

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Stimulace komunikačních a kognitivních funkcí u osob s demencí

Diplomová práce

Autor: Bc. Dagmar Zaplatílková
Studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management
speciálních zařízení (P-SMN)
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Akademický rok: **2014 / 2015**

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Dagmar Zaplatílková**

Osobní číslo: **P13299**

Studijní program: **N7506 Speciální pedagogika**

Studijní obor: **Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení**

Název tématu: **Stimulace komunikačních a kognitivních funkcí u osob s demencí**

Zadávací katedra: **Katedra speciální pedagogiky a logopedie**

Zásady pro vypracování:

Diplomová práce je zaměřena na problematiku individuální logopedické terapie u dospělých osob se získanými poruchami řečové komunikace na neurogení bázi, spojené s problematikou organických lézí mozkové tkáně a nervového systému. Teoretická část textu je věnována komparativnímu přehledu současných poznatků o formách, metodách a efektivitě logopedické intervence u této skupiny osob. Praktická část diplomové práce je zaměřena na logopedickou intervenci a možnosti podpory komunikačních a kognitivních funkcí, především spojených s oblastí řečové komunikace u osob s demencí. Zahrnuje zacílené kazuistické šetření, které porovnává dosažené údaje z průběhu stimulačního programu na základě vstupního a výstupního vyšetření, zaměřeného na řešení praktických životních situací. Šetření u skupiny osob, trpících syndromem demence, zachycuje průběh a výsledky stimulačního programu, který je vytvořen na základě vlastního výběru užívaných terapeutických pomůcek, osvědčených pro intervenci dospělých osob s neurogeně vzniklými poruchami komunikace.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Seznam odborné literatury:

Vedoucí diplomové práce:

doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Datum zadání diplomové práce: 25. února 2014

Termín odevzdání diplomové práce: 26. března 2015

L. S.

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.

děkan

doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.

vedoucí katedry

dne

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala (pod vedením vedoucího diplomové práce) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Anotace

ZAPLATÍLKOVÁ, Dagmar. *Stimulace komunikačních a kognitivních funkcí u osob s demencí*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 159s. Diplomová práce.

Diplomová práce je zaměřena na problematiku individuální logopedické péče u dospělých osob se získanými poruchami řečové komunikace na neurogenní bázi, spojené s problematikou organických lézí mozkové tkáně a nervového systému. Teoretická část textu je věnovaná komparativnímu přehledu současných poznatků o formách, metodách a efektivitě logopedické intervence u této skupiny osob. První kapitola zpracovává informace týkající se kognitivních funkcí. Ve druhé kapitole vymezují klasifikaci a základní druhy demencí, s nimiž se dále setkávám u klientů z případových studií. Zásadní třetí kapitolu tvoří diagnostika a standardizované testy, které se využívají v klinické praxi. Poslední čtvrtou kapitolou je terapie a stimulační přístupy, které se u klientů s demencí nejčastěji používají.

Praktická část diplomové práce je zaměřena na logopedickou intervenci a možnosti podpory komunikačních a kognitivních funkcí, především spojených s oblastí řečové komunikace u osob s demencí. Zahrnuje zacílené kazuistické šetření, které porovnává dosažené údaje z průběhu stimulačního programu na základě vstupního a výstupního vyšetření, zaměřeného na řešení praktických životních situací. Šetření u skupiny osob, trpících syndromem demence, zachycuje průběh a výsledky stimulačního programu, který je vytvořen na základě vlastního výběru užívaných terapeutických pomůcek, osvědčených pro intervenci dospělých osob s neurogenně vzniklými poruchami komunikace.

Klíčová slova: osoba s demencí, kognitivní funkce, narušená komunikační schopnost, logopedická péče.

Annotation

ZAPLATÍLKOVÁ, Dagmar. *Stimulation of communication and cognitive functions in people with dementia*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2015. 159pp. Ba-chelor Degree Thesis.

The Diploma Thesis is focused on the problems of individual speech therapy for adults with acquired neurogenic communication disorders associated with organic lesions of the brain tissue and the nervous system. The theoretical part deals with a comparative overview of current knowledge about the forms, methods and effectiveness of speech therapy for this group of people. The first chapter deals with information related to cognitive function. In the second chapter I define and classification of basic types of dementia, which also meet with clients from case studies. The third chapter is formed by diagnostic and standardized tests, which are used in clinical practice. Therapy and the approaches used for clients with dementia are at the last fourth chapter.

The practical part of the thesis is focused on speech therapy and ways to support communication and cognitive functions, especially those related to speech. It includes case studies where data based on entry and discharge examinations obtained during the therapy are compared. The investigation of the group of people with dementia shows the course/progress and results of the stimulative speech therapy based on my own choice of therapeutic aids that have been successfully used with adults suffering from neurogenic communication disorders.

Key words: person with dementia, cognitive function, impaired of communication, logopedic care.

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady, které mi poskytoval během zpracování diplomové práce. Dále bych chtěla vyjádřit své díky paní ředitelce domova Vitalita za umožnění vykonávat v tomto zařízení praktickou část diplomové práce a pravidelně do něho docházet. V neposlední řadě pak i celému personálu, s nímž jsem přišla během výzkumu do kontaktu, a jež mi byl nápomocen.

Obsah

Úvod.....	10
1 Základní pojmy.....	13
1.1 Kognitivní funkce.....	13
1.1.1 Paměť	13
1.1.2 Pozornost	14
1.1.3 Zrakově - prostorové vnímání.....	15
1.1.4 Jazyk a řeč.....	15
1.1.5 Myšlení	16
2 Demence a jiné poruchy paměti	16
2.1 Terminologické vymezení.....	17
2.2 Rizikové faktory.....	18
2.3 Fáze demence	21
2.4 Klinické projevy demence.....	22
2.4.1 Důsledky kognitivních poruch.....	23
2.5 Klasifikace demence	28
2.5.1 Demence Alzheimerova typu.....	29
2.5.2 Demence s Lewyho tělísky	30
2.5.3 Demence u Parkinsonovy choroby	30
2.5.4 Frontotemporální lobární demence	31
2.5.5 Demence u Huntingtonovy chorey	32
2.5.6 Vaskulární demence.....	33
2.5.7 Demence infekčního původu	33
2.5.8 Prionové nemoci	33
2.5.9 Demence u Pickovy choroby	34
2.5.10 Sekundární demence	34
3 Diagnostika.....	36
3.1 Diagnostika kognitivních funkcí	40
3.2 Diagnostické behaviorální škály	41
3.3 Neuropsychologické a psychologické diagnostické metody.....	42
3.4 Diferenciální diagnostika	43

3.5	Diagnostika NKS u syndromu demence	47
3.5.1	Diagnostické postupy užívané v ČR.....	47
3.5.2	Vymezení NKS při syndromu demence	51
4	Terapie demence.....	57
4.1	Nefarmakologická	57
4.1.1	Aktivizační program	59
4.2	Farmakologická.....	62
5	Praktická část.....	64
5.1	Charakteristika zařízení.....	66
5.2	Případové studie	68
5.3	Individuální péče	116
5.3.1	Charakteristika programu stimulace komunikačních a kognitivních schopností pro osoby s demencí	116
5.4	Skupinová terapie.....	120
5.5	Diskuze a rozbor výsledků	139
5.5.1	Vyhodnocení výsledků kazuistických studií.....	139
	Zhodnocení cílů	144
5.6	Závěr	149
	Seznam použité literatury	152
	Seznam tabulek.....	158
	Seznam příloh	159

Úvod

Komunikace hraje v životě člověka zásadní roli v jakémkoliv jeho věku. Člověk je tvor společenský, potřebuje se dorozumívat s okolím a vést kvalitní dialog s lidmi kolem sebe. Při ztrátě schopnosti smysluplného dorozumívání dochází u jedince s tímto problémem k obtížím v navazování sociální interakce s osobami, s nimiž je v kontaktu.

Důvodem, kdy může dojít k narušení schopnosti komunikace i kvality života člověka, je onemocnění s názvem demence. Komunikační kompetence se u těchto lidí může pozvolna a nenápadně začít vytrácet a začne se zhoršovat i řečový projev jedince. Snahou logopeda je tak nejen zpomalit vývoj předpokládané regrese kognitivních funkcí, ale též podporovat expresivní a impresivní stránku řeči.

Hlavním tématem této práce je význam a možnosti logopedické intervence u člověka s demencí. Zaměřuje se na stimulaci rozumových schopností a význam logopedie v procesu komplexní péče o člověka s touto poruchou. Demence je onemocnění, které výrazně ovlivňuje celou osobnost člověka. Lidé s demencí mívají problémy v mnoha oblastech, a proto se toto téma stává čím dál tím víc pro společnost aktuálnější. Dnešní moderní společnost si začala uvědomovat, že počet lidí s touto diagnózou za posledních několik let prudce vzrostl, a tak nejen odborníci, ale i veřejnost se zajímají o možnosti péče a léčby o tyto osoby. Ne každý rodinný příslušník zvládá tuto náročnou práci o svého příbuzného s demencí, která je naprosto vyčerpávající jak po psychické, tak i po fyzické stránce. Často se jedná o intenzivní čtyřicetihodinovou službu, zvláště pak, když toto onemocnění vstoupí do posledního ze svých stádií. V naprosté většině případů dojde k tomu, že jsou tyto lidé umísťováni do různých typů domovů pro seniory, nebo do ústavů či psychiatrických léčen. Mnohdy je senior umístěn do zařízení, které přesně neodpovídá jeho typu diagnózy a personál není na péči o takového klienta dostatečně připraven. Zde potom tyto lidé tráví svůj čas do doby, než zemřou. Otázkou tedy je: „Jak je zde o ně postaráno? Je tamější personál přichystán na péči o lidi s touto diagnózou? Co všechno jim je v rámci

těchto zařízení nabízeno a co práce s těmito lidmi obnáší?“ Na všechny tyto otázky a ještě mnoho dalších budu hledat odpovědi v rámci své praktické části diplomové práce. Přičemž nejvíce se zaměřím na způsob a práci logopeda v rámci takového zařízení a v čem spočívá smysl logopedické péče u lidí se syndromem demence.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí, z teoretické a praktické. Úkolem teoretické části je uvést do problematiky kognitivních funkcí. První kapitola popisuje rozumové funkce obecně. Dále jsou v rámci této kapitoly objasněny pojmy jako paměť, myšlení, pozornost a další nezbytné složky rozumových funkcí. Druhá kapitola se již zabývá definicí demence, jejími fázemi a symptomatikou. Následně dochází k vymezení fáze demence a vlivů, které se na jejím vzniku mohou podílet, a které bereme v potaz při osobní anamnéze. Na základě popisu klinických projevů lze můžeme určit i klasifikaci konkrétních druhů tohoto onemocnění. Třetí kapitola se zabývá obširným tématem, kterým je diagnostika člověka trpícím poruchami kognitivních funkcí. Zvláštní důraz je potom kladen na podkapitulu diferenciální diagnostika, která má za úkol rozlišit projevy demence od projevů deprese či deliria. V této podkapitole nejvíce čerpám z knih od Topinkové, která má toto téma velice přehledně a srozumitelně zpracované. Důležitou oblastí pro logopedickou péči je diagnostika narušené komunikační schopnosti při demenci. Tato kapitola se přímo soustředí na vyšetření řečových a jazykových procesů. Posuzuje se úroveň věty a úroveň textu. Tuto oblast řeší Cséfalvay a Nebeská v knize Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých (2013).

Poslední kapitola teoretické části se zabývá terapií převážně pak možnostmi nefarmakologické léčby klienta s demencí. Tento terapeutický přístup se soustředí na vytváření aktivizačních programů a na stimulaci poruch kognitivních funkcí člověka.

Hlavním cílem praktické části je zjistit zda je u lidí v daném zařízení poskytována logopedická péče klientům s narušenou komunikační schopností při diagnóze Alzheimerovi choroby, Parkinsonovy choroby či jiných typů demence. Dílčím cílem je provedení logopedické intervence na základě zjištěných

informací, což zahrnuje i tvorbu pomůcek a plánování aktivit, které mají stimulovat a podporovat kognitivní funkce daného klienta. Dále se zaměřuji na vyšetření řečových schopností klienta, které je provedeno vždy na začátku systematického a dlouhodobého pozorování. Veškeré údaje o klientovi, péče i výsledky práce s ním budou zaznamenávány do případových studií. Součástí praktické části bude též popis konkrétního zařízení, v němž se lidé s demencí nacházejí. Dále se hodlám soustředit i na práci personálu o klienty se syndromem demence. Co všechno je jim v rámci jejich pobytu nabízeno a jaký je chod takového zařízení, denní program klientů a zvláštnosti, které jsou typické v oblasti péče o člověka s demencí.

Verbální způsob komunikace je mnohdy pro osoby s demencí obtížnou záležitostí. Tito lidé povídají rádi, ale často se setkávají s neadekvátní reakcí svého okolí, proto je důležité jim poskytnout důvěru, náklonnost a trpělivost. Společnost k lidem s demencí nebo poruchami paměti obecně zaujímá celkem negativní postavení a je plná různých předsudků o limitech této choroby, čímž dochází k posilování bezmocnosti lidí s touto diagnózou a ničí se tak i jakákoliv možná iniciativa nebo víra pečujícího personálu.

srpen 1930

Dědečkovi bylo by napřesrok osmdesát let.

*Byl po mrtvici. Denně za svítání jsem ho pomalu oblékal,
s ustavičným domlouváním jako dítěti, od ponožek až k šátku na krk.*

Slyšel každé slovo z našeho světa, ale hned je zapomínal...

Pak se nadechl: „To jsem rád, že jdu domů!“

Už nevnímal osoby, nedbal o jídlo, ani o spánek

Prosil: „Pane Sýkoro, vedete mě domů?“ „Vedu,“ mručel jsem,

už dávno jsem odvykl vymlouvat mu, že nejsem přece žádný nebožtík Sýkora.

„Ty mládneš, Marvanko! Jak to děláš, holka?“ to zase zavolal do prázdných bezů.

„To se ti zdá, Josefe,“ odpověděl jsem za Marvanku.

(František Hrubín: Romance pro křídlovku)

1 Základní pojmy

Pojem neurokognitivní síť mozku je chápán velice široce. Lidský mozek a jeho funkční systémy představují specifické téma, proto je nezbytné vymezit a uvést základní pojmy, jež budu následně používat při samotné klasifikaci jednotlivých typů demence. V této kapitole tak budu popisovat nejen důležité oblasti lidského mozku, ale i jeho funkce, jimiž jsou právě paměť, pozornost, řeč a další. Samozřejmostí je pak vzájemná propojenost a spolupráce těchto funkcí pro jejich správné fungování.

Mozek je orgán a je sídlem kognitivních schopností. Nejnovější vědecké výzkumy vyvrátily dlouhodobé přesvědčení, že mozek je plastický pouze do určitého věku. Zjistilo se, že neuroplasticita lidského mozku je natolik vysoká, že dokáže produkovat stále nové buňky a vytvářet nová spojení po celý náš život. Toto zjištění můžeme považovat za velice průlomové především v oblastech rehabilitace lidí po úrazech mozku nebo právě u lidí s degenerativním onemocněním mozku, tedy s demencí (Klucká J., 2009).

1.1 Kognitivní funkce

Kognitivní nebo také jinak poznávací funkce představují základní funkce lidského mozku. Pomocí těchto procesů a operací jedinec poznává svět i sám sebe, zároveň je schopen plánovat své jednání, vstupovat do interakce s druhými lidmi a komunikovat s nimi. Mezi tyto kognitivní procesy řadíme zrakově-prostorové vnímání, pozornost, představitivost, paměť, myšlení a řeč. Každá část mozku je za tyto procesy zodpovědná a podílí se na jejich uskutečňování. Moderní neurovědy tyto oblasti zkoumají a poskytují nám o nich stále více nových informací. Díky těmto schopnostem a jejich správnému vzájemnému fungování jsme schopni zapojit se plnohodnotně do života a být tak jeho součástí (Syka J., 2015, [online]).

1.1.1 Paměť

Jde o psychickou funkci, pomocí které jsme schopni přijímat, uchovávat a vybavovat si nové informace, zážitky a vjemy. Paměť nám dává pocit jistoty, identity a vytváří spojitost mezi událostmi našeho života. Je nezbytným nástrojem

i prostředkem při procesu učení a umožňuje jedinci adaptovat se na nové podmínky prostředí. Z tohoto důvodu je pro nás nesmírně důležitá a člověk nesmí dopustit, aby začala stárnout a zahálet! Paměťový proces jako takový zahrnuje tři hlavní fáze – vštípení, uchování a vybavení informací (Klucká J., 2009).

Koukolík (2012) rozlišuje paměť podle způsobu získávání informací na pracovní, deklarativní a autobiografickou. Pracovní paměť uplatňujeme v situacích, kdy potřebujeme rychle vyřešit aktuální úkol. Klucká (2009) pracovní paměť popisuje jako druh krátkodobé paměti. Naopak v rámci té dlouhodobé vymezuje ještě tzv. implicitní paměť, která umožňuje ukládání různých zvyků a dovedností bez většího uvědomování. Druhá složka dlouhodobé paměti se jmenuje explicitní, ta má schopnost uchovávat fakta a vzpomínky z minulosti. Pro tento typ paměti Koukolík (2012) používá termín deklarativní paměť. Oba dva autoři mají na mysli tentýž typ, jen pod jiným názvem, zároveň ale k tomuto typu zmiňují ještě dva poddruhy, v nichž se již názvoslovně shodují. Jedná se o sémantickou a epizodickou paměť. Sémantická je důležitá při vzpomínání na obecné informace nebo učební látku a epizodická nám slouží při snaze rozpomenout se na vzpomínky s přáteli či z dovolené, váže se k určitému kontextu.

Posledním druhem paměti, který Koukolík (2012) ještě zmiňuje je autobiografická paměť. Ta zahrnuje veškeré osobní události vzniklé v určitém čase a prostoru. Díky tomu nám tato složka umožňuje vybavit si percepční, kognitivní i afektivní prožitky a stavy. Pomocí autobiografické paměti jsme schopni znovu prožít události jak vizuálně, tak i emočně.

1.1.2 Pozornost

Pozornost je důležitou funkcí našeho vědomí a je úzce propojena s pamětí. Jejím úkolem je selekce informací. Chrání nás před náporem velkého množství podnětů, jež na nás v danou chvíli působí a zajišťuje soustředěnost vědomí určitým směrem. Nelze reagovat na všechny impulzy zároveň, proto si vybíráme pouze ty, které jsou pro nás potřebné (Vágnerová, 2004).

Základní vlastností pozornosti je koncentrace, díky níž jsme schopni soustředit mysl na konkrétní předmět po dobu několika vteřin. Dospělí lidé by ovšem měli být schopni rozdělit svou pozornost i na více činností. Tato schopnost pozornosti se nazývá distribuce. Využíváme ji u činnostech, které dokážeme provádět automaticky, a proto není nutné se na ně důrazněji soustředit.

Třetí důležitou vlastností pozornosti je tzv. vigilita. Jde o schopnost přizpůsobovat se neustále měnícím se podmínkám nebo prostředí. Vigilita se na rozdíl od selekce s věkem zhoršuje. Při tréninku kognitivních funkcí hraje pozornost nesmírně podstatnou roli, která ovlivňuje paměť. Musíme tak rozlišovat zda se opravdu jedná o zhoršující se paměť, nebo jestli náhodou není přítomna spíše porucha pozornosti (Klucká, 2009).

1.1.3 Zrakově - prostorové vnímání

Do této kategorie Klucká (2009) řadí vizuálně – konstrukční, vizuálně – motorické a percepční schopnosti. Tuto oblast je velice důležité zmínit, protože právě ona bývá značně ovlivněna při procesu stárnutí, při poškození CNS nebo při psychiatrickém onemocnění. Kulišťák (2003) klade důraz na tuto oblast z hlediska diagnostiky, kdy dostáváme pomocí rozpoznávání různých druhů obrazců informací o funkci pravé hemisféry.

Porucha zrakově – prostorových funkcí představuje negativní odraz v provádění běžných denních činností člověka. Osoba začne mít problémy především v orientaci, při psaní nebo i při řízení auta. Může dojít až k tzv. vizuokonstrukční apraxii, která představuje ztrátu osvojených komplexních pohybů a schopností každodenního života (Preiss, 2007). Problém spočívá v integraci schopností do dané činnosti. Motorické i sensorické způsobilosti jsou zachovány, osoba však není schopna jednotlivé pohyby zkoordinovat a uspořádat (Klucká, 2009).

1.1.4 Jazyk a řeč

Jazyk je prostředkem komunikace, s jehož pomocí poznáváme svět, vyjadřujeme své pocity a sdílíme různé zážitky nebo zkušenosti. Jazyk navíc úzce souvisí s myšlením, využívá znaků neboli slov pro své vyjádření. Slova mají

konkrétní nebo abstraktní význam. Těchto kódů využíváme při produkci a při porozumění. Produkce těchto kódů představuje převedení myšlenky do slov, následně řazení slov do vět a nakonec tvorbu zvuku, který naši myšlenku předá posluchači. Celý tento proces je obtížný a vyžaduje přesnou koordinaci jednotlivých složek, které se na něm podílejí (Atkinsonová, 1995).

U řečových funkcí může být vlivem normálního stárnutí zasažena slovní plynulost, která se projevuje obtížemi ve vybavování si například slov začínajících na dané písmeno, nebo vybavnost slov z určité kategorie. U lidí s demencí se tento problém vyskytuje ještě daleko markantněji (Klucká, 2009).

1.1.5 Myšlení

Vágnerová (2004) jej definuje jako mentální manipulaci s informacemi. Při myšlení dochází k vzájemnému propojování jednotlivých jevů, symbolů či představ a k jejich seskupování do souvislostí pro vyvozování závěrů. Myšlení se odehrává v nefrontální mozkové kůře, což je jedno z nejdůležitějších míst mozku, kde se uskutečňují tzv. exekutivní (pro život nezbytné) funkce (Koukolík, 2003).

Atkinsonová (1995) považuje pojem za základní jednotku myšlení. Uvádí, že pojem v sobě zahrnuje celou řadu objektů a soubor vlastností. Myšlení ovšem představuje i schopnost člověka hledat stále nové způsoby řešení problémů a jeho flexibilita nám zase umožňuje přizpůsobovat se měnícím podmínkám.

Myšlením úzce souvisí s tvořivostí. Jen díky tvořivosti dochází k tvorbě stále nových, originálních nápadů, řešení či závěrů. Kreativita zlepšuje kvalitu našeho života a podporuje nové myšlenky (Klucká, 2009).

2 Demence a jiné poruchy paměti

Dříve, přibližně až do konce 80. let minulého století, byla demence označována termínem „skleróza“. Lidé tento název běžně používali a považovali jej za součást běžného procesu stárnutí. Docházelo také k častým chybám v terminologickém vymezení a teprve až na počátku 90. let se začalo o této nemoci

skutečně hovořit jako o demenci, a to především ve spojitosti s Alzheimerovou chorobou (Holmerová, Jarolímová, 2009).

Poruchy paměti samy o sobě představují nespecifický, ale zároveň rozšířený symptom. Jedná se nejen o příznak typický pro většinu druhů demencí, ale zároveň se může jednat i o zcela samostatnou izolovanou poruchu paměti, která se v jistých oblastech s demencí překrývá nebo s ní dokonce splývá. Z tohoto důvodu je odhalení skutečné příčiny v diferenciální diagnostice velice obtížné (Hrdlička, Hrdličková, 1999).

2.1 Terminologické vymezení

Samotný pojem demence pochází z latinského slova „de-mens“, což v doslovném překladu znamená „být bez myslí“ nebo „bez rozumu“. Předpona „de“ značí „odstranit“ a „mens“ vyjadřuje v překladu „mysl“, lze tedy toto slovo také přeložit jako odchylka od rozumového poznání (Buijssen, 2005).

V medicíně toto označení poprvé použil Aurelius Cornelius Celsus a to ve své knize „*De medicina*“ v 1. století našeho letopočtu. Do moderní psychiatrické klasifikace bylo toto onemocnění pod pojmem demence zařazeno až v roce 1814 Dominiquem Esquirole, který jako první začal odlišovat demenci od vrozené idiocie. Označil demenci jako chorobu mozku s oslabenou vůlí, vnímáním a porozuměním (Raboch, 2003).

Definice demence dle MKN10 zní: „*Demence (F00 – F03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se objevuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.*“ (MKN10, 2001, V. kapitola: F00 – F99).

Jirák, Koukolík (2012) a Pidrman (2007) společně definují demenci jako syndrom vznikající v důsledku organického poškození mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu. Holmerová a Jarolímová (2009) ještě dodávají, že se jedná o poškození mozkové tkáně, a to buď z důvodu její degenerace či z důvodu vaskulárních, metabolických a traumatických či jiných změn. V rámci tohoto onemocnění začne docházet k úbytku kognitivních schopností. Narušení se tak projevuje v horšící se paměti, pozornosti, myšlení, orientaci, učení, úsudku a dokonce i řeči. Charakteristické ovšem pro demenci je to, že vědomí není zastřeno (Pidrman, 2007).

Jedná se o získanou poruchu kognitivních funkcí, která má velice závažný dopad na kvalitu života klienta i celé jeho rodiny. Dle Jiráka a Koukolíka (2003) můžeme u dítěte hovořit o demenci v případě, došlo-li k úbytku rozumových schopností po 2. roce života dítěte, tedy po vytvoření základů kognitivních funkcí. Demence tvoří překážku v provádění běžných životních činností jedince. Nepředstavuje zcela normální průběh stárnutí a není ani jeho běžnou součástí. Ve společnosti se můžeme setkat i s pojmem „senilní demence“. Tento termín je ovšem zavádějící a může mít svůj význam tehdy, když jím nazveme demenci, která vznikla ve vyšším věku - v seniu (65+), jak uvádějí Holmerová a Jarolímová (2009).

Porucha paměti, která souvisí s věkem, se nazývá benigní neboli neškodná zapomnětlivost. Je tedy velice důležité rozlišovat mezi varovnými příznaky. Rozdíl mezi demencí a benigní stařeckou zapomnětlivostí je zásadní v tom, že projevy doprovázející demenci vedou k omezení až ztrátě soběstačnosti daného člověka. Lidé s benigní stařeckou zapomnětlivostí jsou zcela soběstační a neobjevuje se u nich porucha orientace v čase nebo prostoru. Může se objevovat horší výbavnost jmen přátel a známých osobností, zhoršená pozornost a pomalejší psychomotorické tempo, lidé s poruchou paměti ovšem dosahují stejného výkonu v psychologických testech jako jejich zdraví vrstevníci (Franková, 2011).

2.2 Rizikové faktory

Holmerová a Jarolímová (2009) se ve své knize zmiňují o rizikových faktorech, jež mohou souviset s demencí. Těchto poznatků lze využít v rámci

vyšetření a zjišťování příčiny vzniku demence. To, co skutečně toto onemocnění způsobuje, zůstává mnohdy ve většině případů neobjasněné, ale můžeme říci, že existují určití činitelé, kteří se na vzniku demence mohou podílet. Jedná se o procesy, které se považují za rizikové i u cévních a degenerativních onemocnění.

Mezi tyto rizikové faktory Holmerová a Jarolímová (2009) řadí:

Věk

Demence se samozřejmě u člověka může objevit kdykoliv v průběhu jeho života, ale s přibývajícím věkem se její pravděpodobnost výskytu mnohonásobně zvyšuje. Na základě tohoto tvrzení ovšem nelze říci, že věk je samotný rizikový faktor.

Pohlaví

Z hlediska pohlaví nelze určit, zda jsou k tomuto onemocnění více náchylní muži nebo ženy, ale z jistých studií vyplývá, že Alzheimerova choroba postihuje více ženy a naopak muži trpí spíše demencí cévního původu.

Rodinný výskyt a genetické faktory

Výskyt demence u lidí mladšího věku, před 60. rokem je velice často podmíněn geneticky. U lidí, kteří jsou v blízkém příbuzenském stavu s osobou s Alzheimerovou chorobou, je riziko vzniku toho onemocnění několikrát vyšší, nežli u lidí bez této genetické zátěže. Není ovšem výjimkou, že dochází k situacím, kdy lidé s pozitivní anamnézou i genem zapříčiňujícím vznik této choroby, nakonec ne onemocní a naopak u řady nemocných se žádný z těchto genetických faktorů nevystopoval.

Vzdělání

Stupeň dosaženého vzdělání u lidí s demencí nehraje roli, bylo sice zjištěno, že lidé s Alzheimerovou chorobou mají častěji nižší úroveň vzdělání, ale jinak demence jako taková postihuje lidi s nižší úrovní vzdělání zrovna tak jako s tou vyšší.

Cévní mozkové příhody a vaskulární onemocnění

Cévní mozková příhoda již může být celkem činitelem, který nám může vznik demence objasnit. Vyskytuje se až u třetiny lidí po cévní mozkové příhodě a

vaskulární onemocnění mozku vede časnější manifestaci Alzheimerovi choroby. Taktéž i lidé s diagnózou hypertenze, onemocnění srdce či diabetem jsou taktéž prokazatelně náchylnější k rozvoji demence.

Kouření

Kouření úzce souvisí s rizikem vzniku kardiovaskulárního onemocnění, které se považuje za rizikový faktor vzniku demence. V současnosti existuje dokonce i řada studií uvádějících, že naopak kouření má zpomalující vliv na Alzheimerovu chorobu.

Alkohol

Negativní účinky dlouhodobé a nadměrné konzumace alkoholu jsou prokázány jak u vzniku demence, tak jako u jiných somatických onemocnění na základě toxického poškození.

Poranění hlavy

Osoby s Alzheimerovou chorobou mají ve své anamnéze až dvakrát tak častější výskyt úrazů hlavy. Úraz hlavy se ztrátou vědomí minimálně na 15 minut se již považuje za rizikový a je také známo, že u boxerů s častým poraněním hlavy je výskyt demence častý.

Deprese

Deprese bývá u lidí s demencí jedním ze symptomů. Není ovšem zcela prokázáno, zda samotná deprese může být i rizikovým faktorem, který ji může způsobovat.

Příčinou mohou být i infekční onemocnění jako je například syfilis nebo AIDS nebo deficit vitamínů B12, thiaminu a kyseliny listové, to ale platí spíše u demencí vzniklých v nižším věku. U starších osob je demence součástí klinického obrazu onemocnění mozku – Parkinsonovy choroby, Huntingtonovy choroby nebo roztroušené sklerózy. Předmětem výzkumu je dnes i vliv hormonální substituční léčby a vliv léků na protizánětlivá onemocnění, jelikož u lidí, kteří užívají tyto léky, se objevil i nižší výskyt Alzheimerovy choroby a jiných typů demence.

2.3 Fáze demence

U člověka postihnutého demencí lze očekávat dříve nebo později, že dojde k postupnému úpadku jeho schopností až na úroveň, kdy je zcela nesoběstačný. Tak jako jiná onemocnění, i demence prochází určitým vývojem. Tento vývoj má ovšem silně destruktivní charakter a jeho jednotlivé fáze mají určitou vzestupnou tendenci.

Buijssen (2005) popisuje fáze demence tak, že první období je velice charakteristické svou délkou a onemocnění je sotva patrné. Toto stádium nazývá jako přípravné. Líbí se mi jeho přirovnání, že člověk má oči jasné, otevřené a jeho mysl je čistá. Častěji může docházet k nejistotě, kde jsme nechali klíče, nebo jaké byly naše plány na dnešní odpoledne. Občas člověk udělá drobnější chyby, z nichž je následně frustrován. V dalším období vývoje nemoci je zapomínání stále častější a stává se tak spíše pravidlem, nežli výjimkou. Chyby začnou jedince přivádět do konfliktu s jeho okolím, převážně pak s jeho partnerem. Jedná se o fázi potřeby dohledu. Sice nám klient neustále sebevědomě tvrdí, že je vše v naprostém pořádku, ale ve skutečnosti v něm vládne naprostý chaos. Příbuzní mnohdy na takového člověka reagují hněvem a jsou také frustrováni.

Třetí fází je potřeba péče. V tomto stupni začne docházet ke ztrátám soběstačnosti a samostatného pohybu. Dochází k návratu myšlenek postiženého do minulosti, znovu prožívá vzpomínky, které pro něho byly důležité. Pacient pomalu ztrácí i smysl pro orientaci v čase a prostoru. Demence pomalu postupuje a schopnost myslet je stál obtížnější. V konečné etapě nemoci se osoba stane zcela závislou na druhých lidech ve všech svých potřebách. Jedná se o fázi potřeby ošetrovatelské péče. Klient nerozeznává tváře lidí, kteří o něho pečují ani svých příbuzných, může zažívat úzkost, stěží chápe dění okolo sebe a jeho projevy chování jsou převážně fyzické povahy. Vnímání člověka může připomínat stav pacienta v anestezii nebo snížené bdělosti, který demencí netrpí. Zde Buijssen používá výraz, že člověk s těžkou demencí končí svůj život, tak jak jej začal: „*jako bezmocné dítě*“ (Buijssen, 2005).

2.4 Klinické projevy demence

S přibývajícím věkem je obtížnější odlišit od sebe jednotlivé symptomy nemoci. Zapomnětlivost je do jisté míry zcela normální jev. Jak tedy daná osoba nebo její samotná rodina pozná, kde je hranice mezi běžným zapomináním spojeným s věkem a kde naopak začíná problém? Důležité je vždy jednotlivé symptomy posuzovat objektivně a nesnažit se je popírat. Glenner (2012) vymezuje základní projevy, které je možné pozorovat u každého klienta s demencí. Tyto příznaky jsou výsledkem zasažených mentálních funkcí, které člověk využívá ve svém každodenním životě.

Růžička (2003), Topinková (1999) a Jiráček (2004) se společně shodují v popisu těchto symptomů a zařazují je do tří následujících skupin znázorněných v tab. č. 1. Tyto projevy se vyskytují v různé intenzitě u všech typů demencí i přes jejich individuální a variabilní klinický obraz. Kognitivní poruchy tvoří velice heterogenní skupinu, jejíž příčina může být u jednotlivých druhů demencí různá, stejně tak jako je nestejný stupeň, rozsah, rychlost progresu a prognostická závažnost kognitivní dysfunkce. Zachycení příznaků poruch kognitivních funkcí je podstatou screeningových testů.

Tab. č. 1 Topinková (1999) uvádí přehledné schéma symptomů demence:

Kognitivní	Behaviorální	Funkční
porucha paměti	porucha osobnosti	potíže s komplex. činnostmi
porucha myšlení a úsudku	deprese a úzkost	(v řízení auta, v zaměstnání)
porucha orientace	poruchy emotivity	potíže s domácími pracemi
porucha řeči	bludy a halucinace	problémy v sebeobsluze
porucha učení	misidentifikace	ztráta kontinence
porucha poznávání	agitovanost, agresivita	neschopnost komunikovat
porucha praxe	spol. nepřijatelné chování	neschopnost chůze
porucha exekutivních funkcí	poruchy spánkového rytmu	plná závislost na pomoci 2.

Zdroj: Topinková, 1999, str. 11, [cit. 4. 2. 2015]

Z praktického hlediska se příznaky demence rozdělují do tří skupin. Pro tyto kategorie se běžně používá didaktická zkratka A – B – C, jež je odvozená z anglických výrazů (**A**ctivities of Daily life, **B** disorders of **C**ognition), (Růžička, 2003).

Všechny tyto projevy nejsou samozřejmě specifické jen pro demenci, ale mohou se objevit i u jiných diagnóz. Pro diagnózu demence je ale typické, že se všechny tyto projevy musí v různé míře a intenzitě vyskytovat u daného člověka současně.

2.4.1 Důsledky kognitivních poruch

Povaha kognitivní ztráty vždy záleží na tom, o který typ demence se jedná, podle toho se začne projevovat buď zhoršováním paměti, změnami v chování nebo poruchou exekutivních funkcí. Problematika poruch rozumových funkcí je dosti široká a jejich jistý pokles představuje ve stáří zcela běžný jev. Na rozdíl od demence tento pokles není progresivní. Při demenci dochází ke změnám metabolismu mozkových mediátorů a neurotransmiterů. Problémy se objevují i ve vyváženosti homeostázy mediátorových systémů. Vyčerpání kompenzačních mechanismů s sebou nese patologické neurobiologické změny v organismu. V této podkapitole se tak budu zabývat popisem funkčních schopností, na něž má zhoršení rozumových schopností největší dopad (Zgola, 2013).

Paměť

Zhoršená paměť bývá jedním z hlavních projevů počínající demence, na které se přijde jako první. Člověk zpočátku tento problém přehlíží a snaží se jej kompenzovat nejrůznějšími pomůckami v podobě lístků a vzkazů, ovšem později dojde ke ztrátě i této schopnosti. Paměť jako taková je velice složitý jev a její poškození má u jednotlivých lidí vždy zcela odlišný dopad. Nejvíce bývá poškozena krátkodobá a bezprostřední paměť, zatímco dlouhodobá je zranitelná nejméně (Zgola, 2013). Jaký je tedy rozdíl mezi zapomnětlivostí a ztrátou paměti v důsledku poruchy kognitivních funkcí? Rozdíl je jasný, člověk s poškozením rozumových funkcí si mnohdy ani neuvědomí, že na něco zapomněl a bývá přímo konfrontován se situací, které si naprosto není ani vědom. Poruchy paměti zapříčiňují neschopnost

získávat nové znalosti nebo dovednosti. Člověk se jen obtížně dokáže adaptovat na nové podmínky a změnit své staré zvyky. Deficity v této oblasti se dále negativně promítají i do orientace v čase, místě a sociálního prostředí. Nedochází k ukládání orientačních informací do paměti. Stav stálého pocitu dezorientace a nejistoty v člověku vyvolává pocity úzkosti. Daná osoba tak začne používat mechanismus, který spočívá v neustálém opakování jedné otázky na stále stejnou věc, zachovává tak informaci v pracovní paměti. Pro ještě lepší přístup a zpracování nových poznatků je dobré využít vizuálních podnětů (Zgola, 2003).

Jazyk a řeč

Řečové problémy, které se objevují u lidí s demencí, většinou nesouvisejí se smyslovou, motorickou nebo intelektovou poruchou. Tyto poruchy spadají pod korové funkce. Příčina tak není v artikulaci, ale v neschopnosti člověka vybavit si nebo nalézt to správné slovo pro své vyjádření. Toto poškození označujeme jako anomie. Klient si při hledání pojmu dopomáhá ukazováním na věc nebo samotným předváděním, co se s věcí dělá (Zgola, 2013).

Dalším nedostatkem v řečovém projevu, převážně u osob s Alzheimerovou chorobou, je tzv. parafasie. Jedná se o typické zaměňování slov za podobně znějící nebo za pojmy spadající do stejné kategorie. Člověk s parafasií se mnohdy jeví spíše jako zmatený a to hlavně v případě, kdy je jeho projev jinak celkově plynulý se správnou intonací. Marné hledání správného výrazu a neschopnost vyjádřit svou myšlenku může vést k tomu, že slovo buď vůbec nevysloví, nebo ho překryje výrazem bez obsahu. Problémy v komunikaci a neschopnost adekvátně se vyjadřovat, v člověku začnou vyvolávat pocity zklamání a vzteku, což u něho může vést k úplnému stažení se do sebe a izolaci (Zgola, 2003).

Pozornost

Problémy se objevují ve všech oblastech zahájení, udržení i ukončení pozornosti. Vyskytuje se tzv. netečnost, což je neschopnost začít činnost provádět. Mnohdy ji můžeme vnímat jako pohodlnost, ale naopak se spíše jedná o to, že člověk není schopen sám od sebe se „nastartovat“ a potřebuje k tomu nezbytně určitý podnět z vnějšku. Klient není schopen soustředit svou pozornost na celkovou situaci, ale fixuje se pouze na jeden nepodstatný detail. Nedokáže vzdorovat rušivým podnětům

a reaguje na všechny impulsy. Nevydrží se soustředit po delší časový úsek a brzy ztrácí o věc zájem ještě před tím, než ji dokončil. U některých nemocných se naopak vyskytuje perseverace, neboli setrvávání na určitém vzorci chování, což může vyústit v neschopnost ovládat a kontrolovat svou sílu při činnosti. Setrvává v aktivitě a není schopen v ní přestat, dokud mu v tom nezabrání nějaká síla z vnějšku. V rámci pozornosti je důležité klientovi vytvořit takové prostředí, které ho upoutá a využije jeho zachované kapacity. V pozdějších stádiích demence je osoba natolik stažená sama do sebe, že podnět k vyprovokování její pozornosti musí být silnější. Nesmíme si ovšem myslet, že když nereaguje, tak že rovněž i necítí. To by měl mít pečující vždy na vědomí, aby klienta citově nezranil (Zgola, 2003).

Vnímání a prostorová orientace

Při Alzheimerově chorobě dochází k narušení zpracování informací přijatých smyslovými orgány. Na základě toho je ovlivněno prostorové vidění, vnímání vzdálenosti a vztahů mezi objektem, vlastním tělem a jednotlivci. Neschopnost rozpoznávat známé předměty a symboly se nazývá agnosie. Jedná se o závažný problém, který může ochromit každý smysl, jak uvádí i Zgola (2013). Agnosie se typicky projevuje v případě, kdy osoba s demencí nedokáže běžnou každodenní věc identifikovat, ale použije ji správným způsobem.

Člověk s problémem ve vnímání prostoru kolem sebe může snadno zabloudit, jelikož není schopen rozlišit značení na ploše v trojrozměrném objektu. Nedokáže odhadnout vzdálenost a posoudit hloubku, to se projevuje například ve vrážení do nábytku nebo opatrnosti při překračování linky na podlaze, aby nedošlo k obávanému pádu. Zhoršení schopnosti vnímání má svou negativní projekci i do schopnosti chápat psanou řeč. U osob s Alzheimerovou chorobou můžeme zaznamenat alexii. Nemocný sice čte plynule a hlasitě, ale zároveň neví, co čte (Zgola, 2013; Klucká, 2009).

Porucha vnímání vlastního těla zase ztěžuje nemocnému proces oblékání a sebeobsluhu. Dochází ke špatnému rozeznávání jednotlivých částí těla a vyjádření svých tělesných pocitů. Dále u těchto lidí může docházet i k mylnému výkladu podnětů z prostředí. Trpí často různými iluzemi nebo bludy a mají také problém s nacházením věcí, jež nejsou zrovna na svém správném místě. (Zgola, 2013).

Myšlení a abstrakce

Při Alzheimerově chorobě dochází ke snížené schopnosti tvorby a rozumění abstraktním pojmům. Člověk s tímto onemocněním má tendenci brát věci doslova na základě neschopnosti chápat jejich obecný význam. Dále nedokáže správně porozumět běžně používaným metaforám, ironii nebo jiným řečnickým figurám. Dochází tak k častému nedorozumění, konfrontacím a následně i k chybnému vyhodnocení situace. Poruchy myšlení se projevují útlumem ve výbavnosti představ. Celkově je myšlení obsahově chudé, prázdné a značně konkrétní. Nejvíce frustrující pro člověka, který se o nemocného stará, bývá nedocení jeho práce (Zgola, 2013; Koukolík, 2012).

Úsudek

Důsledkem narušení úsudku může být opomínání společenských konvencí či zábran a neschopnost se rozhodnout pro efektivní sled činností v situaci, která je pro danou osobu neznámá. Na základě toho je výrazně zranitelný a to jak doma, tak i v řadě situací na veřejnosti. Takový člověk se nám mnohdy jeví jako tvrdohlavý, nerealistický a egocentrický. Není schopen předvídat následky svého chování, jelikož dochází k selhání filtrovacího mechanismu, který ovládá naše myšlenky a impulzy (Zgola, 2003). Člověk s demencí většinou odmítá pomoc od druhých lidí a nepřijme ani vysvětlení o jeho progredujících schopnostech. Nejen, že si nepřizná příznaky své nemoci, ale ještě dlouho po jejím vypuknutí se stále považuje za zdravého (Holmerová, Jarolímová, 2009).

Exekutivní funkce

Zajišťují nám kontrolu lidského chování v čase. Jsou propojeny s pracovní pamětí a mezi exekutivní funkce řadíme schopnost plánování, organizování a řízení aktivit. Využíváme jich převážně v situacích, kdy se musíme rozhodovat. V důsledku onemocnění není člověk schopen plánovat nebo řešit nejprve jen obtížné úkoly ovšem postupem času i ty jednoduché. Nevystavujeme klienta zbytečně situacím, v nichž je nucen se rozhodovat nebo něco organizovat. U nemocného se dostávají úzkostné stavy, pocity nejistoty a bezmoci (Holmerová, Jarolímová, 2009). Fanfrdlová (2007) i Jiroutek (2004) uvádějí, že exekutivní funkce jsou propojeny s okruhy, které se podílejí na behaviorálních a kognitivních systémech.

Motorika

Nervová soustava si během našeho života vytvořila miliony pohybových vzorců, které v praxi automaticky používá. Výkonové funkce nám umožňují správné používání těchto vzorců, problém tak nastane, dojde-li k jejich porušení. Může se ztratit přístup k automatickému vzorci a osoba buď nebude schopna vůbec činnost začít, nebo se zastaví uprostřed cesty. Klientovi v odstartování činnosti pomáhá určitý stimul nebo konkrétní úkol, který podpoří výbavu automatických vzorců. Člověk následně v provádění úkonu pokračuje až do okamžiku, než jej něco přeruší nebo ztratí kontakt se vzorcem. Problém může nastat i v opačném případě, když je automatický vzorec spuštěn v nevhodnou dobu. Podobný podnět může vyvolat starý vzorec, který není pro danou situaci vhodný. Obtížné může pro klienta být i řazení jednotlivých kroků činnosti správně za sebou v odpovídajícím pořadí (Zgola, 2003).

Chování

Sekundárně se objevují i poruchy chování. Člověk s demencí je většinou bývá hypoaktivní. Může se ovšem objevit i zvýšený neklid, agresivita až hyperaktivita, projevující se nepřetržitou chůzí z místa na místo. Dochází nejen ke slovní, ale i k fyzické agresi těchto lidí. Až u poloviny lidí se vyskytují poruchy spánku, neklid a bloudění. Problémy v chování bývají jedním z hlavních důvodů, proč jsou lidé s demencí umisťováni do různých zařízení a nezůstávají v domácí ošetrovatelské péči někoho ze svých příbuzných (Holmerová, Jarolímová, 2009).

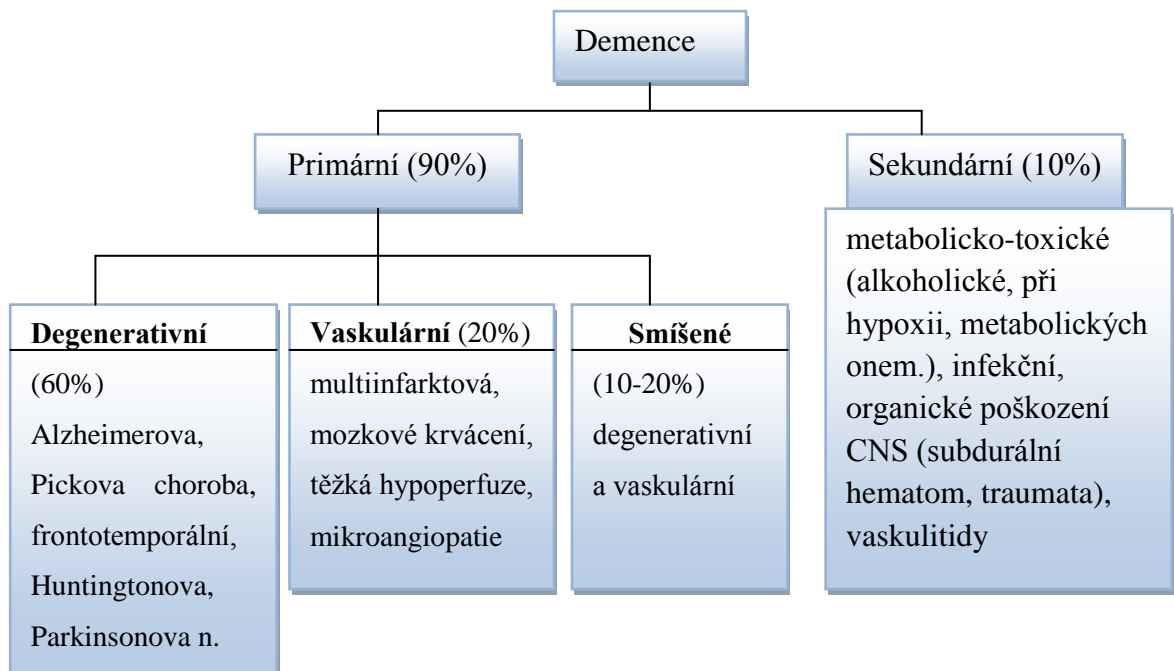
Se změnami chování úzce souvisí i změny sociální, které se projeví záhy. Člověk se čím dál víc straní společnosti, mění se jeho chování považované ostatními za nevhodné a nepřijatelné. Sociální okolí je z jeho jednání v rozpacích a pomalu se od něho straní.

