cyklech i prostředí, ve kterém se pohybujeme. V průběhu celého života nás proces komunikace neustále „tváří“ a je důležité, abychom se tomuto procesu nevyhýbali, nebránili se mu, abychom se svým okolním světem nepřerušovali kontakt a postupem času se tak nestali vyčleněnými ze společenského životního dění. Obzvláště v pokročilém věku, ve stáří, je důležité podporovat proces komunikace u jedinců, kteří by mohli v důsledku svého onemocnění zůstat na okraji společnosti. Je potřeba pomoci lidem, kteří již nejsou schopni sami vyhledávat podnětné okolí, takové prostředí vytvořit a minimálně udržovat jejich komunikační možnosti s ostatními.

2.8.4 Specifika komunikace u osob s demencí

Vzhledem k čím dál rychleji se vyvíjejícímu světu je nutné myslet na určitá specifika v komunikaci u osob se syndromem demence. Tito jedinci potřebují odlišný způsob vedení komunikace. Každý, kdo chce být komunikačním partnerem takového jedince, by se měl držet určitých pravidel a doporučení.

Pozitivní přístup, „...pozitivní interakce jsou klíčem k úspěšné komunikaci s partnerem. I pacient, který již sám nedokáže komunikovat prostřednictvím slov, někdy pochopí menší nebo i větší část toho, co říkáte a cítíte, a to díky neverbálním signálům, jež jsou pro něj srozumitelné.“ (Glenner a kol., 2012, s. 43)

Častým případem je to, že nálada a rozpoložení zdravého jedince se může projevit, „zrcadlit“ u druhého komunikujícího, u člověka s demencí. Je proto důležité být vždy pozitivně naladěni a dodávat tak sílu ke zpětné vazbě v komunikaci.

Dalším bodem pro úspěšný kontakt s osobou s demencí je pochvala a podpora kladného sebepojetí a sebehodnocení dané osoby. Lidé s demencí jsou často vůči své

osobě příliš kritičtí a nevěří svým schopnostem a dovednostem, je zapotřebí je podpořit.

Pro lepší úroveň komunikace je vhodné používat krátké a srozumitelné věty, případně je opakovat. Je dobré se vyhýbat příliš častým abstraktním označením. K pochopení celé situace nám poslouží neverbální signály, které nemocnému pomohou porozumět sdělení. (Glennner a kol., 2012)

2.8.5 Poruchy řečové komunikace u osob s demencí

Všechny typy a fáze syndromu demence doprovázejí poruchy komunikace a specifické projevy s různou intenzitou. U jedince se projevují obtíže v kontaktu s okolím - problematická řečová komunikace, poruchy čtení a psaní. Tyto příznaky jsou důležitým indikátorem při diagnostice demencí.

Hlavním důvodem vzniku poruchy řečové komunikace je postižení schopností v oblasti kognitivní a intelektové. Z tohoto důvodu se takový problém označuje jako *kognitivně-komunikační porucha*. Neméně důležité je i určení možných koexistujících poruch, které ovlivňují centrálně nervovou soustavu, např. dysartrie. Koexistence dysartrie a kognitivně-komunikační poruchy, která vznikla na základě syndromu demence je velmi častá např. u lidí s Parkinsonovou nemocí.

Poruchy fatických funkcí, apraxie a agnozie jsou zahrnuty pod souhrnným problémem poruchy správné činnosti mozkové kůry. Jedná se o degenerativně-atrofickou chorobu mozku, a proto se užívá v takovém případě pojem afázie – porucha individuálních jazykových schopností, např. u Alzheimerovy nemoci. (Neubauer a kol., 2007, Škodová, Jedlička a kol. 2007)

3. Alzheimerova choroba

Tato nemoc patří mezi závažná onemocnění neurodegenerativního charakteru.

Alzheimerova nemoc je pomalu vznikající demence. Její průběh se lineárně zhoršuje v čase. V těžké fázi tohoto onemocnění má jedinec potíže s chůzí, jemnou mobilitou, trpí těžkou poruchou paměti, nezvládá běžné aktivity denního života.

Postižena je i oblast chování a emoční stránky. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009)

U této choroby můžeme rozlišit formu časnou (presenilní) a formu pozdní (senilní). U presenilní formy lze počáteční projevy charakterizovat jako zhoršení výkonnosti, zhoršující se paměť a postupně se objevující depresivní nálady. Postupem času se jedinci zhorší paměť natolik, že není schopen si zpětně vybavovat předešlé události nebo se správně vyjadřovat mluveným slovem.

V případě, že nemoc u jedince „dojde“ do formy senilní, nelze přehlédnout rychlou progresi v oblasti zhoršování poruchy paměti. Mohou se postupně vytrácet hygienické návyky. Velmi často jedince doprovází stavy neklidu, euforie a zmatenosti. Celková změna osobnosti je velmi výrazná. (Halová, 2010)

Obvyklá příčina úmrtí pacientů s diagnostikovanou Alzheimerovou nemocí jsou zápal plic a průdušek nebo jiná onemocnění, kterými lidé v tomto věku trpí, přestože nejsou postiženi Alzheimerovou chorobou. Tuto nemoc lze tedy označit jako základní příčinu smrti, ne však bezprostřední. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009)

V současné době lze ve vývoji tohoto onemocnění rozlišit tři stádia, na kterých jsou patrné charakteristické lineárně se zhoršující projevy.

První stádium – příznaky jsou mírného rázu, nemocní mohou být deprimováni a vystrašeni přicházejícími změnami. Nástup příznaků je obvykle do 60. roku věku.

Druhé stádium – je charakteristické výraznějšími příznaky, díky kterým jsou značně ztíženy běžné aktivity (zapomínání jmen osob ve svém okolí, bloudění na jindy známých místech aj.)

Třetí stádium – nemocný je už zcela závislý na svém okolí a potřebu asistenci při každodenních činnostech (hygiena, konzumace jídla aj.). (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2004)

3.1 Symptomatologie Alzheimerovy choroby

Počáteční příznaky Alzheimerovy nemoci jsou neurotického charakteru, jedná se o zhoršenou výkonnost, objevující se depresivní stavy jedince a zhoršující se paměť. Postižení kůry mozkové má za následek neschopnost provádět kombinované

pohyby, neschopnost číst, počítat, omezena je také schopnost plánovat, a zpětně vyhodnocovat činnosti běžného každodenního života. (Halová, 2010)

3.2 Etiologie Alzheimerovy choroby

Příčinou Alzheimerovy choroby je značný pokles některých nervových buněk. To má za následek mozkovou atrofii, čili úbytek mozkové tkáně. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009)

„Je to onemocnění s individuálními variacemi ve věku nástupu, charakteru zhoršování kognitivních funkcí a progresi, ale s charakteristickými klinickými a patologickými rysy. Ty je odlišují od poruch paměti a intelektu z jiných příčin.“ (Kolektiv autorů, 1999, s. 15)

3.3 Epidemiologie Alzheimerovy choroby

Podle výsledků statistik z většiny Evropských zemí a z USA představuje čistá forma Alzheimerovy demence (bez přidružených obtíží typu vaskulární změny apod.) přinejmenším 50% všech demencí vůbec. Bylo zjištěno, že 10 – 20% demencí je smíšeného typu na podkladě Alzheimerovy nemoci i vaskulárních změn. (Růžička et al., 2003)

Jirák (2003) uvádí, že *„podle četnosti výskytu demencí je na prvním místě uváděna >>čistá<< Alzheimerova nemoc, na druhém místě vaskulární demence, pak smíšená alzheimerovsko-vaskulární demence a demence s Lewyho tělísky. Zbytek představují ostatní atroficko-degenerativní demence jako např. demence při Parkinsonově nemoci nebo Huntingtonově choree a nevaskulární symptomatické demence jako např. demence metabolické nebo infekční etiologie.“* (Růžička et al., 2003, s. 64)

3.4 Prognóza u Alzheimerovy choroby

Pacient trpící Alzheimerovou chorobou většinou po 7 – 10 letech umírá. U případů, kdy je nemocí postižený jedinec mladšího věku a nemoc je geneticky

podmíněna, může být vývoj i rychlejší. Existují však i případy, kdy jedinec přežil 15 let i více. Pravděpodobným důvodem prodloužení délky přežití jsou nové možnosti léčby. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009)

3.5 Porucha komunikace u Alzheimerovy choroby

U pozdějšího stádia nemoci se objevují fatické poruchy, které mohou mít těžší formu motorické, sensorické nebo smíšené poruchy užití individuálního jazykového systému (afázie) a neschopností řečové komunikace s okolím. Člověk s Alzheimerovou nemocí trpí také gnostickými poruchami – má problémy rozpoznávat předměty a lidi. U pacientů dochází k záměně identifikace osob, svých nejbližších. U řečové komunikace se mohou vyskytovat poruchy řeči, jedinec opakuje části slov nebo koncovek. (Růžička, 2003)

4. Logopedická intervence u osob s demencí

Řečová komunikace je nedílnou součástí každé osoby, ať už ji využívá či nikoliv. Je celkem známé, že podle kvality mluvené řeči ostatní lidé přisuzovali dotyčnému míru intelektu. Například, pokud někdo koktal nebo mu nebylo dobře rozumět, byl považován za hloupého. Některé tyto názory přetrvávají v menší či větší míře dodnes.

Lidé, kteří trpí narušenou komunikační schopností, mohou být velmi frustrováni ze svého „postižení“. U lidí s demencí je zapotřebí se věnovat této problematice z důvodu zkvalitnění dosavadní životní úrovně a napomoci tak důstojnému dožití. Vyjádření svých potřeb je u starých lidí zásadní otázkou a lidé trpící syndromem demence mají proces vyjádření o hodně složitější. V dnešní době tento problém nejen, že přetrvává, ale dokonce narůstá a tato intervence je stále nedostačující. Vzhledem k narůstajícímu číslu žijících seniorů s demencí je více než nutné, aby logopedická intervence rostla a dala tak šanci i těmto jedincům.

Řečovou komunikaci často nepříznivě ovlivňují projevy doprovázející proces stárnutí, například stařecká nedoslýchavost (presbyakuze), poruchy zraku. Snížení úrovně kognitivní výkonnosti a duševní schopnosti má negativní dopad i na verbální

komunikaci. V případě, že osobě se syndromem demence není poskytnuta logopedická intervence, může hrozit i následná sociální izolace.

4.1 Metody logopedické intervence

Lechta (2003) logopedickou intervencí označuje specifickou aktivitu, kterou provádí logoped, jejímž cílem je rozpoznat narušenou komunikační schopnost, zmírnit (popř. eliminovat) nebo minimálně překonat dané obtíže a preventivně působit proti tomuto narušení a tím komunikační schopnost zlepšit.

Logopedická intervence je složitý proces, který využívá tři navzájem se podmiňující fáze. Pro identifikaci narušených komunikačních schopností slouží logopedická diagnostika, která je nezbytná pro určení následné logopedické terapie. Poslední, nedílnou částí logopedické intervence, je logopedická prevence, která má předcházet obtížím v oblasti řečové komunikace. (Škodová, Jedlička a kol. 2003)

4.2 Diagnostika

Podle Neubauera (1997) hlavním cílem logopedické diagnostiky je zachycení celkového stavu jedince a „vyobrazení“ poruchy komunikace (řečové) ve všech jejích složkách. Komplexní logopedické vyšetření všech složek procesu komunikace by mělo být výsledkem diagnostických postupů.

Lechta (1995) uvádí tři úrovně, na kterých stojí identifikace narušené komunikační schopnosti:

- *orientační vyšetření* – v rámci depistáže nebo screeningu
- *základní vyšetření* – zjištění konkrétního problému narušené komunikační schopnosti a následné stanovení základní diagnózy
- *speciální vyšetření* – jde o co nejpřesnější určení daného problému narušené komunikační schopnosti

Dále Lechta (2003) mezi metody logopedické diagnostiky řadí *metody pozorování* (hodnotící stupnice, pozorovací listy), *metody explorační* (anamnestický rozhovor, dotazníky řízený rozhovor), *diagnostické zkoušky* (vyšetřování zvuku řeči, výslovnosti), *metody testové* (test laterality, Token test), *rozbory výsledků činnosti*

(školní výsledky), *metody přístrojové a metody kazuistické*. (Škodová, Jedlička a kol., 2003)

Pro stanovení správné diagnózy a následného individuálního plánu terapie je nutné provést i *diferenciální diagnostiku*, pro vyloučení záměny daného problému s jiným, což by mohlo mít negativní vliv na celý proces terapie. (Neubauer, 1997)

V této oblasti se používají především neuropsychologické a psychologické postupy. U jedinců, kteří trpí poruchami kognitivních funkcí a poruchou orientace, je nutná podrobná diagnostika psychických schopností. Je důležité s jistotou odlišit syndrom demence od postižení centrální nervové soustavy, protože postižení CNS má odlišné příčiny, vývoj, symptomatologii a charakter.

