

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

Bakalářská práce

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Logopedická a ergoterapeutická intervence
v Domově seniorů Drachtinka Hlinsko**

Bakalářská práce

Autor: Nikola Muchová
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Nikola Muchová

Studium: P131417

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace

Název bakalářské práce: **Logopedická a ergoterapeutická intervence u seniorů v Domově seniorů Drachtinka Hlinsko**

Název bakalářské práce AJ: Logopaedic and ergotherapy care of the old aged pensioners from the retirement home in Drachtinka Hlinsko

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Tématem bakalářské práce je Logopedická a ergoterapeutická intervence u seniorů v Domově seniorů Drachtinka Hlinsko. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Obsahem teoretické části je souhrn odborných poznatků v problematice stárnutí, charakteristika komunikačních schopností u jedinců ve stáří. Analyzuje zabezpečení logopedické a ergoterapeutické intervence u osob seniorského věku. V praktické části se práce zaměřuje na zjišťování úrovně logopedické a ergoterapeutické péče. Studie je kvalitativní šetření věnované osobám s poruchami řečové komunikace v rezidenčním prostředí. Výzkum probíhá ve dvou rovinách. První šetření probíhá prostřednictvím polostrukturalizovaného rozhovoru se zaměstnanci. Druhé šetření se zabývá zpětnou vazbou klientů. Zacílením je problematika získaných poruch komunikace především na neurogenním podkladě, případně zapojení se do ergoterapeutického programu.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 978-807-3673-406. KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 224 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4711-102. LECHTA, Viktor. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2003, 359 s. ISBN 80-717-8801-5. JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. Ergoterapie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 270 s. ISBN 978-807-3675-837. PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky. 1. vyd. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-717-8184-3. NEUBAUER, Karel. Neurogení poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 227 s., [16] s. obr. příl. ISBN 978-807-3671-594. ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDVÁ. Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 238 s. ISBN 978-802-4745-442. LECHTA, Viktor. Terapie narušené komunikační schopnosti. 2., aktualiz. vyd. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2011, 386 s. ISBN 978-807-3679-019.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

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

Oponent: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 27.1.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne:

Podpis:

Poděkování

Za odborné vedení, cenné rady a pomoc při zpracování bakalářské práce děkuji doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Evě Holečkové, ředitelce Domova seniorů Drachtinka, za pomoc a ochotu při zpracování praktické části bakalářské práce. V neposlední řadě děkuji také všem pracovníkům Domova seniorů Drachtinka, kteří se aktivně podíleli na výzkumném šetření, za jejich názor na danou problematiku a ochotu spolupracovat.

Anotace

MUCHOVÁ, Nikola. *Logopedická a ergoterapeutická intervence u seniorů v Domově seniorů Drachtinka Hlinsko*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 67 s. Bakalářská práce.

Logopedická a ergoterapeutická intervence v Domově seniorů Drachtinka Hlinsko je námětem bakalářské práce, zpracované v období září 2015 – březen 2016. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá problematikou stáří a to ze dvou pohledů – prvním pohledem je individuální prožívání seniorů v období stáří a druhým pohledem jsou fyziogonické změny, které období seniorského věku přináší. Logopedická problematika je rozvedena v návaznosti na změnu intelektu seniorů z důvodu přítomnosti demence a to v kapitole tři. Vzhledem k problematice logopedické péče, která je řešena v domovech pro seniory nejen z pohledu logopeda, se zabývám také intervenční terapií a to zejména ergoterapií. Praktická část se opírá o zjišťovaný stav logopedické a ergoterapeutické péče o seniory, kteří jsou zejména po cévní mozkové příhodě či je u nich diagnostikována určitá forma demence. Cílem praktické části je zjištění do jaké míry má vliv logopedická a ergoterapeutická péče o danou cílovou skupinu.

Klíčová slova: logopedie, ergoterapie, demence, poruchy řečové komunikace, období stáří

Annotation

MUCHOVÁ, Nikola. *Logopaedic and ergo therapeutic intervention in Retirement home Drachtinka Hlinsko*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2016. 67 pp. Bachelor Degree Thesis.

Logopaedic and ergo therapeutic intervention in Retirement Home Drachtinka Hlinsko is the subject of the thesis, processed in the period Sept. 2015 - March 2016. This thesis is divided in theoretical part and practical part. The theoretical part deals with the problems of old age namely from two perspectives. The first view is the individual experience of seniors in old age and second view is the physiognomic changes that period of senior age brings. Logopaedic issue is elaborated in connection with the change of seniors intellect because of the presence of dementia namely in chapter three. Considering the problems of speech therapy, which is dealt in retirement homes, not only from the perspective of a speech therapist, I am also concerned with interventional therapy and especially ergo therapy. The practical part is based on a survey on the situation of speech therapy and ergo therapeutic care for the elderly, who are particularly after a stroke or are diagnosed with them a certain form of dementia. The practical part is to find out the extent to which influence of speech therapy and ergo therapeutic care for the target group.

Keywords: speech therapy, ergo therapeutic, dementia, speech communication disorders, the old age

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod..... | 10 |
| 1 Problematika stáří..... | 11 |
| 1.1 Stárnutí a stáří | 11 |
| 1.1.1 Vědy zabývající se stářím | 12 |
| 1.2 Biologické stárnutí | 14 |
| 1.3 Psychické stárnutí..... | 14 |
| 1.4 Sociální stárnutí..... | 15 |
| 1.5 Periodizace stáří | 16 |
| 2 Syndrom demence a poruchy komunikace..... | 19 |
| 2.1 Epidemiologie demencí..... | 20 |
| 2.2 Diagnostika demence | 20 |
| 2.3 Kognitivně – komunikační poruchy u syndromu demence..... | 21 |
| 2.4 Fáze demence | 21 |
| 2.5 Alzheimerova nemoc | 23 |
| 2.6 Demence u Parkinsonovy choroby..... | 24 |
| 2.7 Cévní mozková příhoda | 24 |
| 2.7.1 Dělení CMP | 25 |
| 3 Nejčastější poruchy komunikačních schopností u jedinců ve stáří | 27 |
| 3.1 Afázie | 27 |
| 3.2 Dysartrie, dysfagie | 30 |
| 3.2.1 Získaná dysartrie..... | 30 |
| 3.2.2 Dysfagie | 32 |
| 3.3 Logopedická intervence u stárnoucích osob | 33 |
| 3.3.1 Logopedická diagnostika | 34 |
| 3.3.2 Logopedická terapie..... | 34 |
| 4 Intervenční terapie u dospělých a stárnoucích osob | 35 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4.1 | Ergoterapie | 35 |
| 4.2 | Využití ergoterapie v geriatrii | 38 |
| 4.3 | Ergoterapie zaměřená na nácvik denních činností | 38 |
| 4.4 | Ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností | 39 |
| 4.5 | Ergoterapie zaměstnáváním | 39 |
| 4.6 | Ergoterapie funkční | 40 |
| 5 | Praktická část | 41 |
| 5.1 | Metodologie | 41 |
| 5.2 | Cíl praktické části | 42 |
| 5.3 | Informace o zařízení Domova seniorů Drachtinka | 43 |
| 5.4 | Přímá péče | 45 |
| 5.5 | Plán aktivit klientů DsD | 46 |
| 5.6 | Případová studie klienta DsD | 47 |
| 5.7 | Zpětná vazba klientů a vlastní postřehy | 52 |
| 5.7.1 | Zpětná vazba klientů | 52 |
| 5.7.2 | Vlastní postřehy | 52 |
| 5.8 | Pohled pracovníků na logopedickou péči | 53 |
| | Závěr | 63 |
| | Zdroje | 64 |
| 6 | Seznam příloh | 68 |

Úvod

Téma bakalářské práce „Logopedická a ergoterapeutická péče u seniorů v Domově seniorů Drachtinka Hlinsko“ jsem si vybrala na základě mého osobního zájmu o cílovou skupinu seniorů. Na základě mých vlastních zkušeností z rodinného zázemí bych se i nadále ve svém profesním životě chtěla věnovat problematice seniorů. Po skončení mého působení v Domově seniorů Drachtinka za účelem zpracování této bakalářské práce, budu i nadále docházet do zařízení jako dobrovolník.

Během roční práce věnované tomuto tématu jsem zaregistrovala, že služby poskytované v domovech pro seniory, nespádají pouze pod rezort Ministerstva práce sociálních věcí, ale úzce navazuje na rezort Ministerstva zdravotnictví i Ministerstva školství. Tým, který pečuje a podporuje klienty v pobytových službách, se skládá nejen z interních specialistů, jako je praktický lékař, psychiatr, klinický logoped, zdravotní sestra, pracovník v sociálních službách, ergoterapeut a sociální pracovník, ale i z odborníků, kteří působí a spolupracují z vnějšku.

Teoretická část bakalářské práce je zaměřená na problematiku stáří a stárnutí, dále na fyziognomické změny, které s sebou toto období přináší, zejména syndrom demence. Na tuto kapitolu navazují nejčastější komunikační poruchy u jedinců ve stáří. Vzhledem k ucelenosti logopedické péče se zabývám také intervenční terapií, zvláště ergoterapií. Témata jsem volila z toho důvodu, abych mohla nejprve teoreticky nastudovat a poznat problematiku týkající se logopedické a ergoterapeutické péče, na základě těchto zkušeností provést kvalitativní výzkum – hlouběji se ponořit do případové studie a provést u ní objektivní závěr. Obsah teoretické části byl i podkladem pro stanovení polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky domova, tak i vybranými uživateli služby.

Jako cíl práce jsem si stanovila zejména provést polostrukturované rozhovory s pracovníky domova a náhodně vybranými uživateli domova. Tyto rozhovory vyhodnotit a zjistit, zda logopedická a ergoterapeutická péče je v pobytové sociální službě poskytována, s jakou četností, jakou formou a s jakými výsledky. Součástí výzkumné části je i kvalitativní případová studie na klienta A. Na této studii, kterou jsem prováděla v půlročním intervalu, je možné dokázat, že logopedická a ergoterapeutická péče patří do systému sociálních služeb a při péči s uživateli je nezbytnou součástí.

1 Problematika stáří

„Být starý je krajně nepopulární. Lidé, jak se zdá, neberou na zřetel, že nedokázat zestárnout je stejně hloupé jako neumět odrůst dětským botičkám.“ (C. G. Jung, 1995)

Už v dávných dobách si lidé kladli otázku, proč vlastně stárnou a snažili se vymyslet elixír věčného mládí. Bohužel ani v dnešní době, přes vědecký a technický pokrok, neexistuje jednoznačné vysvětlení, proč k tomuto jevu dochází. Stárnutí je důležitou součástí života každého z nás. Stárneme my, naši rodiče, prarodiče, přátelé. Neměli bychom tedy ke stárnutí zaujímat negativní postoje, neboť kvalita života ve stáří závisí na našich postojích.

1.1 Stárnutí a stáří

Bohužel žijeme ve společnosti, která stárne. V České republice, podobně jako v ostatních státech dochází k demografickému nárůstu počtu seniorů. Díky tomu je Evropa označována jako šedivějící kontinent. Pro demografický vývoj České republiky je stárnutí charakteristickým rysem, který bude pokračovat i v následujících letech. Tato situace přináší hned několik příčin, jedná se o klesající porodnost, či naopak snižující se úmrtnost v důsledku lepší zdravotní péče, dále pokles kojenecké úmrtnosti, prodlužování střední délky života, snížení chudoby, sociální rozvoj a hlavně pokrok v medicíně, která umožňuje větší záchranu lidských životů. (Malíková, 2011)

Pokusů o definice stárnutí a stáří bylo provedeno mnoho, ale žádná z nich se neustálila natolik, abychom ji mohli považovat za absolutní a definitivní.

O stárnutí můžeme hovořit jako o pochodu, který vede k úbytku sil, k postupnému zpomalení až vyhasnutí životních funkcí. Tento pochod je ukončen přirozenou smrtí (Tvaroh, 1983). Dle jiné literatury můžeme stárnutí definovat jako specifický a neopakovatelný biologický proces, jehož průběh je nazýván životem. Tento děj je univerzální pro celou přírodu (Topinková, Neuwirth, 1995).

Weber a kol. uvádí, že : „Stárnutí a stáří je na konci přirozeného vývojového procesu každého individua. Stárnutí je hodnoceno jako proces, kdy nastupují v jednotlivých orgánech na všech úrovních specifické degenerativní, morfologické a funkční změny. K nástupu těchto změn dochází v různou dobu a pokračuje různou rychlostí. Tento proces je disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. Rychlost stárnutí je geneticky

zakódována. *Jde o multifaktoriální typ dědičnosti.*“ (Weber a kol. In Malíková, 2010, s. 15)

„*Starý člověk je ten, kdo v určitém společenství žije déle než ostatní.*“ (Pichaud, Thureauová, 1998, s. 25)

Stáří můžeme definovat jako přirozené období lidského života, které souvisí s obdobím dětství a mládí, vztahuje se také k době zralosti. Stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, který se projevuje v pozdějším věku. Tento proces nás provází celý život (Jarošová, 2006 In Haškovcová, 1990)

Stárnutí můžeme vymezit jako proces opotřebení, ve kterém dochází během celého života ke změnám organismu. Tyto změny nastávají na úrovni tělesné, psychické, funkční či biochemické. Jedná se taktéž o snížení schopnosti adaptace a funkčních rezerv, což vytváří predispozice k nemoci. Proces stárnutí je tedy velmi rozmanitý. Nalezneme jak jedince, kteří se bez zdravotních obtíží dožijí 90 let, nebo naopak jedince, kteří již v šedesáti letech mají vážné zdravotní problémy. Tento případ nazýváme patologickým či urychleným stárnutím (Vigué a kol., 2006).

V odborné literatuře se můžeme setkat s různými termíny, které označují člověka žijícího v období stáří. Nejčastěji je užíván pojem „senior“, který je významově neutrální. Lidé však v běžné populaci užívají termíny – „staří lidé“ nebo ve většině případů „důchodci“. Období po 60. roce života můžeme označit jako „třetí věk“. Tento termín vychází ze členění lidského života na tři základní etapy – dětství, mládí a dospělost (Petřková, Čornaničová, 2004).

1.1.1 Vědy zabývající se stářím

Pojem gerontologie vychází z řeckého slova „geron, gerontos“, což znamená starý člověk a „logos“ – nauka. Gerontologii můžeme vymezit jako interdisciplinární vědu o stárnutí a stáří. Zabývá se problematikou života starých lidí, a také zkoumá příčiny a projevy samotného procesu stárnutí. Zakladatelem této nauky je ruský mikrobiolog a imunolog I. I. Mečnikov, který ji zavedl na přelomu 19. – 20. století. V České republice byla roku 1962 založena Česká gerontologická společnost (Haškovcová, 2010; Ondrušová, 2011).

Gerontologii můžeme rozdělit na tři dílčí oblasti: gerontologie experimentální (někdy se též můžeme setkat s termínem gerontologie teoretická) – zabývá se mechanismem biologického stárnutí organismu. Pod tím si můžeme představit stárnutí buněk, tkání, orgánů apod. Zabývá se také psychickými změnami jedince v průběhu stárnutí a vytváří teoretické základy pro jejich následnou péči. Gerontologie klinická – řeší zdravotní a funkční stav stárnoucí či staré osoby. Zabývá se diagnostikou, prevencí a léčbou. Poukazuje na zvláštnosti výskytu chorob ve stáří. Označuje se též jako geriatrie či geriatrická medicína. Gerontologie sociální – studuje vzájemné vztahy mezi lidmi staršího věku a společností. Jedná se o velmi širokou škálu zahrnující např. demografické, politické, sociologické, psychologické či etické aspekty péče o starší občany. Řeší také problematiku sociálních dopadů stárnutí a stáří na člověka. Zkoumá sociální a společenské jevy, které proces stárnutí ovlivňují (Ondrušová, 2011).

Geriatric je samotný lékařský obor, který byl u nás zaveden roku 1983. Jeho lůžkovou základnou se staly léčebny pro dlouhodobě nemocné. Tento obor se zabývá problematikou zvláštností chorob ve stáří (Haškovcová, 2010).

„V širším slova smyslu se geriatrie zabývá zdravím a jeho udržováním ve stáří, zdravotními a medicínskými problémy seniorů, zvláštností chorob, diagnostických a léčebných postupů a také uspořádáním, účelností, účinností a bezpečností zdravotnických systémů pro potřeby seniorské populace. V užším slova smyslu je geriatrie specializační klinický obor vycházející z vnitřního lékařství s přesahy do dalších oborů – psychiatrie, neurologie, rehabilitace, ošetřovatelství. Za zakladatele geriatrie je považován I. L. Nascher.“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 65)

Gerontopsychiatrie je součástí psychiatrie, která se zabývá psychickým onemocněním stárnoucích osob. Za zakladatele české gerontopsychiatrie jsou považováni dva psychiatři – Miloš Vojtěchovský a Quido Kumpel. Gerontopsychologii můžeme definovat jako součást psychologie, která řeší zvláštnosti psychiky starých lidí (Haškovcová, 2012).

Na stárnutí můžeme nahlížet z několika aspektů, jelikož stárnoucího jedince postihují změny biologické, psychické a sociální.

1.2 Biologické stárnutí

Biologické aspekty jsou charakteristické tělesnými změnami stárnoucího organismu. Proces biologického stárnutí je vymezen genetickými předpoklady, životním stylem. U každého jedince je individuální.

Tímto pojmem můžeme označit veškeré změny organismu člověka, které primárně přináší změny struktury (morfologie) a následně změny funkcí – zpomalování a úbytek (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 25).