2.5 Klasifikace demence

Správné rozdělení demencí na základě dobře provedené diferenciální diagnostiky je jedním z hlavních předpokladů, jak s člověkem odstartovat vhodnou a správnou léčbu. Jednotlivé typy demencí se od sebe navzájem liší především svou příčinou vzniku, projevy i průběhem. Z etiopatogenetického hlediska lze demence rozdělit do dvou velkých skupin na primární demence a sekundární demence.

Dle Topinkové (1999) je u primárních demencí postižení intelektových funkcí zapříčiněno organickým onemocněním mozku primárně degenerativní, vaskulární nebo smíšené etiologie. Sekundární demence jsou ty, které jsou doprovodem jiného onemocnění. Bývají potenciálně reverzibilní a tvoří jen malou část demencí (10%), necelá polovina je pak plně reverzibilní. Podle Jiráka (2009) je v praxi více využíváno dělení demencí na atroficko-degenerativní (například Alzheimerova demence, demence s Lewyho tělisky, frontotemporální demence) a symptomatické. Těm jsou podkladem různé infekce, úrazy, cévní poruchy, nádorová onemocnění, změny metabolismu a jiné poruchy týkající se mozku (například vaskulární demence, demence infekční, prionové, metabolické, demence traumatické etiologie).

Tab. č. 2: Rozdělení demencí podle etiopatogeneze



Zdroj: (Topinková, 1999, str. 22), [cit. 7. 2. 2015]

2.5.1 Demence Alzheimerova typu

Jedná se o jeden z nejčastěji se vyskytujících druhů demence a bývá diagnostikována v rámci smíšené formy, na jejímž rozvoji se podílí i cévní změny mozku. Někdy dochází k překrývání Alzheimerovy choroby s jinými druhy demencí například s Lewyho tělísky, anebo s Parkinsonovou chorobou (Jiráček, 2009).

Alzheimerova choroba je charakterizována jako neurodegenerativní onemocnění, které postihuje nervové buňky, v důsledku čehož dochází k mozkové atrofii. V prostorách mezi nervovými buňkami se ukládá chorobně vzniklá bílkovina s názvem beta-amyloid. Z této bílkoviny se následně tvoří krystalky, z nichž vznikají útvary známé jako neuritické plaky. Funkční postižení mozkové oblasti se odvíjí od toho, kde se plaky vytvořily a podle jejich množství. Druhou neuropatologickou změnou, která se v mozku odehrává, je degenerativní proces bílkoviny tau-protein. Vlákna z přeměněné bílkoviny mají tvar dvojité šroubovice, a ta je podkladem neurofibrilárního klubka. Klubka neplní svou funkci a zanikají. Tvorba patologické bílkoviny zapříčiňuje řadu dalších degenerativních změn. Začátek onemocnění je nenápadný, plíživý s pomalou deteriorací a trvalým poškozením duševních schopností člověka. Pokud onemocnění vznikne před 65. rokem je progresse choroby mnohem rychlejší a postupnější než u lidí, u nichž začala po 75. roce věku (Jiráček, 2009; Topinková, 2009).

Demence tohoto typu obvykle trvá 8-10 let a končí smrtí. Ke zhoršování funkcí nedochází skokem, ale postupně. V prvním stádiu se nemoc projevuje poruchou paměti a prostorové orientace, nejprve místa a později i času. Poklesne aktivita a spontaneita daného člověka, což se odráží v provádění aktivit denního života. Druhé stádium je typické jasnou, postupující demencí spojenou s dezorientací. Postižena je řeč, motorika, percepce i dlouhodobá paměť. V tomto období se zhoršuje i logické uvažování a soudnost. Hrdlička a Hrdličková (1999) toto období nazývají jako afázicko – aprakticko – agnostické.

V posledním třetím stádiu dochází k celkové dezintegraci všech psychických funkcí, tedy i emočních a osobnostních. Je narušena schopnost sebeobsluhy, nemocný ztrácí hygienické návyky a schopnost komunikace. Nakonec osoba

s demencí obvykle umírá na některou z nespecifických komplikací, kterou je například bronchopneumonie (Hrdlička, Hrdličková, 1999).

2.5.2 Demence s Lewyho tělísky

Řadíme ji mezi neurodegenerativní onemocnění pohybující se na pomezí Parkinsonovy a Alzheimerovy choroby. Patří mezi nově identifikovaný typ, který doposud ještě nebyl zařazen do platné Mezinárodní klasifikace nemocí. Jedná se o poměrně častý druh demence, který bývá zaměňován za demenci u Alzheimerovy nemoci nebo z 90% je s ní spojena. V populaci se vyskytuje spíše u lidí v pozdějším věku, průměrně mezi 75-80 lety. Příčinou této nemoci jsou patologické změny bílkovin alfa-synukleinů. Tento druh bílkoviny tvoří kulovitá tělíška, tedy Lewyho tělíška v mozkových buňkách. S Alzheimerovým typem demence se shoduje v tom, že taktéž dochází k zánětlivým změnám mozkové tkáně. Při diferenciální diagnostice lze využít specifických příznaků pro tento typ demence. Objevují se scénické zrakové halucinace lidských postav i zvířat, někdy doprovázené sluchovými halucinacemi. Dále dochází ke kolísání pozornosti, kvality vědomí a je zvýšená citlivost na neuroleptika. Demence s Lewyho tělísky se projevuje v následujících oblastech kognitivních funkcí. Paměť je poměrně zachovalá a objevuje se těžší porucha pozornosti, zrakově-prostorových schopností a exekutivních funkcí. U většiny pacientů dochází ke kolísání kvality kognitivních funkcí s epizodickými poruchami vědomí. Dalším důležitým příznakem je tzv. parkinsonismus projevující se třesy, rigiditou (ztuhlostí), bradykinezi (zpomalenými pohyby), maskovitou tváří – dojde k vymizení mimiky v obličeji a poruchou jemné motoriky. Nevyskytuje se zde typický třes pro Parkinsonovu chorobu – „počítání peněz“ a pády. Z hlediska léčby je nezbytné rozpoznat, zda je nebo není demence s Lewyho tělísky přítomna. Při nevhodném způsobu může dojít ke zhoršení stavu člověka a to v případě, kdy mu jsou nasazena klasická neuroleptika (Jiráček, 1999).

2.5.3 Demence u Parkinsonovy choroby

Jde o neurodegenerativní onemocnění postihující dopaminergní buňky mozkového kmene. Parkinsonova nemoc se velice často vyskytuje v kombinaci s Alzheimerovou demencí a při diferenciální diagnostice je velice obtížné ji odlišit od demence s Lewyho tělísky (Hrdlička, Hrdličková, 1999).

Samotné onemocnění přichází někdy mezi 58 – 60 lety člověka. Onemocnění se projevuje především poruchou hybnosti. Společným znakem jsou motorické příznaky jako třes, svalová ztuhlost, snížení hybnosti, poruchy rovnováhy a chůze. Demence a poruchy kognitivních funkcí se objevují až v těžším stádiu této nemoci s vyšším věkem ve své lehčí formě. Výrazněji jsou přítomny poruchy exekutivních funkcí jako plánování složitějších aktivit. Mezi další klinické příznaky patří deprese, poruchy spánku, náhlé záchvaty paniky a úzkosti, celkové sehnuté držení těla i končetin. Řeč je monotónní, vytrácí se mimika v obličeji a mohou nastat i obtíže v polykání. Zpomalené bývá i myšlení a psychomotorické tempo, pacienti bývají apatičtí, mívají zrakové a sluchové halucinace, změny osobnosti a poruchy nálad. Činnosti nejsou schopni započít sami, musejí k ní být pobízeni a silně motivováni (Jiráček, 2009; Topinková, 1999; Bartoš, 2010).

2.5.4 Frontotemporální lobární demence

Tato forma patří mezi ty méně časté. Projevuje se postupnou degenerací frontálních nebo temporálních laloků mozku. Příčina vzniku není stále zcela jasná, ale předpokládá se určitá podmíněnost genetických faktorů z důvodů familiárního výskytu této nemoci. Zásadní je vždy patologická porucha metabolismu tau-proteinů a jejich ukládání do neuronů. Tak jako u Alzheimerovy choroby, tak i u frontotemporální demence je začátek pozvolný, plíživý a dochází k pomalému zhoršování příznaků. Objevuje se dříve přibližně mezi 45. až 65. rokem. Nemoc trvá průměrně 8 let, ale záleží vždy na topografickém šíření změn a na jejich lokalitě. Mezi klinické projevy řadíme problémy v chování, poruchy řeči, změny ve stravovacích návycích a osobnostních rysech jedince. Může docházet k zanedbávání osobní hygieny, ke ztrátě zájmů a bývá přítomna i emoční oploštělost. Porucha kognitivních funkcí se u frontotemporální demence rozvíjí až v průběhu nemoci, což se projevuje narušenou pozorností, abstraktním myšlením i neschopností řešit problémy. Objevit se mohou bludy a chorobná vztahovačnost. Jednotlivé symptomy v pozdějším stádiu nemoci postupně progredují, až dojde k rozvinutí plně vyjádřené demence (Jiráček, 2009; Růžička, 2003, Koukolík, 2012).

Jirák (2009) k frontotemporální demenci ještě doplňuje, že klinický obraz je velice různorodý, a proto diagnóza této nemoci může dělat velké potíže i zkušenému odborníkovi. Existují případy, kdy byla ve svém počátečním stádiu tato demence zaměněna za jiné duševní choroby a následně v pozdním stádiu chybně diagnostikována jako Alzheimerova choroba. Tuto formu demence bohužel zatím nedokážeme vyléčit, ale důležitou součástí terapie je farmakologická léčba sloužící k potlačení určitých příznaků nemoci. Dále se využívá aktivizační program, logopedie a různé behaviorální techniky.

2.5.5 Demence u Huntingtonovy chorey

Huntingtonova chorea je vzácné dědičné onemocnění, kterým trpí přibližně jeden člověk z 15 000. Počátek nemoci se začne projevovat ve středním produktivním věku. Příznaky jsou jak neurologické, tak psychické. Jedná se o onemocnění, které neúprosně postupuje a výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav postiženého jedince i kvalitu jeho života. Příčinou je genetický podklad, ale ne u každého musí choroba propuknout i přes jeho pozitivní genetický výsledek. Lze tedy identifikovat nositele patologického genu, který je lokalizován na 4. chromozomu. Demence se projevuje v rámci celkové degenerace mozku postupně, zejména u těch, kteří trpí nemocí delší dobu. Opět jako u předchozích typů dochází k hromadění patologicky vzniklé bílkoviny v mozku, následkem čehož jsou zničeny mozkové buňky nejprve v oblasti řízení pohybu a následně i v dalších oblastech mozku. Mezi psychické příznaky patří pocity neschopnosti, obavy z budoucnosti, úzkost, ranní pesimismus, nedostatek energie a snížená výkonnost. Všechny tyto příznaky se vyskytují i několik let ještě před vypuknutím samotné nemoci. Později se objevují halucinace, poruchy myšlení, iluze, špatné soustředění a výpadky paměti. V důsledku organického poškození mozku dochází ke změnám osobnosti, chování a k narušení příjmu potravy. Pacient ztrácí chuť k jídlu a ubývá na váze (Jirák, 2009).

Progresivní průběh nemoci je nezvratný a lze jej ovlivnit jen do jisté míry. Léčba se tak cíleně soustředí především na zmírnění projevů Huntingtonovy chorey.

2.5.6 Vaskulární demence

Hned po Alzheimerově chorobě je tento typ druhou nejčastější příčinou demence. Liší se ovšem nejen svou příčinou a začátkem, ale i průběhem a klinickými rysy. Typický bývá náhlý vznik a nárazovité, stupňovité zhoršování. Příčinou je narušení cévního zásobení mozku na základě ucpání, zúžení nebo krvácení mozkové cévy. V rámci vaskulární demence se rozlišuje několik jejích podtypů, mezi ně řadíme *vaskulární demenci s akutním začátkem*. Vzniká velice rychle, přibližně do 3 měsíců po mozkové příhodě. Dalším podtypem je *multiinfarktová* demence rozvíjející se o něco pomaleji do 6 měsíců a je výsledkem několika menších ischemických příhod. Třetím podtypem je *subkortikální vaskulární demence*, která se může vyskytnout u pacientů s hypertenzí a poškození mozku je lokalizováno v bílé hmotě mozkových hemisfér. Mívá o něco pomalejší začátek a postižena je převážně paměť, psychomotorické tempo a kolísání nálad. Posledním podtypem je *smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence*. Postižení se nachází v korové i podkorové oblasti mozku (Hrdlička, Hrdličková, 1999; Topinková, 1999).

Topinková (1999) u kortikálních infarktů popisuje ostrůvkovité poškození kognitivních funkcí, které se vyvíjí do několika měsíců ihned po mozkové příhodě. U této formy je méně postižena řeč a paměť, naopak myšlení, motivace, emoční labilita, učení novým věcem a adaptace na prostředí bývají více poškozeny. Na rozdíl od Alzheimerovy choroby bývá poměrně dlouho zachován náhled na chorobu i osobnost. Neurologický nález je přítomen vždy.

2.5.7 Demence infekčního původu

Při některých infekčních chorobách může dojít k poškození mozkové tkáně nebo pleny a následně ke vzniku demence. Mezi tato nebezpečná infekční onemocnění řadíme především encefalitidy, meningoencefalitidy, syfilis, AIDS a podobně (Jiráček, 2009; Růžička, 2003).

2.5.8 Prionové nemoci

Jedná se o skupinu neurodegenerativních onemocnění postihující lidi i zvířata. Vyznačují se těžkou změnou v mozkové tkáni a mají poměrně dlouhou inkubační dobu. V populaci se objevují poměrně vzácně, jsou neléčitelná tedy

smrtelná. Rychle dochází k postupné progresi, proto je důležité je včas správně diagnostikovat a začít s terapií. Jednou z nejčastěji se vyskytujících forem prionových nemocí je Creutzfeldtova-Jakobova nemoc (Jirák, 2009).

Creutzfeldtova-Jakobova nemoc (CJN) se průměrně objevuje u člověka ve věku 60 let. Trvání nemoci je ovšem přibližně jen 8 měsíců. Příčina bývá neznámá, ale u 10-15% případů se zjistí genetický původ. Předpokládá se, že nemoc je vyvolána priony, drobnými proteinovými částicemi způsobující spongiformní (houbovitě) změny mozkové tkáně. Klinický obraz choroby je rozmanitý a demence má celkem rychle se zhoršující tendenci. Již v průběhu prvních měsíců dochází k deterioraci intelektu až do stavu těžké demence. K neurologickým příznakům patří svalové záškuby, křeče, svalová ztuhlost, třes, závratě a další. V konečném stádiu nemoci není pacient schopen samostatného pohybu, v některých případech dochází i ke ztrátě řeči a k centrální slepotě. Porucha polykání je častou příčinou úmrtí člověka s tímto onemocněním. Dojde ke vdechnutí bolusu do plic a pacienti umírají na zápal plic nebo na interkurentní infekci. Při diferenciální diagnostice je důležité odlišit CJN od Alzheimerovy choroby, frontotemporální demence a od roztroušené sklerózy. V léčbě je člověk odkázán pouze na ošetrovatelskou péči a na zmírnění jednotlivých příznaků. K definitivní diagnóze dojde u většiny případů až po smrti nemocného (Jirák, 2009; Hrdlička, Hrdličková, 1999; Topinková, 1999).

2.5.9 Demence u Pickovy choroby

Pickova nemoc zasahuje nejprve frontální laloky, ale v pozdějším období i temporální. U člověka se začne projevovat přibližně mezi 50. až 60. rokem života. Mezi klinické příznaky patří: euforie, emoční otupělost, zhoršení sociálního chování, dezinhibice, apatie či naopak výraznější neklid. Později následuje po těchto projevech chování i nápadná porucha paměti (Hrdlička, Hrdličková, 1999).

2.5.10 Sekundární demence

Před stanovením definitivní diagnózy primární demence, je vždy nezbytně nutné vyloučit jiné možné příčiny. Demence samotná může být projevem celé řady nemocí nebo jiných poruch. Do této skupiny tedy patří následující typy nemocí způsobující demenci (Topinková, 1999).

1. Metabolické demence

Vznikají v důsledku poruch látkové přeměny. Do této skupiny řadíme například Wilsonovu chorobu. Demence je způsobena vrozeným nedostatkem tvorby bílkoviny ceruloplazminu. Tato bílkovina má za úkol přenášet v našem těle měď, která se následně ukládá nejvíce v mozku, játrech a očích postiženého. Léčba spočívá především v podávání látek, které mají za úkol měď v těle vychytat (Jirák, 2009).

2. Demence při intoxikacích

Do této skupiny patří především intoxikace CO, intoxikace těžkými kovy, alkoholová demence a průmyslová rozpouštědla. Otrava těmito látkami výrazně postihuje centrální nervový systém a může sekundárně způsobit i demenci. V naší populaci se nejčastěji vyskytuje alkoholová demence, dochází k nim na základě dlouhodobého užívání velkých dávek alkoholu. Vzdáleně může připomínat Alzheimerovu chorobu a v současné době je nevyléčitelná.

3. Farmakogenní demence

Klinické příznaky demence mohou vyvolat i některé léky. Dochází k tomu u lidí vyššího věku, kteří již trpí organickým onemocněním mozku, které se ovšem do té doby neprojevovalo psychickými změnami. Nastává to například při polypragmazií neboli užívání většího množství různých léčiv najednou. Farmaka se mohou navzájem ovlivňovat a následovně naruší konsolidaci paměti, nedochází však k narušení dříve uložených paměťových stop. Může se jednat o léčiva užívaná v onkologii, patří sem různá cytostatika anebo anticholinergika (Růžička, 2003).

4. Posttraumatické a ostatní demence

Úrazy hlavy jsou častou příčinou vzniku demence zejména u mladých lidí. Důsledkem poranění hlavy, tedy i mozku, dochází k narušení poznávacích a výkonných funkcí. Projevy mohou být jak krátkodobé, tak i trvalé. Kontuze (pohmoždění) mozku způsobuje těžší úrazy hlavy, komoce (otřesy) vedou k lehčím úrazům hlavy a výpadkům paměti, které lze většinou zcela upravit. Příznaky se vždy odvíjejí od lokalizace poranění. Člověk si po probnutí z bezvědomí nejčastěji uvědomuje snížení inteligence a poruchy paměti, úsudku i řeči. Dále toto onemocnění může vzniknout neurologickým poškozením mozkové tkáně jako je tomu při epileptických záchvatech nebo revmatických onemocněních (Jirák, 2009).

3 Diagnostika

I v dnešním jednadvacátém století se stále ještě diagnóza demence podceňuje. Osoba trpící demencí si svůj stav nehodlá přiznat a okolí příznaky této nemoci podceňuje. V naprosté většině případů se lidé domnívají, že se jedná o zcela normální průběh stáří a zapomnětlivost vnímají jako jeho součást. Klinickým příznakům věnují jen minimální pozornost, a tak se nemocný člověk dostává k lékaři většinou až v pokročilejším stádiu této choroby, nebo někdy dokonce vůbec. Diagnóza přitom představuje nezbytný krok ke správné léčbě a především k potlačení nepříznivých symptomů, které člověka mnohdy omezují v provádění běžných denních činností. Demenci sice zatím nelze vyléčit, ale díky správné diagnóze a následné terapii lze její další průběh zpomalit a prodloužit tak aktivní život dané osoby.

Základním kritériem pro diagnostiku demence je délka trvání příznaků nemoci, která musí být objektivně prokazatelná po období nejméně 6 měsíců. Na základě tohoto měřítka lze odlišit demenci od jiných poruch přechodného rázu například od depresí, psychóz nebo delirantních stavů. Pro určení diagnózy se využívá údajů z anamnézy získané od daného člověka a jeho rodinných příslušníků. Dalším důležitým diagnostickým vodítkem jsou výsledky testů hodnotící duševní stav a kognitivní funkce jedince a různé fyzikální či laboratorní metody (Topinková, 1999).

Jsou případy, kdy k určení přesné a jednoznačné diagnózy dojde až při pitvě dané osoby, poněvadž stále ještě nemáme zcela spolehlivou metodu, která by jednoznačně správně určila povahu a stupeň poškození mozkové tkáně. Z tohoto důvodu bereme diagnózu demence vždy jako pravděpodobnou (Buijssen, 2005).

Vyhnálek (2011) provedl výzkumné šetření, v němž uvádí, jaké diagnostické metody využívají čeští lékaři v praxi nejčastěji. Pro zjišťování poruch kognitivních funkcí naprostá většina našich lékařů používá screeningové testy, jimiž jsou na prvním místě Mini-Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assasement (MOCA) a další. 79 % lékařů používá pro tyto účely počítačovou tomografii (CT) a 40 % magnetickou rezonanci (MR). Dalšími metodami jsou ještě

elektroencefalogram (EEG), který provádí podle studie 57 % lékařů a 30 % z nich využívá vyšetření hladiny vitamínu B12. 70 % lékařů indikuje vyšetření funkčnosti štítné žlázy. Z tohoto výzkumu jasně vyplývá, že existuje velké množství metod, pomocí kterých lze včas demenci odhalit a že lékaři v České republice používají vždy více než jen jednu metodu. I přes tuto skutečnost zde zůstává stále určité množství demencí diagnostikovaných až ve stádiu středně těžké nebo těžké demence či neurčených vůbec.

V klinické praxi se nejvíce využívají testy, které jsou krátké, jednoduché, dostatečně citlivé a mají tak vysokou specificitu i senzitivitu. Spolehlivé metody, které nám zajistí dostatek informací a zároveň dokáží odlišit poruchu kognitivních funkcí od běžných projevů stárnutí (Topinková, 1999).

Pro rychlé vyšetření se používají screeningové testy, jejichž účelem je odhadnout a především rozpoznat přítomnost demence. Růžička (2003) ovšem shledává nedostatek těchto rychlých testů v tom, že mají nízkou citlivost a nezachytí demenci v jejím počátečním stádiu. Proto musí být vyšetření před stanovením diagnózy co nejvíce komplexní a zahrnovat co nejvíce údajů o pacientovi. Topinková (1999) upozorňuje na to, že musíme též zohledňovat věk pacienta, jeho sensorické nedostatky a přítomnost dalších doprovodných somatických onemocnění nebo jiných psychiatrických diagnóz.

Topinková (1999, str. 38) vymezuje vyšetření nezbytná pro diagnostiku demence:

- cílená anamnéza;
- cílené fyzikální vyšetření;
- zhodnocení duševního stavu (kognitivních i nekognitivních projevů);
- zhodnocení funkční kapacity;
- doplňující laboratorní vyšetření;
- podle potřeby další specializované vyšetření.

Anamnéza

Jednou z hlavních částí celého vyšetření je cílená anamnéza pacienta. Anamnéza obsahuje klíčové údaje pro stanovení diagnózy. Anamnestická data získáváme nejen od daného člověka, ale i od rodinných příslušníků a dalších osob. Nelze se ale stoprocentně spoléhat ani na informace poskytnuté samotným pacientem, jehož náhled na vlastní schopnosti bývá skreslený, ani na data od příbuzných. Zaměřujeme se především na primární příznaky demence. Zjišťujeme nástup symptomů, jejich délku trvání a charakter a rychlost progresu. Do osobní anamnézy zapisujeme i přítomnost dalších duševních nebo somatických nemocí, které by případně mohly sekundárně zapříčinit demenci. Za podstatné považujeme přítomnost deprese, psychózy, úrazy hlavy, metabolická a neurologická onemocnění. Důležitou pozornost věnujeme i sociální anamnéze, kde zjišťujeme informace o vzdělání a zaměstnání klienta. Součástí bývá i dostupnost nebo možnost využívání profesionální péče a míra stresu hlavního pečujícího. Výsledkem anamnézy by měl být individuální plán řešení aktuální situace osoby s demencí (Topinková, 1999).

Fyzikální vyšetření

Za stěžejní považujeme neurologické, interní a psychiatrické vyšetření. Neopomíjíme ale ani vyšetření zaměřené na přítomnost klinických příznaků, které často vyvolávají delirium nebo vedou ke zhoršení mnestických funkcí. Veškerá tato vyšetření nám pomohou v diferenciální diagnostice odlišit demenci od pseudodemence, rozpoznat její formy a stanovit etiologii. Fyzikální vyšetření se zabývá i poruchami smyslových orgánů a umožňuje posoudit stav osobní hygieny, čímž mnohdy upozorní na případné fyzické týrání (Topinková, 1999; Bartoš, 2010).

Hodnocení mentálního stavu a funkčního postižení

Pro objektivní zhodnocení této oblasti nám slouží uznávané standardizované testy, jejichž úkolem je zjistit deficity v oblasti kognitivních a funkčních schopností. Mezi nejpoužívanější testy, které se pro klinickou praxi doporučují, patří: Test psychických funkcí MMSE doplňován o Test kreslení hodin a Dotazník pro funkční hodnocení FAQ (Topinková, 1999). Konkrétněji a podrobněji budu jednotlivé diagnostické testy popisovat v další kapitole.

Laboratorní a další pomocná instrumentální vyšetření

Jedná se o metody, díky kterým lze demenci odlišit od jiných druhů onemocnění. Laboratorní vyšetření neslouží k potvrzení demence, ale je spíše nástrojem diferenciální diagnostiky a zpřesňuje stanovenou diagnózu či přesněji určení její formy. Topinková (1999) uvádí hlavní metody biochemického screeningu, které se provádí prvotně a zahrnují:

- vyšetření krevního obrazu;
- moč a její sedimentaci;
- základní biochemii (glykemie, kreatininu, bílkoviny a dalších);
- TSH a tyroxinu.

Dojde-li po tomto základním vyšetření podezření na konkrétní patologii, následují další speciální pomocné metody vyšetření zacílené již na určitou problematickou oblast. Sem patří především tato vyšetření: EEG, EKG, sonografie, CT, MR a další vyšetření mozku. Do budoucna je velký důraz kladen na vývoj tzv. funkčních zobrazovacích technik, které mají být schopny zachytit patologické nálezy i v predilekčních oblastech mozku a to již ve fázi demence, kdy ještě nedošlo k rozvoji počátečních příznaků (Topinková, 1999; Růžička, 2003).

Při diagnostice demencí postupujeme vždy od jednodušších vyšetření ke složitějším. Základ diagnostických vyšetření v každodenní klinické praxi tvoří kognitivní škály, behaviorální škály a neuropsychologické a psychologické diagnostické metody, které zjišťují aktuální stav pacienta pro následnou intervenci. Jedná se o vyšetření, která jsou schopná komplexního, rychlého stanovení diagnózy s poměrně vysokou přesností. Navíc dalším pozitivním faktorem těchto testů je možnost jejich využití při následném sledování průběhu nemoci. Na rozdíl od subjektivních vyšetření jednotlivými lékaři různých oborů, usnadní tyto standardizované testy vzájemnou komunikaci a nedochází k opakování neefektivních vyšetření (Neubauer, 1999).

3.1 Diagnostika kognitivních funkcí

Pro zhodnocení mentálního stavu klienta se používají krátké hodnotící škály. Z nabídky testů je v klinické praxi nejvíce preferován, **Mini-mental State Examination** – MMSE. Růžička (2003) považuje toto vyšetření za velice praktické a jeho zásadní výhodu spatřuje ve snadné administraci a poměrně dobré validitě. Jedná se o rychlý test, který ovšem posuzuje pouze kognitivní funkce, nikoliv náladu. Hodnotící škála je rozdělena na dvě části. První část obsahuje úkoly soustředěné na paměť, orientaci a pozornost. Druhá část posuzuje schopnost pojmenování, testuje tak verbální i písemné pokyny. Vyšetřovaný může získat maximální skóre 30 bodů, kdy hraniční hodnota představuje 25 bodů. Podle autorů Hrdličky a Hrdličkové (1999) je skóre méně než 19 bodů typické právě pro demence a těžké psychotické stavy. Hummelová-Fanfrdlová (2009) spojuje tento test s řadou limitů. Jednou z nevýhod, které na vyšetření sledují je nižší schopnost rozeznat demenci v počátečním stádiu. Růžička (2003) bere v potaz ještě další činitele, kteří ovlivňují výsledek testu, a tím jsou věk, úroveň vzdělání a socio-ekonomický statut. Někteří autoři spatřují význam tohoto vyšetření pro diferenciální diagnostiku a pro určení druhu demence, jiní zas naopak tvrdí, že MMSE pro tyto účely využít nelze. Brandl (1988) je jedním z těch, kteří berou výsledky při rozlišování demencí v potaz. MMSE může podávat důležité informace o paměti, pozornosti a dalších schopnostech, které jsou schopné svým rozdílným výsledkem odlišit Alzheimerovu chorobu od vaskulární demence nebo od Huntingtonovy chorey a Parkinsonovy nemoci. MMSE bývá běžně doplňován Testem kreslení hodin.

Test kreslení hodin (Clock drawing test) je nejen vhodnou součástí screeningového vyšetření demencí, ale slouží i jako vhodný prostředek pro sledování progresu onemocnění. Je velice jednoduchý a dokáže celkem dobře a komplexně prověřit prostorovou paměť, zrakově-motorickou koordinaci, exekutivní funkce i sémantickou paměť se schopnostmi plánovat a soustředit se. Získáme tak poměrně hodně informací o stavu jednotlivých rozumových funkcí (Bartoš, 2010). Klienty je přijímán pozitivně, což se odráží i v jejich nezištné spolupráci. Pro potřeby vyšetřujících bylo vytvořeno hned několik hodnotících škál, ovšem jedno mají všechny v zásadě společného. Zaměřujeme se vždy na ciferník, umístění číslic do ciferníku na správná místa a na délku i polohu obou hodinových ručiček. Pro demenci bývá typické skóre 3 a více bodů, jelikož za bezchybné zakreslení

udělujeme 1 bod. Mezery testu Topinková (1999) vidí v tom, že je více senzitivní, nežli specifický. To znamená, že za špatný výsledek mnohdy může naprosto odlišná porucha a nikoliv demence. Příkladem takové poruchy může být neglect syndrom, apraxie, delirium či porucha zorného pole (Topinková, 1999).

Montrealský kognitivní test (MoCA) je dalším z možných testů, které se v praxi využívají. Jeho hlavním úkolem je překonat jisté nedostatky MMSE a citlivěji tak zhodnotit jednotlivé kognitivní oblasti. Do české podoby jej v roce 2006 převedl Reban a bylo s ním dosaženo vynikajících výsledků u pacientů s Parkinsonovou nemocí a Huntingtonovou choreou. MoCA test dokáže zachytit poruchu kognitivních funkcí v jejím brzkém stádiu, odhalí tak mírnou kognitivní poruchu i teprve začínající lehké stádium demence u Alzheimerovy choroby. V tomto je spatřován zásadní rozdíl od vyšetření pomocí MMSE, který využíváme u rozvinutějších forem demencí (Reban, 2006).

Další neuropsychologickou screeningovou baterií je **Addenbrookský kognitivní test (ACE/ACE-R)**. Dle Hummelové-Fanfrdlové (2009) tento test provádí nejen zhodnocení kognitivních funkcí, ale zároveň je schopen diferencovat Alzheimerovu demenci od frontotemporální. Dochází ke zhodnocení paměti, verbální fluence, jazykové schopnosti a zrakově-prostorové orientace. Preiss (2007) s tímto tvrzením souhlasí a dodává, že test je vhodné využít při diferenciální diagnostice a pro rychlé a spolehlivé odhalení poruch kognitivních funkcí v jejich počátečním stádiu.

3.2 Diagnostické behaviorální škály

Jde o testy, které se snaží odhalit přidružené příznaky procesu onemocnění. Hodnotící škály se vztahují k soběstačnosti dané osoby a představují tak vhodný doplněk kognitivních testů. Umožňují nám zjistit stav pacienta a jeho funkčních schopností. Uplatňují se v geriatrické a gerontopsychiatrické praxi (Neubauer, 1999). Topinková (1999) pro tyto účely diagnostiky zmiňuje tzv. FAQ dotazník, který hodnotí zmiňované funkční schopnosti v běžných činnostech. FAQ dotazník řadí mezi základní vyšetření, které doplňuje testy kognitivních funkcí. Využívá se v podmínkách běžné klinické praxe.

Samotné vyšetření posuzuje celkem deset sociálních a instrumentálních aktivit. Jedná se o takové činnosti, které bývají postiženy již v první fázi demence. Zásadním kritériem pro vyplnění dotazníku je, aby funkční poškození bylo způsobeno poruchou rozumových schopností. Na otázky z dotazníku odpovídá osoba blízká, která klienta velice dobře zná a může tak zhodnotit stupeň ztráty jeho schopností. Údaje pak může doplnit ještě člověk sám nebo jeho pečující osoba. Čím vyšší skóre, tím vyšší pravděpodobnost přítomnosti demence. Bodové rozhraní tvoří výsledek 9 bodů. Test bývá často využíván pro jeho vysokou senzitivitu i specifitu a celkově je velice jednoduchý a časově nenáročný (Topinková, 1999).

Neubauer (1999) jako další příklad těchto testů uvádí škálu Dementia Score, která by měla patřit mezi jedny z nejpropracovanějších v této sféře. Vyšetření obsahuje 23 položek, které mají za úkol zjistit stav a změny v oblasti výkonu či návyků při provádění každodenních činností. Opět zde platí, že čím vyšší skóre, tím větší pravděpodobnost přítomnosti demence. Obdobným testem pro posouzení behaviorální oblasti je i Behavioral Scale for Dementia. Tento test neposuzuje pouze chování člověka s demencí, ale hodnotí i jazyk, způsob konverzace, jeho sociální interakci, pozornost, vědomí, prostorovou orientaci, motorickou koordinaci, příjem stravy, vyměšování i udržování čistoty. Samozřejmostí je i posouzení možnosti sebeobsluhy a oblékání. Využití těchto škál a dotazníků je velmi praktické a odborníkovi je díky nim umožněno udělat si přesnější představu o tom, kam bude zacílená následná intervence terapeutického programu (Neubauer, 1999).

3.3 Neuropsychologické a psychologické diagnostické metody

Jedná se též o významné doplňující testové metody, díky kterým se diagnostika stává ještě komplexnější. Jejich úkolem je zjistit stav poruch, které jsou podmíněné lézí CNS. Tyto testy bývají propojeny s psychologickými metodami určenými ke zjištění intelektu a paměťových schopností člověka. V našich podmínkách jsou nejvíce využívány dvě testovací baterie. Tou první je: Lurijovo neuropsychologické vyšetření obsahující předběžný rozhovor s pacientem a čtyři subtesty. Tyto subtesty tvoří komplexní vyšetření řeči, motoriky, paměti, intelektu a zrakové, sluchové i kinestetické koordinace. Celková doba provedení tohoto

vyšetření činí přibližně 2,5 hodiny. Výsledkem je stanovení neuropsychologického deficitu a přibližná lokalizace léze CNS (Neubauer, 1999).

Druhou testovací baterií je Neuropsychologická baterie Halstead – Reitan. Pro naše podmínky byla přeložena v roce 1991 z angličtiny a obsahuje testy, které měří vstupy do CNS, míru pozornosti a schopnost její koncentrace, dále paměť, řeč, prostorovou orientaci, manipulační schopnosti, abstrakci, dedukci, logické myšlení a tvorbu pojmů i výstupy z CNS. Jednou ze složek testu je i screeningový test afází a Wechslerova intelektová škála. Provedení celé baterie trvá 2 až 3 hodiny. Výsledky je možné zpracovat psychometricky a hodnocení vytvořit se zřetelem k lateralizaci a lokalizaci mozkové léze. Předností této baterie je, že nám umožňuje napojit se na speciální neuropsychologický program Rehabit (Neubauer, 1999).

Jak uvádějí Vašina a Diamant (1994), neuropsychologické baterie nejsou schopny stanovit příznačné rozdíly mezi jednotlivými skupinami pacientů s demencí. Z výše uvedených dvou příkladů testových baterií jasně vyplývá, že se jedná o časově velmi náročné provedení. Do budoucna je nasnadě tento problém vyřešit pomocí jejich počítačového zpracování a automatického vyhodnocení. Srnec (1994) v těchto testových metodách vidí významné postavení, jelikož velice vhodně doplňují klinické vyšetření člověka a jsou schopny odhalit změny v počátečních fázích vývoje choroby, především pak u plíživých a progresivních forem demencí. Využitelnost těchto baterií ovšem není příliš možná u starších osob, kdy naráží na mnohé obtíže.

3.4 Diferenciální diagnostika

Známe mnoho druhů demencí i onemocnění, s nimiž se tato choroba pojí, a proto, aby léčba mohla být co nejefektivnější, je důležité jednotlivé typy od sebe rozeznat na základě jejich příčiny i projevů. Ještě před tím je ale nutné učinit základní krok v diferenciální diagnostice a tím je vyloučení deliria a pseudodemence doprovázející deprese. Behaviorální projevy bývají podobné, proto je důležité je od sebe odlišit. Pátráme tak po somatické příčině stavu nežli začneme s medikamentózní léčbou vůbec. Dalším úkolem diferenciální diagnostiky je odlišit demenci od běžných projevů stárnutí, které souvisejí s věkem.

Tab. č. 3 Diferenciální diagnostika mezi deliriem a demencí.

Diferenciální diagnostika mezi deliriem a demencí	
delirium	demence
náhlý, přesně vymežitelný nástup	postupný nástup, začátek nelze přesně určit
akutní onemocnění, obvykle dny až týdny, zřídka více jak 1 měsíc	chronické onemocnění, charakteristicky progredující v průběhu let
obvykle reverzibilní	nejčastěji ireverzibilní, chronicky progredientní
častá dezorientace	dezorientace v pozdním stádiu, po měsících nebo letech
variabilita stavu v průběhu dne	větší stabilita v řádu dní (do rozvinutí deliria)
znatelné fyzické změny	méně znatelné fyzické změny
zastřená, alterovaná a měnící se úroveň vědomí	bez poruchy vědomí kromě terminálního stádia
nápadně krátké udržení pozornosti	udržení pozornosti není redukováno
narušení cyklu spánku a bdění – v řádu hodin	převrácení dne a noci, není v řádu hodin
výrazné psychomotorické projevy (hyperaktivní nebo hypoaktivní)	psychomotorické projevy až v pozdním stádiu

Zdroj: Pidrman, 2007, str. 87, [cit. 17. 2. 2015]

Topinková (1999, str. 44) navrhuje v rámci diferenciální diagnostiky vyloučit:

- změny při normálním stárnutí;
- benigní stařeckou zapomnětlivost;
- minimální kognitivní deficit;
- amnestický syndrom;
- delirium;
- deprese;
- psychózy ve stáří.

Pro diferenciální diagnostiku je tak nezbytné znát a umět popsat jednotlivé poruchy paměti. Podle klinického obrazu je můžeme rozdělit do tří skupin (Topinková, 1999).

První skupinu představují osoby tzv. úspěšného stárnutí. Tito lidé ani ve svém vysokém věku nemají žádné prokazatelné změny ve výkonu ani v testech kognitivních funkcí. Somatické i duševní schopnosti jsou srovnatelné se schopnostmi jedinců mladšího či středního věku.

Druhou skupinou jsou čisté poruchy paměti. Zastupují je věkem podmíněné poruchy, pro něž jsou typické drobné změny v oblasti výbavnosti, snížené pozornosti a v pomalejším zpracování informací. Nedochozí však ke globálnímu zhoršení intelektu ani k omezení autonomie a provádění běžných denních činností, což je zásadní. Problémy se promítají do schopnosti vybavit si nově zapamatované události a informace v určitou chvíli, ovšem příjem, zpracování a udržení této informace ovlivněny nejsou. Člověku většinou postačí jednoduchá nápověda, která informaci připomene (Topinková, 1999).

Do pomyslné třetí skupiny spadají kognitivní poruchy, které nesplňují kritéria pro demenci. Příčina deficitů v oblasti kognitivních funkcí je již prokazatelně patologicky podmíněná a pro tento typ poruchy dnes v praxi používáme specifický termín mírná kognitivní porucha (Mild Cognitive Impairment – MCI). Pro část lidí představuje onemocnění MCI zřejmě jen jakési přechodné stádium pro Alzheimerův typ demence. Konkrétními znaky MCI jsou nejen subjektivní potíže, ale i objektivně prokazatelné poruchy paměti. Klinický obraz nám poukazuje zejména na potíže v ukládání informací a nápověda zde nemá význam jako u předchozí skupiny poruch paměti. Člověk se cítí být již mírně omezen i v běžném životě a mění se i jeho způsob chování oproti původnímu stavu (Topinková, 1999).

Čtvrtou skupinou jsou demence. Pacienti s touto diagnózou již splňují jasná kritéria této nemoci. Nejdůležitějším úkolem diferenciální diagnostiky je rozlišení demence od jiných onemocnění, která se projevují podobnými příznaky. V klinické praxi musí být odborníci důslední, aby výsledkem nebyla mylná diagnóza. Mezi

riziková onemocnění, se kterými může dojít k záměně, řadíme: organický amnestický syndrom, deprese a delirium.

Organický amnestický syndrom je typická izolovaná porucha paměti, u které nedochází k poklesu intelektu či jiných kognitivních funkcí. Její odlišení od demence většinou odborníkům nečiní žádný větší problém, protože nejsou přítomny ani poruchy vědomí a pozornosti. Oblastí v níž se porucha paměti projevuje, je zejména ve vstřípivosti recentních událostí, které si člověk není schopen dobře a rychle vybavit ve správném pořadí. Vyskytují se i emoční změny nálad, konfabulace a ztráta náhledu na danou situaci. Příčinou syndromu bývají organická onemocnění mozku anebo metabolicko-toxické vlivy (Topinková, 1999).

Deprese se ve stáří objevuje velice často. Jedná se o psychiatrické onemocnění a až polovina nemocných trpících depresí nebývá správně diagnostikována. Odlišení deprese od demence bývá obtížné i přes jejich odlišnou anamnézu, klinický obraz a výsledky testů paměti. V praxi se deprese manifestuje poruchou afektu i symptomy kognitivních funkcí. V tomto případě se někdy používá termín „kognitivní dysfunkce související s depresí“. Rovnoměrně je zasažena krátkodobá i dlouhodobá paměť na rozdíl od demence. Problém v oblasti diagnostiky přichází ve chvíli, kdy deprese nasedá na demenci a to především v jejích časných stádiích. Nemocný si plně uvědomuje postupné horšení intelektových funkcí. Léčba probíhá pomocí antidepresiv, psychoterapie a elektrošoků. Screeningovým nástrojem pro zjištění přítomnosti deprese a její odlišení od demence slouží dotazník „Škála deprese pro geriatrické pacienty“. Test je následně dobré porovnat s výsledky dalších klinických vyšetření a s informacemi od rodiny a ošetřujícího dané osoby (Topinková, 1999; Růžička, 2003; Bartoš, 2010).

Delirium řadíme mezi globální poruchu kognitivních funkcí. U deliria dochází ke kvalitativní poruše vědomí, pozornosti a ke změnám psychomotorického tempa. Tato porucha se vždy vyznačuje svým náhlým nástupem, během pár hodin a charakteristickým projevem je proměnlivý stupeň kognitivních poruch. To znamená, že úroveň člověka značně kolísá a střídají se lucidní intervaly s jeho normálním výkonem. „*Průběh delirií může být bouřlivý, doprovázený neklidem, agitovaností, až agresivitou, dezorientovaností, těžkou poruchou spánkového rytmu, mohou se objevit*

i psychotické symptomy (halucinace, prchavé bludy).“ (Topinková, 1999, str. 50). Naopak jsou i případy kdy je průběh nenápadný, kolísá výkon, mohou se objevit i mírné projevy automatismů při provádění neúčelné aktivity a projevy deliria tak lze snadno přehlédnout. Příčinou onemocnění může být akutní somatické onemocnění, psychický stres i fyzickými problémy. Na vzniku deliria se však někdy podílí i psychofarmaka s anticholinergním a sedativním účinkem a další (Topinková, 1999).

3.5 Diagnostika NKS u syndromu demence

Poruchy řeči a jazyka vyskytující se při demenci spadají do kategorie neurogenních poruch komunikace vzniklých na organickém podkladě poškození mozku a nervové soustavy. Komunikace lidí s demencí má svá určitá specifika, lze v ní vysledovat problémy, kterými se mluvní projev vyznačuje. Těmto deficitům je důležité při diagnostice věnovat určitou pozornost (Cséfalvay, 2013).

3.5.1 Diagnostické postupy užívané v ČR

Při diagnostice jazykových a řečových schopností je nezbytné vyšetřit všechny oblasti jazykového systému a úroveň zpracování jazykové informace, tedy schopnost produkce a porozumění. Bohužel v České Republice dosud nemáme k dispozici žádné standardizované testy, které by podávaly informace o všech těchto oblastech i jednotlivých úrovních zpracování jazykové informace (Cséfalvay, 2013).

3.5.1.1 Diagnostika řečových a jazykových procesů

Tak jako je tomu v zahraničí, tak i u nás pro hodnocení jazykových a řečových schopností pacientů s demencí využíváme testy určené pro osoby s afázií, nebo jsou doporučovány nestandardizované zkoušky k vyšetření řečové produkce, porozumění, čtení a psaní. To znamená: opakování slov, pojmenování, test fluence, rozhovor apod. Pro vyšetření jazykových schopností nám jako jeden z nejznámějších kognitivních modelů slouží model od Ellisa a Younga, z něhož můžeme vyčíst, jaké procesy se přesně účastní plnění konkrétních úkolů a jaké ne (Cséfalvay, Egryová, 2007).

Pro účely diagnostiky bývají používány i testy, které vycházejí z kognitivně-neuropsychologické koncepce zpracování slov. Klinický tým logopedů vytvořil Diagnostiku afázie, alexie a agrafie (Cséfalvay, 2007). Jde o baterii testů složenou ze šesti částí. Pro hodnocení demence se využívají subtesty této baterie, které se zaměřují na zhodnocení porozumění mluveným slovům, reprodukci slov a pseudoslov, čtení a psaní izolovaných slov a pseudoslov. Na základě tohoto vyšetření můžeme detailněji popsat poruchy produkce a porozumění slov (Cséfalvay, 2003).

Dalším používaným testem v této oblasti je Test pojmenování obrázků (TPO), který popisuje Cséfalvay (2013). Jedná se o jediný test pojmenování ve Slovenské republice, u něhož máme k dispozici výkony intaktní populace. Dochází ke zjišťování deficitů ve vyhledávání správného slova z mentálního lexikonu. Anomie neboli problémy v oblasti pojmenování jsou nejčastěji prvotním příznakem, který se objevuje u osob s počínající demencí. Na tento kognitivní proces má vliv mnoho proměnných, které je důležité zohledňovat jako například familianta slov, věk oslovení slov, vizuální komplexnost obrázků či frekvence výskytu slov apod. (Cséfalvay, Egryová, 2007).

Úroveň věty

Leveltův model je jedním z nejčastěji uváděných neurokognitivních modelů, které se zabývají jazykovými procesy na úrovni věty. Tento model rozlišuje tři na sebe navazující úrovně zpracování jazykové informace a to jak při produkci, tak i při porozumění větám. Existují tak různé proměnné, které mohou zpracování a dekodování izolovaných vět ovlivnit (Grodzinsky, 1995; Berndt a kol., 1997; Kolk, 1998).

Při vyšetření zohledňujeme tyto proměnné faktory (Cséfalvay, 2013):

- reverzibilitu substantivních frází;
- délku vět;
- pořadí sémantických rolí;
- syntaktickou složku vět.

Reverzibilitou je zde míněna situace, kdy zaměníme-li role dvou účastníků ve větě, věta zůstane i nadále významově stejná, je tzv. reverzibilní. V případě, že si účastníci nemohou své role vyměnit, je věta ireverzibilní. Věta vždy musí plnit svůj význam po stránce gramatické i významové (Cséfalvay, 2007).

Druhým faktorem je délka vět. Záleží vždy na množství počtu slov, jež se nacházejí mezi slovy, která umožňují správnou interpretaci věty. Po délce vět je důležitým faktorem syntaktická složitost a pořadí sémantických rolí. Toto pořadí je úzce ovlivňováno syntaktickou strukturou. Pořadí může být kanonické: subjekt – verbum – objekt, nebo naopak nekanonické. Správné porozumění větám ovlivňují i specifické jazykové faktory plynoucí z morfologicko-syntaktických vlastností (Cséfalvay, 2013).

Porozumění na úrovni věty je vázáno na propojení významové struktury věty s gramatickou. Jde nám o správný slovosled, přesné gramatické morfémy při skloňování nebo časování a kvalitní lexikální zápis slovesa. V neposlední řadě je důležitá i bezchybnost zpracování gramatických morfémů pro dobré porozumění. Leveltův model zpracování jazykových informací je tak pro pochopení celé této problematiky velice výstižný a opírá se o něj i Test porozumění větám (Kolk, 1998; Marková, 2007).

Marková (2007) jako další způsob vyšetření uvádí Test produkce vět, který má za úkol analyzovat vybavování sloves v daném kontextu a uplatnění informací při stavbě věty z lexikálního zápisu, přiřazování sémantických rolí účastníkům děje a morfologicko-syntaktickou strukturu vět včetně používání předložkových vazeb a pádů.

