

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Bakalářské, kombinované studium
2010 – 2013

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Hana Pikulíková

Logopedická diagnóza a terapie u syndromu demence

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Olga Šifferová

Jan Amos Komenský UNIVERSITY PRAGUE
Bachelor, Combined Studies
2010 - 2013

BACHELOR THESIS

Hana Pikulíková

Speech therapy diagnosis and therapy for dementia

Praha 2013

The bachelor thesis work supervisor:
PhDr. Olga Šifferová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 31. 5. 2013

.....

Hana Pikulíková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce PhDr. Olze Šifferové za její odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce a za její vstřícnost. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Miroslavě Barešové za poskytnutí informací k praktické části této práce.

Anotace

Tématem této bakalářské práce je porucha komunikační schopnosti u syndromu demence. V teoretické části práce jsou popisovány příčiny vzniku demence, její symptomy, typy demencí a diagnostika. Další část se zabývá poruchami komunikačních schopností u syndromu demence jako je afázie, dysartrie, porucha kognitivních funkcí, jejich projevy a diagnostika. Praktická část je zaměřena na různé metody terapie u lidí postižených demencí. Na základě pozorovací metody jsou porovnávány výsledky terapie v ústavní péči a v domácí péči.

Klíčové pojmy:

Afázie, demence, dysartrie, etiologie, kognitivní porucha, pozorování, řečová dyspraxie, symptom, terapie

Anotation

The theme of this work is communication disorders in dementia. The theoretical part describes the causes of dementia, its symptoms, diagnosis and types of dementia. The next section deals with communication disorders in dementia, such as aphasia, dysarthria, cognitive impairment, their symptoms and diagnosis. In the practical part I focused on various methods of therapy for people with dementia. Based on observational methods compare the results of treatment in institutional care and home care.

Keywords:

Aphasia, cognitive disorder, dementia, dysarthria, etiology, observation, speech dyspraxia, symptom, therapy

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 SYNDROM DEMENCE.....	11
1.1 Epidemiologie demence	12
1.2 Dělení demence	13
1.3 Symptomatologie demence	17
1.4 Diagnostika demence	18
2 KOMUNIKACE, JAZYK A ŘEČ.....	19
3 AFÁZIE.....	21
3.1 Etiologie afázie.....	22
3.2 Symptomatologie afázie	23
3.3 Klasifikace afázie	23
4 KOGNITIVNĚ-KOMUNIKAČNÍ PORUCHY.....	25
4.1 Diagnostika poruchy.....	26
4.1.1 Klinická diagnostika kognitivně-komunikačních poruch.....	27
4.1.2 Diagnostické kognitivní a behaviorální škály	28
4.1.3 Diagnostika poruch řečové komunikace	28
5 TERAPEUTICKÉ POSTUPY	30
5.1 Terapie dysartrie a řečové dyspraxie	31
5.2 Terapie u fatických funkcí.....	31
5.3 Terapie u neurogeně kognitivně-komunikačních poruch	35
PRAKTICKÁ ČÁST	37
6 LOGOPEDICKÁ TERAPIE U SYNDROMU DEMENCE.....	37
6.1 Výzkumný vzorek a metodologie výzkumu.....	38
6.2 Časová organizace výzkumu podle jeho fází	39
6.3 Vlastní šetření a výsledky výzkumu.....	39
6.3.1 Vlastní šetření a výsledky výzkumu na Klinice Na Košíku.....	40
6.3.2 Vlastní šetření a výsledky výzkumu v Gerontologickém centru.....	44

6.3.3 Vlastní šetření a výsledky výzkumu logopedické péče v domácím prostředí..	48
6.4 Interpretace a diskuse výsledků výzkumu	52
ZÁVĚR	55
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	57

ÚVOD

*„Musíte začít ztrácet paměť, třeba jen po kouskách,
abyste si uvědomili, že paměť je to, co tvoří váš život.
Život bez paměti není žádný život, stejně jako inteligence
bez možnosti vyjádření ve skutečnosti není inteligence. Naše
paměť je náš tmel, náš rozum, naše pocity, dokonce naše aktivita.*

Bez ní nejsme nic.“

(Buñuel 2003)

Jak lidstvo stárne, přibývá lidí s demencí. Dříve se o demenci téměř nemluvalo. Každý starý člověk, který zapomínal a začal se chovat jinak, byl nazván jako „sklerotik a skleróza přeci ke stáří patří“. Veřejnost nebyla a mnohdy ještě není dostatečně o demenci informována. Bohužel předem nevíme, koho z nás demence postihne a dosud ji neumíme vyléčit. Prvotní příznaky se velmi těžko rozpoznají a často se touto nemocí začne lékař i rodina zabývat až v pokročilejším stádiu nemoci. Není ani výjimkou, že rodina, kde se vyskytuje člověk se syndromem demence, se za tuto nemoc stydí. Prvním a nejdůležitějším pravidlem je včas odhalit tuto nemoc a okamžitě zahájit terapii.

Demence je velkým problémem dnešní doby. Mluví se o ní jako o nevléčitelné epidemii stáří. Otázkou je, jak si společnost v budoucnosti s touto nemocí poradí. Říká se, že úroveň a vyspělost společnosti se pozná podle toho, jaký postoj zaujímá ke svým nejslabším jedincům. V minulosti byli lidé postižení demencí vyčleněni ze společnosti, dnes je situace podstatně lepší. Odborníci se začínají více věnovat těmto lidem, ale i jejím příbuzným, kteří o ně pečují, protože péče o osobu s demencí je velmi náročná. V těžké fázi demence je pečující osoba mnohdy postavena před otázkou, co dál. V České republice zatím není dostatek specializovaných institucionálních zařízení pro lidi postižených demencí, ale situace se zlepšuje zejména díky České Alzheimerovské společnosti (ČALS).

Komunikačním schopnostem člověka s demencí se v České republice odborníci zatím příliš nevěnují. Vzhledem k tomu, že se chci věnovat zejména seniorům a s problémem demence jsem se již setkala, vybrala jsem si téma bakalářské práce zaměřené právě na logopedickou intervenci u těchto osob.

Bakalářská práce se zabývá narušenou komunikační schopností osob se syndromem demence a logopedickou terapií u těchto osob. Teoretická část se věnuje demenci, její etiologii a symptomatologii. Popisuje nejčastěji se vyskytující typy demence a její diagnostiku. Další prostor v teoretické části je věnován narušené komunikační schopnosti u osob s demencí. Mezi tyto poruchy patří dysartrie, řečová dyspraxie, afázie a kognitivně-komunikační porucha. Teoretická část je zakončena možnostmi logopedické i jiné terapie u takto postižených osob. V praktické části se zaměřím na poskytování logopedické terapie ve vybraných zdravotnických zařízeních a v domácím prostředí. Budu zjišťovat, zda je logopedická péče lidem s demencí poskytována, v jaké formě a s jakými výsledky.

Cílem bakalářské práce je metodou kvalitativního výzkumu analyzovat komunikační schopnosti a možnosti terapie u lidí s demencí v ústavní péči a v domácím prostředí. Ve výzkumném šetření budu sledovat využívání logopedické terapie u lidí s demencí a její vliv na zachování komunikačních schopností po co nejdelší dobu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SYNDROM DEMENCE

Podle mezinárodní klasifikace nemocí je demence „*syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy při porušení mnoha vyšších nervových korových funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, poznávání, počítání, schopnosti učení, jazyk, úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo oslabení motivace. Tento syndrom se objevuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.*“ (Kejklíčková, 2011, s. 60) Kučerová (2006) to doplňuje o skutečnost, že demence postihuje celou osobnost a v těžších stádiích dochází nejen k rychlému úbytku paměti, myšlení, emotivity, ale i k tělesné zchátralosti a ztrátě soběstačnosti. Progrese nemoci není u všech nemocných stejná. Jiráček (2009, s. 11) ve své publikaci uvádí tuto definici: „*Demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí. Jde o poruchy paměti, pozornosti, vnímání a komunikační problémy (tvorba řeči a porozumění řeči).*“ „*Pojem „demence“ pochází z latiny a doslova znamená „bez mysli“. Předpona „de“ znamená „odstranit“ a „mens“ je latinské slovo pro „mysl“.* (Buijssen, 2006, s. 13). „*Slovo „demens“ tedy znamená „šileny“, tedy něco, co myslí pozbylo, odchylku od rozumového jednání.*“ (Kučerová, 2006, s. 9) Termín demence jako první použil Aurelius Cornelius Celsus ve své knize „De medicina“ v prvním století našeho letopočtu. Do současné psychiatrické klasifikace tento termín zavedl Dominique Esquirol v roce 1814. (Kučerová, 2006) Höschel et al (1999, s. 13) definuje demenci jako „*organicky podmíněný, trvale progredující (nezvratný) pokles různých složek intelektu, který významně limituje kognitivní, funkční a behaviorální schopnosti, a tedy i každodenní sociální a ekonomické aktivity postiženého*“.

Z výše uvedených definic můžeme demenci označit jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která zásadně ovlivňuje život pacienta. Hlavním a typickým rysem

demence je postupná ztráta kognitivních funkcí zejména paměti a intelektu. Kromě těchto zásadních symptomů demence zahrnuje ještě další znaky a to poruchu orientace časem, místem, osobou, porozumění, apraxie, afázie, poruchy chování, osobnosti, ztrátu soběstačnosti. (Pidrman, 2007) Autoři se shodují na tom, že u člověka postiženého demencí postupně dochází k celkovému úpadku osobnosti. Poruchy se vyvíjejí buď pozvolna, nebo mají progredující charakter. Nejprve se objevují výpadky paměti, zejména krátkodobé s poruchou orientace. Postupně se přidávají i další výše uvedené příznaky. Později nastává úpadek ve sféře etické a estetické. V posledních fázích demence člověk přestává být soběstačný a je zcela odkázaný na své okolí. Přesně to popsal Buijssen (2006, s. 13): *„Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na jejím začátku. Během (dlouhé) první fáze je demence jako taková sotva patrná. Oči jsou jasné a otevřené, mysl je čistá a pacient chodí a pohybuje se, jak byl zvyklý. V konečné fázi nemoci je závislý na druhých ve všech svých potřebách a zapomněl už všechno, co se kdy naučil. Člověk s těžkou demencí končí svůj život, jak do něho vstoupil: jako bezmocné dítě“.*

1.1 Epidemiologie demence

Demence se v západním světě již stala jednou z pěti hlavních příčin smrti, a proto se o ní někdy mluví jako o nemoci století. V naší zemi se díky stále kvalitnější lékařské péči a kvalitnímu životnímu stylu zvyšuje věk seniorů a dle předpokladů přijde doba, kdy senioři budou představovat podstatnou část české populace. Stárnutí však s sebou přináší zdravotní, sociální a ekonomické problémy. Jedním ze závažných zdravotních problémů je právě demence. Demence je podle Pidrmana (2007) v současné době celosvětovým problémem. To souvisí s prodlužováním délky života a se stárnutím populace. Jiní autoři nárůst počtu dementních nemocných popisují tak, že ve věku nad 65 let dochází každých 5 let ke zdvojnásobení případů. V současnosti dochází k nárůstu skupiny nemocných, kteří se nacházejí ve středním a těžkém stadiu demence. Kučerová (2006, s. 10) uvádí, že *„v České republice je celkový počet pacientů s demencí odhadován celkem na 100 000 osob. V populaci osob nad 65 let věku však již demenci*

trpí 5 % všech jedinců, v populaci nad 80 let věku je to 30-50 % osob. Z tohoto počtu demencí je demencí u Alzheimerovy nemoci 50-65 %, vaskulárních demencí je 10-30 %.“ Kučerová (2006) dále informuje, že podle výzkumů bylo v roce 2000 v Evropě postiženo demencí 7,1 milionů osob. Předpokládá se, že do roku 2050 jich bude kolem 16,2 milionů.

1.2 Dělení demence

Podle Pidrmána (2007, s. 16 - 17) „*Největší díl demencí tvoří demence atroficko degenerativní, je jich přinejmenším 60 %. Nejčastější z nich je demence u Alzheimerovy nemoci. Demence vaskulární nepředstavují více než 20 %, z nich nejčastější je multiinfarktová. Sekundární demence jsou zastoupeny 10 %.*“

Jiráček (2009) dělí demence podle příčiny do dvou skupin:

1. Demence, které mají za podklad atroficko-degenerativní proces mozku.
2. Demence symptomatické (sekundární), které mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek.

Pidrman (2007, s. 31- 32) uvádí dělení demence na:

1. primárně degenerativní demence, mezi které řadí
 - Alzheimerovu nemoc (nejčastější demence, představuje 60 % všech demencí);
 - demenci s Lewyho tělísky;
 - frontotemporální demenci.
2. Sekundární demence, které jsou nesourodou skupinou nemocí, na jejichž vzniku se podílí řada příčin. Bylo popsáno více než 70 skupin sekundárních demencí. Z nichž Pidrman vybral ty nejzávažnější a nejčastější:
 - vaskulární demence (představují do 20 % všech demencí);
 - multiinfarktová;
 - mikroangiopatická (Binswangerova choroba);
 - metabolické demence;
 - toxické demence;

- demence při Parkinsonově chorobě;
- demence při Huntingtonově chorobě;
- traumatické demence;
- demence při normotenzním hydrocefalu;
- demence při nádorech CNS;
- demence při infekcích (sem náleží např. i demence syfilitická a demence při HIV infekcích).

3. Smíšené demence (přibližně 10-15 % všech demencí):

- smíšená Alzheimerova/vaskulární;
- smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence;
- ostatní smíšené.

