

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Logopedická intervence u klientů v Domově pro seniory  
ve Světlé nad Sázavou**

Bakalářská práce

Autor:	Markéta Dlouhá
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika – intervence
Vedoucí práce:	PhDr. Lenka Neubauerová



## Zadání bakalářské práce

**Autor:** Markéta Dlouhá

Studium: P14P0722

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika - intervence

**Název bakalářské práce:** **Logopedická intervence u klientů v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou**

Název bakalářské práce AJ: Logopaedic care of the old aged pensioners from the retirement home in Světlá nad Sázavou

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Bakalářská práce se věnuje logopedické péči o klienty v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou. První část pojednává o základní terminologii týkající se stárnutí a stáří. Dále se věnuje poruchám řečové komunikace a diagnostice nemocí u klientů daného zařízení. Závěr této části poskytuje komplexní informace o Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou. Obsahem druhé části je kvalitativní výzkum, při kterém jsou využity případové studie vybraných klientů z Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou. Na základě pozorování, rozhovorů a studie dokumentace se tato část také věnuje komunikačním strategiím ve vztahu klienta a přímé obslužné péče. Cílem bakalářské práce je zhodnocení logopedické a terapeutické péče u klientů daného zařízení.

ŠKODOVÁ, Eva. Klinická logopedie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 612 s., viii barev. obr. příl. ISBN 8071785466. LECHTA, Viktor. Terapie narušené komunikační schopnosti. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011, 386 s. ISBN 978-80-7367-901-9. NEUBAUER, Karel a Silvia DOBIAS. Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 348 s. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-518-9. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,  
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová

Oponent: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 5.2.2015

## **Prohlášení**

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

V Hradci Králové, dne 22. 6. 2017

## **Poděkování**

Děkuji své vedoucí PhDr. Lence Neubauerové za odborné vedení a cenné rady, které mi při zpracování práce poskytla. Dále bych chtěla poděkovat všem zaměstnancům a vybraným klientům Sociálního centra města Světlá nad Sázavou včetně paní ředitelky za jejich ochotu, vstřícnost a poskytnutí užitečných informací. Na závěr děkuji také své rodině, která mi byla velikou oporou během celého studia.

## **Anotace**

DLOUHÁ, Markéta. *Logopedická intervence u klientů v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2017. 119 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá logopedickou intervencí u klientů v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou, kteří v důsledku cévní mozkové příhody vyžadují logopedickou péči. Práce je rozdělena na dvě stěžejní části, které pojednávají o dané problematice. První kapitola teoretické části je zaměřena na specifika seniorského věku včetně definování pojmů stárnutí a stáří. Druhá kapitola se již zabývá samotným procesem komunikace zejména pak s jedinci v seniorském věku. Třetí kapitola se zaměřuje na tři nejčastější příčiny komunikačních obtíží u seniorů- cévní mozkovou příhodu, demenci a stařeckou nedoslýchavost. Nezbytnou součástí této kapitoly je také vymezení afázie, která patří mezi získanou poruchu řečové komunikace u osob po cévní mozkové příhodě. Poslední kapitola teoretické části se již věnuje možnostem péče o seniory včetně vymezení zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Praktickou část tvoří kvalitativní výzkum, na základě kterého byly vytvořeny dvě případové studie vybraných klientů z Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou. Tito klienti jsou po cévní mozkové příhodě, na základě které jim byla diagnostikována těžká forma expresivní afázie. Cílem této bakalářské práce je zhodnotit poskytovanou péči z hlediska logopedie a terapeutických přístupů u klientů daného zařízení.

Klíčová slova: logopedická intervence, domov pro seniory, cévní mozková příhoda, demence, stařecká nedoslýchavost, afázie.

## **Annotation**

DLOUHÁ, Markéta. *Logopaedic care of the old aged pensioners from the retirement home in Světlá nad Sázavou*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2017. 119 pp. Bachelor Degree Thesis.

The subject of the Bachelor's Thesis is intervention of speech therapist in The Retirement Home in the town of Světlá nad Sázavou whose clients need therapeutical care having suffered a stroke. The thesis is divided into two principal parts dealing with the problem in question. The first chapter of the theoretical part is focused on the specific features of senior age and includes the definition of the terms "aging" and "senescence". The second chapter then deals with the communication process itself with a special attention to the communication with individuals at senior age. The third chapter focuses on three of the most frequent communication problems of seniors- cerebrovascular stroke, dementia and presbycusis. Theoretical characteristics of aphasia is an integral part of this chapter. Aphasia ranks among the acquired speech disorders affecting primarily the apoplexy patients. It includes essential provisions of Act no 108/2006 (Social Service Act). The practical part involves the qualitative research based on which two case studies of selected clients of The Retirement Home in Světlá nad Sázavou were created. These clients have suffered apoplexy attack based on which they were diagnosed with severe form of expressive aphasia. It is the aim of this Bachelor's Thesis to evaluate the care provided to the clients from logopedics and speech therapist methodological viewpoint.

Keywords: intervention of speech therapist, retirement home, apoplexy, dementia, presbycusis, aphasia.

# OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1. SENIORSKÝ VĚK A JEHO CHARAKTERISTIKY.....	11
1.1. Vymezení stárnutí a stáří.....	11
1.2. Senior a jeho potřeby .....	12
1.3. Změny projevující se při stárnutí .....	13
1.3.1. Biologické změny ve stáří.....	13
1.3.2. Psychické změny ve stáří.....	14
1.3.3. Sociální změny ve stáří .....	15
1.4. Demografické změny ve společnosti .....	15
2. KOMUNIKACE SE SENIORY .....	17
2.1. Komunikace .....	17
2.1.1. Verbální komunikace .....	17
2.1.2. Neverbální komunikace .....	18
2.2. Specifika komunikace se seniory .....	19
2.2.1. Bariéry v komunikaci.....	20
2.2.2. Komunikační problémy starších osob a seniorů .....	20
2.3. Logopedická intervence u seniorů .....	20
3. NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY KOMUNIKAČNÍCH OBTÍŽÍ U SENIORŮ.....	22
3.1. Cévní mozková příhoda .....	22
3.1.1. Afázie.....	23
3.2. Demence.....	34
3.3. Stařecká nedoslýchavost .....	36
4. PÉČE O SENIORY .....	38
4.1. Stručný přehled historie z hlediska péče o seniory .....	38
4.2. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách .....	38
4.3. Formy péče o seniory .....	39
4.3.1. Rodinná péče.....	39
4.3.2. Zdravotní péče .....	40
4.3.3. Sociální péče .....	40

4.4.	Aktivizační programy pro seniory v pobytových zařízeních .....	41
4.4.1.	Muzikoterapie .....	42
4.4.2.	Arteterapie .....	43
4.4.3.	Trénování paměti .....	44
4.4.4.	Canisterapie .....	44
4.4.5.	Ergoterapie.....	45
4.4.6.	Pohybové aktivity a taneční terapie .....	46
4.4.7.	Reminiscenční terapie.....	47
PRAKTICKÁ ČÁST .....		49
5.	LOGOPEDICKÁ INTERVENCE U KLIENTŮ V DOMOVĚ PRO SENIORY VE SVĚTLÉ NAD SÁZAVOU .....	49
5.1.	Cíle a úkoly výzkumného šetření.....	49
5.2.	Metodika výzkumu.....	50
5.3.	Charakteristika místa šetření .....	52
5.3.1.	Historie Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou.....	52
5.4.	Případová studie klientky J. R.....	63
5.5.	Případová studie klienta J. P. ....	74
5.6.	Zhodnocení výzkumné části.....	87
ZÁVĚR .....		89
SEZNAM LITERATURY A DALŠÍCH PRAMENŮ .....		91
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A SCHÉMÁT .....		97
SEZNAM PŘÍLOH.....		99
PŘÍLOHY .....		100



# ÚVOD

*„Snažte se pomáhat lidem k tomu, aby měli k sobě blíže. Dávat druhým lidem to, co potřebují, přináší i vám dobrý pocit sebehodnoty.“*

Christopfer Petersen

Komunikace patří mezi základní a velice důležité potřeby člověka, který se ocitá v jakékoli životní etapě. Právě stáří představuje velice rizikové období, ve kterém může z hlediska komunikační bariéry dojít k sociální izolaci. Nesmíme však zapomenout, že i tito lidé jsou stále součástí naší společnosti, a proto bychom s nimi měli jednat s úctou a naplňovat jejich životní potřeby a přání.

Ke zpracování této bakalářské práce jsem se rozhodla na základě několika aspektů. Prvotním motivem a impulzem bylo zejména to, že jsem již v prvním semestru na základě logopedické praxe navštívila Domov pro seniory ve Světlé nad Sázavou, kde jsem byla součástí logopedické terapie u klientů daného zařízení a práce s nimi mě velice zaujala a obohatila. Ve třetím ročníku jsem i nadále v rámci souvislé oborové praxe navštěvovala dané zařízení, kde jsem se vybraným klientům věnovala, tudíž se celkový pohled a zájem o danou problematiku více prohluboval. Na závěr bylo pro mě klíčové zejména to, že k seniorům mám velice vřelý vztah a myslím si, že je podstatné zaměřit se z hlediska podpory komunikace i na tuto cílovou skupinu. Domnívám se, že zájem o stárnoucí osoby je rovněž důležitou oblastí logopedické péče, na kterou je potřeba se zaměřit. Na základě vlastní zkušenosti jsem toho názoru, že je velmi podstatné rozvinout působení logopedů právě v těch zařízeních, kde je zajištěna dlouhodobá péče o dospělé a stárnoucí osoby.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou stěžejních částí, které pojednávají o dané problematice. První kapitola teoretické části se věnuje charakteristice seniorského věku a zejména definicím a skutečnostem, které se přirozeně vztahují k této životní etapě. Druhá kapitola již poukazuje na komunikaci jako takovou zejména pak u osob v seniorském věku. Třetí kapitola se konkrétně zaměřuje na tři nejčastější příčiny komunikačních obtíží u seniorů, mezi které neodmyslitelně patří cévní mozková příhoda, demence a stařecká nedoslýchavost. Důležitou součástí

této kapitoly je také komplexní vymezení získané poruchy řečové komunikace-afázie, která je nejčastěji diagnostikována právě osobám po cévní mozkové příhodě. Čtvrtá a zároveň poslední kapitola teoretické části poukazuje na formy péče o seniory včetně vymezení zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Tato kapitola také dále popisuje terapeutické přístupy, které se primárně využívají mezi seniory zejména v pobytových zařízeních a podílejí se na celkovém upevňování procesu komunikace. Vzhledem k výzkumné části této bakalářské práce se komplexní informace ohledně Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou uplatnily v praktické části, jelikož byly získány na základě pozorování, rozhovorů a studie dokumentace v daném zařízení.

Druhou část bakalářské práce tvoří praktická část, která byla realizována za pomoci kvalitativního výzkumu. Prostřednictvím rozhovorů, pozorování a studie dokumentace byly vytvořeny dvě případové studie vybraných klientů z Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou, kteří vyžadují logopedickou péči. Tito klienti jsou po cévní mozkové příhodě, na základě které jim byla diagnostikována těžká expresivní afázie. Cílem této bakalářské práce je provést celkové zhodnocení logopedické a terapeutické péče u klientů v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou. Kromě vytyčení hlavního výzkumného cíle byly dále také stanoveny jednotlivé dílčí cíle, které komplexně zkoumají způsob realizace logopedické péče u těchto klientů. Praktická část tedy poukazuje na to, jakým způsobem a kým je realizována logopedická péče a jakých dosahuje výsledků. Kromě empirického výzkumu poskytuje tato část také komplexní a ucelené informace ohledně Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. SENIORSKÝ VĚK A JEHO CHARAKTERISTIKY

### 1.1. Vymezení stárnutí a stáří

*„Stáří nemá být koncem života, nýbrž jeho korunou.“*

André Repond

Stárnutí je přirozený děj, který je součástí každého živého organismu. Tento proces probíhá již od samotného početí jedince až po jeho úplnou smrt (Dvořáčková in Holczerová, Dvořáčková, 2013). Podle Mlýnkové (2011) není úplně jednoduché charakterizovat stárnutí, jelikož existuje několik různých definic, avšak žádná z nich není zcela výstižná. Dle Pacovského (1990) je stárnutí přechodná vývojová perioda mezi dospělostí a stářím. Ondrušová (2011) naopak uvádí, že stárnutí je proces, který je celoživotní a na jehož konci je stáří. Stáří tedy je poslední vývojovou etapou lidského života, kterou každý vnímá zcela odlišně a individuálně.

Podle Malíkové (2011) si pod stářím většina představuje osobu, která je zejména nesoběstačná, není schopná samostatného života a je také závislá na pomoci jiné osoby. Dále naopak zdůrazňuje, že i navzdory některým změnám či problémům je pro mnohé jedince tato životní etapa jedna z těch nejkrásnějších. I autorka Žumárová (2012) si uvědomuje, že postoj společnosti k samotnému stáří je spíše negativní. Následně uvádí, že celkové povědomí většinové společnosti o samotném stáří je takové, že vnímají seniory jako ty, co spíše berou, nežli něco přinášejí, a že nejsou pro naši společnost přínosem, ale naopak zátěží. Klevetová, Dlabalová (2008) ovšem poukazují na to, že stáří nepředstavuje konec života, jelikož je člověk stále součástí naší společnosti a přispívá svými zkušenostmi.

Většina autorů se ohledně této problematiky zabývá také otázkou stanovení hranice stáří. Tuto životní fázi lze kategorizovat na základě několika aspektů, avšak nejčastěji je stáří vymežováno chronologicky. Dvořáčková in Holczerová, Dvořáčková (2013) však dodává, že stanovit hranici stáří je velmi složité, jelikož existují značné rozdíly jak ve formě, tak i v průběhu tohoto procesu. Dle Světové

zdravotnické organizace (World Health Organisation= WHO) se stáří dělí na tato tři období:

- **60-74 let**- rané stáří;
- **75-89 let**- vlastní stáří;
- **90 let a více**- dlouhověkost.

(Mlýnková, 2011, s. 14)

## 1.2. Senior a jeho potřeby

Každý člověk má ve svém životě určité potřeby a přání, které by měly být uspokojeny a především naplněny. Tyto potřeby se ve vývojových etapách mění a jsou zcela odlišné jak u dětí, dospělých tak i seniorů (Mlýnková, 2011). Hauke (2014) poukazuje na to, že v průběhu stáří dochází ke změně biologických a psychických potřeb a do popředí jedince se dostává potřeba jistoty a bezpečí. Dle Haškovcové (1989) in Ondrušová (2011) je u starých lidí důležité zejména zdraví, finanční zabezpečení a prostředí, ve kterém se cítí uvolněně a bezpečně.

Nejznámější teorii týkající se lidských potřeb vytvořil již ve 40. letech 20. století americký psycholog Abraham Harold Maslow (Dvořáčková, 2012). A. H. Maslow sestavil tzv. **pyramidu potřeb**, ve které shrnul základní lidské potřeby, které následně rozdělil do pěti stupňů. Na samotném základě této pyramidy jsou umístěny **fyziologické potřeby**, které musí být bezpodmínečně uspokojeny, jinak není možné postoupit k dalším stupňům této pyramidy. Mezi tyto potřeby patří např. dýchání, jídlo, pití, zdraví, hygiena či spánek. Na druhém stupni je již **potřeba bezpečí**, kterou vyžaduje každý člověk, zejména senioři. Další stupeň pyramidy tvoří **sociální potřeby**, které jsou velice důležité, jelikož každý jedinec potřebuje lásku a kontakt s druhými. Na čtvrtém stupni je umístěna **potřeba autonomie**, při které osoba vyžaduje zejména pocit uznání, vážnosti a také užitečnosti. Samotným vrcholem této pyramidy je již **potřeba seberealizace**, na základě které člověk touží po nalezení smyslu svého života (Pichaud, Thareauová, 1998). Mlýnková (2011) na závěr dodává, že u seniorů se tyto potřeby ubírají zcela jiným směrem. Jejich hodnoty a potřeby nejsou v samotném vrcholu této pyramidy, ale vyžadují zejména první stupeň pyramidy, kam se řadí fyziologické potřeby.



Obr. 1: Maslowova hierarchie lidských potřeb (web.fosfa.cz)

### 1.3. Změny projevující se při stárnutí

Stárnutí a stáří je také ovlivněno celou řadou faktorů, které se týkají tělesných, psychických a sociálních změn. Tyto změny jsou velice podstatné a rozhodující z hlediska celkového průběhu stárnutí (Malíková, 2011). Mlýnková (2011) doplňuje, že jsou tyto změny především individuální, nastupují v různém čase, avšak vzájemně spolu souvisí a navzájem se ovlivňují. U většiny seniorů dochází k výskytu většího počtu závažných chorob a zdravotních komplikací, zhoršuje se také smyslové vnímání, klesá celková schopnost pohyblivosti a také se mění struktura a funkčnost paměti. S narůstajícím počtem komplikací se snižuje celková soběstačnost jedince, který následně vyžaduje péči a pomoc od svých blízkých (Dvořáčková in Holczerová, Dvořáčková, 2013).

#### 1.3.1. Biologické změny ve stáří

Biologické neboli tělesné změny ve stárnoucím organismu probíhají různou rychlostí a s odlišnou intenzitou (Malíková, 2011). Tyto změny jsou nejvíce zřetelné na **kůži** a **pohybovém systému**. U seniorů dochází zejména ke snížení aktivity mazových žláz a na rukou nebo v obličeji se objevují hnědé, tzv. „stařecké skvrny“. Typickým znakem je také tvorba vrásek a padání či šedivění vlasů. Dále se také

dostavují změny, které jsou spojené s výškou a váhou postavy. U některých seniorů může ochabovat kosterní svalstvo, které následně způsobuje to, že senioři mohou chodit pouze v mírném předklonu. Celkově také dochází k tomu, že kosti již začínají řídnout, tudíž se následně zvyšuje riziko vzniku zlomenin a úrazů (Mlýnková, 2011; Jarošová, 2006 in Malíková, 2011).

Biologické změny ve stáří se dostavují i v oblasti **kardiovaskulárního systému**, ve kterém dochází k tomu, že klesá kapacita srdce a elasticita cév. U seniorů se může objevit vysoký krevní tlak a také ateroskleróza, která je způsobena ukládáním tukových látek a vápníku do stěny tepen. Problémy se ovšem vyskytují i v **respiračním systému** a to konkrétně tím, že se senior častěji zadýchává během nějaké činnosti a aktivity. I z hlediska **trávicího systému** se odehrávají určité změny a to zejména v oblasti chrupu jedince, který se již opotřebovává a následně dochází i k jeho ztrátě. U seniorů se také snižuje tvorba slin a dokonce může dojít i k výskytu „stařecké“ formy cukrovky. Ve vyšším věku klesá také schopnost ledvin a jedinci mají problémy v oblasti **vylučovacího systému**. Celkově dochází k tomu, že klesá kapacita močového měchýře a někteří senioři nejsou schopni udržet moč. Poslední a velice častá tělesná změna se týká **smyslových orgánů**, přičemž dochází ke zhoršení chuti, čichu, hmatu, zraku a také sluchu. Právě stařecká nedoslýchavost neboli presbyakuze patří mezi závažný problém, jelikož může dojít k problémům v rámci celkového dorozumívání a senior se tak může cítit izolovaně či na okraji společnosti (Mlýnková, 2011; Jarošová, 2006 in Malíková, 2011).

### 1.3.2. Psychické změny ve stáří

Podle Mlýnkové (2011) doprovází stárnutí i změny, které se týkají psychické oblasti. V této sféře dochází k několika specifickým změnám, které se projevují z hlediska poklesu vnímání, pozornosti, paměti, představ či myšlení. Dále také autorka zdůrazňuje, že osobnost jedince zůstává zachována, ale mění se některé jeho vlastnosti. Za nejvíce traumatizující změnu však považuje ztrátu životního partnera. Venglářová (2007) in Malíková (2011) dále poukazuje na to, že dochází i k obtížnému osvojování nových věcí, jedinci jsou nedůvěřiví, emočně labilní a mají také sníženou sebedůvěru. Žumárová (2012) doplňuje, že se staří lidé mohou často

cítit nejistě v neznámém prostředí či během kontaktu s cizími lidmi. Jedlička (1991) in Dvořáčková (2012) naopak zmiňuje i pozitivní psychické změny ve stáří a to konkrétně toleranci k druhým lidem a také celkovou vytrvalost člověka. Mezi další pozitivní aspekty ve stáří patří také trpělivost, celkové zklidnění a umoudření jedince (Žumárová, 2012). Haškovcová (1990) in Žumárová (2012) ovšem zdůrazňuje, že každý člověk je velmi individuální tudíž má každý jiné povahové rysy, které se projevují v rámci celkové osobnosti jedince.

### **1.3.3. Sociální změny ve stáří**

Sociální změny ve stáří zahrnují velice podstatné okamžiky v životě člověka, jelikož souvisí zejména s odchodem do starobního důchodu, který může jedince ovlivnit v negativním či pozitivním smyslu (Mlýnková, 2011). Podle Malíkové (2011) patří odchod do starobního důchodu právě mezi nepříznivé sociální aspekty společně se zhoršením finanční situace, úmrtím partnera či strachem z osamělosti. Jarošová (2006) in Malíková (2011) naopak poukazuje na to, že sociální změny ve stáří nesouvisí pouze s negativními událostmi, ale jsou zde i pozitivní sociální aspekty, kterými jsou funkční rodina, dobré rodinné vztahy, vhodné bydlení, penzijní připojištění či různé zájmy jedince. Na základě nevyhnutelných sociálních změn doporučuje Žumárová (2012) zaměřit se na celkovou adaptaci a přípravu na stáří.

## **1.4. Demografické změny ve společnosti**

Mimo vytyčení tělesných, psychických a sociálních změn ve stáří je také velice podstatné zaměřit se na strukturu lidské populace. V současnosti je stárnutí společnosti jedním z celosvětových problémů, který neodmyslitelně do značné míry postihuje všechny země. Věková struktura obyvatelstva se postupně mění a dochází tedy k tomu, že se zvyšuje podíl osob starších 60 let a zároveň se snižuje podíl osob mladších 15 let. O zvyšujícím se počtu seniorů se tedy často hovoří jako o sociálním problému z hlediska nákladů v oblasti zdravotní a sociální péče. Dle Českého statistického úřadu se předpokládá, že obyvatelstvo České republiky výrazně zestárne (viz. Tabulka č. 1). Osoby ve věku nad 65 let se v roce 2050 přiblíží jedné třetině a počet obyvatel starších 85 let se do roku 2050 zvýší pětinašobně. Dále se také předpokládá, že se do roku 2030 počet seniorů zvýší až o 40-80 %.

Z toho vyplývá, že každý dvacátý občan v ČR bude starší 85 let. Je tedy velice podstatné, aby byly zajištěny důstojné podmínky v rámci péče o seniory v domácím prostředí i pobytových službách (Dvořáčková in Holczerová, Dvořáčková 2013).

**Tab. 1: Prognóza demografického vývoje v ČR dle střední varianty projekce Českého statistického úřadu (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 31)**

<b>Rok</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>	<b>2035</b>	<b>2045</b>	<b>2055</b>
<b>0-14 let</b>	15,1	14,9	13,0	13,3	13,9
<b>15-64 let</b>	67,2	63,4	62,5	57,0	53,7
<b>65+ let</b>	17,7	21,7	24,5	29,6	32,4
<b>Index stáří (65)</b>	117,1	145,6	187,8	222,5	232,7
<b>Index závislosti II (65)</b>	26,3	34,2	39,1	52,0	60,2



## 2. KOMUNIKACE SE SENIORY

### 2.1. Komunikace

Předtím, než se tato kapitola bude věnovat konkrétním aspektům v rámci celkové komunikace se seniory, je podstatné vymezit samotný proces komunikace. Komunikace patří mezi základní a důležité potřeby v životě člověka, které umožňují navazovat sociální kontakty a vyjadřovat naše potřeby či přání. Tento proces má také velký význam v rámci celkového rozvoje osobnosti a podílení se na společenském životě. Právě určité bariéry v řečových schopnostech znemožňují provádět některé úkony každodenního života naplno (Gerlichová, 2014). Pokorná (2010, s. 11) popisuje komunikaci jako „proces, při kterém dochází k předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. Dochází k procesu sdělování (také sdílení), přenosu a výměny významů, zahrnující nejen oblast informací, ale také další projevy lidské aktivity, jako jsou např. formy chování, umělecké výtvoř apod.“ Hauke (2014) zdůrazňuje, že komunikace, která probíhá právě v sociálních službách, vyžaduje především rovnocenný přístup s cílem zjišťování potřeb, přání, možností či schopností klienta. Mlýnková (2011) dále doplňuje, že vhodná komunikace mezi klientem a pečovatelem tvoří především základ dobrého vztahu.

#### 2.1.1. Verbální komunikace

Pokorná (2010) poukazuje na to, že definování pojmu verbální komunikace není natolik složité, jelikož se tato komunikace zaměřuje spíše na vlastní proces a využití prostředky. Vybíral (2005) in Pokorná (2010, s. 16) definuje verbální komunikaci jako „dorozumívání se pomocí slov popř. jinými znakovými symboly.“ Podobně popisují verbální komunikaci i Janáčková, Weiss (2008) kteří jí označují za předávání či sdělování informací na základě slov. Malíková (2010) dále doplňuje, že je také ovlivněna mnoha okolnostmi, např. věkem, vzděláním, výchovou apod.

Venglářová, Mahrová (2006) in Malíková (2010, s. 223-224) vymezují základní kritéria, která se vztahují k úspěšné verbální komunikaci. Jedná se především o tyto faktory:

- **jednoduchost**- jasné a srozumitelné vyjádření obsahu;
- **stručnost**- stručné a výstižné vyjádření;
- **zřetelnost**- zřetelně artikulovat, srozumitelně vyslovovat a používat přesné termíny;
- **vhodné načasování**- důležité hovory uskutečnit ve vhodnou dobu, klidném prostředí atd.

### 2.1.2. Neverbální komunikace

*„Neverbální komunikace představuje druh sdělení, při kterém si předáváme informace beze slov.“* (Janáčková, Weiss, 2008, s. 17). Schopenhauer (2012) in Hauke (2014, s. 83) dodává že *„tvář člověka vyjadřuje více a zajímavější věci než jeho ústa: ústa vyjadřují pouze myšlenku člověka, tvář myšlenku podstaty.“* Podle Malíkové (2010) se jedná o tzv. „pravdivou řeč našeho těla“, při které se nepoužívají verbální prostředky, tj. slova, řeč, či zpěv.

Pokorná (2010, s. 29) uvádí výčet základních složek neverbální komunikace, mezi které se řadí:

- **vizika**- kontakt očí, pohledy či délka očního kontaktu;
- **mimika**- pohyby tváře, především úst, očí, nosu;
- **kinetika**- celkový pohyb těla;
- **gestika**- pohyby rukou;
- **haptika**- doteky, podávání rukou, poplácávání, aj.

V oblasti neverbální komunikace se také rozlišuje tzv. **alternativní** a **augmentativní** komunikace (dále AAK). Ve výzkumné části této bakalářské práce ji vybraní klienti nevyužívají, tudíž bude AAK věnována pouze malá pozornost. Alternativní a augmentativní komunikaci se blíže věnuje např. autorka Bendová (2014) či Janovcová (2003). Výraz alternativní znamená, že zcela nahrazujeme

mluvenou řeč jiným komunikačním prostředkem např. piktogramy<sup>1</sup>. Augmentativní naopak představuje to, že doplňujeme již vybudovanou mluvenou řeč jiným komunikačním systémem např. znakem do řeči<sup>2</sup> (Gerlichová, 2014). Alternativní a augmentativní komunikaci využívají tedy lidé, kteří mají závažně narušenou komunikační schopnost. Cílem AAK je zprostředkovat osobám s poruchou řečové komunikace možnost dorozumívat se a aktivně se zapojit do společenského života (Neubauerová in Dlouhá, 2013).

## 2.2. Specifika komunikace se seniory

Komunikace se seniorem probíhá stejným způsobem jako s ostatními lidmi, ale musí se především zohledňovat skutečnost, že se s věkem snižují smyslové funkce, tj. zhoršuje se zrak a sluch. Často také dochází k tomu, že se u seniorů přidružují různá onemocnění či postižení, která mohou mít negativní vliv na celkový průběh komunikace. Samotný proces komunikace nejčastěji ovlivňuje právě demence, jelikož se zhoršuje paměť a jedinec si nevybavuje jednoduchá slova. Během komunikace se seniory je tedy důležité, abychom přizpůsobili celkové tempo řeči, hovořili hlasitě, dobře artikulovali a brali ohledy na celkový fyzický stav jedince (Hauke, 2014). Stančíková, Šabatová (2012) zdůrazňují, že je také velice důležitá trpělivost v rámci procesu komunikace se seniorem. Při komunikaci zvláště s obyvateli domova pro seniory je také vhodné vědět, jaké poruchy jsou u jednotlivých pacientů a jakého druhu komunikace je dotčený schopen. Dále je také podstatné dozvědět se o klientovi co nejvíce, aby se vybudoval vztah a důvěra mezi klientem a ošetřujícím personálem (Rheinwaldová, 1999).

