

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Logopedická péče v domovech pro seniory pohledem zaměstnanců těchto  
zařízení

Speech therapy care in homes for the elderly from the perspective of  
employees of these facilities

Mgr. Kateřina Siváková

Vedoucí práce: Mgr. Marie Komorná, Ph.D.  
Studijní program: Speciální pedagogika  
Studijní obor: Speciální pedagogika

Odevzdáním této bakalářské práce na téma *Logopedická péče v domovech pro seniory pohledem zaměstnanců těchto zařízení* potvrzuji, že jsem ji vypracoval/a pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Kralupy nad Vltavou, 2023

Na tomto místě bych chtěla poděkovat paní doktorce Komorné za ochotu a za veškerou její pomoc při psaní této práce, zvláště pak za její laskavost a vlídná slova. Také děkuji své rodině za trpělivost a podporu, které se mi od ní neustále dostává.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá tématem logopedické intervence v domovech pro seniory a jejími přínosy. Je členěna na teoretickou a empirickou část, přičemž část teoretická se věnuje vymezení pojmu stáří a stárnutí, charakterizuje nejčastější poruchy komunikace, se kterými se u nejstarší věkové kategorie setkáváme, jejich diagnostikou, etiologií, terapií a symptomy. Teoretická část také popisuje systém péče o seniory v České republice, přehledně představuje služby, které jsou seniorům poskytovány, a to především v ústavních zařízeních. Přibližuje také logopedickou intervenci a možnosti jejího poskytování seniorům. Na teoretickou část navazuje část empirická, v rámci které bylo zjišťováno, jak vypadá logopedická intervence u seniorů v konkrétním domově pro seniory a jak je hodnocen přínos logopedické péče seniorům ze strany zaměstnanců tohoto domova. Pohled právě zaměstnanců byl volen proto, že tito lidé přicházejí se seniory do každodenního kontaktu a je jim tak umožněno pozorovat případné změny, které tato péče u seniorů přináší. Zároveň mají od problematiky větší odstup, než může mít např. logoped, který logopedickou intervenci přímo poskytuje či než samotný senior. Výzkumné šetření ukázalo, že zaměstnanci domova pro seniory neznají všechny detaily ohledně průběhu logopedické intervence, mají spíše rámcový přehled ohledně způsobu práce logopeda s klienty, avšak považují tuto službu za jednoznačně přínosnou a potřebnou, neboť kromě komunikačních dovedností má vliv také na náladu a další kognitivní schopnosti seniora.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Logopedická intervence, stáří, senioři, domovy pro seniory.

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis is focused on logopaedic intervention and its benefits in retirement homes. It is subdivided into a theoretical and an empiric part. The theoretical part is mainly dedicated to defining the terms of 'age' and 'ageing', characterisation of the most common communication disorders among elderly people and their diagnostics, etiology, therapy and symptoms. The system of care of elderly people in the Czech Republic is also depicted in the theoretical part, introducing all kinds of services provided to seniors, mainly in retirement homes. Further, logopaedic intervention and its possible application is described. The following empiric part of the thesis inspected logopedic intervention in a particular retirement home including the assessment of logopedic care contribution by the retirement home's employees. Employees were specifically chosen to assess their clients' progress as they are in a day-to-day contact with them and can therefore observe any improvements brought on by this kind of care. At the same time, they shall be more unbiased as opposed to the logopedician providing the logopedic care or the elderly people themselves. The research has proven that the employees have no deep knowledge in terms of specific methods used in the intervention, they rather have a vague grasp of the logopedician's work with clients, but still they consider this service definitely unambiguously important and needed as it supports not only communication skills of their client, but also his/her mood and other cognitive functions.

## **KEYWORDS**

Speech therapy intervention, old age, seniors, homes for elderly.