Pro podporu produkce vět se používá soubor jednotlivých izolovaných obrázků a soubor jednoduchých dějových obrázků. Klient nejprve ukáže na pojmenované obrázky, čímž šetříme porozumění izolovaným slovům a následně je pojmenuje. V případě, že klient obrázky nepojmenuje, celý postup s ním opakujeme ještě jednou. V následujícím kroku vyšetřovaný popisuje dějový obrázek, přičemž vychází ze slov, která používal při pojmenování izolovaných obrázků (Marková, 2007).

Tímto testem získáváme informace o schopnosti klienta tvořit správné gramatické morfémy podstatných jmen, sloves a předložek. Hodnotí se jejich správné použití, zaměňování nebo vynechávání a na základě syntaktického hlediska se analyzuje i typ používané větné konstrukce. Úkoly lze modifikovat na základě individuálních potřeb a možností klienta (Cséfalvay, 2013; Bartoš, 2010).

Pro oblast vyšetření řeči v klinické praxi považují Test slovní produkce za vhodný způsob zjišťování poruch řečových schopností. Pro zjištění stavu sémantické úrovně řeči je test poměrně senzitivní, jelikož zachycuje problémy objevující se v mluvním projevu již v počátečním stádiu demence. Jak se ukázalo, tak právě pacienti s Alzheimerovou nemocí i osoby s mírnou kognitivní poruchou v této kategorii selhávají. Jednoduchost testu pak spočívá dle Bartoše (2010) v tom, že pacient musí za minutu zvládnout vyjmenovat přibližně 15-20 zvířat, pokud nevyjmenují více jak 12 zvířat, výsledek se považuje za abnormální.

Úroveň textu

Za text je možné považovat již dvě za sebou jdoucí výpovědi, jež spolu určitým způsobem nějak souvisejí. Na rozdíl od toho izolované seskupení vět se od textu liší kohezí a koherencí (Čermák, 2011).

Nebeská (1992, s. 167) tyto dva pojmy rozlišuje následovně: „... *koheze se považuje za vlastnost mikrostruktury textu, koherence se pojí s makrostrukturou textu.*“ Pro účely diagnostiky úrovně textu nemáme v naší klinické praxi žádné standardizované testy, proto se zatím využívají pro tyto možnosti jen jejich experimentální verze (Marková, 2007).

Tato dostupná verze zjišťuje ovšem pouze informativnost výpovědi. Celé vyšetření probíhá následovně: nejprve klient odpovídá na otázky, následně popisuje dějový sled obrázků. Při vyšetření se zaměřujeme na kategorii doslovné interpretace a na kategorii obrázků přenesené interpretace. Příkladem doslovné interpretace může být při popisu obrázku užití slov „muž, žena“. Do druhé kategorie pak patří slova jako „manželka, manžel“. Tímto získáváme informaci o schopnosti vytvářet jednoduché tematické celky. Další část vyšetření obsahuje větší počet úkolů především na interpretaci situačních obrázků, tvorbu tematických inferencí, vnímání

a propojování hlavních výpovědí na obrázku. Nové informace vyšetřovaný spojuje s předchozími a následně z nich vyvozuje podstatné závěry, a to tak, aby byla dodržena logická i časová posloupnost. Další úkol, který na vyšetření navazuje, se zabývá schopností chápat příběh vyjádřený nejen explicitně, ale i implicitně. Poslední třetí část posuzuje obrazný jazyk a přenesený význam slov. Obsahem jsou úkoly zaměřené na interpretaci přísloví a metafor, na schopnost porozumět vtipům. Nakonec má klient uvést minimálně dvě vícevýznamová slova (ucho, roh apod.). Tímto vyšetřením získáme informaci o schopnosti klientů zpracovat informace na vyšší úrovni (Cséfalvay, 2013; Nebeská, 1992).

3.5.2 Vymezení NKS při syndromu demence

Poruchy komunikace v rané části demence u člověka s tímto onemocněním nejsou příliš zjevné a výzkumy zabývající se řečovou a jazykovou oblastí pacientů s demencí se soustředí především na zvukovou stránku řeči a úroveň slova. Ostatní výzkumy, které se zabývají úrovní zpracování jazykové informace, jsou jen sporadické, a proto se obraz těchto deficitů při demence považuje za neúplný. Nehledě na to, že se při diagnostice řečových a jazykových schopností při demenci velice často používají testy určené pro osoby s afázií. Tyto testy pak nejsou schopné zachytit komunikační obtíže plynoucí z demence. A tak neustále mezi odborníky na danou oblast probíhají diskuse, zda deficity týkající se poruch jazyka a řeči můžeme označit termínem afázie, nebo zda se kvalitativně jedná o jinou poruchu (Cséfalvay, 2013).

Z klinického hlediska existuje celá řada rozdílů, které toto sloučení termínů vylučují:

- poruchy komunikace při afázii vznikají zpravidla náhle, kdežto při demenci se vyvíjí pomalu;
- při demenci mívá porucha většinou progredující charakter, při afázii je klinický obraz často spíše stabilní;
- v pozadí demence je difuzní atrofie mozku, u afázie se jedná většinou o ložiskové, dobře ohraničené místo léze;
- u afázie je zachován intelekt, ale u demence je narušen;

- při afázii může docházet k disociaci mezi verbálními a neverbálními funkcemi, zatímco u demence je pozorována deteriorace obou těchto složek (Au a kol., 1996).

Samozřejmě proti tomuto shrnutí a porovnání existuje i řada protiargumentů a opačných tvrzení. I afázie se může vyvíjet pozvolna a postupně se zhoršovat a tak jako můžeme vykázat řadu rozdílů, zrovna tak můžeme nalézt i řadu podobností. Východiskem z této situace nám může být kognitivně-komunikační koncepce, která počítá s interakcí a vzájemným prolínáním lingvistických funkcí s kognitivními (Body, Perkins, 2006).

Kognitivně-lingvistické poruchy

Jedná se o interakci kognitivních a lingvistických funkcí. Pro označení poruch v této oblasti se používá celá řada názvů. Interakci kognitivních funkcí s řečovými a jazykovými procesy při poškození určité funkce zachycuje následující tabulka č.4 (Cséfalvay, 2013):

Tab. č. 4 Tabulka znázorňující souvislost mezi řečovými a jazykovými procesy a poruchami kognitivních funkcí

Kognitivní funkce	Deficity v oblasti řečových a jazykových procesů
Pozornost	snížené porozumění mluvené řeči, čtenému textu; zmatená, obsahově neadekvátní řeč; slabá schopnost udržet téma v konverzaci; potřeba opakování otázky či instrukce;
Zpracování informací	odpovědi s dlouhou latencí; deficity při čtení a psaní; narušené vnímání intonace a výrazů tváře, narušené vnímání relevantních klíčů pro rozpoznání tématu či hlavní myšlenky, např. při popisu obrázků;
Organizace podnětů a informací	dezorganizovaný jazyk (narušená koheze a koherence); narušené rozpoznání hlavních myšlenek a jejich zapojení do kontextu; ztrácení se v detailech, nevnímání relevantních a podstatných klíčů; neschopnost shrnout obsah;
Paměť	neschopnost plnit instrukce složené z více kroků; narušené vybavování slov; narušené porozumění mluvenému a čtenému; neschopnost propojení staré informace s novou;

Myšlení	narušené chápání abstraktních pojmů; narušuje se sociální komunikace (takt); neschopnost slovně přesvědčit, argumentovat; neporozumění humoru, obraznému jazyku (metafory, ironie, nepřímé otázky); neudržení komplexní konverzace; narušené abstraktní učení; neudržení kroků při řešení problémů; neschopnost vykonávat matematické operace;
exekutivní funkce	Limitovaná schopnost seřadit kroky úkolů nebo plnit komplexní instrukce; snížená iniciace otázek; neschopnost (dlouhodobě) plánovat; snížení schopnosti monitorovat nebo inhibovat nepřiměřené chování, emoce, reakce; narušená interakce s lidmi; neschopnost kontrolovat čas; neschopnost účinně, pohotově dokončit úkoly (chybí zpětná vazba o správném splnění úkolů); deficitní učení, krátkodobá paměť, pozornost.

Zdroj: : Cséfalvay, 2013, str. 149, [cit. 17. 2. 2015]

Komunikace je narušena v důsledku poruch v kognitivní oblasti a může docházet k nedostatečnému zvládnutí požadavků, jež vyžaduje mluvní projev jedince. Například jazyková náročnost komunikačního partnera může dělat klientovi s demencí problémy adekvátně zpracovat z důvodu poruchy pozornosti, či neschopnosti zapamatovat si předešlou informaci, anebo má klient problém vytvořit úsudek. Komunikaci mohou narušit i faktory prostředí, kam řadíme například rychlost vysílání zprávy a různé rušivé podněty doprovázející dialog (Cséfalvay, 2013).

3.5.2.1 Projevy NKS při syndromu demence

Řečové a jazykové obtíže se při demenci mohou prolínat do všech mluvních procesů a to jak na úrovni slova či věty, tak i textu.

Deficity na úrovni slova

Nejčastěji se při popisu klinického obrazu uvádějí: úroveň fonologická a úroveň sémantická. To znamená, že se může v této souvislosti narušit významová nebo formální (zvuková) stránka řeči. Co se týče té zvukové stránky, rozlišujeme dimenzi fonetickou a fonologickou. Fonetická stránka řeči se týká motorické realizace jednotlivých zvuků, jde tedy především o výslovnost jednotlivých hlásek. Při jejím narušení se tak mohou objevovat odchylky ve smyslu nepřesné artikulace,

jako při dysartrii nebo apraxii. Řeč je tzv. nonfluentní. Naopak fonologická stránka řeči se vztahuje spíše ke zvukové struktuře slova, tedy z jakých zvuků se slovo skládá a určuje jejich pořadí ve slově. Narušena je tak zvuková struktura slova a mohou se vyskytovat i fonologické parafáze, kdy dochází k záměně některých zvuků. U určitých lidí může být zvuková struktura vážněji narušena. Struktura slov je pak už jen obtížně rozpoznatelná a seskupení zvuků je natolik neadekvátní, že vznikají i tzv. neologismy (Cséfalvay, 2013; Zgola, 2003).

Pokud dojde k narušení vnímání a produkce zvukových forem slov, objeví se problémy i v porozumění mluvené řeči, v opakování slov, v pojmenování obrázků i ve spontánní řeči. S narušením samotné produkce slov se mohou objevit i problémy s lexikálním vyhledáváním, to znamená, že klient nemůže nalézt zvukový zápis daného slova. Projevuje se to v delších pauzách a v opisech cíleného slova při pojmenování obrázku. Druhou narušenou úrovní řeči při demenci je sémantická, neboli významová stránka slova. Jedná se o systém, který kromě lexikální sémantiky obsahuje i pojmový, věcný, a obrazový sémantický systém (jde o znalost daného pojmu nezávisle na znalosti slov). Při demenci může dojít k narušení obou těchto složek. Deficity týkající se lexikálně-sémantické úrovně souvisejí s narušením významu slov a s volbou vhodného slova v mluvním projevu. Typickým projevem poruchy této schopnosti jsou sémantické parafáze, kdy klient místo očekávaného slova řekne jiné, často příbuzné. Charakter těchto parafází se s postupujícím onemocněním mění. Z počátku se jedná o slovo na stejné úrovni tomu, které chtěl klient říci, ale později se jedná spíše o nadřazený pojem (Cséfalvay, 2013).

Porucha znalosti pojmů se vyskytuje při narušení pojmového nebo věcného sémantického systému. Narušena může být například aktivní manipulace s pojmy, adaptace na nové podněty a jejich kategorizace či proces, při němž můžeme porovnávat pojem s ostatními na základě jeho podobností s představitelem z dané kategorie (Grossman, 2008).

Deficity zpracování jazykové informace na úrovni vět

Nejčastěji se z hlediska gramatického systému zkoumá morfologie sloves, jejich používání a tvorba správných tvarů. V oblasti produkce vět se u určitých typů demence mohou vyskytovat až agramatismy (Grossman, 2008).

Mezi vyzorované faktory, které ovlivňují porozumění vět u klientů s demencí, patří především syntaktická složitost věty a věk, kdy si daný člověk osvojil tyto struktury (Emery, 2000). V pozadí se pak objevují i jiné mechanismy, které jsou úzce spojeny s deficitem v kognitivních procesech. Sem patří poruchy ve výběrové pozornosti, neschopnost tlumit dobře naučené, stereotypní odpovědi a narušení koordinace při plnění více částečných procesů najednou důležitých pro splnění komplexního úkolu. S tím dále může souviset i rychlost prezentace podnětů, kdy velký význam přisuzujeme exekutivním funkcím a pracovní paměti (Cséfalvay, 2013).

Deficity na úrovni textu

Problémům objevujícím se na této úrovni se ve výzkumech nevěnuje příliš velká pozornost. Lze však předpokládat, že zpracovávání informací na úrovni textu klade značné požadavky na exekutivní funkce (Grossman, 2008). Tyto funkce jsou odpovědné za organizaci diskurzu a propojení obrázku s předchozím či následujícím. Mezi jeden z prvních příznaků deteriorace na úrovni textu je považována neschopnost tvořit informativní a koherentní příběhy, u nichž je narušena reference tedy odkazování pomocí zájmen a jejich interpretace (Cséfalvay, 2013). Jde tak o narušení procesu, který je nezbytný pro propojení jednotlivých výpovědí a k tvorbě makrostruktury.

Mnohé výzkumy se zaměřují na metaforickou stránku jazyka a jeho porozumění. U osob s Alzheimerovou nemocí se objevuje lepší úspěšnost při interpretaci přísloví. Vyšetřovaný měl za úkol vybrat nejprve k danému přísloví odpovídající obrázek. Jeden obrázek představoval doslovnou interpretaci a druhý vyjadřoval význam toho přísloví. V následujícím úkolu pak byla použita k obrázku alternativa – reálná životní situace znázorňující přísloví. Výkon osob s demencí byl v tomto případě značně lepší, nežli při přiřazování obrázků. O poznání ještě lepších výsledků ovšem klienti dosahovali při verbálním vysvětlení přísloví i přesto, že měli sklon k doslovné interpretaci, když doslovné znění vyjadřovalo reálnou situaci. Z tohoto experimentu tak vyplynulo, že klienti s demencí nedokážou vždy potlačit doslovnou interpretaci přísloví (Cséfalvay, 2013; Zgola 2003).

Další výzkumy z této oblasti se soustředují na druhy obrazného jazyka jako například chápání ironie, vtipů, nepřímých otázek apod. Výkon pacientů s demencí v interpretaci obrazného jazyka je horší již v prvních stádiích onemocnění, čemuž naznačují problémy ve vytváření inferencí, neboli úsudků nezbytných pro pochopení a zvládnání úkolů, či například odvození hlavní myšlenky z příběhu. Pro porovnání předkládá Cséfalvay (2013) ve svém výzkumu tabulku č. 5, která porovnává základní projevy v oblasti jazykové informace na úrovni slova, věty a textu u jednotlivých typů demence.

Tab. č. 5 Hlavní typy primárních demencí a jejich projevy na různých úrovních zpracování jazykové informace.

Typ demence	slovo	věta	text	primární deficit
ACH	anomie	ne	zájmena, koheze	Extralingvistický
SD	sémantické příznaky	ne	ne	sémantický, pojmový
PNFA	anomie, produkce	ano/ne	ne?	extralingvisticky– gramatický

ACH – Alzheimerova choroba, SD – sémantická demence, PNFA – progresivní nonfluentní afázie

Zdroj: Cséfalvay, 2013, str. 155, [cit. 7. 3. 2015]

Z tabulky plynou následující závěry: u Alzheimerovy choroby na úrovni slova se objevuje tzv. anomie, tedy neschopnost vyhledávat a používat adekvátní slova. V textu je problém s interpretací zájmen, čímž je narušena koheze textu a souvislé propojení jednotlivých výpovědí. Příčinou jsou extralingvistické deficity, způsobené poruchami v oblasti kognitivních procesů.

4 Terapie demence

Léčba pacientů s demencí klade zásadní důraz na jejich individualitu, od čehož se odvíjí i následný aktivizační program. Lékaři i moderní doba se bohužel stále spíše přiklání k léčbě těchto lidí medikamenty. Pokud ovšem nedojde k doplnění terapie i o vhodný přístup a behaviorální působení, pak léčba není efektivní. Z toho vyplývá, že využití léčiv má svůj význam především v případech, kdy stav ohrožuje samotného nemocného a jeho okolí, nebo znemožňuje ostatním péči o něj. Demence je onemocnění, které vyžaduje komplexní přístup ke klientovi, u mnohých projevů jsme odkázáni pouze na nefarmakologické postupy léčby! Pokud je léčba pacienta dlouhodobá a soustavná, pak dochází k využití obou těchto přístupů a k jejich vzájemnému doplňování (Franková, 2011). V této kapitole budu nejprve popisovat nefarmakologický způsob léčby, který je pro mou práci stěžejní.

4.1 Nefarmakologická léčba

V současné době se k léčbě demence přistupuje čím dál tím komplexněji. Pomocí správně indikovaných léků sice můžeme vyvíjející se proces onemocnění zpomalit a zmírnit příznaky, nelze však na základě jejich účinků odstranit základní příčinu. Člověk s demencí by tak měl být již od úplného začátku terapie zařazen do aktivizačního programu, který mu bude zajišťovat přiměřenou stimulaci jeho kognitivních funkcí a zabrání jejich rychlé deterioraci (Jirák, Franková, 2008). Svou důležitou funkci zde zastávají psychoterapeutické směry, které vznikly přímo pro práci se seniory.

Součástí nefarmakologického postupu léčby je též prevence vzniku problémového chování! Terapie tak spočívá v úpravě prostředí, ve správném přístupu ke klientovi a ve vytvoření vhodného programu, který bude vycházet z potřeb a možností člověka. Cílené nemedikativní postupy v rehabilitaci Neubauer (1999) rozděluje podle stupně projevů demence.

1. Časné stádium demence

Mezi přístupy, které se v této fázi nemoci využívají, patří psychoterapie, orientace v realitě, trénink paměti a resocializační a nemotivační postupy. V rámci psychoterapeutického působení se snažíme redukovat pocity bezmoci a zoufalství.

Psychoterapeut se svým působením snaží zabránit rozvoji maladaptivního chování. V raných stádiích nemoci tak má psychoterapie klíčový význam pro zlepšení emočního prožívání a komunikace (Neubauer, 1999; Jiráček, 1998).

Cílem přístupu orientace v realitě je zlepšení kognitivních funkcí, především paměti, komunikačních a sociálních dovedností. Tato metoda je využívána ve všech stádiích demence a spočívá v prezentaci důležitých informací během celého dne jednoduchými symboly, znaky či úpravou prostředí. Využíváme nejen individuálních, ale i skupinových setkání, na nichž zmiňujeme důležité údaje pro zachování orientace. Dále využíváme i paměťový trénink pro stimulaci a stabilizaci kognitivních funkcí, komunikace a sociální interakce. Ke kompenzaci paměťových ztrát se využívají pomůcky, jako jednoduché diáře, kartičky nebo budíky. Používání i těch nejjednodušších pomůcek vyžaduje u osoby s demencí postupný nácvik v praktických situacích, než dojde k jejímu účinnému užívání (Neubauer, 1999; Fanková, 2011).

Resocializační a remotivační techniky mají za úkol vytvořit atmosféru, která bude podporovat a chápat projevy i obtíže člověka s demencí. Důležité je, aby zůstalo zachováno kladné sebehodnocení, pocity sebeúcty, motivace ke komunikaci a sociální schopnosti. Zároveň se tento přístup snaží zabránit izolaci člověka od okolí a vnitřním pocitům opuštěnosti (Neubauer, 1999).

2. Pokročilejší stádia demence

Hlavními prostředky terapie zůstávají: cílená kognitivní stimulace a externí paměťové pomůcky, ovšem s uzpůsobeným obsahem nebo formou. Aktivizační program klientů dále zahrnuje trénink orientace a reality, podporu relaxace a trénink kognitivních funkcí, pomocí adekvátního působení na senzoryckou oblast vnímání. V praxi jde o jednoduchá stimulační cvičení spojená s metodami behaviorálního podmiňování. Vhodně může být v tomto stádiu demence využita i reminiscenční terapie, která ovlivňuje deficity krátkodobé paměti. Jejím úkolem je vyvolávat minulé vzpomínky a podporovat tak motivaci a radost ze vzpomínek či zážitků. K orientaci v realitě slouží i porovnávání minulého se současným a to pomocí fotografií nebo hudebních záznamů z dané doby. Emočním prožitkem se tak snažíme vybavit a zachovat informace v dlouhodobé paměti osoby.

U závažně postižených osob využíváme místo metod orientace v realitě validační a rozhodovací techniky. Klademe důraz na emocionální paměť a prožitky, které vyvolávají v člověku vzpomínky. Základní snahou terapeuta je zachovat v člověku vědomí hodnot emočních zážitků, redukce silných výkyvů emocí a vyrovnat se co nejlépe s životní situací (Neubauer, 1999).

Svou významnou úlohu v rehabilitačním působení mají i neverbální techniky. Sem řadíme například muzikoterapii, arteterapii a ergoterapii. Muzikoterapie v tomto výčtu zaujímá důležité postavení, neboť hudba pozitivně působí na zachované neverbální schopnosti komunikace a zlepšuje také emoční prožívání situace. Lidé obecně jsou pomocí hudby schopni lépe navazovat kontakt s okolím a dosahují pomocí hudby relaxace. Aktivizační program zahrnuje i pohybové prvky, jimiž je možné zmírnit emoční napětí. Arteterapie a ergoterapie mají za úkol podpořit myšlení a kontakt s okolím (Neubauer, 1999; Zgola 2003).

Terapie poruch komunikace v důsledku neurodegenerativního onemocnění mozku se musí prolínat s rehabilitací poruch kognitivních funkcí. Terapeutický program je komplexního charakteru a podporuje:

- zachování komunikačního potencionálu;
- zachování adaptivního, komunikačního chování;
- zachování vytváření příležitostí ke komunikaci s okolím;
- zlepšení interakce mezi osobou s demencí a pečující osobou;
- uchování úcty k sobě a důstojného chování v komunikaci;
- redukci emočního stresu v kontaktu s okolím;
- udržení chování a emočního prožívání na sociálně přijatelné úrovni (Neubauer, 1999, str. 104).

4.1.1 Aktivizační program

Preiss (2010) popisuje aktivizační program jako proces, při němž se procvičují kognitivní funkce člověka, který má problémy s pamětí. Tento trénink je založen na psychogenní aktivaci, která brání úpadkům výkonu a na posilování narušených schopností, u nichž se snažíme o zlepšení. Jde tedy o systematický program navazujících cvičení, která mají vést ke zlepšení vybrané kognitivní funkce

nebo dovednosti, zejména pak zpracování nových informací. Pro celkové zlepšení kvality života člověka s demencí využíváme smyslové aktivizace. Dochází k posílení a tréninku běžných každodenních úkonů, k facilitaci řečového projevu a k vyvolávání a podpoře emocionálních dojmů, vzpomínek a představ. Přístup se snaží povzbudit jedince a pomoci mu najít pozapomenutá slova. V rámci plnění určitých úkolů dochází také k učení se novým strategiím a k podpoře duševního vyrovnání se s funkčními deficity doprovázející toto onemocnění. Základem celé koncepce je pozitivní působení na člověka, které mu dává prostor pro komunikaci s okolím, a to pomocí všech smyslů. Trénink řečových schopností podporuje i sociální kontakty, což přináší seniorům radost ze života.

V průběhu běžného ošetrovatelského dne se využívá krátkodobá smyslová aktivizace. Ta představuje vědomé, cílené a pozorné zaměření na konkrétní osoby. Jejím úkolem je plnit potřeby, které mají svůj význam v pocitu pohody lidí ve stáří. Krátkodobá aktivizace zajišťuje jedinci během dne i určitou míru pocitu blízkosti a pozornosti. V konkrétním zastoupení se tak jedná o dotyky a verbální a sociální kontakt. Přínosem má být zábava, radost a oživení dne tráveného v zařízení. Krátkodobá aktivizace zahrnuje čtyři pilíře, které dělají setkávání úspěšným. Jedná se o pozorný a citlivý dotyk, vědomé emoční sblížení, adekvátní verbální i neverbální komunikaci a aktivní naslouchání neboli pozornost. Pokud nedojde ke splnění těchto čtyř základních požadavků, lidé mohou být naopak podráždění, nespokojení a nevyrovnaní. To má za následek jejich vtažení do sebe, propadnutí smutku a sociální izolaci. K demenci se pak přidává ještě deprese, stavy strachu a záchvaty paniky a výsledkem toho může být nakonec i agresivní chování jedince vůči ostatním. Cílevědomou a dobře promyšlenou pravidelnou krátkodobou aktivizací můžeme vzniku těchto situací zabránit (Wehner, 2013).

Průběh jednotky krátkodobé aktivizace:

1. správné navázání kontaktu;
2. komunikace;
3. vytvoření vztahu;
4. práce se vzpomínáním a pamětí;
5. trénink v nacházení slov;
6. „znovuvybudování“ schopnosti sociální komunikace;

7. pozorné, opatrné a ohleduplné chování ke klientovi;
8. uspokojení základních potřeb (Wehner, 2013, str. 20).

Pečující personál a terapeut si musí uvědomit, že demence je onemocnění, které vážně ovlivňuje komunikaci člověka na všech úrovních, čímž narušuje jejich vzájemný vztah. Schopnost navazovat, reagovat nebo udržovat dialog dělá jedinci čím dál větší problém a okolí tuto situaci přijímá negativně. Z toho důvodu je důležité s danou osobou intenzivně udržovat kontakt, aby pečovatel lépe rozuměl povaze komunikační bariéry a mohl rozhovor přizpůsobovat. U poruch kognitivních funkcí dochází ke specifickým poruchám jazyka. Tyto deficity se nejvíce projevují ve společenských a emocionálních situacích. Pokud má klient potíže v navazování vztahů nebo mizí jeho schopnost je udržovat, pak můžeme využít různých strategií přístupu (Zgola, 2013).

Zgola (2003, str. 124) uvádí základní principy pro navázání a udržení komunikace s osobou s poruchou kognitivních funkcí.

- a) Člověk s demencí má potřebu zvláštní komunikace, která je důsledkem její emocionální závislosti, neschopnosti dělat ústupky a přizpůsobit se.
- b) Pečovatel nese zodpovědnost za to, aby mu osoba rozuměla.
- c) Nejdůležitějším úkolem je podpora partnerství, vzájemné úcty a důvěry.
- d) Pečující si musí být vědom skutečnosti, že se nejedná o pomíjivou poruchu komunikace a že může pouze pomocí účinných strategií překonat některé problémy nikoliv je plně odstranit.

V rámci terapeutického působení je důležité si tyto čtyři základní principy uvědomovat, jelikož obtíže člověka s demencí se neprojevují pouze v každodenním fungování, ale tito lidé mají problémy i s náhledem na situaci a s pochopením událostí. Součástí přístupu je určitý postoj, který by měl pečující zaujímat. Důležité je vytvořit si k osobě s kognitivní poruchou přátelský a vlídný vztah, aby cítila, že si jí vážíme a mohla nám tak při práci plně důvěřovat.

4.2 Farmakologická léčba

Způsob léčby pacientů s demencí pomocí farmakologické metody se v praxi využívá v poměrně hojném množství. Pomocí léků lze celkem výrazně ovlivnit problémové chování, které může být i pro samotného člověka dosti nepříjemné. Zásadní roli zde hraje správná indikace léčiv a jejich dávkování. Působení medikamentů může být jak pozitivní, tak bohužel i negativní s výraznými vedlejšími účinky. Mezi ty často se objevující řadíme především nespavost, zvýšenou únavu a ospalost, závratě, pády a zmatenost. Nadměrný útlum člověka ovšem může vést ještě k daleko závažnějším problémům, kterými jsou: vznik dekubitů, dehydratace nebo bronchopneumonie. Moderní psychofarmakologie dnes lékařům nabízí i možné alternativy, které pomohou postup demence zpomalit nebo dokonce i na čas zastavit. Podkapitola tak uvádí, jaké léky jsou pacientům s demencí předepisovány a jaký je efekt jejich užívání. Farmakoterapie u poruch kognitivních funkcí a paměti se dělí do dvou okruhů: na terapii kognitivních funkcí a terapii behaviorálních či jiných asociovaných poruch (Hrdlička, Hrdličková, 1999).

Kognitivní farmakoterapie se vztahuje se ke kauzální léčbě, čímž ovlivňuje známé mechanismy, jako např. neurodegenerace. U lehkých a středních forem demence se v praxi nejvíce využívají tzv. inhibitory acetylcholinesteráz. Jedná se o enzymy, které odbourávají jeden z významných přenašečů vzruchu - acetylcholin. Při použití medikamentů z této skupiny, dojde k zablokování enzymů v mozku nemocného člověka a dosáhne se zvýšení obsahu mozkového acetylcholinu, což má za následek zlepšení paměťových funkcí. Hlavním zástupcem této skupiny je *takrin*. Jedná se o nespecifický inhibitor, který v řadě studií vykázal příznivý účinek nejen na kognitivní funkce, ale i na celkové zlepšení stavu pacientů s demencí. Nejvyšší možné dávkování, které je prokazatelně účinné však dokáže snášet jen malé procento pacientů. Rovněž dobrých výsledků dosahují i *rivastigmin* a *metrifonat*.

V těžších stádiích demence jsou předepisovány medikamenty obsahující látku jménem memantin, která částečně blokuje receptory a chrání tak mozkové buňky před škodlivinami, jako je nadměrné množství kalcia. Memantin bývá poměrně dobře snášen a jeho účinky jsou prokazatelné i u demence s hodnocením podle MMSE 19 bodů a méně. Dále se používají látky likvidující volné kyslíkové radikály

a zlepšující látkovou přeměnu mozku. Tuto skupinu léků nazýváme jako *nootropika*. Nootropika patří mezi farmaka určená pacientům s poruchou paměti. Nejznámějším zástupcem je piracetam, který svými účinky má zlepšovat vigilitu, sociální chování a psychomotoriku. Dalším nootropikem patřícím do této skupiny je *pyritinol*, který má pozitivně působit na koncentraci, zájem, aktivitu, orientaci a únavnost. *Oxiracetam*, *pramiracetam*, *aniracetam* a *idebenon* se řadí mezi novější látky, jejichž účinky jsou celkem povzbudivé. Příznivé účinky látek působících na kognitivní oblast zaznamenáme až po jejich dlouhodobějším působení (Franková, 2011; Jiráček, 2007).

Druhou skupinu tvoří behaviorální farmakoterapie. Jejím úkolem je ovlivnit nežádoucí způsoby chování, změny nálad, tišit neklid a afekty. Dále zmírňují poruchy spánku, přítomnost delirií a paranoidních nebo halucinogenních projevů chování. Do této skupiny řadíme: neuroleptika, antidepresiva, hypnotika, anxiolytika a antihistaminika, která by v dnešní době již měla obsahovat jen minimum nežádoucích vedlejších účinků.

Lékař i pečující personál si musí uvědomit, že terapie osob trpících demencí má být komplexní, nezahrnuje tak pouze farmakoterapii, ale zásadní složkou je i psychosocioterapie, která se soustředí na trénink kognitivních a behaviorálních schopností člověka. Další složkou terapie bývá i rehabilitace tělesných funkcí a v neposlední řadě práce s rodinou a příbuznými nemocného. Rodina a nejbližší okolí si však musí uvědomit skutečnost, že demence je progredující onemocnění. Nedostavující se výsledky terapie mohou být často pro rodinu postiženého velkým zklamáním. Z tohoto důvodu je důležitá informovanost a připravenost okolí na to, že nelze očekávat žádné výraznější úspěchy a že je nutné se zaměřit především na oblast uchování běžných denních návyků a aktivit člověka. Hlavním úkolem terapie tedy není poruchu napravovat, ale udržovat a rozvíjet ty funkce, které ještě zasaženy nebyly a podporovat senzorycké a fatické funkce pro schopnost komunikace (Koukolík, 1998).

5 Praktická část

Praktická část diplomové práce se zabývá možnostmi logopedické intervence u osob s demencí. Pro tyto účely mi bylo umožněno docházet za seniory do Domova Vitalita v Lázních Bělohradě. V rámci individuální práce bylo provedeno vyšetření kognitivních funkcí pomocí standardizovaného testu Mini-mental state examination. Toto vyšetření jsem dále doplnila ještě o další, aby zhodnocení stavu respondenta bylo co nejobjektivnější. Využila jsem tak ještě dotazník funkčního stavu FAQ, Test kreslení hodin, dotazník zaměřený na soběstačnost jedince a objektivní vyšetření řeči. V rámci terapie jsem se klientům s demencí věnovala jak individuálně, tak i skupinově. K intervenci jsem používala nejen dostupné materiály, ale vytvořila jsem si i vlastní terapeutický materiál. Rehabilitace se ovšem nezaměřovala jen na facilitaci řečového projevu osob s demencí, ale i na procvičování paměti, pozornosti, zrakového a sluchového vnímání, čtení, psaní a dalších kognitivních a behaviorálních funkcí. Zároveň mne také zajímal denní program klientek, který obsahoval mimo jiné i fyzioterapii a další složky rehabilitace, která jim byla poskytována v rámci lázeňské léčby. Do případových studií jednotlivých osob s demencí jsem zahrнула i popis soběstačnosti a samostatnosti při provádění běžných denních činností, aby obraz jejich stavu byl co možná nejucelenější.

Zaměření praktické části

Pro zpracování kazuistické studie jsem si zvolila 7 osob s demencí nebo s poruchou paměti. Hlavním úkolem bylo zaměřit se na jejich úroveň kognitivních funkcí zvláště pak na paměť, řeč, pozornost, prostorovou orientaci, myšlení a samozřejmě i na schopnost samostatnosti a soběstačnosti. Jedná se o formu kvalitativního výzkumu, který analyzuje řečové schopnosti i jiné dovednosti konkrétních jedinců v určitém typu zařízení. Kvalitativní výzkum byl proveden na vzorku o velikosti sedmi žen s určitým druhem demence různého stupně. Úroveň komunikačních a rozumových schopností jsem hodnotila u klientek z Domova Vitalita, Lázně Bělohrad a.s.

Všech sedm žen je zde umístěno z důvodu ztráty soběstačnosti a neschopnosti samostatného pohybu, tedy ani jedna pro diagnózu demence. Z toho dvě ženy dokonce nemají demenci vůbec diagnostikovanou a jedna z nich trpí spíše

depresivním syndromem. Jejich problémy přitom z tohoto onemocnění jasně vyplývají a řadí se mezi hlavní klinické příznaky demence. Všechny respondentky mají vytvořený vlastní individuální rehabilitační a léčebný plán, podle kterého léčba probíhá. Tento plán je navržen a stanoven tamějším rehabilitačním doktorem. Logopedická péče ženám doposud poskytována vůbec nebyla. Pro účely rehabilitace jim tak byl vytvořen stimulační terapeutický materiál zaměřený na trénink kognitivních funkcí, ale zároveň respektující úroveň jejich schopností.

Vymezení cílů diplomové práce

Cílem praktické části je prostřednictvím adekvátního programu stimulace komunikačních a kognitivních schopností pro osoby se syndromem demence, předejít progresi těchto funkcí, která je ve spojení s tímto onemocněním předpokládána.

Dílčí cíle:

- úkolem je zjistit jak organické léze mozkové tkáně a nervového systému ovlivňují mluvní projev člověka s demencí;
- zhodnotit pomocí standardizovaných vyšetření kognitivní funkce osob s demencí;
- vytvořit a následně využít vlastní terapeutický materiál.

Použité metody a postupy:

Pro získání potřebných informací jsem využila principů kvalitativního výzkumu. V diplomové práci jsem pro zjištění důležitých údajů aplikovala následující metody:

- a) **analytické metody:** studium odborné literatury a obsahová analýza dokumentů (zprávy odborných vyšetření, anamnestické údaje), analýza dokumentů, které mi poskytl Domov Vitalita, Lázně Bělohrad a.s.;
- b) **explorační metody:** polostrukturovaný rozhovor s pečujícím personálem, zdravotní sestrou, rodinnými příslušníky nemocného zaměřený na soběstačnost, zjišťování okolností nemoci a vyplnění dotazníků;
- c) **pozorování:** sledování člověka i při běžných denních aktivitách, nejen při práci se mnou, pozorování jeho účasti na rehabilitaci a zájmových činnostech;
- d) **kazuistické metody:** případové studie.

5.1 Charakteristika zařízení

Praktická část diplomové práce byla realizována v Domově Vitalita Lázně Běláhořad a.s. Nejedná se o zcela běžný typ zařízení pro seniory, kteří v důsledku stáří trpí zdravotními obtížemi. Domov Vitalita je soukromé zařízení sociálních služeb zajišťující celodenní péči a rehabilitační aktivity svým klientům s tělesným či zdravotním postižením způsobeným v důsledku stáří nebo úrazu. Klienti jsou zařazeni do rehabilitačního programu lázní a zapojeni do společenských aktivit. Rehabilitace se soustředí na zlepšení soběstačnosti, výživu tkání a na činnost mozku. V zařízení je přítomna zdravotní sestra i lékař 24 hodin denně, ovšem prostředí zde nemocnici nepřipomíná, ba naopak je spíše domácího útulného typu. Protože se nejedná o zdravotní typ zařízení nýbrž o sociální, je hlavní podmínkou přijetí stabilizovaný zdravotní stav klienta. Nelze tak přijmout ty, kteří trpí infekčním onemocněním nebo by svým duševním stavem mohli narušovat soužití ostatních osob z kolektivu. Jelikož jde o soukromý typ zařízení, klienti si veškeré zdravotní i rehabilitační služby a ubytování hradí sami. Domovu náleží v plné výši i příspěvek na péči, který byl seniorům přiznán.

Domov Vitalita nabízí příjemné jedno a dvoulůžkové pokoje, polovina pokojů má i vlastní balkon. Každý pokoj je vybaven vlastní koupelnou a toaletou. Součástí Domova jsou dvě společenské místnosti, v každém patře jedna. Zde je možné číst, sledovat televizi, snídat či svačit. Dále společenské místnosti slouží k vzájemnému setkávání seniorů a k jejich trávení volného času během dne. V těchto místnostech probíhala i skupinová terapie. Jde o velice příjemné prostředí, v němž se klienti cítí dobře.

Pro imobilní a hůře pohyblivé klienty se v rámci patra nachází dobře vybavená bezbariérová koupelna s WC, kde jim personál pomáhá s osobní hygienou. Klienti se stravují jako lázeňští hosté. Mají možnost vlastního výběru ze tří jídel, co se týče oběda a večeře. Stravují se v oddělené jídelně hotelu Grand nebo je jim strava donášena v tabletových systémech do společenské místnosti či na pokoj.

Komplexní rehabilitační léčba je osobám poskytována dle jejich potřeb a dohodnutého schématu. Klientům je dopomáháno s hygienou, oblékáním a stravou. Dále jsou doprovázeni pečujícím personálem na procedury, zajišťují se jim

aktivizační programy a vytvářejí volnočasové aktivity. Osobní záležitosti klientům pomáhá řešit zdejší sociální pracovnice.

Pravidelnou rehabilitaci poskytuje personál Lázeňské rehabilitační kliniky. Terapeuti a maséři dochází přímo k lůžku klienta a speciální procedury se provádí v provozu lázní, kam je doprovází pečovatelka.

Mezi aktivizační programy, které jsou v prostorách domova realizovány, patří: muzikoterapie, arteterapie, reminiscenční terapie a nově též canisterapie. Aktivnější zájemci se dále mohou účastnit i kulturních akcí, které v lázních probíhají. Kulturní program je bohatý a činnosti jako jsou přednášky nebo předčítání se mohou uskutečnit i v domově. Celý lázeňský komplex je bezbariérový, a tak se klienti domova mohou setkávat i s jinými lidmi v rámci zábavy nebo v prostředí kaváren a během procedur.

Logopedická péče v tamějším zařízení poskytována není. Ředitelka Domova Vitalita i personál ji ovšem vnímali pozitivně a v práci s klienty mi byli ve všem nápomocni. Celkové prostředí tohoto zařízení je velice příjemné a pro klienty vhodně uzpůsobené. V týdnu lidé docházejí v doprovodu pečovatelského personálu na léčebné procedury, o víkendy jsou jim nabízeny různé aktivity a činnosti, jimiž se mohou podílet na výzdobě veřejných prostor nebo svých vlastních pokojů.

5.2 Případové studie

Z důvodu ochrany osobních dat nejsou v případových studiích uvedena jména klientů Domova Vitalita, ani jiné konkrétnější či citlivé údaje.

Případová studie č. 1

Paní Ludmila

84letá žena do Domova Vitalita nastoupila v únoru roku 2014. Žena sem byla umístěna především kvůli problémům v sebeobsluze a samostatným pohybem. Dále její dcera uvedla, že se u ženy již delší dobu (přibližně 2 roky) objevují deprese, náhlé změny nálad a přecitlivělost. Její dcera již péči o matku z časových důvodů nezvládala, a proto se rozhodla pro toto zařízení. Personál byl upozorněn i na často se vyskytující pády, které nejspíše zapříčiňuje její zhoršující se stav. Klientka přestala chodit a pohybuje se už pouze na vozíku, progresivní vývoj nabrala i její schopnost sebeobsluhy. Dcera personál upozornila i na zhoršující se krátkodobou paměť a úzkostné až depresivní stavy své matky.

Ženě byl diagnostikován depresivní syndrom, epilepsie a diabetes. Před 10lety jí doktoři odoperovali glaukom, od té doby vidí dobře – brýle nepoužívá.

Zaměstnání: žena je bývalá účetní.

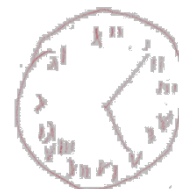
Rodinný stav: je vdova od roku 2010 a má jednu dceru. Dcera se pracovní pohybuje po celé Evropě, trvalé bydliště má v Praze. S matkou komunikuje převážně telefonicky 2x týdně.

Vyšetření: MMSE – celkové skóre 20 bodů, test kreslení hodin, orientační vyšetření řeči, dotazník FAQ-CZ a škála deprese pro geriatrické pacienty GDS

MMSE: výkon klientky poukazuje na lehčí stupeň demence. Ztráta 10bodů nastala v oblasti orientace, pozornosti a počítání a ve výbavnosti zapamatovaných informací. Po třech měsících individuální péče došlo ke zlepšení v oblasti orientace, kdy klientka získala celkové skóre 24 bodů, jež je pro demenci hraniční. Je třeba brát v úvahu skutečnost, že klientka trpí spíše depresí a nikoliv demencí. Psychická

výkonnost ženy bývá velice variabilní. Při prvním vyšetření žena působila zmateně, nevěděla den, datum ani rok. Měsíc naopak uhodla správně, ovšem netušila roční období, což je velice protichůdné a opět svědčící spíše pro depresi. Stát, v němž se nacházíme, uvedla Československo. Problematické pro ni bylo též odčítání čísla 7 od čísla 100.

Obr. č. 1



Test kreslení hodin: toto vyšetření neodhalilo žádnou vážnější poruchu, vyloučena byla přítomnost poruchy praxie.

FAQ-CZ: dotazník vyplňovala klientky ošetřovatelka, výsledky pak byly ještě konzultovány s ošetřujícím rehabilitačním lékařem Domova Vitalita. Žena získala skóre 21 bodů, to odpovídá 70% závislosti – tedy 30% soběstačnosti v oblasti sebeobsluhy.

GDS: zkrácená škála pro vyšetření depresivních symptomů byla u této ženy výjimečně použita, jelikož bylo důležité odlišit u ní depresi od demence. Celkové skóre činí 12 bodů, což dle tabulky hodnocení odpovídá depresi. Klientka se cítí beznadějně a má problém vidět smysl svého života. Nenavazuje s nikým z Domova Vitalita bližší, důvěryhodnější vztah a nestojí o zapojování do kolektivu.

Souhrn kognitivního výkonu

Celková kognitivní úroveň je sice snižena, ale pro demenci zatím nesvědčí. Citlivější vyšetření by odhalilo nejspíše počínající mírnou kognitivní poruchu. Deficity, které se v této oblasti objevují, jsou způsobené spíše silnou depresí, kterou klientka prokazatelně trpí. To má za následek ovlivnění iniciace, výbavnost informací z paměti a její každodenní fungování. Psychický stav zhoršují i důsledky diabetu.

Paměť je celkem v dobrém stavu, i když si klientka často stěžuje na její problémy. Zhoršená výbavnost údajů nebo informací spíše souvisejí s věkem a depresí. Adaptace na nové podmínky je pro klientku složitá a trvala jí déle než šest neděl (daná adaptační doba). Paní Ludmila osobně pociťuje značné deficity v krátkodobé i dlouhodobé paměti, nedůvěřuje si a to se odráží i v dalších oblastech, jako je pozornost, řeč, myšlení a exekutivní funkce.

Pozornost se vyznačuje neschopností déle se koncentrovat na určitý úkol. Klientka nevydrží ani u aktivit, které ji dříve bavily. Při procvičování zrakově-prostorové orientace se objevuje neschopnost distribuce pozornosti. Klientka se nedokáže soustředit na vyřazování předmětů, které do řady nepatří. Porucha pozornosti se projevuje také při plnění pokynů, například při doplňování synonym, žena vyplní tři synonyma a dále pokračuje protiklady. I přes upozornění na chyby v práci pokračuje stejným způsobem. Při rehabilitaci na důležité výzvy nereaguje a naopak cvik provádí obráceně nebo tak jak jí to vyhovuje. Do pozornosti se promítají i somatické příznaky, jako je zvýšená únava, poruchy spánku a nechutenství.

Poruchy exekutivních funkcí se projevují neschopností zorganizovat si nebo naplánovat určitou činnost. Žena je během dne závislá na službách ošetřujícího personálu. Činnost musí být vždy nabídnuta, nevystavujeme klientku zbytečně situacím, v nichž by se musela rozhodovat. Rozhodování ji uvádí do nejistoty a stavu zmatenosti, protože si není jistá, co přesně by chtěla.

Rehabilitace

Rehabilitační léčba je u klientky zaměřena především na pohybovou stránku. Primárně důležitý je návrat k sebeobsluze, a tak se procvičuje hrubá a jemná motorika. 5x týdně za klientkou dochází dopoledne fyzioterapeutka, která s paní procvičuje chůzi s chodítkem. Je to velice důležité, aby se nohy prokrvily a lépe tak docházelo i k jejich zhojení. Navíc se jedná též o psychický aspekt léčby! V červenci klientka začala s chodítkem chodit sama, rány na nohou způsobené silnou cukrovkou byly zahojené a dobře na tom klientka byla i po psychické stránce. Nastalo u ní obrovské zlepšení, které mělo za následek i lepší komunikaci.

Orientační vyšetření řeči

Problémy v mluvním projevu klientky se zprvu na první poslech zdají býti nepatrné. Sama klientka si ale stěžuje na zhoršující se krátkodobou paměť. Při delším vyprávění se ukazuje, že opravdu hůře nachází ta správná slova pro své vyjádření, která by přesněji odpovídala tomu, co chce říci. Problémy se také ukazují, když si potřebuje vzpomenout například na jméno známých herců nebo svých bývalých spolupracovníků ze zaměstnání. Při delším pozorování si můžeme povšimnout i náhlých stavů zmatenosti (klientka při rozhovoru těká očima po místnosti,

neudrží oční kontakt a chvílemi najednou neví, o čem hovořila). Při komunikaci, když vypráví, dochází k opakování slov. Nebo se v řeči naprosto ztratí a začne povídat o úplně jiném tématu, které s tím původním nesouvisí. Nejraději vypráví o svém bývalém zaměstnání, o rodině, o tom kde žila a jaké měla koníčky. S ostatními klienty domova Vitalita komunikaci nenavazuje, přes den bývá u sebe v pokoji a do společenské místnosti chodí, jen když je to nezbytně nutné. Nerada navazuje nové kontakty nebo rozhovor s ostatními lidmi ze zařízení. Často mívá depresivní až úzkostné stavy, které mohou za zhoršující se zdravotní stav. Tyto výkyvy nálad ovlivňují nejen celkovou kondici klientky, ale i péči o ni.

Terapeutický plán intervence

Plán byl vyhotoven na základě uvedených vyšetření.

- Cílem práce s klientkou byla stimulace kognitivních funkcí – především pak pozornosti a orientace v okolí, které ji obklopuje. Dále jsem se zaměřila na podporu psychické pohody, stimulaci verbálního porozumění a facilitaci mluvního projevu v rámci skupinové terapie. Při individuální terapii trénink spočíval ve zlepšování zrakově-prostorové orientace, procvičování slovní zásoby a ve zlepšování pružnosti a pohotovosti ve vyjadřování.

Práce s klientkou probíhala od května 2014 do konce října 2014.

