

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Viola Jónová

Náměty pro logopedickou intervenci osob s demencí u Alzheimerovy nemoci

Olomouc 2018

vedoucí práce: Mgr. Lucie Kytnarová

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a jiné informační zdroje, z kterých jsem čerpala.

V Olomouci 18.4. 2018

.....

Viola Jónová

Poděkování

Nejprve bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Lucii Kytarové, za cenné rady a zpětnou vazbu při tvorbě mé diplomové práce. Mé poděkování patří všem, kteří se účastnili na realizaci praktické části diplomové práce a klientům, se kterými jsem mohla pracovat. Dále ze srdce děkuji své rodině, která mě podporovala nejen při vypracovávání této závěrečné práce, ale také po dobu celého studia na vysoké škole.

Obsah

Úvod.....	7
I TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Charakteristika demence	8
1.1 Stadia demence	8
1.2 Definice demence.....	9
1.3 Etiologie	10
1.4 Symptomy	10
1.5 Klasifikace demencí dle Mezinárodní klasifikace nemocí	14
1.6 Diagnostika	15
1.7 Diferenciální diagnostika	18
1.8 Terapie	20
1.9 Rizikové faktory.....	23
1.10 Prevence	24
1.11 Prognóza	25
2 Charakteristika vybraných demencí.....	27
2.1 Atroficko – degenerativní demence	27
2.1.1 Alzheimerova nemoc	27
2.1.2 Demence s Lewyho tělísky	28
2.1.3 Demence při Parkinsonově nemoci.....	28
2.1.4 Frontotemporální lobární degenerace	29
2.1.5 Huntingtonova choroba.....	29
2.2 Ischemicko - vaskulární demence	29
2.3 Sekundární demence	30
3 Narušená komunikační schopnost u osob s demencí.....	31
3.1 Kognitivně komunikační poruchy při demenci.....	32
3.2 Narušení v lexikálně – sémantické rovině	33

3.3	Narušení ve fonologické rovině	33
3.4	Narušení v morfoložicko – syntaktické rovině	33
3.5	Narušená komunikační schopnost podle stádií demence	34
3.6	Komunikace s osobami trpícími syndromem demence	35
3.6.1	Zásady pro správnou komunikaci s osobou s demencí	36
3.6.2	Verbální komunikace	38
3.6.3	Neverbální komunikace	38
4	Logopedická intervence u osob s demencí	40
4.1	Logopedická diagnostika	42
5	Emoce	45
5. 1	Emoce u osob s demencí	46
II	PRAKTICKÁ ČÁST	47
6	Výzkumné šetření	47
6. 1	Metodologie práce	47
6. 1. 1	Předvýzkum	47
6. 1. 2	Montrealský kognitivní test (MoCA - CZ)	48
6.2	Charakteristika účastníků ověřování materiálu	48
6.3	Charakteristika místa šetření	48
6.4	Charakteristika vytvořeného materiálu	49
6.4.1	Orientace v běžném životě	49
6.4.2	Orientace v čase	49
6.4.3	Dlouhodobá paměť	49
6.4.4	Obrazový materiál emocí	50
7	Výsledky ověření materiálu	51
7.1	Předvýzkum	51
7.1.1	Orientace v běžném životě	51
7.1.2	Orientace v čase	51

7.1.3 Dlouhodobá paměť	51
7.1.4 Obrazový materiál emocí	51
7.2 Vlastní šetření	51
7.2.1 Orientace v běžném životě	51
7.2.2 Orientace v čase	52
7.2.3 Dlouhodobá paměť	52
7.2.4 Obrazový materiál emocí	52
8 Diskuze	53
Závěr	56
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	57
SEZNAM ZKRATEK	63
SEZNAM TABULEK	64
SEZNAM PŘÍLOH.....	65

Úvod

Vzhledem k tomu, že je demence stále rozšiřující se onemocnění, stanou se lidé s tímto problémem častějšími klienty logopedů. Během studia jsem se na praxích s několika lidmi z této skupiny setkala a jejich terapeuti si stěžovali na všeobecný nedostatek materiálů pro dospělé osoby k logopedické intervenci. Zaměření konkrétních úkolů vychází ze základních symptomů demence. V pozdních stádiích tohoto neurodegenerativního onemocnění je neverbální komunikace jeden z posledních způsobů sociální interakce. Emoce doprovází člověka od narození po smrt. Právě proto zde hrají velkou roli. Ať ty osob s demencí, personálu nebo rodinných příslušníků.

Cílem práce je výroba materiálu k logopedické intervenci osob s demencí u Alzheimerovy nemoci a jeho ověření v praxi. To umožňuje vylepšit položky materiálu ke zvýšení srozumitelnosti a jednoznačnosti. Manipulací s materiálem se zjistilo, kde má slabiny a na těch se průběžně pracovalo. Diplomová práce se skládá ze dvou částí. V teoretické je pojednáno o demenci, její etiologii, terapii, diagnostice, diferenciální diagnostice, rizikových faktorech způsobujících toto onemocnění, prevenci a prognóze. Jednotlivé druhy jsou rozříděny podle Mezinárodní klasifikace nemocí a stručně charakterizovány. Samostatná kapitola se věnuje narušené komunikační schopnosti u osob s demencí a logopedické intervenci. Teoretickou část uzavírá kapitola pojednávající o emocích jak obecně, tak s ohledem na vybranou skupinu osob.

Obsahem praktické části je průběh tvorby a ověřování materiálu k logopedické intervenci. Je zde popsána realizace předvýzkumu a samostatného výzkumného šetření, jeho časový horizont, personální obsazení, lokace a limity. Účástí tohoto šetření byla podmínka přítomnosti demence, která se ověřila vyšetřením Montrealským kognitivním testem. Materiál se zaměřuje na orientaci v běžném životě a čase, dlouhodobou paměť a emoce. Každá oblast je rozebrána samostatně, jak v části ověřování s intaktní populací, tak s lidmi s demencí. Práci uzavírá seznam příloh, ve kterých je mj. náhled na konkrétní úkoly s materiálem. Na úplný závěr nechybí ani seznam zkratk, kterými je text protkán.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Charakteristika demence

„Demence jsou těžké psychické poruchy, většinou podmíněné organickým onemocněním mozku. Vlivem mozkové poruchy dochází k podstatnému snížení intelektových a paměťových funkcí i dalších psychických funkcí oproti premorbidní úrovni.“ (Neubauer, 2007, s. 180). Důsledkem demence je závažné společenské znevýhodnění. Problematika osob s demencí zasahuje oblasti zdravotnické, sociální a ekonomické (Neubauer in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Demence je příčinou disharmonického úbytku kognitivních a intelektových schopností. Zvýšenou dráždivost, únavu, emocionální labilitu, výkyvy pozornosti, nezastřené vědomí, poruchy paměti a učení považuje Kroupová a kol. (2016) za základní symptomy demence. Vznikne – li demence před 65. rokem, říká se jí presenilní typ, nejčastěji podmíněný genetikou. Po 65. roce se označuje jako senilní typ (Hauke, 2017). Porucha paměti, postupná ztráta mechanických dovedností, ztráta orientace, potíže v komunikaci, změny osobnosti a ztráta soběstačnosti jsou podle Hauke (2017) nejdůležitější příznaky. Výstižné pojmenování demence uvádí Zgola (2003), kdy demenci pojímá jako filtr, který přetváří vnímání i reakce osoby s demencí.

1.1 Stadia demence

Klasifikace P – PA – IA od Holmerové (2014) poukazuje na potřeby pacientů i jejich rodiny. Navíc bere v potaz multidisciplinární přístup.

Mírné - počáteční stadium

Toto stádium označuje Holmerová (2014) písmenem P, ve významu pomoc a podpora. Koběrská a kol. (2003) uvádí délku trvání od dvou do čtyř let a upozorňuje na možnost přehlédnutí tohoto stádia, jelikož se zhoršování kognitivních funkcí může přisuzovat zvýšenému věku. Typickým symptomem je porucha paměti, projevující se zejména v krátkodobé paměti s amnézií pojmů. Vyskytují se první projevy nedostatečné orientace v prostoru, problémy s psaním a počítáním. Osoba s demencí začíná více jednat v afektu a ztrácí kritičnost. Vzhledem k tomu, že si člověk s demencí uvědomuje své selhávání v komunikaci, začíná se jí nenápadně vyhýbat. Tento fakt doprovází prožívání úzkosti. Možný je nástup deprese, zvýšené podrážděnosti či hostility (Neubauer, 2007). Hauke (2017) přidává nulovou schopnost orientace v novém prostředí a obtíže se zapamatováním jmen nových lidí a učením se nových dovedností. Komunikace je přiměřená, ale některá slova se hůře vybavují. Myšlení je zatíženo těžkopádností. Soběstačnost a stereotyp jsou u většiny činností zachovány.

Z důvodu ztráty společenských rolí a kompetencí se objevuje deprese. Člověk si uvědomuje, že se s ním něco děje. Může dál žít doma, ale potřebuje kontrolu a pomoc. Dochází ke změně rysů osobnosti a ztrátě koníčků a zájmu (Koběřská a kol., 2003).

Středně závažné stadium

Střední stadium bývá podle Koběřské (2003) nejdelší, trvá přibližně osm let. Holmerová (2014) pojmenovává toto stadium PA, tedy programování aktivit. Poruchy krátkodobé i dlouhodobé paměti nabírají na závažnosti. Vyskytující se amnézie jsou těžké a trvalé. Komunikace s okolím je narušena. Bludy, agitovanost nebo apatie nejsou v chování osoby s demencí výjimkou. Dále se objevují myšlenkové perseverace, poruchy v učení se, znovu vybavení informace a v abstraktním uvažování. Člověk s demencí ztrácí náhled na vlastní potíže (Neubauer, 2007). Hauke (2017) dodává fakt, že je obtížné se s člověkem v tomto stadiu dorozumět, jelikož má potíže jak s recepcí, tak s expresí. Není výjimkou, vyskytnou – li se bludy, halucinace, agresivita, bloudění, převrácený režim den/noc, nerespektování běžných sociálních norem, absence kontroly emocí, inkontinence, obtíže se zachováním osobní hygieny. V tomto stadiu potřebuje člověk s demencí stálou přítomnost druhé osoby, dohled a trvalou pomoc.

Těžká demence – pozdní stadium onemocnění

Jako poslední stadium demence uvádí Holmerová (2014) individualizovanou asistenci (IA). Poruchy paměti a orientace se stále zhoršují. Člověk s demencí opakuje určité pohyby nebo bezobsažná slova. Zrakový kontakt a schopnost komunikace jsou nulové. Což může být zapříčiněno přítomností mutismu. Chování těchto osob je nepřiměřené, mohou se potulovat bez cíle nebo být upoutány na lůžko. S čímž se pojí ztráta hybnosti, inkontinence, kachexie. V závěrečném stadiu se vyskytuje extrapyramidová rigidita a pseudobulbární symptomatologie (Neubauer, 2007). Hauke (2017) potvrzuje toulání se bez cíle a stereotypní pohyby. Zmiňuje také obtíže s přijímáním potravy a polykáním.

1.2 Definice demence

Demence, soubor příznaků, vzniká jako důsledek poškození mozku, především jeho pláště, ale i dalších částí. Je to získaná porucha kognitivních funkcí. Má zásadní vliv na další funkce a život člověka (Hauke, 2017). Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN, 2014) označuje demenci za syndrom, jehož etiologií je chronické nebo progresivní onemocnění mozku. Přičemž dochází k porušení kognitivních funkcí (paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení,

jazyk a úsudek). Holmerová (2014) pojímá demenci jako syndrom, soubor příznaků, který způsobuje degenerativní postižení mozku, zejména mozkové kůry. Neubauer (2007) uvádí mezi nejčastější symptomy jak poruchy kognitivní, tak poruchy chování, projevy psychických poruch, poruchy řečové i neverbální komunikace.

1.3 Etiologie

Podle Koukolíka (2004) je syndrom demence zapříčiněn chronickým nebo progresivním onemocněním mozku, které má za následek porušení vyšších kortikálních funkcí jako jsou myšlení, paměť, orientace, počítání, schopnost učení se, jazyk a úsudek, přičemž vědomí není zastřeno. Holmerová (2014) považuje za příčiny Alzheimerovu nemoc (dále AN), Parkinsonovu chorobu, cévní změny, poruchy krevního zásobení mozku, úrazy a následné poškození mozkové kůry nebo intoxikace.

1.4 Symptomy

Podle Hauke (2017) se příznaky demence mohou dělit na 3 skupiny označené A, B, C.

1. Narušení kognitivních funkcí – C = cognition
2. Narušení aktivit denního života – A = activities of daily life
3. Poruchy chování – B = behavior

Jiráček (2009) zahrnuje postižení kognitivních funkcí, aktivit denního života, behaviorální a psychologické příznaky demence mezi základní klinické příznaky demence. V klinickém obraze se vyskytuje porušené chápání, zhoršení emoční kontroly, sociálního chování a motivace (Koukolík, 2004). Hlavní gró demence spatřuje Jiráček (2004) primárně v poškození kognitivních funkcí, sekundárně i nekognitivních. Toto postižení zasahuje do schopnosti vykonávat běžné denní činnosti a profesi a postupně se zvyšuje závislost na druhých osobách. Vede ke smrti (v případě neurodegenerativní demence) nebo snižuje možnost přežití (při vaskulární demenci). Jiráček (2004) uvádí základní triádu poruch, které se u demencí vyskytují a vzájemně ovlivňují. Jsou to kognitivní funkce, behaviorální a psychologické symptomy a aktivity denního života. Mezi poruchy kognitivních funkcí spadá porucha paměti, deteriorace inteligence, poruchy exekutivních funkcí (motivace, plánovat a seřadit úkony). Behaviorální a psychologické symptomy se vyskytují hlavně ve středním a těžkém stádiu, kdy jde o poruchy chování (verbální nebo brachiální agresivita, útky, potulování, neúčelné aktivity), poruchy emotivity, cyklu spánek – bdění, neklid, halucinace, iluze, bludy. Narušení aktivit denního života vypadá tak, že člověk s demencí přestane být schopen vykonávat své zaměstnání, ztrácí koníčky a v pokročilejších stádiích vymizí instrumentální aktivity (telefonování, obsluha elektrických

spotřebičů, manipulace s penězi) a později i ty nejzákladnější aktivity (sebeobsluha, hygiena, samostatná konzumace jídla) (Jirák, 2009). Autor zdůrazňuje fakt, že frontotemporální demence začínají poruchami chování. Další výjimku tvoří demence při Parkinsonově chorobě, která se zprvu manifestuje poruchou exekutivních funkcí. Zgola (2003) doplňuje základní projevy demence o amnézii, afázii, poruchy pozornosti aj. výkonové funkce, agnózií a dyspraxii.

– Poruchy paměti

Zpočátku je poškozena krátkodobá paměť. Dlouhodobá paměť je poměrně dobře zachována. Málokdo věnuje pozornost nápadné zapomětlivosti. Jakmile se začne projevovat v běžném domácích činnostech, například nevypnutím sporáku, začnou si blízcí všimnout i neustálého hledání věcí. Informace podávané osobou s demencí se mohou jevit jako velmi pravdivé. Je ale potřeba mít na paměti, že se může jednat o konfabulace, kterými se snaží výpadky paměti kompenzovat. Připojuje se porucha exekutivních funkcí, tedy schopnost plánování a organizování. Sám člověk s demencí si uvědomuje, že dělá chyby, že toho zvládne méně, že se hůře adaptuje na nové podmínky, že si obtížněji vzpomíná na nedávné události atp. Vyvolává to v něm pocit nejistoty a začíná být více pasivní. Blízcí si to mohou chybně vyložit jako lenost, lhostejnost, apatii nebo nedostatek iniciativy. Kromě zapomínání proběhlých situací zapomínají také na to, že zapomínají. Nepřipouští si tak svůj omyl. Může se objevit deprese, podezřívavost, někdy i agresivní chování. Z frustrace může vyplynout shromažďování jídla nebo věcí, fyzický neklid, nadměrná konzumace potravin nebo opačný stav odmítání jídla i tekutin (Hauke, 2017).

Porucha všípivost v praktickém životě znamená to, že si člověk s demencí nebude schopen zapamatovat nová místa, nové lidi, nové události a situace. Nepamatuje si čas, tak je běžné, že se neustále ptá, kolik je hodin. Stejně tak si nepamatuje, kam dává věci. Míží schopnost porozumět složitějším situacím, přestává je bavit sledování televize, čtení knih, vyprávění (Hauke, 2017).

Postupem času se zhorší i dlouhodobá paměť. Nejstarší vzpomínky jsou dotčeny nejpozději. Proces rozpadu paměti je velmi individuální. Situace se silnou emocí mohou v paměti přetrvávat déle (Hauke, 2017).

Vzhledem k poruše paměti se mohou vyskytnout problémy s osvojováním nových informací. Člověk s demencí se špatně orientuje ve známém prostoru, čase i lidech. Pokládá

stejné dotazy opakovaně, může mít paranoické představy, konfabuluje, je úzkostlivý bez dostatku náhledu (Zgola, 2003).

- **Poruchy pozornosti**

Pravděpodobnost, že osoba s demencí u činnosti nevydrží soustředěna déle než dvě minuty, docela komplikuje logopedickou intervenci. Může docházet k neschopnosti začít nebo ukončit úkol, ke zmateným reakcím, snížené schopnosti reagovat nebo neschopnosti odolávat rušivým podnětům. Jiným problémem může být fixace na nepodstatný detail úkolu, čímž zapomene na celek (Zgola, 2003).

- **Postupná ztráta mechanických dovedností**

Člověk s demencí již nevyužívá za život naučených aktivit. Místo používání moderních přístrojů upřednostňuje starší způsob aktivity. Při intaktních motorických funkcí nedokáže vykonat různé motorické činnosti (apraxie). Například se snaží na nohy obléknout tričko, neumí použít příbor, mýdlo, namazat si chléb s máslem atp. Jako první ztrácí schopnost vykonávat všední činnosti. Potom se připojí neschopnost samostatnosti při osobní hygieně, používání toalety, při jídle, pití a užívání léků (Hauke, 2017; Zgola, 2003).

- **Ztráta schopnosti orientace**

Problémy vznikají nejprve na nových místech při zhoršení krátkodobé paměti. Posléze netrefí ani ve známém prostředí, odkládá věci na nesprávná místa a neorientuje se v průběhu dne – ráno, noc. Přátele, rodinu a blízké přestává poznávat v těžších stádiích (Hauke, 2017). Nemocný často bloudí a má problém najít jinak známou cestu např. do obchodu nebo k lékaři. Často si tento problém neuvědomuje a nechápe, proč mají o něj jeho blízcí strach. Řešení by bylo, kdyby všechny osoby s demencí nosily náramek od České alzheimerovské společnosti, který umožňuje identifikaci dané osoby (Bartoš, 2010).