Nejčastější typ demence představuje Alzheimerova demence. „*Název Alzheimerova demence, nebo též Alzheimerova nemoc, pochází původně od Emila Kraepelina z roku 1910, který ji nazval podle autora jejího prvního popisu, Aloise Alzheimer.*“ (Kučerová, 2006, s. 23) Podle Jiráka (2009) představuje v čisté podobě alespoň 50 % všech demencí. Pidrman (2007) uvádí 60 %. Kromě čisté podoby se Alzheimerova nemoc vyskytuje i v kombinaci s dalšími formami demence, například v kombinaci s vaskulární formou demence, s demencí s Lewyho tělísky nebo u Parkinsonovy choroby. Jiráka (2009) považuje Alzheimerovu chorobu za závažné neurodegenerativní onemocnění, které vede k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To zapříčiní vznik syndromu demence. Jak uvádí Pidrman (2007, s. 34) „*Alzheimerova nemoc je progredientní onemocnění, které se vyznačuje charakteristickými klinickými a patofyziologickými příznaky*“. Pidrman dále informuje, že tuto nemoc poprvé popsal profesor Alois Alzheimer. V roce 1906 přednesl případ své pacientky Augusty. Pidrman dále tvrdí, že Alzheimerova nemoc je primárním onemocněním šedé kůry mozkové. „*V mozkové tkáni nemocných trpících Alzheimerovou chorobou dochází v prostorách mimo nervové buňky k ukládání chorobně vzniklé bílkoviny, která se nazývá beta-amyloid.*“ (Jiráka, 2009, s. 29) Následkem toho dochází k neurodegenerativnímu procesu a výsledkem je vznik beta amyloidu, který způsobuje tuto závažnou nemoc. Jiráka dále

upřesňuje, že druhá základní neuropatologická změna u Alzheimerovy choroby se odehrává přímo v neuronech (nervových buňkách). Dochází tak k degeneraci bílkoviny, jež se nazývá tau-protein. Dle Pidrmána (2007) Alzheimerova nemoc trvá 9 let (rozmezí 2-12 let) a má tři stádia: časná (mírná), střední a těžká (hluboká). Jiráček (2009) zase uvádí, že Alzheimerova choroba trvá od prvních příznaků do smrti 7-10 let. Nejprve dochází k narušení krátkodobé paměti, objevuje se afázie, apraxie, agnózie, poruchy orientace a ztráta soběstačnosti v pozdním stádiu.

U vaskulárních demencí se objevují kognitivní poruchy jako důsledek poškození mozku různými typy cévní patologie. Vaskulární demence tvoří 10-20 % všech demencí, jejich výskyt se s věkem zvyšuje. Je druhou nejčastější příčinou demence. Multiinfarktová demence (MID) je nejčastějším typem vaskulární demence. Příčinou jsou extracerebrální cévní poškození. Začíná nejčastěji mezi 60. až 80. rokem života. Hlavním příznakem jsou poruchy paměti. Na začátku je málo postižen intelekt a osobnost. Typické příznaky jsou labilita, depresivní příznaky. Probíhá stupňovitě. To souvisí s rozvojem dalších cévních poškození. Při rozvinuté MID je prognóza nepříznivá, nemocní přežívají 4-6 let. (Pidrman, 2007) Podkorová vaskulární demence postihuje bílou hmotu mozku a šedou hmotu v oblasti tzv. bazálních ganglií. Vzniká hlavně u lidí, kteří trpí vysokým krevním tlakem. Projevuje se zpomalením, snížením výkonnosti, depresi, apatií a poruchou jemné hybnosti (parkinsonský syndrom). „*Typický je bradypsychismus (zjevně zpomalená řeč, zpomalené myšlení, zpomalená psychomotorika), řeč je navíc monotónní.*“ (Pidrman, 2007, s. 52)

Cévní mozková příhoda může být důvodem demence. Typické jsou neurologické příznaky. Demence s Lewyho tělísky je neurodegenerativní onemocnění na pomezí Parkinsonovy a Alzheimerovy nemoci. Tato demence je charakteristická poruchou kognitivních funkcí, výskytem zrakových halucinací a parkinsonským syndromem. „*Parkinsonova nemoc je neurodegenerativní onemocnění postihující především mozkový kmen, jeho dopaminergní buňky.*“ (Jiráček, 2009, s. 40) Parkinsonovou nemocí trpí asi 0,2 % populace. Onemocnění začíná nejčastěji kolem 58-60 let. Způsobuje hlavně motorické obtíže, drobné poruchy kognitivních funkcí. Objevují se potíže s polykáním a řečové problémy, dyspraxie, řeč je monotónní a méně zřetelná.

Frontotemporální demence představují přibližně 10 % všech demencí.

Nejčastější formou je Pickova nemoc. Vyskytuje se nejčastěji mezi 45. až 65. rokem. Z logopedického hlediska je postupně postižena řeč. Zpočátku jen slábne mluvní výkon, objevuje se nesmyslná mluva, bývá frázovitá, dochází k opakování slov i vět (perseverace). Později se vyvíjí vážné fatické poruchy, které znemožňují komunikaci, někdy dojde k vymizení mluvy úplně. (Kejklíčková, 2011)

Sémantická demence se vyznačuje těžkou poruchou porozumění řeči, ztrátou schopnosti pojmenovat předměty a rozpoznat význam a obsah zrakových vjemů. Řeč přesto zůstává plynulá a gramaticky správná. Charakteristické jsou redukce obsahu řeči, stereotypní používání slov a frází, potíže s nalezením správného slova. Někdy nemocný opakuje určitá slova, slabiky nebo poslední slovo či slabiku toho, co slyší. Pacient je schopný dlouho normálně fungovat, nemá problémy s orientací, je soběstačný. S rozvojem onemocnění se často objevují kognitivní a behaviorální poruchy. (Jirák, 2009)

U primární progresivní afázie (progresivní nonfluentní afázie) je postižena řeč (expresivní afázie), která je neplynulá, namáhavá, chudá. Výbavnost slov je špatná, nemocný dělá gramatické chyby, slova komolí, zaměňuje hlásky. Často postupně dochází i k úplné ztrátě řeči (mutismus). Porozumění je většinou dobře zachováno. Objevují se poruchy čtení, psaní a počítání. Ostatní kognitivní funkce a schopnost provádět běžné denní aktivity bývají většinou dlouho zachovány. (Tamtéž, 2009)

Huntingtonova choroba je dědičné onemocnění. Má příznaky neurologické i psychické. Časem dochází k výpadkům paměti, nejsou schopni normálně fungovat, dochází často až k úplné změně osobnosti. Řeč je skandovitá, později zcela nesrozumitelná. Creutzfeldtova-Jakobova nemoc je vzácná, rychle progredující nemoc. Počátek demence nelze snadno rozpoznat. Průměrná doba přežití je 8-12 měsíců. Tato nemoc se nejčastěji vyskytuje mezi 40. a 60. rokem života. Tato demence se v pokročilejších stádiích vyznačuje dysgrafií, dysartrií a dalšími fatickými poruchami až řeč úplně vymizí, poruchou polykání, dále přítomností neurologických příznaků. V posledních letech se objevuje nová varianta CJN nazývaná nemocí šílených krav. (Tamtéž, 2009)

Mezi další typy demence řadíme demence infekčního původu, demence při infekci HIV, demence způsobená virem herpes simplex, alkoholová demence, metabolické demence, demence intoxikačního původu, farmakogenní demence,

demence při avitaminózách a endokrinních onemocněních, posttraumatické (poúrazové) demence, demence nádorového původu, lehká porucha poznávacích funkcí, která přechází v demenci. (Pidrman, 2007)

1.3 Symptomatologie demence

Hlavním charakteristickým znakem demencí jsou poruchy paměti (zejména při demencích při Alzheimerově nemoci), poruchy učení se novým věcem, poruchy logického myšlení, nesoustředěnost. Dále se vyskytují pocity úzkosti, deprese, emoční labilita, apatie, paranoidní bludy, zejména bludy okrádání, poruchy sociálního citění. Mohou se vyskytnout i halucinace, které mohou být zrakové či sluchové. Dalším projevem je to, že nemocný o sebe přestává dbát. Stále něco hledá a obviňuje své blízké, že mu věci vzali. V pozdějších stádiích jsou desorientovaní místem, časem i osobou. „V pokročilých fázích jsou však všechny demence natolik podobné, že jejich etiologie se stává vedlejší. Rozpoznání etiologie je důležité zejména v počátečních fázích, kdy je možná ještě kauzální léčba: nádor-operace, infekce-léčba infekce, počínající arterioskleróza-léčba arteriosklerózy, alkohol-abstinence, průmyslové jedy-změna zaměstnání, prostředí, atd.“ (Kučerová, 2006, s. 17)

Jiráček (2009) dělí Alzheimerovu demenci do tří stádií:

Lehká demence – projevuje se poruchami paměti a to zejména krátkodobá paměť, nemocný se přestává věnovat denním aktivitám. Objevují se poruchy nálady a orientace. V této první fázi se nemocný snaží zastírat tyto problémy.

Střední demence – se projevuje výrazným zhoršováním paměti ve všech složkách. Nemocný je často dezorientován časem i místem. Přestává o sebe dbát. Přestává být plně soběstačný.

Těžká demence - se vyznačuje těžkými poruchami paměti ve více složkách. Nemocní nejsou schopni si zapamatovat nové informace, bývají zcela dezorientováni místem i časem, nepoznávají své okolí, nedokáží se již o sebe postarat. V této fázi jsou již plně odkázáni na své okolí.

Buijssen (2006) popsal stádia demence následovně:

Fáze potřeby dohledu.

Fáze potřeby péče.

Fáze potřeby ošetrovatelské péče.

„V pozdním období demence nemocný prakticky nekomunikuje s okolím, paměť je výrazně narušena. V konečném stadiu je nemocný zcela imobilní, paměťové schopnosti bývají vymizelé, emoce jsou ploché, řeč nesrozumitelná.“ (Jiráček, 2009, s. 31)
To potvrzuje také Buijssen (2006), který uvádí, že někteří pacienti s demencí nejsou v posledním stádiu vůbec schopni mluvit. Další drama v procesu demence nastává, když v určitém okamžiku už pacient není schopen poznat ani svého životního druhu.

1.4 Diagnostika demence

Jednoznačně určit typ demence není zcela jednoduché. *„Ne všechny příznaky bývají rozvinuty, někdy převažuje to, jindy ono. Psychopatologický obraz se také mění během času.“* (Kučerová, 2006, s. 23) Při stanovení diagnózy nejprve začneme běžným hovorem s pacientem. Zeptáme se ho například, jak se mu daří. Po úvodním rozhovoru začneme již klást cílené otázky zaměřené na orientaci časem, místem, osobou, na paměť. Všímací si jak se pacient chová, jaká má gesta, jak mluví, zda má potíže s vyjadřováním, zda si vybavuje slova, zda slova nebo věty opakuje a nemůže pokračovat dál v hovoru. Zda na otázky odpovídá přiléhavě, jak si vybavuje osobní údaje o sobě a své rodině, zda pacient rozumí otázkám. Pokud při rozhovoru zjistíme, že pacient má poruchy paměti i intelektu, začneme pokládat cílené otázky. (Kučerová, 2006) K testování se používá například MMSE – MINI-MENTAL STATE EXAMINATION, CLOCK TEST – CLOCK DRAWING TEST, BCRS – BRIEF COGNITIVE RATING SCALE. Klinické diagnostice kognitivně-komunikačních poruch je věnována kapitola 4.

2 KOMUNIKACE, JAZYK A ŘEČ

„Neumíme si představit ani náznakem, jaké by to bylo, pokud bychom se nemohli s lidmi ve svém okolí domluvit, sdělit jim své myšlenky. Osoby trpící náhlými ztrátami schopnosti řečové komunikace jsou často vystaveny nepochopení svého okolí.“ (Neubauer, 2007, s. 12) Komunikace je jednou ze základních lidských schopností. Klenková (2006, s. 25) uvádí: *„Pojem „komunikace“ je používán v mnoha různých vědních disciplínách – v pedagogice, psychologii, lingvistice, sociologii, antropologii, kybernetice, dopravě a dalších oborech. Pojem „komunikace“ nemá jednotnou definici.“* Podle Lechty (2005) při komunikaci dochází k výměně informací. Komunikovat znamená používat systém znaků a symbolů ve všech formách. *„Jazyk je soustava zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy, schopná vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastních prožitcích.“* (Klenková, 2006, s. 27) Neubauer (2007, s. 14) upřesňuje: *„Jazyk je komunikační kód, který se skládá z jasně odlišených a selektovaných signálů, znaků a symbolů reprezentujících každý aspekt tohoto kódu. Jejich adekvátní užití je podmíněno kognitivními procesy, především v oblasti paměti a pozornosti, a také intelektovými schopnostmi“.*

Jazykový kód má tyto základní složky:

Sémantická – zahrnuje rozsah a výbavnost aktivní a pasivní slovní zásoby.

Syntaktická – zahrnuje stavbu vět a souvětí.

Fonologická – týká se zvukového systému, jímž je jazykový kód realizován.

Pragmatická – týká se užití jazyka v sociální komunikaci. (Neubauer, 2007)

„Řeč je specifickou lidskou schopností. Jedná se o vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech formách. Slouží člověku ke sdělování pocitů, přání myšlenek.“ (Klenková, 2006, s. 27). Řeč se rozvíjí až při verbální komunikaci s okolím. Klenková dále pokračuje: *„Řeč není pouze záležitostí mluvních orgánů (zevní řeč), ale především mozku a jeho hemisfér (vnitřní řeč). Úzce souvisí s kognitivním procesem a myšlením.“* Neubauer (2007, s. 15) upřesňuje: *„Řeč je*

fyzikální realizací jazyka, je to užití signálů, které vznikají lidskou respirací, fonací, artikulací a rezonancí.“. Krejčíková (2011) dále doplňuje, že k dorozumívání lidé používají nejen mluvu, ale i písmo, posunky, mimiku, neartikulované hlasové projevy. Základem mluvené řeči je hláska. Z hlásek se skládají slova a ze slov věty.

Dělení řečových poruch podle Neubauera (2007):

- motorické řečové poruchy;
- poruchy na bázi jazykového systému;
- poruchy kognitivně-komunikačních schopností;
- poruchy na bázi percepční bariéry.