Procvičovali jsme především slovní zásobu – úkoly ve cvičném sešitě se zaměřovali zejména na přídavná jména, příslovce a takové slovní druhy, které obohacují vyjadřování a slovní výpověď konkretizují. Dále jsme procvičovali tvorbu antonym a synonym ke konkrétním příkladům. Úkoly soustředěné na tuto oblast jí dělaly velké problémy, ačkoli měla klientka tvořit antonyma, stále vymýšlela slova příbuzná. Neustále se musela opravovat nebo pobízet, aby slovo opačné vytvořila. Mnoho úkolů se soustředilo i na paměť, především pak na trénink krátkodobé paměti. Všechna cvičení měla za úkol motivovat a iniciovat k řečovému projevu (popis obrázků, popis situací, vymýšlení příběhů dle dějového sledu apod.). U paní Ludmily bylo důležité podporovat komunikaci s ostatními lidmi v domově, protože často propadala depresivním a úzkostným stavům. Sama od sebe neměla zájem s ostatními komunikaci navazovat, proto právě u ní byla velice důležitá skupinová terapie. Bohužel Ludmila stihla pouze 3 sezení, protože se náhle její stav v říjnu 2014 zhoršil a nebylo již dále možné, aby se setkání účastnila. Ukázalo se, že tento

způsob terapie na ni měl kladný účinek, ačkoli se ho účastnila jen třikrát. Během těchto tří týdnů se tolik neizolovala od ostatních a společně se účastnila i jiných skupinových aktivit – podzimní výzdoba Domova Vitalita, sledování seriálů s ostatními ve společenské místnosti, čaje o páté apod. O tyto aktivity doposud nejevila až tak značný zájem a spíše se vždy stranila delšímu pobytu v kolektivu. Během těchto tří týdnů se celkově zlepšila její nálada a emocionální rozpoložení, což se odrazilo i při fyzioterapii, při níž trénovala chůzi s chodítkem. Toto obrovské zlepšení ovšem nemělo dlouhého trvání, Ludmila onemocněla a její stav se zhoršil na tolik, že již pouze odpočívala ve svém pokoji.

Aktivizační program stimulace

Květen 2014 – první kontakt zahajují rozhovorem se ženou. Následuje postupné, vzájemné poznávání a navazování vztahu. Pro zacvičení jsme zvolili první úkol ze cvičného sešitu, v němž byla klientka úspěšná na 100%. Pozorují jednotlivé výkyvy nálad a seznamují se s věcmi, které má žena ráda.

Červen 2014 – vyšetření MMSE, Test kreslení hodin, Orientační vyšetření řeči. Vyšetření klientky proběhlo po vzájemné měsíční adaptaci. Vztah jsem navazovala rozhovorem na různá témata, která klientku zajímala (cestování, rodina, zaměstnání).

Červenec 2014 – s paní Ludmilou pracuji vždy v klidu v jejím pokoji. Potřebuje mít na práci klid. Začínáme procvičováním pojmenování předmětů denní potřeby a popisem situačních obrázků. Při popisu mívá drobné problémy ve vyjadřování, špatně hledá slova, která chce použít pro přesnější vyjádření. V řeči se objevují neologismy nebo zaměňuje slovo podobným pojmem, který má ovšem jiný význam. Volný rozhovor směřujeme k tématům: zájmy a bývalé zaměstnání. Stává se, že se Ludmila začne v příběhu ztrácet a musím ji znovu na téma, o kterém mluvila, navést. V ten moment působí zmateně. Z cvičného sešitu jsme tento měsíc trénovali popis dějových obrázků a vybírám obtížnější úkoly z oblasti Hádanky a chytáky.

Srpen 2014 – Ludmila se účastní poprvé skupinového sezení bloku č. 1, na téma zaměstnání. Společně s pečujícím personálem jsme mile překvapeni, jak se do

některých aktivit zapojila. Nepotřebuje asistenci. Vypráví o svém zaměstnání, jediné pantomimy se neúčastní, tak ji nenutíme. Individuální péče je směřována k procvičování slovní zásoby – přídavná jména, příslovce, homonyma (viz. cvičný sešit). Na konci Srpna 2014 se jí zhojily rány na nohou a začíná chodit s chodítkem! Jedná se o významný pokrok nejen v rehabilitaci, ale i v programu aktivizace, jelikož došlo ke zlepšení psychického stavu a tím pádem i komunikace. V srpnu proběhl i druhý blok skupinové terapie na téma jídlo a vaření. Ludmila na vaření příliš není, ovšem aktivita s lahvičkami jí oslovila a nakonec se jí i účastnila. U další činnosti měla klientka blok a nepracovala, odmítla třídít jídlo do určitých kategorií. Spontánně se přidala až při vymýšlení jiných možností. Skupinovou práci jinak na konci sezení hodnotila pozitivně. Během sezení navazovala komunikaci nejvíce se mnou, s pečujícím personálem a s Annou. U karaoke si společně s námi pobrukovala melodie známých písní.

Říjen 2014 – Ludmila udělala značné pokroky, zlepšil se její psychický stav a v testu MMSE dosáhla celkového skóre 24 bodů. Čtyři nové body nabrala v oblasti orientace, kde podala podstatně lepší výkon. Začali jsme s tréninkem zrakově-prostorové orientace. Další týden jsme procvičovali řazení dějových sledů: pečení bábovky viz. cvičný sešit. Třetí týden v říjnu se klientka zúčastnila třetího bloku skupinové terapie na téma osobnosti. Vyprávěla ostatním o své oblíbené herečce Adině Mandlové a filmech, v nichž ji ráda viděla hrát. Tento měsíc klientka působila spokojeně a převažovala u ní dobrá nálada. Dokonce začala znovu skoro po 10 letech plést. Pravidelně každý den pletla při sledování zpráv šálu. Na konci tohoto měsíce už měla šálu téměř hotovou.

Listopad 2014 – klientka se náhle zhoršila. Její celkový stav nabral rychlého obratu a progrese. Během pár dní přestala chodit a na nohou se jí objevily opět bolestivé otoky a rány (od diabetu). Zhoršil se i její psychický stav, přestala komunikovat a zkolabovala. Byla odvezena do nemocnice. Po návratu z nemocnice již ležela pouze na lůžku a byla velice zmatená. Přestala mluvit, dorozumívala se pokynutím hlavy – ano, ne. Ovšem ne vždy. Porozumění bylo v pořádku, pokud klientka nebyla v deliriu. Poslední dny již nepoznávala lidi okolo sebe, byla inkontinentní a došlo k naprosté neschopnosti v sebeobsluze, i co se týče jídla a pití. Na konci listopadu 2014 zemřela.

Zhodnocení práce s terapeutickým materiálem

Klientka si prošla všemi úkoly z cvičného sešitu. Pro trénink kognitivních funkcí jsem nejvíce využívala obtížnějších cvičení ze zadní části sešitu. U ženy bylo potřeba se zaměřit nejvíce na oblast vyjadřování, slovní zásoby a výbavnosti informací. Přímou na míru byly klientce určeny úkoly z bloku číslo 15, kdy měla z přečteného textu vyvozovat závěry nebo odpovídat na otázky. Vyjadřování a slovní zásobu jsme procvičovali na základě tvorby synonym, antonym, popisu homonym a jejich využití ve větě a pomocí vymýšlení přídavných jmen a příslovcí. Následující tabulka ukazuje, že u klientky v říjnu 2014 nastalo značné zlepšení ve verbální fluenci, jelikož dosáhla lepších výsledků v bloku číslo 2 a 16, tedy zaměřených na popis situace a mluvní projev. Vyhodnocení tabulky naleznete v příloze A-O.

Tabulka č. 6 Zhodnocení práce klienta s terapeutickým materiálem

cvičení	květen	červen	červenec	srpen	říjen
1. úkol	100%				
2. úkol	91%				100%
3. úkol	88%			88%	
4. úkol		100%			
5. úkol		100%			
6. úkol	100%				
7. úkol	90%			90%	90%
8. úkol		100%			
9. úkol		100%			
10. úkol		95%			
11. úkol			100%		
12. úkol			50%	50%	85%
13. úkol			70%	70%	70%
14. úkol			65%		84%
15. úkol			75%	67%	75%
16. úkol				83%	100%

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 19. 3. 2015]

Paní Ludmila se svým výkonem při plnění jednotlivých úkolů nikdy nedostala pod úroveň 50%, což se stalo pouze v jednom z šestnácti bloků. Průměrné skóre dosažené z jednotlivých cvičení činí 87%. Během individuální práce byla vždy aktivní a snaživá. S úkoly, v nichž dosáhla celkového skóre 100%, jsme se již dále nezabývali a pracovali jsme spíše na těch, které jí dělaly problém. Sem patřily především úkoly z bloku číslo 2, 7, 12, 13, 14, 15 a 16. Jednalo se především o cvičení vyžadující větší slovní zásobu nebo tvorbu slov. Úkoly 2 a 16 jsme znovu zopakovali na začátku října 2014, kdy se výrazněji zlepšil psychický stav klientky. V úkolu číslo 7 obsahující známá česká přísloví, dosáhla stejného výsledku. Ludmila přísloví v praktickém životě nepoužívá a příliš je ani nezná. Sama tak přiřadila jen ta, která věděla i na poprvé se zbylým („darovanému koni na zuby nekoukej“) jsem jí musela poradit. Ke změně nedošlo ani u úkolu číslo 12 – protiklady. Ludmila má problémy v tvorbě opačných nebo příbuzných slov. Ani s nápovědou nebyl její výsledek lepší oproti předchozímu, až v říjnu při třetím opakování zvládla sama bez dopomoci vyplnit rodinné příslušníky. Antonyma u přídavných jmen ovšem ne, proto dosáhla celkového skóre 85%.

Blok číslo 13, v němž jsme procvičovali orientaci a úsudek na základě uvedených údajů se ve svém výsledku nezměnil. Trénovali jsme to během individuální péče celkem třikrát a bylo zajímavé, že klientka pokaždé udělala chybu někde jinde a výsledek se tak neměnil. Četba básní ze cvičení číslo 14 klientku bavila nejvíce. Strefila jsem se do jejich oblíbených autorů a při druhém zopakování byl její výsledek o něco lepší 84%. Nejvíce ze všech bloků byl nacvičován blok číslo 15. Ten byl pro klientku naprosto stěžejní, především pak ve svých úkolech číslo 7, 8, 10, 15, 18 – 29. Jedná se o cviky, které trénovaly pružnost a pohotovost ve vyjadřování, dále tvorbu přídavných jmen, příslovcí, antonym, synonym a celkový mluvní projev ženy. Výsledky byly stále obdobné, záleželo vždy na psychickém rozpoložení a momentálním stavu klientky. Problémy v tvorbě přídavných jmen a slov opačných stále přetrvávají. Navíc klientka si neustále plete tvorbu slov opačných s podobnými a obráceně, tudíž když jsem po ní chtěla synonyma, odpovídala mi antonyma a naopak. Ke zlepšení došlo pouze v úkolech s chytáky nebo hádankami, u nichž si zapamatovala správnou odpověď z minula.

Paní Marie

83letá žena byla do Domova Vitalita umístěna jako jedna z úplně prvních klientů. Je zde od roku 2013. Taktéž jako předchozí klientka, i ona je zde primárně kvůli ztrátě pohybových schopností. Žena je přemísťována pouze s pomocí mechanického vozíku ošetřujícím personálem. Rodina při umístění ženy do zařízení personál upozornila i na jisté potíže s pamětí a určitým typem zmatenosti, nicméně k vyšetření kognitivních schopností odborníkem do teď nedošlo a v rámci rehabilitace se řeší jen pohybové schopnosti a podpora sebeobsluhy. První problémy spojené s pamětí a chováním se objevily asi před 6lety, po smrti manžela (prozradila dcera při rozhovoru). Dcera dokonce při rozhovoru prozradila, že se jí zdá zvláštní, že její matka o svém manželovi mluví vždy v přítomném čase. Poznamenala: „Ona si snad myslí, že táta stále žije.“ Následně popsala i další typické příznaky svědčící pro demenci, jako například zbavování se důchodu, v jejím případě vyhazováním peněz do popelnice, schovávání věcí ze strachu před jinými lidmi anebo zmatené cestování po vesnici, kde celý život žila. Dokonce se několikrát i ztratila a domů ji přivedli sousedé, protože nebyla schopná se sama vrátit. Marie stále žije v minulosti, pokaždé když za ní přijdu, říká: „Jdeme domů, je na čase, mám plno práce, děda už by se ptal.“ Vůči svým blízkým osobám bývá agresivní. Jejich návštěva v ní vždy vyvolá zlost a neklid.

Marii byla diagnostikována nedoslýchavost, která je dobře kompenzována sluchadly. Na čtení nosí brýle. Vyšetření na poruchu kognitivních funkcí bylo ženě provedeno v roce 2009, kdy jí byla odhalena Alzheimerova choroba s demencí středně těžkého typu. Od té doby k žádnému dalšímu vyšetření nedošlo a léčba doposud spočívala pouze v nasazení farmakoterapie. Žena nechodí, je přemísťována na vozíku, sama se na něm nepohybuje. Je inkontinentní.

Zaměstnání: nejprve pracovala v JZD v živočišné výrobě, po mateřské zůstala v domácnosti a starala se o hospodářství a rodinu.

Rodinný stav: žena je vdova, ale manželovu smrt si neuvědomuje. Marie je z 5 sourozenců – měla čtyři starší bratry. Marie má 4 děti – tři dcery a jednoho syna. Jednou týdně za ní do zařízení dochází na návštěvu její nejstarší dcera. Přibližně

jednou měsíčně ji navštěvuje její syn s dcerami, ke kterým se žena chová zlostně a nepoznává je. Nejméně Marii navštěvuje její nejmladší dcera, k níž zaujímá nejvlídnější vztah.

Vyšetření: MMSE – celkové skóre 10 bodů; test kreslení hodin; orientační vyšetření řeči; dotazník FAQ; Bristolská škála aktivit denního života (BADLS-CZ).

MMSE: klientka při prvním vyšetření ztratila 20 bodů. Její výkon tak odpovídá středně těžkému stupni demence. V orientaci získala pouhé 2 body, bezprostřední reprodukce tří předmětů byla v pořádku. Žádný bod žena nezískala v oblastech pozornost a počítání i paměť a výbavnost. V pojmenování poznala správně jen tužku a opakování se nezdařilo. Porozumění je v pořádku, taktéž i splnění přečteného příkazu. Srozumitelnou větu se ženě napsat nepodařilo a nepřekreslila ani předlohu s průnikem dvou pětiúhelníků. V lednu 2015 došlo k zopakování tohoto testu, v němž žena získala pouhých 6 bodů. K progresi došlo v zapamatování tří předmětů z bezprostřední reprodukce a ve splnění přečteného příkazu. Žena se tak momentálně pohybuje na hranici středně těžké a těžké demence.

Obr. č. 2

Test kreslení hodin: toto vyšetření odhalilo těžkou prostorovou dezorganizaci, nedošlo k zaznamenání času, ciferník je oválného nepravidelného tvaru, čísla jsou různě kombinována a dochází k jejich opakování a zapsání proti směru, některá čísla byla zapomenuta.



FAQ-CZ: dotazník vyplňovala nejstarší dcera a zkontrolovala její ošetřovatelka Domova Vitalita. Žena v dotazníku získala 28 bodů. Z hodnocení dotazníku vyplývá, že žena je plně závislá při plnění uvedených činností na své rodině nebo personálu Domova Vitalita. Skóre 28 bodů odpovídá 7% soběstačnosti.

BADLS-CZ: tento dotazník vyplňovala ošetřovatelka společně se zdravotní sestrou. Jedná se o mnohem senzitivnější dotazník zjišťující oblast sebeobsluhy, hygieny a běžných denních činností. Marie získala 49 bodů, což podle dané stupnice odpovídá 18% soběstačnosti.

Souhrn kognitivního výkonu

Oblast kognitivních funkcí je do značné míry zasažena. Žena má středně těžkou až těžkou demenci Alzheimerova typu. Onemocnění se projevuje poruchami paměti, pozornosti, myšlení, mnestických funkcí a zasahuje i řečové a jazykové procesy.

Paměť – zasažena je především krátkodobá paměť. Žena není schopna si znovu vybavit informace, které se odehrály před několika minutami. Tento deficit se promítá do neschopnosti splnit instrukci složenou z několika kroků (z více jak 5 kroků); k narušení porozumění čtenému textu zatím nedošlo, tedy co se týče jednodušších, srozumitelných a jasných příkladů. Nedochozí k propojování staré informace s novou, žena prakticky žije v minulosti, přibližně v roce 2009 a dál. To lze usoudit na základě toho, že nevnímá manželovu smrt, k níž došlo v roce 2010. Neustále se jí vybavují vzpomínky z minulosti, které vnímá jako skutečné.

Pozornost – žena je schopna se na určitou činnost soustředit přibližně 20 minut, pokud jí nevyruší silnější podnět. Schopnost koncentrace na plnění úkolu je tedy dobrá. Pro trénink jemné motoriky se ženě často ve volné chvíli dávají přebírat různé předměty, touto činností je Marie zabavena a vydrží se na ni dlouhou dobu soustředit. Klientka netrpí poruchami spánku, v noci spí dobře, nepřerušovaně, proto je přes den čilá a není u ní přítomna ani zvýšená únava. Pozornost tak mohou narušit pouze halucinace, bludy a stavy zmatenosti, které se u klientky jednou za čas objeví (nikoliv však pravidelně).

Exekutivní funkce – řazení kroků v úkolu nebo plnění složitějších instrukcí je pro ženu obtížné. Její schopnost zorganizovat či naplánovat určitou činnost je značně limitována. Nezvládne již například připravit nápoj a už vůbec ne jednodušší jídlo. Nedokáže ovládat emoce a nepřiměřené chování vůči svým blízkým. Narušena je i interakce s druhými lidmi. Nevnímá čas a ani se o něj nezajímá, nekontroluje a ani ji nezajímá jaký je den, měsíc nebo rok. Bez dopomoci by zadané úkoly nedokončila. Není schopna vykonávat matematické operace.

Rehabilitace

Fyzioterapeutka se zaměřuje na nácvik chůze pomocí 2 osob – nutné při přemisťování ženy z vozíku na toaletu apod., žena se na nohou bez podpory vůbec neudrží. Nutné neustále připomínat, co má dělat, když ošetřovatelky potřebují, aby stála a udělala pár kroků. Léčba je tak zaměřena především na podporu funkcí, které byly zasaženy minimálně. Důležité je procvičování jemné a hrubé motoriky, aby nedocházelo k progresi v sebeobsluze. Jíst zvládá sama lžící a pije z hrnku se savičkou. Dále ráda pomáhá při vaření nebo jiných zábavných aktivitách, které si pro ně pečovatelky připravují.

Orientační vyšetření řeči

Marie přijímá jakýkoliv osobní kontakt velice pozitivně, ráda komunikuje s druhými lidmi. Navazuje kontakty s ošetřujícím personálem, sestrami a ostatními klienty zařízení. Nejvíce si oblíbila Martu, která je v Domově Vitalita sice krátce, ale intenzivně se Marii věnuje. Píše s ní ve volných chvílích dopisy nebo pohledy nejmladší dceři do Lyonu. Zpočátku bylo písmo nečitelné a dopisy tak nešlo odeslat, ale v lednu 2015 se povedlo poslat první stručný pohled a od té doby další 3. U dcery to mělo výborný ohlas a souhlasila s intenzivní korespondencí. Schopnost sociální komunikace je tedy poměrně v pořádku.

Řeč je jinak obsahově zmatená a neadekvátní. Často se žena vyjadřuje tak, že používá různá přísloví nebo přirovnání, která na otázku sice odpovídají, ale jen povrchně a neosobně. Řeč je plynulá, dobře srozumitelná. Marie nemá problém udržet téma konverzace, především pak jedná-li se například o její zaměstnání, koníčky, domácnost nebo práci na zahradě. Porušena není ani intonace a mimika tváře. Klientka dobře chápe humor, a dokonce ho ráda a často používá. Vtipkuje s druhými lidmi a to i ironicky. Hůře dochází k výbavnosti slov pro adekvátní vyjádření, pokud si žena nemůže vzpomenout, používá automatismy, jako například „to, to, vždyť jo“ apod. Došlo k narušení tvorby abstraktních pojmů i celkové schopnosti pojmy tvořit. Fonetická stránka řeči je v pořádku, odchylky v artikulaci jednotlivých hlásek zaznamenány nebyly. Častěji však dochází k výskytu fonologické parafáze, kdy žena zaměňuje některé zvuky, čímž je narušena zvuková stránka slova a v řeči se občas objeví neologismy. Porozumění řeči je v pořádku, horší je pojmenování obrázků nebo předmětů. Klientka slova sice nezaměňuje, ale

má problém vybavit si v mluvním projevu určitá slova. Pokud slovo nenalezne, tak místo něho použije většinou přísloví nebo metaforu. Jedná se tedy o jisté stereotypní odpovědi. Mluví velice povrchně. Typické pro její projev jsou i sémantické parafáze, kdy místo očekávaného slova řekne jiné. Většinou se jedná o slovo, které s tím původním nemá vůbec nic společného. Narušena je i znalost pojmů a manipulace s nimi.

Terapeutický plán intervence

- cílem práce byla stimulace kognitivních funkcí – facilitace řečových a jazykových schopností a podpora zrakově-prostorové orientace. Hlavní složku terapie tvořil trénink pojmenování předmětů denní potřeby a popis situačních nebo dějových obrázků, čímž jsme procvičovaly slovní zásobu a vyjadřování. Podpurně působit i na psychiku a stav klientky.

Práce s klientkou probíhala od května 2014 do března 2015

Zaměřujeme se na trénink paměti, řešení problémů, podporu mluvního projevu a komunikace s ostatními lidmi v zařízení. K podpoře řečového projevu využíváme úkoly z cvičného sešitu. Nejvíce vybíráme ta cvičení, která se zaměřují na pojmenování a spojování dvojic, které k sobě patří. Jedná se o běžné denní předměty používané v domácnosti nebo zařízení. Slovní zásobu jsme trénovali obměnou hry, slovní fotbal, kdy jednou jsme vymýšleli slova na konkrétní hlásku, jindy zas muselo slovo navazovat na poslední vyslovenou hlásku. Tvorba synonym a antonym Marii příliš nešla a bylo nutné vždy využít obrázkovou oporu. Například horký – studený, malý – velký apod. Vyvarovala jsem se těch úkolů, které by žena nezvládla, abych jí od práce neodradila. Nejvíce jsem proto využívala prvních 10 úkolů z cvičného sešitu, kam patřil například popis situace nebo dějového sledu pracovního postupu a spojování dvojic nebo vyřazování předmětu, který do řady nepatří na základě jeho určité vlastnosti. Skupinová terapie byla pro Marii velkým přínosem, sice nedocházelo ke spolupráci s ostatními ze skupiny, ale byla znatelná radost ze společného setkávání. Marie byla při sezení pro mnohé rušivým elementem a bránila například Věře v tom, aby se na plnění úkolu soustředila. Marie se zúčastnila celkem 4 sezení. V září klientka prodělala oboustrannou plicní embolii, kvůli níž strávila měsíc a půl v nemocnici. Do zařízení se vrátila v polovině října ve špatném stavu. Nemluvila, krmena byla pegem přímo do žaludku. V listopadu

začala Marie dělat velké pokroky, začala se jí podávat mixovaná strava. Práce s klientkou spočívala především ve stimulaci orofaciální oblasti. Čokoládou nebo jahodovou marmeládou jsme potřeli horní ret a Marie se snažila jazykem dosáhnout na pochutinu a slíznout ji. Jednalo se o krátké 10 minutové procvičování hybnosti jazyka, které pro ni bylo značně namáhavé a vyčerpávající. Zbýlých 15 minut jsem vyplňovala čtením novin, krátkých příběhů nebo vyprávěním novin z rodné vesnice, ve které Marie celý život žila. Přibližně v prosinci začala Marie opět komunikovat, navazovala kontakt a rozšířil se i okruh potravin, které jedla (polévky, ovoce, sýr, šunka). V prosinci se také zapojila do dalšího skupinového sezení, v němž spolupracovala s Martou. V současné době Marie opět začala trénovat chůzi a sama se stravuje pomocí lžice běžným jídlem v zařízení Domova Vitalita.

Aktivizační program stimulace

Květen 2014 – rozhovor s klientkou, během tohoto měsíce dochází k vzájemnému seznamování, zkusíme pojmenování barevných a černobílých obrázků. Marie na černobílé téměř nereaguje (vidí jen čáry), proto veškeré materiály budou z barevných fotografií. K výkyvům nálad při sezení nedochází, žena je klidná, optimistická. V tomto měsíci 2x zaznamenávám při vyprávění halucinace a mírnou zmatenost (mluví na svou nejmladší dceru a podobně).

Červen 2014 – vyšetření MMSE, Test kreslení hodin, rodina a pečovatelka vyplnili dotazníky FAQ a BADLS. Zkusíme popis situačních obrázků a rozhovor navazujeme na téma zaměstnání, domácí zvířata a rodina.

Červenec 2014 – znovu zkusíme pojmenování a přiřazení dvojic. Úkoly z bloku číslo 15 jsme zkusily dva zbývající jsou pro Marii příliš obtížné. Zaměřujeme se spíše na vyřazování z řady, popis vlastností běžných předmětů a jejich využití při běžných činnostech.

Srpen 2014 – poprvé se Marie zúčastnila prvního bloku skupinového sezení na téma zaměstnání. Marie o svém zaměstnání mluví až, když je vyzvána. Do té doby sedí a pozoruje spokojeně dění. Při vyprávění potřebuje povzbuzovat, aby povídala déle a řekla více informací. Pantomimu jsme po Marii vyžadovat nemohli, je to pro ni příliš složité a bylo by nepříjemné, kdyby před ostatními selhala.

Se zájmem pozoruje ostatní a občas pronese humornou větu, kterou pobaví ostatní z kolektivu. Druhé sezení proběhlo ještě ke konci srpna na téma jídlo a vaření. Bohužel úkol s kořením klientce nic neřikal a opět spíš pozorovala při práci ostatní. U druhého úkolu došlo mezi Marií a Věrou ke sporu. Marie si neuvědomuje zábrany, a pokud jí něco zaujme, tak potom suveréně jde. V individuální terapii jsme zkoušeli slovní fotbal a trénovat tak slovní zásobu.

Říjen 2014 – klientka není přítomna

Listopad 2014 – stimulace orofaciální oblasti, podněcování komunikace četbou příběhů z oblíbené literatury, navazování kontaktu. Ke konci listopadu se již snažíme brát klientku do společných prostor, aby nebyla celý den sama na pokoji.

Prosinec 2014 – výrazné zlepšení celkového stavu klientky, den tráví společně s ostatními lidmi ve společenské místnosti. Navazuje sociální kontakt, především pak s Martou, která s ní zkouší psát dopisy dceři do Lyonu. Zlepšení psychického stavu. Trénujeme opět pojmenování (pojmenování a spojení dvou dvojic z patnácti na začátku prosince → čtyři dvojice na konci prosince).

Leden 2015 – Marie pojmenuje všechny obrázky s dopomocí a sama spojí šest dvojic. V úkolu číslo dva se daří popsat situační obrázky – na poště, v obchodě, u lékaře a v lese. Vypráví nejen, co na obrázku vidí, ale popisuje i své zkušenosti. Nově zkoušíme úkol č. 7, který má u Marie pozitivní ohlas. S dopomocí poznala všechna přísloví a správně je i vysvětlila.

Únor 2015 – přecházíme k úkolu č. 6. V prvním cvičení, kdy má spojit pojem lampa s obrázkem lampy se nedaří, aby obrázek ukázala správně, stále ukazuje na svíčku i o týden později. Další tři úkoly ovšem zvládá správně přiřadit. Koláč, motyčku i časopis ukazuje pokaždé dobře.

Březen 2015 – zkoušíme slovní fotbal, jako jsme pracovali v srpnu a celkem se nám daří vymýšlet slova na konkrétní písmeno. Na koncovou hlásku je to ale příliš obtížné a to již klientka nezvládá. Pracujeme s úkolem z bloku č. 16. Marie vždy ráda pekla, takže se jí seřazení pracovního postupu daří. S asistencí úkol zvládá.

Zhodnocení práce s terapeutickým materiálem

Snažila jsem se s klientkou projít všemi úkoly z cvičného sešitu, ovšem blok číslo 15 je pro ni příliš složitý a abstraktní, tudíž jsme z něho zkoušeli pouze dva úkoly, které bylo evidentní, že by mohla zvládnout. Jednalo se o cvičení číslo 23 a 24, kdy měla vymyslet, co nejvíce druhů lesních hub a hudebních nástrojů. Nejvíce se tak využívaly úkoly z první desítky, které procvičovaly pojmenování, popis a vyjadřování. Ty jsme různě obměňovaly a znovu se k nim zase po čase vracely. Vyhodnocení tabulky viz. příloha A – O.

Tabulka č. 7 Zhodnocení práce klienta s terapeutickým materiálem

cvičení	červen	červenec	srpen	prosinec	leden	únor	březen
1. úkol	26%			26%	48%	54%	54%
2. úkol	22%				16%	34%	48%
3. úkol		13%	13%				
4. úkol		40%		40%		40%	
5. úkol		33%			26%		16%
6. úkol						38%	38%
7. úkol						43%	43%
8. úkol	58%		66%			58%	
9. úkol	-			-			-
10. úkol		26%	44%	44%			
11. úkol			-		-		
12. úkol			-		-		
13. úkol				-			
14. úkol				-			
15. úkol					3%		
16. úkol				33%	49%		

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 19. 3. 2015]

Marie se svým výkonem pohybovala na hranici 30%. Pokud nebudeme počítat ten, kterého dosáhla při zopakování úkolu, pak její nejvyšší skóre činilo 58%, kterého dosáhla v úkolu číslo 8. Toto cvičení pro ni bylo celkem snadné, jednalo se o jednoduché puzzle. Tři obrázky spojila sama bezchybně, jeden s mou dopomocí

a zbylé obtížnější dva ne. Tento úkol jsem během práce s klientkou zařazovala na konec sezení celkem pravidelně, neboť docházelo i k procvičení zrakově-prostorové pozornosti. Nejznamenatelnějších pokroků dosáhla v úkolech číslo 1 a 2, které jsme nejvíce při práci trénovali. Docházelo často k různým obměnám těchto příkladů. V březnu došlo k dosažení 54% v úkolu číslo jedna, kdy klientka pojmenovala a spojila 6 dvojic a 4 s dopomocí. U cvičení číslo 3 a 4 se výkon neměnil ani při dopomoci. Celkově asistence Marii příliš při plnění aktivit nepomáhala, určité úkoly splnila sama a při dalších na mou nápovědu nereagovala. K jedinému výraznému zhoršení došlo u úkolu č. 5, kdy měla k sobě přiřazovat barevný a černobílý typ předmětu. Tento úkol s postupem času přestávala chápat a nedařilo se jí k sobě objekty přiřadit. Nerozuměla jejich černobílé verzi.

Úkoly číslo 9, 11 – 14 jsme sice zkoušeli, ale výsledky a reakce na ně byly téměř nulové. Ke stimulaci jsme využívali pouze obrázky z těchto cvičení a společně o nich diskutovali. Ke splnění úkolu sice nedocházelo, ale úkoly byly podány zábavnou formou a sloužili k rozvoji mluvní produkce a pojmenování nebo jako námět k dalšímu slovnímu projevu klientky. Marie je při práci vždy klidná, pozitivně naladěná, přijímá jakékoliv podněty ke komunikaci a sociálnímu kontaktu. Individuální stimulační práce u ní probíhala vždy až po fyzioterapii nebo po masáži. Na začátku každého sezení jsem se jí zeptala, na rehabilitaci, jak se jí líbila a chtěla jsem, aby mi popsala, co dělala, ale klientka si to již nepamatovala. Ani jednou nedošlo k tomu, že by si vzpomněla na masáž nebo jinou proceduru, kterou před pár minutami absolvovala. Dalším zvláštním momentem, k němuž při práci s klientkou docházelo, bylo, že ačkoliv je inkontinentní, pokaždé když potřebovala na záchod, tak si řekla a bylo jí k tomu dopomoženo. Dobře si tak své základní potřeby uvědomuje a umí si včas říci, personál domova toto podporuje a snaží, aby tato schopnost byla, co nejdéle zachována.

Případová studie č. 3

Paní Anna

71letá žena byla do Domova Vitalita umístěna koncem května 2014. Nastoupila sem z důvodu špatné hybnosti a neschopnosti zvládat běžné sebeobslužné činnosti. Na jaře tohoto roku měla rodina ženy podezření na to, že Anna prodělala lehčí mozkovou příhodu. Lékař to sice nepotvrdil, ale upozornil syna na to, že žena trpí demencí a měli by jí proto nechat vyšetřit u odborníka. Následně tak byla potvrzena demence středně těžkého typu. Samostatnost a soběstačnost je výrazně narušena. Žena nekomunikuje, je apatická a pohybuje se pouze na vozíku. Její syn potvrdil, že se u klientky objevují úzkostné stavy, halucinace a zmatenost. Nepamatuje si události, které proběhly před pár dny. Léčba spočívala v předepsání farmakoterapie – galantamin 8mg denně. Doplněováno ginkgo bilobou.

Anně byla diagnostikována demence u Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem a depresivní syndrom. Inkontinentní, problémy s hybností – ztráta chůze, pouze na vozíku. Na čtení používá brýle.

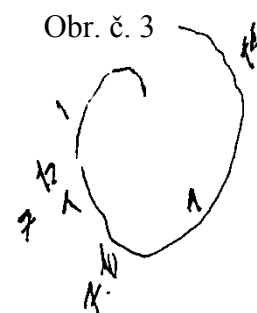
Zaměstnání: pracovala jako zdravotní sestra na jednotce intenzivní péče.

Rodinný stav: žena je 5 let vdova, má jednoho syna a tři vnoučata. Syn matku pravidelně navštěvuje jednou týdně i s dětmi.

Vyšetření: MMSE – celkové skóre 13 bodů, test kreslení hodin, orientační vyšetření řeči, dotazník FAQ-CZ, dotazník BADLS-CZ.

MMSE – došlo ke ztrátě 17 bodů, což odpovídá středně těžkému stupni demence. Výkon klientky značně kolísá, proto když jsme provedli vyšetření podruhé v říjnu 2014, došlo k mírnému zlepšení v oblastech orientace a opakování. Celkové skóre získané v říjnu bylo 17 bodů. Problémy se vykazují především v oblasti orientace místa a času, klientka ani při opakování vyšetření neznala datum, místo a roční období. Dále nebyla ani na podruhé schopna odečíst od čísla 100 číslo 7, nevybavila si bez nápovědy 3 předměty, které si měla před tím zapamatovat a nebyla schopná zakreslit obrazec nebo napsat plnou větu s podmětem a přísudkem. Při druhém vyšetření jsem již nezaznamenala přítomnost halucinace, únavy a emoční otupělosti.

Test kreslení hodin: odhalil poruchu praxie, prostorové a pravolevé orientace, chybí zakreslení hodinových ručiček, ciferník je nepřesný a čísla byla zakreslena vně oválu. Vyšetření kresby hodin bylo provedeno brzy po příchodu klientky do zařízení, výsledek byl ovlivněn stavem zmatenosti a tím, že se teprve žena adaptovala na nové prostředí.



FAQ-CZ: dotazník vyplňoval syn klientky a přehodnotila jej zdravotní sestra s ošetřujícím personálem. Anna získala 27 bodů, což odpovídá 10% soběstačnosti v oblastech sebeobsluhy a činnostech běžného života.

BADLS-CZ: dotazník vyplňovala ošetřovatelka s fyzioterapeutkou, která se ženě denně věnuje. Výsledek odpovídá 25% soběstačnosti klientky především v oblasti hygieny a schopnosti konzumace jídla a pití. Tato škála se mi zdá o něco senzitivnější a více odpovídá stavu klientky.

Souhrn kognitivního výkonu

Výkon klientky během dne značně kolísá, nejlépe je na tom žena výkonnostně v dopoledních hodinách. Odpoledne již většinu času spíše prospí a večer má problémy se spánkem. Po příchodu do zařízení se objevovaly stavy deprese zmatenosti, které výrazně ovlivňovaly i řečové a jazykové schopnosti.

Paměť je výrazně zasažena, zejména pak krátkodobá. Žena si nepamatuje události, které se staly v krátkém časovém období. Zpočátku pobytu v zařízení není schopna vůbec komunikovat s druhými lidmi ani s personálem. Není schopná splnit instrukce složené z více kroků, nedokáže si vybavit slova, aby mohla vyjádřit svá přání a potřeby. Nepamatuje si jména lidí kolem sebe, dobře ví, že je to její syn a vnučky, ale neví, jak se jmenují. Nevzpomíná si, co je dnes za den, ani jaký je měsíc nebo roční období. Neorientuje se ani v čase a místě, kde se nachází. To u klientky vzbuzuje úzkost a strach, cítí se být ohrožena.

Pozornost – Anna není zpočátku vůbec schopna se soustředit na nějakou činnost. Je narušena distribuce pozornosti i vnímání. Než začala u klientky probíhat intenzivní rehabilitace, neměla žádné zájmy, odmítala volnočasové aktivity nabízené

v zařízení. Celý den většinou prospala nebo pozorovala televizi. V noci se Anna často probouzí a nespí. Přes den je přítomna zvýšená únava. Pozornost je narušena i halucinacemi, bludy a stavy zmatenosti, které jsou opravdu velmi časté.

Exekutivní funkce – řazení kroků v úkolu nebo plnění složitějších instrukcí žena na počátku pobytu v zařízení nezvládala. Později přibližně po měsíci, kdy ženě byly upraveny léky a začalo se s její komplexní léčbou, došlo k výraznému pokroku. Léky i její zapojení do aktivizačního programu způsobily zlepšení psychického stavu ženy. Postupně se začala účastnit rehabilitace, sezení i zájmových aktivit s ostatními klienty. Zlepšila se organizace jednotlivých činností a plánování aktivity. V kroužku pečení se začalo ukazovat dřívější nadšení z práce v kuchyni. Odboural se i dřívější ostych a problém navazovat komunikaci a vztah s druhými lidmi.

Rehabilitace

Léčebný plán předepsaný rehabilitačním lékařem je zaměřen především na nácvik chůze pomocí chodítka a na zlepšení pohybových schopností ženy. V plánu není zmíněna stimulace kognitivních funkcí, která je pro Annu nezbytně důležitá. Rehabilitace se soustředí pouze na podporu v samostatnosti a soběstačnosti. Důležité je procvičování jemné a hrubé motoriky, aby nedocházelo k progresi v sebeobsluze. Sama zvládá jíst polévku, u druhého jídla potřebuje asistenci. Pije z hrnku se savičkou.

Orientační vyšetření řeči

Zpočátku bylo velice těžké s Annou navázat osobnější kontakt. Vůbec s nikým nekomunikovala a byla uzavřená do sebe. Prožívala nepříjemné výkyvy nálad a úzkostné stavy, než se adaptovala na nové prostředí. Nedocházelo k propojení nových informací se starými. Klientka nekomunikovala ani výrazem své tváře, v obličeji se nedały vyzorovat známky snahy o kontakt s okolím. Po změně medikace nastalo přibližně po týdnu mírnější zlepšení v psychickém rozpoložení a v chování. Přestala být uzavřená a začala navazovat sociální kontakt s personálem a později i s ostatními klienty zařízení. Dál ovšem nemluvila, pouze odpovídala jednoslovně na jednoduché otázky ohledně jejich potřeb. Spíše pokyvuje hlavou nežli slovně a vyhýbá se delšímu dialogu.

V řeči se dále vyskytují sémantické parafráze, kdy Anna místo předpokládaného slova řekne jiné, příbuzné slovo. Objevuje se i problém v tvorbě nadřazených pojmů a manipulace s nimi. Občas můžeme při rozhovoru s klientkou zaznamenat i používání nesprávného tvaru sloves – agramatismy ve větě. Při delším mluvním projevu žena ztrácí „nit“ tématu a začíná mluvit o něčem jiném. Ženě musíme dát také více času na její odpověď, dochází k delším časovým prodlevám a mnohdy nakonec neodpoví vůbec. Porozumění řeči a čtenému textu je v pořádku. Schopnost pojmenování a vybavování si správných výrazů je porušena. Klientce trvá déle, než si na název předmětu vzpomene a často potřebuje nápovědy. K práci s cvičným sešitem se dostávám až po uplynutí dvou měsíců od jejího pobytu v zařízení.

Terapeutický plán intervence

- hlavním cílem práce s klientkou je zlepšení psychického stavu, komunikace a navazování sociálních kontaktů. Dále se zaměříme na stimulaci kognitivních funkcí a řečových a jazykových procesů. Úkolem logopedické intervence je podněcovat ženu k mluvnímu projevu a k vyjadřování svých základních potřeb. Pomocí různých aktivit v ní vzbuzovat zájem a zahrnout ji i do programu skupinové terapie.

Práce s klientkou probíhala od června 2014 do listopadu 2014

Zpočátku během prvního měsíce práce s klientkou spočívala především v navazování kontaktu. Po té, co jí byla změněna a upravena medikace, nastal v práci viditelný zlom. Klientka se již vydržela déle soustředit a lépe přijímala sociální kontakt. Nejprve jen naslouchala mému povídání a přibližně po třech týdnech (na třetím sezení) se přidala. Odpovídala jednoslovně nebo pokyvovala hlavou, ale bylo již znát, že vnímá a dialogu se účastní. Na konci června již ustoupila depresivní nálada a žena začala být spokojená a sledovala dění okolo sebe. Pominula i únava a zdravotní sestra zaznamenala zlepšení spánkového rytmu. To vše se výrazně podepsalo a ovlivnilo i komunikaci. Na tváři se občas objevil i milý úsměv a fyzioterapeutka začala s klientkou nacvičovat chůzi s chodítkem. V červnu jsme začali pracovat s cvičným sešitem a provedla jsem ženě vyšetření MMSE a test kreslení hodin. Z počátku jsme začali pracovat s prvními 10 úkoly ze sešitu, které jsou lehčí a zaměřují se především na slovní produkci, pojmenování a popis situace.

Důležitou složku tvořil i trénink zrakově-prostorových schopností pomocí různých skrývaček nebo her. Během naší práce měla žena vždy dobrou náladu a spolupracovala, ale jinak se její stav každý den měnil. Docházelo k poměrně velkým výkyvům (deprese). S nikým z klientů za celou dobu pobytu nenavázala silnější vztah. V srpnu se povedlo, aby se účastnila skupinové terapie na téma zaměstnání. Pracovala s dobrou náladou a pár větami ostatním popsala své bývalé povolání. Anna je při práci vždy tišší a drží se zpět, ale do všech úkolů se zapojila, což bylo hlavní a nikdo z ošetřujícího personálu to nečekal. Na druhé sezení konané koncem srpna se již velmi těšila, zvláště pak když zjistila, že se to bude týkat vaření. Hodně jsme na toto téma spolu při individuální péči vedli rozhovor. Lahvička s rozmarýnem ji tak nepřekvapila a dokonce si vzpomněla i na svůj oblíbený recept, který ostatním sdělila. V říjnu proběhl třetí blok. Anna byla od srpna téměř bez depresivních nálad, komunikovala a z jejího zlepšení měl radost i syn s rodinou. Na začátku listopadu jí ovšem sdělil, že pro ni našel nové zařízení, a tak až se tam uvolní místo, že tam ženu přemístí. Klientka si zprávu příliš nevědomovala. Stihla se ještě zúčastnit našeho čtvrtého bloku na téma nakupování, kdy podávala výborný výkon. Společně s Květou třídila druhy látek a snažila se tvořit pojmy do jednotlivých kategorií. Na konci listopadu se uvolnilo místo v zařízení specializující se na osoby s demencí v Hradci Králové. Žena když zjistila, že se bude druhý den stěhovat, upadla do silné deprese a došlo opět k náhlému zhoršení celkového stavu. Druhý den již s nikým nekomunikovala.

Aktivizační program stimulace

Červen 2014 – navazování sociálního kontaktu; ke konci měsíce vyšetření MMSE a test kreslení hodin.

Červenec 2014 – práce s cvičným sešitem; trénujeme pojmenování a popis situace, procvičování slovní zásoby a vyjadřování; podněcují ženu k delšímu vyjadřování, aby nemluvila jen jednoslovně. Depresi se daří držet v remisi.

Srpen 2014 – zlepšení nálady a celkové pohody, začíná přiřazovat správně dvojice, povzbuzujeme ji v rozhovoru a v práci; začínáme trénovat i vyřazování předmětů z řady na základě určité vlastnosti, tvorba pojmů a manipulace s nimi. Zkoušíme i složitější úkoly a zaměřujeme se na tvorbu přídavných jmen – synonym a

antonym, popisujeme homonyma a jejich možné obměny. Procvičování slovní zásoby a stimulace zrakově-prostorových schopností.

Říjen 2014 – ve třetím bloku skupinového sezení je Anna velice aktivní. Není sice iniciátorem dialogu, ale odpovídá a spolupracuje s ostatními klienty ze zařízení. Snažíme se zlepšit i orientaci místa a času, ale to se příliš nedaří. To, kde se klientka nachází, již poměrně chápe, ale čas nebo datum nevnímá.

Listopad 2014 – práce s druhou polovinou sešitu, blok číslo 15 - úkoly jsou pro klientku složité, proto jí je přizpůsobuji – například dodělávám obrázky a zpřesňuji úkoly. Nejvíce ženu potěšil poslední úkol, číslo 16, který se týká pečení bábovky a správného pracovního postupu. Žena se ještě stihla účastnit v dobrém rozpoložení skupinového sezení na téma nakupování. Aktivně se jednotlivých činností účastnila a sedla si s novou spolubydlící Květou. Koncem tohoto měsíce přišla pro ženu nepříjemná zpráva, že se bude stěhovat do nového zařízení. Bylo neuvěřitelné, k jakému obratu došlo. Žena ze dne na den upadla do deprese a špatné nálady, její stav se silně zhoršil a přestala opět komunikovat jako na začátku.

Zhodnocení práce s terapeutickým materiálem

Klientka si prošla všemi úkoly z cvičného sešitu. Práci jsme ovšem zahájili déle, proto se některé úkoly nestihly znovu zopakovat, a nevíme tak zda u nich došlo ke zlepšení, stagnaci nebo zhoršení. Nejvíce jsme procvičovali slovní zásobu, vyjadřování, pojmenování a spontánní mluvní produkci. Složitější úkoly jsme nejprve vyzkoušely, abychom zjistili na kolik procent je schopná jej zvládnout, a následně jsme je buď jen obměňovali, nebo uzpůsobovali a upravovali možnostem a schopnostem klientky. Od července se ani jedenkrát nestalo, aby klientka nespolečně pracovala. Naopak se na společnou práci těšila. Do zařízení jsem docházela pravidelně jeden den v týdnu, pečující personál mi sdělil, že klientka se koncem října začala zajímat jaký je den a ujišťovala se, jestli zase přijdu ve středu. Ptala se sice na den, ale nedokázala si již vybavit, za jak dlouho to bude. To znamená, věděla sice, že je pondělí a já, že přijdu ve středu, nevěděla ovšem za jak dlouhé časové období to bude (zítra, pozítří, popozítří, za dva / tři dny), to nedokázala určit. Proto se ptala třeba i několikrát za den, personál ji sice pokaždé odpověděl, ale ona potřebovala vědět počet dnů, kdy to bude. K tomu samému docházelo i před příjezdem syna.

Vyhodnocení tabulky viz. příloha A – O.

Tabulka č. 8 Zhodnocení práce klienta s terapeutickým materiálem

cvičení	Červen	červenec	srpen	listopad
1. úkol		76%	83%	93%
2. úkol		62%	61%	62%
3. úkol	51%		56%	51%
4. úkol	51%		66%	
5. úkol	92%			
6. úkol	75%			
7. úkol		66%	43%	43%
8. úkol	85%			
9. úkol			34%	34%
10. úkol		84%		
11. úkol		83%		
12. úkol			16%	16%
13. úkol			-	
14. úkol			-	
15. úkol			23%	38%
16. úkol		65%		83%

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 19. 3. 2015]

Anna ve většině případů zvládala úkoly plnit nad 50% jen v pár případech, kdy bylo cvičení opravdu složité na paměť, nebo myšlení se pohybovala pod touto hranicí. Nejvíce jsme trénovali úkoly číslo 1 a 2. Ty jsme každý měsíc nacvičovaly v různých obměnách a na konci měsíce jsme provedli pro ověření ty z cvičného sešitu. Zjišťovala jsem tak jestli se klientka lepší v této oblasti nebo ne. U prvního úkolu se zlepšila, v listopadu již vyjmenovala sama 13 dvojic a pouze u dvou jsem jí musela asistovat. U úkolu číslo 7 došlo ke zhoršení, žena přísloví nepoužívá a příliš ji toto cvičení nezajímalo. Dobrých výsledků dále dosáhla v úkolu 16 a 4. Ke stagnaci nebo mírnému zhoršení naopak došlo v případě úkolů 12, 9 a 3. Úkoly z bloku 13 a 14 byly příliš složité a využívali jsme je spíše jako náměty pro diskusi, neboť nesplnila ani jednu činnost ze zadání.