- **Obtíže v komunikaci**

Výbavnost slovní zásoby klesá natolik, až úplně vymizí. Člověk s demencí mluví pomaleji a těžkopádněji. Na otázky odpoví podle kontextu, ale často to neodpovídá skutečnosti. V dalších fázích už odpověď bývá nepřiměřená a neodpovídá kontextu otázky. Před výměnou verbální komunikace za neverbální způsob komunikace může osoba s demencí opakovat části vět, slov nebo otázek. Přestože klient nerozumí tomu, co říkáme, vnímá prozodické faktory hlasu (Hauke, 2017). Opakované kladení stále stejných otázek může být pro blízké dosti unavující nebo stresující. Ať tak či tak, odpovědět během pár minut na jednu stejnou otázku

třeba desetkrát, je značně vyčerpávající. Při těžších stádiích demence se může stávat, že se vyprávějící osoba zadrhne a neví, jak vyprávět dál. Může si to uvědomovat a prožívat diskomfort. Pro ulehčení situace se dají využít fotografie, předměty, písně či filmy z té doby nebo tématu (Bartoš, 2010).

- **Změny osobnosti**

Ve stáří je běžné, že se povahové rysy prohlubují, ale u demence dochází k totální změně osobnosti. Dochází ke ztrátě schopnosti kontrolovat emoce, oploštělosti až vyhasnutí emočních reakcí. Velmi negativní reakce mohou být obrannou reakcí nebo způsobem vyjádření vlastního negativního postoje. Nevhodné a nepřiměřené chování si neuvědomují. Neví, jak se mají chovat v restauraci, jak vykonávat potřebu, jak se vhodně obléct do jakého počasí atp. Časté je uzavření se do sebe (Hauke, 2017). Osoby trpící demencí si těžko zvykají na novinky v jejich blízkosti. Pokud to není vyloženě nutné, neměl by se přemisťovat nábytek či měnit dispozice prostoru, na které je daná osoba zvyklá. V podstatě jakákoliv změna může projevy onemocnění zhoršit a člověk s demencí je ohrožen (Bartoš, 2010).

- **Ztráta soběstačnosti**

Ruku v ruce s postupným progresem onemocnění jde také zvyšování závislosti na druhých osobách. Objevují se motorické potíže až fixace na lůžko, dysfagie, obtíže s příjmem potravy a inkontinence (Hauke, 2017). Je jasné, že osoba s demencí potřebuje častou péči. Bartoš (2010) upozorňuje, že ošetřující osoby by se měly střídat a především zajistit své potřeby a samy sebe, aby mohli potom poskytovat pomoc a péči druhé osobě.

- **Poruchy vnímání**

Z poruch zrakové percepce mohou vznikat problémy nepoznání předmětu nebo lidí. Podněty z okolí může vnímat jako iluze. Při málo kontrastním prostředí má problém najít věc. Docela nebezpečné se zdá být nesprávné odhadování vzdálenosti a následné zakopávání. Nalezení správné cesty může být také postiženo (Zgola, 2003).

- **Ztrácení věcí**

Tato oblast může působit kontroverzně. Jelikož chceme zachovat identitu osoby s demencí, rádi bychom jí ponechaly klíče, peníze či doklady. Může se ale stát obětí nepoctivých osob či dané věci může ztratit. Řešením by mohlo být vybavit blízkého s demencí nefunkčními předměty (Bartoš, 2010).

- **Poruchy vhledu, úsudku a abstrakce, snížená kontrola emocionálních projevů**

Osoba s demencí bere věci doslovně, nedokáže předvídat důsledky a trvá na svých stereotypních vzorcích chování. Z důvodu nerealistického odhadu odmítá pomoc. Často ztrácí zábrany a schopnost se chovat podle společenských pravidel. Má problém udělat si představu o nepřítomných objektech (Zgola, 2003).

1.5 Klasifikace demencí dle Mezinárodní klasifikace nemocí

Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka (2000) rozděluje demence následovně:

F00 – F 09

Organické duševní poruchy, symptomatických

F 00 Demence u Alzheimerovy choroby

F 00. 0 Demence u Alzheimerovy choroby s časným začátkem

F 00. 1 Demence u Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem

F 00. 2 Demence u Alzheimerovy choroby, atypický nebo smíšený typ

F 00. 9 Demence u Alzheimerovy choroby nespecifikovaná

F 01 Vaskulární demence

F 01.0 Vaskulární demence s akutním začátkem

F 01.1 Multiinfarktová demence

F 01.2 Subkortikální vaskulární demence

F 01.3 Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence

F 01.8 Jiná vaskulární demence

F 01.9 Vaskulární demence nespecifikovaná

F 02 Demence u chorob klasifikovaných jinde

F 02. 0 Demence u Pickovy choroby

F 02. 1 Demence u Creutzfeldtovy-Jakobovy choroby

F 02. 2 Demence u Huntingtonovy choroby

F 02.3 Demence u Parkinsonovy choroby

F 02.4 Demence u infekce HIV

F 02.8 Demence u ostatních chorob klasifikovaných jinde

F03 Nespecifikovaná demence

Pátý znak specifikuje demenci (F00 – F03) podle přidružených příznaků:

- .x0 Bez přidružených příznaků
- .x1 Přidružené příznaky, zvláště bludy
- .x2 Přidružené příznaky, zvláště halucinace
- .x3 Přidružené příznaky, zvláště deprese
- .x4 Jiné přidružené příznaky nebo smíšené příznaky

1.6 Diagnostika

Na samotném počátku by se měla podle Hauke (2017) sestavit anamnéza, která podá informace o tom, jak onemocnění vzniklo, jaké byly symptomy, jak to člověka ovlivňuje, co bere za léky, jaká má onemocnění a zda se nějaká onemocnění vyskytují v rodině. Velmi vhodné je zjistit informace o běžném životě od jeho pečujících osob. Zjištěné údaje mohou sloužit k rozlišení demence například od deliria.

Mini Mental State Examination	MMSE	Výkonový test k zhodnocení kognitivních funkcí a stanovení stádia demence ve třiceti otázkách
Hachinskiho ischemický skór	HACH	Test k diferenciální diagnostice Alzheimerovy nemoci a vaskulární demence
Alzheimer's Disease Assessment Scale	ADAS	Metoda, která se používá nejčastěji v longitudinálních studiích Alzheimerovy choroby. Je rozdělena na složku kognitivní a nekognitivní.
Global Deterioration Scale	GDS	Škála k určení stadia demence
Wehlerova škála paměti		Vyšetření kognitivních funkcí
Western Aphasia Battery	WAB	Test řečových funkcí
Test řečové plynulosti		Vhodný pro testování frontálních funkcí
Test vizuospeciálních funkcí		K posouzení poruch vizuospeciálních funkcí
Bender-Gestalt test		Vyšetření konstruktivní apraxie
Test kreslení dráhy		Hodnotí schopnost plánování, vizuomotorickou koordinaci, zrakové vyhledávání, pozornost, schopnost přizpůsobit se a psychomotorické tempo.
Stroopův test		Test k posouzení míry pozornosti.
Test hodin	CDT	Screening a stanovení diagnózy časných stádií demence. Taktéž se dá využít ke sledování progresu poruchy.
Dotazník soběstačnosti	DAD – CZ	Vhodný pro monitorování progresu onemocnění a hodnocení účinku léčby.
Neuropsychiatrický dotazník	NPI	Využívá se k diferenciální diagnostice demencí.
Dotazník funkčního stavu	FAQ – CZ	Slouží k odlišení normálního stárnutí od časných stádií demence.
Bristolská škála aktivit denního života	BADLS – CZ	Vhodná pro monitorování progresu onemocnění a hodnocení účinku léčby v těžších stádiích demence.

Tab. 1: Škály a posuzovací metody (převzato a upraveno z Jiráka, 2004; Jiráka a kol., 2004; Harantová, Danko, 2014; Martínek, Bartoš, 2012; Hort, 2007; Topinková, 2005)

Charakteristika nejčastěji užívaných testů dle Bartoše (2010):

- Mini Mental State Examination (dále MMSE)

Krátký test kognitivních funkcí se používá se pro zachycení míry demence a je zjištění úrovně kognitivních funkcí. Test se skládá z deseti subtestů. Hodnotí se jím orientace, paměť, pozornost a počítání, vybavnost, pojmenování předmětu, opakování, psaní či

obkreslení. Nevýhodou je, že se nedá spolehlivě určit mírná kognitivní porucha, protože jsou úkoly docela jednoduché. Navíc mohou být výsledky ovlivněny vzděláním a věkem. Administrace zabere pět až deset minut.

- Addenbrookský kognitivní test (ACE – R)

ACE – R je rozšíření testu MMSE. Může se díky němu hlouběji zhodnotit více kognitivních funkcí. Například paměť, exekutivní funkce a zrakově – prostorové schopnosti. Odborníky v České republice je stále více využíván a může skrze něj brzy odhalit kognitivní porucha, která se neprojevila při hodnocení MMSE testem. V jeho neprospěch hraje fakt, že administrace trvá podle závažnosti poruchy patnáct až čtyřicet pět minut a i vyhodnocování zabere dost času.

- Montrealský kognitivní test (dále MoCa), Nassreddinův test

I přesto že, je tento test v určitých ohledech lepší než MMSE, je celkově méně používán, jak ve světě, tak v České republice. Jako velkou výhodou se dá brát to, že je volně k dispozici na internetu. Hauke (2017) považuje MoCa test v dnešní době za vhodnější než MMSE, který má mnoho nevýhod. Test obsahuje jedenáct úloh ke zjišťování šesti kognitivních domén. Bodové rozmezí je 0-30 bodů, přičemž hranice je dvacet šest bodů. Existuje česká verze a dvě alternativní verze od roku 2011 (Orlíková a kol., 2014). MoCA test vytvořil kanadský profesore Z. S. Nasreddine a dovolil jej přeložit do českého jazyka. Tento test zaznamená mírnou kognitivní poruchu (dále MCI) z 90%. Mírná stádia Alzheimerovy demence ze 100%. Hlavní rozdíl od MMSE je v tom, že v MoCA testu je více slov nutných k zapamatování a je více času pro vybavení (Reban, 2006).

Součástí diagnostického postupu by měla být:

- Laboratorní vyšetření

Mezi laboratorní vyšetření spadá biochemický, hematologický a serologický screening, jaterní testy, vyšetření štítné žlázy a neurologické vyšetření (Jiráček 2004; Jiráček, 2009).

- Genetické vyšetření

Genetickým vyšetřením se dá zjistit například Huntingtnova chorea. „U Alzheimerovy choroby lze určit mutace na dlouhém raménku chromozomu 21, na 1. a 14. chromozomu a přítomnosti rizikového faktoru APOE4 na 19. chromozomu“ (Jiráček, 2004).

- Zobrazovací metody

Zejména k diferenciální diagnostice, z důvodu atrofie tkání, se významně hodí počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MRI). K lokalizaci poruchy a určení jejího rozsahu se využívá SPECT (jednofotonová emisní počítačová tomografie) a PET (pozitronová emisní tomografie) (Jirák, 2004). Jak uvádí Hauke (2017), může se stát, že se chorobné bílkoviny uloží někde jinde, tedy mimo tzv. predilekční oblasti. Naštěstí existují výborné laboratorní a zobrazovací techniky, které mohou přesně identifikovat hladinu a lokaci beta amyloidu a tau proteinu z mozkomíšního moku. Nevýhodou je, že jsou to metody dosti drahé a v běžné praxi méně dostupné.

- Elektrofyziologické vyšetřovací metody

Elektroencefalografie (EEG) se používá jako doplňková metoda. Evokované potenciály slouží k upřesnění diagnostiky demencí (Jirák, 2004).

1.7 Diferenciální diagnostika

Po správné diagnostice se může zahájit včasná terapie, která zvyšuje šanci na lepší průběh onemocnění (Jirák, 2004). Ressler (2004) doporučuje postupovat obezřetně při stanovování diagnózy demence a zvažovat nejrůznější příčiny aktuálního stavu pacienta. Bere v potaz chronickou povahu tohoto onemocnění, čímž se odlišuje od deliria.

- Mírná kognitivní porucha

Mírná kognitivní porucha (Mild Cognitive Impairment, MCI) v sobě zahrnuje poruchu paměti, pokud se ještě nejedná o demenci. Hauke (2017) demonstruje zásadní rozdíl od typické demence v tom, že MCI nebrání v aktivitách běžného života, ani v soběstačnosti. Samozřejmě se z MCI může demence vyvinout, ale není to podmínka (Hauke, 2017; Koukolík, Jirák, 2004; Honzák, 2014). Hort, Jirák (2007) doporučují nahlížet na MCI jako na prodromální stádium demence, nikoliv jako na izolovanou poruchu paměti. Holmerová (2014) upozorňuje, že mírná kognitivní porucha v žádném případě není onemocnění ani diagnóza v pravém slova smyslu. Pojímá ji jako určité riziko s poruchou paměti, která již danou osobu obtěžuje a okolí si pozměněného stavu všímá. Hort, Jirák (2007) na to nahlíží stejně. Podle nich je významný fakt přítomnosti deficitu v kognitivní oblasti. Nicméně daný stav v celkové šíři neodpovídá symptomatologii demence jako takové. „MCI se proto dělí na amnestické a neamnestické (afatická MCI, apraktická MCI, dysexekutivní MCI atd.) a dále podle počtu kognitivních modalit“ (Hort, Jirák, 2007, s. 7).

- Demence s Lewyho tělísky

Přestože má Alzheimerova choroba (dále ACh) s demencí s Lewyho tělísky společné hromadění beta-amyloidu a progredující charakter, liší se především častými fluktuacemi v krátkém časovém úseku (Jiráček, 2004).

- Vaskulární demence

Od Alzheimerovy nemoci se vaskulární demence liší náhlým nebo rychlým začátkem a kolísavým průběhem (Jiráček, 2004).

- Pseudodemence

Stavy, které jako demence vypadají (deprese, hypotyreóza nebo normotenzní hydrocefalus) jsou označovány jako pseudodemence (Holmerová, 2014).

Typ demence	Název patologického proteinu	Důsledek	Výskyt
Alzheimerova nemoc	Beta amyloid	Amyloidové plaky	Temporální, parietální oblast
Alzheimerova nemoc	Tau protein		Fronto temporální oblast
Demence s Lewyho tělísky, u Parkinsonovy nemoci	Presenilin	Tvoří Lewyho tělíska	Bazální ganglia

Tab. 2: Přehled charakteristik, kterými se od sebe jednotlivé demence liší (převzato a upraveno z Hauke, 2017)

- Stařecká zapomětlivost

Pokud se symptomy projevují občas, většinou samy zmizí ve věku nad 60 let a člověk rozumí jak verbální, tak psané formě řeči, jedná se o stařeckou zapomětlivost. Naopak objevují – li se symptomy před šedesátým rokem života, zapomětlivost se zhoršuje, vyvstávají stále nové a nové problémy a vyjadřování se stává komplikovanějším, jedná se o demenci (Harantová, Danko, 2014).

- Deprese

Při depresi nevyužívají pacienti svých kognitivních a exekutivních schopností, nicméně tyto dovednosti zůstávají zachovány. V pokročilejších stádiích deprese se zdravotní stav označuje jako depresivní pseudodemence. Navíc vznik depresí je poměrně rychlý, což se o všech demencích obecně říci nedá. Pro diagnostiku se využívají škály deprese (Hort, Jiráček, 2007).

- Delirium

Hort, Jirák (2007) připouští fakt, že je delirium častým symptomem demence, nicméně se objevují u případů, kde jsou výrazné somatické poruchy. Autoři zmiňují stavy, jakožto dehydrataci, hypoglykémii, uroinfekce, iatrogenní příčiny, vysoké horečky, stavy po operacích, po požití alkoholu, při kterých je výskyt delirií častější. Dále uvádí, že u demence s Lewyho tělísky a vaskulárních demencí jsou tyto stavy všeobecně pravidelněji se vyskytující.

1.8 Terapie

Farmakoterapie, psychiatrická rehabilitace, podpůrné terapie, arteterapie, muzikoterapie, terapie pomocí her jsou některé z možností v terapii osob s demencí. Při aktivizaci pacienta doporučují Koukolík, Jirák (2004) emočně orientované psychoterapeutické přístupy. Před patnácti lety byla do praxe zavedena kognitiva. Jsou to léky, které zpomalují progresi onemocnění, prodloužit období samostatnosti a zachovávají kvalitu života jak člověka s demencí, tak pečujících osob (Holmerová, 2014).

Holmerová (2014) popisuje fungování České alzheimerovské společnosti (dále ČALS), která byla založena v roce 1997. Jejím smyslem je poskytování služeb jak lidem s demencí, tak jejich rodinným příslušníkům. Jedná se služby typu linka pomoci a organizování svépomocných skupin rodinných pečujících a pacientů s Alzheimerovou chorobou. Co se informační činnosti týče, vydala ČALS příručku „Na pomoc pečujícím“. Díky boji ČALS za hrazení kognitiv zdravotními pojišťovkami je dnes léčba Alzheimerovy choroby naprosto samozřejmá.

Hort, Jirák (2007) zařazují do velmi důležité a nutné nefarmakologické terapie podporu sociálních vazeb pacientů s demencí, muzikoterapii a léčbu tancem. Dále rozdělují strategie do několika kategorií (viz Tabulka č. 3).

Kognitivně zaměřené přístupy	Nácvik dovedností, konfrontace s realitou
Emočně zaměřené přístupy	Reminiscenční a validační terapie
Práce s pečovateli	Edukace
Arteterapie, muzikoterapie	Zvyšují sebevědomí, stabilizují emoční prožívání
Pet terapie	Zlepšuje soběstačnost a sebevědomí

Tab.3 Nefarmakologické strategie (převzato a upraveno z Hort, Jirák, 2007).

Holmerová (2009) zmiňuje následující postupy při nefarmakologické terapii osob s demencí.

1. Programové aktivity

Zapojení lidí s demencí do podílení se na přípravě jídla, prostírání stolu, uklízení nádobí. Po obědě je vhodné krátký spánek v křesle. Odpoledne by se měly vystřídat dvě až tři aktivity v místnosti nebo venku.

2. Individualizované aktivity

Podpora samostatnosti při sebeobsluze za stálé pomoci druhých osob.