Musíme především myslet na to, že každý člověk se potřebuje dorozumívat se svým okolím, a proto mu zejména záleží na tom, abychom mu trpělivě naslouchali a následně porozuměli. Nepochopení z naší strany může vést k tomu, že dotčeného člověka předem odsoudíme a také zraníme (Pichaud, Thareauová, 1998).

---

<sup>1</sup> Piktogramy jsou obrázky, které zastupují jeden věcný význam a zpodobňují ho bez vazby na řeč (Neubauerová in Dlouhá, 2013, s. 69-70).

<sup>2</sup> Znak do řeči představuje kompenzační prostředek, na základě kterého se znakuje jen tzv. klíčová slova ve větě (Neubauerová in Dlouhá, 2013, s. 68-69).

### 2.2.1. Bariéry v komunikaci

Překážky neboli bariéry brání srozumitelné komunikaci mezi jedinci a mohou vznikat buď na straně **pečovatele, klienta** či **prostředí**. Překážky na straně pečovatele se projevují zejména tím, že se pečovatel bojí citlivých a náročných témat v rámci komunikace, např. ohledně umírání či zdravotního stavu jedince aj. Překážky na straně klienta vznikají v rámci jeho aktuálního stavu, např. senior je unavený, a proto nechce komunikovat. Překážky, které jsou již ovlivněné prostředím, mohou být způsobeny především hlukem, např. bouchání dveřmi či přítomností více klientů v místnosti. Dalšími překážkami v rámci procesu komunikace mohou být také **somatické** (např. nedoslýchavost, demence) či **psychické bariéry** (např. úzkost, stres). V nejhorším případě se ovšem může stát, že klient nedůvěřuje pečovateli, a proto se mu nechce svěřovat (Mlýnková, 2011).

### 2.2.2. Komunikační problémy starších osob a seniorů

Komunikační problémy u starších osob a seniorů jsou ovlivněny přirozenými fyziologickými změnami organismu, které se v tomto období začínají častěji vyskytovat (Slowík, 2010). Krahulcová (2002) in Slowík (2010) poukazuje na to, že mezi obvyklé komunikační specifika stárnoucích osob patří především změny síly a výšky hlasu a také zhoršení jeho celkové kvality. Často však dochází i k postupné ztrátě slyšení vysokých frekvencí neboli ke stařecké nedoslýchavosti. Worrall, Hickson (2003) in Slowík (2010) doplňují, že se také snižuje schopnost porozumění řeči v horších akustických podmínkách. Při komunikaci s nedoslýchavým člověkem je proto důležité více se soustředit na celkový průběh komunikace, jelikož musíme udržovat oční kontakt, mluvit pomaleji, artikulovat a tvořit jednoduché věty (Pichaud, Thareauová, 1998). U seniorů se také snižuje mluvní tempo, schopnost porozumění složitým a dlouhým sdělením a zhoršuje se artikulační přesnost (Stancíková, Šabatová, 2012).

## 2.3. Logopedická intervence u seniorů

Termín logopedická intervence se prolíná teoretickou i praktickou částí této bakalářské práce, tudíž je velmi podstatné věnovat jí též pozornost. Logopedická intervence je zjednodušeně činnost logopeda, která začíná již v momentě příchodu

klienta do ambulance. Jedná se tedy o aktivitu s cílem zjistit, zmírnit a odstranit poruchy řečové komunikace a zlepšit komunikační schopnost jedince (Lechta, 2011).

Logopedická péče se v České republice realizuje v rámci tří rezortů. Konkrétně se jedná o rezort Ministerstva zdravotnictví (dále MZ), rezort Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT) a také rezort Ministerstva práce a sociálních věcí (dále MPSV). V rámci rezortu MZ se logopedickými pracovišti rozumí zejména logopedické ambulance a logopedická pracoviště lůžkových zařízení. Pod záštitou tohoto rezortu je péče poskytována osobám s poruchou řečové komunikace bez ohledu na jejich věk. Avšak rezort MŠMT se již zaměřuje na žáky a studenty v rámci vzdělávacího procesu. Nejčastěji se jedná o zařízení, jako jsou speciálně pedagogická centra (dále SPC), speciální školy, různá předškolní zařízení či pedagogicko-psychologické poradny (dále PPP). Logopedická péče v rámci rezortu MPSV se již týká zařízení typu ústavů sociální péče či zařízení pro stárnoucí občany (Neubauer, 2014). Logopedická péče se tedy seniorům může poskytovat v rámci logopedické ambulance, ve zdravotnickém zařízení nebo právě v zařízeních sociálních služeb např. v domovech pro seniory. Již od prvotního zahájení logopedické péče je ovšem nesmírně důležitá motivace a trpělivost samotného klienta, ale také podpora a pomoc rodiny, která by měla být zapojena do celkového procesu terapie (Kejklíčková, 2011).

### 3. NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY KOMUNIKAČNÍCH OBTÍŽÍ U SENIORŮ

#### 3.1. Cévní mozková příhoda

Mezi první a velice závažné příčiny, v rámci kterých dochází ke vzniku poruchy řečové komunikace, patří cévní mozková příhoda (dále CMP). „*Mozková mrtvice neboli iktus je akutní cévní poškození mozku. To znamená náhle vzniklé závažné postižení mozkových krevních cév. Toto poškození může být způsobeno ucpáním cévy krevní sraženinou, zúžením krevních cév, kombinací obou jevů-blokády i zúžení, anebo prasknutím cévy.*“ (Feigin, 2007, s. 39). Cévní mozkové příhody jsou nejčastější příčinou afázií a rozlišují se dvě základní skupiny:

- **Cévní příhody ischemické (ischemický infarkt, snížené prokrvení mozku)**- nejčastější příčinou je např. trombóza nebo embolie;
- **Cévní příhody hemoragické (krvácení)**- nejčastější příčinou je vysoký krevní tlak, může prasknout aneurysma neboli tepenná výduť.

(Čecháčková, 2003, s. 145)

Mezi příčinami úmrtí jsou právě CMP na druhém místě a každoročně postihnou ve světě 13 milionů osob (Kejklíčková, 2011). Mezi nejčastější příčiny vzniku mozkové příhody patří např. vysoký krevní tlak, vysoká hladina tuků, tvrdnutí tepen neboli ateroskleróza, srdeční poruchy, diabetes, migrény, kouření či alkohol (Feigin, 2007). Již na základě varovných příznaků lze zaznamenat a upozornit, zdali se jedná o mozkovou příhodu či nikoliv. Mezi typické varovné příznaky CMP patří např. závratě, náhlé pády či prudké bolesti hlavy aj. (Mlýnková, 2011). Kejklíčková (2011) dále zdůrazňuje, že se příznaky mohou objevit náhle, prudce nebo naopak pozvolna. Mezi varovné symptomy se ovšem řadí i fyzické příznaky, mezi které patří zejména ochrnutí, ztráta citlivosti na tváři či na horní a dolní končetině jedné strany těla. V rámci CMP také dochází k potížím při mluvení či rozumění řeči a objevují se i problémy v polykání. Až okolo 30 % jedinců má jeden nebo více problémů týkající se komunikace, tudíž nejsou schopni mluvit a rozumět mluvené řeči. Jedinci po CMP také nerozumí psaným textům či používají

slova beze smyslu (Feigin, 2007). Kejklíčková (2011) uvádí, že asi u pětiny pacientů po CMP se objevují příznaky, které jsou typické pro určitý druh afázie.

Následná péče a léčení po mozkové příhodě vyžaduje veliké úsilí a motivaci samotného pacienta, jeho rodiny a také celého lékařského týmu. Tým specialistů obvykle tvoří lékaři, zdravotní sestry, logoped, dietní sestra, geriatr, fyzioterapeut, pracovní terapeut a sociální pracovník. Působení logopeda spočívá zejména ohledně hodnocení pacientovy schopnosti polykání a komunikace s ostatními (Feigin, 2007). Z hlediska určitých problémů u osob po CMP v rámci komunikace je především důležité dodržet několik zásad, mezi které patří např.:

- upoutání pozornosti osoby před začátkem mluvy;
- odstranění rušivých faktorů;
- pomalá a výrazná mluva, zřetelná gestikulace;
- krátké konverzace, jednoduché a krátké věty;
- opakování sdělení, zdůrazňování důležitých slov aj.

(Neubauer 2007, s. 127-128)

Slowík (2010) také poukazuje na to, že je důležité doplňovat konverzaci o neverbální projevy, např. ukazování předmětů, o kterých právě hovoříme. Dále zdůrazňuje, že není vhodné používat otázky typu: „Chcete housku, chleba nebo něco jiného a čím byste to chtěl namazat?“. Za vhodnější postup považuje to, že ukážeme např. na housku a následně se zeptáme: „Chtěl byste housku namazanou máslem?“. Z toho vyplývá, že při komunikaci je vhodné používat spíše uzavřené otázky, na které dostaneme odpověď ANO/NE. Na závěr dodává, že je také velice důležitý chápající přístup a trpělivost při dorozumívání ze strany blízkých, odborníků či personálu ve zdravotnických zařízeních.

### **3.1.1. Afázie**

Jak je již výše uvedeno, cévní mozkové příhody jsou nejčastější příčinou afázií, proto je velice podstatné, aby byla této problematice věnovaná dostatečná pozornost. Afázie je získaná porucha řečové komunikace, při které dochází k tomu, že jedinec není schopný tvořit řeč a/nebo jí rozumět (Kejklíčková, 2011). Neubauer

(2014, s. 80) definuje afázii jako „*poruchu individuálních jazykových schopností na bázi traumatu CNS, je vždy více modálním jevem, ovlivňujícím percepci mluvního projevu, verbální expresi, lexické a grafické dovednosti i verbálně mnestické funkce*“. Afázie je tedy náhle vzniklá porucha řečové komunikace, na základě které dochází ke ztrátě schopnosti produkovat mluvenou řeč. Jedinci mají problémy vyjádřit se srozumitelně verbální řečí, rozumět významu slov a využívat odpovídající výrazy. U každého se také objevují nedostatky z hlediska čtení, počítání a také psaní. Afatici mají problémy zejména v gramatice a při sestavování souvislých vět (Neubauer, 2014).

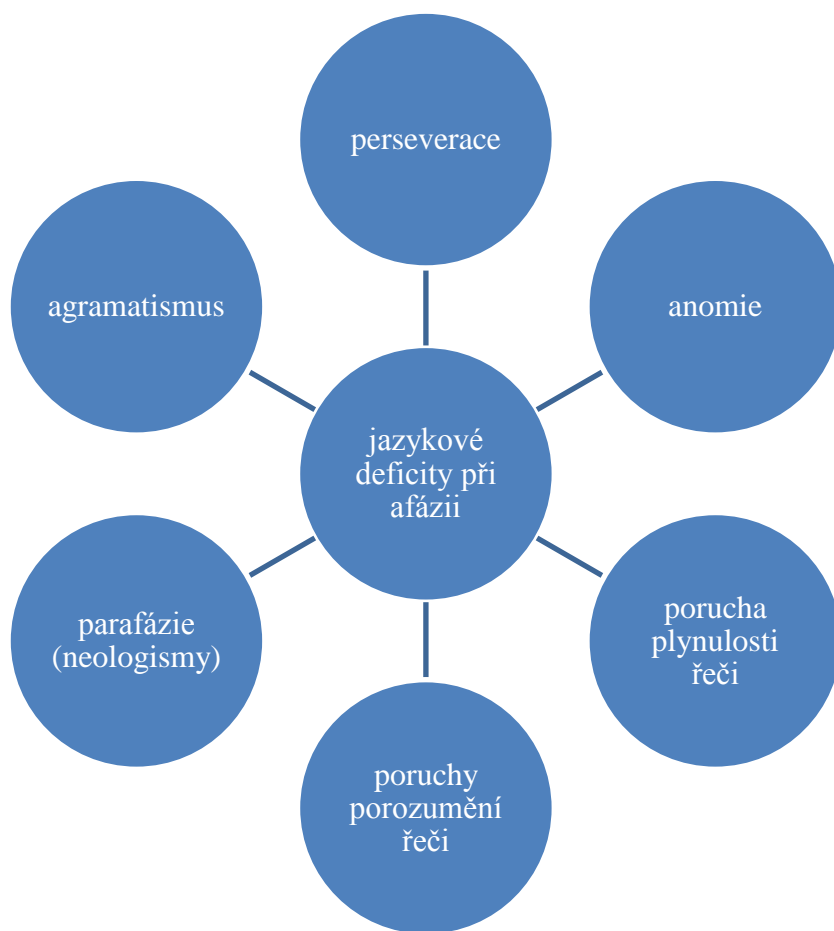
Vznik a příčina získané neurogení poruchy řečové komunikace se týká zejména populace dospělých a také stárnoucích osob (Neubauer, 2007). „*Afázie vzniká poškozením korových center řeči v dominantní mozkové hemisféře, která jsou na produkci a rozumnění řeči specializovaná*.“ (Kejklíčková, 2011, s. 42). Ve většině případů dochází ke vzniku afázie na základě poškození korových oblastí v levé mozkové hemisféře (Kejklíčková, 2011). Mezi nejčastější příčiny afázie se uvádí již zmiňované cévní mozkové příhody, nádory a infekce centrální nervové soustavy (dále CNS) či degenerativní onemocnění CNS (Neubauer, 2014). U osob po cévních mozkových příhodách je až v 20-33 % případech možnost vzniku poruchy řečové komunikace. Naopak u 10-18 % jedinců se předpokládá, že se porucha projeví až v průběhu vývoje onemocnění (Neubauer, 2007).

### 3.1.1.1. Symptomatologie afázie

U afatiků je v rámci procesu komunikace přítomno hned několik specifických symptomů (viz. Schéma č. 1). Příznaky afázie se vyskytují v různých kombinacích, množství a také kvalitě. Důležitým symptomem je zejména to, zda je řeč **fluentní** (plynulá) či **nonfluentní** (neplynulá) a zda je narušena **percepce** (vnímání) či **exprese** (vyjádření) (Klenková, 2006). Příznaků, poruch a zvláštností v mluvních projevech u osob s afázií je mnoho. Jedním z nejčastějších příznaků afázie jsou **dysnomie**, při kterých mají jedinci problémy s pojmenováním určitého pojmu. Dalším velice častým příznakem jsou **fonemické** či **sémantické parafrázie**. Při fonemické parafrázií afatik zaměňuje fonémy např. dům za dým a při sémantické parafrázií zaměňuje podobná slova stejného významu např. židli za stoličku



(Neubauer, 2014). Při afázii se také velice často objevují **poruchy rozumění**, **neologismy** (novotvary) či **perseverace**, které se vyznačují tím, že osoba lpí na předchozím podnětu. Dalším velice typickým symptomem bývá také **logorhea** neboli překotně rychlá mluva se sníženou srozumitelností (Čecháčková, 2003). Také **agramatismy** bývají velice typické a vyznačují se tím, že afatik má nesprávné gramatické vyjádření např., vynechává předložky, špatně skloňuje apod. (Dvořák, 1998). Kejkličková (2011) na závěr dodává, že ryze typická řeč afatiků se vyznačuje zejména poruchou v tvorbě vět, ve volbě vhodných slov a ve sledu slabik či hlásek.



**Schéma 1: Nejčastější jazykové deficity vznikající v důsledku léze mozku  
(Cséfalvay, 2007, s. 17)**

### 3.1.1.2. Klasifikace afázií

Čecháčková (2003, s. 150) zdůrazňuje, že klasifikace afázií je různorodá, avšak v klinické praxi se velice často používá kategorizace, která dělí afázii na:

- **motorickou** (Brocovu, expresivní);
- **senzorickou** (Wernickeho, receptivní);
- **totální** (globální).

Afázii lze tedy rozdělit do několika typů, které ovšem nebývají čisté, a proto dochází k prolínání příznaků dvou nebo více druhů. U každého typu afázie je ale běžně poškozena schopnost psaní, čtení, kreslení, malování, počítání či zpívání (Kejklíčková, 2011). Dělení afázií bývá různé, avšak jednou z nejznámějších kategorizací je **Bostonská klasifikace**. Bostonská klasifikace se řadí mezi nejužívanější klasifikace afázií, která vznikla v 19. Století. Tento způsob dělení se zaměřuje zejména na oblast pojmenování, opakování a také plynulost společně s porozuměním mluvené řeči (Klenková, 2006). Pro přehlednost byla vytvořena tabulka Bostonské klasifikace, která se zaměřuje na základní charakteristiku klinických syndromů afázie (viz. Tabulka č. 2)

Do Bostonské klasifikace patří **Brocova (motorická) afázie**, při které je narušena plynulost a expresivní složka řeči. Dochází k narušení řečové produkce ovšem s dobře zachovaným rozuměním. Brocova afázie je typická tím, že jedinec mluví málo, ale zato s jasným komunikačním záměrem a také sdělením. U jedinců se vyskytují fonematické parafrázie a také agramatismy. Opakování společně s pojmenováním je u afatika zcela narušeno (Neubauer, 2007). Totéž platí i v rámci čtení a psaní, které jedinci způsobují značné obtíže (Cséfalvay, 2007).

Dále je v této klasifikaci **globální (totální) afázie**, která je nejzávažnějším typem afázie, jelikož je výrazně narušena produkce řeči. Pacienti často perseverují slabiky nebo pouze stereotypně opakují neologismy. Vyskytují se také problémy se čtením a psaním, kde se často objevuje pouhé čmárání (Cséfalvay, 2007).

Třetím typem je **transkortikální motorická afázie**, která se projevuje tím, že osoba málo mluví a řeč je celkově chudá s jednoduchými odpověďmi na položené otázky. Rozumění je u afatika celkem zachováno a je již narušeno méně (Neubauer,

2007). Čtení bývá také zachováno, avšak psaní je poznamenáno pomalým tempem (Cséfalvai, 2007).

U **smíšené transkortikální afázie** je typické zejména to, že je velice podobná globální afázii, avšak reprodukování slov je lépe zachované. U pacientů jsou často také přítomné řečové perseverace (Cséfalvai, 2007).

**Wernickeho (senzorická) afázie** je charakteristická špatným rozuměním, pojmenováním a opakováním (Neubauer, 2007). Produkce řeči je ovšem plynulá a také dobře artikulovaná. Čtení je také výrazně narušeno, avšak psaní může být po formální stránce zachováno (Cséfalvai, 2007).

U **konduktivní (centrální) afázie** se ve slovech vyskytují fonemické paraafázie. U čtení dochází k tomu, že při tiché realizaci je porozumění dobré, ale již při hlasitém čtení se často objevují chyby (Cséfalvai, 2007). U pacientů je ovšem vcelku dobrá úroveň plynulosti a také rozumění verbálnímu projevu (Neubauer, 2007).

Dalším typem je **anomická (amnestická) afázie**, která je charakterizována jako porucha, při které je řeč plynulá, ale je přerušována tzv. anomickými pauzami. Největší obtíže se ale vyskytují při pojmenování předmětů a činností. Rozumění společně s pojmenováním bývá na dobré úrovni a čtení s porozuměním není narušeno. Psaní je u pacientů s lehkým stupněm afázie narušeno jen mírně (Neubauer, 2007).

Posledním typem je **transkortikální senzorické afázie** při které je řeč plynulá, ale je doprovázena velikým množstvím parafází. U pacientů je narušeno také porozumění řeči a psaní. Čtení izolovaných slov nahlas může být zachováno, avšak problémy nastávají při porozumění čteným slovům a zejména větám (Cséfalvai, 2007).

Čecháčková (2003) uvádí i další druhy klasifikací, na základě kterých lze rozlišovat konkrétní typy afázie. Kromě již zmiňované Bostonské klasifikace existuje také Lurijova, Kimlova, Hrbkova či Olomoucká klasifikace.

**Tab. 2: Bostonská klasifikace: základní charakteristika klinických syndromů afázie (Cséfalvay a kolektiv, 2007, s. 18)**

<b>Klinický syndrom afázie</b>	<b>Spontánní řeč</b>	<b>Porozumění řeči</b>	<b>Opakování</b>	<b>Pojmenování</b>
<b>Brocova afázie</b>	nonfluentní agramatická parafázie	lehké až těžké poruchy	narušeno	narušeno
<b>Globální afázie</b>	absentuje řečová stereotypie	těžce narušeno	těžce narušeno	těžce narušeno
<b>Transkortikální motorická afázie</b>	nonfluentní echolalická	lehké až středně těžké poruchy	nenarušeno, případně lehce narušeno	narušeno
<b>Smíšená transkortikální afázie</b>	nonfluentní řečové stereotypie	těžce narušeno	zachováno, mírně narušeno	narušeno
<b>Wernickeho afázie</b>	fluentní parafázie, neologismy	těžce narušeno	narušeno	narušeno
<b>Konduktivní afázie</b>	fluentní	lehce narušeno	výrazně narušeno, fonemická parafázie	lehce narušeno
<b>Amnestická afázie</b>	fluentní anomické pauzy	lehce narušeno	zachováno	narušeno
<b>Transkortikální sensorická afázie</b>	fluentní echolalická	těžké poruchy	zachováno, echolálie	narušeno

### 3.1.1.3. Diagnostika afázie

Důležitou součástí v rámci afázie je také provedení celkové diagnostiky pacienta. Diagnostika afázie může být realizována na základě klinického vyšetření nebo prostřednictvím standardizovaných testů (Čecháčková, 2003). Cílem při diagnostikování afázie je získat dostatečné množství informací pro volbu vhodné terapie a také následné rehabilitace (Klenková, 2006). Kejkličková (2011) zdůrazňuje, že lékařská diagnóza nemusí být vždy spolehlivá, a proto je velice důležité, aby se u pacienta provedla důkladná anamnéza, která dokáže odlišit afázii od jiných poruch řeči, např. od dysartrie. Lékaři mohou při diagnostice afázie uplatnit pouze orientační vyšetření, jelikož detailní a více komplexní vyšetření afázie spadá již do kompetence klinického logopeda (Cséfalvay, 2007).

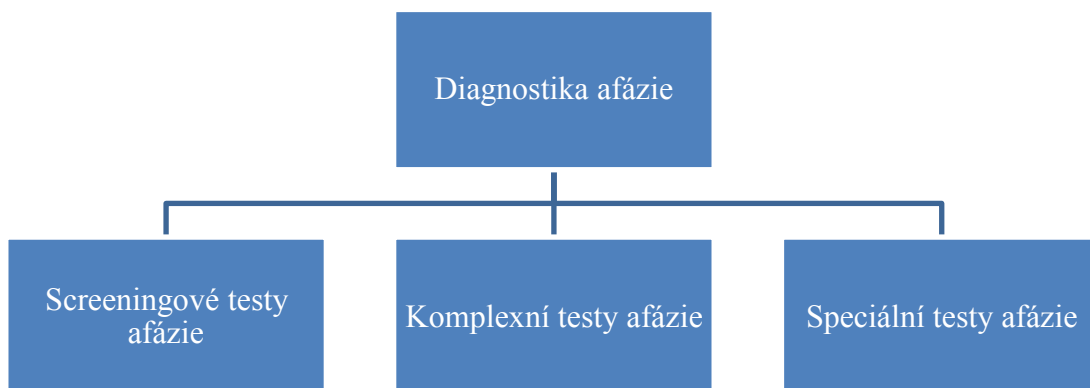
Logopedická diagnostika afázie je důležitou součástí komplexní diagnostiky, která je realizována víceoborovým týmem- neurologem, klinickým psychologem a sociálním pracovníkem. Mezi neurologické zobrazovací metody v diagnostice afázií se uplatňuje např. výpočetní tomografie (CT) či magnetická rezonance (Neubauer, 2007). Při diagnostice afázie se mohou sledovat různé cíle, např.:

- zhodnotit, zdali je či není přítomna afázie;
- diagnostikovat afázii v akutním stádiu onemocnění;
- určit typ a stupeň afázie;
- zaznamenat úroveň každodenní komunikace pacienta;
- analyzovat specifické příznaky afázie.

(Cséfalvay, 2007, s. 34)

Mezi základní úkoly logopedické diagnostiky patří zejména navázání kontaktu s osobou s poruchou řečové komunikace a následné vytvoření pocitu vzájemné důvěry. Dále se provádí vyšetření celkového stavu pacienta, na základě kterého se určí typ a rozsah deficitu. Poté se již vytvoří a stanoví individuální plán následné logopedické péče. Nesmí se ovšem zapomenout na to, aby se také zajistila další návaznost péče jedince s příslušnými odborníky, např. z hlediska rehabilitace chůze aj. Při celkové terapii je důležitá zejména samotná motivace klienta, jeho rodiny a celého ošetřujícího personálu (Neubauer, 2007).

V současnosti je k dispozici celá škála diagnostických postupů, na základě kterých může logoped zaznamenat všechny aspekty afázie (viz. Schéma 2).



**Schéma 2: Klasifikace testů afázie (Cséfalvay, 2007. s. 34)**

### **Diagnostika v akutním stádiu onemocnění**

Diagnostika v akutním stádiu je charakteristická tím, že jsou pacienti velmi rychle unavitelní a to právě směřuje k tomu, že nejsou schopni déle udržet pozornost. Je tedy velice podstatné, aby se v krátké době zaznamenaly celkové aspekty afázie. Ve většině testů se tedy hodnotí spontánní řečová produkce pacienta a schopnost porozumění mluvené řeči. Ke zjištění typu afázie je naopak důležité zjistit schopnost pojmenování a opakování. Mezi nejznámější screeningové testy afázie, které mají využití především ve vyspělých státech Evropy a v Severní Americe, patří např.: **Frenchay Aphasia Screening Test- FAST**, **Bedside Evaluation Screening Test-BEST-2 (Sklar Aphasia Scale (Revised)- SAS** (Cséfalvay, 2007).

Screeningové testy byly adaptovány také na Slovensku, kde pracovní adaptaci **Aphasia Schnell test- AST** připravil již zmiňovaný autor Zsolt Cséfalvay. V tomto testu se hodnotí pojmenování předmětů a osob na obrázku, porozumění slyšené řeči, čtení slov a psaní. U nás se používá experimentální verze **Aphasia Screening**, kdy na základě tohoto testu lze během 10 minut zachytit jazykové schopnosti vyšetřované osoby. V současné době se také využívá česká verze **Mississippi Aphasia Screening Test- MAST**. Tento test se zaměřuje na vyšetření poruch fatických funkcí a je vhodný k rychlé diagnostice v akutním stádiu onemocnění. Výhodou tohoto testu je jeho časová nenáročnost, která se pohybuje od 1 do 10 minut. MAST hodnotí automatickou řeč, pojmenování, opakování,

plynulost při popisu obrázku, psaní podle diktátu, porozumění alternativním otázkám, porozumění slovům, porozumění mluvené řeči a čtené instrukci (Csefálvay, 2007).

### **Komplexní testy afázie**

Komplexní testy afázie se využívají v případě, pokud se klinický obraz afázie po několika týdnech či měsících ustálí. Nejpoužívanějšími diagnostickými postupy jsou **standardizované testové baterie afázie**, ve kterých se hodnotí čtení, psaní, zručnost a počítání. Mezi komplexní testy se dále řadí **kvantitativně orientované testy afázie**, na základě kterých můžeme zhodnotit příznaky afázie a určit jejich rozsah. Prvním kvantitativně orientovaným testem je **Boston Diagnostic Aphasia Examination- BDAE**, který obsahuje 27 subtestů. Tomuto testu je velice podobný **Western Aphasia Battery- WAB**, který byl také připraven v české a slovenské verzi. Tento test se stal nejpoužívanějším testem v klinické praxi, a proto je přeložen do řady jazyků. Dalšími komplexními testy jsou např. **kvalitativně orientované testy afázie** či **testy orientované na funkční komunikaci osob s afázií** (Csefálvay, 2007).

### **Speciální testy afázie**

*„Speciální testy afázie se velmi často používají v případech, kdy je potřeba se při vyšetření zaměřit jen na některé jazykové deficity, respektive na některou specifickou oblast, která nebyla předmětem hodnocení základního testování.“* (Csefálvay, 2007, s. 39). Velice známým speciálním testem afázie je **Token Test-TT**, ve kterém se hodnotí úroveň porozumění řeči (Csefálvay, 2007). Název tohoto testu pochází z angličtiny (*token*= znak, symbol, projev). Úkolem afatika je za pomoci různých instrukcí ukázat na geometrický tvar (kruh nebo čtverec) o různé velikosti a barvy (5 různých barev). Test je rozdělený do pěti částí po 10 úkolech a trvá okolo 15-20 minut. Obtížnost tohoto testu se postupně zvyšuje a výkon pacienta terapeut vůbec nekomentuje a hlavně neopravuje (Kejklíčková, 2011). Mezi další speciální testy patří například **Boston Assessment of Severe Aphasia- BASA** či **Reporter's Test** (Csefálvay, 2007).

