

MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

**Specifika logopedické péče
u seniorů s těžkým zrakovým postižením**

Diplomová práce

Brno 2012

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Barbora Bočková, PhD.

Vypracovala:

Bc. Klára Soldánová

“Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.”

Brno, 20. duben 2012

.....
Bc. Klára Soldánová

Děkuji vedoucí mé diplomové práce PhDr. Barboře Bočkové PhD. za odborné vedení, cenné rady a připomínky k obsahu práce. Dále bych chtěla poděkovat také všem respondentům za příjemnou spolupráci.

Obsah

ÚVOD.....	6
1 PROBLEMATIKA STÁŘÍ.....	8
1.1. Vymezení pojmů.....	8
1.2. Aspekty stárnutí.....	12
1.3. Onemocnění spojená se stářím.....	16
1.4. Sociální služby pro seniory.....	21
2 PORUCHY ZRAKU A SLUCHU VE STÁŘÍ.....	23
2.1. Poruchy zraku.....	23
2.2. Specifika zrakových vad ve stáří.....	26
2.3. Poruchy sluchu.....	30
2.4. Specifika sluchových vad ve stáří.....	31
3 KOMUNIKACE.....	34
3.1. Vymezení základních pojmů.....	34
3.2. Narušená komunikační schopnost a logopedická intervence.....	35
3.3. Logopedická péče u osob se zrakovým postižením a u seniorů.....	36
3.4. Logoped jako součást týmu komplexní péče.....	40
4 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE U SENIORŮ S TĚŽKÝM ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM.....	42
4.1. Východiska, cíle a metodologie výzkumu.....	42
4.2. Charakteristika místa šetření.....	44
4.3. Charakteristika výzkumného vzorku.....	46
4.4. Vlastní šetření.....	51
4.5. Závěry šetření.....	65
ZÁVĚR.....	72
RESUMÉ.....	73

SUMMARY.....	73
SEZNAM LITERATURY.....	74
Seznam tabulek a grafů.....	85
Seznam obrázků.....	86
Přílohy.....	87

ÚVOD

Prvotní **motivací** ke zpracování diplomové práce na téma Specifika logopedické péče u seniorů s těžkým zrakovým postižením, byla možnost dlouhodobě pracovat v Domově pro zrakově postižené seniory. Zjištění, že o logopedické intervenci u seniorů s těžkým zrakovým postižením není v literatuře mnoho zmínek a specifčnost tohoto tématu, vedly k ideji práce na toto téma. Logoped, pracující s těmito klienty musí ve své práci kombinovat jak specifika seniorského věku, tak specifika logopedické intervence u osob se zrakovým postižením.

Vzhledem ke stárnutí obyvatelstva se stává otázka logopedické péče o seniory stále více aktuálnější. Zrakové, ale i sluchové postižení není u seniorů ničím neobvyklým, a proto je třeba se této problematice věnovat více. Senioři se zrakovým postižením různého stupně nežijí pouze v zařízeních sociální péče, která se na ně přímo specifkují (a takové jsou v naší republice pouze dvě), ale také v domácím prostředí a dalších zařízeních pro seniory, domech s pečovatelskou službou, léčebnách a ošetrovnách dlouhodobě nemocných a podobně.

Cílem práce je tedy analýza specifík logopedické péče u seniorů s těžkým zrakovým postižením.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. **Teoretická část** je dělena na tři kapitoly. První z nich se zabývá problematikou stáří z několika různých úhlů. Její součástí je také vymezení chorob typických pro seniorský věk a popis sociálních služeb určených seniorům. Druhá kapitola je věnována problematice zrakového a sluchového postižení, včetně jejich specifík ve stáří. Poslední teoretická kapitola je zaměřena na komunikaci a logopedickou intervenci.

Praktická **výzkumná část** je zpracována s cílem stanovit specifika logopedické intervence u seniorů se zrakovým postižením včetně užívání pomůcek a materiálů. Dále analyzovat komplexní činnost logopeda v rámci Domova, narušenou komunikační schopnost jeho klientů a její působení na kvalitu jejich sociálního kontaktu s okolím. Obsahuje podrobnou kazuistiku čtyř respondentů (klientů Domova s narušenou komunikační schopností, jež vznikla v důsledku demence, cévních mozkových příhod či jiného poškození mozku), u nichž probíhá logopedická intervence, s ohledem

na specifika této péče, vnímání potřeby této péče klienty, jejich aktivitu při terapii a spolupráci logopeda s dalšími odborníky a terapeuty.

Empirická část je zpracována na základě **kvalitativního výzkumu** metodou kazuistiky, za pomoci technik rozhovoru, dlouhodobého pozorování a analýzy dokumentů. Veškerý výzkum probíhal ve výše uvedeném zařízení pro seniory se zrakovým postižením na základě spolupráce s logopedem a dalšími pracovníky Domova.

V poslední kapitole empirické části jsou zpracovány výsledky výzkumu, **závěry šetření** a doporučení spolu s možnostmi jejich využití v praxi.

1 PROBLEMATIKA STÁŘÍ

1.1. Vymezení pojmů

V odborné literatuře lze nalézt množství definic pojmů stáří a stárnutí, přičemž je možno toto téma pojmout z více různých úhlů - biologického, chronologického, sociálního apod. To ztěžuje, mimo jiné, také přesné vymezení a periodizaci stáří.

V. Zaremba (1982) zdůrazňuje rozdíl mezi pojmy stárnutí a stáří. **Stárnutí** je proces, určitý děj probíhající v čase, zatímco stáří je stav, výsledek tohoto procesu. Stárnutí je proces individuální pro každého jednotlivce - každý člověk stárne jinak rychle. Současně také různou rychlostí stárnou jednotlivé systémy v našem těle. Je tedy patrné, že se u populace objevují individuální odchylky, v jejichž důsledku věk kalendářní nemusí odpovídat věku fyziologickému.

Stárnutí můžeme pojmout také jako *“postupnou ztrátu běžných životních funkcí od okamžiku dovršení pohlavní dospělosti až po maximální délku života”* (Hayflick, L., 1997, s. 32), která je pro každý živočišný druh jiná. Je to tedy přirozený celoživotní proces, ve kterém probíhají změny jak fyziologické, tak psychické.

Stáří je podle P. Mühlpachra (2004) obecně užívaným označením pozdních fází vývoje jedince. Je důsledkem a současně projevem geneticky podmíněných procesů stárnutí ovlivňovaných dalšími faktory, jako jsou nejruznější choroby, životní způsob aj. Stáří je spojeno také s množstvím změn sociálních (např. odchod do starobního důchodu, změna sociální role) a psychických, které jsou podmíněny právě změnami fyziologickými a sociálními.

Pojem **senior** nemá přesnou definici, intuitivně je tak chápán *“člověk, který dosáhl vyššího (přesně nespecifikovatelného) věku, přičemž s rostoucím věkem se obecně předpokládá také celkově zhoršující se zdravotní stav”* (Macháčková, R. in Tošnerová, T., 2000, s. 38) Většinou se začátek seniorského věku udává mezi 55 a 65 roky.

Gerontologie jako taková není samostatným vědním oborem, ale spíše multidisciplinárním souhrnem poznatků o stárnutí a stáří (Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K., 2007). Má tedy zastřešující význam. Dělí se na gerontologii biologickou (zaměřenou na způsoby stárnutí organismu), gerontologii sociální

(zabývající se vztahem seniora a společnosti) a gerontologii klinickou, která se zabývá zvláštnostmi zdravotního stavu a chorob ve stáří.

Geriatricie (klinická gerontologie v užším slova smyslu, jak je užívána u nás) je pak samostatným lékařským oborem zabývajícím se diagnózou a léčbou chorob starých osob a péčí o ně (Vokurka, M., Hugo, J., 2008), která prolíná všemi obory zdravotnictví (chirurgie, interna, rehabilitace, neurologie, psychiatrie, aj.).

Pedagogická disciplína zabývající se vzděláváním seniorů se nazývá **gerontopedagogika**. Jako vědní obor vznikla z potřeby zpřístupnit vzdělávání pro všechny členy společnosti bez rozdílu věku (Průcha, J., Walterová, E., Mareš, J., 2003). V širším slova smyslu je to disciplína, která zabezpečuje komplexní péči, pomoc a podporu seniorům při uspokojování jejich potřeb mimo oblast zdravotnictví, ale souběžně s ním. Je chápána jako multioborová disciplína, na níž se podílejí obory jako psychologie, sociologie, právo, andragogika, aj.

Na stáří lze pohlížet z několika různých úhlů. Nejvýznamnější z nich je náhled biologický, sociální, časový (kalendářní, chronologický) a demografický.

*“**Biologické stáří** je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku (např. ateroskleróza).”* (Mühlpachr, P., 2004, s. 19). Určování doby začátku stáří, podle stáří biologického však není možné, protože se lidé stejného věku kalendářního často velmi významně liší, jak funkční zdatností, tak mírou involučních změn.

Sociální stáří je vymezeno relativně jednoznačně několika sociálními změnami, z nichž nejvýraznější je penzionování. V současné době je v České republice podle Zákona 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění (ve znění pozdějších předpisů) důchodový věk stanoven podle data narození, pohlaví a u žen také počtu vychovaných dětí (např. u ročníku 1950 na 62 let u mužů a 56 až 61 let u žen). Poslední změna zákona pak předpokládá postupné zvyšování věku odchodu do starobního důchodu až na 67 let (poprvé se tak stane u ročníku 1977) a také srovnání této hranice u mužů a žen bez závislosti na počtu vychovaných dětí. V jednání je i další postupné zvyšování této hranice. Sociální stáří je tedy spojeno se změnou rolí, životního způsobu

i ekonomického zajištění.

Kalendářní stáří je vymezeno dosažením určitého věku, v němž se nápadně začínají projevovat involuční změny, a je též ovlivněno demografickým hlediskem - čím je populace starší, tím vyšší je hranice stáří. V současné době se uvádí jako hranice stáří věk 65 let, od níž je také odvozeno dnes nejčastěji používané členění, kdy se pro věkové rozmezí 65 až 74 let užívá výrazu mladí senioři, v rozmezí 75-84 let jsou to staří senioři a nad 85 let velmi staří senioři (Mühlpachr, P., 2004).

Světová zdravotnická organizace (WHO) se ve svých materiálech drží 15 letého členění života člověka, přičemž je zde jako hranice raného stáří uváděn věk 60 let. Období od 75 do 89 let označuje jako vlastní stáří neboli kmetství a nad 90 let již uvádí dlouhověkost (Příhoda, V., 1974; Říčan, P., 2004).

V obou uvedených děleních se, stejně jako v dalších (např. dělení podle P. Hartla (1993) či J. Viewega (1974)), vyskytuje uzlový ontogenetický bod okolo 75 let, často označovaný jako vlastní stáří.

Na stáří lze pohlížet také z různých **demografických hledisek**. Stárnutí obyvatelstva je demografickým trendem současné doby. V posledních letech byl zaznamenán nárůst počtu obyvatel v seniorském věku a současný pokles porodnosti, který vedl k celkovému zvýšení průměrného věku obyvatelstva.

Český statistický úřad podle posledních zveřejněných údajů k 31. 12. 2010 uvádí celkový počet obyvatel České republiky 10 532 770 (viz. Tab. 1). Počet obyvatel nad 65 let činil k tomuto datu 1 635 826, což je asi 15,5% obyvatel celé České republiky. Index stáří, který vyjadřuje, kolik je v populaci obyvatel ve věku 65 let a více na 100 dětí ve věku 0-14 let, činil 107,8, přičemž průměrný věk obyvatelstva byl 40,8 let.

Z tabulky (Tab. 1) lze rovněž rozpoznat, že vysoký počet seniorů, a současně tedy nejzávažnější potřebu řešení otázky odpovídající péče pro seniory, najdeme v Jihomoravském a Zlínském kraji (16,2% obyvatel, index stáří 114,8 a 115,7). Ovšem zdaleka největší počet seniorů žije v hlavním městě, kde populace seniorů činí 16,4% obyvatelstva Prahy (index stáří je zde 127,6).

Prognóza zvyšování počtu obyvatel nad 65 let je patrná z tabulky (Tab. 2). Do roku 2025 by se mohl index stáří zdvojnásobit a do roku 2050 dokonce ztrojnásobit.

Počet seniorů v poměru k počtu dětí ve věku 0-14 let by pak byl téměř 3:1.

	Celkem obyvatel	Obyvatel nad 65 let	Průměrný věk	Index stáří
Česká Republika	10532770	1635826	40,8	107,8
Hlavní město Praha	1257158	205890	41,6	127,6
Středočeský kraj	1264978	186448	40,1	94,8
Jihočeský kraj	638706	99001	40,9	106,8
Plzeňský kraj	572045	91704	41,2	113,4
Karlovarský kraj	307444	44261	40,4	98,1
Ústecký kraj	836045	116990	40,0	91,2
Liberecký kraj	439942	64392	40,3	97,1
Královéhradecký kraj	554803	91422	41,3	113,4
Pardubický kraj	517164	81391	40,8	107,1
Kraj Vysočina	514569	81858	40,8	109,6
Jihomoravský kraj	1154654	186690	41,1	114,8
Olomoucký kraj	641681	101279	40,9	110,3
Zlínský kraj	590361	95706	41,2	115,7
Moravskoslezský kraj	1243220	188794	40,6	105,8

Tab. 1 - Věkové složení obyvatel podle krajů k 31. 12. 2012¹

	1950	1975	2000	2025	2050
Zastoupení osob nad 65 let	8,3%	12,9%	13,9%	23,1%	32,7%
Zastoupení osob nad 80 let	1,0%	1,7%	2,5%	5,3%	9,5%
Index stáří	51,7	82,3	111,8	243,0	296,1

Tab. 2 - Demografické stárnutí populace v ČR v historickém vývoji a prognóze (Pidrman, V., 2007, s. 13)

M. Štilec (2004) uvádí údaje, čerpané ze zkušeností dalších západoevropských zemí, kdy je 8% seniorů v populaci zcela bez problémů, při 10% seniorů v populaci již začínají vznikat (na základě reálné potřeby) speciální služby a instituce, 12% obyvatelstva v seniorském věku vyžaduje koordinaci těchto služeb a nad 14% seniorů v populaci je již u geriatrické péče nutná komplexnost a stává se ve společnosti závažným tématem. Se stárnutím obyvatelstva tedy narůstá potřeba péče, odpovídající potřebám seniorů, která přerůstá nad rámec zdravotnictví a stává se celospolečenským problémem (Jarošová, D., 2006).

1 Výtah z tabulky *Věkové složení obyvatel podle krajů - obě pohlaví* In *Český statistický úřad* [online]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/28003FC403/\\$File/401911ri03.pdf](http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/28003FC403/$File/401911ri03.pdf)

Počet seniorů v populaci roste relativně (poklesem natality), absolutně (prodlužováním střední délky života) a také díky pokročilému stáří (prodlužováním života ve stáří). To mimo jiné souvisí s rozvojem a zdokonalováním lékařských technologií, které umožňují prodloužení života i u chorob, které dříve zabíjely (Mühlpachr, P., 2004; Rabušic, L., 1995).

1.2. Aspekty stárnutí

Ve stáří se mění nejen fyziologie člověka, ale také jeho psychické vlastnosti, postavení ve společnosti aj. Vždy je potřeba na tento proces nahlížet jako na proces individuální s výraznou interindividuální variabilitou (Mühlpachr, P., 2004).

Psychologický pohled na stárnutí zahrnuje nejen činnost jednotlivých psychických funkcí, ale také změny osobnosti, cíle, záměry a životní hodnoty seniorů, či jejich emocionální stav. Mnozí psychologové se shodují na tom, že mezi psychickými změnami ve stáří a jejich projevy existují značné rozdíly, jak mezi různými jedinci, tak i rozdíly intraindividuální. M. Vágnerová (2007) uvádí, že změny psychiky, které u seniora nastávají, mohou být podmíněny zejména biologickými vlivy, které mohou být projevem stárnutí (např. celkové zpomalení, obtíže v zapamatování) nebo příznakem závažnější choroby (např. demence), dále psychosociálními vlivy, mezi které patří např. kohortová příslušnost, specifický životní styl a návyky, ale i očekávání a postoje společnosti, případně jsou tyto změny výsledkem interakce obou vlivů.

Kvalitu psychické stránky člověka nejvíce ovlivňuje jeho osobnost, v jejíž struktuře se ve stáří mohou přesouvat pořadí potřeb, cílů a hodnot. Mění se také charakteristické rysy osobnosti - některé upadají a jiné naopak získávají na intenzitě (Stuart-Hamilton, I., 1999). Tyto změny tedy nemusí za normálních okolností vést nutně jen ke zhoršení psychických funkcí (např. pokles vitality), některé z nich zůstávají nezměněny (intelekt) a jiné mohou být zlepšeny (např. trpělivost). Časté je také výrazné zviditelnění a prohloubení charakteristických vlastností jedince. Pohodlný člověk se tak stává líným či pasivním, šetrný zase lakomým. Zvýraznit se však mohou i kladné vlastnosti, jako je například pozitivní postoj k životu (Buijssen, H., 2006).

V průběhu stárnutí nastávají biologické změny ve smyslových orgánech i mozku, což vede ke zhoršení a zpomalení percepce a prodloužení reakčních časů. Objevují se také nedostatky paměťových funkcí, které úzce souvisí s větší unavitelností

a obtížnější koncentrací pozornosti (Dessaint, M.-P., 1999; Vágnerová, M., 2007), přičemž krátkodobá paměť se zhoršuje rapidněji, než paměť dlouhodobá. Výbavnost dlouhodobé paměti se vyznačuje častými nepřesnostmi (Stuart-Hamilton, I., 1999).

M.-P. Dessaint (1999) uvádí, že následky stárnutí jsou nejdříve patrné na zhoršování paměti, zatímco komunikační dovednosti jsou, i přes určité probíhající změny, ovlivněny později. Zhoršení jazykových kompetencí je patrné až okolo 80 let, kdy se snižují schopnosti využití slovní zásoby a dalších naučených jazykových dovedností. Dochází také k poklesu slovní fluence, výbavnosti výrazů a jejich diferenciací. Sdělení se stávají jednoduššími a kratšími (Vágnerová, M., 2007). Úroveň jazykových kompetencí v senu také ovlivňuje, kromě úrovně inteligence člověka, zhoršování zraku a sluchu (Stuart-Hamilton, I., 1999), stejně tak jako omezení pohyblivosti a možností sociální interakce.

Jak uvádí P. Mühlpachr (2004, s. 25), duševní činnost seniorů je celkově zpomalena, *“geront je ke své činnosti méně motivován a je na ní méně interesován, je zvýšeně opatrný. Přesnost je pro něj důležitější než rychlost.”* Se stářím souvisí také špatné snášení změn, každá životní událost, jako je stěhování či úmrtí blízké osoby, je pro seniora traumatizující. Starší lidé dávají přednost rutině a stereotypu, což souvisí s větší náročností na zpracování informací a porozumění kontextu.

Jak již bylo naznačeno v předchozí kapitole, stáří souvisí s mnoha sociálními změnami. Nejvýraznější z nich je odchod do starobního důchodu a s ním spojená změna a redukce četnosti sociálních rolí. S odchodem do důchodu souvisí hrozba izolace od společenského dění, či vyčlenění z okolí. Většina sociální interakce probíhá buď v rámci rodiny, nebo ve společenství obyvatel určité instituce. Mohou se také objevit problémy s navazováním nových přátelství, které mohou vyústit až do sociální izolace a vést k obtížím psychosomatického rázu (Jarošová, D., 2006).

E. Malíková (2001) uvádí, že významným **sociálním aspektem** spojeným s odchodem do starobního důchodu je změna ekonomické situace - zhoršení finančního zabezpečení, limitace výše penze apod. Nepříznivě může být vnímán také vliv ageismu (předsudky a negativní představy založené na věku, patrné zejména vůči seniorům) ve společnosti.

V období stáří dochází k postupným změnám či redukci sociálních dovedností.

Změna životní situace, jakou je odchod do instituce pro seniory vyžaduje osvojení nových způsobů chování, což je v rozporu s nechtím ke všemu novému a se snížením kompetencí seniora jako celku. Často dochází k přijetí role člověka submisivního, pasivního a závislého na péči ostatních (Vágnerová, M., 2007).

V důsledku poklesu fyzických i psychických sil narůstá závislost seniora na okolí, a to jak fyzická (pomoc v domácnosti, při osobní hygieně, oblékání), tak psychická - vazba na partnera a blízké osoby, jejichž ztráta by působila silně traumaticky (Jarošová, D., 2006).

M. Bayerová (in Mühlpachr, P. (ed.), 2005) zdůrazňuje, že kvůli častým nemocem akutního, ale i chronického charakteru a s nimi spojenými pobyty v nemocnici (případně i následnými rehabilitacemi), jsou senioři vystaveni častým změnám prostředí, nehledě na finanční náročnost léčby (platba poplatků v nemocnici, úhrada léků aj.).

Sociální kontakty ve stáří jsou stejně důležitou potřebou jako v jakémkoli jiném věku. Senioři potřebují dostatek sociálních kontaktů a podnětů, avšak pouze v takové míře, aby nebyli vystaveni nadměrné stimulaci, jež by byla spíše zátěží. Starší lidé preferují kontakty s blízkými a známými osobami, u nichž mají pocit jistoty. Problémem je však snižování takového počtu osob - s přibývajícím věkem, nastává generační osamělost. Důraz je pak kladen na mezigenerační vztahy (Malíková, E., 2011; Vágnerová, M., 2007).

Proces **biologického stárnutí** probíhá u každého jednotlivce individuálně. Je determinován genetickými dispozicemi, životním stylem a dalšími změnami. Biologické změny se odehrávají v různých časových intervalech, některé pozvolně, jiné rychleji (Jarošová, D., 2006). P. Mühlpachr (2004) sumarizoval nejvýznamnější somatické změny ve stáří a jejich důsledky (viz. Tab. 3). Všechny tyto změny jsou způsobeny stárnutím organismu, které začíná již po 40. roce života (např. stárnutí zraku).

M.-P. Dessaint (1999) uvádí, že stárnutí mozku má vliv na každodenní život až po sedmdesátém roku života jedince. Mozkové závity atrofují, množství pojivové tkáně se zvětšuje. V důsledku změn na nervech a nervových vláknech dochází ke snížení schopnosti přijímat nervové podněty a ke zpomalování reflexů.