3. Reflektivní podpora

Přístup maieutický klade důraz na laskavost, správné ošetřovatelství a přiměřenou stimulaci smyslů. Metoda Namaste, alternativní a augmentativní komunikace, bazální stimulace, validace spadají do konceptu holistické multidisciplinární metody. Harantová, Danko (2014) dále doporučují aromaterapii, Snoezelen, tělesný kontakt a luminoterapii. Fertaľová, Ondriová, Hadašová (2017) také doporučují Snoezelen terapii, kterou vysvětlují jako multifunkční metodu ve speciálně upraveném prostředí. Pacientovi s demencí slouží především k uvědomění si svého okolí a aktuální reality. Protože je prostředí klidné a příjemné, nastává u těchto osob navození klidu, snížení agresivity a zlepšení nálady díky uspokojení těla a mysli.

4. Orientace realitou

Podstatou tohoto přístupu je nevyvracet osobám s demencí jejich myšlenky (například že je čeká někdo, kdo je už mrtvý), ale pracovat s nimi. V orientaci pomáhají také hodiny na stěně, nástěnka s ročním obdobím, měsícem, dnem s jasnými nápisy a barevným označením (Holmerová, 2009).

5. Validace

Při tomto postupu se pečující osoba snaží přijmout téma, o kterém člověk s demencí stále mluví. Pokud stále očekává příchod nějaké blízké osoby, pečující osoba tento fakt respektuje, neopravuje, chybně a lživě nerozvíjí. Během rozebrání konkrétního tématu dojde k uklidnění a je možná participace na aktivitě, ke které se nedalo dostat. Pokud člověk s demencí trpí halucinacemi, nejlepší, co se pro něj dá udělat je to, že se budou brát vážně a okolí se je vynasnaží řešit, odehnat, zrušit atp. (Holmerová, 2009). Buijssen (2006) uvádí možnost podpořit osobu s demencí, aby je odehnala sama. Emoční výbuchy jsou známkou bezmocnosti. Přemístěním pozornosti na něco jiného se dají zvládnout. Šetrně zaujmout, ale aby to nevypadalo, že se jeho

projevy berou na lehkou váhu. Buijssen (2006) nabádá ke kombinaci rozptýlení a zpětné vazby na prožívání osoby s demencí.

6. Kognitivní trénink

Kognitivní trénink se nedá považovat za terapeutickou techniku, jelikož nezlepšuje kognitivní funkce z důvodu progresivní podstaty demence. Při aktivizaci dlouhodobé paměti zažívá člověk s mírnou a středně pokročilou demencí úspěch. V časném stadiu je potřeba udržovat paměť v co nejlepší kondici, jak jen je to možné (Holmerová, 2009). Buijssen (2006) uvádí výčet úkolů, které k tomu pomohou: seznam úkolů a jejich odškrtávání při splnění, zapisování schůzek a návštěv do kalendáře, telefonní čísla napsaná na papíře vedle telefonu a označení místností vypovídajícím obrázkem pro lepší orientaci

7. Reminiscence

Metoda využívající vzpomínek, fotografií, životopisů a předmětů k aktivizaci pacienta s demencí. Může se vytvořit „memory book“ nebo „memory box“. Při manipulaci s těmito předměty se jednodušeji navazuje kontakt a spolupráce. Využít se dá i starý film, hudba či tanec (Holmerová, 2009).

8. Naučený postup

Jde o konkretizaci postupů a rytmů člověka s demencí. Usnadňuje to přechod mezi jednotlivými zařízeními při poskytování péče nebo při střídání pečujících osob. Pokud se dodržují rituály a stereotypy, výrazně se eliminuje bloudění, neklid a jiné negativní projevy (Holmerová, 2009).

9. Prostředí pro lidi s demencí

Prostředí, ve kterém se lidé s demencí pohybují by mělo být přátelské, vlídné, domácí a především bezpečné. Toho se dosáhne odstraněním zbytečných bariér a nástrah, zlepšením orientace pomocí barev, nápisů a označení. Prostor by měl co nejvíce zůstat stabilní a nemělo by v něm docházet k častým a velkým změnám (Holmerová, 2009).

10. Kinezioterapie a taneční terapie

Kinezioterapie spočívá v aplikaci cvičení na židlích, ať už individuálně nebo ve skupině. Spadají sem i procházky. Tanec a hudba usnadňuje neverbální komunikaci a měla by být zařazována z důvodu silného emočního náboje (Holmerová, 2009).

Kromě klasické reminiscenční terapie a kognitivního tréninku uvádí Fertaľová, Ondriová, Hadašová (2017) také **milieu terapii**, též známou jako environmentální terapie. Díky

dostatku smyslových vjemů se osoba s demencí lépe cítí a orientuje v upraveném prostředí, ve kterém žije. Je to velmi individuální holistický přístup vhodný spíše pro lehké a střední stádium onemocnění.

Life style approach, v českém překladu Návod k pacientovi znamená předávání si informací o pacientovi v lehkém a středním stádiu Alzheimerovy nemoci mezi kolegy v multidisciplinárním týmu. Z návodu se lze dozvědět, jaké má člověk zlozvyky, návyky, koníčky, záliby, denní režim, stav soběstačnosti a hygieny nebo podrobnosti o stravování (Fertaľová, Ondriová, Hadašová, 2017).

Autorky souborného článku zmiňují **Psychobiografický model Ervina Böhma**, což je v německy mluvících zemích nejčastěji používaný ošetrovatelský model, který má za úkol respektovat zachované schopnosti a znalosti osoby s Alzheimerovou chorobou a snižovat závislost na péči druhých, tedy podporovat v soběstačnosti (Fertaľová, Ondriová, Hadašová, 2017).

Rodríguez, Meneses a kol. (2017) uvedli studii, které se zúčastnilo třicet pět pacientů s Alzheimerovou chorobou, kteří v intervalu dvakrát týdně absolvovali celkem třicet dva setkání, kde cvičili **Hatha jógu**. Nejen samotní účastníci výzkumu, ale také pečovatelé a blízcí si všimli pozitivní změny nálady, pozornosti a funkčnosti. Zvýšení kvality života nejen osob s demencí při cvičení jógy uvádí také článek „6 ways yoga helps STOP THE CLOCK“ (*Yoga Journal*, 2017, č. 2, s. 8-11).

Quintana-Hernández, Miro-Barrachina a kol. (2016) ve své randomizované klinické studii z Kanárských ostrovů zjistili účinnost techniky **mindfulness** u osob s Alzheimerovou chorobou. Výsledky hovoří o tom, že tato technika by mohla být používána jako nefarmakologická léčba se zpomalujícím účinkem Alzheimerovy nemoci. Hána (2016) vysvětluje mindfulness následovně „...můžeme volně přeložit jako všímavost, duchapřítomnost nebo bdělou pozornost. Jde o stav přítomnosti myslí, kdy si uvědomujeme, co a proč právě teď děláme, věnujeme činnosti pozornost. Zároveň zůstáváme otevření vjemům, ale nenecháváme se jimi vyrušit. Jen si jich všimneme a vracíme pozornost k činnosti. Důležité je nezabíhat do hodnocení dění, jen si ho uvědomovat a zbytečně ho nerozvádět.“

1. 9 Rizikové faktory

Jiráček (2004) potvrzuje fakt, že výskyt demence se s věkem zvyšuje. Mezi varovné příznaky, kterých si ostatní mohou všimnout, patří porucha paměti, postižení aktivit denního

života i chování, emotivity a spánku (Jiráček, 2004). Věk a genetické vlivy považují Koukolík, Jiráček (2004) za ověřené rizikové faktory. Ženské pohlaví, poranění hlavy, nižší vzdělání, hypertenze, kouření, hliník a vyšší hladina sérového homocysteinu jsou dle autorů diskutované vlivy. Nicméně Povová, Ambroz a kol. (2013) uvádí riziko výskytu demence u žen dvakrát vyšší než u mužů. Vysvětlují to tím, že se ženy dožívají vyššího věku, navíc dochází ke změně hladiny pohlavních hormonů. Hauke (2017) přidává úrazy, následky otrav (kyslíčným uhelnatým), poškození cévního zásobení mozku a neurodegenerativní onemocnění (v mozku se ukládá patologický protein). Špatně prokrvený mozek, příliš nízká hladina hormonů štítné žlázy, nedostatek vitamínu B₁₂, nadměrná konzumace alkoholu, mozkové nádory a poranění lebky a mozku, nezdravý způsob života, dědičnost nebo diabetes, to vše se dá považovat za příčiny Alzheimerovy nemoci (Harantová, Danko, 2014).

1. 10 Prevence

Holmerová (2014) doporučuje intenzivní, pravidelnou a příjemnou fyzickou aktivitu k oddálení předčasného stárnutí i kognitivních poruch. Za nejvhodnější, nejpřirozenější a nejefektivnější aktivitu vhodnou pro lidi seniorského věku považuje rychlou chůzi, při které se člověk zadýchá, ale zvládá vést rozhovor. Ideálně půl hodiny denně, v přepočtu na kilometry tak dva až tři. Dále zdůrazňuje, aby člověk i nadále pokračoval ve svých zaběhnutých duševních aktivitách, ať už jde o cokoli. Za nejužitečnější považuje takové činnosti, které využívají přirozené kreativity s přiměřenou náročností a zároveň přinášejí radost.

Z výzkumů o účinnosti kávy, resp. kofeinu vyplývá, že přiměřená konzumace kávy může snížit riziko vzniku neurodegenerativních onemocnění, jakými jsou například Alzheimerova nebo Parkinsonova choroba. Nasvědčuje tomu nižší počet neurodegenerativních onemocnění mezi lidmi, kteří kávu pijí (Wierzejska, 2016).

V rámci aktivního stárnutí by se měli senioři zapojovat do společenského dění a aktivně participovat v oblasti kultury. Osoby v seniorském věku mohou podnikat a být zaměstnaní. Tento fenomén je v dnešní době poměrně častý. Další formou realizace aktivního seniora je dobrovolnictví. Využívání moderních technologií (PC, notebook, chytrý telefon), navštěvování univerzity třetího věku a cestování pomáhá udržet seniora aktivního (Holmerová, 2014). Dessaintová (1999) uvádí výčet aktivit, které by mohl senior vykonávat, aby předešel vzniku neurodegenerativního onemocnění, nebo aby alespoň jeho nástup odložil díky kvalitním kognitivním funkcím. Jsou to:

- Dodržování zdravého životního stylu

- Návštěvy kulturních a společenských akcí
- Denně fyzická aktivita
- Zpívání, tančení, hudba
- Kreativní tvoření
- Trénink paměti
- Drobné práce
- Pozitivní nálada
- Elegantní oblékání

Vzhledem k tomu, že se Alzheimerova nemoc často spojuje s diabetem 2. typu či cévním onemocněním, je nanejvýš vhodná střídavá – prostá, pravidelná a pestrá strava. Omezení nadbytečných kalorií významně oddaluje proces stárnutí. Z tohoto důvodu jsou velmi vhodné např. luštěniny, které zasytí, ale nedají tělu tolik kalorií v jedné porci. Tuky i bílkoviny by měly pocházet ze správných zdrojů v přiměřené míře – ryby. Z ovoce a zeleniny si tělo bere potřebné antioxidanty a vitamíny (Harantová, Danko, 2014). Například u kurkuminu (obsažený v kari a kurkumě) se projevuje příznivý efekt ve vztahu k syndromu demence. To potvrzují i výsledky experimentálních studií komplexů kurkuminu. Na základě složité chemické reakce kurkuminu a určitých iontů dochází k zastavení nesprávnému složení proteinu beta – amyloidu (Balasubramanian, 2016). Využití kurkuminu jako prevenci Alzheimerovy nemoci doporučují i Reddy a kol. (2016). Vyřadit by se měla přeslazená, kaloricky vydatná jídla plná trans-mastných kyselin ve ztužených tucích. Harantová, Danko (2014) dále doporučují konzumovat čerstvé ovoce a zeleninu v nejpestřejších barvách. Dále luštěniny, ořechy, vysoce kvalitní olivový olej lisovaný za studena a jiné kvalitní oleje. Obilné produkty by měly být, pokud možno z celozrnné mouky. Mléčné produkty s vysokým obsahem tuku by se měly omezit ve prospěch nízkotučných mléčných výrobků. Ryby by se měly jíst častěji než vejce. Červené maso jednou týdně působí jako ochrana před vznikem demence. Protektivní látky se najdou v nenasycených mastných omega -3, vitamínech A a E a skupiny B (hlavně kyselina listová) (Harantová, Danko, 2014).

1.11 Prognóza

Jak vyplývá ze Světové zprávy Alzheimer 2015 (Prince a kol., 2015), dojde k markantnímu zvýšení počtu starších lidí. V zemích s vysokým národním příjmem o 56 %. V zemích s nízkým národním příjmem to bude o 239 %. Tento významný nárůst je způsoben dožíváním se vyššího věku. S čímž se váže nárůst chronických onemocnění, tedy i demence.

Tento fakt potvrdila i Zpráva o stavu demence 2016 (Mátl, Mátlová, Holmerová, 2016). Počet osob demencí na celém světě stále narůstá a narůstat bude.

Rok	2016	2030	2050
Počet osob s demencí	7 700 000	74 700 000	131 500 000

Tab. 4: Prognóza demence ve světě (převzato a upraveno z Mátl, Mátlová, Holmerová, 2016)

Rok	1960	1990	2005	2015	2020	2050
Počet osob s demencí	49 000	79 000	105 000	156 000	183 000	383 000

Tab. 5: Prognóza České alzheimerovské společnosti (převzato a upraveno z Mátl, Mátlová, Holmerová, 2016)

Z výpočtů ČAS vyplývá, že frekvence demence se s věkem zvyšuje. U lidí starších 65 let trpí demencí 1 ze 13. U osob nad 80 let je to 1 z 5. U seniorů starších 90 let má demenci každý druhý (Mátl, Mátlová, Holmerová, 2016).

2 Charakteristika vybraných demencí

2.1 Atroficko – degenerativní demence

Úbytek tkáně mozku je zapříčiněn jeho degenerací. Nejčastějším onemocněním je Alzheimerova nemoc. Dále sem spadá demence při Parkinsonově nemoci, demence s Lewyho tělísky, frontotemporální lobární degenerace a další (Hauke, 2017).

2.1.1 Alzheimerova nemoc

„Alzheimerovu chorobu můžeme tedy charakterizovat jako postupně, plíživě se rozvíjející demenci s globálním postižením kognitivních funkcí, aktivit denního života a s častým výskytem behaviorálních a psychologických příznaků demence, bez výrazného kolísání, s lineárním zhoršováním, končící smrtí“ Koukolík, Jirák (2004, s. 142). V počátcích tohoto onemocnění se může osoba s AN snažit prvotní příznaky skrývat. Patří mezi ně repetitivní chování, duševní nepřítomnost, obtíže s detekcí obličejů či zhoršená schopnost orientace ve známém prostředí (Regnault, 2011). Geerlings, Schoevers a kol. (2000) v závěru svého výzkumu uvádí, že u starších osob s vyšší úrovní vzdělání se může deprese objevit jako první symptom dávno předtím, než budou zjevné kognitivní deficity. Povová, Ambroz a kol. (2013, s. 59) hovoří o demenci jako o „*degenerativním nevléčitelném terminálním onemocnění*“ jehož příčiny nejsou doposud známy. Nachází se několik rizikových faktorů, které mohou nejčastější formu demence podpořit ve vzniku. Hauke (2017) považuje Alzheimerovu nemoc za nejčastější příčinu syndromu demence, jelikož dvě třetiny všech případů jsou způsobeny právě touto dlouho se rozvíjející nemocí. Označuje ji též jako nemoc století, jelikož v zemích západního světa se řadí mezi pět nejčastějších příčin úmrtí. Její podstatou je ukládání beta amyloidu ve spánkové a temenní oblasti. To má za následek úbytek neuronů, synapsí a celkové mozkové tkáně. Koukolík, Jirák (2004) ji dávají do kontrastu s vaskulární demencí, která má rychlý rozvoj. V komparaci s ostatními demencemi zde hraje prim porucha všípivost. Porucha paměti (nejprve krátkodobé), orientace, schopnosti se soustředit, hledání slov, vyjadřování, porozumění a praxie jsou typickými ukazateli narušené kognitivní funkce. Dále jsou zasaženy exekutivní funkce, tedy schopnost plánovat, řešit. Stav se stále zhoršuje, osoba s demencí se stává více závislá na pomoci druhých osob. Zhoršuje se hybnost, zacházení s penězi, vaření, konzumace pokrmů, nakupování, jízda dopravním prostředkem, přidružuje se inkontinence a vzniká potřeba pomoci s koupáním, na toaletě a hygieně. Léčba je symptomatická. Odborným lékařem jsou předepisována kognitiva (Hauke, 2017; Koukolík, Jirák, 2004; Kroupová a kol., 2016).

Výsledky pilotní studie Povové, Ambroze a kol. (2013) ukázaly, že 71% osob s ACh mělo nižší než středoškolské vzdělání. Tito absolventi pravděpodobně vykonávali spíše fyzickou práci a zapojovali tak méně kognitivní funkce. Z anamnézy zkoumaného vzorku vyplynulo, že tito lidé měli častější výskyt kardiovaskulárního onemocnění a úraz hlavy. Podle Fertaľové, Ondriové a Hadašové (2017) lze průběh Alzheimerovy nemoci zmírnit, čímž dojde ke zlepšení kvality života a jeho prodloužení. Návodem k tomuto slouží včasná diagnostika, správná farmakologická a nefarmakologická léčba. Samozřejmě probíhají výzkumy, které se zabývají vyvinutím léku, který by úplně zabránil vzniku nebo alespoň zpomalil průběh ACh. Nicméně jsou „...stále len dva základne farmakologické pristupy – inhibícia cholinesterázy a antagonistické ovplyvnenie NMDA (N-methyl-D-asparagová kyselina) receptorov“ (Fertaľová, Ondriová, Hadašová, 2017, s. 119). Poruchy chování, spánku, změny nálad, bludy, halucinace se řeší nekognitivní farmakoterapií. V případě léčby poruch myšlení, vnímání, emocí a agitovanosti se podávají antipsychotika, která pacienta uklidní. Nefarmakologická terapie narůstá na významu, jelikož s přibýváním osob s Alzheimerovou chorobou narůstají také náklady na jejich léčbu. Přestože je v dnešní době velký výběr možných postupů, je potřeba stále myslet na individuální přístup (Fertaľová, Ondriová, Hadašová, 2017).

2. 1. 2 Demence s Lewyho tělísky

U demence s Lewyho tělísky vznikne nejprve poškození mozkové kůry a v pokročilejších stádiích postižení hybnosti. Běžně se vyskytují kolísavé zrakové halucinace. Léčí se rivastigminem, stejně jako demence u Parkinsonovy choroby (Hauke, 2017). Velmi podobná si je s AN v pomalém, nenápadném rozvoji, v poruchách řeči a bloudění po známých prostorách. Vzhledem k fluktuujícímu charakteru v krátkém časovém úseku připomíná vaskulární demenci. Další typickou charakteristikou je porucha extrapyramidového systému hypertonicko – hypokinetického typu. Přítomny jsou především rigidita, šouravá chůze, ale také sklon k pádům, potíže se začátkem chůze i jiných pohybů. Často se připojují deliria s neklidem, halucinace v podobě osob či scén, paranoidně – perzekuční bludy (Koukolík, Jiráček, 2004).