#### 3.1.1.4. Terapie afázie

Po stanovení přesného typu afázie je důležitá následná cílená, dlouhodobá a intenzivní terapie. Úkolem klinického logopeda je poskytnout především kvalitní terapii, ale také zajistit a domluvit další návaznost péče (Čecháčková., 2003). Před prvním setkáním s pacientem je nutné, aby se klinický logoped seznámil s výsledky lékařských vyšetření včetně rodinné a sociální anamnézy. Důležité je zejména to, že čím více informací a údajů o pacientovi získáme, tím lépe a snadněji naplánujeme terapeutické postupy (Kejklíčková, 2011). Při terapii afázie je také důležité, aby se u dospělé populace aplikovaly zejména terapeutické postupy s vhodným obsahem, nikoliv materiály z logopedické péče o děti mladšího věku (Neubauer, 2007). Terapie fatických funkcí je efektivní zejména z hlediska poznatků těchto afaziologických terapeutických směrů:

- **Lurijova neuropsychologická koncepce** a z ní vycházející metodika obnovování vyšších psychických funkcí;
- **Psycholingvisticky či kognitivně-neuropsychologicky orientovaný přístup** stimulace porušených modalit individuálního jazykového komunikačního systému;
- **Postupy zaměřené na sociální skupinovou interakci** sledující navození situace blížící se skutečné komunikační realitě;
- **Specifické postupy pro stimulaci obnovování modalit- MIT** (melodicko-intonační terapie) či postupy tlumení perseverací apod.;
- **Systémy využití neverbálních komunikačních prostředků-** piktogramy, pojmové kresby, programy s užitím prostředků neverbální komunikace.

(Neubauer, 2007, s. 56)

Metod a prostředků terapeutické pomoci osobám s afázií je celá škála, a proto se tato část bude věnovat pouze některým z nich. Této problematice se blíže věnuje autor Zsolt Cséfalvay (2007) či Karel Neubauer (2007).



## **Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie**

Zakladatelem této terapie je ruský neurolog A. R. Lurija, který přišel po 2. světové válce se syntetizující teorií poruch vyšších psychických funkcí a systémového vlivu mozkové léze na tyto funkce. Základním principem obnovovací terapie je zapojení nových složek a tvoření nových funkčních systémů, které nebyly součástí při realizaci porušené funkce např., při obnově čtení písmen se zapojuje hmat (Neubauer, 2014).

## **Specifické cílené postupy obnovovací terapie**

Do této skupiny patří takové cílené postupy, které jsou zaměřené na překonávání častých komplikací, které doprovázejí afázii. Jedním z těchto postupů je **melodicko-intonační terapie**, která využívá schopnosti správně intonovat určité krátké mluvní fráze. Tato terapie je úspěšná u osob, které mají dobře zachované rozumění řeči a dobře zachovanou schopnost reprodukovat melodické písňové vzory (Neubauer, 2014). Mezi specifické postupy se také řadí **tlumení perseverací**, při kterém se využívá různých forem prodloužení pauzy mezi ukázáním stimulu a jeho pojmenováním apod. (Cséfalvay, Traubner 1996, s. 168 in Neubauer, 2014). Cílem je snaha o navození vědomé kontroly počátku vlastní mluvní produkce u osoby s afázií (Neubauer, 2014).

## **Skupinové terapie u osob s afázií**

Kulišťák (1997) in Neubauer (2014) uvádí, že program skupinových sezení afatiků je zaměřen na stimulaci všech psychických funkcí. Program se orientuje na zlepšení paměti, percepce, pozornosti, psaní a čtení. Nejvyšší počet osob ve skupině by měl být maximálně 6 za účasti dvou terapeutů, rodinných příslušníků apod. Cílem skupinové terapie je maximalizovat komunikaci, povzbudit a podpořit členy skupiny a vytvořit pozitivní atmosféru (Cséfalvay, 2005 in Neubauer, 2007).

## **Specializované PC programy**

V současné praxi lze aplikovat i počítačové programy, které výrazně rozšiřují možnosti terapeutického procesu. V terapii lze využít komplexní soubor programů s názvem MENTIO. První titul vznikl v roce 1996 a na jeho vzniku se podíleli

manželé Petržílkovi. Tento program zahrnuje v současnosti osm titulů, které se zaměřují na slovní zásobu, slovesa, paměť, zrakovou percepci, početní úlohy, trénink sluchové paměti, nácvik fonace a také nahrávání (Neubauer, 2014).

### 3.2. Demence

*„Člověk s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něho  
vstoupil: jako bezmocné dítě.“*

Huub Buijssen

Druhou a velice častou příčinou, která způsobuje velice závažné problémy v rámci komunikace, je demence. Jiráček in Jiráček, Holmerová, Borzová a kolektiv (2009, s. 11) definuje demence jako *„poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí. Mezi tyto funkce náleží kromě paměti pozornost, vnímání a řečové funkce (schopnost tvorby řeči i schopnost porozumění řeči).“* Demence je velmi závažná duševní nemoc, která je nevyлéčitelná. Příčina vzniku této nemoci není dosud známá, avšak často se hovoří o genetických faktorech či o celkovém procesu stárnutí (Buijssen, 2006). V současnosti existuje několik typů demence, ovšem nejčastěji se vyskytující je tzv. **Alzheimerova choroba** a **vaskulární demence**, ke které dochází na základě cévních příčin.

Průběh demence lze rozdělit do **tří stádií**, během kterých se mění celková komunikace a řeč jedince. Komunikace u osob s demencí se postupně vytrácí a čím pokročilejší demence je, tím větší úsilí musí jedinec během své komunikace vynaložit. Již během prvního stádia demence není jedinec schopen mluvit o nedávných událostech, např., co měl k obědu apod. Často také používá nejasná slova „to“ a „někde“, která nám ovšem nic přesného nenapoví. Je důležité zdůraznit, že v této fázi mají osoby s demencí stále zachované porozumění. V dalším stádiu demence se již samotná iniciativa ohledně zapojení se do běžného rozhovoru postupně vytrácí a pro okolí je velmi obtížné porozumět samotné řeči jedince. V posledním stádiu již osoby přestávají zcela mluvit (Buijssen, 2006). V rámci průběhu komunikace mají také osoby s demencí značné problémy s udržením očního

kontaktu, mají celkově sníženou motivaci ke kontaktu a jejich projev bývá nepřiměřený a zmatený (Neubauer, 2014).

Demence také způsobuje změnu chování, zhoršuje jedinci soběstačnost a mění jeho celkové chování. Na základě demence dochází i k poruchám paměti, vnímání a soustředění. Zhoršuje se celková orientace, intelektové schopnosti, myšlení a již zmiňovaná řeč jedince. Často bohužel dochází k útěkům z domova, agresi, úzkosti, strachu a poruchám spánku. Mezi první varovné příznaky demence, které mohou blízké rodině a okolí napovědět, jsou poruchy krátkodobé paměti, avšak dlouhodobá paměť je zachovalá a jedinec si velice dobře pamatuje na události a zážitky ze svého dětství a mládí (Mlýnková, 2011).

Klvetová, Dlabalová (2008, s. 119) uvádějí důležité zásady, které jsou podstatné z hlediska správné komunikace s osobami s demencí:

- získat informace o stupni a typu demence u konkrétního jedince;
- dbát na správné oslovení;
- používat jednoduché věty, mluvit srozumitelně a pomalu;
- pokyny dávat postupně- mnoho úkolu způsobuje pocit nejistoty a neschopnosti;
- při práci je nutné sdělovat, co děláme a informovat klienta o čase a prostoru;
- neponižovat jedince, nedávat mu otázky typu- co děláte, kam jdete aj.

Janáčková, Weiss (2008, s. 131-132) vymezují i tzv. **desatero komunikace s pacienty se syndromem demence**, které se zaměřuje a zdůrazňuje zejména tyto aspekty:

1. Při komunikaci omezit rušivé a rozptylující vlivy prostředí, ujistit se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (sluchadla) a že netrpí poruchou ve smyslu afázie;
2. Pacienta povzbuzovat vlídným zájmem, usilovat o klidné chování a pozitivní výraz, omezovat prudké pohyby a přecházení, zůstat v zorném poli pacienta;
3. Mluvit srozumitelně, pomalu a v krátkých větách;
4. V hovoru se vyhýbat odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironií;
5. Používat známé výrazy, přímá pojmenování a udržovat oční kontakt;

6. Využívat neverbální komunikaci, mimiku a dotek;
7. Dávat najevo, když odcházíme;
8. Neomezovat komunikaci, ale přizpůsobovat ji schopnostem pacienta;
9. Chránit důstojnost lidí trpících syndromem demence;
10. Při komunikaci posilovat orientaci pacienta osobou, místem i časem.

### 3.3. Stařecká nedoslýchavost

Za velmi častou komplikaci, která doprovází proces stárnutí, se označuje i tzv. stařecká nedoslýchavost. „*Stařecká nedoslýchavost neboli presbyakuze se projevuje jako oboustranně souměrná nedoslýchavost s občasným tinnitem, tj. ušním šelestem.*“ (Skákalová in Neubauer, Skákalová a kol., 2015, s. 146). U těchto osob je velice důležitá včasná diagnostika neboli zjištění sluchové vady z důvodu přidělení vhodného typu sluchadla a následné zahájení surdologopedické péče (Neubauer, 2014). Ztráta sluchu způsobuje určitá omezení, která se týkají především komunikace seniora se svým okolím. Role klinického logopeda tedy spočívá ve správné motivaci postiženého jedince ke komunikaci (Škodová, Jedlička a kol., 2003). Pouze malá část osob se stařeckou nedoslýchavostí se dostává do péče klinického logopeda, jelikož nejsou tolik motivováni a mají zájem pouze o jednorázové řešení jejich sluchové ztráty za pomoci sluchadla (Neubauer, 2014). V případě, že se jedinec rozhodne pro následnou logopedickou péči, probíhá sluchový trénink s užitím sluchadla bez opory v odezírání tímto způsobem:

- rozlišování častých větných konstrukcí- pozdravy, jména;
- rozlišování slovních tvarů- krátká a dlouhá slova aj.;
- rozlišení v souboru slov s blízkými charakteristikami- např. všechna slova stejné délky;
- rozlišení fonematically nejnáročnějších skupin slov- např. řada: ves, pes, nes, bez, les;
- trénink, který probíhá ve ztížených podmínkách- zvuky ulice, hudba aj.

(Neubauer, 2014, s. 134)

Na závěr je také důležité zdůraznit, jaké zásady bychom měli dodržovat během komunikace s osobami se stařeckou nedoslýchavostí:

- udržovat stálý oční kontakt;
- hovořit pomalu, používat krátké a jednoduché věty;
- zřetelně artikulovat a hovořit nahlas;
- používat různá gesta a výrazy obličeje;
- stát k osobě se sluchovým postižením čelem kvůli odezírání;
- dbát na dobré osvětlení a vyvarovat se rušivým elementům;
- ujisťovat se, zda nám jedinec rozuměl a případně zopakovat informace aj.

(Mlýnková, 2011, s. 151-152)

## 4. PÉČE O SENIORY

### 4.1. Stručný přehled historie z hlediska péče o seniory

V současné době existuje mnoho seniorů, kteří se potýkají s různými problémy, na základě kterých vyžadují naši pomoc a podporu. Až postupem času začala vznikat zařízení, která poskytovala pomoc a péči nesoběstačným či nemocným seniorům. Historický pohled na péči o seniory poskytuje autorka Mlýnková (2011), která poukazuje na to, že až do 19. st. neexistovalo žádné zařízení, které by se zaměřovalo na péči o tyto seniory. Dále uvádí, že veliký zlom nastal až v období po druhé světové válce, kdy začaly postupně vznikat domovy důchodců neboli dnešní domovy pro seniory. Po vybudování tohoto typu zařízení začaly také fungovat i první hospicové péče o nevléčitelně nemocné. Na našem území byl první hospic založen v roce 1995 v Červeném Kostelci s kapacitou 26 lůžek (Mlýnková, 2011). Malíková (2011) zdůrazňuje, že v současnosti se situace v oblasti poskytování sociálních služeb výrazně změnila k lepšímu, jelikož dříve byli lidé s postižením v jakémkoliv věku izolováni v ústavech. Výraznější změny se dostavily až na základě platnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kterému se věnuje následující podkapitola. V současnosti může být tedy péče o seniory realizována na základě **rodinné, zdravotní či sociální péče** (Mlýnková, 2011).

### 4.2. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. chrání práva a zájmy lidí, kteří si je nemohou prosazovat sami např. z důvodu věku nebo z hlediska zdravotního postižení. Tento zákon stanovuje druhy všech zařízení sociálních služeb, definuje základní činnosti při poskytování těchto služeb a také vymezuje jednotlivé služby sociální péče. Mezi základní druhy sociálních služeb patří:

- **sociální poradenství**- je součástí všech sociálních služeb, poskytuje se buď základní sociální poradenství či odborné sociální poradenství;
- **služby sociální péče**- cílem je zabezpečit základní životní potřeby jedince, patří sem např. osobní asistence, pečovatelská služba, denní stacionáře, domovy pro seniory atd.;

- **služby sociální prevence-** cílem je předcházení sociálnímu vyloučení jedinců, kteří mohou být ohroženi sociálně negativními jevy, patří sem např. raná péče, tlumočnické služby, azylové domy aj.

(Malíková, 2011, s. 42)

Podle místa poskytování se sociální služby dále dělí na služby **pobytové, ambulantní či terénní**. Pobytové služby jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, kde senior po určitou dobu pobývá, např. domovy pro seniory. Ambulantní služby zahrnují ty služby, za kterými jedinec dochází sám, např. poradny či denní stacionáře. Terénní služby jsou seniorům poskytovány v jejich přirozeném a známém prostředí a jedná se nejčastěji o poskytování služeb pečovatelské služby či osobní asistence. Mezi základní činnosti těchto služeb patří pomoc při zvládnutí běžných aktivit a péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, stravě nebo pomoc při zajištění bydlení. Dále nabízejí pomoc při zajištění chodu domácnosti, poskytují poradenství či výchovné, vzdělávací a terapeutické činnosti. Poskytovatelem sociální služby je organizace nebo jednotlivci mající oprávnění k této činnosti podle zákona. Dalšími poskytovateli sociálních služeb jsou obce a kraje, které dbají na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb. Také Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále MPSV) je zřizovatelem pěti specializovaných ústavů sociální péče (MPSV, 2016 online).

### **4.3. Formy péče o seniory**

#### **4.3.1. Rodinná péče**

V první řadě může být péče o seniory zajištěna rodinnými příslušníky, kteří se o své blízké starají v jejich domácím a přirozeném prostředí. Rodinná péče je pro většinu seniorů považována za nejvíce vyhovující, jelikož v nich vyvolává pocity bezpečí a jistoty. Rodina může starému člověku poskytnout dostatečně kvalitní zázemí, lásku a také pocit sounáležitosti. Tato forma péče nemusí být ovšem po celou dobu bezproblémová, jelikož mohou nastat různé překážky, které mohou být zapříčiněny ze strany pečující rodiny, např. z důvodu nevyhovujícího bydlení,

zaměstnanosti či vyčerpání rodiny ohledně péče o seniora (Žumárová, 2012; Mlýnková, 2011).

#### 4.3.2. Zdravotní péče

Další možnou formou je zdravotní péče, která zahrnuje nemocnice, hospice, terénní služby či geriatrická denní centra. V nemocnicích je péče seniorům poskytována ve zdravotnických zařízeních ambulantního nebo lůžkového typu. Hospice naopak poskytují péči nevléčitelně nemocným s onkologickými nemocemi a pečují o jejich rodinné příslušníky formou úlevové péče. Terénní služba představuje již odbornou zdravotní péči, která bývá poskytována v domácím prostředí seniora a je určena těm lidem, kteří nemusí být hospitalizováni v nemocnici. Tento způsob péče je plně hrazen ze zdravotního pojištění a zajišťují ji kvalifikované všeobecné sestry, které seniorům podávají léky aj. Geriatrická denní centra naopak poskytují denní pobyty seniorům a zajišťují léčebnou a fyzioterapeutickou péči či psychickou aktivizaci (Mlýnková, 2011).

#### 4.3.3. Sociální péče

Poslední možností je sociální péče, která zahrnuje druhy všech zřizovaných zařízení, které stanovuje již zmiňovaný zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. (Mlýnková, 2011). Vzhledem k výzkumné části bakalářské práce se tato část zaměří pouze na domovy pro seniory, pečovatelské služby a denní stacionáře.

Mlýnková (2011, s. 65) definuje **domovy pro seniory** jako „*celoroční pobytové služby, které poskytují pomoc těm seniorům, kteří nemohou žít sami ve vlastní domácnosti a potřebují trvalou komplexní péči.*“ Dvořáčková (2012) doplňuje, že tyto služby jsou určeny především pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku či zdravotního postižení nebo na základě některého typu demence. V současné době žije v domovech pro seniory právě nejvíce osob s různě pokročilým syndromem demence (Holmerová in Jiráková, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009). Domovy pro seniory poskytují osobám ubytování, stravu, pomoc při oblékání a osobní hygieně, zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím, realizují sociálně terapeutické a aktivizační činnosti či pomáhají osobám při uplatňování práv (Králová, Rážová, 2007). Dalším typem sociální péče jsou **domy s pečovatelskou**



**službou**, které jsou zřizovány zejména pro seniory, kteří bydleli v nepříznivých a nevyhovujících podmínkách a nebyli schopni si některé činnosti v domácnosti zajistit sami (Hauke, 2014). Malíková (2011) doplňuje, že se jedná o terénní službu, při které pečovatelé pomáhají seniorům, osobám se zdravotním postižením či rodinám s dětmi v péči o sebe a o domácnost. **Denní stacionář** je naopak ambulantní služba, kam docházejí senioři se sníženou soběstačností, kteří potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby. Seniorům je poskytována péče, která se týká především socializační či aktivizační činnosti (Mlýnková, 2011).

#### 4.4. Aktivizační programy pro seniory v pobytových zařízeních

Další důležitou částí této kapitoly je vymezení základních terapeutických přístupů, které mohou být poskytovány právě v domovech pro seniory a které jsou stěžejními v rámci dorozumívání a celkového procesu komunikace. Müller (2014, s. 18) definuje terapeutické přístupy jako *„způsoby odborného a cíleného jednání s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k prospěšné změně (např. v prožívání, v chování, ve fyzickém výkonu).“* Terapie mohou probíhat v různých formách zejména ve formě individuální a skupinové, která se realizuje za účasti více osob. Žumárová (2012) zdůrazňuje, že každý člověk, který přechází z domácího prostředí do prostředí některého z domovů pro seniory, by se měl věnovat nějaké činnosti či aktivitě, která ho bude bavit a především naplňovat. Různé aktivity a terapie se pozitivně odráží zejména na celkovou psychickou i fyzickou stránku osobnosti člověka (Dvořáčková in Holzcerová, Dvořáčková, 2013).

Müller (2014, str. 19) uvádí přehled zásad, které charakterizují všechny druhy terapií:

- probíhají v určitém **prostředí** a **čase** (např. v psychiatrické léčebně, ambulanci, denním stacionáři atd.);
- probíhají v různých **formách** (např. individuální, skupinové, hromadné, rodinné atd.);
- vycházejí z určité **orientace** a odborného i osobního předpokladu **terapeuta** (přístup terapeuta by měl vycházet ze vzdělání, výcviku a zkušeností);

- při volbě terapie závisí také **na věku, etiologii** potíží a **symptomech** klienta;
- terapie bývají zacíleny jak **léčivě**, tak i **preventivně a rehabilitačně**.

#### 4.4.1. Muzikoterapie

*„Hudba je univerzální řeč lidstva.“*

Henry Wadsworth Longfellow

Prvním terapeutickým přístupem, který nachází široké uplatnění ve společnosti, je muzikoterapie. Autorka Zeleiová (2007) poskytuje ve své publikaci mnoho různých definic, které jsou publikovány několika zahraničními autory. Jedním z konkrétních příkladů, pojednávajícím o muzikoterapii, je: *„muzikoterapie je interpersonální proces, při kterém se využívají zkušenosti s hudbou za účelem zlepšení, stabilizace a znovuoobnovení zdraví. Muzikoterapie zahrnuje kreativní zacházení s jednoduše ovladatelnými hudebními nástroji a vůbec s takovými nástroji, které vydávají zvuk, dále zahrnuje zpívání písní a improvizaci s hlasem.“* (Bruscia, 1989, s. 28). Obecně lze říci, že muzikoterapie je terapeutický obor, který využívá hudbu ke zlepšení kvality života či mezilidských vztahů (Gerlichová, 2014).

V praxi mohou muzikoterapii využívat i osoby se sluchovým postižením a v zahraničí se uplatňuje mnohem častěji než u nás (Darrow, 1989 in Müller, 2014). U těchto osob dochází především k rozvíjení slovní zásoby, řečové produkce, sluchové diskriminace, porozumění slov či používání neverbální komunikace (Peters, 2000 in Müller, 2014). Naopak u seniorů s demencí se při této terapii využívá jejich oblíbená hudba, kterou poslouchali během svého života a zejména mládí. Jejich dlouhodobá paměť je zachovalá, tudíž si texty starých a známých písní velice dobře pamatují a na základě toho si mohou vybavit důležité vzpomínky (Mastnak, Kantor in Müller, 2014). U osob s afázií lze též využít prvky muzikoterapie, jelikož zpěv a trénink výslovnosti při samotném zpěvu může vést k postupnému návratu mluvené řeči. U osob s těžkou afázií, na základě které jedinci nekomunikují vůbec, může být právě využití hudby s rytmizací jedním ze způsobů komunikace (Gerlichová, 2014).

## **Muzikoterapie v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou**

*Muzikoterapie je v Domově pro seniory velice oblíbenou a téměř každodenní aktivitou. Klientům se především pouští jejich oblíbené dechovky, které jsou jim dobře známé a jejichž texty znají. Muzikoterapie také velice pozitivně působí na klienty s demencí, kteří se svým okolím již tolik nekomunikují, avšak v rámci této terapie pokaždé zpívají. Jejich dlouhodobá paměť je zachovalá a tudíž si texty starých písní velice dobře pamatují. Kromě dechovek z rádia se také klientům na pokojích pouští televizní stanice Šlágr, kde se hrají převážně lidovky, dechovky či trampské písně. V Domově pro seniory se také pravidelně pořádají tzv. měsíční Kavárny, kde si klienti posedí nad šálkem dobré kávy u živé muziky. Zaměstnanci daného zařízení také pravidelně zvou různé hudební soubory, které si pro obyvatele vždy připraví originální a zajímavý program. Pravidelně sem dochází např. folklorní soubor Škubánek, který zpívá lidové písně.*

### **4.4.2. Arteterapie**

Dalším terapeutickým přístupem, který nachází široké uplatnění zejména mezi seniory, je arteterapie. Výtvarné umění slouží jako prostředek pro vyjádření pocitů, nálad či stavů. U seniorů se využívá zejména z hlediska cvičení krátkodobé paměti, posílení vědomí vlastní hodnoty a rehabilitace jemné motoriky (Šicková-Fabrici, 2002). „*Arteterapie se seniory se snaží aktivizovat zbytky jejich vitality, flexibility a stimulovat jejich kreativitu.*“ (Šicková-Fabrici, 2002 in Holczerová, Dvořáčková 2013, s. 53). Dostálová in Pipeková, Vítková (2001) dodává, že se velice často pracuje ve skupinách a výtvarné umění slouží zejména jako prostředek ke komunikaci.

### **Arteterapie v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou**

*Arteterapie v Domově pro seniory je propojená společně s ergoterapií, v rámci níž klienti zdobí perníčky a také velikonoční vajíčka. U klientů se touto činností rozvíjí jemná motorika a jejich smysl pro detail. V rámci této činnosti si také klienti povídají, předávají si své zkušenosti a rozvíjí svoji představivost a fantazii. Obyvatelům Domova pro seniory je také pravidelně umožněna návštěva výstavy*

*obrazů, které malují neprofesionální malíři města Světlá nad Sázavou. Klienti v rámci výstavy rozvíjí vizuální stimulaci a čerpají nové náměty a inspiraci.*

#### **4.4.3. Trénování paměti**

Trénování paměti patří mezi velice důležitou činnost v rámci terapie seniorů zejména pak u osob s Alzheimerovou nemocí, v důsledku které je jejich krátkodobá paměť narušena. Právě stimulace patří mezi hlavní způsob procvičování celého mozku, kterou získáváme na základě různých prožitků, např. z hlediska poznávání nových lidí a míst. V rámci nových prožitků a situací si mozek zvyšuje svou kapacitu, jelikož musí vykonat určitou závažnou práci (Holczerová in Holczerová, Dvořáčková, 2013).

#### **Trénování paměti v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou**

*Trénování paměti v Domově pro seniory se realizuje každý čtvrtek po dobu jedné hodiny. Personál se zaměřuje na sled činností, které člověk vykonává v každodenním životě např.: „Co udělám ráno po probuzení apod.“. Dále se trénování paměti zaměřuje na celkovou orientaci v čase a prostoru např.: „Co máme dnes za den, kolikátého je a jaké máme roční období?“. Klienti si tedy procvičují všechny dny v týdnu, měsíce v roce a také roční období. Dále se v rámci této terapie uskutečňuje poznávání různých předmětů, barev, chutí a tvarů. Každý pátek vždy jednou za 14 dní se také využívají společenské hry, při kterých obyvatelé hrají pexeso, kvarteto či karty a tím si trénují paměť. V zařízení se také od roku 2007 pravidelně pořádá vzdělávací cyklus s názvem Univerzita slunečního věku. Tento název vznikl na základě symbolu Domova pro seniory, kterým je žlutá slunečnice. Tato činnost napomáhá k tomu, že se senior něco nového naučí a dozví se mnoho zajímavého. Cyklus přednášek je pro obyvatele Domova pro seniory zcela zdarma a při slavnostním ukončení získají diplom a medaili.*

#### **4.4.4. Canisterapie**

Dvořáčková in Holczerová, Dvořáčková (2013) definuje canisterapii jako určitý způsob terapie, při které se využívá působení psa na celkové zdraví člověka. Autorka dále uvádí, že je prováděna skupinovou nebo individuální formou a přispívá

k celkovému rozvoji motoriky, verbální či nonverbální komunikace a orientace v prostoru. Galajdová L. a Galajdová Z. (2011) doplňují, že působení psa zejména v domovech pro seniory odstraňuje pocity osamění a funguje při tzv. vzpomínkové terapii. Během canisterapie dochází k tomu, že se uvolní atmosféra a lidé si mají o čem povídat. Na závěr autorky dodávají, že canisterapie také pozitivně působí a ovlivňuje pacienta s afázií. Klech in Müller (2014) doplňuje, že tato terapie napomáhá k rozšiřování slovní zásoby a navození přirozeného pocitu vyjádření se. Cílem canisterapie je především klienta rozvíjet, stimulovat, motivovat, aktivizovat, uvolňovat a také zklidňovat. Terapie napomáhá rozvíjet a stimulovat různé oblasti např. sociálně-emoční, kognitivní, tělesné a komunikační. Důležité ovšem je, aby byla canisterapie systematická a také pravidelná (Stančíková, Šabatová, 2012).

### **Canisterapie v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou**

*Canisterapie v Domově pro seniory je velice oblíbenou aktivitou, jelikož je každý rád ve společnosti zvířat. Tato terapie se realizuje v prostorné jídelně daného zařízení, kam dochází proškolený tým terapeutů. Canisterapie probíhá skupinovou formou, avšak není problém zařídit klientovi individuální způsob terapie na jeho pokoji. V průběhu terapie si klienti hladí psa, mazlí se s ním, povídají si s ním a také komunikují s ostatními obyvateli daného zařízení. Hlavním tématem jejich rozhovoru bývá zejména to, jaké zvíře mívávali oni a jak se jmenovalo. Personál Domova pro seniory také zařizuje různé výstavy ptactva a drůbeže, jelikož většina klientů vyrůstala na vesnici a kontakt s těmito zvířaty jim velice napomáhá při vzpomínání.*

#### **4.4.5. Ergoterapie**

Podle České asociace ergoterapeutů (2008) in Müller (2014, s. 441) je ergoterapie vymezena jako „*profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností, a to u osob jakéhokoliv věku a s různým typem postižení.*“ Ergoterapie se nejčastěji využívá ohledně problémů v oblasti soběstačnosti, kterou chce ergoterapeut osobám navrátit, udržet či naopak zvýšit (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009 in Müller,

2014). V zařízeních pro seniory by měla být záměrně realizována tak, aby se v ní prolínalo co nejvíce podnětů, metod, technik a činností. Například při ručních pracích by se měly využívat prvky muzikoterapie či aromaterapie nebo by se tato činnost měla střídat s relaxačními prvky či s reminiscenční terapií (Holczerová in Holczerová, Dvořáčková 2013).