3 AFÁZIE

Označení pochází z řečtiny (aphatos – němý, nemluvicí). O afázii se mluví již od druhé poloviny 19. století. Neurolog Paul Broca popsal svého pacienta s expresivní poruchou řeči s relativně dobrým porozuměním řeči, u tohoto pacienta zjistil poškození v precentrální oblasti levého laloku. Karl Wernicke uvedl v roce 1874 případ pacienta, u kterého produkce řeči byla plynulá, ale měl poruchu porozumění mluvené řeči. U tohoto pacienta šlo o poškození temporoparietální oblasti levé mozkové hemisféry. Podle těchto dvou profesorů se dělí afázie na senzoricke (receptivní, Wernickeho), motorické (expresivní, Brockova) a totální (globální). Jde o nejelementárnější dělení. V současnosti nelze podat úplný přehled koncepcí či přístupů k chápání afázie. Jednotlivé afaziologické školy se liší v klasifikaci afázie. (Lechta 2003) Záleží, jak na tuto poruchu nahlíží klinická neurologie, neuropsychologie, psycholingvistika, neurolingvistika, logopedie. Klenková (2006) dále informuje, že existují ve světě různé afaziologické směry – afaziologické školy.

Kutálková (2007, s. 30) definuje afázii jako mnohotvárnou poruchu řeči. *„Jde o ztrátu plně rozvinuté nebo do doby onemocnění normálně se vyvíjející řeči, respektive některé části komunikačních schopností.“* *„Je to úplná nebo částečná neschopnost přijímat a vysílat symbolické kódy mluvené nebo psané řeči“*, dodává Kulišťák (1997, s. 26) Jinou definici uvádí Kejkličková (2011, s. 42): *„Afázie (fatické poruchy) jsou získané poruchy příjmu (percepce) a produkce (exprese) jazykové složky řeči, vznikající nejčastěji při poškození kůry dominantní mozkové hemisféry.“* Slovenský afaziolog Cséfalvay (2007) upřesňuje, že rozhodující je rozsah a lokalizace léze mozku a dále uvádí, že *„nejzávažnější afázie vznikají u rozsáhlých lézí zasahujících fronto-temporo-parietální oblasti mozku.“* Lechta (2003, s. 203) to doplňuje *„Organické poškození mozku ovlivňuje vztah řeči k ostatním psychickým funkcím a narušuje především komunikativní funkci řeči.“*

Afázie tedy vzniká poškozením korových center řeči v dominantní mozkové hemisféře. Motorické centrum (Brocovo) řídí aktivní tvorbu řeči (expresi). Senzorické centrum (Wernickovo) se podílí na rozumění řeči (receptci). Kromě mluvené řeči může

být zasažena schopnost psaní, čtení, počítání, kreslení, vybavování. Afázie většinou vzniká poškozením příslušných korových oblastí v levé hemisféře mozkové, protože většina populace jsou praváci a mají dominantní levou polovinu mozku. (Kejklíčková, 2011)

3.1 Etiologie afázie

Podle Neubauera (2007) mezi fatické poruchy nepatří pouze afázie, ale i další závažné neurogenní poruchy řečové komunikace, jako jsou motorické řečové poruchy a kognitivně-komunikační poruchy. U dospělé populace a seniorů je výskyt těchto poruch vysoký. Poškození centrální nervové soustavy může být ložiskové (ohraničené) anebo difuzní (rozptýlené). Klinický obraz afázie závisí na tom, o jaké organické poškození centrální nervové soustavy se jedná, na lokalizaci a také rozsahu léze, v neposlední řadě sehrává roli i věk jedince, u něhož k organickému poškození mozku došlo.

Klenková (2006) a Neubauer (2007) se shodují na nejčastějších příčinách vzniku afázie. Řadí mezi ně následující onemocnění:

- 1. Cévní onemocnění mozku (COM) a cévní mozkové příhody (CMP)**, do kterých patří ischemické nemoci (snížení prokrvení), tak hemoragie (krvácení). Závažná je **ischemicko-vaskulární demence**, která představuje 15-30 % všech vznikajících demencí.
- 2. traumatické poškození tkáně, to jsou úrazy mozku** (komoce, kontuze, komprese), u kterých dochází k poruchám řečové komunikace, poruchám paměti, fatických funkcí či motorickým řečovým poruchám;
- 3. mozkové nádory;**
- 4. infekce centrální nervové soustavy („CNS“)** (encefalitidy a meningoencefalitidy);
- 5. intoxikace CNS** (drogy, alkohol, apod.);
- 6. degenerativní onemocnění CNS a demence** – u Parkinsonovy choroby a neurologicky diagnostikovatelných syndromů s atrofií mozkové tkáně způsobují dysartrii a dyspraxii. Zasahují hlavně centrální motorický systém, nikoli kognitivní

a fatické funkce. Naproti tomu Alzheimerova choroba se vyznačuje poruchou fatických a kognitivních funkcí.

3.2 Symptomatologie afázie

U afázie sledujeme zejména, zda je řeč plynulá (fluentní) nebo nonfluentní, dále zda je narušena receptivní či expresivní složka řeči.

Nejčastější symptomy afázie uvádí přehledně Čecháčková (2003). Jedná se o:

Parafázie – deformace slov, dělí se na:

- fonemické – slovo je deformované, ale lze porozumět jeho významu;
- žargonové – těžká slovní deformace; nelze porozumět produkované řeči;
- sémantické – slovo nahrazuje slovem podobného významu nebo opíše význam pojmu.

Parafrázie – znamená sníženou schopnost až nemožnost větného vyjádření.

Perseverace – ulpívání na předchozím podnětu

Logorhea – překotná mluva se sníženou srozumitelností, výskyt žargonových parafází.

Anomie – porucha pojmenování, bývá součástí amnestické afázie.

Neologismy – slova jsou tvořena gramaticky chybně, záměná hlásek, slabik, slova jsou nesrozumitelná, vznikají nesmyslná sdělení.

Poruchy porozumění – afatik příkazu nerozumí nebo si ho nezapamatuje.

3.3 Klasifikace afázie

„Různorodé jsou pohledy odborníků na definování afázie, nejednotné jsou i názory na její klasifikaci. Jednotlivé afaziologické školy mají rozdílné klasifikační systémy.“ (Klenková, 2006, s. 81) Vzhledem k tomu, že bakalářská práce je zaměřena na diagnostiku a logopedickou terapii u syndromu demence, nebudeme se podrobně zabývat různými afaziologickými směry a klasifikacemi a uvedeme nejzákladnější dělení afází podle Kejkličkové (2011). Je to:

motorická afázie (expresivní, Brocova) – neschopnost produkovat mluvu, zatímco rozumění řeči je zachováno. Velmi zjednodušeně řečeno rozumí, ale nemluví;

senzorická afázie (receptivní, Wernickeho) – neschopnost rozumět řeči. Produkce

mluvy je zachována. Velmi zjednodušeně řečeno mluví, ale nerozumí;

amnestická afázie – porucha vybavování slov, pojmů. Rozumění řeči nebývá porušeno;

sémantická afázie – afatik celkem dobře komunikuje, dobře rozumí, ale má potíže s vyjádřením i chápáním abstraktních pojmů;

smíšená afázie – je různou kombinací příznaků předchozích typů afázií. Podle toho může být postižena v různé míře část receptivní, expresivní, mnestická, sémantická;

globální afázie – je kombinací úplné motorické a úplné senzorické fatické poruchy. Pacient řeči nerozumí a není téměř schopný mluvního projevu. Bývá doprovázena alexií, agrafií, akalkulií. Jde o nejzávažnější fatickou poruchu.

Další významné dělení afázií uvádí Bostonská klasifikace. „*Toto dělení vychází především ze zpracování dosažených výsledků ve čtyřech základních komponentech* (Neubauer, 2007, s. 56)

1. **pojmenování** (pojmenování předmětů i obrazových souborů);
2. **fluence konverzační řeči** (spontánní řečový projev, jeho plynulost a tempo-fluence);
3. **porozumění mluvené řeči** (rozumění obsahu řeči od jednotlivých pojmů po věty);
4. **opakování** (opakování hlásek, slabik, slov a vět).

Dělení typů afázií dle výše uvedených čtyř hledisek přehledně popsal známý slovenský afaziolog Cséfalvay (2007).

Primární progresivní afázie postihuje osoby trpící afázií bez projevů pravostranné léze mozku, bez paměťových poruch mimo rámec fatické poruchy, bez poruch sociálního chování a změn osobnosti. Přechází v počáteční stadium degenerativní choroby CNS, nejčastěji syndrom demence, a to v rozmezí 2-5, ale i 11 let. (Neubauer, 2007)

4 KOGNITIVNĚ-KOMUNIKAČNÍ PORUCHY

Jde o poruchy, kde hlavním projevem je porucha kognitivních procesů a současně porucha řečové komunikace. Neubauer (2007, s. 60) tvrdí, že „*tyto poruchy ukazují na vzájemné propojení neurokognitivních jazykových a paměťových neuronálních sítí mozku i na klíčovou podpůrnou roli verbální dlouhodobé paměti a cílené pozornosti na funkci centrálních jazykových procesů v CNS.*“ Důležitá je víceoborová (lékařská, neurologická a logopedická) diagnostika a účinná rehabilitace.

Poruchy komunikace jsou u všech typů demencí. Jde o poruchy řeči, jazykového vyjadřování, rozumění verbálnímu projevu, poruchy čtení a psaní a poruchy komunikace s okolím. „*Tyto poruchy jsou důležitým diagnostickým vodítkem uváděným také v lékařské i psychologické diagnostice demencí.*“ (Neubauer, 2007, s. 61)

Příčinou řečových poruch je dominantně postižení kognitivních a intelektových schopností. Z tohoto důvodu zahrnujeme většinu komunikačních poruch u syndromu demence pod pojem kognitivně-komunikační poruchy. Například u Parkinsonovy choroby se společně vyskytuje kognitivně-komunikační porucha a dysartrie. Neubauer (2007, s. 61) poukazuje na to, že „*projevy poruch fatických funkcí, apraxie a agnozie u osob s demencí nelze hodnotit jako izolovanou poruchu řečové komunikace, jsou součástí obrazu globální poruchy činnosti mozkové kůry u degenerativně-atrofických chorob mozku, např. u Alzheimerovy nemoci. Proto se užívá výraz afázie při demenci či jazykové poruchy u demencí.*“

U Alzheimerovy choroby. se vyskytuje kortikální demence. Nejprve bývají porušeny pragmatické a sémantické jazykové schopnosti. Od středního stádia nemoci je postižena fonologie a syntax. Řeč je postižena motoricky až v pozdějším stádiu. Příznaky poruch řečové komunikace bývají velmi variabilní. U Pickovy nemoci je řeč rozvláčná, objevuje se anomie a poruchy auditorního porozumění. Jazykové schopnosti v oblasti syntaxe se postupně zhoršují. Neubauer (2007)

Subkortikální demence se vyskytuje u Parkinsonovy choroby a syndromu demence. U tohoto typu demence nejsou jazykové schopnosti téměř porušeny. Naproti tomu je motoricky postižena řeč (dysartrie), hlas je slabý. Huntingtonova choroba se

projevuje dysartrií, nemocný má problémy s pojmenováním a při delším mluvním projevu. Má problémy skládat věty a větší celky. Neubauer (2007)

U vaskulární demence (MID) se vyskytují poruchy jazykové i motorické v závislosti na lokalizaci a rozsahu lézí. V pozdní fázi často dominuje mutismus. U Creutzfeldtova-Jakobova nemoci je v pozdním stadiu nemoci přítomna afázie, apraxie a později i agnozie. Jedná se tzv. smíšenou demenci. (Tamtéž, 2007)

4.1 Diagnostika poruchy

Aby terapie u osob s neurogenními poruchami komunikace byla účinná, je hlavním úkolem zjistit dominantní příčinu poruchy. Neubauer (2007) dělí poruchy na bázi postižení:

motorických řečových mechanismů (dysartrie, řečová dyspraxie);

individuálního jazykového systému (afázie);

kognitivně-komunikačních funkcí (demence, poruchy verbální paměti a dalších funkcí na bázi traumatu CNS);

primárních funkcí orofaciálního traktu (dysfagie, orální dyspraxie)“.

Cílem diagnostiky je najít dominantní příčinu poruchy řečové komunikace. „Hlavním úkolem diferenciální diagnostiky u neurogenních řečových poruch je odlišit projevy motorické řečové poruchy – dysartrie či řečové dyspraxie – od projevů poruchy jazykového systému – afázie, dyslexie, dysgrafie – a kognitivně-komunikační poruchy – globální deteriorace u demence, parciální poruchy kognitivních funkcí a komunikace.“ (Neubauer, 2007, s. 19)

Demence se projevuje úbytkem paměťových a intelektových schopností. Dochází k poruchám verbální paměti, nikoli k řečovým a jazykovým poruchám. Nemocný neumí řeč plnohodnotně využívat při komunikaci. Dnes převládá názor, že pro správnou diagnostiku a terapii je potřeba víceoborová spolupráce. Česká logopedie se dříve orientovala zejména na vývojové poruchy u dětí. V posledních letech se situace výrazně změnila. Neubauer (2007) dodává, že se k nám dostávají moderní poznatky zahraničních afaziologů a dochází k rozvoji zdravotnických zařízení, které se věnují komplexní rehabilitaci péči o dospělé a seniory. Významná je také sociální, charitativní

i domácí péče.

Od konce 80. let 20. století ovlivňuje českou logopedii i slovenská afaziologie, která je prezentována Hrnčiarovou a Cséfalvayem. Cséfalvay uvádí do praxe nové metody, které se osvědčily v zahraničí – Lurijova koncepce, PACE, kognitivně-neuropsychologického modelu, konverzačního tréninku.