2. 1. 3 Demence při Parkinsonově nemoci

Demence při Parkinsonově nemoci vzniká ukládáním patologického proteinu presenilinu v mozkové kůře a bazálních ganglií. Poškodí – li se nejprve bazální ganglia, dojde ke vzniku Parkinsonovy choroby, ale demence se nemusí rozvinout (Hauke, 2017). Při demenci u Parkinsonovy nemoci je běžné porušení abstraktního myšlení, paměťových i exekutivních funkcí. Pozornost přitahuje pomalost osoby s touto nemocí, celková hypomimie, pomalá a intonací nevýrazná řeč (Koukolík, Jiráček, 2004).

2. 1. 4 Frontotemporální lobární degenerace

Jde o skupinu různých onemocnění, která demenci způsobí. Frontotemporální lobární degenerace zahrnuje například frontotemporální demenci, při které je výrazné společensky nevhodné chování i se sexuálním zaměřením nebo projevy agresivity. Progresivní afázii doprovází zhoršená verbální exprese, hledání slov, chyby ve slovosledu i slovech. Porušení recepce řeči i slov je typické pro sémantickou demenci, která později progreduje do frontotemporální demence (Hauke, 2017).

2. 1. 5 Huntingtonova choroba

V klinickém obraze se vyskytují psychické poruchy, konkrétně demence, emocionální změny a poruchy chování. Osoby s touto nemocí ztrácí sebekontrolu, jsou impulsivní a podráždění. Mohou se vyskytovat bludy a halucinace. Z motorických příznaků lze vyjmenovat choreativní záškuby, problémy vůlí ovládat pohyby, častější výskyt pádů, dysartrie a dysfagie. V počátcích demence se projevuje zapomínání a poruchy soustředění. Postupně se přidávají problémy s pojmenováním věcí, s řečí, v exekutivních funkcích, s navazováním konverzace a soudností (Koukolík, Jiráček, 2004).

2. 2 Ischemicko - vaskulární demence

Ischemicko - vaskulární demence vzniká z postižení cévního zásobení mozku a mozkových infarktů (Kroupová a kol., 2016). Vavrušová a kol. (2012) uvádí dřívější označení multiinfarktová demence. Podle Hauke (2017) je tento typ demence druhým nejčastějším. Může být zasažena jak mozková kůra, tak i jiné oblasti mozku. To vede k velké variabilitě klinického obrazu. Vzhledem k tomu, že se demence zhoršuje s každou další cévní mozkovou příhodou (dále jen CMP), je to změna docela rychlá, nikoliv tedy plíživá a pomalá, jako u AN. Je však nutné zohledňovat individualitu každého jedince a připustit fakt, že to může být i jinak, než je tradičně uváděno. Vaskulární demenci doprovází další onemocnění cév (ischemická choroba srdeční, ischemická choroba dolních končetin, CMP) a rizika vaskulárního onemocnění. Hauke (2017) mezi ně řadí tato onemocnění: obezita, cukrovka, vysoký krevní tlak a vysoké hladiny krevních tuků. Mezi symptomy se objevují emoční labilita, střídání emocí, depresivita, zhoršenou motivaci a duševní kondici. Předepisují se léky s ginko bilobou. Vavrušová a kol. (2012) uvádí narušení exekutivních funkcí a mnestických funkcí, což se odráží na zhoršené schopnosti komunikace. Pokud je narušení v perisylviové oblasti, bude klinický obraz vypadat jako u afázie s přidruženou poruchou pružné reakce na komunikační kontext. Jsou – li zasaženy spíše posteriorní části mozku, projevují se symptomy jako u Wernickeho afázie, přičemž dominují poruchy porozumění mluvené řeči. Zasáhne – li léze subkortikální oblasti, typickým

projevem je dysartrie a/ nebo apraxie řeči. Pokud je vaskulární demence spojena s Alzheimerovou chorobou, příznaky se stupňují.

2.3 Sekundární demence

Nejprve vznikne onemocnění, které nějakým způsobem poškodí mozek a dojde k rozvinutí demence. Například kardiovaskulární onemocnění, konkrétně CMP. Při nedostatečném zásobení část mozku odumře. Pokud vznikne demence, nazývá se vaskulární. Smíšená demence vzniká vlivem cévních poruch na již vzniklou demenci. Ostatní sekundární demence jsou způsobeny poruchami látkové výměny, infekcemi, úrazy nebo otravou (Hauke, 2017).

Demence způsobené infekcí	AIDS, herpetické encefalitidy
Demence zapříčiněné priony	Creutfeldtova-Jakobova choroba, bovinní spongioformní encefalopatie
Demence s metabolickou etiologií	Hereditárně podmíněné: Wilsonova choroba, akutní intermitentní porfyrie
	Hereditárně nepodmíněné: uremická encefalopatie, jaterní selhání, metabolický rozvrat
Demence z intoxikace organismu	Alkohol, farmaka, průmyslová intoxikace, intoxikace CO
Epilepsie doprovázená demencí	
Demence z traumatu	
Demence při hydrocefalu	
Demence způsobené tumory	Tumory primárně mozkové, mozkové metastázy
Avitaminózní demence	Deficit niacinu, folátu, vitamínu B ₁₂

Tab. č. 6: Přehled sekundárních demencí (převzato a upraveno z Kalvacha, 2008)

3 Narušená komunikační schopnost u osob s demencí

„Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když je některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.“ Lechta (2003, s. 17). Narušená komunikační schopnost (NKS) při demenci je zařazována do kategorie neurogení poruchy řeči (Vavrušová a kol., 2012).

Zgola (2003) upozorňuje na významnost komunikace ve vztahu osoby s demencí a terapeutem i rodinnými příslušníky. Ti mají často pocit, že se ztrátou komunikace se také ztrácí vztah s jejich nemocným příbuzným. Porucha komunikace zapříčiněna kognitivní poruchou může bránit vzniku vztahu i mezi personálem a pacientem. Kvalita života každého jedince je určována jeho vztahy s okolím, proto je tedy nesmírně nutné udržovat také kvalitní komunikaci.

Kognitivní procesy, především paměť a intelektové schopnosti určují adekvátnost použití jazyka. Ten je podle Nubauera (2007) komunikačním kódem, jenž je tvořen signály, znaky a symboly. Do procesu využívání vstupují také schopnost učit se novým informacím a nepoškozené cereberální funkce.

Osobám s Alzheimerovou chorobou dělá největší potíž užívat kreativní myšlení při konverzování. Ze začátku je narušena více lexikální rovina, než ta fonologická nebo syntaktická. Jednotlivé nedostatky se postupně zvyrazňují, popřípadě i kvalitativně mění (Vavrušová a kol., 2012). Při práci s jedinci s demencí se dají vyzorovat různé jazykové stereotypy. Krásný příklad automatické řeči uvádí Koběřská a kol. (2003, s. 20) *Pečovatelka (komentuje oblékání halenky): „Jedna ruka, druhá ruka.“ Klientka: „Třetí ruka.“ Pečovatelka: „Není.“ Klientka: „Není přítomna.“ Pečovatelka: „Třetí ruka není přítomna.“* Je zde vidět zřejmá návaznost na početní řadu řadových číslovek. „*Stejně tak ve svém povolání učitelky nejspíše často používala slovní spojení „není přítomna“, které se jí okamžitě vybavilo.*“ Koběřská a kol. (2003, s. 20).

Zgola (2003) uvádí, že u lidí s demencí není narušena řeč v tom smyslu, kdy je tvořena koordinací svalů hrtanu a úst. Naopak jazyk je často narušen ve složce expresivní i receptivní. Expresivní složka spočívá ve vlastním vyjadřování a formulování myšlenek. Vyskytují se parafázie. Zgola (2003) je vysvětluje jako používání nevhodného slova, významově podobného nebo ze stejné kategorie. Bauerová, Cséfalvay, Marková (2016) dodávají, že u osob s demencí je jeden druh parafázií, buď sémantické nebo fonemické. Přítomna je také anómie. V tomto případě člověk s demencí neúspěšně hledá dané slovo. Jako kompenzační mechanismus je často využíván opis. Vynikají v něm především velmi vzdělané osoby v počátečních stádiích. Tato

schopnost se časem vytratí. Dalším symptomem v poruše exprese je porucha slovosledu, kdy klient s demencí skládá slova chaoticky a věta tak nedává smysl, Zgola (2003) označuje jako slovní salát. Receptivní složka je zásadní pro porozumění a dekodováním myšlenek. Vzniká tak problém s rozlišením slov a porozuměním složitějším větám.

3.1 Kognitivně komunikační poruchy při demenci

Osoba s demencí má obtíže ve vykonávání komplexních úloh skládajících se z vícero kroků. Je narušeno porozumění mluveného i čteného projevu. Propojování nových informací se staršími je výrazně poškozeno. V projevu osoby s demencí chybí logika, koheze a koherence. Porucha pozornosti se projevuje ve sníženém porozumění řeči i čteného textu, v produkované řeči bez obsahu, v nedostatečné kompetenci udržet konverzační téma a samozřejmě potřeba opakovat otázku či jednotlivé kroky. Lidé s demencí odpovídají s dlouhou latencí. Čtení a psaní je deficitní. Stejně tak schopnost se orientovat v myšlenkách sdělení a detailech vyprávění. S tím souvisí problém ve shrnutí hlavních myšlenek obsahu promluvy či textu. Vnímání a porozumění intonaci a neverbálním projevům je narušeno. Z poruch myšlení dominuje porucha abstraktního myšlení a sociální komunikace. Osoby s demencí mají potíž porozumět humoru, metaforám, ironii nebo řečnickým otázkám či vykonat matematické úkony. Z exekutivních funkcí dominuje například narušení schopnosti dlouhodobě plánovat, korigovat emoční projevy, schopnosti kontrolovat čas, krátkodobé paměti, pozornosti (Vavrušová a kol., 2012).

Bauerová, Cséfalvay, Marková (2016) dělí jazykové deficity při demenci vzhledem k projevu ve slovech, větách a textu.

- Deficity na úrovni slov

Narušení fonologických a sémantických procesů výrazně narušuje jak formální, tak významovou složku slova. Vyskytovat se můžou dysartrie jakožto nepřesná artikulace při narušení fonetické stránky řeči a motoneuronu, řečová apraxie a řeč s neplynulostmi. Ve fonologické dimenzi slova se mohou objevovat záměny zvuků, těžko rozpoznatelná struktura slova či neologismy. Ruku v ruce s tímto porušením jdou také deficity v porozumění řeči, opakování slov i pseudoslov, pojmenování obrázků a spontánní řeč. Pauzy nebo cirkumlokuce jsou důsledkem narušení zvukové podoby slova. Problémy na úrovni sémantického systému slova jsou například v sémantických kategoriích, rozpadávání sémantických sítí. Vyskytují se problémy s pojmenováním obrázku nebo ve spontánní řeči (Bauerová, Cséfalvay, Marková, 2016; Vavrušová a kol., 2012). Příklad apraxie v řeči je demonstrován na příkladu, kdy paní

viděla jí známou budovu kasáren, ale vyslovila místo toho slovo „*sakárna*“ Koběrská a kol. (2003, s.20).

- Deficity na úrovni vět

V produkci vět lidí s demencí dominují agramatismy. Narušení v kognitivních procesech způsobuje narušené porozumění vět (Bauerová, Cséfalvay, Marková, 2016). Vavrušová a kol. (2012) dodává, že to může být ovlivněno rychlostí představení podnětu. Koběrská a kol. (2003) upozorňuje na fakt chybného slovosledu ve vyjadřování svých myšlenek při jejich zachovalé přítomnosti.

- Deficity na úrovni textu

Zpracování informací prezentovaných prostřednictvím textu je velmi náročné na exekutivní funkce. Jedním z prvních příznaků demence na úrovni textu, který lze vyzorovat, je neschopnost tvořit souvislé příběhy s informační hodnotou. Je narušeno odkazování pomocí zájmen. Například při chápání přísloví mají osoby s demencí problém potlačit doslovný význam. Problém také nastává při vytváření úsudků (Bauerová, Cséfalvay, Marková, 2016).

3.2 Narušení v lexikálně – sémantické rovině

Stuart – Hamilton (1999) uvádí anomii jako jeden z prvních symptomů. Definuje ji jako poruchu pojmenování pojmů. Osoby s demencí používají více obecných pojmenování než konkrétních. Názvy často zaměňují za jiná slova ze stejné sémantické kategorie. Mezi další symptomy narušené komunikační schopnosti u demence řadí autor intruzi a perseverace. Intruzi vysvětluje jako opakování své předchozí odpovědi na novou otázku. Perseveraci chápe jako opakování slov nebo slovních spojení dvakrát a vícekrát za sebou. Projev jedince s demencí se může jevit jako rozvláčný z důvodu opisu. Osoba s demencí má problém s porozuměním instrukcím.

3.3 Narušení ve fonologické rovině

Podle Stuart – Hamiltona (1999) je fonologická rovina nejméně zasažena, jelikož si člověk s demencí u AN dokáže opravit vlastní vadnou výslovnost.

3.4 Narušení v morfologicko – syntaktické rovině

Stejně jako fonologická rovina, není i morfologie zasažena nijak výrazně. Osoba s demencí chápe strukturu slova, syntax a intonaci (Stuart – Hamilton, 1999).

3.5 Narušená komunikační schopnost podle stádií demence

(Bauerová, Cséfalvay, Marková, 2016) třídí symptomy kognitivně – komunikačních poruch do jednotlivých stádií demence následovně:

1. Počáteční stádium

- Osoba s demencí si je vědoma svých jazykových a komunikačních obtíží.
- Nejvíce je postižena schopnost udržet konverzaci: nedokončení vět, zapomenutí komunikačního záměru, repetice.
- Anomie = porucha lexikálního vyhledávání a z ní vyplývající cirkumlokuce (opis hledaného výrazu), perseverace (opakování slov a vět) a parafázie (záměny slov).
- Narušení sémantické roviny negativně ovlivňuje porozumění i produkci.
- Z důvodu zhoršování sémantické paměti se v řeči osob s demencí objevují stereotypní fráze, vmetková slova a klišé.
- Z globálního hlediska však úroveň komunikace stačí na běžné dorozumění se.
- V důsledku poruch paměti dochází ke zhoršení možnosti porozumět delším psaným celkům.
- V grafické stránce řeči se vyskytují dysgramatismy, paragrafie, perseverace a prostorové narušení (Bauerová, Cséfalvay, Marková, 2016).

2. Střední stádium je charakterizováno Bauerovou, Cséfalvayem, Markovou, 2016) těmito symptomy:

- Lidé v tomto stádiu si méně uvědomují své problémy v jazyce i komunikace.
- Dezorientace v čase a prostoru se zhoršuje, stejně jako paměťové a komunikační schopnosti.
- Řeč je sice fluentní, ale pomalá a váhavá.
- Obsah řeči je výrazně poškozený z důvodu prohlubování sémantického deficitu.
- Slovní zásoba se velmi redukuje, stejně tak schopnost zařazovat pojmy do sémantických kategorií.
- Vzhledem ke zhoršené pracovní paměti a meta-lingvistických schopností může docházet k opakování slov, vět a myšlenek.
- Během progresu nemoci dochází k redukci spontánní řeči na stereotypní fráze bez obsahu.
- Percepce mluvené řeči je výrazně poškozena i na úrovni jednoduchých instrukcí.

- Nicméně porozumění čtenému textu může být zachováno.
- Psaní slov na diktát je v pořádku, což se nedá říct o spontánním psaní.
- Při grafické produkci dominují dysgramatismy, paragrafie a distorze písmen.
- Čtení nahlas je možné, ale osoba s demencí však rychle zapomene obsah.
- V běžné komunikaci odpovídají na otázky, rozumí základním gestům.
- Během konverzace nemusí odhadnout kontext, říkají nevhodné poznámky, upřednostňují nevhodná témata, mluví nesouvisle a odklání se od tématu.
- Lidé s demencí v tomto stádiu dokáží dát najevo, že neporozuměli informaci.

3. Ve finálním stádiu dominují tyto symptomy (Bauerová, Cséfalvay, Marková, 2016):

- Nastává komplexní deteriorace a degradace osobnosti.
- Rozvíjí se globální demence.
- Vyskytují se afázie, akalkulie, apraxie, alexie, agrafie, agnózie a obrovský deficit paměti.
- Osoby s demencí v tomto stádiu mají minimální schopnost řešit problémy.
- K dezorientaci v prostoru a čase, která se mj. zhoršuje, se přidává dezorientace vlastní osobou.
- Z komunikačních dovedností se zachovaly pouze výměna rolí a udržování zrakového kontaktu.
- Je – li produkce možná, je tempo řeči velmi pomalé
- Obsah řeči je bizarní, nesmyslný, se žargonem.
- NKS se může projevit jako mutismus, palilálie nebo echolálie.
- Sloům, která se nejvíce vyskytují v běžné konverzaci, rozumí.
- Spíš než obsahem slovní výpovědi se osoby s demencí v tomto stádiu řídí prozodickými faktory.
- Porozumění čtenému textu je omezené
- Psaní je narušeno globálně.

3.6 Komunikace s osobami trpícími syndromem demence

Zgola (2003) upozorňuje na skutečnost, že při komunikaci osobami s demencí nemůžeme spoléhat na jejich flexibilitu v souvislosti s doplněním a upravením nepřesností sdělení druhého. Je nevhodné používat dvojznačná slova a domnívat se, že si le dasco domyslí. V přístupu k lidem s demencí by měla být zahrnuta trpělivost, pozornost, empatie, neverbální

komunikace, respekt individuality jedince, reflexe jejich stavu, potřeb a především humor. Aby se člověk úspěšně zapojil do sociálního prostředí, je nutné, aby dokázal komunikovat, navazovat a udržovat sociální vztahy. U osob s demencí je nejprve postižena verbální složka. Může tak dojít k jejich izolaci, i když kolem sebe mají lidi. I při těžších stádiích demence se dá nalézt způsob, kterým se dá komunikovat. Například formou jednoduchých verbálních a neverbálních sdělení, gest, chování, emocemi (Holmerová, Jarolímová, 2009). Zgola (2003) doplňuje strategie komunikace o doporučení nepředělovat osobu s demencí. Maximální snaha předejít hádkám je též na místě.