Diagnostika by měla být zaměřena na kvalitativní změny v oblasti kognitivních funkcí. K tomuto zkoumání se používají krátké zkoušky zaměřené na schopnosti kognitivní, fatické a percepční, které pomáhají zjistit specifika hlavních charakteristických projevů poruch. Dále se diagnostikou snažíme určit, o jakou formu demence se jedná, zdali o kortikální, subkortikální nebo o formu smíšenou. Zde se vyšetření zaměřuje na problémy jedince ve slovní realizaci a na učení se jazykovým jevům. Řeší se jazykový cit, paměťová schopnost a plynulost myšlenkového a slovního projevu. (Neubauer a kol., 2007)

Příklady vyšetřovacích metod

Wechslerova škála paměti – testuje zrakovou i slovní paměť, její okamžité a oddálené vybavení, dále orientaci a paměť logickou. Jedinec je testován v zapamatování si dvojice slov a tváří a seznamu slov. Poskytuje informace o zrakové reprodukci, o uspořádání písmen a čísel a o prostorové orientaci.

WAB – jedná se o testy řečových funkcí. První část zkoumá spontánní řeč, schopnost pojmenování, porozumění a opakování. Druhá část testu posuzuje psaní, čtení a počítání, dále pak vykonávání úkolu a doplňování obrazce na základě logického myšlení.

Test řečové plynulosti – provedení úkolu pro jedince je časově omezeno. Postižený musí během časového intervalu vyjmenovat co nejvíce slov, charakter slov určuje zadání testu. Hodnocenou oblastí je pohotovost pacienta, jeho iniciace a motivace, pracovní a slovní paměť a mentální pružnost. (Jirák, Holmanová, Borzová a kol., 2009)

Nejznámějším testem pro diagnostiku komunikačních poruch u syndromu demence je „*Arizona Battery for Communication Disorders of Dementia*“. Obsahem tohoto materiálu jsou testy zaměřené na smyslové vnímání jazyka, na oblast řečové produkce a rozumění, testy na orientaci a paměť jedince a schopnost opakování. (Neubauer a kol., 2007)

4.3 Terapie

Jak už bylo zmíněno, součástí logopedické intervence je i stanovení plánu terapie. Lze říci, že se jedná o řízené učení, které probíhá pod cíleným řízením, kontrolou a případným usměrňováním logopedem.

Podle počtu zúčastněných jedinců s narušenou komunikační schopností rozlišujeme terapii *individuální*, kdy se pracuje jen s jedním jedincem, a *skupinovou*, kdy je počet 3-6 osob. Podle intenzity terapie rozeznáváme terapii *intenzivní*, která je uskutečňována několikrát denně a terapii *intervalovou*, která má časovou prodlevu několik týdnů i měsíců. (Škodová, Jedlička a kol., 2003)

Rozhodujícím faktorem pro vhodnou rehabilitaci kognitivních funkcí nemocného je stupeň demence.

U lidí s mírnou, časnou fází demence je důležité zachovávat sociální stránku. Je potřeba přizpůsobit prostředí postiženému jedinci a snažit se stimulovat jeho kognitivní schopnosti.

V případě středních a těžkých fází syndromu demence je důležité zachovat emoční prožívání a chování. Dále pokračovat ve stimulaci kognitivních funkcí a používat i neverbální komunikaci ke kontaktu s postiženou osobou. (Neubauer a kol., 2007)

Dalším postupem terapie u lidí se syndromem demence je psychoterapie, remotivační postup. Nemocný je stimulován pomocí paměťových a sensorických tréninků, využíváním různých externích paměťových pomůcek a působí zde i cílená kognitivní stimulace.

Je zapotřebí, aby byly zvládnuty zásady komunikace s takto postiženými osobami. Jedná se o indirektivní postupy, které ovlivňují kvalitu komunikace s těžce dementskými jedinci. Nedílnou součástí postupu je důkladné seznámení rodiny s okolnostmi, které se přímo týkají fáze a druhu onemocnění jejich rodinného příslušníka. Podporou rodinám i nemocným jsou různé denní stacionáře, domovinky a v neposlední řadě např. psychologická poradenská a terapeutická péče, které mají

podíl na dlouhodobé snaze o to, aby byl uchován aktivní přístup v komunikaci s dementními jedinci. (Neubauer a kol., 2007)

5. Praktická část

Primárním cílem práce bylo sledovat spolupráci a motivaci klientů, jejich spontánní verbální projev a vzájemné sociální vazby jak mezi klienty, tak i mezi terapeutem, tedy se mnou. Pomocí stimulačního programu se měl maximalizovat či alespoň zvýšit komunikační potenciál jedinců. Díky skupinové terapii se měli klienti více rozmluvit a „otevřít“ vůči svému okolí, najít společná konverzační témata a zároveň se kognitivně trénovat při řešení úkolů.

Pro vypracování praktické části bakalářské práce se uskutečnilo 15 sezení s vybranou skupinkou seniorů trpících syndromem demence. V DD byla určena skupina o třech lidech, se kterými jsem měla možnost vyzkoušet a případně vylepšit svůj návrh stimulačního plánu pro skupinovou terapii v oblasti logopedické intervence. Všichni klienti, se kterými bylo pracováno, měli diagnostikovanou demenci, konkrétně šlo o Alzheimerovu chorobu.

Pro zhodnocení primárního cíle praktické části bakalářské práce byla zvolena metoda případových studií - kazuistik.

Kazuistika neboli případová studie pochází z latinského slova casus, což je případ. Lze ji popsat jako popis konkrétního určitého onemocnění, které má často zajímavý a poučný charakter a průběh. Kazuistika hledá a zjišťuje příčiny, které vedou ke vzniku daného problému. Jejím obsahem je rodinná a osobní anamnéza, prognóza onemocnění, terapeutickou či reedukační intervencí jejich průběh a výsledky a popř. katamnézu (zjišťování stavu a vývoje pacienta po léčbě v určitém časovém odstupu). Kazuistika se řadí mezi kvalitativní metody, zkoumá daný problém do hloubky a odehrává se v terénu. Diagnózu lze přiblížit na základě rozhovoru, ale lze použít i pozorování a obsahovou analýzu. Kazuistická metoda je spíše pomocná a neměla by tedy být jediným podkladem pro stanovení diagnózy. (Vokurka, Hugo, 2005)

Zpětná vazba v podobě kazuistiky popisuje reakce klientů na mnou zadané úkoly, kdy kromě řešení byly sledovány i již zmíněné sociální vazby. Výsledky práce jsou popsány ve třech kazuistikách. Stránka spolupráce a motivace a spontánní verbální komunikace je zpracována formou tabulky, která byla sestavena na základě pozorování klientů během skupinové terapie za celé hodnocené období. Výsledky byly stanoveny na základě vlastního subjektivního hodnocení v závislosti na čase a v porovnání klientů navzájem i jich samotných.

Sekundárním cílem praktické části byl sběr a analýza údajů a názorů osob participujících na péči o osoby s projevy demence, se zaměřením na jejich hodnocení kvality přizpůsobeného prostředí pro péči o tyto osoby.

5.1 Primární cíl

Primární cílem bylo navržení stimulačního programu pro osoby se syndromem demence a jeho následné využití ve skupinové terapii.

5.1.1. Sestavení stimulačního programu

Návrh stimulačního programu byl sestaven tak, abych co možná nejvíce podpořil komunikační potenciál a schopnosti klientů. Úkoly byly cíleně voleny tak, aby byly v souladu s tímto zaměřením. Voleny byly jak kognitivně zaměřené úkoly, tak zadání, která využívají dovednosti a schopnosti osoby s demencí používat trivium a tím nepřímo podpořily kognici.

Než se začnou vybírat úkoly vhodné pro aktivizaci klienta, je nutné nejdříve se pečlivě obeznámit s diagnostikou. Sestavení úkolů by mělo odpovídat schopnostem daného klienta či skupiny, aby případný neúspěch neodradil od dalšího plnění zadání. V případě, že klient ke správnému řešení nedojde je zapotřebí podpory a případná pomoc. Snažíme se, aby průběh řešení daných úkolů byl co nejefektivnější a klient byl co nejvíce aktivní. (Zgola, 2013)

Při řešení úkolů zaměřených na kognici je důležité, aby byl úkol nejprve srozumitelně vysvětlen, a je-li to zapotřebí, osvětlen názornou ukázkou správného řešení. Kognitivně zaměřené úkoly by měly co nejvíce aktivizovat daného klienta a umožnit mu motivaci prostřednictvím správně řešených zadání, kdy se procvičuje například dlouhodobá a krátkodobá paměť, kognitivní flexibilita, verbální fluence, pozornost, výbavnost, jemná motorika a další. (Klucká Volfová, 2009)

5.1.2. Úkoly vybrané pro návrh stimulačního programu

Na začátku každého sezení proběhlo s klienty vzájemné představení, bylo řečeno, který den v týdnu byl a jaké bylo datum. Poté byla skupina obeznámena se

strukturou sezení, a jak bude terapie probíhat. Každé sezení trvalo přibližně 15 - 30 minut, přičemž délka závisela na:

- a) rozpoložení klientů
- b) limitu stanoveném zaměstnanci 3. patra

Vybrané úkoly jsou sestavené tak, aby procvičovaly klientovu pozornost, schopnost se vyjádřit, verbální fluenci, jemnou motoriku, kognitivní flexibilitu, paměť (krátkodobou i dlouhodobou), dále výbavnost a další. Mimo tento výčet dále na sociální interakci a motivaci během skupinové terapie.

Seznam úkolů:

První sezení – 2 úkoly:

V úvodu prvního setkání jsem se krátce věnovala vzájemnému představení, vysvětlení mé návštěvy a objasnění důvodu mé přítomnosti a také faktu, že budu přicházet pravidelně.

1. Hledání slov podle křestních jmen: vybrala jsem jednoho ze své skupiny a na písmena jeho křestního jména každý postupně vymyslel jedno slovo, začínající na dané písmeno (např. JAN – jablko, auto, noha). Tento úkol nečinil výrazné potíže, spíše se individuálně lišila časová prodleva pro splnění u jednotlivých členů.

2. Řazení písmen dle abecedy: před úkolem si klienti zopakovali abecedu a následně jsem jim předložila papír s kombinacemi různých písmen (3 – 4 písmena na úkol), která měli seřadit podle abecedy (např. ACB → ABC). Vyjmenování celé abecedy nedělalo problémy, ale při plnění úkolu se klientům nedařilo správné řešení ani s mou pomocí.

Druhé sezení – 2 úkoly:

1. Kolik teček je na obrázku? Úkolem bylo spočítat tečky v daném geometrickém tvaru (viz Příloha A), takže otázky např. zněly: „Kolik teček je v kruhu/obdélníku/čtverci?“, „Kolik teček je v kruhu a čtverci?“, „Kolik teček je v celém obrázku?“. Zprvu se výsledky poměrně lišily. Proto jsem s klienty geometrické tvary pro ujasnění znovu procvičila. Poté bylo řešení většinou správné. Při obtížnější verzi („Kolik teček obsahují všechny hranaté tvary?“, „Kolik teček je v modrém a žlutém obrazci?“) jsem musela klientům být nápomocná a vše jim názorně ukázat.

2. Hledání slov na stejné písmeno: každý z klientů měl za úkol najít alespoň tři slova, která začínají na stejné písmeno. Byla vybrána písmena P a K. Tento úkol byl plněn bez větších problémů.

Třetí sezení – 2 úkoly:

1. Společné hledání odpovědí k otázkám:

- a. Na které světové straně je Slunce večer?
- b. Kdo byla Božena Němcová?
- c. Co způsobuje rezivění?
- d. Na kterém kontinentě leží Kanada?
- e. Kdo byl Karel IV.?
- f. Kdo to byl Šemík?
- g. Kdo byl Kryštof Kolumbus?
- h. Kolik kusů je jedna kopa?

Na otázky klienti odpověděli, celková úspěšnost byla pro mě mile překvapující, cca 80%.

2. Předchozí úkol byl podnětem k zahájení diskuze. Ve zbytku času jsem společně s klienty vedla rozhovor na téma cestování, literatura apod. Tento úkol jsem hodnotila hlavně z pohledu zapojení a verbálního projevu jednotlivců (viz Tab. 3).

Čtvrté sezení – 1 úkol:

1. Roční období: při čtvrtém sezení jsem měla připravené obrázky s tematikou zvířat a přírody. Před plněním úkolu jsem s klienty roční období nejprve procvičila. Úkolem bylo přiřadit obrázek přírody a zvířete ke správnému ročnímu období. Na závěr jsme si řekli, které činnosti se v daném ročním období provádějí. Během vypracovávání zadání nebyl žádný problém. Poté jsme opět vedli diskuzi na toto téma.

Páté sezení – 2 úkoly:

1. Tři slova k zapamatování: klientům jsem 3x za sebou řekla tři slova. Úkolem bylo zapamatovat si je a určit, co mají společného, co je spojuje.