4.1.1 Klinická diagnostika kognitivně-komunikačních poruch

V diagnostice amnestických a demenciálních syndromů jsou nejdůležitější neuropsychologické a psychologické diagnostické postupy. Při diagnostice má zásadní význam odlišení syndromu demence od postižení CNS, které jak uvádí Neubauer (2007, s. 76) „*má jiný charakter, příčinu a vývoj symptomatologie.*“

Neuropsychologické testové baterie jsou účinné spíše u méně závažných kognitivních poruch, u lehčích forem demence, protože je pacient ještě schopný spolupracovat. Některé testové baterie ovšem neumožňují stanovit důležité rozdíly mezi různými skupinami dementních pacientů. Diagnostika by se měla zaměřit na kvalitativní změny u různých druhů kognitivních deficitů dle slov Neubauera (2007, s. 76) „*za použití krátkých zaměřených zkoušek kognitivních, fatických a percepčních schopností, které specifikují hlavní charakteristiky projevů poruch u daného pacienta, nikoli pouze přítomnost či nepřítomnost amnestického či demenciálního syndromu.*“

Neuropsychologické metody se snaží rozpoznat počáteční projevy demence a rozpoznat korové a podkorové formy syndromu demence. Zaměřují se na obtíže v učení se jazykovým jevům a drobné poruchy ve slovní produkci. „*Vytvářené formy testů slovní fluence či schopností jazykového citu a zapamatování nových jazykových jevů sbližují zaměření neuropsychologické a logopedické diagnostiky projevů syndromu demence.*“ (Neubauer, 2007, s. 77)

Nejnámějším víceoborovým komplexním diagnostickým materiálem pro hodnocení projevů demence je „Arizona Battery for Communication Disorders of Dementia“. Baterie obsahuje testy smyslového vnímání jazyka, impresivního a expresivního jazyka, schopnosti opakování a testy orientace a paměti. (Neubauer, 2007)

4.1.2 Diagnostické kognitivní a behaviorální škály

Tyto škály se používají v klinické diagnostice poruch paměti a orientace. Jsou používány hlavně v psychiatrické a geriatrické klinické praxi. Zejména kognitivní škály, které hodnotí i úroveň komunikace, řečového projevu a verbální paměti vyšetřované osoby, se používají i v logopedické diagnostice. MMSE – MINI-MENTAL STATE EXAMINATION – Krátká škála mentálního stavu. Test trvá 10-15 minut, skládá se z 30 otázek a činností. Hodnotí orientaci, okamžitou paměť, výbavnost, pozornost, fatické funkce, gnozii a praxii. Hodnocení: bez poruchy kognitivní funkce – lehká – středně těžká – těžká demence (Topinková, 1999).

CLOCK TEST – CLOCK DRAWING TEST – Test kreslení hodin. Trvá 5-10 minut. Podle kresby ciferníku hodin a polohy ručiček hodnotí poruchu paměti, vizuálně-konstrukční schopnosti, představivost a vlastní provedení. BCRS – BRIEF COGNITIVE RATING SCALE – Krátká škála kognitivních funkcí. Vyšetření trvá 20 minut. Jedná se o strukturovaný klinický rozhovor s vyšetřovanou osobou či partnerem nebo pečovatelem když pacient nespolupracuje. Hodnotí se pět kognitivních funkcí (koncentrace a početní schopnosti, novopaměť, dlouhodobá paměť, orientace, sebeobsluha a soběstačnost). Vyhodnocení má 7 stupňů (od žádné poruchy až po zánik funkcí v dané kognitivní oblasti. (Neubauer, 2007)

4.1.3 Diagnostika poruch řečové komunikace

Neubauer (2007) uvádí čtyři hlavní cíle v péči o osoby s kognitivním deficitem.

1. Vyhodnotit úroveň komunikačních schopností a tím přispět ke komplexní diagnostice a péči.
2. Odhalit podíl nerozpoznaných a nesprávně interpretovaných komunikačních poruch.
3. Podílet se na vývoji léčebných programů zaměřených na usnadnění nebo zachování funkční komunikace nemocných co nejdéle.
4. Pomáhat rodinám i blízkému okolí pochopit potřeby nemocného a naučit se s ním komunikovat.

„Přítomnost a typ komunikačních poruch je důležitým diagnostickým vodítkem v oblasti diferenciální diagnostiky typů demencí a v odlišení demence od dalších poruch, amnestických syndromů po úrazech CNS, poruch fatických funkcí bez celkové deteriorace, eventuálně od komunikačních poruch u depresí.“ (Neubauer, 2007, s. 78)

U nás není této oblasti diagnostiky osob s demencí věnována taková pozornost jako v zahraničí. Z tohoto důvodu u nás není jednoduché diagnostikovat komunikační schopnosti lidí s demencí. Jak už jsem zmínila, je důležité podle dostupných škál vyhodnotit kognitivní schopnosti nemocného za využití víceoborové spolupráce při diagnostice. (Neubauer, 2007)

Z testů se nejvíce používají „Boston Diagnostic Aphasia Examination“, „Wester Aphasia Battery“, „Pražské afaziologické vyšetření“ a u osob s poruchami paměti a orientace, zejm. v pokročilejším stádiu, není doporučováno používat v diagnostice časově dlouhé a na spolupráci náročné testy. Kromě výše uvedených testů se používají „Screeningová zkouška afázií“ a „Token Test“. (Kulišťák 1997, Neubauer, 2007)

Screeningová zkouška afázií je česká adaptace „AST – Aphasia Screening Test“. Představuje 32 položek a 14 diagnostických kategorií. Je časově nenáročný, trvá přibližně 10 minut. *„Ve spojení s kognitivními škálami umožňuje krátké nezátěžující vyšetření fatických a kognitivních schopností vyšetřované osoby“*. (Neubauer, 2007, s. 79)

Token Test vyhodnocuje rozumění slovním a větným pokynům a krátkodobou verbální paměť. Osoba pracuje s barevnými kruhy a čtverci na základě pokynů. Ve zkrácené verzi trvá 10 až 15 minut. Pokud je podezření na kognitivně-komunikační poruchu, musí se kombinovat s další zkouškou, která se zaměřuje na úroveň pracovní a dlouhodobé paměti a lexikálně-grafických schopností. (Neubauer, 2007)

5 TERAPEUTICKÉ POSTUPY

Jednotlivé terapeutické postupy jsou podrobně popsány v odborné literatuře (Kiml, 1969; Cséfalvay, Traubner, 1996; Neubauer, 1997; Kulišťák, Mimrová, Lehečková, Nebudová, 1997; Cséfalvay, 2005, Cséfalvay, 2007, Neubauer 2007)

Při terapii osob s neurogenně podmíněnými poruchami řečové komunikace je nezbytná spolupráce postižené osoby a jejího okolí. Terapie má za úkol rozvíjet stávající komunikační možnosti nemocného a učí handicapovaného nové techniky, aby mohl co nejlépe využívat své řečové i neverbální komunikační dovednosti. Je důležité motivovat postiženého k terapii, vysvětlovat smysl terapie a hodně chválit za každý úspěch. Pokud jsou osoby ve zdravotnickém zařízení, je nutné předávat informace o terapii ošetřujícím osobám a rodině, aby mohli v terapii také pomáhat. To znamená, že terapeut by měl působit i jako poradce. Zásadním předpokladem úspěšnosti terapie je včas odhalit degenerativní onemocnění a včas zahájit terapii včetně logopedické péče. Cílem je stabilizovat stav nemocného a zlepšit komunikaci s okolím. Velmi důležité je udržet handicapovanou osobu co nejdéle aktivní a soběstačnou. U dospělých osob není vhodné používat při terapii materiál určený dětem. Používání vhodných terapeutických pomůcek nemocného více motivuje. Efektivní terapie je vždy zacílena na konkrétní osobu a terapeutický plán musí být individuální, šitý přímo na míru postiženého. Terapie by měla odpovídat typu a závažnosti poruchy. Cílem terapie je v co největší míře zachovat komunikační schopnost, která je pro člověka s neurogenní poruchou řečové komunikace životně důležitá. Dospělou osobu je třeba motivovat přiměřeně věku a psychickým schopnostem a nepodceňovat ho. Neubauer (2007, s. 124) konstatuje, že *„Pro pomoc osobám se získanými těžkými motorickými poruchami řeči, afáziemi nebo komunikačně-kognitivními poruchami je intenzivní a kvalitně odborně vedená logopedická péče klíčová“*. Velký problém vidí v tom, že dosud není z finančních a kapacitních důvodů tato péče v nemocnicích, domovech pro seniory či v ambulancích dostatečná. Dnes se rozvíjí i domácí péče, kde by pomoc klinického logopeda byla také potřebná, ale bohužel zatím neposkytovaná. Klinický logoped by měl propojovat

logopedické, psychoterapeutické a kognitivní postupy. Při komplexní rehabilitaci je nutná spolupráce zkušeného klinického logopeda s lékaři, psychology, ergoterapeuty a fyzioterapeuty. V zahraničí existují programy, které vede logopedický pracovník, a jsou zaměřeny na osoby pečující o nemocné s různými typy poruch řečové komunikace. (Neubauer, 2007)

5.1 Terapie dysartrie a řečové dyspraxie

„Degenerativní onemocnění CNS jsou velmi často doprovázeny vzniklou a postupně se zhoršující dysartrií. Terapie je vedena snahou zpomalit či zastavit rozvoj dysartrie a zvolit efektivní kompenzační strategie.“ (Neubauer, 2007, s. 130)

Při terapii se používají následující metody:

1. využití relaxace k sebekontrolě svalového napětí a uvolnění zejm. v oblasti mluvidel;
2. orofaciální cviky pro obnovování hybnosti a svalové síly mluvidel;
3. dechová a fonační cvičení – slouží ke zlepšení fonace, artikulace a prozódie mluvidel;
4. artikulační cvičení, rytmizačně pohybová cvičení. cvičení slovní a větné prozódie a větná intonace;
5. neverbální komunikace a komunikační pomůcky;

U těžkých poruch řeči se používají kompenzační pomůcky (písmo, piktogramy, kresba, posunky, mimika. Cséfalvay (1996) uvádí, že tyto metody neverbální komunikace byly původně vyvinuty pro terapii fatických poruch.

6. skupinové formy terapie.

5.2 Terapie u fatických funkcí

„Terapeutická pomoc osobám s afázií je nejvíce rozvinutou a diferencovanou oblastí terapie v rámci neurogenně podmíněných poruch řečové komunikace.“ (Neubauer, 2007, s. 143)

Nejznámější a nejpoužívanější terapeutické postupy si představíme v následujícím výčtu.

1. Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie

Ruský neurolog A. R. Lurija dal základ pro vytvoření metodologie obnovovací terapie fatických funkcí. Jeho následovníci jsou Cvetková, Cséfalvay, Traubner, Neubauer. Představitelé této koncepce zastávají názor, že řeč se dá obnovit pouze speciální, obnovovací restituční terapií. Nejprve využívá odblokování řečového projevu (př. automatické řady), obnovení jazykových dovedností a poté následuje intenzivní terapie formou stimulačních jazykových cvičení na obnovení lexikálních a gramatických dovedností. Lurijova terapie afázií rozlišuje způsoby obnovování poruch psaní a čtení od obnovování mluvené řeči. Čtení a psaní jsou výsledkem cílevědomého učení, naproti tomu řeč je výsledkem mezilidské komunikace. (Neubauer 2007)

2. Kognitivně-neuropsychologický přístup

Terapie je zacílena na konkrétní poruchu, např. poruchy rozumění řeči. Terapie má působit jako stimulace, která vede, ke zlepšení například v rozumění řeči a následně dojde ke zlepšení i v komunikaci s okolím. (Neubauer, 2007)

3. Specifické cílené postupy obnovovací terapie

a) MIT – Melodicko-intonační terapie

Využívá schopnosti nemocných s motorickou afázií a dobrým porozuměním správně intonovat určité krátké mluvní fráze. Pokud je terapie úspěšná, naučí se osoby s těžkou afázií omezený okruh větných sdělení. Pomáhá si i rytmickým pohybem ruky. Neubauer (2007, s. 145) doplňuje, že „*Terapie je účinná především u části osob s dobře zachovaným rozuměním řeči a dobře zachovanou schopností reprodukovat melodické písňové vzory.*“

b) Tlumení perseverací

Perseverace se vyskytuje u těžkých forem afázií. Jedná se o opakování stejného slova na více otázek za sebou. Cílem terapie je vědomá sebekontrola řečového projevu, počátků mluvní produkce. Využívá se prodloužení pauzy mezi ukázáním podnětu a jeho pojmenováním, používáním počátečního písmene, kresby, gesta. (Neubauer, 2007,

Cséfalvay, 1996, Cséfalvay 2007)

4. Psycholingvisticky orientovaná individuální obnovovací terapie v tradici české a slovenské klinické logopedie

Terapie je zaměřena na obnovování všech složek řečové komunikace (mluvený projev, rozumění, čtení a psaní). Používáme obrazový a názorný materiál frekventovaných slov. Obrázek nebo předmět má vyvolat nejen mluvní projev, ale i čtení a psaný projev. Poté se trénuje skládání vět, dokončování vět, odpovědi na otázky, slovní spojení. Při terapii neklademe příliš důraz na artikulaci, ale zaměřujeme se na odstraňování dysgramatismů. Podporujeme u klienta schopnost rozumět a reagovat, obnovit globální čtení. (Neubauer, 2007)

5. Funkcionálně zaměřené postupy – k praktické komunikační situaci

Terapie je zaměřena na spontánní řeč, schopnost oboustranné komunikace mezi afatikem a okolím. Tato metoda se užívá i u skupinové terapie.