Oblast	Změny
Složení organismu	- atrofie tkání se zmnožením vaziva a tuku - úbytek netučné tělesné hmoty a zvýšení obsahu tělesného tuku - ztížená mobilizace tuku - zmenšení objemu celkové tělesné vody - ukládání vápníku v tkáních, jeho průnik do membrán a buněk
Řízení organismu	- oslabení a zpomalení regulačních mechanismů - zhoršení adaptačních schopností a odolnosti vůči zátěži - oploštění variability periodických dějů
Pohybový aparát	- pokles svalové síly, úbytek kostní density - stárnutí chrupavky - zhoršení hlubokého cití a pohybové koordinace
Nervový systém	- zpomalení nervového vedení a prodloužení reakční doby - poruchy spánku - atrofie mozku s lehkým zhoršením vstíplivosti i výbavnosti
Metabolismus	- ztížení vstupu glukózy do buněk - snížení maximální spotřeby kyslíku - snížení bazálního metabolismu a zhoršení vytrvalosti
Endokrinní systém	- rezistence tkání na hormonální stimulaci - snížení produkce růstového hormonu
Oběhový systém	- snížení průtoku krve všemi orgány - zvětšování světlosti tepen a snížení jejich elasticity - degenerativní změny chlopní a levé komory srdeční - menší urychlování tepové frekvence
Respirační systém	- zvýšení dechové práce - zvětšení mrtvého prostoru a pokles vitální kapacity plic - snížení citlivosti dechového centra ke změnám krevních plynů a snížení aktivity řasinkového epitelu
Vylučovací systém	- zhoršení očišťovací schopnosti ledvin - pokles maximální koncentrační schopnosti ledvin - poruchy funkce močového měchýře
Trávicí systém	- opotřebování a ztráta chrupu - poruchy motility trávicí trubice - snížení acidity žaludeční
Imunitní systém	- horší efekt imunizace ve stáří - zvýšená tvorba autoprotilátek
Ostatní	- atrofie kůže s poklesem pružnosti a úbytkem potních žláz - snížená vitalita tkání a zpomalené hojení - zhoršení smyslového vnímání

Tab. 3 - Významné somatické změny a jejich důsledky (Mühlpachr, P., 2004)

Stárnou také smyslové orgány, díky kterým se, v kombinaci se změnami v mozku, zhoršuje vnímání. Zrakové vnímání je ovlivněno zhoršením akomodace, která vede k presbyopii. I. Stuart-Hamilton (1999) uvádí, že asi 75% seniorů potřebuje brýle a řada z nich nevidí zcela dobře ani s jejich pomocí. Zhoršena je také adaptace na šero i osvit (Mühlpachr, P., 2004)

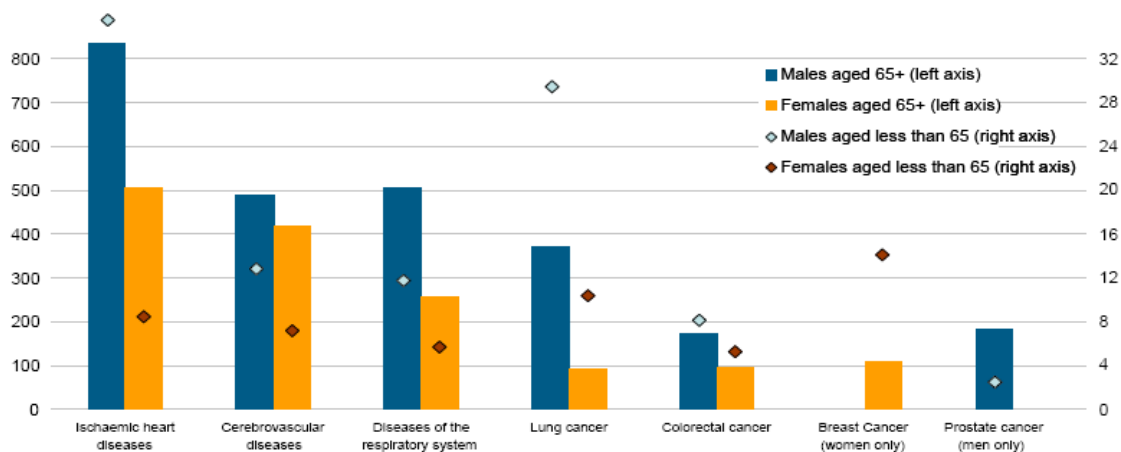
Zhoršení sluchu nastává již v dospělosti a s věkem se prohlubuje. Nejrozšířenějším typem oslabení sluchu u seniorů je presbyakuze (nedoslýchavost). Ovlivněna je také schopnost rozlišovat výšku tónů a určovat polohu zdroje zvuku. Mnoho seniorů trpí tinnitem, který způsobuje potlačení ostatních zvukových signálů a zhoršuje slyšení (Vohlídková, M., 2009). Ovlivněny jsou také další smysly - čich, chuť, hmat, někteří autoři uvádí také odlišné vnímání bolesti a snížení tepelné rozlišovací schopnosti (Mühlpachr, P., 2004; Stuart-Hamilton, I., 1999).

1.3. Onemocnění spojená se stářím

Jakákoli nemoc ve stáří má svá specifika a je třeba užívat individuálního přístupu ke každému jedinci. Pro vysoký věk jsou typická polymorbidní a degenerativní onemocnění (Kalvach, Z. a kol., 2008). Průběh nemoci je komplikován fyziologickými změnami organismu, neobvyklými příznaky, individuální reaktivitou na farmaka, aj. Jako přitěžující faktor je rovněž uváděna změněná reaktivita na bolest. Specifická situace nastává ve chvíli, kdy senior navštěvuje více lékařů (pro každé své onemocnění zvlášť), kteří se navzájem řádně neinformují ohledně podávaných farmak. Výsledkem je mnoho léků, které jej ohrožují rizikem nežádoucích účinků nebo jejich nevhodnou kombinací (Topinková, E., 2008).

P. Mühlpachr (2004) podotýká, že se zlepšováním lékařské péče a technologií se prodlužuje délka života i u jedinců, u kterých by v minulosti onemocnění výrazně ovlivnilo, případně zkrátilo období stáří. Mezi taková zlepšení můžeme zařadit například korekci těžké nedoslýchavosti sluchadly, zlepšení prognózy a důsledků zlomenin tzv. krčku stehenní kosti pomocí progresivních operačních metod (náhrada kloubní hlavice či celého kloubu) nebo preventivní programy apelující na screening a pravidelné kontroly vysokého krevního tlaku (snížení výskytu a důsledků cévních mozkových příhod). V současné době jsou nejčastějšími příčinami úmrtí v rámci Evropské unie kardiovaskulární, nádorová a respirační onemocnění. Spolu s duševními

nemocemi, diabetes mellitus a muskuloskeletálními poruchami tvoří příčinu 86% všech úmrtí v EU ². V Grafu 1 jsou vyznačeny nejčastější příčiny úmrtí obyvatel EU ve věku nad 65 let - vyjádřeny v počtu úmrtí na 100 tisíc obyvatel. Nejčastější příčinou jsou ischemické choroby srdeční, následované chorobami cerebrovaskulárními a onemocněními respiračního systému. Následuje rakovina plic, tlustého střeva (kolorektální) a rakovina prsu spolu s rakovinou prostaty.



Graf 1 - Nejčastější příčiny úmrtí obyvatel EU ve věku nad 65 let (září, 2009) ³

E. Topinková (2008) zdůrazňuje, že “více než 90 % osob starších 70 let trpí jednou nebo více chronickými nemocemi.” Uvádí také, že v ČR trpí podle statistických údajů ze 100 osob nad 65 let tři onemocnění srdce a cév, polovina z nich má zvýšený krevní tlak (hypertenzi), 37 osob má ischemickou nemoc srdeční, 42 jedinců závažné postižení kloubů nebo kostí, 20 osob zažívací potíže, 16 jedinců má diabetes, 15 osob má psychiatrické onemocnění, 4 jedinci mají nádorové onemocnění a jen 4 senioři jsou bez chronického onemocnění.

Jedním z nejvýznamnějších onemocnění seniorského věku je **syndrom demence**. Podle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí Světové

2 *Závažná a chronická onemocnění*. In: *Evropská komise: Veřejné zdraví* [online]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/index_cs.htm

3 *Causes of death statistics: people over 65* [online]. Dostupné z: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statistics_people_over_65

zdravotnické organizace⁴ je demence definována jako: *“...syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnosti učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.”*

Syndrom demence je tedy soubor příznaků, který tvoří jednotlivé symptomy. Ty se vyvíjí různorodou rychlostí a do proměnlivé hloubky. P. Mühlpachr (2004) uvádí, že syndrom demence je kombinací poruch paměti, poznávání, řeči a jazyka, praxe a sociální adaptace. Nejprve jsou postiženy kognitivní funkce, přičemž nejvýrazněji se zpočátku projevuje porucha paměti. Ovlivněna bývá také emotivita, od afektů a střídání nálad až po depresivní stavy. Může docházet také k poruchám vnímání (halucinace, iluze) či poruchám myšlení (bludy). R. Jiráček (in Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C., 2009) uvádí také časté poruchy spánku, jako jsou nespavost nebo naopak nadměrná spavost, případně úplná inverze spánku. Nedílnou součástí jsou také poruchy orientace, pozornosti a motivace (Pidrman, V., 2007). Vždy se objevují poruchy pozornosti (v závislosti na stupni a typu demence). Výsledkem je celková deteriorace duševních a narušení funkčních schopností jedince a ztráta soběstačnosti. Dochází k těžké degradaci osobnosti.

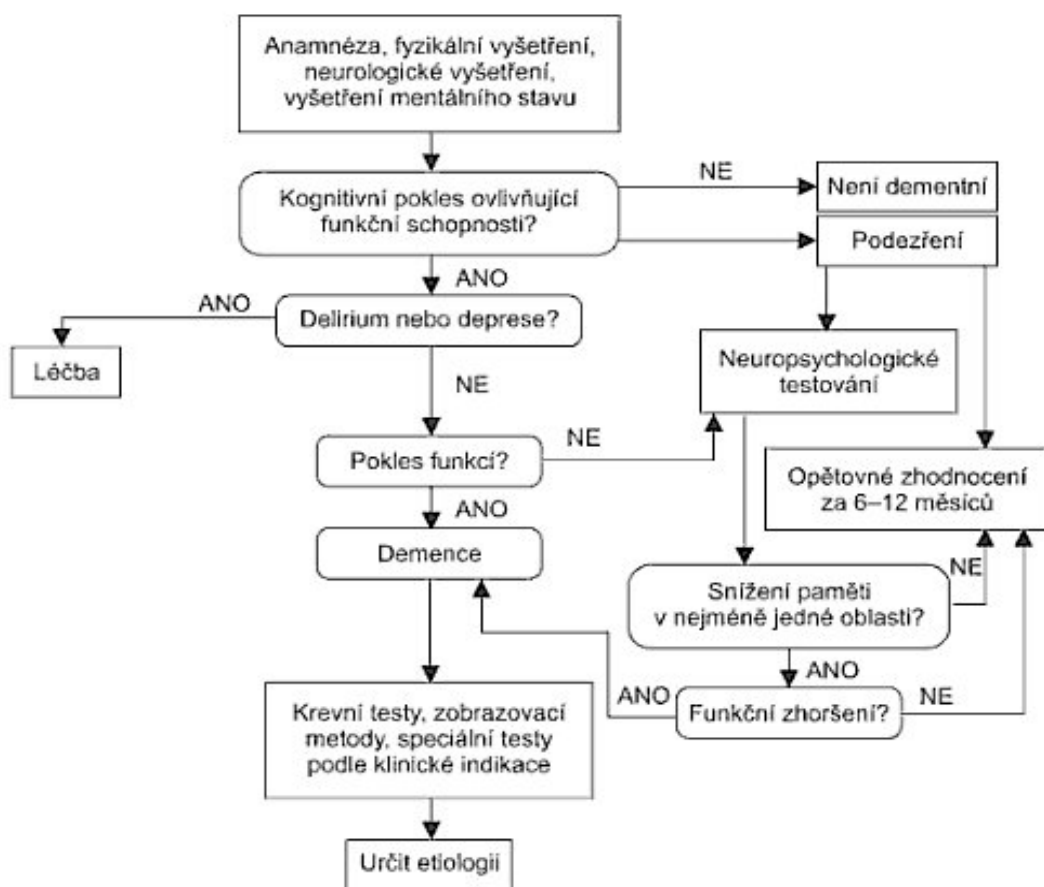
Demence je způsobena dysfunkcí mozku, onemocněním chronického nebo progresivního charakteru. Nervové buňky odumírají, řídící centrum mozku nefunguje, jak by mělo. V počátečních fázích se jedinec chová zcela normálně, fungující nervové buňky převzímou částečně nebo úplně funkce těch zaniklých (Buijsen, H., 2006). Diagnostika demence je velmi složitá a dlouhodobá. Počáteční symptomy musí trvat nejméně půl roku.

P. Mühlpachr (2004) zdůrazňuje, že je potřeba odlišit syndrom demence zejména od normálního stárnutí (stárnutí nevede nevyhnutelně k demenci), psychiatrických syndromů - schizofrenie a dalších, ale zejm. deprese (v literatuře se objevuje i pojem

4 MKN-10 Česká verze - Tabulární seznam: V. kapitola: Poruchy duševní a poruchy chování (F00 - F99) In Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>

depresivní pseudodemence - ten se užívá ve chvíli, kdy se u pacienta s depresí začnou výsledky kognitivního měření pohybovat v pásmu demence), dále deliria (demence je oproti deliriu chronická a progresivní) a amnestického syndromu a dalších onemocnění - cévních mozkových příhod, progresivní prozopagnozie (neschopnost rozeznávat tváře), progresivní apraxie, agnozie a afázie a Diogenova syndromu (pokles úrovně chování i sociální úrovně člověka, zanedbání).

V. Pidrman (2007, s. 23) uvádí přehledný algoritmus rozhodovacího procesu při diagnostice demence (Obr. 1), kde je znázorněn postup tohoto procesu od získání anamnézy pacienta, přes posouzení kognitivních funkcí až po vyloučení jiných diagnóz. Pro screening demence se v běžné praxi nejčastěji používá Folsteinův MMSE (Mini-Mental State Examination) - test pro vyšetření duševního stavu. Ten vyšetřuje základní funkce, které bývají poškozeny procesem demence - paměť, časoprostorovou orientaci, orientaci osobou, pozornost, řeč a jazyk (Mühlpachr, P., 2004).



Obr. 1 - Algoritmus rozhodovacího procesu při diagnostice demence (Pidrman, V., 2007, s. 23)

Demence lze klasifikovat do tří základních skupin. Demence primárně degenerativní (atroficko-degenerativní), které tvoří okolo 60% případů, ischemicko-vaskulární demence (způsobené kombinací faktorů, které vedou k nedostatečnému prokrvení a okysličení mozkové tkáně a ke snížení mozkové látkové přeměny), tvořící asi 20% případů a symptomatické (sekundární) demence (10% případů), které jsou způsobeny nejrůznějšími nemocemi, úrazy, intoxikací, apod. Zbývajících 10% případů tvoří smíšené formy demence (Pidrman, V., 2007).

Mezi demence atroficko-degenerativní patří Alzheimerova choroba, která podle některých autorů tvoří (v čisté formě) asi 55-60% všech případů demence (Buijsen, H., 2006; Pidrman, V., 2007), dále demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence.

Mezi ischemicko-vaskulární demence řadíme multiinfarktovou demenci (vzniká na základě mnohočetných infarktů mozkové kůry), vaskulární demenci vznikající náhle na základě infarktu mozku, Binswangerovu chorobu (postižení podkorových oblastí mozku na základě vysokého krevního tlaku) a další, vzácnější typy (Mühlpachr, P., 2004).

Jako další mezi demence řadíme demenci při Parkinsonově chorobě (neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy, při němž ubývá nervových buněk v mozku), Huntingtonovu choreu (neurodegenerativní geneticky podmíněné onemocnění, které se projevuje kromě demence i neurologickými příznaky), Pickovu chorobu (neurodegenerativní onemocnění s rychlým průběhem), demence infekčního původu (např. demence při AIDS), demence v důsledku prionových onemocnění (např. Creutzfeldt-Jakobova nemoc), traumatické demence způsobené úrazy, demence při nádorových onemocněních, toxické demence vznikající na podkladě intoxikace (např. alkoholová, drogová demence), metabolicky podmíněné demence (při selhávání jater nebo ledvin), demence při poruchách žláz s vnitřní sekrecí, demence při nedostatku vitamínů, demence při normotenzním hydrocefalu a další (vzácnější) demence (Borzová, C., Franková, V., Jiráček, R., Konrád, J. in Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C., 2009; Mühlpachr, P., 2004; Pidrman, V., 2007).

Alzheimerova nemoc je *“závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek vznik syndromu demence”* (Jiráček, R. in

Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C., 2009, s. 29). Diagnostickými kritérii pro určení Alzheimerovy nemoci jsou podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace zejména faktory určující vývoj mnohočetného kognitivního deficitu (který není způsoben jiným onemocněním, závislostí apod.) - postižení paměti a jeden nebo více znaků afázie, apraxie, agnózie a narušení hodnotících funkcí. Pro nemoc je typický pomalý počátek a progredientní průběh bez větších výkyvů. Poruchy paměti, které jsou prvními pozorovatelnými příznaky se vyznačují narušením procesu ukládání nových informací z krátkodobé paměti do dlouhodobé a jejím postupným zhoršováním. Součástí je také postupné zapomínání uložených informací od těch naposledy přijatých až po vzpomínky raného dětství. Následuje narušení myšlení, řeči, emoční oploštění a změny a postupná degradace osobnosti (Buijssen, H., 2006, Pidman, V., 2007).

1.4. Sociální služby pro seniory

“Poslání sociálních služeb bylo specifikováno jako pomoc lidem udržet si nebo znovu nabyt místo ve své komunitě” (Malíková, E., 2011, s. 31). V současné době je trendem zejména deinstitucionalizace těchto služeb a jejich poskytování v přirozeném, domácím prostředí. Z tohoto popudu vzniká mnoho služeb ambulantního a terénního charakteru. Pobytové služby jsou však využívány zatím stále nejvíce. Jejich zřizovatelem jsou kraje, obce či nestátní organizace (viz. Tab. 4). Převažují zařízení krajská a obecní. Církevní domovy jsou zastoupeny asi ve 20%.

Druh zařízení	Celkem	Státní	Krajská	Obecní	Církevní	Ostatní
Celkem v ČR	1214	5	397	393	245	174
Domov důchodců	390	0	181	146	48	15
Domov - pension pro důchodce	142	0	27	103	6	6
Společné zařízení DD a DPD	9	0	3	6	0	0
Zařízení pro dospělé s TP	18	1	8	6	2	1
Zařízení pro dospělé se SP	2	1	0	1	0	0
Zařízení pro dospělé s MP	96	1	70	15	4	6
Ostatní zařízení	557	2	108	116	185	146

Tab. 4 - Zařízení sociálních služeb v ČR podle zřizovatele a typu v roce 2006 ⁵

5 Sociální služby seniorů. In: *Senioři v ČR v letech 2009* [online]. Praha: ČSÚ, 2009. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/1417-09>

Poskytování sociálních služeb se řídí zákonem č 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění dalších předpisů a změn. Tímto zákonem jsou definovány všechny druhy sociálních služeb, specifikovány požadavky na pracovníky a vymezeny rozsahy činností poskytování základních sociálních služeb. Péče o seniory by měla odpovídat a směřovat k dodržení programu přípravy na stárnutí zpracovaného MPSV ⁶.

Klientům zařízení jsou poskytovány služby podle individuálních plánů, kdy je klient aktivním spolutvůrcem poskytované služby a partnerem pečujících pracovníků, což se stává zárukou ochrany a dodržování práv klientů (Malíková, E., 2011). U každého klienta je cílem péče zlepšit současný stav nebo alespoň zabránit jeho zhoršování. Mělo by o něj být staráno tak, aby se vždy cítil spokojený a klidný, a aby byla jeho lidská důstojnost a hodnota zachována (Rheinwaldová, E., 1999).

Poskytování služeb nad rámec služeb vymezených legislativně již záleží na konkrétním zařízení. Součástí nabídky jednotlivých zařízení jsou ve většině případů nejrozumnější terapie - arteterapie, muzikoterapie, canisterapie a další. Mnoho domovů poskytuje i další hrazené, nadstandardní služby, které jsou často nabízeny pomocí externistů (kadeřník, pedikérka apod.)

Na stáří a proces stárnutí lze pohlízet z různých úhlů - biologického, chronologického, sociálního a dalších. Spolu se stárnutím přicházejí změny psychické, sociální (z nichž nejvýznamnější je odchod do starobního důchodu) i fyziologické. S tím je spojen také vyšší výskyt polymorbidních a degenerativních onemocnění. Časté jsou zejména onemocnění srdce a cév, ovlivněna je také kvalita sluchu a zraku. Typickým onemocněním je syndrom demence. Pro seniory je v České republice určena široká nabídka sociálních služeb, zejména v řízení krajů a obcí, následována zařízeními církevními.

6 Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří). In: MPSV [online]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>

2 PORUCHY ZRAKU A SLUCHU VE STÁŘÍ

Stejně jako každý orgán ve stáří, i zrak a sluch ztrácí postupně na své funkčnosti. D. Moravcová (2004, s. 37) uvádí, že *“asi u 90% osob lze po 60 roce věku zjistit výrazné zhoršení zrakového vnímání a asi u 30% se výrazně zhoršuje sluch”*.

Postižení smyslů (zraku, sluchu, případně jejich kombinace) výrazně ztěžuje seniorům nejen pohyb a orientaci, spojené se zvýšeným rizikem úrazů, ale také komunikaci a sociální začlenění do společnosti, navíc ztížené zhoršenou adaptabilitou. Projevy tedy bývají výraznější u osob, u nichž došlo k senzorickému poškození až ve stáří. Důsledkem mohou být nejrůznější psychosociální problémy, stres, deprese a další obtíže, které působí negativně na psychický i fyzický stav seniora. Komunikace s ostatními pak může být provázena roztrpčením, nejistotou, úzkostí, stavy bezmocnosti nebo i zvýšenou agresivitou (Kalvach, Z. a kol., 2008; Moravcová, D., 2004).

U ztráty zraku i sluchu velmi záleží na době vzniku postižení. Čím později ke ztrátě dojde, tím méně jsou ovlivněny oblasti jako je kvalita řeči, abstraktní myšlení schopnost orientace ve známém prostředí, aj. Ztráta v pozdějším věku však s sebou nese převážně důsledky psychické a horší možnosti kompenzace (např. v důsledku špatné periferní inervace a s ní spojené oslabení jemné motoriky). Typické pro vyšší věk je také podceňování vlastních možností, tendence k pasivitě (spoléhání na pomoc rodiny či pečovatelů) a zachování stereotypů (Weiner, P., Rucká, R., 2006)

Správná diagnostika postižení a výběr vhodné kompenzační pomůcky, je pro seniora velkým přínosem, který vede k výraznému zkvalitnění jeho životních podmínek.

2.1. Poruchy zraku

Termínem zrakové vady či poruchy zraku označujeme nedostatky zrakové percepce různého rozsahu, stupně a etiologie. L. Květoňová-Švecová (2000) rozlišuje pět skupin poruch zraku, které se mohou vyskytovat také současně, a to ztrátu zrakové ostrosti, postižení šíře zorného pole, okulomotorické problémy, obtíže se zpracováním zrakových informací a poruchy barvocitu.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize, WHO)⁷ jsou zrakové vady děleny dle postižení zrakového analyzátoru:

- H00-H06 nemoci očního víčka, slzného ústrojí a očnice
- H10-H13 onemocnění spojivek
- H15-H22 nemoci sklery, rohovky, duhovky a řasnatého tělíska
- H25-H28 onemocnění čočky
- H30-H36 nemoci cévnatky - chorioidey a sítnice – retiny
- H40-H42 glaukom
- H43-H45 nemoci sklivce a očního bulbu
- H46-H48 nemoci zrakového nervu a zrakových drah
- H49-H52 poruchy očních svalů, binokulárního pohybu, akomodace a refrakce
- H53-H54 poruchy vidění a slepota
- H55-H59 jiné nemoci a oční adnex

Další kategorizace zrakových postižení se často řídí vizem, který představuje rozlišovací schopnost oka. Vyjadřuje se vyděleným zlomkem, kdy v čitateli je vzdálenost v metrech, z níž pacient čte a jmenovatel představuje číslo na optotypu (tabulka s různými velikostmi písma), pomocí kterých se vizus měří. Např. vizus 6/18 znamená, že to, co pacient vidí z 6 metrů by osoba bez zrakového postižení viděla z 18 metrů. Rozhodující je vizus na lépe vidícím oku. (Schindler, R., 1999).

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, je vizus větší než 6/18 je brán jako normální zrak. Zrakové postižení je v rozmezí vizu 6/18 až 6/60, vážné zrakové postižení při vizu 6/60 až 3/60 a vizus menší než 3/60 je již označován jako slepota. Slepotu můžeme ještě dále rozdělit na praktickou nevidomost (vizus 3/60 až 1/60, binokulární zorné pole v rozmezí 10-5%), skutečnou nevidomost (vizus 1/60 až světlocit, binokulární zorné pole menší než 5%) a plnou slepotu (světlocit s chybnou světelnou projekcí až ztráta světlocitu).