### **Ergoterapie v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou**

*Domov pro seniory ve Světlé nad Sázavou si záměrně v kartách jednotlivých klientů zaznamenává jejich záliby a zájmy z důvodu vhodně zvolené činnosti. Ženy baví zejména ty aktivity, které jsou spojené s pečením, vařením, háčkováním či pletením. Každoročně se v rámci Velikonoc pečou a zdobí perníčky, barví vajíčka a muži pletou tradiční pomlázky z vrbového proutí. Na konci měsíce září se v centru města Světlá nad Sázavou pořádá tradiční svatováclavská pouť, na kterou se klienti poctivě připravují v podobě pečení pouťových koláčků. V rámci amerického svátku Halloween si klienti také vydlabávají a zdobí dýně či si vaří dýňovou polévku. Na konci roku se již všichni připravují na blížící se Vánoce. Zdobí vánoční stromeček a vyrábějí adventní věnec. Společně také pečou a zdobí cukroví, pletou vánočku a připravují si bramborový salát. Muži pokaždé rádi pomohou a na všechny klienty má ergoterapie velice pozitivní dopad především z hlediska procvičení jemné motoriky, posílení paměti a také celkové komunikace. Kromě vaření mají také muži k dispozici ryze „pánské záležitosti“ v podobě práce se dřevem. Během této aktivity se mezi klienty uvolní atmosféra, jelikož si předávají své zkušenosti a zážitky ze svého mládí.*

#### **4.4.6. Pohybové aktivity a taneční terapie**

Pohybové aktivity patří mezi základní a velice důležité činnosti v životě člověka, které mají pozitivní vliv na celkovou fyzickou, ale i psychickou stránku jedince. Při volbě vhodné aktivity je důležité zaměřit se na celkové schopnosti a možnosti každého účastníka (Holczerová in Holczerová, Dvořáčková, 2013). Taneční terapie se u seniorů využívá z hlediska zlepšení emoční, kognitivní, sociální i fyzické integrace jedince. U této cílové skupiny nejde tolik o estetický význam, ale o psychologický a sociální (Mlýnková, 2010 in Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Tanec a hudba jsou prostředkem snadnější nonverbální komunikace, která je potřebná při práci se seniory s demencí. Poslech hudby vyvolává pozitivní pocity, a pokud terapeut dokáže připravit vhodnou atmosféru radosti, klidu a důvěry, může tak seniory motivovat k vlastnímu pohybu, ale také k pozornějšímu vnímání, získávání sebedůvěry, zájmu o život či dění kolem sebe. U osob s demencí je také nutné a důležité přizpůsobit délku pohybové aktivity k jejich fyzickým možnostem (Jirák, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009).

### **Pohybové aktivity a taneční terapie v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou**

*Pohybové aktivity v Domově pro seniory se realizují téměř každý den kromě úterý a čtvrtka. Tyto aktivity probíhají v rámci ranního cvičení v prostorné jídelně. Jednotlivé aktivity jsou zaměřené zejména na protahování, relaxaci a posilování. Klienti sedí v kruhu na židličkách a podle terapeuta opakují jednotlivé cviky. Tato činnost je vhodná zejména z hlediska celkového zlepšení fyzického i psychického stavu jedince. Terapeuti v rámci cvičení dohlíží na správné držení těla a také chůzi klienta.*

*Taneční terapie se v Domově pro seniory realizuje každé úterý. Během tance se použije oblíbená dechovka či lidové písně. Tento způsob terapie se uplatňuje zejména při speciálních příležitostech, např. v rámci oslavy narozenin, maškarního plesu či vystoupení pěveckého souboru.*

#### **4.4.7. Reminiscenční terapie**

Posledním typem terapeutického přístupu je reminiscenční terapie, která je velice důležitá především při práci se seniory s demencí. Termín reminiscence vznikl z latinského *reminiscere*- vzpomenout si neboli vzpomínka či vzpomínání. Tato terapie může probíhat na základě rozhovoru terapeuta se starším člověkem či skupinou seniorů o jeho životě, dřívějších aktivitách či prožitých událostech. Při této terapii se doporučuje používat staré fotografie, předměty, nástroje, pomůcky v domácnosti či módní doplňky, které napomohou z hlediska vzpomínání pacientům s demencí. Základním prvkem této terapie je navození pohody, dobrého pocitu a celkové radosti či potěšení (Janečková, Vacková, 2010). Terapie se nejčastěji

využívá u osob s demencí, ale je také možné ji využít k aktivizaci nepohyblivých, dlouhodobě ležících či nesoběstačných osob. Reminiscence je však nejvíce přínosná u klientů, kteří mají zachované poznávací funkce a jsou schopni si trochu vybavit svoji minulost a zážitky (Malíková, 2011). Dvořáčková in Holczerová, Dvořáčková (2013) poukazuje také na to, že pečovatelé musí zvládnout naslouchat, porozumět zvláštnostem v komunikaci a také si musí osvojit komunikaci s člověkem, který tzv. „nekomunikuje“.

### **Reminiscenční terapie v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou**

*Reminiscenční terapie v Domově pro seniory je realizována za pomoci tzv. reminiscenčního koutku, ve kterém jsou umístěny různé předměty, které se vztahují k minulosti klientů. V tomto koutku se nachází např. staré komody, skříně, křesla, lampy, ubrusy, oblečení či různá drogerie. Dále jsou obyvatelům k dispozici v rámci vaření a pečení staré kuchařky, ve kterých si klienti pokaždé najdou známé a osvědčené recepty. U žen se také velice často uplatňuje oblíbené háčkování, pletení či vyšívání, při kterém si klientky nejčastěji vypráví, co dříve pletly svým dětem či vnoučatům.*



# PRAKTICKÁ ČÁST

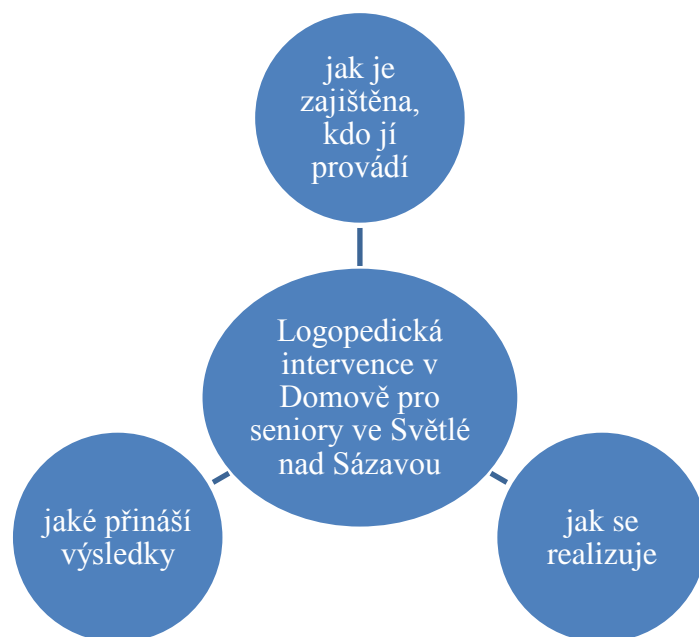
## 5. LOGOPEDICKÁ INTERVENCE U KLIENTŮ V DOMOVĚ PRO SENIORY VE SVĚTLÉ NAD SÁZAVOU

### 5.1. Cíle a úkoly výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zhodnotit logopedickou a terapeutickou péči u klientů v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou. Cílovou skupinou z hlediska logopedické intervence jsou klienti po cévních mozkových příhodách, na základě které jim byla diagnostikována těžká expresivní afázie. Za pomoci kvalitativního výzkumu byly vytvořeny dvě případové studie vybraných klientů, kteří v důsledku získané poruchy řečové komunikace vyžadují logopedickou péči.

Mimo vymezení hlavního cíle výzkumného šetření byly dále stanoveny jednotlivé dílčí cíle, kterými jsou:

- zjistit, jakým způsobem a kým je zajištěna logopedická péče v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou;
- analyzovat logopedickou péči v daném zařízení včetně její diagnostiky a terapie;
- zaznamenat pokroky či stagnaci u vybraných klientů v rámci logopedické péče.



**Schéma 3: Dílčí cíle výzkumného projektu**

*Zdroj: Vlastní zpracování*

## 5.2. Metodika výzkumu

Výzkumnou část této bakalářské práce tvoří kvalitativní výzkum, na základě kterého byly vytvořeny dvě případové studie vybraných klientů v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou. Každá případová studie se zaměřuje na klienta daného zařízení, kterému byla v důsledku cévní mozkové příhody diagnostikována těžká expresivní afázie. V příslušné tabulce je pro přehlednost uvedena stručná charakteristika klientů, kterým je poskytována logopedická péče v daném zařízení:

**Tab. 3: Charakteristika výzkumného vzorku**

	Pohlaví	Věk	Diagnóza
Klient 1	žena	84 let	expresivní afázie
Klient 2	muž	60 let	expresivní afázie

*Zdroj: Vlastní zpracování*

Před samotným zahájením výzkumného šetření jsem měla nejprve schůzku s paní ředitelkou, se kterou jsem se již ve druhém ročníku domluvila na spolupráci a poté jsem ji seznámila s celkovým konceptem bakalářské práce, zejména pak s cíli

ve výzkumné části. Veškerá komunikace s paní ředitelkou byla na výborné úrovni, tudíž mi velice pomohla i s doplňujícími informacemi ohledně celkového uspořádání Sociálního centra města Světlá nad Sázavou. Paní ředitelka byla také velice ochotná poskytnout mi stěžejní informace v rámci historie Domova pro seniory. Naše setkávání a komunikace se realizovala převážně na základě osobní schůzky či za pomoci e-mailů. Zbylé údaje o zařízení jako je např. ubytování, stravování či volný čas klientů jsem čerpala z přehledných internetových stránek Sociálního centra města Světlá nad Sázavou ([www.scsvetla.cz](http://www.scsvetla.cz)).

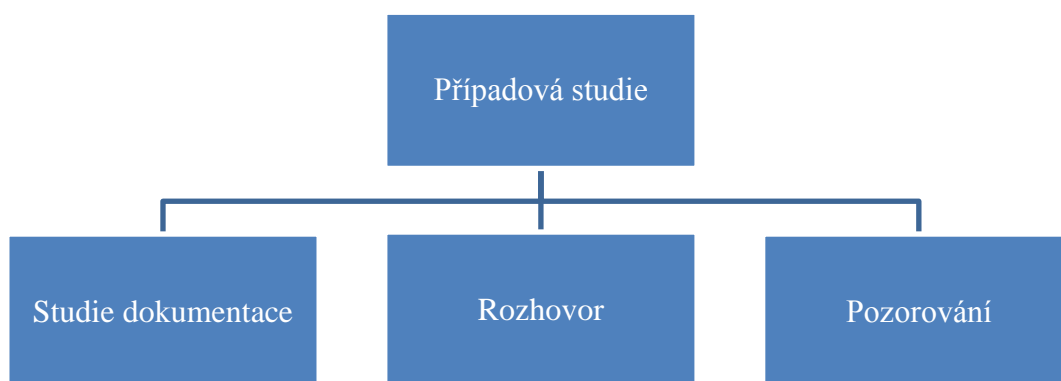
Ohledně **studie dokumentace** vybraných klientů jsem musela nejprve požádat o svolení praktického lékaře, který ordinuje přímo v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou. Po úspěšné telefonické domluvě jsem následně navštívila samotné klienty, pro které jsem měla připravené formuláře k udělení souhlasu ohledně použití jejich osobních údajů pro účely této bakalářské práce (viz. Příloha A). Za první klientku mi písemný souhlas udělil její syn a druhý klient se mi již zvládnul podepsat sám. Po získání těchto podpisů jsem se následně domluvila s vrchní sestrou daného zařízení, která mi připravila potřebné materiály ke studii. Měla jsem tedy možnost a dostatek času nahlédnout např. do propouštěcích zpráv klientů z nemocnice či léčebných pobytů. Také jsem si prošla aktuální karty vybraných klientů, které jsou vedeny a zaznamenávány již samotným personálem daného zařízení.

Z hlediska pozorování klientů v rámci logopedické terapie jsem musela nejprve kontaktovat paní logopedku, se kterou jsem se seznámila již v prvním ročníku během logopedické praxe. Vybrané klienty v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou jsme společně navštěvovaly vždy po předchozí domluvě v průběhu roku 2016. Intenzivnější návštěvnost byla především v období mé souvislé oborové praxe v posledním ročníku. Případové studie ve výzkumné části tedy poukazují na detailní studium daného případu včetně osobní, rodinné, ústavní a logopedické anamnézy. V empirické části byla konkrétně využita **osobní případová studie**, která podrobně zkoumá určité aspekty např. minulost jedince či situace, které předcházely konkrétní události (Hendl, 2008).

Dále se při výzkumu realizoval **neformální rozhovor**, kterého jsem využila zejména se zaměstnanci Domova pro seniory včetně klinického logopeda.

Neformální rozhovor je charakteristický tím, že se realizuje spontánně v přirozeném průběhu interakce (Hendl, 2008). Se zaměstnanci daného zařízení jsem neformální rozhovor zahájila např. během studie dokumentace klientů či během prohlídky po celém areálu daného zařízení. S klinickým logopedem jsem realizovala neformální rozhovor v rámci logopedické terapie u vybraných klientů. Rozhovoru jsem konkrétně využila v situacích, které mi byly zejména nejasné a při kterých jsem potřebovala bližší informace o daném klientovi.

Nedílnou součástí kvalitativního výzkumu bylo již zmiňované pozorování, na základě kterého jsem měla možnost být součástí logopedické terapie u vybraných klientů daného zařízení. Konkrétně se jednalo o tzv. **zúčastněné pozorování**, v rámci kterého jsem mohla následně popsat, co se při terapii dělo, kdo se účastnil děje a proč se některé věci děly. Během pozorování si byli ostatní vědomi mé přítomnosti a celkový záznam dat jsem zaznamenala přímo na místě do mého sešitu. Abych vše stihla poznamenat, používala jsem při popisu pozorování určité zkratky a symboly (Hendl, 2008).



**Schéma 4: Souhrn realizace výzkumu**

*Zdroj: Vlastní zpracování*

### **5.3. Charakteristika místa šetření**

#### **5.3.1. Historie Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou**

Péče o nemocné a nesoběstačné seniory probíhala již v roce 1949 v malé obci Smrčná, kde byl postaven dřevěný penzion. Tento objekt musel být v roce 1955 přestavěn na zděný dům, jelikož zde došlo k požáru. V této době zde pobývalo

okolo 60 klientů ve věku 82 let, o které se staral 26-ti členný personál. V době restituce se o Domov pro seniory přihlásil původní majitel, díky kterému se město Světlá nad Sázavou rozhodlo vybudovat již nový Domov pro seniory s kapacitou 80 lůžek.



**Obr. 2: Domov pro seniory v obci Smrčná ([www.geocaching.com](http://www.geocaching.com))**

Stavba nového domova byla zahájena v roce 1977 a celkově dosáhla výšky 122 miliónů korun, které byly plně hrazeny ze státních dotací. V roce 2000 se 60 klientů starého domova přestěhovalo do nového objektu a k 26-ti člennému personálu přibylo dalších 12 zaměstnanců. Se vzrůstajícím počtem zaměstnanců se zvýšil i počet klientů, který se konkrétně pohyboval okolo 80. V roce 2014 byl Domov pro seniory Světlá spojen s Domem pečovatelské služby a tímto vznikl oficiální název těchto dvou zařízení- **Sociální centrum města Světlá nad Sázavou**. Hlavní činností Sociálního centra je poskytování sociálních služeb pro seniory a klienty se zdravotním postižením. Poskytují se zde **pobytové**- domov pro seniory, **ambulantní**- denní stacionář a **terénní služby**- pečovatelská služba ([www.scsvetla.cz](http://www.scsvetla.cz)).



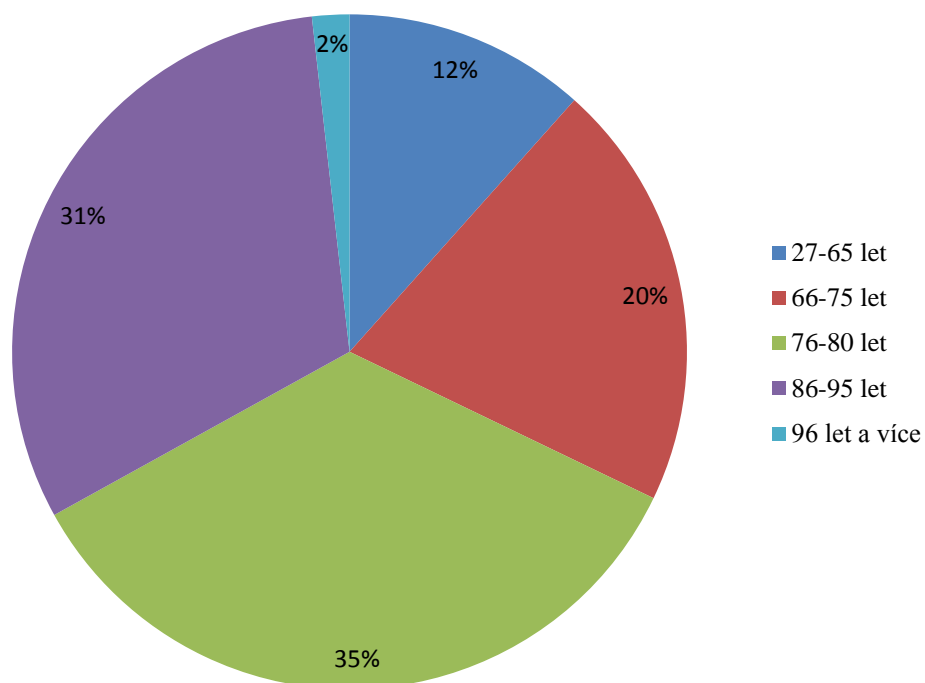
**Obr. 3: Domov pro seniory ve Světlé nad Sázavou ([www.scsvetla.cz](http://www.scsvetla.cz))**

Od roku 2000 přibýval další počet žádostí a kapacita domova byla rozšířena na 89 lůžek. V této době vzrostl také počet zaměstnanců a o klienty se již staralo 61 zaměstnanců. V roce 2011 byla vybudována půdní vestavba a domov se tak rozšířil na kapacitu 115 lůžek. V roce 2015 se o klienty v domově staralo již 63 zaměstnanců různých profesí (viz. Tabulka 3). Ve výroční zprávě z roku 2016 bylo zaznamenáno, že kapacita Domova pro seniory byla využita již z 97,21 %. V roce 2016 bylo celkem přijato 28 nových klientů a 27 klientů ukončilo pobyt. Věková struktura klientů Domova pro seniory k 31. 12. 2016 byla (viz. Graf č. 1): **27-65 let:** 13 klientů, **66-75 let:** 23 klientů, **76-80 let:** 39 klientů, **86-95 let:** 35 klientů a **nad 96 let:** 2 klienti. Struktura podle výše stupně závislosti na pomoci jiné osoby k 31. 12. 2016 byla (viz. Graf č. 2): **I. stupeň:** 18 klientů, **II. stupeň:** 25 klientů, **III. stupeň:** 35 klientů a **IV. stupeň:** 28 klientů. Průměrný věk klientů byl 80 let a nejstarší klientka tohoto Domova oslavila v roce 2016 své 101. narozeniny ([www.scsvetla.cz](http://www.scsvetla.cz)).

**Tab. 4: Počty zaměstnanců Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou  
k 1. 1. 2015 a k 31. 12. 2015 (www.scsvetla.cz)**

<b>Pracovní pozice</b>	<b>K 1. 1. 2015</b>	<b>K 31. 12. 2015</b>
Sociální pracovníci	2	2
Přímá obslužná péče	22	26
Základní výchovná činnost	3	3
Všeobecná sestra	10	8
Pracovníci- prádelna	2	2
Pracovníci- stravování	9	10
Pracovníci- údržba	2	2
Pracovníci- úklid	6	6
Vedoucí organizace	1	1
Ostatní vedoucí pracovníci	1	1
Účetní	1	1
Administrativní pracovníci	1	1
<b>CELKEM</b>	<b>60</b>	<b>63</b>

### Věková struktura klientů Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou k 31. 12. 2016



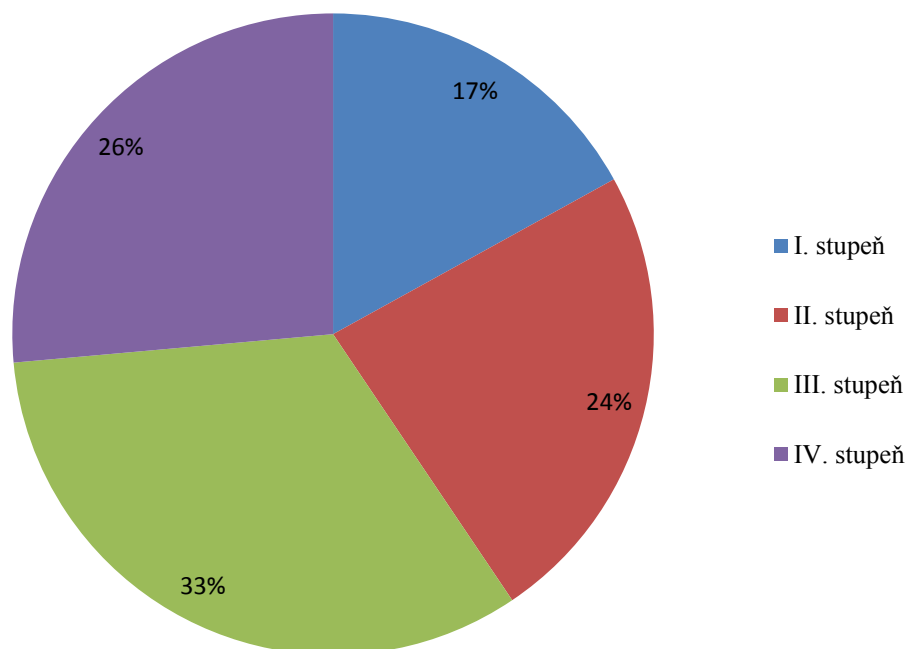
**Graf 1: Věková struktura klientů Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou  
k 31. 12. 2016**

*Zdroj: Vlastní zpracování<sup>3</sup>*

<sup>3</sup> Podklady ke grafu z [www.scsvetla.cz](http://www.scsvetla.cz).



### Struktura podle výše stupně závislosti na pomoci jiné osoby k 31. 12. 2016



**Graf 2: Struktura podle výše stupně závislosti na pomoci jiné osoby k 31. 12. 2016**

*Zdroj: Vlastní zpracování<sup>4</sup>*

#### **5.3.1.1. Služby poskytované v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou**

Sociální centrum města Světlá nad Sázavou je příspěvkovou organizací podle zákona č. 250/2006 Sb., jejímž zřizovatelem je město Světlá nad Sázavou. Statutárním zástupcem je ředitel, kterého jmenuje a odvolává rada města Světlá nad Sázavou. Posláním Domova pro seniory Sociálního centra města Světlá nad Sázavou je zajistit klientům bydlení, stravování, úklid, praní prádla, aktivizační činnosti, sociálně-poradenské činnosti a zdravotně-ošetrovatelské služby. Z hlediska těchto služeb chce zařízení klientům zajistit důstojný život s podporou k samostatnosti a udržení soběstačnosti v co největší možné míře. Prostřednictvím

<sup>4</sup> Podklady ke grafu z [www.scsvetla.cz](http://www.scsvetla.cz).

tohoto zařízení zde dochází k začleňování klientů do společnosti a také k udržování rodinných a společenských kontaktů ([www.scsvetla.cz](http://www.scsvetla.cz)).

Domov pro seniory ve Světlé nad Sázavou je určen seniorům a osobám se zdravotním postižením, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo jejichž zdravotní situace vyžaduje pravidelnou celodenní pomoc jiné fyzické osoby. Služby jsou určeny i pro seniory, kteří trpí různým typem demence či Alzheimerovou chorobou. Jedinou podmínkou u těchto onemocnění je, že senior nesmí mít tendence odcházet, neboť se jedná o otevřené zařízení. Služba se naopak neposkytuje u pacientů:

- v případě nedoporučení ústavního lékaře;
- z důvodu nedostatečné kapacity;
- kteří nejsou cílovou skupinou;
- s nutností nepřetržité lékařské péče;
- jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení;
- jejichž chování by z důvodů duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití;
- kteří nejsou schopni pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodů akutní infekční nemoci.

([www.scsvetla.cz](http://www.scsvetla.cz))

### **Jak lze o službu požádat**

O službu lze požádat na základě vyplnění žádosti, kterou je možné si vyzvednout osobně v kanceláři sociálních pracovníků, nebo ji lze stáhnout na webových stránkách daného zařízení. Vyplněná žádost se následně odesílá poštou nebo se odevzdává osobně v daném zařízení. Veškeré žádosti zájemců jsou rozděleny do dvou skupin: na zájemce, kteří si přejí nastoupit v co nejbližší době a na zájemce, kteří si nepřejí nastoupit v co nejbližší době – mají podanou žádost do budoucna pro případ zhoršení jejich zdravotního stavu. Aktuálně je v zařízení přes 350 žádostí, tudíž je čekací doba z hlediska umístění do daného zařízení podstatně delší.

Výčet kritérií, podle kterých je žádost posuzována:

- zdravotní stav žadatele;
- zázemí žadatele (zda má rodinu, která mu může alespoň částečně pomoci);
- současný pobyt žadatele (zda je v domácím prostředí, v LDN, ve zdravotnickém zařízení či v jiném domově pro seniory);
- datum podání žádosti.

(www.scsvetla.cz)

## **Prostory zařízení**

Domov pro seniory je umístěn v klidné části města Světlá nad Sázavou, které má okolo 6000 obyvatel a nachází se v kraji Vysočina. Budova daného zařízení je pětipodlažní, bezbariérová s dvěma osobními a jedním nákladním výtahem. Dvě podlaží slouží jako technické zázemí a zbylá čtyři poschodí jsou pobytová, která jsou pro snadnější orientaci odlišena barevně (modře, červeně, zeleně a oranžově).

V suterénu Domova pro seniory se nachází tělocvična, prádelna, dílna údržby, obřadní síň, kadeřnictví, místnost pro zemřelé či oční a chirurgická ambulance. Přízemí je z hlediska snadnější orientace označeno žlutou slunečnicí, která zároveň představuje symbol celého domova. V přízemí se nachází recepce, kuchyň, šatny pro zaměstnance, rehabilitační místnost, administrativní úsek domova (kancelář ředitelky, vedoucí přímé péče, sociální pracovníce, účetní a provozní) a také velká jídelna, která se často využívá ke kulturním a společenským účelům. V prvním poschodí, které je modré s lučním zvonkem, se nachází kromě pokojů také dvě klubovny. První z nich se využívá jako keramická dílna a druhá slouží pro účely ergoterapie. V tomto patře se také nachází ordinace praktického lékaře a psychiatra. V ordinaci je zároveň zázemí zdravotních sester. Druhé poschodí se vyznačuje červenou barvou se symbolem červeného tulipánu. Na tomto patře je ošetřovna pracovníků v přímé péči, holírna, místnost pro kadeřnici a také knihovna s počítačovým vybavením. Třetí poschodí je již zelené se symbolem zeleného čtyřlístku a nachází se zde ošetřovna pracovníků přímé péče a malá klubovna pro klienty se špatnou orientací v prostoru a čase. Ve čtvrtém poschodí, které má oranžovou barvu se symbolem oranžového slunce je kancelář vrchní sestry, šatna pracovníků zdravotně-pečovatelského úseku a klubovna pro klienty. Na každém poschodí je televize a také společná koupelna s kuchyňkou. Všem klientům

je k dispozici výtah a na všech zmiňovaných poschodí jsou po celé délce chodby k dispozici madla pro větší bezpečí a stabilitu ([www.scsvetla.cz](http://www.scsvetla.cz)).

## **Ubytování**

V domově je k dispozici celkem 115 lůžek z toho 27 jednolůžkových a 44 dvoulůžkových s úplným hygienickým zázemím. Úhrada za ubytování je stanovena dle ceníku platného od roku 2017. Ke každému pokoji náleží bezbariérové WC a také bezbariérový sprchový kout. Pokud k pokoji náleží balkón, je tato skutečnost řešena příplatkem dle platného ceníku. Pokoj klienta je dále vybaven lůžkem s matrací a ložním prádlem, nočním stolkem, šatní skříní, prádelníkem, stolem, židlemi a také světlem. Po dohodě s poskytovatelem si může klient pokoj vybavit vlastním nábytkem, schváleným ředitelem organizace. Mimo pokoj může klient dále využívat knihovnu s čítárnou, terasy na jednotlivých patrech, zahradu s altánkem a lavičkami, počítačovou klubovnu, čajové kuchyňky a tělocvičnu včetně sportovního nářadí.