- a) PACE – Promoting Aphasics Communicative Effectiveness
- b) Terapie je zaměřena na zlepšení efektivní komunikace osob s afázií. Terapeut navodí konkrétní modelovou situaci. Při konverzaci si terapeut i klient vybere způsob komunikace (mluvená řeč, psaní, kreslení, gesta, piktogramy). Nejdůležitější je výměna informace. „*Tato technika má v našich podmínkách již širší uplatnění na pracovištích klinické logopedie, především díky jejímu preciznímu přiblížení v publikaci Klinická afáziológia v praxi*“. (Cséfalvay 1996, s. 175-181)

Konverzační analýza a stimulace konverzačních schopností (konverzační trénink)

Osoba s afázií při této terapii má používat jakýkoliv způsob komunikace pro sdělení informace. Nejprve se připraví maximálně 6 - 8 vět, které se mnohokrát opakují. Potom je přizván někdo z rodiny a klient se mu snaží sdělit dané informace. (Neubauer, 2007)

6. Terapie s využitím neverbálních komunikačních prostředků

Tato terapie se využívá zejména u osob s globální afázií, kde jsou velké a často trvalé problémy v řeči i rozumění. Používají se prostředky pro neverbální komunikaci (piktogramy, gesta, kresba, vizuálně-akční terapie, komunikační kniha pro osoby s afázií). Úkolem je naučit afatiky tyto neverbální prostředky používat. (Neubauer, 2007)

7. Skupinová terapie u osob s afázií

Intenzivní individuální logopedická reedukace, která nachází své uplatnění v počátcích péče, by měla být postupně doplněna o práci skupinovou. Z pohledu Kulišťáka (1997) skupinová terapie stimuluje všechny psychické funkce, zlepšuje paměť, pozornost, vyjadřování, apod. Používají se slovní hry, hry na paměť, kreslení, muzikoterapie, relaxace. Podle doporučení Cséfalvaye (2005) by ve skupince mělo být nanejvýš šest osob za přítomnosti dvou terapeutů. Při skupinové terapii se klade důraz na hraní rolí, navozují se reálné situace, pracuje se se vzpomínkami (reminiscence), fotografiemi, obrázky. Používají se společenské hry, technika PACE, rozhovory na určité téma. (Cséfalvay, 2005, Neubauer, 2007)

Individuální psycholingvisticky orientovaná terapie afázie s užitím specializovaných počítačových programů

Terapie je zaměřena na propojení obnovování čtení-psaní-rozumění a mluvního projevu a využívá počítačových programů a pomůcek. U nás se používá Slovník pro afatiky (Truhlářová, 1973, 1984), souhrnné vydání pomůcek a terapeutických metodických grafů (Mimrová, 1997), diagnostický a terapeutický manuál s pomůckami, který vydala Asociace klinických logopedů ČR (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002). Pokrokem jsou počítačové programy, které významně pomáhají ke zlepšení komunikace s afatiky. Pro osoby s poruchami kognitivních funkcí je vhodný program „Train to Brain“. V českém jazyce byl pro terapii afázií vytvořen soubor programů MENTIO. Neubauer (2007, s. 154) doplňuje, že „Program obsahuje šest typů cvičení (pojmenování, čtení slova, výběr správného slova I. A II., opis slova, napsání slova)“

5.3 Terapie u neurogeně kognitivně-komunikačních poruch

Problematika terapie neurogeně podmíněných kognitivně-komunikačních poruch osciluje mezi neuropsychologickými, klinicky logopedickými, psychiatrickými, ergoterapeutickými a klinicky psychologickými oborovými činnostmi. Neubauer (2007, s. 169) to zdůvodňuje tím, „že závažné poruchy kognitivních schopností na bázi vzniklé léze CNS vyvolávají širokou škálu parciálních a globálních deficitů komunikace“. V našich podmínkách je terapie zaměřena zejména na rehabilitaci paměti u osob s traumatickými lézemi CNS, rehabilitaci u osob se syndromem demence a rehabilitaci projevů neglect syndromu. Vzhledem k tomu, že bakalářská práce je zaměřena na syndrom demence, budu se dále věnovat terapii u osob s demencí.

Vhodná kognitivní terapie se stanoví podle typu, projevů a stupně demence. V raném stadiu demence, kdy projevy jsou ještě mírné, je terapie zaměřena na intenzivní stimulaci kognitivních schopností a na uchování sociálních schopností co nejdéle. Jsou zlepšovány sociální schopnosti nemocného úpravami prostředí, jeho orientace, dále psychoterapie, reminiscenční terapie a další. Kognitivní schopnosti jsou podporovány tréninkem paměti. Ve středním a těžkém stadiu nemoci je hlavním cílem pokračovat v přiměřené stimulaci kognitivních funkcí, používání neverbální komunikace a zachování emočního prožívání a chování. Kromě podporování kognitivních schopností je zásadní zachování komunikace s demenčními osobami zejména v pokročilém stadiu nemoci. Při terapii je nutné pochopit příčiny demence a zainteresovat do terapie i osoby, se kterými nemocný je nejčastěji ve styku (rodina, personál, známí). To může přinést dlouhodobý terapeutický efekt. Neméně důležitá je péče poskytovaná rodinám pečujícím o osoby s demencí (denní stacionáře, respitní péče, kluby rodinných příslušníků osob s Alzheimerovou chorobou, psychologická poradenská a terapeutická péče apod.). (Neubauer, 1997)

Hlavní zásady pro efektivní terapii je včasná a správná diagnóza, poskytování informací o nemoci a možnostech léčby, a zlepšení či zachování uspokojivého funkčního stavu nemocného po co nejdelší dobu. Důležitá je i podpora rodině nemocného.

Terapii komunikace musíme přizpůsobit stavu pacienta, jeho změněné schopnosti přijímat a zpracovávat informace. Posilujeme zejména schopnosti

a dovednosti, které pacientovi zůstaly zachovány. Nesnažit se naučit ho něčemu, co už je nezvratně ztraceno. Podle Holmerové (2009) je cvičení paměti u zdravých seniorů velmi důležitý. U pacientů s demencí jde o upravenou formu, kterou označujeme jako kognitivní rehabilitaci. Jde o zjednodušenou formu, která zahrnuje jednodušší slovní hry, doplňování slov, přísloví, říkanek, zjednodušené pexeso, skládání obrázků, známé písničky apod. Je jednou z nejdůležitějších metod, která pracuje se vzpomínkami pacienta. Na základě různých podnětů si nemocný vybavuje minulé události, protože dlouhodobá paměť je lépe zachována, naopak krátkodobá paměť je postižena. Touto terapií si klient udržuje informace například o rodině, blízkých, místě, kde žije nebo žil, apod. Probíhá buď individuálně, nebo skupinově. Při této terapii se zapojují všechny smysly, používají se různé obrázky, předměty a pacient má za úkol popsat barvu, tvar, k čemu slouží apod. *„Orientace v realitě je jedním z nejstarších nefarmakologických přístupů k demenci a jedním z mála, jehož efektivnost na zlepšení kognitivních funkcí potvrzují vědecké důkazy.“* (Holmerová, 2009, s. 122)

Další účinnou terapií je muzikoterapie, která napomáhá ke zlepšení psychického stavu člověka. Využívají se rytmické cviky, činnosti se zpěvem, relaxační a dechová cvičení při hudbě, poslech hudby a v poslední době se stává oblíbená i taneční terapie. Ergoterapie je zaměřena na posilování soběstačnosti a sebeobsluhu. Cílem je uchovat po co nejdélejší možnou dobu soběstačnost pacienta a nezávislost na svém okolí. Zahrnuje nejen pracovní terapii, ale i další aktivity, které posilují kognitivní funkce a komunikační schopnosti. V neposlední řadě je to terapie zaměřená na pečující rodiny. Poradenství, svépomocné skupiny a edukační programy pro pečující prokazatelně oddalují institucionalizaci pacienta. Proto se vyplácí věnovat pozornost rodinným příslušníkům a spolupracovat s nimi v péči o pacienta s demencí, poskytovat jim poradenství, pomoc, podporu a podle potřeby respitní péči.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 LOGOPEDICKÁ TERAPIE U SYNDROMU DEMENCE

Cílem praktické části této bakalářské práce je zjistit, jaký význam má logopedická péče u lidí postižených demencí. Analyzovat zabezpečení logopedické péče u osob postižených demencí v ústavním zařízení a v domácím prostředí. Dalším cílem je zjistit, zda jsou lepší výsledky u lidí s demencí v ústavní péči nebo v domácí péči, a zda je nutná intenzivní denní terapie. Dílčím cílem je ověřit, zda každodenní intenzivní logopedická terapie, ale i další formy terapie pozitivně ovlivňují pacienta s demencí.

Výzkumná část této bakalářské práce má charakter kvalitativního výzkumu. K dosažení cíle byly stanoveny hypotézy, které jsou vyvozeny z teoretických podkladů této bakalářské práce:

Hypotéza č. 1: Domácí prostředí má pozitivní vliv na člověka s demencí, motivuje ho k úspěšné logopedické terapii.

Tato hypotéza vychází z předpokladu, že člověk s demencí, který žije v domácím prostředí, má kolem sebe své blízké, kteří ho motivují a ve spolupráci s logopedem se aktivně podílejí na logopedické terapii.

Hypotéza č. 2: V ústavním zařízení není logopedická péče u dospělých dostačující.

Tato hypotéza vychází ze skutečnosti, že v České republice se logopedická péče zaměřuje zejména na dětskou populaci u dětí. Teprve poslední roky se obrací pozornost na seniory.

Hypotéza č. 3: Každodenní intenzivní logopedická péče je úspěšná

Tato hypotéza vychází z poznatků, že intenzivní a kvalitně odborně vedená logopedická péče je zásadním předpokladem zachování komunikačních dovedností a kognitivních

funkcí po co nejdelší dobu.

Hypotéza č. 4: Logopedická terapie je úspěšná v lehkém a středně těžkém stádiu. V terminálním stádiu již nemá smysl.

Tato hypotéza vychází ze skutečnosti, že v terminálním stádiu je nemocný již zcela odkázán na své okolí. Často jde o ležící pacienty, u kterých jsou zajišťovány základní životní potřeby, řeč je setřelá, někdy téměř vymizí. Takto nemocný člověk téměř není schopný spolupracovat.

6.1 Výzkumný vzorek a metodologie výzkumu

Výzkumný vzorek představují pacienti s demencí v ústavní péči a pacient s demencí v domácím prostředí, rodinní příslušníci pacienta, logoped v ústavním zařízení, logoped ambulantní a vedoucí pracovník v ústavním zařízení. Do výzkumného vzorku byla zařazena zařízení léčebny dlouhodobě nemocných, denní stacionář, domácí péče. Hlavním výstupem praktické části je kvalitativní výzkum. Je použita metoda nestrukturovaného rozhvoru s volnými otázkami a metoda pozorování. Nestrukturovaný rozhovor se podobá přirozené komunikaci mezi lidmi. Rozhovor je založen na otázkách a odpovědích. Tazatel musí předem vědět, kam směřovat otázky, jaké informace chce získat. Gavora (2009, s. 183) upřesňuje: „*Tazatel se může volně vracet k nejasným nebo zajímavým bodům ve výpovědi respondenta.*“ Výhodou nestandardizovaného interview je, že tazatel může hlouběji proniknout do postojů respondenta. Nevýhodou je, že rozhovor neposkytuje kvantitativní materiál pro zpracování. Pozorování představuje sledování činností lidí/objektů, záznam této činnosti, její analýzu a vyhodnocování. Pozorovatel předem stanovuje koho/co a jak bude pozorovat. Při pozorování se sledují lidé při činnosti, jejich chování, provede se analýza a výsledky se vyhodnotí. Pozorování je provedeno v průběhu tří po sobě následujících dnů, během kterých je pozorován nemocný při práci s logopedem nebo rodinným příslušníkem, případně jiným terapeutem. Při zpracování osobních údajů se budeme řídit Zákonem č.101/2000 Sb. Jde o zákon o ochraně osobních údajů. „*Tento zákon v souladu s právem Evropských společenství, 1) mezinárodními smlouvami, kterými je Česká republika vázána, 1a) a k naplnění práva každého na ochranu před*

neoprávněným zasahováním do soukromí upravuje práva a povinnosti při zpracování osobních údajů a stanoví podmínky, za nichž se uskutečňuje předání osobních údajů do jiných států. “

6.2 Časová organizace výzkumu podle jeho fází

Výzkumné šetření probíhalo ve třech etapách

1. etapa – přípravná probíhala v období od ledna 2013 do března 2013. Přípravná fáze představovala studium dostupné odborné literatury a příprava na vlastní výzkum.

2. etapa – realizační proběhla v období od dubna 2013 do května 2013. Představovala vlastní realizaci výzkumu. Jako první byla oslovena dvě ústavní zařízení, denní stacionář a klinický logoped, který pracuje s lidmi s demencí v domácím prostředí. Byly provedeny nestandardizované rozhovory s vedoucím institucionálního zařízení, s logopedem, který pracuje v ústavním zařízení, s logopedem, který dochází do ústavního zařízení, s logopedem, který pracuje s klienty v domácím prostředí a s rodinou klienta v domácí péči. Potom následovalo stanovení termínů provedení sběru dat metodou pozorování klientů v ústavní péči, klienta v denním stacionáři a klienta v domácím prostředí.

3. etapa – zpracování a interpretace výsledků proběhla v květnu 2013. Data, která byla ve výzkumu získána, byla zpracována a slovně vyhodnocena. Výsledkem výzkumu bylo potvrzení nebo vyvrácení stanovených hypotéz.

6.3 Vlastní šetření a výsledky výzkumu

Výzkumné šetření bylo uskutečněno ve třech odlišných prostředích.

První klient byl v péči Kliniky na Košíku v Praze. Byl realizován nestandardizovaný rozhovor s ředitelkou kliniky a logopedkou a provedeno pozorování klienta při logopedické terapii po dobu tří dnů.

Druhý klient byl v péči lůžkového oddělení Gerontologického centra Praha 8. Byl realizován nestandardizovaný rozhovor s logopedkou a provedeno pozorování

klienta při logopedické terapii po dobu tří dnů.

Třetí klient docházel do denního stacionáře při Gerontologickém centru Praha 8. Byl realizován nestandardizovaný rozhovor s logopedkou a provedeno pozorování klienta při logopedické terapii po dobu tří dnů.

Čtvrtý klient byl v domácí péči. Byl realizován nestandardizovaný rozhovor s logopedkou, rodinným příslušníkem a provedeno pozorování klienta při logopedické terapii po dobu tří dnů.

6.3.1 Vlastní šetření a výsledky výzkumu na Klinice Na Košíku

Klinika Na Košíku je léčebna dlouhodobě nemocných, kde se léčí pacienti zejména po cévních mozkových příhodách, zlomeninách a jsou zde i pacienti s různými formami demence. Jde o nestátní zařízení na vysoké odborné úrovni, co se týče vybavení tak lidského přístupu k pacientům i jejich rodinným příslušníkům. Kapacita je 50 lůžek. Toto zařízení zajišťuje ošetrovatelskou a rehabilitační péči pacientům, kteří potřebují doléčení a rehabilitaci po akutní nemoci nebo po operaci. Dostanou se sem i lidé s různými formami demence (Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc, multiinfarktová demence). Hlavním cílem kliniky je dosažení soběstačnosti, aby se klient mohl vrátit do domácího prostředí. Kromě toho poskytují podporu a pomoc pečujícím osobám.