D. Finková, L. Ludíková a V. Stoklasová (2007) rozlišují čtyři kategorie osob

⁷ *Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize. Svazek 1. - Tabelární část* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_1-1-2012.pdf

se zrakovým postižením. Osoby nevidomé, osoby slabozraké, osoby se zbytky zraku a osoby s poruchami binokulárního vidění.

Zrakové postižení lze dělit i podle dalších kritérií, jako je doba vzniku (postižení vrozené či získané), etiologie (postižení orgánové nebo funkční), či délky trvání, kde rozlišujeme postižení akutní, chronické, ale i recidivující anebo přechodné či trvalé (Finková, D., 2011).

Mezi nejčastější **onemocnění zraku** v dětském věku patří retinopatie nedonošených (9,3% postižení zraku v období 0-5 let věku dítěte), následovaná nádorovými onemocněními (5,4%). Retinopatie nedonošených představuje různě závažné patologické změny na sítnici (odchlípení, zajizvení), které vznikají v důsledku oxygenoterapie předčasně narozených dětí v inkubátoru. Novotvary jsou zastoupeny zejména retinoblastomem (zhoubný nádor sítnice), gliomem (nádor orbitální části zrakového nervu) a nitrolebečním tumorem, který postihuje oblast zrakových drah (Květoňová-Švecová, L., 2000).

Dalším závažným onemocněním zraku je kortikální slepota. Tato centrální porucha není zapříčiněna poruchou stavby nebo funkce oka, ale poruchou mozku a jeho nervových drah.

Častými očními vadami nejen dětského věku jsou kongenitální glaukom (vrozený zvýšený nitrooční tlak), a vrozená katarakta (šedý zákal, s charakterem stacionární vady) či katarakta perinuclearis (vrozený šedý zákal s progredujícím vývojem). Objevují se také refrakční vady myopie, hypermetropie a astigmatismus - krátkozrakost, dalekozrakost a tzv. cylindrická oční vada - nesprávné zaostření světla na sítnici v důsledku toho, že rohovka nemá pravidelný kulovitý tvar (Schindler, R., 1999).

Dále se můžeme setkat s amblyopií (snížení zrakové ostrosti způsobené útlumem z nečinnosti oka), strabismem (šilhavost), nystagmem (nekontrolovatelný kmitavý pohyb očí), a monochromatismem či achromazií (částečná nebo úplná barvoslepost). Na zrak má negativní dopad také albinismus (nedostatek pigmentu v oku spojený často se snížením zrakové ostrosti a nystagmem). Mezi další onemocnění řadíme keratitidu (zánět rohovky) a uveitidu (onemocnění živnatky), či degenerativní onemocnění - degenerace makuly (žluté skvrny), pigmentová degenerace sítnice a atrofie zrakového nervu. Jak již bylo uvedeno, setkáváme se také s odchlípením retiny a dalšími

retinopatiemi. Jako poslední je třeba uvést mikroftalmus a anoftalmus – zmenšený, či zcela chybějící bulbus (Finková D., Ludíková, L., Stoklasová, V., 2007; Kraus, H. a kol, 1997; Květoňová-Švecová, L., 2000).

K výše uvedeným onemocněním je třeba přidat ještě také poškození zraku vzniklá nejrůznějšími úrazy. Mezi nejčastější patří úrazy dětí při neopatrné hře, automobilové nehody, úrazy při manipulaci s chemikáliemi, pyrotechnikou apod. (Květoňová-Švecová, L., 2000).

2.2. Specifika zrakových vad ve stáří

Mimo již uvedených onemocnění zraku, která mohou vznikat v dětském, ale i v dospělém věku, je několik dalších, jež jsou typická pro stáří. Stejně jako další orgány, i oko prochází v průběhu stárnutí fyziologickými změnami. Stárnutí oka (presbyopie) začíná již po 40. roce života člověka (Mühlpachr, P., 2004)

Po 65. roce se, spolu se zvýšením výskytu chronicko-degenerativních onemocnění všeobecně, zvyšuje také výskyt onemocnění oka - glaukom, makulární degenerace sítnice a katarakta, jsou těmi nejvýznamnějšími. Jak ukazuje tabulka (Tab. 5), období sedmého decenia života člověka s sebou nese významný nárůst vzniku těžkého zrakového postižení i rizika oslepnutí. Po 80. roce života je tento nárůst ještě významnější, v tomto období vzniká asi 40% všech těžkých zrakových postižení a stejné procento zabírají také úplné ztráty zraku.

Věk [roky]	Oslepnutí [%]	Těžké zrakové postižení [%]
0 - 9	2,5	1,6
10 - 19	0,6	0,5
20 - 29	2,4	2,1
30 - 39	2,1	2,0
40 - 49	3,4	2,7
50 - 59	3,7	4,6
60 - 69	9,4	8,2
70 - 79	23,3	30,1
80 - 89	39,2	40,2
90 a více	12,5	8,0

Tab. 5 – Věkové rozvrstvení oslepnutí a onemocnění zrakovým postižením (Anton, M., 2009, s. 34)

M. Anton (2009) uvádí, že na snížení vidění ve stáří má markantní vliv pokles vnímání jasu sítnic, na kterém se podílí i užší zornice a postupná ztráta průhlednosti čočky. Zraková ostrost zůstává dlouhou dobu zachována na relativně dobré úrovni. Starší lidé však mají i přes dostatečnou zrakovou ostrost problémy s viděním při nedostatečném osvětlení, což zapříčiňuje zákaly v optických prostředích a zejména čočce. Ty, spolu se sníženým vnímáním jasu sítnic vedou také k poruchám barevného vidění. Klesající podíl modré a fialové barvy vede k narušení vnímání modré a žluté a naopak zvýšená absorpce modré v sítnici vede k narušení vnímání bílé barvy (jeví se pak jako nažloutlá).

Ztráta kostní hmoty ve stáří ovlivňuje i vidění. V důsledku zvětšování očnice oko klesá níže a její okraje začnou omezovat zorné pole. Stejně tak zorné pole omezuje senilní ptóza a ochablost kůže horního víčka (Kraus, H. a kol., 1997).

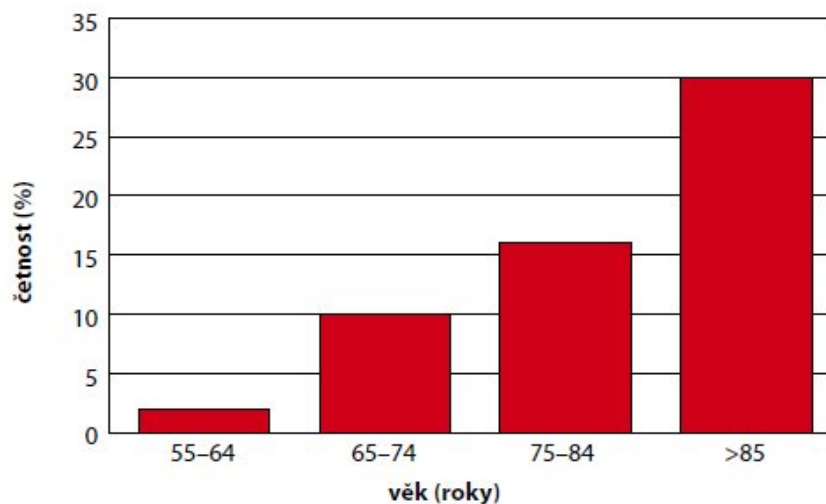
Pro stáří je také typické **ectropium a entropium očního víčka**. Ectropium značí vyvrácení či odchlípení očního víčka ve stáří, které vzniká v důsledku ochabnutí elasticity tkání. Okraj očního víčka pak nepřiléhá k bulbu, spojivky (víčková i bulbární) jsou drážděny a vzniká zde chronický zánět. Přerušení slzných cest vede také často k zánětům slzného vaku. Entropium značí naopak stočení víčka směrem dovnitř. Oko je neustále mechanicky drážděno řasami, což může vést až k jeho trvalému poškození (Kraus, H. a kol., 1997; Vokurka, M., Hugo, J., 2008).

Dalším, typickým seniorským, onemocněním zraku je **věkem podmíněná makulární degenerace**. Jedná se o onemocnění postihující sítnici, zejména pak oblast žluté skvrny (makuly). Je to progresivní onemocnění, spojené s pokročilým věkem, které může vést až k slepotě (Kraus, H. a kol. 1997).

V raných stádiích je věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD) snadno zaměnitelná s projevy přirozeného procesu stárnutí celého organismu. Věk je však pouze hlavním rizikovým faktorem rozvoje nemoci. Její projevy se výrazně zhoršují po 75. roce života a u seniorů nad 85 let již trpí VPMD každý třetí (viz. Graf 2).

Mezi faktory vzniku jsou uváděny i rodinné predispozice, působení prostředí a kouření, resp. jeho vliv na poškození cévnatky (až 2x vyšší riziko než u nekuřáků) a na kardiovaskulární systém, jehož poškození může také přispívat ke vzniku VPMD

(Knot, J., 2010). Významným faktorem je i tzv. oxidační stres a jiné poruchy oka (zejm. katarakta, světlá duhovka a onemocnění cévnatky).



Graf 2 – Výskyt VPMD v závislosti na věku (Anton, M. 2009)

Věkem podmíněná makulární degenerace se rozděluje podle projevů na dvě formy. Suchá forma je častější (asi 90% případů), méně častá, avšak závažnější je vlhká forma, která vzniká z formy suché a vede asi v 85% případů ke slepotě (Knot, J., 2010). Obě formy jsou charakteristické vznikem slepého místa uprostřed zorného pole (v oblasti žluté skvrny), liší se pouze mírou závažnosti.

Katarakta neboli šedý zákal může být buď vrozený (častěji), nebo získaný. **Získaná (senilní) katarakta** se vyskytuje převážně u seniorů po 60. roce života (Kovařík, Z., 2010). Projevuje se pozvolným zhoršením vidění, které je zapříčiněno zakalením čočky.

Katarakta je multifaktoriálním onemocněním. Mezi příčiny vzniku jsou řazeny kromě přirozeného stárnutí organismu také diabetes, kožní a kloubní onemocnění (např. artritida), zarděnky, toxoplazmóza, chronická oční onemocnění (glaukom, zánět živnatky, myopie, zánět duhovky, aj.) a dlouhodobé užívání kortikosteroidů (Kovařík, Z., 2010; Kraus, H. a kol., 1997). Projevuje se zhoršeným viděním, kdy postižený vidí zamlženě, nejasně, objevuje se také zvýšená citlivost na světlo, bledé barevné vidění, může narůstat krátkozrakost, aj.

Glaukom, nazývaný také zelený zákal, je chronické a progresivní onemocnění, které může mít více příčin i příznaků. Nevyskytuje se pouze v seniorském věku, ale je v tomto období jedním z nejčastějších onemocnění, vedoucích k poruchám zraku. E. Růžičková (2011) uvádí, že mezi nejvýznamnější faktory vzniku patří jednoznačně dědičné predispozice, dále vysoká myopie, diabetes, hyper- nebo naopak hypotenze a další. Mezi jeho projevy patří zejména zvýšený nitrooční tlak (nemusí se vyskytovat vždy), dále poškození zrakového nervu a zúžení zorného pole.

Diabetes, ať už typu 1 nebo 2, s sebou vždy nese riziko komplikací, a to i v oblasti zraku. Nejvýznamnějšími jsou pak katarakta, glaukom a diabetická retinopatie. **Diabetická retinopatie** není chorobou typickou pouze pro senium, ale její výskyt je v tomto období relativně vysoký. Najdeme ji v různém stupni závažnosti u asi 45% všech diabetiků a je nejčastější příčinou vzniku slepoty v dospělosti (McCarthy, A., 2011).

Diabetická retinopatie je onemocnění sítnice, způsobené změnami v jejím cévním zásobení. Dochází k poškození cév, v závažnějších případech až ke krvácení do sítnice. Zjizvení, které je následkem těchto změn může vést až k odchlípení sítnice a úplné slepotě (NEI, 2009 ⁸). Dalšími rizikovými faktory kromě diabetu jsou vysoký krevní tlak, zvýšená hladina cholesterolu a gravidita. Některé studie uvádí také vliv rasové příslušnosti (AOA, 2012 ⁹).

Onemocnění se projevuje zejména rozmazaným viděním, omezením zorného pole, černými nebo slepými místy v oblasti centrálního vidění, malými tečkami v zorném poli (což jsou částičky krve kolující po sítnici) a zhoršeným nočním viděním (AOA, 2012 ⁹; McCarthy, A., 2011).

Na zrak v období senia může mít také vliv **Parkinsonova choroba** - neurodegenerativní onemocnění CNS, které souvisí s úbytkem nervových buněk produkujících dopamin (přenašeč signálů mezi neurony). V důsledku toho nemocný

8 *Facts About Diabetic Retinopathy*. In: *National Eye Institute: National Institutes of Health* [online]. Dostupné z: <http://www.nei.nih.gov/health/diabetic/retinopathy.aspl>

9 *Diabetic retinopathy*. In: *American Optometric Association* [online]. Dostupné z: <http://www.aoa.org/diabetic-retinopathy.xml>

přestává kontrolovat a ovládat své pohyby, což ovlivňuje samozřejmě i motoriku očí. Postižena je zejména motilita oka, akomodace a pohyb víček. Zpomaluje se také mrkání, což vede k vysychání rohovky a následnému svědění a bolesti. Parkinsonova choroba se může projevit také onemocněním sítnice, a to snížením citlivosti na kontrast a poruchou barevného vidění (Nováková, M., 2011).

Dalšími komplikacemi mohou být dvojité vidění, ovlivnění zorného pole, nystagmus (vertikální nebo horizontální), snížená schopnost konvergence (a z toho plynoucí obtíže při čtení) a strabismus.

2.3. Poruchy sluchu

Sluch, jako jeden z nejdůležitějších smyslů, je základem pro komunikaci s okolím a navázání sociálních vztahů. Jeho oslabení může vést k deprivaci jak po stránce psychické, tak i sociální. Zdravý sluch rovněž napomáhá pro orientaci v prostoru. Vady sluchu zahrnují nedoslýchavost, hluchotu, ohluchlost, ušní šelesty a presbyakuzii.

Sluchové vady se dělí podle typu na periferní a centrální, což je postižení korového a podkorového systému sluchových drah. Periferní nedoslýchavost či hluchota může být převodního typu (přerušení vedení zvuku skrze zevní zvukovod a střední ucho), percepčního typu (porušení funkce vnitřního ucha, sluchového nervu nebo mozkové kůry) či smíšená (Horáková, R., 2012).

Pro dělení dle stupně sluchové vady je rozhodující ztráta sluchu v decibelech. Rozlišuje se nedoslýchavost a hluchota. Světová zdravotnická organizace (WHO ¹⁰) dělí sluchové vady dle stupně na lehkou nedoslýchavost (ztráta 25-40 dB), středně těžkou nedoslýchavost (ztráta 40-60 dB) a nedoslýchavost těžkou (ztráta 60-80 dB). Ztráta nad 80 dB je již charakterizována jako hluchota. Ta může být buď praktická (zbytky sluchu) nebo úplná (totální).

M. Lejska (2003) dělí sluchové vady vzhledem k vývoji řeči podle doby vzniku na vady sluchu u dětí a u dospělých. Vady a poruchy sluchu u dětí (před fixací řeči) mohou být buď vrozené (hereditární) - geneticky nebo kongenitálně podmíněné, nebo

10 *Report of the Informal Working Group On Prevention Of Deafness And Hearing Impairment Programme Planning. In World Health Organisation* [online]. Dostupné z: http://whqlibdoc.who.int/hq/1991/WHO_PDH_91.1.pdf

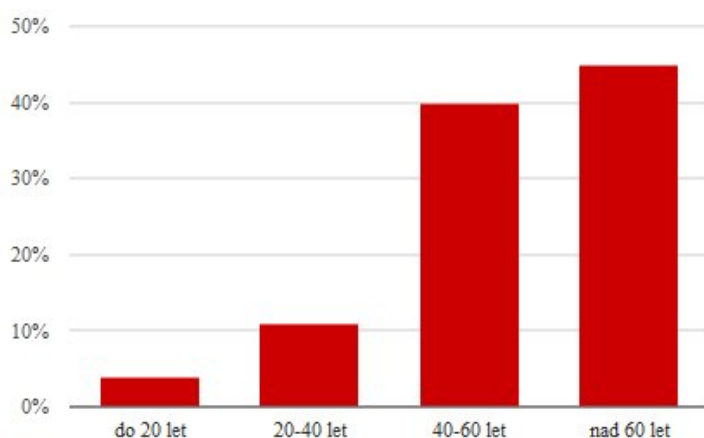
získané (postnatální) v důsledku infekčních chorob (zejm. virového původu), degenerativních onemocnění, traumat, onkologických onemocnění a jejich léčby, onemocnění horních cest dýchacích, či opakovaných a chronických zánětů ucha.

Vady a poruchy sluchu u dospělých (a větších dětí po fixaci řeči) mohou být buď vady převodní, mající důvod v poškození zvukovodu, bubínku, středoušních kůstek nebo středoušní dutiny, pouzdra labyrintu či Eustachovy trubice, a nebo vady senzorineurální (periferní), jako následek presbyakuzie (stařecké nedoslýchavosti), traumat, dlouhodobého působení hluku, působení toxinů, nádorů ucha, onemocnění vnitřního ucha, či onemocnění mozkových nervů, drah a sluchových center (např. v důsledku roztroušené sklerózy, Parkinsonovy choroby, epilepsie, aj.).

2.4. Specifika sluchových vad ve stáří

Ve stáří dochází často k poškození sluchu působením toxinů a změnami v cévním prokrvení. Hlavním důvodem poškození sluchu je však zhoršení funkce vláskových buněk Cortiho orgánu v kombinaci se zhoršením funkce centrálního sluchového analyzátoru (Vohlídková, M., 2009). Počet sluchových buněk s věkem klesá, sluchová ostrost se snižuje významněji po 40. roce života (viz. Graf 3). U seniorů nad 60 let se sluchové vady vyskytují téměř u každého druhého.

V důsledku poklesu počtu sluchových buněk vzniká stařecká nedoslýchavost - **presbyakuzie**. Nejprve jsou narušeny zvuky vyšších frekvencí (nad 2 kHz). Presbyakuzie je charakteristická zejména zhoršením porozumění řeči a to nejvíce v hlučném prostředí nebo při hovoru více osob najednou (Vohlídková M., 2009).



Graf 3 – Výskyt sluchových vad podle věku (Horáková R. in Mühlpachr P. (ed.), 2005)

Porucha sluchu v období sénia je však také často způsobena méně závažnými důvody, kdy vzniká nedoslýchavost převodní, na základě překážky v zevním zvukovodu. Typické jsou tzv. mazové zátky. V některých případech může docházet ke zúžení zvukovodu v následku ztenčování (atrofování) chrupavky, která zvukovod obklopuje (Reban, J., 2009).

Jak již bylo zmíněno, častou poruchou sluchu ve stáří je **tinnitus**. Ušní šelesty jsou 3. nejčastější symptom (po bolestech hlavy a závratích), který přivádí nemocného k lékaři. Objevují se asi u 10-15% populace, přičemž jejich výskyt rapidně narůstá okolo 60 let. Podle M. Novotného (2001) jimi trpí každý druhý senior. M. Vohlídková (2009) poukazuje také na častou kombinaci presbyakuzie a tinnitu a to až 50% případů.

Tinnitus je charakterizován jako sluchový vjem, pro který neexistuje vyvolávající podnět z vnějšího prostředí. Je to porucha sluchového vnímání vznikající uvnitř sluchového systému nebo odrážející dysfunkci jiných systémů. Typickými zvukovými projevy jsou zvonění, pískání, hučení, šumění, klepání, bzučení, syčení, bušení, skřípání, apod.

Mezi nejčastější příčiny patří toxické poškození ucha, záněty středního ucha, poruchy krevního oběhu, otoskleróza (degenerativní onemocnění postihující kostěný labyrint vnitřního ucha), nejrůznější procesy ve vnitřním uchu, ušní zátky, nádorová onemocnění, poranění ucha a Meniérova choroba (porucha prokrvení vnitřního ucha spojená s tinnitem a závratěmi). Dále, již méně často pak anémie, výkyvy krevního tlaku, ateroskleróza, změny na krční páteři, zvětšené mandle či lymfatické uzliny, přechod, odnětí vaječníků aj.

Šelesty se dělí podle typu na objektivní a subjektivní (Novotný, M., 2001). Objektivní šelesty se objevují asi v 1-2% případů. Vznikají ve sluchovém orgánu nebo jeho blízkosti a jsou lépe identifikovatelné, protože mohou být zaslechnuty druhou osobou. Dělí se na šelesty cévní, které vznikají na základě patologie cévního zásobení ucha nebo jeho okolí a šelesty svalové, často spojené se spasmy ve středoušních svalech. Subjektivní tinnitus je způsoben poruchou sluchového vnímání v kterékoliv části sluchového orgánu od kochleárního receptoru přes sluchové dráhy až po konečnou projekci v temporálním laloku. Je charakterizován jako nefyziologická percepce zvuků vnímaných pacientem nezávisle na vnějším zdroji.

Terapie tinnitu je závislá na jeho typu, od metod chirurgických (např. odstranění tumoru), přes léčbu konzervativní (potravinové doplňky, nejrůznější terapie, omezení hluku v okolí), až po nezbytnou psychosociální nebo psychiatrickou péči (Novotný, M., 2001). Užívá se též metoda TRT (tinnitus retraining therapy), která využívá kombinaci psychoterapie a terapie šumem, za využití sluchadel a tinnitus maskérů (překrývají nepříjemný zvuk jiným, lépe snesitelným).

Se seniorským věkem se pojí i zhoršení sluchu a zraku. Nejvyšší nárůst poruch zraku vedoucích k slepotě nebo těžkému zrakovému postižení je právě mezi 70. a 90. rokem života člověka a u sluchového postižení je tato hranice ještě nižší (sluch se začíná výrazně zhoršovat již po 40. roce věku). Mezi typické poruchy zraku ve stáří patří věkem podmíněná makulární degenerace. Nelze opomenout také vysoký výskyt katarakty, glaukomu a diabetické retinopatie. Poruchou sluchu typickou pro stáří je presbyakuzie - stařecká nedoslýchavost. V sénii je rovněž častý vysoký výskyt ušních šelestů - tinnitu.

3 KOMUNIKACE

3.1. Vymezení základních pojmů

Pojem **komunikace** pochází z latinského slova *communicatio*, vyjadřující spojování, sdělení, lze jej však chápat také ve významu přenos či *participace*. J. Dvořák (2001, s. 100) komunikaci definuje jako *“přenos různých informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů zejména prostřednictvím jazyka”*, tedy jako výměnu informací sloužících k dorozumívání. J. Klenková (2006, s. 25) uvádí, že jde o obecně lidskou schopnost *“užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů”*.

Komunikace je proces výměny informací, který se skládá ze čtyř navzájem se ovlivňujících prvků: komunikátora, (osoby sdělující), komunikanta (osoby přijímající), komuniké (obsahu sdělení) a komunikačního kanálu (formy, způsobu sdělení). Jde tedy o transakční proces, ve kterém se mohou účastníci se subjekty kdykoli stát jak mluvčím, tak posluchačem (Pokorná, A., 2010).

Řeč je jednou z forem komunikace. Je to *“specificky lidská schopnost sdělování informací a vzájemného interpersonálního dorozumívání”* (Kejklíčková, I., 2011, s. 15), které probíhá pomocí vědomého užívání jazyka. Řeč může mít několik forem, její nejčastější podobou je mluvená řeč, mluva, avšak sdělování informací probíhá také písemně, mimikou, posunky, neartikulovanými projevy apod. K. Vitásková a A. Peutelschmiedová (2005) doplňují, že řeč může být i vnitřní (myšlenky).