Ubytování také dále zahrnuje topení, teplou a studenou vodu, elektrický proud, úklid, praní, drobné opravy ložního a osobního prádla, ošacení a žehlení. Poskytovatel daného zařízení je povinen udržovat prostory k ubytování a k užívání ve stavu způsobilém pro řádné ubytování a zajistit nerušený výkon práv klienta spojených s užíváním těchto prostor. Před příchodem do zařízení má klient vždy možnost prohlédnout si pokoj a také prostory celého areálu. Novému klientovi je vždy nabízeno lůžko na dvojlůžkovém pokoji, avšak pokud má klient zájem o jednolůžkový pokoj, může si v den nástupu nebo kdykoli během pobytu v domově podat žádost o umístění na jednolůžkový pokoj ([www.scsvetla.cz](http://www.scsvetla.cz)).

## **Stravování**

Stravování pro klienty daného zařízení je zajišťováno vlastní kuchyní a je přizpůsobeno svým složením, množstvím a úpravou zdravotnímu stavu a věku klientů. Stravovací provoz je schopen zajistit výrobu jídel až pro 300 strávnicků. Jídlo se podává 5x denně ve formě snídaně, dopolední svačiny, oběda, odpolední svačiny a večeře (u diabetiků se podávají dvě večeře). V případě, že si některý obyvatel bude chtít něco malého uvařit sám, tak má na každém patře k dispozici kuchyňku. Strava

je podávána v jídelně seniorů za přítomnosti a pomoci personálu ze zdravotně-pečovatelského úseku. Pokud klient není schopen z nějakého důvodu stravu v jídelně odebrat, personál konající službu zabezpečí stravu na náhradní jídelnu na patře nebo na pokoj klienta a zajistí pomoc při konzumaci. V případě potřeby je také klientovi zajištěno stravování podle individuálního dietního režimu doporučeného lékařem ([www.scsvetla.cz](http://www.scsvetla.cz)).

### **Zdravotní a ošetrovatelská péče**

Zdravotní péče je zahrnuta v ceně pobytu a poskytují ji zdravotní sestry a pracovníce v sociálních službách 24 hodin denně. Klientovi je zdravotní péče poskytována ve formě zajištění léčiv, kde je zahrnuta donáška předepsaných i volně prodejných léků. Dále je klientovi poskytnuta lékařská péče, na základě které může jedinec využít smluvního lékaře, který mu bude v zařízení k dispozici 2x týdně. V případě, že klient bude nadále registrován u svého lékaře mimo zařízení, tak si celkové objednávání jeho služeb včetně doprovodu, dopravy a léků zajišťuje sám nebo ve spolupráci s rodinou. Nepřetržitý kontakt mezi klienty a ošetrovatelským personálem je zajištěn pomocí dorozumívacího zařízení. Důležitou součástí péče o klienty je také rehabilitační cvičení a dle zájmu klientů i masáže. K dispozici je také elektrický masážní přístroj, magnetoterapie, rotoped a motomed. Návčik a procvičování chůze probíhá dle individuálních potřeb klientů v průběhu celého dne ([www.scsvetla.cz](http://www.scsvetla.cz)).

### **Sociální péče a jiné služby**

Sociální pracovníce a instruktorky sociální péče pomáhají vyřizovat úřední záležitosti klientů, poskytují v rámci služeb drobné nákupy, vyřizují žádosti do domova a připravují také programy pro volný čas. V budově se nachází i ordinace lékařů a k vybraným klientům dochází klinický logoped. Každý klient má také nárok na svého důvěrníka, který mu pomáhá a podporuje ho již od samotného nástupu do zařízení. Jeho cílem je zajímat se o přání, cíle a potřeby daného klienta. Je přidělován na základě aktuálních možností zařízení, avšak klient si může kdykoliv podat žádost, na základě které mu bude přidělen důvěrník jiný ([www.scsvetla.cz](http://www.scsvetla.cz)).

## **Volný čas v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou**

Sociální centrum města Světlá nad Sázavou nabízí pro své klienty velké množství aktivit dle týdenního harmonogramu činností, kterých se na základě svého zájmu a zdravotního stavu mohou účastnit. Tyto aktivity a činnosti zajišťují sociální pracovníce a instruktorky sociální péče. Mezi pravidelné aktivity, které probíhají v rámci celého týdne, patří např. ergoterapie, taneční terapie, ranní cvičení, canisterapie, práce s hlínou, muzikoterapie, trénink paměti, péče o květiny, pečení, vaření či videoprojekce. Dále se v Domově pro seniory konají pravidelné měsíční Kavárny, kde si obyvatelé při kávě posedí za doprovodu živé hudby a zpříjemní si den. Klienti se také mohou účastnit bohoslužby, která probíhá přímo v zařízení.

Během celého roku pořádají pracovníce sociálního úseku různé zábavné události a poznávací akce např. maškarní ples, mikulášskou zábavu, výlety či návštěvy okolních Domovů pro seniory apod. Do zařízení také pravidelně dochází se svými hudebními či tanečními vystoupeními děti z MŠ a ZŠ ve Světlé nad Sázavou či folklorní soubor Škubánek. Od roku 2007 se také každoročně pořádá vzdělávací cyklus pro klienty Domova pro seniory ale i pro klienty Pečovatelské služby s názvem Univerzita slunečního věku. Jedná se o cyklus přednášek, při kterých jsou témata vybírána dle zájmu seniorů a také vzhledem k možnostem přednášejících (přednášejí odborníci i laici). Účastnit se může každý senior, který má o tuto formu vzdělávání zájem.

Dále se také realizuje práce s lidmi s demencí, která probíhá v prostorách speciálně vytvořené klubovny tzv. zelené klubovny. Volnočasové aktivity pro tyto klienty probíhají každý den. Na tyto aktivity chodí všichni klienti dobrovolně a dle nastavení jejich individuálního plánu poskytované sociální služby. Obsahem činnosti s klienty je např., trénování jejich dlouhodobé paměti, koncentrace, společné cvičení, zpívání oblíbených písní, procvičování jemné motoriky rukou či poslech četby z knih a časopisů ([www.scsvetla.cz](http://www.scsvetla.cz)).

## 5.4. Případová studie klientky J. R.

### Úvodní informace

Klientka J. R. je po hemoragické cévní mozkové příhodě, která byla zapříčiněna krvácením v levé hemisféře. Pacientka následně ochrnula na pravou polovinu těla a zcela ztratila hybnost na pravé horní končetině. Mozkovou příhodu prodělala v roce 1995 ve věku 61 let, přičemž byla ihned hospitalizována na neurologickém oddělení v Havlíčkově Brodě, kde jí byla následně doporučena rehabilitace chůze a nácvik řeči. Na základě mozkové příhody jí byla diagnostikována těžká expresivní afázie, kvůli které s pacientkou neprobíhal žádný kontakt, jelikož nerozuměla. Celková komunikace se začala postupně zdokonalovat až po opakovaném pobytu v rehabilitačním ústavu v Chotěboři, který je určený speciálně pro pacienty po cévních mozkových příhodách. Po dlouhodobé rehabilitaci se také částečně zlepšovala hybnost dolních končetin, avšak pravá ruka zůstala stále ochrnutá.

Před nástupem do Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou žila po smrti svého manžela osaměle a opakovaně se stávalo, že několikrát upadla na zem a ztratila vědomí. Nemohla tedy nadále setrvávat v bytě, a proto byla sepsána žádost o umístění do Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou. Momentálně je v tomto zařízení necelé tři roky. Do Domova pro seniory se snaží pravidelně docházet její dvě děti, které usilují o to, aby s maminkou rozvíjely celkové komunikační schopnosti. Za pomoci mechanického invalidního vozíku společně chodí na procházky a účastní se různých veřejných akcí, které se pravidelně pořádají v daném zařízení.

Klientce J. R. byla po pár měsících strávených v zařízení doporučena logopedická péče, která probíhá v Domově pro seniory 1x týdně okolo 30 minut. Na nápravě řeči se podílí klinický logoped, sociální pracovníci i blízcí příbuzní. Před zahájením samotné logopedické péče byl pro identifikaci afázie využit tzv. screeningový test a to konkrétně Mississippi Aphasia Screening Test (dále MAST). U klientky je především narušena plynulost řeči a řečová produkce, avšak rozumění je zachovalé. Paní má také veliké problémy v oblasti opakování a pojmenování, avšak jisté potíže nastávají i během čtení, psaní a počítání. Během

samotné logopedické terapie je ovšem klientka velice pozitivní, trpělivá a velice snaživá. Celý personál včetně paní logopedky si s paní velice rozumí a práci s ní si velice pochvalují.

### **Základní údaje**

Paní J. R. se narodila 22. 4. 1933 v Havlíčkově Brodě. Své dětství prožila v nedalekém městysu zvaném Úsobí, kde vyrůstala společně se svými rodiči v rodinném domě. Paní zde docházela do místní základní školy, která funguje dodnes. Po ukončeném studiu začala v roce 1950 pracovat jako dámská krejčová. Když se paní vdala, přestěhovala se společně se svým manželem do panelového domu v Havlíčkově Brodě. Od této doby začala pracovat jako dělnice ve sklárnách Bohemia ve Světlé nad Sázavou. Její dřívější záliby byly především kultura, koncerty, výlety a trávení volného času na chatě u syna.

### **Rodinná anamnéza**

Matka paní J. R. zemřela v 84 letech na stáří, avšak předtím měla jisté problémy se srdcem a také s tlakem. Její otec zemřel v 61 letech na srdeční infarkt. Paní byla jedináček a neměla žádné sourozence. Se svým manželem má dvě děti, které jsou zdravé. V roce 2011 jí však bohužel manžel zemřel a po jeho smrti byla klientka velice rozrušená a brala léky na zklidnění.

### **Osobní anamnéza**

Od mládí je u paní J. R. diagnostikovaný zvýšený krevní tlak a také zvýšená lačná cukrovka. V roce 1983 se jí během vaření udělalo špatně, a proto šla k oknu, aby se jí lépe dýchalo. Paní se poté zamotala hlava a následně omdlela. V této době měla časté problémy s návaly, tudíž brala léky na tlak, které jí předepsal praktický lékař. V roce 1993 měla opakovaně prudké bolesti v pravém ramenním kloubu a na konci roku 1994 znovu upadla a ztratila vědomí. V lednu 1995 jí byla diagnostikována hemoragická cévní mozková příhoda, na základě které došlo ke krvácení v levé mozkové hemisféře. V důsledku CMP jí byla zjištěna expresivní



fatická porucha a těžká pravostranná hemiparéza<sup>5</sup> s úplnou ztrátou hybnosti pravé horní končetiny. V oblasti hlavy byl také zaznamenán zjevný pokles pravého ústního koutku. Pacientka byla tedy hospitalizována v nemocnici v Havlíčkově Brodě na neurologickém oddělení. Předtím měla již zmiňované opakované stavy, při kterých jí bolela hlava, pravý ramenní kloub a také se motala. Dne 15. 1. 1995 došlo k tomu, že paní nesla kávu a najednou se jí udělalo špatně. Následně tedy upadla na zem a nemohla se zvednout, jelikož ochrnula na pravou polovinu těla. Byla proto ihned přivolána rychlá zdravotní pomoc, která paní následně naměřila vysoký krevní tlak. Během přijetí v nemocnici byla při vědomí, avšak neprobíhal s pacientkou žádný kontakt, jelikož nerozuměla. Lékaři jí tedy zkontrolovali hlavu, krk, břicho, horní a dolní končetiny a také zahájili vyšetření mozku. V propouštěcí zprávě měla doporučenou především rehabilitaci pravostranných končetin a také řeči. Paní v této době zvládala odpovídat pouze ANO/NE, avšak mluveným dotazům a příkazům rozuměla. Pacientce byla také předepsána ortopedická pomůcka čtyřnožka<sup>6</sup>, aby byla chůze pohodlná a především bezpečná.

V červnu 1995 se již uskutečnilo kontrolní vyšetření na neurologickém oddělení v Havlíčkově Brodě, kde byla pacientce doporučena odborná rehabilitace v Chotěboři. Celková řeč byla stále nesrozumitelná a chůze byla možná pouze s dopomocí. O měsíc později byla tedy sepsána žádost o mimořádné výhody pro občany těžce postižené na zdraví. U pacientky stále přetrvávalo pouze rozumění mluvenému slovu a schopnost reagovat na různé příkazy, ovšem samotná chůze byla možná pouze s dopomocí čtyřnožky a s pomocí průvodce. Dále bylo v žádosti zdůrazněno, že paní není schopna samostatně a spolehlivě brát léky, umýt si ruce, učesat se, vykoupat se ve vaně, použít toaletu, otevřít a zavřít okno, vydržet ve stoje, povstat ze židle, mluvit zřetelně, obout se a obléknout se. Paní se tedy stala držitelkou mimořádných výhod pro občany, kteří trpí III. stupněm zdravotního postižení. V srpnu 1996 měla stále pocity závratě zejména při změně polohy hlavy a při vstávání. Na začátku roku 1997 se uskutečnilo opakované vyšetření v ordinaci

---

<sup>5</sup> Hemiparéza je částečné hybné ochrnutí jedné poloviny těla (Dvořák, 1998, s. 64).

<sup>6</sup> Praktická hůl, která má ve spodní části místo jednoho bodu body čtyři (<http://www.hole-hulky-destniky.cz>).

neurologie v Havlíčkově Brodě, kam pacientka přišla o holi. Lékaři ji nadále doporučili rehabilitaci chůze a také řeči.

V roce 2000 měla stále problémy s tlakem a často jí trápily závratě. O rok později se chůze výrazně zhoršila a řeč se stále nezlepšovala. V říjnu 2002 byla paní na pohotovosti kvůli infekčnímu onemocnění kůže na obou nohách a po psychické stránce na tom byla velice špatně. V listopadu 2009 byla přijata na ortopedii v Havlíčkově Brodě kvůli zhmoždění ramene a paže. Příčinou zranění byl pád, a proto byla paní ihned odeslána na úrazovou ambulanci. V lednu 2011 se paní opět necítila dobře, jelikož se jí při pohybu hůře dýchalo. Pacientka ale odmítala veškerá vyšetření v nemocnici, a proto se jen upravila medikace. O dva měsíce později jí umřel manžel a paní byla velice rozrušená, proto začala brát léky na zklidnění.

Na začátku roku 2014 paní znovu upadla a měla tak bolesti v oblasti kostrče. V této době výrazně omezila pohyb, avšak stále byla domluvena rehabilitace s charitní sestrou, která ke klientce docházela po úmrtí jejího manžela. Po třech měsících téhož roku paní znovu dvakrát upadla, tudíž výrazně omezila pohyb z obavy dalšího pádu. Bylo jí tedy doporučeno, ať zkouší s rehabilitační sestrou chůzi v chodítku kvůli větší stabilitě. Již v tomto momentě byl kladen důraz na žádost o umístění do Domova pro seniory, jelikož nebyla schopna zůstat nadále sama. V roce 2014 se tedy stala klientkou Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou, kde společně s ošetřujícím personálem probíhal nácvik chůze. V srpnu 2014 probíhal nácvik chůze v chodítku 4x týdně po dobu 30 minut. V říjnu téhož roku se nácvik chůze trénoval ve vysokém chodítku s doprovodem 5x týdně po dobu celého měsíce. V roce 2015 se nácvik chůze ve vysokém chodítku prováděl už jen 3x po dobu 30 minut. V květnu téhož roku se počet opět navýšil a chůze se trénovala již 5x. V roce 2016 se chůze trénovala s pomocí kompenzační pomůcky a doprovodem 3x týdně. V červnu téhož roku se prováděl nácvik stoje a chůze 2x týdně okolo 30 minut.

### **Dosud absolvované rehabilitační a zdravotní pobyty**

Paní J. R. byla od 15. 3. do 23. 5. 1995 v rehabilitačním ústavu v Chotěboři, kde se prováděla rehabilitační léčba, která je určena pacientům po cévních mozkových příhodách. V tomto ústavu probíhalo několik rehabilitačních cvičení,

např. kondiční cvičení, polohování, nácvik chůze, nácvik sebeobsluhy a také logopedie, při které bylo zaznamenáno výrazné zlepšení. Na samotném začátku rehabilitačního pobytu provedl klinický logoped vstupní vyšetření, na základě kterého se vypracoval individuální plán logopedické péče. V té době paní spontánně užívala adekvátní výrazy, s dopomocí četla, psala neobratně levou rukou a početní úkony zvládala s latencí. Z hlediska chůze se pacientka pohybovala za pomoci čtyřnožky a po schodech s dopomocí jiné osoby. Na konci tohoto pobytu byla pacientce doporučena další rehabilitace a logopedická péče.

V roce 1997 se uskutečnil další pobyt v rehabilitačním ústavu v Chotěboři, kde pacientka pobývala necelé dva měsíce. Klientka nebyla stále soběstačná a i po rovině chodila za pomoci hole. V tomto zařízení se znovu realizovaly procedury jako kondiční cvičení trupového svalstva, skupinové cvičení, nácvik chůze, zábaly, vířivé koupele, logopedie, ergoterapie a perličková koupel. Z hlediska logopedie přetrvávala stále nedostatečná výslovnost slov a tvorba vět, tempo řeči bylo pomalé a vázla artikulace. Po návratu z tohoto zařízení se paní ovšem cítila velice dobře a pobyt si velice chválila.

Před nástupem do Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou žila osaměle v bytě, který se nacházel ve druhém patře. Po smrti manžela za ní pravidelně docházely její dvě děti, které jí pomáhaly. Paní měla zajištěnou dovážku obědů a během týdne k ní 1x denně docházela na rehabilitaci chůze pracovnice Oblastní charity Havlíčkův Brod. Z hlediska chůze se paní pohybovala za pomoci hole, a proto využívala výtah, jelikož bydlela ve druhém patře. Bohužel se chůze zhoršovala a opakovaně se stávalo, že několikrát upadla v bytě a následně se bála sama chodit. Paní byla závislá především na pomoci rodiny, eventuálně sousedů v panelovém domě. Před nástupem do Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou měla dle dcery asi 3 roky podané žádosti o přijetí do Domova pro seniory Reynkova a U Panských v Havlíčkově Brodě. V prosinci 2013 ji bylo nabídnuto přijetí, ale nástup odmítla, jelikož dle svého uvážení samostatný pobyt doma zvládala. Dcera poté požadavek na přijetí do pobytového zařízení aktualizovala a od ledna 2014 měla paní podanou žádost o přijetí do Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou.

Dne 26. 3. 2014 byl odeslán aktuální lékařský nález, sociální šetření a bodové ohodnocení k žádostem o přijetí do Domova pro seniory Reynkova v Havlíčkově

Brodě, kde měla paní již delší dobu podanou žádost o přijetí. Dne 7. 4. 2014 se uskutečnila návštěva pracovníků z Domova pro seniory v Havlíčkově Brodě k provedení sociálního šetření. V té době jí místo k přijetí nabídnout nemohli, ale paní bylo řečeno, že jakmile by se jim uvolnilo vhodné místo, budou ji ihned kontaktovat. Dne 21. 5. 2014 proběhla návštěva sociálních pracovníků z Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou, kde se uvolnilo místo, a tudíž mohli paní ihned přijmout. Klientka s nástupem souhlasila a přijetí do zařízení se uskutečnilo 11. 6. 2014. V Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou je ubytována na dvouúžkovém pokoji společně s novou paní, se kterou již více komunikuje a vycházejí spolu bez komplikací. Klientka se v zařízení celkem rychle adaptovala a aktivně se účastnila všech činností, výletů a terapií. S ostatními klienty neměla nikdy žádné problémy a s ošetřujícím personálem spolupracuje.

### **Logopedická anamnéza**

U paní J. R. je na základě cévní mozkové příhody diagnostikována těžká expresivní afázie. Dominantní je především porucha v plynulosti řeči a také špatná řečová produkce, avšak rozumění řeči je zachovalé. Klientka nemá problémy s pojmenováním předmětů a obrázků, které používá v rámci každodenního života, avšak značné problémy nastávají při čtení, psaní a také počítání.

V roce 1995 byla přijata na neurologickém oddělení v Havlíčkově Brodě kvůli CMP, na základě které jí byla doporučena kromě rehabilitace chůze také náprava řeči. Během hospitalizace byla pacientka zmatená, nerozuměla otázkám a odpovídala jednoslovně. Po propuštění z nemocnice jí byla doporučena léčba v rehabilitačním ústavu v Chotěboři, kde strávila dva měsíce. Kromě různých terapeutických a rehabilitačních aktivit probíhala také logopedická péče za účasti klinického logopeda. Klientka zde dosáhla výrazného zlepšení a užívala adekvátní výrazy. Zvládala s dopomocí číst, psala neobratně levou rukou a početní úkony zvládala s latencí. Na konci tohoto pobytu jí byla doporučena další terapie v logopedii.

V roce 1997 se paní znovu účastnila rehabilitačního pobytu v Chotěboři, kde byly zaznamenány další pokroky v řeči. V propouštěcí zprávě bylo uvedeno, že výslovnost slov a tvorba vět byla dostatečná, avšak občas se objevovala v řeči

pomlka kvůli hledání vhodného výrazu. Klientka měla tempo řeči pomalé, ale dokázala se bez větších problémů domluvit. Ohledně čtení a psaní byly zaznamenány znatelné pokroky a početní úkony již bez větších problémů zvládala. Po návratu z tohoto pobytu přetrvávalo pouze nepravidelné tempo řeči s přestávkami. Po pár letech byla řeč i nadále obtížná, avšak v roce 2005 se výrazně zlepšila. Paní již více mluvila, rozuměla různým pokynům a trápilo jí jen občasné zadrhnutí.

Od roku 2015 probíhá náprava řeči již v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou. Průběh logopedické terapie vždy nejprve začíná úvodním rozhovorem mezi samotným terapeutem a klientkou. Následně se logoped zaměřuje na specifické odchylky v řeči a to zejména na oblast pojmenování a porozumění. Dále je také veliký důraz kladen na samotné psaní, čtení a také počítání. Aktuálně nejsou větší pokroky již tolik znatelné, ale paní se velice snaží a do všech úkolů se zapojuje. Vzhledem k věku klientky je velice obdivuhodné, s jakou trpělivostí a snahou k logopedické terapii přistupuje.

#### *Logopedické vyšetření před zahájením terapie*

U klientky se při úvodním logopedickém vyšetření realizoval tzv. screeningový test afázie. Paní logopedka konkrétně využila Mississippi Aphasia Screening Test (MAST). Test se skládá z **devíti částí**, na základě kterých se hodnotí automatická řeč, pojmenování, opakování, plynulost při popisu, psaní, rozumění alternativním otázkám, rozumění slovu, rozumění mluvené instrukci a rozumění čtené instrukci (viz. Příloha B). V rámci tohoto vyšetření bylo u paní J. R. zjištěno několik specifických symptomů, které jsou typické pro expresivní fatickou poruchu.

U klientky se v řeči konkrétně vyskytují **perseverace, automatizmy, neologizmy, fonemické parafázie a anomie**. V první části testu, který hodnotí automatickou řeč, vyšlo, že se u klientky objevují také problémy v oblasti početních úkonů, jelikož nezvládá správně napočítat do 10. Podobně tomu tak je i u dnů v týdnu, které nedokáže správně vyjmenovat po sobě. Co se týče jednoduchých přísloví jako např.: „Jablko nepadá daleko od...“, tak ty klientce až takové problémy nedělají. Jinak tomu je u přísloví, u kterého není odpověď ihned jasná např.: „Tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu, až...“. Problematické jsou také části, které se zaměřují na oblast pojmenování a opakování. Klientka velice často odpovídá

pouze se slovy: „Já nevím, no..“. Podobně tomu tak je i při popisu fotografie, u které není schopna říct, co se děje na konkrétním obrázku.

Problematické jsou i další části testu, která se týkají psaní slov a vět. Jak jsem již zmiňovala, paní má pravostrannou hemiparézu a je přecvičena na levou ruku, tudíž i vzhled písma není tolik úhledný. Klientka není vůbec schopna napsat jakékoliv slovo, které jí je diktováno. S velkou dopomocí a latencí zvládne napsat pouze své jméno. Podobně tomu tak je i u čtení, které paní tolik neovládá, jelikož dokáže přečíst pouze ta slova, která jsou pro ni známá a která se vztahují k jejímu každodennímu životu. Nejlépe z testu vycházejí ty části, které se obecně týkají rozumění otázkám.

Pro porovnání dosažených výsledků v rámci úvodního logopedického vyšetření z října roku 2015 se tento test znovu zopakoval v listopadu roku 2016 (viz. Tabulka č. 5). V příloze si lze povšimnout, že výsledky nejsou zdaleka tolik výrazné a převratné. V některých částech testu má klientka mírné zhoršení či naopak zlepšení, avšak spíše přetrvává stagnace. Vzhledem ke krátkodobé realizaci logopedické péče nelze očekávat nějaké výrazné změny. Co se mi ovšem líbí a velice oceňuji je to, s jakým optimismem a trpělivostí se klientka do všech aktivit zapojuje. Vzhledem k jejímu věku je velice obdivuhodné, že se stále účastní logopedické terapie, na kterou se vždy velmi těší.

**Tab. 5: Porovnání výsledků screeningového testu MASTcz z roku 2015 a 2016**

<b>Rok 2015</b>	<b>Rok 2016</b>	<b>Rok 2015</b>	<b>Rok 2016</b>
Automatická řeč 3/10	Automatická řeč 1/10	Rozumění alternativním otázkám 12/20	Rozumění alternativním otázkám 14/20
Pojmenování 4/10	Pojmenování 4/10	Rozumění slovu-identifikace objektů 10/10	Rozumění slovu-identifikace objektů 10/10
Opakování 2/10	Opakování 2/10	Rozumění verbální instrukci 4/10	Rozumění verbální instrukci 4/10
Fluence při popisu 0/10	Fluence při popisu 0/10	Rozumění čtené instrukci 0/10	Rozumění čtené instrukci 2/10
Psaní na diktát 0/10	Psaní na diktát 0/10	CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX 35/100	CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX 37/100
<b>INDEX PRODUKCE 9/50</b>	<b>INDEX PRODUKCE 7/50</b>	<b>INDEX ROZUMĚNÍ 26/50</b>	<b>INDEX ROZUMĚNÍ 30/50</b>

*Zdroj: Vlastní zpracování*

### *Logopedická terapie*

S paní logopedkou jsem na konci roku 2016 navštívila Domov pro seniory ve Světlé nad Sázavou, kde nás již očekávala paní J. R. Klienti, za kterými dochází klinický logoped, mají svá portfolia (viz. Příloha C) ve kterých mají veškeré potřebné materiály pohromadě, tudíž je mohou využívat i sociální pracovníci daného zařízení či blízká rodina klienta. Na začátku terapie proběhl nejprve úvodní rozhovor, při kterém jsem si všimla velice jednoduchých a stručných odpovědí klientky. Paní logopedka se např. zeptala: „Jak se dneska máte?“ a paní odpověděla: „Jo, jo, dobře“. Dále měla klientka značné problémy s pojmenováním a to konkrétně u svých dětí: „Jak se jmenuje Váš syn?“ a odpověď byla po delší latenci: „Nevím“. Problémy

nastaly i v rámci časových údajů např.: „Co je dneska za den a měsíc v roce?“ a odpověď byla: „Nevím, no...“.

Po krátkém úvodním rozhovoru následovalo pojmenování různých předmětů, během kterých měla klientka značné potíže a objevovaly se typické automatizmy např.: „Nemůžu si vzpomenout!“. Během pojmenování obrázků jsem si také všimla typické perseverace, která se u klientky projevovala tím, že měla správně pojmenovat na obrázku jogurt, ale stále dokola říkala, že se jedná o banán.. Klientka zvládla pojmenovat pouze polovinu obrázků 4/8. Velice ovšem oceňuji to, že paní logopedka pokaždé při této aktivitě začíná nejprve s pár předměty a následně jejich počet navyšuje.

Další činnost se týkala přiřazování slov ke správným obrázkům. Při této aktivitě se znovu vyskytovaly typické automatizmy a paní přiřadila správně 6 slov z 8. Dalším úkolem bylo přiřazování počátečních písmen k daným předmětům např. **T** jako **Televize**. Tato úloha byla pro paní velice problematičtá, jelikož písmena J, H a B stále přiřazovala k obrázku, na kterém byl znázorněný rohlík. Celkově přiřadila správně pouze 3 písmena z 8. Klientka také opakovaně nezvládala říct pouze počáteční písmeno u konkrétního obrázku, ale rovnou řekla celé slovo např.: u písmena T vyslovila rovnou celé slovo Televize.