3.6.1 Zásady pro správnou komunikaci s osobou s demencí

Z důvodu poruch pozornosti je nesmírně důležité zajistit vhodné podmínky pro komunikaci s osobami s demencí, protože jsou na jakékoliv rušivé vlivy mnohem senzitivnější (Koběrská, 2003).

Při komunikaci s osobou s demencí je vhodné být ve stejné výšce, aby byl zrakový kontakt přirozený. Ten se má udržovat především, když člověk s demencí vypráví. Dává se mu tím najevo, že je poslouchán. U žen je možné si namalovat rty výraznější rtěnkou, aby se lépe upoutala pozornost. Mluvit se má zřetelně, pomalu s klidným hlasem. To, co má být sděleno je vhodné strukturovat do kratších, přesných vět. Potřeba souladu obsahu mluveného a mimického vyjádření nejen pečující osoby je zásadní. Při vyjádření přání osoby s demencí, které ale neodpovídá faktickému vyjádření je nutné si ověřit, co skutečně chce. Pro práci s lidmi s demencí je žádoucí, aby byl v místnosti klid. Tedy aby byla vypnutá televize i rádio. Byly zavřené dveře, ztišený mobil a zamezilo se vyrušením dalšími osobami. Lidé s demencí se totiž nechají snadněji vyrušit a jsou v hlučném prostředí lehce přetížitelnější. Celkově by měla panovat klidná atmosféra. Při každém setkání se doporučuje podat klientovi/pacientovi ruku (König, Zemlin, 2017). Vysoký a hlasitý hlas nedoporučuje ani Koběrská a kol. (2003), protože by to u lidí s demencí mohlo vyvolat úzkost a tenzi. Naopak klidný, nižší tón hlasu s houpavou melodickou intonací navozuje klid a pomáhá ke koncentraci pozornosti. Harantová, Danko (2014) doporučují společenské přešlapy přecházet mlčením. S osobou s demencí nediskutovat a složitě před ní neargumentovat. Měla by být patrná snaha o vyhýbání se hádkám, nahrazena odváděním pozornosti. Při agresivním jednání by mělo okolí zůstat nad věcí, jedince s demencí uklidnit a odvézt jeho pozornost jinam. Pokud se pečující osoba rozcílí, měla by odejít z místnosti. Zgola (2003) zdůrazňuje fakt, že osoba s demencí má poruchu komunikace v důsledku emocionální závislosti, neschopnosti dělat kompromisy či ústupky. Lidé s demencí je potřeba ujišťovat, že jim člověk jde pomoci. Je důležité přizpůsobit se individuálním

možnostem a potřebám, brát ho takový, jaký je. Dalším důležitým faktem je získat o klientovi co nejvíce informací z jeho předchozího života, na jejichž základě bude snadnější navázání kontaktu. Pro člověka s demencí je zásadní mít vlastní hodnotu a být oceněn. Aby se předešlo agresivním reakcím, nemělo by se člověka s demencí upozorňovat na jeho nedostatky, nekritizovat. Je potřeba mít na paměti, že člověk s demencí, byť plně nerozumí obsahu verbálního sdělení, vnímá atmosféru a tón hlasu. Nemělo by docházet k událostem, kdy je osoba s demencí ponechána v situaci, ve které může selhat. Mělo by se jí dostat povzbuzení a možnosti dělat činnosti v přiměřeném tempu. Maximální by měla být snaha o udržení paměti na určité úrovni. Při její poruše je žádoucí využívat opakované a stereotypní postupy, které dodávají pocitu bezpečí a jistoty. Podle toho, jak to má kdo rád, je možný fyzický kontakt. Například podržení ruky nebo pohlazení hlavy, ramen atp. Komunikace by měla probíhat co nejjednodušeji, jelikož člověk s demencí reaguje na náladu druhých osob. Úsměv je oplácen úsměvem. Věty oznamovací i tázací by měly být kladeny co nejjednodušeji a nejjednoznačněji. Aby byla osoba s demencí uchráněna před strachem a zmateností, měl by být odstraněn jakýkoliv šum. Samozřejmostí komunikace s lidmi s demencí je to, aby si navzájem viděli do obličeje, aby byly používány adekvátní hlasitost a tempo. Doprovázející neverbální komunikace by měla být přiměřená, ale výstižná. Pokud je to možné, snažit se o co největší názornost a konkretizaci obsahu sdělení. Osoby s demencí velmi snadno vycítí spěch druhé osoby, což je zneklidní. Z důvodu poruchy kognitivních funkcí dochází často k bránění se péči a nepřiměřeným reakcím (obviňování) na nenadálé situace (Holmerová, Jarolímová, 2009).

Harantová, Danko (2014) přidávají opakování jmen během rozhovoru, vyhýbání se náhlým změnám tématu a ignorování chyb ve výběru slov. Vyjádřit se tak jasně, aby to druhý člověk pochopil je pro osoby s demencí těžké. Se zhoršujícím se stavem je to obtížnější a obtížnější. Stejně tak pochopení toho, co komunikační partner říká. Chybí rovnováha konverzování (Buijssen, 2006). Vzhledem k tomu, že se člověku s demencí v prvním stadiu hůře vybavují slova, jeho vyjadřování je nejasné a prázdné, jelikož nevyjadřuje nic konkrétního. Pokud si nemůže vzpomenout na konkrétní slovo, řekne jiné, velmi podobné. Schopnost porozumění je v této fázi zachovaná (Buijssen, 2006). V prostředním stádiu je podle Buijssen (2006) pro osobu s demencí těžké se zapojit do hovoru. Okolí si myslí, že rozumí tomu, co se říká, ale nemusí tomu tak být. Člověk s demencí začne vyprávět bez úvodních frází, které by osvětlily kontext. Málokdo má v tomto stádiu zachované porozumění abstraktním pojmům. Stírá se schopnost rozlišovat mezi minulostí a přítomností. Při vyprávění, které dá osobě s demencí velmi zabrat, protože je pro něj těžké poskládat větu, není přítomna logická struktura

a souvislosti utíkají. Kompenzace spočívá v řadě automatismů a běžných frází. V posledním stádiu přestává člověk s demencí používat řeč k dorozumívání se. Veškeré naučené fráze se vytrácí a zůstávají jen neartikulované zvuky. Reaguje na fyzické stimuly, kterými jsou například teplo, chlad či bolest (Buijssen, 2006). Při konverzaci s osobou s demencí se nedoporučuje šeptat, protože to může vzbuzovat pocit nedůvěřivosti a obavy. Velmi nevhodné je mluvit o ní ve 3. osobě. Naopak je podstatné mít na konverzaci dostatek času (Buijssen, 2006). Bartoš, Hasalíková (2010) uvádí doporučení pro pečující osoby. Mezi ně patří například požadavek na jasné a stručné vyjadřování v krátkých větách s jedinou informací. V blízkosti nemocného jsou doporučovány klidné, pomalé a plynulé pohyby. Otázky by měly být kladeny jedna po druhé. V rámci prevence nepříjemných situací se vyplatí bedlivě pozorovat neverbální projevy osoby s demencí.

3.6.2 Verbální komunikace

Rozhovor by měl být jasný a stručný. Pokud má člověk s demencí něco udělat, nelepší je mu to říci těsně před tím, než to má vykonat a v té dané situaci, prostředí. Pro zajištění porozumění se hodí, když uvidí, co by měl konkrétně udělat. Ještě více však pomůže udělat společně první krok. Buijssen (2006) uvádí, že osoba s demencí potřebuje na zpracování informace pětkrát více času než intaktní člověk. Při komunikaci s člověkem s demencí je nutné mít stále na paměti, že je nemocný a není nutné se bít za každou pravdu. Když trváme na tom, že je správně květen, přičemž ten druhý si myslí, že je duben, akorát to vyvolává konflikty. Nechat některé věci být se je osvobozující. Samozřejmě je nutné člověka s demencí v některých situacích opravit. Je potřeba myslet na to, že nikdo nechce zažívat neúspěch a dělat chyby. Proto je správná formulace opravujících myšlenek velmi důležitá. Buijssen (2006, s. 64) napovídá konkrétními formulacemi: „*opravdu to není důležité, ale....*“ nebo „*nic si z toho nedělej, všichni občas děláme chyby*“. Když se přijde na návštěvu k osobě s demencí, je doporučováno neatakovat ho otázkami, ale spíš vyprávět, co kdo zažilo, kde kdo byl, co koho rozesmálo, co kdo podnikl atp. To, že nemusí všemu rozumět až tak nevádí. Důležité je, aby na něj působily kladné emoce a bylo zřejmé pozitivní naladění vypravěče z neverbálního chování. Vzhledem k tomu, že vzpomínky na dávné události zůstávají déle než ty nové události, je příjemné propojovat rozhovor s dřívějšími zvyky, zájmy a zkušenostmi osoby s demencí.

3.6.3 Neverbální komunikace

Koběrská a kol. (2003) radí do neverbální komunikace gesta, postavení těla, výraz tváře, intonace hlasu, tempo řeči, pokynutí a pohlazení. Dále doporučuje korelaci mezi neverbálním a verbálním sdělením k lepší srozumitelnosti projevu.

Ellis a Astell (2017) vytvořily techniku s využitím nonverbální komunikace s názvem Adaptive Interaction, která slouží jako nástroj ke zjišťování komunikačního repertoáru jedinců, kteří ztratili schopnost verbální komunikace z důvodu demence. Reakce respondentů byly rozděleny do dvou kategorií – základní a intervenční. Během aktivit byly vyzorovány následující komponenty neverbální komunikace: zrakový kontakt, výraz emocí a pohyb.

Při komunikaci s osobou demencí se má mluvit normální hlasitostí, jelikož její zvýšení může vést k dezinterpretaci ve smyslu hněvu a sám bude reagovat popudlivě, úzkostně, se strachem nebo projevem neklidu. Buijssen (2006) tedy doporučuje klidný, milý a vlídný hlas pro zajištění hladkého průběhu přátelské konverzace, jež je doprovázena úsměvem. Dalším usnadňujícím faktorem komunikace je udržování zrakového kontaktu či pobyt v zorném poli pacienta. Aby se snížilo napětí a úzkost, doporučuje Buijssen (2006) komentovat aktuální situace, aby byl člověk s demencí v obraze. Celkově by komunikace měla probíhat co nejvíc názorně. Nelze se spoléhat na fakt, že osoba s demencí ví, co znamená jaro nebo jak je to s počasím. Pokud již není verbální komunikace možná, slova mohou být nahrazena objetím kolem ramen, jemným poplácáním po zádech, pohlazením po paži, držením za ruku a usmíváním se. Vnímání melodie řeči je zachováno i v terminálním stádiu nemoci. Buijssen (2006) zdůrazňuje fakt, že pouhá přítomnost blízké osoby, kterou zná a důvěřuje jí, znamená pocit bezpečí a lásky.

4 Logopedická intervence u osob s demencí

Bauerová, Cséfalvay, Marková (2016) navrhuji stimulaci pozornosti, paměti, exekutivních funkcí nebo řešení problémů. Vhodný je také zácvik osob s demencí a jejich nejčastějších komunikačních partnerů v strategiích efektivní komunikace. Dále doporučují využívat komunikační pomůcky, mezi které řadí paměťové knihy a alba, jež podporují přirozenou naraci, tzv. „memo boards“, tedy pojmy na kartičkách, na tabuli či nástěnce. Jejich obsahem jsou obrázky, které napomáhají při redukci repetitivního chování. Vzpomínkové video podpoří konverzaci a expresi osoby s demencí. Je potřeba si uvědomit, že péče o lidi s Alzheimerovou chorobou je dlouhodobá a náročná. Spolupráce osoby s demencí i jejich rodinných příslušníků je nezbytná esence logopedické terapie. Ta souvisí s farmakoterapií, léčebně – pedagogickými a psychologickými terapiemi. Přestože je prognóza této choroby jasně negativní, dají se symptomy zpomalit, progres oddálit a zajistit tak osobě s demencí i jejím blízkým delší období funkční komunikace a tím zvýšit kvalitu života všech zúčastněných.

Vzhledem k méně konzistentnímu verbálnímu projevu a zhoršené schopnosti udržet plnohodnotnou konverzaci osob s demencí, byla by vhodná metoda brainstorming na téma osobě blízké. Dá se dělat i ve skupině, kde se jedinci navzájem inspirují. Myšlenky se vyjadřují verbálně (je vhodné je i písemně zaznamenávat vzhledem k poruše paměti u této cílové skupiny) bez přemýšlení. Podporuje to kreativitu, myšlenkovou aktivitu a spontánní produkci. Zásadním faktem je, že v podstatě každý nápad je přípustný. Naopak kritika a diskuze je v této fázi nežádoucí (Klippert, 2013). Pokud má člověk s demencí problém s porozuměním řeči, lze využít synonyma nebo co nejpřesnější popis předmětu (Zgola, 2003). Komunikace bude funkčnější, je - li podpořena gesty a konkrétními příklady. Aby terapie probíhala bezproblémově, zdůrazňuje Zgola (2003) nutnost respektovat důstojnost, identitu a potřeby osoby s demencí. Je důležité, aby se mezi klientem a terapeutem vytvořil rovnocenný vztah, který může oba obohatit. Aby došlo k úplnému pochopení reakcí člověka s demencí, doporučuje Zgola (2003) si představit, jak asi vnímá svět, vcítit se do něj. Fakt, že osoba s demencí u činnosti nevydrží soustředěna déle než 2 minuty, docela komplikuje logopedickou intervenci. Může docházet k neschopnosti začít nebo ukončit úkol, ke zmateným reakcím, snížené schopnosti reagovat nebo neschopnosti odolávat rušivým podnětům. Jiným problémem může být fixace na nepodstatný detail úkolu, čímž zapomene na celek (Zgola, 2003).

Zgola (2003) uvádí náměty na terapii osob s demencí rozdělené podle jednotlivých kategorií.

- **Paměť**

- Přestat se spoléhat na krátkodobou paměť a spíše využívat tu dlouhodobou.
- Vyhýbat se otázkám s otevřeným koncem.

- **Jazyk**

- Používáním slov, které produkuje sama osoba s demencí se pravděpodobně předejde nedorozuměním.
- Terapeut by měl být důsledný, ale není nutné pedantické lpění a opravování klienta kvůli správnému výrazu.
- Velká část pozornosti by se měla zaměřit na neverbální komunikaci, používání gest a konkrétních předmětů.
- Tempo řeči by mělo být klidné a pomalé.

- **Pozornost**

- Minimalizovat rušivé podněty v okolí.
- Poskytovat smysluplné a konzistentní podněty.
- Informace podávat strukturovaně v malých dávkách.
- Terapeut by měl svá očekávání přizpůsobit možnostem jedinci s demencí.

- **Úsudek, náhled**

- Předvídat možné chyby.
- Netrvat na tom, aby se osoba s demencí k něčemu přiznala.
- Zredukovat možnost výběru.
- Vytvořit a udržet si vztah založený na důvěře.
- Snažit se vyhýbat negativním konfrontacím.
- Využívat zachovaného logického myšlení.

- **Vnímání**

- Eliminace nepotřebných, vyrušujících, nejednoznačných stimulů.
- Podporovat komplexní zapojování více smyslů.
- Udržovat stabilní, neměnné prostředí.
- Barevné kontrasty a matné povrchy napomáhají vnímání.
- Kvalitní plnohodnotné osvětlení.
- Odstranění ostrého světla a stínů.

- **Organizace pohybu**

- Vystavovat klienta s demencí takovým situacím, kdy se požadované chování spustí automaticky.
- Pokud se osoba s demencí ztratí a neví, jak dál, je vhodné začít v místě, kde si byla jistá.
- Činnosti by měl terapeut začínat sám, člověk s demencí se připojí a činnost převezme.
- Pomáhat při rozhodování.
- Respektovat rozhodnutí osoby s demencí a nenutit ji dělat něco, co nechce.

4.1 Logopedická diagnostika

Bauerová, Cséfalvay, Marková (2016) zdůrazňují nutnost zhodnocení všech jazykových rovin a úrovní zpracování jazykové informace. Tabulky č. 6, č. 7 a č. 8 uvádí diagnostické materiály vhodné pro slovenskou populaci. Z českých materiálů lze využít některé subtesty „Pražského afaziologického vyšetření – PAV“. Například Rozumění mluvenému slovu, Čtení, Počítání ústní nebo Počítání písemné. Z koncepčního modelu diagnostiky neuropsychologie – logopedie lze využít subtesty hodnotící výkonnost v sémantice, čtení či slovní zásobě. „Vyšetření fatických funkcí – VFF“ lze použít z části, konkrétně subtesty Porozumění mluvené řeči, Vyšetření nominativní funkce řeči, Vyšetření čtení a psaní (Neubauer a kol., 2007). Subtesty Fonologické, Morfologické a Syntaktické kompetence, Lexikální a Sémantické fluence by se též daly využít k orientační diagnostice NKS u demence (Cimlerová a kol., 2014).

Diagnostika afázie, alexie a agrafie	Detailní popis produkce a porozumění slov
Test pojmenování obrázků	Detekce problému lexikálního vyhledávání slov, sémantický deficit

Tab. č. 7: Diagnostické materiály na úrovni slova (převzato a upraveno z Bauerová, Cséfalvay, Marková, 2016, s. 261)

Test porozumění větám	Analýza vlivu lingvistických faktorů na porozumění větám
Test produkce vět	Slouží k analyzování vybavování sloves v konkrétních konsekvencích

Tab. č. 8: Diagnostické materiály na úrovni věty (převzato a upraveno z Bauerová, Cséfalvay, Marková, 2016, s. 261)

<p>Experimentální verze testu na vyšetření procesů na úrovni textu</p>	<p>Zjišťuje chápání obrazného jazyka a přeneseného významu slov. Informuje o schopnosti zpracovat informace na vyšší, komplexní, úrovni.</p>
--	--

Tab. č. 9: Diagnostické materiály na úrovni textu (převzato a upraveno z Bauerová, Cséfalvay, Marková, 2016, s. 262)

Před tím, než se začne samotná terapie, zdůrazňuje Zgola (2003) zjistit, zda osobě s demencí uniká význam slov nebo nedokáže svou myšlenku formulovat. Zgola (2003) uvádí několik oblastí, na které se lze zaměřit při tvoření si obrazu o stavu osoby s demencí:

- Paměť

Pokud osoba s demencí potřebuje opakovat pokyn či ujištění, má porušenou krátkodobou paměť. Bude pro ni obtížné učit se novým věcem. Zatímco vybavování informací z dlouhodobé paměti nečiní nijak velké problémy.

- Expresivní jazyk

Porušení v expresi bude patrné z popisu slova nebo užívání neologismů. Automatické řady budou na produkci snazší než spontánní produkce.