Pracuje zde tým specialistů, kteří poskytují nepřetržitou ošetrovatelskou péči. Pracovní tým představují lékaři různých oborů, zdravotní sestry, ošetrovatelé, fyzioterapeuti, logoped a ergoterapeut. Kvalifikovaný personál poskytuje pacientům jak individuální rehabilitaci, tak společná rekondiční cvičení. Logopedická péče je poskytována od pondělí do pátku. Kromě toho zde probíhá trénink paměti určený nejen pro pacienty s demencí, ale i pro ostatní pacienty. Na rozdíl od jiných institucionálních zařízení na této klinice pracuje logoped pět dní v týdnu. Díky tomu může probíhat intenzivní logopedická péče.

V tomto zařízení byl veden nestrukturovaný rozhovor s ředitelkou kliniky a s logopedkou. Cílem bylo zjistit, zda přijímají i pacienty s diagnózou demence, kolik jich je celkem, jaké mají zkušenosti s péčí o tyto pacienty. Zda pozorují, že je potřebná logopedická péče, jak tuto péči poskytují. Byl veden nestrukturovaný rozhovor, který

byl doplňován dalšími otázkami. Při rozhovoru s logopedkou byly zjišťovány metody práce a její názory a zkušenosti s logopedickou terapií u lidí se syndromem demence.

Rozhovor č. 1

Rozhovor jsem vedla s ředitelkou kliniky. Uvedla, že přijímají i pacienty s demencí, ovšem pouze ve stádiu, kdy nepotřebují ještě trvalý dohled, protože na to není klinika přizpůsobena jak dostatečným počtem specializovaného personálu, tak bezpečnostními opatřeními proti útěkům apod. Dále upřesňuje, že vzhledem k tomu, že jde o léčebnu dlouhodobě nemocných a průměrný věk je kolem 80 let, je u více jak poloviny pacientů patrná lehká forma demence. Pacientů, kteří se nacházejí ve střední fázi demence, bývá kolem pěti. U pacientů je diagnostikována buď Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc, multiinfarktová demence, demence při cévních mozkových příhodách (CMP) nebo kombinace těchto demencí. Dříve na kliniku docházela jednou měsíčně klinická logopedka. Na klinice je ergoterapeutka, která se tehdy věnovala pacientům i po logopedické stránce dle pokynů klinické logopedky. Od listopadu 2012 pracuje na klinice stálá logopedka. Ředitelka uvedla, že se tak rozhodli proto, že převážná většina pacientů je po cévních mozkových příhodách s různou poruchou řeči. Tato logopedka se věnuje i pacientům se syndromem demence. Ohlasy ze strany pacientů a rodinných příslušníků jsou velmi pozitivní. Pacient i jeho blízcí to vnímají jako velký zájem a pomoc ze strany kliniky.

Rozhovor č. 2

Rozhovor jsem vedla s logopedkou, která pracuje na klinice trvale od listopadu 2012. Uvedla, že se věnuje jak pacientům po cévních mozkových příhodách (CMP), kterých je více jak polovina a také pacientům se syndromem demence. U některých pacientů po CMP jsou patrné i projevy demence. Vyšší procento pacientů s demencí je dáno jejich vysokým věkem. Logopedka potvrdila slova ředitelky, že u klientů se vyskytuje demence ve formě Alzheimerovy nemoci, Parkinsonovy nemoci, a často v kombinaci s CMP. U pacientů s Parkinsonovou nemocí se projevuje dysartrie a řečová dyspraxie, proto logopedka provádí různá orofaciální, artikulační a fonační cvičení. V pozdějším stádiu mají problému s polykáním. U pacientů s Alzheimerovou nemocí nebo její kombinací s dalšími provádí logopedickou terapii formou procvičování porozumění,

pojmenování, výbavnost, kognitivní rehabilitace. Logopedka za zásadní vidí udržet pozornost pacienta a pozitivně ho motivovat k činnosti. Na základě zkušeností uvedla, že důležitá je každodenní terapie, protože paměť, zejména krátkodobá, je nejvíce postižena a je třeba ji neustále trénovat.

Pozorování č. 1

Jméno: Karel

Věk 67 let, Alzheimerova nemoc – střední stupeň, důchodce, dříve stavební inženýr

Záznam z logopedické terapie, na Klinice Na Košíku, Praha 4, ze dne 22. 4. 2013, čas: 10:00 – 10:45 hod.

Místní logopedka přišla na pokoj pana Karla, který ležel v posteli. Na výzvu byl ochotný spolupracovat. Pomohla mu do křesla a přivezla ke stolu. Nejprve si s panem Karlem povídala. Ptala se ho jak se má, odpověděl dobře. Pan Karel se sám zeptal, jestli je neděle. Logopedka mu řekla, že včera byla neděle a pan Karel pohotově doplnil, že je tedy dnes pondělí. Při hovoru jsem si všimla, že pan Karel je poměrně zdatný ve vyjadřování a je také vtipný. Bohužel často neorientovaný místem i časem. Logopedka měla pro pana Karla připravené pracovní listy zaměřené na orientaci, grafomotoriku, analýzu a syntézu. První úkol byl spojit tečky dle předlohy. Pan Karel s tímto úkolem neměl problém, jen ruku měl nejistou. V druhém úkolu doplňoval písmena do slov. Správně doplnil sedm z deseti. Potom měl pojmenovat 5 obrázků. To se zdálo panu Karlovi dětské, pojmenoval bez problémů. Potom se trénovala krátkodobá paměť. Logopedka předložila list s 9 obrázky. Pan Karel si je měl během 3 minut zapamatovat a potom vyjmenovat z paměti. To bylo pro pana Karla obtížné. Vzpomněl si pouze na 3 obrázky. Na konci terapie dostal pan Karel úkol vymýšlet slova, která začínají na předponu po-. Vymyslel tři slova a další říkal na základě nápovědy logopedky. To se mu dařilo velmi dobře a bavilo ho to. Terapie skončila s dobrou náladou jak pana Karla, tak logopedky.

**Záznam z logopedické terapie, na Klinice Na Košíku, Praha 4, ze dne 23. 4. 2013,
čas: 10:00 – 10:45 hod.**

Logopedka přišla na pokoj pana Karla, který seděl na posteli. Přivítal jí se slovy, že právě vstává. Byl dezorientovaný časem i místem. Logopedka mu poskytla potřebné informace o místě, kde je a vyzvala ho k terapii. Pan Karel souhlasil. Pomohla mu do křesla a přivezla ke stolu. Znovu se ho zeptala na otázky, který je dnes den, datum, kde je, v jakém městě. Pan Karel neodpovídal správně. Logopedka mu tedy pomohla. Vzhledem ke zmatenosti pana Karla změnila průběh terapie a dala mu úkol, který vždy zvládal. Měl doplňovat přísloví. V této úloze neměl problém. U některých přísloví po něm chtěla vysvětlení, což se mu také dařilo. Následoval písemný úkol. Pan Karel měl doplňovat výsledky k početním úkonům. Měl to bez chyby. Dalším úkolem bylo pojmenování činností na otázky (př. co děláme hřebenem, na židli - sedíme, v posteli - ležíme, apod.) To se nedařilo úplně dobře. Nejprve nepochopil zadání, potom opisoval slova, nedovedl přesně pojmenovat). Na závěr si prohlíželi knihu o českých přehradách, protože pan Karel byl inženýr a stavěl přehrady. Pan Karel o tom nadšeně vyprávěl.

**Záznam z logopedické terapie, na Klinice Na Košíku, Praha 4, ze dne 24. 4. 2013,
čas: 10:00 – 10:45 hod.**

Logopedka přišla na pokoj pana Karla, který už seděl u stolu. Přivítal logopedku s úsměvem. Logopedka si sedla proti němu a všimla si, že má na stole noviny. Zeptala se ho, jestli už je četl a vyzvala ho, aby jí kousek článku přečetl. Poté chtěla vyprávět, o čem článek je. Pan Karel jí to stručně řekl a dokázal doplňovat i o další informace. Potom se logopedka jako každý den zeptala jak se mu daří, co je dnes za den, datum, kde bydlí a kde nyní je. Pan Karel opět nebyl zcela orientovaný. To mu dělalo velké potíže. Logopedka mu s tím pomohla. Následoval úkol, kdy logopedka říkala slova a pan Karel měl říkat protiklady (př. bílý-černý, studený-teplý, apod.). Úspěšnost byla 8 %. Poté měl pan Karel skládat obrázky ze dvou půlek, které měl hledat v množství obrázků. Nejprve nerozuměl zadání, potom pochopil. Pracoval pomalu, ale nakonec obrázky složil správně. Na závěr sezení doplňoval ustálené dvojice. Tento úkol ho bavil a měl z toho radost.

6.3.2 Vlastní šetření a výsledky výzkumu v Gerontologickém centru

Lůžkovou část Gerontologického centra tvoří celkem 46 lůžek. Jedná se o pacienty, kteří vyžadují intenzivní rehabilitaci a ošetrovatelskou péči a léčbu v rámci specifického geriatrického režimu. Průměrný věk pacientů je nad 84 roky. Cílem péče je zlepšení zdravotního stavu pacienta, zlepšení jeho soběstačnosti a kvality života. Do roku 2005 sloužilo lůžkové oddělení Gerontologického centra, Praha 8 jak pacientům s demencí, tak ostatním pacientům. Na základě zkušeností zde potom došlo k rozdělení pacientů dle diagnózy do dvou objektů. V jednom objektu tak vzniklo oddělení, kde jsou pacienti se syndromem demence. Toto oddělení je se zvýšeným ochranným režimem a je zajištěno dostatečným počtem specializovaného personálu.

Denní stacionář je určen pro pacienty s demencí a pro seniory se sníženou soběstačností. Denní stacionář je v provozu od 6:30 do 18:30 hodin. Nejprve je proveden vstupní pohovor s pacientem a jeho rodinnými pečujícími. Ošetřující lékař poskytne informace o současném zdravotním stavu pacienta. Na základě dostupných informací se rozhodne, zda bude pacient přijat. Kapacita denního stacionáře v rámci celodenních pobytů je 15 míst.

V tomto zařízení byl veden nestrukturovaný rozhovor s klinickou logopedkou, která nepracuje v tomto zařízení stále, ale dochází 2x týdně jak na lůžkové oddělení Gerontologického centra, tak do denního stacionáře. Otázky byly zaměřeny na počet pacientů, jakou mají formu demence, v jakém stádiu se nacházejí a jaké metody logopedické terapie používá. Jestli ve dny, kdy v Gerontologickém centru není, se těmto pacientům po logopedické stránce někdo věnuje. Dále bylo zjišťováno jaké má zkušenosti s logopedickou terapií u lidí se syndromem demence. Jestli jsou nějaké rozdíly v úspěšnosti terapie u osob, které leží v Gerontologickém centru a u osob, které docházejí do denního stacionáře. Zda vidí logopedickou péči u pacientů se syndromem demence za potřebnou.

Rozhovor č. 3

Logopedka mě informovala, že dochází do lůžkové části i denního stacionáře Gerontologického centra 2x týdně (pondělí a čtvrtek). V centru je od 9:00 do 16:00 hodin. Vzhledem k tomu, že jedna část centra je zaměřena pouze na pacienty s demencí,

a v druhé budově jsou senioři s dalšími nemocemi (chronické, pohybové, po CMP), věnuje se jak lidem s demencí tak lidem po CMP. Logopedka uvedla že v centru jsou klienti hlavně s demencí ve formě Alzheimerovy nemoci, Parkinsonovy nemoci a v kombinaci s CMP či multiinfarktovou demencí. Účinnou terapii spatřuje u pacientů s Parkinsonovou nemocí, u kterých se projevuje dysartrie a řečová dyspraxie. Logopedka u těchto pacientů provádí různá orofaciální, artikulační a fonační cvičení, případně řeší dysfagii. U pacientů s Alzheimerovou nemocí nebo její kombinací s dalšími demencemi provádí logopedickou terapii formou procvičování porozumění, výbavnosti, pojmenování, čtení krátkých textů a jejich vyprávění, kognitivní rehabilitace, reminiscenční terapie. Velkou oblibu si získala i muzikoterapie a taneční terapie. U těchto pacientů je důležité udržet pozornost a chuť pracovat. Práce s klienty, kteří docházejí do denního stacionáře je různorodá. Setkává se s pacienty, kteří do stacionáře docházejí rádi a zúčastní se aktivit. Ovšem jsou zde i klienti, kteří jsou v denním centru z důvodu, že nemohou zůstat přes den sami doma, ale jsou pasivní a neradi spolupracují. Logopedka upřesnila, že ve dny, kdy není v centru, provádí terapii ergoterapeuti, kteří jsou zaškoleni logopedkou. Dávají pacientům úkoly, a oblíbená je i skupinová terapie. Na závěr zdůraznila, že vzhledem k rostoucímu počtu seniorů a vzrůstajícímu trendu ve výskytu demencí, by měla být věnována větší pozornost těmto lidem a snažit se je udržet co nejdéle v kondici. Vzhledem k tomu, že logopedka zná i jiná ústavní zařízení, zeptala jsem se jí, jestli všude mají logopedickou péči. Logopedka mně potvrdila, že ve většině zařízení (léčebny dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory) logopedickou terapii nenabízejí. Důvodem je jednak nedostatek finančních prostředků, nedostatek personálu, ale také většinový názor, že pro pacienty s demencí není již logopedická terapie nutná. Tento názor logopedka nesdílí.

Pozorování č. 2

Jméno: Věra

Věk 84 let, Parkinsonova nemoc s projevy i Alzheimerovské nemoci – středně těžký stupeň, důchodkyně, dříve účetní

Záznam z logopedické terapie, na lůžkovém oddělení Gerontologického centra Praha 8, ze dne 13. 5. 2013, čas: 10:00 – 10:30 hod.

Logopedka přišla na pokoj paní Věry, která ležela v posteli. Vzhledem k omezené pohyblivosti je terapie prováděna na lůžku. Paní Věra neprojevila žádnou reakci na přítomnost logopedky, zájem o terapii. Logopedka se zeptala, jak se paní Věra má. Výraz tváře byl maskovitý bez známek radosti či nespokojenosti. Odpovídala většinou jednoslovně. Když se měla vyjádřit ve větě, tak nenacházela slova. Její odpovědi byly nepřiléhavé. Vzhledem k diagnóze má paní Věra poruchu motorických řečových funkcí. Proto logopedka prováděla nejprve orofaciální, artikulační a fonační cviky. Paní Věra opakovala cviky bez zjevného nadšení. Nacvičování artikulace se dařilo s průměrným výsledkem. Terapie byla dále zaměřena na posilování kognitivních funkcí. Nejprve měla paní Věra doplňovat slova do vět. Slova si těžko vybavovala, většinou je chtěla nějak opsat, ale nedařilo se jí to. Pracovala velmi pomalu, někdy se zdálo, že při terapii usne. Často říkala, že to neví nebo že jí to nepůjde. Ani při využití reminiscence se paní Věra moc nezapojovala. Motivovat paní Věru bylo velmi nesnadné, přestože logopedka vedla terapii zajímavě.