## Obsah

Úvod.....	8
1. Stáří a stárnutí .....	9
1.1. Stáří.....	9
1.2. Stárnutí.....	9
2. Nemoci a úrazy v pozdním věku ovlivňující komunikační schopnosti .....	11
3. Systém péče o seniory v České republice .....	13
3.1. Medicínská péče o seniory .....	14
3.2. Sociální péče o seniory .....	15
3.3. Logopedická péče o seniory .....	16
4. Narušená komunikační schopnost v období senia .....	18
4.1. Afázie.....	18
4.1.1. Etiologie .....	18
4.1.2. Klasifikace.....	19
4.1.3. Diagnostika.....	20
4.1.4. Terapie.....	21
4.2. Dysartrie .....	21
4.2.1. Etiologie .....	22
4.2.2. Klasifikace.....	22
4.2.3. Diagnostika.....	23
4.2.4. Terapie.....	23
4.3. Řečová dyspraxie/apraxie.....	23
4.3.1. Etiologie .....	24
4.3.2. Diagnostika.....	24
4.3.3. Terapie.....	24
4.4. Dysfagie.....	25
4.4.1. Etiologie .....	25
4.4.2. Diagnostika.....	25
4.4.3. Terapie.....	25
4.5. Orální dyspraxie .....	25
4.5.1. Etiologie .....	26
4.5.2. Diagnostika.....	26
4.6. Poruchy kognitivně-komunikačních funkcí (demence).....	26
4.6.1. Etiologie .....	26
4.6.2. Diagnostika.....	27

4.6.3.	Terapie.....	28
4.6.4.	Etiologie .....	28
4.6.5.	Diagnostika.....	28
4.6.6.	Terapie.....	28
5.	Cíle a otázky týkající se výzkumného šetření.....	30
6.	Výzkumné paradigma a metoda sběru dat .....	31
7.	Výběr probandů a průběh sběru dat .....	32
8.	Analýza dat .....	34
8.1.	Seznámení se se získanými daty.....	34
8.2.	Generování základních kódů .....	35
8.3.	Hledání témat.....	35
8.4.	Revize témat .....	36
8.5.	Pojmenování a definování témat .....	37
8.6.	Závěrečná zpráva .....	37
8.6.1.	Iveta.....	37
	Iveta v domově pro seniory.....	37
	Průběh logopedické intervence .....	38
	Vlivy logopedické intervence .....	39
8.6.2.	Dominika.....	39
	Dominika a domov pro seniory.....	39
	Průběh logopedické intervence .....	40
	Vlivy logopedické intervence .....	40
8.6.3.	Hana .....	41
	Hana a domov pro seniory .....	41
	Průběh logopedické péče .....	41
	Vlivy logopedické péče.....	42
8.6.4.	Nataša.....	43
	Nataša a domov pro seniory.....	43
	Průběh logopedické péče .....	43
	Vlivy logopedické péče.....	44
9.	Diskuze .....	45
	Závěr.....	49
	Zdroje .....	51
	Seznam příloh.....	55

## Úvod

Demografické křivky zobrazující obyvatelstvo České republiky ukazují, že v následujících desetiletích bude v naší zemi přibývat počet seniorů, jelikož do tohoto životního období dospějí momentálně početně nejsilnější zastoupené generace.

Zároveň se po celém světě, Českou republiku nevyjímaje, stále prodlužuje průměrná délka života lidí. U nás se v posledních letech pohybuje průměrný věk dožití okolo 80 let. Tento fakt je mimo jiné způsoben neustále se zlepšující lékařskou péčí, která v dnešních dnech dokáže vyřešit nemoci a zdravotní komplikace, se kterými si ještě před časem nevěděla rady.

Na základě těchto dvou faktů staví následující bakalářská práce. Vzhledem k výše uvedenému lze předpokládat, že se v našem okolí budeme setkávat se stále větším množstvím seniorů, a to jak v oblasti osobního života, tak toho profesního.