Od řeči je třeba odlišit pojem **jazyk**, jako soustavu *“zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy”*, schopnou *“vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastní vnitřní prožitky”* (Klenková, J., 2006, s. 27). Jazyk a řeč spolu tedy úzce souvisí.

Verbální komunikace je typickou pro člověka. I přesto, že jí získáváme jen asi 10% všech sdílených informací, stále je kvalitativně nejdůležitějším komunikačním kódem. Jako verbální komunikaci označujeme všechny komunikační procesy, které jsou realizovány za pomoci mluvené nebo psané řeči. Podle M. Lejsky (2003) můžeme verbální komunikaci dělit na složku expresivní - produkce řeči a složku receptivní - vnímání řeči.

Neverbální komunikace, jako fylogeneticky i ontogeneticky starší, v sobě zahrnuje veškeré ostatní prvky v řeči, kterými získáváme další informace. M. Valenta a O. Müller (2009) uvádí, že do neverbální komunikace patří projevy vokální (např. povzdechnutí), prozodické faktory řeči (melodie, tempo, síla hlasu, atd.), řeč těla (haptika, proxemika, gestika, aj.) a další faktory (např. neurovegetativní, fyziognomické atd.).

V řeči můžeme rozlišovat **jazykové roviny**, které v sobě zahrnují její jednotlivé složky. Rovina morfologicko-syntaktická představuje složku gramatickou - správné ohýbání slov, užívání všech slovních druhů, tvorba souvětí atd. Rovina lexikálně-sémantická se zabývá slovní zásobou a významem slov. Foneticko-fonologická rovina sleduje správnou výslovnost jednotlivých slov, ale i prozodické faktory řeči. Pragmatická rovina pak představuje rovinu sociální aplikace, uplatnění komunikační schopnosti a její sociální a psychologický význam (Lechta, V., 1990).

3.2. Narušená komunikační schopnost a logopedická intervence

V. Lechta (2011, s. 15) uvádí, že „*komunikační schopnost člověka považujeme za narušenou, působí-li některá jazyková rovina jeho projevů (příp. i několik rovin - simultánně či sukcesivně) rušivě se zřetelem k jeho komunikačnímu záměru.*” Může jít o kteroukoli jazykovou rovinu v řeči, ovšem za předpokladu, že účastníci komunikace užívají stejný kód (jazyk).

Pro klasifikaci **narušené komunikační schopnosti** se užívá Lechtova symptomatická klasifikace, která ji dělí do 10 základních kategorií:

1. vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie);
2. získaná orgánová nemluvnost (afázie);
3. získaná psychogenní nemluvnost (mutismus);
4. narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie);
5. narušení fluence řeči (tumultus sermonis, balbuties);
6. narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie);
7. narušení grafické stránky řeči;
8. symptomatické poruchy řeči;

9. poruchy hlasu;

10. kombinované vady a poruchy řeči (Llechta V., 2003).

Narušenou komunikační schopností se zabývá z hlediska jejích příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie a prevence, vědní obor interdisciplinárního charakteru - **logopedie**. Logoped se zabývá tzv. **logopedickou intervencí**, tj. specifickou aktivitou, jež uskutečňuje s cílem *“1. identifikovat, 2. eliminovat, zmírnit nebo alespoň překonat narušenou komunikační schopnost anebo 3. předejít tomuto narušení (zlepšit komunikační schopnost)”* (Llechta, V., 2011, s. 18). Tomu analogicky odpovídá logopedická diagnostika, terapie a prevence.

Cílem **logopedické diagnostiky** je stanovení diagnózy, tj. *“co nejpřesnější postihnouti narušené komunikační schopnosti jako východisko pro správný výběr a aplikaci intervenčních metod”* (Klenková, J., 2006, s. 57). Na jejím základě se tedy stanovuje logopedická prognóza.

Logopedická terapie může mít vzhledem k řečovým funkcím charakter stimulující, korigující, či redukcující. Formy terapie se odvíjí buď od počtu osob, které se jí účastní (individuální x skupinová) nebo od míry intenzity (intenzivní x intervalová). Cílem logopedické terapie u dospělých osob je *“rozvoj a maximalizace komunikačního potenciálu... a zachování dobré kvality sociálního kontaktu s okolím”* (Neubauer, K. in Škodová, E., Jedlička, I. a kol., 2003, s. 78).

Tak jako se prolíná logopedická diagnostika s terapií, může se s ní prolínat i **logopedická prevence**. V. Llechta (2011) uvádí, že v logopedii lze užít metody prevence primární (zaměřená na předcházení narušené komunikační schopnosti v rámci široké veřejnosti), sekundární (cílená na rizikovou skupinu) a terciární (zabraňuje dalšímu negativnímu vývoji již existující narušené komunikační schopnosti).

3.3. Logopedická péče u osob se zrakovým postižením a u seniorů

Narušená komunikační schopnost u **zrakově postižených** je dána především sníženými možnostmi odezírání správného řečového vzoru. Podle V. Llechty (2002) se na vývoji řeči podílí zrak asi ve 30%. Logopedická terapie je specifická omezenými možnostmi využití jinak běžných pomůcek, jako je např. logopedické zrcadlo. Klade vyšší nároky na přesný popis a vysvětlení jednotlivých postavení mluvidel a jejich

činnosti logopedem. Více se využívají hmatové pomůcky, jako jsou plastické modely mluvidel nebo reliéfní obrázky. Důraz je kladen také na sluchovou zpětnou vazbu - využití nahrávek, ale i zvukových hraček apod. Při procvičování správné výslovnosti je vhodné využívat též Braillova písma (Květoňová-Švecová, L., 2002).

Narušení koverbálního chování je možné předcházet pomocí důrazu na správný rozvoj mimiky pomocí her a příběhů. Dechová cvičení lze snadno propojit s využitím dechových nástrojů (např. zobcové flétny), kdy je současně poskytována dostatečná zpětná sluchová vazba a je rozvíjen také rytmus, jemná motorika a oromotorika.

V péči o **seniory** je třeba brát v potaz všechna specifika tohoto věku i případná přidružená onemocnění. Potřebná je i důsledná diagnostika poruch sluchu.

Důležitá je správná komunikace s klientem, přesné vysvětlení pokynů, podrobný popis narušení komunikační schopnosti a zdůvodnění všech postupů či motivace k práci. Rizikovým faktorem při pobytu v nemocnici či léčebně dlouhodobě nemocných je nepochopení narušené komunikační schopnosti personálem, kdy může být např. nezáměr o komunikaci vykládán jako fatická porucha (Kejklíčková, I., 2011).

Logopedická péče je součástí interdisciplinární péče. Úlohou logopeda je též komunikace s rodinou a případným ošetřujícím personálem a to zejména v oblasti pokynů pro terapii a zdůvodnění logopedické péče. Komplexní přístup a koordinace péče může být velkým přínosem ke zlepšení stavu seniora.

Mezi nejčastější důvody, přivádějící seniory do logopedické péče jsou afázie, dysartrie a poruchy polykání. Jednou z hlavních příčin, které k tomu vedou jsou cévní mozkové příhody. Dalšími klienty jsou jedinci s nejrůznějšími poruchami a onemocněními centrální nervové soustavy, mezi jejichž příznaky patří i narušení komunikační schopnosti, jako jsou demence, Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc, Pickova choroba, roztroušená mozkomíšní skleróza, epilepsie, schizofrenie, Landau-Kleffnerův syndrom, Huntingtonova chorea a další (Neubauer, K., Čecháčková M. in Škodová, E., Jedlička, I., 2003).

Afázie je ztráta již vybudovaných řečových schopností. Podstatu afázie vystihl Z. Cséfalvay, který uvádí, že jde o *“získané narušení komunikační schopnosti, týkající se poruch symbolických procesů, které vzniká při ložiskových poškozeních mozku, jako*

důsledek systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka” (Cséfalvay, Z. in Lechta, V., 2003, s. 203). Jedná se tedy o získané postižení. I. Kejklíčková (2011) uvádí, že ročně je afázií postiženo asi 0,25 - 0,5‰ celkové populace. Nejčastějšími příčinami vzniku afázie jsou cévní mozkové příhody (ischemie či hemoragie), které představují asi 80% všech případů, dále úrazy mozku (10% případů), mozkové tumory (7% případů), záněty mozku a mozkových blan (encefalitida, meningoencefalitida), intoxikace, atrofie mozku, hypoxie a nejružnější degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy (Klenková, J., 2006).

F. Koukolík (2012) dělí afázie na klasické, neklasické a zkřížené. Do afázií klasických řadí afázii Brocovu, Wernickeho, konduktivní, transkortikální a globální. Toto dělení, vycházející z Bostonské klasifikace, je založeno na diferenciaci afázie podle úrovně jednotlivých řečových modalit - pojmenování, fluence konverzační řeči, porozumění mluvené řeči a opakování.

Symptomy afázie se mohou různit a jen málokdy se dá daný typ afázie zcela jasně zařadit do klasifikace. Afázie bývá také často spojena s dalšími kortikálními poruchami (alexie, agrafie, akalkulie, apraxie). Mezi nejčastější symptomy patří parafázie - deformace slov, které mohou být různého typu a stupně. Parafázie se dále dělí na parafázie fonemické, žargonové a sémantické. Dalšími symptomy jsou parafrázie - snížená schopnost větného vyjádření, dále perseverace - ulpívání na tématu, logorhea - překotná mluva a anomie - porucha pojmenování. Častý je také výskyt neologismů a poruch rozumění (Čecháčková, M. in Škodová, E., Jedlička, I., 2003). I. Kejklíčková (2011) doplňuje mezi časté symptomy i echolalii - opakování mluvního projevu komunikačního partnera, plané frázování a stereotypii, mluvní automatismy (automatické naučená reakce, opakování téhož slova nebo fráze jako reakce na otázku či pokus o samostatný projev) a permanentní interupci - neustálé přerušování mluvního projevu.

M. Heroutová (In Klenková, J. a kol., 2007) uvádí, že terapie afázie probíhá na základě stadia, ve kterém se nachází (akutní, postakutní, chronická). Cílem nejružnějších přístupů k terapii je dosažení takové úrovně komunikace, která by byla využitelná v sociálním kontextu.

Dysartrie je *“porucha motorické realizace řeči jako celku vznikající při organickém poškození centrální nervové soustavy”* (Klenková, J., 2006). Je tedy narušena jak artikulace, tak respirace, fonace i prozodické faktory řeči. S dysartrií se často pojí poruchy polykání.

Poškození centrální nervové soustavy vedoucí k dysartrii může vznikat buď pre-, peri- či postnatálně. V dospělosti dysartrie vzniká zejména na základě poškození způsobeného cévními mozkovými příhodami, dále úrazy hlavy a tumory nebo infekcemi mozku. Nezanedbatelné jsou také působení degenerativních onemocnění, často doprovázených dysartrií, jako je Parkinsonova nemoc nebo roztroušená mozkomíšní skleróza (Neubauer, K. in Škodová, E., Jedlička, I., 2003).

Podle místa poškození centrální nervové soustavy lze **získanou dysartrii** dělit na dysartrii flacidní (periferní), dysartrii spastickou (centrální), dysartrii ataktickou (cerebelární), dysartrii hypokinetickou a hyperkinetickou (extrapyramidovou) a dysartrii smíšenou (Neubauer, K. in Lecha, V. a kol., 2011).

Cílem terapie dysartrie je maximalizace komunikačních schopností klienta a zachování dobré kvality jeho sociálního života. Terapie dysartrie u dospělých klientů se liší od terapeutických postupů užívaných u dětí. Důležitá je zejména maximálně intenzivní terapie v prvních měsících po vzniku narušení komunikační schopnosti. Terapie je zaměřena na všechny komponenty mluvené řeči (artikulace, fonace, respirace, rezonance, prozódie), ale i neverbální komunikaci.

Porucha polykání neboli **dysfagie** může vzniknout v různých obdobích života. Nejvíce se vyskytuje u seniorů a u dětí s vrozeným neurologickým postižením (Roubíčková, J., 2012). I. Kejkličková (2011) uvádí, že dysfagií trpí až 45% seniorů nad 75 let.

Dysfagie se projevuje nejrůznějšími příznaky, mezi které patří např. potíže s manipulací se soustem v ústech, vypadávání jídla z úst, bolestivé polykání (odynofagie), nadměrná salivace, dávení a další. Úplná neschopnost polykání se nazývá afagie. Nejzávažnější komplikací je jednoznačně aspirace potravy, která může vést k zánětům dolních cest dýchacích (tzv. aspirační pneumonie) a v nejhorším případě až ke smrti (Kaulfussová, J. in Škodová, E., Jedlička, I., 2003). Dalšími důsledky mohou být dehydratace, nepřibývání či úbytek na váze či celkové oslabení organismu

vedoucí k větší náchylnosti k chorobám (Tedla, M. a kol., 2009).

Příčiny dysfagie jsou různorodé. Nejčastější příčinou jsou cévní mozkové příhody. M. Merchant a W. Clancy (2010) uvádějí, že dysfagií trpí asi 42-60% pacientů po CMP, avšak u 75% z nich narušení vymizí do tří měsíců od vzniku. Mezi další příčiny patří rovněž syndrom demence a další degenerativní neurologická onemocnění, tumory v oblasti hlavy a krku, úrazy, záněty a další (Kaulfussová, J. in Škodová, E., Jedlička, I., 2003; Tedla, M. a kol., 2009).

Hlavním cílem terapie a rehabilitace dysfagie je docílení stavu, kdy se polykací akt stane zautomatizovaným, bezpečným a dostatečným (Tedla, M. a kol., 2009). Terapie probíhá na interdisciplinární úrovni, součástí týmu odborníků může být kromě klinického logopeda také otorhinolaryngolog, foniatr, nutriční specialista, fyzioterapeut a další (Roubíčková, J., 2012).

3.4. Logoped jako součást týmu komplexní péče

V rámci své praxe se logoped setkává a spolupracuje s řadou dalších odborníků. Kromě lékařů a zdravotníků jsou to i psychologové, sociální pracovníci, pedagogové, terapeuti a další.

Z **oblasti medicíny** by spolupráce měla být nejaktivnější s foniatrií, otorinolaryngologií, neurologií, stomatologií, psychiatrií, plastickou chirurgií a dalšími odbornými lékaři, ale i praktiky. Logoped přitom nemusí pouze navazovat na práci lékařů, ale často je tím prvním, kdo upozorní na případné onemocnění. Narušení komunikační schopnosti totiž může být prvním symptomem či indikátorem onemocnění, jehož včasný záchyt umožní lékařskou intervenci (Lechta, V. in Škodová, E., Jedlička, I. a kol., 2003).

Velmi úzká je rovněž spolupráce s **fyzioterapeuty** a **rehabilitačními pracovníky**. Mnoho metod užívaných ve fyzioterapii je možno současně využít i v logopedické terapii. Mezi nejznámější patří např. Vojtova metoda, Bobath koncept, Synergetická reflexní terapie a další (Býtešnicková, I. in Klenková, J. a kol., 2007). Práce fyzioterapeuta a logopeda by tedy měly být v tomto ohledu propojeny ve vzájemné korelaci.

Spolupráce s **psychology** je vzájemně oboustranně propojena. Logoped získává od psychologa potřebné informace o psychickém stavu klienta a současně se spolupodílí

na jeho pozorování. Se **sociálními pracovníky** konzultuje možnosti péče a jejího zajištění jak v domácím prostředí, tak v nejrůznějších zařízeních.

Dalšími odborníky, kteří jsou součástí péče o klienta, jsou nejrůznější terapeuti. Zvláště v zařízeních jsou součástí komplexní péče také terapie. Mezi nejčastěji užívané patří ergoterapie, muzikoterapie, arteterapie, aromaterapie, jednotlivé animoterapie a další. **Ergoterapie** prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných činností, s cílem maximalizovat soběstačnost klienta (Rod, M., 2008). Zachování dobré kvality interakce s okolím a soběstačnosti klienta je též cílem logopedické terapie. Logoped ve shodě s ergoterapeuty pracuje na nácviku úspěšné komunikace v běžných denních situacích, jako je např. návštěva obchodu či telefonování.

Muzikoterapie je oborem, který lze v logopedické péči využít v mnoha případech. Terapeutické účinky zvuku a hudby mají své oprávněné místo v oblasti celé speciální pedagogiky (Lipský, M., 2002). Nicméně v logopedii je muzikoterapie využívána často u poruch fluence řeči, ale i při terapii dysartrie, afázie a dalších. Vliv na zlepšení komunikačních schopností má především pravidelné dýchání a rytmizace (Pokorná, P., 1982). Důležitá je však také výbavnost textů písní.

Animoterapie a především nejvíce praktikovaná canisterapie mohou být v logopedii využity zejména při rozšiřování slovní zásoby, nácviku správné výslovnosti či terapii poruch fluence řeči (Bajtlerová, I., 2008).

Komunikace značí v širším slova smyslu přenos informací. Jednou z jejích forem je řeč. Komunikace může být slovní (verbální) nebo neverbální, kam řadíme projevy vokální, prozodické faktory řeči, řeč těla apod. Narušenou komunikační schopností se zabývá vědní obor interdisciplinárního charakteru - logopedie. Logoped se zabývá tzv. logopedickou intervencí, jež v sobě zahrnuje logopedickou diagnostiku, terapii a prevenci. Při práci s osobami se zrakovým postižením nebo se seniory musí brát ohled na jejich specifika. Logopedická intervence u seniorů se nejčastěji věnuje problematice dysartrie, afázie a dysfagie.

4 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE U SENIORŮ S TĚŽKÝM ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

4.1. Východiska, cíle a metodologie výzkumu

Výzkumná část práce je zaměřena na analýzu logopedické péče u seniorů se těžkým zrakovým postižením. Toto téma bylo vybráno zejména pro svou specifickou a relativně úzký záběr, vedoucí k potřebě spojit jak specifika logopedické intervence jak u seniorů, tak u osob se zrakovým postižením. Vzhledem ke stárnutí obyvatelstva se stává otázka logopedické péče o seniory stále aktuálnější.

V současné době se na speciální komplexní péči o seniory se zrakovým postižením zaměřují dvě zařízení v republice, přičemž právě v jednom z nich výzkum probíhal. Nicméně lze s jistotou říci, že vzhledem k vysokému procentu seniorů, kteří mají zrakové postižení různého stupně, pobývají tito senioři také v jiných, běžných zařízeních pro seniory a v léčebnách či ošetrovnách pro dlouhodobě nemocné.

Hlavním cílem výzkumu je stanovení specifík logopedické intervence u seniorů se zrakovým postižením, u nichž došlo k narušení komunikační schopnosti v důsledku demence, cévních mozkových příhod či jiného poškození mozku. **Dílčími cíli** jsou:

- analýza organizace logopedické intervence v daném zařízení;
- zjištění, jak logoped při intervenci spolupracuje s dalšími pracovníky;
- analýza druhů narušené komunikační schopnosti, se kterými se logoped v zařízení setkává;
- analýza pomůcek a metod, které logoped pracující se seniory se zrakovým postižením při své práci používá;
- určení, jak narušená komunikační schopnost klientů působí na kvalitu jejich sociálního kontaktu s okolím;
- zjištění, jakým způsobem klienti reagují na logopedickou terapii a zda plně rozumí jejímu vlivu na zlepšení kontaktů s okolím.

Vzhledem k cílům a zamýšleným výstupům má práce charakter **kvalitativního výzkumu**, který je zpracován procedurou monografickou za pomoci metody **kazuistiky**. V průběhu výzkumu byly použity techniky polostrukturovaného **rozhovoru**, aktivního **pozorování** a **analýzy dokumentů**. V diagnostice, kterou prováděl klinický logoped, a jejíž výsledky byly do práce použity, byly využívány též testy pro screening afázie a určení dysartrického profilu (viz. Příloha 1).

K realizaci výzkumného šetření byla stanovena následující výzkumná tvrzení, která budou následně verifikována či falzifikována.

- V logopedické intervenci respondentů jsou v důsledku jejich zrakového postižení využívány specifické postupy.
- V procesu logopedické intervence respondentů logoped spolupracuje s dalšími odborníky, terapeuty a pracovníky Domova.
- Narušená komunikační schopnost respondentů působí na kvalitu jejich sociálního kontaktu s okolím.
- Respondenti se aktivně účastní logopedické terapie a chápou její přínos ke zlepšení kontaktu s okolím.

Časový harmonogram práce:

- Studium literatury, zpracování teoretické části (září 2011 - březen 2012).
- Výběr respondentů, pozorování, rozhovory, analýza dokumentů, diagnostika (říjen 2011 - leden 2012).
- Zpracování kazuistik a praktické části (únor - březen 2012).
- Interpretace výsledků, kompletace textu práce (březen - duben 2012).

Výzkumné šetření probíhalo od října 2011. Veškeré použité údaje jsou tedy založeny na půlročním pozorování, rozhovory s klienty a klinickým logopedem i dalšími pracovníky Domova. Byla provedena analýza činnosti logopeda v dlouhodobém horizontu (analýza dokumentů zpětně do roku 2009). Probíhala aktivní spolupráce s klinickým logopedem při intervenci u klientů, včetně možnosti pozorování diagnostické činnosti i samostatné terapie u jednotlivých respondentů.

4.2. Charakteristika místa šetření

Domov, ve kterém probíhalo výzkumné šetření je jedním ze dvou domovů pro seniory se zrakovým postižením v České republice. Posláním Domova je poskytování komplexní péče osobám se zrakovým postižením, udržení jejich plnohodnotného života a zvyšování jejich soběstačnosti s důrazem na individuální přístup. V Domově jsou služby určeny klientům se zrakovým postižením, kteří pro snížení soběstačnosti v základních životních úkonech (např. v osobní péči, v orientaci, v péči o domácnost) nemohou či nechtějí žít ve svých domovech. Současná kapacita Domova je 128 míst (kapacita byla dočasně snížena o 10 míst z důvodu plánované rekonstrukce).

Svým klientům nabízí základní služby ubytovací, stravovací a ošetrovatelské. Dále je k dispozici ordinace praktického lékaře. Další specialisté (oční lékař, psychiatr, neurolog, zubní lékař, diabetolog, ortoped, rehabilitační lékař) dochází do Domova na pravidelné konzultace. Ve spolupráci s lékaři je v Domově prováděna také rehabilitační péče.

Klienti mohou využívat také služby sociálních pracovníků. Aktivizační pracovníci zajišťují pestrou nabídku aktivit v rámci Domova i mimo něj. Externě jsou klientům k dispozici služby kadeřnice, pedikérky a maséra. Domov má také širokou nabídku terapeutických služeb, které zajišťuje rovněž tým aktivizačních pracovníků, ve spolupráci s externisty.

Pracovní terapie, jejíž cílem je aktivizovat klienty a vzbudit zájem o profesi (řemeslo), kterou dosud nedělali nebo naopak kterou dělávali rádi před léty, nabízí množství tvořivých činností - keramickou dílnu, vyšívání, batikování, výrobu svíček, pletení košíků, kroužek vaření, práci s papírem, látkou a další. Na ergoterapii navazuje a úzce s ní souvisí, také arteterapeutická skupina, která si klade za cíl zvýšení sebevědomí a možnosti sebevyjádření.

Součástí komplexní terapeutické péče je rovněž, s ohledem na zrakový handicap, pravidelné čtení z novin a časopisů či beletrie. Pro nově přichozí klienty je k dispozici adaptační skupina, ve které se vzájemně seznamují, dostávají informace o chodu Domova a adaptují se na novou situaci.

Muzikoterapie a hudba obecně, mající pro osoby se zrakovým postižením velký význam, je zastoupena jednak poslechem reprodukované hudby, častými hudebními programy (živá hudba, návštěvy koncertů), ale i muzikoterapeutickými skupinami, zaměřenými na udržení a zlepšování kognitivních funkcí zejména u osob s organickým poškozením mozku. S hudbou spojené jsou také pravidelné taneční terapie, případně i rekondiční cvičení. Obě terapie jsou uzpůsobeny možnostem klientů.