- a. pes, kočka, slon → zvířata;

- b. tulipán, fialka, narcis → květiny;
- c. Adam, Jana, Tomáš → křestní jména;
- d. Pardubice, Praha, Brno → města;
- e. bílá, červená, modrá → barvy.

Poněvadž se ukázalo již na začátku, že mnou zvolená úroveň složitosti byla příliš nízká, počet slov jsem postupně zvyšovala. Dokázali jsme se dostat, až na maximální počet slov 5 s omezením, že klienti sice věděli, co mají daná slova společného, ale už je nedokázali znovu vyjmenovat.

2. Úkol jsem obrátila tím způsobem, že klienti měli k danému slovu najít slova podřazená (nábytek → stůl, židle, skříň). K sestavení správných odpovědí jsem musela pomoci názornou ukázkou. Poté již nebyl s pochopením zadání problém.

Šesté sezení – 1 úkol:

1. Hledání slov na stejné počáteční písmeno: k tomuto úkolu jsem využila hry, kdy se hledá jméno, město, věc, rostlina, jídlo, země a zvíře na stejné počáteční písmeno. Klientům jsem vytvořila tabulky, do kterých měli slova zapisovat. Dané písmeno si mohli vybrat. Zde jsem se setkala s problémem. Klientům se psát nechtělo. Verbální motivace je k písemné podobě odpovědí nepřiměřená. Teprve až když jsem začala slova psát sama, postupně se ke mně někteří přidali (viz Příloha B). Když jsem se zeptala, proč nechtějí psát, zjistila jsem, že nevědí, o jaké písmeno se jedná. Proto jsem při dalším pokusu této „hry“ do tabulek písmena předem napsala. Poté bylo zadání lehčí a psaní slov nebyl problém.

Sedmé sezení – 1 úkol:

1. Přesmyčky: pro každého klienta jsem připravila slova, ve kterých jsem proházela pořadí písmen tak, aby slovo nedávalo smysl. Všechna slova, až na jedno (tužka), byla podřazená ke slovu tělo (tzn. loket, koleno, břicho, záda, prst, ruka apod.) Zadáním bylo sestavit písmena do správného pořadí a následně přijít na slovo nadřazené. Domnívala jsem se, že daný úkol bude pro klienty složitý. Během pár minut však zadání splnili a zpětnou vazbou mi bylo jasně řečeno, že tento úkol by rádi plnili opakovaně. Analogicky jako u pátého sezení jsem na místě vytvořila

zadání nové, tentokrát s těžšími slovy (autobus, traktor, lokomotiva, kombajn apod.). Na toto zadání bylo potřeba více času, ale i tak došli ke správnému řešení.

Osmé sezení – 1 úkol:

1. Homonyma: při osmém sezení jsme probírali homonyma. Jelikož nikdo z klientů nereagoval na mé otázky, ve kterých jsem se dotazovala, co homonyma jsou a jak je poznáme, musela jsem daný jev vysvětlit a dát názorný příklad. Poté jsem chtěla, aby hledali a našli další možná homonyma, ale bez úspěchu. To mě donutilo přejít rovnou k příkladům, u kterých jsem chtěla uvést příklad využití a popsat rozdíl (např. kolo – jízdní kolo, kolo u vozu; oko – oko na punčoše, pytlácké oko atd.). Při této úpravě zadání už úkol splnitelný byl a klienti přišli na spoustu různých homonym.

Deváté sezení – 2 úkoly:

1. Puzzle: na deváté sezení jsem připravila puzzle k procvičení jemné motoriky (viz Příloha C). Klienti měli složit barevný obrázek zvířete. Záměrně jsem připravila určitý obrázek, který po složení funguje jako zpětná vazba pro klienty, pokud je jejich výsledek správný. Samotné skládání bylo ze začátku problematické, ale po úspěšném složení alespoň menší části to šlo už výrazně lépe.

2. Puzzle č. 2: skládání puzzlí jsem ztížila tím, že jsem klientům předložila puzzle bez konkrétního obrázku (viz Příloha D). Výsledek byl správný.

Desáté sezení – 1 úkol:

1. Synonyma: zadání bylo obdobné jako u osmého sezení. Lišilo se tím, že jsem po klientech chtěla synonyma k daným slovům (vysavač, mince, kouř apod.). I nyní skupině činilo obtíže popsat, co synonyma jsou. Z tohoto důvodu jsem problematiku vysvětlila a objasnila všem, co po nich chci a až poté byl úkol společně vymyslet příklady synonym mnohem jednodušší.

Jedenácté sezení – 2 úkoly:

1. Spojovačky podle čísel: pro kognitivní trénink jsem zařadila spojování obrázků podle po sobě jdoucích čísel. S tímto úkolem nebyl žádný problém.

2. Spojovačky podle písmen: obměnou úkolu bylo spojování podle písmen. Zde byly nejasnosti s abecedním pořadím, a proto bylo nezbytné abecedu opět zopakovat, aby se úkol stal snadněji proveditelným.

Dvanácté sezení – 1 úkol:

1. Barvy podle čísel: při tomto úkolu měli klienti vypočítat příklad a poté podle výsledku zvolit barvu na vybarvení daného políčka. Některým klientům bylo potřeba objasnit rozdíl mezi sčítáním a odčítáním.

Třinácté sezení – 1 úkol:

1. Dějové sledy: úkolem bylo seřadit dějové obrázky postupně za sebou (např. posláni dopisu, vaření čaje). Plnění úkolu proběhlo v pořádku bez potíží a celkově mohu říct, že si ho skupina užila, což bylo vidět i na tom, jak o úkolu později aktivně diskutovali.

Čtrnácté sezení – 2 úkoly:

1. Rozdělení zboží do příslušných obchodů: pro každého klienta jsem připravila papír s označením různých obchodů (cukrárna, řeznictví, drogerie, zelenina). Na rozstříhaných kartičkách byly názvy různého zboží (např. hovězí roštěná, jablka, kolíčky na prádlo, šlehačka, apod.). Každý klient měl ke správnému obchodu zboží přidělit. Tento úkol klienty bavil a dobrali se správného výsledku.

2. Slovní kopaná: na závěr čtrnáctého sezení jsem navrhla zahrát si slovní kopanou (konečné písmeno bylo pro druhého začátečním pro jeho slovo). Občas jsem musela klientům pomoci s určením posledního písmenka. Slova se často opakovala.

Patnácté sezení – 2 úkoly:

1. Společné hledání odpovědí na otázky:

- a. Kdy byl upálen mistr Jan Hus?
- b. Jaké bylo umělecké jméno Barbory Panklové?
- c. Kolik dní máme v roce?
- d. Kdo napsal Romea a Julii?
- e. Kde se nachází Mississippi?

- f. Kdo napsal Ostře sledované vlaky?
- g. Jak se jmenuje slavný obraz Leonarda da Vinci?
- h. V jaké pohádce vystupuje Jeníček a Mařenka?
- i. Kdo byli Cyril a Metoděj?

Odpovědi nebyly často jednoznačné. Tato skladba otázek se klientům moc nezamlouvala.

2. Reminiscence: klienti si donesli své fotografie svých blízkých. Ve zbytku volného času jsme se zabývali těmito fotografiemi, kdy jsem měla možnost sledovat jejich verbální projev a sociální vazby mezi klienty. Klienti byli velmi komunikativní a povídání se jim líbilo.

Následující tabulky a grafy jsou výsledkem hodnocení klientů v oblasti spolupráce a motivace a dále spontánní verbální komunikace, kdy hodnocení bylo čistě subjektivního rázu. Klienti byli hodnoceni i zpětně, kdy byla možnost většího srovnání s narůstajícím počtem uskutečněných terapií. Hodnotící škála je zvolena po jednotkách 5% pro zpřesnění výsledku. Uvědomuji si, že čistě subjektivní hodnocení je téměř vždy zatíženo chybou, která vyplývá z podstaty subjektivního hodnocení samotného, ale za sebe mohu říci, že jsem se snažila přistupovat ke každému sezení zodpovědně a bez předsudků. Z důvodu zpřesnění výsledků jsem se k jednotlivým sezením vracela zpětně, abych vzala v úvahu vývoj jednotlivců ve skupině a opravila počáteční, někdy ukvapený závěr.

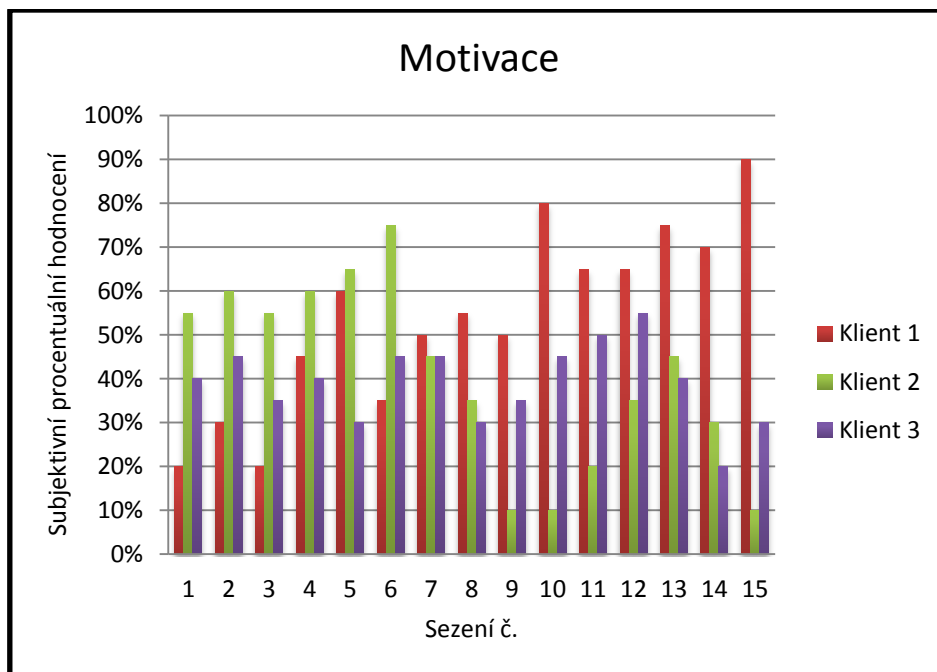
Výsledky ukazují, že Klient 1 byl v první polovině skupinové terapie spíše pasivní, v druhé polovině se procento spolupráce značně zvyšovalo, zatímco spontánní mluvní projev se výrazně nezlepšoval. Opačným případem byl Klient 2, kdy spolupráce značně upadala. Oproti tomu spontánní verbální komunikace se zvýšila. Vyšší procento hodnocení je výsledkem spíše negativních komentářů Klienta 2, kdy odmítal spolupracovat. Výsledky u Klienta 3 se v obou případech příliš neliší. Míra spolupráce a motivace je v rovnováze se spontánním mluvním projevem.

Z vyhodnocení tabulky č. 2 vyplývá zajímavá skutečnost - Klient 1 je opačným případem Klienta 2, zatímco Klient 3 i přes nejtěžší formu Alzheimerovy choroby osciluje mezi oběma bez výrazných výkyvů. Na základě výsledků z tabulky č. 3 je zřejmé, že Klient 3 patří k aktivnějším účastníkům skupinové terapie navzdory své progresivní nemoci. Naopak u Klienta 1 je vidět, že i přes větší šanci na úspěch a

možnost navázání smysluplné konverzace, pravděpodobně díky o něco příznivější diagnóze, než tomu je u Klienta 3, se verbálního projevu spíše zdržoval.