- Receptivní jazyk

Není nutné, aby byla porušena recepce stejně jako exprese. Je tedy vhodné vyzkoušet, zda osoba s demencí rozumí jednoduchým dichotomickým otázkám nebo zda vykoná jednoduchý výkon. Dále doporučuje se zaměřit na zpřístupnění neverbální komunikace od blízkých osob a užívat konkrétních předmětů.

- Psaný jazyk

Podstatné je zjistit, zda člověk s demencí rozumí napsané instrukci. Přestože ji přečte nahlas, neznamená, že jí rozumí.

- Pozornost

Pro práci s jedincem s demencí je nutné zjistit, na jaké úrovni je jeho pozornost. Zda ji udrží, zda se nechá lehko vyrušit a jak je schopná se k dané činnosti po vyrušení vrátit. Je možné, že bude mít problém udržet téma konverzace. Při plnění úkolu ji zaujme nějaký nepodstatný bod a již bude těžké se vrátit k samotnému plnění zadání.

- Abstrakce

Při hodnocení této oblasti je potřeba zjistit, zda osoba s demencí dokáže zpracovat pokyny související s objekty, které nejsou reálně přítomny. Zda dokáže například vysvětlit rozdíl mezi mrkví a kapustou. Problémy v poruše abstrakce se promítanou do neschopnosti vytvořit si představu o událostech v budoucnu nebo domyslet důsledky svého chování.

- Úsudek

Ke zhodnocení úsudku se dají klást hypotetické otázky typu „Co by, kdyby..?“ Mělo by se zjistit, zda osoba s demencí dokáže řešit jednoduché problémy. Řešením je strukturované a explicitní řešení situace krok za krokem.

- Vhled

V této dimenzi osobnosti je důležité zjistit, jak se klient vnímá, zda si uvědomuje své nedostatky a vlastní schopnosti. Pokud je nehodnotí realisticky, je potřeba zvýšené podpory, především v komplikovaných situacích.

- Vizuálně – prostorové vnímání a vizuálně motorická koordinace

Jestli jsou tyto funkce porušeny nebo nikoliv se dá zjistit požádáním klienta, aby složil ze sirek nebo klacíků nějaký tvar nebo aby překreslil více zkombinovaných geometrických tvarů. Je potřeba také zjistit, zda se osoba orientuje v prostoru nebo jestli se ztrácí.

- Výkonové funkce

Výkonové funkce se dají zjistit sérií jednoduchých nebo složitějších motorických úkolů. Poruchy v této oblasti se projeví ve schopnosti správně navrstvit oblečení nebo do správných otvorů kusů oblečení dát správnou končetinu.

5 Emoce

„*Emoce jsou subjektivní zážitky libosti a nelibosti provázené fyziologickými změnami a motorickými projevy*“ Samuel (2002, s. 101). Emoce, jakožto cit, nálada, afekt, vášně, proces prožívání, dojetí nebo vzrušení, jsou pomíjivé (Suchý, Náhlovský, 2012). Podle Pfefer (2003) je základem mezilidské komunikace rozpoznávání emocí druhých lidí a zaujímání k nim určitý postoj. Nakonečný (2012) dělí emoce na 2 složky. První z nich je citění, tedy prožívání. Z psychologického úhlu pohledu jej lze jej pojímat jako základní stavební jednotku emocí. Druhá složka, fyziologické reakce, pomáhá pochopit smysl emoce navenek vyjádřené. Do prožívání emocí vstupují biochemické a vegetativní procesy. Polášková Šolcová (2018) uvádí dělení emocí na afekty, nálady, vášně, emoce nižší a vyšší. Význam emocí v každodenním životě zdůrazňuje McLarenová (2016), jelikož považuje emoce za první, původní řeč se silnějším nábojem, než má ta klasická mluvená. Valenta (2007) mezi základní emoce řadí štěstí, smutek, hněv, hnus, strach, překvapení. Pfefer (2013) pojmenovává hněv jako vztek, hnus jako znechucení a přidává důvěru a očekávání. Arrivé (2004) vychází z faktu, že existuje shoda na čtyřech základních emocích: strach, smutek a radost. Eckman (1982) přidává ještě překvapení a odpor. Keleman (2013) přirovnává pochody emocí k reakcím vody. Pokud jsou lidi v šoku nebo vzdorují bolesti, je to jako zmrzlá voda. Led roztává při pocitech lásky, radosti a spokojenosti. Přestože tradiční anatomie nebere emoce v potaz, Keleman (2013) je bere jako přirozenou součást, jakousi hmotu, která nás vyplňuje a drží pohromadě. Terapeutická práce s emocemi se využívá v metodách kognitivně – behaviorální terapie a v expresivních terapiích (Kroupová a kol., 2016).

Vše, co smysly vnímáme, vstupuje do těla míchou jako elektrické signály. Než se daná informace dostane do místa, kde dojde k racionálnímu zpracování, projde limbickým systémem. Tam vznikají emoce. Výsledkem této cesty je fakt, že lidé nejprve prožívají emočně a až poté racionálně. Efektivní komunikace mezi emocionálním a rozumovým centrem je předpokladem pro emoční inteligenci (Bradberry, Greaves, 2013). Bradberry a Greaves (2013, s. 30) definují emoční inteligenci jako „*schopnost rozpoznat a pochopit své vlastní emoce a pocity ostatních lidí. Je to umění použít tato uvědomění pro ovládání svého chování a vztahů. Je to něco v každém z nás, co není jednoduše uchopitelné. Ovlivňuje, jak řídíme naše chování, jak se orientujeme ve společenském prostředí a jak dokážeme dosáhnout pozitivních výsledků na základě osobnostních rozhodnutí.*“ Výhodou emoční

inteligence je to, že se dá naučit a tím docílit efektivní komunikace (Bradberry, Greaves, 2013).

5. 1 Emoce u osob s demencí

Pokud je demence diagnostikována včas, může se u těchto osob vyskytnout strach ze ztráty samostatnosti a soběstačnosti. Pro mnohé lidi je ztráta autonomie mnohem závažnější než samotná prognóza onemocnění. Informovanost o klinickém obraze demence a jeho dopadech může v lidech s touto diagnózou vyvolávat pocity frustrace či rozladěnosti (Poláčková Šolcová, 2018). Demence ovlivňuje prožívání emocí především v jejich vyjadřování. Zgola (2003) popisuje několik možností, jak se to může projevit. Prvním způsobem je apatie, kdy osoba s demencí neprojevuje vůbec nic. V druhém případě se jedná o emocionální labilitu, proměnlivost a výbušnost. Oba případy jsou extrémní. Většina lidí se pohybuje mezi nimi. Potřebu vyjadřovat pozitivní i negativní emoce mají i lidé se nejtěžším postižením. Zgola (2003) uvádí konkrétní příklad, kdy vyjádření emocí vedlo ke zvýšení soudružnosti pracovní skupiny. Vzhledem k tomu, že člověk s demencí si nepamatuje souvislosti, reaguje na sdělované informace podle aktuálního kontextu, tedy spíše emocionálně, na základě toho, jak se cítí (Zgola, 2003). Práce s emocemi ve skupině je vhodná, jelikož může být zdrojem usnadnění, protože si uvědomí, že všichni zažívají emoce a mohou k nim společně přistupovat. Někomu více vyhovuje jen poslouchat, jiný se rád zapojuje (Pfefer, 2003).

Vzhledem k tomu, že se schopnost verbálně komunikovat postupně ztrácí, jsou zdrojem pro interpersonální komunikaci výrazy ve tváři. To je ovšem zkomplikováno, protože u osob s demencí nemusí jít vždy jasně poznat, o jakou emoci se jedná. To vyplývá ze smutné podstaty tohoto onemocnění s negativní prognózou (Koběřská a kol., 2003).

II PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část je zaměřena na logopedickou intervenci osob s demencí, resp. popis vytvořených materiálů, jejich ověřování, využití v praxi s konkrétními návody. Nejprve je potřeba vymezit cíl výzkumného šetření, seznámit s metodologií, charakterizovat zúčastněné osoby, místo a organizaci šetření. Cílem výzkumného šetření, které bylo provedeno v Domově se zvláštním režimem v Kyjově a na oddělení geriatricke ve Fakultní nemocnici v Olomouci (dále FNOL), bylo ověření srozumitelnosti vyrobených materiálů.

6 Výzkumné šetření

Hlavní cíl

Cílem této diplomové práce bylo vytvoření materiálů k terapii demence u Alzheimerovy choroby a jeho následné ověření v praxi.

K naplnění hlavního cíle byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- Jakým způsobem reagovaly osoby s demencí na fotografie emocí (byly emoce znázorněny zřejmě a jednoznačně)?
- Které obrázky byly nejednoznačné?
- Se kterými kartičkami byla manipulace bezproblémová?

6.1 Metodologie práce

6.1.1 Předvýzkum

Předvýzkum probíhal po celou dobu tvoření terapeutického materiálu, jelikož byl neustále aktualizován a zlepšován. Trval od září 2017 do února 2018. Jeho smyslem bylo zjistit, zda je materiál srozumitelný, čitelný a odpovídající požadované realitě. Dobrovolně se ho účastnilo 20 intaktních osob ve věku od 20 do 75 let.

6.1.2 Vlastní šetření

Uskutečněný výzkum má kvalitativní charakter. Díky opakovanému navštěvování osob s demencí od října 2017 do března 2018 v různých zařízeních se podařilo získat nejrůznější názory na obrázky věcí na kartičkách a kresebně i fotograficky zpracované emoce, na jejichž základě se terapeutický materiál průběžně upravoval, aby směřoval k jednoznačnosti, čitelnosti a srozumitelnosti. K ověření materiálu byly využity charakteristické metody kvalitativního výzkumu, tedy rozhovor a pozorování (Hendl, 2008). Přítomnost demence byla zjišťována kvantitativně, metodou testování, konkrétně Montrealským kognitivním testem. Na základě

ověření byla vytvořena metodická příručka, která obsahuje konkrétní návody, jak pracovat s materiály. Je volně přiložena k diplomové práci.

6. 1. 2 Montrealský kognitivní test (MoCA - CZ)

MoCA test byl využit v celé délce s každým respondentem k určení demence, což byla jedna z podmínek účasti v šetření. Tento test byl zvolen právě pro rychlou administraci a snadné vyhodnocení. Orlíková, Bartoš, Raisová, Řípková (2014) uvádí další výhody MoCA testu:

- Je komplexní, protože zhodnotí více kognitivních domén.
- Časně a ve vysokém procentu zachytí mírnou kognitivní poruchu.
- Renomovaní lékaři jej doporučují ke screeningové diagnostice.

Hauke (2017) považuje Montrealský kognitivní test v dnešní době za vhodnější než MMSE, který má mnoho nevýhod. Toto tvrzení podporuje Reban (2006) faktem, že MoCA test je vhodný pro osoby, které si ztěžují na poruchy paměti, ale MMSE u nich nic neodhalí.

6.2 Charakteristika účastníků ověřování materiálu

Účastníci šetření byli získáni záměrným výběrem (Miovský, 2006) přes instituce (praxe ve FNOL na oddělení klinické logopedie a osobní zájem o domov se zvláštním režimem v Kyjově). Podmínkou pro účast výzkumného šetření byla přítomnost Alzheimerovy choroby, určitá míra demence a ochota spolupracovat. Na základě kladného rozhodnutí Etické komise Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty Univerzity Palackého Olomouc (viz příloha č. 1) byli pacienti na oddělení geriatricke seznámeni s obsahem výzkumného šetření prostřednictvím dokumentu Informace pro subjekt hodnocení a svou účast stvrdili podpisem informovaného souhlasu (viz příloha č. 2). Stejně tak osoby v domově se zvláštním režimem v Kyjově. Zaměření se na osoby s demencí u Alzheimerovy choroby bylo vybráno záměrně, jelikož je na tuto specifickou skupinu zaměřeno nejvíc výzkumů (Vavrušová a kol., 2012). Vlastního šetření se zúčastnilo deset osob s demencí. Bylo jich rozjednáno více, ale ne s každým se podařilo celkové výzkumné šetření dotáhnout do zdárného konce. Ať už z důvodu rychlého nástupu únavy, tak z různého naladění respondentů, kteří jednou byli pro spolupráci nakloněni a podruhé již ne. S třemi nebylo možné ověření dokončit, jelikož zemřeli.

6.3 Charakteristika místa šetření

Výzkumné šetření bylo prováděno v Domově se zvláštním režimem v Kyjově a na oddělení geriatricke ve FNOL. V Domově se zvláštním režimem byl k dispozici prázdný pokoj, kam se s klienty docházelo. Ve FNOL probíhalo ověřování u lůžka pacienta.

6.4 Charakteristika vytvořeného materiálu

Po intenzivním přemýšlení a zvažování byly vybrány **oblasti orientace v běžném životě, orientace v čase, dlouhodobá paměť a práce s emocemi**. Témata orientace v běžném životě a čase byla zvolena z důvodu prodloužení období samostatnosti a utvrzování správných rozhodování v běžném životě. Zaměření se na dlouhodobou paměť bylo přidáno z faktu vyplývajícího daného onemocnění. Tedy z toho, že u demence způsobené Alzheimerovou chorobou bývá zachována dlouhodobá paměť mnohem déle a lépe, než ta krátkodobá (Hauke, 2017). Při procházení dostupné literatury se potvrdilo, že ucelený terapeutický materiál pro práci s emoci, především s obrazovou přílohou, navíc vhodný i pro logopedy (nikoliv primárně pro psychology), není k dispozici. To byl jasný důvod, jak a proč přispět do praxe.

6.4.1 Orientace v běžném životě

Během srpna 2017 byly nakresleny obrázky předmětů denní potřeby a věcí, se kterými se člověk v běžné domácnosti může setkat. Původní předlohou byly reálné předměty. Jejich ztvárnění nebylo úspěšné už na první pohled. Lepší inspirací byly internetové obrázky, které zajistily věrně znázornění prostorovosti a vystihují podstatu věci. Na papír o velikosti A4 bylo umístěno devět obrázků rozmístěných na tři řádky (viz příloha č. 3). Ke každému řádku se vztahuje otázka, na základě které má osoba s demencí vybrat správnou odpověď. Kreseb bylo původně dvacet tři, přičemž se některé předměty opakovaly. Byly jimi kšiltovka, čepice, kýbl, lednice, botník, pračka, pivo v půllitru, šálek kávy, voda ve sklenici, jar, kostka mýdla, lahvička šamponu na vlasy, tužka, vidlička, stůl, mikrovlnná trouba, mobilní telefon, ovladač, konzerva rybiček, kartáček na zuby, hřeben, propiska, postel. Někdy si jsou zobrazené předměty tvarově nebo významově podobné (mobil + konzerva, kartáček + hřeben, jar + šampon, vidlička + propiska), aby si lidé s demencí upevňovali správná rozhodnutí. Úkolem osob s demencí bylo pojmenovat tři exponované obrázky a vybrat ten, kterým odpoví na položenou otázku.

6.4.2 Orientace v čase

Byly vytvořeny kartičky se dny v týdnu, měsíci v roce a letopočty. Velikost písma byla zvolena 50. Vše bylo zahrnuto do tabulek s čárovaným okrajem k usnadnění rozstříhání. Klientovým úkolem bylo seřadit dny v týdnu, vybrat, který měsíc a rok nyní je.

6.4.3 Dlouhodobá paměť

Výběr historických událostí byl inspirován Suchou (2012). Z nich byly vybrány ty všeobecně známé, věk klientů zohledňující a zasazeny do tabulky s odpovídajícím letopočtem. Z kalendářního roku byly na stejném principu vybrány významné dny s daným datem. Velikost

písma byla původně 30. Cílem klientů bylo přiřadit letopočet k dané události a datum k významnému dni.

6.4.4 Obrazový materiál emocí

Vzhledem ke zhoršené schopnosti komunikace byla zvolena cvičení s emocemi, protože ty vyjadřuje a dokáže vnímat člověk i v pokročilejších stádiích demence. Emoce jsou důležité v každodenní komunikaci a jejich adekvátní produkce i percepce můžou zpřesňovat interpersonální komunikaci.

V průběhu měsíce srpna 2017 bylo nakresleno sedm emocí podle vlastní předlohy (radost, spokojenost, hněv, odpor, smutek, strach, překvapení). Poté byly amatérsky vyfotografovány. Po důkladném zvážení byli nakonec osloveni dva fotografové Viktor Čáp a Kateřina Podivinská. Z důvodu jejich časové vytíženosti a možností modelů byla realizace fotografování situována do prosince 2017 a ledna 2018. Vzhledem k tomu, že fotografií je 84, lze je vytisknout na papír po čtyřech nebo po dvou. U osob s demencí se využívaly úkoly z Metodické příručky, aby to bylo zajímavější a zábavné. Intaktní osoby emoce pouze pojmenovávaly. Když se nemohli správně rozhodnout, dostali na výběr ze dvou a více pojmenování emocí. Fotografie byly překládány v záměrném pořadí. Jako první byli zvoleni protagonisté, jejichž výrazy jsou nejčitelnější. Postupně se náročnost zvyšovala až k nejslabším výrazům.

7 Výsledky ověření materiálu

7.1 Předvýzkum

7.1.1 Orientace v běžném životě

Původní i přidané obrázky rozpoznal každý intaktní člověk.

7.1.2 Orientace v čase

Při manipulaci s vytvořeným materiálem neměly osoby účastníci se předvýzkumu žádný problém. Kartičky jim přišly dostatečně široké.

7.1.3 Dlouhodobá paměť

S kartičkami se intaktním lidem pracovalo převážně dobře. Velký vliv na manipulaci má úroveň jemné motoriky, která se přirozeně s věkem zhoršuje. Žádný výrazný problém zaznamenán nebyl. Během rozhovoru nad materiálem hodnotící osoby uvedly zvýšení komfortu v případném rozšíření kartiček.

7.1.4 Obrazový materiál emocí

Tužkou nakreslené emoce rozpoznaly intaktní osoby z větší části správně. Nejprve měly emoce pojmenovat tak, jak je napadlo. Poté měly k obličejům přiložit kartičku s danou emoci. Docházelo k záměně emocí radosti a spokojenosti. Odpor poznal málokdo. Ani po opětovném překreslení nebyla tato emoce zřejmá. Amatérsky vyfotografované emoce nejprve každého rozesmály a identifikace emocí probíhala stejně jako u nakreslené podoby. Úspěšnost byla velmi slabá. Emoce nebyly zřetelné. Jejich odečítání bylo zhoršeno dopadajícími stíny a špatnou kompozicí. Z profesionálních fotografií byly vždy bezpečně rozpoznány emoce radosti. Téměř u každého modelu byl problém s pojmenováním emoce odporu. Jak při produkci strachu a smutku, tak při jejich identifikaci docházelo ke stírání rozdílů mezi těmito emocemi. Často za sebe byla zaměňovány.