Dle odborné literatury můžeme vymežit tři typy funkčních změn – úbytek funkcí tkání, orgánových systémů či samotných orgánů, vyčerpání buněčných rezerv, které se projevují při reakci organismu na určitou zátěž a zpomalení většiny funkcí. Především se mění vzhled kůže, která je tenká, svraštělá, suchá. Objevují se pigmentace především na nekrytých částech těla. Na horních končetinách nebo v obličeji se mohou objevovat tzv. „stařecké skvrny“, které vznikají nahromaděním buněk tvořících pigment. Také se mohou vytvořit bledá místa, v nichž naopak pigment chybí.

Dalším rysem stárnutí je snížená funkce endokrinních žláz. Dochází k nerovnoměrnému snižování sekrece hormonů, což způsobuje hormonální nerovnováhu. Ve stáří dochází ke změně tělesných tekutin. Přestože celkové množství vody v těle se nemění, klesá pouze podíl buněčné tekutiny. Dochází k častým změnám ve složení organismu – ubývá tělesné hmoty, zvyšuje se obsah tělesného tuku.

Během stárnutí dochází ke zmenšení postavy, které je zapříčiněno atrofii meziobratlových plotének, dále shrbeným držením těla a následným ochabováním svalstva. Mění se také stavba kostí, s věkem ubývá vápník, tudíž kosti mají sklon k lomivosti. Porušena je také zubní sklovina. Sníženou výkonnost mají také smyslové orgány. Nejčastěji se jedná o postižení zraku a sluchu. (Jarošová, 2006)

V důsledku stárnutí dochází k častým poruchám spánku, ke kterým patří zejména insomnie – zhoršení kvality či délky spánku. Poruchy spánku jsou doprovázeny obtížemi usínání, velmi častým nočním buzením, pocitem nevyspání a únavy.

1.3 Psychické stárnutí

Během stárnutí nedochází pouze ke změnám tělesným, ale také k psychickým. Tyto aspekty spolu nejen souvisejí, ale vzájemně se ovlivňují. „*Do psychologického stárnutí*

tedy zahrnujeme všechny změny psychiky, které se s rostoucím věkem vyskytují stále častěji.“ (Jarošová, 2006, s. 24) V psychické oblasti dochází velmi často ke snížení kognitivních a fatických funkcí – časté zapomínání, snížená schopnost paměti, koncentrace. Omezené je také rozumění slyšeným zvukům. Vyskytují se problémy v pojmenování a porozumění řeči. Změny nastávají také v oblasti citového prožívání. Stáří je doprovázeno projevy emoční lability, která nastává v důsledku změn nervové soustavy. „*Staří lidé bývají často citově nestálí a své emoční projevy hůře zvládají. Mají sklon k úzkostem a depresím.*“ (Jarošová, 2006, s. 27) Může dojít také k částečnému či celkovému poklesu zájmů seniora. Mají také sníženou schopnost adaptace na změny a nová prostředí.

1.4 Sociální stárnutí

Sociální stárnutí provází několik změn, které mohou život člověka významně ovlivnit, ať už v pozitivním či negativním smyslu. Podle většiny autorů se člověk po sociální stránce stává starým tehdy, když odejde na důchod. Tímto přechodem se mění sociální role seniora. Člověk se musí vzdát své pracovní role, která ho určitým způsobem naplňovala a musí se s touto změnou vyrovnat. Náhle zjišťuje, že dochází k jinému postavení, kdy sám jako autoritativní člověk začne být společností vnímán jako méněcenný, méněhodnotný. Je zajímavé, že odchod do důchodu hůře prožívají muži, kdy jejich životní spokojenost klesá již po padesátém roce. Někteří muži najednou ztratí zájem o rodinu, koníčky. Ženy jsou v tomto ohledu více přizpůsobivé, a to zejména díky aktivitám, které provozovaly i v pracovním režimu. Žena má totiž neustálou potřebu starat se o domácnost, děti, vnoučata (Jarošová, 2006).

Odchod do důchodu nutí člověka k novému uspořádání života. Jedná se o nový úsek života, který je třeba naplnit. Člověk by si měl uvědomit, že ačkoliv ztratí zaměstnání a kontakt s lidmi ze zaměstnání, nic mu nebrání v tom, aby se s nimi nadále stýkal. V důchodovém věku může člověk cítit pocit prázdnoty, a proto by měl veškerý čas využít k realizaci plánů, které do této doby neuskutečnil. Lidé, kteří nastupují do důchodu a necítí se být staří, jsou schopni se dále vzdělávat prostřednictvím různých kurzů.

Je pravdou, že člověk stárne stejným způsobem, jakým dosud žil. Někteří lidé jsou optimističtí, plní energie, nemají důvod se měnit. Naopak lidé, kteří mají pesimistický

pohled na svět, by měli o určitých změnách uvažovat. Neuvědomují si, že si tímto přístupem život spíše stěžují.

Během života se setkáváme s různými překážkami, které musíme překonat. Staří lidé jsou v této oblasti zvláště zranitelnějšími. Mezi další životní změny patří odchod dětí z domu, kdy manželé jsou nuceni nalézt nový způsob soužití. Tato změna může partnery sblížit nebo naopak oddálit. Často dochází ke stereotypnímu způsobu života. V tomto případě může být ztráta rodičovské role nahrazena rolí prarodičů. Další výraznou změnou je smrt partnera nebo blízkého člověka. S úmrtím blízké osoby člověk najednou ztrácí pocit bezpečí a jistoty. Na všechno zůstává sám. Někteří lidé se s touto ztrátou srovnají lépe a mohou žít dál, někteří naopak nový smysl života nenajdou.

Zásadní změnou bývá také změna bydlení, případně vstup do domova seniorů. Vstup do zařízení sociální péče přináší zcela nový život, a proto by člověk měl mít dostatek času, se na tak závažnou změnu připravit. „*Zaměstnanci zařízení sociální péče si pak musí uvědomit, že tato změna je pro starého člověka psychicky náročná, a musí mu velmi pozorně pomáhat při překonávání tohoto těžkého období.*“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 31)

1.5 Periodizace stáří

Můžeme se setkat s různými názory na to, kdy skutečně nastává stáří. V mnoha publikacích, které se zabývají problematikou stárnutí a stáří, se můžeme dočíst, že stáří a stárnutí je zcela individuální, jehož průběh závisí na mnoho okolnostech. Za základní charakteristiku člověka můžeme považovat jeho věk. Ačkoliv každý jedinec stárne individuálně, z hlediska chronologického stárneme všichni stejně (Jarošová, 2006).

V rámci stárnutí rozlišujeme věk chronologický a biologický. Již z názvu vyplývá, že chronologický věk je vyjádřen časem, který plyne od narození jako věk v letech. Má význam sociální a právní. Naopak biologický věk se shoduje s funkčním stavem orgánů v určitém věku. Hovoříme proto o fyziologickém pojetí, které nám umožňuje lepší informace o skutečném stavu stárnutí. Pokud nedojde k souladu mezi věkem biologickým a chronologickým, hovoříme o progerii, tedy o syndromu předčasného stárnutí. Tyto syndromy jsou charakteristické předčasným objevením se fyzických senilních znaků a výskytem zakrnělého růstu – nanismu (Vigué a kol., 2006).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje starého člověka jako osobu starší 60 – ti let. Vymezuje následující kategorie:

Tabulka č. 1: Členění věkových kategorií (Čornaničová, Petřková, 2004, s. 27)

| | |
|---------------|--|
| 60 – 74 let | Rané stáří (počínající stáří) |
| 75 – 89 let | Vlastní stáří (osoby pokročilého, vysokého věku) |
| 90 a více let | Období dlouhověkosti |

Podle demografického vývoje můžeme stáří členit:

Tabulka č. 2: Demografický vývoj stáří (Malíková, 2011, s. 14)

| | |
|---------------|---------------------|
| 65 – 74 let | Mladí senioři |
| 75 – 84 let | Staří senioři |
| 85 a více let | Velmi staří senioři |

V odborné literatuře se můžeme setkat s termínem young old/ old, který označuje mladé seniory. Pro osoby starší 75 let používáme termín old old. Ti, kteří překročili hranici 85. roku, jsou označováni termínem very old old, tedy „velmi staří staří“ či dlouhověci (Haškovcová, 2010).

S periodizací stáří souvisí průměrná délka života. Pokud se ohlédneme do minulosti, můžeme sledovat její vývoj. Ve starověkém Řecku a Římě se lidé sotva dožívali 25 let, v 16. století Evropa měla stejný problém. V roce 1725 se hranice průměrné délky života pohybovala okolo 30 – ti let, v 19. byla hranice 40 let. V roce 1940 činil průměrný věk 50 let. Lidé se dožívali nízkého věku v důsledku války, hladomoru a různých epidemií. V dnešní době můžeme sledovat dramatický nárůst, který je předpokládán i do budoucna. Proto je vhodnější používat termín střední délka života. Jedná

se o veličinu, která nás informuje o tom, kolika let se pravděpodobně dožije právě narozené zdravé dítě. V České republice je střední délka života mužů 74, 2 a pro ženy 80, 3 let. Z uvedených čísel plyne značný rozdíl v délce života žen a mužů. V dnešní době můžeme střední délku života považovat za důležitého ukazatele prosperity státu (Haškovcová, 2010). Pro zajímavost bych uvedla maximální možnou délku života, které lze dosáhnout v ideálních podmínkách. U člověka se pohybuje okolo 120 let. Nejvyššího věku dosáhla francouzská žena M. Calmentová, která se dožila 122 let (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

2 Syndrom demence a poruchy komunikace

Vzhledem ke stárnutí, které s sebou přináší jak zdravotní tak sociální problémy, se vyskytuje vysoký počet demencí. Kromě demencí jsou tito lidé rizikovou skupinou postižením cévní mozkové příhody (dále CMP).

Pojem demence vznikl spojením latinských slov de= bez a mens= mysl, vědomí, rozum. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN- 10) definuje demenci jako syndrom, který vzniká následkem onemocnění mozku. Jsou narušeny vyšší korové funkce – paměť, myšlení, orientace, uvažování, chápání, schopnosti řeči, učení, úsudku. Demenci může předcházet nebo ji zároveň provázet zhoršení kontroly emocí, sociálního chování či motivace (Rektorová, 2007).

Obecná kritéria demence:

- Zjevné zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti
- Alespoň jeden z faktorů:
 - narušení abstraktního myšlení,
 - narušení soudnosti,
 - narušení ostatních kognitivních funkcí,
 - změny osobnosti,
- Poruchy se projevují v obvyklých pracovních či sociálních procesech
- Není narušeno vědomí

Demenci chápeme jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která má zásadní vliv na další funkce, tedy i život pacienta. Příznaky demence můžeme rozdělit do tří skupin: A, B, C:

- narušení aktivit běžného života (A – activities of daily life),
- poruchy chování (B – behavior),
- narušení kognitivních funkcí (C- cognition),

Z etiologického hlediska jsou nejzávažnější poruchy kognitivní. Mezi další symptomy demence patří poruchy orientace, abstraktního myšlení, chápání, pozornosti a motivace, poruchy korových funkcí (apraxie, afázie), emotivity, chování, ztráta soběstačnosti, poruchy osobnosti, mohou se objevit i psychotické příznaky (Pidrman, 2007).

2.1 Epidemiologie demencí

V současné době je demence jedním z nejčastějších onemocnění, převyšuje tak výskyt diabetes mellitus (cukrovky) a cévních mozkových příhod. Odborníci tento syndrom označují za „tichou epidemii“. Celkový odhad počtu pacientů v České republice trpících demencí se pohybuje okolo 100 000 osob, četnost výskytu je přibližně 1% všech občanů. S narůstajícím věkem se výskyt demence zvyšuje a tak můžeme v běžné populaci nalézt různé procentuální zastoupení. Ve věkové kategorii nad 65 let se uvádí četnost výskytu asi 5%, v populaci starší 85 let trpí demencí 30 – 50% jedinců. Většina pacientů trpících demencí prochází na začátku stadiem tzv. mírné kognitivní poruchy. Je nezbytné zdůraznit, že věk je hlavním rizikovým faktorem demencí (Jirák a kol., 2009).

2.2 Diagnostika demence

Diagnostika poruch komunikačních schopností u osob se syndromem demence je prováděna klinickým logopedem. Diagnostická kritéria jsou v rámci MKN – 10 stanovena do čtyř oblastí: Pokles paměti při učení se novým informacím. Při hodnocení poruch paměti je důležité zachování povědomí o prostředí, vylučující zastřešené vědomí při delirantním stavu, který není demencí. S projevenou demencí může dojít k úbytku emoční kontroly nebo ke změně v sociálním chování s projevy některých z těchto symptomů – emoční labilita, apatie, podrážděnost atd. Důležitým diagnostickým kritériem je trvání symptomů nejméně 6 měsíců, při kratší době by měla být diagnóza považována za prozatímní (Neubauer, 2003).

Klinicky nejužívanějším testem je MMSE (Mini – Mental State Examination), který je pouze orientační a je vhodný pouze pro některé typy demence. Trvá obvykle 10 – 15 minut. Skládá se z 30 otázek a činností, které jsou ohodnoceny jedním bodem. Hodnotí se orientace, okamžitá paměť a vybavnost, pozornost, gnozie a praxie. Dosažené výsledky nám pomohou určit aktuální stav kognitivních funkcí (Jirák, 2009, Topinková, 1999).

Společně s MMSE (viz příloha č. 1) se provádí Clock Test (Test kreslení hodin). Během 5 minut se realizuje kresba ciferníku hodin s určenými polohami ručiček, na jehož základě se hodnotí poruchy paměti, vizuálně – konstrukční schopnosti a představivost (Topinková, 1999).

2.3 Kognitivně – komunikační poruchy u syndromu demence

Všechny typy a stadia demence jsou provázeny poruchami komunikace spojené s poruchami čtení a psaní. Obtíže činí navazování kontaktu s okolím, jazykové vyjadřování, rozumění verbálnímu projevu. (Neubauer, 2003)

Pod pojmem kognitivně komunikační poruchy (KKP) je vhodné zahrnout poruchy řečové komunikace provázející syndrom demence, jejichž příčinou je postižení kognitivních a intelektových schopností. Je nezbytné definovat koexistující poruchy na bázi inervace CNS, především dysartrii. Společným výskytem dysartrie a KKP na základě vzniku demencí trpí např. osoby s Parkinsonovou nemocí. U osob postižených syndromem demence mohou být přítomny poruchy fatických funkcí, apraxie, agnozie, které jsou součástí obrazu globální poruchy, např. afázie při demenci (Neubauer, 2014).

Příčin vzniku demence je mnoho, nejčastěji jsou děleny na:

Primárně degenerativní demence (60 – 70 % demencí). V této oblasti převažuje Alzheimerova nemoc, která je nejčastější příčinou vzniku demencí. Patří sem i demence při Parkinsonově nemoci a mnoho dalších.

Ischemicko – vaskulární demence (15 – 20 % vzniklých demencí). Příčinou je tzv. multiinfarktová demence vznikající traumaty mozkové tkáně na bázi poruch cévního zásobování mozku.

Sekundární demence. Tyto demence mají příčinu mimo CNS. Vznikají jako sekundární symptom jiného mozkového či systémového onemocnění. Zahrnují nejčastěji příčiny infekční, intoxikační a metabolické (Neubauer, 2003).

2.4 Fáze demence

Jednotlivé přístupy k pacientům s demencí se odlišují podle funkčních stádií rozvoje tohoto syndromu: počínající a mírná demence, rozvinutá demence, stadium těžké demence a stadium terminální.

Počínající a mírná demence

V tomto stádiu je přítomna lehká porucha paměti, především deficit krátkodobé paměti. Jedinec není schopný mluvit o nedávných událostech, často má potíže nalézt správná slova. Jelikož si uvědomuje své obtíže, často se vyhýbá komunikaci se sociálním okolím, na které reaguje podrážděně, úzkostně apod. Proto je velmi důležitá psychologická podpora. V této fázi je člověk relativně soběstačný a není odkázán na trvalou péči jiné osoby (Buijssen, 2006, Neubauer, 2007, Jiráková a kol. 2009).

Rozvinutá demence

Tato fáze je charakteristická zhoršující se nesoběstačností, proto vyžaduje nepřetržitou péči, dohled a pomoc. Klienti v této fázi vyžadují systematické vedení k určitým aktivitám a dennímu režimu. Veškeré činnosti musí být přizpůsobeny mentální úrovni člověka. Prohlubují se deficity krátkodobé a dlouhodobé paměti. Z hlediska komunikace je pro člověka s demencí obtížné zapojit se do rozhovoru. Nechápe význam abstraktních pojmů, nerozlišuje přítomnost a minulost, ztrácí schopnost učit se nové věci. Člověka s demencí stojí obrovské úsilí složit smysluplnou větu, proto se uchyluje k běžným frázím a sériím automatismů (Buijssen, 2006, Neubauer, 2007, Jiráková a kol. 2009).

Stadium těžké demence

V této fázi dochází k výraznému omezení komunikace. Pro úspěšnou komunikaci s klientem využíváme především prostředky nonverbální komunikace (gesta, mimika atd.). Dochází k hlubokému porušení paměti, kdy klient nepoznává své blízké. Není schopný zvládat běžné každodenní činnosti, proto můžeme tuto fázi označit za fázi naprosté nesoběstačnosti. S postupným zhoršováním veškerých funkcí, demence přechází do fáze terminální (Jiráková a kol., 2009).

Terminální fáze demence

Terminální fáze trvá obvykle několik týdnů, kdy pacient se stává zcela nesoběstačným, upoutaným na lůžko. Kontakt s pacientem je minimální, mizí vyjadřovací schopnosti až na několik neartikulovaných zvuků. Reaguje pouze na fyzické impulsy jako bolest, chlad, teplo, pohyb. Vyskytují se i přidružené poruchy, zejména poruchy polykání,

projevy aspirace, křeče, záškuby apod. V této fázi je nevyhnutelná ošetrovatelská péče, která by měla vést k zajištění komfortu a pohodlí (Buijssen, 2006, Jiráková a kol. 2009).