Záznam z logopedické terapie, na lůžkovém oddělení Gerontologického centra Praha 8, ze dne 14. 5. 2013, čas: 10:00 – 10:10 hod.

Logopedka v tento den není v centru a zastupuje ji ergoterapeutka, která pracuje podle pokynů logopedky. Přišla na pokoj paní Věry, která ležela v posteli. Když se jí ergoterapeutka zeptala, jak se jí daří, paní Věra řekla, že špatně. Potom se ergoterapeutka snažila zaujmout paní Věru pro terapeutické sezení. Paní Věra řekla, že to stejně nemá cenu, že nic neví. Nakonec se dohodli, že dnešní sezení ukončí.

Záznam z logopedické terapie, na lůžkovém oddělení Gerontologického centra Praha 8, ze dne 15. 5. 2013, čas: 10:00 – 10:30 hod.

Ergoterapeutka přišla na pokoj. Paní Věra seděla v posteli. Trochu se usmívala. Ergoterapeutka se jí zeptala, jak se jí daří. Paní Věra se pousmála a řekla, že docela dobře. Ergoterapeutka chtěla zjistit, proč má dobrou náladu. Paní Věra krátkou větou

sdělila, že tady byl syn. Na to ergoterapeutka navázala a snažila paní Věru motivovat k hovoru o rodině. Sdělení paní Věry nebyla vždy přesná. Zejména její sdělení o věku dětí a vnoučat se neshodovala s realitou. Ergoterapeutka potom vyzvala paní Věru k orofaciálním, fonačním a artikulačním cvičením. Paní Věra se tentokrát trochu snažila, přesto její výraz byl strnulý bez známek emocí. Potom ergoterapeutka před paní Věru rozložila pět obrázků. Paní Věra je měla pojmenovat a říct, k čemu slouží. S pojmenováním a vysvětlením měla větší potíže. Obrázky si nemohla ani zapamatovat. Vzhledem k tomu, že paní Věra hodně četla, tak jí ergoterapeutka zadala další úkol. Říkala názvy děl a paní Věra měla říct autora. Byla úspěšná v 50 % odpovědí. Na závěr sezení měla paní Věra složit obrázek z dílů. Trvalo jí to déle, ale nakonec obrázek složila. Po celou dobu sezení paní Věra neprojevila emoce, ani na pochvalu. V Gerontologickém centru odmítala paní Věra i skupinovou terapii.

Pozorování č. 3

Jméno: Žofie

Věk 89 let, Alzheimerova nemoc – středně těžký stupeň, důchodkyně, dříve tlumočnice

Záznam z logopedické terapie, na lůžkovém oddělení Gerontologického centra Praha 8, ze dne 13. 5. 2013, čas: 9:00– 9:45 hod.

Paní Žofii do denního stacionáře přiváží rodina kolem deváté hodiny. Ve stacionáři je dopoledne a zúčastní se všech aktivit (rehabilitace, muzikoterapie, skupinová terapie). V 9:00 přichází logopedka. Paní Žofie ji radostně vítá. Při prvním setkání bych nepoznala, že trpí demencí. Vystupuje jako dáma, hezky se vyjadřuje. Paní logopedka se jí zeptá jak se má. Paní Žofie odpoví dobře. Vzhledem k tomu, že paní Žofie ráda čte a zrovna drží v ruce knihu, vyzve ji logopedka, aby kousek přečetla. Čtení jí nedělá problémy. Potom ji požádá, aby pohovořila o tom, co četla. To nedělá paní Žofii téměř žádné potíže. Problém nastává v hovoru na téma co je dnes za den, kolikátého je, apod. Paní Žofie není orientována časem, místem i osobou. Na otázku, kde je, odpovídá, že v práci. Krátkodobou paměť má poškozenou. Dlouhodobá paměť je zatím zachována. Ráda v hovoru zavádí řeč do minulosti, reminiscenční terapie jí velmi baví. Logopedka zadává paní Žofii další úkol. Popisuje předměty na obrázcích a říká, k čemu se používají. Někdy nenachází odpovídající výraz a pokouší se to opsat. Výbavnost

a pojmenování je středně dobrá. Nakonec paní Žofie skládá obrázek z jednotlivých dílů, což se jí nakonec podařilo. Sezení logopedky s paní Žofií mělo spád a paní Žofií terapie velmi bavila. Další sezení v tomto týdnu se neuskutečnilo, protože paní Žofie pro velké bolesti zad do denního stacionáře nemohla přijet.

6.3.3 Vlastní šetření a výsledky výzkumu logopedické péče v domácím prostředí

Domácí zdravotní péče je formulována jako zvláštní ambulantní péče a je nedílnou součástí zdravotní péče. Zajišťuje komplexní ošetrovatelskou péči poskytovanou zkušenými zdravotními sestrami pacientům v jejich přirozeném sociálním prostředí jejich vlastních domovů. Domácí péče je stále více upřednostňovaný způsob péče o nemocné i seniory, kteří se již nemohou o sebe zcela postarat. Nemocný může zůstat ve svém domácím prostředí často obklopen svými nejbližšími. Prostředí musí být uzpůsobeno špatné mobilitě nemocného. Pokud se o nemocného stará rodina, může zajistit dodržování pitného režimu, krmení, hygienu a samozřejmě i jeho aktivity. Dnes je možné zajistit službu tzv. „domácí péče“, kdy za nemocným dojíždí zdravotní sestra, případně další odborníci i lékaři. Často je nabízena služba ergoterapeuta, který přijede za klientem až domů a poskytuje mu nejen pohybovou, ale i kognitivní rehabilitaci. Nabízí mu různé pracovní aktivity a nácvik soběstačnosti.

Nestrukturovaný rozhovor byl veden s klinickou logopedkou, která dochází 1x týdně za paní Jarmilou. Cílem otázek bylo zjistit kolika pacientům se syndromem demence se věnuje, jakou mají formu demence a v jakém stádiu se nacházejí. Jaké metody logopedické terapie používá. Zda dochází vždy do rodin pacienta nebo pacienti docházejí i k ní. Dále byl zájem soustředěn na zkušenosti s logopedickou terapií u lidí se syndromem demence. Zda vidí logopedickou péči u pacientů se syndromem demence za potřebnou.

Další nestrukturovaný rozhovor byl veden s dcerou paní Jarmily, která se o svoji maminku stará 24 hodin denně. Zjišťoval se důvod vyhledání logopeda, jaký v tom vidí význam. Jak zvládá terapii na základě pokynů logopeda. Co na terapii vidí pozitivního, co to přináší paní Jarmile. Otázky byly postupně doplňovány o další otázky.

Rozhovor č. 4

Logopedka v úvodu rozhovoru uvedla, že se věnuje zejména dospělým po cévních mozkových příhodách (CMP). Vzhledem k tomu, že v poslední době má mezi klienty pacienty po CMP, kde se projevila i demence, začala se věnovat (zatím okrajově) i lidem se syndromem demence. Většina klientů dochází za logopedkou. V několika případech dochází do domácnosti pacienta. Zdůvodnila to tím, že z časových důvodů je neefektivní dojíždět za všemi svými pacienty v Praze. Pracuje s pacienty s demencí, kteří se nacházejí v počáteční nebo střední fázi demence. Dle logopedky v pokročilém stádiu již logopedická terapie nemá smysl. Zdůvodňuje to tím, že takový pacient má řeč již setřelou, nefunkční krátkodobou paměť, velké problémy i s dlouhodobou pamětí. Často již nerozumí otázkám a nedokáže plnit úkoly. Při terapii hodně využívá kognitivní rehabilitaci, reminiscenční terapii, pojmenování obrázků věcí běžného života, výbavnost slov, opakování automatických řad (dny v týdnu, měsíce, čísla) apod. Při logopedické terapii zaškolila rodinné příslušníky, kteří s paní Jarmilou bydlí ve společné domácnosti. Logopedka učinila poznání, že rodina se velmi aktivně podílí na terapii což přináší pacientce nejen potěšení, ale i nějaký efekt.

Rozhovor č. 5

Rozhovor jsem vedla s dcerou paní Jarmily. Uvedla, že logopedku nevyhledali sami, ale doporučila jim ji sestřička z domácí péče, která k paní Jarmile jednou týdně dojíždí. Dále k nim jednou týdně dojíždí ergoterapeutka. Paní Jarmila trpí Alzheimerovou nemocí v kombinaci s demencí po CMP. Její stav je středně závažný. Dcera paní Jarmily uvedla, že vidí pozitivní vliv terapie. Paní Jarmila se těší na logopedku. I když se jí úkoly vždy nedaří, je pochválena a motivována k další práci. Dcera paní Jarmily se drží pokynů logopedky a ostatní dny v týdnu pracuje vždy 30 minut dopoledne a 30 minut odpoledne. Trénink spočívá v četbě jednoduchého textu, pojmenování obrázků denní potřeby, opakování jména sebe a své rodiny, věk, bydliště, apod. Přestože řeč paní Jarmily je někdy špatně srozumitelná, dokáží se domluvit i neverbálně. Dcera paní Jarmily zcela jednoznačně podporuje logopedickou intervenci u osob se syndromem demence.

Pozorování č. 4

paní Jarmila

Věk: 87 let, Alzheimerova nemoc v kombinaci s demencí po CMP, důchodkyně, dříve administrativní pracovnice

Záznam z logopedické terapie v domácím prostředí, ze dne 20. 5. 2013, čas: 10:30 – 11:00 hod.

Do domu paní Jarmily jsem přijela v cca 10:00 hodin. Seznámila jsem se s paní Jarmilou a její dcerou. Paní Jarmila byla usměvavá, vyjadřovala radost. Do příchodu logopedky jsem uskutečnila rozhovor s dcerou paní Jarmily a popovídala jsem si i s paní Jarmilou.

V 10:30 přišla logopedka. Paní Jarmila ji s úsměvem přivítala. Terapie probíhala v obývacím pokoji u stolu. Logopedka seděla proti paní Jarmile. Zeptala se paní Jarmily, jak se jí daří. Paní Jarmila odpověděla, že dobře. Terapii zahájila otázkami jaký je dnes den, přesné datum a jméno. Paní Jarmila nedokázala odpovědět ani na jednu otázku, ale společně daly dohromady jak den, datum i jméno. Poté logopedka předložila před paní Jarmilu obrázky nábytku a vyzvala ji, aby je pojmenovala. Paní Jarmila pojmenovala 3 z 8 obrázků. Potom si společně pověděly, k čemu jednotlivé kusy nábytku jsou. Potom vyzvala paní Jarmilu, aby ukazovala, kde má oči, uši, pusy apod. Paní Jarmila nejprve chtěla znovu vysvětlit úkol, ale nakonec na výzvu ukázala části těla. Potom měla paní Jarmila přečíst pět jednoduchých vět. Četla pomalu, některá slova nepřečetla správně nebo je vynechala. Nakonec přečetla všech pět vět. Následně logopedka dávala otázky, které se týkaly textu. Paní Jarmila měla velké problémy text převyprávět. Logopedka musela hodně pomáhat. Protože paní Jarmile jde doplňování přísloví, dává logopedka tuto aktivitu nakonec, aby motivovala paní Jarmilu k další terapii. Nikdy nezapomněla paní Jarmilu pochválit. Po 25ti minutách už byla na paní Jarmile vidět únava a nesoustředěnost. Před odchodem si logopedka s paní Jarmilou zazpívaly písničku Ach synku, synku. Paní Jarmila s pomocí dcery s úsměvem doprovodila paní logopedku ke dveřím.

Záznam z logopedické terapie v domácím prostředí, ze dne 21. 5. 2013, čas: 10:30 - 11:00 hod.

Dcera paní Jarmily provádí trénink pokud možno ve stejnou dobu, jako logopedka. Proto jsem přišla do jejich domu v 10:30 hodin. Nejprve paní Jarmila nechápala, proč tam jsem, ale po vysvětlení to přijala. Paní Jarmila nebyla v moc dobré náladě. Její dcera už měla na stole připravený pracovní list, kde měla paní Jarmila spojovat dvojice obrázků, co k sobě patří (např. váza – kytky, jehla – nit, apod.) Paní Jarmila nejprve nechtěla spolupracovat, ale po vysvětlení začala hledat dvojice. Z osmi udělala chybu jen ve dvou případech. Potom si společně s dcerou obrázky nahlas pojmenovaly a pověděly, k čemu každý předmět je (např. nožem krájíme...) Protože paní Jarmila měla z úkolu radost, už nebyl problém v další spolupraci. Dcera se paní Jarmily zeptala na jméno, jaký je dnes den, datum, kdy se narodila, kolik je jí let, kde bydlí, kolik má dětí a jak se jmenují). Paní Jarmila si vzpomněla na své jméno, kolik je jí let a kolik má dětí. Potom dcera ukazovala paní Jarmile fotografie rodiny a říkaly si, kdo na fotografii je. U lidí s demencí je každodenní opakování těchto údajů velmi důležité. Potom dostala paní Jarmila písemný úkol, napsat čísla podle diktátu a říct je nahlas. To jí šlo velmi dobře. Na závěr paní Jarmila doplňovala známá přísloví. Po půl hodině bylo sezení ukončeno. Paní Jarmila s dcerou mě šla vyprovodit a ptala se, kdy zase přijdu, což mě potěšilo.

Záznam z logopedické terapie v domácím prostředí, ze dne 22. 5. 2013, čas: 10:30 – 11:00 hod.

