

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vliv preterapie na funkcionální komunikaci u osob s demencí ve vybraném
zařízení sociálních služeb Karlovarského kraje

Karolína Strejčková

Olomouc 2024

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Petra Křížková, Ph.D.

Konzultant: Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce za použití uvedené literatury a zdrojů.

V Olomouci dne 17.6.2024

.....

Karolína Strejčková

Poděkování

Velice bych především chtěla poděkovat paní Mgr. et Mgr. Petře Křížkové, Ph.D. za odborné a laskavé vedení této práce a také za řadu přínosných podnětů, které si odnáším do budoucí praxe. Poděkování dále patří všem zaměstnancům zařízení sociálních služeb, za jejich ochotu a vřelý přístup, také rodinám klientů, bez kterých by empirická část práce nemohla vzniknout.

Anotace

Jméno a přímení:	Karolína Strejčková
Pracoviště:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce/konzultant:	Mgr. et Mgr. Petra Křížkovská, Ph.D./ Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Vliv preterapie na funkcionální komunikaci u osob s demencí ve vybraném zařízení sociálních služeb Karlovarského kraje
Název v angličtině:	The Influence of Pretherapy on Functional Communication in Persons with Dementia in a Selected Social Service Institution in the Karlovy Vary Region
Zvolený typ práce:	Výzkumná práce – zpracování primárních dat
Anotace práce:	Cílem diplomové práce je sledovat vliv preterapie na funkcionální komunikaci u osob s demencí ve vybraném zařízení sociálních služeb Karlovarského kraje. Dílčím cílem je sledování celkových změn v chování klientů, jejich následná analýza se zaměstnanci zařízení a zvýšení povědomí o metodě preterapie mezi odbornou i laickou veřejností. Teoretická část práce obsahuje dvě hlavní kapitoly. První kapitola stručně popisuje pojem komunikace a funkcionální komunikace, demence a také chyby, kterých se jedinec může dopustit v komunikaci a péči o klienta. Druhá kapitola se věnuje preterapii, jejímu vzniku,

	<p>výsledkům, kterých je dosaženo u osob s demencí a využívaným metodám. Empirická část práce zahrnuje průběh výzkumného šetření a případové studie jednotlivých klientů.</p>
Klíčová slova:	<p>Preterapie, funkcionální komunikace, demence, Alzheimerova choroba, vaskulární demence, kontaktní reflexe, kontaktní funkce, kontaktní chování, předexpresivní fungování</p>
Anotace v angličtině:	<p>The aim of the thesis is to observe the effect of pretherapy on functional communication in people with dementia in a selected social services institution in the Karlovy Vary Region. a sub-objective is to monitor the overall changes in the behaviour of clients, their subsequent analysis with the staff of the facility and to increase the awareness of the method of pretherapy among the professional and lay public. The theoretical part of the thesis contains two main chapters. The first chapter briefly describes the concept of communication and functional communication, dementia, as well as the mistakes an individual may make in communication and client care. The second chapter is devoted to pretherapy, its origins, the results achieved in people with dementia and the methods used. The empirical part of the thesis includes the research description and case studies of individual clients.</p>
Klíčová slova v angličtině:	<p>Pretherapy, functional communication, dementia, Alzheimer's disease, vascular dementia, contact reflexes, contact functions, contact behaviour, pre-expressive functioning</p>

<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>Příloha č. 1 Informovaný souhlas kontaktní osoby Příloha č. 2 Preterapeutický rozhovor s paní Blankou B. (1946) ze dnů 14.7.2024 a 20.7.2024 Příloha č. 3 Preterapeutický rozhovor s paní Marií M. (1937) ze dnů 25.7.2024 a 4.8.2024 Příloha č. 4 Preterapeutický rozhovor s paní Zdeňkou S. (1936) ze dne 19.8.2024</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>69 stran + 6 stran příloh</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>Český jazyk</p>

OBSAH

ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1 Diagnóza demence	7
1.1 Vymezení komunikace a funkcionální komunikace	7
1.2 Vymezení termínu demence a jejích subtypů	8
1.3 Etiologie demence a hlavní symptomy.....	8
1.4 Průběh a stádia demence	10
1.5 Alzheimerova choroba a vaskulární demence	11
1.6 Diagnostika, hodnotící techniky a nástroje.....	13
1.7 Léčba a prevence onemocnění.....	16
1.8 Intervenční přístupy a nefarmakologické aktivizační postupy	17
1.8.1 Nefarmakologická léčba	19
1.9 Role klinického logopeda v rámci terapie u osob s demencí.....	21
1.10 Vybrané zásady péče a komunikace s osobami s demencí	22
2 Preterapie a přístup zaměřený na klienta	25
2.1 Počátky metody	25
2.2 Teoretické vymezení preterapie.....	26
2.3 Kontaktní funkce, chování, reflexe	26
2.4 Předexpresivní (prekomunikativní) „já“	28
2.5 Výsledky a cíle preterapie	29
2.6 Preterapie u diagnózy demence	30
2.7 Výsledky užívání preterapie u osob s demencí	32
2.8 Současná preterapie	35
EMPIRICKÁ ČÁST.....	37
3 Formulace výzkumného cíle a dílčích cílů	37
4 Metodologie výzkumného šetření	37
4.1 Výběr zařízení a charakteristika výzkumného vzorku.....	37
4.2 Průběh přímé práce s klienty	38
4.2.1 Anamnéza paní Blanky B. (1946).....	39
4.2.2 Anamnéza paní Marie M. (1937).....	42
4.2.3 Anamnéza paní Zdeňky S. (1936).....	43
5 Závěry šetření	46
6 Diskuze	47
6.1 Limity výzkumného šetření a doporučení pro praxi.....	50

ZÁVĚR.....	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERTURY.....	53
SEZNAM ZKRATEK	64
SEZNAM PŘÍLOH.....	65

ÚVOD

Demografické stárnutí představuje celosvětový proces, který je zapříčiněn zvyšující se kvalitou zdravotnické péče. Výsledkem tohoto procesu je zvyšující se podíl starších osob v populaci. Nejmarkantnější nárůst je ve věkové kategorii osob starších 60 let, u kterých se právě onemocnění demence vyskytuje nejčastěji. Počet osob s diagnózou demence byl v roce 2020 odhadován na 55 milionů, přičemž se předpokládá, že se toto číslo bude každých 20 let zdvojnásobovat (Alzheimer's Disease International, 2024b).

I přes rozvoj moderní medicíny spolu se všemi informacemi, které jsou o tomto onemocnění dostupné, je stále obtížné demenci včas rozpoznat a doporučit vhodnou péči. Právě v důsledku nárůstu osob s touto diagnózou, se stala nejen diagnostika, ale také intervence nynějším a z hlediska času dlouhodobým předmětem zkoumání hned několika odborných profesí, včetně logopedů, kteří jsou součástí multidisciplinárního týmu v péči o klienty s demencí. Používané farmakologické postupy neprokazují přínos v rámci ovlivnění průběhu demence, proto je zapotřebí tyto postupy doplnit péčí zaměřenou na nefarmakologické, aktivizační postupy. Takových přístupů existuje celá řada, nicméně ne každé pracoviště specializující se na osoby s demencí disponuje dostačujícími poznatky a novými trendy v péči o tyto klienty (Fert'alová & Ondriová, 2020).

Cílem této diplomové práce je využít metodu zvanou preterapie k ovlivnění funkcionální komunikace právě u osob s demencí, neboť jejím zachováním přispíváme k vyjádření svých aktuálních potřeb a pocitů, které vedou k udržení si vlastního „já“, čímž je zlepšena kvalita života těchto osob. V rámci dílčích cílů bychom následně chtěly očekávané změny, kterých bude dosaženo, analyzovat spolu s pracovníky vybraného zařízení. Nedílnou součástí práce je však také podpora povědomí a šíření osvěty o konceptu preterapie mezi českou odbornou i laickou společností.

Diplomové práce je rozdělena na dvě části, a to na teoretickou a empirickou. První kapitola bude věnována stručnému vymezení pojmu komunikace a funkcionální komunikace, detailněji popsána bude diagnóza demence, a to především se zaměřením na terminologii, diagnostiku, intervenční přístupy, a také na chyby, kterých se může odborník dopustit v péči a komunikaci s klientem s demencí. Druhá a taktéž poslední kapitola bude věnována konceptu preterapie. v této části shrneme počátky vzniku metody, více se ponoříme do teoretického vymezení, se kterým se pojí taktéž kontaktní funkce, chování a reflexe, které budeme více charakterizovat. Nejvíce nás budou však zajímat cíle a výsledky, které

preterapie v praxi přináší, a to především s ohledem na diagnózu demence. Ke stanovení hlavního cíle a dílčích cílů dojde v empirické části, ve které bude následně popsána metodologie, stručný popis vybraného zařízení a charakteristika výzkumného vzorku. Popis přímé práce s klienty bude doplněn o kazuistiky a přepisy preterapeutických rozhovorů. V rámci diskuze porovnáme získané výsledky spolu se zahraničními studiemi zabývající se jak stejnou cílovou klientelou, tak osobami s jiným typem obtíží. V neposlední řadě budou uvedeny limity výzkumného šetření a možná doporučení pro budoucí praxi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Diagnóza demence

V následující kapitole a jejích podkapitolách bychom chtěly nejprve stručně vymezit pojem komunikace a funkcionální komunikace, která se úzce pojí s diagnózou demence a preterapií. Následně bude vymezena a stručně popsána diagnóza demence, její příčiny, diagnostika a možnosti intervence, kterou zajišťuje interdisciplinární tým. Nedílnou součástí je i podkapitola zabývající se specifiky komunikace osob s demencí a také chyby, kterých se můžeme dopustit během péče a komunikace s těmito klienty.

1.1 Vymezení komunikace a funkcionální komunikace

Komunikace je důležitou životní dovedností, která nás provází ve všech aspektech života a v interpersonálních vztazích. Jedná se o vrozenou schopnost, díky které již od narození sdělujeme svá přání, potřeby a pocity, také ovlivňujeme názory druhých osob a formujeme ty vlastní spolu s naší sociální identitou (Skarnitzl & Volín, 2018; Veselinova, 2014). V nejjednodušší podobě se o komunikaci mluví jako o interakci mezi dvěma či více lidmi, nicméně víme, že celý proces je mnohem složitější. Interpretace obsahu, významu sdělovaných informací, ale také vztahu mezi verbální a neverbální složkou komunikace je schopnost, kterou by měl být recipient vybavený. V rámci komunikace nehraje roli pouze výběr slov a jejich význam, ale stejně důležitý je i způsob, jakým jsou tyto informace předávány. Schopnost dobře a efektivně komunikovat podporuje nejen sebeúctu a kvalitní sociální vztahy, ale také kvalitu života (Downs & Collins, 2015; Schüssler & Lohrmann, 2017). Tento dynamický proces, kterým komunikace je, je tvořen organickými a sociálními faktory řeči, které zahrnují jak anatomické a fyziologické vlastnosti našeho artikulačního aparátu, tak osvojený jazykový systém, který komunikant vnímá a individuálním způsobem na něj reaguje (Skarnitzl & Volín, 2018).

Jazyk je rozdělen na několik rovin, přičemž vztahem jazyka a jeho užitím v běžném životě se zabývá pragmatická rovina jazyka. **Funkcionální stránka komunikace** pak představuje jakýkoli způsob sdělování nebo přijímání informací, a to jak mluvenou formou, tak psanou či například kreslenou nebo gestikulovanou. Intervence cílená na narušenou funkcionální komunikaci si tedy klade za úkol podporovat efektivitu, nezávislost komunikace a její úspěšnost v maximální možné míře v přirozeném prostředí klienta. Z hlediska diagnostiky funkcionální komunikace byl v České republice vytvořen na

administraci jednoduchý a časově nenáročný nástroj s názvem Dotazník funkcionální komunikace (DFK), který obsahuje několik subtestů mapujících funkcionální schopnosti (Košťálová et al., 2015).

1.2 Vymezení termínu demence a jejích subtypů

Demence v současné době představuje rostoucí problém, který je zapříčiněn celosvětovým stárnutím populace (Hogervorst, 2023). Mezi nejrychleji rozrůstající se skupinu populace řadíme osoby starší 60 let, u kterých se právě diagnóza demence vyskytuje nejčastěji (Šáteková, 2021). Tato diagnóza je odborníky označována jako syndromické onemocnění, pro něž je charakteristický progresivní kognitivní pokles, který zapříčiňuje závislost klientů na jiných osobách (Vörösová et al., 2015). Starší literatura popisuje demenci jako nespecifické onemocnění, deskriptivní termín pro soubor symptomů, které mohou být zapříčiněny různými poruchami mozku (Luliak et al., 2008). Mezinárodní organizace pro Alzheimerovu chorobu (2024a) definuje demenci jako souhrnné označení pro soubor příznaků, které jsou způsobeny poruchami mozku a ovlivňují paměť, myšlení, chování a emoce. V neposlední řadě uvádíme navíc definici 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11, 2024), která vymezuje pojem demence následovně:

Demence se vyznačuje přítomností výrazného zhoršení ve dvou nebo více kognitivních oblastech v porovnání s úrovní, kterou by bylo možné očekávat v daném věku a ve vztahu k celkové premorbidní úrovni kognitivních funkcí, což představuje zhoršení oproti předchozí úrovni fungování jedince.

Mezinárodní klasifikace nemocí (2024) rozlišuje demenci v důsledku Alzheimerovy choroby, demenci v důsledku cerebrovaskulárního onemocnění, demenci způsobenou onemocněním Lewyho tělísek, dále frontotemporální demenci, demenci způsobenou psychoaktivními látkami včetně léků, demenci způsobenou onemocněními zařazenými jinde, demenci s poruchami chování nebo psychickými poruchami, demenci (jiná určená příčina) a demenci (neznámá nebo neurčená příčina).

1.3 Etiologie demence a hlavní symptomy

Dosud nebyla zjištěna jasná příčina vzniku demence, nicméně existuje několik rizikových faktorů, které jsou s rozvojem tohoto onemocnění spojeny. Nejrizikovějším faktorem pro

rozvoj Alzheimerovy choroby a dalších demenci je zvyšující se věk osoby, ale i tak je nutné brát v potaz, že demence není běžným projevem stárnutí. V průběhu let odborníci odhalili více než 20 genů, které se podílejí na vzniku demence u člověka (Alzheimer's Disease International, 2024c). Loy et al. (2014) uvádí některé mutace v autosomálně dominantních genech, které jsou pro rozvoj demence rizikové. Jedná se především o mutaci genu pro amyloidní prekurzorový protein a genu pro proseilin. Mutace těchto genů předpokládá časný nástup Alzheimerovy choroby. Naopak Schott (2020) poukazuje na fakt, že první známou mutací genu způsobující Alzheimerovu chorobu s pozdním nástupem je mutace apolipoproteinu E (ApoE). Dalším faktorem je pohlaví, výzkumy dokazují, že vyšší pravděpodobnost vzniku tohoto onemocnění je právě u žen. Důvody jsou nejasné, každopádně svoji roli hraje delší průměrná délka života žen oproti mužům. Existují však další rizikové faktory, které jsou během života zvrátitelné, můžeme provést celou řadu změn pro snížení rizika vzniku demence. Jedním z nejlepších způsobů, jak tomuto onemocnění předejít nebo minimálně oddálit, je pravidelná fyzická aktivita, díky které předcházíme obezitě, zlepšujeme krevní oběh, srdeční funkce a duševní pohodu. Jedním z dalších kroků je omezení návykových látek včetně cigaret a alkoholu, který způsobuje další řadu vážných onemocnění a úrazů, které mohou mít přímou souvislost se vznikem demence. Také sociální kontakt zvyšuje kognitivní rezervu a podporuje žádoucí chování. I když neexistují důkazy o prospěšnosti určité aktivity, tak zapojení se do komunity a časté setkávání se s jinými osobami oddaluje nástup onemocnění. Již zmiňovaná kognitivní rezerva může být také ovlivněna nízkou úrovní vzdělání. Deprese je součástí predromu demence, což je příznak, který se objevuje před samotnými symptomy sloužící k diagnostice. Není jasně prokázáno, do jaké míry může být demence způsobena depresí a naopak, avšak v každém případě by deprese měla být řešena a léčena z důvodu dalších okolností, které díky ní mohou u starších osob nastat. V neposlední řadě se do výčtu všech možných rizikových faktorů řadí diabetes, hypertenze a obezita. (Alzheimer's Disease International, 2024c). Konkrétní etiologie Alzheimerovy choroby a vaskulární demence je stručně popsána v podkapitole 1.5.

Jedinečnost člověka se promítá i do tohoto onemocnění, demence ovlivní každého klienta jiným způsobem, žádní dva lidé nebudou mít stejné příznaky a zároveň ani totožný průběh nemoci. Mezi důležité faktory určující dopad demence patří osobnost jedince, zdravotní stav a jeho sociální situace. Symptomy, které se u jednotlivých klientů mohou objevit, závisí dále na oblasti mozku, která byla zasažena anebo konkrétních onemocněních, které demenci způsobují. Příznaky mohou zahrnovat ztrátu paměti, potíže s hledáním správných slov nebo

porozumění druhým osobám, obtížné provádění dříve rutinních úkonů nebo též změny nálad a celkové osobnosti jedince (Alzheimers' s Disease International, 2024a). U většiny typů demence nastupují nejprve **obtíže s pamětí**. Nejčasnějším raným příznakem je právě ztráta paměti krátkodobé. Dalším symptomem jsou **potíže s prováděním známých úkolů** jako je například oblékání se ve správném pořadí či dokonce příprava jednoduchého pokrmu. Rodinní příslušníci či pečující osoby si mohou všimnout také **obtížného hledání správných slov**, která bývají nahrazována slovy neobvyklými, což činí samotnou řeč a psaní obtížněji srozumitelné. Obtíže s konverzací mohou vést k izolaci a zvýšené míře uzavírání se do sebe. S postupující progresí onemocnění také přibývá **narušení soudnosti, logického uvažování, výkonových funkcí a obtížná orientace** v čase i místě. Osoba s demencí se snadno může ztratit na známých místech jako je třeba ulice, ve který celý život žije. Těžká **intelektová deteriorace** nastupuje až v poslední řadě. Syndrom demence s sebou nepřináší pouze změny v kognitivních funkcích, ale také v těch nekognitivních jako je **porucha emotivity, chování, cyklu spánku** nebo **úbytek vyšších citů**. Rychlé změny nálad a neobvyklá emocionalita či podrážděnost bez udání důvodu může být způsobena právě syndromem demence. Obávaným symptomem je též **agresivita**, která se obvykle pojí spíše s agresí verbální. (Höschl et al., 2004, Alzheimer's Disease International, 2024d; Vörösová et al., 2015).

1.4 Průběh a stádia demence

Prvotní příznaky onemocnění v mnohých případech nemusí dané osobě ani jejím blízkým osobám připadat jako něco neobvyklého, často dochází k mylnému považování těchto projevů za součást přirozeného stárnutí (Luliak et al., 2008). Díky užívání kognitivních rezerv a kompenzačních mechanismů mohou být příznaky onemocnění skryté, takové období může trvat i několik let a jedná se o bezpříznakové stádium, které předchází samotnému manifestnímu rozvoji demence. Onemocnění však dále progreduje a u klienta dochází k vyčerpání jeho kognitivních rezerv, jedná se o období, kdy si i samotný klient začíná uvědomovat své kognitivní obtíže. V průběhu dalšího vývoje onemocnění se objevuje celá řada symptomů onemocnění. Následné nároky na pečující osoby závisejí na míře kognitivní poruchy a soběstačnosti daného klienta. Samotná délka života osob s demencí je různá a závisí na typu demence, době vzniku a dalších okolnostech. Život osoby s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou trvá od prvních příznaků průměrně 7–10 let. V některých případech může být délka života osob s touto chorobou delší, jedná se pak o 15 let a více od počátku symptomů. Naopak u forem onemocnění objevujících se v mladším věku nebo u geneticky

podmíněných může být progrese rapidnější a malignější, smrtí může skončit i do 3 let od vzniku (Bednařík et al., 2010).