2.5 Alzheimerova nemoc

Jedná se o neurodegenerativní onemocnění, které vede k úbytku některých neuronů a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). Tento jev je následkem vzniku syndromu demence (Jiráková a kol., 2009). První popis nemoci provedl v Německu roku 1907 lékař Alois Alzheimer jako „neobvyklou poruchu cerebrálního kortexu“ (Pidrman, 2007). Příznaky zpozoroval u pacientky, která jevila známky demence. Po několika letech se prokázalo, že tato poškození souvisí se stářím a podílí se i na dalších typech demence. Název Alzheimerova choroba poprvé použil o tři roky později Emil Krapelin.¹ Postupem času došlo k vývoji poznatků o této nemoci. Od roku 2003 se začal propagovat memantin – první lék, který efektivně ovlivňoval postup choroby (Vigué a kol., 2006).

Alzheimerova nemoc postihuje primárně šedou kůru mozkovou. V průměru se délka onemocnění pohybuje okolo 9 let (rozmezí 2 – 12 let). Průběh nemoci má tři stádia: časné (mírné), střední a těžké (hluboké). Nemoc se vyvíjí pomalu a nenápadně s postupujícím charakterem. Ze začátku může být diagnostikována jako mírnější porucha poznávacích procesů. Postupně dochází k difuznímu poškození psychických funkcí. V průběhu rozvoje demence dochází taktéž k narušení prostorové orientace a k mnestickým poruchám, kdy je prvotně porušena krátkodobá paměť. S postupující demencí dochází ke snížení intelektu a pomalejšímu myšlení. Mohou se vyskytnout poruchy fatických funkcí (Pidrman, 2007; Jiráková a kol., 2009). Řečový projev je setřelý až nesrozumitelný, často doprovázený nepřiměřenými reakcemi. Rozumění řeči slábne a nakonec vymizí úplně (Kejklíčková, 2011).

Přibližně asi u desetiny procenta se vyskytuje choroba familiárně, kdy je postiženo více pokrevních příbuzných v rodině. Dle dosavadních hypotéz je nemoc podmíněna jak genetickými, tak negenetickými faktory (Jiráková a kol., 2009).

Česká alzheimerovská společnost, o. p. s.

Česká alzheimerovská společnost (dále ČALS) vznikla v roce 1997 na základě setkávání a spolupráce pracovníků v oboru gerontologie (lékařů, sester, sociálních

¹ Emil Krapelin = německý psychiatr, zakladatel moderní psychiatrie

pracovníků a dalších), kteří se zabývali problematikou jedinců postižených demencí. Postupně se ČALS začala rozšiřovat o členy, jichž se tato problematika týká nejvíce, zejména o rodinné příslušníky a pečovatele. Společnost sídlí v gerontologickém centru v Praze – Kobylisích. Cílem je pomoc a podpora osob s demencí a jejich rodin. ČALS je členem mezinárodních organizací Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International. Společnost každoročně uděluje ocenění Zlatá vážka osobnostem, které se podílí na rozvoji péče o seniory a chronicky nemocné (www.alzheimer.cz).

2.6 Demence u Parkinsonovy choroby

Chorobu popsal v roce 1817 britský lékař James Parkinson. V roce 1960 byla objevena biochemická porucha (nedostatek dopaminu), která chorobu vyvolává (Vigué a kol., 2006). Jedná se o neurodegenerativní onemocnění postihující především mozkový kmen. V pozdějších stádiích mohou být postiženy i další oblasti mozku. Onemocnění nejčastěji začíná okolo 58 – 60 roku a postihuje přibližně 0, 2 % populace. Parkinsonova nemoc (PN) způsobuje především poruchy hybnosti – motorické příznaky (svalová ztuhlost, třes, poruchy rovnováhy a chůze, snížená hybnost až neschopnost se hýbat). Mohou se vyskytnout i drobné kognitivní poruchy. S PN souvisí taktéž porucha exekutivních funkcí, které se projevují zejména v poruše plánování a provádění složitějších aktivit. Demence bývají zpravidla lehkého až středního stupně a vyskytují se asi u 20 – 40 % nemocných. Dalšími klinickými příznaky jsou deprese, úzkost nebo záchvaty paniky, sehnuté držení těla, poruchy spánku, zvýšená únavnost, potíže s polykáním apod. (Jiráček a kol., 2009). Mluvní projev je monotónní, méně zřetelný s absencí dynamiky (Kejklíčková, 2011).

2.7 Cévní mozková příhoda

Termín cévní mozková příhoda označuje stav, kdy dojde k přerušení zásobování části mozku krví, postižená část mozku tak není schopná plnit svou funkci, díky čemuž dochází k odumírání mozkových buněk. Příčinou bývá ucpání cévy krevní sraženinou či prasknutí cévy, které způsobuje následné krvácení do mozku (www.ikta.cz).

Podle světové zdravotnické organizace jsou cévní mozkové příhody třetí nejčastější příčinou úmrtí, a to hned po nemocech srdce a zhoubných nádorech. Je to jedno z nejobávanějších onemocnění v populaci dospělých. Uvádí se až 200 případů CMP na 100 000 obyvatel. CMP postihuje zpravidla starší lidi ve věku 60 – 75 let. Počet pacientů mladších 45 – ti let tvoří zhruba 10 – 15 %, ale lze předpokládat, že počet

se bude neustále zvyšovat. Osoby, které přežijí tento útok, mají řečové a motorické poruchy různé závažnosti (Neubauerová, 2011).

Akutní CMP může vzniknout pouze na patologicky změněné cévě (výjimkou je embolie) a v případě, pokud dojde k selhání více mechanismů, které v mozku zajišťují a udržují krevní oběh. Může k ní dojít v důsledku cévních onemocnění mozku, nejčastěji u mozkové arteriosklerózy, hypertenzi mozku a při prasknutí aneurysmatu (patologická výduť cévy). Při vzniku CMP záleží na místě poškození mozku, které s sebou může nést až katastrofální následky – poruchy hybnosti končetin, poruchy řečové komunikace (Neubauer, 2011).

2.7.1 Dělení CMP

Podle příčiny vzniku rozlišujeme dva základní typy cévní mozkové příhody, které vycházejí z náhlého ložiskového poškození mozku následkem poruchy krevní cirkulace v mozku, buď na podkladě ischemie (nedokrevnost) nebo hemoragie (krvácení do mozku).

Ischemické CMP

Nejčastější příčinou vzniku CMP je ischemická léze části mozku (80%). K ischemickým cévním příhodám dochází v důsledku sníženého prokrvení mozku, které vzniká díky nepoměru spotřeby kyslíku s ostatními živinami. Při dlouhodobé ischemii dojde k mozkové malacii (infarktu), jehož příčinou je zúžení mozkové tepny krevní sraženinou (trombem). Dalšími příčinami může být embolie či trombóza (Neubauer, 2011).

Hemoragické CMP

Intracerebrální krvácení

Další příčinou může být mozkové krvácení – hemoragie, které vzniká prasknutím cévy a rozpadem mozkové tkáně (20%). Tento typ mozkových příhod se vyskytuje méně, ale mívá závažnější průběh. Již při první atace může člověka usmrtit. Platí zde princip zkřížené laterality. Při postižení levé hemisféry u praváků vzniká často afázie, kterou se budu více zabývat v následující kapitole. Naopak při postižení pravé hemisféry dochází k syndromu opomíjení (neglect) levé poloviny prostoru (Neubauer, 2011; Riegerová, 1994).

Subarachnoidální krvácení – SAK

CMP může být také způsobena subarachnoidálním krvácením vzniklého z oslabení stěny cévy (ruptury aneurysmatu). V důsledku prasknutí cévní výdutě dochází často k výlevu krve mezi mozkové pleny, což vyvolá silnou bolest hlavy často provázenou zvracením, pocity nevolnosti a poruchami vědomí (Neubauer, 2011; Riegerová 1994).

3 Nejčastější poruchy komunikačních schopností u jedinců ve stáří

Souvislost vzniku poruch řečové komunikace a procesu stárnutí je v současné době stále nedocenenou skutečností. „*Bližší definování potřeb a obtíží populace stárnoucích osob je intenzivněji rozvíjeno teprve v posledních desetiletích dvacátého století, a proto je zatím spíše sporadicky aplikováno do oblasti medicínské a terapeutické péče, kam můžeme zařadit i problematiku logopedické péče o stárnoucí osoby.*“ (Neubauer, 2014, s. 58) V důsledku stárnutí organismu dochází k fyziologickým změnám, které postihují především motorické řečové schopnosti a respirační funkce. Potíže nastávají také při tvorbě hlasu a přesné artikulaci a to z důvodu snížení rychlosti a síly svalové koordinace. Proto může být srozumitelnost řečového projevu u stárnoucích osob snížena (Neubauer, 2014).

3.1 Afázie

Afázie je získaná porucha řeči, která vzniká při ložiskovém poškození mozku. Můžeme ji definovat jako „*poruchu individuálních jazykových schopností na bázi traumatu CNS, která je vždy více modálním jevem, ovlivňujícím percepci mluvního projevu, verbální expresi, lexické a grafické dovednosti i verbálně mnestické funkce.*“ (Neubauer, 2014, s. 80)

Nejčastějšími příčinami vzniku jsou cévní mozkové příhody, nádory a poranění mozku, encefalitidy a meningoencefalitidy (záněty mozku a mozkových blan), dále intoxikace a degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy (Klenková, 2006).

Afázie zahrnuje celou řadu symptomů, které se vyskytují u daného jedince v různých kombinacích. Nejčastějšími symptomy jsou poruchy fluentnosti (plynulosti) mluvy, dysnomie (obtíže v pojmenování), parafrázie (snížená schopnost větného vyjádření), perseverace (ulpívání na předchozím podnětu), neologismy (novotvary), logorhea (rychlá mluva se sníženou srozumitelností) a poruchy rozumění (Čecháčková, 2007).

V klinické praxi je nejužívanější Kimlovo rozdělení afázií na motorickou, senzoricou a totální. Toto rozdělení je zjednodušené. Mezi lékaři a logopedy převládá dělení dle Bostonské klasifikace – BSAD (viz tabulka č. 3). V této klasifikaci i dodnes převládá tzv. klasická typologie afázie, jejíž základy položili Broca a Wernicke v 19. století. V modernějším pojetí je zachováno původní označení jednotlivých typů, ale došlo ke změnám obsahu. Bostonská klasifikace vymezuje následující typy afázie:

Brocova, Wernickeho, konduktivní, amnestická, globální, transkortikálně – motorická a transkortikálně sensorická (Csefalvay, 2005; Klenková, 2006).

Brocova afázie je afázií nonfluentní, kdy nejvýraznějším příznakem je velmi těžce utvářená mluva, ale s jasným komunikačním záměrem. Častý je výskyt parafrází, agramatismů apod. Afatik se snaží často o tzv. opravné artikulační pokusy. V důsledku těžšího postižení dochází k pokusům alespoň o němé artikulační postavení. Může být doprovázena dysartrií. Naopak Wernickeova afázie je charakteristická zpravidla plynulým, ale výrazně zrychleným řečovým projevem, vyskytují se parafrázie, neologismy. Od Brocovy afázie se liší tím, že nebývá výrazně postižena artikulace. Dalším typem je afázie konduktivní, kterou Wernicke označil poruchou řeči vzniklou lézí mezi motorickým a sensorickým centrem řeči. Spontánní řečový projev je fluentní, výrazně se zhoršuje při soustředění se na svůj projev. Potíže činí opakování předříkávaných slov a vět. Nejlehčím typem afázií je anomická (amnestická) afázie. Případnou nonfluenci v mluvním projevu může způsobit tzv. anomická pauza (potíže s vybavením daného slova) nebo cirkumlokuce (snaha popsat slovo). Při transkortikální motorické afázii je řeč výrazně zasažená, agramatická, tvořená s velkým úsilím. Naopak při transkortikální sensorické afázii je řečový projev fluentní, kdy pacienti jsou schopni reprodukovat i složitější věty, ale bez porozumění. Nejtěžší typ afázie představuje globální (totální) afázie, kdy pacient nereaguje na mluvenou ani psanou výzvu. Tento typ je možné pozorovat v počátečním stadiu, po několika dnech by mělo dojít ke změně v některý předchozí typ. Pokud je globální afázie přítomna i v několika dalších měsících, jde o tzv. nevratný afatický syndrom se špatnou prognózou (Čecháčková, 2003; Neubauer 2007).

| Klinický syndrom afázie | Spontánní řeč | Porozumění řeči | Opakování | Pojmenování |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--|--------------------|
| Brockova | Nonfluentní, agramatická, parafrázie | Lehké až těžké poruchy | Narušeno | Narušeno |
| Globální | Absentuje řečová stereotypie | Těžce narušeno | Těžce narušeno | Těžce narušeno |
| Transkortikální motorická | Nonfluentní, echolalická | Lehké až středně těžké poruchy | Nenarušeno, případně lehce narušeno | Narušeno |
| Smíšená transkortikální | Nonfluentní řečové stereotypie | Těžce narušeno | Zachováno, mírně narušeno | Narušeno |
| Wernickeho | Fluentní parafrázie, neologismy | Těžce narušeno | Narušeno | Narušeno |
| Konduktivní | Fluentní | Lehce narušeno | Výrazně narušeno, fonemická parafrázie | Lehce narušeno |
| Amnestická | Fluentní anomické pauzy | Lehce narušeno | Zachováno | Narušeno |

Tabulka č. 3: Bostonská klasifikace: základní charakteristika klinických syndromů afázie (Cséfalvay, 2007, s. 18)

Afázii můžeme rozdělit také z hlediska trvání na akutní, postakutní a chronickou. Za akutní považujeme stav trvající 4 – 6 týdnů od vzniku mozkového poškození. V tomto období někteří jedinci vůbec nemluví a je obtížné s nimi navázat kontakt. Toto stadium většinou odezní a řeč se dále upravuje. Za postakutní (subakutní) se označuje afázie trvající do jednoho roku po vzniku CMP. Trvá – li déle než rok, stává se chronickou (Kejklíčková, 2011).

Logopedická diagnostika je nezbytnou součástí komplexní diagnostiky afázií, na které se kromě klinického logopeda podílí také neurolog, klinický psycholog či neuropsycholog. Provádí se pomocí klinického vyšetření nebo pomocí standardizovaných testů, kterým se podrobněji věnuje Neubauer ve svých Neurogenních

poruchách. Výsledkem diagnostiky je zhodnocení stavu řečové komunikace a vymezení zachované komunikační schopnosti, na jehož základě lze plánovat proces terapie (Cséfalvay, 2003).

Terapii afázie je nutné zaměřit na stimulaci centrálních, kognitivních a jazykových oblastí. Nevhodné je terapii zaměřovat pouze na orofaciální motoriku, artikulaci a motorické řečové procesy. Pro úspěšnost terapeutického procesu jsou důležité poznatky afaziologických terapeutických směrů – Lurijova neuropsychologická koncepce, psycholinguisticky či kognitivně – neuropsychologicky orientovaný přístup. Do popředí se stále více dostává také využití skupinové terapie, kde dominuje technika PACE – modelová konverzační situace. V neposlední řadě se využívá také specifických postupů pro stimulaci obnovování řečových modalit (zejména tlumení perseverací, melodicko – intonační terapie) a neverbálních komunikačních prostředků (Cséfalvay, 2005; Neubauer, 2014).

3.2 Dysartrie, dysfagie

Jelikož jsou poruchy polykání častou komplikací u osob s dysartrií, záměrně jsou uvedeny společně v jedné kapitole.

3.2.1 Získaná dysartrie

Dle Neubauera je získaná dysartrie: „*náhle vzniklá porucha motorické realizace řeči na bázi traumatu či onemocnění centrální nervové soustavy, která je u populace dospělých osob spojena především s cévními mozkovými příhodami (CMP), úrazy hlavy, onkologickým či infekčním onemocněním mozkové tkáně.*“ (Neubauer, 2011, s. 56) Problematickým faktorem je špatná schopnost ovládat mluvidla v důsledku ochrnutí, slabosti nebo poruchy svalstva, které se podílí na tvorbě řeči. Při dysartrií jsou porušeny či deformovány základní modality motorické realizace řeči – respirace, fonace, rezonance a artikulace.

Klasifikace získané dysartrie:

Jelikož je dysartrie přítomna u většiny základních neurologických syndromů, užívá se především neurologická klasifikace dysartrií.

Dysartrie flacidní (periferní) vzniká při poškození jader či mozkových nervů, které se podílí na inervaci řečových mechanismů. Projevuje se poruchami dýchání, společně

s hypernazalitou, chraptivostí a poruchami polykání. Tento typ dysartrie se vyskytuje u infekčních onemocnění CNS. Dysartrie spastická (centrální) vzniká v důsledku poruchy horního motoneuronu, přičemž je postižena oblast mezi prodlouženou míchou a bílou hmotou mozkových hemisfér. Řečový projev je velmi pracný, pomalý s protahováním slov, který způsobuje nesrozumitelnost řečového projevu. Příčinou bývají většinou CMP či cévní onemocnění mozku. Dysartrie ataktická (periferní) vzniká při poškození mozečku a s ním spojených nervových drah. Řečový projev je nepravidelný spojený s explozivním vyražením slabik či slov. Dysartrie extrapyramidová – hypokinetická je charakterizována poruchou činností v oblasti bazálních ganglií. Řeč je zpravidla monotónní, hlas je značně oslaben. Nejčastěji uváděnými příčinami jsou Parkinsonova choroba, CMP. Naopak dysartrie extrapyramidová – hyperkinetická je spojována s choreatickým syndromem, který se projevuje mimovolnými pohyby, což následně způsobuje poruchy motoriky a komunikace. Řeč je hlasitá, vykřikovaná a špatně srozumitelná. Příčinou jsou degenerativní stavy CNS či podávání neuroleptik. Dysartrie smíšená vzniká kombinací více lézí CNS či při degenerativních onemocněních. V některých publikacích se můžeme setkat se skupinou tzv. neorganických dysartrií, které vznikají pouze přechodně po intoxikacích jedy, alkoholem, drogami (Neubauer, 2000, 2003).