Paní Věra

68letá žena byla do Domova Vitalita umístěna na začátku června 2014. Byla sem převezena z psychiatrické nemocnice Bohnice, kam ji hospitalizovali po pokusu o sebevraždu. U ženy se objevuje suicidální způsob chování, agresivita, poruchy vnímání a hypoaktivita. Žena žila v Praze v bytě sama. Sousedé a její nejbližší okolí zaznamenali počátky jejího zvláštního způsobu jednání přibližně před třemi lety. Věra začala být zmatená, večer ji potkávali, jak bloudila po chodbách domu, mívala zvláštní nutkavé myšlenky a zachvacovaly ji pocity paniky. Mívala také časté pocity ohrožení, deprese a zlostné výbuchy nálad, při nichž svým sousedům nebo cizím lidem vulgárně nadávala. Před tím než byla hospitalizována, přestala vycházet ven, lidé ji přes měsíc neviděli, tak kontaktovali jejího syna, který žije ve Švýcarsku. Ten bohužel přes pracovní vytíženost nepřijel a na místo poslal za sebe svou sestřenicí. Žena ji do bytu nepustila, tak sestřenice kontaktovala pražskou krizovou linku a případ nahlásila. Lidé z centra krizové pomoci pak ženu našli, jak se chystala spolykat velké množství léků. V psychiatrické léčebně byla ženě poskytnuta pomoc a došlo k jejímu vyšetření odborníky, kteří stanovili vhodný způsob terapie. Žena byla stabilizována, utlumena farmaky a převezena do Domova Vitalita, kde měla probíhat následná péče a rehabilitace. Věra je silně podvyživená, byl jí vytvořen speciální jídelníček pro zlepšení osobní váhy.

Věře byla diagnostikována Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem, doprovázená depresí, poruchami vnímání a výkyvy nálad. Ženě byl nasazen galantamin – dávka 8-16 mg denně.

Zaměstnání: žena pracovala jako normařka ve Švýcarsku.

Rodinný stav: žena pracovala a žila s rodinou ve Švýcarsku, později se s manželem odstěhovala do Prahy, kde již zůstala po jeho smrti bydlet sama. Má dva syny, oba žijí a pracují ve Švýcarsku. V České republice má jen svou starší sestru a neteř, která ji byla v bytě zkontrolovat na přání jednoho ze synů. Věra si manželovu smrt neuvědomuje a na toto téma je zakázáno s ní komunikovat nebo ji manžela jakýmkoliv způsobem připomínat. Žije v domnění, že muž odešel za jinou ženou a ji opustil. Za celou dobu pobytu, ženu nikdo z rodinných příslušníků nenavštívil.

Vyšetření: MMSE – 15 bodů; FAQ-CZ, BADLS-CZ.

MMSE: klientka byla vyšetřena v psychiatrické léčebně Bohnice, kde získala skóre 15 bodů. Demence je tedy středně těžkého typu. Ke ztrátě bodů došlo především v oblastech orientace místa, času data i vlastní osoby. Věra nebyla schopna ani jednou odečíst číslo 7 od čísla 100 a nezapamatovala si 3 předměty. Body získala na úkolech, v nichž měla uposlechnout jednoduché příkazy a v pojmenování. Průnik pětiúhelníků zakreslit nesvedla a napsala nesrozumitelnou větu bez podnětu a přísudku.

FAQ-CZ: podle dotazníku, který vyplňovala zdravotní sestra, dosáhla klientka aktuálně 29 bodů, což odpovídá 3% soběstačnosti, ovšem to musíme brát s rezervou, neboť v dotazníku jsou uvedeny dovednosti, které neodpovídají schopnostem klientky v tomto stádiu nemoci a je tedy neadekvátní jej u ní provádět, jelikož je v nevýhodě.

BADLS-CZ: dotazník vyplňovala zdravotní sestra společně s ošetřovatelkou. Tento dotazník je pro klientku mnohem vhodnější nejen otázkami, ale i tím na jaké oblasti se zaměřuje. Dojde tak k přesnějšímu určení aktuálního stavu pacienta. Věra v tomto dotazníku dosáhla 36 bodů, její samostatnost se pohybuje na úrovni 40%.

Souhrn kognitivního výkonu

Kognitivní funkce jsou ovlivněny depresemi, stavy dezorientace klientky a poruchami vědomí. V jednotlivých oblastech můžeme zaznamenat silné výkyvy. Dochází k vizuálním halucinacím, blouznění a k agresivnímu chování vůči okolí.

Paměť je výrazně zasažena. Žena není schopna si vybavovat získané informace a dále s nimi pracovat. Deficity jsou tedy především v krátkodobé paměti, dlouhodobá je v pořádku. Klientka se neorientuje místem, časem ani vlastní osobou. Je tedy zasažena i složka sebeuvědomování a dovednosti navazovat sociální kontakty. Vizuální halucinace znemožňují ženě vnímat realitu a prostředí zařízení. U ženy se projevuje i tzv. anozognozie, tedy stav, kdy si pacient svou nemoc neuvědomuje.

Pozornost je narušena, žena není schopna se soustředit na jakoukoliv činnost. Zmateně bloudí po chodbě a místnostech svého pokoje. Nepoznává tváře lidí ani své věci. Vědomí je lucidní a nevnímá okolní dění. Schopnost koncentrace a distribuce pozornosti je také poškozena a narušena zmateností. Žena nevnímá ani denní režim, většinou celý den i noc prochází po chodbách. Zpozorní pouze v případě, že slyší své jméno výrazně vyslovené. Žena při individuální práci ani při rehabilitaci nespolupracuje. Pozornost je stále odváděna jinými rušivými podněty nebo halucinacemi.

Exekutivní funkce jsou také zasaženy. Nedochází k organizaci aktivit nebo činností, ženě musíme dávat jasné a stručné příkazy. Většinou nezvládne výběr z více jak dvou nabídek, spíše používáme otázky typu ano / ne. Pokud chceme, aby se žena napila nebo najedla, musíme ji na to upozorňovat a podávat jí jednoduché pokyny k provedení činnosti. Úkoly nedokončuje.

Rehabilitace

Fyzioterapie se soustředí na pohybové schopnosti, aby nedocházelo k jejich progresi. Jednoduchými cviky se fyzioterapeut snaží zamezit výkyvům v sebeobsluze a v samostatném pohybu. Rehabilitace obsahuje také vodoléčbu, teplé obklady a kyslíkovou terapii. Věra musí mít na fyzioterapii muže, jinak nespolupracuje. Při první měla ženu, spolupráce nebyla možná, jelikož jí Věra osočovala a vulgárně nadávala. Její neadekvátní chování fyzioterapeutka těžce nesla. Dále se pečující personál snaží zapojit Věru do zájmových aktivit, které klientům domova pravidelně chystají a jimiž se je snaží zabavit.

Orientační vyšetření řeči

Věra nenavazuje osobní kontakt s nikým z lidí, kteří ji obklopují. Je uzavřená sama do sebe a nekomunikuje. Nesnese jakékoliv doteky nebo hlazení. Nenavazuje oční kontakt a nespolupracuje s nikým. Projevuje se buď gesty, nebo jednoslovně. Aktivní slovní zásoba je chudá, ojediněle se objeví i jednodušší souvislá věta. Žena nepojmenovává předměty kolem sebe, pouze ukazuje. Porozumění řeči je podle vyšetření i reakcí klientky v pořádku. Kontakt je neustále narušován nutkavými odchody na chodbu nebo z místnosti ven a zase zpět. Při práci se objevuje i mírný třes končetin. Nelze říci, jestli se objevují automatismy, z rozhovoru nelze nic

podstatnějšího upozorovat. Věra nerozumí humoru ani ironickým vtipům. Při delším pozorování zjišťujeme, že je narušena fonetická stránka řeči. Zaměňuje podobně znělé hlásky ve slově. Nemluví konkrétně, intonace je monotónní. Deficity se objevují i v porozumění složitějšímu textu.

Terapeutický plán intervence

- podpora mluvního projevu a navazování kontaktu s druhými lidmi. Cílem je zlepšit psychickou pohodu a zmírnit výkyvy nálad, pomocí skupinové terapie a spolupodílení se na zájmových aktivitách.
- snažíme se motivovat ženu ke komunikaci a k delší slovní produkci;
- rozvíjíme pracovní tempo, pružnost, pohotovost a spolupráci s ostatními.

Práce s klientkou probíhala od června 2014 do listopadu 2014

Individuální terapie u klientky téměř neprobíhala. Nebylo možné s ní navázat osobně kontakt a intenzivněji s ní pracovat. Většinou mne od sebe odháněla a přála si, abych opustila místnost. V červnu jsme nechávali klientku pozorovat mou práci s ostatními klienty, především pak s Marií, které to nevadilo. Věra se občas zapojila, proto jsme s pečujícím personálem a zdravotní sestrou usoudili, že by nebylo špatné ženu zapojit do připravované skupinové terapie. Během července došlo ke změně medikace. V červenci s klientkou naprosto nešlo pracovat, celý měsíc negativně reagovala na změněné léky. Byla agresivní, objevovaly se u ní výrazné výkyvy nálad i zhoršení v sebeobsluze. Přibližně po 14 dnech užívání se stav začal zlepšovat, navrátila se chuť k jídlu a klientka začala pomalu, jednoslovně komunikovat s personálem. Na začátku srpna jsme využili poměrně dobré nálady a došlo k pozitivní reakci na úkol číslo 2. Pečovatelka Věře barvila hlavu a já pracovala s Marií, když v tom Věra zareagovala na obrázek z úkolu, číslo dva. Situační fotografie ji zaujaly, čehož jsme okamžitě využili a začali společně pracovat. A tak to šlo pokaždé, snažili jsme se vnímat Věřiny reakce na mou práci s ostatními klienty, a když byla její odezva kladná, začala jsem s ní pracovat. Nejvíce jsme se obávali práce ve skupině, ale bylo to zbytečné. Věře více vyhovuje skupinová terapie, všechny nás mile překvapila, jak dokázala najednou za přítomnosti ostatních pracovat a plnit úkoly. Nejlepší aktivity dosáhla při třetím sezení, bylo zajímavé, jak dokázala ostatním vyprávět o své minulosti.

Zhodnocení práce s terapeutickým materiálem

Snaha o stimulaci terapeutickým materiálem u klientky probíhala ve spojení s prací s jinou klientkou. Samostatně se mnou Věra nikdy nespolečně pracovala, částečně splnila 6 úkolů. Při práci nesnesla mou asistenci a nereagovala na ni. Splnila tak jen to, co jí zajímalo a u čeho projevovovala zájem. Při kontaktu nesnesla jakýkoliv dotyk nebo projev náklonnosti. Vyhodnocení tabulky viz. příloha A – O.

Tabulka č. 9 Zhodnocení práce klienta s terapeutickým materiálem

cvičení	červen	červenec	srpen	listopad
1. úkol	-			
2. úkol	-		5%	
3. úkol	-			
4. úkol	-			
5. úkol		-		
6. úkol		-		
7. úkol				25%
8. úkol			32%	
9. úkol	-			
10. úkol			-	
11. úkol			-	
12. úkol			-	
13. úkol				-
14. úkol		16%		
15. úkol				13%
16. úkol		33%		

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 19. 3. 2015]

V červnu Věra nesplnila ani jeden jediný úkol z cvičného sešitu, spolupráci semnou naprosto odmítala, snažila jsem se s ní navodit alespoň kontakt četbou její oblíbené knihy, nebo povídáním na Věry oblíbené téma týkající se módy, vaření a cestování. Výkon klientky z úkolů, které provedla, se pohyboval na hranici 20 – 25%. Překvapila mě svým výkonem v úkolu číslo 15, kdy s mírnou dopomocí

vyplnila správně 8 úloh. Ve skrze se jednalo o spojování slov, kde měla tvořit dvojice a o vyplnění tajenky. Ženě jsem pomáhala tak, že jsem seděla vedle ní a na pracovním listu jí ukazovala, jak se má úkol vyplnit. Na dvou příkladech klientka postup většinou pochopila a následně pokračovala sama. Výsledky své práce porovnávala s mými, chyby ovšem viděla velice obtížně, a tak jsem se vždy snažila se pokusit je s ní opravit. Většinou žena reagovala negativně. Dále se Věra pokoušela o vyplnění úkolu číslo 13 a 17, ale neporozuměla zadání a nezvládla to ani s asistencí. Žádný z úkolů se nepovedlo vypracovat podruhé, aby se ukázalo, zda došlo k nějakému pokroku nebo ne. Věra individuální způsob práce odmítala a kladně přijímala spíše skupinovou terapii, na kterou jsem se zaměřila. Na konci listopadu byla žena přemístěna do jiného typu zařízení, o převozu ji nikdo z blízkých neinformoval. V den odjezdu personálu pověděla, že nikam odjet nechce, že se jí zde líbí. Za období strávené v Domově Vitalita, došlo u ženy k poměrně výraznému zlepšení. Zpočátku byla agresivní a nepřijímala k sobě nikoho z okolí. Nenavazovala žádný kontakt a nejedla. Po změně medikace se zhoršila i sebeobsluha a ovládání nutkavého chování po chodbách, objevovaly se častěji halucinace, bludy, častější výkyvy nálad a agresivita. Po čtrnácti dnech od medikace nastal zásadní zlom, klientka se ve všech těchto oblastech začala lépe a docházelo k čím dál častější komunikaci s personálem. V tuto dobu se účastnila i skupinových sezení, v nichž se začala projevovat. Po té jí byly znovu změněny léky, takže opět došlo k progresi jistých funkcí, ovšem když se její stav počal navracet, byla Věra přemístěna do jiného typu zařízení.

Případová studie č. 5

Paní Zdena

78letá žena byla do Domova Vitalita umístěna druhý týden v srpnu 2014. Zdena do zařízení přišla z důvodu lázeňské rehabilitace, aby došlo k její rekonvalescenci po delším onemocnění. Rodina navíc potřebovala ženu dočasně umístit do nějakého typu zařízení, než se uvolní místo v domově pro seniory, kam si žena podala žádost. Zdena je veselá, komunikativní a má ráda společnost. Vyhledává sociální kontakt. Problémy s pamětí a deprese se u ní poprvé objevily před šesti lety. Syn potvrdil, že matka často ztrácí věci, pokládá je na místa, kde je potom nemůže najít a zhoršila se i její schopnost samostatného pohybu. Po dlouhodobé hospitalizaci má problémy se sebeobsluhou a hygienou. Pohybuje se na vozíku. Za poslední rok ona sama vnímá čím dál silnější výkyvy nálad, občas se objevuje i zlost a agresivita vůči okolí. Zdena je celkově rázná povahy, diktuje okolí, co jak má dělat. Klientka se neustále ptá na čas a datum (několikrát denně) a má nutkání neustále kontrolovat poštu a mobilní telefon.

Zdeně byla diagnostikována středně těžká demence a depresivní syndrom. Často se u ní objevují stavy zmatenosti a deliria. V Domově Vitalita rehabilitační lékař zaznamenal tzv. parkinsonovský třes rukou.

Zaměstnání: pracovala jako vychovatelka ve školní družině. O letních prázdninách jezdila s dětmi na letní tábory.

Rodinný stav: žena je vdova, má jednoho syna a dvě vnoučata. Syn matku pravidelně v zařízení navštěvuje.

Vyšetření: MMSE – celkové skóre 10 bodů; FAQ-CZ, BADLS-CZ, orientační vyšetření řeči.

MMSE – plný počet bodů Zdena získala jen v bodě číslo 2 (zapamatování) a 8 (čtení a splnění příkazu). Jeden jediný bod dostala v oblasti orientace v odpovědi na otázku, co je dnes za den. Ovšem to ji podezřívám z toho, že si den tipla, ale skutečně ho nevěděla. Při výbavnosti předmětů z bodu dva si dokázala vzpomenout na lopatu.

Větu z úkolu 6 po mě nezopakovala a tříступňový příkaz splnila jen za dva body. V retestu získala znovu 10 bodů, výsledek tak byl naprosto stejný.

Test kreslení hodin klientka odmítla splnit. Vyprávěla mi, že ciferník už kreslila v nemocnici a že to znovu kreslit nebude, protože se jí to nepovedlo a získala prý nula bodů. Vyšetřující ji prý měl dokonce sdělit, že v testu propadla. Nevím, co je na tom pravda, ale k tomuto testu jsme se již během naší práce nevrátili.

FAQ-CZ: dotazník vyplňoval syn klientky a měl k němu negativní připomínky, že tento test je neobjektivní, jelikož většinu aktivit, které v něm jsou uvedeny, které zjišťuje, jeho matka nikdy nedělala, a tudíž ji v nich nelze hodnotit. Nevyplnil ho.

BADLS-CZ: dotazník vyplňovala zdravotní sestra společně s pečovatelkou. Zdena získala 34 bodů, její soběstačnost lze tedy odhadnout na 43%. Klientka je závislá na druhých lidech v oblastech pohybu a hygieny, v jídle a pití je samostatná.

Souhrn kognitivního výkonu

Nejvíce došlo k zasažení exekutivních funkcí a k poruše vizuální percepce. Další deficity se vykazují v oblastech verbální paměti, abstraktního myšlení a pozornosti. Kognitivní funkce dále ohrožují poměrně časté výkyvy nálad, deprese, vizuální halucinace, bludy, pocity nejistoty a poruchy vnímání. Žena sice po místnosti necestuje, jelikož je na vozíku, ale neustále vybízí personál ke kontrole jejího telefonu a pošty. Zdena bývá zmatená a trpí zvýšenou únavností přes den. V noci dochází k poruchám spánku.

Paměť i vědomí jsou ovlivňovány aktuálním stavem klientky. Poškozena je krátkodobá paměť a výbavnost údajů týkající se data narození rodinných příslušníků nebo adres důležitých míst. Žena si neuvědomuje den, měsíc ani roční období, jaké právě trvá. Nemá ponětí o tom, kde se nachází. Myšlení se vztahuje pouze ke konkrétním věcem. Psychické změny ovlivňují i funkci paměti.

Pozornost ovlivňuje práci klientky při rehabilitaci. Žena se obtížněji soustředí na činnosti, které má provádět. Nedokáže se plně koncentrovat, nechává se rozptýlit jinými podněty. Při práci musí být v pokoji vždy naprostý klid. Zvýšená

únavnost přes den a stavy zmatenosti způsobují značné výkyvy v koncentraci. Při práci musíme klientku neustále upozorňovat a postupně ji navádět, co jak má dělat.

Exekutivní funkce. Její porucha se projevuje ve zvýšené kritičnosti vůči okolí. Žena sice ráda organizuje práci nebo uděluje druhým, co mají dělat, ale všechno je to velmi zmatené. V organizaci nějaké činnosti často postupuje obráceně, nebo tak, jak jí to právě napadne. Není schopna propojovat nové informace se starými. Vždy byla zvyklá se řídit pomocí času, proto je velmi nejistá a neustále se na čas během dne ptá (klidně i několikrát za minutu). Své chování vůči druhým dokáže ještě poměrně dobře ovládat.

Rehabilitace

Žena je po dlouhodobé hospitalizaci stále na vozíku, takže v rámci lázeňské léčby dochází k nácviku chůze pomocí chodítka. Dále je práce s klientkou zaměřena na podporu hrubé a jemné motoriky. Zlepšení soběstačnosti v osobní hygieně a při jídle. Zdena používá při pití hrnek se savičkou, jelikož se objevil třes rukou, je pro ni tento způsob pití přijatelnější a pohodlnější.

Orientační vyšetření řeči

Zdena je komunikativní člověk, ráda navazuje s druhými lidmi sociální kontakt a většinou iniciuje rozhovor. Nelze si ovšem nevšimnout v řeči jistých deficitů či změn. Spontánní řečová produkce je v pořádku, plynulá a poměrně bohatá slovní zásoba. V mluvním projevu si můžeme všimnout častého opakování určitých typů slov a používání řečových automatismů. Gramatická struktura informace není logicky uspořádána. Je narušeno správné řazení slov ve větě. Objevují se též poruchy symbolických funkcí, žena není schopna přečíst nebo napsat jednoduchý text. Nerozumí humoru a ironickému způsobu odpovědi. Práce s abstraktními pojmy je pro ni značně náročná. Výkon je horší i v opakování slov nebo v porozumění přečteného textu. Porozumění řeči či obrázkové výpovědi je v pořádku. Pojmenování a výbavnost slov závisí na psychickém rozpoložení, ale klientka v této oblasti dosahuje celkem dobrých výkonů. Fonetická stránka řeči je v pořádku. Při poruše nálady je sdělení obsahově zmatené a neuspořádané. V konverzaci dochází

ke snížené schopnosti udržet déle téma. Zdena přeskakuje z jedné dějové linie do další. Témata spolu většinou nesouvisí. Klientka ve větě špatně používá zájmena.

Terapeutický plán intervence

- cílem práce je stimulace kognitivních funkcí, podpora mluvního projevu a vizuálně-prostorového vnímání. Zásadní je procvičování slovní zásoby a adekvátního vyjadřování. Při skupinové práci podporujeme spolupráci.

Práce s klientkou probíhala od srpna 2014 do října 2014

Klientka od začátku výborně spolupracovala, neměla problém semnou navázat sociální kontakt a posléze i bližší vztah. Kladně přijímala i další způsoby kontaktu jako dotyk na rameno, podání ruky na přivítání nebo pohlazení. Mezi hlavní aktivity práce s klientkou patří úkoly zaměřené na pojmenování, popis dějové osnovy. K práci jsem využívala uzpůsobené úkoly z cvičného sešitu. Jako dobré se ukázaly především ty první, v nichž jsme trénovali pojmenování a spojování dvojic nebo vyřazování předmětu z řady. Dále jsme zkoušeli i tvorbu přídavných jmen, rýmů, slov začínajících na konkrétní hlásku, vymýšleli jsme názvy měst, států, spisovatelů a podobně. Práce ženu bavila a příjemné bylo, když jsem se dozvěděla, že se během týdne pečujícího personálu ptá, kdy už bude zase středa. V říjnu jsme se soustředili na trénink paměti a zkoušeli jsme cviky na zrakově-prostorovou orientaci, která je poměrně špatná. Zdena se zúčastnila celkem tří skupinových sezení, při nichž byla vždy velice aktivní, a někdy jsme ji museli společně s ošetřovatelkou usměřňovat, aby se dostalo i na ostatní. Klientku jsme tak učili spíše schopnosti naslouchat druhým a pozorovat je při práci. Na konci října 2014 se v domově pro seniory, kam měla Zdena podanou žádost, uvolnilo místo a ona se musela přemístit do tohoto typu zařízení. Zdena z toho byla velice smutná a dostavila se u ní deprese, když odjížděla, těžko se s prostředím i lidmi loučila.

Aktivizační program stimulace

Srpen 2014 – seznámení s klientkou proběhlo poměrně rychle, prakticky hned se zapojila do stimulačního programu. Následně další týden došlo k vyšetření MMSE. Klientka sama žádala, abychom ji zapojili i do skupinové terapie, kterou jsme na nadcházející den plánovali. Během společného sezení Zdena tvořila hlavní

článek, který se staral o plnění všech úkolů a zábavu ostatních klientů. Ve většině případů byla tím, kdo v činnosti začínal, a motivovala k práci i druhé.

Říjen 2014 – Zdena ráda vypráví o svých zálibách nebo o bývalém zaměstnání. Mluvní projev je stále na stejné úrovni, nedochází k žádnému zhoršení. Depresi se daří delší dobu držet v remisi. Spolupráce je na dobré úrovni, zkusíme i složitější úkoly z cvičného sešitu. Složitější, používáme jako náměty pro další rozhovor. Na konci tohoto období zkusíme psaní jednoduchých textů, posílání pohledu nebo dopisu, což je pro ni velmi obtížné a nedaří se nám napsat ani kratší srozumitelnou větu (žena si vymýšlí, co napsala). Na konci října její pobyt v Domově Vitalita končí. Došlo k náhlým výkyvům nálady a ke zhoršení psychického stavu. Klientka má obavy z nového prostředí a je jí líto, že musí odejít jinam.

Zhodnocení práce s terapeutickým materiálem

Tabulka č. 10 Zhodnocení práce klienta s terapeutickým materiálem

cvičení	srpen	říjen
1. úkol	54%	
2. úkol	43%	
3. úkol	56%	
4. úkol	66%	
5. úkol		84%
6. úkol		88%
7. úkol		66%
8. úkol	85%	
9. úkol		50%
10. úkol	72%	
11. úkol		48%
12. úkol		16%
13. úkol	-	
14. úkol	-	
15. úkol		47%
16. úkol		65%

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 19. 3. 2015]

Zdena za takto krátký čas stihla splnit všech 16 bloků z cvičného sešitu. Během jednoho sezení dokázala vyplnit i více jak 3-4 úkoly, podle jejich obtížnosti. Bohužel již nebylo možné provést opravu těchto úkolů, aby se zjistilo, zda došlo k nějakému zlepšení nebo ne. Lehčí cviky žena plnila přibližně na 80%. Průměrně se ale pohybovala na hranici 50-60%, což také nebylo vůbec špatné. Úkoly číslo 13 a 14 nezvládla, byly pro ni příliš obtížné a abstraktní. Nejméně procent získala v úkolu číslo 12. S dopomocí vyplnila jednodušší cvičení, v němž měla spojit protějšky rodinných příslušníků. Největší obtíže měla při spojování neteř – synovec. Cvičení s přidavnými jmény jí nešlo vůbec. Měla problém vytvořit slovo opačné. Nejlepších výkonů dosáhla v úkolech číslo 5, 6, 8 a 10 – jednalo se o úkoly, které spočívaly vždy v přiřazování nebo vyřazování věcí na základě jejich vnější podobnosti. Zdena však nebyla většinou schopná tuto vlastnost pojmenovat a říci, proč právě daný předmět do řady nepatří. Další měsíc jsme se tak zaměřili především na tuto oblast.

Průměrných výkonů žena dosahovala v oblasti pojmenování nebo popisu situace či pracovního postupu. Během terapie se občas objevily výkyvy nálad nebo emoční labilita, ale depresi se dařilo držet v remisi. Klientka dosahovala při práci dobrých výkonů, za které byla vždy adekvátně chválena.

Paní Květa

73letá žena byla do Domova Vitalita umístěna v prosinci roku 2014. Její pobyt trval do poloviny března 2015, než byla přemístěna do jiného typu zařízení. Klientka je po cévní mozkové příhodě, zasažena byla oblast pravé hemisféry. Žena je stabilizovaná a rehabilitace se soustředí především na nácvik chůze s chodítkem. Květa je velice snaživá a velmi ji na zlepšení jejího stavu záleží, jelikož se hodlá vrátit zpět do svého domu. Dále si Květa stěžuje na problémy s pamětí, které začala po mozkové příhodě pociťovat. Doslova si stěžuje na to, že se hůře soustředí a nejde jí vybavovat si určité informace. Tento problém v ní vyvolává nepříjemné pocity strachu, kolísání nálad i vnímání. Syn klientky vypověděl, že se u matky objevují deprese a silné výkyvy nálad. Žena má ráda řád a pořádek, proto jí silně zneklidňuje, když zjistí, že odkládá předměty na jiné místo, než je zvyklá. V řeči si stěžuje na problém ve výbavnosti adekvátních slov, kterými chce sdělení vystihnout. Celkově Květa působí velice nervózním a neklidným dojmem, který je ještě umocněn zoufalstvím z aktuálního stavu. Od práce rehabilitačního týmu v Domově Vitalita očekává, že se její zdravotní stav zlepší natolik, aby se mohla navrátit ke svému způsobu života, než onemocněla. Žena potřebuje výraznější dopomoc v hygieně i jiných sebeobslužných činnostech.

Zaměstnání: žena je bývalá dělnice a později i vedoucí v továrně ZPA Nová Paka – lehký průmysl.

Rodinný stav: žena je vdova, má dva syny, kteří žijí v Nové Pace. Matku navštěvují jednou za 14dní, nemají k ní příliš blízký vztah.

Vyšetření: MMSE – 18 bodů, test kreslení hodin, FAQ-CZ, dotazník BADLS-CZ, orientační vyšetření řeči.

MMSE – celkové skóre získané z vyšetření bylo 18bodů. Žena prokazatelně trpí středním stádiem demence. Její výkon značně kolísá podle aktuálního stavu a psychického rozpoložení. Klientka si svůj stav plně uvědomuje a je z něho nešťastná a úzkostná. Ke ztrátě bodů došlo v orientaci – žena při vyšetření neznala datum, měsíc ani roční období. Špatně se orientovala v místě i vlastní osobě.

Neodečetla od čísla 100 číslo 7 a nevzpomenula si ani na jeden z předmětů, který si měla zapamatovat. V druhé části správně porozuměla příkazu jak vyslovenému tak i čtenému, ale nezvládla napsat větu ani nakreslit pětiúhelníky s průnikem podle předlohy. Ze svého výkonu byla znepokojená a rozčilovala se z něho.

Test kreslení hodin – žena nakreslila hranatý ciferník, hrany jsou nepravidelné, do ciferníku umístila římské číslice, první polovinu zapsala správně, ovšem v druhé se již projevila prostorová dezorganizace a čísla byla různě zpřeházena. Chybí zakreslení hodinových ručiček a čas, který měla klientka vyznačit, napsala do ciferníku číselně.

Obr. č. 4



FAQ-CZ – dotazník vyplňoval starší syn, který ženu do zařízení přivezl, ale upozornil personál na skutečnost, že se s matkou příliš nestýká a nezná tak problémy s kterými se v oblasti soběstačnosti potýká. Z odpovědí syna dosáhla klientka 23 bodů, tedy 23% soběstačnosti.

BADLS-CZ – dotazník vyplnila zdravotní sestra a pečovatelka. V tomto dotazníku Květa získala 30 bodů a výsledné skóre 50% mnohem více odpovídalo jejímu aktuálnímu stavu. Žena je inkontinentní, ale své potřeby je schopna si hlídat a personál na ně upozornit. Při jídle potřebuje lehkou pomoc, pije z běžného hrnku.

Souhrn kognitivního výkonu

Úroveň rozumových schopností značně kolísá, podle psychického stavu ženy, který ovlivňuje jak výkonnost, tak i spolupráci. Demence postihuje především paměť, myšlení, pozornost i řeč – především její obsahovou stránku. Depresivní stavy ovlivňují vnímání, mnestické funkce i vědomí.

Paměť – žena si stěžuje na poruchy krátkodobé paměti, špatně si vybavuje data, názvy a jména. Neorientuje se v čase a špatně si vybavuje události z nedávné doby. Klientka není schopna plnit více instrukcí za sebou, potřebuje vedení a přesný postup činnosti. Deficity se projevují i v propojování starých a nových informací a v tvorbě pojmů. Klientka má také problémy pohybovat se v novém prostředí.

Informace týkající se jí a jejího stavu, si žena velice dobře pamatuje, ale obecné zprávy ne. Dlouhodobá paměť je v pořádku, při vyprávění žena využívá fotografií.

Pozornost slábne při stavech úzkosti a při depresi. Žena je schopná se koncentrovat na jednu činnost po dlouhou dobu, nevyruší ji ani silnější podněty. Nejdéle je schopná se zabývat přebíráním korálek nebo luštění. V noci se u ženy objevují poruchy spánku a blouznění.

Exekutivní funkce – neschopnost plánovat nebo si zorganizovat aktivitu znemožňuje klientce věnovat se původním zálibám. Žena si činí vyšší nároky na pečující personál v domnění, že v jeho přítomnosti bude rychleji zdráva. Květa provádí zbrklá a nerozvážná rozhodnutí. Nezvládá splnit více kroků najednou při zadání delší instrukce. Jednu činnost dokáže dělat do doby, než ji nabídneme jinou. Ulpívá na druhých lidech, především pak na zdravotní sestře a pečujícím personálu. Matematické operace není schopna provádět a hůře rozumí informacím v jejich abstraktním podání.

Rehabilitace

Klientce zatím nebyly předepsány žádné léky a terapie spočívá pouze v rehabilitaci pohybových schopností. Terapeutický plán je zaměřen na podporu soběstačnosti a na nacvičování chůze s chodítkem. Dále ošetřující personál podporuje ženu v osobní hygieně a v co největší možné samostatnosti při běžných denních činnostech. Pije z běžného hrnku a jí příborem. S tímto souvisí i procvičování jemné a hrubé motoriky a stimulace smyslových orgánů.

Orientační vyšetření řeči

Mluvní projev je celkem plynulý, s delšími odmlkami při vyprávění. Květa navazuje osobní kontakt s lidmi kolem sebe. Ráda komunikuje a snaží se spolupracovat s ostatními. Občas dojde k tomu, že žena přesně neví a není si jistá, co se po ní chce. Porozumění řeči je závislé na psychickém stavu ženy. Narušené je i pojmenování a výbavnost slov. V řeči se objevují automatismy, převážně při pojmenování věcí. Zasažen je i gramatický proces plánování výpovědi a dochází ke špatnému výběru pádů a tvarů slov ve větě. Odpověď má delší latenci, klientka si často nemůže vzpomenout na slovo, které by vystihovalo, to co ona chce sdělit.

Při delším rozhovoru se ve vyprávění ztrácí a potřebuje nápovědou vrátit k tématu. Při komunikaci s druhými potřebuje klid, aby se mohla na projev soustředit. Nerozumí humoru nebo ironické odpovědi. Není schopna slovně někoho přesvědčit nebo adekvátně v diskusi argumentovat. Žena má problémy v porozumění čtenému textu, při práci opomíjí levou část pracovního listu. Nečte první slova nebo písmena.

Terapeutický plán intervence

- hlavním cílem je facilitace jazykových a řečových schopností a zároveň i podpora zrakově-prostorové orientace. Upozorňování na začátek slov, trénink orientace v textu, především vždy na začátku.
- Trénink pojmenování předmětů denní potřeby, práce s pojmy, stimulace ostatních funkcí a podpora mluvní produkce.

Práce s klientkou probíhala od října 2014 do ledna 2015

Hlavním cílem naší práce byla podpora mluvní produkce, navazování rozhovorů na určité téma. Pracovali jsme nejen s cvičným sešitem, ale pro práci jsme využívali i zrakové vnímání od Bednářové. Cviky z tohoto sešitu měly za úkol zlepšit vizuální orientaci a nacvičit čtení textu od začátku. U ženy jsem měla podezření na neglect syndrom, jelikož při čtení vždy vynechávala začátek slov, a ta jí následně nedávala smysl, což se promítalo i do porozumění textu. Trénovali jsme slovní zásobu pomocí různých her, například slovního fotbalu nebo hry: město, jméno, věc a zvíře. Když se klientka necítila v kondici, tak nespolupracovala, bála se totiž, že její výkon nebude 100%, a tak raději nepracovala vůbec. Pokud k této situaci došlo, nepracovala jsem s žádnými pomůckami nebo materiálem, ale navodila jsem s ženou pouze rozhovor na nějaké téma, aby docházelo alespoň k procvičování mluvní produkce a vyjadřování. Tímto nenásilným způsobem docházelo k intervenci poměrně často. Vyšetření MMSE jsme provedli až při sedmém setkání, jelikož se do té doby žena necítila být odpočatá a připravená, čekala jsem tak na její svolení až mi dovolí ji otestovat. Dále jsem zapojila klientku do programu skupinové terapie. Spolupracovala s dalšími dvěma ženami, s nimiž navazovala i komunikaci. Klientka bere jakoukoliv intervenci velice vážně a práce s ní musí probíhat podle jasně stanovených pravidel, které si určila ona sama.

Aktivizační program stimulace

Říjen 2014 - práce s klientkou spočívá především v rozhovoru na určitá témata. Potřebuje delší dobu na adaptaci v zařízení a nový kolektiv lidí.

Listopad 2014 – v polovině listopadu dochází k vyšetření pomocí MMSE a k testu kreslení hodin. Rozhovor soustředíme na téma cestování – klientka na každém ze sezení podle fotek vypráví o své životní cestě po západě USA (každé sezení probereme přibližně 3 – 4 dny), ve cvičném sešitu se soustředíme na popis situace a pojmenování předmětů denní potřeby

Prosinec 2014 – pracujeme na slovní zásobě, vyjadřování a jako nové téma jsme vybrali vaření; klientka vypráví z paměti recept – na další sezení si připravím fotografie pracovního postupu předchozího receptu a klientka má za úkol si vzpomenout a správně obrázky seřadit.

Leden 2015 – tento měsíc se soustředíme na tvorbu přídavných jmen, na tvorbu synonym a antonym a na popis a využití homonym ve větě. V polovině ledna byla klientka ze dne na den odvezena do Domova pro seniory v Nové Pace. Bylo to pro ni velice náhlé a stresující. Nikdo z rodiny si nepřál, aby byla Květa předem na odjezd a stěhování upozorněna. Snažila jsem se Květu v novém zařízení navštívit, ale propukla chřipková epidemie a návštěvám byl přístup zakázán. Následující týden žena zemřela. Ošetřovatelka mi sdělila, že Květa byla velice nešťastná z nového prostředí a propukla u ní silná deprese s poruchami vědomí.

Zhodnocení práce s terapeutickým materiálem

Květa si prošla všemi úkoly z cvičného sešitu, některé zvládla bez větších obtíží, jiné nezvládla naopak vůbec, ty ovšem sloužili jako materiál k navození rozhovoru. Ke zlepšení docházela především tam, kde jsem jí asistovala, při opakování úkolu si byla jistější a mnohdy již dopomoc nepotřebovala. Při práci byla vždy aktivní a ráda navozovala kontakt dotyky, jako podání si rukou na začátku a na konci našeho sezení.

Tabulka č. 11 Zhodnocení práce klienta s terapeutickým materiálem

cvičení	říjen	listopad	prosinec	leden
1. úkol		83%		
2. úkol		61%		
3. úkol	80%			
4. úkol			48%	
5. úkol				95%
6. úkol		75%		
7. úkol				75%
8. úkol	75%			
9. úkol			16%	
10. úkol	77%			
11. úkol	75%			
12. úkol			65%	
13. úkol		21%		
14. úkol				16%
15. úkol		38%		47%
16. úkol			83%	

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 19. 3. 2015]

V říjnu jsme začali pracovat s cvičným sešitem, vybrala jsem nejprve jednodušší úkoly, které klientku bavily a splnila je na 70-80%. V listopadu se Květě pracovat se sešitem nechtělo. Výkon při práci značně kolísal, což se promítlo i do výsledků jednotlivých úkolů. Z bloku 15 klientka získala pouze 38% - bez dopomoci splnila 5 úkolů. Blok číslo 13 klientka bez asistence nebyla schopna pochopit a bylo nutné ženě otázky vždy přečíst a vysvětlit. V prosinci jsme za celá čtyři setkání splnili jen 4 úkoly, žena raději vyprávěla o vaření. Nejlepšího výkonu dosáhla v bloku 16, který se vztahoval k tématu. Nejhoršího výsledku 16% dosáhla z úkolu 9, kdy měla pracovat s homonymy. Květa nedokázala homonyma odhalit a přiřadit odpovídající obrázky k větám. V lednu jsme ještě před odchodem do jiného zařízení stihli poslední čtyři úkoly. Nejhůře dopadl úkol číslo 14 – básně. S mou pomocí si zapamatovala, co se v básni objevilo.

Paní Marta

95letá žena byla do Domova Vitalita umístěna v prosinci roku 2014. Marta je vitální žena. Do zařízení je umístěna po dlouhodobém pobytu v nemocnici. Žena se pohybuje na vozíku, potřebuje pomoc při přemísťování a v hygieně, ale jinak je soběstačná. Její problémy jsou především pohybového rázu, má ostruhy na patách. Jedná se o velice bolestivé onemocnění, z kterého je klientka nešťastná. V nemocnici trpěla depresemi, protože měla silné bolesti a má strach že již nebude chodit. Do podzimu 2014, než onemocněla, zvládala se starat o domácnost i zahradu v Telči. Ve svém věku zvládla pěstovat brambory a zeleninu, kterou následně zavařovala. Její oblíbenou činností je vaření a houbaření. Několikrát do roka létá do Švýcarska za dcerou a do Londýna za synem. Na jaře se hodlá vrátit do svého domu a pokračovat v jeho opravách. V nemocnici zůstala dlouhou dobu i kvůli zlomené noze v krčku. Marta si stěžuje na zapomínání a na špatné vybavování slov nebo informací. Mnohem častěji je v poslední době unavená a její výkonnost je nižší. Dcera za matkou pravidelně jednou za 14 dní přijíždí. Pokoj Martě vybavila jejími věcmi a uzpůsobila tak, aby se tam cítila, co nejlépe. Dovezla jí dokonce z domova oblíbené křeslo a obrazy, takže pokoj vypadá velice útulně.

Zaměstnání: Marta pracovala jako modistka, po druhé světové válce začala pracovat jako švadlena a šila v továrně obleky; v důchodu si přivydělávala tak, že až do svých 85 let šila na objednávku doma.

Rodinný stav: Marta je od svých 75let vdova; má jednu dceru, která žije ve Švýcarsku (navštěvuje matku každých 14dní) a jednoho syna, od něhož má dvě vnučky. Syn s rodinou žije v Londýně.

Vyšetření: MMSE – 25 bodů, Test kreslení hodin, dotazník FAQ-CZ, dotazník BADLS-CZ a orientační vyšetření řeči.

MMSE: klientka získala celkem 25 bodů, test tedy prokázal mírnější poruchy kognitivních funkcí vyšetřované. Demence je mírného stupně. Klientka se plně orientuje v místě, čase i své osobnosti. Ke ztrátě 5 bodů došlo v odečítání čísla 7

od čísla 100 a ve výbavnosti slov, které si měla zapamatovat. Nevzpomněla si na slovo váza. Kresbu pětiúhelníků s průnikem podle předlohy žena překreslila správně.

Test kreslení hodin: Marta zakreslila správně ciferník, čísla napsala postupně – orientace je dobrá, hodinové ručičky ukazují správný čas, který byl k vyznačení zadán, ale nerozlišuje od sebe malou a velkou. Vyšetření neodhalilo poruchu praxie.

Obr. č. 5



FAQ-CZ: dotazník vyplňovala dcera klientky, nezdál se jí být náročný a činnosti odpovídaly, tomu, co žena dříve vykonávala bez obtíží. Dohromady Marta získala 18 bodů, což znamená 40% soběstačnost v daných výkonových oblastech.

BADLS-CZ: dotazník také vyplňovala dcera, ale tentokrát ještě společně s ošetrovatelkou Domova Vitalita. Z tohoto dotazníku vyplynulo 23bodů tedy soběstačnost a samostatnost klientky na 62%. Marta většinu činností vykonává samostatně nebo s minimální dopomocí. Jediné v čem je na pečujícím personálu závislá, je přemísťování na WC a osobní hygiena.

Souhrn kognitivního výkonu

Klientka je vitální. Kognitivní funkce se zdají být zasaženy, ale jen minimálně. Deficity se projevují především v krátkodobé paměti a pozornosti.

Paměť je mírně zhoršená. Klientka si stěžuje na problémy v krátkodobé paměti, ve výbavnosti informací a důležitých údajů. Při delším rozhovoru je patrné, že žena mnohdy hledá správná slova ke svému vyjádření. Složitější instrukci není schopna samostatně vykonávat, musí dostávat postupné informace. Propojování informací je v pořádku. Orientuje se v čase i místě. Marta plynule hovoří čtyřmi cizími jazyky: angličtinou, francouzštinou, němčinou a španělštinou.

Pozornost bývá ovlivněna psychickým rozpoložením klientky. V koncentraci můžeme zaznamenat výkyvy a neschopnost soustředit se déle na určitou činnost. Žena mívá problémy s udržení očního kontaktu během delšího rozhovoru. Často očima téká po místnosti a vnímání rozhovoru se odebere jiným směrem. Marta trpí

poruchami spánku a v noci nemůže spát. Zdravotní sestra uvedla, že v noci vstává z postele a je zmatená. Pozornost je nejlepší v dopoledních hodinách, odpoledne je žena unavená a většinu času prospí.

Exekutivní funkce jsou v pořádku. Marta zvládne i delší a náročnější úkol, pokud jí dopomůžeme v plnění jednotlivých kroků. Je schopná zorganizovat jednodušší pracovní zadání nebo práci naplánovat. Své emoce ovládá a neobjevuje se u ní ani nepřiměřené chování. Ke klientům zařízení se chová velice hezky a navazuje s nimi kontakt. V odpoledních volných chvílích zaměstnává klientku Marii. Pomáhá jí cvičit psaní a snaží se s ní napsat dopis pro dceru Marii. Z úspěchů své „žákyně“ má radost a v psaní ji podporuje. Matematické operace jsou zasaženy – ve vyšetření MMSE nedokázala z paměti odečíst číslo 7 od čísla 100. Zkoušeli jsme sčítat a odečítat příklady zadané na papíře (z 10 měla 7 dobře). Jednalo se o poměrně snadné příklady, i přes to měla klientka problém je vypočítat.

Rehabilitace

Rehabilitační plán se soustředí především na pohybové schopnosti klientky. Hlavní složku tvoří fyzioterapie, jejímž úkolem je nácvik chůze nejprve s chodítkem a později jen s holí. Ošetřující personál se snaží o zlepšování sebeobsluhy a podporuje samostatnost ženy při vykonávání běžných denních aktivit, jako je hygiena nebo oblékání. Součástí terapie je i podpora jemné a hrubé motoriky.

Orientační vyšetření řeči

Marta komunikuje bez zábran a navazuje sociální kontakty s ostatními klientky v zařízení i s personálem. Nejvíce se věnuje Marii, s níž trénuje psaní dopisů. Řeč je plynulá, srozumitelná. Napoprvé problémy v řeči nezaznamenáme, především pak v krátkém rozhovoru. Při delším povídání ale dochází k únikům od daného tématu k jiným a žena se začne v rozhovoru ztrácet. Ubíhá od námětu a dělá jí problém se k němu znovu vrátit. Ráda vypráví o cestování po Švýcarsku, kam jezdila dříve za dcerou, o svém zaměstnání a o životě. Porozumění je v pořádku. Žena nosí sluchadlo na pravém uchu – aktivně ho používá. Ve čtení a psaní se deficity neobjevují. Není přítomna ani fonetická parafázie. Tvorba abstraktních pojmů a jejich porozumění je také v pořádku. Pojmenování dělá ženě problém u přídavných jmen a příslovcí. Obtížněji tvoří slova opačná nebo příbuzná. Deprese

se u klientky nevyskytují, ale k mírným poruchám vnímání a výkyvům nálad občas dochází, hlavně v podvečer nebo v noci.

Terapeutický plán intervence

- zaměřujeme se na expresivní složku řeči; procvičujeme pojmenování předmětů denní potřeby, popis situačních obrázků a dějových sledů; pomocí úkolů na zrakově prostorové vnímání stimuluje pozornost a myšlení.
- snažíme se celkově podporovat jednotlivé kognitivní funkce a zlepšit pružnost a pohotovost vyjadřování.

Práce s klientkou probíhala od prosince do března 2015

Práce spočívala v dialogu na určité téma, většinou ze života klientky. Téma si vždy vybrala sama podle nálady, o čem chce mluvit. Následně jsme splnili některý z úkolů cvičného sešitu a na konec žena plnila cvičení zaměřené buď na zrakově-prostorové vnímání, nebo na jemnou motoriku. Pracovali jsme se sešitem od Bednářové zrakově-prostorové vnímání. Dále jsme využívali úkolů z cvičného sešitu, nejvíce těch z bloku číslo 15. Docházelo k procvičování přídavných jmen, zájmen, příslovcí, předložek a slov podobných nebo opačných. V rámci vyprávění, které se vždy vztahovalo ke zvolenému námětu, jsem se soustředila na to, aby klientka neměnila téma vyprávění, ale naopak, aby se ho držela. To pro ni bylo poměrně obtížné a vyžadovalo to mou asistenci, abych Martě vždy připomněla, o čem hovořila. Jakmile se chytla, vyprávěla dál. V rámci stimulace kognitivních funkcí jsme do individuální práce zařadili i počítání příkladů – sčítání a odečítání. Krátkodobá paměť stimulována pomocí jednoduchých her – zakrývání předmětů a jejich hádání nebo tvorbou příběhu a jeho opakování.

Aktivizační program stimulace

Prosinec 2014 – seznámení s klientkou, pozorování její adaptace na nové prostředí, navazování komunikace a sociální interakce; poslední týden v prosinci proběhlo vyšetření MMSE v němž žena získala poměrně velkého skóre 25 bodů.

Leden 2015 – klientka spolupracuje, provedli jsme test kreslení hodin a začali jsme pracovat s cvičným sešitem, nejprve od jednodušších úkolů (1, 2, 7, 8, 16 a podobně). Klientka se zúčastnila druhého skupinového sezení.

Únor 2015 – podporujeme nejen pojmenování, ale i popis situace nebo obrázku a tvorbu přídavných jmen. Pro paměťový trénink zařazujeme jednoduché Kimovy hry. Procvičujeme i matematické schopnosti.

Březen 2015 – opakování úkolů, v nichž klientka poprvé získala menší počet bodů. Tento měsíc došlo znovu k provedení vyšetření pomocí MMSE – žena opět získala 25 bodů. Opět měla problém v odčítání z paměti.

Zhodnocení práce s terapeutickým materiálem

Žena pracovala aktivně. Prošla si všemi úkoly z cvičného sešitu. Nejprve jsme začali těmi jednoduššími úkoly a postupovali jsme ke složitějším. Asistence byla pro vypracování obtížnějších úkolů nezbytná.