V jednotlivých stádiích se obtíže projevují jinak a postupně se prohlubují. V případě Alzheimerovy choroby můžeme rozlišovat 3 stupně, které závisí na závažnosti onemocnění. Období v rozmezí 1 až 4 let od vzniku onemocnění je označováno jako **lehké stádium**. V tomto období nastupují výše zmíněné symptomy v lehčí míře. Stadium se manifestuje především poruchami krátkodobé paměti. Obtíže činí zapamatování si a vybavování běžných informací, zatímco vybavování starších údajů je stále zachováno. Poměrně běžné je zapomínání jmen osob a vybavování méně používaných slov. V neznámém prostředí a během nových, neočekávaných událostí se osoba hůře orientuje. Nápadným projevem tohoto období je též pasivita, ztráta motivace a iniciačního chování, naopak se objevují poruchy nálad, deprese či dokonce agresivní chování, které je ale spojeno spíše s uvědomováním si přibývajících obtíží. Osoby jsou v tomto stadiu ještě soběstačné, nicméně v některých oblastech života potřebují určité návody a pomůcky druhých osob. O **středním stádiu** onemocnění uvažujeme v rozmezí 2 až 10 let od prvních příznaků onemocnění. Přítomné poruchy paměti jsou již závažného charakteru, pro klienta je obtížné vzpomenout si i na zcela běžné a rutinní informace jako je datum narození či adresa svého bydliště. Porucha paměti zasahuje i do mezilidských vztahů, kdy si pacient nemůže vzpomenout na jména svých dětí nebo partnera. Obtíže s časovou a prostorovou orientací se nadále prohlubují, orientace ve známém prostředí již může být problematická. Stádium je doprovázené též poruchami chování, emoční labilitou, depresí. Objevují se další neurologické poruchy včetně poruch řeči, apraxie. Pomoc dalších osob při samoobslužných činnostech a dohled při denních činnostech je již v tomto stádiu nezbytný. Velmi významné a důležité je zakomponování nefarmakologických a aktivizačních přístupů do běžného života osob s demencí. O **těžkém stádiu** onemocnění mluvíme v období 7 až 14 let od prvních příznaků. Úplná ztráta paměti, neschopnost poznat své blízké a celodenní závislost na pečující osobě je soubor symptomů, kterým je toto poslední stádium charakteristické (Bednařík et al., 2010; Holmerová et al., 2007; Luliak et al., 2008).

1.5 Alzheimerova choroba a vaskulární demence

V rámci této podkapitoly bychom rády přiblížily dva nejčastější typy demence, a to demenci v důsledku Alzheimerovy choroby a vaskulární demenci. Klienti s těmito subtypy jsou zároveň součástí empirické části této diplomové práce.

Alzheimerova choroba je závažné chronické neurodegenerativní onemocnění, které způsobuje ztrátu paměti, kognitivních a behaviorálních funkcí. Kognitivní pokles a behaviorální symptomy jsou způsobeny synaptickou ztrátou a atrofií neuronů a oblastí mozku. Z celého výčtu typu demencí se jedná o ten nejběžnější a celosvětově postihuje několik desítek milionů osob (Vandenberghe, 2014). Lesuis et al. (2018) uvádí, že demence, která je způsobena Alzheimerovou chorobou, má charakteristický plíživý nástup s následnou progresí vedoucí ke globální kognitivní poruše a narušení nezávislosti jedince. Všechny tyto aspekty mají obrovský dopad nejen na osobní život, ale také na celou společenskou sféru daných osob.

U osob s touto diagnózou nacházíme specifický obraz neuropatologických změn. Symptomy v kognitivní sféře zahrnují deficity pozornosti, exekutivních funkcí, percepčně-motorických funkcí, jazykových schopností. Nejrozšířenějším a nejvčasnějším symptomem je však poškození epizodické paměti. V rané fázi nástupu onemocnění dochází k narušení nedávných epizodických vzpomínek, zatímco dávné vzpomínky jsou zachovány. Pracovní a sémantická paměť bývá nepoškozena až do pozdějších fází onemocnění. Samotné onemocnění můžeme rozdělit na 2 skupiny. První skupinou je Alzheimerova choroba s časným nástupem, kdy první příznaky můžeme pozorovat již před 65. rokem života a je též nazývána jako presenilní forma. Druhou skupinou je Alzheimerova choroba s pozdním nástupem, během které se klinické příznaky objevují po 65. roce a později. Demence tohoto typu s sebou nese i poruchy řeči, které jsou jedním z klíčových prvků pro stanovení diagnózy (Apostolova, 2016; Höschl et al., 2004; Vavrušová, 2012).

Jak již výše naznačujeme, příčinou celého výčtu symptomů Alzheimerovy choroby je snížený počet neuronů a synapsí v mozkové kůře a centrální subkortikální oblasti. K atrofii mozku tedy dochází vlivem zániku velkého rozsahu neuronů, kdy nejcharakterističtější je atrofie mozkové kůry, nejvýrazněji ve frontálním a čelním laloku. v rámci etiologie se na vzniku tohoto typu demence podílejí genetické faktory spolu s faktory prostředí (Fertal'ová & Ondriová, 2020). Již Pidrman (2007) popisuje, že věk představuje nejvýznamnější rizikový faktor, k němuž se přidružuje role dědičnosti, pozitivní rodinná anamnéza demence totiž zvyšuje riziko jejího výskytu. Mezi další významné faktory autor řadí trauma či opakovaná poranění hlavy, dále také pohlaví a nižší vzdělání. Srdeční choroby, kouření, alkohol, obezita a nedostatek pohybu mohou být též brány jako ohrožující okolnost.

Po Alzheimerově chorobě je druhou nejčastější formou demence u starších osob **vaskulární demence**. Tento typ onemocnění představuje skupinu syndromů, které jsou zapříčiněny mechanismy vedoucími k cévním lézím v mozku. Právě u vaskulárních demencí je velice

důležité včasné odhalení a přesná diagnóza, neboť v tomto případě se dá vzniku demence alespoň částečně předcházet. Mezi rizikovými faktory vaskulární demence je uváděna nejen hypertenze, kouření, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, diabetes mellitus, ale také kardiovaskulární či cerebrovaskulární onemocnění (Jacobsen, 2011). Kučerová (2006) dále také uvádí, že infarkty nabývají obvykle malého charakteru, nicméně mají kumulativní účinek. Dušek a Večeřová – Procházková (2015) udávají období po 50. roce života jako to, ve kterém nejčastěji dochází k výskytu vaskulární demence, v některých případech se však může objevit i časněji. Nejčastější formou vaskulární demence je multiinfarktová demence, je tak nazývána z toho důvodu, že vlivem nedostatečného cévního zásobení oblastí mozku dochází k ostrůvkovitým nekrózám neboli infarktům. Vaskulární demence je dále dle intenzity dělena na 3 typy, a to lehký, střední a těžký. Mezi časté prvotní příznaky patří náhlé tranzitorní stavy zmatenosti, které se nejčastěji projevují v noci, zatímco poruchy vědomí během dne nejsou přítomné.

V porovnání s Alzheimerovou chorobou se vaskulární demence liší především v tom, že osobnost klienta včetně chování ve společnosti bývá zachována po relativně dlouhou dobu. Naopak za průvodní jev je považována deprese, neurologické syndromy a ložiskový reflexologický nález (Höschl et al., 2004).

1.6 Diagnostika, hodnotící techniky a nástroje

I přes veškeré informace a hodnotící nástroje, které moderní medicína v současné době zná a má, může být rozpoznání a stanovení diagnózy demence obtížné. Například autoři Vyhnálek et al. (2011) uvádějí, že téměř v polovině případů je diagnóza stanovena ve středním až těžkém stádiu demence. Odlišení tohoto onemocnění od jiných duševních poruch a určení příčiny nemusí být jednoduché. Nejčastějšími příčinami nepřesné či pozdě stanovené diagnózy jsou subjektivní faktory na straně nemocného či dokonce stereotypní chyby ze strany lékařů. Může se jednat o nepřipouštění si poruch paměti pacientem ani jeho blízkým okolím, konkrétní poruchy pak klientovo okolí či lékař posuzuje jako projev stárnutí, ke kognitivním poruchám není během vyšetření přihlíženo, a tím se nerozpoznají včasné symptomy syndromu demence (Bednařík et al., 2010; Ferťalová & Ondriová, 2020).

V rámci správně vedené diagnostiky by měl lékař vždy odebrat podrobnou anamnézu zahrnující psychosociální vývoj, profesní anamnézu a analýzu interpersonálních vztahů. Kromě informací doložených pacientem je potřeba k objektivizaci anamnézy přiložit také náhled

pečovatelů, rodinných příslušníků a blízkých osob klienta. Lékaře zajímá vznik a průběh onemocnění, výskyt demence a jiných neurologických onemocnění v rámci rodinné anamnézy, dále rizikové faktory jako jsou úrazy hlavy či kardiovaskulární choroby. Důležité je znát farmaka a jejich dávkování stejně jako zda není přítomný abúzus alkoholu či jiných návykových látek. Mimo uvedené se dále zjišťují informace o denních aktivitách klienta a přítomnosti případných poruch nálad a chování. Úlohou lékaře je také zhodnotit funkční schopnost klienta zasahující do oblasti řízení motorového vozidla, samostatného bydlení, soběstačnosti a manipulace s financemi. Součástí by mělo být komplexní screeningové neuropsychologické vyšetření, neurologické vyšetření, CT (počítačová tomografie) nebo MR vyšetření (magnetická rezonance), základní laboratorní vyšetření včetně TSH (tyreotropní hormon stimuluje sekreci hormonů štítné žlázy). Ve zvláštních případech lékař také může navrhnout EEG (elektroencefalografie), sérologické vyšetření včetně hladiny vitamínu B či kyseliny listové a při podezření na zánětlivé onemocnění mozku také vyšetření mozkomíšního moku (Franková et al., 2011; Jirák et al., 2009; Topinková, 2005; Vyhnálek et al., 2011). V rámci diferenciální diagnostiky je zapotřebí demenci odlišit od vrozeného kognitivního deficitu, schizofrenie nebo adaptační a úzkostné poruchy. Deprese, delirium a přechodné kognitivní poruchy řadíme mezi přechodné poruchy, které je též nutné diferencovat od tohoto onemocnění (Bednařík et al., 2010; Franková et al., 2011).

Autoři Ressler et al. (2009) uvádějí, že zásadním článkem pro komplexní diagnostiku je zhodnocení kognitivních funkcí. Nejvyužívanějším testem je **Mini-Mental State Examination** (MMSE), který orientačně zjišťuje stav kognitivních funkcí. Výhodou testu je poměrně spolehlivá diferenciace středně těžkého typu demence od normálního stavu, zatímco mírnou kognitivní poruchu či časná stádia demence nezachytí. Jeho značnou nevýhodou je povrchové vyšetření paměti a zároveň se nezaměřuje na vyšetření exekutivních funkcí (Koukolík & Jirák, 2004; Rektorová, 2011; Štěpánková et al., 2015). Mezi další testy, které odborníci využívají ke zhodnocení kognitivních funkcí klientů, řadíme **Test hodin** (Clock Drawing Test), což je jednoduchá a rychlá orientační zkouška odhalující demenci a kognitivní poruchy. Obrovskou výhodou je její zaměření na více kognitivních funkcí současně (paměť, kalkule, zrakově-prostorové a exekutivní schopnosti) (Bartoš et al., 2016; Bartoš & Raisová, 2019). **Addenbrookský kognitivní test** (ACE-R) je o něco citlivější k detekci kognitivního deficitu oproti MMSE a zároveň je užíván k celistvému screeningovému zhodnocení kognitivních funkcí. Mezi kognitivní domény, které jsou v ACE-R zařazeny, patří pozornost a orientace, paměť, slovní produkce, jazyk a zrakově prostorové schopnosti

(Beránková et al., 2015; Reyes et al., 2009). Poměrně vhodnou variantu testu přináší **Montrealský kognitivní test (MoCA)** umožňující rozpoznat také časně kognitivní poruchy. Kromě podrobného hodnocení paměti a exekutivních funkcí též bere v potaz dobu, po kterou se daný klient vzdělával (Bartoš et al., 2014; Bezdíček et al., 2010; Damian et al., 2011). Bartoš (2016) představuje český test, který nese název **POBAV** (Pojmenování obrázků a jejich vybavení). Jak již ze samotného názvu vyplývá, skládá se ze dvou částí, a to z pojmenování a následného vybavení obrázků. Tento test je zaměřen na zhodnocení psaného jazyka, dlouhodobou sémantickou paměť a krátkodobou vizuální paměť. Test **ADAS** (Alzheimer's Disease Assessment Scale) nebo též **Krátká škála kognitivních funkcí** (Brief Cognitive Rating Rating Scale) jsou dalšími testy, které je možné využít pro zhodnocení kognitivních funkcí (Fertal'ová & Ondriová, 2020).

Šáteková (2016) připomíná, že se však v klinické praxi dále setkáváme s měřicími nástroji, které nabízejí možnost objektivizace posouzení klienta, což může vést ke zjednodušení práce zdravotnických pracovníků. Pro tyto potřeby jsou tvořeny nástroje, které vyžadují znalosti, kompetence, a především spolupráci multidisciplinárního týmu. Měřicí nástroje pro oblast kognice jsme již představily, další měřicí nástroje se zaměřují na velice důležité oblasti, kterými jsou výživa, hodnocení bolesti a hodnocení funkčního stavu (Šáteková, 2021).

Nedostatečná výživa není považována za přirozený jev stárnutí a zvýšené riziko podvýživy je u těchto klientů vyšší. Pokles nutričního stavu je vzájemně závislý na poklesu kognice a naopak. Nutriční příjem tedy úzce souvisí i s progresí onemocnění demence a též způsobuje zranitelnost klientů, která souvisí s vyšším výskytem pádů, úrazů hlavy apod. (Kigozi et al., 2021; Liu et al., 2015). V jednotlivých stádiích demence však vznikají různé komplikace. Ztráta potřeby se najíst nebo opomenutí je charakteristické pro lehké stádium demence. Ve středním stádiu může docházet k úzkostem, které jsou pocíťovány během podávání stravy druhou osobou, odmítání stravy či ke změně chuti a vůně jídla a následnému odmítání některých druhů potravin. v těžkém stádiu demence dochází nejčastěji k dysfagii vedoucí k aspiraci (Jansen et al., 2015). U klientů s demencí je navíc posouzení nutričního stavu ztěžováno kognitivními poruchami a poruchami komunikace (Stockdell & Amella, 2008). K těmto účelům slouží škála **Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale** (EdFED), která je mezinárodně ověřeným nástrojem pro hodnocení obtíží při podávání stravy u osob s demencí. Mezi položky této hodnotící škály například patří: Potřebuje pacient/klient fyzickou pomoc při jídle? Odmítá pacient otevřít ústa? Odmítá pacient spolknout jídlo? (Watson

& Deary, 1994; Watson et al., 2017). Mezi kategorií hodnotících škál se dále řadí **Feeding Behavior Inventory** nebo **Mini Nutritional Assessment** (Šáteková, 2021).

Bolest je další oblastí, která by neměla být u osob s demencí přehlížena. Jak samotný klient hodnotí bolest závisí na jeho kognitivních dovednostech, a především na tom, do jaké míry je schopný své obtíže verbálně vyjádřit. Rozpoznat, lokalizovat a charakterizovat bolest je pak obtížné především u klientů v pokročilém stádiu onemocnění. Vzhledem k narušení či ztrátě schopnosti klientů své pocity adekvátně vyjadřovat a zároveň přehlížení neverbálních projevů ze strany ošetřujícího personálu, může docházet k nevhodné medikaci a tím zhoršení kvality života osob s demencí (Lužný, 2013; Žiaková, 2021). Mezi hodnotící škály se řadí například **Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)**, **Abbey Pain Scale** či **Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)**. Poslední uvedený test obsahuje položky jako například dýchání, negativní vokalizace, výraz obličeje, řeč těla a utěšování. v nedávné době vyšla též studie zabývající se souběžnou validitou mezi tímto testem a mírou behaviorálních a psychologických symptomů demence (Dunford et al., 2022; Warden et al., 2003).

Třetí a poslední zmiňovanou skupinou je posuzování úrovně funkčnosti. s postupujícím onemocněním dochází ke ztrátě schopnosti vykonávat činnosti každodenního života (ADL), které jsou potřebné k samostatné péči o sebe samého a jsou též důležitým ukazatelem funkčního stavu člověka. Jedná se též o ukazatel, díky kterému dochází ke stanovení závažnosti demence a také míry péče, kterou bude daná osoba potřebovat (Edemekong et al., 2023; Hung et al., 2021). Do nástrojů hodnotící ADL se řadí **Dotazník funkčního stavu (FAQ)**, **Dotazník soběstačnosti**, **Bristol Activities of Daily Living Scale (BADDLS)** či **Test instrumentálních všedních činností (IADL)** (Šáteková, 2021).

1.7 Léčba a prevence onemocnění

První krok zajišťující optimální **léčbu** představuje především včasná diagnostika vedoucí ke stanovení správné diagnózy. Následující samotný přístup odborníků musí zahrnovat komplexní škálu intervenčních postupů a též by měl být zaměřený nejen na konkrétního člověka, ale také na rodinu a další osoby, které s klientem přicházejí do kontaktu. v takovém případě se jedná například o pečovatele (Franková, 2016). Demence představuje nevléčitelné onemocnění, tudíž je její léčba zaměřena na zlepšení stavu klienta nebo alespoň udržení stavu dosavadního. Nemoc dále progreduje, nicméně snahou odborníků je tuto progresi co nejvíce

minimalizovat (Pidrman, 2007). Topinková (2005) upozorňuje, že cíle v jednotlivých stádiích demence mohou být rozdílné, například zlepšení kognitivního deficitu je nejdůležitější v počátečním stádiu onemocnění. Cíle léčby středního stádia zahrnují především udržení soběstačnosti a prevenci nekognitivních behaviorálních projevů. Paliativní péče a emoční podpora je středobodem péče v konečné fázi onemocnění. Odborníci dělí terapii demence do dvou hlavních oblastí, které se vzájemně ovlivňují a doplňují. Jedná se o farmakoterapii, která může být dále rozdělena na farmakoterapii kognitivní a nekognitivní, a nefarmakologické přístupy (Kalvach et al., 2004).

Za velice důležitou je však považována **prevence**. Rizikové faktory pro vznik tohoto onemocnění jsou již podrobněji popsány výše, nyní si stručně uvedeme konkrétní preventivní opatření. Prvním bodem je úprava jídelníčku, jedná se o jednoduchou cestu, jak předcházet výskytu demence, především Alzheimerovy choroby. Je prokázáno, že konzumace potravin, které jsou bohaté na vitamíny a nenasycené mastné kyseliny, snižuje vznik kognitivního deficitu (Forgáčová, 2011). Vzdělání je jednou z dalších položek prevence. U osob s vyšším vzděláním se onemocnění demence objevuje méně často než u osob se vzděláním nižším, není však zcela vyvráceno, za tento jev není způsobem životním stylem, který se u obou skupin může lišit. Nedávná studie zabývající se vztahem mezi vzděláním a kognitivním deficitem však potvrdila spojitost mezi těmito aspekty a uvedla, že vlivem vzdělání dochází k úbytku rizika pro vznik kognitivních poruch (Clouston et al., 2020; Fertaľová & Ondriová, 2020). Jedna z dalších studií sledovala vliv meditace na kognitivní funkce související s neurodegenerativním onemocněním. Účinky meditace byly potvrzeny v oblastech pozornosti, paměti či slovní fluence (Marciniak et al., 2014). Kvalita života a kognitivní zdraví je také ve vyšší míře zachováno u osob, které jsou nějakým způsobem společensky zapojeni a navazují pravidelné interakce (Sheardová & Hudeček, 2011). Kromě již zmíněných opatření jsou také vyzdvihovány jakékoli aktivity, které podporují kognitivní funkce. Paměťový trénink je aktuálně považován za účinný prostředek, jak preventivně působit proti předčasnému stárnutí mozku (Duong et al., 2017; Willimas et al., 2014).

1.8 Intervenční přístupy a nefarmakologické aktivizační postupy

Dle Fertaľové a Ondriové (2020) je léčba a zmírnění příznaků nastupující demence stále předmětem zájmu mnohých odborníků, neboť účinné terapeutické ovlivnění paměťových poruch stále nepřináší zcela uspokojivé výsledky. z praxe je zřejmé, že farmakologická léčba je

nedostačující v eliminaci negativních projevů a příznaků u osob s demencí. Na tutéž okolnost upozorňuje i Oliveira et al. (2021), který uvádí, že u farmakologických postupů se neprokázala velká míra účinnosti při změně průběhu demence, za těchto okolností je zapotřebí zapojit účinnou nefarmakologickou intervenci pro udržení určité úrovně funkčních schopností.

Důkazy prokázaly účinnost kognitivních intervencí především u osob s Alzheimerovou chorobou. Nefarmakologické aktivizační intervence mohou být přínosné především v prevenci u osob s tímto onemocněním. Na rozdíl od farmakologických postupů je zde menší pravděpodobnost, že způsobí nežádoucí, vedlejší účinky. Tyto kognitivní intervence můžeme dále rozdělit na **kognitivní trénink**, **kognitivní stimulaci**, **kognitivní rehabilitaci** a intervence, u nichž se propojují poznatky vícero přístupů (kognitivní intervence spojené s jinými nefarmakologickými metodami) (Blanco-Silvente et al., 2017; Livingston et al., 2020; Xiang & Zhang, 2023).