Tab. 2 - Motivace klientů během skupinové terapie (zdroj: vlastní hodnocení)

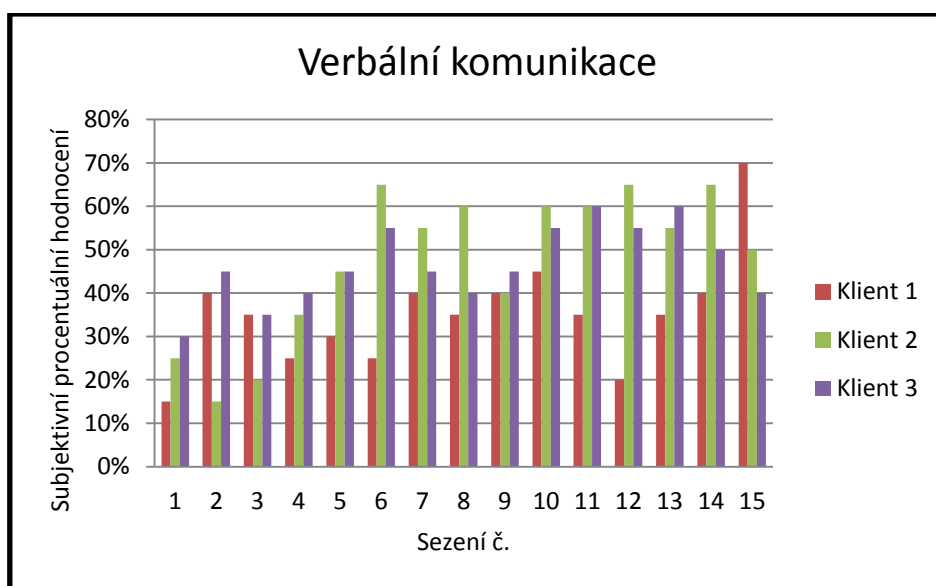
Motivace			
Sezení č.	Klient 1	Klient 2	Klient 3
1	20%	55%	40%
2	30%	60%	45%
3	20%	55%	35%
4	45%	60%	40%
5	60%	65%	30%
6	35%	75%	45%
7	50%	45%	45%
8	55%	35%	30%
9	50%	10%	35%
10	80%	10%	45%
11	65%	20%	50%
12	65%	35%	55%
13	75%	45%	40%
14	70%	30%	20%
15	90%	10%	30%



Graf 1 - Motivace klientů během skupinové terapie (zdroj: vlastní hodnocení)

Tab. 3 - Spontánní verbální komunikace během skupinové terapie (zdroj: vlastní hodnocení)

Verbální komunikace			
Sezení č.	Klient 1	Klient 2	Klient 3
1	15%	25%	30%
2	40%	15%	45%
3	35%	20%	35%
4	25%	35%	40%
5	30%	45%	45%
6	25%	65%	55%
7	40%	55%	45%
8	35%	60%	40%
9	40%	40%	45%
10	45%	60%	55%
11	35%	60%	60%
12	20%	65%	55%
13	35%	55%	60%
14	40%	65%	50%
15	70%	50%	40%



Graf 2 - Spontánní verbální komunikace během skupinové terapie (zdroj: vlastní hodnocení)

5.1.3. Kazuistická sdělení

Kazuistika č. 1

Jedná se o klientku, jejíž stanovená diagnóza je Alzheimerova choroba, ischemická choroba srdeční a diabetes mellitus.

Do DD byla umístěna na základě zhoršujících se projevů Alzheimerovy nemoci, kde žije již třetím rokem. Předtím byla v domácí péči dcery. Klientka je narozena roku 1929 a je jí 85 let. Je vyučena a její dřívější zaměstnání bylo na pozici dělnice v masokombinátu. V dětství prodělala běžné dětské nemoci. Léky bere pravidelně pod dohledem zdravotní sestry, nekouří, je abstinent. Mezi její zájmy patří šití, dříve domácnost a zahrádka. Udržuje osobní kontakt s rodinou pravidelně, jednou za týden za klientkou dochází syn s manželkou.

Fyziologické funkce jsou u klientky s ohledem na věk a diagnózu v normě, ale trpí značnými projevy dušnosti, pouze při zátěži. Krevní tlak je spíše nízký, menší frekvence srdečního pulsu. Klientka je chodící, sama se posadí na lůžku, sama se postaví. K pohybu využívá oporu hole. S ohledem na její diagnózu u ní existuje zvýšené riziko pádu.

Klientka je orientovanou osobou, částečně je orientovaná časem, místem a situací. Není schopna se bez doprovodu druhé osoby pohybovat mimo oddělení. Je závislá na plné podpoře ošetřujícího personálu při podávání léků. Spánek je bez potíží. Nezná hodnotu peněz, potřebuje asistenci druhé osoby.

Myšlení je zpomalené. Čtení, psaní a počítání klientka zvládá jen s dopomocí. Vzhledem k diagnostikované Alzheimerově nemoci je porucha paměti „maskována“ konfabulacemi (vymyšlení minulých událostí z důvodu poruchy paměti). Koncentrace a pozornost je bez výrazných problémů.

V oblasti hygieny potřebuje klientka částečnou podporu personálu. Ranní a večerní hygienu je schopna provést sama u umyvadla, celkovou nikoli. Oblékání zvládá sama, jen je doporučený dohled na čistotu oblečení. Sebeobsluha při jídle je dostatečná (jí a pije sama). Klientka je schopna si dojít na WC, trpí inkontinencí II. stupně – používá navlékací plenkové kalhotky. Při výměně inkontinenčních kalhotek potřebuje podporu personálu.

Reakce na komunikaci je přiměřená diagnóze a věku. Netrpí poruchami řeči. Komunikace ze strany klientky je pomalejší, nicméně je schopna sdělit své potřeby a přání. K navázání komunikace je zapotřebí motivace pomocí oblíbené činnosti nebo pro klientku zajímavé téma. Pravidelně dochází na ergoterapeutické a kulturní akce v DD. S naplánováním volného času potřebuje pomoc.

Skupinová terapie

Během skupinové terapie klientka plní dané úkoly, ale je zapotřebí značná motivace. Přiznává, že se jí moc nechce pracovat, že úkoly bude plnit jen tehdy, pokud bude sama chtít. Komunikace se vždy rozvíjí až po výzvě. Sociální vazby s ostatními členy skupinové terapie jsou v normě. Nebrání se rozhovoru s druhými. Zdá se, že se cítí být součástí kolektivu.

Při prvním setkání klientka příliš nespolupracovala. Verbální komunikace nastala jen tehdy, když jsem ji několikrát vyzvala. Zadávané úkoly nechtěla plnit. Spíše pospávala a byla pasivní. Při druhém úkolu (řazení písmen podle abecedy) odmítala spolupracovat i přes mou nabízenou pomoc. Početní dovednost jí nečinila výrazné potíže. V oblasti čtení jsem také nezaznamenala problémy. Psaní jí činilo občasné problémy v důsledku třesu ruky, a proto se klientka psaní snažila vyhýbat. V důsledku Alzheimerovy choroby měla problém se zapamatováním a následným vybavením si určitých slov (např. při sezení č. 5). Verbální komunikace nastala převážně jen v případě výzvy z mé strany. Spontánní řečová komunikace byla

výjimečná. Bylo patrné, že v průběhu několika sezení se motivace klientky značně zvýšila. Přestala odmítat spolupráci a více se účastnila. Nejvyšší zapojení bylo vidět až při posledním sezení.

Na základě výsledků uvedených v tabulce č. 2 a v tabulce č. 3 lze říci, že nejúspěšnější byly úkoly zadané při sezení č. 15, kdy klientka byla velmi aktivní. Motivace podněcovala spolupráci a zvýšilo se i procento spontánní verbální komunikace. Při plnění těchto úkolů se zvýšil její komunikační potenciál natolik, že klientka odpovídala na mé otázky i za ostatní klienty. Naopak sezení, při kterých se klientka příliš neúčastnila, byly terapie č. 1, 2, 3 a 6, kdy klientka odmítala některé zadané úkoly plnit. Díky vyjadřování mnohdy negativního názoru na plnění úkolů se zvýšilo procento spontánní verbální komunikace.

Sociálnímu kontaktu se klientka nijak nebránila, ale také ho nevyhledávala. S ostatními klienty se začínala bavit spíše až ke konci mého působení.

Závěr

Myslím si, že při mém dalším věnování se klientce, kognitivnímu tréninku a podněcování k aktivitě by se mohlo zvýšit procento její spontánní verbální komunikace, a také ještě zlepšit sociální kontakt s ostatními klienty i ošetřujícím personálem. Jsem přesvědčená, že by jí velmi pomohlo vyplnění jejího volného času více aktivitami. U této klientky bych pro další interakci volila spíše diskuzní témata a komunikační potenciál maximalizovala pomocí navození přirozených komunikačních situací, pro kognitivní trénink bych volila aktivity zaměřené na doplnění číselných řad a abecední pořádek písmen.

Kazuistika č. 2

Kazuistika č. 2 pojednává o klientovi, který má také diagnostikovanou Alzheimerovu nemoc a trpí navíc aterosklerózou (kornatění tepen).

Před nástupem do DD žil klient sám v bytě, kde neplatil nájem, má dluhy, které způsobil jeho syn. Poté byl přihlášen do domova zvláštního určení Harmonie, kde mu vypověděli smlouvu. Nějaký čas pobýval v azylovém domě, kam ho dovedla pracovnice zařízení Harmonie. Následně byl hospitalizován v léčebně dlouhodobě nemocných v Hořicích.

Klient se narodil roku 1946 (68 let). V DD žije druhým rokem. Dosaženým vzděláním je vyučený zedník, lesník. V dětství byl operován pro pupeční kýlu,

dodnes žádné komplikace. Léky jsou klientovi podávány ošetřujícím personálem, předepsaná má hypnotika na spaní. Klientovi zájmy jsou sledování televizních pořadů, poslech hudby a procházky po lese. Dříve se zabýval chovem zvířat. Udržuje pravidelný osobní kontakt se snachou, která do DD za klientem dochází.

Fyziologické funkce jsou bez zvýšených obtíží. Klient nemá žádná dietní omezení, nekuřák. Mobilita bez potíží, sám se pohybuje po schodech, sedí, leží. Pohybuje se bez kompenzačních pomůcek.

Klient je velmi komunikativní, rád si povídá. Orientován je jen částečně, není orientován osobou a místem. Vzhledem k dezorientaci místem není možné, aby opustil areál DD bez doprovodu druhé osoby. Dopravních prostředků je schopen využívat jen za přítomnosti druhé osoby. Hodnota peněz je klientovi známa, ale nedokáže hospodařit s určitou částkou.

Je zde značná porucha paměti, amnézie. Čtení a psaní je zvládnuté, zachovalé, počítání je možné s dopomocí. Koncentrace a pozornost je plná.

V oblasti hygieny je nutná péče personálu. Oblékání i používání toalety je zvládnuté – není potřeba asistence ošetřovatele.

Komunikace je přiměřená věku i diagnóze. Řeč je plynulá, slovní zásoba je bohatá. Neverbální složka komunikace není porušena. Navázání komunikace ze strany terapeuta i ostatních členů skupiny je bez potíží. Klient je výřečný, rád si povídá, vypráví své životní příběhy. Intenzivně se zapojuje do diskuze s ostatními členy terapie.

Skupinová terapie

V průběhu skupinové terapie se ne vždy zúčastňuje plnění zadání. Při úkolech, kdy je nutné psát či počítat je zapotřebí opakovaně klienta vyzvat k dokončení úkolu. Občas se vymlouvá, že úkol nesplní, protože to nezvládne. Při podpoře a pomoci je ochoten spolupracovat. Je potřeba věnovat se klientovi plně, sám by úkol nesplnil. Během terapie si dělá „srandu“ z terapeuta i z ostatních, což zadání úkolu mnohdy zlehčuje.

Od začátku skupinové terapie se klient snažil plnit mnou zadané úkoly, i když bylo zapotřebí několikrát klienta motivovat a podpořit. Při psaní a počítání klient nechtěl spolupracovat a projevoval minimální snahu o splnění. Verbální komunikace byla při volné diskusi bez obtíží. Úkoly, které byly zaměřené na kognitivní trénink, klienta příliš nemotivovaly. Zaznamenala jsem, že mnohdy úkol plní jen proto, že tak činí ostatní. Sledoval práci druhých a občas jejich výsledek i okomentoval.

Spolupráce s tímto klientem byla první polovinu skupinové terapie bez problémů. Jeho spontánní verbální komunikace nebyla nijak výrazná, ale zadané úkoly plnil i přes případný neúspěch. Zhruba od druhé poloviny skupinové terapie jsem zaregistrovala značný pokles motivace a tudíž i spolupráce. Naopak procento spontánní verbální komunikace se zvýšilo, a to proto, že klient komentoval práci svých „kolegů“. Celkově lze říct, že přestával mít zájem. Je možné, že to bylo následkem zhoršující se nemoci. Dalo by se říci, že klient nejlépe pracoval v den šestého sezení, kdy spolupráce a motivace dosáhla největšího procentuálního hodnocení a spontánní verbální komunikace byla též na uspokojivé úrovni. Nabyla jsem tedy dojmu, že kombinace psaní a kognitivního tréninku je pro tohoto klienta motivující a takto zaměřené úkoly budou úspěšné, což se mi v úkolech při sezení č. 11 a 12 nepotvrdilo. Na vině mohlo být klientovo rozpoložení, či jeho zájem při sezení č. 6 patřil spíše konverzaci související s plněním úkolu, než úkolu samotnému.

Sociální kontakt s druhými klientovi nečinil žádný problém. Spontánně reagoval na výpovědi ostatních, ale především se snažil komunikovat přímo se mnou. Většinou byl klient pozitivně naladěný a své příběhy obohacoval o vtipné události.

Závěr

Jsem toho názoru, že tomuto klientovi by spíše prospěla individuální terapie, poněvadž při kognitivním tréninku byl zapotřebí spíše přístup individuální. V ideálním případě se kognici věnovat samostatně, ale naopak diskuze vést skupinově.

Kazuistika č. 3

Tato kazuistika popisuje klientku DD (91 let), která trpí Alzheimerovou chorobou s rychlou progresí. Pobyť v DD je od roku 2014. Umístění do DD bylo z důvodu zhoršujících se kognitivních funkcí a ztráty sebeobslužných činností. Před nástupem do DD bydlela klientka sama. Dnes udržuje pouze minimální kontakt se svou rodinou, občas ji navštíví dcera.