Tabulka č. 12 Zhodnocení práce klienta s terapeutickým materiálem

cvičení	prosinec	leden	únor	březen
1. úkol		93%		
2. úkol		95%		
3. úkol			88%	88%
4. úkol	100%			
5. úkol	100%			
6. úkol	100%			
7. úkol			61%	50%
8. úkol	100%			
9. úkol			85%	
10. úkol	100%			
11. úkol		90%		
12. úkol		65%		84%
13. úkol		72%		
14. úkol			84%	
15. úkol			67%	
16. úkol		100%		

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 19. 3. 2015]

Marta byla celkem v šesti blocích z šestnácti úspěšná na plných 100%. Dobrých výsledků ovšem dosahovala i v dalších zbylých deseti blocích. Její výkon se průměrně pohyboval na rozmezí 85 – 86%. V úkolu číslo 7 došlo při jeho opakování k menšímu zhoršení, přísloví klientce pojmenovat nešla. Marta napoprvé sama zvládla popsat a pojmenovat pouze jedno ze šesti přísloví. Zbylých pět uhodla, ale pouze s mojí dopomocí. Při druhém opakování tohoto úkolu nezvládla sama pojmenovat ani jedno z uvedených přísloví, ve všech jsem jí musela asistovat. Klientka přísloví příliš nezná a nikdy je nepoužívala, jako například Marie, nemůže si tak vybavit jak přesně znějí. Porozumění jednotlivým příslovím je v pořádku, žena je umí aplikovat na konkrétním příkladu ze života.

5.3 Individuální péče

Prvotním úkolem bylo vyhledání příkladného zařízení, v němž bude možné realizovat stimulační program určený osobám se syndromem demence. Nejdříve bylo důležité navázat s klienty zařízení osobní kontakt a bližší vztah. Důležité bylo ponechat ženám určitý čas na vzájemné poznání a získání si důvěry. S postupem času bylo možné adaptační dobu jednoho měsíce zkrátit na 2 až 3 setkání. V období prvních sezení byly získávány informace týkající se jednotlivých klientek důležité pro následnou intervenci. Na základě těchto údajů byla sestavena jejich osobní a rodinná anamnéza. Dále se rozhovor zaměřoval na zájmy a schopnost samostatnosti a soběstačnosti v běžných denních činnostech. Po prvním měsíci kontaktu s klientkami byla prováděna vyšetření zjišťující stav kognitivních funkcí a řečových schopností pro přesnější určení diagnózy. Nápomocen mi byl i ošetřující personál, vedení Domova Vitalita a rodina klienta, kteří vyplnili dotazníky týkající se soběstačnosti osoby s demencí.

Po poznání a zjištění veškerých důležitých údajů následovala individuální péče, která trvala vždy přibližně 20 až 30 minut dle potřeb a možností každého klienta. Práce samotná spočívala především v tréninku kognitivních funkcí. Dané úkoly byly voleny dle aktuálního stavu člověka. Při výběru jednotlivých úloh bylo nejvíce čerpáno z publikace Kognitivní trénink v praxi od Klucké Jany. Dále ze Zrakového vnímání od Bednářové Jiřiny a z publikace 110 her pro rozvoj myšlení, lepší paměť a koncentraci od Moser-Will Ines. Tyto úlohy však byly pro mnohé z klientek velice obtížné a pro jejich život v zařízení neúčelné. Z tohoto důvodu byly upraveny a vytvořeny úkoly, jež byly pro ženy vhodnější. Úlohy odpovídaly úrovni kognitivních schopností a odrážely v sobě i míru jejich potřeb. Samozřejmostí bylo, že vycházely z jejich zájmů a z toho s čím se dříve setkávaly nebo, čím se zabývaly.

5.3.1 Charakteristika programu stimulace komunikačních a kognitivních schopností pro osoby s demencí

Klientkám Domova Vitalita byl vytvořen koncept úloh, které vycházely z jejich praktických potřeb. Cvičný sešit je koncipován od lehčích úkolů po složitější, to znamená, že se přizpůsobuje úrovni kognitivních funkcí každé z žen. Do stimulačního programu byly zařazeny úkoly zaměřující se na podporu mluvního

projevu, na paměť, zrakově-prostorové schopnosti, pozornost, myšlení, představivost a na oblast jazykových a řečových procesů. Cvičný sešit obsahuje celkem šestnáct tréninkových bloků, kdy každý z nich obsahuje určité množství obměn. Stimulační materiál je určen pro individuální práce s klientkami. Důležité je si uvědomit, že cílem není náprava poškozených funkcí, nýbrž snaha o zlepšení kvality života každé z nich.

Organizace práce s klientem a terapeutickým materiálem. Jednotlivá cvičení byla ženám vybírána vždy podle jejich aktuální nálady a rozpoložení, tak aby odpovídala jejich momentálnímu stavu a schopnostem. Přítomný pečující personál pomohl klientku správně napolohovat nebo vzepřít, aby podmínky pro práci byly co nejoptimálnější. Následně byl vybrán úkol, který byl ženě předložen a popsán. Pokud klientka nevěděla, jak jej má splnit, byla jí poskytnuta pomoc. Jestliže ovšem úkol nezvládla ani s asistencí, pak nám jednotlivé obrázky sloužily alespoň jako motivace k rozhovoru. Při práci bylo nutné dbát na podporu koncentrace klientka. Nenecháváme ho zbytečně rozptylovat nebo se zabývat jinou věcí, než zadaným úkolem. Plná koncentrace je nezbytná pro předpoklad co nejúspěšnějšího splnění zadané úlohy a pro ukládání informací do paměti nebo pro jejich opětovné vyvolání. Vyhodnocení práce klientky a splnění úkolu bylo zaznamenáváno do grafu, který je pro každý úkol zvlášť vytvořen. Z něho následně určíme procentovou úspěšnost vypracovaného úkolu. Viz. příloha A – O.

Při individuální práci s klienty jsem se držela následujících zásad:

- Zásada podávání jasně a přesné instrukce. Nevysvětlujeme úlohu zdlouhavě a zbytečně složitě.
- Zásada podpory mluvního projevu osoby s demencí. Pokud klient začne vyprávět, nepřerušujeme ho, ale naopak mu nasloucháme.
- Zásada správné práce s mozkiem. Znamená, že pokud dochází k jeho přiměřenému namáhání, dochází ke zvyšování výkonnosti v oblasti koncentrace, paměti, rychlého přijímání informací a k tvorbě kreativních nápadů.

- Zásada stimulace, co největšího množství smyslů. Čím více smyslů se podílí na příjmu informací, tím je jejich zpracování a uložení do paměti lepší.

Popis jednotlivých bloků:

- **Blok č. 1** – „Dvojice“, úkolem je pojmenování a spojování dvojic předmětů, které k sobě patří. Toto cvičení trénuje myšlení, výbavnost slov a pojmenování předmětů denní potřeby.
- **Blok č. 2** – „Situační obrázky“, úkolem je popis situace a místa. Z hlavní nabídky pak má klient vybrat a určit předměty, které v dané situaci nezbytně potřebuje. Následně může vymyslet další možnosti. Procvičována je především mluvní produkce, představivost, myšlení a schopnost selekce.
- **Blok č. 3** – „Pexeso“, v tomto případě má klient najít dvojice stejných obrázků a jejich počet zapsat do spodní řady. Podporujeme pozornost, paměť, zrakové vnímání a jemnou motoriku.
- **Blok č. 4** – „Vyřazování z řady“, na základě vnější zrakové diferenciacie, klient vyřazuje vždy jeden obrázek z řady. Dochází ke stimulaci zrakově-prostorového vnímání, pravo-levé a prostorové orientace a ke koncentraci pozornosti a procvičování očních pohybů.
- **Blok č. 5** – „Stíny“, jedná se prakticky o upravené cvičení figura a pozadí. Klient má tedy přiřazovat tmavé a barevné obrázky. Stimulováno je opět myšlení, paměť, představivost a pozornost. Soustředíme se ovšem i na pojmenování obrázků.
- **Blok č. 6** – „Přiřazování“, úkolem je přiřadit k sobě pojem a odpovídající obrázek. Zaměřujeme se tedy na porozumění čtenému a pojmenování obrázků.
- **Blok č. 7** – „Přísloví“, na obrázku jsou vyobrazena známá česká přísloví, klient má obrázek popsat, pojmenovat a určit jejich význam. Působíme tak na představivost, výbavnost slov, pojmenování a na zlepšení mluvní produkce.
- **Blok č. 8** – „Puzzle“, obrázky podle návodu vystřihneme a v maximálním počtu dvou předložíme před klienty, který je následně složí a pojmenuje. Tento úkol podporuje myšlení, pozornost, představivost a pojmenování.
- **Blok č. 9** – „Homonyma“, úkolem je rozluštit pojem, následně ho správně použít ve větě a k větám přiřadit odpovídající obrázek. V tomto bloku

procvičujeme práci s pojmy, zrakové vnímání, pozornost, myšlení a porozumění čtenému textu.

- **Blok č. 10** – „Vyřazování“, v tomto cvičení je vždy jeden obrázek, který do dané řady nepatří. Jeho vyřazení musí být zdůvodněno. Procvičujeme tak logický úsudek, slovní zásobu, myšlení, představivost a pojmenování.
- **Blok č. 11** – „Skrývačka“, geometrické tvary se nejprve vystřihnou a následně jimi klient zkouší překrýt soubor předmětů, který je uspořádaný do odpovídajícího tvaru. Stimulujeme tím zrakově-prostorové schopnosti, orientaci na papíře, pojmenování geometrických tvarů, pozornost, představivost a myšlení.
- **Blok č. 12** – „Protiklady“, první část obsahuje protiklady přídavných jmen. Ve druhé části má klient spojit rodinné příslušníky. Zaměřujeme se slovní zásobu, tvorbu slov opačných, pozornost, představivost a myšlení.
- **Blok č. 13** – „Provozní doba“, úkolem je odpovědět na otázky v pracovním listu vztahující se k otevírací době provozoven. Stimulujeme tak paměť, myšlení, porozumění textu, pozornost, práci s údaji a mluvní projev.
- **Blok č. 14** – „Básně“, klient si nejprve báseň přečte a následně určí ty pojmy, které se v básni objevily a které naopak ne. Tímto úkolem podporujeme paměť, zrakovou představivost, pozornost, porozumění čtenému textu a pojmenování.
- **Blok č. 15** – „Hádanky a doplňovací cvičení“, jedná se o směs 30 úkolů, které jsou abstraktního charakteru. Procvičujeme slovní zásobu, porozumění textu, pojmenování, zrakově-prostorovou orientaci, logické myšlení, matematické schopnosti, paměť, úsudek, pozornost, tvorbu pojmů i mluvní produkci.
- **Blok č. 16** – „Pracovní postup“, úkolem je popis pracovního postupu pečení bábovky podle obrázků, následně přiřazení textu k jednotlivým obrázkům a nakonec správné seřazení dějového sledu. Zaměřujeme se na slovní zásobu, mluvní projev a pojmenování. Dále dochází ke stimulaci paměti, myšlení, představivosti, pozornosti a zrakově-prostorové orientaci.

5.4 Skupinová terapie

V rámci práce s klienty Domova Vitalita bylo zrealizováno celkem šest skupinových setkání. Pro tyto účely byl využit aktivizační program MATES, který svým obsahem vyhovoval potřebám osob s demencí. Tento program naprosto odpovídal svým tematickým složením a je přímo určeno pro práci se seniory s poruchami paměti. Skupinové terapie se vždy účastnil určitý počet klientů - minimálně 3 a maximálně 6. K setkávání klientek nedocházelo pravidelně každý týden a to z důvodů jejich častých zdravotních komplikací nebo odchodů ze zařízení. Dále bylo nutné brát ohled na jejich rozpoložení a aktuální psychický i fyzický stav. Časová délka jednoho bloku trvala přibližně 45 až 60 minut, podle zájmu klientek a obsáhlosti vybraného téma. Realizována byla vždy ve společenské místnosti za přítomnosti ošetřovatelského personálu. Na každé sezení bylo nutné vytvořit potřebné pomůcky, které musely být upraveny dle individuálních možností a schopností klientek. Jako příklad mohu uvést blok na téma móda a nakupování, kdy dvě klientky měly oblečení i panenku předem vystřížené a naopak zbývající tři si tyto věci vystřihly samy a oblečení tvořily dle vlastních představ.

Program Mates se mi v praxi osvědčil nápaditými tématy a úlohami, které měly u klientek pozitivní ohlas. Obě autorky tohoto koncipovaného materiálu vychází ze základních principů Rogersovské psychoterapie a stavějí na potřebě člověka navazovat sociální kontakt s druhými lidmi. Tento koncept využívá zachovaných schopností a snaží se o jejich maximálně možné využití a rozvoj. Důležité je si uvědomit, že cílem není odstranit projevy demence, ale zlepšit kvalitu života seniorů radostnějším trávením volného času. Program se tak stal součástí komplexní péče o seniory s demencí a nenásilnou formou doplňoval jejich léčbu v daném zařízení.

Pokyny pro realizaci skupinové terapie:

- světlá, klidná místnost, kterou klienti dobře znají a cítí se v ní bezpečně;
- pomůcky: bílá magnetická tabule, přehrávač, psací potřeby a další pomůcky dle zvoleného tématu.

Pro jednotlivá setkání byla zvolena tato témata: zaměstnání, jídlo a vaření, osobnosti, móda a nakupování, film a filmové postavy a zahradníkův rok.

Každé sezení bylo pomyslně rozděleno na zahájení, hlavní aktivitu a zakončení.

1. Blok: téma zaměstnání

Dne: 9. srpna 2014

Stimulace kognitivních funkcí: pozornosti, výbavnosti, verbální fluence, dlouhodobé i krátkodobé paměti, jemné motoriky

Pomůcky: vytištěný seznam profesí, karty se jmény profesí a předměty související s danými profesemi (noviny, hřeben, klobouk, nit, ták, vařečka, štětec, koště, píšťalka)

Počet účastníků: 5 (paní Věra, Marie, Ludmila, Zdena, Anna)

Zahájení:

- Píseň z pohádky Princové jsou na draka: „Dělání, dělání.“
- Přivítání s klienty podáním si ruky. Na magnetické tabuli máme napsáno datum, roční období, čas a název dnešního téma.
- Posílání molitanového míčku po kruhu. Každý se představí a řekne ostatním, jakou má dnes náladu a jaké procedury dnes absolvoval.
- Myslíme na potřeby klientů, dbáme společně s ošetřujícími, aby měl každý pití i něco k zakousnutí (servírujeme ovoce a piškoty s čokoládou).

Hlavní aktivita:

- **Úkol č. 1:** každý nám poví, jaké bylo jeho zaměstnání. Zda vystřídal víc pracovních profesí a co bylo úkolem jeho činnosti. Klientky si můžou zkusit vzpomenout i na to, čím chtěly být, když byly malé.

Postřehy: ženy si pořadí vybíraly samy. První začala vyprávět Zdena, která pracovala jako vychovatelka. Zabrousila i do vzpomínek, kdy při hlídání dětí došlo k nepříjemné nehodě jednoho z nich. Zdena umí vyprávět poutavě a ostatní ženy ji rády poslouchají, ale bylo nutné její projev přerušit, aby se dostaly ke slovu i ostatní.

Jako další dostala slovo Věra. Nečekali jsme, že se do práce zapojí. Věra na skupinovou terapii reaguje daleko lépe. Snažila se popsat ostatním své bývalé zaměstnání. Pracovala jako normařka ve Švýcarsku. Zdena s Annou se jí doptávaly a chtěly objasnit obsah tohoto povolání, ale Věra na otázky příliš nereagovala. Na řadu potom přišly ještě Anna, Marie a Ludmila. Anna i Ludmila odpověděly pomocí pár jednoduchých slov. Marie naopak zmateně vypráví o tom, jak pracovala v zemědělství. Tvoří jednoduché věty.

- **Úkol č. 2:** na stůl před klientky dáme připravený seznam profesí a karty s profesemi. Každá si vylosujeme jednu kartu s profesí, kterou následně pomocí pantomimy postupně předvádíme. Ostatní klientky hádají. Malou nápovědou jim při hádání je seznam, který je před nimi na stole.

Postřehy: nejvíce se snaží hádat Zdena, která to bere jako soutěž, proto dostala za úkol doplnit talíř o nakrájené ovoce, aby dostaly šanci hádat zbylé klientky. Příjemným překvapením je spolupráce paní Věry, která se jinak příliš nezapojuje a při individuální terapii nespolupracuje. Zkouší předvést číšníka. Marie ani Ludmila pantomimu nezkusily a ani jednu z profesí neuhádly. Pro Marii je to příliš abstraktní a složité. Má problém předvést profesi a zároveň není schopna tímto způsobem zaměstnání uhodnout. Klidně sedí, pozoruje ostatní při práci a bere to s humorem. Narušuje program ironickými poznámkami. Ludmila je spíše apatická a tohoto úkolu se zdržela.

- **Úkol č. 3:** na stůl předložíme předměty (noviny, hřeben, klobouk, nit, tác, vařečka, štětec, koště, píšťalka) úkolem žen je vybrat si předmět a říci, jaké zaměstnání s ním souvisí. Doplnující otázky: Zнала jste někoho s tímto zaměstnáním? Bavila by Vás tato práce? Jakou profesi byste nikdy nedělala.

Postřehy: do posledního úkolu hlavní části se již zapojily všechny ženy. Snažila se i paní Ludmila, která u předchozího cvičení nespolupracovala. Věra profesi podle předmětu uhodla, ale nezdráhala se a odpovídala dál, přerušilo ji až nutkání odejít z místnosti, když se vrátila ke stolu, už seděla klidněji. Marie její chování nevnímala, vzala do rukou nit a přemýšlela nad povoláním. Nakonec švadlenu uhodla, ale s mou dopomocí.

Zakončení:

- Posílání molitanového míčku po kruhu. Každý má za úkol říci: Co Vás na činnosti bavilo? Co se Vám naopak nelíbilo? Co Vám udělalo radost?
- Píseň z pohádky Pekařův císař: „Ten dělá to a ten zas tohle“
- Shrnutí a zopakování probraného tématu: „Dnes jsme si povídali o zaměstnání, každá jste nám prozradila vaše bývalé zaměstnání a seznámila jste nás s jeho účelem a okolnostmi ohledně výkonu práce. Velice nás zaujalo zaměstnání paní Věry, která pracovala jako normařka ve Švýcarsku, kde i se svou rodinou žila.

Shrnutí hodiny

Mé první skupinové sezení se zdařilo nad mé očekávání. Obavy z neúspěchu se nenaplnily. Klientky semnou spolupracovaly a většinu aktivit splnily se zájmem. Některé z nich potřebovaly při práci asistenci. Z žen mě nejvíce překvapily svým aktivním přístupem paní Věra a Ludmila. Věra při individuální terapii doposud odmítala spolupracovat, a tak nikdo nepředpokládal, že se do činností zapojí. Její práci nebo vyprávění několikrát přerušil nutkavý odchod z místnosti na chodbu. Věra se po chodbě vždy prošla a znovu se vrátila zpět ke stolu. V tu chvíli už v práci nepokračovala, protože nevěděla, co se před tím odehrálo. Marie ráda navazuje s ostatními sociální kontakt, úkoly týkající se vyprávění o své minulosti nemá problém splnit, ale úkoly vyžadující práci pozornosti, představivosti nebo porozumění jsou pro ni obtížné. Marii asistuje pečovatelka. Ludmila se sice neúčastnila všech úkolů, ale i tak nás příjemně překvapila. Odpovídala jednoslovně, raději ovšem plnila úkoly, při nichž nemusí nahlas komunikovat s kolektivem. V následující tabulce č. 13 shrnuji zájem klientek o aktivitu, jejich snahu komunikovat, vést dialog a zapojovat se do diskuse s ostatními. Jejich práci hodnotím pomocí hodnotící škály, kterou jsem si vytvořila na základě zkušeností s klientkami a podle jejich reakcí procentově v rozsahu od 10 do 100%.

Hodnoticí škála

0 – 9%	bez zájmu, nekomunikuje – nesleduje dění
10 – 25%	pozoruje práci druhých, jeví zájem o činnosti a jednu až dvě aktivity provede, nebo odpoví na dotaz;
26 – 50%	zapojení do více jak dvou činností, náznak delšího řečového projevu, nespolupracuje s druhými;
51 – 60%	provedení všech aktivit, ale bez většího zájmu, komunikuje jen sporadicky, mírný projev spolupráce s druhými;
61 – 75%	splnění aktivit, některých s větším zaujetím jiných s menším, komunikuje s druhými, ale spolupracuje, jen pokud je to nezbytné;
76 – 85%	aktivity plní se zájmem, bez většího pobízení, na otázky odpovídá, ale není iniciátorem diskuse na jiné téma, než je probíráno;
86 – 95%	lze vysledovat mírné výkyvy v koncentraci a ve spolupráci s druhými;
96 – 100%	plné zapojení do všech aktivit se zájmem, komunikace bez zábran, podněcuje dialog s ostatními.

Tab. č. 13 Znázornění aktivní účasti klientek

Jména účastníků	Zhodnocení aktivity v procentech	Poznámky
Marie	28%	žije v minulosti.
Věra	55%	časté odchody od stolu.
Anna	70%	velký ostych.
Zdena	96%	stavy zmatenosti.
Ludmila	40%	ulpívání na předchozím tématu.

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 19. 3. 2015]

2. Blok: téma jídlo a vaření

Dne: 23. srpna 2014

Stimulace kognitivních funkcí: trénujeme představivost, fantazii, smyslové vnímání (čich), pozornost, výbavnost, verbální fluenci, dlouhodobou i krátkodobou paměť, jemnou motoriku

Pomůcky: lahvičky s kořením (skořice, vanilka, badyán, hřebíček, perníkové koření), s bylinkami (bazalka, levandule, rozmarýn, máta) a s kávou. Volíme jemné a známé vůně, které budou asociovat vzpomínku nebo produkt, do něhož jsou přidávány. Dále si připravíme kartičky s názvem ingrediencí v lahvičkách, kartičky s názvem i obrázkem potravin (koláč, žloutkový věneček, jablko, hruška, šklubánky, rýže, knedlíky, guláš, apod.) a kartičky s názvy jednotlivých kategorií (příloha, hlavní jídlo, ovoce, zákusek).

Počet účastníků: 5 (paní Věra, Marie, Ludmila, Zdena, Anna)

Zahájení: píseň Michala Tučného: „Prodavač“

- Zahájení sezení podáním si ruky a přivítáním se s klienty.
- Na tabuli mám předem napsán datum, měsíc, rok a roční období. Tyto informace společně doplňujeme ještě o čas a téma dnešního setkání.
- Posílám po kruhu molitanový míč. Klientky mají za úkol vyprávět o tom, jak se naučily vařit, co vařily nejraději a jaké jídlo jim nejvíce chutná nebo naopak co by nikdy ochutnat nechtěly.
- Společně si následně povídáme, jak by měl vypadat slavnostní chod a při jakých příležitostech jej připravovaly.

Hlavní aktivita:

- **Úkol č. 1:** na stůl před klientky dáme lahvičky s kořením. Jejich úkolem je vybrat si lahvičku, čichnout si do ní a uhodnout, co jim vůně připomíná. Pro případ, že by někdo nevěděl, jsou pro něj přichystány kartičky s názvy. Klientce ale dáme na výběr maximálně ze tří možností, pokud vůni nepozná.

Postřehy: na klientkách byl dnes znát z počátku větší ostych. Příliš lahvičkám s kořením nedůvěřovaly. Žádná z nich nechtěla začít, proto jsem poprosila ošetřovatelku, jestli by se úkolu nezhostila jako první. Po ní se přidala Zdena, u níž převládla zvědavost a vybrala si lahvičku s vanilkou. Nejprve si nebyla jistá a odpověděla, že jí vůně připomíná vanilkové rohlíčky, tato asociace ji nasměrovala ke správné odpovědi. Po ní pokračovala Marie, která si zvolila lahvičku se skořicí a její odpověď doslova zněla: „Smrdí to, ble, dej to pryč!“ Skořice jí ani nic nepřipomněla, tak jsme zvolili nápovědu kartiček, ale ani s nápovědou neuspěla. Proto jsme jí odpověď prozradili a skořici z lahvičky vyndali, aby si ji prohlédla. Zajímavé, že jakmile Marie skořici viděla a držela ji v ruce, čichala si k ní a skořice jí voněla. Dokonce řekla, že skořice je nejlepší do svařeného vína. Věra si vybrala lahvičku a okamžitě uhodla levanduli. Je to její oblíbená vůně, která v ní asociuje vzpomínky na Francii, kam ráda jezdila. I ona si větvičku levandule z lahvičky vyndala a znovu k ní čichala. Anna poznala rozmarýn, který používala v kuchyni. Opadly z ní zábrany a vyprávěla nám, jak s ním pekla to nejlepší kuře v okolí. Dokonce se rozvzpomněla na celý recept. Poslední na řadě byla Ludmila, na které bylo vidět, že se jí do úkolu příliš nechce, ale když si vybrala lahvičku s kávou, konstatovala: „Mohla by se už podávat odpolední káva?“ Tuto prosbu nešlo nesplnit, a tak se po prvním úkolu podávala káva a čaj. Spontánně si ženy u této příležitosti očichaly zbývající lahvičky a pojmenovaly je.

- **Úkol č. 2:** ženy mají přiřadit kartičky s obrázky potravin ke kartičkám s názvy kategorií, pod které potravina správně spadá. To znamená např. rýže – příloha, škváčky – hlavní chod, jablko – ovoce apod. Následně po přiřazení jednotlivých jídel do kategorií klientky požádáme, aby každá zkusila vymyslet další příklady, které vypíšeme na tabuli před nimi.

Postřehy: tento úkol byl podstatně složitější. Marie při práci působila zmateně, brala do rukou obrázky a snažila se je pojmenovat. Do jednotlivých kategorií je již nezařadila. Věra byla tímto konáním znepokojená a nechápala, proč Marie takto činí. Snažila se jí tedy v braní karet zabránit. Marie si to nenechala líbit a rozzlobila se a byla vulgární. S pomocí pečovatelky jsme museli od sebe obě ženy oddělit a zadat každé samostatný úkol. Marie přebírala luštěniny a Věra skládala pracovní postup pečení bábovky. Anna s Ludmilou úkol dokončily. Ludmila byla aktivnější

při vymýšlení různých příkladů jídel (svíčková, bábovka, koprovka, roláda). Anna je při práci v kolektivu vždy trochu zakřiknutější, ale je na ní vidět, že jí práce baví a zlepšuje se i její psychické rozpoložení. Komunikuje s ostatními čím dál tím více.

Zakončení:

- Složení pracovního postupu: pečení bábovky (práce ve skupině – seřazení 15 obrázků)
- Zhodnocení dnešního sezení: sebereflexe, každá klientka má za úkol zhodnotit, co se jí líbilo a co ne. Co Vám udělalo radost?
- Zpěv lidové písně: „Pekař peče housky“ – motivace na zítřejší práci, kdy budou klientky v kuchyňce zkoušet plést a následně i péct housky.
- Shrnutí a zopakování probraného tématu: „Dnes jsme si povídali o jídle a vaření, každá jste nám prozradila vaše oblíbené jídlo, co jste ráda vařila, když přišla návštěva a dokonce jsme se dozvěděli i o tajném receptu paní Anny na kuře s rozmarýnem.“

Postřehy: na závěr dnešní hodiny jsem si pro klientky připravila ještě skládání dějového sledu pečení bábovky. Věra však tento úkol splnila v rámci samostatné práce. Úkolem ostatní klientek bylo zhodnotit, zda postup Věra seřadila ve správném pořadí, jak se bábovka peče. Ludmila přišla na jednu chybu, ale bála se, aby Věru nerozhněvala, takže to zamlčela a prozradila mi to později. Nikdo jiný chybu neodhalil. Pro ukončení dnešního sezení jsem zvolila píseň: „Pekař peče housky.“ Ženy píseň znají, snažíme se jí společně zazpívat. Marie a Zdena zpívají okamžitě, Anna si zpočátku nebyla jistá, ale potichu se k nám přidala. Věra s Ludmilou jediné nezpívají. S ženami jsem se rozloučila shrnutím celého sezení a podáním ruky.

Shrnutí hodiny

Druhé sezení skupinové terapie, již probíhalo v celkově uvolněnější atmosféře, jelikož klientky jako paní Anna, Věra a Ludmila již věděly, co od něho mají čekat. V Marii toto téma vzbudilo velký zájem, vždy ráda vařila a jídlu holduje dodnes, proto o něm s dobrou náladou hovořila. Obtíže jí dělalo pouze druhé cvičení, kdy nebyla schopná zařadit jídlo do příslušné kategorie. Věra dnes měla podstatně nižší zájem o toto téma. Příliš nekomunikovala a u druhého úkolu se rozzlobila na Marii, proto následně již pracovala samostatně. Naopak Anna se Zdenou dnes

druhý úkol splnily téměř bez problémů a v jeho druhé části se k nim přidala i Ludmila. Navzájem se v přiřazování kategorií prostřídaly a vymýšlely potom společně i další varianty potravin. Povedlo se dokonce, aby pracovaly mezi sebou bez mého vedení a samy si činnost organizovaly. Téma bylo celkově více obšírné, proto dnes stačily dva úkoly místo tří v hlavní části terapie.

Tab. č. 14 Znázornění aktivní účasti klientek

Jména účastníků	Zhodnocení aktivity v procentech	Poznámky
Marie	30%	horší spolupráce.
Věra	55%	odchody od stolu.
Anna	80%	značné zlepšení.
Zdena	88%	ubíhání od tématu.
Ludmila	62%	lepší spolupráce.

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 19. 3. 2015]

3. Blok: *téma osobnosti*

Dne: 18. října 2014

Stimulace kognitivních funkcí: výbavnost, pozornost, verbální fluence, dlouhodobá paměť, tvořivost, jemná motorika.

Pomůcky: obrázky známých osobností, kartičky s jejich jmény, názvy profesí a charakteristikami (Karel Gott, Václav Havel, T. G. Masaryk, Oldřich Nový, Adina Mandlová, Božena Němcová, Jiřina Jirásková, Jiřina Bohdalová, Helena Růžičková apod.).

Počet účastníků: 4 (paní Věra, Ludmila, Zdena, Anna)

Zahájení:

- Přivítání se s klienty podáním ruky. Na magnetické tabuli je připraven název dnešního téma, datum, roční období a čas.
- Ženy měly za úkol si na sezení přinést svou oblíbenou fotografii. Každá má popsat, kdo na fotografii je a místo kde byla pořízena.

- Následně si povídáme o známých osobnostech, které mají klientky rády a které obdivují (motivace k hlavní části).

Hlavní aktivita:

- **Úkol č. 1:** na stůl předložím obrázky známých osobností. Ženy mají za úkol vybrat si jeden obrázek a říci ostatním, kdo na něm je, čím se proslavil a jaká je jeho profese. Nevzpomene-li si, dopomůžeme nabídkou 2-3 kartiček se jmény.

Postřehy: Zdena si vybrala svého oblíbeného zpěváka, vyprávěla nám o svých zážitcích z jeho koncertů a o autogramech, které od něho získala. Druhou vybranou osobností byla její oblíbená herečka Jiřina Jirásková. Ludmila si jednoznačně zvolila herečku Adinu Mandlovou a herce Oldřicha Nového. Povídala o filmech, které má ráda s těmito herci. Bylo vidět, že Ludmilu toto dnešní téma potěšilo, vyprávěla ostatním o osudu těchto dvou herců. Věra na fotografiích poznala prezidenty T. G. Masaryka a Václava Havla. Překvapila mě i pečující personál, když začala mluvit o svém životě v době komunismu. Jak se jí povedlo utéct do Švýcarska a začít tam pracovat. Po tomto vyprávění jsme si udělali menší pauzu, občerstvili se a dál pokračovala Anna, na kterou zbyly poslední tři osobnosti, z nichž poznala Helenu Růžičkovou a Jiřinu Bohdalovou. Obě dvě to jsou její oblíbené herečky. Na posledním obrázku zbyla podobizna Boženy Němcové, kterou si nikdo nevybral – klientky známou spisovatelku nepoznaly.

- **Úkol č. 2:** na tabuli napíšeme názvy profesí (herec / herečka, zpěvák / zpěvačka, prezident, malíř, spisovatel / spisovatelka), klientky mají vymyslet další příklady známých osobností a správně je zařadit do kategorie.

Postřehy: každá z žen se zapojila a řekla alespoň dva další příklady osobností. Zařazování do jednotlivých kategorií bylo o něco obtížnější, navíc několikrát se stalo, že osobnost spadala do více kategorií. Klientky ovšem tentokrát poměrně dobře spolupracovaly, takže společně vše správně zařadily. Poprvé došlo ke spolupráci, kdy pracovaly všechny klientky najednou a dohromady. Komunikovaly a domlouvaly se na třídění osobností. Společně vzpomínaly

na profesi, která je pro daného člověka typická. Já i pečující personál jsme byli opravdu mile překvapeni.

Zakončení:

- Karaoke: známé písně od Karla Gotta (na přání klientek)
- Poslání molitanového míčku po kruhu. Každá z žen má za úkol sdělit nám pocit z dnešní hodiny, a co ji nejvíce dnes bavilo.
- Shrnutí terapie a zhodnocení probraného tématu mnou. Znovu klientkám opakuji, o čem jsme si vyprávěli a připomínám jim, co nám konkrétně která důležitého sdělila.

Shrnutí hodiny

Dnešní terapie byla opravdu výjimečná. Doposud se nám nepodařilo, aby vzájemně pracovaly všechny ženy najednou. V závěru hodiny jsem ženám nabídla ještě pro zpestření karaoke. Nejprve se ostýchaly. První píseň jsem jim proto předvedla já společně s personálem, klientky se postupně začaly přidávat. Viděli, že je to velice jednoduché a když jsme upravili rychlost a tempo, tak byly nadšené. Na přání byly vybírány písně od Karla Gotta, ženám se líbilo, jak na obrazovce běží text a vědí tak co mají zpívat. Karaoke má velkou výhodu, odbourává v lidech stres, nervozitu a podporuje dobrou náladu. Zdena k tomu přidala své vtipné a groteskní výrazy, čímž odbourala i poslední známky ostychu u Anny. Jediná Věra se ke zpěvu nepřidala. Nakonec jsem musela ženám slíbit, že karaoke zase příště přinesu. Tento druh zábavy u lidí s demencí doporučuji, dochází ke zlepšení psychického stavu a tréninku pozornosti člověka.

Tab. č. 15 Znázornění aktivní účasti klientek

Jména účastníků	Zhodnocení aktivity v procentech	Poznámky
Věra	70%	pouze 2 odchody během sezení.
Anna	83%	komunikativní.
Zdena	96%	dobrá spolupráce.
Ludmila	76%	pozitivní nálada.

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 19. 3. 2015]

4. Blok: téma móda a nakupování

Dne: 15. listopadu 2014

Stimulace kognitivních funkcí: představivost, fantazie, verbální fluence, abstrakce, výbavnost, konstrukční schopnosti, exekutivní funkce a jemná motorika

Pomůcky: obrázky oblečení (klobouk, košile, kalhoty, sukně, boty apod.), obrázky s jinými objekty (rádio, kniha, peněženka, polštář apod.), větší kousky různých druhů látek (krajka, bavlna, samet, pytlovina, krep, riflovina, semiš), 3 vystřižené postavy z tvrdé čtvrtky.

Počet účastníků: 3 (paní Anna, Věra, Květa)

Zahájení:

- Píseň: „Je to pravda odvěká, šaty dělají člověka.“ Od Voskovce a Wericha.
- Přivítání se s klienty podáním ruky. Na magnetické tabuli máme připraveno datum, roční období, čas a název dnešního téma.
- Vyzveme jednotlivě klientky, aby vyprávěly o tom, co rády nosí nebo jaké oblečení si rády kupují.

Hlavní aktivita:

- **Úkol č. 1:** před klientky rozložíme kartičky s oblečením a s objekty, které mezi oblečení nepatří. Ženy mají za úkol společně rozhodnout o tom, co mezi oblečení patří a co nikoliv.

Postřehy: Anna s Květou společně vyřazují obrázky, které do kategorie oblečení nepatří. Věra dnes není schopna se práci více věnovat. Nedokáže se soustředit a neustále od stolu odchází. Květa je v domově přesně měsíc, adaptovala se poměrně rychle a nemá problém pracovat ve skupinové terapii s ostatními klientkami. Nejvíce si rozumí s Annou, s níž bez zábran navazuje rozhovor. Věra nám chtěla na začátku při zahájení vyprávět o svých oblíbených modelech, ale její stav jí to znemožňoval.

- **Úkol č. 2:** před klientky položíme karty s názvy různých druhů látek. Na druhou kupičku položíme kousky látek – ženy po hmatu poznávají jednotlivé

látky a hodnotí je. Je vám příjemná? Co by se z ní dalo ušít? Následně k látce zkouší přiřadit i její název.

Postřehy: při tomto úkolu Věra spolupracovala o trochu více. Vybrala si a přiřadila správně samet. Zbytek látek roztřídily Anna s Květou. Ženy vyprávěly, ze které látky by jim byly šaty nejpříjemnější a z jaké látky si dávaly oblečení šít. Květa dokonce měla dříve koníček, že si sama pro radost šaty šila. Obě ženy se shodly, že krep je jim nepříjemný i na ložním povlečení.

- **Úkol č. 3:** rozdáme klientkám vystřiženou postavu ze čtvrtky a kusy látek. Ženy si mohou postavu dokreslit a obléci podle svých představ. Stříhají a nalepují kousky látek na předem připravenou postavu. Pracují každá samostatně.

Postřehy: Anna s Květou se do oblékání a tvorby panenky ihned pustily. Přebíraly hadříky a různě je kombinovaly. Při činnosti si spolu obě povídaly o různých stylech oblečení a módě, která se dříve nosila. Věra se k ženám snažila přidat, ovšem příliš jí to nešlo. Stále odcházela a znovu se vracela. Vždy když se vrátila, pověděla útržkovitě pár slov a znovu odešla. Panenka se jí moc líbila, měla snahu jí obléci do sametu. Kdyby byl její stav lepší, aktivita by Věru pravděpodobně bavila. To soudím z toho, že se snažila zapojit i přes její dnešní špatný psychický stav.

Zakončení:

- Zhodnocení úkolu číslo 3. Každá z klientek má popsat svou postavu. Říci ostatním, kam se její postava chystá podle toho, jak je oblečená a jak jí aktivita bavila.
- Shrnutí a zopakování probraného tématu. O čem jsme si povídali a jaké úkoly jsme plnili. Připomeneme si znovu druhy látek, které jsme poznávali a třídili. Na konec ženám děkuji za spolupráci při tvorbě a oblékání postav. Necháme prostor ještě pro vlastní zhodnocení hodiny klientkami a rozloučíme se.

Shrnutí hodiny

Dnes jsme se sešli pouze v počtu tří klientek. Zdravotní stav Marie je sice stabilizovaný, ale zatím není schopná se skupinové terapie účastnit. Věra dnes již na podání ruky při přivítání reagovala negativně a agresivně. Změna dávkování léků se výrazně projevuje na jejím chování. Za celou dobu sezení prakticky nemohla pořádně spolupracovat. U klientky docházelo neustále k přerušování jejího mluvního projevu. Pokaždé, když chtěla něco říci, tak se odmlčela a odešla na chodbu, kde se prošla a vrátila se zase zpět ke stolu. Po dosednutí chtěla pokračovat, ale v tom se znovu přerušila a odešla. Takto to šlo prakticky pořád dokola. Tyto nutkavé odchody se u ženy objevovaly již dříve, ovšem ne v natolik velké míře jako nyní. Terapie a celková práce tak byla dnes značně narušena a pocítily to i Anna s Květou. Květa se účastnila skupinového sezení poprvé. Bylo to pro ni něco nového.

Tab. č. 16 Znárodnění aktivní účasti klientek

Jména účastníků	Zhodnocení aktivity v procentech	Poznámky
Věra	25%	nepřetržitě odchody.
Anna	84%	dobrý psychický stav.
Květa	76%	snaživá, spolupracuje.

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 19. 3. 2015]

5. Blok: *téma film a filmové postavy*

Dne: 20. prosince 2014

Stimulace kognitivních funkcí: postřeh, fantazie, představivost, exekutivní funkce, výbavnost, verbální fluence,

Pomůcky: krátké úryvky ze známých filmů, seznam názvů filmů (Marečku podejte mi pero, Slunce seno jahody, Obecná škola, Na samotě u lesa, Jak utopit doktora Mráčka, Vesničko má středisková, Vrchní, prchni, Postřižiny, Přednosta stanice)

Počet účastníků: 3 (paní Marie, Květa, Marta)

Zahájení:

- Přivítání se podáním ruky. Seznámení s dnešním tématem a s informacemi na tabuli – den, měsíc, roční období a čas.
- Posílání si molitanového míčku po kruhu: klientky mají za úkol říci, jakou mají dnes náladu a sdělit ostatním, jaké procedury dnes absolvovaly. Následovně má každá říci jaký žánr filmů preferuje, uvést příklad oblíbených filmů a herců.

Hlavní aktivita:

- **Úkol č. 1:** pouštím klientkám na monitoru scénky ze známých českých filmů. Ženy hádají, jak se film jmenuje a jací známí herci se na scéně nacházejí.

Postřehy: Marie vykřikuje u každé puštěné momentky: „To znám, koukej.“ Ovšem není schopná si na název filmu vzpomenout. U několika scén se jí daří pojmenovat známé herce, kteří v roli postav účinkují. Poznala Jiřinu Bohdalovou, Ondřeje Brzobohatého, Vlastu Buriana i Josefa Kemra). Květa dnes spolupracuje s novou spolubydlící Martou. Obě spolu diskutují nad scénkami z filmů, Marii doplňují a její výpověď více zpřesňují.

- **Úkol č. 2:** jako další mají ženy za úkol přemýšlet, kdo všechno se na tvorbě filmů podílí a jednotlivé profese společně vyjmenovat – odpovědi píšeme na tabuli.

Postřehy: klientky se nejprve společně domlouvají, diskutují a rozhodují se. Snaží se do práce zapojit i Marii, zajímavé jak jí povzbuzují. Marie tak začíná a vyjmenovává režiséra a kameru (uznáváme jako profesi kameraman). Květa přidává scénáristu, herce a kostymérku a Marta to doplňuje ještě o maskérku, kulisy a stříhače. V rámci tohoto tématu o filmovém průmyslu jsme diskutovali o prestižních cenách, které se za tvorbu filmu udělují. Květa si nechala pro tuto příležitost donést fotografie z dovolené v USA a ukazuje Marii a Martě chodník slávy, po němž se prošla.

- **Úkol č. 3:** na stůl před klientky vyrovnáme kartičky a názvy českých známých filmů. Následně já vždy přečtu úryvek z některého z těchto filmů, který je pro něho typický a klientky ze seznamu název vyberou. Střídají se mezi sebou.

Postřehy: Marie pouze hádá, bere do rukou náhodně kartičky a čte názvy filmů. Narušuje práci zbylých dvou kolegyň. Zkoušíme Marii zabavit skládáním rozstříhaných obrázků a nabídkou jídla, aby nechala Květu s Martou v klidu pracovat. Některé úryvky jsou pro Květu s Martou obtížné, tak jim dávám na výběr ze 3 možností. Aktivita se ženám nejen líbila, ale dokonce je pobavila.

Zakončení:

- „Odkrývačka“: ženy mají před sebou na monitoru skrytý obrázek situace ze známého filmu, jejich úkolem je postupně obraz odkrývat, tak že volí souřadnice např. C5 apod.
- Povídání si o filmu, který ženy uhodly z obrázku. O jaký jde žánr, jací herci ve filmu hrají, kde se to odehrává apod.
- Společné zhodnocení dnešní hodiny a shrnutí aktivit, které jsme dělali.

Shrnutí hodiny

Dnes s námi pracovala další nová klientka Marta. Do kolektivu se zařadila poměrně rychle a bez problémů. Nejvíce spolupracovala při plnění práce s Květou, ke které má o něco blíž než k Marii. Jelikož klientky byly jen tři, tak se práce velice hezky organizovala. Marie se znovu zapojila do skupinové terapie po delší časové odmlce. Došlo ke značnému zhoršení schopnosti spolupracovat s ostatními. Nebrala v úvahu práci dalších klientek a nebyla schopná se řídit pracovními pokyny.

Tab. č. 17 Znárodnění aktivní účasti klientek

Jména účastníků	Zhodnocení aktivity v procentech	Poznámky
Marie	30%	zmatený stav.
Marta	76%	spolupracuje s Květou.
Květa	80%	pečlivá při práci.

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 19. 3. 2015]

6. Blok: téma zahradníkův rok

Dne: 6. ledna 2015

Stimulace kognitivních funkcí: verbální fluence, vyjadřování, abstrakce, fantazie, exekutivních funkcí, pozornosti a myšlení a jemné motoriky.

Pomůcky: ovoce (jablko, hruška, švestky, jahody, angrešt), zelenina (cibule, česnek, pórek, paprika, okurka, mrkev), 4 obrázky ročních období, potraviny pro ochutnávku, připravená tiskátka z brambor (vykrojené sněhové vločky a koule), barvy (tempery), štětce, igelit, modré čtvrtky A4.

Počet účastníků: 3 (Květa, Marta, Marie)

Zahájení:

- Přivítání se s klientkami podáním ruky. Představení dnešního téma, které je napsáno na tabuli společně s datem a časem zahájení sezení.
- Na tabuli jsou připnuty 4 obrázky, které představují práci na zahradě podle ročních období, klientky mají obrázky popsat a říci, kterou z prací na zahradě nebo na poli dělaly stejně nebo jinak.

Hlavní aktivita:

- **Úkol č. 1:** Ochutnávka – klientka zavře oči a podle chuti se snaží potravinu poznat.

Postřehy: nejprve jsem zjistila, zda nejsou klientky alergické na některé ovoce či zeleninu a co jim z toho také nechutná. Marta s Květou se shodly, že by ani jedna nechtěla ochutnávat samotný česnek nebo cibuli. Marie na nic nepřišla, má ráda všechno. První odvážnou byla Marta, která správně poznala banán. Druhou byla Květa, ta měla jablko. Nejprve chvíli přemýšlela, nakonec jablko správně uhodla. Poté přišla na řadu i Marie. Marie odmítla zavřít oči, takže viděla, jak jí dávám mandarinku do úst, i přes to, že mandarinku viděla, tak ji neuhodla. Napodruhé jsme zkusili okurku, ale byla to naprosto stejná situace jako předchozí. Druhé kolo poznávání proběhlo i u Marty s Květou, protože druhů potravin bylo dost.

- **Úkol č. 2:** třídění na ovoce – zelenina. Na stůl předložíme ovoce a zeleninu. Klientky ke každé potravine poví, kdy se pěstuje (měsíc výsevu nebo sadby + roční období a měsíce typické pro sklizeň). Mohou pracovat jak jednotlivě, tak společně.

Postřehy: Marie si s radostí začala okamžitě každou z potravin po jejím předložení na stůl osahávat a dávat na klín. Květa s Martou se jí snažily vysvětlit, aby nechala potraviny ležet na stole, ale Marie žila v domněnku, že pracuje. Následně opět potraviny vyndala zpět na stůl. Marie si myslela, že potraviny nakupuje. Pojmenování se nakonec podařilo, ale do jednotlivých kategorií musely ovoce a zeleninu roztřídit Květa s Martou samy. Následně jsem se snažila, aby nám Marie pověděla, kterou zeleninu má na zahradě a kdy jí sklízí. Marie popsala sklizeň okurek a brambor i to, jak tyto potraviny zpracovávala. Na její vyprávění navázala Marta.

- **Úkol č. 3:** Tiskátka z brambor – ženy si tvoří vlastní obrázek podle své fantazie. Mohou jak kreslit štětcem, tak tiskát pomocí bramborových tiskátek vyřezaných do tvaru vloček a sněhových koulí.

Postřehy: tiskátka z brambor jsou většího rozměru, a tak se s nimi ženám dobře pracovalo. Této činnosti jsem se z počátku mírně obávala, především u Marie. To ovšem bylo zbytečné, Marii s prací pomáhala ošetřovatelka. Asistenci potřebovala při smáčení tiskátka do bílé barvy. Samotné tiskání už potom zvládala sama. Sice nedokreslovala obrázek vlastními objekty, ale za to vytvořila z vloček pořádnou chumelenici a z výtvoru měla radost. Marta vytvořila zasněženou krajinu a Květa děti jak se koulují a staví sněhuláka.

Zakončení:

- Shrnutí dnešního sezení, o čem jsme si povídali a co zajímavého jsme se dozvěděli. Znovu připomeneme datum, čas a co bude po sezení následovat. Každá z klientek by se měla vyjádřit, jak se jí dnes pracovalo a jaké aktivity se jí líbily nebo nelíbily.
- Rozloučení s klientkami podáním ruky.

Shrnutí hodiny

Sešli jsme se celkem na rychlo po Vánocích ještě, než nás stihla opustit Květa, která se v následujícím týdnu stěhuje do jiného typu zařízení. Na klientkách se projevuje únava ze sychravých dnů. Dlouhou dobu již nebyly venku na procházce. Dnešní aktivity jsou proto spíše relaxačního typu. Marie si obvykle nepamatuje, jaké aktivity během skupinové terapie proběhly, dnes si ovšem při shrnutí a hodnocení hodiny vzpomněla na tiskání na papír pomocí brambor. „Jo dělala jsem barevný brambory.“ Dnes jsem měla z práce klientek radost, spolupracovaly a zapojily se do všech aktivit, které jsem si pro ně připravila.