Stáří s sebou přináší jedinci i jeho okolí různé životní radosti i obtíže a starosti, kterým je třeba se věnovat po stránce fyzické, psychické i duchovní. Kromě lékařské péče se tedy tato problematika týká i mnoha dalších oborů – např. psychologie, speciální pedagogiky, fyzioterapie, teologie, zasahuje také do státní politiky atd.

Cílem této práce je zmapovat, jak v České republice funguje jedna z forem péče o seniory, konkrétně péče logopedická. Teoretická část vymezí pojem stáří, jeho charakteristiky a nejčastější projevy, také se bude věnovat systému péče o seniory – jaké možnosti bydlení a sociální i zdravotní péče se seniorům mohou dostávat. Nakonec bude část teoretické práce věnována nejčastějším narušením komunikačních schopností v období senia, jak se projevují, čím jsou způsobeny a jaké jsou možnosti nápravy, a také představí systém péče o seniory v naší zemi.

Na teoretickou část naváže část empirická, v rámci které budou uskutečněny rozhovory se zaměstnanci domova pro seniory. Tyto rozhovory budou zaměřeny na způsob logopedické intervence, která se dostává seniorům v tomto zařízení, a na její efekty (přínosy i zápory), které zaměstnanci u seniorů v důsledku logopedické péče pozorují. Rozhovory budou uskutečněny se zaměstnanci domova pro seniory z toho důvodu, že jsou se seniory v častém kontaktu a vidí tak změny, které u seniora přicházejí, pravděpodobně nejlépe ze všech, s kým senior přijde do kontaktu.



# 1. Stáří a stárnutí

## 1.1. Stáří

Slova stáří a stárnutí patří k pojmům často skloňovaným jak širokou veřejností, tak odborníky napříč medicínskými, psychologickými, sociologickými, pedagogickými a dalšími obory. Vnímání stáří se však různí napříč dobou i skrze jednotlivé obory, které se jeho problematikou zabývají.

Všeobecně uznávanou skutečností je to, že život každého lidského jednotlivce se odehrává v předem stanovených vývojových stadiích. Tato stadia začínají oplozením, pokračují přes prenatální vývoj, vývojová stadia patřící do období dětství (jako je novorozenecké či kojenecké období atd.). Dále vývoj pokračuje obdobím adolescence, dospělosti a závěrečnou fází lidské ontogeneze je stadium stáří, které končí smrtí a zánikem jedince (Thorová, 2015). Jednotlivá stadia vývoje, jejich pojmenování a časové vymezení se liší v závislosti na jednotlivých autorech, napříč jednotlivými názory si však každá vývojová etapa zachovává své zákonitosti a charakteristické rysy. Například Thorová (2015) člení období stáří na dvě stadia – stáří a dlouhověkost a na období umírání a smrti. Vágnerová (2007) rozlišuje rané stáří a pravé stáří, Langmeier a Krejčířová (2006) pojmenovávají stáří jako jedno celistvé období. U jednotlivých autorů nacházíme také drobné rozdíly v časovém vymezení těchto období. Thorová (2015) vymezuje stáří od 70 let, Říčan (1990) mluví o stáří již od 50 let člověka. Tato nejednotnost je dána tím, že stáří a stárnutí jsou ryze individuálními záležitostmi, navíc proces stárnutí probíhá postupně, a nelze tedy stanovit přesný věk, kdy se člověk stává starým.

S obdobím stáří se v dnešní době pojí mnoho předsudků a v povědomí veřejnosti je často spojováno s mnoha negativními konotacemi (Mühlpachr, 2005).

## 1.2. Stárnutí

Stáří je určitý stav jedince, se kterým bezprostředně souvisí pojem stárnutí. Stárnutí je proces, který se odehrává v průběhu celého života. Dle Dvořáčkové (2012) je stárnutí „*součtem změn, kterým podléhá organismus v průběhu času*“ (Dvořáčková, 2012, s. 16).