S pamětí a vzpomínáním pracuje reminiscenční terapie a trénování paměti jako samostatná terapie. K navození psychické i fyzické pohody je klienty využívána aromaterapie a také pravidelné návštěvy canisterapeutů.

Klientům, ale i jejich rodinám, je poskytována péče psychologická, zajišťovaná dvěma psycholožkami. Náplní jejich práce je především krizová intervence, individuální podpůrná psychoterapeutická péče o klienty v adaptační fázi po přijetí do domova a o klienty v obzvláště obtížných životních situacích.

Logopedická péče je poskytována zejména klientům po cévních mozkových příhodách či jiných organických poškozeních mozku. Péči zajišťuje logoped s cílem maximalizace řečového potenciálu a zachování dobré kvality sociálních kontaktů. Logoped využívá také prvky alternativní a augmentativní komunikace u klientů, jejichž smyslové postižení je duální.

Cílem všech poskytovaných služeb je podpora, rozvoj a zachování soběstačnosti klientů Domova, zajištění důstojného prostředí a zacházení, pomoc v udržování vztahů klientů s jejich původním prostředím a u přechodných pobytů klientů návrat do domácího prostředí a původnímu způsobu života.

Domov v současné době postupně přechází na metodiku práce s klienty podle Psychobiografického modelu podle profesora Böhma, což je *“koncept péče o osobu se symptomy demence, změnami způsobu chování nebo sníženou schopností orientace”* (Erwin Böhm Institut, 2012). Jeho součástí je zpracování podrobného životního příběhu klienta, se kterým se dále pracuje při každodenní péči. Pracovníci tak mají možnost přizpůsobit své činnosti zájmům a zálibám klienta, ale také pochopit jeho chování v konkrétních případech a brát na ně ohled.

4.3. Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumným vzorkem se stali klienti Domova, kteří jsou v péči logopeda, pracujícího v tomto zařízení. Podrobná kazuistika byla zpracována (na základě analýzy dokumentace a rozhovorů s klienty i spolupracujícími odborníky) u čtyř klientů. Celkový počet klientů, kteří v době vzniku práce využívali logopedickou péči, je 10, ve věkovém rozmezí 45 až 94 let.

Kazuistika č. 1

Pan F.

Věk: 58,5 let

Diagnóza: slepota v důsledku retinopatie, centrální levostranná hemiparéza s narušením motoriky a řeči, epilepsie

Pan F. byl vybrán jako zástupce z řad mladších seniorů. Jedná se o sympatického klienta s velkým smyslem pro humor a zálibou v neškodné provokaci. Sám rád navazuje rozhovor, oblíbenými tématy jsou hlavně politika, cestování a psi.

Narodil se v roce 1953 jako o něco mladší z dvojčat, z druhého těhotenství matky. Kromě sestry - dvojčete, má ještě dva bratry - mladšího a staršího, který žije v zahraničí. Rodiče jsou již po smrti, v rodině se nevyskytovala žádná vážná onemocnění. Pan F. je svobodný, žil s partnerkou a byl též aktivním sportovcem - jako mladý hrával fotbal. Vzdělání má střední odborné (vyučen), řadu let pracoval jako poštovní doručovatel. Klient je kuřák, před nástupem do Domova uvádí až 20 cigaret denně, nyní je spotřeba snížena na asi 6 denně.

V dětství pan F. trpěl chronickým zánětem spojivek, který vedl až k oslabení zraku. To bylo korigováno brýlemi. Závažnějším se však zrakové postižení stalo až v jeho 53 letech, kdy došlo k náhlému odtržení sítnice. I přes řadu vyšetření lékaři nezjistili příčinu, dávali ji však do souvislosti s kolísavým krevním tlakem. V té době ještě stále klient bydlel sám. V roce 2008 však přišly další zdravotní komplikace. Pan F. prodělal vážnou operaci mozku z důvodu mnohočetné nezhoubné meningeomatozy mozkových plen, která se prvně projevila jako epilepsie. V důsledku poškození mozku po operaci v kombinaci s vysokým krevním tlakem došlo k cévní mozkové příhodě, která měla za následek centrální levostrannou hemiparézu s narušením motoriky a řeči.

Po této příhodě bydlel pan F. rok u své sestry, která se o něj starala. Kvůli narušení motoriky byl velmi málo mobilní, pohyboval se po bytě s pomocí přidržování se nábytku. Komunikace s okolím byla ztížená, artikulace setřelá, objevovaly se neplynulosti, sám klient pozoroval i zhoršení výbavnosti jmen a slov. Do Domova nastoupil v říjnu 2009, kdy začala probíhat rehabilitace.

V současné době klient chodí velmi krátkou vzdálenost s chodítkem, na delší vzdálenosti již používá invalidní vozík. Zrakové postižení je v pásmu praktické slepoty (levé oko úplná nevidomost, pravé oko v pásmu velmi těžké slabozrakosti), rozpoznává světlo a tmu, vidí hrubé obrysy jako stíny. Sluch není poškozen. Klient používá inkontinenční pomůcky. Přiznán byl III. stupeň příspěvku na péči (těžká závislost). V medikaci lze najít léky na epilepsii, dále léky snižující cholesterol a léky proti bolesti.

V rámci Domova se pan F. účastní několika různých aktivit. Kromě již zmíněné rehabilitace dochází také na tréninky paměti, cvičení na stacionárním kole a oblíbenou arteterapii - keramiku. V pokoji si pěstuje několik květin, o které se s pomocí klíčové pracovnice stará. Kromě uvedených aktivit klient opouští pokoj pouze ve chvíli, kdy je odvezen na kuřárnu v přízemí Domova. O návštěvy zahrady příliš nestojí.

Kazuistika č. 2

Pan V.

Věk: 75,5 let

Diagnóza: levostranná hemiplegie a hluchota, porucha řeči a slepota jako následek subokcipitální kraniotomie

Pan V. zastupuje střední věkovou skupinu seniorů. Je to sympatický klient, který si rád popovídá i přesto, že většinu času preferuje samotu. Rád je soběstačný a nezávislý na pomoci okolí. V Domově je již 39. rokem. Oblíbenými tématy rozhovoru jsou zejména sporty - hokej a fotbal, auta a motorky, zajímá se také o současné dění v republice.

Narodil se v roce 1936, má starší sestru. Rodiče jsou již po smrti, v rodině se nevyskytovala žádná vážná onemocnění. Pan V. je svobodný, před ztrátou zraku žil s partnerkou. Býval aktivním sportovcem - členem organizace Sokol, hrával také fotbal.

Vzdělání má střední odborné, je vyučen. Pracoval jako skladník u ČSAD, v minulosti kouřil.

Ve svých 36 letech prodělal operaci mozku - subokcipitální kraniotomii s podezřením na tumor. Ten se však nepotvrdil a byla pouze odstraněna mozečková malárie. Operace měla za následek levostrannou hemiplegii a hluchotu, poruchu řeči a následně i ztrátu zraku. Pan V. je v současnosti prakticky nevidomý, zachován je pouze světlocit. Po rehabilitaci je schopen chodit s oporou hole. V posledních letech klient často trpí závratěmi, nauzeou či malátností. V anamnéze se také objevili pády spojené s úderem do hlavy. Opakovaně se u něj též vyskytují urologické problémy. Letos v lednu si klient zlomil klíční kost a byl delší dobu zcela upoután na lůžko. V současnosti se již opět snaží rehabilitovat a chodit na krátké vzdálenosti. V důsledku ztráty soběstačnosti a bolesti se u něj objevilo depresivní ladění.

Klient často odmítá lékařské úkony, jako je návštěva specializovaného zařízení mimo Domov, očkování, ale i léky. Přiznán byl II. stupeň příspěvku na péči (středně těžká závislost). V medikaci lze nalézt léky zlepšující funkce mozku, léky proti bolesti a na léčbu hypertenze.

V Domově je pan V. od roku 1973, již od nástupu měl omezené zájmy a kontakty. Rád poslouchal rádio, chodil se projít po zahradě, ale nikdy se neúčastnil aktivit pořádaných Domovem. Komunikoval se sestrou a kamarády, kteří za ním chodili, ale již bohužel v důsledku zdravotního stavu nemohou. Se sestrou si píše dopisy. Další kontakt byl se spolubydlícím, se kterým bydlel od svého nástupu, ale který je již bohužel po smrti, s novými spolubydlícími příliš nekomunikoval. V současné době tak komunikuje převážně pouze s personálem.

U klienta probíhá psychologická péče z důvodu depresivního ladění a kognitivní poruchy, zejména pak narušení krátkodobé paměti.

Kazuistika č. 3

Paní B.

Věk: 85 let

Diagnóza: srdeční choroba, porucha zraku na základě ischemické choroby, porucha sluchu, třes, pravostranná hemiparéza, porucha polykání a řeči po CMP

Paní B. je již věkově ve skupině velmi starých seniorů, jichž je ale v Domově velmi velký počet. Logopedická péče u ní probíhá od ledna tohoto roku, byla zahájena až po vzniku problémů. Jedná se o na svůj věk a zdravotní problémy vitální klientku s velkým smyslem pro humor.

Narodila se v roce 1927, jako nejmladší ze 4 sester. Rodiče jsou již dlouhou dobu po smrti, sestry jsou ve velmi pokročilém věku. Paní B. je svobodná a bezdětná. V mládí absolvovala Obchodní akademii a po celý život pracovala jako bankovní úřednice. Je nekuřačka.

Celý život má klientka vážné problémy se srdcem, které vyústily v roce 2011 pobytem v Ošetrovně dlouhodobě nemocných a následnou nutností nástupu do Domova v říjnu 2011. V té době klientka používala chodítko, špatně slyšela (používala sluchadlo) a její vizus byl roven praktické slepotě. Paní B. vidí rozmazané obrysy a skvrny v zorném poli. Klientka má voperován kardiostimulátor. Při přijetí do Domova klientka neměla žádné problémy v komunikaci, pouze v důsledku stáří zaznamenala zhoršení výbavnosti jmen a slov.

Na konci prosince loňského roku klientka prodělala ischemickou cévní mozkovou příhodu, která měla za následek pravostrannou hemiparézu a zhoršení již existujícího třesu rukou. Poté si klientka stěžovala také na sníženou chuť k jídlu a bolestivé polykání. Od ledna byla zahájena logopedická péče a podpůrná strava v podobě Nutridrinků (do března 2012, 1x denně). V březnu klientka prodělala další cévní mozkovou příhodu, při které se vyskytly vaskulární ischemické léze stranově alternující CMP v prosinci.

Paní B. má přiznán III. stupeň příspěvku na péči (těžká závislost). V medikaci nalezneme řadu léků na poruchy srdce, štítné žlázy, trávicího ústrojí, dále antidepresiva a uklidňující léky a další.

U klientky v současné době mimo logopedické péče probíhá také péče fyzioterapeutická. Klientka nyní ujde pár kroků s oporou, přesune se z postele na vozík. Dále probíhá také aromaterapie a psychologická péče. Jiných aktivit se klientka neúčastní.

Kazuistika č. 4

Paní V.

Věk: 83 let

Diagnóza: diabetická retinopatie, opakovaná ischemická CMP, chronická bolest, vaskulární demence, deprese, expresivní fatická porucha

Paní V. zastupuje velmi početnou skupinu obyvatel domova, jež se věkově blíží k hranici velmi starých seniorů. Jedná se o klientku, která vyhledává sociální kontakt, ráda si povídá se spolubydlícími i pracovníky Domova. Často si nechává číst z časopisů, zajímá se o ruční práce a ráda zpívá.

Narodila se v červnu roku 1928, rodinná anamnéza není nijak významná. Klientka je vdova, syn ji chodí navštěvovat. Vzdělání má paní V. základní, pracovala jako dělnice. Klientka v minulosti kouřila, nyní abstinuje, ale v důsledku kouření se občas zadýchává.

Paní V. je diabetička. Diabetická retinopatie je také příčinou poškození zraku. V současné době se vizus pohybuje na spodní hranici těžké slabozrakosti, klientka vidí rozmazaně, v zorném poli se objevují skvrnky.

V roce 2007 prodělala ischemickou cévní mozkovou příhodu, která vedla ke zhoršení zdravotního stavu a umístění do léčebny dlouhodobě nemocných. V léčebně byla rok, až do nástupu do Domova, v prosinci 2008. Zdravotní stav klientky se vyznačuje střídavými obdobími (asi v půlročních intervalech), v nichž se zhoršuje a zlepšuje její zdravotní stav.

Dlouhodobě klientka trpí výraznými bolestmi zad, které jsou korigovány opioidními analgetiky v podobě náplastí. Klientka z tohoto důvodu také navštěvuje Centrum bolesti. V březnu 2011 byla klientka hospitalizována na ortopedii pro luxaci kyčelního kloubu. V současné době chodí s chodítkem, ujde i delší vzdálenost, nezvládá však chůzi po schodech.

Poslední zhoršení fyzického i psychického stavu bylo zaznamenáno letos v únoru. Klientka byla dezorientovaná, komunikace byla ještě více zhoršená oproti normálu, cítila fyzickou slabost.

Klientka je též dlouhodobě v psychologické a psychiatrické péči. V různých intervalech a závažnosti se u ní projevují bludy, halucinace, dezorientovanost

a nespavost. Byla diagnostikována deprese na hranici lehkého až středně těžkého stupně. Zhoršena je též paměť a to ve všech složkách, zejména pak výbavnost jmen a slov. Jako diagnóza byla stanovena vaskulární demence.

Paní V. má přidělen IV. stupeň příspěvku na péči (úplná závislost). V medikaci nalezneme léky na nespavost, diabetes, léky proti bolesti, antidepresiva a léky upravující výši krevního tlaku.

Kromě psychologické péče, která probíhá od listopadu 2009, probíhá u paní V. také fyzioterapie a aromaterapie. Jiných aktivit se klientka neúčastní. Ve volném čase si ráda povídá se spolubydlící nebo se prochází po chodbě - sama má snahu zlepšit chůzi tréninkem. Za příznivého počasí uvítá vycházku v zahradě Domova.

4.4. Vlastní šetření

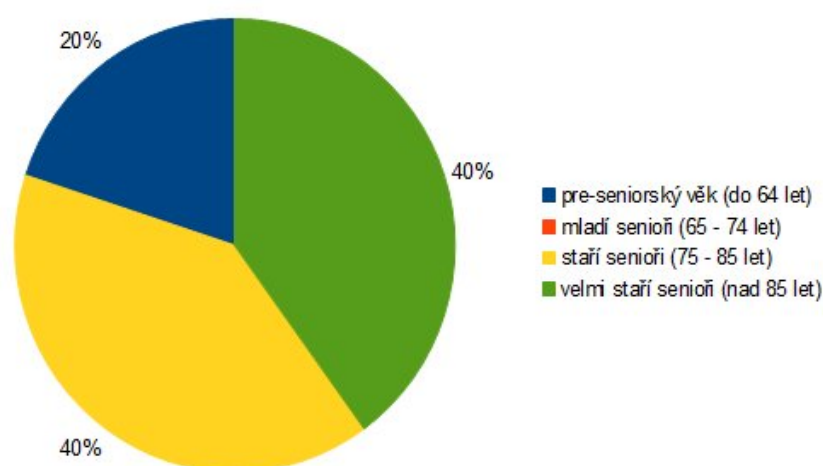
Vlastní šetření probíhalo od října 2011 do dubna tohoto roku. Následující text byl formulován na základě pozorování, rozhovorů s klienty a dalšími pracovníky, analýzy dokumentů (lékařských zpráv, tvorby klientů, aj.) a záznamů z logopedické intervence.

Organizace logopedické péče v Domově

V Domově působí logoped tři dny v týdnu, rovnoměrně rozložené do celého týdne. Mimo logopedické péče vede též spolu s kolegyní dvakrát do týdne hodinovou skupinu muzikoterapie. K dispozici má samostatnou pracovnu s dostatečným prostorem pro pohodlný pohyb invalidního vozíku, psacím stolem a počítač s černobílou tiskárnou. Pracovna je vybavena také základní logopedickou literaturou a pomůckami. V sousedící pracovně psycholožek je k dispozici čtecí lupa a CD přehrávač. V místnosti muzikoterapie využívá klavíru a dalších pomůcek, zejména Orffových nástrojů.

Logoped je zařazen do pracovního úseku ředitele, účastní se pravidelných ranních porad vedení dvakrát týdně, manažerských supervizí a je k dispozici i na poradách klíčových pracovníků na jednotlivých úsecích. Porady klíčových pracovníků jsou určeny zejména k zodpovězení dotazů z řad pracovníků a dále k upozornění na potenciální potřebu logopedické péče u dalších klientů. Úzce pak logoped spolupracuje zejména s psycholožkami, vedoucími jednotlivých úseků a klíčovými pracovníky klientů, které má v péči.

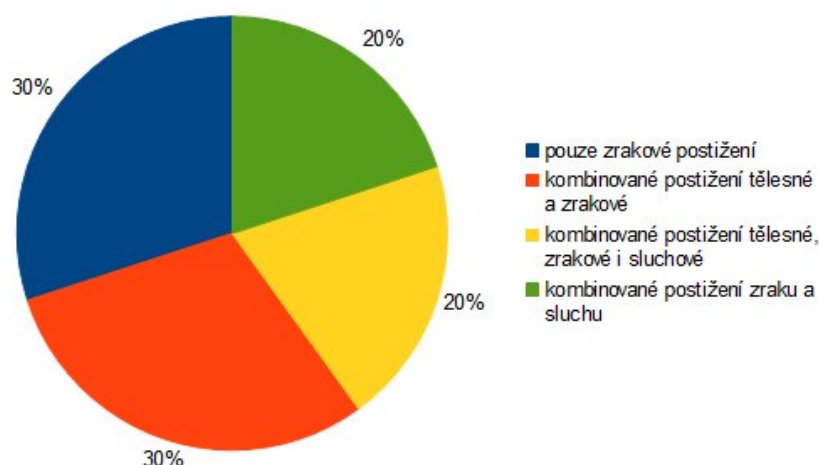
Jak již bylo uvedeno, logoped měl v průběhu výzkumného šetření v péči celkem deset klientů. Věkové rozložení klientů je znázorněno graficky v Grafu 4. Nejmladší z klientů (žena, 45 let) žije v Domově z důvodu kombinovaného postižení (vč. zrakového) v důsledku pokročilého stadia roztroušené mozkomíšní sklerózy. Nejpočetnější skupinou jsou senioři nad 75 let. Mezi klienty logopeda nejsou mladí senioři (věková skupina 65 - 74 let). Nejstarší klientce je 94 let.



Graf 4 - Věkové rozložení klientů

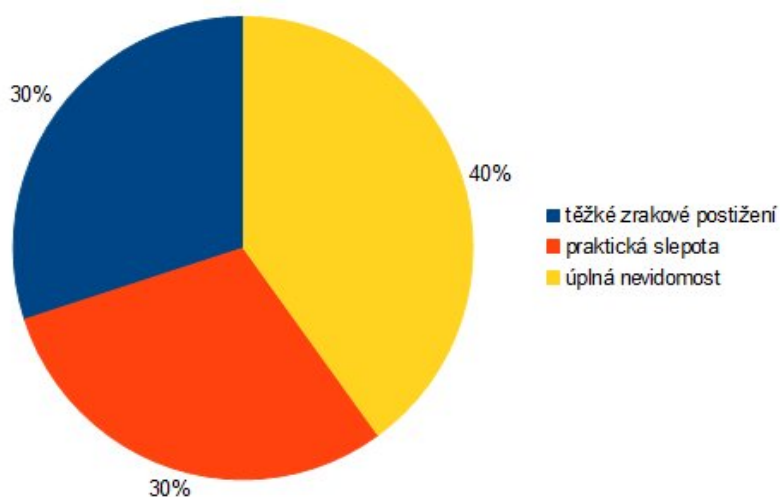
V sedmi případech se u klientů jedná o kombinované postižení. Zrakové je, vzhledem k charakteru Domova, přítomno vždy, velmi často (v 5 případech) se vyskytuje také tělesné postižení (parézy, plegie) či poruchy sluchu (ve 4 případech) či jejich kombinace. V Grafu 5 je naznačeno rozložení jednotlivých druhů postižení různého stupně závažnosti a jejich kombinací, která nejsou způsobena pouze věkem (tj. omezení pohyblivosti v důsledku stáří není bráno jako tělesné postižení).

Sluchové postižení je v jednom případě kompenzováno sluchadlem (v době výzkumu bohužel nefungujícím), ve dvou případech není kompenzováno nijak a v jednom případě se jedná o tinnitus.



Graf 5 - Kombinovaná postižení u klientů

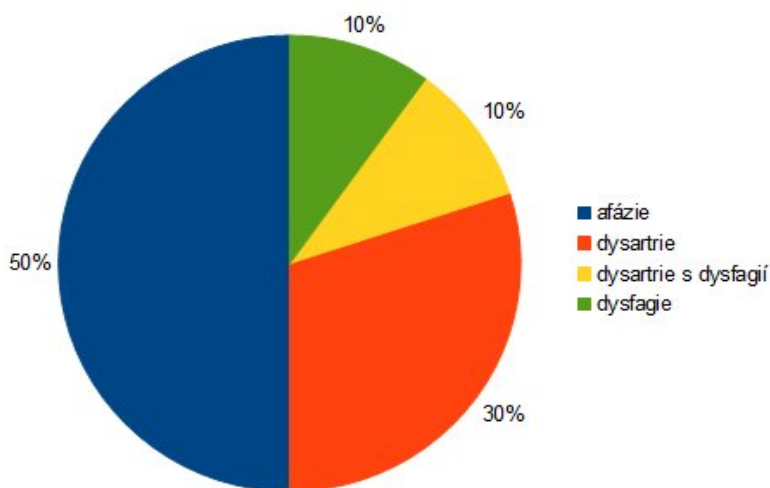
Zaměříme-li se podrobněji na stupeň zrakového postižení, které je přítomno vždy, zjistíme, jak lze vidět v Grafu 6, že ve čtyřech případech se jedná o úplnou nevidomost, v několika případech se zachovaným světlocitem a ve třech případech o praktickou slepotu, kde lze v omezené míře využít při logopedické terapii zbytky zraku. Zbývající část klientů má těžké zrakové postižení, umožňující využití např. zvětšeného černotisku.



Graf 6 - Rozložení zrakového postižení u klientů podle stupně

Orientační rozložení jednotlivých druhů narušené komunikační schopnosti (bez určení stupně závažnosti) u jednotlivých klientů je naznačeno v Grafu 7.

V polovině případů se jedná o afázii různého stupně, dalších 40% pak tvoří čtyři klienti s dysartrií, případně ještě navíc kombinovanou s dysfagií a jedna klientka měla diagnostikovanu dysfagii na základě narušení hlavových nervů a mozkových center, která se vyskytovala bez výrazného narušení motoriky, respirace nebo fonace, jež by značily dysartrii.



Graf 7 - Orientační rozložení druhů narušené komunikační schopnosti u klientů.

U všech klientů probíhá pravidelná intenzivní individuální logopedická péče dle jejich aktuálních potřeb. Logoped využívá k intervenci buď pracovnu, nebo dochází ke klientům do pokoje. V případě příznivého počasí probíhá logopedická péče také v zahradě zařízení. Skupinová logopedická péče v tuto chvíli neprobíhá vzhledem k velké diferencovanosti druhů a závažnosti narušené komunikační schopnosti u jednotlivých klientů. V minulosti nicméně skupinová logopedická péče v zařízení probíhala a při vhodných podmínkách opět probíhat bude.

Logoped při své práci používá vnitřní online informační systém organizace, díky kterému má přehled o dalších aktivitách a terapiích klienta a má možnost zaznamenat důležité údaje nejen o logopedické intervenci, ale také poznatky založené na komunikaci a pozorování klienta (např. výkyvy zdravotního stavu, nálady, oblíbené jídla, zájmy apod.), které mohou být využity například v biografii klienta.