Dále se paní logopedka během terapie zaměřila na porozumění různým pokynům a dávala klientce tyto úkoly: „Ukažte mi brýle a potom jogurt“. Paní vždy správně ukázala pouze na první obrázek a s druhým měla již značné problémy. Ke konci terapie se také realizovalo trénování početních úkonů, během kterých měla paní logopedka zhotovené kartičky, na kterých byly znázorněny jednotlivé číslice. Klientka zvládala pouze s výraznou dopomocí napočítat do 10, ale v důsledku poruchy pojmenování ukázala číslo 4 pouze na prstech bez pojmenování.

Paní logopedka také velice usiluje o to, aby klientka zvládla správně označit čtyři dějové obrázky tak, jak jdou logicky za sebou např.: dáme čaj do hrnku, zalijeme čaj vodou, osladíme čaj a zamícháme čaj. Tato aktivita je ovšem pro paní značně obtížná a pouze s výraznou dopomocí dokáže správně seřadit všechny obrázky.

Na samotném závěru této terapie se realizoval opět krátký rozhovor, při kterém se paní logopedka klientky zeptala, co budou mít dnes k obědu. Paní často



ve svých odpovědích říká pouze: „Nevím, no...“. Čas utekl velice rychle a půl hodina terapie byla za námi. S klientkou se spolupracovalo velice dobře a moje přítomnost ji žádným způsobem neovlivňovala a nenarušovala. Při cestě domu jsem na paní nemohla přestat myslet, jelikož si ihned od prvního momentu získala mé sympatie a obdiv. Velice se mi líbí, jaká energie a pozitivní nálada z ní vyzařuje a jakým způsobem se zapojuje v rámci celkové logopedické terapie.

### **Současný stav, shrnutí**

Aktuálně se v Domově pro seniory provádí rehabilitační nácvik stoje a chůze, který se realizuje 2x týdně po dobu 30 minut. Po zařízení se paní pohybuje za pomoci mechanického invalidního vozíku, který je volně k dispozici všem klientům. Kromě rehabilitace chůze probíhá také již zmiňovaná logopedická terapie, která se realizuje 1x týdně po dobu 30 minut. Paní logopedka má svojí soukromou ambulanci od daného zařízení pouze pár metrů, tudíž se ke klientům dopravuje velice snadno a rychle. Ne vždy se ovšem podaří, aby terapeut mohl docházet do Domova pro seniory pravidelně, avšak vždy se dbá na to, aby se logopedická terapie uskutečnila alespoň za pomoci sociálních pracovníků daného zařízení. V současnosti stále přetrvávají lepší výsledky v porozumění nežli v samotné produkci řeči. U klientky také stále přetrvává schopnost pojmenování pouze známých předmětů a běžných úkonů, které paní v každodenním životě realizuje. V psaní jsou výsledky stále stejné, avšak počítání se vcelku zlepšilo a klientka již zvládne s mírnou dopomocí napočítat do 10. Z hlediska čtení nejsou zaznamenány výrazné pokroky, jelikož paní dokáže přečíst pouze krátká a především známá slova.

Z hlediska různých lékařských kontrol klientka pravidelně dojíždí do blízkého města Ledec nad Sázavou, kde se preventivně provádí laboratorní vyšetření krve a moči. Jednou ročně musí také jezdit na neurologii do Havlíčkova Brodu, kam je převážena na mechanickém invalidním vozíku. Na neurologii kontrolují, zda pacientku nebolí hlava, zdali je při vědomí, zorientovaná a zda spolupracuje. Paní doktorka se kromě vyšetření hlavy zaměřuje také na krk, horní a dolní končetiny a celkově hodnotí aktuální stoj a chůzi pacientky. V případě nějakého onemocnění či bolesti má klientka k dispozici také praktického lékaře, který pravidelně ordinuje přímo v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou.

Po psychické stránce je na tom paní již dobře a velice ji těší návštěvy svých blízkých. V zařízení se účastní volnočasových aktivit, zejména muzikoterapie, canisterapie a ranního cvičení. Aktuálně je i velice spokojená s novou spolubydlící, se kterou již více komunikuje. O paní je v zařízení velice dobře postaráno a od celého personálu se jí dostává velice kvalitní péče.

## **5.5. Případová studie klienta J. P.**

### **Úvodní informace**

Pán J. P. je po ischemické cévní mozkové příhodě, která mu byla diagnostikována v roce 2011 ve věku 54 let. Na základě mozkové příhody ochrnl na pravou polovinu těla a zcela ztratil hybnost na pravé horní končetině. Pacient byl kvůli CMP hospitalizovaný na neurologickém oddělení v Havlíčkově Brodě, kde pobýval celé dva týdny. Pacient měl kvůli mozkové příhodě problémy s řečí, tudíž mu byla diagnostikována expresivní smíšená fatická porucha s převahou expresivní afázie. Po propuštění z nemocnice v Havlíčkově Brodě byl pacient dále hospitalizovaný v LDN Háj u Ledče nad Sázavou a následně v Hamzově odborné léčebně Luže- Košumberk, kde probíhala logopedická terapie. Kromě mozkového infarktu má klient značné problémy s vysokým krevním tlakem, cukrovkou a také s obezitou. Ve věku 43 let mu byla diagnostikována ischemická srdeční choroba<sup>7</sup>, kvůli které byl na měsíčním léčebném pobytu. V důsledku špatně léčené cukrovky je také po amputaci prstů na obou dolních končetinách.

Již od roku 2011 měl podanou žádost o umístění do Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou, kterou poslala jeho přítelkyně. Hlavním důvodem bylo zejména to, že byla pracovně vytížená a nemohla se o pána již nadále starat. Po necelém roce byla žádost přijata a pán se stal klientem daného zařízení, kam dochází jeho družka. Pán je konkrétně ubytovaný na jednolůžkovém pokoji, kde je více spokojený. Po psychické stránce na tom ovšem není úplně nejlépe, proto za ním pravidelně dochází psychiatr. V roce 2013 byla z Psychiatrické ambulance

---

<sup>7</sup> Ischemická choroba srdeční je skupina chorobných stavů, jimž je společná ischemie (tj. nepoměr mezi potřebou a dodávkou kyslíku). Téměř vždy je příčinou ateroskleróza neboli kornatění koronárních tepen; spazmy tepen, záněty, embolie a jiné příčiny jsou bez aterosklerózy vzácné (<http://www.wikiskripta.eu> ; <http://www2.ikem.cz>).

v Havlíčkově Brodě odeslána zpráva, ve které bylo zdůrazněno, že se jedná o pacienta po závažné cévní mozkové příhodě, na základě které není schopen kvalitní domluvy s okolím. Byla mu tedy doporučena vhodná odborná rehabilitace řečových funkcí, která probíhá v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou 1x týdně zhruba 30 minut za pomoci klinického logopeda, sociálních pracovníků a blízké rodiny klienta. Před samotnou logopedickou terapií byl klient vyšetřen za pomoci testu MAST, který je snadno proveditelný a rychlý. U pána je konkrétně narušena expresivní složka řeči, tudíž je zhoršena celková řečová produkce, avšak rozumění řeči je zachováno. Typické je také to, že klient mluví málo a má obtíže z hlediska opakování a pojmenování.

### **Základní údaje**

Pán J. P. se narodil 28. 9. 1956 v nemocnici v Havlíčkově Brodě. Jako malý bydlel se svými rodiči a starším bratrem v rodinném domě v Ledči nad Sázavou kde docházel do místní základní školy. Během studia měl pán veliké úspěchy ve sportu a dokonce i za školu sportovně závodil v atletice. Od roku 1971 do června 1974 absolvoval střední odborné učiliště strojírenské v Ledči nad Sázavou. Po úspěšném ukončení studia začal pracovat ve firmě Kovofiniš jako strojní zámečnick. V roce 1994 začal pracovat v nedaleké Okrouhlici, kde se věnoval stejné profesi. Po pár letech se však situace na základě zdravotního stavu změnila a v roce 1999 začal pracovat v Havlíčkově Brodě jako pojišťovací poradce. V roce 2006 ovšem došlo k jednání ohledně posouzení jeho zdravotního stavu, kdy byl pán následně prohlášen za plně invalidního. Co se týče dřívějších zájmů a koníčků, tak ve svém volném čase rád zpíval a hrál v kapele s názvem Lesanka či sledoval různé sportovní přenosy.

### **Rodinná anamnéza**

Ohledně rodinné anamnézy se mi podařilo zjistit pouze pár základních informací, jelikož pán na základě fatické poruchy neví a není si jistý, co po něm člověk vyžaduje a chce. Matka zemřela v 50 letech, nepracovala a byla tzv. ženou v domácnosti. Když byly pánovi tři roky, tak přestala chodit a není vyloučené, že měla roztroušenou sklerózu. Otec zemřel v 55 letech na rakovinu tlustého střeva

a pracoval jako řidič ve firmě Kovofiniš v Ledči nad Sázavou. Pán má také staršího bratra, který je zdravý. V současnosti je rozvedený, avšak z bývalého manželství má 2 dcery, které jsou zdravé. Před nástupem do Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou měl 8 let přítelkyni, se kterou bydlel na sídlišti v panelovém domě, který později za symbolickou částku pronajímal. Později ho však musel kvůli dluhům prodat.

### **Osobní anamnéza**

Poporodní průběh a psychomotorický vývoj probíhal zcela normálně a bez komplikací. Během dětství a následně v pozdějším věku pán vážněji nestonal. V roce 1975 prodělal zlomeninu zápěstí a v roce 1998 mu byla diagnostikována cukrovka 2. typu. V roce 1999 byl hospitalizován v nemocnici v Havlíčkově Brodě, jelikož asi tři týdny pociťoval pálení na hrudi a to zejména v situacích, při kterých zvedal těžké věci. Lékaři mu naměřili vysoký krevní tlak 170/110 a doporučili mu týden bez práce. V listopadu téhož roku se uskutečnilo ambulantní vyšetření v Havlíčkově Brodě, kde byla pánovi diagnostikována steatóza<sup>8</sup> neboli ztučnění jater, která byla zapříčiněna v důsledku již zmiňované cukrovky. Pánovi byla tedy doporučena dieta (především snížení tuků) a omezení alkoholických nápojů.

V prosinci 1999 se u pána znovu objevila bolest na prsou, která vznikala po určité námaze. Pan J. P. byl tedy objednan do kardiologické poradny v Hradci Králové, kde pacienta vyšetřili pomocí koronarografie<sup>9</sup>. Speciální vyšetření se uskutečnilo v dubnu 2000 ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, kde byl přijat k vyšetření srdečních (koronárních) tepen. Pacientovi bylo diagnostikováno těžké srdeční onemocnění tzv. angina pectoris<sup>10</sup>. Vyšetření bylo provedeno z pravého třísla, na základě kterého byla zjištěna normální funkce levé komory. Naopak zúžené místo korové tepny bylo zpevněno stentem<sup>11</sup> bez komplikací. Během přijetí byl

---

<sup>8</sup> Steatóza je metabolická porucha jater. Jedná se o nahromadění tukových kapének v jaterních buňkách, které vedou k poškození jaterních funkcí. Hlavním rizikovým faktorem je pití alkoholu, obezita a cukrovka (<http://nemoci.doktorka.cz>).

<sup>9</sup> Koronarografie je rentgenové kontrastní vyšetření srdečních (koronárních) tepen (<http://centrumsrdce.cz>).

<sup>10</sup> Angina pectoris je forma ischemické choroby srdeční, projevující se svíravými bolestmi na hrudi, která nutí člověka ukončit fyzickou aktivitu (<http://www.wikiskripta.eu>).

<sup>11</sup> Jedná se o jakousi „výztužku“ tepny, která má strukturu složitěho pletiva a je vyrobena ze speciální a velmi kvalitní oceli. Velmi zjednodušeně si ji lze představit jako pružinku na propisce (<http://www2.ikem.cz>).

pacientovi také naměřen zvýšený obsah tuků a cholesterolu v krvi. Pacient byl tedy následně poučen o vhodné dietě a byly mu předepsány léky ke snížení vysoké hladiny tuků a cholesterolu. Dále mu byla doporučena redukční dieta se sníženým obsahem živočišných tuků, během které měl redukovat hmotnost alespoň o 10 kg v horizontu 1 roku. Dále také musel docházet na pravidelné kontroly ve spádové diabetologické ambulanci.

V roce 2002 byl hospitalizován v nemocnici v Havlíčkově Brodě kvůli pravé ledvině, která se zvětšovala. Na konci tohoto roku došlo k odstranění této ledviny na pracovišti gastroenterologie a ultrasonografie v Ledči nad Sázavou. V listopadu 2006 měl rozsáhlé defekty na levém bérce, které byly zapříčiněné neléčením diabetu. Pán byl tedy léčen na chirurgické ambulanci v Ledči nad Sázavou. V únoru 2007 se vyléčil a od té doby nenavštívil svého praktického lékaře. Až v červenci 2008 se dostavil k praktickému lékaři s rozsáhlým postižením prstů a nártu na pravé dolní končetině. Již v roce 1998 mu byla diagnostikovaná cukrovka, kvůli které měl doporučenou léčbu a kontroly v diaporadně. Bohužel stanovenou dietu nedodržel a na kontroly chodil pouze ojedinele. Pán tedy přišel do ordinace s velice rozsáhlým zánětem na pravé noze, a proto byl odeslán na chirurgické oddělení v Havlíčkově Brodě, kde byla provedena amputace prstů pravé nohy. Po pár měsících byla již odeslána žádost ohledně invalidního důchodu, která byla schválena z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Pán se pro své přetrvávající obtíže necítil na žádnou práci a na základě jeho zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavní výdělečné činnosti nejméně o 66%.

V listopadu 2009 byl hospitalizován na Institutu klinické a experimentální medicíny (dále IKEM) v Praze. Konkrétně byl operován na klinice kardiovaskulární chirurgie kvůli odstranění nedostatečně fungující chlopně<sup>12</sup>, která byla nahrazena chlopenní protézou. Operační výkon proběhl bez komplikací a pacient byl předán k ambulantní a domácí péči. V únoru 2010 proběhla další operace v Havlíčkově Brodě kvůli defektu na plosce pahýlu pravé dolní končetiny. Docházelo k opakovanému krvácení a pacient měl několik dnů horečky. Operace proběhla

---

<sup>12</sup> Chlopenní operace je výkonem, který má za úkol odstranění nebo zmírnění obtíží pacienta, zabránění jejich zhoršování, zabránění snížení srdeční funkce a prodloužení života. Operace na srdečních chlopních jsou v současnosti velmi častými kardiochirurgickými výkony (<https://www.fnhk.cz>).

bez komplikací a pán nesměl pahýl končetiny zatěžovat. Na konci roku byl ale opět hospitalizován v Havlíčkově Brodě, kde byl přijat pro diabetickou gangrénu/sněť<sup>13</sup> levé dolní končetiny. U pacienta bylo tedy opět nutné provést amputaci prstů na levé dolní končetině. V červenci 2011 byl přijat do nemocnice v Havlíčkově Brodě kvůli ischemické cévní mozkové příhodě. Lékaři pacientovi následně diagnostikovali expresivní smíšenou fatickou poruchu s převahou expresivní afázie. V říjnu byl následně hospitalizován pro ischemickou CMP s těžkou pravostrannou hemiparézou a fatickou poruchou do LDN Háj u Ledče nad Sázavou.

V srpnu 2012 se stal klientem Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou, kde měl problémy se svým psychickým stavem. Proběhlo tedy psychiatrické vyšetření, které prokázalo organický psychosyndrom<sup>14</sup> po CMP s poruchou nálady. Od této doby za pánem pravidelně dochází psychiatr daného zařízení, který si s ním povídá a zajímá se o jeho aktuální stav. Celkový psychický stav se téhož roku postupně zlepšoval a pán již více spolupracoval, procvičoval řeč a zajímal se o hokejové zápasy v televizi. Postupně si tedy začal nacházet nový způsob a režim života. Problémy nastaly až v roce 2013, kdy si klient začal stěžovat na svého spolubydlícího kvůli občasnému chrápání. Pán se ovšem nadále snažil rehabilitovat jak tělesně tak i v řeči, tudíž se samotná komunikace výrazně zlepšovala a klient již mluvil daleko lépe. Do tréninku logopedie se zapojili i sociální pracovníci, kteří trénovali s klientem řeč dle návodu logopedky.

V roce 2014 pobýval na interním oddělení v Havlíčkově Brodě, kde se uskutečnilo vyšetření tlustého střeva za pomoci kolonoskopie. Při tomto vyšetření byla zjištěna infiltrace stěny pravé strany tračníku. Pán byl tedy znovu objednan k hospitalizaci a následné operaci na chirurgickém oddělení v Havlíčkově Brodě. Operace byla nutná kvůli nádoru tlustého střeva, která v samotném závěru proběhla bez komplikací. Poté musel být v Domově pro seniory v izolační místnosti, kde neměl žádné obtíže a měl větší klid. Na jednolůžkovém pokoji ležel i v květnu 2014 kvůli infekci na kůži. Po psychické stránce na tom byl lépe a neměl problémy

---

<sup>13</sup> Jde o odumřelou a následně změněnou tělesnou tkáň, která je obvykle způsobena bakteriální infekcí, poraněním nebo trombózou a také špatným prokrvením tkáně. Ke gangréně jsou náchylné zejména poraněné tkáně nebo končetiny diabetiků. Základní příčinou vzniku gangrény je ateroskleróza a cukrovka (<http://www.toplekar.cz>).

<sup>14</sup> Organický psychosyndrom je nespecifické a dnes již zastaralé označení pro poruchu psychiky z organických příčin (<http://www.wikiskripta.eu>).

s jídlem ani spánkem. Snažil se také sám pohybovat na vozíku a probíhala náprava řeči. Pán již rozuměl prakticky všemu a dokázal se již částečně domluvit. V roce 2015 probíhala stále náprava řeči, která se zase o něco zlepšila. Pán také nacvičoval chůzi s doprovodem a celkově se více snažil. Horší období nastalo v květnu 2015, kdy měl další problémy s ledvinou. Bohužel došlo k tomu, že se stent ucpal a byla nutná operační výměna. K výměně došlo následující měsíc na urologickém oddělení v Havlíčkově Brodě, kde byl pacientovi zaveden již silikonový stent. Vyšetření proběhlo za pomoci cystoskopie a pacient byl v celkové anestezii. V březnu 2016 proběhla opět výměna stentu v celkové anestezii, během které byl pánovi zaveden opět nový silikon.

### **Dosud absolvované rehabilitační a zdravotní pobyty**

V roce 2000 byl pán J. P. na léčebném pobytu v Poděbradech, kde probíhalo několik rehabilitačních procedur denně. Na tomto pobytu byl celkem čtyři týdny z důvodu ischemické choroby srdeční. Klient se v zařízení účastnil rehabilitačního programu, který se zaměřoval na intenzivní tréninkovou chůzi. Celý pobyt proběhl bez komplikací a pán byl oběhově kompenzován. Bez obtíží také toleroval chůzi tempem 4,6 km/h. Na konci pobytu byla provedena edukace o prevenci srdeční choroby a klient získal i vhodná doporučení k další léčbě.

V srpnu 2008 byl na necelý měsíc přijat k ošetrovatelské péči po amputaci pravé nohy do Háje u Ledče nad Sázavou. Amputace byla provedena 21. a 29. 7. 2008 na chirurgii v Havlíčkově Brodě a pán měl později veliké obtíže s převazy, tudíž mu byla doporučena hospitalizace. Po dvou týdnech se rozsáhlý defekt po amputaci pozvolna zaceloval a pacient byl již částečně schopen samostatného pohybu mimo lůžko. V tomto zařízení byl také v roce 2011 kvůli cévní mozkové příhodě. Jednalo se o léčebný a plánovaný pobyt, který tentokrát trval celé dva měsíce. Ochrnutí pravostranných končetin se zlepšilo, avšak fatická porucha stále přetrvávala. Během přijetí byl pacient při vědomí, snažil se spolupracovat a byl orientován místem i časem. Na konci roku 2011 byl odeslán návrh na přijetí k rehabilitačnímu pobytu v Chotěboři, se kterým pacient souhlasil. V tomto zařízení probíhal také nácvik logopedie, který ovšem nepřinesl žádné zlepšení. Pacient byl tedy opět přeložen do Háje u Ledče nad Sázavou, kde byl prováděn také pokus

o chůzi. Návčik chůze byl ovšem bezvýznamný, a proto byl odeslán návrh na přijetí k rehabilitačnímu pobytu do Hamzovy odborné léčebny Luže- Košumberk.

V roce 2012 byl přijat z LDN Háj u Ledče nad Sázavou, kde byl léčen pro stav po cévní mozkové příhodě s fatickou poruchou a pravostrannou hemiparézou do Hamzovy odborné léčebny pro děti a dospělé v Košumberku. Pacient měl již diagnostikovaný vysoký krevní tlak a cukrovku, na základě které došlo k amputaci prstů na obou dolních končetinách. Průběh léčby probíhal bez komplikací a diabetes byl kompenzován. Klienta občas trápila nespavost a horečka, která se léčila paralenem. V tomto zařízení měl stanovenou dietu č. 9, plnou dopomoc při hygieně, oblékání, obouvání a také pohybu. Do konce tohoto pobytu, který trval celé tři měsíce, probíhala fyzioterapie a ergoterapie dle fyzioterapeutického/ ergoterapeutického plánu se zaměřením na návčik soběstačnosti. Dále také probíhala haloterapie<sup>15</sup>, která se realizovala denně během noci na celých šest hodin. U pacienta se také využívala tzv. oxygenoterapie<sup>16</sup>, která se prováděla 3x týdně po dobu 30 minut. Klient byl také během celého pobytu zařazen do skupinových cvičení, nacvičoval chůzi v chodítku a docházela za ním logopedka. Na základě vyšetření fatických funkcí bylo zjištěno, že má klient těžkou expresivní afázií a verbální apraxii<sup>17</sup> s poruchou rozumění na úrovni delších vět. Dále bylo také stanoveno, že spontánní řečový projev není plynulý, je realizován po slabikách a slova jsou hůře srozumitelná.

Po léčbě v Košumberku byl pán v srpnu 2012 přijat do Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou, kde měl již od roku 2011 podanou žádost o přijetí. Tuto žádost podala jeho přítelkyně, která se již o pána nemohla nadále starat z pracovních důvodů. Pro horší mobilitu pacienta byl do tohoto zařízení dopraven sanitkou.

### **Logopedická anamnéza**

Na základě vyšetření fatických funkcí se u klienta jedná o obraz těžké expresivní afázie a verbální apraxie s poruchou rozumění na úrovni delších vět.

---

<sup>15</sup> Název haloterapie vychází z řeckého slova „halos“ = sůl, tedy léčba solí (<http://www.lekari-online.cz>).

<sup>16</sup> Oxygenoterapie je léčba pomocí inhalace kyslíku, který je považován za léčivo (<http://www.wikiskripta.eu>).

<sup>17</sup> Částečná nebo úplná ztráta naučených a vžitých pohybových stereotypů organického původu, především v důsledku ložiskové léze korových a podkorových oblastí mozku (Dvořák, 1998, s 22).



Narušená komunikační schopnost je důsledkem cévní mozkové příhody vlevo, která byla diagnostikována v roce 2011. Pacient byl v té době přijat na neurologické oddělení v Havlíčkově Brodě pro poruchu řeči a oslabení pravostranných končetin. Klient má již zmiňovanou pravostrannou hemiparézu a je přecvičen na levou ruku. Čtení má zachovalé s porozuměním, ovšem psaní je pomalejší. Pán má také veliké problémy s hláskami, které zaměňuje, a jsou nepřesné. Již při nástupu do Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou byl klientovi doporučen klinický logoped pro nápravu řeči. Pán se velice snažil, tudíž byly pokroky znatelné, jelikož se zapojili i sociální pracovníci daného zařízení a přítelkyně klienta.

Na začátku roku 2012 absolvoval logopedickou terapii v Chotěboři a v květnu téhož roku pobýval v Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé Luže-Košumberk. Pacient měl spontánní řečový projev neplynulý a byl realizován po slabikách. V důsledku verbální apraxie byla slova hůře srozumitelná a pacient byl schopen pouze pozdravit. S výraznou dopomocí také zvládnul popsat obrázek, avšak z důvodu verbální apraxie se pacient spíše snažil opakovat po terapeutovi. Modalita opakování se dařila s optickou oporou terapeuta na úrovni vokálů<sup>18</sup>, konsonantů<sup>19</sup> a jednoduchých dvouslabičných slov. U víceslabičných slov docházelo k záměnám slabik i fonémů<sup>20</sup>. Pacient rozuměl jednoduchým větám typu ANO/NE avšak delší věty chápal pouze s latencí a po částech. Čtení slov a krátkých vět bylo hůře srozumitelné a dařilo se pouze s výraznou dopomocí. Celkové čtení bylo zachováno na úrovni slov a vět avšak s výraznou dopomocí zvládnul přečíst jednoduchý a krátký text. Ohledně psaní byl pacient schopný podepsat se psacím písmem levou rukou.

Před samotnou logopedickou terapií byl pacient vyšetřen pomocí Token Testu, při kterém získal pouze pár bodů (**3b/36b**). Na základě tohoto testu bylo ovšem zjištěno, že rozlišování barev má zachované. Dále byl také vyšetřen za pomoci Clock Testu (**7b/10b**) na základě kterého bylo zaznamenáno, že je pacient orientován v čase i prostoru. Posledním diagnostickým vyšetřením byl MAST test,

---

<sup>18</sup> Samohláska; hláska s charakterem tónu, při jejíž artikulaci je průchod vzduchu mluvidly uvolněn (Dvořák, 1998, s. 174).

<sup>19</sup> Souhláska; hláska, jejíž podstatou je šum vznikající tak, že mluvidla stavějí výdechovému proudu do cesty překážku v podobě závěru n. úžiny (Dvořák, 1998, s. 87).

<sup>20</sup> Nejmenší jazyková jednotka, která rozlišuje význam; souhrn akustických charakteristik při vyslovení určité hlásky; nejmenší funkční jednotka určitého jazyka (Dvořák, 1998, s. 59).

ve kterém pacient získal více bodů z hlediska porozumění (**36b/50b**) nežli v samotné produkci (**8b/50b**). Během pobytu bylo tedy realizováno několik edukačních sezení, která byla zaměřena na zefektivnění komunikace pacienta. Pro klienta se vytvořil individuální plán logopedické péče, který byl zaměřen na stimulaci porozumění na úrovni vět, rozumění pokynům typu ANO/NE, komunikaci psaním či kresbou a stimulaci čtení. Po tomto léčebném pobytu byl pán přijat do Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou, kde stále probíhá logopedická terapie.

### **Logopedické vyšetření před zahájením terapie**

U klienta J. P. se při úvodním logopedickém vyšetření použil opět screeningový test afázie, konkrétně Mississippi Aphasia Screening Test- MAST (viz. Příloha D). Na základě diagnostického vyšetření bylo zjištěno, že se u pána vyskytují především **automatizmy, fonemické parafázie a anomie**.

První hodnotící část testu se zaměřuje na automatickou řeč jedince, která se řadí do **indexu produkce**. V této části se provádí početní úkony a doplňují se česká známá přísloví. Ohledně počítání do deseti a vyjmenovávání dnů v týdnu nemá klient žádné potíže a tuto činnost zvládá samostatně. Naopak u dokončování známých českých přísloví má značné problémy a tato část bývá problematická. Další část tohoto testu se již zaměřuje na oblast pojmenování, se kterým nemá klient výrazné problémy a většinou zvládne pojmenovat všechny obrázky. Třetí část testu, při které klient dosahuje výborných výsledků, se již zaměřuje na opakování. Značné problémy má ovšem s plynulostí při popisu fotografie, ke které je schopný říct pouze: „Já nevím“. Pátá část se již komplexně zaměřuje na psaní, klient dokáže napsat s výraznou latencí pouze velice krátká slova.

Druhá sada subtestů již spadá do **indexu rozumění**, které je u klienta více zachováno. Otázkám typu „Bydlíte v Praze?“ či „Jmenujete se Nováková?“ velice dobře rozumí. Problematické jsou pouze ty otázky, které vyžadují určité znalosti či představivosti klienta např.: „Přichází podzim po zimě?“ či „Je kráva větší než koza?“. Co se týče instrukcí ve stylu: „Ukažte na podlahu a potom na váš nos!“ či „Dříve než otevřete ústa, dotkněte se ucha!“ tak ty jsou také problematické a klient je nezvládá provést. Poslední část testu se již zaměřuje na rozumění čtené instrukci. Jednoduché instrukce klient zvládne přečíst a následně je i realizovat

např.: Zamávejte rukou“ či „Zatněte pěst“. U složitějších pokynů zvládne přečíst pouze část dané instrukce, tudíž je nemůže ani následně provést.