Tab. č. 18 Znázornění aktivní účasti klientek

Jména účastníků	Zhodnocení aktivity v procentech	Poznámky
Marie	52%	.
Marta	83%	.
Květa	87%	.

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 19. 3. 2015]

5.5 Diskuze a rozbor výsledků

Praktická část diplomové práce byla zpracována kvalitativní formou šetření. K získávání důležitých údajů a informací o osobách s demencí docházelo na základě rozhovoru s daným člověkem, rozhovoru s pečujícím personálem a rodinnými příslušníky. Dále docházelo k posouzení a odhalení konkrétních odchylek vyskytujících se v mluvním projevu lidí s demencí pomocí orientačního vyšetření řeči. Pro zhodnocení kognitivních funkcí sloužil Mini-mental state examination a Test kreslení hodin. Pro praktickou část byli vybíráni senioři s Alzheimerovou chorobou s pozdním začátkem. Demence byla ve většině případů středně těžkého až těžkého stupně. U všech osob došlo k narušení sebeobsluhy a soběstačnosti. Pro posouzení této oblasti byly využity dotazníky FAQ-CZ a BADLS-CZ, které vyplňovala vždy kompetentní osoba, jako je rodinný příslušník, zdravotní sestra nebo pečující personál. V následující podkapitole dojde ke komparaci výsledků šetření se zadanými cíly diplomové práce.

5.5.1 Vyhodnocení výsledků kazuistických studií

Komunikaci a odchylky v mluvním projevu klientek s demencí jsem posuzovala orientačním vyšetřením řeči a na základě běžných rozhovorů. Zaměřovala jsem se především na úroveň spontánní řeči, slovní produkce, pojmenování, opakování, fluenci řeči, respiraci, fonaci, artikulaci, porozumění řeči a čtenému textu. Součástí práce s klienty bylo i zjištění schopnosti psaní, kreslení, kalkule i dalších kognitivních funkcí. Následující tabulka č. 19 porovnává poruchy v oblasti fatických funkcí.

Hodnotící škála v oblasti poruch fatických funkcí:

- ✓ - patrné obtíže, přítomnost poruchy v dané modalitě.
- - intaktní výkon v dané modalitě.
- X - těžká porucha až výpadek schopnosti v dané oblasti.

Tab. č. 19 Tabulka zachycující poruchy fatických funkcí

	Ludmila	Marie	Anna	Věra	Zdena	Květa	Marta
Spontánní projev	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Fluence	-	-	-	-	-	-	-
Pojmenování	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Opakování	-	✓	✓	✓	-	-	-
Rozumění	-	-	-	-	-	-	-
Intonace	-	✓	✓	✓	-	-	-

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 21. 3. 2015]

U všech klientek se vyskytovaly problémy ve spontánním mluvním projevu, ovšem s rozdílem kvality projevu jednotlivých žen. Komunikace Ludmily a Marty byla bez větších obtíží. Jejich projev byl vždy větný, pouze ojediněle lze zaznamenat dysgramatické tvary nebo obraty a občasné fonemické záměny. Zdena s Květou měly výraznější poruchu výbavnosti slov, vyskytovaly se u nich parafázie a neologismy i časté zárazy. Marie, Věra a Anna se spontánně vyjadřovaly spíše jednoslovně. Pojmenování bylo určitým způsobem narušeno u všech klientek, kromě Marty. Problémy v opakování a intonaci se objevovaly u Marie, Anny a Věry.

Tab. č. 20 Tabulka hodnotící lexické a grafické dovednosti

	Ludmila	Marie	Anna	Věra	Zdena	Květa	Marta
Čtení	-	-	-	-	-	-	-
Psaní	-	-	-	-	-	-	-
Kreslení	-	X	X	X	X	-	-
Matematické operace	-	X	X	X	X	-	-

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 21. 3. 2015]

Čtení je u Ludmily i Marty s porozuměním, zato Květa má problém čtenému textu rozumět, jelikož nečte začátky slov. Písmo je čitelné a obsahově srozumitelné u Ludmily a Marty. U zbylých žen je přítomna agrafie – neschopnost psát grafické znaky písma. Kreslení bylo vyšetřeno pomocí MMSE – u Zdeny, Marie, Věry a Anny se objevují bezobsažné čáranice, nedaří se jim ani obkreslování při vedení ruky. Deficity v oblasti matematických schopností jsou přítomny u všech žen. U Marie, Anny, Věry a Zdeny došlo k naprosté ztrátě této dovednosti.

Tab. č. 21 Tabulka hodnotící poruchy motorických řečových modalit

	Ludmila	Marie	Anna	Věra	Zdena	Květa	Marta
Srozumitelnost mluvy	-	✓	✓	✓	-	-	-
Respirace	-	-	-	-	-	-	-
Fonace	-	-	-	-	-	-	-
Artikulace	-	-	-	-	✓	-	-
Tempo řeči	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 21. 3. 2015]

Řeč je srozumitelná u každé z klientek, mírné zhoršení můžeme slyšet u Marie, Anny a Věry, jejichž projev je o něco tišší a bez známek intonace. Respirace je v pořádku. Nezaznamenala jsem ani poruchu koordinace dýchání s mluvou. Taktéž artikulace je bez známek odchylek od normy. U jediné Zdeny můžeme občas zaznamenat špatné postavení mluvidel při realizaci hlásek a artikulačním pohybu. U všech žen je řeč výrazně zpomalená. Marie, Anna, Věra a Zdena se tempem liší od zbylých dvou žen výrazněji – tempo je nápadně zpomalené, objevují se dlouhé pomlky. Pokud výsledky porovnáme s podkapitolou číslo 3.5 Diagnostika NKS u syndromu demence zjistíme, že poruchy motorických řečových funkcí se u osob s lehkým a středně těžkým typem demence příliš nevyskytují, nejedná-li se ovšem o demenci při Parkinsonově nemoci.

Tab. č. 22 Tabulka hodnotící kognitivní funkce

	Ludmila	Marie	Anna	Věra	Zdena	Květa	Marta
Paměť	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Pozornost	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Orientace	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
Představitivost	-	✓	✓	✓	✓	✓	-
Výbavnost informací	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Vnímání	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Exekutivní funkce	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 21. 3. 2015]

Paměť, pozornost, orientace, výbavnost informací a důležitých údajů, vnímání a exekutivní funkce jsou svým určitým způsobem narušeny u všech sedmi klientek. Deficity v oblasti kognitivních funkcí jsou nejvíce znatelné u Marie, Věry a Zdeny. Anna s Květou dosahují výrazně lepších výkonů.

Tab. č. 23 Tabulka hodnotící poruchy chování a soběstačnost

	Ludmila	Marie	Anna	Věra	Zdena	Květa	Marta
Chování	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
Soběstačnost	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sebeobsluha	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Oční kontakt	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
Poruchy spánku	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓
Agresivita	-	✓	-	✓	✓	✓	-
Kontinence	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 21. 3. 2015]

U všech šesti žen, kromě Marty se objevují určité poruchy chování, u Věry dochází k nutkavé chůzi po chodbě a ke snaze utéct ze zařízení, u Marie dochází ke vzdorovitému způsobu chování až k agresivitě vůči druhým. U Ludmily a Anny je chování ovlivněno výkyvy nálad a depresivními stavy, Zdena a Marta se chovají často zmateně, přemísťují věci a následně je hledají. Vyskytuje se u nich apatie nebo naopak agresivita. Problém v soběstačnosti a sebeobsluze mají všechny klientky. Přiměřený oční kontakt při rozhovoru udržuje pouze Marta. Agresivní způsob chování vůči okolí nebo rodinným příslušníkům zaujímá Marie, Věra, Zdena i Květa. Poruchou spánku netrpí jediná Marie. Výsledky tabulky lze porovnat s podkapitolou 2.4.1 Důsledky kognitivních poruch a dále se touto problematikou zabývá J. Zgola ve své publikaci s názvem: „Úspěšná péče o člověka s demencí“.

Tab. č. 24 Tabulka uvádějící další poruchy typické pro syndrom demence

	Ludmila	Marie	Anna	Věra	Zdena	Květa	Marta
Deprese	✓	-	✓	✓	✓	✓	-
Deliria	-	✓	✓	✓	✓	✓	-
Halucinace	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
Zmatenost	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Nechutenství	✓	-	-	✓	-	✓	-
Poruchy osobnosti	-	✓	✓	✓	✓	-	-
Poruchy emotivity	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 21. 3. 2015]

Deprese, halucinace, stavy zmatenosti a poruchy emotivity a osobnosti jsou velice častými jevy a patří do skupiny behaviorálních příznaků syndromu demence. Tyto projevy ovlivňují psychický stav i oblast komunikačních a kognitivních funkcí daného člověka.

Zhodnocení cílů

Hlavním cílem praktické části bylo prostřednictvím adekvátního programu stimulace působit na komunikační a kognitivní schopnosti a snažit se tak předejít progresi těchto funkcí, která je ve spojení s tímto onemocněním předpokládána. Komparaci vytyčeného cíle práce provádí následující, která znázorňuje výkon jednotlivých žen při prvním a posledním plnění úkolů z terapeutického materiálu.

Tab. č. 25 Tabulka shrnující výkon práce klientek s terapeutickým materiálem

	L. první	L. poslední	M. první	M. poslední	A. první	A. poslední	V. první	V. poslední	Z. první	Z. poslední	K. první	K. poslední	Mr. první	Mr. poslední
1.	100%		26%	54%	76%	93%	-	-	54%	N	83%	N	93%	N
2.	91%	100%	22%	48%	62%	62%	-	5%	43%	N	61%	N	95%	N
3.	88%	88%	13%	13%	51%	51%	-	-	56%	N	80%	N	88%	88%
4.	100%	N	40%	40%	51%	66%	-	-	66%	N	48%	N	100%	N
5.	100%	N	33%	16%	92%	N	-	-	84%	N	95%	N	100%	N
6.	100%	N	38%	38%	75%	N	-	-	88%	N	75%	N	100%	N
7.	90%	90%	43%	43%	66%	43%	-	25%	66%	N	75%	N	61%	50%
8.	100%	N	58%	58%	85%	N	-	32%	85%	N	75%	N	100%	N
9.	100%	N	26%	44%	34%	34%	-	-	50%	N	16%	N	85%	N
10.	95%	N	-	-	84%	N	-	-	72%	N	77%	N	100%	N
11.	100%	N	-	-	83%	N	-	-	48%	N	75%	N	90%	N
12.	50%	85%	-	-	16%	16%	-	-	16%	N	65%	N	65%	84%
13.	70%	70%	-	-	-	-	-	-	-	N	21%	N	72%	N
14.	65%	84%	-	-	-	-	-	16%	-	N	16%	N	84%	N
15.	75%	75%	3%	3%	23%	38%	-	13%	47%	N	38%	47%	67%	N
16.	83%	100%	33%	49%	65%	83%	-	33%	65%	N	83%	N	100%	N

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 21. 3. 2015]

* N = neopakováno

- = nesplnila

Vyhodnocení tabulky:

Na základě procentového vyjádření splnění daného úkolu, lze vyčíst, zda došlo u klientek při práci ke zhoršení, stagnaci, mírnému zlepšení nebo k výraznému zlepšení. Výsledek byl vždy ovlivněn aktuálním stavem, přítomností deprese a celkových emočním rozpoložením. Nelze tedy obecně říci, zda došlo ke zlepšení kognitivních nebo komunikačních schopností, protože je to velice individuální a záleželo vždy na stavu ženy v daný den. Z předchozí tabulky ovšem můžeme ukázat, jak klientky reagovaly na konkrétní úkoly, které jsem s nimi v pravidelných intervalech procvičovala a zda došlo při jejich opakování k nějakému zlepšení.

Tab. č. 26 Vyjádření poklesu výkonu

Pokles výkonu	
Ludmila	- u ženy nebyl pokles výkonu zaznamenán;
Marie	- zhoršila se v úkolu č. 5;
Anna	- ke zhoršení došlo v úkolu č. 7;
Věra	- ke zhoršení nedošlo;
Zdena	- nelze posuzovat, žena splnila úkoly pouze jednou;
Květa	- nelze posuzovat, podruhé splnila pouze úkol č. 15;
Marta	- zhoršení v úkolu č. 7;

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 22. 3. 2015]

Shrnutí: tabulka se řídí předchozí tabulkou č. 25 a hodnotí výkon žen vždy z první a poslední práce s terapeutickým materiálem. Ke snížení výkonu došlo u tří klientek, ovšem dvě z toho nelze posuzovat, jelikož byly součástí stimulačního materiálu krátkou dobu a nedošlo k jejich zopakování. U Ludmily ke zhoršení nedošlo z důvodu, že se výrazně zlepšil její psychický stav a deprese se dařilo držet v remisi až do chvíle její smrti, tudíž výkonnostně neklesala. Stejně tak tomu bylo i u Anny, která si v zařízení zvykla a jejíž psychika ovlivnila nejen kognitivní a řečové schopnosti, ale i oblast soběstačnosti a fyzické aktivity.

Tab. č. 27 Vyjádření stagnace výkonu

Stagnace výkonu	
Ludmila	- ke stagnaci došlo v úkolu č. 3, 7, 13 a 15; úkoly, v nichž žena poprvé dosáhla výkonu 100%, se již neopakovaly.
Marie	- ke stagnaci došlo v úkolu č. 3, 4, 6, 7, 8 a 15; úkoly č. 10, 11, 12, 13, 14 pro ni byly příliš složité a nezvládla s nimi pracovat ani na poprvé.
Anna	- ke stagnaci došlo v úkolu č. 2, 3, 9 a 12.
Věra	- u ženy ke stagnaci nedošlo, jelikož předtím nespolupracovala.
Zdena	- nelze posoudit, úkoly plnila pouze jednou.
Květa	- nelze posoudit, úkoly plnila pouze jednou.
Marta	- ke stagnaci došlo v úkolu č. 3; úkoly, v nichž dosáhla výkonu 100%, se již znovu neprováděly.

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 22. 3. 2015]

Shrnutí: k opakovanému tréninku docházelo nejvíce v úkolech, v nichž ženy napoprvé dosáhly nízkého procenta a které jim nešly vypracovat nebo jim dělaly větší obtíže. Výkon klientky Věry nelze objektivně vyhodnotit, jelikož spolupracovala pouze ve chvílích, kdy na tom byla psychicky lépe. Splnila tak šest pracovních bloků a z toho žádný znovu neopakovala. Neobjektivněji lze v tomto případě posoudit Marii, u níž individuální péče trvala nejdelší dobu a jednotlivé úkoly se stihly procvičit dokonce několikrát.

Tab. č. 28 Vyjádření zlepšení výkonu

Zlepšení výkonu	
Ludmila	- zlepšení v úkolech č. 2, 12, 14 a 16.
Marie	- zlepšení v úkolech č. 1, 2, 5, 9 a 16.
Anna	- zlepšení v úkolech č. 1, 4, 15 a 16.
Věra	- spolupráce nastala v úkolu č. 2, 7, 8, 14, 15 a 16.
Zdena	- nelze posoudit, úkoly plnila pouze jednou.
Květa	- ke zlepšení došlo v bloku č. 15 – jediný zopakovaný blok.
Marta	- ke zlepšení došlo pouze v úkolu č. 12.

Zdroj: vlastní zpracování, [cit. 22. 3. 2015]

Shrnutí: za hlavní důvod zlepšení výkonu většiny klientek považují skutečnost, že u nich došlo ke zlepšení psychického stavu a emočního rozpoložení. Méně se objevovaly stavy zmatenosti, halucinace a poruchy vnímání. Komplexní rehabilitace poskytovaná v zařízení podporovala jejich celkovou tělesnou kondici. Největších pokroků dosáhla Ludmila a to těsně před smrtí. Naopak Květy zdravotní i psychický stav se před smrtí výrazně zhoršil, a proto nedošlo k opakování předchozích cvičení, výsledky by byly zkreslené a neadekvátní.

Z mého pohledu byl hlavní cíl praktické části naplněn. U většiny klientek se podařilo poklesu výkonu zabránit, alespoň na určitou dobu. Za pozitivní výsledky aktivizačního programu stimulace u osob se syndromem demence považují především zlepšení jejich celkového psychického stavu. U žen se projevila snaha navazovat komunikaci a sociální interakci s druhými lidmi ze zařízení, čímž se zabránilo jejich izolaci od ostatních a vzniku nebo návratu depresí. V průběhu práce s těmito lidmi jsem si uvědomila, že jejím úkolem není zlepšení konkrétních kognitivních funkcí, ale právě zabránění progresi nemoci a úpadku duševního stavu člověka. Celkový stav, tedy psychický i fyzický, ovlivňuje výkon a aktivní účast daného jedince. Práce je tedy velice individuální a záleží vždy na aktuálním rozpoložení seniora, které je důležité respektovat.

Dílčí cíle:

- úkolem je zjistit, jak organické léze mozkové tkáně a nervového systému ovlivňují mluvní projev člověka s demencí;

Shrnutí: na tento cíl nám odpovídají tabulky č. 19, 20, 21 a 22. Záleží samozřejmě vždy na individuálním stavu nemoci u konkrétního člověka. Obecně ale můžeme říci, že mluvní projev je narušen především v oblasti spontánního projevu, dále v pojmenování a v jeho tempu. Dále je ovlivňován poruchou pozornosti, paměti, orientace, představivosti, exekutivních funkcí, vnímání a výbavnosti informací. Špatný psychický stav člověka s demencí může pokles těchto funkcí dále prohloubit, neboť můžeme zaznamenat přítomnost halucinací, depresí, poruch vnímání a výkyvů nálad. Deficity kognitivních funkcí tedy úzce s komunikačními procesy souvisí, a proto je nezbytné je stimulovat a facilitovat, aby nedocházelo k jejich rychlé progresi.

- zhodnotit pomocí standardizovaných vyšetření kognitivní funkce osob s demencí;

Shrnutí: pro zhodnocení mentálního stavu klienta jsem z nabídky krátkých hodnotících škál vybrala Mini-mental state examination, který posuzuje kognitivní funkce vyšetřovaného. Toto vyšetření jsem dále doplnila ještě o Test kreslení hodin, který mi pomohl lépe zhodnotit prostorovou orientaci, pozornost a úroveň praxe u daného člověka.

- vytvořit a následně využít vlastní terapeutický materiál.

Shrnutí: pro účely individuální péče byl vytvořen stimulační terapeutický materiál, který podporoval kognitivní a komunikační schopnosti klientů v daném zařízení. Jednalo se o cvičný sešit složený celkem z 16 bloků, které obsahovaly úkoly odrážející schopnosti a potřeby každé z žen z Domova Vitalita. Pracovní sešit tak tvořil základní pomůcku pro individuální práci a pomáhal mi klientky ke spolupráci motivovat. Pro přiblížení práce s pojmy jsme využívaly i běžných denních předmětů, s nimiž se klientky setkávaly v zařízení.

5.6 Závěr

Vzhledem ke stárnutí populace je téma demence a problémy s ní spojené velice aktuální. Diplomová práce s názvem „*Stimulace komunikačních a kognitivních funkcí u osob s demencí*“ se tak zabývala možnostmi nefarmakologické terapie a přístupy léčby, které se v praxi používají. Lékaři a pečující personál, si začínají uvědomovat, že pacienty s touto diagnózou daleko víc poškozují deficity v oblasti kognitivních funkcí, než psychózy či poruchy nálad. I přes tato zjištění, která jsou podložena mnoha studiemi, však ke stimulaci těchto funkcí dochází jen zřídka.

Teoretická část této práce tvoří pomyslnou základnu, jež se stala výchozí pro následné zpracování výzkumného cíle. Uvádí tedy poznatky z oblasti poznávacích a rozumových funkcí a jejich význam. Dále shromažďuje a porovnává jednotlivé definice demence a na základě jejich příznaků ji klasifikuje. Hlavní část zaujímá kapitola týkající se diagnostiky, která popisuje nejběžněji používané hodnotící škály a testy. Poslední kapitola teoretické části se zabývá terapií, kterou dělí na dva hlavní přístupy. Na farmakologické a nefarmakologické.

Ke zpracování praktické části došlo formou kvalitativního výzkumu. Hlavním cílem této práce bylo prostřednictvím adekvátního programu stimulace působit na komunikační a kognitivní schopnosti člověka s demencí a snažit se tak předejít progresi těchto funkcí, která je ve spojení s tímto onemocněním předpokládána. Pro tyto účely bylo vybráno sedm žen ze zařízení Domova Vitality, které byly zapojeny do aktivizačního programu stimulace. K účelům individuální péče byl vytvořen terapeutický materiál, který odpovídal svým obsahem schopnostem a potřebám klientek. Druhou část terapeutického působení tvořila skupinová terapie, která byla realizována pomocí šesti skupinových sezení. Pro skupinovou práci byl využit program Mates, jenž se mi v praxi svým obsahem opravdu osvědčil.

V průběhu výzkumu jsem se potýkala s jedním zásadním problémem, kterým byla zastaralá dokumentace a diagnostické materiály vybraných klientek trpících syndromem demence. Lékařská zpráva v řadě případů neodpovídala aktuálnímu stavu žen a nebylo možné z ní přímo vycházet. Dále se mi potvrdilo, že k diagnostice demence dochází buď příliš pozdě, tedy v době, kdy je již nemoc v určité fázi rozvinutá anebo k ní nedochází vůbec. Pět žen mělo diagnostikovanou Alzheimerovu

nemoc s pozdním začátkem, ale demence už u nich byla ve středně těžkém až těžkém stádiu, jedna žena měla diagnostikovaný depresivní syndrom a sedmá klientka neměla v poznávací oblasti podle dokumentace žádný problém.

Během práce s klienty v zařízení jsem dospěla k několika důležitým zásadám, které vymezuje i Franková (2010) ve svém manuálu pro práci se seniory s poruchami paměti. Ke každému člověku s demencí je zapotřebí přistupovat individuálně s maximálním ohledem na jeho stupeň kognitivního deficitu. V rámci péče respektujeme osobnost, zájmy a hodnoty jedince. Plně jej v realizaci činností podporujeme a motivujeme k dalšímu úsilí a snaze. Snažíme se o sociální začleňování dané osoby a umožňujeme ji navazovat kontakty s ostatními lidmi, aby nedocházelo k izolaci. I při drobných úspěších člověka chválíme a dáváme mu najevo svou náklonnost a přízeň.

Ukázalo se, že plněním smysluplných aktivit docházelo u žen ke zlepšení jejich psychického stavu. U čtyř klientek z šesti došlo ke znatelnému zlepšení komunikačních schopností během individuální a zvláště pak skupinové terapie, která se mi v práci s lidmi s demencí opravdu osvědčila. Skupinová terapie je pro tuto cílovou skupinu lidí velice vhodná a přínosná. Podněcuje mluvní projev člověka, usnadňuje mu navazování sociálních kontaktů a motivuje ho k lepším výkonům. K tomu ovšem, aby byla pro osoby s demencí jednotlivá sezení přínosná, tak musí být smysluplná. To znamená, že každé sezení je třeba dobře promyslet, připravit a realizovat, přičemž je důležité vycházet z potřeb a zájmů klientů. Samotné aktivity, kterých se ženy účastnily, tak plnily vždy svůj specifický význam. Tím byla například výzdoba zařízení, výroba pomůcek pro konkrétní osobu nebo činnost, jež udělala radost samotné klientce.

Práce s touto cílovou skupinou lidí mi ukázala, jak psychika a stav duševní pohody dokáží ovlivnit jejich výkony. Na konkrétních příkladech bylo jasně vidět, jak se od sebe jednotlivé případy liší a že tato choroba je velice nevyzpytatelná, neboť nelze nikdy předem předpokládat, jaké funkce zasáhne a do jaké míry. Každý ze sedmi klientů se od sebe výrazně lišil, ani jeden z nich neměl shodnou úroveň zasažených rozumových funkcí. A přece je něco spojovalo. Byly to příznaky, kterými se demence vyznačuje. Tyto projevy jsou prakticky u všech lidí podobné.

Každý z nich měl problémy s pamětí, myšlením, pozorností, chováním a také řečí. Dalo by se tedy říci, že úroveň komunikace se odvíjí od poškození paměti, pozornosti, myšlení a vnímání. Deficity objevující se v mluvním projevu člověka jsou výrazné a ovlivňují jeho navazování sociálních vztahů a kontaktů s druhými lidmi. Logopedickou péči tak vnímám jako nezbytnou součást terapie u těchto lidí.

V průběhu mého systematického a dlouhodobého působení v daném zařízení jsem si uvědomila, že mezi hlavní výstupy mé práce nepatří náprava poškozených funkcí, ale zlepšení duševní svěžesti a psychiky klienta s demencí. Cvičení duševního zdraví ovšem nestačí, základem je také péče o zdraví a dobré zázemí, které prospívá nejen celému tělu, ale i psychice člověka. To vše platí u osob se syndromem demence dvojnásob.

Všechny pečující osoby, se kterými jsem se měla možnost během svého působení v Domově Vitalita poznat a které mi byly nápomocny při práci s klienty, si zaslouží můj obrovský obdiv za svou profesionálně vykonávanou práci. Bez jejich zásluh bych nedokázala realizovat jak individuální tak i skupinová setkání, za což mají mé hlavní uznání. K lidem v tomto zařízení je zde přistupováno s úctou a respektem.

Seznam použité literatury

ATKINSONOVÁ, Rita L. *Psychologie*. 1995, In: CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 228 s. ISBN 978-80-262-0364-3.

BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 181 s. ISBN 978-80-204-2282-8.

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 132 s. ISBN 80-7367-081-x.

CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 228 s. ISBN 978-80-262-0364-3.

CSÉFALVAY, Zsolt, Jana MARKOVÁ, Milena KOŠTÁLOVÁ a Marta EGRYOVÁ. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2007, 175 s. ISBN 978-80-7367-316-1.

CSÉFALVAY, Zsolt, Marta KLIMEŠOVÁ a Milena KOŠTÁLOVÁ. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie: (manuál)*. Praha: Asociace klinických logopedů ČR, 2003, 1 krabice ([cca 490] s.). ISBN 80-903312-0-3.

ČERMÁK, František. *Jazyk a jazykověda: přehled a slovníky*. Vyd. 4., V Karolinu 2., dopl. Praha: Karolinum, 2011, 380 s. ISBN 978-80-246-1946-0.

FRANKOVÁ, Vanda a Eva VYŠKOVSKÁ. *Program Mates: manuál pro skupinovou práci se seniory s poruchami paměti*. Praha: Maxdorf, 2010, 35 s.

FRANKOVÁ, Vanda. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 70 s. ISBN 978-80-204-2423-5.

GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Přeložil Denisa Šmejkalová. Praha: Portál, 2012, 135 s. ISBN 978-80-262-0154-0.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009, 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.

HRDLIČKA, Michal a Darina HRDLIČKOVÁ. *Demence a poruchy paměti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 53 s. ISBN 80-7169-797-4.

JIRÁK, Roman. *Demence*. Praha: Maxdorf, 1999, 226 s., 20 s. obr. příl. ISBN 80-85800-44-6.

JIRÁK, Roman., FRANKOVÁ, V. *Organicky podmíněné psychické poruchy*, In: HÖSCHL, Cyril, Ján PRAŠKO a Dagmar SEIFERTOVÁ. *Postupy v léčbě psychických poruch: výstup projektu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy LN00B I 22 Centrum neuropsychiatrických studií*. 1. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004, xxiv, 479 s. ISBN 80-86694-06-2.

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

JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 335 s. ISBN 80-7262-268-4.

JIRÁK, Roman a Jaroslava LAŇKOVÁ. *Demence: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2007, 10 s. ISBN 978-80-86998-13-8.

KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. *Kognitivní trénink v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 150 s. ISBN 978-80-247-2608-3.

KOUKOLÍK, František. *Lidský mozek*. Vyd. 3. Praha: Grada, 2012, 400s. ISBN 978-80-7262-771-4.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 229 s. ISBN 80-7169-615-3.

KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. 2., aktualiz. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011, 380 s., xvi s. obr. příl. ISBN 978-80-7367-891-3.

KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 327 s., [8] s. barev. obr. příl. ISBN 80-7178-554-7.

NEBESKÁ, Iva. *Úvod do psycholingvistiky*. Vyd. 1. Jinočany: H&H, 1992, 127 s. ISBN 80-85467-75-5.

NEUBAUER, Karel. Diagnostika kognitivních poruch u demencí, nefarmakologické postupy v rehabilitaci demencí. 1999. In: JIRÁK, Roman. *Demence*. Praha: Maxdorf, 1999, 226 s., 20 s. obr. příl. str. 19 - 29, ISBN 80-85800-44-6.

PAPATHANASIOU, Ilias, Patrick COPPENS a Constantin POTAGAS. *Aphasia and related neurogenic communication disorders*. Burlington, MA: Jones, c2013, xxiii, 505 p. ISBN 07-637-7100-7.

PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 189 s. ISBN 80-7262-363-x.

PREISS, Marek. *Neuropsychologická baterie Psychiatrického centra Praha: klinické vyšetření základních kognitivních funkcí*. 2., přeprac. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2007, 84 s. ISBN 978-80-87142-19-6.

PREISS, Marek. *Efektivita trénování paměti: příručka pro zájemce o trénování paměti*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2010, 57 s. ISBN 978-80-87142-10-3.

REKTOROVÁ, Irena. *Kognitivní poruchy a demence*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007, 190 s. ISBN 978-80-7387-017-1.

RŮŽIČKA, Evžen. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, c2003, 175 s. ISBN 80-7262-205-6.

SHEARDOVÁ, K.: Mírná kognitivní porucha v praxi. 2010. In: CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 228 s. ISBN 978-80-262-0364-3.

SRNEC. *Diagnostika kognitivních poruch, nefarmakologické postupy*. 1994. In: JIRÁK, Roman. *Demence*. Praha: Maxdorf, 1999, 226 s., 20 s. obr. příl. str. 19 - 29, ISBN 80-85800-44-6.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN 80-717-8274-2.

TOPINKOVÁ, Eva. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: manuál pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: UCB Pharma, c1999, 87 s. ISBN 80-238-4913-1.

VAŠINA a DIAMANT. *Diagnostika kognitivních poruch, nefarmakologické postupy*. 1994. In: JIRÁK, Roman. *Demence*. Praha: Maxdorf, 1999, 226 s., 20 s. obr. příl. str. 19 - 29, ISBN 80-85800-44-6.

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 144 s. ISBN 978-80-247-4423-0.

ZGOLA, Jitka M. *Něco dělat!: průvodce vytvářením aktivizačních programů pro nemocné Alzheimerovou chorobou a podobnými poruchami*. 1. vyd. Praha: Občanské sdružení Za důstojné stáří, 2013, 127 s. ISBN 978-80-254-9338-0.

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

Jiné zdroje (časopisy)

AU, R., ALBERT, M., OBLER, L.: The relation of aphasia to dementia. *Aphasiology*. 1996, roč. 2, č. 2, s. 161-173. ISSN 1464-5041.

BODY, R., PERKINS, M.: Terminology and methodology in the assessment of cognitive-linguistic disorders. *Brain impairment*. 2006, roč. 7, č. 3, s. 212-222. ISSN: 1443-9646.

EMERY, O.: Language impairment in dementia of the Alzheimer type: A hierarchical decline? *International journal of psychiatry in medicine*. 2000, roč. 30, č. 2, s. 145-164. ISSN: 0091-2174.

GROSSMAN, M.: Language in Dementia. In: *Handbook of the Neuroscience of Language*. London: Elsevier. 2008, s. 279-287. ISBN 9780-08-045352-1.

KOLK, H.: Disorders of syntax in aphasia. In: *Handbook of neurolinguistics*. Academic Press. 1998, s. 249-260. ISBN: 978-0-12-666055-5.

GRODZINSKY, Y.: Trace deletion, theta-roles and cognitive strategies. *Brain and Language*. 1995, roč. 51, s. 469-497. ISSN: 0093-934X.

BERNDT, R., MITCHUM, C., WAYLAND, S.: Patterns of sentence comprehension in aphasia: A consideration of free hypothesis. *Brain and Language*. 1997, roč. 60, s. 197-221. ISSN: 0093-934X.

HUMMELVÁ-FANFRDLOVÁ Z., REKTOROVÁ I., SHEARDOVÁ K., BATOŠ A., LÍNEK V., RESSNER P., ZAPLETALOVÁ J., VYHNÁLEK M., HORT J., Česká adaptace Addenbrookského kognitivního testu. *Československá psychologie*. 2009, roč. 53, č. 4, s. 376-388. ISSN 0009-062X.

REBAN, J.: Montrealský kognitivní test (MoCA): Přínos k diagnostice predemencí. *Česká geriatrická revue*. 2006, roč. 4, č. 4, s. 224-229. ISSN 1214-0732.

Elektronické zdroje

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha: ÚZIS, © 2014/4/1 [cit. 2015-02-18]. MKN- 10: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize*. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

Lázně Bělohrad a.s. *Domov Vitalita*. [online]. Lázně Bělohrad, © 2013 [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://www.domovvitalita.cz/index.php>

SYKA, Josef. Mozek a kognitivní funkce. *Ústav experimentální medicíny AV ČR*. [online]. Praha. 41-48 [cit. 2015-03-6]. Dostupné z: <http://archiv.otevrena-veda.cz/users/Image/default/C2Seminare/MultiObSem/105.pdf>

Seznam tabulek

- Tabulka č. 1 - Schéma symptomů demence
- Tabulka č. 2 - Rozdělení demencí podle etiopatogeneze
- Tabulka č. 3 – Diferenciální diagnostika mezi deliriem a demencí
- Tabulka č. 4 – Souvislost řečových a jazykových procesů s poškozenými kognitivními funkcemi
- Tabulka č. 5 – Hlavní typy primárních demencí a jejich projevy na různých úrovních zpracování jazykové informace.
- Tabulka č. 6 – Zhodnocení práce klienta s terapeutickým materiálem
- Tabulka č. 7 – Zhodnocení práce klienta s terapeutickým materiálem
- Tabulka č. 8 – Zhodnocení práce klienta s terapeutickým materiálem
- Tabulka č. 9 – Zhodnocení práce klienta s terapeutickým materiálem
- Tabulka č. 10 – Zhodnocení práce klienta s terapeutickým materiálem
- Tabulka č. 11 – Zhodnocení práce klienta s terapeutickým materiálem
- Tabulka č. 12 – Zhodnocení práce klienta s terapeutickým materiálem
- Tabulka č. 13 – Znázornění aktivní účasti klientek
- Tabulka č. 14 – Znázornění aktivní účasti klientek
- Tabulka č. 15 – Znázornění aktivní účasti klientek
- Tabulka č. 16 – Znázornění aktivní účasti klientek
- Tabulka č. 17 – Znázornění aktivní účasti klientek
- Tabulka č. 18 – Znázornění aktivní účasti klientek
- Tabulka č. 19 – Tabulka zachycující poruchy fatických funkcí
- Tabulka č. 20 – Tabulka hodnotící lexické a grafické dovednosti
- Tabulka č. 21 – Tabulka hodnotící poruchy motorických řečových modalit
- Tabulka č. 22 – Tabulka hodnotící kognitivní funkce
- Tabulka č. 23 – Tabulka hodnotící poruchy chování a soběstačnost
- Tabulka č. 24 – Tabulka uvádějící další poruchy typické pro syndrom demence
- Tabulka č. 25 – Tabulka shrnující výkon práce klientek s terapeutickým materiálem
- Tabulka č. 26 – Vyjádření poklesu výkonu
- Tabulka č. 27 – Vyjádření stagnace výkonu
- Tabulka č. 28 – Vyjádření zlepšení výkonu

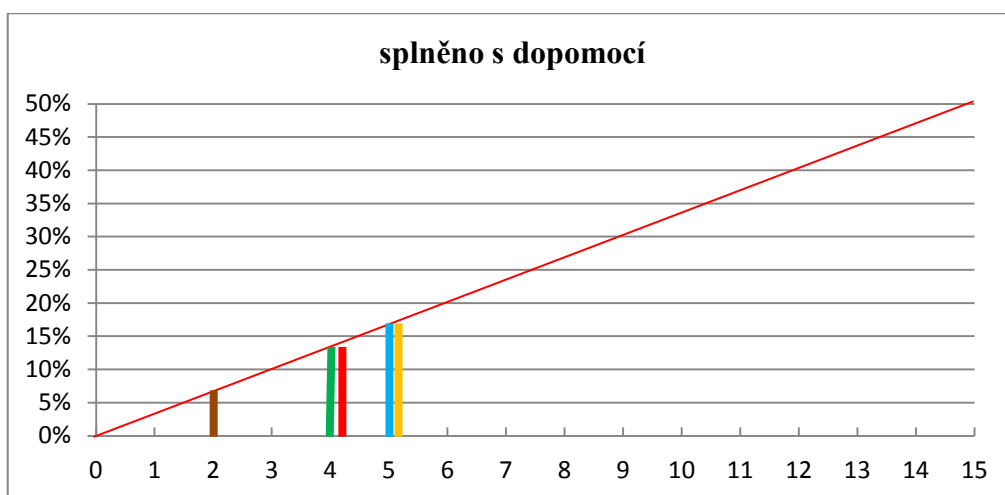
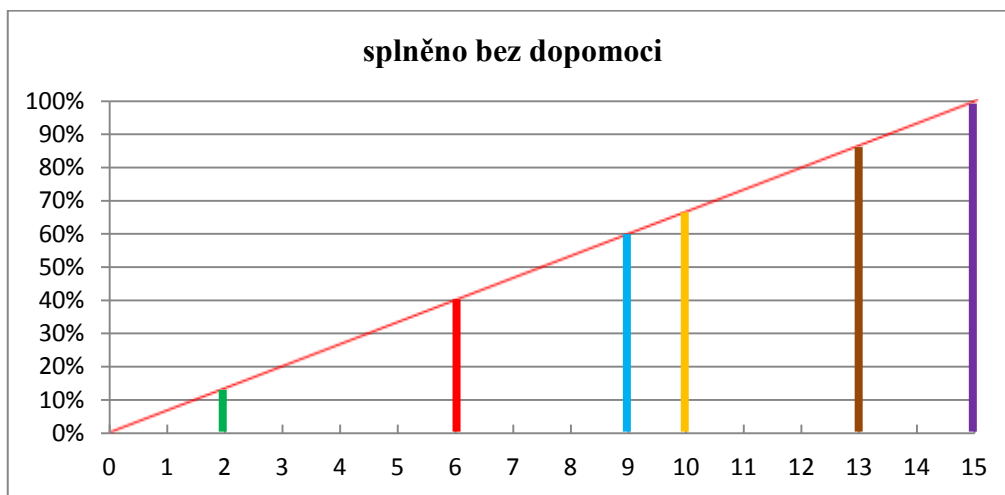
Seznam příloh

- Příloha A – Záznamový list k úkolu číslo 1 (pojmenování a spojování dvojic)
- Příloha B – Záznamový list k úkolu číslo 2 (popis situace)
- Příloha C – Záznamový list k úkolu číslo 3 (pexeso)
- Příloha D – Záznamový list k úkolu číslo 4 (vyřazování obrázků)
- Příloha E – Záznamový list k úkolu číslo 5 (přiřazování obrázků)
- Příloha F – Záznamový list k úkolu číslo 6 (práce s pojmy)
- Příloha G – Záznamový list k úkolu číslo 7 (přísloví)
- Příloha H – Záznamový list k úkolu číslo 8 (puzzle)
- Příloha CH – Záznamový list k úkolu číslo 9 (homonyma)
- Příloha I – Záznamový list k úkolu číslo 10 (vyřazování z řady)
- Příloha J – Záznamový list k úkolu číslo 11 (skrývačka)
- Příloha K – Záznamový list k úkolu číslo 12 (protiklady)
- Příloha L – Záznamový list k úkolu číslo 13 (provozní doba)
- Příloha M – Záznamový list k úkolu číslo 14 (básně)
- Příloha N – Záznamový list k úkolu číslo 15 (doplňující úkoly)
- Příloha O – Záznamový list k úkolu číslo 16 (pracovní postup)
- Příloha P – dotazník FAQ-CZ, dotazník BADLS-CZ
- Příloha Q – fotodokumentace

Příloha A - Záznamový list k úkolu č. 1 (pojmenování a spojování dvojic)

jméno	splnění bez dopomoci	splnění s dopomocí	nesplnění	vyjádření v %
Anna	9 = 60%	5 = 16%	1	76%
Květa	10 = 67%	5 = 16%	-	83%
Ludmila	15 = 100%	-	-	100%
Marie	2 = 12%	4 = 14%	9	26%
Marta	13 = 86%	2 = 7%	-	93%
Věra	-	-	-	nepracuje
Zdena	6 = 40%	4 = 14%	5	54%

Grafické znázornění

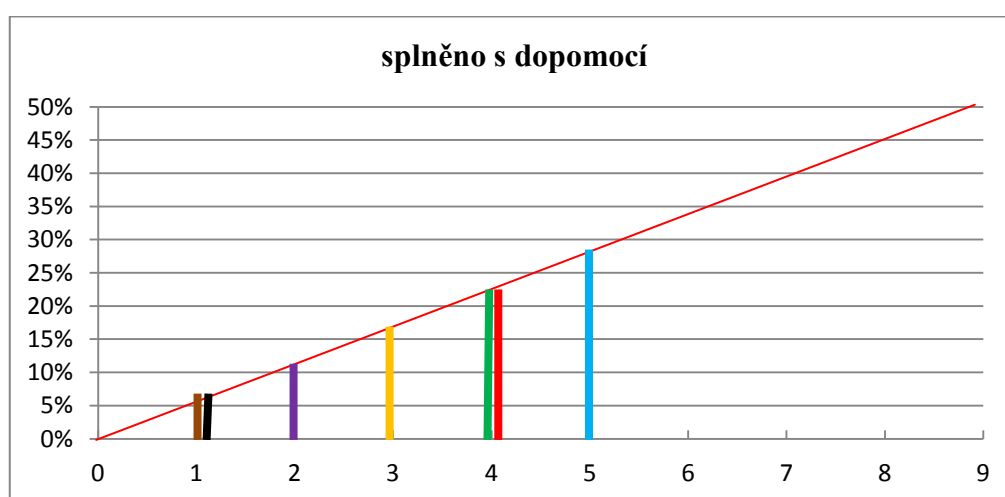
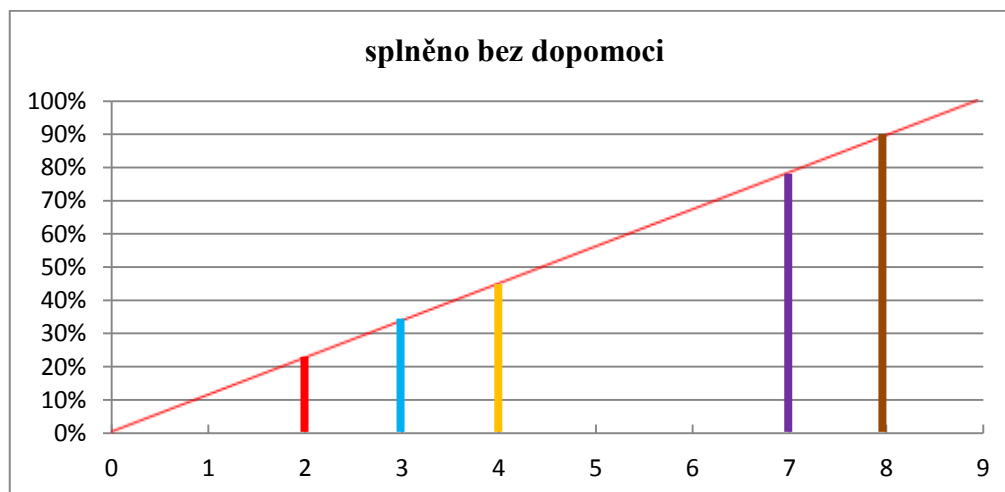


100% = pojmenování a spojení všech 15 dvojic bez dopomoci

Příloha B - Záznamový list k úkolu č. 2

jméno	splnění bez dopomoci	splnění s dopomocí	nesplnění	vyjádření v %
Anna	3 = 34%	5 = 28%	1	62%
Květa	4 = 45%	3 = 16%	2	61%
Ludmila	7 = 80%	2 = 11%	-	91%
Marie	0	4 = 22%	5	22%
Marta	8 = 90%	1 = 5%	-	95%
Věra	0	1 = 5%	8	5%
Zdena	2 = 21%	4 = 22%	3	43%

Grafické znázornění

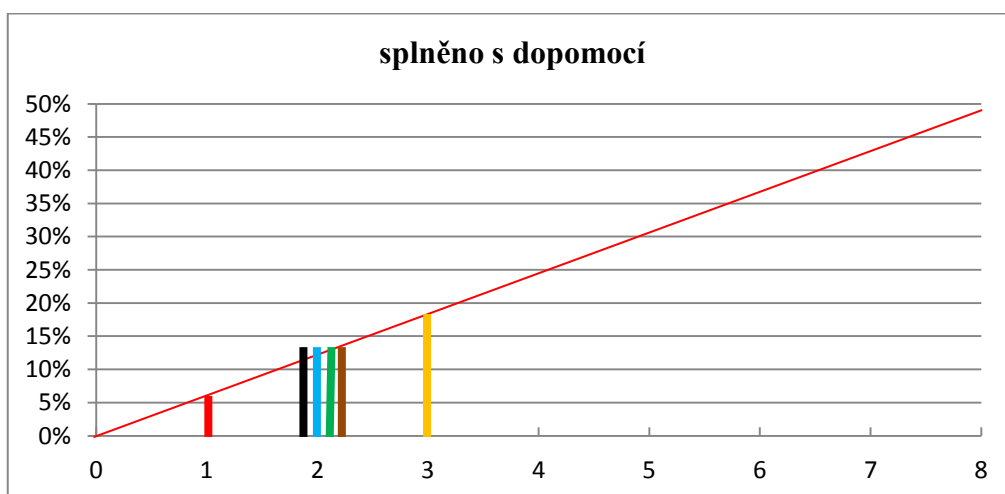
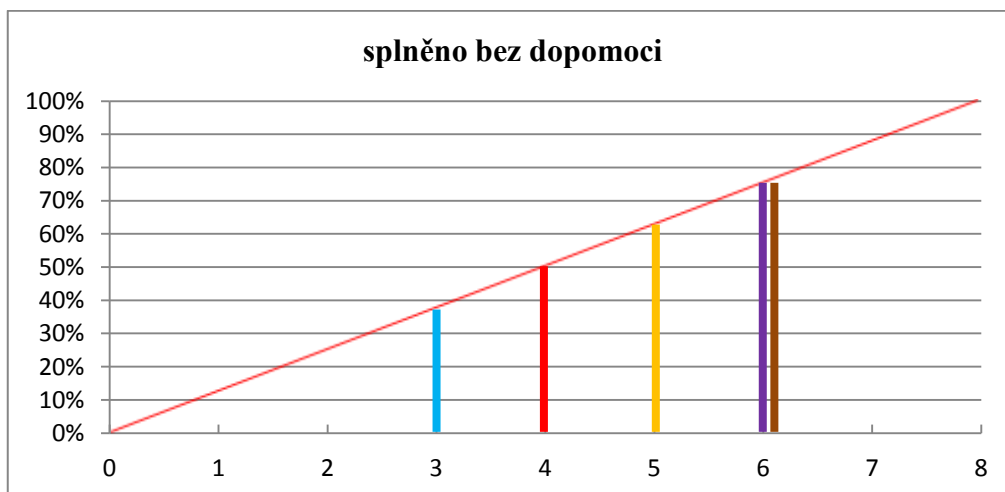


100% = popis všech 9 situačních obrázků a určení předmětů, na které nesmíme zapomenout.

Příloha C - Záznamový list k úkolu č. 3

jméno	splnění bez dopomoci	splnění s dopomocí	nesplnění	vyjádření v %
Anna	3 = 38%	2 = 13%	3	51%
Květa	5 = 61%	3 = 19%	-	80%
Ludmila	6 = 75%	2 = 13%	-	88%
Marie	0	2 = 13%	6	13%
Marta	6 = 75%	2 = 13%	-	88%
Věra	-	-	-	Nepracuje
Zdena	4 = 50%	1 = 6%	3	56%

Grafické znázornění



100% = spojení všech 8 dvojic.