Logopedická diagnostika dysartrie navazuje na výsledky neurologického vyšetření, snaží se o definování přítomné poruchy řečové komunikace, její závažnosti a dopadu na komunikační schopnosti postižené osoby (Neubauer, 2005). Pro oblast diagnostiky dospělých osob s dysartrií se využívá „Test 3F – dysartrický profil“, který diagnostikuje a rozlišuje již výše zmíněné typy dysartrie. V testu se sledují tři funkční celky: F1 – faciokineze, která se orientuje na činnost artikulačních svalů, F2 – fonorespirace, která se zaměřuje na dýchání a funkci hlasivek a F3 – fonetika, který se zabývá mluvenou řečí. Jednotlivé položky se podle výkonu hodnotí na třístupňové škále a následně je zpracován celkový dysartrický profil vyšetřované osoby (Neubauer, 2005; Roubíčková, 2011).

Úspěšnost terapeutického procesu se odvíjí od jejího včasného zahájení, které by mělo nastat okamžitě po odeznění života ohrožujících komplikací. Terapie je vedena snahou zpomalit či zastavit rozvoj dysartrie, přičemž využívá různých metod a prostředků. Nejužívanější jsou metody svalové relaxace a stabilizace tělesného tonu v oblasti mluvidel, dále respirační, fonační, artikulační cvičení. U trvale přetrvávajících poruch

komunikace s okolím se využívá neverbální komunikace a komunikačních pomůcek. Široké využití mají také přístrojové pomůcky (Neubauer, 2003).

3.2.2 Dysfagie

Dysfagie neboli porucha polykání je častou komplikací vyskytující se u osob se získanou dysartrií, neboť léze centrální nervové soustavy zasahuje i vitální funkce orofaciálního traktu, a to respiraci (dýchání) a příjem potravy. Velice často se může objevovat také u pacientů vyššího věku, kde je současný výskyt demence. Při dysfagii je ztížen příjem pevné či tekuté stravy, v závažnějších případech zde může hrozit riziko aspirace (vdechnutí) stravy nebo tekutiny do dýchacích cest. Nejčastěji uváděné příčiny poruch polykání jsou cévní mozkové příhody, poúrazové stavy, roztroušená skleróza a Parkinsonova nemoc (Neubauer, 2005, 2014).

Průběh polykání zabezpečuje šest hlavových nervů, které zároveň zastávají funkci ochrany dýchacích cest. Probíhá ve třech vzájemně propojených fázích – orální, faryngeální a ezofageální. Orální fáze se dále dělí na přípravnou a transportní. Přípravná fáze začíná příjmem potravy či tekutin do dutiny ústní, kde je následně smíchána se slinami a vznikne bolus (sousto). Měkké patro (velum) brání vniku potravy do orofaryngu. Následuje transportní fáze, kde zastává důležitou funkci jazyk. V této fázi se připravený bolus peristaltickými pohyby přesouvá k orofaryngu, začíná se zvedat měkké patro a uzavírá se průchod do nosohltanu. Ve stejném okamžiku se spouští polykací reflex. Faryngeální (hltanová) fáze začíná po spuštění polykacího reflexu a není pod volní kontrolou. Hrtan se zvedá a uzavírá epiglottis (hrtanová přiklopka), zastaví se dýchání a bolus je faryngeálním svalstvem dopraven z hltanu do jícnu. Celá fáze trvá zpravidla 1 sekundu. Poslední ezofageální (jícnová) fáze trvá 4 – 8 sekund. Peristaltická vlna posouvá bolus dále do žaludku, vše se vrací do původní polohy. Obnovuje se dýchání a uzavírá se fyziologický průběh polykání (Kaulfussová, 2003; Dobias, 2014).

Terapeutická péče o osoby s dysfagií byla dlouhodobě opomíjena a posun k jejímu zařazení do systému logopedické péče nastal teprve v posledních letech. Zahájení efektivní terapie je možné jen ve spolupráci se zdravotnickým týmem, který pomocí přístrojových metod stanoví diagnózu. Mezi základní lékařská vyšetření patří – ORL a foniatická vyšetření, elektromyografie, endoskopie, videofluoroskopie, ultrasonografie. V zahraničí se využívá tzv. Dysfagie – Bedside – Test, který zjišťuje

aktuální stav a způsob polykání pacienta. Podle výsledků diagnostického procesu se volí vhodné kompenzační a terapeutické postupy. U dysfagických osob se preferuje zejména změna konzistence stravy, která závisí na závažnosti obtíží. Dále se využívají terapeutické techniky zaměřené na zlepšení svalové výkonnosti v orofaciální oblasti (Kaulfussová, 2003; Neubauer, 2014).

Předmětem logopedické a ergoterapeutické péče kromě výše zmíněných poruch, mohou být i další poruchy řečové komunikace, které vznikají na základě vnějších příčin např. strach, úlek, následkem nádorových onemocnění, pooperačních stavech atd. – balbuties (koktavost), rhinolalie (huhňavost) apod.

3.3 Logopedická intervence u stárnoucích osob

Cílovou skupinou logopedické intervence jsou kromě dětí také dospělí lidé a stárnoucí osoby, u nichž se vyskytují poruchy řečové komunikace (Klenková, 2006). Práce se staršími lidmi by měla být prováděna zodpovědně a kvalitně i přesto, že u některých jedinců jsou přítomny závažné potíže s komunikací v důsledku zdravotního postižení (např. již výše zmiňovaná demence). V léčebně – terapeutickém postupu plní důležitou úlohu logoped, který svým komplexním přístupem výrazně přispívá k zajištění kvalitní péče (Kejklíčková, 2011).

V České republice zabezpečují logopedickou intervenci tři rezorty – ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a ministerstvo práce a sociálních věcí. Péči o osoby s poruchami řečové komunikace u dospělých a stárnoucích osob zajišťují logopedická pracoviště rezortu ministerstva zdravotnictví a rezortu ministerstva práce a sociálních věcí. Logopedická péče je realizována v zařízeních státních, nestátních a soukromých (Klenková, 2006).

Dle Lechty (2003) je logopedická intervence komplexní proces, který zahrnuje vzájemně prolínající se úrovně:

- logopedická diagnostika,
- logopedická terapie,
- logopedická prevence.

3.3.1 Logopedická diagnostika

Cílem logopedické diagnostiky je snaha zachytit celkový stav a přítomné poruchy komunikace, tedy poruchy komunikace řečí, jazykovými prostředky, písmem a s nimi spojené deficity praxe, gnosie a kognitivních funkcí. Základními cíli jsou:

- zjištění přítomnosti poruchy komunikace a její závažnosti,
- diferenciální diagnostika poruch řečové komunikace,
- zpracování návrhu logopedické intervence (Neubauer, 2014).

3.3.2 Logopedická terapie

Logopedická terapie využívá individuálních i skupinových forem práce, což umožňuje jak intenzivní individuální trénink, tak využití získaných schopností v komunikaci ve skupině. Individuální terapie zahrnuje standardní osvědčené přístupy logopedické péče. Zaměřuje se intenzivně na řečové schopnosti a jazykový systém. Tyto procesy vyžadují individuální přístup a aktivní zpětnou vazbu terapeuta. Na individuální program navazuje skupinová terapie, která usnadňuje užití již osvojených dovedností v konverzační skupině a následně v reálných situacích. Jedná se většinou o malou skupinu 3 – 6 osob (Kalvach a kol., 2004; Neubauer, 2014). K aktivaci stárnoucích osob s nedostatečnou komunikací s okolím lze využít komunikační skupiny, kde je program zaměřen na zlepšení percepce, pozornosti, čtení, psaní a verbálního vyjadřování (Neubauer, 2014).

Terapie většiny poruch komunikace je dlouhodobou záležitostí, která se neobejde bez spolupráce rodinných příslušníků, kteří se podílí na vytvoření pomáhajícího a motivujícího prostředí. Vzájemná spolupráce by měla vést ke zlepšení komunikačních schopností jedince (Neubauer, 2003).

Kromě diagnostiky a terapie má logopedie současně také poslání preventivní, tedy předcházení poruchám řeči a všech částí sdělovacího procesu (Kejklíčková, 2011).

4 Intervenční terapie u dospělých a stárnoucích osob

Jedná se o terapie, které se používají jako podpůrný prostředek ke zlepšení či udržení komunikačních schopností zaměřující se na individuální práci s klientem. Má několik podob. Souhrnně tyto terapie nazýváme jako ergoterapie.

4.1 Ergoterapie

Samotný název ergoterapie je odvozen z řeckého ergon – práce a therapia – léčení. V českém jazyce se ustálil pojem ergoterapie, ačkoliv i v dnešní době je zaměňován za původní název pracovní terapie. Jedná se pouze o překlad pojmu, který může být zavádějící. (Krivošíková, 2011). Pro lepší porozumění Světová federace ergoterapeutů uvádí tuto definici (2004, In Jelínková 2009, s. 13.): *„Ergoterapie je profese, která se zaměřuje na podporu zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání. Primárním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se každodenních aktivit. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle tak, že se snaží pomoci lidem provádět činnosti, které zvyšují možnost jejich začlenění (participace), nebo přizpůsobují prostředí podporující participaci osoby“.*

Historie ergoterapie:

Ergoterapie má v České republice dlouhodobou tradici. Počátky ergoterapie nalezneme v 18. století, kdy byla spojována s péčí o duševně nemocné. V této době se měnil postoj k lidem s duševním onemocněním, kteří byli do té doby vnímáni jako osoby neléčitelné a pro společnost nebezpečné. S postupem času se začal uplatňovat humanistický přístup, který se snažil nemocné začlenit do společnosti. Využívalo se tak hudby, čtení, tělesných, výtvarných a pracovních činností, které měly pomoci zapojení se do běžného života. Takto se ergoterapie rozvíjela až do 20. století a zejména mezi světovými válkami došlo k mnoha změnám. Za počátek moderní ergoterapie můžeme považovat rok 1917. Právě v tomto roce byla v USA založena Národní společnost pro podporu ergoterapie (Jelínková, 2004).

Cíle ergoterapie:

Cílem ergoterapie je (Česká asociace ergoterapeutů, 2007):

- prostřednictvím zaměstnávání či smysluplné aktivity podporovat zdraví a duševní pohodu klienta,

- pomáhat zlepšovat schopnosti osoby potřebné pro zvládnání běžných denních a pracovních činností a aktivit volného času,
- umožnit osobě naplňovat její sociální role,
- napomáhat k plnému zapojení osoby do aktivit jejího sociálního prostředí a komunity,
- uplatňovat terapii zacílenou na klienta/ pacienta, který je aktivním účastníkem terapie a podílí se na plánování a procesu terapie,
- posilovat osobu v udržení, obnovení či získání kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jejich každodenních činností v interakci s prostředím (předpokládá se zvládnání nároků sociálního i fyzického prostředí),
- usilovat o zachování příležitosti účastnit se aktivit každodenního života všem osobám bez ohledu na jejich zdravotní postižení či znevýhodnění.

Ergoterapeut:

Ergoterapeuta můžeme definovat jako odborně způsobilého pracovníka, který spadá do nelékařských zdravotních profesí a profesí v sektoru sociálních služeb. V České republice se tak uplatňuje v oblasti zdravotně – sociálních služeb, kde je součástí multidisciplinárního týmu. Může pracovat i samostatně.

V oblasti zdravotnictví se uplatňuje především na lůžkových zařízeních, jako jsou kliniky rehabilitačního lékařství, nemocnice, psychiatrické léčebny či léčebné ústavy. Využívána je také v rehabilitačních centrech či stacionářích. Ergoterapie má své využití i v sociálních službách – denní stacionáře, domovy a penziony pro seniory, terapeutické dílny apod. V dnešní době se stále více rozšiřuje i do domácího prostředí, v němž mohou být potřeby klientů naplněny přirozeným způsobem. Z výše uvedeného vyplývá, že ergoterapie má v našich podmínkách široké uplatnění. (Jelínková, 2009).

„Ergoterapeuti pracují s klienty každého věku, kteří mají z nějakého důvodu potíže při provádění každodenních činností. Ve všech oblastech praxe však ergoterapeuti usilují o to, aby pomohli svým klientům maximálně se zapojit do jejich obvyklých činností nebo se k nim vrátit.“ (Jelínková, 2009, s. 74)

Terapeutické prostředky intervence ergoterapie

Základním prostředkem ergoterapie je zaměstnávání (occupation), respektive smysluplná činnost. Jednotlivé činnosti musí brát ohled na potřeby jedinců, tedy jejich aktuální stav, věk, pohlaví, prostředí, v němž žijí apod. Ergoterapeut vybírá pro jednotlivce nejlépe takovou činnost, která mimo výše zmíněných potřeb, odpovídá jeho sociálním rolím. Díky tomuto procesu dochází k propojení všech složek ucelené rehabilitace (Krivošíková, 2003). V této fázi léčby ergoterapeut využívá mnoha přístupů a technik, které vycházejí z různých, ale prověřených teorií. Poté jsou na jejich základě předurčeny právě ty přístupy, které ergoterapeut v následné terapii upřednostní. Ergoterapeut by měl nalézt i přes možná omezení vhodný přístup, který bude vyhovovat pacientovi, se kterým pracuje. V léčbě jednoho pacienta lze využít několika terapeutických technik. Tato možnost výběru do určité míry závisí také na vzdělání, zkušenostech ergoterapeuta, ale samozřejmě i na složení pacientů a jejich způsobu spolupráce (Krivošíková, 2011).

Ergoterapeut při své práci využívá dva přístupy – přístup shora dolů (top – down approach) a přístup zdola nahoru (bottom – up approach).

V přístupu shora dolů ergoterapeut hodnotí výkon jedince ve třech oblastech, a to soběstačnosti, pracovních činnostech, nebo ve volnočasových aktivitách. Ergoterapeut se zde zaměřuje na schopnost jedince zapojit se do komplexních a smysluplných aktivit, na kterých se společně podílí. Tento proces vede ke zvýšení motivace a aktivnímu zapojení klienta do terapie. V tomto přístupu postupujeme od komplexních činností (např. oblékání) k jednotlivým částem (např. schopnost udržet rovnováhu při oblékání). Intervence by měla probíhat v co nejpřirozenějším prostředí klienta (Jelínková, 2009, Krivošíková, 2011).

Naopak v přístupu zdola nahoru se ergoterapeut zaměřuje na nedostatky v určitých dovednostech, které znemožňují úspěšné zapojení jedince do důležitých činností. Ergoterapeutický proces začíná na úrovni jednotlivých složek činnosti (např. svalová síla, paměť, pozornost) a plynule přechází v komplexní činnost (oblékání, hry apod.). Při zvolení tohoto přístupu se tedy předpokládá, že jedinec poté bude schopný generalizovat naučenou dovednost (např. jemnou motoriku) do komplexní činnosti (např. oblékání). Celková terapie je založena na nácviku jemné motoriky, která je nezbytná pro zvládnutí každodenních aktivit (Krivošíková, 2011).

Přestože se v ergoterapeutické praxi více upřednostňuje přístup shora dolů, mají zde oba přístupy značné zastoupení a případně je lze i kombinovat. Volba vhodného přístupu závisí především na profesionálním úsudku ergoterapeuta, který by měl vše přizpůsobit individuálním potřebám klienta a také typu pracoviště, kde ergoterapie probíhá (Jelínková, 2009, Krivošíková, 2011).

4.2 Využití ergoterapie v geriatрии

Využití ergoterapie u stárnoucích osob má velké poslání. Často je spojována s rehabilitací po náhlých mozkových příhodách, využít ji lze ovšem i u dalších onemocnění. Příprava programu by měla být staršímu člověku blízká a neměla by vyžadovat příliš mnoho nových informací. Ergoterapeut by měl vycházet z předpokladu, že starší osoby se rádi zaměstnávají prací, kterou vykonávali po celý život. Osvědčují se především ty činnosti, u kterých není potřebné příliš myslet. Je důležité najít pro práci nějaký smysl, tím se můžeme vyhnout nebo alespoň zmírnit stařecký negativismus, pocity zbytečnosti a méněcennosti. Ergoterapie se snaží aktivovat organismus jak po stránce tělesné, tak psychické (Pfeiffer, 1990).

Na ergoterapii můžeme nahlížet z různých hledisek. Existuje různá řada rozdělení oblastí ergoterapie, většina z nich se ale shoduje v náplni, pouze nesou odlišný název. Zároveň se všechny oblasti vzájemně prolínají a doplňují. Pro svoji práci jsem vybrala dělení, které vychází z prvotní klasifikace oblastí ergoterapie dle Pfeiffera (1990). Podle druhu vykonávaných činností můžeme tedy ergoterapii dělit do čtyř základních oblastí:

- ergoterapie zaměřená na nácvik všedních denních činností (ADL),
- ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností,
- ergoterapie zaměstnáváním,
- ergoterapie funkční.

4.3 Ergoterapie zaměřená na nácvik denních činností

V důsledku onemocnění je značně narušena schopnost jedince vykonávat některé každodenní činnosti – ADL² (Activities of Daily Living). Jedná se o všední denní činnosti, které se vztahují k základním fyzickým funkcím a dotváří tak každodenní život člověka. Tyto činnosti mohou probíhat buď v přirozeném domácím prostředí (např.