Při aplikaci kognitivního tréninku si klademe za cíl zlepšit kognitivní domény. Samotný kognitivní trénink se užívá u klientů v lehkém a středním stádiu onemocnění. Tento trénink může být klientem přijat jako denní činnost nebo jako součást zábavy a vede ke zpomalení progresu demence a též má pozitivní vliv na kvalitu života. Některé studie však také prokázaly negativní účinky, a to v podobě deprese a frustrace z nedokončených úkolů nebo neschopnosti vybavit si potřebné informace. Kognitivní stimulace zahrnuje soubor sociálních událostí, prostřednictvím nichž obecně zlepšujeme kognitivní a sociální fungování jedince. Tento typ intervence pracuje v závislosti na potenciálu dospělého mozku se regenerovat. Výzkumy naznačují, že využití této kognitivní intervence napomáhá především jedincům s diagnózou mírné až středně těžké demence nejen ke konzistentnímu zlepšení globální kognice, ale také ke zlepšení kvality života, sociální interakce a komunikace. Za pomoci kognitivní rehabilitace dosahujeme optimální úrovně fyzického, psychického a sociálního fungování (Aguirre et al., 2013; Bahar-Fuchs et al., 2019; Oliveira et al., 2021; Sheardová, 2010; Vemuri et al., 2016).

Součástí kognitivní stimulace se v posledních letech stala virtuální realita, která je považována za přínosný prvek, který může zvyšovat terapeutické výsledky u klientů s neurokognitivní poruchou. Zahraniční studie prokázaly, že využití virtuální reality napomáhá těmto klientům zejména se zlepšením kognice i duševní pohody, což má za následek také zlepšení v oblasti IADL (Moreno et al., 2019; Man et al., 2012).

1.8.1 Nefarmakologická léčba

Aktivít, které se řadí mezi aktivizační postupy, existuje celá řada, terapeut si však vybírá pouze několik, které aplikuje tak, aby byly přiměřené zdravotnímu stavu klienta. Kromě stádia demence zohledňuje také věk či pohlaví. Ne každá zvolená aktivita bude mít tentýž vliv na každého klienta, důležité je ale vědět, že nepovedený výsledek neznamena hned celkový neúspěch. Už jen samotný kontakt a zvýšený zájem o daného klienta vede k pozitivním výsledkům. Všechny zvolené aktivizační postupy by měly vést k zachování, popřípadě zlepšení v oblasti hrubé a jemné motoriky, soběstačnosti a kognitivních funkcí. Důležitým aspektem těchto aktivit je též vyplnění volného času adekvátním způsobem a též zlepšení verbální i neverbální komunikace mezi klientem a jeho blízkými či ošetřujícím personálem a jinými osobami, které s ním přicházejí do kontaktu (Fertaľová & Ondriová, 2020; Pidrman, 2007).

Již Sheardová (2010) uvádí, že u většiny typů demence je zapotřebí zvolit multidisciplinární péči. Každý člen, odborník tohoto týmu, může zvolit jiné aktivizační postupy, které dohromady budou tvořit holistický přístup ke klientovi. Součástí týmu nejsou však jen zdravotní sestry, fyzioterapeuti a ergoterapeuti, na spolupráci se také podílejí speciální pedagogové, sociální pracovníci či kliničtí psychologové. Nikdy by neměl být opomenut velký význam pomocného personálu zahrnující ošetřovatele nebo sanitáře. Pokud jsme součástí multidisciplinárního týmu, měli bychom znát základní principy a doporučení pro péči. Důležitým bodem je však dodržování denního režimu, a především individuální přístup a akceptace klientových možností (Fertaľová & Ondriová, 2020).

Mezi specifické přístupy k osobám s demencí patří **validační terapie**, jejíž autorkou je Naomi Feil, která při utváření tohoto přístupu vycházela především ze svých vlastních zkušeností (Procházková, 2012). Do vzniku tohoto konceptu bylo všeobecným předpokladem a hlavní náplní terapie přizpůsobení se osoby s demencí realitě pečujících osob. Tento přístup však pracuje s opačným názorem, a to tím, že je nutné pochopit realitu klientů a rozpoznat pocity, které jsou vyjadřovány v jejich projevech. Samotná validace pak může probíhat formou samostatných terapeutických sezení či být zakomponována do každodenní péče (Boggatz & Schimböck, 2023). Validace v tomto pojetí znamená empatické přijetí emocí druhého a potvrzení, že jsou pravdivé, neboť jejich odmítnutí vede k životní nejistotě (Feil & de Klerk-Rubin, 2015). Koncept validace pracuje s biografií a minulostí každého klienta, díky které opětovně prožívá pocity hodnoty vlastního života. Za užití specifické formy komunikace terapeut předchází frustraci a podporuje klientovu chuť

komunikovat (Fertařová & Ondriová, 2020). Feil a de Klerk-Rubin (2015) připomínají, že v rámci užívání validační terapie si terapeut musí uvědomit několik principů, které je zapotřebí brát v úvahu. Mezi ně patří například fakt, že chování těchto osob, které nám může připadat nepřiměřené, má své důvody a může být opodstatněné uspokojováním některých lidských potřeb. Důležité je také vědět, že v rámci progresu onemocnění dochází k neschopnosti adekvátně verbálně vyjádřit své pocity a potřeby, což vede k navrácení se k již dříve naučeným vzorcům chování. Terapeut tedy přijímá člověka s demencí takového, jaký je, a vytváří bezpečné prostředí, ve kterém bude schopný empaticky naslouchat. Očekávané změny lze rozdělit do skupiny více a méně viditelných. První skupinu tvoří pozorované změny v hrubé motorice jako je například přiměřený sed či zlepšení chůze, dále také dochází k postupné eliminaci automatických nebo agresivních projevů, neadekvátnímu verbálnímu projevu, ale zároveň ke zlepšení slovní zásoby (Tavel, 2009, podle Fertařová & Ondriová, 2020). Autorka konceptu rozděluje dezorientaci u osob s demencí do čtyř stádií, ve kterých popisuje tělesný stav, způsob komunikace a orientaci v čase a prostoru. V rámci jednotlivých stádií se užívají různé techniky, které byly navrženy pro konkrétní stadia tak, aby byly co nejprínosnější. Mezi tyto techniky patří například technika koncentrace, opakování, představování opaku, používání zájmen s více možnostmi interpretace, vlídná a laskavá komunikace či sledování a zrcadlení pohybů a pocitů (Tavel, 2009, podle Fertařová & Ondriová, 2020). V posledním jmenovaném bodě vykazuje metoda validace podobnosti s konceptem preterapie, od kterého se ale liší jednak ve filozofii a teoretických základech, tak v užití specifických postupů (Pfeifer – Schaupp, 2009).

Mezi další přínosné specifické přístupy k osobám s demencí se řadí například využití **Snoezelenu**, který se u osob s demencí užívá jako psychosociální intervence, která si klade za cíl zvládat maladaptivní chování a podpořit komunikaci, interakci (Chung et al., 2002). Terapií, která stejně jako validační terapie pracuje s minulostí a vzpomínkami, je **reminiscenční terapie**. Tento nástroj společně s live review napomáhá osobám s demencí pochopit jejich současnou situaci díky navázání na minulou zkušenost. Nedávná studie potvrdila, že reminiscenční terapie spolu s komplexním programem péče ovlivňuje pozitivní náladu, a tím i kvalitu života (Yan et al., 2023; Zhong et al., 2023). Reminiscenční terapie nevyužívá pouze fotografie a vyprávění vzpomínek a příběhů ze života, ale také nejrůznější aktivity jako tanec či poslech a zpěv písní, a to s cílem posílit komunikaci, sociální interakci a důstojnost (Fertařová & Ondriová, 2020).

1.9 Role klinického logopeda v rámci terapie u osob s demencí

Kliničtí logopedi, stejně tak jako foniatři či audiologové, jsou nedílnou součástí interdisciplinárního týmu, který se podílí nejen na diagnostice, ale také na terapii tohoto onemocnění. V rámci již zmiňované a velice důležité komplexní diagnostiky přispívá logoped zhodnocením úrovně komunikačních schopností každého klienta a následně spolu s dalšími odborníky navrhuje možnosti péče, které usnadní a zachovají funkcionální komunikaci. Rolí klinického logopeda je taktéž rozpoznání dalších možných poruch komunikace, které se snaží objasnit blízkým osobám klienta, a také napomáhá okolí pochopit specifika komunikace a jiné další potřeby (Neubauer, 2018). Autor dále připomíná, že terapie poruch řečové komunikace při diagnóze demence musí být v souladu s rehabilitací kognitivních poruch. Hlavním cílem logopedické intervence u klientů s demencí je zachování komunikační kompetence, podpora zachování, případně vytváření příležitostí k sociální interakci vedoucí ke komunikaci, posílení interakce mezi klientem a pečující osobou či personálem a také zachování úcty k vlastní osobě a důstojnosti v komunikaci. Terapeutické přístupy se dále mohou dělit podle toho, v jakém stádiu demence se konkrétní klient nachází. v počátečních stádiích onemocnění, kdy je stále zachována aktivita a spolupráce klienta, by se logopedická intervence měla zaměřovat na aktivní jazyková cvičení se zapojením aktivit pro motorické složky řečového projevu. Právě trénink fatických funkcí spolu s kognitivním tréninkem tvoří základ pro úspěšnou intervenci. Logoped musí u každého klienta nejprve individuálně zhodnotit poruchu jazykových schopností a dominující kognitivní a paměťové obtíže, následně terapii staví na většinou intaktních expresivních fonologických a syntaktických schopnostech. Cvičení pak mohou být zaměřena na trénink sémantické roviny jazyka, amnézii pojmů či iniciaci mluvního projevu. v pokročilých stádiích demence již dochází k narušení všech prvků jazyka, snižuje se porozumění jednoduchým promluvám a iniciace rozhovoru včetně jeho udržení je též pro klienty velice náročná. Hlavním cílem v těchto stádiích je především modifikovat prostředí a chování pečujících osob tak, aby byla usnadněna komunikace s klientem.

Poruchami řeči a komunikace se zaměřením na lexikálně-sémantické vlastnosti sloves a podstatných jmen u Alzheimerovy choroby se zabývali autoři Williams et al. (2023). Autoři poukazují na fakt, že právě znalost lexikálně-sémantických změn, které se u tohoto onemocnění objevují, může zkvalitnit diagnostiku, a taktéž usnadnit intervenci, která povede ke zlepšení komunikace mezi klientem a pečující osobou. Výsledky ukazují, že osoby s diagnózou demence v důsledku Alzheimerovy choroby užívají méně podstatných jmen oproti kontrolní skupině, kterou tvořily osoby bez kognitivních obtíží stejné věkové skupiny.

Častější užívání zájmen poté vedlo ke snížené lexikální rozmanitosti. Užívání sloves se v obou skupinách lišilo minimálně. Závěry této studie doporučují se v rámci logopedické intervence zaměřit na kontextové užívání podstatných jmen i sloves.

Poruchy polykání, dysfagie v jakékoli míře, jsou taktéž častým problémem spojeným s onemocněním demence, kterým by se měl právě klinický logoped zabývat. V rámci terapie dysfagií volí logoped vhodnou strukturu stravy a také polohu těla a hlavy, ve které budou léky, jídlo a pití klientovi podávány. v případě, že je klient schopný spolupráce, se logoped taktéž zaměřuje na cvičení motoriky svalů v orofaciální oblasti, které se podílí na celém procesu polykání. i když práce logopeda je v této oblasti široká a velice potřebná, tak v České republice stále není, oproti jiným vyspělým zemím, velký zájem klinických logopedů pracovat s touto cílovou skupinou, a proto je zapotřebí především z praktického hlediska podpořit zapojení těchto odborníků v sociálním sektoru, a taktéž zvýšit povědomí o možnostech logopedické intervence u klientů s demencí (Neubauer, 2018).

1.10 Vybrané zásady péče a komunikace s osobami s demencí

Janečková (2017) se domnívá, že i dnes se v rámci laické, ale i odborné společnosti můžeme setkávat s chybnými informacemi ohledně poskytování **péče** a podpory klientů s demencí. z tohoto důvodu je zapotřebí šířit osvětu o možnostech, které se nabízejí a které odpovídají potřebám těchto osob, a to především k zachování si vlastní identity a udržení kontroly nad svým životem.

Mylným předpokladem může být například to, že naše snahy jsou nepotřebné, že zdravotní stav nemůžeme zvrátit. Toto tvrzení zasahuje do motivace jak rodinných příslušníků, tak pečujících osob. Neuspokojování především psychických potřeb klienta vede k celkovému zhoršování zdravotního stavu, neboť nezažívá začlenění do nejrůznějších aktivit, a tím přichází o pozitivní kontakt s okolím. v jiných případech pečující osoba určuje, kdy se bude jaký úkon odehrávat, především v podobě podávání stravy. Opět je ale nutné uvědomit si, že osobě s demencí je v tomto případě z důvodu jejich omezení v podstatě znemožněna možnost volby o své vlastní osobě. Pečující osoba vždy pravděpodobně jedná v nejlepším zájmu klienta, nicméně tímto způsobem může docházet k podřívání vlastní osobnosti osoby, o kterou pečují. Akceptování rozhodnutí osoby s demencí by mělo být pro pečovatele vždy rozhodující, nicméně například v situaci, kdy dochází k rapidnímu úbytku váhy vlivem odmítání stravy, je nutné hledat příčiny a vhodné alternativy. V rámci takového chování přichází na mysl zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG), opět je ale nutné mít na paměti, že PEG

neznamená vždy zlepšení kvality života. Například u pacientů s pokročilým onemocněním se prokázala rizika zavedení PEG a jeho minimální přínos. V souvislosti s paliativní péčí by se klient s demencí neměl zbytečně zatěžovat například hospitalizací nebo již právě zmiňovaným zavedením PEG, což s sebou přináší i jisté etické problémy (Hwang et al., 2014; König & Zemlin, 2020; van der Steen et al., 2014).

Málokdy se pozastavíme a reflektujeme nad tím, jak dobří v **komunikaci** jsme a zda ji využíváme efektivně. Tato otázka možná přichází na mysl ve chvíli, kdy našim komunikačním partnerem je osoba, která komunikuje jiným způsobem, než na který jsme zvyklí. Může se jednat právě o osobu s demencí, neboť správně vedená komunikace se v tomto případě stává základním bodem rozvoje terapeutického vztahu. Z hlediska péče zaměřené na člověka je komunikace prostředkem etiky a měla by být bezpečná a soucitná ve všem, co děláme (Van Hoover & Thompson, 2010). Jootun & McGhee (2011) upozorňují, že během chybně vedené komunikace se snižuje pravděpodobnost dosažení požadovaného účinku a může vést ke zmatku, frustraci či bariérám, které znesnadní budoucí interakci. Pro osobu s demencí je celý proces komunikace o něco složitější, neboť vlivem onemocnění mohou být narušeny oblasti mozku, které jsou zodpovědné za příjem, zpracování a porozumění řeči. Celý proces může být dále znesnadňován, pokud osoba s demencí nerozpoznává osobu, se kterou hovoří, a také pokud chybně vnímá neverbální signály. Oproti tomu může stejně tak docházet ke ztrátě cenných informací ze strany komunikátora, který nemusí být schopen správně rozpoznat někdy i vylučující se verbální a neverbální signály klienta s demencí. v tomto případě platí, že čím lépe známe danou osobu, tím lépe můžeme být schopni pochopit potřeby, které jsou nám sdělovány (Downs & Collins, 2015; Lindholm, 2015; Schüssler & Lohrmann, 2017).

Jak již výše zmiňujeme, neverbální složka komunikace hraje v péči o osoby s demencí důležitou roli, neboť toto onemocnění s sebou nese též komunikační obtíže zapříčiněné poruchami myšlení, paměti a řeči (Glennner, 2012). Nepřizpůsobení tempa a hlasu řeči, nenavazování zrakového kontaktu, užívání příliš dlouhých vět s komplikovanými výrazy, to vše se stává překážkou, která tvoří komunikační bariéru mezi klientem s demencí a dalšími osobami. Naopak v těžkém stádiu demence klademe důraz na mimiku či fyzický kontakt, včetně pohlazení, držení za ruku a objetí, který se stává velice důležitým způsobem komunikace a který přináší klientům s demencí pocit jistoty a porozumění jejich pocitům (König & Zemlin, 2020). Jakákoli osoba přicházející s klientem do kontaktu by měla svůj projev uzpůsobit tak, aby byl klient schopný i přes veškeré obtíže porozumět sdělovanému (Glennner, 2012). Schopnost empatie, zvolení adekvátní formy komunikace a aktivní

naslouchání jsou kvality, kterými by měl nejen pečující personál disponovat, neboť nevhodnou formou komunikace může docházet k pocitu, že jsou klientovy problémy zlehčovány nebo zcela negovány (Poledníková, 2006). Dodržování zrakového kontaktu je důležitým prvkem komunikace s osobou s demencí. Pečující osoby někdy mohou mít pocit, že tento kontakt jim klient neopětuje. Příčinou může být například nevyhovující poloha samotného klienta, která mu nedovoluje zrakový kontakt navázat nebo například přílišná vzdálenost obou komunikačních partnerů. v tomto případě pak hraje roli omezené zorné pole a jiné zrakové obtíže klientů (König & Zemlin, 2020).

Komunikační schopnosti nezůstávají po celou dobu onemocnění nezměněny, s postupnou progresí dochází k nápadnějším odchýlkám v řeči, připraveni musíme být také na netaktnost či hrubost, která ale vychází z daného onemocnění. Též k úbytku slovní zásoby dochází postupně a vyústit může až v užívání slabik namísto vět či dokonce v neschopnost verbálně komunikovat. v takových případech se můžeme pokusit o poskytnutí vhodných slov či společnému objasnění informace, které se nám klient snažil jakýmkoli způsobem předat (Slowík, 2010). V návaznosti na zmiňované obtíže se pak v praxi též můžeme setkávat s užíváním „dětské řeči“ či neadekvátní volbou zdvořilých včetně oslovení. K volbě oslovení křestním jménem přecházíme až v případě, že klient nerozpoznává a nereaguje na oslovení příjmením. V rámci zachování slušného a zdvořilého chování bychom neměli zapomínat na oslovení „pane“ nebo „paní“ (Fertal'ová & Ondriová, 2020; König & Zemlin, 2020).

Důležitým mechanismem, jak budovat s osobou s demencí důvěru, je pochopit jejich vlastní svět. Pečující nebo další osoby vědí, že některá tvrzení, o kterých klient hovoří, nejsou přiměřená, nicméně v takových případech bychom měli naslouchat, neboť jsou to právě ta témata, která jsou pro klienty důležitá, a o kterých mají potřebu hovořit. Klienti se často mohou tázat, kde je jejich matka nebo mohou tvrdit, že jdou do práce. Na první otázku odpovíme různými způsoby, dokud nenajdeme ten, který klienta zcela uspokojí. Odpovědi mohou znít: „Máma vaří večeři,“ nebo „máma šla nakoupit, a co nevidět se vrátí.“ Na téma práce můžeme odpovědět: „Je sobota,“ nebo „dnes je státní svátek.“ Zásadou je tedy nevstupovat razantně do reality těchto osob, přijmout ji takovou, jakou ji vidí, a ne striktně podporovat orientaci v realitě okolního světa (Brackey, 2019; König & Zemlin, 2020).

2 Preterapie a přístup zaměřený na klienta

V rámci této kapitoly bychom chtěli přiblížit a definovat metodu preterapie, její teoretické vymezení, techniky, které se v rámci tohoto konceptu užívají. Vzhledem k zaměření diplomové práce se více věnujeme propojení preterapie s diagnózou demence.

2.1 Počátky metody

Koncept metody, jež v této kapitole představujeme, vytvořil americký psycholog Garry Prouty. Své poznatky o práci Carla Rogerse (přístup zaměřený na osobu) a svého učitele Eugena Gendlina spojil do nové oblasti psychoterapie – preterapie (Pre-Therapy International Network, 2024). Přístup zaměřený na osobu, jehož představitelem je psycholog Carl Rogers, vychází z principu, kdy je nutné pracovat s lidmi na základě toho, jací jsou, jaké jsou jejich možnosti. Nedílnou součástí je též snaha porozumět jejich způsobu vyjadřování, vést je k samostatnému rozhodování (Pörtner, 2009).

Prouty et al. (2005) popisuje, jak jeho bolestné pocity při vzpomínce na soužití se svým bratrem, kterému bylo diagnostikováno mentální postižení, byly hlavní motivací pro vytvoření tohoto nového konceptu.