Do domu jsem přišla v 10:30 hodin. Přivítala mě nejen paní Jarmila s dcerou, ale i její 15letá vnučka. Atmosféra byla příjemná, všichni v dobré náladě. Bylo vidět, že paní Jarmila je mezi svými blízkými spokojená. Sedli jsme si všichni ke stolu. Zeptala jsem se paní Jarmily, jak se jí daří, odpověděla, že dobře. Vnučka se jí zeptala, jaký je dnes den, s odpovědí jí pomohla. Jméno a věk věděla. Potom vnučka s paní Jarmilou četly krátkou pohádku. Na otázky vztahující se k textu paní Jarmila odpovídala s poloviční úspěšností. Potom si zopakovaly části lidského těla a nábytek v pokoji. Části těla paní Jarmila věděla všechny, nábytek 5 z 8. Paní Jarmila dokázala vyjmenovat dny v týdnu a měsíce v roce. Na závěr sezení si paní Jarmila s vnučkou zazpívaly. Bylo vidět, že

i vnučka je velmi zdatná spolupracovat s babičkou a pomáhat jí.

6.4 Interpretace a diskuse výsledků výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo ve dvou léčebnách dlouhodobě nemocných, jednom denním stacionáři a v rodině osoby se syndromem demence. Šlo o kvalitativní výzkum s použitím metody nestrukturovaného rozhvoru se třemi logopedkami, jednou vedoucí pracovnící a pečující osobou. Dále byla použita metoda pozorování čtyř pacientů s demencí.

První šetření probíhalo v Klinice Na Košíku. Jde o léčebnu dlouhodobě nemocných, kde jsou zejména pacienti po cévních mozkových příhodách, úrazech, chronicky nemocní a také pacienti s různými formami demence. Na této klinice je poskytována komplexní péče na vysoké úrovni. Jako jedno z mála ústavních zařízení poskytuje pacientům logopedickou péči pět krát týdně. Nestandardizovaný rozhovor byl veden s ředitelkou kliniky a logopedkou. Obě shodně potvrdily, že se věnují logopedické terapii nejen u osob po cévních mozkových příhodách, ale i u pacientů s demencí. Pozorovaný pacient ve věku 76 let měl Alzheimerovu nemoc. Během tří dnů pozorování jevil zájem o logopedickou terapii a ochotně spolupracoval. Jeho výkon se zlepšil nebo stagnoval. Udržel pozornost a byl pozitivně motivován.

Druhé šetření probíhalo v Gerontologickém centru na lůžkovém oddělení. Jde o léčebnu dlouhodobě nemocných, kde jsou dvě oddělení. Na jednom oddělení jsou pacienti po cévních mozkových příhodách, úrazech, chronicky nemocní a druhé oddělení je přímo specializované na pacienty s různými formami demence. V tomto zařízení je poskytována komplexní péče na profesionální úrovni. Jako jedno z mála ústavních zařízení poskytuje pacientům logopedickou péči. Dvakrát týdně dochází do centra logopedka a ostatní dny ji supluje ergoterapeutka. Pacientům jsou nabízeny i jiné terapie, které také napomáhají k rehabilitaci kognitivních funkcí. Nestandardizovaný rozhovor byl veden s logopedkou. Uvedla, že se věnuje logopedické terapii u osob po cévních mozkových příhodách a u pacientů s demencí. Pozorovaná byla pacientka ve věku 84 let, která měla Parkinsonovu nemoc s projevy Alzheimerovy nemoci. Během tří dnů pozorování byla velmi apatická a špatně spolupracovala. Její výkon stagnoval,

dělalo jí potíže udržet pozornost. I přes snahu logopedky pacientku pozitivně motivovat, byla pacientka negativistická a pasivní.

Třetí šetření probíhalo v Gerontologickém centru v denním stacionáři. Logopedická péče je nabízena stejně jako na lůžkovém oddělení stejnou logopedkou. Pozorovaná pacientka ve věku 89 let měla Alzheimerovu nemoc. Pozorování bylo uskutečněno jen jeden den, protože další dny se pacientka nedostavila pro zdravotní potíže. Během jednoho dne pozorování pacientka dobře spolupracovala, terapie ji bavila. Zajímala se o nabízené aktivity stacionáře. Její komunikační schopnosti byly celkem dobré. Problémy jí dělala výbavnost slov a pojmenování. Z hovoru a vzpomínek bylo patrné, že žije v harmonické rodině, kde se jí věnují.

Čtvrté šetření probíhalo v rodinném prostředí. Rozhovor byl veden s logopedkou, která dochází jednou týdně a s dcerou pacientky. Logopedka i dcera potvrdily, že logopedická terapie a kognitivní rehabilitace kladně působí na pacientku a je schopna komunikovat se svým okolím. Pozorovaná pacientka ve věku 87 let měla Alzheimerovu nemoc v kombinaci s demencí po CMP. Pacientka byla pozitivně naladěna a na terapii se těšila. Při pozorování byl patrný velký zájem rodiny, což mělo dobrý vliv na pacientku.

Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č. 1: Domácí prostředí má pozitivní vliv na člověka s demencí, motivuje ho k úspěšné logopedické terapii.

Tuto hypotézu jsme ověřovali při pozorování paní Jarmily v domácím prostředí a paní Žofie, která dochází do denního stacionáře z domácího prostředí. Obě klientky vykazovaly dobré výsledky při logopedické terapii. Z výzkumu vyplývá, že dobře fungující rodina má pozitivní vliv na úspěšnost logopedické terapie, která tkví zejména v motivaci k terapii a udržení zájmu pacienta. Bylo potvrzeno, že celodenní vliv komunikačního partnera (pečující osoby) udržuje komunikační schopnosti osoby s demencí.

Hypotéza č. 2: V ústavním zařízení není logopedická péče u dospělých dostačující.

Tuto hypotézu jsme ověřovali při pozorování pana Karla, který byl v léčebně

dlouhodobě nemocných na Klinice Na Košíku a paní Věry, která byla v léčebně dlouhodobě nemocných v Gerontologickém centru. Dále jsme při vyhodnocení hypotézy vycházeli z rozhovorů ředitelky kliniky a dvou logopedek. Z výzkumu vyplývá, že ve vybraném vzorku zařízení je logopedická péče a kognitivní rehabilitace poskytována. Podle dalších informací od logopedek není ve většině ústavních zařízení poskytována logopedická péče pacientům s demencí. Důvodem je většinový názor, že logopedická péče u pacientů s demencí nemá smysl. Pro potvrzení nebo vyvrácení této hypotézy by musel být proveden dlouhodobější výzkum u většího vzorku zařízení.

Hypotéza č. 3: Každodenní intenzivní logopedická péče je úspěšná

Při pozorování všech čtyř klientů a na základě rozhovorů s logopedkami bylo zjištěno, že každodenní intenzivní logopedická péče je úspěšná. Ovlivňujícím ukazatelem je věk a stupeň demence. U mladších pacientů je úspěšnost terapie větší než u lidí nad 80 let. Lépe se soustředí, mají větší motivaci a jsou lépe zachovány některé dovednosti.

Hypotéza č. 4: Logopedická terapie je úspěšná v lehkém a středně těžkém stádiu. V terminálním stádiu již nemá smysl.

Všichni klienti, které jsme pozorovali, se nacházeli ve středním stupni demence. Z výzkumu vyplývá, že pacienti s lehkým stupněm demence většinou ještě žijí v domácím prostředí. Na základě rozhovorů s logopedkami bylo zjištěno, že pokud se poskytuje logopedická péče, tak pouze u pacientů v počáteční nebo střední fázi nemoci. V těžkém stádiu již terapie není pro pacienta přínosná, protože komunikační schopnosti nemocného v této fázi již téměř nejsou zachovány.

Vzhledem k tomu, že výzkum byl proveden ve čtyřech prostředích a u čtyř pacientů, lze výsledky hodnotit pouze jako základ pro další výzkum.

ZÁVĚR

V posledních letech celosvětově dochází k prudkému nárůstu počtu lidí s demencí a tento počet se bude i nadále zvyšovat. Je to dáno tím, že se zkvalitňuje lékařská péče, lidé o sebe více pečují a to má za následek, že se dožívají vysokého věku. Předpokládá se, že senioři budou představovat podstatnou část české populace. Západní svět považuje demenci za jednu z pěti hlavních příčin smrti, někdy se o ní mluví jako o nemoci století. Demence představuje postupnou ztrátu kognitivních funkcí. Nejvíce je zasažena paměť a intelekt. U lidí nad 65 let se demence vyskytuje v 5 %, u lidí nad 80 let je to už 30 až 50 %. Nejčastějším typem demence je Alzheimerova nemoc, která tvoří 50-65 % všech demencí. Druhým nejrozšířenějším typem demence jsou vaskulární demence, které představují 10-30 % všech demencí.

Tématem této bakalářské práce je logopedická intervence u osob se syndromem demence. První kapitola praktické části shrnuje teoretická východiska a poznatky o demenci. Vysvětluje pojem demence, její výskyt v populaci a dále symptomatologii. Podrobněji popisuje jednotlivé typy demence a její diagnostiku.

Další část je věnována narušené komunikační schopnosti u osob se syndromem demence. Podrobně jsou popsány dysartrie, řečová dyspraxie, afázie a kognitivně-komunikační poruchy. Tato kapitola se zabývá jejich etiologií, symptomatologií, diagnostikou a terapií. Kromě toho jsou zde popsány nejen logopedická terapie, ale i další formy terapií jako je reminiscenční terapie, ergoterapie, kognitivní terapie, muzikoterapie a skupinová terapie.

Praktická část bakalářské práce prokazuje naplnění cílů. Je zde popsána příprava a průběh kvalitativního výzkumného šetření. Jsou zde uvedeny rozhovory jednotlivých respondentů, kterými byly ředitelka léčebny dlouhodobě nemocných, tři logopedky a jeden rodinný příslušník-pečující osoba. Pozorování bylo uskutečněno u čtyř pacientů s demencí.

Závěrem tato bakalářská práce analyzuje výsledky šetření, které potvrzují, že logopedická intervence u osob se syndromem demence je žádoucí. Úspěšnost závisí na fázi, ve které se nemocný nachází a na včasnosti zahájení terapie. V těžkém stádiu je již

logopedická intervence neúčinná. Záleží také na věku pacienta. Čím starší je pacient, tím je obtížnější spolupráce, motivace a efektivnost terapie. Výsledek výzkumného šetření potvrzuje, že velký vliv má pozitivní rodinné prostředí a zájem rodiny na probíhající terapii. Z výsledků šetření vyplývá, že logopedická terapie je zaměřena na zachování komunikační schopnosti a na motivaci pacienta k terapii. Terapie klade důraz spíše na obsahovou stránku komunikace než na řeč jako takovou, protože klient mluví, ale má problém se vyjádřit. Trénují se hlavně kognitivní dovednosti.

Pro potvrzení uvedených závěrů by bylo třeba provést dlouhodobější výzkumné šetření ve více institucionalizovaných zařízeních i ve více rodinách, které se starají o nemocné s demencí. Důvodem je to, že dvě zařízení, kde byl proveden výzkum, logopedickou péči nabízejí, ale je poměrně ještě mnoho ústavních zařízení, kde se logopedická péče lidem s demencí neposkytuje. Stejně tak jsou rodiny, které se snaží aktivně pomáhat svému blízkému s demencí, ale jsou i rodiny, které tento zájem nemají.

Mé doporučení: U osob se syndromem demence by měla být samozřejmostí komplexní rehabilitační péče, která zahrnuje farmakologickou léčbu, logopedii, fyzioterapii, ergoterapii, kognitivní rehabilitaci, skupinovou terapii i pomoc psychologa. Úkolem logopedické terapie u osob s demencí je zachovat komunikační schopnosti po co nejdelší možnou dobu. Schopnost komunikace umožní pacientovi si udržet sociální kontakt s okolím. Terapie by měla být sestavena přímo na míru každého pacienta. Měla by vzít v úvahu momentální komunikační schopnosti jedince, jeho schopnost soustředit se. Měla by být motivující, systematická a pokud možno každodenní. Rozhodující je také stádium demence, ve kterém se pacient nachází.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- BUIJSSEN, H.: *Demence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.
- CZÉFALVAY, Z., KOŠTÁLOVÁ, M., KLIMEŠOVÁ, M.: *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie*. 1, vyd. Praha: AKL ČR, 2002.
- CSÉFALVAY, Z. a kol.: *Terapie afázie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.
- ČECHÁČKOVÁ, M.: Získané organické poruchy řečové komunikace. Afázie. In: Škodová, E., Jedlička, I. a kolektiv. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003.
- GAVORA, P.: *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Portál, 2009. ISBN 978-80-85931-79-6.
- HOLMEROVÁ, I. et al.: *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum, 2009. ISBN 978-80-86541-28-0.
- HÖSCHL, C. et al.: *Alzheimerova choroba*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-025-8.
- JIRÁK, R.: *Demence a jiné poruchy*, 1. vyd. Praha: Drada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
- KEJKLÍČKOVÁ, I.: *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2835-3.
- KLENKOVÁ, J.: *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, ISBN 978-80-247-1110-9.
- KUČEROVÁ, H.: *Demence v kazuistikách*, 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1491-4.
- KULIŠTÁK, P. LEHEČKOVÁ, H. MIMROVÁ, M. NEBUDOVÁ, J.: *Afázie*, Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1.
- KUTÁLKOVÁ, D. A PALODOVÁ, D.: *Palatolálie a afázie*. 1. vyd. Praha: Septima,

2007. ISBN 978-80-7216-241-3.

LECHTA, V.: *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, V.: *Terapie narušené komunikační schopnosti*, 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.

LURIJA, R. A.: *Základy neuropsychologie*. 1. vyd. Bratislava: SPN, 1982.

NEUBAUER, K. a kol.: *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

PIDRMAN, V.: *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.

TOPINKOVÁ, E.: *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. 1. vyd. Praha: UCB Pharma, 1999.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

CSÉFALVAY, Z., TRAUBNER, P. *Afaziológia pre klinickú prax*. Martin: Osveta, 1996. ISBN 80-217-0377-6.

Seznam použitých internetových zdrojů

Zákon č. 101 ze dne 4. dubna 2000. *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 32, Dostupné z: <http://www.cz-museums.cz/UserFiles/File/Legislativa/zakon-101-2000.pdf>.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Hana Pikulíková

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství (Bc. SPPGV)

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Logopedická diagnóza a terapie u syndromu demence

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 48

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 19

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 1

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: PhDr. Olga Šifferová