Přináší s sebou tzv. involuční změny, což jsou změny charakteristické úbytkem schopností a zhoršováním jednotlivých funkcí. Tyto změny mohou započít již ve střední dospělosti (Dvořáčková, 2012). Ačkoliv se jedná o proces celoživotní, jeho projevy se s rostoucím věkem stávají citelnějšími a nejvýraznější jsou právě v období stáří.

Involuční změny jsou bezprostředně spjaty s různými nemocemi a úrazy. Některé jsou pro období senia poměrně charakteristické, tj. objevují se u seniorů často, některé jsou spíše ojedinělé. Představením těch nejčtenějších se zabývá následující kapitola.

## **2. Nemoci a úrazy v pozdním věku ovlivňující komunikační schopnosti**

Vlivem stárnutí populace a vlivem nárůstu rizikových faktorů pro vznik chorob jsme v posledních desetiletích svědky přibývajícího množství chronických onemocnění. U chronických onemocnění je také pozorováno, že s rostoucím věkem se zvyšuje i pravděpodobnost, že se u jedince nějaké objeví (Kalvach, 2004).

Chronická onemocnění mohou vznikat na základě oslabení tělesných nebo psychických funkcí. K oslabení psychických funkcí dochází zejména u demence, deprese, poruch chování či deliria (Topinková, 2005). Onemocnění pojící se s oslabením psychických funkcí mají neojediněle vliv i na řečový projev jedince. Nejedná se však o vliv výlučný, na řečové dovednosti mohou mít negativní vliv také tělesná onemocnění, např. cévní mozkové příhody, nádory mozku aj. Významný podíl na zhoršování řečových funkcí mají i degenerativní onemocnění jako je Alzheimerova choroba atp. K dalším, velmi častým chronickým onemocněním patří ve vysokém věku diabetes, hypertenze, ischemická choroba srdeční, dorzopatie atp. (Kalvach, 2004).

Vedle chronických onemocnění lze pozorovat také onemocnění akutní, ke kterým se ve velké míře řadí úrazy jako např. zlomeniny atd. Kromě úrazů patří k akutním onemocněním zánětlivá onemocnění, která se také mohou do mluvních dovedností jednotlivce promítnout.

Love a Webb (2009) člení příčiny narušené komunikační schopnosti u dospělých osob do sedmi skupin, kterými jsou:

- Vaskulární onemocnění
- Infekce
- Traumata
- Nádorová onemocnění
- Degenerativní onemocnění
- Nervosvalová onemocnění
- Další příčiny.

**Vaskulární onemocnění** je skupina takových chorob, které se projevují převážně krvácením nebo nedostatečným prokrvením mozku. Patří mezi ně mozková embolie či trombóza, mozková hemoragie nebo subdurální hematom. Krvácení nebo naopak malé prokrvení řečových center má za následek různé formy narušení komunikační schopnosti.

Virové či bakteriální záněty, encefalitidu nebo meningitidu řadí Love a Webb (2009) do skupiny **infekcí** způsobujících obtíže v řečové oblasti.

**Trauma** je skupina zraňujících různá poranění hlavy, ta bývají ve vysokém věku především důsledky pádů. Kvůli poranění vzniká často afázie, avšak může dojít i ke vzniku jiných onemocnění spojitých se s komunikačními schopnostmi.

K nejčastějším **degenerativním onemocněním** majícím vliv na narušení komunikační schopnosti jsou řazeny Alzheimerova nemoc a Parkinsonova choroba, patří mezi ně ale také např. roztroušená skleróza. Alzheimerova nemoc je jednou z nejčastějších příčin demence, postihuje velmi negativně paměť. Parkinsonova choroba je charakteristická třesem, poruchami mimiky a rigiditou svalů.

Významný vliv na řečovou produkci mají **nervosvalová onemocnění**. K nim patří amyotrofická laterální skleróza, jejímž důsledkem bývá dysartrie či dysfagie a různé druhy svalových dystrofií, které bývají také příčinou dysfagie. Všechna tato onemocnění se projevují postupnou ztrátou volní kontroly nad svalstvem.