² ADL = activities of daily living (aktivity všedního života)

osobní hygiena, jídlo, oblékání, přesun, mobilita) – personální ADL nebo v širším sociálním prostředí klienta (např. domácí práce, nakupování, telefonování, doprava, manipulace s penězi – instrumentální ADL. Jedná se o komplexní aktivitu zahrnující jednak složku motorickou (svalové napětí, koordinace, výdrž atd.), složku sensorickou (prostorová orientace, vnímání), dále složku kognitivní (paměť, pozornost, orientace, komunikace atd.) a složku psychosociální (motivace, chování, nálada, prostředí atd.).

Hodnocením ADL je zaznamenán celkový současný výkon pacienta. Důležitou roli zde hraje ničím nenahraditelné přirozené prostředí. Potřebné informace k hodnocení ADL lze získat prostřednictvím přímého pozorování klienta během provádění určité činnosti nebo pomocí standardizovaných dotazníků vyplněných samotným klientem nebo jeho rodinou (viz příloha č. 2). Výhodou škál je, že mohou pozorovat pokrok v průběhu rehabilitačního programu, měří závislost klienta, tedy i míru požadované asistence. Naopak nevýhodou je, že tyto indexy nejsou schopny určit příčinu závislosti a nedokáží detailně posoudit menší změny v dalších oblastech. Proto je nezbytné doplnění ergoterapeuta, aby mohly být detailně popsány klientovy aktuální schopnosti (Votava a kol., 2003; Krivošíková, 2011).

4.4 Ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností

Tuto oblast ergoterapie můžeme využít zejména u osob v produktivním věku a u dospělých, které musí přizpůsobit své zaměstnání a celkový způsob života dlouhodobým či trvalým následkům onemocnění. Pomocí modelových situací a testování se posuzují předpoklady pro následné pracovní uplatnění. Cílem této ergoterapeutické aktivity je snaha připravit klienta na zvládnutí vybrané profese či jiné pracovní aktivity (Pfeiffer, 1990; Votava, 2005; Krivošíková, 2011).

4.5 Ergoterapie zaměstnáváním

Ergoterapie zaměstnáváním neboli kondiční ergoterapie je označována za nejstarší a nejznámější oblast. Tato terapie usiluje především o odpoutání nepříznivých vlivů onemocnění a snaží se o udržení fyzické a duševní kondice klienta. Při sestavování plánu by měl ergoterapeut vycházet z individuálních zájmů klienta. Prvkem kondiční terapie je hra či volnočasová aktivita, kterou lze uplatnit právě v domovech seniorů a mnoho dalších zařízeních. Prostřednictvím vhodně zvolených aktivit lze trénovat jemnou a hrubou motoriku, komunikační dovednosti, paměť, myšlení apod. Využívá se především zájmových rukodělných činností (vyšívání, pletení, háčkování, práce

se dřevem apod.), dále pohybových aktivit (kuželky, míčové hry apod.) a společenských her (např. karetní hry). Tento proces by měl vést k udržení duševní pohody a celkové spokojenosti. Tato forma ergoterapie bývá nejčastěji skupinová, kdy ergoterapeut podle zdravotního stavu, věku, stupně postižení apod. přizpůsobuje výběr činnosti klientům např. skupinky vaření, keramiky atd. (Votava, 2005; Šajtarová, 2009; Krivošíková, 2011).

4.6 Ergoterapie funkční

Tato forma ergoterapie se snaží pomocí intenzivního cvičení rozvíjet a zlepšovat postiženou část těla, v mnohém se tedy podobá léčebnému tělocviku. Cvičení se většinou provádí s různými pomůckami. Cílená ergoterapie se zaměřuje především na senzomotorickou složku (zvýšení svalového tonu, zlepšení jemné a hrubé motoriky), kognitivní složku (paměť, pozornost, orientace, myšlení) a psychosociální složku činnosti – sebepojetí, sebeovládání (Votava, 2005; Krivošíková, 2011).

5 Praktická část

Výzkumná část bakalářské práce navazuje na její teoretickou část a zabývá se problematikou logopedické a ergoterapeutické intervence u stárnoucích osob žijících v Domově seniorů Drachtinka.

V rámci praktické části bakalářské práce se zabývám systémem poskytovaných pobytových sociálních služeb, cílovou skupinou a personálním zajištěním.

V další části se zaměřuji na případovou studii, dále na polostrukturované rozhovory vedené se zaměstnanci domova a vybranými uživateli této pobytové sociální služby.

Cílem praktické části bylo metodologií doložit, jaký vliv má logopedická a ergoterapeutická péče, která je poskytována v domově pro seniory, na danou cílovou skupinu.

5.1 Metodologie

Pro vlastní šetření jsem zvolila kvalitativní výzkum, který byl proveden primárně metodou rozhovoru (interview). Samotný rozhovor můžeme definovat jako proces získávání dat, který probíhá interakcí mezi tazatelem a dotazovaným. Rozlišujeme tři základní typy interview – strukturované, polostrukturované, nestrukturované. Pro svoji práci jsem zvolila rozhovor polostrukturovaný, který vychází z předem připravených otázek, avšak tazatel průběžně reaguje na podněty respondenta (Skutil, 2011). Polostrukturovaný rozhovor je kompromisem mezi rozhovorem strukturovaným a nestrukturovaným a podle mého názoru je pro můj výzkum nejvhodnější variantou.

Tuto metodu jsem zvolila především proto, že umožňuje přímý kontakt výzkumníka se zkoumanou osobou a je tak možné sledovat verbální i neverbální reakce respondenta. Výhodou je také jistá volnost a pružnost v kladení otázek, které lze v průběhu dovysvětlit. Samozřejmě jako každá jiná metoda, má i interview své nevýhody. Měli bychom brát v úvahu, že je časově náročné a obtížnější na zaznamenání dat (Skutil, 2011).

Další metodou, kterou jsem zahrnula do své práce, je případová studie, kterou lze chápat jako popis jednotlivých případů. Může se týkat osoby, skupiny lidí či institucí (Křováčková, Skutil, 2011). Díky analýze jednotlivých případů v rámci celého výzkumu, který umožňuje sledování, popis a vysvětlení případu, můžeme dospět

k přesnějším výsledkům (Miovský, 2006). Dle Hendla (2005) můžeme rozdělit případové studie na případovou studii osobní, studii komunity, studium sociálních skupin, dále studium organizací a institucí a zkoumání událostí, rolí a vztahů.

5.2 Cíl praktické části

Hlavním cílem výzkumné části bakalářské práce je zjistit, na jaké úrovni je zajištěna logopedická a ergoterapeutická péče u seniorů v Domově seniorů Drachtinka Hlinsko, u nichž došlo v důsledku cévní mozkové příhody (CMP) k poruchám řečové komunikace. Vedle hlavního cíle výzkumu byly stanoveny i dílčí cíle:

- jakým způsobem je zajištěna logopedická péče,
- jakým způsobem je zajištěna ergoterapeutická péče,
- do jaké míry obě odvětví spolupracují.

Samotný výzkum proběhl v následujících krocích – navázání kontaktu se zaměstnanci DsD, spolupráce se zaměstnanci DsD, individuální práce s klienty zařízení a dále zpracování získaných dat a jejich následné vyhodnocení.

Časový harmonogram výzkumného šetření proběhl v rozmezí měsíce září 2015 – února 2016. Časové rozpětí zahrnovalo přípravu výzkumu, samotný výzkum a zpracování výsledků.

Celkem bylo ke spolupráci na výzkumném šetření osloveno sedm zaměstnanců přímé péče DsD (1 klinický logoped a 6 pracovníků na pozici ergoterapeut). Z vyšších pozic jsem oslovila pracovníky top managementu (1) a středního managementu (4).

5.3 Informace o zařízení Domova seniorů Drachtinka

Většina seniorů s demencí, kteří nemají podporu z domácího prostředí, jsou soustředovány do Domova seniorů, kde se s nimi pracuje, jak po stránce logopedické, tak ergoterapeutické. Tato problematika mě velice zaujala, proto jsem navštívila Domov seniorů Drachtinka Hlinsko. Informace o zařízení byly zpracovány dle internetových stránek a osobní konzultace se zaměstnanci Domova seniorů Drachtinka (www.drachtinka.cz).

Domov seniorů Drachtinka (dále DsD) je pobytové zařízení sociálních služeb poskytující celoročně ubytování, stravování a v neposlední řadě ošetrovatelskou, zdravotní a sociální péči. Zřizovatelem Domova seniorů je město Hlinsko. Domov je v provozu od roku 2008.

Budova je bezbariérová. Díky tomu mohou i tělesně postižení lidé navštěvovat prostory, které jsou za běžných podmínek obtížně přístupné. Budova má pět poschodí s kapacitou 87 lůžek (23 pokojů jednolůžkových, 32 pokojů dvoulůžkových). Všechny pokoje jsou vybaveny vlastním bezbariérovým sociálním zařízením se sprchou. V každém pokoji je nainstalováno dorozumívací zařízení, kterým si uživatel v případě potřeby může přivolat ošetřující personál.

Veřejný závazek DsD

Hlavním posláním je zajištění poskytování potřebné péče a přiměřené podpory tak, aby jedinci mohli naplnit své potřeby a vést plnohodnotný život. Kvalifikovaný personál zajišťuje péči a podporu, která by měla vést k zachování či zlepšení samostatnosti. Cílovou skupinu tvoří senioři od 60 let převážně z okolí Hlinska, kteří mají sníženou soběstačnost. Ať už z důvodu vyššího věku nebo vážného onemocnění, jejichž situace je odkázána na pravidelnou pomoc jiné osoby.

Cílem Domova je rozvoj či zachování stávajících schopností, soběstačnosti, mezilidských vztahů.

Zásady práce:

- úcta k člověku,
- humanita a podpora lidské důstojnosti,
- podpora samostatnosti a soběstačnosti,

- respektování práva volby,
- individuální přístup v poskytování služeb reagující na měnící se potřeby klienta,
- týmová práce,
- vzájemná důvěra a tolerance.

Poskytované služby:

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, je Domov seniorů Drachtinka zařízením sociálních služeb. Zajišťuje tak celoročně pobytové služby sociální péče pro osoby s trvalým bydlištěm na území města Hlinska či v jiné obci mikroregionu Hlinecko. Povinné služby dle zákona:

- ubytování,
- stravování,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- základní sociální poradenství.

DsD dále poskytuje:

- zprostředkování lékařské péče pro uživatele (praktický lékař, psychiatr, klinický logoped),
- poskytování základní rehabilitační péče (návěky chůze, masáže atd.),
- pomoc při zajišťování dalších sociálních služeb jinými organizacemi.

Volnočasové aktivity

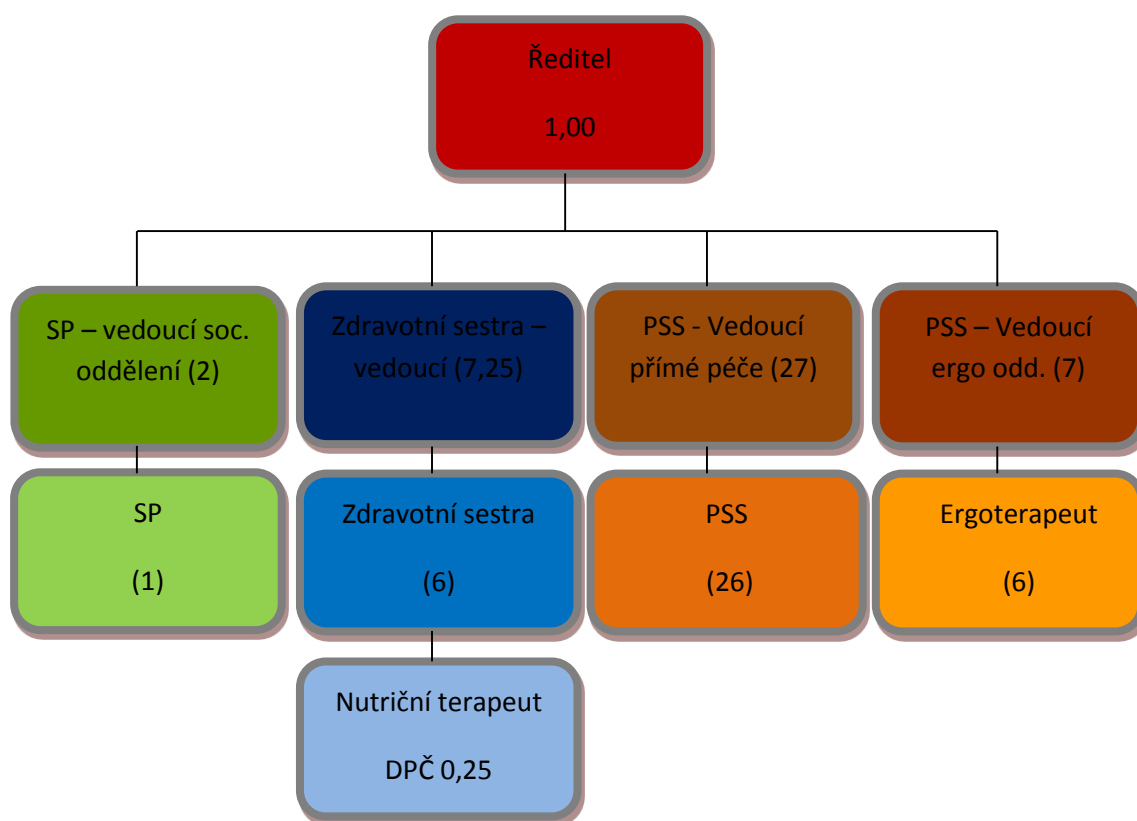
Smysluplné využití volného času je velmi důležitou náplní života každého člověka. Při plánování volnočasových aktivit v DsD se vychází z individuálních potřeb klientů a profesionálního přístupu pracovníků. Veškeré aktivity jsou přizpůsobeny věkové struktuře obyvatel a jejich nárokům.

Činnosti můžeme rozdělit na individuální či skupinové nebo pravidelné a nepravidelné. Klienti mají právo se sami rozhodnout, kterých z činností se chtějí zúčastnit. Denní program je tedy přizpůsobován zdravotnímu stavu a individuálním potřebám klientů. Nabídka veškerých aktivit je uvedena v každém patře na informačních nástěnkách.

5.4 Přímá péče

Osmdesátí sedmi klientům domova poskytují péči a podporu pracovníci přímé péče a to na pozicích – pracovník v sociálních službách, dále ergoterapeuti, zdravotní sestry a sociální pracovník. Tito zaměstnanci jsou v hlavním pracovním poměru vzhledem k organizaci. Péči poskytuje i logoped, lékař a psychiatr, kteří jsou v pracovně – právním vztahu vzhledem k organizaci na DPP.

*Organizační a funkční schéma Domov seniorů Drachtinka Hlinsko
(www.drachtinka.cz)*



Legenda:

| |
|---------------------------------------|
| PSS – pracovník v sociálních službách |
| SP – sociální pracovník |

5.5 Plán aktivit klientů DsD

Klienti, kteří se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemohou účastnit běžných aktivit, vyžadují speciální péči.

| | Dopoledne | | Odpoledne | | Podvečerní program | |
|---------|----------------------------|-----------------------|-------------------|----------|--------------------|----------|
| Pondělí | Inka | 2. patro | Kavárna Inka | 2. patro | Inka | 2. patro |
| | Cvičení | Tělocvična suterén | Společné čtení | 3. patro | | |
| Úterý | Inka | 2. patro | Kavárna Inka | 2. patro | Inka | 2. patro |
| | Vaření | Kuchyně 1. patro | Pěvecký sbor | 1. patro | | |
| | Kavárna | 3. patro | | | | |
| Středa | Inka | 2. patro | Kavárna Inka | | Inka | 2. patro |
| | Cvičení | Tělocvična suterén | Filmový klub | 4. patro | | |
| Čtvrtek | Inka | 2. patro | Kavárna Inka | 2. patro | Inka | 2. patro |
| | Kavárna | 3. patro | | | | |
| | Canisterapie | individuálně | | | | |
| Pátek | Inka | 2. patro | Kavárna Inka | 2. patro | Inka | 2. patro |
| | Cvičení | Tělocvična suterén | Dílna | 1. patro | | |
| Sobota | Inka | 2. patro | Kavárna Inka | 2. patro | Inka | 2. patro |
| | Dílna | 1. patro | | | | |
| Neděle | Inka | 2. patro | Kavárna Inka | 2. patro | Inka | 2. patro |
| | Sledování TV Bohoslužby | 3. patro | | | | |

Tabulka č. 4: Volnočasové aktivity DsD (www.drachtinka.cz)

5.6 Případová studie klienta DsD

Náhodným výběrem z 87 klientů domova byl vybrán jeden klient domova, u tohoto klienta byla provedena zdravotní, osobní a sociální anamnéza.

Případová studie č. 1

Pohlaví: muž A

Rok narození: 1932

Diagnóza: těžká smíšená afázie, alexie, agrafie, orální apraxie

Rodinná anamnéza

Je vdovec, má dvě dcery, které ho pravidelně navštěvují. V rodině se nevyskytují vážná onemocnění.

Osobní anamnéza

Muž A se narodil v Nasavrkách. Vystudoval vysokou školu a pracoval jako vedoucí stavby. Založil skanzen Veselý kopec. Klient nastoupil do Domova seniorů Drachtinka v září roku 2015. Účastní se společenských aktivit v domově, zvláště pak těch aktivit, které jsou spojeny s povídáním k historii města Hlinska. Svůj volný čas tráví na lůžku, u klienta probíhá na pokoji individuální práce (např. bazální stimulace). Pravidelně za klientem dochází dobrovolník.