Klientka trpí vyšším krevním tlakem. Ostatní fyziologické funkce odpovídají věku a zdravotnímu stavu. Dýchání je bez potíží, nekouří. Jsou předepsána hypnotika z důvodu poruchy spánku.

Dosažené vzdělání je střední. Předchozí zaměstnání byla pozice úřednice a mzdová účetní (pracovala i v důchodovém věku). Mezi její zájmy se řadí sledování

televizních pořadů (sport: tanec, lyžování, tenis, bruslení), poslech rádia a čtení časopisů. Má velmi kladný vztah ke zvířatům, převážně ke psům. V minulosti se věnovala hodně sportu a jezdila na koni.

Komunikace u klientky je přiměřená zdravotnímu stavu, trpí klonickou koktavostí (jedná se o repetici celých slovních zvrátů). Klientka je zcela dezorientovaná, jak osobou, místem, časem, tak i situací. Odpovídá jen, když sama chce. Díky své diagnóze trvá déle, než zpracuje otázku a následně odpověď na ni. Vyjadřuje vlastní přání a postoje. Je zde pokročilá porucha paměti, koncentrace a kvalita vědomí. Čtení, psaní i počítání je zvládnuto, není potřeba podpora.

V průběhu skupinové terapie je klientka komunikativní, dobře naladěna. Většinu zadaných úkolů se snaží plnit. Pokud reaguje na otázku bezprostředně, většinou je odpověď správná. Naopak, když je mezi položenou otázkou a odpovědí časová prodleva (několik sekund), klientka většinou odpoví na otázku předešlou. Po zopakování aktuální otázky se opraví. Úkoly plní ráda, patří mezi aktivnější účastníky skupinové terapie.

V průběhu terapie se rozpoložení klientky příliš neměnilo, většinou byla pozitivně naladěna. Při zadání úkolu, ať se jednalo o psaní, čtení, výpočty nebo slovní vyjádření, klientka projevovala snahu. Vzhledem k pokročilosti Alzheimerovy nemoci nebyly výsledky vždy správné, nicméně i přesto se nenechala odradit a snažila se opravit. Problém jí činily diskuze, kdy se měla klientka vyjádřit na základě svého úsudku a otázky, které byly zaměřené na historii. Naopak v průběhu života naučené „řady“ (roční období, po sobě jdoucí měsíce v roce, dny v týdnu, abeceda, číselné řady apod.) byly bez jediného problému. Dobře zvládnuty byly opaky i tematické celky, např. vyjmenování některá zvířata, barvy, stromy, květiny apod.

Jak tabulky č. 2 a 3 ukazují, tak spolupráce a motivace i spontánní verbální projev se výrazně neměnil. Úkoly byly plněny bez protestů a ani občasný neúspěch klientku neodradil. Je možné, že nepříznivá rychlá progresse Alzheimerovy nemoci měla za následek, že si klientka svůj neúspěch příliš neuvědomovala a tím nebyla její motivace natolik „ohrožena“. Lze usuzovat, že spolupráce a motivace se měnily jen v závislosti na rozpoložení klientky v daný den. Spontánní verbální projev jsem hodnotila kladně, i když odpovědi nepatřily k aktuálním otázkám, nicméně jsem ocenila projevenou snahu.

Sociální interakce odpovídala stanovené diagnóze. Do společných diskuzí se víceméně nezapojovala, k poznámkám druhých se nevyjadřovala. Verbální

komunikaci využívala v návaznosti na mé zadání a při úkolech. Ostatní klientku brali jako součást kolektivu.

Závěr

U klientky je zapotřebí se nadále věnovat především kognitivnímu cvičení a věnovat se činností denního života (pomocí dějových obrázků apod.). Klientka se nebrání spolupráci a aktivitám, které jí jsou předloženy a navrženy. Na základě mnou získané zkušenosti jsem přesvědčena, že této klientce skupinová terapie prospívá tím, že je zařazena do kolektivu a prostředí, ve kterém se nachází, je podnětnější a nutí klientku k aktivitě.

5.2 Sekundární cíl

Sekundárním cílem praktické části byl sběr a analýza údajů a názorů osob participujících na péči o osoby s projevy demence, se zaměřením na jejich hodnocení kvality přizpůsobeného prostředí pro péči o tyto osoby.

5.2.1. Sběr a analýza dotazníků

Jak už bylo zmíněno, sekundárním cílem bakalářské práce byl sběr a analýza údajů a názorů osob, kteří se se podílejí na péči o jedince s demencí. Tyto údaje byly sebrány pomocí dotazníků, které vyplňovali zaměstnanci 3. patra DD, domova se zvláštním režimem.

5.2.2. Metodika výzkumné práce

Pro sběr a analýzu informací byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Dotazník byl vytvořen otevřenými otázkami, kde respondenti mohli vyjádřit svůj názor a uzavřenými otázkami, které dávaly respondentům jen možnost vybrat si z určitých odpovědí (viz Příloha E). Dotazník obsahoval 9 otázek, z nichž 2 otázky byly zaměřené na získání identifikačních údajů respondentů. Zbylé otázky byly zaměřeny na jednotlivé hypotézy:

- Hypotéza č. 1: Více než 70% respondentů má za to, že prostředí DD je vhodně přizpůsobeno klientům se syndromem demence.
- Hypotéza č. 2: V DD neprobíhají pravidelné inovace prostředí pro klienty se syndromem demence.

Celkem bylo rozdáno 22 dotazníků, z nichž se vrátilo 10 správně vyplněných dotazníků. Konečná návratnost tedy činila 45%.

Pro vyhodnocení výsledků bylo použito získaných 10 dotazníků.

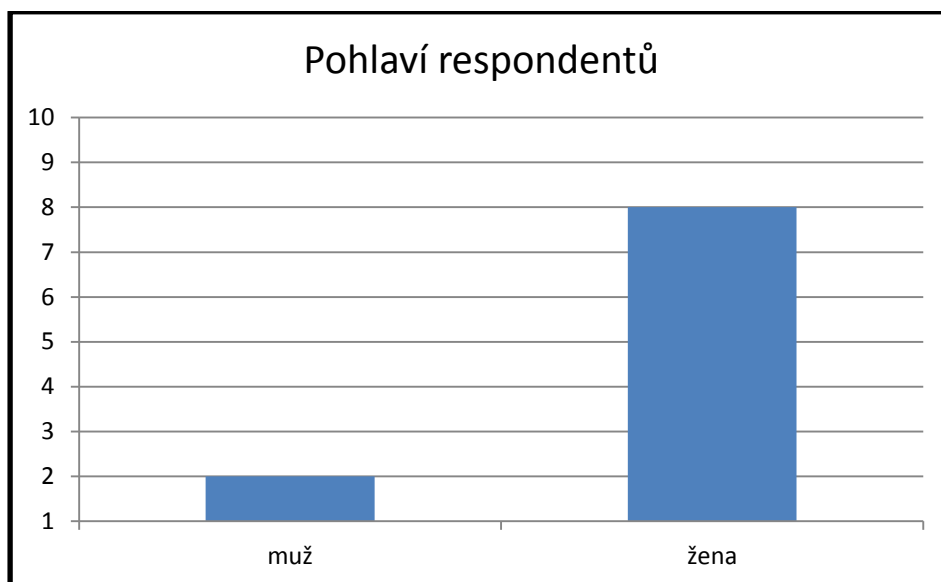
5.2.3. Charakteristika vzorku respondentů

Na dotazník odpovědělo 10 zaměstnanců, z toho bylo 8 (80%) žen a 2 (20%) muži, kteří na 3. patře pravidelně pracují a přicházejí do kontaktu s takto nemocnými jedinci.

Největší počet dotazovaných, tedy 5 (50%) respondentů bylo ve věku 20 – 30 let, 3 (30%) pracovníků bylo ve věku 31 – 40 let a 2 (20%) respondenti uvedli věk 41 – 50 let.

Tab. 4 - Podíl mužů a žen, kteří vyplnili dotazník (zdroj: dotazník)

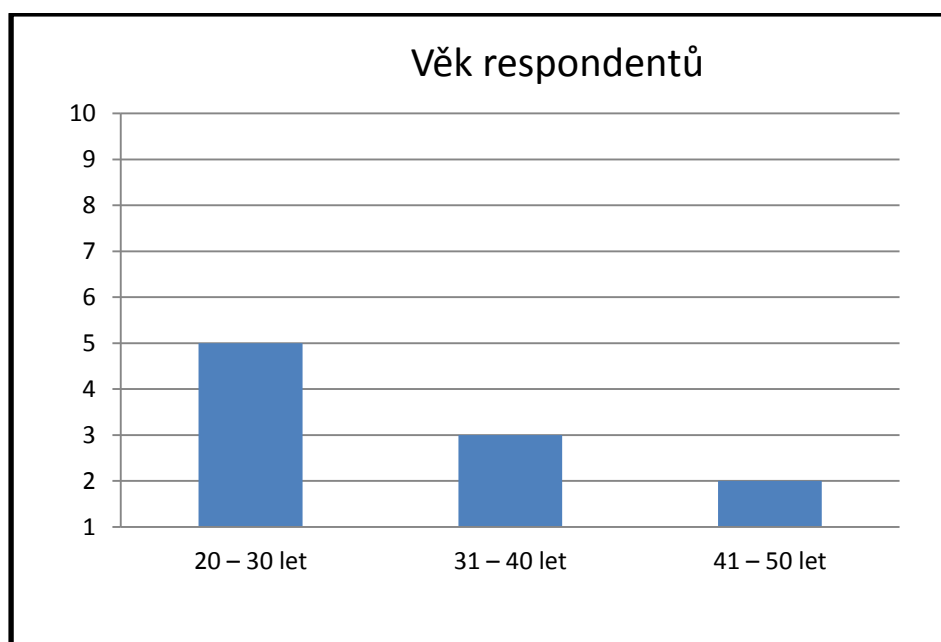
Pohlaví	Počet	Celkem (%)
muž	2	20%
žena	8	80%
celkem	10	100%



Graf 3 - Podíl mužů a žen, kteří vyplnili dotazník (zdroj: dotazník)

Tab. 5 - Věk respondentů (zdroj: dotazník)

Věk respondentů	Počet	Celkem (%)
20 – 30 let	5	50%
31 – 40 let	3	30%
41 – 50 let	2	20%
Celkem	10	100%



Graf 4 - Věk respondentů (zdroj: dotazník)

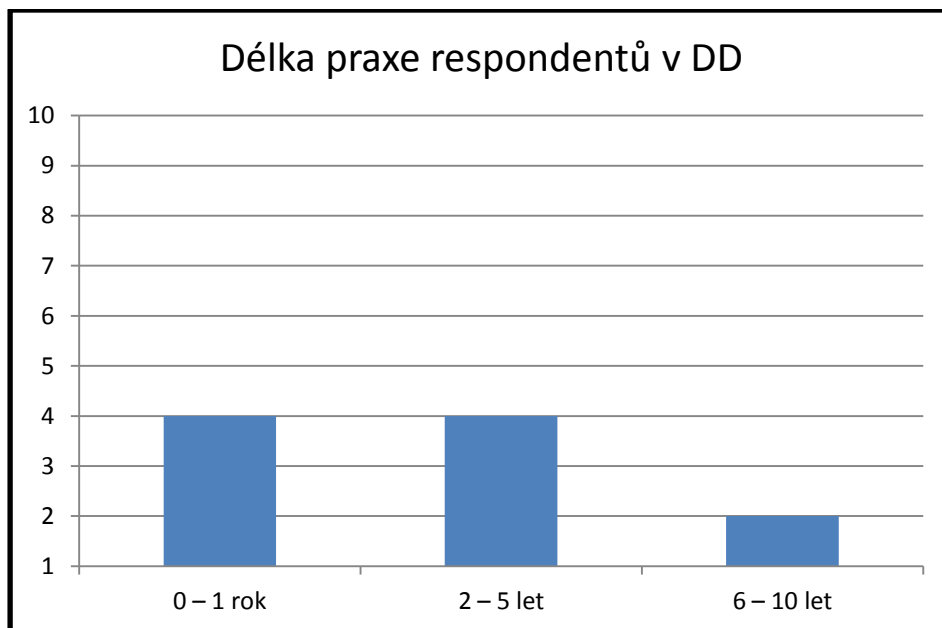
5.1.4. Výsledky sběru dat a analýzy

Otázka č. 1 *Jak dlouho zde pracujete?*

Na základě odpovědí vyplývá, že reálná praxe vykonávaná v DD se nejčastěji pohybuje v rozmezí několika měsíců až 5 let (80% všech dotazovaných).