Ke zrodu samotné preterapie došlo v roce 1966, v té době působil Prouty v Kennedyho škole pro děti se speciálními potřebami v Illinois. Během práce v tomto institutu došlo u Proutyho ke spojení zkušenosti s bratrem, setkání s klienty s mentálním postižením a duševním onemocněním a výcviku v terapii zaměřené na klienta. Propojení a souvislost mezi těmito faktory si sám neuvědomoval. Na dosahované výsledky však upozornil jeho mentor Eugen Gendlin, který nakonec Proutyho sepsané pojetí terapie vydal (Prouty et al., 2005). Autor uvádí, že při vzniku tohoto konceptu byl ovlivněn nejen psychologíí Carla Rogerse, ale i filozofickým směrem fenomenologií. v praxi terapeut může nahlížet čistě na symbolické významy, nicméně na to, co se za nimi opravdu skrývá, reagovat nemusí. Proto Prouty klade velký důraz na konkrétnost okamžiku, který v danou chvíli prožíváme. Klient s poškozením mozku vnímá svět kolem sebe velmi konkrétně, proto je pro terapeuta, který s takovou osobou pracuje, důležité porozumět jeho zkušenosti, kterou klient právě prožívá.

2.2 Teoretické vymezení preterapie

Proutyho koncept se stal jedním z nejdůležitějších a nejvýznamnějších rozvinutí samotného principu zaměřeného na klienta. Jeho podstata nespočívá pouze v psychoterapeutické práci, cílen je také na osoby, které mohou být veřejností označovány za osoby „neschopné kontaktu, neschopné terapie“. Preterapie se nabízí jako způsob, jak k těmto osobám najít cestu, může se jednat o osoby s mentálním postižením, osoby dlouhodobě hospitalizované či osoby s duševním onemocněním. Tito klienti mohou být uzavřeni v sobě, neschopni nebo schopni v omezeném rozsahu navázat kontakt s okolím, ve kterém se nacházejí a zároveň nejsou schopni využít terapeutického vztahu. Cílem preterapie je tedy obnovit kontaktní fungování klienta na úroveň, kdy už je možné využít tradiční psychoterapie či jiné intervence (Pörtner, 2009; Prouty et al., 2005; Sommerbeck, 2011).

Prouty shledával teoretické vymezení Rogersova psychologického kontaktu za nedostačující, stejně tak jako metody, jak navodit chybějící kontakt s klientem. z tohoto důvodu viděl potřebu ve vyvinutí nového způsobu práce s osobami s kognitivními či duševními obtížemi. Jeho koncept preterapie pak představuje teorii a praxi psychologického kontaktu, kdy samotný kontakt je dále rozdělen do tří základních úrovní – kontaktní reflexe, kontaktní funkce a kontaktní chování (Dodds, 2008; Prouty et al., 2005).

2.3 Kontaktní funkce, chování, reflexe

Kontaktní funkce jsou vnímány jako funkce vědomí, o které se opírají teoretické cíle preterapie. Vyznačují se jako realitní, emocionální a komunikační kontakt, kdy cílem preterapie je tyto složky obnovovat a rozvíjet. Realitní kontakt spočívá v uvědomování si světa, lidí, míst, předmětů a situací. Na zmíněné složky člověk poté reaguje slovním projevem. Do emocionálního kontaktu řadíme uvědomování si a pojmenovávání svých emocí a pocitů, vždy se vztahuje na vlastní „já“. K symbolickému vyjádření reality a emocí slouží komunikační kontakt, který nespočívá pouze v přenosu informací, ale také ke sdělení našich prožitků druhým osobám, ke kterým tento typ kontaktu vždy vztahuje. **Kontaktní chování** poté vymezuje takové změny v chování, které jsou výsledkem posilování kontaktních funkcí za pomoci kontaktních reflexí. Proutyho definice tohoto chování též klade důraz na verbální vyjádření kontaktu (Brooks & Paterson, 2011; Prouty et al., 2005).

Samotná metoda probíhá formou **kontaktních reflexí**, které se užívají s cílem navázání jakéhokoli kontaktu s daným klientem. Tyto reflexe přicházejí na mysl v situacích, kdy není navázán adekvátní realitní, emoční či komunikační kontakt pro uskutečnění samotné terapie (Pörtner, 2009; Prouty et al., 2005). Prouty et al. (2005) uvádí jako nezbytnou nutnost respektu terapeuta vůči předřečovým či nedostatečně verbálně vyjádřeným pocitům osob s postižením, schizofrenií či geriatrických pacientů. Sommerbeck (2011) reflexní terapie popisuje jako možnost terapeutů být s klienty, být tam, kde jsou, za jejich vlastních podmínek.

Kontaktní reflexe autoři člení na 5 typů, jedná se o situační reflexe, obličejové reflexe, tělové reflexe, slovní reproduktivní reflexe a zopakované reflexe. Během reflexí je na terapeuta kladen požadavek vysoké trpělivosti a empatie. Pokud by reflexe byly prostě mechanicky aplikovány, ztrácel by se jejich smysl a účinek (Pörtner, 2009; Prouty et al., 2005).

1. **Situační reflexe:** Tento typ reflexe napomáhá navázat kontakt s realitou, terapeut sleduje situaci kolem klienta, jeho okolí, prostředí, chování a tento momentální stav reflektuje: „Díváte se na skříň.“ „Dotýkáte se svého chodidla.“
2. **Obličejové reflexe:** Napomáhají podněcovat kontakt s vlastními emocemi. Terapeut sleduje mimické projevy a předexpresivní emoce klienta, které reflektuje: „Usmíváte se.“ „Křčíte čelo.“
3. **Tělové reflexe:** Tento typ reflexí může terapeut vyjadřovat slovně či tělesně. Pro některé klienty je typické zvláštní držení těla gesta či pohyby. v případě, že se jedná o slovní zrcadlení, užívá terapeut věty jako: „Anna pokyvuje hlavou.“ „Kopete nohama do postele.“ Během tělesného zrcadlení dochází k napodobování tělesných pohybů, které zároveň napomáhají terapeutovi lépe pochopit pocity svého klienta.
4. **Slovní reproduktivní reflexe:** Tyto reflexe nesou velký význam u klientů, kteří mají obtíže s jazykovým vyjádřením, může se jednat o osoby, které se vyjadřují v nesouvislých větách či jednotlivými slovy, neologismy. v takových výpovědích terapeut nemusí vždy nacházet srozumitelnost, uchopuje a reflektuje však klientova slova i bez pochopení významu. Klient je pak brán jako rovnocenný komunikační partner, což podněcuje jeho komunikaci, kterou se následně snaží rozšiřovat. Terapeut reflektuje: „(nesrozumitelný projev) ... dcera ... dům.“ Opakuje tedy dvě slova, která slyšel. Není chybou, pokud terapeut občasně reflektuje i neverbální projevy, které mohou rozvíjet požadovaný kontakt.
5. **Zopakované reflexe:** Pokud terapeut spatřuje předchozí reflexi jako účinnou, díky níž se podařilo navázat kontakt, znovu ji využije. Klientovi tak připomíná jeho

emoce a pomáhá mu je zařadit. Terapeut reflektuje: „Díváte se z okna.“ (chvíle ticha), „Stále se díváte z okna.“ (Pörtner, 2009; Prouty et al., 2005).

Pörtner (2009) odkazuje na přání Proutyho, jehož cílem bylo, aby se tento typ konceptu dostal do povědomí zaměstnanců pracujících v zařízeních, která se zaměřují na práci s výše jmenovanými osobami. Podstatu konceptu shledává v možnosti užívání v každodenním životě, při denních aktivitách. Pečující osoba může reflektovat jakoukoli činnost, kterou s klientem vykonává, například cestu do koupelny, stravování, pobyt venku. Reflexní terapie mohou též probíhat formou hry u mladších dětí, vše ale za předpokladu, že je reflexe prováděna s úctou, empatií a kongruencí, nikdy nesmí působit jako posměch či kritika klientova chování.

2.4 Předexpresivní (prekomunikativní) „já“

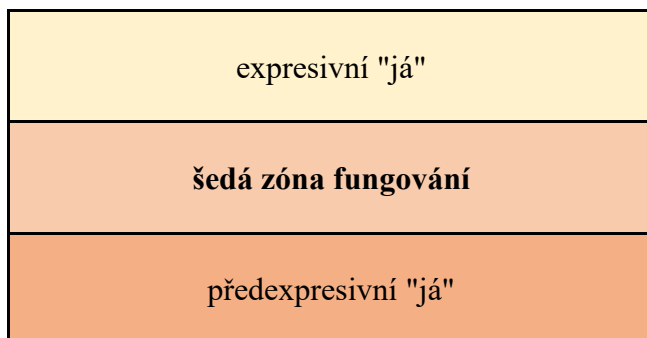
Předexpresivita je charakterizována jako metapsychologický koncept, kdy osoba má tendenci vyjádřit svoji zkušenost předtím, než má být integrována. Obsahy předexpresivního stavu jsou s největší pravděpodobností zastřeny regresí, poruchou autistického spektra, mentálním postižením, poruchami komunikace či demencí. Pro Proutyho tento způsob chování obsahuje a ukazuje možnosti rozvoje a projevu. Přejít od předexpresivního k expresivnímu chování může obnovit sociální komunikaci, nicméně úsilí klienta dospět na vyšší stupeň komunikace, expresivní rovinu, je ovlivněno empatickým přístupem terapeuta provádějícího preterapii (Van Werde et al., 2015, Prouty et al., 2005). Během kontaktní práce si terapeut všímá konkrétních, vnímatelných předexpresivních situací, které se mohou objevovat jako velmi jemné reakce či zdánlivé nereakce, a ty se snaží reflektovat (Pfeifer – Schaupp, 2009).

Lidé v předexpresivním stavu jsou odtrženi od vlastního prožívání světa a nejsou schopni ho verbalizovat. Řeč, kterou druhá osoba vnímá jako neuspořádanou, nesouvislou či nesmyslnou pochází z předexpresivního já. Osoba nacházející se v předexpresivním stavu potřebuje kontaktní práci, díky které bude mít příležitost obnovit své expresivní vyjadřování a navázat tak kontakt se sebou samým a s okolím (Prouty, 1997, podle Dodds, 2008).

Van Werde k expresivnímu a předexpresivnímu chování identifikoval navíc tzv. **šedou zónu fungování** (patrná u osob s demencí), viz. obrázek 1, ve které terapeut užívá jak kontaktní reflexe, tak kontaktní práci k ukotvení exprese klienta (Van Werde & Morton, 1999, podle Dodds, 2008).

Obrázek 1

Šedá zóna fungování



(Van Werde & Morton, 1999, podle Dodds, 2008), vlastní překlad

2.5 Výsledky a cíle preterapie

Výsledkem, který je zároveň chápán jako cíl, může být zvýšení interakce, komunikace a zlepšení kvality života klientů. Osoby neverbální, jako jsou například lidé s poruchou autistického spektra, mohou být schopny vyjádřit svůj kontakt pouze na základě neverbálního projevu – kontakt s realitou zprostředkovávají pouze dotýkáním se předmětů, výrazem obličeje a ukazováním (Brooks & Paterson, 2011). Dle Pörtner (2009) může mít preterapie u osob s postižením či duševní poruchou dva možné výsledky. V prvním případě umožní preterapie skutečný plnohodnotný psychoterapeutický proces, ve druhém případě k psychoterapeutickému procesu nedojde, ale budou patrná zlepšení v každodenním životě klienta zahrnující lepší kontakt s okolím a umožnění plnohodnotnější účasti během denních aktivit. Pfeifer – Schaupp (2009) shledává hlavním cílem preterapie u osob s demencí zprostředkování reality, dále také podporu jejich časové a prostorové orientace. Tyto snahy podle autora vedou k tzv. ostrůvkům kontaktu, tedy situacím, kdy je možné pozorovat, jak jsou klienti s demencí více v kontaktu sami se sebou a také s pečujícím personálem. Dále tedy poukazuje na to, že preterapeutický přístup podporuje u těchto osob následující dimenze: schopnost prožít a vyjádřit své emoce a potřeby, navazovat sociální kontakt a zažít sociální empatii, vřelost a relaxaci.

2.6 Preterapie u diagnózy demence

Mimo již výše uvedených osob je preterapie přínosná také pro klienty trpící regresí, poruchami učení, speciálními potřebami, poruchou autistického spektra a demencí (Prouty's Pre-Therapy, 2024; Brooks & Paterson, 2011). Kontaktní reflexe spolu s přístupem zaměřeným na člověka označuje například Milwain (2010) jako cestu do světa osob s demencí a též jako jedinou schůdnou možnost péče o ně. Jak již výše v textu zaznívá, preterapie se zprvu ukázala velmi přínosnou u osob s mentálním postižením, dále u osob s poruchou autistického spektra a osob s psychotickými poruchami. K obdobným závěrům se dochází i v péči o osoby s demencí, na což poukazuje Pfeifer – Schaupp (2009), který vychází z knih Mortona (2002) a Pörtner (1996). Zmíněný autor popisuje studii zabývající se preterapií jakožto novým přístupem k lidem s touto diagnózou.

První osobou, která propojila preterapii a péči o osoby s demencí, byl Ian Morton, který viděl její zastoupení především v oblasti paliativní péče (Van Werde & Morton, 1999, podle Dodds, 2008). Carozza (2016) upozorňuje, že v počátečních stádiích demence se v komunikaci mohou objevovat pouze drobné příznaky, jako je obecné snížení řečových schopností. Na začátku těchto odehrávajících se kognitivních změn tedy může probíhat terapeutická práce zaměřená na zkoumání dopadu diagnózy, podporu plánování budoucnosti a péče. Během progresu tohoto onemocnění dochází k neurologickým změnám, které ovlivňují řeč, jazyk a porozumění. Interakce mezi klienty a personálem se stává obtížněji udržitelná, neboť dochází k narušení správné užití syntaxe a koheze ve větách. U osoby s demencí se postupně začíná schopnost iniciovat kontakt snižovat, což má za důsledek přebírání iniciativy ze strany pracovníků. Pravděpodobnost, že pokusy klientů navázat komunikaci nebudou vůbec spatřeny či uznány, se zvyšuje. Ve výsledku pak dochází k nedostatečné, nekvalitní verbální komunikaci či dokonce k její absenci (Killick, 2002, 2005; Knocker 2002; Moore, 2002, podle Dodds, 2008).

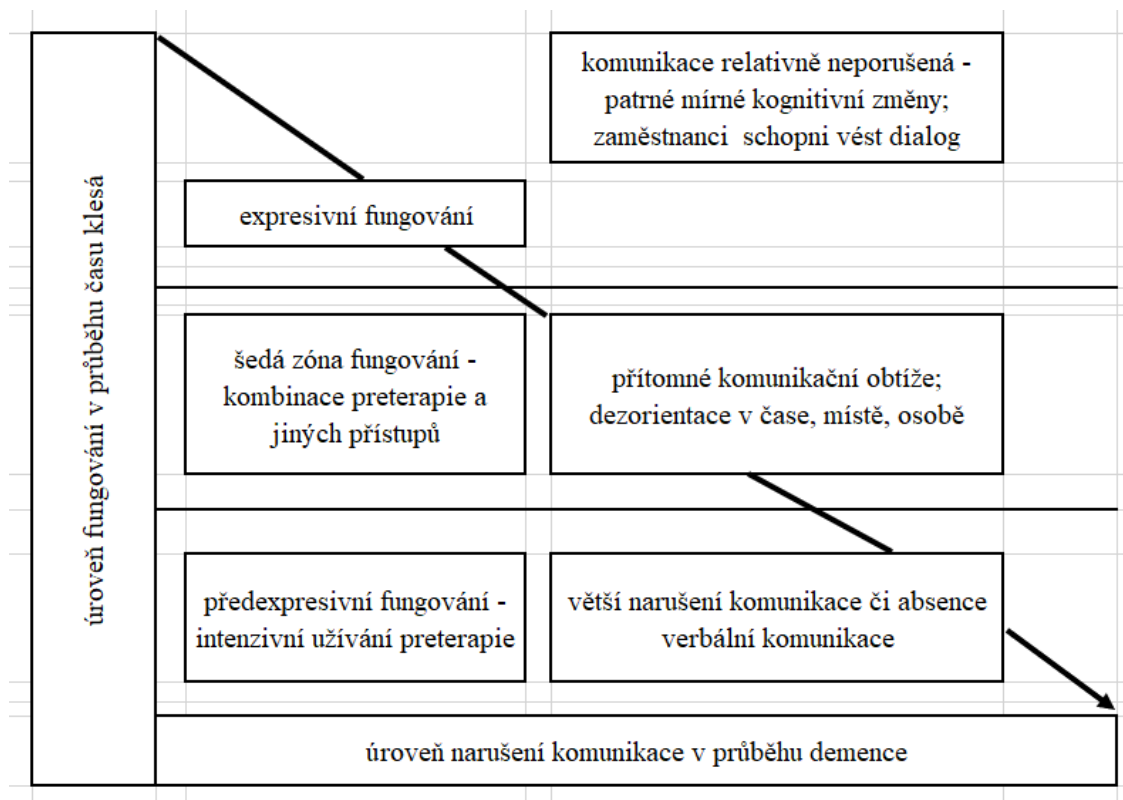
Dodds (2008) poukazuje na výzkum (Ward et al., 2005) zabývající se frekvencí a kvalitou interakcí mezi osobami s demencí a pečujícím personálem. Autoři výzkumu došli k závěru, že klienti tráví přibližně pouze 10 % času interakcemi s ostatními, 2 % z toho s personálem, kdy necelých 80 % interakcí je zaměřeno na komunikaci týkající se rutinních situací a plnění úkolů.

V péči o osoby s demencí cílí kontaktní reflexe na zvyšování lucidity, tedy stavu, kdy je klient plně bdělý, orientovaný místem, časem i osobou než na zotavení klienta. Vztah

expresivních, předexpresivních funkcí, šedé zóny a kognitivních, jazykových schopností je vidět v následujícím obrázku 2 (Peters, 2005).

Obrázek 2

Preterapie ve vztahu k procesu demence



(Dodds, 2008), vlastní překlad

Závěry ve výzkumu Dodds (2008) ukazují, že ačkoli mají kontaktní reflexe své místo v péči o osoby s demencí, jejich užívání má však v této oblasti určitá specifika. Během aplikace preterapie u osob s demencí je nutné brát ohled na: **užívání neverbálních reflexí, proxemiku a užívání jazyka během kontaktních reflexí.**

Kladení důrazu na neverbální komunikaci během užívání kontaktních reflexí u osob s demencí se ukázalo jako přínosné, neboť neverbální reflexe mohou mít prvořadý význam především u osob v těžším stádiu demence, kde je větší závislost na komunikaci, která není založena na jazykových dovednostech. Tyto reflexe zahrnují zaujímání stejného postoje, napodobování zvuků, výšky hlasu, napodobování stylu mluvení a gest (Killick & Allan, 2001, podle Dodds, 2008). Interakce s klienty nejčastěji probíhala v intimní vzdálenosti, během preterapeutické práce docházelo ze strany pracovníků i k fyzickému kontaktu (doteku), který může být přínosný pro maximální uvědomění si reflexe, ale pouze za předpokladu, že klient

takový kontakt akceptuje. Posledním zmiňovaným specifikem je užívání konkrétního jazyka během reflexí, existuje zde však potencionální problém spojený s rozpoznáváním a pojmenováváním předmětů či situací osobou s demencí. Reflektovaná situace, během níž pracovníci užívali správná podstatná jména, se často dočkala malé odezvy. Jednou z možností zvýšení odezvy je užívání neurčitých zájmen (neurčitých reflexí), díky které má pracovník možnost maximálního zapojení se do světa (subjektivní reality) osoby s demencí. Při rozhodování se, která slova v průběhu kontaktní reflexe využít, je zapotřebí mít na paměti individuální kognitivní a jazykové schopnosti každého klienta (Dodds, 2008).

2.7 Výsledky užívání preterapie u osob s demencí

Pracovníci, kteří byli součástí výzkumu Dodds (2008), uvedli, že nejdůležitějším kontaktem, který díky preterapii navázali, byl zrakový kontakt. Jedná se o moment, kdy si osoba s demencí intenzivněji uvědomuje realitu a své okolí. Zaznamenány byly i případy, kdy došlo k „rapidnímu kontaktu“, avšak není zde jednoznačně průkazné, zda se jednalo o výsledek kontaktní práce. Předpokládá se, že kontaktní reflexe umožnily více příležitostí k zapojení se klientů, kteří byli po celou dobu pasivní. Není proto zcela možné tvrdit, že reakce osob s demencí jsou způsobeny pouze vlivem užití kontaktních reflexí, autorka vidí obtížnost v určení, což je zároveň limitem této studie, zda by osoba s demencí reagovala podobným způsobem či zcela rozdílně na jiný typ interakce.

Z logopedického hlediska nás zajímají pro účastníky neočekávané zjištění. Díky kontaktní práci pomocí preterapie mohli se svými klienty vést delší rozhovory, získávat informace a odpovědi na otázky. Kontaktní reflexe vedly k větší aktivitě, klienti s demencí se více verbálně i emočně projevovali, více prosazovali svoji vůli, docházelo tím tak k zachovávání si svého „já“ (Surr, 2006). Dodds (2008) shledává terapeutický potenciál v nedirektivnosti kontaktních reflexí, což umožňuje osobě s demencí získat větší prostor ve vyjádření se v interakci, především vlastním tempem. Dalším zmiňovaným pozitivem je rozšiřování kontaktu se světem, maximalizování úrovně aktivity a posilování komunikace. Studie také potvrdila, že se osoby s demencí mohou vlivem kontaktních reflexí dostat z předexpresivního fungování do stavu exprese. Chábová (2023) v rámci svého kurzu uvedla, že pokud na preterapeuta během kontaktní reflexe začne klient reagovat verbálním

projevem, adekvátně na to musí reagovat. Dle jejího názoru je neetické „vytáhnout“ klienty z jejich světa, uzavření, pokud jim dále nemáme co nabídnout v rámci další terapie.