Klient verbálně komunikuje velmi obtížně, snaží se své požadavky definovat gesty. Ošetřující personál musí být pozorný a vnímavý i na mimické projevy klienta, kterými hodně vyjadřuje svou náladu či bolest. Klient má pojem o čase a ví, kde a z jakého důvodu se nachází. Slovní bariéra a aktuální zdravotní stav omezují klienta udržovat společenské kontakty s okolím. V tomto směru má zázemí ve své dceři, která ho pravidelně navštěvuje a projevuje o něho zájem. S větším úsilím se klient dokáže podepsat.

V důsledku ischemické CMP došlo k postižení pravé poloviny těla, sám se nedokáže posadit, polohu mění obtížně. Klient se nedokáže sám obléknout, nedokáže ani v tomto směru moc spolupracovat, tudíž je odkázán na pečující personál.

Před vznikem CMP byl velmi společensky činný. Jak jsem již zmiňovala, ve svém životě se zasloužil o založení skanzenu Veselý kopec a v roce 2014 byl jmenován osobností roku Pardubického kraje. Po CMP jsou přítomny depresivní stavy.

Terapie

Měla jsem možnost klienta pozorovat po celou dobu mé bakalářské práce. Kromě přímého pozorování jsem s klientem byla v úzkém kontaktu a to i po stránce komunikační. Při rozhovoru se zaměstnanci, kteří u pana A provádějí logopedickou intervenci, jsem zjistila:

Klient je v logopedické terapii zatím krátce. Logopedická péče u klienta probíhá 3x týdně v rozsahu 30 – 45 minut. Logopedická péče je klientovi A poskytována v nadstandartním rozsahu, a to na základě doporučení logopedky a pracovníků ergoterapie. Klient A čerpá logopedické sezení jako činnost základní, tak i fakultativní. Terapie začíná procvičováním motoriky mluvidel, kdy se provádí jednoduché cílené pohyby mluvidel (rty, jazyk, dolní čelist) se zrakovou oporou pomocí logopedického zrcadla či druhé osoby. Následuje orientace v čase připomenutím co je za den, měsíc a rok, případně orientací v prostoru a situaci. Klient má zafixované automatismy – „*no, no, no, ach bože*“. Součástí terapie jsou automatické řady – časové (dny v týdnu, měsíce v roce) nebo numerické. Porozumění je relativně dobré. Zachováno je rozumění jednoduchým instrukcím (např. zavřete oči, zamávejte) či alternativním otázkám, které vyžadují pouze odpovědi ano x ne. Terapie je dále zaměřena na pojmenování předmětů denní potřeby, částí lidského těla, rodinných příslušníků podle fotografií či reálných předmětů (nůž, lžička, kartáček, klíče, hřeben apod.). Lexie je založena na skládání jména a příjmení, využívá se také metody globálního čtení s porozuměním. Nezbytnou součástí je také nácvik grafie, která začíná grafomotorickými cvičeními na uvolnění levé horní končetiny a je zaměřena na nácvik podpisu. Terapie byla vždy přizpůsobena aktuálnímu zdravotnímu stavu klienta.

Kromě klinického logopeda, za klientem dochází pracovníci ergoterapie, kde společně provádí lehká motorická, rehabilitační a dechová cvičení.

Prognóza

Pokud zdravotní stav klienta A bude nadále stabilizován a nedojde k žádné další CMP, je pravděpodobné, že logopedická intervence a další terapie, které jsou s tímto klientem

provozovány, povedou k psychické stabilitě a pohodě. Je možné, že i vyjadřovací schopnosti klienta A se budou nadále zlepšovat. Vzhledem ke zdravotnímu stavu a krátkodobé terapii, nemůžeme prozatím mluvit o výrazném pokroku ve vyjadřování. Důležité je, že klient má pevnou vůli a projevuje zájem ve snaze komunikovat. Domnívám se, že klient očekává ze strany personálu pochopení a pomoc smířit se s nepříznivým osudem, který ho vyřadil z profesně úspěšného života a dostal ho do situace, na kterou nebyl připravený.

Celkové zhodnocení případové studie

Z mého pohledu bylo v této části výzkumné práce nejobtížnější navázat kontakt s klientem A. Celý proces byl náročný na čas, empatii, pochopení „cizího“ člověka a vytvoření důvěrného vztahu tak, aby bylo možné provést optimální závěr.

Při vlastní logopedické činnosti s klientem A nebylo možné z důvodu špatného psychického stavu pracovat. Mnohdy, z tohoto důvodu, by byly celkové závěry výše uvedené případové studie zkresleny.

I přes veškeré snahy klienta A o verbální komunikaci a péči logopeda, s přihlédnutím na aktuální zdravotní stav, se klient vyjadřuje v automatismech. Pokud bude logopedická péče nadále probíhat dle plánovaných aktivit a motivace klienta spolupracovat, je možné, že se verbální vyjadřování ještě rozšíří. Je předpokladem, že k rozvité verbální komunikaci u klienta A nedojde.

System realizace plánu péče v Domově seniorů Drachtinka

Každý klient je v péči týmu pracovníků, který je složen ze sociálních pracovníků, pracovníků sociálních služeb, ergoterapeutů, klinického logopeda, lékaře, psychiatra, zdravotní sestry. Každý klient má svého tzv. klíčového pracovníka, což je člověk, který je ve velmi úzkém kontaktu s daným klientem. Tento pracovník sestavuje každé tři měsíce spolu s klientem (i s neverbálně komunikujícím) individuální plán. Jde o popis přání, potřeb, zájmů klienta, kterých chce klient dosáhnout v rámci poskytované péče. Je to úkol velmi nelehký, neboť mnoho klientů je již ve stavu, kdy posun vpřed již není předpokládán. V rámci individuálního plánování se s jednotlivými klienty řeší nejen potřeby hygieny, oblékání atd., ale i potřeba komunikace. Jde tedy o komplex, který opět navazuje na logopedickou péči.

Pro příklad uvádím plán péče u klienta A:

REALIZACE PLÁNU PÉČE ZA LEDEN 2016 - SOUHRN

Klient A

Datum narození:

Nástup k pobytu:

Poskyt. služba: DpS

Středisko: DsD

Oddělení:

Pokoj:

| Činnost | Počet | Provedení | Cena | Čas |
|---|-------|-----------|------|------|
| PRO - výměna ložního prádla - částečná | 6 | 6 | 0,00 | 0:06 |
| PRO - výměna ložního prádla - celková | 2 | 2 | 0,00 | 0:02 |
| PRO - RÁNO A VEČER komplexní hyg. péče u lůžka, včetně péče o dut. ústní, svlékání a oblékání, péče o kůži, péče o lůžko, výměna a úklid ink. pomůcek | 99 | 99 | 0,00 | 1:39 |
| PRO - mytí a vysoušení vlasů | 1 | 1 | 0,00 | 0:01 |
| PRO - celková koupel - SPRCHA, VANA /včetně přesunu, péče o vlasy, péče o nehty, svlékání a oblékání, úklid ink. pomůcek a prádla, péče o kůži a opruzeniny | 7 | 7 | 0,00 | 0:07 |
| PRO - rozvoz a úklid prádla + věci os. Potřeby | 19 | 19 | 0,00 | 0:19 |
| PRO - POLEDNE výměna a úklid ink. pomůcek, včetně péče o kůži a opruzeniny, přesun z křesla na lůžko, polohování, svlékání a oblékání | 59 | 59 | 0,00 | 0:59 |
| PRO - ustlání a rozestlání lůžka | 11 | 11 | 0,00 | 0:11 |
| PRO - péče o kůži | 78 | 78 | 0,00 | 1:18 |
| PRO - oblékání a svlékání včetně výměny os. Prádla | 3 | 3 | 0,00 | 0:03 |
| PRO - kontrola přítomnosti v zařízení, noční kontrola/včetně sledování kvality spánku/ | 28 | 28 | 0,00 | 0:28 |
| PRO - doprovod k lékaři mimo zařízení | 114 | 1 | 0,00 | 1:54 |
| PRO - úklid nočních stolků, skříní a zásuvek | 1 | 1 | 0,00 | 0:01 |
| PRO - přesun na toaletu a zpět, včetně péče o kůži, výměna ik. pom. dle potřeby | 3 | 3 | 0,00 | 0:03 |
| PRO - vysazování mimo lůžko a zpět | 168 | 168 | 0,00 | 2:48 |
| PRO - polohování | 115 | 115 | 0,00 | 1:55 |
| PRO - DEN úkony dle přání klienta | 27 | 27 | 0,00 | 0:00 |
| PRO - NOC úkony dle přání klienta | 10 | 10 | 0,00 | 0:00 |
| PRO - podkládání a vylévání podložní mísy, vylévání moč. lahve moč. lahve | 4 | 4 | 0,00 | 0:04 |
| PRO - pomoc při použití WC | 2 | 2 | 0,00 | 0:02 |
| PRO - kontrola hmotnosti | 4 | 4 | 0,00 | 0:04 |
| PRO - donesení stravy na pokoj včetně úpravy formy stravy | 127 | 127 | 0,00 | 2:07 |
| PRO - mytí konviček, nalití čaje, umývání os. nádobí, úklid stolků | 35 | 35 | 0,00 | 0:35 |
| PRO - aktivní nabízení tekutin | 149 | 149 | 0,00 | 2:29 |
| PRO - vaření kávy, čaje, příprava ovoce .. | 28 | 26 | 0,00 | 0:28 |
| PRO - odnesení zbytků stravy z pokoje, úklid stolků | 68 | 68 | 0,00 | 1:08 |
| PRO - krmení, dokrmování | 1 | 1 | 0,00 | 0:01 |

| Činnost | Počet | Provedení | Cena | Čas |
|---|-------|-----------|------|------|
| POD – individuální logopedická péče | 20 | 2 | 0,00 | 1:20 |
| PRO - nácvik stoje | 21 | 3 | 0,00 | 0:21 |
| PRO – individuální logopedická péče – logoped | 6 | 1 | 0,00 | 0:50 |
| POD - doprovod po zařízení | 106 | 14 | 0,00 | 0:00 |
| PRO - doprovod po zařízení | 5 | 5 | 0,00 | 0:00 |
| POD - doprovod mimo zařízení | 1 | 1 | 0,00 | 0:00 |
| POD - Skupinová logopedická péče – logoped | 120 | 1 | 0,00 | 2:00 |
| POD – nákup | 11 | 1 | 0,00 | 0:11 |
| POD - bohoslužby v DsD | 90 | 1 | 0,00 | 1:30 |
| POD - bazální stimulace | 40 | 2 | 0,00 | 0:40 |
| POD - individuální ergoterapie – ergoterapeut | 35 | 1 | 0,00 | 2:35 |
| PRO – skupinová ergoterapie – ergoterapeut | 2 | 2 | 0,00 | 4:30 |
| POD - donáška domácí kuchyně na pokoj | 15 | 3 | 0,00 | 0:00 |
| POD - klub INKA | 4 415 | 36 | 0,00 | 0:00 |
| POD - sledování pořadů v klubovně | 120 | 1 | 0,00 | 0:00 |

5.7 Zpětná vazba klientů a vlastní postřehy

V rámci svého působení v DsD jsem měla možnost nenásilně navázat kontakt s klienty, kteří se v domově aktivně účastní různých činností.

5.7.1 Zpětná vazba klientů

U klientů, kteří jsou schopni verbálně komunikovat, mi bylo v naprosté většině zodpovězeno:

„S Aničkou ráda zpívám.“

„Se sestřičkou cvičíme říkadla, hrajeme pexeso a u toho si povídáme.“

„Se sestřičkou se učím vyslovovat slova, která mi dělají problémy.“

Z rozhovoru s 20 klienty vyplývá, že jsou spokojeni s poskytovanou péčí, která se týká ergoterapie a logopedie. Pouze u třech klientů byla odpověď negativní a to proto, že vnitřní motivace těchto klientů byla na velmi nízké úrovni z důvodu špatného zdravotního stavu.

5.7.2 Vlastní postřehy

Do Domova seniorů jsem docházela půl roku v období od září do března, za tuto dobu jsem se účastnila individuálních i skupinových ergoterapií a logopedické péče. Mohu říci, že na určitých klientech je zjevné, že jim je péče ergoterapie a logopedie poskytována. Pro příklad uvádím: v září 2015 jsem měla možnost poznat klienta X, Y, který prodělal CMP. Měl velké problémy s vyjadřováním, často zapomínal slova. Během půl roku intenzivní ergoterapeutické a logopedické péče a silné vnitřní motivace se klient X, Y dokázal již celkem plynule vyjádřit k osobním potřebám bez výrazných komunikačních problémů. Na druhou stranu jsem za tuto dobu poznala i klienty, u kterých i přes logopedickou a ergoterapeutickou péči a vnitřní motivaci nedošlo k žádnému zlepšení, neboť zdravotní stav těchto lidí nebyl příznivý, ba naopak se zhoršoval.

Závěr:

Při porovnání zpětné vazby klientů a mých vlastních postřehů z přímé péče si dovoluji říci, že logopedická a ergoterapeutická péče v domově pro seniory je nezbytnou součástí každodenního života. Snaha a výsledek této činnosti ne vždy vede ke 100% zlepšení

a to z důvodu fyziologického věku klientů, přítomnosti demence a zdravotního stavu klientů DsD.

5.8 Pohled pracovníků na logopedickou péči

Provedla jsem otevřené rozhovory se zaměstnanci DsD a to v pořadí – zaměstnanci top managementu (1 – pozice ředitel), zaměstnanci středního managementu (4) a zaměstnanců linie (6). Níže uvádím souhrnný výstup z rozhovorů:

Top management

Logopedická péče je zajišťována týmem odborníků (lékař, klinický logoped). Logopedická péče je cenným přínosem jak pro klienta, tak pro personál. Výsledky logopedické intervence ve většině případů mají pozitivní vliv na verbální projev klienta ve smyslu vyjádření potřeb, přání. Velkým problémem je financování odborníka, neboť péče nepatří do základních služeb poskytovaných organizací dle zákona 108/2006 Sb. a vyhlášky 505 ve znění pozdějších předpisů. Tuto problematiku neřeší ani zákon spadající pod ministerstvo práce a sociálních věcí ani zákon spadající pod ministerstvo zdravotnictví. Financování logopeda jde vždy na úkor finančních prostředků organizace, na které nemá nárok od zřizovatele ani od příslušného krajského úřadu. Problematika logopedické péče nese tudíž dva pohledy – pohled potřebnosti a pohled financování.

Střední management

Logopedická péče v zařízení je poskytována zejména logopedem na základě intervence lékaře a poznatků včetně doporučení pracovníků přímé péče – zdravotních sester, pracovníků sociálních služeb a ergoterapeutů. Logopedická péče probíhá vždy individuálně u klientů, kteří tuto podporu nezbytně potřebují, tak aby jejich život nenabíral pouze směr fyzického přežívání, ale aby docházelo zejména ke zvyšování kvality života. V součinnosti s logopedem péči poskytují také zejména ergoterapeutky a to při aktivitách k tomu určených. Logopedická péče je poskytována buď skupinovou, nebo individuální formou. Vždy je kladen důraz na individualitu daného klienta.

Linie

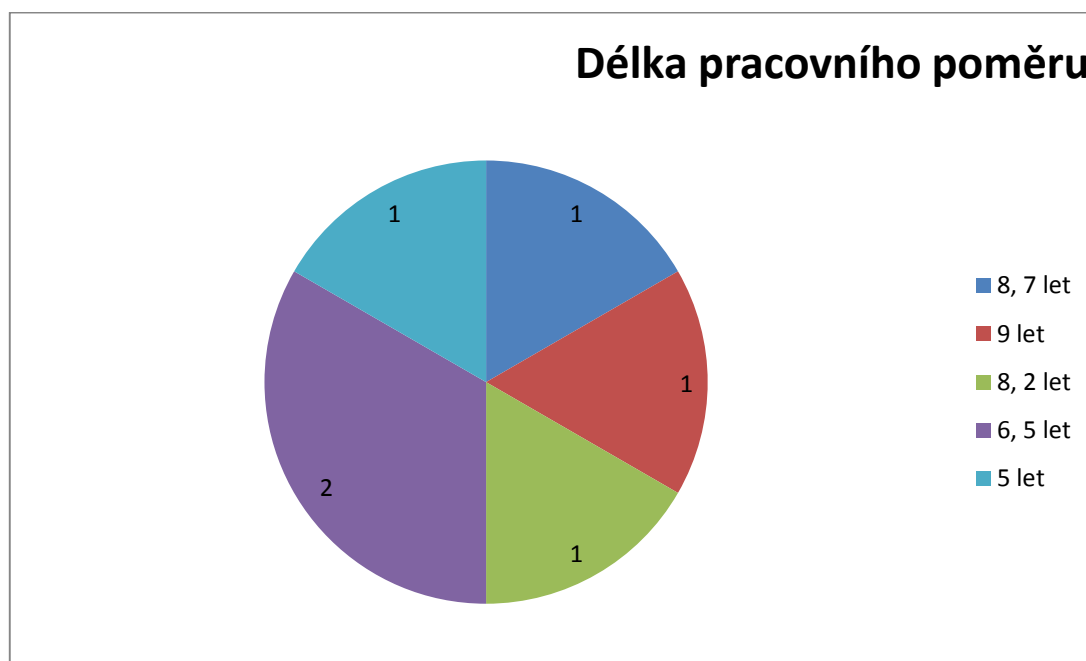
Pohled pracovníků přímé péče, zejména ergoterapeutek na logopedickou intervenci vychází z reálného pohledu přímé péče a práce s danými klienty. Jedná se o cílenou aktivitu vždy zaměřenou na individuální potřeby klienta. Logopedická péče

je zprostředkována zejména tzv. ergoterapií, při které se aktivizují klienti a to nejen po stránce logopedické, ale i kognitivní, smyslové i fyzické. U klientů imobilních ve vyšším stupni demence je logopedická péče zaměřována prostřednictvím tzv. bazální stimulace. Jedná se o velmi zdoluhavý a náročný proces, který ne vždy nese pozitivní výsledky ve smyslu verbálního vyjádření daného klienta. Pozitivní přínos pracovníci spatřují ve vnímání, prožívání a neverbálních projevu daného člověka, který je mnohdy i ve stadiu terminálním.