U klienta J. P. se tento test také znovu realizoval v roce 2016 (viz. Tabulka č. 6). V příloze si lze povšimnout, že u klienta převažuje spíše stagnace nebo mírné zlepšení. Z hlediska porovnání všech výsledků u obou klientů v rámci logopedické péče lze konstatovat, že u klienta jsou výsledky zdaleka lepší. Je ovšem potřeba si uvědomit, že pán je o více jak 20 let mladší než klientka J. R. a také to, že logopedická péče trvá u klienta J. P. poměrně déle. Na druhou stranu klienta zase naopak v mnohém limituje jeho psychický stav, na základě kterého nechce kupříkladu pracovat, spolupracovat či komunikovat. Pokud tedy provedeme srovnání i v tomto případě, tak lze určitě usoudit, že psychický stav jedince je také velice důležitý a rozhodující v rámci samotné terapie, tudíž má v tomto případě naopak značnou výhodu klientka J. R.

**Tab. 6: Porovnání výsledků screeningového testu MASTcz z roku 2013 a 2016**

<b>Rok 2013</b>	<b>Rok 2016</b>	<b>Rok 2013</b>	<b>Rok 2016</b>
Automatická řeč 4/10	Automatická řeč 6/10	Rozumění alternativním otázkám 11/20	Rozumění alternativním otázkám 12/20
Pojmenování 6/10	Pojmenování 6/10	Rozumění slovu-identifikace objektů 10/10	Rozumění slovu-identifikace objektů 10/10
Opakování 6/10	Opakování 6/10	Rozumění verbální instrukci 4/10	Rozumění verbální instrukci 4/10
Fluence při popisu 0/10	Fluence při popisu 0/10	Rozumění čtené instrukci 4/10	Rozumění čtené instrukci 4/10
Psaní na diktát 1/10	Psaní na diktát 1/10	CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX 46/100	CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX 49/100
INDEX PRODUKCE 17/50	INDEX PRODUKCE 19/50	INDEX ROZUMĚNÍ 29/50	INDEX ROZUMĚNÍ 30/50

*Zdroj: Vlastní zpracování*

### *Logopedická terapie*

Již v prvním ročníku v rámci logopedické praxe jsem měla možnost být součástí terapie u tohoto klienta. Dříve se za účasti klinického logopeda realizovala za pomoci počítačového programu Mentio. Klienta tento program a způsob terapie velice bavil a dokonce si pořídil i vlastní notebook, aby mohl trénovat a více se zlepšovat v řeči. O dva roky později, kdy jsem klienta opět navštívila, se již terapie ubírala jiným směrem a notebook se již tolik nevyužíval. Momentálně se více využívají pracovní listy, které se zaměřují na rozumění, pojmenování, čtení, psaní a také počítání (viz. Příloha E). Klient je během logopedické terapie snadno unavitelný, tudíž je vhodné častěji střídat činnosti a různé aktivity.

Na konci roku 2016 jsem opět navštívila pána J. P. v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou, kde pobývá na jednolůžkovém pokoji. Na paní logopedku se pokaždé velmi těší, avšak celkový průběh terapie velice ovlivňuje jeho aktuální psychický stav. Během krátkého úvodního rozhovoru jsem si ihned všimla, že klient odpovídá převážně jednoslovně a s delší latencí. Po krátké konverzaci mezi terapeutem a klientem se přešlo ke čtení. Během nácviku neměl klient výrazné problémy, avšak trvalo mu poměrně déle, než přečetl celou větu. Po přečtení krátkého článku se paní logopedka klienta zeptala, zdali textu rozumí a následně mu pokládala doplňující otázky, které právě zjišťují, zdali jedinec konkrétnímu článku rozumí či nikoliv. Pánovi trvalo poměrně déle, než danou odpověď v textu vyhledal, avšak kontrolním otázkám rozuměl a jeho odpovědi byly následně správné.

Po této aktivitě se paní logopedka zaměřila na nácvik psaní, které propojila s trénováním čísel. Klient měl tedy za úkol napsat slovně dané číslice a zase naopak. Jednoduché číslice zvládnul napsat poměrně rychleji a lépe nežli čísla vícemístná tj. 108, 115, 133 apod. U pána je psaní také zdaleka problematičtější z důvodu ochrnutí pravé poloviny těla, tudíž je přecvičen na levou ruku a vzhled písma není tolik úhledný. Další činností, kterou si paní logopedka připravila, byla křížovka, při které měl klient také značné problémy. Pán má především velké nedostatky v diakritice a často zaměňuje písmena, např. písmeno M nahrazuje písmenem N. U klienta je také špatná výbavnost slov, např. slovo svetr nebyl schopný vyslovit, ale pouze ho ukázal na sobě. Z toho vyplývá, že rozumění je zachovalé, avšak produkce slov je na horší úrovni.

Po křížovce paní logopedka seřadila na stůl 16 kartiček, na kterých měla různé obrázky. Pán měl za úkol do pěti sekund říct, co na daném obrázku je. Tuto činnost zvládnul výborně zejména u věcí, které využívá každý den. U zbylých složitějších obrázků se vyskytovaly časové latence a fonemické parafázie. Na samotném závěru této terapie se opět realizoval rozhovor, během kterého byly klientovy odpovědi opět velice stručné a jednoslovné. I po této logopedické terapii jsem se nad tímto klientem zamyslela a uvědomila si, že v rámci pravidelné logopedické péče může dosáhnout i výrazného zlepšení, avšak je zapotřebí jistá trpělivost, snaha a aktivita ze strany klienta a celého terapeutického týmu.

## **Současný stav, shrnutí**

Pán J. P. je již čtyři roky klientem Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou, kde je ubytovaný na jednolůžkovém pokoji. Do zařízení ho chodí navštěvovat jeho družka, která pokaždé výrazně zlepší psychické rozpoložení klienta. Za pánem také stále dochází psychiatr Domova pro seniory, který pravidelně zaznamenává psychické aspekty jedince. Momentálně je pán vyrovnaný, klidný a dobře se mu také spí. V Domově pro seniory dochází i na pravidelné kontroly k praktickému lékaři a pravidelně využívá služeb kadeřnictví a holírny. Z hlediska stravování mu je jídlo kvůli imobilitě donášeno přímo na pokoj a strava je zohledňována v rámci cukrovky 2. typu.

Po zařízení se klient pohybuje za pomoci mechanického invalidního vozíku a vždy je velice rád za pánskou společnost. Kromě psychiatrické péče je klientovi stále poskytována péče logopedická, která se realizuje 1x týdně. V případě absence klinického logopeda provádí terapii sociální pracovníci daného zařízení. U pána stále přetrvává lepší porozumění nežli samotná produkce řeči. Pan J. P. také pravidelně dojíždí na urologická vyšetření v Havlíčkově Brodě kvůli kontrole a výměně stentu. V lednu 2017 se pro velkou bolestivost nepodařilo stent vyměnit a došlo tedy k masivní přítomnosti krve v moči. Zárok se musel odložit a následně provést v celkové anestezii. Klient také dále pravidelně navštěvuje neurologické oddělení a kardiologickou ambulanci v Havlíčkově Brodě kvůli umělé srdeční chlopni. Dále dojíždí do Ledče nad Sázavou, kde se preventivně provádí laboratorní vyšetření krve a moči.

V současnosti je v Domově pro seniory ošetřován kvůli ekzému v obličejí a vlasové části. Občas ho také trápí horečky a pocity zvracení. V rámci volnočasových aktivit se nejraději dívá na televizi, zejména na živé přenosy hokejových utkání či na různé vědomostní soutěže. Také ho velice těší návštěvy přítelkyně a různé aktivizační činnosti, kupříkladu muzikoterapie, jelikož dříve hrál a zpíval v kapele s názvem Lesanka. Pán je také velice rád v přírodě, a proto se těší z každé vycházky.

## 5.6. Zhodnocení výzkumné části

Výzkumná část byla realizována za pomoci kvalitativního výzkumu, na základě kterého byly vytvořeny dvě případové studie vybraných klientů Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou. Jednotlivé případové studie poukazují na klienty, kterým byla v důsledku cévní mozkové příhody diagnostikována těžká expresivní afázie. Prostřednictvím obsáhlé kazuistiky si lze povšimnout, jakým způsobem se v řádu několika let řeč zdokonalovala, stagnovala či naopak zhoršovala. Dalo by se říci, že případové studie poukazují na podobné osudy dvou osob, které zasáhla stejně nepříjemná situace. Avšak po důkladném nastudování dokumentace včetně rozhovorů s klinickým logopedem a zaměstnanci daného zařízení lze říci, že ač tito klienti mají diagnostikovanou stejnou poruchu řečové komunikace, tak ovšem s jinými a často dokonce protichůdnými životními osudy. Na jedné straně máme klientku, které je přes 80 let a u které nejsou pokroky již tolik znatelné a výrazné. Je ovšem obdivuhodné, s jakou pozitivní náladou a radostí se účastní logopedické terapie. Druhá případová studie již poukazuje na klienta, kterému je lehce přes 60 let, v průběhu kterých si prošel tolika operacemi a životními zkouškami, které poznamenaly jeho celkový fyzický a psychický stav. U tohoto klienta jsou výsledky z hlediska logopedické péče zdaleka lepší, ovšem jeho psychická stránka ho v mnohém limituje a ovlivňuje zejména pak při samotné logopedické terapii.

Velice kladně hodnotím skutečnost, že se v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou realizuje logopedická péče zejména u těch klientů, jejichž zdravotní stav to vyžaduje. Není ovšem pravidlem, že klinický logoped dochází do daného zařízení pravidelně 1x týdně, avšak vždy je postaráno o to, aby se logopedická terapie realizovala za pomoci sociálních pracovníků daného zařízení. V případě, že se v rámci terapie něco změní, upraví či naopak přidá, klinický logoped ihned vše zaznamená do pracovních listů klientů, které mají ve svých portfoliích. Pozitivně také hodnotím celkovou spolupráci a komunikaci mezi celým personálem daného zařízení, klinickým logopedem a blízkou rodinou klientů. Zastávám ten názor, že více efektivní a účelná terapie probíhá v momentě, kdy je mezi celým terapeutickým týmem úzká spolupráce a návaznost.

Je také nesmírně důležité zdůraznit a pozitivně ohodnotit celkovou koncepci Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou. Celý personál připravuje pro své klienty

různé výlety, terapie, hudební vystoupení, divadelní zážitky, plesy a další různé činnosti, které upevňují celý kolektiv. Dále také velice oceňují to, že personál nadále připravuje a realizuje pro své klienty nové služby a činnosti, které zlepšují jejich celkový fyzický i psychický stav. Zařízení dbá na neustálé vzdělávání zaměstnanců, a proto je vytvořený i příslušný plán vzdělávání, ve kterém se nachází aktuální nabídky, ze kterých si mohou zaměstnanci vybírat. Domov pro seniory ve Světlé nad Sázavou se snaží vytvářet klientům příjemné prostředí, ve kterém mohou rozvíjet své dovednosti a pracovat na posílení vlastní soběstačnosti.



## ZÁVĚR

Bakalářská práce je realizována na základě teoretické a praktické části, které se zabývají danou problematikou. Obsahem teoretické části jsou čtyři stěžejní kapitoly, které byly vytvořeny z odborných publikací a pramenů. První kapitola s názvem Seniorský věk a jeho charakteristiky nejprve poukazuje na základní pojmy, kterými jsou stárnutí a stáří. Další podkapitola se již zaměřuje na důležité životní potřeby, které vyžadují zejména senioři. Nedílnou součástí je také vymezení biologických, psychických a sociálních změn, které přirozeně nastupují v průběhu života jedince a které ho ovlivňují v pozitivním či negativním smyslu. Druhá kapitola se již zaměřuje na specifika komunikace se seniory včetně zdůraznění jednotlivých bariér v rámci tohoto procesu. Třetí kapitola pojednává o nejčastějších příčinách komunikačních obtíží u seniorů. Konkrétně se jedná o cévní mozkovou příhodu, demenci a stařeckou nedoslýchavost. Obsahem této podkapitoly jsou také komplexní informace o afázii, která patří mezi získané poruchy řečové komunikace. Afázie je přítomna zejména u těch jedinců, kteří jsou po cévní mozkové příhodě, na základě které vyžadují logopedickou péči. Právě osoby po cévní mozkové příhodě s diagnostikovanou afázií byly klíčové pro výzkumnou část této bakalářské práce. Poslední kapitola teoretické části se zaměřuje na možné formy péče o seniory. Nezbytnou součástí je také vymezení zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a základních terapeutických přístupů, které se mohou využívat v pobytových zařízeních.

Praktická neboli výzkumná část se zabývá logopedickou intervencí u klientů v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou. Po vytyčení hlavního a vedlejších cílů se tato část také věnuje celkové metodologii daného výzkumu. Na základě studie dokumentace, rozhovorů a pozorování byly vytvořeny dvě případové studie vybraných klientů, kteří jsou po cévní mozkové příhodě. Obsáhlé kazuistiky poukazují na celkový život jedince, kterému byla v důsledku mozkové příhody diagnostikována těžká expresivní afázie. Nedílnou součástí výzkumné části je také důkladná charakteristika místa šetření včetně vytyčení volnočasových aktivit, které svým klientům poskytuje Domov pro seniory ve Světlé nad Sázavou. Prostřednictvím studie dokumentace, rozhovorů a pozorování bylo zjištěno, že dané

zařízení nabízí svým klientům mnoho pestrých a kvalitních terapií, které se zaměřují na celkové zlepšení fyzického a psychického stavu klienta, posílení jemné motoriky, zefektivnění komunikace a také získání soběstačnosti. Dalším cílem této bakalářské práce bylo poukázat, jakým způsobem a kým je realizována logopedická péče v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou. V rámci kvalitativního výzkumu bylo potvrzeno, že logopedické péče probíhá za účasti klinického logopeda, pracovníků daného zařízení a také blízké rodiny klientů. Terapie se uskutečňuje 1x týdně po dobu 30 minut na jednotlivých pokojích klientů. V rámci logopedické péče se využívají zejména ty materiály, které mají klienti ve svých portfoliích. Je nutno dodat, že výsledky logopedické péče nepřinášejí až takové výrazné zlepšení, jaké by se mohlo očekávat, avšak je zapotřebí si uvědomit, že u klientů spíše převládá stagnace nežli samotné zhoršení. Myslím si, že je důležité zejména to, že klienti jsou pravidelně a cíleně vedeni k samotné komunikaci.

Pro každého z nás je komunikace nedílnou součástí života, na základě které se dorozumíváme s okolím a aktivně se účastníme společenského života. To samé platí i pro seniory, kteří v rámci svého onemocnění, jež je limituje v procesu komunikace, potřebují logopedickou péči. V této bakalářské práci jsem chtěla poukázat na skutečnost, že v Domově pro seniory ve Světlé nad Sázavou se realizuje logopedická péče za účasti klinického logopeda, pracovníků daného zařízení a blízké rodiny klienta.

# SEZNAM LITERATURY A DALŠÍCH PRAMENŮ

## Seznam použité literatury

- [1] BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. 132 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 80-7367-081-X.
- [2] CSÉFALVAY, Zsolt a kolektiv. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. 175 s. ISBN 978-80-7367-316-1.
- [3] ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. Afázie. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. s. 143-176. ISBN 80-7178-546-6.
- [4] ČELEDOVÁ, Libuše; Zdeněk, KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
- [5] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [6] DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. 1998, 192 s.
- [7] FEIGIN, Valery L. a Pavel KALVACH. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, 2007. 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.
- [8] GALAJDOVÁ, Lenka a Zdenka GALAJDOVÁ. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Praha: Portál, 2011. 167 s. ISBN 978-80-7367-879-1.
- [9] GERLICOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada, 2014. 136 s. ISBN 978-80-247-4581-7.
- [10] HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.
- [11] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

- [12] HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. 96 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
- [13] JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
- [14] JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek v práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. 151 s. ISBN 978-80-7367-581-3.
- [15] JIRÁK, Roman; Iva, HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
- [16] KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2011, 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.
- [17] KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. 224 s. ISBN 80-247-1110-9.
- [18] KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- [19] KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči*. Olomouc: ANAG, 2007. 350 s. ISBN 978-80-7263-405-7.
- [20] LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Přeložil Jana KRÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2011. 386 s. ISBN 978-80-7367-901-9.
- [21] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [22] MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- [23] MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada, 2014. 508 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
- [24] NEUBAUER, Karel. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Praha: Portál, 2007. 227 s. ISBN 978-80-7367-159-4.

- [25] NEUBAUER, Karel. *Logopedie a surdologopedie: učební text pro základní kurz*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 163 s. ISBN 978-80-7435-500-4.
- [26] NEUBAUER, Karel a Silvia DOBIAS. *Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 348 s. ISBN 978-80-7435-518-9.
- [27] NEUBAUER, Karel; Tereza, SKÁKALOVÁ a kol. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 229 s. ISBN 978-80-7435-640-7.
- [28] NEUBAUEROVÁ, Lenka. Alternativní a augmentativní komunikace u cílových skupin oboru psychopedie. In: DLOUHÁ, Jana. *Úvod do psychopedie: učební text pro studenty bakalářských oborů speciální a sociální pedagogiky*. 2., dopl. a rozš. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. s 57-80. ISBN 978-80-7435-333-8.
- [29] ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.
- [30] PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
- [31] PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAUOVÁ. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
- [32] PIPEKOVÁ, Jarmila a Marie VÍTKOVÁ. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001. 165 s. ISBN 80-7315-010-7.
- [33] POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
- [34] RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. 86 s. ISBN 80-7169-828-8.
- [35] SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

- [36] ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002. 167 s. ISBN 80-7178-616-0.
- [37] STANČÍKOVÁ, Markéta a Jitka ŠABATOVÁ. *Canisterapie v teorii a praxi: sborník her a pomůcek pro praktickou realizaci canisterapie u různých cílových skupin*. Ve Vyškově: Sdružení Piafa, 2012. 103 s. ISBN 978-80-87731-00-0.
- [38] ZELEIOVÁ, Jaroslava. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praktická aplikace*. Praha: Portál, 2007. 254 s. ISBN 978-80-7367-237-9.
- [39] ŽUMÁROVÁ, Monika. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Akcent print, 2012. 178 s. ISBN 978-80-89295-43-2.

### Seznam elektronických zdrojů

- [40] *Angina pectoris – WikiSkripta*. [online]. Dostupné z: [http://www.wikiskripta.eu/index.php/Angina\\_pectoris](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Angina_pectoris)
- [41] Český statistický úřad. 2015. *Statistická ročenka České republiky – 2015*. [online]. [cit. 2016-09-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/4-obyvatelstvo->
- [42] Gangréna – Nemoci Top Lékař: *Top Lékař* [online]. Copyright © 2017 WIDEFIELD, a.s. [cit. 2017-06-08]. Dostupné z: <http://www.toplekar.cz/nemoci/gangrena.html>
- [43] IKEM: *Angioplastiky koronárních cév a implantace stentů. 302 Found* [online]. Copyright © IKEM 2006 [cit. 2017-06-08]. Dostupné z: <http://www2.ikem.cz/www?docid=1003993>
- [44] IKEM: *Ischemická choroba srdeční – ICHS. 302 Found* [online]. Copyright © IKEM 2006 [cit. 2017-06-08]. Dostupné z: <http://www2.ikem.cz/www?docid=1004151>
- [45] *Ischemická choroba srdeční – WikiSkripta*. [online]. Dostupné z: [http://www.wikiskripta.eu/index.php/Ischemick%C3%A1\\_choroba\\_srde%C4%8Dn%C3%AD](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Ischemick%C3%A1_choroba_srde%C4%8Dn%C3%AD)

- [46] Koronarografie, PCI (perkutánní koronární intervence, angioplastika). CentrumSrdce.Cz – MUDr. Robert Náplava. *Centrum pro choroby srdce a cév Kroměříž. CentrumSrdce.Cz – MUDr. Robert Náplava* [online]. Copyright © 2016 centnumsrdce.cz [cit. 2017-06-08]. Dostupné z: <http://centnumsrdce.cz/co-ocekavat-kdyz/koronarografie-a-koronarni-angioplastika.html>
- [47] *Ministerstvo práce a sociálních věcí: Sociální služby*. [online]. [cit. 2016-09-13]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/zakon\\_c.\\_108\\_2006\\_\\_stav\\_k\\_1.8.2016.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/zakon_c._108_2006__stav_k_1.8.2016.pdf)
- [48] *Organický psychosyndrom – WikiSkripta*. [online]. Dostupné z: [http://www.wikiskripta.eu/index.php/Organick%C3%BD\\_psychosyndrom](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Organick%C3%BD_psychosyndrom)
- [49] *Oxygenoterapie – WikiSkripta*. [online]. Dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Oxygenoterapie>
- [50] SC Světlá nad Sázavou. *SC Světlá nad Sázavou* [online]. Dostupné z: <http://www.scsvetla.cz/>
- [51] Skládací hole. *Vycházkové hole – dokonalý módní doplněk*. [online]. Dostupné z: <http://www.hole-hulky-destniky.cz/http-www-hole-hulky-destniky-cz-ortopedicke-ctyrnozka/hul-ortopedicka-quad--ctyrkolka--4083/>
- [52] Solná jeskyně, Haloterapie. *Lékaři-online.cz – Informace půl zdraví* [online]. Copyright © 2006 [cit. 2017-06-08]. Dostupné z: <http://www.lekari-online.cz/rehabilitace/zakroky/solna-jeskyne-haloterapie>
- [53] Steatóza jater – ztučnění jater. *Doktorka.cz. Nemoci. Doktorka.cz* [online]. Copyright © 1999 [cit. 2017-06-08]. Dostupné z: <http://nemoci.doktorka.cz/steatoza-jater/>
- [54] *Výroční zpráva ze Sociálního centra města Světlá nad Sázavou: Výroční zpráva za rok 2015*. [online]. [cit. 2016-08-20]. Dostupné z: <http://www.scsvetla.cz/wp-content/uploads/Vyrocnizprava.pdf>
- [55] *Výroční zpráva ze Sociálního centra města Světlá nad Sázavou: Výroční zpráva za rok 2016*. [online]. [cit. 2016-08-30]. Dostupné z: <http://www.scsvetla.cz/domov-pro-seniory/vyrocnizpravy/>

- [56] Život s umělou chlopní: *Kardiochirurgická klinika. Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online]. Copyright © Copyright 2011 FN HK. Všechna práva vyhrazena. [cit. 2017-06-08]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/kch/informace-pro-pacienty/zivot-s-umelou-chlopni>



# SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A SCHÉMAT

## Seznam obrázků

Obr. 1: Maslowova hierarchie lidských potřeb (web.fosfa.cz).....	13
Obr. 2: Domov pro seniory v obci Smrčná (www.geocaching.com) .....	53
Obr. 3: Domov pro seniory ve Světlé nad Sázavou (www.scsvetla.cz/) .....	54

## Seznam tabulek

Tab. 1: Prognóza demografického vývoje v ČR dle střední varianty projekce Českého statistického úřadu (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 31) .....	16
Tab. 2: Bostonská klasifikace: základní charakteristika klinických syndromů afázie (Cséfalvay a kolektiv, 2007, s. 18) .....	28
Tab. 3: Charakteristika výzkumného vzorku.....	50
Tab. 4: Počty zaměstnanců Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou k 1. 1. 2015 a k 31. 12. 2015 (www.scsvetla.cz) .....	55
Tab. 5: Porovnání výsledků screeningového testu MASTcz z roku 2015 a 2016.....	71
Tab. 6: Porovnání výsledků screeningového testu MASTcz z roku 2013 a 2016.....	84

## Seznam grafů

Graf 1: Věková struktura klientů Domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou k 31. 12. 2016.....	56
Graf 2: Struktura podle výše stupně závislosti na pomoci jiné osoby k 31. 12. 2016.....	57

## Seznam schémat

Schéma 1: Nejčastější jazykové deficity vznikající v důsledku léze mozku (Cséfalvay, 2007, s. 17).....	25
Schéma 2: Klasifikace testů afázie (Cséfalvay, 2007, s. 34). .....	30

Schéma 3: Dílčí cíle výzkumného projektu .....	50
Schéma 4: Souhrn realizace výzkumu .....	52

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Formulář k udělení souhlasu .....	100
Příloha B: Záznamový list screeningového testu MASTcz u klientky J. R.....	101
Příloha C: Logopedické portfolio klientky J. R.....	102
Příloha D: Záznamový list screeningového testu MASTcz u klienta J. P.....	107
Příloha E: Logopedické portfolio klienta J. P.....	108

# PŘÍLOHY

## Příloha A: Formulář k udělení souhlasu



### Formulář k udělení souhlasu

Podle zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, uděluji svůj souhlas se zpracováním svých osobních a citlivých údajů, které budou anonymně sloužit k účelům bakalářské práce.

V.....dne.....

Podpis:.....



Příloha C: Logopedické portfolio klientky J. R.

Příloha č. 1 - Pracovní listy vytvořené pro vybrané klienty

**B**

Přiraďte věty k obrázkům:

Dp G L

*slowně, čistě, nevtlačte  
svoimi 2-3 čtenými ve Z*

1



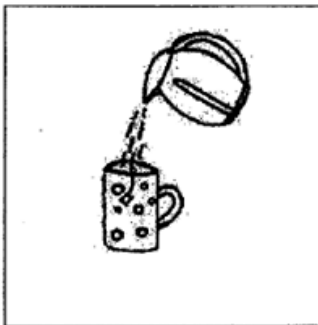
1. \_\_\_\_\_

3



2. \_\_\_\_\_

2



3. \_\_\_\_\_

4



4. \_\_\_\_\_

~~Zaliji čaj vodou.~~

~~Přidám cukr.~~

~~Čaj zamíchám.~~

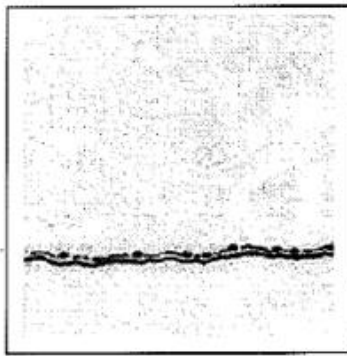
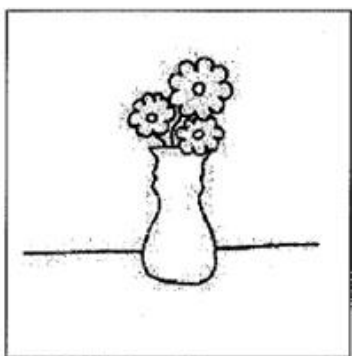
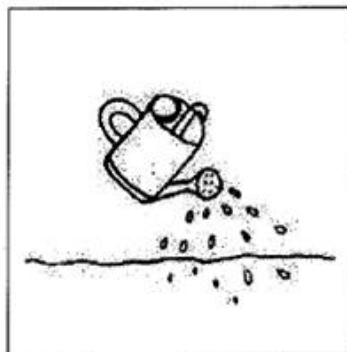
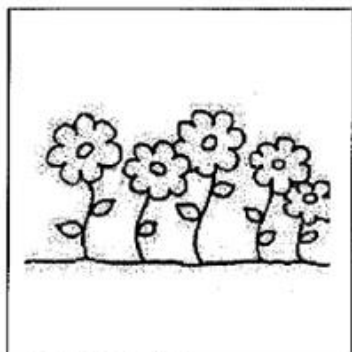
~~Dám čaj do hrnku.~~

- DÁME ČAJ DO HRNKU
- ZALIJEME ČAJ VODOU
- OSLADÍME ČAJ
- ZAMÍCHAME ČAJ

**B**

**L G Dp**

Přiháďte věty k obrázkům a určete jejich správné pořadí:



**Zasadím semínka.**

**Dám květiny do vázy.**

**Zalévám.**

**Květiny vyrostly.**

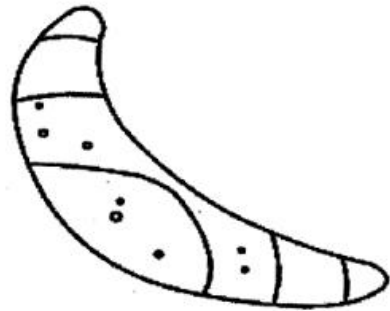
TELEVIZE



KÁVA



ROHLÍK



JOGURT





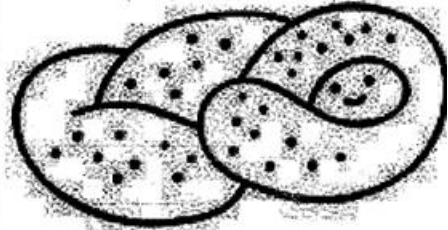
BRYLE



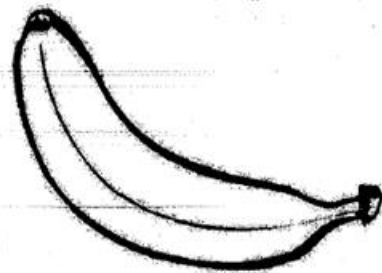
ČAJ

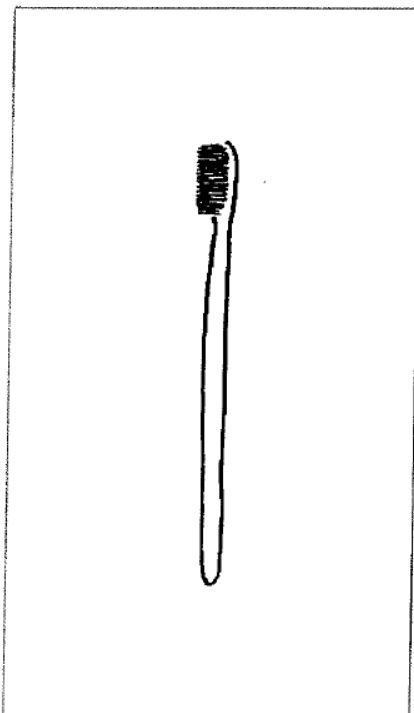


HOUSKA

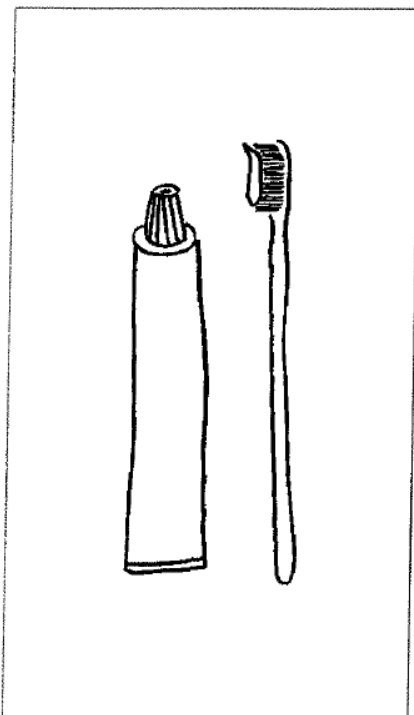


BANÁN

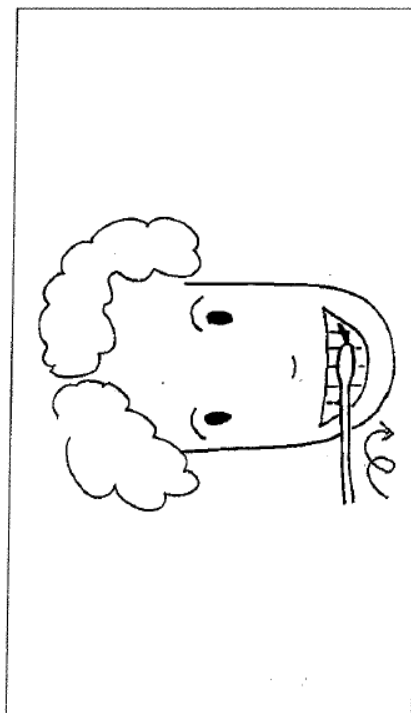




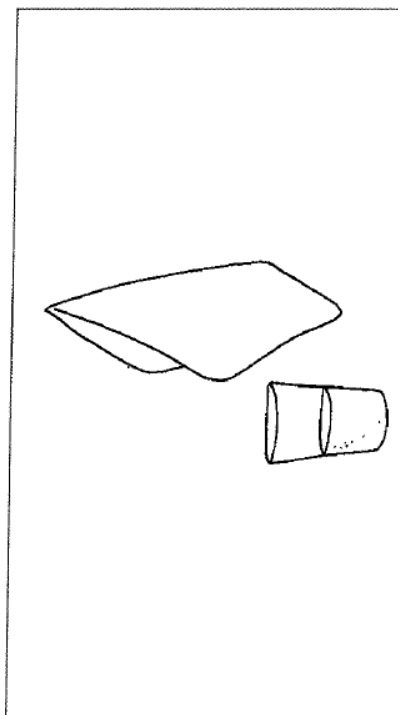
Bere zubní kartáček.