Tento způsob práce také vedl ke změně vztahu mezi klientem a personálem. Do užívání preterapie byl pracovník v „řídící“ pozici, po zavedení tohoto způsobu práce se klient více zapojil do vedení vztahu, což mu umožnilo aktivněji se účastnit interakcí (Dodds, 2008). V neposlední řadě se výzkumy Courcha (2015), Dodds (2008) a Pfeifer – Schaupp (2009) shodují, že během užívání preterapie ošetřujícím pracovníkem se stala péče o osoby s demencí snadnější.

Courcha (2015) provedla výzkum, ve kterém se zajímala o zlepšení kvality domácí péče, pokud budou pracovníci proškoleni v užívání kontaktních reflexí. Účastníci výzkumu, kterými byli pracovníci domácí a současně osobní péče, potvrdili, že během užívání kontaktních reflexí se daly potřebné úkony vykonat snadněji, jako příklad uváděli především činnosti spojené s osobní hygienou a stravováním. Účastníci mimo jiné díky tomuto výzkumu přišli na nedostatky ve své práci, a to v podobě nedostatečného navazování kontaktu se svými klienty. Uvědomili si, že po příchodu do domácnosti nejdou z časových důvodů pozdravit svého klienta a navázat s ním komunikaci. Nyní vidí, že čas, ve kterém navazují sociální interakci s klientem, je velmi důležitý. V rámci kontaktních reflexí se pečujícími snadněji užívaly situační reflexe oproti obličejovým či tělovým reflexím, zatímco zopakované reflexe nebyly vůbec využívány. Změny nebyly patrné pouze u osob s demencí. Pečovatelé na sobě pozorovali, že se změnil jejich přístup, což ovlivnilo jejich vzájemný vztah se svými klienty. Naučili se komunikovat s větším respektem, trpělivostí a porozuměním, za cenné považovali situace, ve kterých se dokázali více vžít do světa osoby, se kterou pracovali. Během výzkumu se všem klientům s demencí podařilo verbálně či jiným způsobem vyjádřit své nynější potřeby, v některých případech byly dokonce též zaznamenány pokusy o vyjádření emocí. Tento výzkum tedy též potvrzuje zvýšenou kooperaci a motivaci osob s demencí, která byla navázána díky užívání kontaktních reflexí.

Další ze zmiňovaných výzkumů provedl Pfeifer – Schaupp (2009), který v závěrečném článku uvádí jednotlivé příklady osob s demencí, na které bylo působeno tímto konceptem. Pro ukázkou popisuje klienta, který obvykle sedí ve strnulé pozici na posteli ve svém pokoji a vyhýbá se jakémukoli kontaktu. Po užití kontaktních reflexí personálem byl zaznamenán pokrok v jeho emočním rozpoložení, pečovatelce se také podařilo navázat zrakový kontakt a patrné bylo klientovo uvolnění, zanedlouho začal klient na kontaktní reflexe reagovat slovy: „Maminka, maminka.“ Pro pečovatele se jedná o velký posun, který shledávají jako začátek pro navazování

dalšího kontaktu/komunikace. Stejně tak jako výše zmiňované výzkumy i tento přichází se závěry, že se pečujícími osobám snadněji vykonávaly potřebné činnosti. Velká část pečovatelů, která se výzkumu zúčastnila, uvedla, že se jim preterapeutický přístup osvědčil především během navazování kontaktu a komunikace zejména u osob s těžkým stupněm demence, které považují za obtížné, či dokonce zcela nemožné oslovit za pomoci užití jiných metod. Dodds (2008) a Chábová (2023) také dále poukazují na fakt, že i když kontaktní reflexe u osob s demencí někdy vedou k malým reakcím, musíme je považovat za jednoznačně velmi významné. Na první pohled se může zdát, že reflexe nezafungovala, ale správně užitá reflexe na klienta vždy určitým způsobem působí. Reflexe také mohou klientům umožnit maximalizovat jejich praktické schopnosti, ale za předpokladu, že jsou kombinovány s dalšími aspekty práce.

Kromě výčtů výhod, které preterapie přináší do péče zaměřené na osobu s demencí, je také nezbytné uvést nedostatky a problémy, na které někteří účastníci výzkumu odkazovali, a které byly díky výzkumu odhaleny. Na tuto oblast se opět nejvíce zaměřila Dodds (2008). Pracovníci tohoto výzkumu nejčastěji uváděli, že se pro ně stávalo velmi obtížné udržovat kvalitní kontaktní reflexe v hlučném, neklidném, a tedy nevyhovujícím prostředí. Poměrně často zmiňovaným problémem byl ostych zaměstnanců, který jim činil obtíže provádět kontaktní reflexe ve veřejných prostorách zařízení, jako je například jídelna či chodba, ale také před ostatním personálem, návštěvníky a příbuznými osob s demencí. Reflexe tedy byly nejčastěji prováděny na pokojích, v soukromí, tedy pouze s klientem, tyto situace však omezují příležitosti k nácviku kontaktní práce.

Někteří vyhodnocovali kontaktní reflexe jako neúčinné z důvodu nedostatečné odezvy, která se jim od klientů dostávala, v takovém případě od reflexí opustili a dále se nepokoušeli nic reflektovat. Autorka výzkumu však poukazuje na fakt, že odezva klienta může být nepovšimnuta anebo považována za nevýznamnou, a to zejména osobou, která není ještě v užívání preterapie zkušená. Velkou komplikací spatřovali účastníci výzkumu ve zhodnocení, zda je osoba s demencí v předexpresivním či expresivním fungování. Takové určení je problematičtější kvůli poruchám řeči, jazyka a komunikace, které se právě s touto diagnózou pojí.

Výzkum Dodds (2008) nepoukázal pouze na praktické nedostatky spojené s užíváním preterapie, ale též na fyzické obtíže osob s demencí, které určitým způsobem znesnadňují aplikaci kontaktních reflexí. Ošetřovatelé poukazovali na tělesný stav klientů, který omezoval přijímání nabízených reflexí a interakci s okolím (obtíže s reflektováním v zorném poli).

Dalším nevyhovujícím aspektem je též zhoršující se stav zraku a sluchu u těchto osob. Chábová (2023) upozorňuje na fakt, že u osob s těžkým zrakovým postižením lze kontaktní reflexe provádět, u osob s těžkým sluchovým postižením však nikoli. Za zásadní komplikaci považují ošetřovatelé jmenovaného výzkumu únavu, která značně ovlivňuje reakci osob na danou reflexi. Užívání kontaktních reflexí bylo též komplikováno neurologickými a kognitivními obtížemi, které měly značný dopad na jazyk, porozumění, expresi a vnímání. Tyto změny mají vliv na vyjadřovací schopnosti osob s demencí a tím pádem mají dopad na určování expresivity. V pozdějších stádiích demence je přesné posouzení kognitivních a jazykových schopností obtížné, což právě ztěžuje detekování toho, zda jsou osoby předexpresivní či expresivní. Organické změny spojené s tímto neurodegenerativním onemocněním mohou také vést na pasivitu nebo ke snížené schopnosti iniciovat interakci. Dalším vysvětlením, proč klienti nemuseli adekvátně reagovat na reflexe, může být zhoršená schopnost rozpoznávat výrazy obličeje, která se u osob s demencí vyskytuje (Shimokawa et al., 2003). Tento názor vyvrací například Astell a Ellis (2006), které tvrdí, že zrcadlení, napodobování a rozpoznávání výrazů obličeje u osob s demencí je zachováno a zejména u osob s těžkým stádiem demence udržuje interakci. Chábová (2023) v neposlední řadě připomíná, že používáním preterapie u osob s demencí nezvrátíme jejich zdravotní stav, dokážeme je pouze dostat do vědomého stavu, kdy se snažíme získat informace o tom, co klientům chybí, děláme vše pro to, aby nám odpověděli na nejdůležitější otázky. Jedná se o chvilkový stav bdělosti. Na toto tvrzení navazuje i Dodds (2008), která tvrdí, že pomocí preterapie, prostřednictvím kontaktních reflexí, zprostředkováváme klientovi způsob, jak mohou snadněji vyjádřit svůj subjektivní svět a potřeby. Upozorňuje ale, že po navázání kontaktu musí každý pracovník vědět, jak adekvátně reagovat.

2.8 Současná preterapie

Proutyho současným pokračovatelem, propagátorem a spoluzakladatelem Pre –Therapy International Network, je Dion Van Werde, jehož zásluhou se nadále konají preterapeutické kurzy. Koncept preterapie není nijak ukotven, jeho vývoj a osvěta čistě závisí na jednotlivcích, kteří se jím zabývají, praktikují a píší o něm. V rámci webové stránky Pre–Therapy International Network, která se zaměřuje na spolupráci a komunikaci mezi jednotlivými zeměmi, se pořádají webináře, kde účastníci představují pokroky své práce. Pokrok ve vývoji preterapie však můžeme sledovat v její osvětě mezi sociálními pracovníky, v této sféře začíná být preterapie chápána jako humanistická alternativa k medikaci (Tijdschrift Persoonsgerichte

experienciále Psychotherapie, 2022). V České republice se v současné době může zájemce přihlásit na kurzy preterapie, které pořádá například nezisková organizace RYTMUS (2024), jejichž školitelkou je Rela Chábová, absolventka dlouhodobého vzdělávacího kurzu vedeného Garrym Proutym. Další kurzy stejného zaměření vypisuje též například Institut vzdělávání APSS ČR (2024) či EDUGRAM ACADEMY (2024).

EMPIRICKÁ ČÁST

3 Formulace výzkumného cíle a dílčích cílů

Naším hlavním cílem této práce je zkoumat vliv metody zvané preterapie na vybrané osoby s demencí a následně pozorovat, zda došlo jejím prostřednictvím ke zkvalitnění jejich funkcionální komunikace.

Dílčí cíle byly stanoveny následovně:

- Kromě vlivu na funkcionální komunikaci také sledovat celkové změny v chování daného klienta.
- Analyzovat tyto změny spolu se zaměstnanci v daném zařízení sociálních služeb.
- Zvýšit povědomí o této metodě nejen mezi pracovníky daného zařízení, ale také mezi blízkými osobami klientů a rovněž logopedů.

4 Metodologie výzkumného šetření

Pro co nejlepší dosažení hlavního cíle práce jsme zvolily výzkumné šetření kvalitativního charakteru. Samotný design výzkumu poté představují tři případové studie. Anamnestické údaje o klientech byly sbírány jak od pracovníků v přímé péči, tak od sociálních pracovníků, zdravotnického personálu a rodinných příslušníků či blízkých osob.

4.1 Výběr zařízení a charakteristika výzkumného vzorku

K výběru a oslovení zařízení sociálních služeb došlo již v březnu roku 2023. Kontaktována byla tři zařízení v Karlovarském kraji, a to konkrétně dva domovy pro seniory, jejichž zřizovatelem je kraj, a jedno soukromé zařízení – domov se zvláštním režimem. Kontaktním osobám byla sdělena myšlenka naší práce, stručně představena metoda a vlastní představa o průběhu daného výzkumu. Žádosti vyhověla všechna oslovená zařízení, nicméně z logistického hlediska bylo vybráno to nejdostupnější.

Spolupráce byla dohodnuta s domovem pro seniory, jehož součástí je též domov se zvláštním režimem, který jsem zvolila pro práci s klienty, neboť služby domova se zvláštním režimem zahrnují péči o osoby s různým typem demence a jejichž zdravotní stav téměř

znemožňuje nebo zcela nedovoluje soběstačnost a péči o vlastní osobu. V květnu roku 2023 došlo k seznámení se s vedoucími zaměstnanci domova, a především s pracovníky v přímé péči, se kterými jsem přicházela téměř do každodennímu kontaktu. Chod domova a jeho režim jsem poznávala podrobněji v následujících měsících.

Domov se zvláštním režimem je situován do dvou pater budovy, ve vyšším patře jsou ti klienti, kteří ještě alespoň v nízké míře zvládají péči o vlastní osobu, v přízemí žijí klienti plně závislí na péči druhé fyzické osoby. v první fázi výzkumu jsem nejprve sledovala veškerou péči o klienty na obou patrech, včetně osobní hygieny, podávání stravy a způsobu trávení volného času. Nejvíce jsem se však zaměřovala na interakce, které probíhají mezi klienty a zaměstnanci a mezi klienty navzájem, a také na celkové projevy a chování klientů. Způsob komunikace, ať už verbální či neverbální, byl hlavním předmětem mého zájmu. Mé pozorování bylo též nutné doplnit o informace od pracovníků v přímé péči a také od zdravotnického personálu zařízení.

Na základě pozorování doplněného o veškeré informace, které bylo možné v danou chvíli zjistit, došlo k výběru 3 klientů. Podmínkou výběru byla diagnóza demence, jejíž typ jsme blíže nespecifikovaly, a také, aby se klient nacházel v předexpresivním stavu. Z 22 klientů tedy byli vybráni 3 klienti ženského pohlaví s diagnózou demence vaskulárního typu a Alzheimerovy choroby.

4.2 Průběh přímé práce s klienty

Před samotným přímým kontaktem s klientem jsem na začátku června 2023 absolvovala kurz Preterapie z důvodu lepšího pochopení konceptu metody s důrazem na její praktické využití.

Do vybraného zařízení jsem se dle časových možností snažila docházet co nejčastěji, a to po dobu tří měsíců. Pokud v rámci konceptu chceme dosáhnout co nejlepších výsledků, působení na klienty musí být pravidelné a intenzivní. V optimálním případě by se konceptu měli držet všichni, kdo s klientem přicházejí do kontaktu. Z toho důvodu jsem svoji práci konzultovala především s pracovníky v přímé péči a učila je, jak užívat kontaktní reflexe.

Návštěvy se obvykle konaly v dopoledních hodinách v době po podání snídaně klientům a ranní hygieně. Výběr doby měl však své nevýhody, které jsou popsány v podkapitole 6.1. S klienty probíhal přímý kontakt individuálně v soukromí jejich

vlastního pokoje. Někdy bylo zapotřebí prostředí uzpůsobit například vypnutím televize, a především napolohováním klienta, s čímž mi obvykle pomohla některá z pracovnic. Mnohokrát jsem též pod dohledem provedla hygienu dutiny ústní z důvodu reziduí v oblasti rtů a tváří. Čas strávený s každým jednotlivým klientem se lišil v závislosti na dané době příchodu, únavě a celkové pohodě klienta. Koncept preterapie nemá stanovenou pevnou časovou jednotku pro přímou práci s klientem, vše závisí na zkušenostech preterapeuta, který by měl být schopný empaticky odhadnout, zda se klient v danou chvíli cítí ještě komfortně či nikoli. Po příchodu jsem klienta pozdravila a oslovila slovy: „Dobré ráno, paní B.,“ a pokračovala již zmíněnými úkony. Pro lepší navázání kontaktu a uvědomění si mé přítomnosti jsem nejprve pokračovala s užitím situačních reflexí, které jsou těmi nejjednoduššími a následně připojovala další, podle chování klientů. Jednotlivé příklady využití kontaktních reflexí jsou představeny níže. Obvyklá doba strávená s klientem se pak pohybovala od 20 do 30 minut. V některé dny se však stávalo, že ani jeden z vybraných klientů nebyl v době mé přítomnosti vzhůru, a tak se přímá práce musela odložit na další den.

V rámci preterapeutických rozhovorů ukazují reflexe, které vedly k verbálnímu projevu. Detailnější ukázky rozhovorů jsou uvedeny v přílohách č. 2, 3 a 4. Jednotlivé rozhovory jsou velmi zkrácené, chování klienta bylo často neměnné, stejně jako verbální projevy v podobě slabik. Kontaktní reflexe proto měly stále stejné změny, které se opakovalo několikrát během půl hodiny. Mezi jednotlivými reflexemi klient například pouze seděl a díval se na stěnu naproti němu. Součástí mého působení byly i chvíle, ve kterých jsme jen mlčely a držely se za ruku.

4.2.1 Anamnéza paní Blanky B. (1946)

Paní Blance byla diagnóza demence v důsledku Alzheimerovy choroby potvrzena v roce 2021, toho času žila v bytě sama (vdova), kde ji často navštěvoval syn Karel a sjednaná pečovatelská služba, která poskytovala pomoc s oblékáním a dopravou. Denně navštěvovala stacionář, víkendy trávil u svého syna.

Ze sociálního šetření, které bylo provedeno v srpnu roku 2022, vyplývá, že posuzovaná osoba se v prostoru pohybuje bez obtíží, nevyužívá žádných kompenzačních pomůcek, nicméně z důvodu zhoršené orientace vždy chodí v doprovodu další fyzické osoby. Syn uvádí, že ještě v březnu téhož roku byla schopna pohybovat se sama po naučených trasách, nyní jí činí obtíže také orientace v domácím prostředí. Bez obtíží pozná syna i pečovatelky, ví, jak se sama jmenuje. Již delší dobu také dochází k obtížím spojeným s časovou orientací, nesdělí aktuální

datum ani datum svého narození. Komunikace je sociálním pracovníkem popsána jako fluentní. Uváděny jsou časté perseverace, opakování stejných vět, kde se ujišťuje o přítomnosti svého syna. V rámci písemného projevu se dokáže podepsat, delší text je bezobsahový. Čtení textu je vyhodnoceno jako automatické, bez zjevného porozumění. Rozumění jednoduchým pokynům je zachováno.

Se stravováním pomáhá syn a pečovatelky. Paní B. sama jednotlivé potraviny a nápoje nerozliší. Večeři a snídaní připravují syn, ale není schopen říci, zda maminka jídlo sní nebo vyhazuje. Paní B. nevykazuje obtíže s polykáním, je schopna se najíst sama, převážně rukama či lžící, i když tomu předchází dlouhá slovní motivace druhou osobou. Léky podává syn nebo pečovatelka, polykání léků je taktéž bez zjevných obtíží, opět je ale nutná slovní motivace. Kromě syna Karla nemá paní B. žádné další příbuzné, je vdova. Do nedávné doby byla schopna navštěvovat svoji kamarádku, nyní si na kamarádku nevzpomíná.

V době, kdy jsem paní B. poznala (červen roku 2023), již bydlela v domově pro seniory, konkrétně na oddělení se zvláštním režimem v jednolůžkovém pokoji, kde jsou pečovatelé a zdravotní sestry přítomni nepřetržitě. V červnu již byla paní B. zcela imobilní, nutná byla také pomoc při polohování. Přes den se jí pečovatelé snažili vysazovat na geriatrické křeslo, nicméně dlouho sedět nevydrží. Nejnápadnější jsou pohyby nohou, které neustále zvedá do vzduchu nebo s nimi neklidně kope. Orientace časem a místem je značně narušena, na své jméno nereaguje. Syn dochází za maminkou často, nicméně ani jeho již nepoznává. Komunikaci pracovníci v přímé péči hodnotí jako minimální, objevují se jen některé slova, především „Kája“ (syn) a některé vulgarismy. Přítomnost druhých osob spíše nevnímá, na pokyny nereaguje, nenavazuje zrakový kontakt.

V rámci stravy nemá paní B. žádnou dietu ani jiná omezení. Sama se napije z hrníčku s pítkem, samotné jídlo musí mít mletou konzistenci a je již nutná pomoc druhé osoby. Pocit hladu či žízně sama dle personálu neprojeví. Taktéž péči o vlastní osobu plně zajišťují pečovatelé.

Lékařské zprávy popisují zdravotní stav klientky jako polymorbidní s rozhodující příčinou těžké demence s progresí. Klientka se dále léčí s hypertenzní chorobou, diabetem mellitem 2. stupně s neurčitými komplikacemi, poruchou štítné žlázy, poruchou metabolismu lipoproteinů a revmatoidní artritidou. Po pádu v domácím prostředí v září 2022 byla paní B. hospitalizována na chirurgickém oddělení s tržnou ránou na hlavě, komocí a kontuzí mozku.

Poté byla indikována k pobytu v léčebně dlouhodobě nemocných, kde ji byl zaveden PEG (zaveden od 12.9.2022 do 4.5.2023). Tento úraz přispěl u paní B. k rozvoji vaskulární demence.