Rozhovory byly provedeny se šesti pracovníky na pozici ergoterapeut. Jde o pracovníky, kteří jsou v přímém kontaktu s klientem (zároveň plní funkci klíčových pracovníků) a s klinickým logopedem. Analýzu rozhovorů s jednotlivými pracovníky uvádím níže:

Rozhovor – pozice ergoterapeut

1. Jak dlouho pracujete v Domově seniorů Drachtinka?



„V Domově seniorů Drachtinka pracuji 5 let. Předtím jsem sem docházela rok jako dobrovolník v podstatě pravidelně téměř každý den.“

„V Domově seniorů Drachtinka pracuji devátým rokem.“

Průměrná délka nepřetržitého pracovního poměru pracovníka na pozici ergoterapeut je 7, 5 let. Tento údaj je velmi pozitivní, neboť nedochází k fluktuaci zaměstnanců.

Pozitivní vliv má tento údaj na práci s jednotlivými klienty, neboť průměrná délka pobytu klienta v zařízení je 2, 5 roku.

2. Jak vnímáte člověka s poruchami řečové komunikace?

Pro příklad uvádím citaci dotazovaných pracovníků:

„Jako běžného klienta.“

„Při práci s těmito klienty je důležitá empatická fantazie a hlavně klid. Je důležitý čas, nikam nespěchat a nikam klienta netlačit. Je to náročné hlavně pro klienta, nesmíme je odradit a hlavně podpořit.“

„Vnímám ho stejně jako každého jiného člověka.“

„Pokud mám ve skupince člověka s poruchou řečové komunikace, snažím se s ním komunikovat tak, aby mi rozuměl a být mu nápomocná tak, aby pochopili i ostatní klienti, co nám případně chce sdělit. Upozorním ostatní na řečové problémy klienta, aby ho ostatní respektovali a snažili se mu porozumět – dát mu čas, aby se mohl vyjádřit apod.“

Pracovníci domova seniorů vnímají člověka s poruchami řečové komunikace v naprosté většině jako rovnocenného partnera. S tímto také k němu přistupují, ať již ve vztahu přímé obslužné péče (oblékání, hygiena, stravování atd.), ale i jako k partnerovi při komunikaci. V případě, kde je možné komunikovat s klienty verbálně, je péče vnímána „snadněji“ a v případech, kdy klient je již v terminálním stadiu a není možné se verbálně domluvit, pracovníci znají jiné alternativní a augmentativní systémy, které jsou zařazovány do procesu bazální stimulace.

3. Jakou formou probíhá ergoterapeutická péče?

„Spíše individuální formou.“

„Nyní většinou skupinově, ale výhledově bychom se měli více věnovat lidem individuálně.“

„Pracuji individuálně i ve skupinkách, záleží na typu aktivity.“

Ergoterapeutická péče probíhá jak formou individuální, tak skupinovou. Naprostá většina dotazovaných pracovníků ergoterapie vnímá přínos logopedické péče jako velmi pozitivní.

4. Jaké poruchy se u klientů nejčastěji vyskytují?

Pracovníci ergoterapie uvádí:

„Nejčastěji pracuji s klienty, kteří jsou po CMP, nebo se u nich se vyskytuje demence různého stupně. Bohužel přesné diagnózy klientů nemáme k dispozici.“

„Žije u nás několik klientů, kteří jsou po mozkové příhodě a mají potíže s vyjadřováním. Všemi způsoby se snažíme, abychom těmto lidem porozuměli, i když je to někdy obtížné a časově náročné.“

„Jsou lidé, kteří nemohou mluvit vůbec a dorozumívají se pouze gesty, ale většina je těch, kteří mají problém se vyjádřit.“

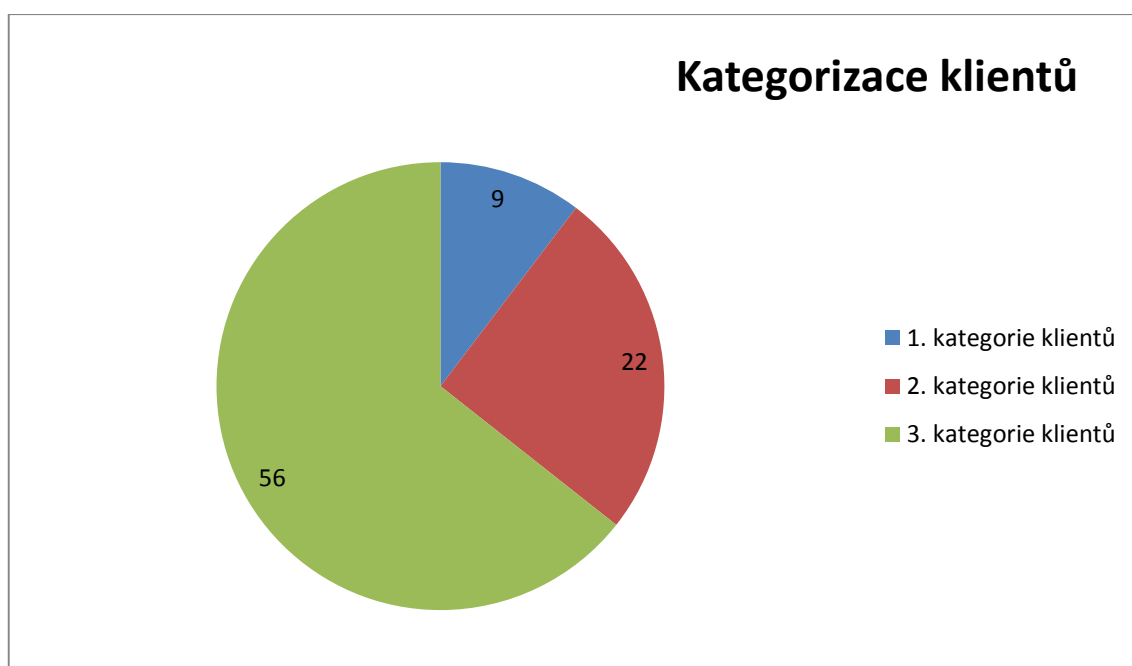
„Setkávám se s lidmi po mozkových příhodách a z toho vyplývající poruchou řečové komunikace. Nedokážu blíže specifikovat, o jakou poruchu se jedná, nemám v této oblasti odborné znalosti.“

Vzhledem k tomu, že přesná diagnóza není pracovníkům – ergoterapeutům známá (přesné diagnózy mohou znát pouze zdravotní sestry, lékař, psychiatr), tak odpověď na dotaz mi byl poskytnut pouze z poloviny. Pracovníci ovšem vědí, jaké logopedické problémy jednotliví klienti mají, jak se s nimi pracuje, jaká je jim poskytována logopedická intervence. To, že pracovníci ergoterapie ani pracovníci přímé péče nemohou znát přesnou diagnózu, vnímají zaměstnanci jako velmi negativní, neboť je ztížena individuální práce s klientem.

5. Kolik klientů máte v péči v současné době?

Přesný údaj není možné sdělit, neboť situace se mění každý den. Průměrný počet klientů na jednoho pracovníka je sedm.

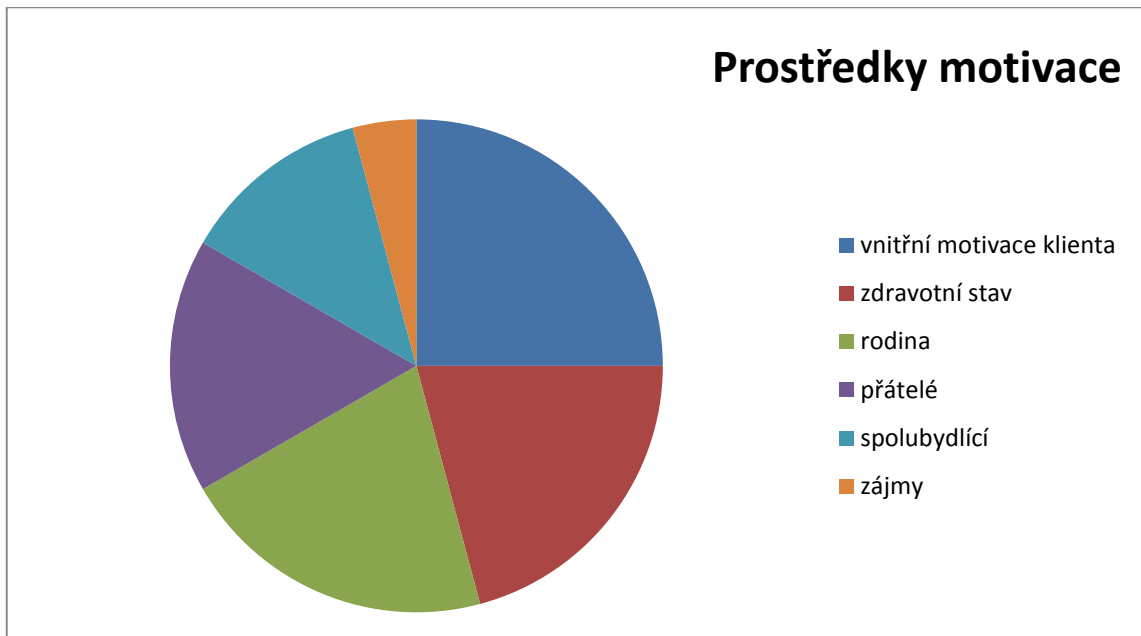
6. Jakým způsobem jsou klienti zapojováni do terapeutického sezení?



V zařízení je péče poskytována klientům, které lze rozdělit do třech kategorií. První kategorie jsou klienti verbálně komunikující bez poruch řečové komunikace. Logopedická a ergoterapeutická péče o tyto klienty vychází z individuálních zájmů daného klienta na základě nabídky balíčku služeb DsD. Jedná se o již zmíněné aktivity (odkaz na bod aktivit). Zhruba 95% uživatelů této kategorie se aktivně nabízených činností účastní. Druhá kategorie klientů jsou lidé s mírnou poruchou řečové komunikace, kterým je již péče poskytována individuálně, prostřednictvím klinického logopeda a ergoterapeutů. Péče o tyto klienty probíhá skupinovou nebo individuální formou. Není možné zcela určit, jak často je péče poskytována, neboť u této kategorie klientů již velmi záleží na aktuálním zdravotním stavu. Překážkou jsou časté hospitalizace těchto klientů v nemocnicích. Třetí kategorie klientů jsou lidé v terminálním stadiu. Logopedická péče již není poskytována ve formě zlepšování komunikačních schopností. Péče je zacílena na bazální stimulaci, vnímání klienta ve smyslu jeho neverbálních projevů (potřeby, bolest).

U klientů v kategorii 1, 2 se využívají materiály logopedické intervence a z grafu tedy vyplývá, že se jedná o 31 klientů. U zbylých 56 klientů se tyto materiály nevyužívají.

7. Jakým způsobem jsou klienti motivováni?



Na tuto otázku pracovníci ergoterapie odpovídají, že na prvním místě stojí samotná motivace klienta vést logopedickou intervenci. Na tuto motivaci má vliv mnoho okolností – aktuální zdravotní stav, rodina, přátelé, spolubydlící. V případě, že klient je pozitivně motivován a sám chce, stačí pouze minimální intervence ze strany pracovníků k tomu, aby se klient účastnil ergoterapeutické a logopedické intervence. V případě klientů, kteří trpí určitou formou demence či poruchami řečové komunikace je nutné přistupovat ke klientovi velmi pomalu, nenásilnou formou. Jedná se o navázání kontaktu, pocitu jistoty a bezpečí, dále se pak uplatňují prostředky motivační, u kterých se vychází z historie klienta (práce, přátelé, zájmy atd.). Dle respondentů je pozitivně motivováno zhruba 70 % klientů, zbývajících 30 % zaujímá negativní postoj.

8. Naplňuje vás práce ergoterapeuta?

Z provedených otevřených rozhovorů pracovníků uvádím nejčastěji zodpovězené otázky: „*Moje práce mě velmi naplňuje, vidím v ní smysl a vidím i výsledky své práce (samozřejmě i práce mých kolegyň, se kterými spolupracuji). Vážím si možnosti pracovat s lidmi, od kterých se dozvídám něco moudrého a jsou pro mě vzorem a důvodem k zamyšlení.*“

„Práce mě velmi naplňuje a je to hlavně proto, že vím, že jsem tady pro druhé lidi, kteří moji pomoc potřebují.“

„Tato práce mě velmi naplňuje, jsem členem České společnosti pro trénování paměti a mozkový jogging (ČSTPMJ), absolvovala jsem postupně akreditovaný třístupňový vzdělávací program a začala jsem organizovat a vést kurzy trénování paměti hlavně pro seniory. Postupně mě začala zajímat i problematika onemocnění spojených s poruchou paměti a i tímto směrem jsem se začala vzdělávat a stále vzdávám.“

Odpověď na tuto otázku byla v naprosté většině pozitivní. Pracovnice se vyjadřovaly o práci velmi kladně – práce v nich vyvolává kreativitu, neustálé zdokonalování komunikačních schopností, ať již verbálních tak s použitím AAK.

9. Co při své práci postrádáte?

„Při své práci postrádám bližší informace od logopedky o jejich zkušenostech s našimi klienty, o tom jak bych se mohla lépe podílet na nácviku řečové komunikace u jednotlivých lidí. Ráda bych se v budoucnu zúčastnila přednášky na toto téma.“

„Je to hlavně čas, proto bych ocenila vyšší počet pracovníků.“

„Při své práci nic nepostrádám.“

Z 6 dotázaných pracovníků ergoterapie odpověděly 4 ergoterapeutky, že při své práci by uvítaly navýšený počet personálu, který se problematikou logopedické a ergoterapeutické intervence může zabývat. Je to problém celorepublikový, v současné době neřešitelný, neboť nejsou finanční prostředky na financování mezd. Zbylé pracovnice ergoterapie se vyjádřily, že při své práci nic nepostrádají.

10. Do jaké míry spolupracuje ergoterapie s logopedií?

Z 6 dotázaných pracovníků na pozici ergoterapeut vyplývá, že spolupráce ergoterapie s logopedií probíhá velmi intenzivně. Logoped, který dochází do DsD na pravidelných poradách, které se konají 1x týdně informuje pracovníky přímé péče v rámci individuálního plánu klientů o stavu jednotlivých klientů, o probíhající terapii a formě nutné spolupráce.

Pozn.: Materiály, které poskytuje logoped pracovníkům přímé péče pro individuální práci s klientem v rámci logopedie, jsou kromě tištěných materiálů také tzv. kognitivní

sady, které obsahují různé skládačky, pexeso, domino, obrázky apod. Mezi nejvíce oblíbené materiály kognitivních sad patří již zmíněné skládačky, pexeso, ale také puzzle.

Mezi materiály pro skupinu klientů 3, kteří nejsou schopni verbálně komunikovat, patří soubory piktogramů. Pro každého klienta je individuálně vytvořen soubor piktogramů, se kterým daným pracovník – ergoterapeut a logoped pracuje.

Závěr:

Na základě otevřených rozhovoru s pracovníky ergoterapie vyplývá, že návaznost logopedie a ergoterapie je ve velmi úzkém vztahu, vzájemně se tyto činnosti prolínají a jsou nezbytné při poskytování péče o osoby seniorského věku a to jak osob orientovaných, tak osob se sníženým intelektem z důvodu přítomnosti určitého stupně demence či Alzheimerovy choroby.

Rozhovor – pozice klinický logoped

Vzhledem k tomu, že v zařízení pracuje pouze jeden klinický logoped, který dochází do zařízení externě, není možné brát výsledek celoplošně. Díky dobrovolníkům, kteří pravidelně do domova seniorů dochází, lze hovořit o intenzivní terapii. Níže uvádím výstup z rozhovoru:

První otázka se týkala délky pracovního poměru v Domově seniorů Drachtinka a zkušeností poruch řečové komunikace u seniorů. „*V Domově seniorů Drachtinka pracuji 2 roky. S klienty s poruchami řečové komunikace mám zkušenost od roku 2006, tedy 10 let.*“

Dále mě zajímal pohled odborníka na člověka s poruchami řečové komunikace. „*V první řadě ho vnímám jako člověka, tedy jako osobnost se všemi specifiky – psycho – socio-spirituální jednotou. Teprve poté beru v potaz jeho poruchu komunikace a to, jak se promítá do všech sfér jeho života.*“

K průběhu logopedické péče se respondentka vyjádřila takto: „*logopedická péče probíhá nyní v intervalu 3x týdně, dle možností klientů (často nás limituje únava, potíže s vědomím).*“ Respondentka se vyjádřila také ke spolupráci – „*klienti spolupracují dle*

svých možností, často vyzývám ke spolupráci spíše klíčové pracovníky DsD, či rodinné příslušníky klientů. Mají možnost pracovat dle předávaných materiálů.