Logopedická intervence u jednotlivých respondentů

Respondent č. 1

Pan F. 58,5 let

Diagnóza: dysartrie

Logopedická péče u pana F. probíhá s přestávkami od ledna 2010. První popud k logopedickému vyšetření přišel od paní psycholožky, která poukázala na zadrhávání v řeči. Před onemocněním neměl klient narušenou komunikační schopnost zaznamenanou a ani v dětství neuvádí problémy logopedického rázu. Pan F. je přeucený levák, v současné době tedy na většinu běžných činností používá pravou ruku. Stav sluchu odpovídá věku, nevyskytuje se u něj žádné narušení. Klient používá vyjímátnou zubní náhradu, která mu při řeči nečiní žádné obtíže a dobře drží. Nevyskytují se rovněž žádné problémy v příjmu tekutin či tuhé stravy. Prostorová orientace je v normě, odpovídající získanému zrakovému postižení.

Současný stav řeči odpovídá středně těžkému stupni dysartrie smíšeného typu. Síla a rozsah dysartrie byly stanoveny orientačně s pomocí Dysartrického profilu. Nejvýrazněji je narušena faciokineze, respirace a prozodie. Srozumitelnost a fluence řeči je ovlivněna tonicko-klonickými přerušováními mluvního projevu.

Oromotorika má nízkou úroveň, motorika rtů je narušena o něco méně, motorika čelisti je naopak narušena výrazněji. Našpulení rtů není souměrné, spodní ret výrazně přesahuje horní (v klidovém stadiu rty souměrné jsou), při zaostření rtů do úsměvu je patrné ochabnutí levého koutku. Z motoriky čelistí klient správně zvládá pouze volné otevření a zavření úst, kroužení čelistí nebo plynulý pohyb do stran již ne. Při kontrakci žvýkacích svalů je levá strana oslabena. Jednotlivé úkony jsou doprovázeny pohybem svalů celého obličeje, činnost není omezena pouze na určitou část. Např. při našpulení rtů se zavírají oči, nakrčí se obočí i čelo. Pohyb jazyka je narušen zejména při cíleném pohybu nahoru nebo dolů vně i uvnitř úst. Obkroužení rtů jazykem se nedaří, při volném vypláznutí se jazyk plazí lehce vpravo. Rychlé úkony jako vysouvání a zasouvání jazyka či otevírání a zavírání úst jsou opět doprovázeny grimasami. Měkké patro není oslabeno, pouze při nafouknutí tváří je levá (postižená) strana slabší. Motorika obličeje je narušena i mimo oblast mluvních orgánů, pan F.

například nedokáže zavřít jen jedno oko či mrkat v pravidelných intervalech. Vyskytují se fascikulace v oblasti brady, tváří a rtů, a to zejména při zvýšené námaze při mluvení nebo oromotorickém cvičení.

Respirace se vyznačuje sníženou výdrží, problém činí ovlivňování síly dechového proudu či jeho plynulé přerušování. Dýchání činí obtíže také při delším mluvním projevu. Kvalita **fonace** jako takové (hlasový rozsah, ovládání hlasitosti a výšky, rezonance, atd.) není výrazněji narušena.

Artikulace jednotlivých hlásek není narušena, opakování je přesné a bez chyb. Narušena je však diadochokineze při rychlém opakování hlásek (p-t-k, o-e). Srozumitelnost spontánní řeči je ovlivněna spíše než narušenou artikulací, tonicko-klonickým narušováním fluence. Nicméně v některých případech byla artikulace poněkud setřelá, pravděpodobně ovlivněna soustředěním se na překonání narušené fluence. Ta se nejvýrazněji projevuje u bilabiálních a velárních hlásek, častější je narušení tonického charakteru, klonické se vyskytuje ojediněle.

Prozodické faktory v řeči jsou narušeny na první pohled nejvýrazněji. Mluvní projev není plynulý, je často prokládán pauzami či odmlkami. Problémy se vyskytují i v oblasti rytmizace, intonace v řeči a tempa řeči. Zajímavým faktem je, že zpěv u pana F. je v rámci normy bez výše uvedených obtíží, včetně narušení plynulosti.

Kromě výše uvedených dysartrických projevů se v řeči klienta vyskytují občasné perseverace a anomie. **Opakování** písmen a slov (i beze smyslu) je zcela v normě, problémem však je opakování delších souvětí, u kterých se vyskytují vynechaná, zaměněná nebo přehozená slova oproti logickému pořádku. Screeningový test afázie byl však v pásmu normy.

Analýza a syntéza slov je zcela v pořádku, pojmenování také, automatické řady nečiní problémy. Zapamatování a výbavnost slov je narušena, klient dochází na trénování paměti, které má pozitivní vliv. V současnosti se míra zapamatování po delším časovém úseku rovná asi 2/3. Pasivní i aktivní slovní zásoba je na dobré úrovni. Místy se vyskytují problémy s určováním časových posloupností v příběhu, ale i v delší větě a poruchy porozumění.

Problémy činí **somatognozie**, klient není schopen vyjmenovat prsty na ruce či popsat postavu. Při popisu postavy nepostupuje v jednom směru, přeskakuje části těla

a místy zabíhá až do nepotřebných podrobností (česka, krev) a nebo části těla opakuje vícekrát.

Při logopedické terapii pana F. je využívána **rehabilitace orofaciální oblasti** od D. Gangale (2004) i prvky **myofunkční terapie** A. Kittel (1999). Zařazovány jsou také relaxační cvičení. Orofaciální terapie se zaměřuje na zlepšení motoriky rtů, jazyka, tváře i čelisti, stejně jako motoriku všech obličejových svalů.

Pomocí **dechových a fonačních cvičení** je trénována respirace i plynulost a výdrž fonace. Nejrůznější rytmická cvičení a zpěv jsou používány ke zvládnutí správné prozodie v řeči. Klient upřednostňuje trampské písně, které má rád.

Vzhledem ke zrakovému postižení vyžadují výše uvedená cvičení velmi podrobný popis, následovaný případnou hmatovou korekcí přímo na ústech klienta. Je důležité na tuto korekci vždy předem upozornit a vysvětlit znovu, proč je potřeba dosáhnout přesného postavení nebo cviku. Hmatový model úst a jazyka není použitelný, vzhledem k získané ztrátě zraku spojené s hemiparézou, které zapříčiňují špatnou hmatovou orientaci na modelu a nevedou k dostatečně názornému pochopení.

Trénink paměti a dalších oblastí, které jsou oproti normě slabší (somatognozie, časové posloupnosti atd.), je rovněž založen pouze na sluchové vazbě. Není možno použít žádné obrazové materiály a hmatových je nedostatek. Nicméně jsou používány textové materiály, které podněcují zájem klienta, využívají jeho oblíbené činnosti a záliby. Kromě nejrůznějších her se slovy (analýza a syntéza slov, hledání přirovnání, opozit, synonym, typických přídavných jmen k předmětu, dvojic slov, slov začínajících na určité písmeno či slabiku, slov, která nepatří do skupiny výrazů aj.), jsou využívány i známé texty (písně, básně, přísloví a rčení, ustálená spojení, jazykolamy), ale také zcela neznámé texty.

Neznámé texty jsou zaměřeny na oblíbená témata (zejm. cestování, zvířata), která po přečtení klient převypráví svými slovy, odpovídá na otázky, případně řadí události v příběhu dle časové posloupnosti a další. Využita je i záliba v luštění křížovek. Je podporován také spontánní samostatný mluvní projev na zajímavá témata, který pomáhá překonávat bariéry v komunikaci způsobené narušenou fluencí.

Klient při terapii rád spolupracuje, pokud je zaujat tématem. Nutná je tedy nejen důkladná logopedická příprava, ale také správný výběr zajímavého tématu, který by jej motivoval k činnosti. Logopedická terapie probíhala také v rámci arteterapie, kde byla v rámci modelování Axmanovou technikou rozvíjena jemná motorika ruky, prostorová orientace a představivost, ale i verbalizace a spontánní mluvní projev. V rámci logopedické terapie jsou též využívány prvky muzikoterapeutické, zejména rytmizace a využití Orffových hudebních nástrojů.

U pana F. probíhá fyzioterapie, avšak zaměřená pouze na dolní část těla, pro účely logopedické tedy neprobíhá spolupráce s fyzioterapeutem. V minulosti probíhala terapie také při arteterapii, avšak pouze z důvodu, že logopedka současně vedla i skupinu arteterapie. Nyní je tedy keramika využívána spíše jako konverzační téma, na kterém je procvičován popis a souvislý mluvní projev. Úzká spolupráce je samozřejmě navázána s klíčovou pracovnící klienta.

Respondent č. 2

Pan V. 75,5 let

Diagnóza: dysartrie

První záznam o probíhající logopedické péči u pana V. je z roku 2008, předpokládám však, že jistá forma péče byla uskutečňována již před tím (klient si nevzpomíná - je pro něj těžké odlišit logopeda od zdravotní sestry nebo aktivizační pracovníce). Před prodělanou operací neměl pan V. komunikační schopnost nijak narušenou.

Stav sluchu je velmi špatný, klient zcela neslyší na levé ucho a sluch se postupně zhoršuje i na pravém. Poškození sluchu není nijak kompenzováno. Při zjištění, že se u klienta zhoršuje sluch i na doposud dobře slyšícím pravém uchu, byla nabídnuta foniatrická péče a potažmo sluchadlo. Klient nicméně tuto péči odmítl s odůvodněním, že mu to připadá ponižující, a že by si se sluchadlem připadal méněcenný. Tento postoj je v současné době, kdy je klient ve špatném psychickém stavu, neměnný a nezvratitelný jakoukoli argumentací a vysvětlováním jak ze strany logopedky, tak psychologek a klíčové pracovníce.

Klient používá vyjímatelnou zubní náhradu, která mu velmi špatně drží. Protézu si při řeči přidržuje (horní) či posouvá (spodní) jazykem. Lepidlo na protézy údajně nedrží, a proto jej nepoužívá. Tento stav trvá již delší dobu - od okamžiku, kdy klientovi sdělila jeho zubní lékařka, že mu zubní náhrada nebude ani s použitím lepidla držet, aniž by učinila kroky k nápravě (např. úprava tvaru). Klient tudíž nemá potřebu se tímto problémem dále zabývat či jej nějak měnit (je díky zubní lékařce přesvědčen, že stav nejde zlepšit). Logopedická péče tedy probíhá s vyjmutou zubní náhradou.

V současné době se narušená komunikační schopnost pohybuje v pásmu středně těžkého stupně získané dysartrie. Nejvýrazněji je narušena respirace a artikulace. Síla a rozsah dysartrie byly stanoveny s pomocí Dysartrického profilu. Jedná se pouze o orientační stanovení, vzhledem k nutnosti vynechat části, ve kterých je potřebná četba, dále vzhledem ke stavu sluchu a chybějící dentici.

Oromotorika je narušena zejména v oblasti rtů a jazyka. Nejvýrazněji je viditelné narušení zaostření koutků v úsměvu a našpulení rtů. Hybnost čelisti je narušena při pohybu do stran a při kroužení. Jazyk se plazí vlevo, jeho hrot není zaostřen, klient není schopen jeho špičku obrátit před ústy vzhůru (jazyk se naopak v ten moment plazí dolů). Pohyby jazyka jsou nekoordinované, s tenzí. Provedení rychlých úkonů jako vysouvání a zasouvání jazyka či otevírání a zavírání úst je pomalé a nepřesné. Při snaze o správné postavení požadovaného úkonu se vyskytují fascikulace jazyka. Motorika ostatních obličejových svalů není výrazněji postižena. Měkké patro nevykazuje výraznějších změn, nevyskytují se též žádné obtíže v příjmu potravy.

Respirace je, jak již bylo uvedeno, narušena výrazným způsobem, výdechový proud je bez síly i potřebné výdrže. Výdrž expirace při **fonaci** je rovněž slabá, délka výdechové mluvní fráze je asi 3 vteřiny. Kvalita hlasu, rezonance, výška a hlasitost jsou ovlivněny slabým výdechovým proudem.

Artikulace je setřelá a ovlivněná navíc chybějící denticí, opakování hlásek je nepřesné, spontánní řeč je téměř nesrozumitelná. Nejvíce se narušení artikulace projevuje u labiodentálních a alveolárních hlásek. Ovlivněny jsou též prozodické faktory v řeči, zejména rytmižace a intonace.

U klienta se objevuje občasné ulpívání na tématu, případně opakování již jednou řečeného. Screeningový test pro určení afázie v normě, problémy spíše souvisí

s kognitivní poruchou a narušením krátkodobé paměti.

V logopedické **terapii** u pana V. jsou využívány zejména dechová a fonační cvičení, jež si kladou za cíl zlepšit výdrž a sílu expirace. Dále jsou zařazovány prvky myofunkční terapie a terapie orofaciální oblasti, pomocí nichž je zlepšována oromotorika. Logoped také pracuje spolu se zlepšením oromotoriky na zkvalitnění výslovnosti jednotlivých problémových hlásek.

Při popisu jednotlivých částí terapie je třeba věnovat zvýšenou pozornost na správné pochopení požadovaného úkonu, vzhledem ke kombinovanému zrakovému a sluchovému postižení. Zraková zpětná vazba je zcela omezena a sluchové vnímání (a tudíž i možnost správného porozumění a zpětné vazby) je výrazně narušeno. Vzhledem k době vzniku zrakového postižení je možné využít hmatové pomůcky, protože hmatové vnímání je na dobré úrovni.

Další oblasti (opakování, samostatný mluvní projev, slovní zásoba) jsou velmi závislé na porozumění mluvené řeči. Je potřeba časté opakování instrukce či zadání, upřesňování správné výslovnosti, přičemž není možno použít žádných obrazových materiálů. Při terapii je využíváno známých i neznámých textů, her se slovy, lidových písní z oblasti rodiště klienta, rytmických textů a dalších cvičení.

Klient při terapii spolupracuje a chápe důležitost zlepšení motoriky mluvních orgánů. Přínos pro zkvalitnění sociálních kontaktů pro něj však motivací není. Rovněž kompenzaci ztráty sluchu sluchadly z tohoto důvodu nepovažuje za důležitou. Terapie je realizována individuálně jednou až dvakrát do týdne, na pokoji klienta. Logoped spolupracuje v rámci terapie zejména s psychologkami a také s klíčovou pracovnící.

Respondentka č. 3

Paní B. 85 let

Diagnóza: dysartrie, dysfagie

Logopedická péče u paní B. probíhá od ledna tohoto roku. Prvotním impulsem k zahájení terapie byly obtíže v procesu polykání po prodělané ischemické cévní mozkové příhodě. Před CMP se u klientky narušená komunikační schopnost ani porucha polykání nevyskytovala. V rámci vyšetření v nemocnici byla provedena

také gastroskopie, jež by mohla mít vliv na bolestivé polykání.

CMP způsobila pravostrannou hemiparézu a parézu VII. hlavového nervu. Ovlivněna tedy byla i motorika obličeje. Primárně si však klientka stěžovala na bolest při polykání, “knedlík” v krku, necitlivost pravé tváře a zvýšenou salivaci. Klientce byla podávána rozmělněvaná strava. I přes to musela jíst i pít po částech, jídlo i pití vyvolávalo kašel. Chuťové vnímání nebylo narušeno.

Byla provedena diagnostika, zaměřená zejména na narušení **oromotoriky** a podezření na dysfagii. U klientky je narušen retný uzávěr, z toho důvodu se objevuje slabé slinění, které se v sedu zhoršuje. Stisk zubů je stejnoměrný, ale bez síly, úsměv souměrný s nepatrným poklesem pravého koutku. Nafouknutí tváří je ztíženo z důvodu nekompletního retného uzávěru. Jazyk se stáčí vlevo, jeho odpor oproti překážce je slabý, hybnost omezená. Při polykání slin byla patrná námaha ve fázi tvorby bolusu a jeho transportu i v začátku hltanové fáze, aspirace nepozorována. Při polykání tekutiny nebo stravy se aspirace objevují, avšak ne v každém případě. Nepříjemné pocity a “knedlík” v krku se při polykání zhoršují. Funkce měkkého patra v normě, je omezena citlivost rtů v oblasti pravého koutku a citlivost celé pravé tváře. Po prodělání další CMP v březnu nepozorováno výrazné zhoršení, pouze více pokleslý také levý koutek, příhoda více ovlivnila motoriku rukou.

Míru narušení **respirace** nelze jednoznačně určit, klientka má ztížené dýchání v důsledku srdeční vady, proto není možné srovnání před a po CMP. **Artikulace** je setřelá, zejména při zvýšené námaze (např. po logopedické terapii nebo fyzioterapii). Prozodické faktory nejsou narušeny.

Narušení oromotoriky spolu s narušením respirace a artikulace odpovídá lehkému stupni dysartrie. Síla a rozsah tohoto narušení byly orientačně určeny pomocí testů 3F.

Při logopedické péči je u paní B. využívána zejména **myofunkční terapie** a **rehabilitace orofaciální oblasti**. Dechová cvičení jsou zaměřena na plynulé a pozvolné dýchání, ale také na udržení správné polohy, která by jej usnadnila. Klientka je při každé terapii instruována k samostatnému cvičení logopedem i fyzioterapeutem, který se rovněž zaměřuje na motoriku svalstva tváře. Je kladen důraz na zlepšení

retného uzávěru a tím omezení slinění, hybnost a posílení svalstva jazyka, celkový tonus orofaciální oblasti, mimických svalů i hltacího svalstva a polykací mechanismus. V terapii jsou užívány rovněž motivační chuťové a dotykové vjemy (např. led, lízátko, med, apod.), avšak v omezeném měřítku, neboť zvýšená salivace vyvolává kašel. Jsou též zařazována rytmická cvičení spojená s fonací a zpěv písní, na který klientka velmi pozitivně reaguje.

Výše uvedené cviky je třeba velmi podrobně vysvětlovat a popisovat také s ohledem na vadu sluchu, jelikož paní B. v současné době nemá funkční sluchadlo (již od loňského roku, kdy se rozbilo staré, navštěvovala na foniatra, což bylo bohužel přerušeno právě hospitalizací).

Vzhledem k těžkému zrakovému postižení není možná zraková kontrola správnosti prováděného cviku a bohužel, kvůli k třesu rukou, je prakticky nepoužitelný i model úst a jazyka. Každá hmatová korekce na ústech a obličeji klientky musí být předem oznámena, popsána a zdůvodněna, a to zejména při dotyku poloviny obličeje, kde je narušeno čítí.

Klientka se při terapii velmi rychle unaví. V důsledku srdeční vady je její stav velmi kolísavý a proto je ne vždy možné provádět terapii v sedě. Únavnost je patrná již po několika cvicích, kdy je první proveden bezchybně a další jsou již slabší.

V průběhu terapie došlo k pozorovatelnému **zlepšení stavu**, zejména v oblasti kvality retného uzávěru. V oblasti polykání klientka neudává zlepšení, nicméně stravu přijímá a dokonce i nabírá na váze (od ledna do března přibrala 3 kg a mohl být vysazen Nutridrink).

I přes velkou unavitelnost se klientka snaží být při terapii aktivní. Důležitá je pro ni znalost prováděného cviku a hlavně vysvětlení jeho účinku (např. zlepšení motoriky rtů vede ke zlepšení retného uzávěru a tím ke snížení úniku slin).

Paní B. také aktivně vyhledává nové a nové cviky, aby pro ni nebyla terapie monotónní. Sama se rovněž snaží v rámci možností získávat informace o logopedické terapii a zejména procvičování motoriky i jinde (např. u přítelkyně - lékařky). V některých případech je až nutné vysvětlit znovu účinek cvičení a důležitost opakování cviku vícekrát. Terapie probíhá několikrát týdně v kratších časových intervalech u lůžka klientky v leže nebo v sedě podle aktuálního stavu.

Logopedická terapie úzce navazuje na fyzioterapii, která se kromě rehabilitace celého těla a nácviku chůze rovněž zabývá motorikou obličeje. Logoped spolupracuje také s psychologkami, nutriční specialistkou a klíčovou pracovnící klientky.

Respondentka č. 4

Paní V. 83 let

Diagnóza: afázie

Logopedická terapie u paní V. probíhá od prosince 2008, tj. od jejího nástupu do Domova. Klientka přišla z léčebny dlouhodobě nemocných již s narušením komunikační schopnosti, vzniklého na základě ischemické cévní mozkové příhody. Byla diagnostikována expresivní fatická porucha. V začátcích terapie byla rovněž intenzivně posilována faciokineze a retný uzávěr.

Výkyvy zdravotního stavu se projevují i na komunikačních schopnostech, v období zhoršení je mluva výrazně setřelá, nesrozumitelná, výbavnost pojmů se zhoršuje, komunikace se stává velmi obtížnou. Klientka sama tyto změny pozoruje a uvědomuje si je. Terapie je co nejintenzivnější, avšak v rámci možností, pro špatný zdravotní stav případně velké bolesti musí být často odkládána. V období zhoršení zdravotního stavu logopedka vyvíjí snahu alespoň o krátké terapie (do 10 minut) v průběhu týdne.

Z **afatických symptomů** se nejvýrazněji projevují fonemické a žargonové paraafázie, perseverace a anomie. Index produkce je nižší než index rozumění. Automatické řady zvládá klientka vyjmenovat pouze s nápovědou nebo vůbec. Narušena je rovněž somatognozie - pojmenování prstů nezvládá vůbec, popis postavy pouze s vedením. Při pojmenovávání předmětů se projevují nejvýrazněji fonemické paraafázie a anomie.

Opakování krátkých slov se nevyznačuje zhoršením, nicméně delší (čtyř-, pěti-slabičná) slova a věty není klientka schopna zopakovat bez výrazných chyb. Při popisu jednoduchého obrázku je řeč nonfluentní, vyznačující se častými anomickými pauzami a nesystematičností. **Rozumění** je na lepší úrovni než samotná produkce řeči, avšak bez problémů je pouze rozumění krátkým slovům či větám. Slovní instrukci s požadovaným

úkonem s více kroky již není paní V. schopna porozumět.

Čtení v rámci možností (výrazně zvětšený černotisk) se vyznačuje hypolexií až alexií s častými záměnami slov, domýšlením, nepřesným čtením a zejména nepochopením textu. Grafii není možno vzhledem ke zrakovému handicapu relevantně posoudit. U klientky se objevuje často (zejména při zhoršení zdravotního stavu) dezorientace místem i časem. Výbavnost slov se zlepšuje u zažitých textů - lidových písní, básní.

Stav **artikulace** je ovlivněn výkyvy zdravotního stavu. Setřelá artikulace a lehké narušení oromotoriky je jevem doprovázejícím každé jeho zhoršení. Respirace (až na občasné zadýchávání při námaze) je v normě. Narušen je hlasový rozsah, nelze však s jistotou říci, zda z důvodu organického poškození či v důsledku vysokého věku. Prozodické faktory jsou ovlivněny narušováním tempa řeči v důsledku anomických pauz či opravováním parafází. Rytmizace je v normě.

Při logopedické terapii jsou maximálně využívány **zbytky zraku**. Kromě zvětšeného černotisku logopedka využívá také velké schematické obrázky předmětů denní potřeby (ze Sady pro Kognitivní trénink, kterou vydala Česká alzheimerovská společnost) a další materiály (obrázky geometrických tvarů, barvy apod.). Aby nebyl zatěžován zrak příliš, jsou využívána také nejruznější cvičení založená na sluchovém vnímání, hry se slovy - analýza a syntéza slov, rozvoj a udržení slovní zásoby, apod. Klientka je podporována v samostatném mluvním projevu s logopedkou i spolubydlící, se kterou si velmi rozumí.

Do **terapie** jsou také zařazovány dechová a fonační cvičení, práce s hlasem a zpěv je nedílnou součástí každé terapie. Logopedka provádí také oromotorická cvičení a mimické cviky (a to zejména ve spojení se samostatným mluvním projevem, snaha o celkové vyjádření situace, hraní role).