Tab. 6 - Délka praxe respondentů v DD (zdroj: dotazník)

Délka praxe	Počet	Celkem (%)
0 – 1 rok	4	40%
2 – 5 let	4	40%
6 – 10 let	2	20%
Celkem	10	100%



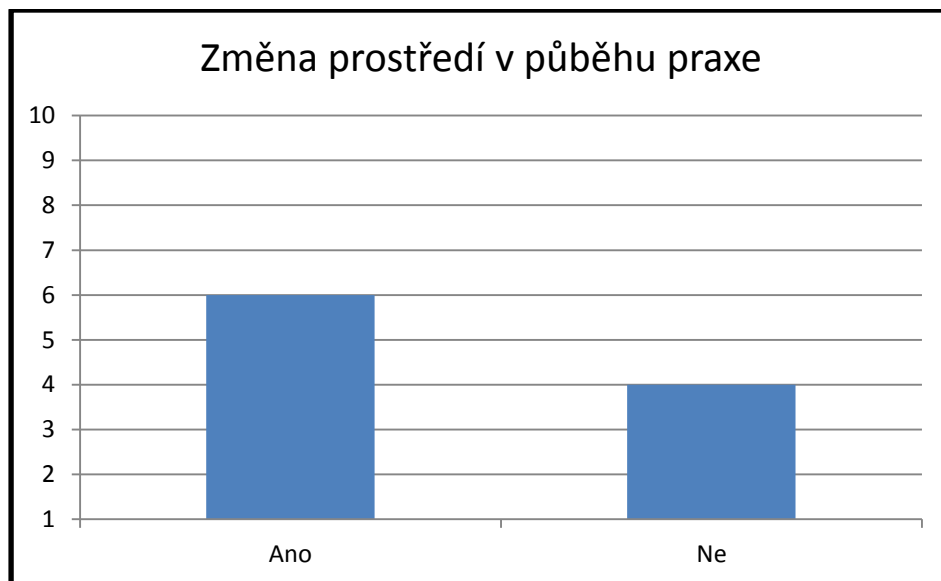
Graf 5 - Délka praxe respondentů v DD (zdroj: dotazník)

Otázka č. 2 *Změnilo se prostředí za Vašeho působení? Pokud ano, jak?*

60% dotazovaných odpovědělo, že prostředí se za jejich působení změnilo. Na otázku „*Jak?*“ byly zaznamenány odpovědi „více stresu“, „lepší prostředí pro klienty“, „více výzdoby a prostoru na aktivizace“, „lepší prostředí“.

Tab. 7 - Změna prostředí v průběhu praxe respondentů (zdroj: dotazník)

Změna prostředí	Počet	Celkem (%)
Ano	6	60%
Ne	4	40%
Celkem	10	100%



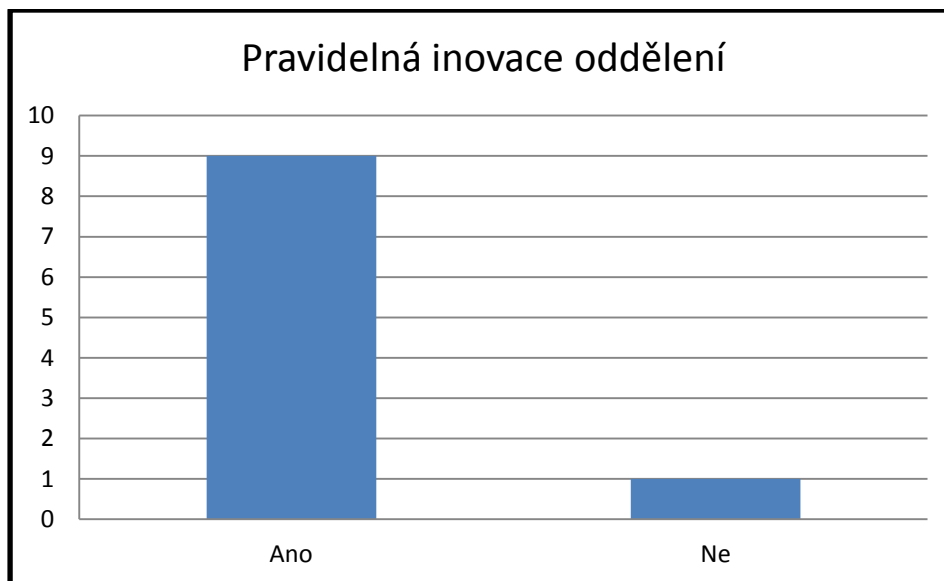
Graf 6 - Změna prostředí v průběhu praxe respondentů (zdroj: dotazník)

Otázka č. 3 *Dochází k inovaci oddělení pravidelně?*

Z tabulky je vidět, že zaměstnanci vnímají inovace oddělení jako pravidelné. Pouze 1 (10%) pracovník uvádí, že k inovaci dle jeho názoru pravidelně nedochází.

Tab. 8 - Pravidelnost inovací na oddělení pro osoby s demencí (zdroj: dotazník)

Pravidelnost změn na oddělení	Počet	Celkem (%)
Ano	9	90%
Ne	1	10%
Celkem	10	100%



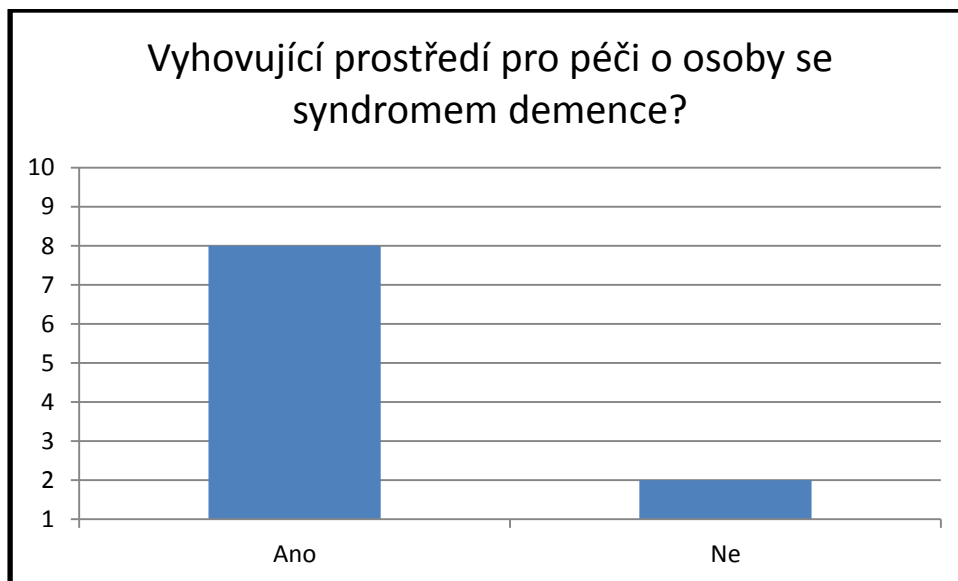
Graf 7 - Pravidelnost inovací na oddělení pro osoby s demencí (zdroj: dotazník)

Otázka č. 4 *Přijde Vám toto prostředí naprosto vyhovující pro péči o osoby se syndromem demence?*

8 (80%) respondentů uvedlo, že prostředí pro péči o osoby se syndromem demence jim přijde naprosto vyhovující, naopak 2 (20%) pracovníci považují toto prostředí za nevhovující („málo orientačních značek“, „depressivní prostředí“).

Tab. 9 - Spokojenost s prostředím pro osoby se syndromem demence (zdroj: dotazník)

Vyhovující prostředí	Počet	Celkem (%)
Ano	8	80%
Ne	2	20%
Celkem	10	100%



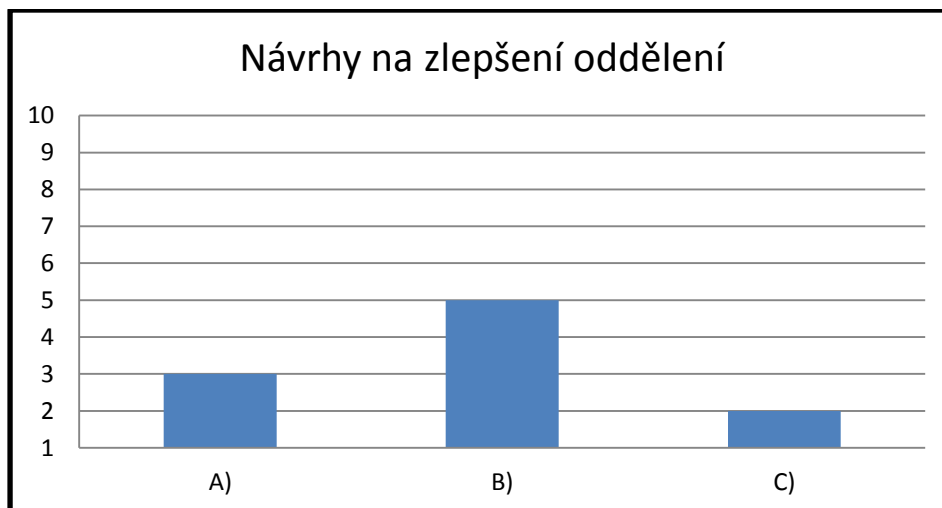
Graf 8 - Spokojenost s prostředím pro osoby se syndromem demence (zdroj: dotazník)

Otázka č. 5 *Co by se na oddělení dalo zlepšit?*

Dle uvedených odpovědí si dovoluji říci, že nejvíce zaměstnanců, tedy 5 (50%), zastává názor, že je potřeba více aktivizace a výletů pro klienty. Zatímco 3 (30%) zaměstnanci uvedli, že je na oddělení málo personálu pro aktivizaci klientů. Zbylí 2 (20%) respondenti uvedli jinou odpověď („žádné návrhy na změny“, „příplatky za noční služby“).

Tab. 10 - Návrhy na vylepšení oddělení (zdroj: dotazník)

Návrhy na změny na oddělení	Počet	Celkem (%)
A) Více personálu pro aktivizaci	3	30%
B) Aktivizace, výlety pro klienty	5	50%
C) Jiná odpověď	2	20%
Celkem	10	100%



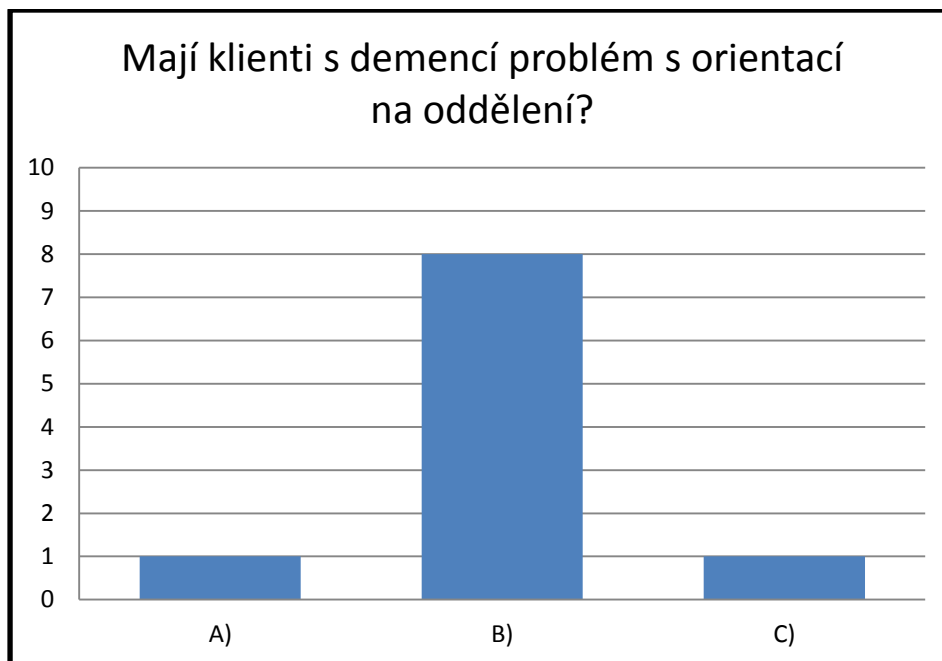
Graf 9 Návrhy na zlepšení oddělení (zdroj: dotazník)

Otázka č. 6 *Mají zde klienti se syndromem demence problém s orientací?*

Výsledky ukazují, že většina pracovníků (80%) je toho názoru, že klienti problém s orientací na oddělení nemají. 1 (10%) zaměstnanec odpověděl, že klienti problém mají a postrádá více orientačních značek. Jinou odpověď „nevím“ udal 1 (10%) pracovník.