S paní B. jsem pracovala nejčastěji a zároveň nejintenzivněji, z tohoto důvodu také právě u ní došlo k nejvýraznějším změnám. Preterapeutické působení probíhalo u paní B. na pokoji, podle nálady klientky trvalo většinou 20-40 minut. Během několika pár sezení jsem nepozorovala žádné změny v chování, paní B. vždy ležela v posteli, nohy zvedala do vzduchu nebo s nimi kopala, mnohokrát své pohyby rutinně opakovala. Takovou pohybovou sekvencí bylo například zvednutí nohy, upravení si ponožky, položení hlavy do polštáře a takto několikrát po sobě. z chování nebylo patrné, zda moji přítomnost vnímá, nicméně zrakový kontakt nebyl navázán, stejně jako jsem nezaznamenala žádný verbální projev. v počátku jsem tedy nejprve užívala situační reflexe spolu s tělovými, následně jsem ostatní typy reflexí přidávala podle změn v chování klientky.

Po nějaké době bylo patrné, že se chování klientky změnilo, zmírnil se motorický neklid nohou, který značně znesnadňoval práci pečujících osob, paní B. se mnou také začala navazovat zrakový kontakt. Pozorovatelné změny byly také v obličeji, výraz byl mnohem více přítomný, někdy se paní B. na mě usmála, mohla jsem tedy začít chování reflektovat také pomocí obličejových reflexí. v rámci komunikace jsem zaznamenala nejprve zvýšenou vokalizaci, poté slova, jejichž významu jsem zprvu neporozuměla. Snížená srozumitelnost byla taktéž v důsledku nedostatečného výdechového proudu, konec slov nebyl v danou chvíli téměř slyšitelný. Postupná srozumitelnost se zvyšovala, pokud paní B. začala užívat krátká slova jako „jo“ nebo „ano, dívám.“

Velký přínos preterapie zde byl také pro neverbální komunikaci, klientka začala užívat více gest, především pomocí ukazování prstem vyjadřovala, že potřebuje napít. Vnímání přítomnosti druhých osob bylo zaznamenáno v momentě, kdy mě paní B. automaticky chytala za ruku, kterou hladila, někdy se dotýkala mých vlasů a pramínek točila mezi prsty, poté sahala do svých vlasů. Během kontaktních reflexí jsem taktéž zaznamenala, že si paní B. říká o změnu polohy v posteli. Paní B. se chytala mé ruky a snažila se přitáhnout a posadit. Někdy zvedla hlavu, abych ji mohla upravit polštář. Dle slov pečovatelů takové chování nikdy nebylo zaznamenáno.

Ukázka rozhovorů s užitím kontaktních reflexí:

T: „Dobrý den, paní B.“

T: „Ležíte v posteli, venku svítí sluníčko.“ (SR)

T: „Kopete nohama.“ (TR)
T: „Oblékáte si ponožku.“ (SR)
K: „Ano, ještě druhá.“
T: „Díváte se na mě.“ (OR)
T: „Usmíváte se.“ (OR)
K: „Ka.“
T: „Ka.“ (SRR, následovalo cuknutí hlavou klientky)
T: „Řekla jste Ka.“ (ZR)
K: „Kája.“
T: „Kája.“ (SRR)
K: „Kája, Kája.“
T: „Kája, říkáte jméno Kája.“ (SRR)
K: „Kája, kde je Kája, řekni mu, že ...“

4.2.2 Anamnéza paní Marie M. (1937)

O předchozím životě a nástupu onemocnění demence toho u dané klientky moc nevíme. Paní Marie celý svůj život zasvětila Bohu, věnovala se práci v klášteře, nemá žádné žijící příbuzné, je svobodná, bezdětná, veškerou péči zajišťuje domov pro seniory. V daném zařízení (domov se zvláštním režimem) žije paní M. od roku 2016. V předchozích letech byla klientkou jiného zařízení stejného typu. Téhož roku bylo taktéž provedeno sociální řízení.

Ve svém pokoji se bez pomoci druhé osoby pohybuje málo, a to pouze s užitím hole nebo přidržováním se nábytku. Sama se však zvedne z postele a posadí se do křesla. Orientaci časem, místem a osobou nebylo možné posoudit. Klientka nereagovala na otázky, nemluvila, dle personálu po dlouhém mlčení zřídka kdy reaguje, ale neadekvátně.

V rámci komunikace nedochází téměř k žádnému verbálnímu projevu, který by byl účelný. Nevyjádří své potřeby a přání, pečovatelé neví, zda vůbec rozumí tomu, na co se klientky táží. Plynulý verbální projev pečovatelé zaznamenávají pouze v podobě modliteb, které paní Marie během dne často říká. Během požádání o podpis jsou reakce velmi pomalé, po tužce sahá až po dlouhé časové prodlevě, samotného podpisu klientka ale není schopna. Pomoc se stravováním zajišťují pečovatelé, paní Marie se sama napije z hrníčku nebo lahve. Strava je klientce podávána mixovaná, sama se nenají.

Lékařské dokumenty potvrzují demenci vaskulárního typu spolu se ztrátou orientace a bludovou produkcí. Mezi další zdravotní obtíže se u klientky řadí polyartróza (postižení více kloubů lidského těla), skolióza páteře, třes obou horních končetin, hrudní kyfóza, hypertenze a hypercholesterolémie. V roce 2015 byla paní Marie hospitalizována na interním oddělení pro kvalitativní poruchu vědomí nejasné etiologie.

Při každém mém kontaktu seděla paní Marie ve svém křesle, hlavu měla skloněnou, ruce si mnula v klíně nebo se dotýkala svého obličeje. Na můj příchod nijak nereagovala. Nápadné byly také houpavé pohyby těla a bezobsahové „mumlání“. Výdechový proud jsem shledávala velmi slabý, rozeznatelná byla pouze reduplikovaná slabika „pa“. Během užívání kontaktních reflexí jsem mnoho dnů neviděla ani náznak reakce, paní Marie pokračovala ve svém stereotypním chování.

Stejně jako u předchozí klientky jsem nejprve aplikovala situační a tělové reflexe. Na rozdíl od paní klientky B. jsem u paní Marie cítila, že vnímá moji přítomnost, i když žádná reakce nepřicházela. Za celou dobu se mi nepodařilo navázat zrakový kontakt, myslím si, že je paní Marie hodně uzavřená do sebe, zdravotní sestřičky se domnívají, že se paní Marii v životě stalo něco tragického. Tělesný kontakt nepřijímá, uhýbá. Nicméně u této klientky došlo k poměrně rozsáhlým verbálním sdělením, která překvapila i pečující personál.

Ukázka rozhovorů s užitím kontaktních reflexí:

T: „Dobrý den, paní M.“

T: „Sedíte v křesle.“ (SR)

T: „Dotýkáte se svého obličeje.“ (TR)

K: „Ano, dotýkám.“

K: „Sestřičko, pomohla byste mi s čajem?“

K: „Chci paní Jelínkovou (spravující finance), chtěla bych přepsat závěť.“

4.2.3 Anamnéza paní Zdeňky S. (1936)

Paní Zdeňce byla diagnostikována demence v důsledku Alzheimerovy choroby. Ještě v roce 2022 žila paní Zdeňka sama ve svém bytě. Biologickou rodinu nemá, je vdova. Pečující osobou je její nevlastní vnučka Eva, která vykonává veškeré úkony spojené s péčí o domácnost a svoji osobu.

V daném roce byla paní S. mobilní, i když se pohybovala pomalu a velmi nejistě. Kromě svého bytu se v místě neorientuje, pozná svoji vnučku, časem je neorientovaná. Na otázky odpovídá stručně, řeč je plynulá, ale jasné jsou perseverace, kdy na různé otázky odpovídá neustále stejnou odpovědí. Stravu jí připravuje vnučka, ale sama se nají s užitím lžíce. Nutná pomoc s hygienou, i přes zjevné odmítání. Pokud jsou úkony komentovány, stačí pouze dopomáhat. Kromě vnučky neudrží žádný sociální kontakt.

V květnu roku 2023 přišla paní Zdeňka do daného zařízení, do domova se zvláštním režimem. Začátkem června téhož roku byla paní S. již imobilní, na nohy se sama nepostaví, pečovateli je převážena na invalidním vozíku, ve společenské místnosti je poté přesazeno do geriatrického křesla. Výrazný je motorický neklid, paní Zdeňka kolem sebe kope, rukama bouchá do opěradel, těmito pohyby si způsobuje rozsáhlé modřiny.

Z ostatních osob pozná pouze svoji nevlastní vnučku, místem a časem se již neorientuje, avšak lepší nálada je vidět, pokud paní S. sedí s ostatními klienty ve společenské místnosti. Podle pečovatelů odpovídá pouze jednoslovně, slovník je omezen pouze na zhruba 3 slova, kterými odpovídá téměř na vše. Na pokyny a žádosti pečovatelů nereaguje. Jídlo se paní Zdeňce podává nakrájené, často neví, co má s jídlem nebo lžící dělat. Pocit žízně neprojeví, sama si hrnek nevezme, je proto nutné pravidelně podávat tekutiny.

Lékařská zpráva potvrzuje dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, jehož rozhodující příčinou je progredující demence Alzheimerova typu a přidružené komorbidity v podobě dyspeptických obtíží, chudokrevnosti, lehké hypercholesterolemie a obsedantně kompulzivní poruchy.

S paní Zdeňkou jsem jako s jedinou nepracovala v jejím pokoji. Obvykle totiž seděla ve společenské místnosti, na křesle jsem si ji převezla do vedlejší místnosti, kde jsme nebyly nikým rušeny. Oproti předchozím klientkám se mnou paní S. navazovala zrakový kontakt, vnímala moji přítomnost, obecně se dá říci, že ze všech 3 klientek byla nejaktivnější. Kromě zrakového kontaktu byla hodně kontaktní, co se týče doteků, vždy mě držela za ruku, hladila mě po tváři, chytala za vlasy. U této klientky jsem využila téměř všechny druhy kontaktních reflexí. Po poměrně krátkém čase mě paní Zdeňka začala oslovovat jako svoji vnučku Evu. V rámci dodržování zásad pro práci s klienty s demencí, jsem paní S. nevyvracela názor, že nejsem její vnučka Eva a přijala jsem její vlastní realitu.

Ukázka rozhovorů s užitím kontaktních reflexí:

T: „Dobrý den, paní S.“

T: „Sedíte v křesle.“ (SR)

T: „Díváte se na mě a držíte mě za ruku.“ (SR, TR)

T: „Usmíváte se.“ (OR)

K: Evo, já chci napít, podej mi pití.“

T: „Hladíte mě po tváři.“ (SR)

T: „Když jsem řekla, že mě hladíte, pohladila jste svoji tvář.“ (ZR)

T: Chytáte mě za vlasy.“ (SR)

T: „Hladíte se ve vlasech.“ (TR)

K: „Chci vlasy jako máš ty, Evo.“

5 Závěry šetření

Hlavním cílem našeho výzkumného šetření bylo zkoumat, zda působením preterapie dojde ke zkvalitnění funkcionální komunikace u vybraných osob s demencí. Tento hlavní cíl byl splněn. v rámci ukázek z preterapeutických rozhovorů jsou uvedeny největší pokroky, kterých bylo u klientů dosaženo. Na první pohled se nemusí jednat o velké či převratné změny, nicméně v rámci životů těchto klientů jde nejen z pohledu logopeda o významné pokroky. U paní B. došlo nejen k rozvoji verbální komunikace, kterou dávala najevo touhu vidět svého syna, ale také ke komunikaci gesty, pomocí které upozorňovala na potřebu žízně. Paní M. si dokázala říci o pomoc s přípravou nápoje a projevila zájem vidět konkrétního pracovníka zařízení. Paní S. začala oslovovat zaměstnance jménem, i když chybným a zvýšila se její verbální produkce. Pečovatelé hodnotí tyto změny jako nečekané, u některých klientů sami neslyšeli více jak jednotlivé slabiky. Jejich hodnocení je taktéž součástí našeho dílčího cíle.

Dalším dílčím cílem bylo také sledovat změny v celkovém chování klientů. v této oblasti došlo především ke zmírnění motorického neklidu, který se objevoval u všech tří klientek. Především u paní B. neklid nohou znesnadňoval práci pečovatелů, primárně u činností spojených s osobní hygienou, přesouváním na křeslo či postel a polohováním. Během preterapie paní B. upozornila na potřebu změnění polohy s její následnou pomocí v přitažení se za ruku. Rovněž navázání zrakového kontaktu a vnímání přítomnosti další osoby v pokoji pečovatелé posuzují jako přínosné.

Posledním dílčím cílem bylo zvýšit povědomí o metodě preterapie mezi zaměstnanci zařízení a laickou veřejností, v tomto případě rodinnými příslušníky klientů. Tento dílčí cíl byl taktéž naplněn. Koncept preterapie byl představen zaměstnancům zařízení, stejně tak rodinám klientů, se kterými bylo pracováno. Ač přes prvotní nadšení zaměstnanců zařízení a viditelný přínos této metody, nebyla shledána velká ochota samostatně v konceptu preterapie pokračovat. Povědomí logopedů by mělo být zvýšeno touto diplomovou prací a jejími závěry.

6 Diskuze

Cílem preterapeutického přístupu je vytvořit spojení s realitou klientů, kteří jsou schopni pouze v omezené míře či zcela nikoli navázat kontakt s jinými osobami. Prouty při vytváření tohoto konceptu nevycházel pouze z Rogersova přístupu zaměřeného na klienta, ale také z fenomenologické filozofie, které předpokládá, že obrazy nebo prožitky klientů existují, jsou však označovány jako „předsymbolické“, což znamená, že nemohou být interpretovány jak klientem, tak terapeutem. Preterapie si pak klade za cíl u těchto klientů přivést prožitky či slova do expresivního stavu (Pfeifer-Schaupp, 2009).

Pfeifer-Schaupp (2009) dále uvádí, že pozitivní účinky preterapie a prostřednictvím jí zvyšování kontaktních funkcí, se nejprve prokázaly účinné u osob s postižením, zejména u klientů s mentálním postižením, a také u osob s poruchou autistického spektra či psychotickou poruchou. Následně se preterapeutické působení rozšířilo i do zařízení poskytující geriatrickou péči. Výzkumy naznačují, že stejných účinků může být dosaženo i v oblasti poskytování péče osobám s demencí.

Cílem této diplomové práce bylo zkoumat, zda působením preterapie dojde ke zkvalitnění funkcionální komunikace u vybraných osob s demencí. Tento cíl byl naplněn stejně tak jako další, dílčí cíle, které dotvářely celý výzkumný proces této práce. Dosažené výsledky dále porovnáváme se studii, ve kterých byla využita metoda preterapie u osob s demencí (primární komparace), a taktéž s těmi, kde bylo dosaženo obdobných výsledků, avšak u jiných cílových skupin (sekundární komparace).

V teoretické části (viz. podkapitola 2.7) poukazujeme na výzkum, který provedla Courcha (2015) u osob s demencí v domácí péči. Dalším, na stejné téma zmiňovaným, je výzkum od Pfeifer-Schaupp (2009), který měl podobu kvalitativně evaluační. Koncept preterapie byl autorem představen 111 odborníkům, kterými byli geriatrické sestry, speciální pedagogové či sociální pracovníci, kteří tento koncept využili v pečovatelských domech, ale také v nemocničním prostředí. Na hlavní otázku výzkumu, zda může být koncept preterapie využitelný a přínosný pro geriatrickou péči se zaměřením na osoby s demencí, bylo odpovězeno kladně. V rámci výzkumu účastníci pozorovali lepší vnímání reality ze strany klientů a také podporu dimenzí, mezi které patří například schopnost prožít, vyjádřit a pochopit své vlastní pocity či iniciovat sociální interakci. Účastníci také sledovali užitečnost konceptu v rámci udržení vztahu s osobami s demencí, který je nemožný nebo velice obtížný navázat pomocí jiných metod. I přes pozitivní ohlasy, které se z velké části objevovaly, byl však

asi ve 20 % zaznamenán názor, že je preterapie neúčinná, pro pracovníky příliš cizí a označují ji jako nevhodnou. Autor též uvádí názor, že zavedení preterapie do praxe a pochopení tohoto konceptu, je přínosné především v případech, kdy pečující osoba obdobným způsobem již intuitivně jednala se svým klientem ještě před samotnou metodou. Samotná implementace tohoto přístupu musí být podpořena ze strany jak vedení, tak ostatních pracovníků zařízení. Pokud preterapeut nepocítuje toleranci a podporu ze strany kolegů, samotné zavedení terapie pak bude neúspěšné nebo úspěšné jen z části.

Největší výzkum se zaměřením na klienty s demencí však ve své disertační práci představila Dodds (2008). Celý výzkum probíhal po dobu 5 let a data byla získávána pomocí metody pozorování. Účastníci tohoto výzkumu v podobě pracovníků zařízení prováděli kontaktní reflexe na denní bázi. Následná zjištění se například vztahují na způsob užívání kontaktních reflexí, které mohou být verbální i neverbální. U osob s demencí se účinněji prokázaly ty neverbální, která jednak posilují verbální reflexe, ale též je mohou zcela nahradit. Taktéž užívání neurčitých zájmen je žádoucí z důvodu ovlivnění řeči a porozumění následkem onemocnění demence. Navazování zrakového kontaktu, získávání odpovědí na otázky v rámci delších rozhovorů, zvýšená míra verbálních i emočních projevů, zachování si vlastního já, přechod do expresivního fungování, to vše jsou pozitiva, která přináší závěry tohoto výzkumu. Kromě zmiňovaných výhod, které výzkum přinesl, odhalila Dodds také nedostatky, které se mohou objevovat během aplikace této metody do praxe. Zmíněný je například ostych a nedostatečné zkušenosti zaměstnanců provádět kontaktní reflexe, ale také klesající snaha v těchto reflexích pokračovat z důvodu nedostatečné odezvy ze strany klienta. Znesnadnění užívání kontaktních reflexí je též způsobeno fyzickými obtížemi, které se u klientů vyskytovaly. Jmenována je například zvýšená unavitelnost či neurologické a kognitivní obtíže, které mají vliv na jazyk, porozumění a určování míry exprese.

Shrneme-li výsledky a závěry zmíněných studií, můžeme vidět soulad spolu s výsledky a zkušenostmi námi prováděného výzkumu. Všechny tři výzkumy poukazují na zjednodušení poskytování osobní péče, stejně tak u našich klientů došlo k útlumu některých neverbálních projevů v chování, které do určité míry znesnadňovaly například osobní hygienu.

Největším přínosem, kterého jsme chtěly dosáhnout, je zvýšení verbálního projevu. U výzkumů k tomuto posunu, především od posunu z „předexpresivního“ do expresivního já, došlo, stejně tak jako u našich klientů. Nejen, že se jednoznačně navýšila produkce slov, ale též jejich srozumitelnost a funkcionálnost. Klienti již byli schopni alespoň v malé míře projevit své potřeby, obvykle potřebu kontaktu s blízkou osobou či zařízení důležitých osobních věcí.

Tomuto zlepšení však nejprve předcházelo častější navazování zrakového kontaktu, který byl pro další pracovníky velice důležitým způsobem interakce.

Mimo všech výhod, na kterých se s výzkumy shodujeme, jsme zaznamenaly taktéž některé obtíže, na něž upozorňuje Dodds (2008). Značným problémem byl ostych preterapeuta (výzkumníka). Není zcela jednoduché aplikovat pro ostatní zaměstnance novou metodu, a to navíc za předpokladu, že samotný výzkumník nemá dostatečné množství zkušeností. Stejně tak jako účastníci výzkumu prováděného Dodds (2008), i práce s našimi klienty probíhala individuálně na pokojích, v klidném a nerušeném prostředí. Taktéž zmiňovaná nedůvěra v metodu a nedostatečná odezva vedla k opuštění od snah v pokračování užívání konceptu ze strany pečujícího personálu vybraného zařízení. v rámci fyzických obtíží se shodujeme, že nejvíce limitující byla zvýšená unavitelnost, kterou podrobněji popisujeme v následující podkapitole. i přes všechny zjištěné nedostatky ze strany výzkumníka hodnotíme, stejně jako výše představené výzkumy, naše výzkumné šetření za úspěšné a pro osoby s demencí i pečující personál přínosné.

Jak již z předchozí kapitoly víme (viz. kapitola 3), preterapie je aplikovatelná a účinná u celé řady diagnóz. V rámci vývoje a následování konceptu vzniklo několik výzkumů, které se zaměřovaly na využití preterapie u různých osob. Souhrnný přehled výzkumů na daná téma představuje článek od Van Werde et al. (2015). Již v roce 1998 publikoval McWilliams a Prouty výzkum, jehož účastníky byla žena Darlene s těžkým mentálním postižením spolu s její rodinou. Darlene dle popisu autorů jen málokdy navazovala zraková kontakt, verbálně nebyla schopna sdělit své biologické potřeby. Její rodina vycítila především sociální izolaci, a tak si osvojila základy preterapie a začala využívat kontaktní reflexe. z důvodu nízké slovní zásoby a minimálnímu porozumění nemohly být využívány situační reflexe. Za výsledek je považována především změna v chování, kdy žena již dokázala sledovat okolí a osoby, které s ní přicházeli do kontaktu. Zvýšený komunikační kontakt je zde popisován jako dramatický, díky preterapie se žena naučila své potřeby signalizovat gesty. Nedílnou součástí je také zlepšení běžného fungování rodiny.