7.2 Vlastní šetření

7.2.1 Orientace v běžném životě

Nikdo nepoznal tuhé mýdlo, lahvičku od šamponu a konzervu. Bylo vyhodnoceno, že obrázky s mycí tematikou se musí změnit. Otázka „Čím si umyjete ruce? (jar, mýdlo, šampon na vlasy)“ byla nahrazena zadáním „Poskládejte oblečení tak, jak si jej budete oblékat. (nátělník, tričko, svetr)“. Hodně se pletl mobilní telefon a ovladač. Otázkou je, zda takový ovladač a telefon znají. Vyobrazení ovladače bylo zjednodušeno, konzerva byla zdokonalena a mobilní telefon byl vyměněn za knihu.

7.2.2 Orientace v čase

Kartičky se dny v týdnu a měsíci v roce byly pro manipulaci dostatečně velké. Stejně tak velikost písma. Nikdo neměl žádný výrazný problém se sbíráním a otáčením kartiček.

7.2.3 Dlouhodobá paměť

Kartičky s roky a časovými údaji byly dosti úzké a klientům se s touto velikostí pracovalo poměrně obtížně. Rozměr se díky zvětšení písma na 50 zvětšil na jednonásobek původní velikosti. Při opakované manipulaci bylo uchopování a přemísťování mnohem snazší.

7.2.4 Obrazový materiál emocí

Při předložení nakreslených emocí osobám s demencí bylo zjištěno, že jsou emoce nečitelné. Navíc nebyl rozpoznán rozdíl mezi radostí a spokojeností. Z tohoto důvodu byl počet redukován na šest základních emocí (radost, smutek, hněv, odpor, překvapení, strach), které byly amatérsky vyfotografovány. Osoby na nich měly deformované části obličeje, stíny dopadaly naprosto nekontrolovatelně a celkově byly fotografie velmi nepovedené, což odpovídalo i reakcím osob s demencí při ověřování. Další neúspěch byl jednoznačným důvodem k nutnosti profesionálního zhotovení fotografií emocí. Ty byly po úpravách zalaminovány, rozřezány a představeny osobám s demencí. Po profesionálním vyhotovení se míra úspěšnosti pojmenování emocí výrazně zlepšila. Každý poznal radost. Stejně jako u intaktních osob, byly emoce strach a smutek za sebe zaměňovány nebo hodnoceny jako jedna a tatáž emoce. Během práce s emocemi bylo zjištěno, že určité produkující osoby jsou celkově lépe či hůře čitelné. Velmi dobře na tom byly děti a ženy obecně. Výjimku z ženského pohlaví tvořila seniorka, jejíž výrazy nebyly vždy na první pohled rozpoznatelné. Reakce na modely mužského pohlaví se velmi různily. Pokud však dostali respondenti k dispozici kartičky s konkrétním pojmenováním emocí, vždy je správně ke každé fotografii vhodně přiřadili. Z toho je zřejmé, že jsou emoce čitelné a zřejmé.

8 Diskuze

Velkou výhodou materiálu je jeho skladnost. Pokud se fotografie emocí vytisknou minimálně čtyři na jednu stránku, vejdou se všechny kartičky do taštičky o rozměrech 20 x 10 cm nebo do různých malých futrálků. Díky tomu nevzniká na pracovní ploše takový nepořádek a dá se většina prostoru využít pro rozložení fotografií či kartiček s textem. Pro práci s fotografiemi je vhodné je mít roztríděné podle záměru práce. Buď podle jednotlivých osob nebo emocí. Jevilo se krajně nepraktické, manipulovalo – li se s velkou hromadou všech fotografií najednou. Všechny kartičky se dají snadno posunovat po pracovní ploše, takže manipulace s nimi je i pro osoby se zhoršenou jemnou motorikou snadná. Dají se uchovávat zagumičkované nebo také v nějakých obalech či sáčcích. Zalaminování je nanejvýš vhodné, jelikož se materiál tak rychle neopotřebí, navíc se dá vydezinfikovat a nelepí se na prsty. Přestože byl personál v navštívených zařízeních velmi vstřícný a ochotný, o materiály a práci s nimi nejevil žádný zájem. Nicméně ti klienti a pacienti, kteří byli ochotni a pozitivně naladěni, se při každé návštěvě se k úkolům stavěli zodpovědně. Opatrně s materiálem zacházeli, ať už cíleně nebo ne. Bylo zajímavé sledovat, jak si někdo předložené kartičky různě upravil a jak s nimi zacházel. Po několikáté osobě na fotografiích se sami odvážili odložené fotky prohrábnout a najít si dvě, mezi kterými se rozhodovali. Postupně se nechávali strhnout řešením úloh a hledáním odpovědí na otázky.

Vyrobený materiál neslouží jen pro osoby s demencí, ale dá se využít například u klientů s poruchou autistického spektra, o kterých je známo, že mají se sociální interakcí problém. Vhodné by bylo jeho využití v celé šíři i u osob s afázií ke stimulaci řečového projevu. Ze stejného důvodu jej lze používat s osobami s vývojovou dysfázií či opožděným vývojem řeči. Rozumět emocím potřebuje každý, takže i osoby s různým zdravotním postižením, které mohou mít navíc problém s vyjadřováním emocí například z důvodů paréz či jiných oslabení. Hypomimické výrazy u osob s Parkinsonovou chorobou lze stimulovat právě nácvikem vyjadřování emocí za pomoci různých z nabízených aktivit. Pokud není klientovi do řeči, dané fotografie a otázky k nim jej mohou nalákat. Ať už se bude jednat o děti či dospělé, zájem o naši osobu těší svým způsobem každého a právě touto cestou, povídáním si o jejich emocích, se k nim můžeme dostat.

Vyrobené pomůcky mají široké možnosti využití v podstatě pro každou osobu s NKS. Díky tomu se mohou dostat do rukou nejen logopedů, ale také pedagogů, sociálních pracovníků, psychologů, v neposlední řadě též rodinných příslušníků či dobrovolníků.

Cíle diplomové práce byly naplněny. Na základě ověření je vytvořený materiál vhodný pro demence lehčího typu v počátečních stádiích, kdy jsou osoby s demencí schopny spolupracovat v mnohem větší míře než v těch pozdějších. Navíc je na začátku onemocnění spíše zachováno porozumění abstraktním pojmům – emocím. Nicméně by se fotografie emocí daly využít také v pozdějších stádiích pouhým kompletováním stejných emocí nebo určování, zda výraz terapeuta odpovídá výrazu na fotografii. Kartičky s časovými údaji lze přiřazovat k již obsahově stejnému výrazu napsaným jiným typem písma. K reálným předmětům by mohl člověk s demencí klást nakreslené obrázky.

Na začátku byly stanoveny tyto otázky:

- Jakým způsobem reagovaly osoby s demencí na fotografie emocí (byly emoce znázorněny zřejmě a jednoznačně)?

Emoce radost nečinila žádný problém. V kreslené podobě se pletla se spokojeností. Na nakreslené i amatérsky vyfotografované emoce reagovaly osoby s demencí s nejistotou, jak mají odpovědět, jak emoci pojmenovat. Někdo rovnou řekl, že neví. Reakce na fotografie celkově reflektovaly postup jejich tvorby. Pokud byla chudší mimická produkce již při samotném fotografování, byla identifikace správné emoce náročnější. Při práci s emocemi vystává tedy cíl, ke kterému vede cesta přes ostatní aktéry – odečíst méně zřejmé výrazy. Několikrát byla fotografie strachu s rukou v pozici „strachem si kouše nehty“ označena za přemýšlení. Pohled vzhůru při smutku, ke kterému se hodily spíše oči sklopené dolů, evokoval v lidech obavu. Strach býval zaměňován za smutek. Hněv je v některých případech velmi podobný odporu a byl problém tyto emoce rozlišit.

- Které obrázky byly nejednoznačné?

Pojmenování obrázků předmětů z běžného života může být zkresleno tím, s čím se zkoumané osoby denně setkávají a čím jsou obklopeny. Nejednoznačné byly obrázky znázorňující tuhé mýdlo, jar, lahvičku od šamponu a konzervu. Hodně se pletl mobilní telefon a ovladač.

- Se kterými kartičkami byla manipulace bezproblémová?

Před úpravou velikosti písma se manipulovalo dobře pouze s kartičkami s časovými údaji. Po rozšíření velikosti kartiček s událostmi z historie a kalendářního se s nimi již manipulovalo lépe. Velikost karet s emocemi a s věcmi denní potřeby byla od počátku dostačující.

Limity výzkumného šetření byly:

- Nehomogenní vzorek respondentů (různý věk, různé stupně demence)
- Aktuální zdravotní stav lidí s demencí
- Jejich ochota spolupracovat
- Doléhající zvuky do místnosti, kde se šetření uskutečňovalo
- Osobnost člověka s demencí
- Ztvárnění emocí
- Ručně kreslené obrázky předmětů a emocí

Závěr

Tato diplomová práce se zabývala tvorbou praktického materiálu pro logopedickou intervenci osob s demencí u Alzheimerovy choroby. V teoretické části je o demenci komplexně pojednáno z široké nabídky dostupné literatury. Je zde kapitola zaměřena na narušenou komunikační schopnost plynoucí z kognitivního postižení. Předposlední kapitola se věnuje logopedické intervenci a logopedické diagnostice. O procesu logopedické diagnostiky se nepodařilo sehnat dostačující množství informací v českém jazyce, z čehož vyplývá, že tato oblast je u nás, ve srovnání například se sousedním Slovenskem, prozatím dostatečně neřešena. Chybí tu standardizované testy pro českou populaci, které by objektivně pomohly stanovit úroveň komunikačních dovedností osob s demencí, a ze kterých by mohla být na míru „ušita“ logopedická intervence. První oddíl této práce uzavírá kapitola o emocích obecně i se zaměřením na cílovou skupinu osob této práce.

V navazující praktické části je popsána metodologie práce, jsou uvedeny charakteristiky účastníků, místa a organizace šetření. Stanoveného cíle bylo dosaženo výrobou materiálu a jeho ověřením při práci s intaktními osobami v předvýzkumu a následně s osobami s demencí ve vybraných zařízeních. Výzkumné otázky sloužily jako zpětná vazba na to, jak je s materiálem manipulováno. Odkrývaly jeho nedostatky, které se průběžně odstraňovaly. Bylo zjištěno, že nejpřesněji jsou emoce rozpoznatelné po profesionálním vyfotografování. Samozřejmě i v tomto provedení se nachází určité limity, převážně tedy na straně osob produkujících emoce, ale správná technika a profesionální přístup dokáží i slabší produkci emocí obstojně vystihnout. Přičemž jejich rozpoznávání vykazuje shodu v určitých dilematech, jak kterou emoci pojmenovat, když si dvě fotografie jsou velmi podobné. Při manipulaci s kartičkami s časovými údaji bylo zjištěno, že větší rozměr je lepší pro snadnější přesouvání. Velké úpravy byly provedeny na obrázcích předmětů denní potřeby tak, aby byly co nejjednoznačnější a bylo z nich zřejmé, o co se jedná. Ani zde nebylo vždy porozumění stoprocentní, ale v praxi se osoba s demencí nejprve s obrázkem seznámí, pojmenuje je a teprve potom s nimi pracuje.

Součástí diplomové práce je volně vložená Metodická příručka, která sdružuje všechny úkoly a obrazové materiály v plné šíři. Právě tento počín dává závěrečné práci smysl. Necht' slouží ku prospěchu jak osobám s demencí, tak jejich terapeutům.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

6 ways yoga helps STOP THE CLOCK. *Yoga Journal*, 2017, č. 2, s. 8-11.

ARRIVÉ, Jean-Yves. *Umění prožívat emoce*. Přeložil Kateřina BODNÁROVÁ. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-828-7.

BALASUBRAMANIAN, Krishnan. Quantum Chemical Insights into Alzheimer's Disease: Curcumin's Chelation with Cu(II), Zn(II), and Pd(II) as a Mechanism for its Prevention. *Int. J. Quantum Chem*, 2016, č. 116, s. 1107–1119. DOI: 10.1002/qua.25145

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

BRADBERRY, Travis; GREAVES, Jean. *Emoční inteligence*. Brno: BizBooks, 2013. ISBN 978-80-265-0039-1.

BUEROVÁ, Ivica; CSÉFALVAY, Zsolt; MARKOVÁ, Jana. Jazykové deficity při demencii. In KEREKRÉTIÓVÁ, Aurélie. *Logopédia*. V Bratislave: Univerzita Komenského, 2016. 249 – 265. ISBN 978-80-223-4165-3.

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-081-X.

CIMLEROVÁ, Pavla; ČALKOVSKÁ, Barbora; DUDÍKOVÁ, Iva; KOCUROVÁ, Marie; KREJČOVÁ, Lenka; MACHÁČOVÁ, Iveta; PEŇÁZ, Petr; ZÍTKO, Miroslav. *Manuál administrátora: DysTest : baterie testů pro diagnostiku specifických poruch učení u studentů vysokých škol a uchazečů o vysokoškolské studium*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7767-6.

ČERNÝ, Vojtěch; GROFOVÁ, Kateřina. *Děti a emoce: učíme děti vnímat, poznávat a pracovat se svými pocity*. 2., doplněné vydání. Brno: Edika, 2017. ISBN 978-80-266-1125-7.

DESSAINT, Marie-Paule. *Nezačínajte stárnout: jak žít co možná příjemně, samostatně a důstojně*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-255-6.

ECKMAN, Paul; FRIESEN, Wallace V.; ELLSWORTH, Pheobe. *Emotion in the human face*. Pergamon Press Inc., 1982, s. 439. ISBN 978-0-08-016643-8.

ELLIS, Maggie; ASTELL, Arlene. Communicating with people living with dementia who are nonverbal: The creation of Adaptive Interaction. *PLoS ONE*, 2017; roč. 12, č. 8, s. 1-21.

FERTAĽOVÁ, Terézia; ONDRIOVÁ, Iveta; HADAŠOVÁ, Lívia. Piliere terapie Alzheimerovej choroby. *Čes a slov Psychiat*, 2017, roč. 113, č.3, s. 119–122.

GEERLINGS, M.; BOUTER, L. aj.. Depression and risk of cognitive decline and Alzheimer's disease: Results of two prospective community-based studies in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 2000, roč. 176, č.6, s. 568-575. doi:10.1192/bjp.176.6.568

HÁNA, Lukáš. 2016 [online]. Copyright © [cit. 06.04.2018]. Dostupné z: <https://www.growjob.com/clanky-personal/mindfulness/>

HARANTOVÁ, Emílie; DANKO, Pavel *Když se paměť vytrácí--: život s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence z pohledu pacientů i pečujících*. Praha: Tarsago Česká republika, 2014. Reader's Digest. ISBN 978-80-7406-248-3.

HAUKE, Marcela. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOLMEROVÁ, Iva. Nefarmakologický management demence. In JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva; BORZOVÁ, Claudia. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra. 97-101. ISBN 978-80-247-2454-6.

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

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

HOLMEROVÁ, Iva; JAROLÍMOVÁ, Eva. Jak komunikovat s člověkem trpícím demencí. In JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva; BORZOVÁ, Claudia. *Demence a jiné*

poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009. Sestra. 108 – 115. ISBN 978-80-247-2454-6.

HONZÁK, M. František. Mírná kognitivní porucha – víme již více?. *Psychiatrie pro praxi*, 2014, roč. 15, č. 1., s. 15-18.

HORT, Jakub.; RUSINA, Robert. a kol. *Paměť a její poruchy: paměť z hlediska neurovědního a klinického*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 422 s. ISBN 978-80-7345-121-9.

HORT, Jakub; JIRÁK, Roman. *Alzheimerova choroba a jiné demence, aneb, Co v učebnicích 20. století nebylo*. Praha: MediMedia Information, 2007. ISBN 978-80-86336-07-7.

JIRÁK, Roman. Klinický obraz, diagnostika a terapie syndromu demence. In JIRÁK, Roman; KOUKOLÍK František. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4.

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

JIRÁK, Roman; KOUKOLÍK František. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

KELEMAN, Stanley. *Anatomie emocí: struktury lidské zkušenosti*. Vyd. 2. Přeložil Jan LORENC. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0455-8.

KLIPPERT, Heinz. *Nápadník aktivit pro trénink komunikace a komunikačních kompetencí*. Brno: Edika, 2013. Pedagogika v praxi. ISBN 978-80-266-0126-5.

KOBĚRSKÁ, Petra a kol.. *Společnou cestou: jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-851-1.

KÖNIG, Jutta; ZEMLIN, Claudia. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Přeložil Lucie SIMONOVÁ. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1184-6.

KOUKOLÍK František. Syndrom demence. In JIRÁK, Roman; KOUKOLÍK František. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4.

KROUPOVÁ, Kateřina. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5264-8.

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

LEJSKA, Mojmir. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.

MARTÍNEK, Pavel.; BARTOŠ, Aleš. Použití dotazníků aktivit denního života u pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Cesk Slov Neuro*, 2011, 74, 107(6), 632-640.

MÁTL, Ondřej; MÁTLOVÁ, Martina; HOLMEROVÁ, Iva. *Zpráva o stavu demence 2016*, Česká alzheimerovská společnost, o. p. s., 2016.

MCLAREN, Karla. *Řeč emocí: co se vám emoce snaží říct*. Přeložil Mária ZINBURGOVÁ. Bratislava: Noxi, 2016, 422 s. ISBN 978-80-8111-311-6.

Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize : duševní poruchy a poruchy chování : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, ISBN 8085121441.

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

NAKONEČNÝ, Milan. *Emoce*. V Praze: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-614-2.