Tab. 11 - Názory na orientaci klientů na oddělení (zdroj: dotazník)

Mají klienti s demencí problém s orientací na oddělení?	Počet	Celkem (%)
A) Ano	1	10%
B) Ne	8	80%
C) Jiná odpověď	1	10%
Celkem	10	100%



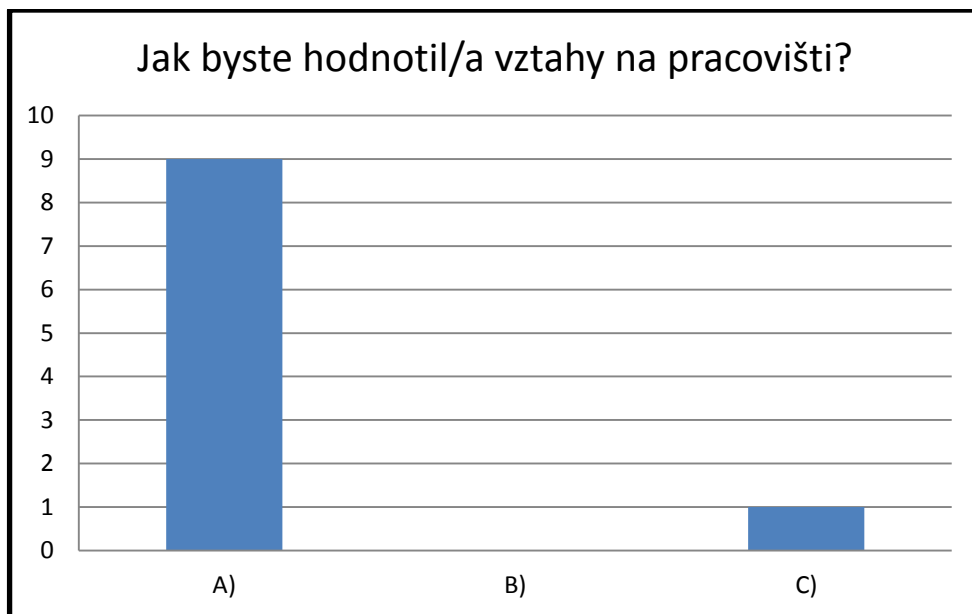
Graf 10 - Názory na orientaci klientů na oddělení (zdroj: dotazník)

Otázky č. 7 *Jak byste hodnotil/a mezilidské vztahy na pracovišti?*

Vzhledem k výsledkům lze říci, že mezilidské vztahy na pracovišti jsou na dobré úrovni. Ze všech dotázaných hodnotí 9 (90%) respondentů tyto vztahy kladně. 1 (10%) pracovník se vyjádřil jinak, formou „problémy jsou jen s někým“.

Tab. 12 - Hodnocení vztahů na pracovišti (zdroj: dotazník)

Jak byste hodnotil/a vztahy na pracovišti?	Počet	Celkem (%)
A) Kladně	9	90%
B) Je zde mnoho problémů	0	0%
C) Jiná odpověď	1	10%
Celkem	10	100%



Graf 11 - Hodnocení vztahů na pracovišti (zdroj: dotazník)

5.2.4. Diskuze

Hypotéza č. 1: Více než 70% respondentů má za to, že prostředí DD je vhodně přizpůsobeno klientům se syndromem demence.

Hypotéza se potvrdila. Tato hypotéza je zmapována tabulkou č. 8 *Spokojenost s prostředím pro osoby se syndromem demence* a tabulkou č. 10 *Názory na orientaci klientů na oddělení*. Výsledek ukazuje, že 80% respondentů je toho názoru, že prostředí v DD je vhodně přizpůsobeno klientům se syndromem demence. Zároveň nám výsledky v tabulce č. 10 ukazují, že 80% respondentů je přesvědčeno o bezproblémové orientaci klientů se syndromem demence po oddělení, čili po 3. patře.

Výzkum probíhal na 3. patře v zařízení, kde takto nemocní lidé patří k velmi častým klientům, kteří do DD přicházejí. Toto 3. patro je vyhrazeno zvláště pro klienty se syndromem demence. Myslím, že výsledky jasně potvrzují mou hypotézu, že více než 70% respondentů má za to, že prostředí v DD je vhodně přizpůsobeno klientům se syndromem demence.

Hypotéza č. 2: V DD neprobíhají pravidelné inovace prostředí pro klienty se syndromem demence.

Tuto hypotézu byla stanovena na základě domněnky, že je nedostatek finančních prostředků pro pravidelné inovace zařízení. Zároveň se domnívám, že pro osoby s demencí je vhodnější jejich prostředí příliš často neměnit.

Hypotézu jednoznačně mapují otázky č. 2, 3, na které se odkazuje tabulka 6 *Změna prostředí v průběhu praxe respondentů* a tabulka 7 *Pravidelnost inovací na oddělení pro osoby s demencí*. Jak ukazují výsledky v tabulce č. 6, je zřejmé, že ke změnám prostředí dochází a vnímá to tak 60% respondentů, kteří uvedli, že za jejich působení se prostředí změnilo. V odpovědích uvedli více prostoru pro aktivizaci a celkově lepší prostředí pro klienty, k čemuž mohou napomáhat i kladné vztahy na pracovišti, jak udávají výsledky otázky č. 7 *Jak byste hodnotil/a mezilidské vztahy na pracovišti?* v tabulce č. 11, kdy 90% respondentů zde vidí mezilidské vztahy jako kladné.

Prostředí se týká i otázka č. 5 *Co by se na oddělení dalo zlepšit?*, na kterou odpovídá tabulka 9 *Návrhy na vylepšení oddělení*. Téměř třetina (30%) zaměstnanců pracujících na 3. patře DD navrhuje navýšit počet personálu pro aktivizaci klientů. Dále se 50% respondentů vyjádřilo k návrhu zlepšení oddělení následovně – někteří navrhují více času věnovat samotné aktivizaci a dále považují za důležité zvýšit počet výletů pro své klienty.

Na základě výsledků dotazníkového šetření je zřejmé, že má hypotéza se nepotvrdila, což mne překvapilo, ale v kontextu péče o lidi se syndromem demence v tomto zařízení to osobně považuji za kladný výsledek, který zvedá kvalitu DD.

Na základě výsledků z dotazníkového šetření se dá konstatovat, že mezilidské vztahy na pracovní úrovni se dají vyhodnotit jako kladné, což ovlivňuje prostředí pro klienty a vytváří „příjemnou pracovní atmosféru“. Co se týká přímo prostředí pro klienty se syndromem demence, tak závěrem lze uvést, že na základě názorů participujících osob na péči je pro jedince se syndromem demence prostředí vhodně přizpůsobeno. Avšak i zde jsou oblasti, které by se daly zdokonalit pro bezpečnou orientaci takto postižených osob a pro zvýšení životní úrovně a vyplnění volného času.

Je nutno brát v potaz, že výsledky jsou zpracovány jen z malého množství výpovědí.

6. Závěr

Tato práce pojednává o problematice syndromu demence, konkrétně se zaměřuje na Alzheimerovu nemoc. V teoretické části je objasněna základní terminologie a oblasti, kterých se tento syndrom týká (paměť, komunikace a její specifika, řečová komunikace), dále pak symptomatologie a etiologie. V rámci logopedické intervence je zde popsána diagnostika a terapie. Další část je věnována epidemiologii a prognostickému faktoru syndromu demence.

Praktická část obsahuje primární a sekundární cíl. Primárním cílem bylo vytvoření návrhu stimulačního programu pro skupinovou terapii osob se syndromem demence. Jako zpětná vazba na návrh programu byla zvolena případová studie zúčastněných klientů z Domova důchodců U Biřičky v Hradci Králové (domova se zvláštním režimem), jejichž diagnózou je Alzheimerova choroba. Vzhledem k charakteru bakalářské práci jsem se zaměřila na složku logopedickou a sociální interakci mezi členy skupiny. Mnou sestavený návrh stimulačního programu byl a je určen k účelům skupinové terapie logopedické. Aktivizační stavba her a úkolů byla přizpůsobena degenerativním změnám v mozkové tkáni u těchto jedinců s dementním syndromem, zejména pak s Alzheimerovou nemocí.

Praktické vyzkoušení stimulačního programu pro skupinovou terapii probíhalo od ledna 2015 do února 2015 formou 15 - ti sezení v DD ve 3. patře, které je určeno lidem trpícím syndromem demence.

Stimulační program byl zaměřen na kognitivní trénink dovedností klientů a snaha o maximalizaci komunikačního potenciálu pomocí zvolených úkolů. Obtížnost zvolených úkolů byla vybrána úměrně k možnostem a dovednostem klientů DD. Díky skupinové terapii byly podpořeny sociální vazby a spolupráce mezi klienty.

Reakce klientů na úkoly stimulačního programu byly kladné. Nejvíce byly úspěšné diskuze. Úkoly, které procvičovaly oblast trivia, se dají považovat za méně úspěšné – byla potřeba motivace ke splnění zadání. Naopak nejobtížnějším byly otázky historicky zaměřené, které bych z programu raději odebrala.

Sekundárním cílem byl sběr a analýza názorů zaměstnanců 3. patra DD v Hradci Králové. Vyslovila jsem dvě hypotézy, které jsem dokazovala za pomoci sběru dat. Z rozdaných 22 dotazníků jsem využila ke své analýze 10 správně vyplněných k celkovému vyhodnocení a potvrzení/vyvrácení obou hypotéz. Osloven

byl každý zaměstnanec 3. patra bez ohledu na výkon své práce (zdravotní sestry, sociální pracovníci, staniční sestry, aktivizační tým atd.)

Otázky byly sestaveny tak, aby pracovníci mohli vyjádřit názor na své pracovní prostředí a na prostředí přizpůsobené klientům se syndromem demence.

Sběr a analýza názorů byla uskutečněna a vyhodnocena. Hypotéza č. 1: *Více než 70% respondentů má za to, že prostředí DD je vhodně přizpůsobeno klientům se syndromem demence* byla potvrzena s přesností na 80%, hypotéza č. 2: *VDD neprobíhají pravidelné inovace prostředí pro klienty se syndromem demence* byla naopak vyvrácena.

Oba cíle, primární i sekundární, bakalářské práce byly splněny. Práce obsahuje návrh stimulačního programu pro skupinovou terapii.

Díky této bakalářské práci jsem si uvědomila, jak je problematika syndromu demence rozsáhlý tématem. Jedná se o celosvětovou problematiku a je třeba o ní být informován. Podle mého názoru má široká veřejnost pouze úzké povědomí o problematice syndromu demence a společnost by měla na rozšíření informovanosti cíleně pracovat.

Tento zdravotní stav ovlivňuje nejen nemocného, ale i jeho rodinu. Jde o dlouhodobé zhoršení kvality života pacienta a jeho nejbližších. Člověk postižený syndromem demence postupně ztrácí na soběstačnosti a stává se závislým na svých nejbližších nebo na sociálních či zdravotnických ústavech.

Komunikace s takto nemocnými lidmi by měla být jednoduššího rázu a to hlavně v oblasti, která je postižena. Například s lidmi trpící Alzheimerovou chorobou by se mělo mluvit pomalu a v krátkých větách. Měly by být eliminovány veškeré rušivé podněty a zvuky. Komunikace by měla probíhat v zorném poli postiženého a to čelem k němu.

Jsem toho názoru, že by se měla respektovat osobnost jedince i za předpokladu, že mu byla diagnostikována demence – lze to považovat za důkaz zralosti společnosti. Je nutné, aby byly rozvíjeny kognitivní funkce daného jedince a byl plně podporován svým okolím. Vzhledem k tomu, že demence je chorobou progresivní, je důležité neustále přizpůsobovat své jednání a chápání vůči nemocnému. Zhoršení či postupně úplná ztráta verbálních schopností je přidruženým faktem syndromu demence, a proto si myslím, že rozvíjení neverbální komunikace a fyzického kontaktu s nemocným je po čase základní složkou dorozumívání mezi zdravým jedincem a osobou trpící syndromem demence.

Doufám, že tato práce bude nápomocnou všem, kteří s takto nemocnými lidmi pracují, ale i těm, kteří se „jen“ chtějí dozvědět něco víc o této problematice.

7. Seznam literatury

- BARTOŠ, A. 2010. *Definice demence a rozdělení demencí*. IN BARTOŠ, A, HASALÍKOVÁ, M. 2010. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta a.s.. ISBN 978-80-204-2282-8.
- CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V. a kol. 2013. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0364-3.
- FRANKOVÁ, V., HORT J., HOLMEROVÁ I., JIRÁK, R., VYHNÁLEK, M. 2011. *Alzheimerova demence v praxi. Konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Praha: Mladá fronta a.s.. ISBN 978-80-204-2423-5.
- GLENNER, J., A. a kol. 2012. *Péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0154-0.
- HALOVÁ, M. 2010. *Nemocný v domácí péči II, Demence a demence Alzheimerova typu*. Bouzov: Pavel Hala – VEF ENTERPRISES. ISBN 978-80-904-6110-9.
- HOFMAN, A., ROCCA, WA., BRAYNE, C., et al. 1991. *The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study od 1980-1990 findings. Eurodem Prevelance Group*. Int J Epidemiol.
- HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H. 2004. *Alzheimerova nemoc v rodině. Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Praha: Pfizer.
- HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D. 1999. *Demence a poruchy paměti: pro praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-797-4.
- HUEMER, W. a kol. 2012. *Mosty do zapomnění, Jak přistupovat k lidem nemocným demencí*. 1. vyd. Nadace Stiftung Gralsbotschaft, Stuttgart. ISBN 978-3-87860-423-5.

- JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. 2004. *Demence. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-268-4.
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2454-6.
- KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P. 2009. *Kognitivní trénink v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2608-3.
- Kolektiv autorů. 1999. *Alzheimerova choroba*. 1. vyd. Edice SYMPOSIUM. Praha: Galén. ISBN 80-7262-025-8.
- LECHTA, V. a kol. 1995. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Martin: Osveta. ISBN 80-88824-18-4.
- MÜHLPACHR, P. 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita. ISBN 80-210-3345-2.
- NEUBAUER, K. 1997. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Praha: Asociace klinických logopedů České republiky.
- NEUBAUER, K. a kol. 2007. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-159-4.
- NEUBAUER, K. 2010. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-807-4350-535.
- PIDRMAN, V. 2007. *Demence*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1490-5.
- RŮŽIČKA, E. et al. 2003. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-205-6.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. 2003. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. 2007. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.
- VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. 2005. *Velký lékařský slovník*. 5. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-058-5.

- ZGOLA, J., M. 2013. *Něco dělat! Průvodce vytvářením aktivizačních programů pro nemocné Alzheimerovou chorobou a podobnými poruchami*. 1. vyd. Praha: Občanské sdružení Za důstojné stáří. ISBN 978-80-254-9338-0.

8. Seznam tabulek

Tab. 1 - Rozdíl mezi demencí kortikální a subkortikální

Tab. 2 - Motivace klientů během skupinové terapie

Tab. 3 - Spontánní verbální komunikace během skupinové terapie

Tab. 4 - Podíl mužů a žen, kteří vyplnili dotazník

Tab. 5 - Věk respondentů

Tab. 6 - Délka praxe respondentů v DD

Tab. 7 - Změna prostředí v průběhu praxe respondentů

Tab. 8 - Pravidelnost inovací na oddělení pro osoby s demencí

Tab. 9 - Spokojenost s prostředím pro osoby se syndromem demence

Tab. 10 - Návrhy na vylepšení oddělení

Tab. 11 - Názory na orientaci klientů na oddělení

Tab. 12 - Hodnocení vztahů na pracovišti

9. Seznam grafů

Graf 1 - Motivace klientů během skupinové terapie

Graf 2 - Spontánní verbální komunikace během skupinové terapie

Graf 3 - Podíl mužů a žen, kteří vyplnili dotazník

Graf 4 - Věk respondentů

Graf 5 - Délka praxe respondentů v DD

Graf 6 - Změna prostředí v průběhu praxe respondentů

Graf 7 - Pravidelnost inovací na oddělení pro osoby s demencí

Graf 8 - Spokojenost s prostředím pro osoby se syndromem demence

Graf 9 - Návrhy na zlepšení oddělení

Graf 10 - Názory na orientaci klientů na oddělení

Graf 11 - Hodnocení vztahů na pracovišti

10. Seznam příloh

Příloha A - Tečky v geometrickém tvaru

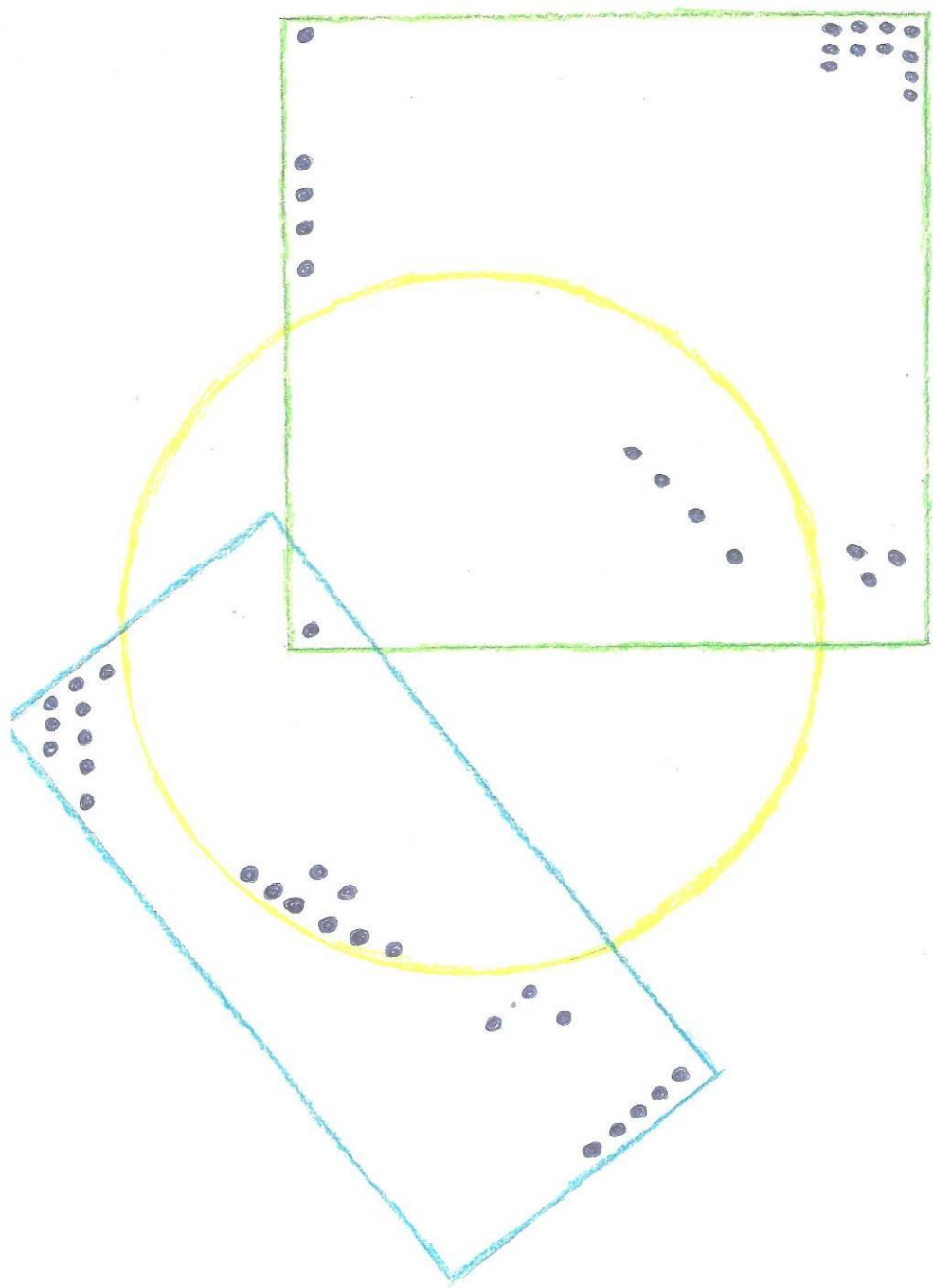
Příloha B - Hledání slov se stejným počátečním písmenem

Příloha C - Puzzle s obrázkem

Příloha D - Puzzle bez konkrétního obrázku

Příloha E - Dotazník

Příloha A



Příloha B

PÍSMENO	P ...	B
Země	PERU		
Město	Lima		
Jméno	PIZEL		
Věc			
Rostlina			
Zvíře			
Jídlo			

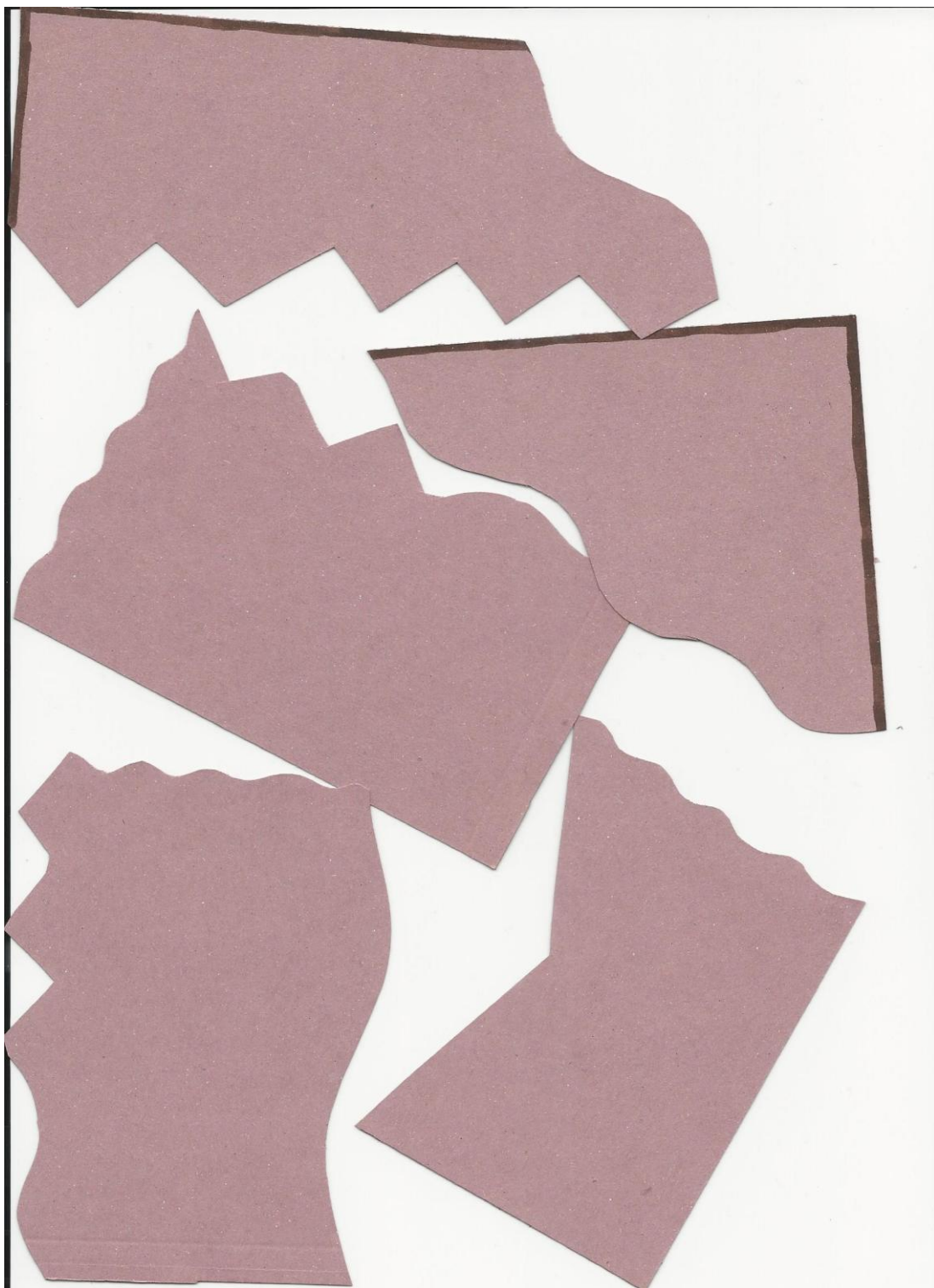
PÍSMENO	P	A	B ...
Země	Paříž	Amsterdam	Bulharsko
Město	Poděbrady	Olomouc	Bratislava
Jméno	Pavel	Angela	Benedikt
Věc	Plátek	Annačka	Balení
Rostlina	Románka		
Zvíře	pes		
Jídlo	Palacinky		

PÍSMENO	P ...	A ...	B ...
Země	PERU		BLHARSKO
Město	RAHA		BEREŠOV BR
Jméno	PALEBNÝ		BIC
Věc	PYTEL		BALON
Rostlina	PROVAZ		BRAZDA
Zvíře	PEL		BUKNA
Jídlo	PALČINKA		BEČKA

Příloha C



Příloha D



Příloha E

Vážení,

do rukou se Vám dostává dotazník, který mapuje Vaše názory na hodnocení kvality přizpůsobeného prostředí pro péči o klienty se syndromem demence. Ráda bych Vás poprosila o důsledné vyplnění tohoto dotazníku, jehož výsledky poslouží k účelům bakalářské práce na téma: „Logopedická intervence osob trpících syndromem demence.“ Dotazník je zcela anonymní.

Předem děkuji za Váš čas. Studentka 3. ročníku Univerzity Hradec Králové.

Anna Svatková

Pohlaví: MUŽ – ŽENA

Věk:

1) Jak dlouho zde pracujete?

2) Změnilo se prostředí za Vašeho působení? Pokud ano, jak?

3) Dochází k inovaci oddělení pravidelně?

ANO – NE

4) Přejde Vám toto prostředí naprosto vyhovující pro péči o osoby se syndromem demence?

ANO – NE

5) Co by se na oddělení dalo zlepšit?

6) Mají zde klienti se syndromem demence problém s orientací?

ANO – NE

Jiná odpověď

7) Jak byste hodnotil/a mezilidské vztahy na pracovišti?