Klientka si narušení komunikační schopnosti uvědomuje, sama umí laicky popsat problémy (nemůžu si na slovo vzpomenout, už mi to nemyslí, nic si nepamatuju), je potřeba ji k terapii vhodně motivovat, protože je přesvědčena, že pro ni nemá již význam. Terapie se zaměřuje také na socializaci klientky (postupně od spolubydlící k dalším obyvatelům a pracovníkům domova). Spolupráce logopedky probíhá v případě paní V. zejména s psycholožkami.

4.5. Závěry šetření

V následujícím textu budou sumarizovány výsledky výzkumného šetření a formulovány závěry, spolu s doporučeními. Budou také verifikovány či falzifikovány základní výzkumná tvrzení.

Ve výzkumném šetření byla provedena analýza působení logopeda v rámci Domova pro seniory se zrakovým postižením. Sumarizovány byly základní informace o jeho klientech a byla provedena podrobná kazuistika čtyř z nich. Kromě postupů a metod logopedické intervence byl kladen důraz také na mapování spolupráce s dalšími odborníky, terapeuty a pracovníky Domova.

Výzkumná tvrzení budou ověřena na základě komplexního poznání, s případnými poznámkami k jednotlivým respondentům práce.

V logopedické intervenci respondentů, jsou, v důsledku jejich zrakového postižení využívány specifické postupy.

Toto výzkumné tvrzení lze jednoznačně **verifikovat**. Logoped ve své práci samozřejmě uplatňuje také klasické metody a postupy, ty však musí v důsledku zrakového nebo kombinovaného postižení jednotlivých klientů výrazně upravovat. Je omezen také v oblasti diagnostiky. Screeningové nebo diagnostické testy lze použít pouze orientačně, z důvodu nutnosti vynechání částí, kde je potřeba zrakového vnímání nebo neporušeného vnímání sluchového.

Logoped také nepoužívá všech běžných pomůcek (například jednu z nejzákladnějších - logopedické zrcadlo) a je ochuzen o zrakovou zpětnou vazbu, kterou by klienti využívali. Důležitou roli hrají hmatové a další pomůcky pro zrakové postižené (televizní lupa, zvětšený černotisk, kontrastní schematické obrázky a další). Ani v jednom případě logoped nevyužívá k terapii Braillovo písmo, jinak využívané při logopedické intervenci u zrakově postižených. Všichni klienti ztratili zrak až v pozdějším věku a Braillovo písmo neznají. Hmatové vjemy jsou nepřesné také kvůli postižení jemné motoriky, které se u klientů často vyskytuje.

Maximálně je využíván sluch. Veškeré postupy cvičení je třeba názorně slovně popsat a vysvětlit, případně popis doprovázet vhodným hmatovým vjemem. Do terapie jsou také zařazovány prvky muzikoterapie - zejména práce s rytmem, hra na Orffovy hudební nástroje, zpěv písní, volná hlasová produkce.

Důležitý je také prvek motivace k terapii. U klientů je omezen počet sociálních kontaktů a redukována možnost nacházet nové, proto je pro ně možnost kvalitní komunikace důležitá. Nicméně na druhou stranu právě z tohoto důvodu někteří klienti odmítají terapii s tím, že ji nepotřebují (nemám si tu stejně s kým povídat). Odmítnutí terapie bývá také často odůvodněno jakousi nepotřebností úspěšné terapie při vidině blízké smrti, a to zejména v období, kdy se u klientů zhorší celkový zdravotní stav. Zde pak vyvstává důležitost spolupráce s psychology.

Logoped se také často stává jedním z hlavních komunikačních partnerů klienta, sdílí jeho každodenní problémy a strasti a pomáhá vytvářet příjemné prostředí pro život.

U **pana F.** jsou aplikovány běžné metody logopedické intervence při dysartrii. Postup aplikace těchto metod se liší z důvodu chybějící možnosti odezírání a tedy potřeby velmi přesně popsat požadovaný úkon a jeho význam. Potřebná je rovněž terapie narušeného kverbálního chování. Důležitou je také potřeba motivace a atraktivnosti jednotlivých činností jako prevence proti úpadku ke stereotypu a možnému odmítnutí péče. U klienta jsou také v hojné míře využívány nejrůznější hry se slovy, často zařazovaný je také zpěv oblíbených písní a jejich rytmičtější.

U **pana V.** je terapie dysartrie obdobná jako u pana F. s tím rozdílem, že logoped musí brát ohled také na sluchové postižení a nevhodnou zubní protézu, které intervenci ještě více ztěžují. Vzhledem ke kognitivní poruše jsou navíc zařazovány i cvičení na trénování paměti. O mnoho více než u pana F. je ale u klienta důležitá potřeba motivace k činnosti. Pan V. logopeda bere jako jednoho z důležitých komunikačních partnerů.

Logopedická intervence u **paní B.** je velmi intenzivní. Nutnost přesného popisu a vysvětlení procvičovaných úkonů je stejná jako u předchozích dvou respondentů. Potřebná hmatová korekce logopedem na ústech nebo obličeji klientky musí být předem řádně popsána a vysvětlena (s ohledem na sluchové postižení) a musí brát v potaz sníženou schopnost čítí pravé poloviny obličeje. V rámci možností jsou využívány také chuťové stimuly. Hmatové vnímání je v důsledku výrazného třesu rukou nevyužitelné. Je třeba také brát ohled na snadnou unavitelnost klientky. Pro částečnou relaxaci je zařazován zpěv a práce s hlasem.

Terapie **paní V.** je zaměřena zejména na uchování dostatečné slovní zásoby pro funkční využití v komunikačním procesu. Důraz je kladen rovněž na oromotoriku a správnou výslovnost. Při terapii jsou maximálně využívány zbytky zraku. Snížená využitelnost obrazových a psaných materiálů významně snižuje možnosti reedukace afázie a je třeba hledat alternativní postupy. Vizus též není na takové úrovni, aby poskytoval dostatečnou zrakovou zpětnou vazbu u oromotorických cvičení, proto opět vyvstává potřeba podrobného popisu, který je komplikován částečnou poruchou porozumění řeči. Užívány jsou proto jednoduché věty a co nejnázornější ukázky pro podporu odezírání. Hojně je zařazován také zpěv a práce s hlasem.

V procesu logopedické intervence respondentů logoped spolupracuje s dalšími odborníky, terapeuti a pracovníky Domova.

Jak již bylo řečeno, nejdůležitější se jeví spolupráce s psychology. V domově pro seniory je běžnou součástí smiřování klientů se smrtí, které se odráží i v psychologické péči. Rovněž jsou zde ubytováni také klienti s kognitivními poruchami, zejména s poruchami paměti a klienti s demencí. Specifikem Domova pro seniory se zrakovým postižením je zejména větší míra deprivace, spojená s nutností adaptace na nové prostředí, náhlou úplnou nebo částečnou ztrátou zraku a sníženou mírou sociálních kontaktů.

Dále logoped spolupracuje také s fyzioterapeuty či rehabilitačními pracovníky a to zejména u klientů, u nichž je v důsledku organického poškození mozku narušena, kromě komunikační schopnosti, potažmo oromotoriky, také motorika celého těla. Logoped pak úzce navazuje na práci fyzioterapeuta zejména v oblasti obličejového a oromotorického svalstva, svalstva podílejícího se na procesu polykání a jemné motoriky ruky.

Součástí péče o každého z klientů je navázání spolupráce s klíčovým pracovníkem, jehož úkolem je všechny aktivity klienta koordinovat a navzájem sladit. Probíhá také zaškolení klíčového pracovníka do problémů klienta a možností jeho rehabilitace i mimo přítomnost logopeda.

Spolupráce s dalšími pracovníky, zejména pak terapeuti se odvíjí od konkrétních zájmů klienta. Jednotlivé terapie mohou být využity jako komunikační téma (reminiscenční terapie), jiné příznivě působí na zlepšení komunikačních schopností

klienta (muzikoterapie, cvičení paměti), další zlepšují motoriku (arteterapie) či působí relaxačně (aromaterapie, canisterapie) a pod.

Využíván je také psychobiografický model podle profesora Böhma. Logoped má možnost se seznámit s životním příběhem klienta a poznatky vhodně zakomponovat do terapie.

U **pana F.** je spolupráce realizována především s klíčovou pracovnící. Dalším potenciálním spolupracujícím odborníkem by mohl být fyzioterapeut.

U **pana V.** probíhá intenzivní spolupráce zejména s psycholožkami a klíčovou pracovnící. Terapie psycholožek a logopedky jsou ve vzájemné korelaci.

Spolupráce logopeda s pracovníky Domova při terapii u **paní B.** je rovněž na dobré úrovni. Logoped navazuje při terapii na práci fyzioterapeutky a dále ji prohlubuje. Důležitá je také spolupráce s nutriční specialistkou a psycholožkami.

U **paní V.** je vzhledem k diagnostikované demenci nejdůležitější spolupráce s psycholožkami. Podstatnou součástí je také nezvyklá spolupráce se spolubydlící klientky, která je pro ni jedním z nejdůležitějších komunikačních partnerů.

Tvrzení tedy lze **verifikovat**.

Narušená komunikační schopnost respondentů působí na kvalitu jejich sociálního kontaktu s okolím.

Sociální kontakt s okolím je pro seniory velmi důležitý. Starší lidé preferují kontakty s blízkými a známými osobami, u nichž mají pocit jistoty. S postupujícím věkem jsou však tyto kontakty eliminovány a proto je potřeba klást důraz na mezigenerační vztahy. Nedostatek sociálních kontaktů může v krajních případech vést až k problémům psychosomatického rázu.

Klienti Domova mají k výše uvedeným problémům seniorů obecně navíc zrakový handicap, který omezuje sociální kontakty ve značné míře. Právě proto působí v domově množství aktivizačních pracovníků, kteří se spolu s psychology a dalšími terapeuty včetně logopeda snaží o co nejoptimálnější prostředí a aktivity k navazování sociálních kontaktů (a to do značných podrobností, např. se pro nového klienta pečlivě vybírá i místo u stolu v jídelně tak, aby měl možnost úspěšné komunikace).

Narušená komunikační schopnost u všech respondentů působí na kvalitu jejich sociálních kontaktů s okolím. Tvzení tedy lze **verifikovat**. Terapie u všech respondentů je tedy zaměřena i na pragmatickou složku řeči.

Pan F. chodí do kuřárny, na základě pozorování však ani tam nijak nekomunikuje s ostatními klienty. Neplynulost v řeči má za následek sníženou motivaci k samostatné řečové produkci zejména ve vztahu k ostatním klientům, oproti kterým je navíc poměrně mladší, což tvoří další bariéru v komunikaci. Důležitým komunikačním partnerem je pro něj proto personál Domova.

Pan V. opouští pokoj, pouze v době jídla, kdy dochází do jídelny nedaleko svého pokoje (v současné době to v důsledku zlomeniny neplatí). Nicméně sám nenavazuje s ostatními klienty komunikaci nijak aktivně. Jeho řeč je na hranici srozumitelnosti (zvláště v případě použití padající zubní náhrady), handicapem je také zhoršující se sluchové vnímání. Rodina za panem V. nedochází a nejlepší přítel, kterého měl v Domově, již nežije. Sociální kontakty jsou tedy omezeny na komunikaci s personálem Domova, z nichž nejdůležitějšími jsou klíčová pracovníce, logoped a v poslední době také psycholog.

Řeč u **paní B.** není narušena natolik, aby byla nesrozumitelná. Sociální kontakty jsou však omezeny z důvodu narušení mobility a v současné době také nekompenzovanou poruchou sluchu. S ostatními klienty nekomunikuje, avšak alespoň jednou týdně za ní chodí návštěvy. Komunikačními partnery jsou také fyzioterapeutka, logoped a klíčová pracovníce.

Paní V. má o sociální kontakty zájem. Často chodí po chodbách zařízení a komunikuje s pracovníky i klienty. Komunikace je však ve velké míře negativně ovlivněna fatickou poruchou, dezorientací a částečně i nesrozumitelností. Pracovníci domova často klientce nerozumějí, nechápou, co jim chce říci. Situace se významně zhoršuje v době zhoršení zdravotního stavu.

Respondenti se aktivně účastní logopedické terapie a chápou její přínos ke zlepšení kontaktu s okolím.

Vzhledem k individuálnosti tohoto tvrzení, bude ověřena jeho správnost či nesprávnost jednotlivě u každého z respondentů.

U **pana F.** lze tvrzení jednoznačně **verifikovat**. Klient se aktivně účastní terapie, plně chápe jeho přínos a snaží se spolupracovat. Potřebná motivace je zaměřena spíše na zajímavost probíraného tématu, aby terapie klienta nenudila a výsledky byly o to lepší.

U **pana V.** je situace jiná. Terapii bere jako možnost s někým komunikovat. Předkládaná cvičení a úkoly splní, ale jen na základě motivace k další komunikaci nebo aktivitě, která jej baví (např. čtení textu, hry se slovy). Klient chápe přínos zlepšení oromotoriky, ale nechápe přínosnost terapie ke zlepšení komunikační schopnosti, protože u něj nedošlo k potřebě komunikaci zlepšovat. Situace je paralelně stejná i se snahou o zlepšení sluchu či funkčnosti zubní náhrady. Tvrzení je nutno **falzifikovat**.

Paní B. se naopak terapie účastní ráda a aktivně. Plně chápe její přínos jak ke zlepšení procesu polykání a snížení bolestivosti, tak ke zlepšení motoriky mluvních orgánů a usnadnění komunikace. Sama má zájem o další cvičení a také je sama aktivně provádí i v nepřítomnosti logopeda. Tvrzení lze tedy v tomto případě **verifikovat**.

U **paní V.** je situace komplikovaná. Sama chápe potřebu zlepšit svoji komunikaci, protože rozpozná problém. Na druhou stranu terapii někdy odmítá s tím, že již nemá cenu, že si nic nezapamatuje, že “je pitomá”. Nicméně při správné motivaci je při terapii aktivní a sama ji vyhledává. Tvrzení je tedy možno **verifikovat**.

Dále byly v rámci šetření popsány způsoby práce logopeda v Domově, jeho možnosti a zázemí i používané pomůcky. Šetření bylo také zaměřeno na popis organizace logopedické intervence v Domově, jeho začlenění do systému terapeutů a spolupráci logopeda s dalšími odborníky. Provedena byla analýza základních údajů o klientech logopeda - jejich věk a případné další přidružené postižení, včetně míry závažnosti poruchy zraku. Byly uvedeny též jednotlivé diagnózy, se kterými se logoped setkává a jejich procentuální zastoupení.

Aplikace výsledků šetření a doporučení pro praxi

I přesto, že výzkum probíhal v rezidenčním prostředí domova pro seniory, jeho výsledky jsou přenositelné i do oblasti zdravotnických zařízení či domácí péče. V práci byly analyzovány možnosti, a hlavně specifika logopedické intervence u seniorů s těžkým zrakovým postižením.

Z uvedených výsledků je patrné, že nejdůležitější je maximální využití zbytků zraku a hmatového vnímání a důraz na podrobné slovní vysvětlení, popis a účelnost jednotlivých prvků terapie. Je potřeba dávat velký důraz na využití komunikace v oblasti sociálních kontaktů a maximalizaci využití komunikačního potenciálu. Logoped se snaží o zlepšení komunikační schopnosti, nebo alespoň (což je mnohdy důležitější) udržení úrovně narušené komunikační schopnosti v současném stadiu, spolu s prevencí jejího zhoršování.

Logoped využívá materiály, které jsou určeny buď pro práci se seniory nebo pomůcky určené pro osoby se zrakovým postižením. Často si musí tvořit materiály sám, vyhledávat v literatuře využitelné činnosti, tak, aby byla terapie pro klienta atraktivní. V případě možnosti využití zbytků zraku logoped vyhledává také vhodné obrazové materiály.

Vzhledem k časté deprivaci, plynoucí ze ztráty kontaktu s okolím v důsledku sociální izolace spojené se ztrátou zraku a mnohdy i zhoršeným vnímáním sluchovým, je potřeba motivace klientů k činnosti, zadávání menších dosažitelných cílů a možnost pocítění úspěchu. Logoped spolupracuje také na aktivizaci klienta a pomáhá mu navazovat sociální kontakty.

Důležitým prvkem je spolupráce logopeda s dalšími odborníky – lékaři, psychology, v případě pobytu klienta v rezidenčním prostředí také s pracovníky zařízení. Na základě možností spolupracuje také s rodinnými příslušníky a přáteli klienta, dalšími obyvateli zařízení, dobrovolníky, neziskovými organizacemi a podobně.

ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na analýzu specifík logopedické péče u seniorů s těžkým zrakovým postižením. V první kapitole teoretické části je zpracována problematika stáří z několika různých pohledů, včetně uvedení chorob typických po období sénia a nabídky sociálních služeb pro seniory. Druhá kapitola je věnována problematice poruch zraku a sluchu, se zaměřením na jejich problematiku výskyt ve stáří. Závěrečná kapitola teoretické části se zabývá problematikou komunikace, narušené komunikační schopnosti a postavením logopeda v systému komplexní péče.

Empirická část se zabývá samotným výzkumným šetřením. Kvalitativní výzkum, který byl proveden v rezidenčním prostředí Domova pro seniory se zrakovým postižením, byl realizován pomocí metody kazuistiky. Zpracovány byly případové studie čtyř respondentů - klientů Domova, u nichž se vyskytuje narušená komunikační schopnost v důsledku demence, cévních mozkových příhod či jiných poškození mozku.

V závěru šetření jsou uvedeny specifika logopedovy práce, nutnost užití speciálních přístupů, metod i pomůcek a dalších materiálů potřebných pro logopedickou intervenci. Rovněž dílčí cíle práce byly zpracovány. Byl představen pohled na celkovou činnost logopeda v zařízení, strukturu jeho klientů podle věku, zdravotního postižení, míry zrakového postižení a druhu narušené komunikační schopnosti. Dále byl, v rámci jednotlivých případových studií, kladen důraz také na analýzu působení narušené komunikační schopnosti na kvalitu sociálního kontaktu klienta s okolím. Analyzován byl také způsob, jakým klienti reagují na logopedickou terapii a posouzení, zda plně rozumí jejímu vlivu na zlepšení sociálních kontaktů a mezilidských vztahů.

Poslední část práce se rovněž zabývá možnostmi aplikace výsledků šetření v praxi a jejich využití jak v rezidenčním prostředí zařízení sociální péče, tak v domácím prostředí. Jako nejnutnější je zde uvedena potřeba detailního popisu, vysvětlení jednotlivých úkonů a motivace k terapii, a také spolupráce logopeda s dalšími odborníky, terapeuty a případně zaměstnanci zařízení, ve kterém senior pobývá.

RESUMÉ

Práce se zabývá analýzou specifík logopedické péče u seniorů s těžkým zrakovým postižením. V úvodní části uvádí teoretické poznatky o problematice stáří a chorob s ním spojených, včetně nabídky sociálních služeb pro seniory. Dále se zabývá poruchami zraku a sluchu, s přihlédnutím k této problematice v období senia, a problematikou komunikace, narušené komunikační schopnosti a postavením logopeda v systému komplexní péče. Výzkumná část je věnována logopedické intervenci u seniorů s narušenou komunikační schopností v rezidenčním prostředí Domova pro seniory se zrakovým postižením, se zaměřením na působení narušené komunikační schopnosti na kvalitu sociálních kontaktů seniora s okolím a pochopení pozitivního vlivu logopedické terapie na její zlepšení. Zabývá se také problematikou duálního narušení zraku a sluchu a spoluprací logopeda s dalšími odborníky, terapeuty a pracovníky Domova.

SUMMARY

Thesis is directed to specifics of speech therapy for seniors with serious visual disability. Opening part is focused to theoretical knowledge about senescence and diseases, typical for old age. This part includes also offers of social services for seniors. Farther, there is a chapter about visual and hearing diseases (esp. in senior age) and chapter about communication, speech dysfunctions, speech therapy and subsumption of speech therapist to the system of global care. Research part of this thesis is devoted to speech therapy for seniors with speech dysfunctions in a residential home for seniors with visual disability. This part focused on the effect of speech dysfunction to the quality of social contacts and understanding benefits of speech therapy. It also deals with dual (visual and hearing) disability and cooperation of speech therapist with other experts, therapists and residential home workers.

SEZNAM LITERATURY

BAJTLEROVÁ, Iva. *Využití canisterapie v ambulanci klinické logopedie*. In *Terapie a asistenční aktivity lidí za pomoci zvířat: odborná konference s mezinárodní účastí: sborník příspěvků*. Praha: Česká zemědělská univerzita, 2008, 119 s. ISBN 978-80-213-1773-4.

BAYEROVÁ, Mária. *Senior a choroba*. In MÜHLPACHR, Pavel (ed.). *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005, 314 s. ISBN 80-210-3838-1.

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006, 132 s. ISBN 80-736-7081-X.

BÝTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Rehabilitační a fyzioterapeutické metody a koncepty využívané u klientů s narušenou komunikační schopností v rámci týmové spolupráce*. In KLENKOVÁ, Jiřina a kol. *Terapie v logopedii*. Brno: MU, 2007, 116 s. ISBN 978-80-210-4463-0.

CSÉFALVAY, Zsolt. *Diagnostika afázie*. In LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003, 360 s. ISBN 80-7178-801-5.

CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie*. In LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011, 392 s. ISBN 978-80-7367-901-9.

ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. *Získané organické poruchy řečové komunikace: Afázie*. In ŠKODOVÁ, Eva; JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 2. uprav. vyd. Praha: Portál, 2003, 616 s. ISBN 978-80-7178-546-0.

DESSAINT, Marie-Paule. *Nezačínajte stárnout*. Praha: Portál, 1999, 231 s. ISBN 80-7178-255-6.

DLABALOVÁ, Irena; KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky pro práci se seniory*. Praha: Grada, 2008, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. 2. upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. 223 s. ISBN 80-902536-2-8.

FINKOVÁ, Dita. *Rozvoj hapticko-taktilního vnímání osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 119 s. ISBN 978-80-244-2742-3.

FINKOVÁ, Dita; LUDÍKOVÁ, Libuše; STOKLASOVÁ, Veronika. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 158 s. ISBN 978-80-244-1857-5.

FRANKOVÁ, Vanda. *Frontotemporální lobární demence. Lidské prionové nemoci*. In JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva; BORZOVÁ, Claudia. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009, 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

GANGALE, Debra C. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada, 2004, 232 s. ISBN 80-247-0534-6.

HAYFLICK, Leonard. *Jak a proč stárneme*. Praha: Knižní klub, 1997, 426 s. ISBN 80-859-2897-3.

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 1993, 311 s. ISBN 80-7178-803.

HEROUTOVÁ, Markéta. *Terapie afázie v širším kontextu*. In KLENKOVÁ, Jiřina a kol. *Terapie v logopedii*. Brno: MU, 2007, 116 s. ISBN 978-80-210-4463-0.

HOLMEROVÁ, Iva; JURAŠKOVÁ, Božena; ZIKMUNDOVÁ, Květa. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007, 145 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

HORÁKOVÁ, Radka. *Nedoslýchavost v období senia*. In MÜHLPACHR, Pavel (ed.). *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005, 314 s. ISBN 80-210-3838-1.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: Úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012, 160 s. ISBN 978-80-262-0084-0.

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006, 110 s. ISBN 80-736-8110-2.

JESENSKÝ, Ján. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Univerzita Karlova, 2000, 354 s. ISBN 80-718-4823-9.

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

KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KAULFUSSOVÁ, Jitka. *Dysfagie: poruchy polykání a příjmu potravy*. In ŠKODOVÁ, Eva; JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 2. uprav. vyd. Praha: Portál, 2003, 616 s. ISBN 978-80-7178-546-0.

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

KITTEL, Anita. *Myofunkční terapie*. Praha: Grada, 1999, 112 s. ISBN 80-7169-619-6.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006, 228 s. ISBN 80-247-1110-9.

KLENKOVÁ, Jiřina a kol. *Terapie v logopedii*. Brno: MU, 2007, 116 s. ISBN 978-80-210-4463-0.