Další výzkum provedla Carrick a McKenzie (2011). Jejich výzkum aplikoval preterapii na děti s poruchou autistického spektra. Autorky se osobám pracujícím s těmito dětmi snažily usnadnit nahlížení na své klienty jako na osoby s jedinečnými potenciály, které ale mohou být maskovány právě poruchou autistického spektra. V rámci výzkumu je popsána kazuistika dívky, které byla stanovena diagnóza PAS a také tělesné postižení, které ji do jisté míry znemožňovalo interakci se svými vrstevníky. v raných fázích intervence dívka nenavazovala

žádný kontakt. Pro usnadnění kontaktu byly nejprve zavedeny situační reflexe, které způsobily útlum frustrace, která byla pozorovatelná v chování klienta. Druhá kazuistika se zaměřuje na chlapce, který se nachází v „šedé zóně fungování“ (viz. kapitola 3). Chlapcovo chování je zde popisováno jako agresivní zahrnující házení nábytku, kopání či plivání. v průběhu navázání kontaktu pomocí kontaktních reflexí se již zmíněné chování nadále neobjevovalo. Přínos preterapie byl spatřen i v rámci zapojení chlapce do rozhovorů, ve kterých mohl vyjádřit své emoce a pohnutky.

Obdobný výzkum posuzoval užitečnost zapojení kontaktních reflexí v péči o dospělé osoby s mentálním postižením a s poruchou autistického spektra. Na rozdíl od předchozích výzkumů zde preterapii poskytovaly dva logopedi. v příložených kazuistikách jsou popsáni dva dospělí klienti. První uvedený klient se nevyjadřuje verbálně, na své potřeby upozorňuje bouchnutím do stolu, druhý z klientů má určité verbální projevy, nicméně je velmi obtížné jim porozumět. Logopedi svá sezení s klienty hodnotily na základě kvality interakcí namísto kvantity. Výzkum ukázal, že ochota interagovat v jednom sezení automaticky nezvyšovala předpoklad navýšení interakcí v následujících sezeních. Také bylo patrné, že ke zkvalitnění kontaktu došlo pouze mezi logopedy a klienty navzájem, vztahy s ostatními zaměstnanci nebyly prohloubeny. Pro dosažení podrobnějších výsledků autorky poukazují na potřebu delšího časového úseku a vyšší počet klientů (Brooks & Paterson, 2011).

Ač jsou tyto práce zaměřené na jinou klientelu než na osoby s demencí, potvrzují však přínos preterapie ve stejných doménách, které jsme zkoumaly, a to ve vyjádření svých potřeb jakýmkoli způsobem, což je podstatou funkcionální komunikace. Pro naši praxi je velice významný výzkum od Brooks a Paterson (2011), neboť preterapeuty zde byli logopedi.

6.1 Limity výzkumného šetření a doporučení pro praxi

Limity studie můžeme rozdělit na ty, které jsou na straně výzkumníka, a ty na straně terénu. Za limit této studie považuji především nedostatečné množství praktických zkušeností s metodou preterapie, která je velmi náročná jak na samotnou aplikaci, tak na časovou dotaci a psychiku preterapeuta. Vzhledem k náročnosti metody není možné pracovat s větším počtem klientů, a tím se snižuje ověření předpokladu vlivu. V mnohých případech se během několika úvodních setkání stává, že na první pohled od klienta nedostáváme žádnou zpětnou vazbu, a proto je nutné, aby si terapeut všiml každé malé nuance, která může být důležitým momentem, kdy klient reaguje na naše kontaktní reflexe. Zpočátku mohou být

samotné kontaktní reflexe spíše monotónní a je na terapeutovi, aby své snahy nevzdal a věřil, že jeho působení dosáhne pozitivních účinků. z výzkumného šetření dále vyplynula nutnost delšího časového horizontu pro práci s konkrétními klienty. V tomto případě je ale nutné brát v úvahu také zdravotní stav klienta, který může být zatížen zvýšeným rizikem úmrtí.

Na straně terénu byla pocítěna nedostatečná důvěra v metodu a ochota v následování instrukcí ze strany zaměstnanců zařízení. Za nejproblematictější však považujeme vliv nepředvídatelných faktorů, kterých jsme v rámci výzkumného šetření objevily mnoho. Často objevujícím se jevem byla únava klientů. Výběr času návštěv, a to v dopoledních hodinách, se nabízel jako vhodná doba pro přímou práci s klientem, nicméně musíme brát v potaz, že klienti v domově se zvláštním režimem jsou již obvykle v těžkém stádiu demence. Především u Alzheimerovy choroby se zkracuje doba spánku, spánek je narušen mnohočetným probouzením, což má značný vliv na denní bdění, které je doprovázené psychomotorickým zpomalením a somnolencí. Pacient je pak spavý i přes den a není neobvyklé, že upadá i do hlubokého spánku (Moran et al., 2005; Sinforiani et al., 2007). K těmto faktorů nepřispívalo ani horké a dusné počasí, které v době výzkumného šetření panovalo.

Do nepředvídatelných faktorů dále řadíme náhlá onemocnění či časté hospitalizace, které narušují pohodu klientů a také pravidelnost působení konceptem preterapie. Za poslední faktor z tohoto výčtu lze považovat také návštěvy rodinnými příslušníky. V praxi by správně měla preterapie probíhat v jakémkoli prostředí a za účasti všech osob, nicméně nedostatek zkušeností na straně autorky jí nedovoloval pracovat spolu s blízkými osobami klienta.

V rámci budoucího následování tohoto tématu bychom pro maximalizaci dosažených výsledků doporučily cílit preterapii pouze na vybraný typ demence, což ale může vést k náročnějšímu výběru zařízení, které by z tohoto hlediska mělo být více kapacitní. Důležitým bodem by měl být též zvýšený počet účastníků, se kterými by bylo vhodné pracovat v dlouhodobějším časovém horizontu, na což taktéž upozorňuje výzkum Brooks a Paterson (2011). i nadále je však zapotřebí zvyšovat povědomí o konceptu preterapie nejen mezi odborníky zahrnující zaměstnance zařízení sociálních služeb, ergoterapeuty, logopedy, ale také mezi laickou společností.

ZÁVĚR

Hlavním tématem této diplomové práce byla preterapie a její aplikací ovlivnění funkcionální komunikace, která může být narušena v důsledku onemocnění demence. V teoretické části jsme se nejvíce zabývaly tématem demence, její terminologií, diagnostikou a možnostmi intervence. Detailněji je pak v následující kapitole popsána metoda preterapie a její propojení s diagnózou demence, které nás dále provází i do empirické části této práce.

Empirická část popisuje hlavní a dílčí cíle této práce, metodologii výzkumného šetření, charakteristiku zařízení a výběr klientů. Dále jsou uvedeny kazuistiky vybraných klientů, a především ukázky přímé práce s nimi, což tvoří hlavní část této práce spolu s přepisem preterapeutických rozhovorů.

I přes limitující faktory, na které upozorňují zahraniční výzkumy a se kterými se taktéž autorka setkala, shledáváme metodu preterapie jako přínosnou nejen z logopedického hlediska, ale taktéž jako vhodný přístup, kterým lze ovlivnit kvalitu života klientů s demencí, pokud se jinými metodami nedaří dosáhnout požadovaných cílů. Za sekundární účinek preterapie lze taktéž považovat změnu v přístupu pečujících osob, což opět vede ke zkvalitnění péče a života klientů. z těchto důvodů se autorka domnívá, že metoda preterapie by měla být více šířena mezi odbornou i laickou společností, neboť se jedná o přístup zaměřený na člověka aplikovatelný na širokou cílovou skupinu s pozitivními výsledky.

Seznam použité literatury

1. *About Alzheimer's & Dementia*. Alzheimer's Disease International (ADI). Retrieved April 13, 2024a, from <https://www.alzint.org/about/>
2. Aguirre, E., Woods, R. T., Spector, A., & Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 253-262. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.07.001>
3. Apostolova, L. G. (2016). Alzheimer Disease. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 22(2), 419-434. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000307>
4. Astell, A. J., & Ellis, M. P. (2006). The social function of imitation in severe dementia. *Infant and Child Development*, 15(3), 311-319. <https://doi.org/10.1002/icd.455>
5. Bahar-Fuchs, A., Martyr, A., MY Goh, A., Sabates, J., & Clare, L. (2019). Cognitive training for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013069.pub2>
6. Bartoš, A. (2016). Netestuj, ale POBAV – písemné záměrné Pojmenování OBRÁZKŮ a jejich Vybavení jako krátká kognitivní zkouška. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, (6), 671-679. <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2016-6-4/netestuj-ale-pobav-pisemne-zamerne-pojmenovani-obrazku-a-jejich-vybaveni-jako-kratka-kognitivni-zkouska-59479>
7. Bartoš, A., & Raisová, M. (2019). *Testy a dotazníky pro vyšetřování kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti* (2.nd ed.). Mladá fronta.
8. Bartoš, A., Janoušek, M., Petroušová, R., & Hohinová, M. (2016). Tři časy Testu kreslení hodin hodnocené BaJa skórováním u časně Alzheimerovy nemoci. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, (4), 406-412. <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2016-4-3/tri-casy-testu-kresleni-hodin-hodnocene-baja-skorovanim-u-casne-alzheimerovy-nemoci-58742>
9. Bartoš, A., Orliková, H., Raisová, M., & Řířpová, D. (2014). Česká tréninková verze Montrealského kognitivního testu (MoCA-CZ1) k časně detekci Alzheimerovy nemoci. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, (5), 587-594. <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2014-5-2/ceska-treninkova-verze-montrealskeho-kognitivniho-testu-moca-cz1-k-casne-detekci-alzheimerovy-nemoci-49677>
10. Bednařík, J., Ambler, Z., & Růžička, E. (2010). *Klinická neurologie: speciální část*. Triton.

11. Beránková, D., Krulová, P., Mračková, M., Eliášová, I., Košťálová, M., Janoušová, E., Stehnová, I., Bar, M., Ressler, P., Nilius, P., Tomagová, M., & Rektorová, I. (2015). Addenbrookský kognitivní test – orientační normy pro českou populaci. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, (3), 300-305. <https://www.csnm.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2015-3-8/addenbrooksky-kognitivni-test-orientacni-normy-pro-ceskou-populaci-52144>
12. Bezdíček, O., Balabánová, P., Havránková, P., Štochl, J., Roth, J., & Růžička, E. (2010). Srovnání české verze Montrealského kognitivního testu s Mini-Mental State pro stanovení kognitivního deficitu u Parkinsonovy nemoci. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, (2), 150-156. <https://www.csnm.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2010-2/srovnani-ceske-verze-montrealskeho-kognitivniho-testu-s-mini-mental-state-pro-stanoveni-kognitivniho-deficitu-u-parkinsonovy-nemoci-33828>
13. Blanco-Silvente, L., Castells, X., Saez, M., Barceló, M. A., Garre-Olmo, J., Vilalta-Franch, J., & Capellà, D. (2017). Discontinuation, Efficacy, and Safety of Cholinesterase Inhibitors for Alzheimer’s Disease: a Meta-Analysis and Meta-Regression of 43 Randomized Clinical Trials Enrolling 16 106 Patients. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 20(7), 519-528. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyx012>
14. Boggatz, T., & Schimböck, F. (2023). Validation bei Menschen mit Demenz: Innovation ohne Evidenz? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 57, 13-20. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-023-02263-3>
15. Brackey, J. (2019). *Alzheimer: dejte jim lásku a štěstí*. Triton.
16. Brooks, S., & Paterson, G. (2011). Using contact work in interactions with adults with learning disabilities and autistic spectrum disorders. *British Journal of Learning Disabilities*, 39(2), 161–166. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2010.00643.x>
17. Carozza, L. S. (2016). *Communication and Aging: Creative Approaches to Improving the Quality of Life* (2.nd ed.). Plural Publishing. <https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail?sid=a9395da1-0468-4711-929e-6752907306bf@redis&vid=6&format=EB&rid=9#AN=1107960&db=nlebk>
18. Carrick, L., & McKenzie, S. (2011). A Heuristic examination of the application of Pre-Therapy skills and the person-centered approach in the field of Autism. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10(2), 73-88. <https://doi.org/10.1080/14779757.2011.576555>
19. Clouston, S. A. P., Smith, D. M., Mukherjee, S., Zhang, Y., Zhang, Y., Link, B. G., & Richards, M. (2020). Education and Cognitive Decline: An Integrative Analysis of Global

- Longitudinal Studies of Cognitive Aging. *The Journals of Gerontology*, 75(7), 151-160. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbz053>
20. Courcha, P. (2015). "She's talking to me!" Training home carers to use Pre-Therapy contact reflections: an action research study. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14(4), 285–299. <https://doi.org/10.1080/14779757.2015.1058291>
 21. Damian, A. M., Jacobson, S. A., Hentz, J. G., Belden, C. M., Shill, H. A., Sabbagh, M. N., Caviness, J. N., & Adler, C. H. (2011). The Montreal Cognitive Assessment and the Mini-Mental State Examination as Screening Instruments for Cognitive Impairment: Item Analyses and Threshold Scores. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder*, 31(2), 126-131. <https://doi.org/10.1159/000323867>
 22. *Dementia Statistics*. Alzheimer's Disease International (ADI). Retrieved June 12, 2024b, from <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics/>
 23. Dodds, P. (2008). *Pre-therapy and dementia: an action research project* [Doctoral Thesis, University of Brighton]. <https://research.brighton.ac.uk/en/publications/pre-therapy-and-dementia-an-action-research-project>
 24. Downs, M., & Collins, L. (2015). Person-centred communication in dementia care. *Nursing standard: official newspaper of the Royal College of Nursing*, 30(11), 37-41. <https://doi.org/10.7748/ns.30.11.37.s45>
 25. Dunford, E., West, E., & Sampson, E. L. (2022). Psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia scale in an acute general hospital setting. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(12). <https://doi.org/10.1002/gps.5830>
 26. Duong, S., Patel, T., & Chang, F. (2017). Dementia: What pharmacists need to know. *Canadian Pharmacists Journal*, 150(2), 118-129. <https://doi.org/10.1177/1715163517690745>
 27. Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2.nd ed.). Grada.
 28. Edemekong, P. F., Bomgaars, D. L., Sukumaran, S., & Schoo, C. (2023). Activities of Daily Living. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>
 29. Feil, N., & de Klerk-Rubin, V. (2015). *Validácia: Cesta, ako porozumieť starým dezorientovaným ľuďom*. OZ Terapeutika.
 30. Fertaľová, T., & Ondriová, I. (2020). *Demence: Nefarmakologické aktivizační postupy* (4.2.2020). GRADA. <https://www.bookport.cz/kniha/demence-6247/>
 31. Forgáčová, L. (2011). Účinok doplnkov stravy na kognitívne funkcie: poznatky z epidemiologických a klinických štúdií. *Praktické lekárstvo*, 3, 117-118.

- <https://www.solen.sk/sk/casopisy/prakticke-lekarnictvo/ucinek-doplnekov-stravy-na-kognitivne-funkcie-poznatky-z-epidemiologickech-a-klinickych-studii>
32. Franková, V. (2016). Optimalizace léčby Alzheimerovy choroby. *Interní medicína pro praxi*, 18(2), 87-90. https://www.internimedica.cz/artkey/int-201602-0008_optimalizace_lecby_alzheimerovy_choroby.php
 33. Franková, V., Hort, J., Holmerová, I., Jiráček, R., & Vyhnálek, M. (2011). *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Mladá fronta.
 34. Glenner, J. A. (2012). *Péče o člověka s demencí*. Portál.
 35. Hogervorst, E. (2023). Dementia: it takes a village. *Psychologist*, (Jul/Aug), 38-41. <https://www.bps.org.uk/psychologist/dementia-it-takes-village>
 36. Holmerová, I., Jarolímová, E., & Suchá, J. (2007). *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. EV public relations. https://www.geriatrie.cz/dokumenty/pece_o_pacienty.pdf
 37. Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2004). *Psychiatrie* (2.nd ed.). Tigris. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.025>
<https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2008.02384.x>
 38. Hung, C. -H., Hung, G. -U., Wei, C. -Y., Tzeng, R. -C., & Chiu, P. -Y. (2021). Function-based dementia severity assessment for vascular cognitive impairment. *Journal of the Formosan Medical Association*, 120(1), 533-541. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2020.07.001>
 39. Hwang, D., Teno, J. M., Gozalo, P., & Mitchell, S. (2014). Feeding Tubes and Health Costs Post Insertion In Nursing Home Residents With Advanced Dementia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(6), 1116–1120. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.08.007>
 40. Chábová, R. (2023, 1. června). *Preterapie – základní kurz*. RYTMUS, Praha.
 41. Chung, J. C., Lai, C. K., Chung, P. M., & French, H. P. (2002). Snoezelen for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003152>
 42. Jacobsen, S. R. (2011). *Vascular Dementia: Risk Factors, Diagnosis and Treatment*. Nova Science Publishers. <https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=67726a4e-2c1c-4fc3-b896-984ea370f43c%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHN0aWImbGFuZz1jcyZzaXRlP WVkcy1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=367755&db=nlebk>
 43. Janečková, H. (2020). Předmluva k českému vydání. In J. König & C. Zemlin, *100 chyb při péči o lidi s demencí* (2. nd., pp. 9-11). Portál.

44. Jansen, S., Ball, L., Desbrow, B., Morgan, K., Moyle, W., & Hughes, R. (2015). Nutrition and dementia care: Informing dietetic practice. *Nutrition & Dietetics*, 72(1), 36-46. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12144>
45. Jiráček, R., Holmerová, I., & Borzová, C. (2009). *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Grada.
46. Jootun, D., & McGhee, G. (2011). Effective communication with people who have dementia. *Nursing Standard*, 25(25), 40-46. <https://www.proquest.com/docview/855426451?sourcetype=Scholarly%20Journals>
47. Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Závazalová, H., & Sucharda, P. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Grada.
48. Kigozi, E., Egwela, C., Kamoga, L., Nalugo Mbalinda, S., & Kaddumukasa, M. (2021). Nutrition Challenges of Patients with Alzheimer's Disease and Related Dementias: a Qualitative Study from the Perspective of Caretakers in a Mental National Referral Hospital. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 2473—2480. <https://doi.org/10.2147/NDT.S325463>
49. König, J., & Zemlin, C. (2020). *100 chyb při péči o lidi s demencí* (2.nd ed.). Portál.
50. Košťálová, M., Poláková, B., Ulreichová, M., Šmíd, P., Janoušová, E., Kuhn, M., Klenková, J., & Bednařík, J. (2015). Dotazník funkcionální komunikace (DFK) – validace originálního českého testu. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, (2), 188-195. <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2015-2-2/dotaznik-funkcionalni-komunikace-dfk-validace-originalniho-ceskeho-testu-51577>
51. Koukolík, F., & Jiráček, R. (2004). *Demence – neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Galén.
52. Kučerová, H. (2006). *Demence v kazuistikách*. Grada.
53. *Kurz preterapie*. Institut vzdělávání APSS ČR. Retrieved June 13, 2024, from <https://www.institutvzdelavani.cz/vyhledat/?kurz=0&vyhledat=preterapie>
54. Lesuis, S. L., Hoeijmakers, L., Korosi, A., de Rooij, S. R., Swaab, D. F., Kessels, H. W., Lucassen, P. J., & Krugers, H. J. (2018). Vulnerability and resilience to Alzheimer's disease: early life conditions modulate neuropathology and determine cognitive reserve. *Alzheimer's Research & Therapy*, 10(95). <https://doi.org/10.1186/s13195-018-0422-7>
55. Lindholm, C. (2015). Parallel Realities: The Interactional Management of Confabulation in Dementia Care Encounters. *Research on Language and Social Interaction*, 48(2), 176-199. <https://doi.org/10.1080/08351813.2015.1025502>
56. Liu, W., Galik, E., Boltz, M., Nahm, E. -S., & Resnick, B. (2015). Optimizing Eating Performance for Older Adults With Dementia Living in Long-term Care: a Systematic

- Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 12(4), 228-235.
<https://doi.org/10.1111/wvn.12100>
57. Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., & Banerjee, S. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *THE LANCET COMMISSIONS*, 396(10248), 414-446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
58. Loy, C. T., Schofield, P. R., Turner, A. M., & Kwok, J. B. J. (2014). Genetics of dementia. *The Lancet*, 383, 828-840. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60630-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60630-3)
59. Luliak, M., Bartko, D., Čombor, I., & Madarász, Š. (2008). DEMENCIA ALZHEIMEROVHO TYPU. *Via practica*, 5(10), 398-402.
<https://www.solen.sk/sk/casopisy/via-practica/demencia-alzheimerovho-typu>
60. Lužný, J. (2013). Hodnocení bolesti u klientů se středně těžkou a těžkou demencí. *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 4(4), 678-683.
https://cejnm.osu.cz/cz/artkey/cjn-201304-0006_hodnoceni-bolesti-u-klientu-se-stredne-tezkou-a-tezkou-demenci.php
61. Man, D. W. K., Chung, J. C. C., & Lee, G. Y. Y. (2012). Evaluation of a virtual reality-based memory training programme for Hong Kong Chinese older adults with questionable dementia: a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(5), 513-520.
<https://doi.org/10.1002/gps.2746>
62. Marciniak, R., Sheardova, K., Čermáková, P., Hudeček, D., Šumec, R., & Hort, J. (2014). Effect of meditation on cognitive functions in context of aging and neurodegenerative diseases. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnbeh.2014.00017/full>
63. McWilliams, K., & Prouty, G. (1998). LIFE ENRICHMENT OF a PROFOUNDLY RETARDED WOMAN: AN APPLICATION OF PRE-THERAPY. *The Person-Centered Journal*, 5(1). <https://www.adpca.org/wp-content/uploads/2020/11/V5-I1-6.pdf>
64. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. (2024). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Retrieved April 13, 2024, from <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/cs#546689346>
65. Milwain, E. (2010). The brain and person centred care: The dynamics of dementia care work. *Journal of Dementia Care*, 18, 28–30.
<https://journalofdementiacare.co.uk/issue/september-october-2010>
66. Moran, M., Lynch, C. A., Walsh, C., Coen, R., Coakley, D., & Lawlor, B. A. (2005). Sleep disturbance in mild to moderate Alzheimer's disease. *Sleep Medicine*, 6(4), 347-352.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2004.12.005>

67. Moreno, A., Wall, K. J., Thangavelu, K., Craven, L., Ward, E., & Dissanayaka, N. N. (2019). a systematic review of the use of virtual reality and its effects on cognition in individuals with neurocognitive disorders. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 5, 834-850. <https://doi.org/10.1016/j.trci.2019.09.016>
68. Neubauer, K. (2018). *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Portál.
69. Oliveira, J., Gamito, P., Souto, T., Conde, R., Ferreira, M., Corotnean, T., Fernandes, A., Silva, H., & Neto, T. (2021). Virtual Reality-Based Cognitive Stimulation on People with Mild to Moderate Dementia due to Alzheimer's Disease: a Pilot Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph18105290>
70. Peters, H. (2005). Pretherapy from a Developmental Perspective. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(1), 62-81. <https://doi.org/10.1177/0022167804269404>
71. Pfeifer-Schaupp, U. (2009). Prä-Therapie in der Altenpflege: Neue Zugänge zu Menschen mit schwerer Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42(4), 336-341. <https://doi.org/10.1007/s00391-008-0008-2>
72. Pidrman, V. (2007). *Demence*. Grada.
73. Poledníková, L. (2006). *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta.
74. Pörtner, M. (2009). *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči* (přeložil Petr BABKA). Portál.
75. *Pre Therapy*. Prouty's Pre Therapy: The Essence of Contact Work a Carer's Perspective. Retrieved February 18, 2024, from https://www.psychological-wellbeing.co.uk/?Pre_Therapy
76. *Preterapie – základní kurz*. RYTMUS. Retrieved June 13, 2024, from <https://kurzy.rytmus.org/kurzy/preterapie-zakladni-kurz-praha-669-865-967/>
77. *Preterapie*. EDUGRAM ACADEMY. Retrieved June 13, 2024, from <https://www.edugram.cz/vyhledavani/?string=preterapie>
78. Procházková, L. (2012). Inovační přístup k otázkám demence. *Sestra*, 22(2), 11-13. <https://ndk.cz/view/uuid:3c0d0200-021e-11e8-9854-5ef3fc9ae867?page=uuid:88ea8b60-0228-11e8-816d-5ef3fc9bb22f>
79. Prouty, G., Werde, D. V., & Pörtner, M. (2005). *Preterapie: [navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty]* (přeložil Dagmar BREJLOVÁ). Portál.

80. Rektorová, I. (2011). Screeningové škály pro hodnocení demence. *Neurologie pro praxi*, 12, 37-45. https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201192-0011_Screeningove_skaly_pro_hodnoceni_demence.php
81. Ressler, P., Hort, J., Rektorová, I., Bartoš, A., Rusina, R., Línek, V., & Sheardová, K. (2009). Doporučené postupy pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci a ostatních demenci. *Neurologie pro praxi*, 10(4), 237-241. https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-200904-0010_Doporucene_postupy_pro_diagnostiku_Alzheimerovy_nemoci_a_ostatnich_demenci.php
82. Reyes, M. A., Lloret, S. P., Gerscovich, E. R., Martin, M. E., Leiguarda, R., & Merello, M. (2009). Addenbrooke's Cognitive Examination validation in Parkinson's disease. *European Journal of Neurology*, 16(1), 142-147.
83. *Risk factors and risk reduction*. Alzheimer's Disease International (ADI). Retrieved June 12, 2024c, from <https://www.alzint.org/about/risk-factors-risk-reduction/>
84. Sheardová, K. (2010). Alzheimerova nemoc a zapojení pečovatele do boje o kvalitu života. *Neurologie pro praxi*, 11(3), 172-176. https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201003-0008_Alzheimerova_nemoc_a_zapojeni_pecovatele_do_boje_o_kvalitu_zivota.php
85. Sheardová, K., & Hudeček, D. (2011). Prevence demence a životní styl. *Neurologie pro praxi*, 12(6), 418-421. https://www.solen.cz/artkey/neu-201106-0010_Prevence_demence_a_zivotni_styl.php
86. Shimokawa, A., Yatomi, N., Anamizu, S., Torii, S., Isono, H., & Sugai, Y. (2003). Recognition of Facial Expressions and Emotional Situations in Patients with Dementia of the Alzheimer and Vascular Types. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 15(3), 163-168. <https://doi.org/10.1159/000068479>
87. Schott, J. M. (2020). Alzheimer's disease and other dementias. *Oxford Textbook of Medicine*, 6., 5831-5859. <https://doi.org/10.1093/med/9780198746690.003.0574>
88. Schüssler, S., & Lohrmann, C. (Eds.). (2017). *Dementia in Nursing Homes*. Springer. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-49832-4>
89. Sinforiani, E., Terzaghi, M., Pasotti, C., Zucchella, C., Zambrelli, E., & Manni, R. (2007). Hallucinations and sleep-wake cycle in Alzheimer's disease: a questionnaire-based study in 218 patients. *Neurological Sciences*, 28, 96-99. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10072-007-0794-0>

90. Skarnitzl, R., & Volín, J. (2018). In K. Neubauer, *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace* (pp. 122-169). Portál.
91. Slowík, J. (2010). *Komunikace s lidmi s postižením*. Portál.
92. Sommerbeck, L. (2011). An introduction to pre-therapy. *Psychosis*, 3(3), 235–241. <https://doi.org/10.1080/17522439.2011.561496>
93. Stockdell, R., & Amella, E. (2008). The Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale: determining how much help people with dementia need at mealtime. *American Journal of Nursing*, 108(8), 46-54. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000327831.51782.8e>
94. Surr, C. A. (2006). Preservation of self in people with dementia living in residential care: a socio-biographical approach. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1720-1730.
95. *Symptoms of Dementia*. Alzheimer's Disease International (ADI). Retrieved June 12, 2024d, from <https://www.alzint.org/about/symptoms-of-dementia/>
96. Šáteková, L. (2016). *Meracie nástroje na posúdenie rizika vzniku dekubitov* [Disertační práce]. Ostravská univerzita.
97. Šáteková, L. (2021). *Demence: hodnoticí techniky a nástroje*. Grada Publishing.
98. Štěpánková, H., Nikolai, T., Lukavský, J., Bezdíček, O., Vrajová, M., & Kopeček, M. (2015). Mini-Mental State Examination – česká normativní studie. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, (1), 57-63. <https://www.csn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2015-1/mini-mental-state-examination-ceska-normativni-studie-50969>
99. Topinková, E. (2005). *Geriatric pro praxi*. Galén.
100. van der Steen, J. T., Radbruch, L., Hertogh, C. M. P. M., de Boer, M. E., Hughes, J. C., Larkin, P., Francke, A. L., Jünger, S., Gove, D., Firth, P., Koopmans, R. T. C. M., & Volicer, L. (2014). White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 28(3), 197-209. <https://doi.org/10.1177/0269216313493685>
101. Van Hoover, C., & Thompson, J. B. (2010). Ethics in Nursing: The Caring Relationship. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(3), 269-269. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.02.004>
102. Van Werde, D. *Garry Prouty*. Pre-Therapy International Network. Retrieved February 20, 2024, from <https://www.pre-therapy.com/garry-prouty>
103. Van Werde, D., Sommerbeck, L., & Sanders, P. (2015). Introduction to the Special Issue on Pre-Therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14(4), 263–267. <https://doi.org/10.1080/14779757.2015.1119437>

104. Vandenberghe, R. (2014). The Relationship between Amyloid Deposition, Neurodegeneration, and Cognitive Decline in Dementia. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 14(498). <https://link.springer.com/article/10.1007/s11910-014-0498-9>
105. Vavrušová, L. (2012). *Demencia*. Martin: Osveta.
106. Vemuri, P., Fields, J., Peter, J., & Klöppel, S. (2016). Cognitive interventions in Alzheimer's and Parkinson's diseases: emerging mechanisms and role of imaging. *Current Opinion in Neurology*, 29(4), 405-411. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000346>
107. Verwachtingsloos contact aanbieden vanuit respect voor het lijden Interview met Dion Van Werde. (2022). *Tijdschrift Persoonsgerichte experiëntiële Psychotherapie*, 60(2), 117–126. <https://www.tpep.nl/download/2573>
108. Veselinova, C. (2014). Influencing communication and interaction in dementia. *Nursing and Residential Care*, 16(3), 162-166. <https://doi.org/10.12968/nrec.2014.16.3.162>
109. Vörösová, G., Solgajová, A., & Archalousová, A. (2015). *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Grada.
110. Vyhnálek, M., Bartoš, A., Dostál, V., Franková, V., Holmerová, I., Laczó, J., Línek, V., Rektorová, I., Ressler, P., Rusina, R., Sheardová, K., Vališ, M., & Hort, J. (2011). Diagnostikujeme a léčíme demence správně a včas? Výsledky průzkumu ve světle nových doporučení. *Psychiatrie pro praxi*, 12(5), 352-358. https://www.solen.cz/artkey/psy-201201-0006_Diagnostikujeme_a_lecime_demence_spravne_a_vcas_Vysledky_pruzkumu_ve_svetle_novych_doporuceni.php
111. Ward, R., Vass, A., Aggarwal, N., Garfield, C., & Cybyk, B. (2005). What is dementia care? 1. Dementia is communication. *Journal of Dementia Care*, 13(6), 16-19. <https://journalofdementiacare.co.uk/?s=What+is+dementia+care>
112. Warden, V., Hurley, A. C., & Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(1), 9-15. <https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7>
113. Watson, R., & Deary, I. J. (1994). Measuring feeding difficulty in patients with dementia: multivariate analysis of feeding problems, nursing intervention and indicators of feeding difficulty. *Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 283-287. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1994.20020283.x>

114. Watson, R., Bagnasco, A., Catania, G., Aleo, G., Zanini, M., & Sasso, L. (2017). The Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale: a Longitudinal Study in Nursing Home Residents. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder*, *44*(3-4), 196-202. <https://doi.org/10.1159/000478519>
115. Williams, E., Theys, C., & McAuliffe, M. (2023). Lexical-semantic properties of verbs and nouns used in conversation by people with Alzheimer's disease. *PLoS ONE*, *18*(8), 1-21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288556>
116. Williams, K., Herman, R., & Smith, E. K. (2014). Cognitive Interventions for Older Adults: Does Approach Matter? *Geriatric Nursing*, *35*(3), 194-198. <https://10.1016/j.gerinurse.2014.01.004>
117. Xiang, C., & Zhang, Y. (2023). Comparison of Cognitive Intervention Strategies for Individuals With Alzheimer's Disease: a Systematic Review and Network Meta-analysis. *Neuropsychology Review*. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11065-023-09584-5>
118. Yan, Z., Dong, M., Lin, L., & Wu, D. (2023). Effectiveness of reminiscence therapy interventions for older people: Evidence mapping and qualitative evaluation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *30*(3), 375-388. <https://doi.org/10.1111/jpm.12883>
119. Zhong, Q., Chen, C., & Chen, S. (2023). Effectiveness on Quality of Life and Life Satisfaction for Older Adults: a Systematic Review and Meta-Analysis of Life Review and Reminiscence Therapy across Settings. *Behavioral Sciences*, *13*(10). <https://doi.org/10.3390/bs13100830>
120. Žiaková, K. (2021). In L. Šáteková, *Demence: hodnotící techniky a nástroje* (pp. 29-37). Grada Publishing.

Seznam zkratk

K – klient

OR – obličejová reflexe

SR – situační reflexe

SRR – slovní reproduktivní reflexe

T – terapeut

TR – tělová reflexe

ZR – zopakovaná reflexe

Seznam příloh

Příloha č. 1 Informovaný souhlas kontaktní osoby

Příloha č. 2 Preterapeutický rozhovor s paní Blankou B. (1946) ze dnů 14.7.2024 a 20.7.2024

Příloha č. 3 Preterapeutický rozhovor s paní Marií M. (1937) ze dnů 25.7.2024 a 4.8.2024

Příloha č. 4 Preterapeutický rozhovor s paní Zdeňkou S. (1936) ze dne 19.8.2024

Příloha č. 1 Informovaný souhlas kontaktní osoby

Informovaný souhlas

Dobrý den,

jmenuji se Karolína Strejčková a jsem studentkou 5. ročníku oboru Logopedie na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Aktuálně vypracovávám diplomovou práci na téma „Vliv preterapie na funkcionální komunikaci u osob s demencí ve vybraném zařízení sociálních služeb Karlovarského kraje“ pod vedením paní Mgr. et Mgr. Petry Křížkovské, Ph.D.

Cílem diplomové práce je sledovat, jak se změní funkcionální komunikace u vybraných osob s demencí, a to za využití metody zvané preterapie. Jedná se o metodu, která pomocí reflektování chování klienta přispívá k podpoře verbální komunikace, uvědomování si okolní reality a celkovému zlepšení kvality života. s klienty se pracuje podle individuálních možností, obvykle kolem 20 minut denně.

Souhlasím s tím, aby zjištěné poznatky z terapeutického procesu byly využity v empirické části diplomové práce. Dále souhlasím s poskytnutím potřebných údajů o daném klientovi, které budou zpracovány do případových studií.

Autorka diplomové práce se zároveň zavazuje, že veškeré získané informace budou uchovávány jako důvěrné a prezentovány anonymně.

Dne.....

Podpis.....

kontaktní osoba – osoba žadateli blízká

Příloha č. 2 Preterapeutický rozhovor s paní Blankou B. (1946) ze dnů 14.7.2024 a 20.7.2024

Klientka leží v posteli ve svém pokoji.

T: „Dobrý den, paní B.“

(bez reakce klientky)

T: „Ležíte ve své posteli.“ (SR)

T: „Venku je teplo, svítí sluníčko.“

(bez reakce klientky)

T: „Kopete nohama.“ (TR)

(bez reakce klientky)

T: „Vyhrnujete si ponožku“ (TR)

T: „Vaše ponožka je růžová a teplá.“ (SR)

T: „Vyhrnujete si ponožku.“ (TR)

K: „Ano, ještě druhá.“

T: „Oblékáte si druhou ponožku.“ (TR)

T: „Stále kopete nohama ve vzduchu.“

(klientka otočila hlavu na bok)

T: „Díváte se na mě.“ (OR)

K: „Ano, dívám.“

(klientka se upřeně dívá na terapeuta, nohy jsou volně položené na posteli)

T: „Ano, díváte se na mě.“ (OR)

(viditelný úsměv klientky)

T: „Když jsem řekla, že se na mě díváte, usmála jste se.“ (ZR)

T: „Usmíváte se na mě.“ (OR)

T: „Díváte se na mě.“ (OR)

(klientka s velkým úsilím vyslovila slabiku)

K: „Ka.“

T: „Ka.“ (SRR)

T: „Řekla jste Ka.“ (ZR)

K: „Kája.“

(viditelný smutek klientky)

T: „Ano, Kája.“ (SRR)

K: „Kája, Kája.“

(zvýšený motorický neklid klientky)

T: „Kája, říkáte jméno Kája.“ (SRR)

T: „Kája je váš syn.“ (SR)

K: „Kája, kde je Kája, řekni mu, že...“

(celkový neklid klientky)

Klientka sedí na geriatrickém křesle ve svém pokoji, terapeut sedí na židli vedle klientky.

T: „Dobrý den, paní B.“

(bez reakce klientky)

T: „Dnes sedíte v křesle.“ (SR)

T: „Venku je teplo, svítí sluníčko.“

(bez reakce klientky)

T: „Zvedáte nohy nohama.“ (TR)

(bez reakce klientky)

T: „Saháte si na kolena“ (TR)

(klientka se podívala na své koleno)

T: „Když jsem řekla, že si saháte na kolena, podívala jste se na ně.“ (ZR)

(následoval pohled klientky na terapeuta, terapeut se jemně dotkl kolena klientky)

T: „Dotýkám se Vašeho kolena.“ (SR)

(klientka se usmála)

T: „Usmíváte se.“ (OR)

(klientka se dotkla ruky terapeuta)

T: „Hladíte moji ruku.“ (TR)

T: „Hladíte moji ruku.“ (TR)

K: „Hladím ruku.“

Příloha č. 3 Preterapeutický rozhovor s paní Marií M. (1937) ze dnů 25.7.2024 a 4.8.2024

Klientka sedí v křesle ve svém pokoji.

T: „Dobrý den, paní M.“

T: „Sedíte ve svém křesle.“ (SR)

(bez reakce klientky)

T: „Dnes je venku chladno, máte na sobě svetr.“ (SR)

T: „Sedíte v křesle.“ (SR)

(klientka provádí houpavé pohyby do předklonu)

T: „Pohupujete se.“ (TR)

(terapeut sedí vedle klientky na židli a napodobuje houpavý pohyb)

T: „Pohupujete se.“ (TR)

T: „Ruce máte položeny do klína.“ (TR)

(terapeut napodobuje neverbální chování klienta)

T: „Zvedla jste ruku.“ (TR)

(klientka zvedla ruku a ruku přiložila k obličeji)

T: „Dotkla jste se tváře.“ (TR)

(terapeut napodobuje chování klienta)

(klientka spíná ruce a velmi tiše pronáší modlitbu)

T: „Modlíte se.“

(terapeut napodobuje chování klienta)

K: „Amen.“

T: „Amen.“ (SRR)

(následně došlo k navázání zrakového kontaktu a úsměvu klientky)

Klientka se pomalu pohybuje po svém pokoji, přidržuje se nábytku. Příchodu terapeuta si nevšímá, ale sedá si do svého křesla.

T: „Dobré ráno paní M.“

(klientka na pozdravení otočila hlavu směrem k terapeutovi a navázala zrakový kontakt)

T: „Díváte se na mě.“ (OR)

T: „Když jsem řekla, že se na mě díváte, usmála jste se.“ (ZR)

(klientka odklonila hlavu a dívá se do svého klína)

T: „Hlavu máte skloněnou.“ (OR)

T: „Pohupujete se.“ (TR)

(následoval pohled klientky na terapeuta)

T: „Díváte se na mě.“ (OR)

(klientka se pomalu postavila)

(terapeut napodobuje chování klienta)

K: „Sestřičko, pomohla byste mi s čajem?“

T: „Pomohu Vám uvařit čaj.“

Příloha č. 4 Preterapeutický rozhovor s paní Zdeňkou S. (1936) ze dne 19.8.2024

Paní S. sedí v geriatrickém křesle ve společenské místnosti. Terapeut se s paní S. odebral do vedlejší místnosti.

T: „Dobrý den, paní S.“

(navázání zrakového kontaktu)

T: „Sledujete mě.“ (SR)

T: „Usmíváte se.“ (OR)

(klientka se usmála znovu na terapeuta a následně na procházející pečovatelku)

T: „Když jsem řekla, že se usmíváte, usmála jste se znovu.“ (ZR)

(terapeut se usmál na klientku)

(klientka položila ruku do terapeutovi dlaně)

T: „Držíte mě za ruku.“ (TR)

T: „Hladíte moji ruku.“ (TR)

(klientka se usmívala)

T: „Hladíte moji ruku.“ (TR)

T: „Prohlížíte si můj prstýnek.“ (SR)

T: „Dotýkáte se mých prstů.“ (TR)

K: „Evo.“

T: „Evo.“ (SRR)

T: „Říkáte mi Evo.“ (SR)

K: „Evo, dej mi napít.“