Příloha D – Záznamový list k úkolu č. 4

jméno	splnění bez dopomoci	splnění s dopomocí	nesplnění	vyjádření v %
Anna	6 = 50%	3 = 12%	3	51%
Květa	4 = 32%	4 = 16%	4	48%
Ludmila	12	-	-	100%
Marie	4 = 32%	2 = 8%	6	40%
Marta	12	-	-	100%
Věra	-	-	-	Nepracuje
Zdena	5 = 41%	6 = 25%	1	66%

Grafické znázornění

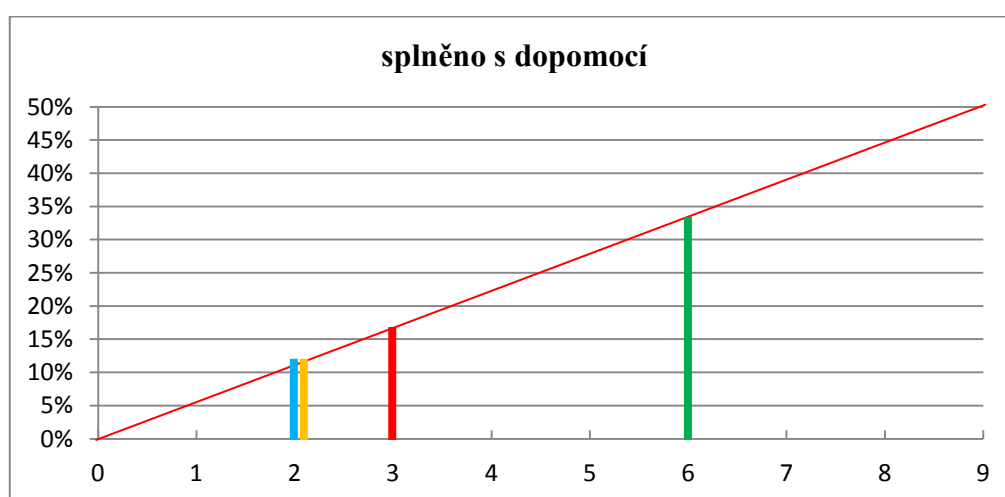
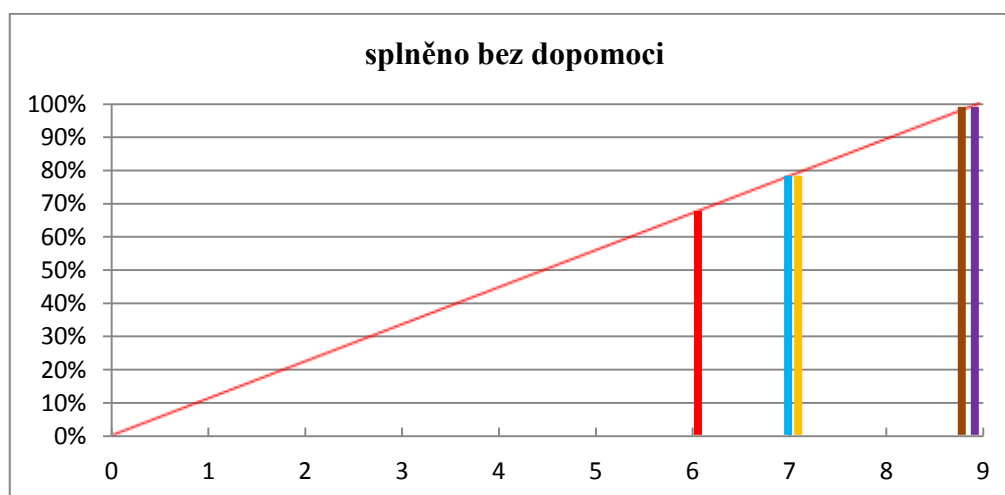


100% = vyřazení všech 12 objektů z celkem 12 řad.

Příloha E - Záznamový list k úkolu č. 5

jméno	splnění bez dopomoci	splnění s dopomocí	nesplnění	vyjádření v %
Anna	7 = 80%	2 = 12%	-	92%
Květa	7 = 80%	2 = 12%	-	92%
Ludmila	9	-	-	100%
Marie	0	6 = 33%	3	33%
Marta	9	-	-	100%
Věra	-	-	-	Nepracuje
Zdena	6 = 68%	3 = 16%	-	84%

Grafické znázornění

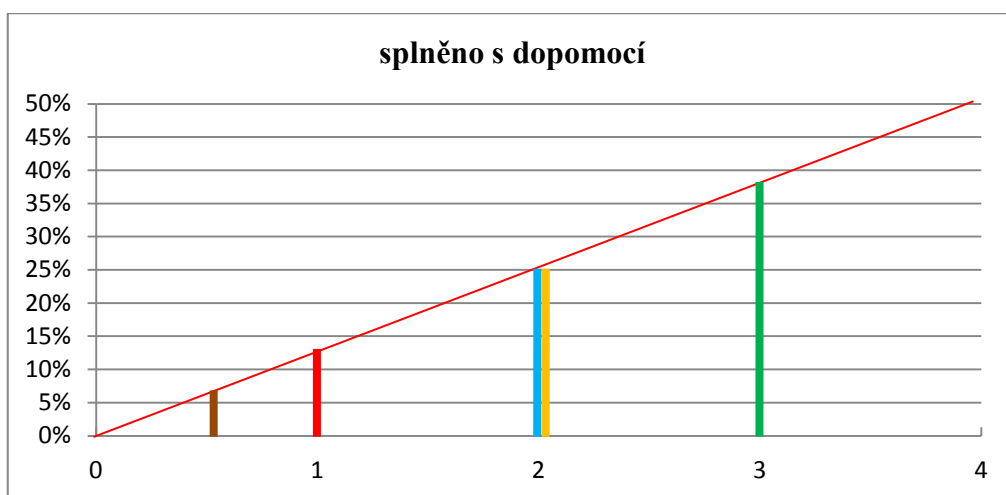
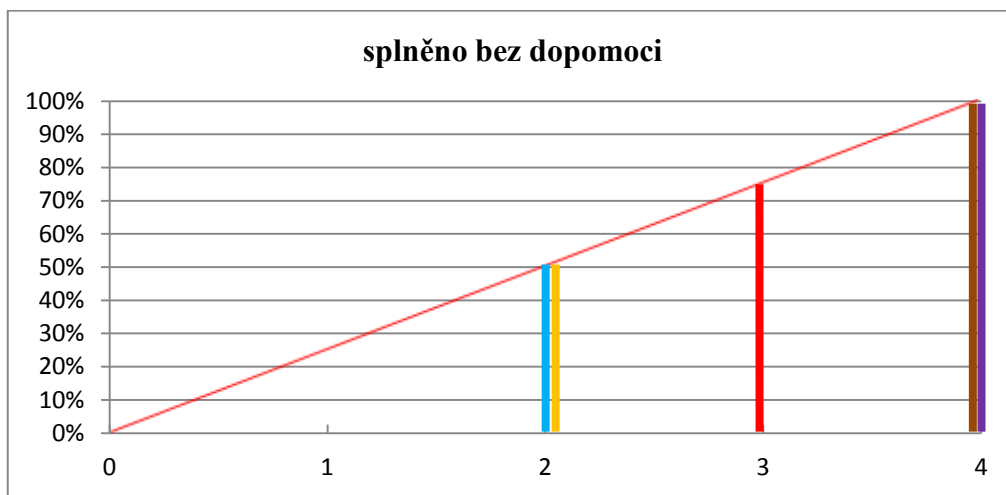


100% = spojení všech 9 dvojic.

Příloha F - Záznamový list k úkolu č. 6

jméno	splnění bez dopomoci	splnění s dopomocí	nesplnění	vyjádření v %
Anna	2 = 50%	2 = 25%	-	75%
Květa	2 = 50%	2 = 25%	-	75%
Ludmila	4	-	-	100%
Marie	0	3 = 38%	1	38%
Marta	4	-	-	100%
Věra	-	-	-	nepracuje
Zdena	3 = 75%	1 = 13%	-	88%

Grafické znázornění

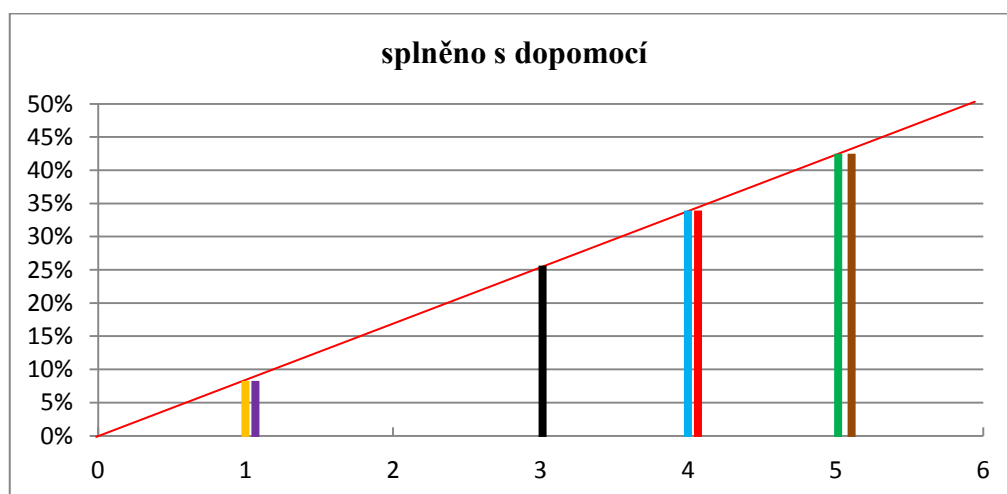
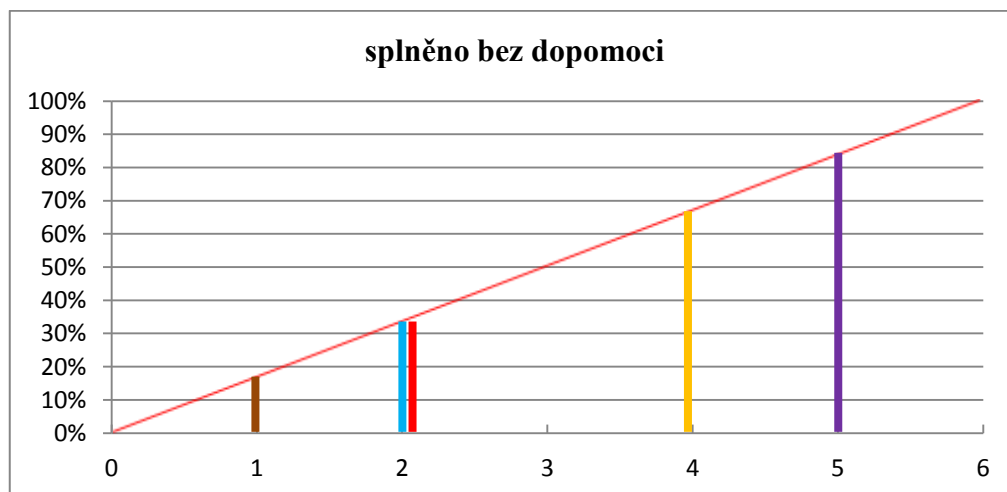


100% = přiřazení všech 4 pojmů ke správnému obrázku.

Příloha G - Záznamový list k úkolu č. 7

jméno	splnění bez dopomoci	splnění s dopomocí	nesplnění	vyjádření v %
Anna	2 = 32%	4 = 34%	-	66%
Květa	4 = 67%	1 = 8%	1	75%
Ludmila	5 = 82%	1 = 8%	-	90%
Marie	0	5 = 43%	1	43%
Marta	1 = 18%	5 = 43%	-	61%
Věra	0	3 = 25%	3	25%
Zdena	2 = 32%	4 = 34%	-	66%

Grafické znázornění

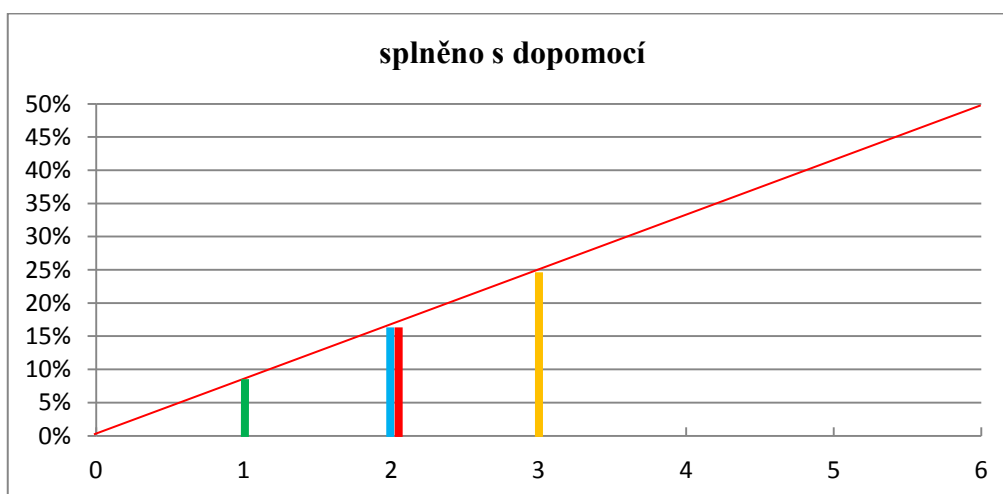
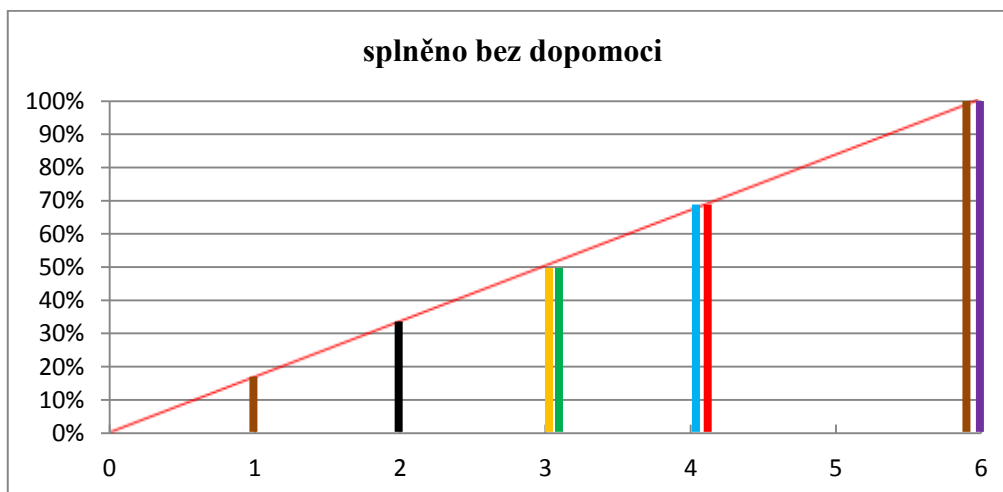


100% = správné určení všech 6 přísloví.

Příloha H - Záznamový list k úkolu č. 8

jméno	splnění bez dopomoci	splnění s dopomocí	nesplnění	vyjádření v %
Anna	4 = 69%	2 = 16%	-	85%
Květa	3 = 50%	3 = 25%	-	75%
Ludmila	6	-	-	100%
Marie	3 = 50%	1 = 8%	2	58%
Marta	6	-	-	100%
Věra	2 = 32%	-	4	32%
Zdena	4 = 69%	2 = 16%	-	85%

Grafické znázornění

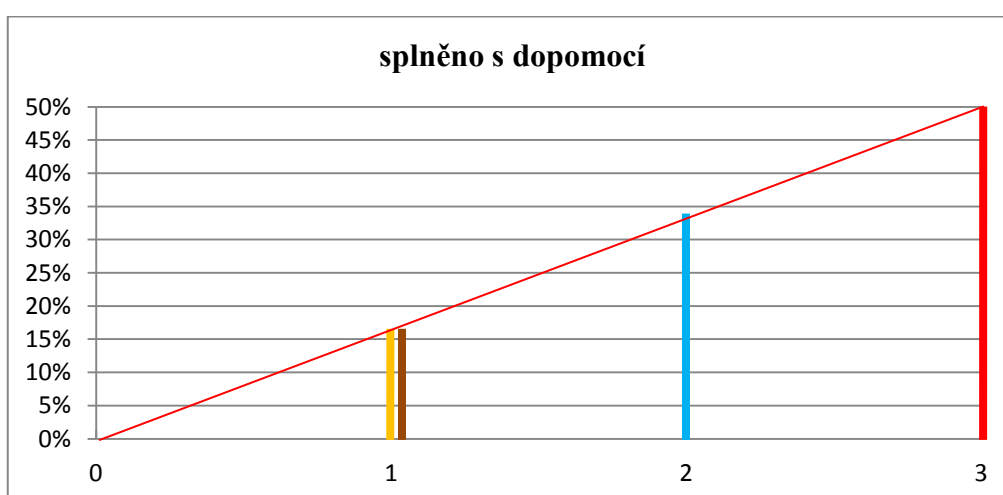
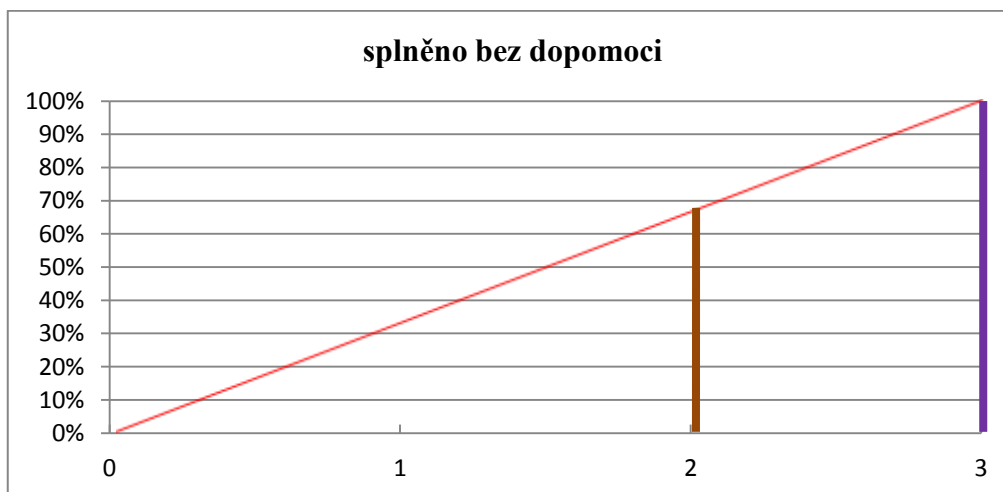


100% = složení všech 6 obrazců.

Příloha CH - Záznamový list k úkolu č. 9

jméno	splnění bez dopomoci	splnění s dopomocí	nesplnění	vyjádření v %
Anna	0	2 = 34%	1	34%
Květa	0	1 = 16%	2	16%
Ludmila	3 = 100%	-	-	100%
Marie	-	-	-	nesplnila
Marta	2 = 69%	1 = 16%	-	85%
Věra	-	-	-	nesplnila
Zdena	0	3 = 50%	-	50%

Grafické znázornění



100% = složení názvu všech tří homonym a jejich správné použití ve větě.

Příloha I - Záznamový list k úkolu č. 10

jméno	splnění bez dopomoci	splnění s dopomocí	nesplnění	vyjádření v %
Anna	6 = 68%	3 = 16%	-	84%
Květa	5 = 55%	4 = 22%	-	77%
Ludmila	8 = 90%	1 = 5%	-	95%
Marie	1 = 10%	3 = 16%	5	26%
Marta	9 = 100%	-	-	100%
Věra	-	-	-	nesplnila
Zdena	4 = 45%	5 = 27%	-	72%

Grafické znázornění

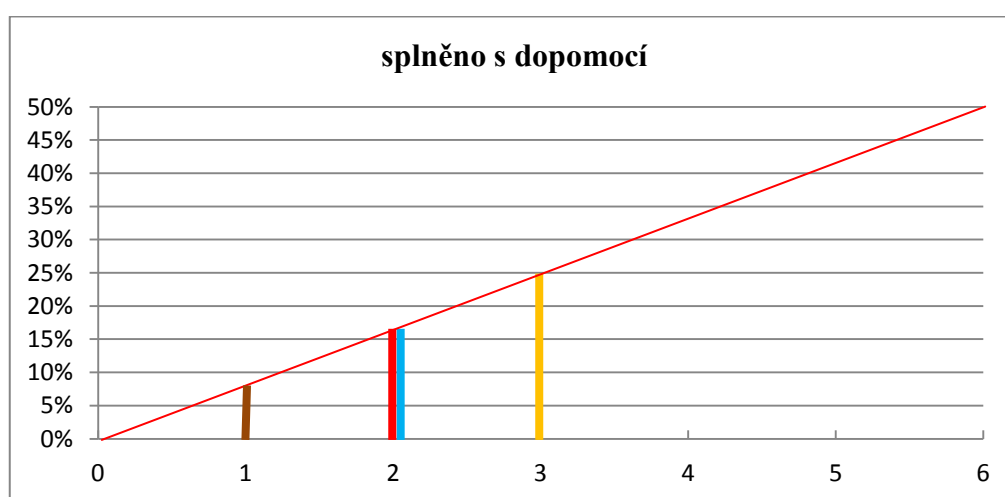
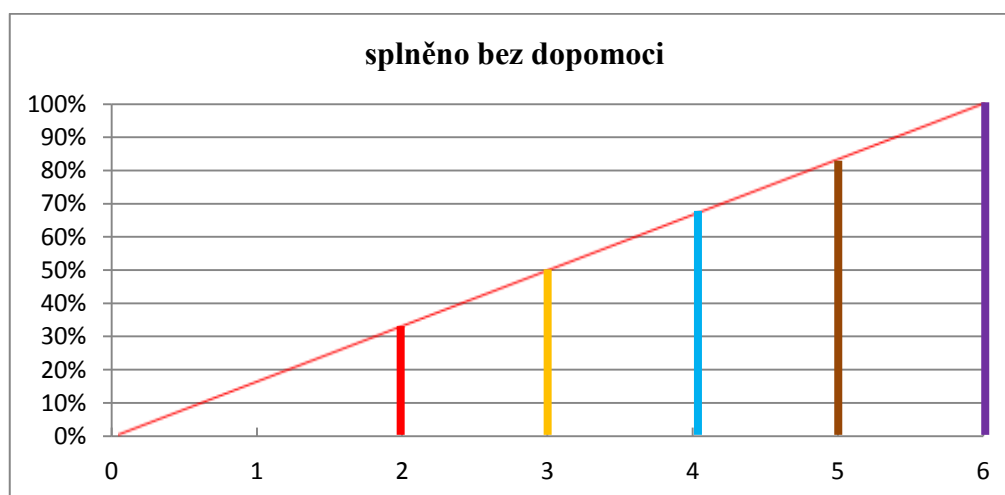


100% = vyřazení 9 nesprávných předmětů z řady a odůvodnění.

Příloha J - Záznamový list k úkolu č. 11

jméno	splnění bez dopomoci	splnění s dopomocí	nesplnění	vyjádření v %
Anna	4 = 67%	2 = 16%	-	83%
Květa	3 = 50%	3 = 25%	-	75%
Ludmila	6 = 100%	-	-	100%
Marie	-	-	-	nesplnila
Marta	5 = 82%	1 = 8%	-	90%
Věra	-	-	-	nesplnila
Zdena	2 = 32%	2 = 16%	2	48%

Grafické znázornění

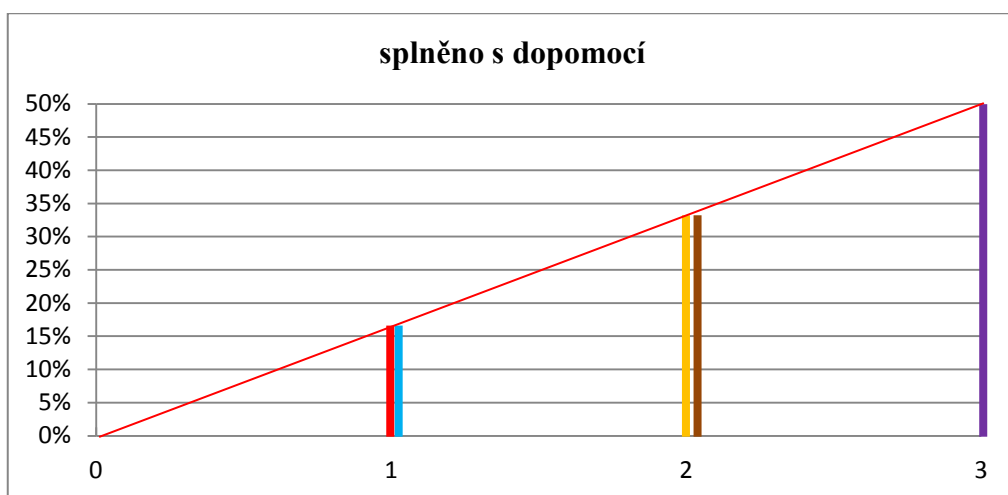
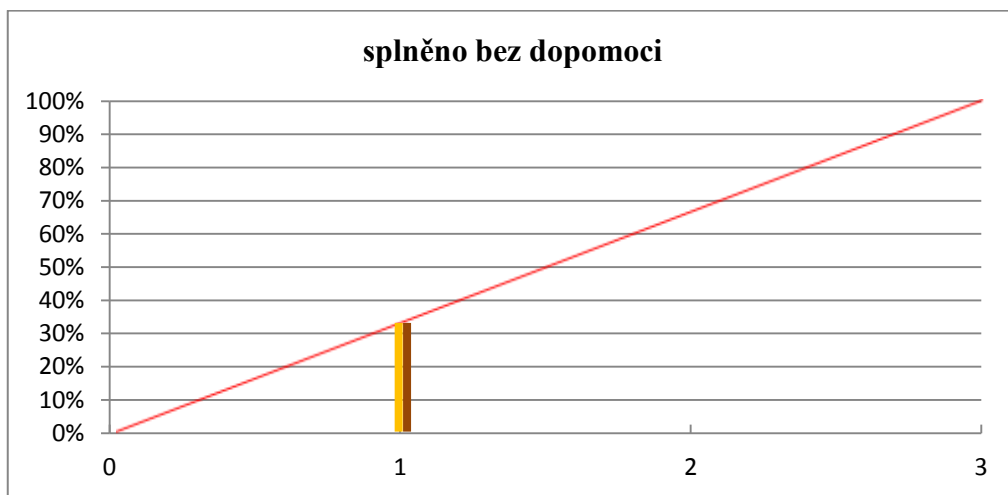


100% = zakrytí všech předmětů pomocí šesti geometrických tvarů.

Příloha K - Záznamový list k úkolu č. 12

jméno	splnění bez dopomoci	splnění s dopomocí	nesplnění	vyjádření v %
Anna	0	1 = 16%	2	16%
Květa	1 = 32%	2 = 33%	-	65%
Ludmila	0	3 = 50%	-	50%
Marie	-	-	-	nesplnila
Marta	1 = 32%	2 = 33%	-	65%
Věra	-	-	-	nesplnila
Zdena	0	1 = 16%	2	16%

Grafické znázornění

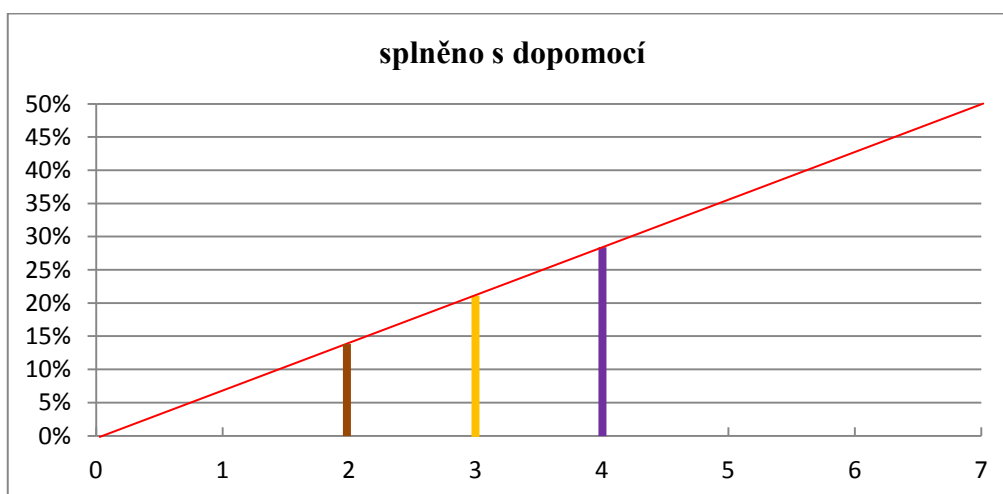


100% = správně doplnit a spojit protiklady.

Příloha L - Záznamový list k úkolu č. 13

jméno	splnění bez dopomoci	splnění s dopomocí	nesplnění	vyjádření v %
Anna	-	-	-	nesplnila
Květa	0	3 = 21%	4	21%
Ludmila	3 = 42%	4 = 28%		70%
Marie	-	-	-	nesplnila
Marta	4 = 58%	2 = 14%		72%
Věra	-	-	-	nesplnila
Zdena	-	-	-	nesplnila

Grafické znázornění

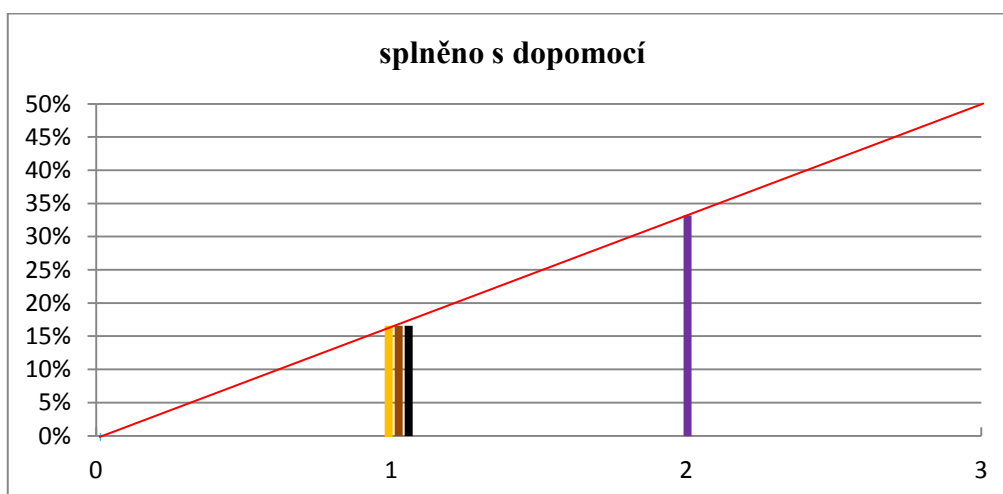


100% = zodpovězeno správně všech 7 dotazů na pracovním listu.

Příloha M - Záznamový list k úkolu č. 14

jméno	splnění bez dopomoci	splnění s dopomocí	nesplnění	vyjádření v %
Anna	0	0	3	nesplnila
Květa	0	1=16%	2	16%
Ludmila	1 = 31%	2 = 34%	-	65%
Marie	-	-	-	nesplnila
Marta	2 = 68%	1 = 16%	-	84%
Věra	0	1 = 16%	2	16%
Zdena	0	0	3	nesplnila

Grafické znázornění

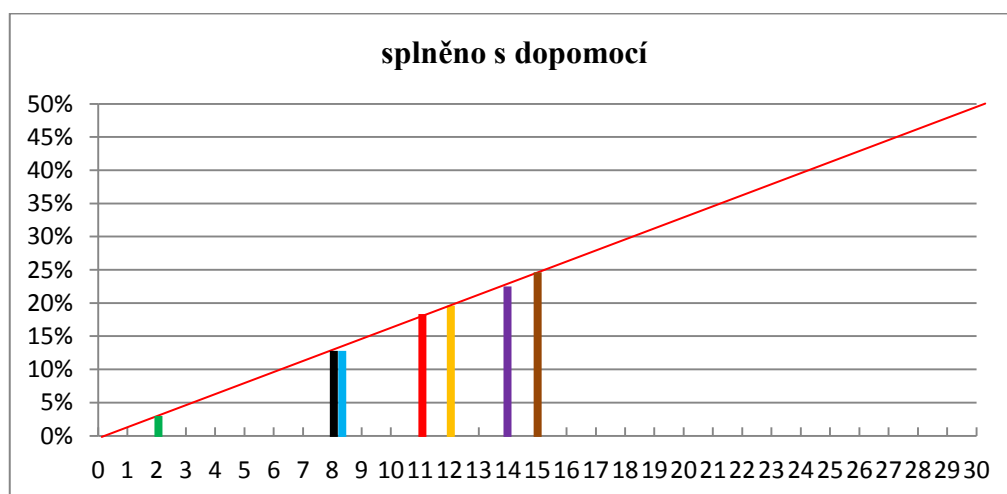
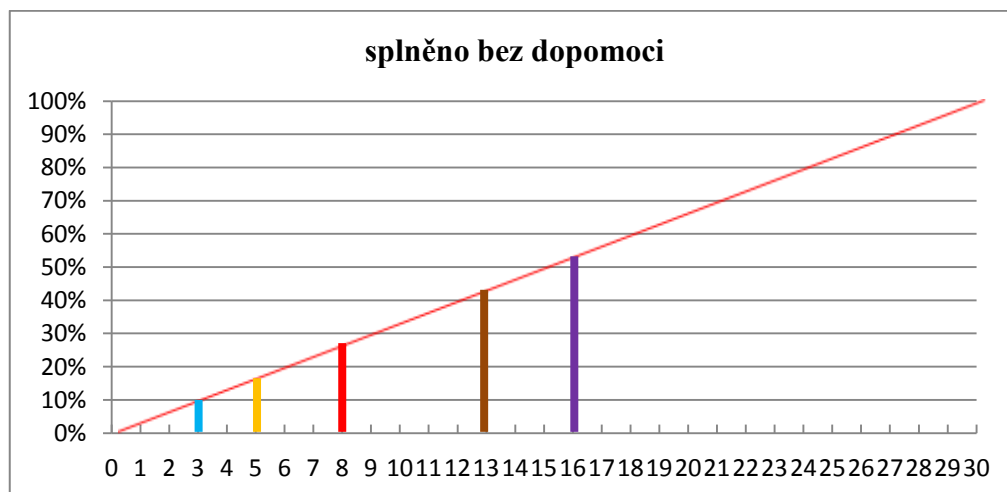


100% = přečíst básně a vybrat obrázky, které se v nich objevily.

Příloha N - Záznamový list k úkolu č. 15

jméno	splnění bez dopomoci	splnění s dopomocí	nesplnění	vyjádření v %
Anna	3 = 10%	8 = 13%	19	23%
Květa	5 = 18%	12 = 20%	13	38%
Ludmila	16 = 52%	14 = 23%	-	75%
Marie	0	2 = 3%	28	3%
Marta	13 = 42%	15 = 25%	2	67%
Věra	0	8 = 13%	22	13%
Zdena	8 = 28%	11 = 19%	11	47%

Grafické znázornění

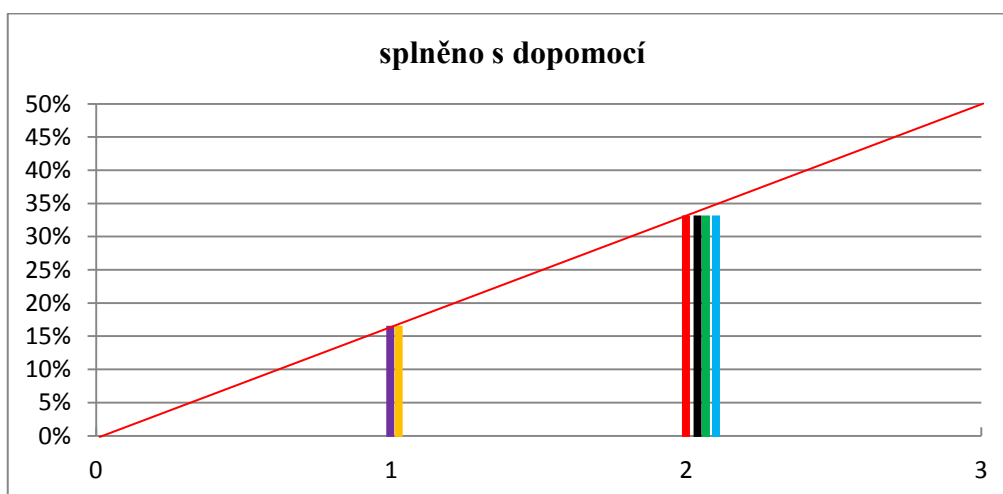
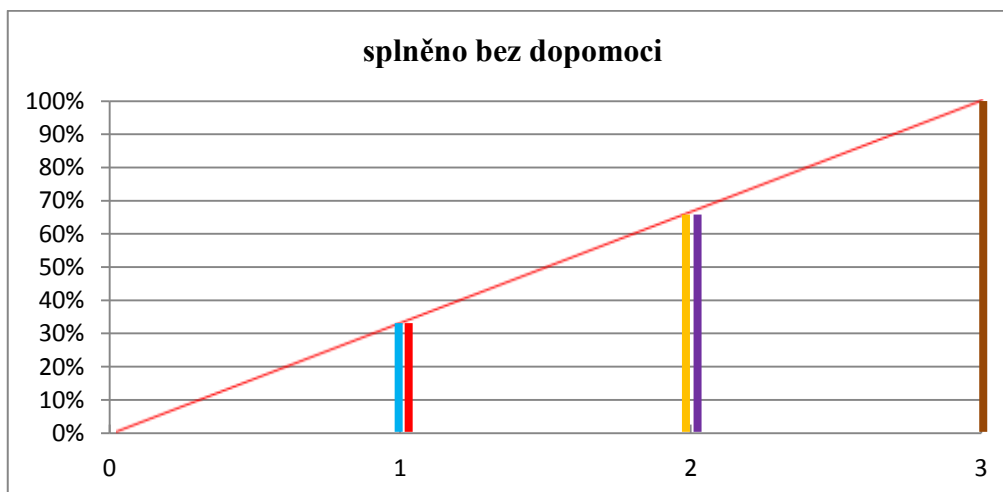


100% = správné zodpovězení všech 30 úkolů.

Příloha O - Záznamový list k úkolu č. 16

jméno	splnění bez dopomoci	splnění s dopomocí	nesplnění	vyjádření v %
Anna	1 = 32%	2 = 33%	-	65%
Květa	2 = 67%	1 = 16%	-	83%
Ludmila	2 = 67%	1 = 16%	-	83%
Marie	0	2 = 33%	1	33%
Marta	3 = 100%	-	-	100%
Věra	0	2 = 33%	1	33%
Zdena	1 = 32%	2 = 33%	-	65%

Grafické znázornění



100% = seřazení a popsání pracovního postupu.

Příloha P – dotazníky pro zjištění soběstačnosti

Dotazník FAQ-CZ

DOTAZNÍK FUNKČNÍHO STAVU (FAQ-CZ)

Jméno a příjmení posuzovaného: Ročník: Datum vyplnění:

Jméno vyplňujícího + vztah k posuzovanému: Diagnóza: MMSE:

Tento dotazník může vyplňovat pouze osoba, která důvěrně zná, jak si posuzovaný vede v běžném životě.

V každém řádku ZAKROUŽKUJTE míru schopnosti posuzované osoby:	Vykonává sám správně	Provádí sám s potížemi	Potřebuje pomoc druhého	Je zcela závislý, vykonává někdo jiný	Nikdy nevykonával/a, ale byl/a by nyní schopen/na	Nikdy nevykonával/a a měl/a by nyní potíže																								
1. Vyplnit složenky nebo platit účty, ukládat si finanční doklady	0	1	2	3	0	1																								
2. Vyplňovat úřední dokumenty nebo formuláře	0	1	2	3	0	1																								
3. Nakupovat běžné domácí potřeby, oblečení nebo potraviny	0	1	2	3	0	1																								
4. Hrát složitější společenské hry, věnovat se aktivně koníčkům	0	1	2	3	0	1																								
5. Připravit si kávu nebo čaj, vypnout sporák	0	1	2	3	0	1																								
6. Připravit si jídlo	0	1	2	3	0	1																								
7. Sledovat současné události	0	1	2	3	0	1																								
8. Porozumět a diskutovat o televizním pořadu, knize nebo časopisu	0	1	2	3	0	1																								
9. Pamatovat si termíny schůzek, rodinných událostí, svátků, léky a jejich užívání	0	1	2	3	0	1																								
10. Cestovat mimo nejbližší okolí, řídit auto nebo použít autobus	0	1	2	3	0	1																								
Celková soběstačnost Sečteme body ve všech kategoriích. Výsledek lze přepočítat na procenta zachování aktivit denního života podle tabulky níže.	body %		← součet	součet	součet	součet																								
Převod bodů na procento soběstačnosti																														
body	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
procenta	97	93	90	87	83	80	77	73	70	67	63	60	57	53	50	47	43	40	37	33	30	27	23	20	17	13	10	7	3	0

Překlad do češtiny: MUDr. Aléš Banoš, Ph.D., Pavel Maríněk. Zdroj české verze: Banoš A, Maríněk P, Bezděčková O, Bužák A, Řípová D. Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ – česká verze pro zhodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí.

Dotazník BADLS-CZ

Hodnoťte zakroužkováním 0, 1, 2, 3 stav ZA POSLEDNÍ 2 TÝDNY.

<p>1. PŘÍPRAVA JÍDLA</p> <p>0 Zvolí a připraví si jídlo podle potřeby</p> <p>1 Umí připravit jídlo, pokud poskytneme potřebné potraviny</p> <p>2 Umí připravit jídlo, pokud dostává postupné rady, co má udělat</p> <p>3 Nepřipraví si jídlo, ani pokud je vyzván a ani pod dohledem</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <p>2. JEDENÍ</p> <p>0 Ji přiměřeným způsobem a používá správné příbor</p> <p>1 Ji přiměřeným způsobem, pokud je jídlo upraveno ke konzumaci a/nebo používá lžici</p> <p>2 Ji rukama</p> <p>3 Musí být krměn</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <p>3. PŘÍPRAVA NÁPOJŮ</p> <p>0 Zvolí a připraví si nápoje podle potřeby</p> <p>1 Umí si připravit nápoje, pokud poskytneme složky k přípravě</p> <p>2 Umí si připravit nápoje, pokud dostává postupné rady, co má udělat</p> <p>3 Neumí si připravit nápoj, ani pokud je vyzván a ani pod dohledem</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <p>4. PITÍ</p> <p>0 Pije přiměřeným způsobem</p> <p>1 Pije přiměřeným způsobem s pomůckami (brčko, hrnek se savičkou apod.)</p> <p>2 Nepije přiměřeným způsobem ani s pomůckami, ale snaží se o to</p> <p>3 Nápoje musí být podávány přímo do úst</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <p>5. OBLÉKÁNÍ</p> <p>0 Vybere si vhodné oblečení a sám se oblékne</p> <p>1 Obléká se v nesprávném pořadí, naruby nebo si obléká špinavé oblečení</p> <p>2 Nedokáže se sám obléci, ale při oblékání pomáhá pohybem končetin</p> <p>3 Nespolupracuje a musí být obléčen jinou osobou</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p>	<p>6. HYGIENA</p> <p>0 Myje se pravidelně a samostatně</p> <p>1 Umí se sám umýt, pokud dostane mýdlo, žínku, ručník a podobně</p> <p>2 Umí se sám umýt, pokud je vyzván a je pod dohledem</p> <p>3 Neumí se sám umýt a potřebuje plnou pomoc</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <p>7. PÉČE O ZUBY NEBO O PROTÉZU</p> <p>0 Pravidelně a samostatně si čistí zuby/protézu</p> <p>1 Čistí si zuby/protézu, pokud k tomu dostane potřebné pomůcky</p> <p>2 Do určité míry potřebuje pomoc – zubní pastu na kartáček, kartáček do úst apod.</p> <p>3 Potřebuje plnou asistenci</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <p>8. KOUPÁNÍ, SPRCHOVÁNÍ</p> <p>0 Koupe se pravidelně a samostatně</p> <p>1 Potřebuje, aby někdo napustil vanu nebo pustil sprchu, ale myje se samostatně</p> <p>2 Potřebuje být vyzván k mytí a vyžaduje dohled</p> <p>3 Úplná závislost, potřebuje plnou asistenci</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <p>9. TOALETA</p> <p>0 V případě potřeby používá správně toaletu</p> <p>1 Potřebuje doprovod na toaletu a pomoc</p> <p>2 Nedokáže udržet moč nebo stolici</p> <p>3 Nedokáže udržet moč ani stolici</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p> <p>10. ZÁKLADNÍ POHYBLIVOST</p> <p>0 Dokáže si sednout i vstát ze židle bez pomoci</p> <p>1 Sedne si, ale potřebuje pomoc při vstávání ze židle</p> <p>2 Potřebuje pomoc při sedání i vstávání ze židle</p> <p>3 Je zcela závislý při sedání i vstávání ze židle</p> <p>X Nelze určit, protože (doplňte)</p>
--	---

Pokračujte na další straně.

Mezisoučty z první strany: Body: _____ počet X: _____

11. CHŮZE

- 0 Chodí samostatně
- 1 Chodí s oporou, musí se držet např. nábytku nebo ruky
- 2 K chůzi používá pomůcky, např. chodítko nebo hole
- 3 Nemůže chodit
- X Nelze určit, protože (doplňte)

12. ORIENTACE V ČASE

- 0 Zcela se orientuje v čase, dnu, datu apod.
- 1 Neorientuje se v čase nebo dnu apod., ale neznepokojuje se tím
- 2 Opakovaně se ptá na čas, den či datum
- 3 Plete si noc a den
- X Nelze určit, protože (doplňte)

13. ORIENTACE V PROSTORU

- 0 Dobře se orientuje v prostředí
- 1 Dobře se orientuje pouze ve známém prostředí
- 2 Ztrácí se v domácím prostředí, je nutné připomínat, kde je koupelna apod.
- 3 Nerozpoznává svůj vlastní domov a snaží se jej opustit
- X Nelze určit, protože (doplňte)

14. KOMUNIKACE

- 0 Dokáže udržovat přiměřený rozhovor
- 1 Projevuje, že rozumí řeči a snaží se odpovídat slovy a gesty
- 2 Umí se vyjádřit tak, že lze porozumět, ale má obtíže sám porozumět jiným
- 3 Neodpovídá na pokusy o komunikaci nebo nekomunikuje s ostatními
- X Nelze určit, protože (doplňte)

15. POUŽÍVÁNÍ TELEFONU

- 0 Správně používá telefon včetně vyhledání správných telefonních čísel
- 1 Používá telefon, pokud telefonní číslo někdo řekne, ukáže nebo je v předvolbě telefonu
- 2 Zvedne telefon a odpoví, ale samostatně nikomu netelefonuje
- 3 Telefon vůbec nepoužívá, protože to nedokáže nebo nechce
- X Nelze určit, protože (doplňte)

16. DOMÁCÍ PRÁCE, KUTILSTVÍ

- 0 Dokáže vykonávat domácí práce nebo pracovat na zahrádce jako dřívě
- 1 Dokáže vykonávat domácí práce nebo pracovat na zahrádce, ale už ne tak jako dřívě
- 2 Účastní se málo, i když na něj někdo dohlédí
- 3 Neúčastní se dřívějších činností, protože to nedokáže nebo nechce
- X Nelze určit, protože (doplňte)

17. NAKUPOVÁNÍ

- 0 Nakupuje jako dřívě
- 1 Nakoupí pouze 1 nebo 2 věci bez nákupního seznamu nebo s ním
- 2 Nenakupuje samostatně, ale účastní se nákupu, pokud má doprovod
- 3 Nezávládně nakupování ani s doprovodem
- X Nelze určit, protože (doplňte)

18. FINANCE

- 0 Stará se o své finance stejně jako dřívě
- 1 Neumí vyplnit složenkou, ale umí se podepsat a rozezná hodnoty bankovek a mincí
- 2 Umí se podepsat, ale nerozpoznává hodnoty bankovek a mincí
- 3 Nedokáže se podepsat a nerozpoznává hodnoty peněz
- X Nelze určit, protože (doplňte)

19. KONÍČKY A HRY

- 0 Účastní se aktivit stejně jako dřívě
- 1 Účastní se, ale potřebuje pokyny nebo dohled
- 2 Chybí ochota se zúčastnit, je patrná zpomalenost, je třeba přemlouvání
- 3 Už nemůže nebo nechce se účastnit
- X Nelze určit, protože (doplňte)

20. DOPRAVA

- 0 Řídí auto, jezdí na kole, nebo používá hromadnou dopravu samostatně
- 1 Neřídí auto, ale používá hromadnou dopravu nebo kolo
- 2 Není schopen samostatně jezdit hromadnou dopravou
- 3 Neumí nebo nechce používat hromadnou dopravu ani s doprovodem
- X Nelze určit, protože (doplňte)

VÝSLEDKY – tato tabulka je určena pro potřeby hodnotitele

Celkem bodů _____ / 60 Odpovědi „Nelze určit“ _____ Přepočít na procentuální soběstačnost _____ %
 Body vyjadřují míru postižení Čím více, tím větší je zkrácení výsledku $[(60 - \text{body})/60] \times 100$ nebo tabulka níže

Rychlý převod z bodů na procenta

Body	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Procenta %	98%	97%	95%	93%	92%	90%	88%	87%	85%	83%	82%	80%	78%	77%	75%
Body	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Procenta %	73%	72%	70%	68%	67%	65%	63%	62%	60%	58%	57%	55%	53%	52%	50%

Příloha Q – fotodokumentace práce se seniory

Společenská místnost – určená pro skupinovou terapii



Pokoj klientů



Ukázka práce s klienty



- psaní dopisu



- procvičování geometrických tvarů



- nácvik chůze s chodítkem



- relaxace při kyslíkové terapii