KONRÁD, Jiří. *Alzheimerova choroba. Demence u Parkinsonovy choroby a onemocnění typu "Parkinson Plus"*. In JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva; BORZOVÁ, Claudia. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009, 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KOUKOLÍK, František. *Lidský mozek*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2012, 400 s. ISBN 978-80-7262-771-4.

KRAUS, Hanuš, et al. *Kompendium očního lékařství*. Praha: Grada, 1997. 341 s. ISBN 80-7169-079-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada, 2011, 141 s. ISBN 978-80-247-3604-4.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. *Oftalmopedie*. 2. dopl. vyd. Brno: Paido, 2000, 70 s. ISBN 80-859-3184-2.

LEJSKA, Mojmír. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003, 156 s. ISBN 80-731-5038-7.

LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003, 360 s. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, Viktor a kol. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: SPN, 1990, 278 s. ISBN 80-08-00447-9.

LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011, 392 s. ISBN 978-80-7367-901-9.

LECHTA, Viktor. *Základní vymezení oboru logopedie*. In ŠKODOVÁ, Eva; JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 2. uprav. vyd. Praha: Portál, 2003, 616 s. ISBN 978-80-7178-546-0.

MACHÁČKOVÁ, Radka. *Práva starších osob v České republice pohledem právníka*. In TOŠNEROVÁ, Tamara (ed.). *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. 2. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002, 60 s. ISBN 80-238-9505-2.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MORAVCOVÁ, Dagmar. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizelem*. Praha: Triton, 2004, 203 s. ISBN 80-725-4476-4.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

MÜHLPACHR, Pavel (ed.). *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005, 314 s. ISBN 80-210-3838-1.

MÜHLPACHR, Pavel; STANÍČEK, Petr. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2001, 115 s. ISBN 80-210-2510-7.

NEUBAUER, Karel. *Logopedická péče o dospělé osoby. Narušení článkování řeči: Dysartrie*. In ŠKODOVÁ, Eva; JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 2. uprav. vyd. Praha: Portál, 2003, 616 s. ISBN 978-80-7178-546-0.

NEUBAUER, Karel. *Terapie dysartrie*. In LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011, 392 s. ISBN 978-80-7367-901-9.

NOVÁKOVÁ, Zita. *Oftalmopedie*. In PIPEKOVÁ, Jarmila, et.al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010, 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina; KALVACH, Zdeněk. *Syndrom duálního sensorického deficitu*. In KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007, 183 s. ISBN 978-802-4714-905.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010, 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

POKORNÁ, Pravdomila. *Úvod do muzikoterapie pro speciální pedagogiku*. Praha: SPN, 1982, 114 s.

PRŮCHA, Jan; WALTEROVÁ Eliška; MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003, 322 s. ISBN 80-717-8772-8.

PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky IV. díl*. Praha: SPN, 1974, 234 s.

PŘINOSILOVÁ, Dagmar. *Diagnostika ve speciální pedagogice: Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007, 177 s. ISBN 978-80-7315-157-7.

RABUŠIC, Ladislav. *Česká společnost stárne*. Brno: Georgetown, 1995, 192 s. ISBN 80-901-6042-5.

RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999, 86 s. ISBN 80-716-9828-8.

ROUBÍČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Testy 3F: Dysartrický profil*. 3. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2011, 86 s. ISBN 978-80-7262-714-1.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004, 390 s. ISBN 80-717-8829-5.

SCHNEIDEROVÁ, Eva. *Jazykové hry a hříčky*. Praha: Portál, 2010, 120 s. ISBN 978-80-7367-657-5.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN 80-7178-274-2.

ŠTILEC, Miroslav. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova v Praze, 2003, 94 s. ISBN 80-246-0788-3.

TEDLA, Miroslav a kol. *Poruchy polykání*. Havlíčkův Brod: Tobíáš, 2009, 312 s. ISBN 978-80-7311-105-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VALENTA, Milan; MÜLLER, Ondřej a kol. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Parta, 2009. 386 s. ISBN 978-80-7320-137-1.

VIEWEGH, Josef. *Psychologie stáří*. 2. vyd. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1974, 44 s.

VITÁSKOVÁ, Kateřina; PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, 182 s. ISBN 80-244-1088-5.

VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. *Velký lékařský slovník*. 8. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2008, 1143 s. ISBN 978-807-3451-660.

WALSH, Danny. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha: Portál, 2005, 203 s. ISBN 80-7117-8970-4.

WIENER, Pavel. *Základy komunikace se zrakově postiženými*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-12-2.

WIENER, Pavel; RUCKÁ, Renata. *Terapie zrakového handicapu*. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006, 94 s. ISBN 80-239-6774-6.

ZAREMBA, Vladimír. *Péče o starší občany*. Praha: Ústav zdravotní výchovy Ministerstva zdravotnictví, 1982, 22 s.

Život s Huntingtonovou chorobou: Logopedie a poruchy polykání (terapeutické sešity). Náchod: Společnost pro pomoc při Huntingtonově chorobě, 2008, 64 s. ISBN 978-80-904199-2-6.

Legislativní dokumenty

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění (ve znění pozdějších předpisů).

Zákon č 108/2006 Sb., o sociálních službách (ve znění pozdějších předpisů).

Tištěná periodika

ANTON, Milan. *Stáří a vidění*. Česká oční optika. Praha: Společenstvo českých optiků a optometristů, 2009, roč. 50, č. 3/2009. ISSN 1211–233X.

KNOT, Jaroslav. *Věkem podmíněná makulární degenerace*. Česká oční optika. Praha: Společenstvo českých optiků a optometristů, 2010-2011, roč. 51,52, č. 3/2010, 4/2010, 1/2011. ISSN 1211-233X.

KOVAŘÍK, Zdeněk. *Katarakta šedý zákal*. Zdravotnické noviny. Praha: Mladá fronta, 2010, č. 1/2010. ISSN 1214-7664.

LIPSKÝ, Matěj. *Zvuk a hudba jako prostředek muzikoterapeutického působení na lidský organismus*. Speciální pedagogika. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 2002, č. 3/2002. ISSN 1211-2720.

NOVÁKOVÁ, Martina. *Neurologie pro optometrii 6. část: Parkinsonova choroba a její vliv na zrak*. Česká oční optika. Praha: Společenstvo českých optiků a optometristů, 2011, roč. 52, č. 1/2011. ISSN 1211-233X.

Elektronické zdroje

Causes of death statistics: people over 65. In *European Union: Eurostat* [online]. 7. 2. 2012 [cit. 26. 2. 2012]. Dostupné z: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statistics_-_people_over_65

Diabetic retinopathy. In: *American Optometric Association* [online]. 2012 [cit. 4. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.aoa.org/diabetic-retinopathy.xml>

Erwin Böhm Institut [online]. 2012 [cit. 20.3.2012]. Dostupné z: <http://ebin.cz/>

Facts About Diabetic Retinopathy. In *National Eye Institute: National Institutes of Health* [online]. 10/2009 [cit. 4. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.nei.nih.gov/health/diabetic/retinopathy.aspl>

Major and chronic diseases: Alzheimer disease and other dementias. In *European Union: Public Health* [online]. 18. 10. 2011 [cit. 26. 2. 2012]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/alzheimer/index_en.htm

MASTcz: česká verze The Mississippi Aphasia Screening Test (MAST) In *Fakultní nemocnice Brno* [online]. 10. 2. 2012 [cit. 27. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunic/neurologicka-klinika/screening-afazie-mastcz/t3305>

McCARTHY, Alice. Diabetic retinopathy: diagnosis, prevention and treatment. In *The Clinical Advisor* [online]. 23. 5. 2011 [cit. 4. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.clinicaladvisor.com/diabetic-retinopathy-diagnosis-prevention-and-treatment/article/203593/>

MERCHANT, Maureen, CLANCY, Wilma. *Dysphagia Statistics in Stroke.* In *Nova Scotia Stroke Swallow Screen: Evidenced Based Practice* [online]. 31. 3. 2010 [cit. 15. 3. 2012]. Dostupné z: http://www.crnns.ca/documents/telehealth%20handouts/NovaScotiaStrokeSwallowScreenDYSPHAGIA_Stroke_Series7_31March20101.pdf

Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize. Svazek 1. - Tabelární část [online]. 2. aktualiz. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008, 860 s., 1. 1. 2012 [cit. 10. 2. 2012]. ISBN 80-901-8564-9. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_1-1-2012.pdf

MKN-10 Česká verze - Tabelární seznam: V. kapitola: Poruchy duševní a poruchy chování (F00 - F99) [online]. In *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. 27. 12. 2011 [cit. 10. 4. 2012] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>

Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří). In: *MPSV* [online]. 1. 8. 2008 [cit. 27. 2. 2012]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>

NOVOTNÝ, Miroslav. *Tinnitus: Doporučené postupy pro praktické lékaře* [online]. 2001 [cit. 10. 3. 2012]. Dostupné z: www.cls.cz/dokumenty2/os/r079.rtf

REBAN, Jan. *Porucha sluchu ve stáří.* In *Ledax - Pro bohatý život: aktivní život seniorů a důstojné stáří v České republice* [online]. 2009 [cit. 4. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.ledax.cz/cz/page/40/poruchasluchu-ve-stari.html?detail=60>

Report of the Informal Working Group On Prevention Of Deafness And Hearing Impairment Programme Planning. In *World Health Organisation* [online]. 1991 [cit. 8.3.2012]. Dostupné z: http://whqlibdoc.who.int/hq/1991/WHO_PDH_91.1.pdf

ROD, Michal. *Co je ergoterapie?* In *Česká Asociace Ergoterapeutů* [online]. 2008 [cit. 20.3.2012]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

RŮŽIČKOVÁ, Eva. *Stručný průvodce glaukomovým onemocněním*. In *Česká glaukomová společnost* [online]. 2011 [cit. 4. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.glaukom.cz/kategorie.asp?idk=129>

Senioři v ČR v letech 2009 [online]. Praha: ČSÚ, 2009, 80 s. [cit. 26. 2. 2012]. ISBN 978-80-250-1991-7. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/1417-09>

SCHINDLER, Radek. *Zrakové vady*. In *SONS - Informační servis pro zdravotně postižené*. 1999 [cit. 10. 2. 2012]. Dostupné z: <http://www.braillnet.cz/sons/docs/zrak/index.htm>

Starobní důchody. In *Česká správa sociálního zabezpečení* [online]. 29. 12. 2011 [cit. 10. 2. 2012]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/davky/starobni-duchody.htm>

ROUBÍČKOVÁ, Jaroslava. *Dysfagie - poruchy polykání*. In *Asociace klinických logopedů České republiky* [online]. 2012 [cit. 15. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--dysfagie>

TOPINKOVÁ, Eva. *Nemoci ve stáří*. In *Ordinace.cz* [online]. 12. 11. 2008 [cit. 26. 2. 2012]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/nemoci-ve-stari/>

Věkové složení obyvatel podle krajů - obě pohlaví. In *Český statistický úřad* [online]. 1. 1. 2011 [cit. 10. 2. 2012]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/28003FC403/\\$File/401911ri03.pdf](http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/28003FC403/$File/401911ri03.pdf)

VOHLÍDKOVÁ, Monika. *Poruchy sluchu ve stáří*. In *Interní medicína pro praxi* [online]. 2009, roč. 11, č. 6 [cit. 4. 3. 2012]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/06/09.pdf>

Závažná a chronická onemocnění. In *Evropská komise: Veřejné zdraví* [online].
27. 11. 2011 [cit. 26.2.2012]. Dostupné z:
http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/index_cs.htm

Seznam tabulek a grafů

Tab. 1 - Věkové složení obyvatel podle krajů k 31. 12. 2012

Tab. 2 - Demografické stárnutí populace v ČR v historickém vývoji a prognóze

Tab. 3 - Významné somatické změny a jejich důsledky

Tab. 4 - Zařízení sociálních služeb v ČR podle zřizovatele a typu v roce 2006

Tab. 5 - Věkové rozvrstvení oslepnutí a onemocnění zrakovým postižením

Graf 1 - Nejčastější příčiny úmrtí obyvatel EU ve věku nad 65 let

Graf 2 - Výskyt VPMD v závislosti na věku

Graf 3 - Výskyt sluchových vad podle věku

Graf 4 - Věkové rozložení klientů

Graf 5 - Kombinovaná postižení u klientů

Graf 6 - Rozložení zrakového postižení u klientů podle stupně

Graf 7 - Orientační rozložení druhů narušené komunikační schopnosti u klientů.

Seznam obrázků

Obr. 1 - Algoritmus rozhodovacího procesu při diagnostice demence

Obr. 2 - Záznamový list MASTcz - 1. část

Obr. 3 - Záznamový list MASTcz - 2. část

Obr. 4 - Formulář pro Testy 3F - Dysartrický profil

Přílohy

Příloha č. 1 - Diagnostické testy

MASTcz - česká verze The Mississippi Aphasia Screening Test¹¹ je screeningový test pro diagnostiku afázie a dalších fatických poruch. Je vyjádřen celkovým indexem (max. 100 bodů), který zahrnuje index produkce a porozumění řeči (oba po max. 50 bodech). Index produkce hodnotí automatickou řeč, pojmenování, opakování, fluenci při popisu obrázku a psaní na diktát. Index porozumění hodnotí rozumění alternativním otázkám, rozumění slovu (identifikace objektů), rozumění verbální produkci a rozumění čtené instrukci. Každá z těchto položek je hodnocena max. 10 body. Index je pak určen celkovým počtem bodů, přičemž norma se různí dle dosaženého vzdělání. Součástí české verze je také přehledný záznamový list pro vyplnění v průběhu testování (viz. Obr. 2; Obr. 3)

Testy 3F: Dysartrický profil (Roubíčková J. a kol., 2011) hodnotí sílu a rozsah řečové poruchy dospělého klienta s dysartrií. Dysartrický profil je, podle počtu dosažených bodů, vyjádřen dysartrickým indexem. Maximální počet dosažitelných bodů je 90, přičemž rozmezí bodů 85-90 vyjadřuje normu. 60-84 bodů prezentuje lehký stupeň, 26-59 středně těžký stupeň a pod 25 se již jedná o těžký stupeň. Dysartrický profil hodnotí celkem tři oblasti - faciokinezi, fonorespiraci a fonetiku, vždy po max. 30 bodech. Faciokineze se zaměřuje hybnost rtů, čelisti a jazyka, fonorespirace hodnotí zvlášť respiraci, respiraci při fonaci a fonaci. Oblast fonetiky je zaměřena na artikulaci, prozodii a srozumitelnost. Formulář pro využití v přímé praxi je zobrazen na Obr. 4.

11 *MASTcz: česká verze The Mississippi Aphasia Screening Test (MAST)* In *Fakultní nemocnice Brno* [online]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunic/neurologicka-klinika/screening-afazie-mastcz/t3305>

Jméno pacienta		Rodné číslo		Věk	Bydliště	Vzdělání ZŠ SŠ VŠ Lateralita P L A	
Před NO: mateřský jazyk ČJ jiný vývojové poruchy stav kognitivních, jazykových a řečových funkcí sluch zrak - brýle na čtení používá ano ne				NO:		Datum vzniku fatických poruch	
				anaftrie, dysartrie, apraxie, agnozie, nově vzniklé poruchy zraku, hemiparéza PHK perseverace, automatizmy, echolálie, agramatizmy, neologizmy, parafázie sémantické - fonemické, anomie, ...		Jméno investigátora I. a II. vyš. Datum vyšetření I. a II. vyš.	
INDEX PRODUKCE		50		INDEX ROZUMĚNÍ		50	
1. Automatická řeč		10		6. Rozumění alternativním otázkám		20	
2. Pojmenování		10		7. Rozumění slovu- Identifikace objektů		10	
3. Opakování		10		8. Rozumění verbální instrukci		10	
4. Fluence při popisu		10		9. Rozumění čtené instrukci		10	
5. Psaní na diktát		10		CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX		100	
1. Automatická řeč (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre 0 - 10)							
Počítejte po jedné do deseti (nápověda „jedna“ nutná - skóre 1 bod) (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)							
Vymenujte po sobě dny v týdnu (nápověda „pondělí“ nutná - skóre 1 bod) (pondělí, úterý, středa, čtvrtek, pátek, sobota, neděle)							
Dokončete následující přísloví: Jablko nepadá daleko od ... (stromu.)							
Dokončete následující přísloví: Tak dlouho se chodil se džbánem pro vodu, až ... (se ucho utrhne.)							
Dokončete následující přísloví: Jak se do lesa volá, tak ... (se z lesa ozývá.)							
2. Pojmenování (2 body: správně, 1 bod: nápověda nutná, 0 bodů: nesprávně, skóre 0 - 10): Ukažte objekt a zeptejte se: „Co je to?“ Časový limit pro pojmenování jednoho stimulu bez nápovědy 5 s.		10					
Klíče		brada		těžka		maliček	hodinky
3. Opakování „Opakuje přesně to co řeknu.“ (2 body: začne v limitu 5 s a zopakuje správně, 0bodů: nesprávně, skóre 0 - 10). Zakryjte si ústa.		skříňka		vizitka		10	
Dort						6	
Vedle velkého železného stolu.						2	
Bylo by se tu třpytilo slunce na jezerní hladině.						2	
4. Fluence při popisu fotografie: ukažte fotografii po dobu 10 s, přitom řekněte: „Ukaži vám fotku, prohlédněte si ji a nyní mi řekněte vše, co se děje na obrázku, mluvíte prosím, dokud nereknu teď.“ Od zahájení mluvené produkce začněte měřit 10 s během kterých zapíšete všechny srozumitelné výrazy nebo provedte nahrávku a poté ji vyhodnotte. Počítejte srozumitelné výrazy včetně neologizmů např. „To tedy nevím ...krak ...no vluk sení ...tady“ produkce osmi výrazů = 5 bodů; (0 až 5 výrazů = 0 bodů, 6 až 10 výrazů = 5 bodů, 11 a více výrazů = 10 bodů)		10					
I.vyš. počet srozumitelných výrazů: záznam produkce:							
Informační hodnota sdělení:							
II.vyš. počet srozumitelných výrazů: záznam produkce:							
Informační hodnota sdělení:							

Obr. 2 - Záznamový list MASTcz - 1. část

	max.	I.	II.
5. Psaní na diktát (2 body: správně, 1 bod: jedna chyba, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 10) „Napište slova, která vám budu diktovat.“	10		
řve			
„Nyní napište větu:“ (nejprve přečtete celou větu a poté dvě a dvě slova z věty diktujete)	8		
útočiště	2		
Náš broskvoň již plodí.			
6. Rozumění alternativním otázkám „Budou se vás ptát, prosím odpovídejte ano nebo ne.“ (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 20)	20		
Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund, neopakujte zadání instrukce, mluvíte hlasitě a zřetelně.			
Jmenujete se Novák/ová? (uvedte jiné příjmení, než je správné příjmení pacienta/ky)	2 ne		
Jmenujete se ...? (uvedte správné příjmení pacienta/ky)	2 ano		
Bydlíte v Praze? (uvedte jiné místo, než to, ve kterém žijete)	2 ne		
Bydlíte ...? (uvedte správné místo)	2 ano		
Ukazuji vám čelo? (vyšetřující se dotýká ucha)	2 ne		
Máte na hlavě klobouk?	2 ano		
Je kráva větší než koza?	2 ne		
Přichází podzim po zimě?	2 ano		
Je snídáně dřívě než oběd?	2 ano		
Oblékáte si nejdříve kabát a potom košili?	2 ne		
7. Rozumění slovu - identifikace objektu: předložíme uvedené objekty a vyšetřovaný je vždy pouze 1x vyzván, aby ukázal jmenovaný objekt. „Ukažte kde je.“ (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 10) Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund, neopakujte zadání instrukce.	10		
Vidlička			
bonbón			
knoflík			
kámen			
papír			
8. Rozumění mluvené instrukci „Udělejte, co vám řeknu!“ (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 10) Pouze 1x zadaná instrukce. Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund, neopakujte zadání instrukce, mluvíte hlasitě a zřetelně.	10		
Ukažte na vaši bradu!	2		
Otevřete ústa!	2		
Ukažte vaši levou rukou vaši pravé oko! (x Ukažte vaši pravou rukou vaši levé oko!)	2		
Ukažte na podlahu a potom na váš nos!	2		
Dříve než otevřete ústa, dotkněte se ucha!	2		
9. Rozumění čtené instrukci „Udělejte, co je tady napsáno!“ (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 10) Pacient si přečte instrukci pouze 1x. Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund.	10		
Zamávejte rukou.	2		
Zatněte pěst.	2		
Ukažte rukou na podlahu a potom na strop.	2		
Položte vaši levou ruku na vaše pravé rameno. (x Položte vaši pravou ruku na vaše levé rameno.)	2		
Než se podíváte na okno, dotkněte se vašeho levého ucha.	2		
Poznámky			

MASTcz – záznamový list

Obr. 3 - Záznamový list MASTcz - 2. část

DYSARTRICKÝ PROFIL TEST 3F Roubíčková J. et al. (2011)			Nynější onemocnění	
Stav před nynějším onemocněním Stav kognitivních, jazykových, řečových funkcí Sluch + _____ Zrak brýle na čtení _____			Poznámky	
Jméno pacienta			Orientační předtestové vyšetření	
			Afázie ano ne	
Rodné číslo			chrap: neúplný úplný	
Datum vzniku poruchy			jazyková fascikulace, fibrilace: ano ne	
Datum vyšetření I. a II. vyšetření:			jazyková atrofie: ano ne	
Dysartrický index I. a II. vyšetření: 0-25 těžký stupeň 26-59 středně těžký stupeň 60-84 lehký stupeň 85-90 norma			tvář symetrická v klidu: ano ne	
			oběže při příjmu tekutin: často občas ne	
			oběže při příjmu tuhé stravy: často občas ne	
			dávivý reflex: nevýpavný snížený zvýšený, přiměřený	
FACIOKINEZE (maximum 30)			FONETIKA (maximum 30)	
1. Rty (maximum 10)			7. Artikulace (maximum 10)	
1.1 Protrže a retrakce rtů mezi zuby			7.1 Přesnost opakování samohlásek	
1.2 Pevnost sevření rtů v klidu			7.2 Přesnost opakování souhlásek	
1.3 Pevnost retního uzavěru při natouknutých tvářích			7.3 Přesnost artikulace při čtení TEXT	
1.4 Zaoštrošení koutků do úsměvu			7.4 Dlad ochokineze s fonací (p-t-k) (o-e)	
1.5 Diadochokineze bez fonace			7.5 Spontánní řeč	
2. Celist (maximum 10)			8. Prozodie (maximum 10)	
2.1 Otevření a zavření úst (volně)			8.1 Udržení rytmu v rytmičkém celku TEXT	
2.2 Otevření a zavření úst proti odporu			8.2 Základní větní intonace TEXT	
2.3 Posouvání mandibuly doprava – doleva			8.3 Premisťování kontrastního durazu TEXT	
2.4 Kroužení mandibulou do stran			8.4 Intonační variabilita TEXT	
2.5 Kontrakce žvýkacích svalů			8.5 Komplexní prozodické faktory	
3. Jazyk (maximum 10)			9. Srozumitelnost (maximum 10)	
3.1 Vysunutí jazyka z úst a zasunutí			9.1 Srozumitelnost předřkávaných slov TEXT	
3.2 Zvednutí špičky jazyka vzhůru a spuštění zpět			9.2 Srozumitelnost předřkávaných vět TEXT	
3.3 Vysunutí, obrácení špičky jazyka před ústy vzhůru			9.3 Srozumitelnost čtení slov TEXT	
3.4 Přesunutí jazyka z koutku do koutku			9.4 Srozumitelnost čtení textu TEXT	
3.5 Kruhovitě oliznutí horního a spodního rtu			9.5 Srozumitelnost spontánní mluvy	

Obr. 4 - Formulář pro Testy 3F - Dysartrický profil