Dává na kartáček pastu.



Čistí si zuby.



Vyplachuje si pusu.



## Příloha E: Logopedické portfolio klienta J. P.

Příloha č. 1 - Pracovní listy vytvořené pro vybrané klienty

**B**

**G K L**

Napište číslíček:

Dva	2	Osmdesát devět	89
Pět	5	Devadesát jedna	91
Osm	8	Devadesát sedm	87 97
Jedenáct	11	Sto	100
Třináct	13	Sto osm	108
Sedmnáct	17	Sto patnáct	115
Dvacet jedna	21	Sto třicet tři	133
Dvacet devět	29	Sto padesát osm	158
Třicet tři	33	Sto osmdesát jedna	181
Třicet šest	36	Dvě sta pět	205
Čtyřicet dva	42	Dvě sta čtyřicet dva	242
Čtyřicet osm	48	Tři sta sedmdesát osm	378
Padesát	50	Čtyři sta šedesát tři	463
Padesát sedm	57	Pět set dvacet osm	528
Šedesát tři	63	Šest set šedesát jedna	664
Šedesát šest	66	Sedm set dvacet devět	729
Sedmdesát čtyři	74	Osm set patnáct	815
Sedmdesát pět	75	Devět set devadesát čtyři	974
Osmdesát dva	82	Tisíc	1000



Příloha č. 1 - Pracovní listy vytvořené pro vybrané klienty

L - R

OLEJ  
KOLENO  
LES  
PÁSEK  
KABICE

PRÁSE  
PIA  
HRNEK  
BLÁTO  
RAJICE

F

Š - Ž

UŠKY  
NŮŽKY  
MYŠ  
ŠŮKA  
ŽÁBA

ŠNEŽKA  
KOLA  
ELVA  
KAPSE  
KIDLE  
KŮŽE

N

C - Č

PRÁCE  
ČAJ  
VEJDE  
KOLÁČ  
OVOCE

ČNEBOČ  
ČESNEK  
ČEPIČE  
OCI  
CESTA  
OMÁČKA

H - CH

CHLÉB  
ZAHRA  
CHATA  
POHÁDKA  
HRAD

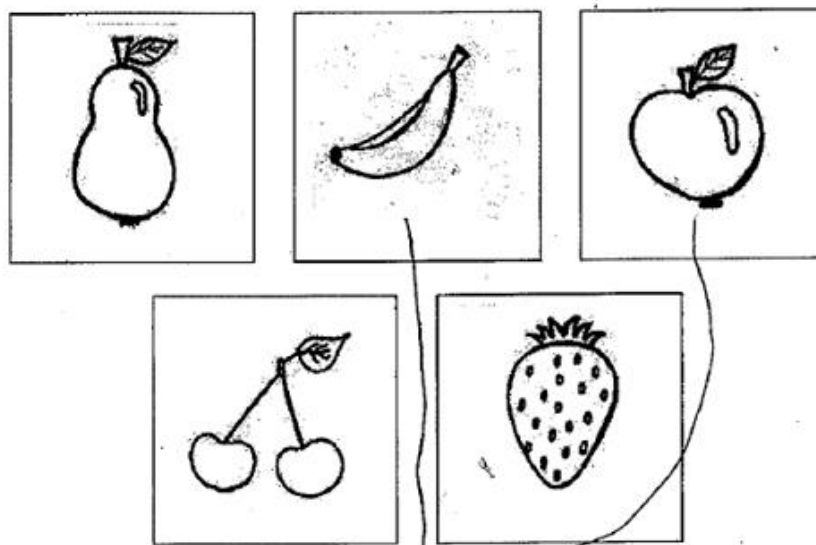
HNEBOCH  
DUHA  
CHLAPEC  
MLAVA  
OBCHOD  
STŘECHA

CH

**B**

**L P**

Chvilí si prohlížejte obrázky, poté je zakryjte. Ve spodní části podtrhněte slova, která označují věci, které na daných obrázcích byly.



**jablko**

**citron**

**banán**

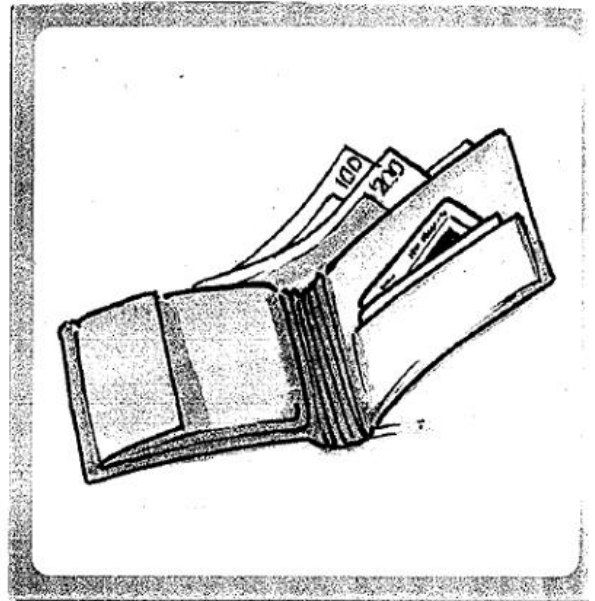
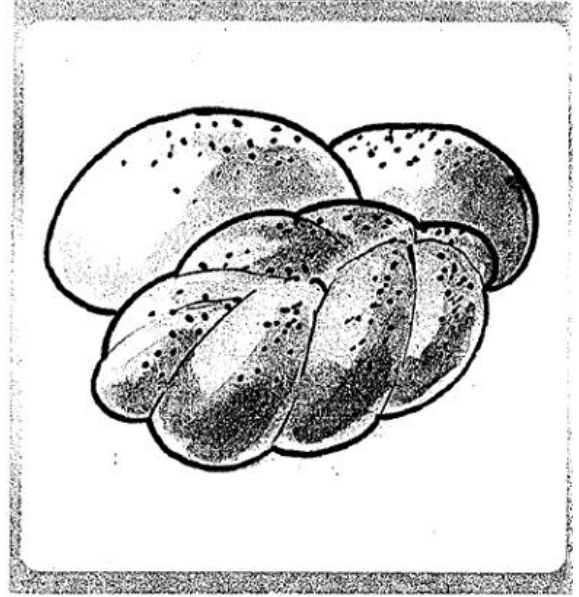
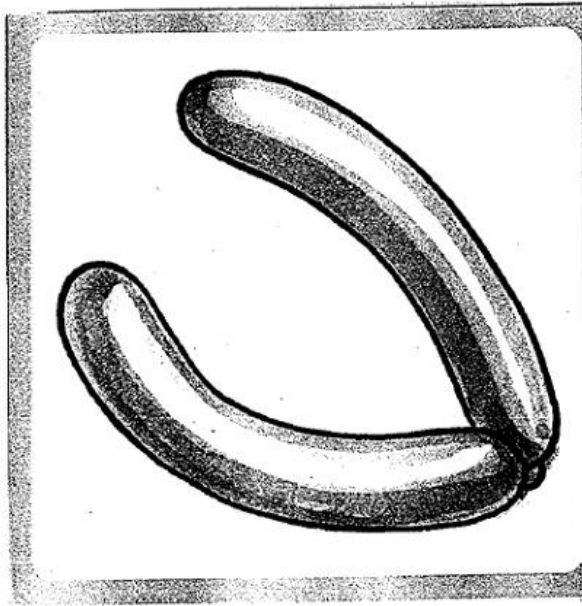
**meruňka**

**jahoda**

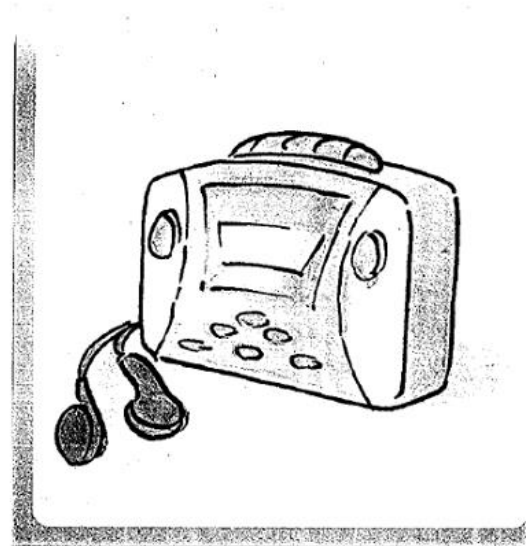
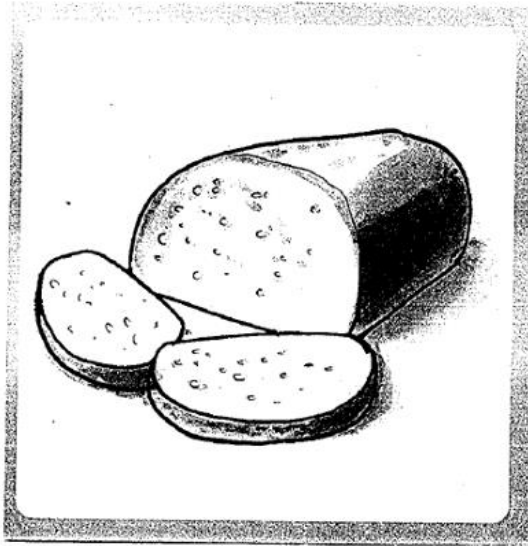
**třešně**

**pomeranč**

**hruška**



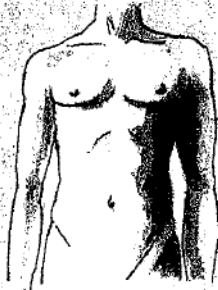




# TĚLO

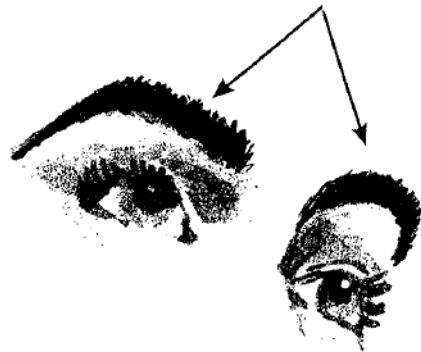
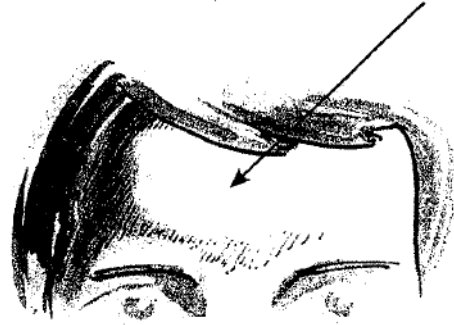
tematicky  
soubor obrázků (34)

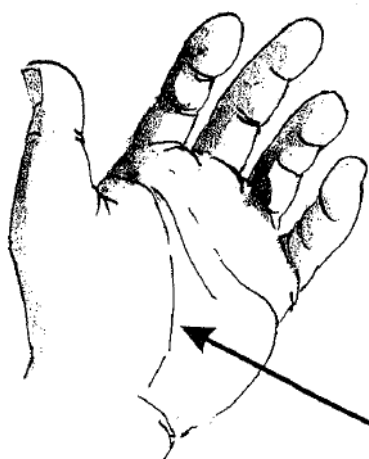
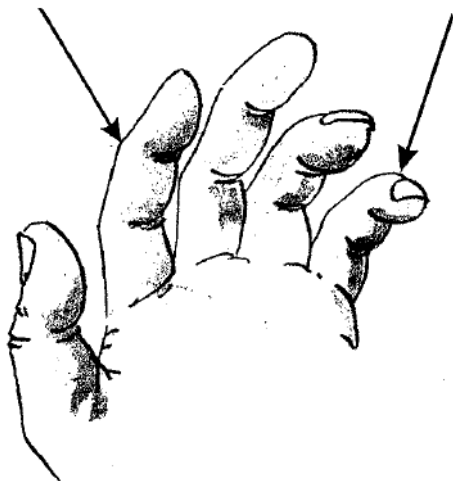
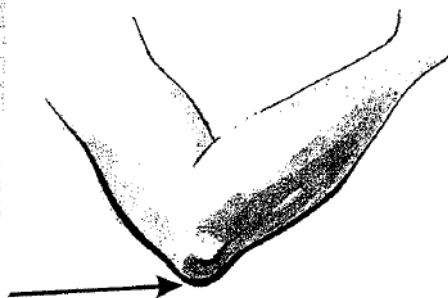
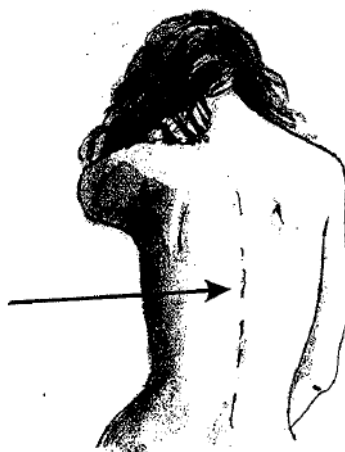
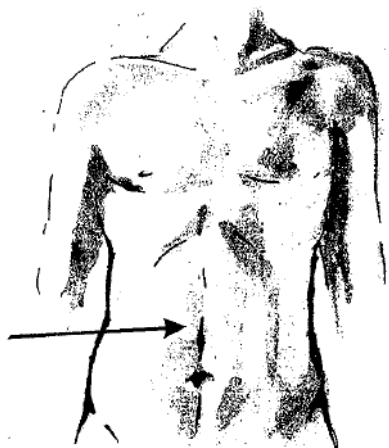
# 2.



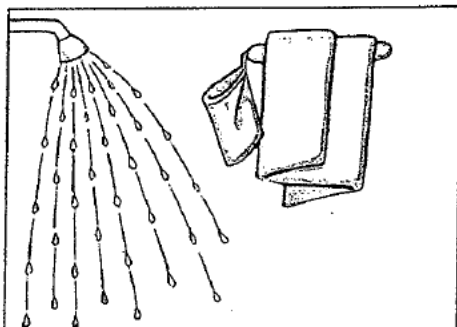
## 1. TĚLO

hlava	prsty
čelo	lžán
oči	noha
obočí	koleno
nos	pata
ucho	zadek
zuby	vlasy
ry	vousy
ústa	nehty
jazyk	krev
brada	srdce
tvář	plíce
krk	žaludek
rameno	střeva
tělo	
prsa	
břícho	
záda	
ruka	
loket	





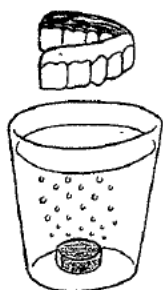
Potřebuji .../ část 6 osobní hygiena



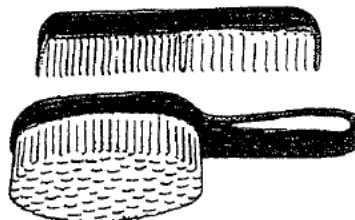
Chci se umýt / osprchovat



Chci si čistit zuby



Chci si vyčistit protézu



Chci se očesat



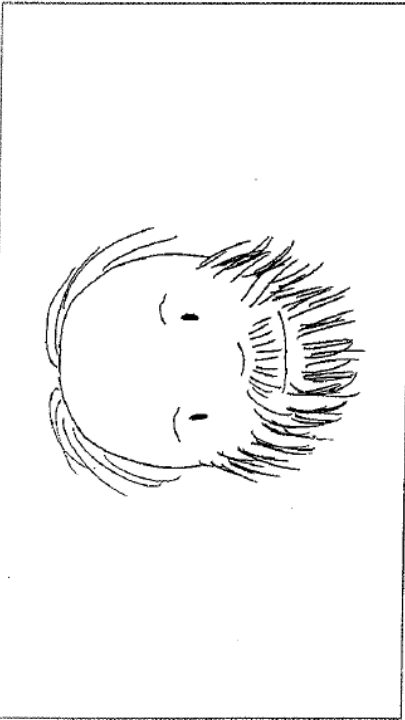
Chci se oholit



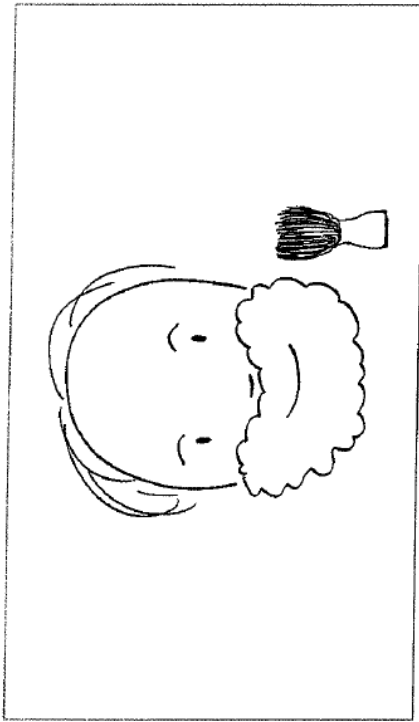
Chci si vyměnit pyžamo

36

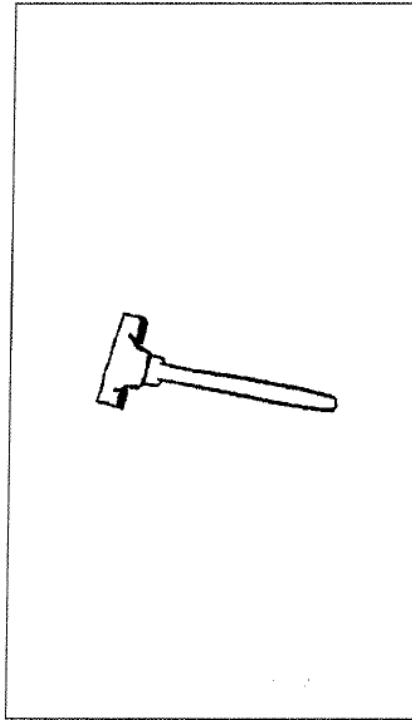
hnelle „Zürück zur Sprache – Zurück ins Leben (Bilder zur Kommunikation und bei Aphasie).



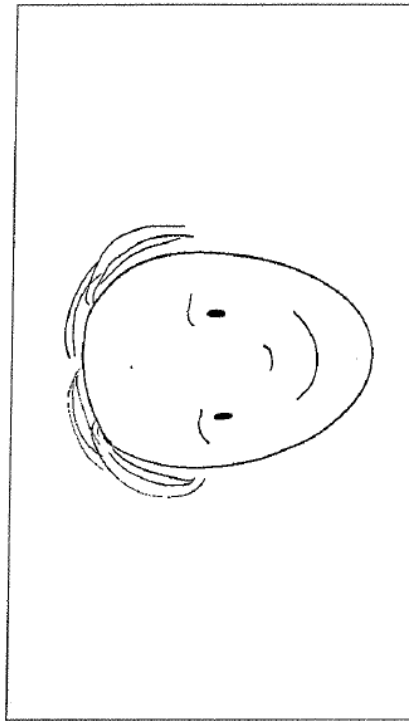
Má dlouhé vousy.



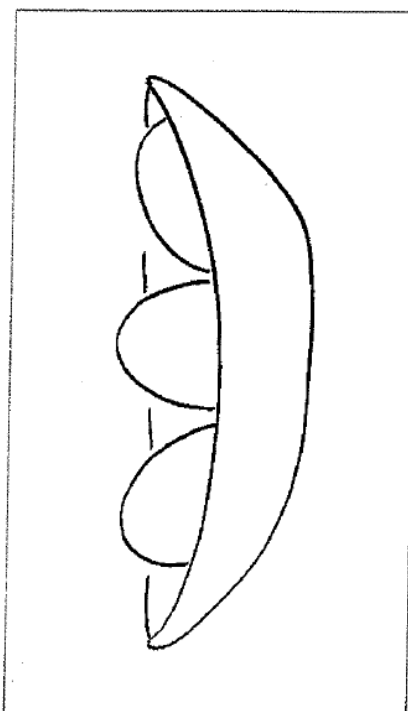
Mydlí si bradu.



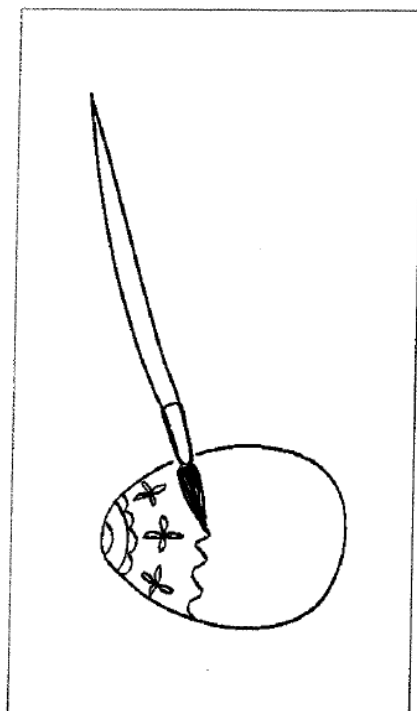
Holí se žiletkou.



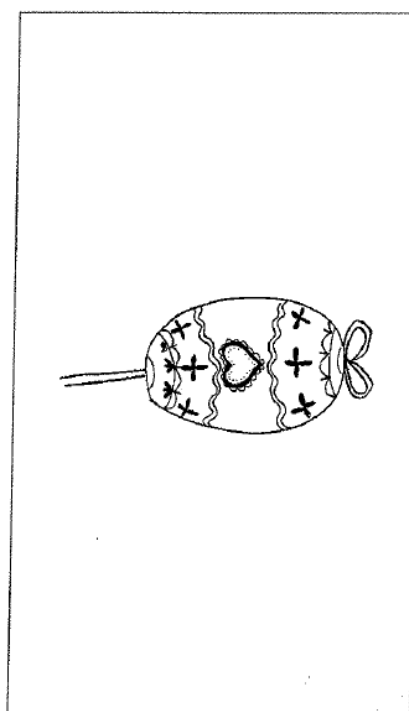
Vousy jsou pryč.



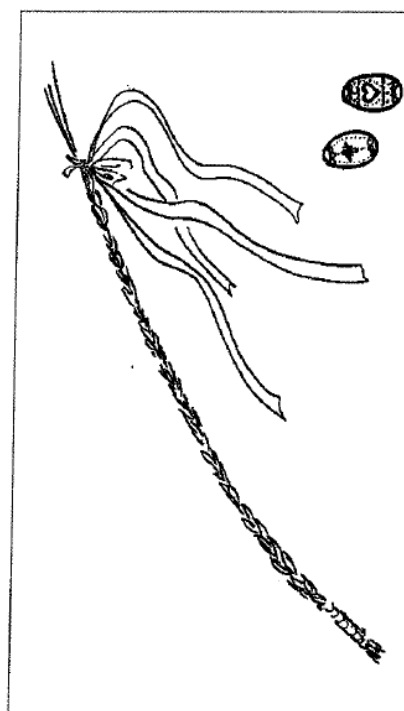
Vyfoukává vajíčka.



Maluje vajíčka štětcem.



Věší je na stužku.



Rozdává vajíčka koledníkům.

## HRA (5)

Pan Vala čeká na ženu. Dnes hrají v sedm hru, kterou mají moc rádi. Vstup je plný lidí, už je čas, brzy bude sedm. Jeho žena to sem má kousek od dcery.

Dcera mívá v úterý dlouhý den v práci. Její muž dělá na směny. A tak žena pana Valy hlídá každé úterý vnuka. Aleš má pět let. Dnes hraje hru, dal deku přes tyč, má loutky a hraje s nimi pro svou babi. Jeho máma už je na cestě z práce domů. Ale sedí v autě a čeká a čeká. Před sebou i za sebou má plno aut. Je tu velká zácpa. Stojí u mostu, před ním je velká díra a málo místa, kudy se dá jet dál. Rádio v autě právě hlásí sedm hodin. Už měla být dávno doma, ví, že její máma chtěla jít s tátou na hru. Ach jo, to je smůla, myslí si. Ale pozor, má nápad!

Je pátek večer. Někdo zvoní u dveří. Aleš vítá babi a dědu u nich doma: „Dobrý večer, pan Vala s chotí, V.I.P., máte místo v lóži.“, a vede je dál. Máma i táta již sedí v první řadě a smějí se na ně. Aleš má opět danou deku přes tyč, loutky, auta a uvedl novou hru „Díra u mostu“. Hraje pěkně, všem se líbí jeho hra a moc se smějí. Byl to dobrý nápad. Teď je čeká maso s rýží a salát, dort a ovoce – chutná jim.

### **Kontrolní otázky:**

Kdo kde je v sedm hodin?

Který den má dcera pana Valy dlouhý den v práci?

Proč není máma Aleše doma v sedm hodin?

Čím jela máma z práce domů?

Jaký nápad měla máma Aleše?

Ve které řadě sedí máma?

Jaký název má nová hra?

Který den hrál Aleš novou hru?

### **Kontrolní otázky a odpovědi:**

Kdo a kde je v úterý v sedm hodin? / **Pan Vala u vstupu, jeho žena u dcery, Aleš doma, máma Aleše v autě u mostu**

Který den má dcera pana Valy dlouhý den v práci? / **úterý**

Proč není máma Aleše doma v sedm hodin? / **Stojí v zácpě aut**

Čím jela máma z práce domů? / **autem**

Jaký nápad měla máma Aleše? / **aby Aleš hrál všem hru**

Ve které řadě sedí máma a táta? / **v první řadě**

Jaký název má nová hra? / **„Díra u mostu“**

Kdy hrál Aleš tuto novou hru? / **v pátek večer**