NEUBAUER, Karel. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

NEUBAUER, Karel. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

NEUBAUER, Karel. Syndrom demence a poruch komunikace. In Škodová, Eva; Jedlička Ivan a kol.. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

- ORLÍKOVÁ, Hana; BARTOŠ, Aleš; RAISOVÁ, Miloslava; ŘÍPOVÁ, Daniela. Montrealský kognitivní test (MoCA) k záchytu mírné kognitivní poruchy a časně Alzheimerovy nemoci. *Psychiatrie*, 2014, roč. 18, č. 1, s 18-25.
- PFEFFER, Simone. *Rozvíjíme emoce dětí: praktická příručka pro mateřské školy*. Přeložil Monika ŽÁRSKÁ. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-764-7.
- POLÁČKOVÁ ŠOLCOVÁ, Iva. *Emoce: regulace a vývoj v průběhu života : funkce a zákonitosti emocí, sociální a kulturní souvislosti, měření emocí*. Praha: Grada, 2018. Psyché. ISBN 978-80-247-5128-3.
- POVOVÁ, J; AMBROZ, Petr aj. Vaskulární a psychosociální rizikové faktory Alzheimerovy choroby. *Prakt. Léč.*, 2013, roč. 93, č. 2, s. 59–62.
- PRINCE, Martin; WIMO, Andres. Aj. *Světová zpráva Alzheimer 2015*. 2015, Alzheimer's Disease International.
- QUINTANA – HERNÁNDEZ, Domingo, J.; MIRO – BARRACHINA, María, T. aj.. Mindfulness in the Maintenance of Cognitive Capacities in Alzheimer's Disease: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 2016, roč. 50, č. 1, s. 217-232. ISSN 13872877
- REBAN, Jan. Montrealský kognitivní test (MoCA): přínos k diagnostice predemencí. *Čes. Ger. Rev.* 2006, 4(4), s. 224-229.
- REDDY, P. Hemachandra; MANCZAK Maria; YIN Xiangling, et al., Protective effects of a natural product, curcumin, against amyloid β induced mitochondrial and synaptic toxicities in Alzheimer's disease *J Investig Med*, 2016; č. 64, s. 1220–1234. doi:10.1136/jim-2016-000240
- REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9.
- RESSNER, Pavel. Alzheimerova choroba – diagnostika a léčba. *Neurologia pre prax*, 2004, roč. 1, s. 14-20.
- RODRÍGUEZ, María, C.; MENESES, Alba, L. aj.. Hatha Yoga effects on Alzheimer patients (AP). *Acta Colombiana de Psicología*, 2017, roč. 20, č.1, s.139-153. ISSN 0123-9155.

SAMUEL, David. *Paměť: jak ji používáme, ztrácíme a můžeme zlepšit*. Přeložil Andrea CIVÍNOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2002. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0186-3.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

SUCHÁ, Jitka. *Cvičení paměti pro každý věk: testy na paměť a logiku*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0140-3.

SUCHÝ, Jiří; NÁHLOVSKÝ, Pavel. *Pozitivní emoce: jak je posilovat a rozvíjet v osobním i pracovním životě*. Praha: Grada, 2012. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-4375-2.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. Praha: Grada, 2007. Psyché. ISBN 978-80-247-1819-4.

VAVRUŠOVÁ, Livia a kol.. *Demencia*. Martin: Osveta, 2012. ISBN 978 – 80 – 806 – 3382 – 0.

WIEZEJSKA, Regina. Can coffee consumption lower the risk of Alzheimer's disease and Parkinson's disease? A literature review. *Arch Med Sci*, 2017; roč. 13, č. 3, s. 507–514.

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

SEZNAM ZKRATEK

ACE – R Addenbrookský kognitivní test

ACh Alzheimerova choroba

Aj. A jiné

AN Alzheimerova nemoc

Atd. A tak dále

Atp. Atak podobně

CT Počítačová tomografie

ČAS Česká alzheimerská společnost

EEG Elektroencefalografie

FNOL Fakultní nemocnice v Olomouci

MCI Mírná kognitivní porucha

MMSE Mini Mental State Examination

MoCA Montrealský kognitivní test

MRI Magnetická rezonance

NKS Narušená komunikační schopnost

PET Pozitronová emisní tomografie

SPECT Jednofotonová emisní počítačová tomografie

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Škály a posuzovací metody

Tabulka 2 Přehled charakteristik, kterými se od sebe jednotlivé demence liší

Tabulka 3 Nefarmakologické strategie

Tabulka 4 Prognóza demence ve světě

Tabulka 5 Prognóza České alzheimerovské společnosti

Tabulka 6 Přehled sekundárních demencí

Tabulka 7 Diagnostické materiály na úrovni slova

Tabulka 8 Diagnostické materiály na úrovni věty

Tabulka 9 Diagnostické materiály na úrovni textu

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Rozhodnutí etické komise FN a LF UP Olomouc

Příloha č. 2 Informovaný souhlas a Informace pro subjekt hodnocení

Příloha č. 3 Otázky a obrázky k tématu Orientace v běžném životě

Příloha č. 4 Otázky a kartičky k tématu Orientace v čase

Příloha č. 5 Kartičky k procvičování dlouhodobé paměti na téma Události z minulosti

Příloha č. 6 Kartičky k procvičování dlouhodobé paměti na téma Významné dny a události
v kalendářním roce

Příloha č. 7 Náměty na práci s emocemi

Příloha č. 8 MoCA test

Příloha č. 9 Souhlas se zveřejněním fotografií

Příloha č. 1



FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLOMOUČ

Etická komise Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty UP v Olomouci
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
předseda: doc. MUDr. Vladko Horčíčka, CSc., tel: 588 443 381, e-mail: vladko.horcicka@fnol.cz
tajemnice tel., fax 588442477, e-mail: iveta.sudolska@fnol.cz

STANOVISKO ETICKÉ KOMISE

Opinion of the Ethics Committee

Číslo jednací/Reference number: 6/18

Název KII/Full Title of Clinical Trial: Diplomová práce – Náměty pro logopedickou intervenci osob s demencí u Alzheimerovy nemoci

Žadatel/Applicant: Viola Jónová, studentka Pedagogické fakulty UP Olomouc

Datum doručení žádosti/Date of submission of the Application Form: 8.1.2018

Datum jednání EK /Date of Ethics Committee's session: 15.1.2018

Vyjádření EK/ Ethics Committee's opinion:

- EK vydala souhlasné stanovisko / EC issues favourable opinion
 EK vzala na vědomí / Taken into account

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled/List of clinical trial sites in the Czech Republic where EC has given its opinion and will perform supervision:

Místo hodnocení/ Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Viola Jónová, Pedagogická fakulta UP Olomouc, Žižkovo náměstí 5, 771 40 Olomouc	<input checked="" type="checkbox"/>	EK FNOL

Seznam hodnocených dokumentů/List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno /Approved		Vzato na vědění / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Žádost o projednání výzkumného projektu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Příhláška na odbornou praxi studentů	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informovaný souhlas vč. informace pro subjekt hodnocení	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturovaný životopis hlavního řešitele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje podle jednacího řádu v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy/The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with Good Clinical Practice and valid legal regulations:

Ano/Yes Ne/No

Datum/Date: 15.1.2018

Rozdělovník/Distribution list:

-EK
-Řešitel
1/1

doc.MUDr. Vladko Horčíčka, CSc.
předseda EK FNOL a LF UP
Chairman of the EC FNOL and LF UP

ETHICS COMMITTEE
the University Hospital
and the Faculty Medicine
Palacky University in
OLOMOUČ



FAKULTNÍ NEMOCNICE[®]
OLOMOUC

Etická komise Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty UP v Olomouci

I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc

předseda: doc. MUDr. Vladko Horčíčka, CSc., tel: 588 442 477, e-mail: vladko.horcicka@fnol.cz

tajemnice tel., fax: 588 442 477, e-mail: iveta.sudolska@fnol.cz

**Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:
2018-01-15**

Jméno a příjmení <i>First name and surname</i>	Muž/ Žena <i>Male/ Female</i>	Odbornost <i>Specialism</i>	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK <i>Role in EC</i>	Přítomen <i>Attendance</i>		Hlasoval <i>Voted</i>	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
Doc.MUDr. Vladko Horčíčka, CSc.	M/M	internista/ <i>internist</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	předseda/ <i>chairman</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc.MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.	Ž/F	pediatr/ <i>pediatrics</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.místopředseda/ <i>1.vice-chairman</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr.Jindřiška Burešová	Ž/F	neurolog/ <i>neurologist</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.místopředseda/ <i>2.vice-chairman</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof.MUDr. Jaroslav Jezdinský, CSc.	M/M	farmakolog/ <i>pharmacologist</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr.Zora Krejčí	Ž/F	právník-advokát/ <i>lawyer-attorney</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr.Libor Kvapil	M/M	praktický lékař/ <i>practitioner</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc.MUDr. Pavel Maňák, CSc.	M/M	traumatolog/ <i>traumatologist</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. Dr. Rudolf Smahel, Th.D.	M/M	theolog/ <i>theologist</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anna Holá	Ž/F	zdravotní sestra/ <i>nurse</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. et PhDr. Lenka Hansmanová, Ph.D.	Ž/F	gynekolog/ <i>gynaecologist</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PharmDr. Tomáš Anděl, Ph.D.	M/M	Farmakolog / <i>pharmacologist</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.	Ž/F	Psychiatri / <i>psychiatrist</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doc. MUDr. et Mgr. Jiří Míňařík, Ph.D.	M/M	hematoonkolog/ <i>hematooncology</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iveta Sudolská	Ž/F	Tajemnice / <i>secretary</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Věra Bartlová	Ž/F	Sekretářka / <i>secretary</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(pozn: *Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

doc. MUDr. Vladko Horčíčka, CSc., v.r.
Chairperson of the EC

za správnost:
Iveta Sudolská
tajemnice EK

Fakultní nemocnice[®] a LF UP
I.P.Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc
ETICKÁ KOMISE

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje podle jednacího řádu v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy/The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with Good Clinical Practice and valid legal regulations:

Ano/Yes Ne/No

Příloha č. 2

Informace pro subjekt hodnocení

Dobrý den, jmenuji se Viola Jónová a studuji obor logopedie. Tvořím diplomovou práci, v rámci které připravuji terapeutický materiál.

Na začátku s Vámi udělám Montrealský kognitivní test. Budu se Vás ptát na různé otázky, občas mi něco nakreslíte, po mně zopakujete nebo vymyslíte.

Abych zjistila, zda jsou obrázky, které jsem nakreslila, srozumitelné, ukáži Vám je a Vy mi prosím řeknete, co na nich vidíte.

Profesionální fotograf mi zhotovil 6 základních emocí u různých lidí. Abych si ověřila, zda jsou fotografie čitelné a je z nich poznat, o kterou emoci jde, poprosím Vás o jejich zhlédnutí a pojmenování emocí nebo prožitků těchto osob.

Díky Vám tak bude logopedická praxe obohacena o praktický materiál, který má řadu možností využití a pomůže spoustě lidem. Děkuji za Váš čas a ochotu pomáhat.

Informovaný souhlas

Název projektu: Diplomová práce – Náměty pro logopedickou intervenci osob s demencí u Alzheimerovy nemoci

Hlavní řešitel: Viola Jónová, studentka Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

Souhlasím s tím, aby moje zjištěné výsledky v Montrealského kognitivního testu byly využity pro diplomovou práci studentky logopedie Violy Jónové. Souhlasím s tím, že záznamy, podle nichž lze identifikovat subjekt hodnocení, budou uchovávány jako důvěrné a nebudou, v míře zaručené právními předpisy, veřejně zpřístupněny. Při zmínění výsledků hodnocení bude zachována anonymita subjektu. Předpokládaná doba trvání účasti subjektu jsou 1-2 setkání, v rámci nichž bude proveden MoCA test a představeny nakreslené obrázky denní potřeby, fotografie emocí a proběhne manipulace s kartičkami.

Výzkumu se účastním bez nároku na hmotnou odměnu.

Jméno respondenta:

Jméno řešitelky projektu: Viola Jónová

Příloha č. 3

ORIENTACE V BĚŽNÉM ŽIVOTĚ

Poskládejte oblečení tak, jak si jej budete oblékat. (**nátělník, tričko, svetr**)



Čím zapijete léky? (pivo, káva, **voda**)



Příloha č. 4

ORIENTACE V ČASE

- Poskládejte dny/ měsíce/ roky jak jdou po sobě.
- Ve kterém měsíci jsou Vánoce?
- Které měsíce jsou jarní/letní/podzimní/zimní?
- Pro které roční období je typické puštění draka?

LEDEN	ČERVENEC
DUBEN	ŘÍJEN
KVĚTEN	LISTOPAD
SRPEN	PROSINEC

JARO	PODZIM
LÉTO	ZIMA

Příloha č. 5

Zadání: Přiřaďte roky k uvedeným událostem.

Zlatá bula sicilská
Bitva na Bílé Hoře

Velká říjnová socialistická revoluce
Sametová revoluce

1212	1917
1989	1620

Příloha č. 6

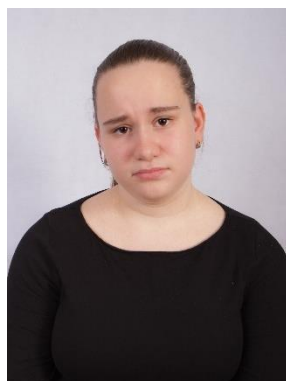
Zadání: Přiřaďte data k uvedeným událostem v roce.

Den boje za svobodu a demokracii	1.4.
Mezinárodní den žen	8.3.
Apríl	17.11.

Poznámka: kartičky jsou uvedeny ve zmenšeném formátu

Příloha č. 7

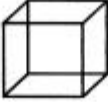
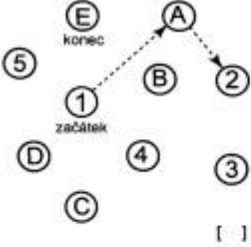
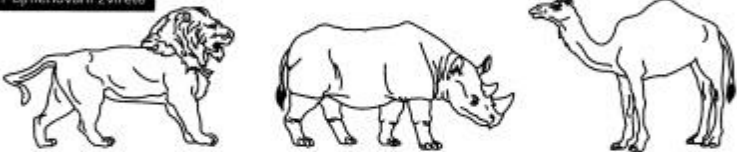
1. Přiřazení pojmenování emocí k fotografiím / obrázkům
2. Napodobení emocí podle fotografie / obrázku
3. Jeden produkuje emoci a ostatní ji hádají. Kdo uhodne, kartičku si nechává.
4. Tento člověk vypadá naštvane. Co ho mohlo rozzlobit?
5. Najděte všechny pozitivní emoce, pozitivní výrazy ve tváři.
6. Myslíte, že tohoto kluka nutí jíst jídlo, které mu vůbec nechutná?
7. Je tady někdo, kdo do této skupiny nepatří? (2 fotografie odporu a 1 smutku)



Příloha č. 8

MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (Nasreddinův test)

JMÉNO :
Vzdělání : Datum narození :
Pohlaví : DATUM :

Prostorová orientace / zručnost		 <p>Okopírujte krychli</p>	<p>Namalujte čtverák a označte 11 hodin 10 minut (3 body)</p>	[] [] [] kontura čelice rudičky	___/5		
							
Pojmenování zvířete							
						___/3	
Paměť							
Přečtěte řadu slov. Testovaný je musí opakovat. Zopakujte je ještě jednou. Po 5 minutách požádejte o opakování slov.	1.pokus	2.pokus	TVÁŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA ČERVENÁ	šádný bod
Pozornost							
Přečtěte řadu čísel (1 za vteřinu). Testovaný je má zopakovat, jak šla za sebou. [] 2 1 8 5 4 Testovaný je má zopakovat pozpátku. [] 7 4 2						___/2	
Čtení řady písmen. Testovaný musí klepnout prstem pokaždé, když uslyší A. Při 2 a více chybách nedostane žádný bod.						___/1	
[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB							
Množina odečtů 7 od 100.						___/3	
[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4-5 správných odečtů = 3 body / 2-3 správné = 2 body / 1 správný = 1 bod / 0 správný = 0 bod							
Reč						___/2	
Opakuje po mně: Pouze vím, že je to Jan, kdo má dnes pomáhat. [] Když jsou v místnosti psi, kočka se vždy schová pod gauč. []							
Vyběrování slov						___/1	
Řekněte co nejvíce slov, která začínají písmenem K, během 1 minuty. [] (N > 11 slov)							
Abstrakce						___/2	
Podobnost mezi např. banán-pomeranč = ovoce. [] vlak - bicykl [] hodinky - pravítka							
Pozdější vybavení slov						___/5	
Vybavení slov BEZ NÁPOVĚDY		TVÁŘ []	SAMET []	KOSTEL []	KOPRETINA ČERVENÁ []	Body se udávají pouze BEZ NÁPOVĚDY	
Napovírná							
Vítejte napovědi							
Víte napovědi							
Orientace						___/6	
[] datum [] měsíc [] rok [] den [] místo [] město							
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org						NORMA 2 26 / 30 CELKEM Přítel: 1 bod více, ideál nemají 12 let školní docházky	___/30

Příloha č. 9

Informovaný souhlas

Souhlasím s tím, aby mé fotografie byly využity k terapeutickým účelům. Fotografie jsou součástí diplomové práce, která bude volně přístupná na internetu.

Jméno subjektu: V

Datum narození:

Podpis: Dne

Informovaný souhlas

Souhlasím s tím, aby fotografie mého dítěte
_____ nar. _____ byly využity k terapeutickým účelům.
Fotografie jsou součástí diplomové práce, která bude volně přístupná na internetu.

Účast je bez nároku na hmotnou odměnu.

Jméno zákonného zástupce: V

Podpis: Dne

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Viola Jónová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Lucie Kytarová
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Náměty pro logopedickou intervenci osob s demencí u Alzheimerovy nemoci
Název v angličtině:	Tips for speech therapy with people who suffer dementia with Alzheimer disease
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá tématem logopedické intervence osob s demencí u Alzheimerovy nemoci. Teoretická část pojednává o demenci v širokém pojetí, narušené komunikační schopnosti při demenci a emocích. Obsahem praktické části je průběh tvorby a ověřování materiálu k logopedické intervenci. Cílem práce je výroba materiálu k logopedické intervenci a jeho ověření v praxi umožňující následné vylepšující úpravy vedoucí k přesnější srozumitelnosti položek.
Klíčová slova:	Demence, Alzheimerova choroba, logopedická intervence, emoce
Anotace v angličtině:	This thesis is about speech therapy with people who suffer dementia. The theoretical part discuss dementia by extension, impaired communication ability of people who suffer dementia and emotions. The content of the practical part is the course of creation and verification of the material for speech

	therapy. The aim of this thesis is to produce material for speech therapy and its validation in practice, allowing for subsequent improvements to make the items more accurate.
Klíčová slova v angličtině:	Dementia, Alzheimer disease, speech therapy, emotions
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1 Rozhodnutí etické komise FN a LF UP Olomouc</p> <p>Příloha č. 2 Informovaný souhlas a Informace pro subjekt hodnocení</p> <p>Příloha č. 3 Otázky a obrázky k tématu Orientace v běžném životě</p> <p>Příloha č. 4 Otázky a kartičky k tématu Orientace v čase</p> <p>Příloha č. 5 Kartičky k procvičování dlouhodobé paměti na téma Události z minulosti</p> <p>Příloha č. 6 Kartičky k procvičování dlouhodobé paměti na téma Významné dny a události v kalendářním roce</p> <p>Příloha č. 7 Náměty na práci s emocemi</p> <p>Příloha č. 8 MoCA test</p> <p>Příloha č. 9 Souhlas se zveřejněním fotografií</p>
Rozsah práce:	62 stran + 8 stran příloh
Jazyk práce:	Český jazyk