Jaké poruchy se u klientů nejčastěji vyskytují? *„Nejčastěji se vyskytuje afázie, na druhém místě demence (či kombinace afázie a později přidružená demence), na třetím místě dysartrie.“*

Dále jsem zjišťovala, jakým způsobem se klienti zapojují do terapeutického sezení? *„Aktivní účastí – ústní i písemnou formou, dle svých možností. Terapie je šitá na míru vždy danému klientovi, jeho potřebám a zájmům.“*

V neposlední řadě mě zajímalo, zda dostávají klienti a pracovníci ergoterapie nějaké pracovní materiály? *„Ano, klienti mají vedený sešit s materiály, které mohou buď sami, či s klíčovým pracovníkem DsD nebo rodinou procházet. Pracovníkům ergoterapie dávám k dispozici materiály pro klienty verbálně komunikující i pro klienty nekomunikující. Konzultujeme spolu navzájem postup práce.“*

Jakým způsobem jsou klienti motivováni? *„Nutná je vnitřní motivace klienta, vnější funguje spíše krátkodobě, v úvodu, kdy se snažím klienta přesvědčit k terapii a zaujmout jej. Dále je ale už třeba, aby byl motivován vnitřně a sám chápal smysluplnost terapie a měl chuť své komunikační schopnosti zlepšovat.“*

Respondentka uvedla také průběh terapie: *„v úvodu provádíme terapeutickou diagnostiku (většinou formou diagnostického rozhovoru, vybraného testu – např. MAST či testu dysartrie), kterou plynule přenášíme do polohy terapie. Vysvětluji klientovi postup v terapii a její přínos. Vysvětluji často i podstatu vzniku komunikačních obtíží. Již po prvním sezení vybíráme první jednoduché úkoly k procvičení. Zprvu vycházíme z jednodušších a známých věcí, např. u těžké motorické afázie je to kupř. pojmenování předmětů denní potřeby či částí těla, nebo blízkých osob dle fotografií. Je potřeba vždy postupovat individuálně.“*

Je z vašeho pohledu nutná logopedická péče u všech klientů s problémy v komunikaci? *„Dle mého názoru je nutné se o ní alespoň pokusit.“*

Jakou formou jsou terapie nejčastěji prováděny? *„Individuálně i skupinově.“*

Co při své práci postrádáte? *„Větší zapojení rodinných příslušníků.“*

Myslíte, že poruchy komunikace mohou ovlivnit kvalitu života ve stáří? „*Myslím si, že kvalita života ve stáří je velmi ovlivněná zdravotním stavem, rodinnými poměry člověka a v neposlední řadě i ekonomickými možnostmi. Takže dle mne se velmi různí. Pokud je senior zdrav, aktivní a má okolo sebe milující rodinu a přátele, je kvalita života pravděpodobně dobrá. V ostatních případech, a těch je dle mne většina, o dobré kvalitě života pochybuji. A nejvíce v konečných stádiích života, kdy je podle mne naprosto opomíjeno právo na důstojné umírání.*“

Závěr:

Vzhledem k tomu, že v DsD pracuje na dohodu pouze jedna logopedka, je výpověď zkrácená subjektivním pohledem jedné osoby.

Na základě provedeného rozhovoru se lze však domnívat, že činnost logopeda v zařízení, který poskytuje péči a podporu osobám seniorského věku je tato činnost nutná, napomáhá k zlepšení komunikace mezi klienty zařízení a personálem. Dále plní funkci snahy o sociální začlenění osob s poruchami řečové komunikace. Její přínos je zejména i ve zvyšování sebevědomí a jistoty osob, které mají problémy s verbální komunikací.

Závěr

Závěrem této bakalářské práce s tématem „Logopedická a ergoterapeutická intervence v Domově seniorů Drachtinka Hlinsko“ bych si dovolila zhodnotit současnou situaci v příspěvkové organizaci Města Hlinska, v Domově seniorů Drachtinka. Během více než roční práce, osobního kontaktu s pracovníky zařízení i klienty domova, hodnotím velmi pozitivně sestavení týmu, který poskytuje podporu a péči seniorům ve věkové hranici 60+, a to seniorům orientovaným i seniorům, u kterých je diagnostikována demence v různé škále. Na klientech je zjevné, že jim je poskytována nejen skupinová, ale i individualizovaná péče zaměřená nejen na přímo obslužné činnosti, které provádí pracovníci v sociálních službách, ale zejména i na činnosti zaměřené na ergoterapii a logopedii. Na základě praktických zkušeností a studiem legislativy (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v aktuálním znění a vyhlášky č. 505/2006 Sb., dále pak standardu kvality sociálních služeb) vím, že povinností poskytovatele pobytové sociální služby není poskytovat péči logopedickou. Rozhodnutí o tom, že tato péče bude klientům v zařízení nabízena a realizována na základě individuálních potřeb a přání jednotlivých uživatelů, je věcí managementu.

Domnívám se, že by v současné době bylo vhodné posílit rozvoj klinické logopedie na cílovou skupinu seniorů, a to z důvodu demografického vývoje obyvatelstva naší republiky. Logopedická péče je součástí speciální pedagogiky, která se nepřímo prolíná s činnostmi sociální. Bohužel v současné době není možné speciální pedagogiku, tudíž i logopedii rozšiřovat v oblasti rezortu MPSV, a to z finančních důvodů.

Prostřednictvím rozhovorů s pracovníky domova a klientů jsem získala odpovědi na hlavní výzkumnou otázku a cíle, které jsou uvedeny výše v kapitole (5.2).

Po ukončení výzkumné práce a spolupráce se zařízením, při rozhovoru a závěrečným zhodnocením mého působení v Domově seniorů Drachtinka jsem vedoucí sociální pracovníci a ředitelce domova doložila, že logopedická a ergoterapeutická péče nese své pozitivní výsledky. Doporučuji, aby logopedická péče v domovech pro seniory byla zařazena do základních činností poskytovaných v balíčku služeb. Proto, aby logopedie byla zařazena jako činnost základní, by se musela změnit výše uvedená legislativa. Domnívám se na základě vlastních zkušeností, že toto v současné době a systému financování není zcela možné.

Zdroje

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

Cévní mozková příhoda - iktus. *IKTA.CZ* [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.ikta.cz/index.php?pg=home--cevni-mozkova-prihoda-iktus>

CSÉFALVAY, Zsolt. Diagnostika afázie: klasifikace afázie. In: LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, s. 202-223. ISBN 80-7178-801-5.

CSÉFALVAY, Zsolt. Terapie afázie: terapeutické strategie. In: LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, s. 203-233. ISBN 80-7178-961-5.

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

ČECHÁČKOVÁ, Miloslava, *Afázie*. In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál 2003, s. 143-176. ISBN 80-7178-546-6

Česká alzheimerská společnost, o.p.s.: ČALS [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/>

ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk a ČELEDOVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

Česká Asociace Ergoterapeutů. *Co je ergoterapie*. [online] ČAE, 2008 [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: http://www.ergoterapie.cz/files/co_je_ergoterapie.

Domov seniorů Drachtinka: Veřejný závazek [online]. [cit. 2016-03-23]. Dostupné z: <http://drachtinka.cz/o-domove-nyni-v-rekonstrukci>

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přepracované a doplněné. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 355 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

JELÍNKOVÁ, Jana, KRIVOŠÍKOVÁ, Mária a ŠAJTAROVÁ, Ludmila. *Ergoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

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

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KAULFUSSOVÁ, Jitka. *Dysfagie: poruchy polykání a příjmu potravy*. In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál 2003, s. 547-559. ISBN 80-7178-546-6.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 319 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

NEUBAUER, Karel, *Dysartrie*. In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál 2003, s. 303-328. ISBN 80-7178-546-6

NEUBAUER, Karel, *Logopedická péče o dospělé osoby*. In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál 2003, s. 75-83. ISBN 80-7178-546-6

NEUBAUER, Karel a DOBIAS, Silvia. *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-518-9.

NEUBAUER, Karel a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých*. Vyd. 1. Praha: Portál 2007. 227 s. ISBN 978-80-7367-159-4

NEUBAUER, Karel. *Péče o osoby se vzniklou poruchou řeči – dysartrií*. Vyd. 1. Bratislava: Edičné stredisko Amos Pdf UK 2000. 18 s.

NEUBAUER, Karel, *Terapie dysartrie*. In LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.

NEUBAUEROVÁ, Lenka, JAVORSKÁ, Miroslava a NEUBAUER, Karel. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, 133 s. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-109-9.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Vyd. 1. Karolinum, 2011, 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.

PETŘKOVÁ, Anna a ČORNANIČOVÁ, Rozália. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0879-1.

PFEIFFER, Jan. *Ergoterapie II: učebnice pro zdravotnické školy*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0004-0.

PICHAUD, Clément a THAREAU, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.

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

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

RIEGEROVÁ, H. Neurologická problematika ve stáří: cévní onemocnění mozku. In: BAŠTECKÝ, Jaroslav, KÜMPEL, Quido a VOJTĚCHOVSKÝ, Miroslav. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada, 1994, s. 261-269. ISBN 80-7169-070-8.

ROUBÍČKOVÁ, Jaroslava. *Test 3F: dysartrický profil*. 3., dopl. a přeprac. vyd., (V nakl. Galén 1.). Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-714-1.

KŘOVÁČKOVÁ, Blanka, SKUTIL, Martin. Vybrané metody a designy sběru dat: případová studie, kazuistika. In: SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, s. 108-115. ISBN 978-80-7367-778-7.

SKUTIL, Martin. Vybrané metody a designy sběru dat: interview/rozhovor. In: SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, s. 89-95. ISBN 978-80-7367-778-7.

TOPINKOVÁ, Eva. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: manuál pro klinickou praxi*. Vyd. 1. Praha: UPB Pharma, 1999. ISBN 80-238-4913-1.

TOPINKOVÁ, Eva a NEUWIRTH, Jiří. *Geriatric pro praktického lékaře*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1995. 299 s. ISBN 80-7169-099-6.

TVAROH, František. *Všichni stárneme*. Vyd. 2. Praha: Avicenum, 1983. 252 s.

VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2003, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

Zdraví pro třetí věk. Vyd. 1. Čestlice: Rebo, 2006. 270 s. Knihovna zdraví (Rebo). ISBN 80-723-4536-2.

6 Seznam příloh

Příloha č. 1

Test Mini – Mental State Examination

Příloha č. 2

Test instrumentálních všedních činností – IADL

Příloha č. 3

Bathelův test základních všedních činností – ADL (Activity Daily Living)

Příloha č. 4

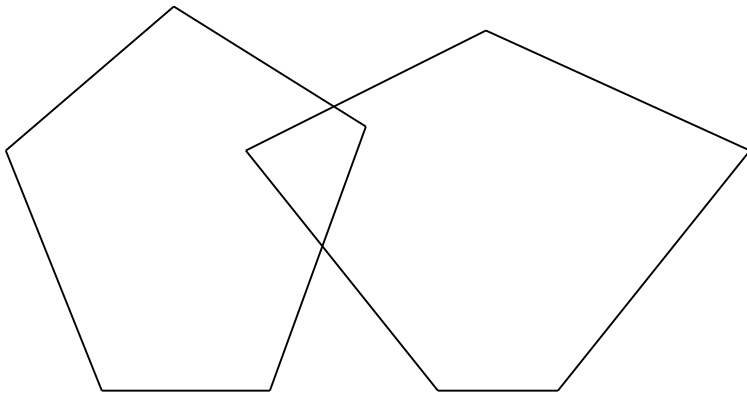
Ukázka logopedického sešitu klienta A

Příloha č. 5

Rozhovor pro zaměstnance Domova seniorů Drachtinka Hlinsko

1. TEST MINI – MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

| Oblast hodnocení: | Max. skóre: |
|---|--|
| <p>1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státu? - Ve které jsme části státu? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice (zdravotní zařízení), ve kterém jsme? - Ve kterém jsme poschodí? | <p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p> |
| <p>2. Paměť: Opakujte a zapamatujte si slova: jablko, stůl, koruna. Za každé zapamatované slovo je 1 bod, aby mohla být trojice vybavena později, lze až 5x opakovat. Počet opakování se u každého slova zakroužkuje (1, 2, 3, 4, 5)</p> | 3 |
| <p>3. Pozornost a počítání Odečítejte od čísla 100 číslo 7. Provádí se 5 po sobě jdoucích odečtů – 93, 86, 79, 72, 68).</p> | 5 |
| <p>4. Krátkodobá paměť (vybavení) Vybavte si 3 dříve sdělená slova: jablko, stůl, koruna</p> | 3 |
| <p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti</p> <p>Pojmenování předmětů – hodinky, tužka</p> <p>Opakování – Opakujte po mně následující větu: „Žádné kdyby, nebo ale.“</p> <p>Třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte ho na stůl.“</p> <p>Subjektu je podán arch papíru, na kterém je napsáno: „Zavřete oči.“</p> <p>Subjekt je vyzván, aby nápis přečetl a udělal, co je napsáno.</p> <p>Subjekt je vyzván, aby napsal jakoukoli větu. Věta musí mít podnět a přísudek, musí být smysluplná. Správná gramatika není nezbytná.</p> <p>Subjekt má co nejpřesněji podle předlohy okopírovat obrázek 2 protínajících se shodných pětiúhelníků. Je třeba, aby bylo zachováno všech 10 úhlů obrazců, 2 úhly se musí protínat. Roztřesení a pootočení obrázku není chybou.</p> | <p>2 1 3 1 1 1</p> |

| | |
|--|--|
|  | |
| <p>Hodnocení: Za každý správně provedený úkol se přidělí body. Celkové skóre je maximálně 30 bodů. 27 – 30 bodů – normální stav 25 – 26 bodů – možnost demence 10 – 24 bodů – mírná až středně těžká demence 6 – 9 bodů – středně těžká až těžká demence Méně než 6 bodů – těžká demence</p> | |

2. TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ – IADL

(Upraveno dle Filenbauma 1985, Lawtona a Brodyho 1969, přeložila a upravila Topinková, 1991)

| Oblast hodnocení: | Max. skóre: |
|--|--|
| 1. Jízda dopravním prostředkem Zcela samostatně S pomocí nebo doprovodem druhé osoby Neschopen, pouze akutní transport, např. sanitou | 10 5 0 |
| 2. Nákup potravin Zcela samostatně S pomocí druhé osoby Neschopen | 10 5 0 |
| 3. Vaření Samostatně – celé jídlo Sám si jídlo ohřeje Neschopen | 10 5 0 |
| 4. Domácí práce Samostatně bez pomoci Jednoduchý úklid, např. s pomocí druhé osoby Vytření podlahy, ustlání postele atd. - neschopen | 10 5 0 |
| 5. Vyprání osobního prádla Zvládne samostatně S pomocí druhé osoby Neschopen | 10 5 0 |
| 6. Telefonování Samostatně vyhledá čísla v tel. seznamu Odpovídá, je-li zavolán, potřebuje pomoc při vyhledávání Neschopen | 10 5 0 |
| 7. Užívání léků Samostatně – správné léky v určenou dobu Vezme léky, jsou-li připraveny nebo je-li upozorněn Vyžaduje dohled druhé osoby nebo neschopen užívat bez pomoci | 10 5 0 |
| 8. Odeslání peněz na poště Schopen samostatně S pomocí druhé osoby Neschopen | 10 5 0 |
| Hodnocení: 0 – 40 bodů 45 – 75 bodů 80 a více bodů | závislý IADL částečně závislý IADL nezávislý |

3. BATHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

| Provedení činnosti: | Bodové skóre: |
|---|--|
| 1. jídlo, pití Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede | 10 5 0 |
| 2. oblékání Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede | 10 5 0 |
| 3. koupání Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede | 10 5 0 |
| 4. Osobní hygiena Samostatně nebo s pomocí Neprovede | 10 0 |
| 5. Kontinence moči Plně kontinentní Občas inkontinentní Inkontinentní | 10 5 0 |
| 6. Kontinence stolice Plně kontinentní Občas inkontinentní Inkontinentní | 10 5 0 |
| 7. Použití WC Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede | 10 5 0 |
| 8. Přesun lůžko – židle Samostatně bez pomoci S malou pomocí Vydrží sedět Neprovede | 10 5 3 0 |
| 9. Chůze po rovině Samostatně nad 50 m S pomocí 50 m Na vozíku 50 m Neprovede | 10 5 3 0 |
| 10. Chůze po schodech Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede | 10 5 0 |
| Hodnocení stupně závislosti v základních činnostech: 0 – 40 bodů 45 – 60 bodů 65 – 90 bodů 100 bodů | vysoce závislý závislost třetího stupně lehká závislost nezávislost |

4. Ukázka logopedického sešitu klienta A



5. Rozhovor pro zaměstnance Domova seniorů Drachtinka

Klinický logoped

1. Jak dlouho pracujete v Domově seniorů Drachtinka? Jaké máte zkušenosti s poruchami řečové komunikace u seniorů?
2. Jak vnímáte člověka s poruchami řečové komunikace?
3. Jak probíhá logopedická péče? Spolupracují senioři?
4. Jaké poruchy se u klientů nejčastěji vyskytují?
5. Jakým způsobem se klienti zapojují do terapeutického sezení?
6. Dostávají klienti nějaké pracovní materiály?
7. Jakým způsobem jsou klienti motivováni?
8. Můžete na nějakém příkladu popsat průběh terapie?
9. Je z vašeho pohledu nutná logopedická péče u všech klientů s problémy v komunikaci?
10. Jakou formou jsou terapie nejčastěji prováděny? Spíše individuálně nebo skupinově?
11. Co při své práci postrádáte? Co by vám pomohlo dělat práci kvalitněji?
12. Myslíte, že poruchy komunikace mohou ovlivnit kvalitu života ve stáří?

Ergoterapeut

1. Jak dlouho pracujete v Domově seniorů Drachtinka?
2. Jak vnímáte člověka s poruchami řečové komunikace?
3. Jakou formou probíhá ergoterapeutická péče?
4. Jaké poruchy se u klientů nejčastěji vyskytují?
5. Kolik klientů máte v péči v současné době?
6. Jakým způsobem jsou klienti zapojováni do terapeutického sezení?
7. Jakým způsobem jsou klienti motivováni?
8. Naplňuje vás práce ergoterapeuta?
9. Co při své práci postrádáte?
10. Do jaké míry spolupracuje ergoterapie s logopedií?