Do poslední skupiny řadí autoři jako možný zdroj NKS **epilepsii** (Love & Webb, 2009).

### 3. Systém péče o seniory v České republice

Péče o seniory probíhá v České republice na dvou základních liniích: linii domácí péče a linii institucionální. Domácí péče umožňuje seniorovi setrvat i navzdory věku a přicházejícím nemocem či jiným obtížím ve svých domovech za pomoci členů rodiny a dalších bližních či za využití terénních a ambulantních sociálních služeb. Ambulantní služby jsou takové, za kterými jedinec dochází do zařízení sociálních služeb, služby terénní jsou poskytovány jedinci v prostředí jeho domova. Obě formy služeb jsou cennou pomocí rodině při domácí péči o seniory, patří mezi ně např. pečovatelská služba, osobní asistence a odlehčovací služby v případě terénních služeb a centra denních služeb či denní stacionáře v případě služeb ambulantních. Institucionální péče o seniory je pak péče taková, která se odehrává v pobytových zařízeních, v případě seniorů se jedná o domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby se zdravotním postižením (Zákon č. 108/2006). Institucionální forma péče bývá volena v případě, kdy není rodina seniora schopna se o dotyčného postarat a věnovat mu veškerou potřebnou péči.

Vzhledem k povaze této práce a především její empirické části se autorka nadále věnuje výhradně institucionální péči v domovech pro seniory a veškerá popisovaná sociální péče je nahlížena pohledem těchto zařízení, i když sociální péče o tuto cílovou skupinu probíhá i v ostatních zmíněných zařízeních.

Legislativně jsou v České republice sociální služby ukotveny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění a vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v platném znění. §15 vyhlášky vymezuje základní činnosti, které jsou domovy pro seniory povinny svým klientům zajišťovat. Patří k nim poskytnutí ubytování a stravy a dále:

*„ c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:*

- 1. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,*
- 2. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,*
- 3. pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,*
- 4. pomoc při podávání jídla a pití,*
- 5. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,*

*d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:*

- 1. pomoc při úkonech osobní hygieny,*
- 2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,*
- 3. pomoc při použití WC,*

*e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*

*1. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,*

*2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,*

*f) sociálně terapeutické činnosti: socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,*

*g) aktivizační činnosti:*

*1. volnočasové a zájmové aktivity,*

*2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím,*

*3. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,*

*h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí: pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,“ (Vyhláška č. 505/2006 Sb., §15).*

### **3.1. Medicínská péče o seniory**

Péče o seniory se v České republice odehrává pod záštitou dvou hlavních oblastí – medicínské a sociální. Medicínská péče je starším lidem poskytována praktickým lékařem, případně dalšími odborníky v závislosti na konkrétních zdravotních obtížích, které konkrétního jedince provází. V případě nutné hospitalizace je senior umístěn na oddělení příslušící daným obtížím, tedy například při léčbě srdečních problémů na kardiologické oddělení, v případě ortopedických obtíží na oddělení ortopedické atp.

Dojde-li k zaléčení akutních obtíží, ale zároveň je sledována nezbytnost další medicínské péče ve zdravotnickém zařízení, je senior umístěn na takzvaná léčebná lůžka. Pro laickou veřejnost jsou tato lůžka známá pod pojmem léčebny dlouhodobě nemocných. Zde může pacient pobývat až 5 měsíců, nejpozději po uplynutí této doby je buď z nemocnice propuštěn, nebo v případě stálé potřeby hospitalizační péče umístěn na tzv. ošetrovatelská lůžka, kde doba pobytu není limitována.

### **3.2. Sociální péče o seniory**

Významným a poměrně novým trendem v péči o seniory a další cílové skupiny sociálních služeb je deinstitucionalizace. Tento pojem vyjadřuje snahu umožnit jedinci setrvat co nejdéle v domácím prostředí i navzdory různým zdravotním omezením či jinak nepříznivé situaci. To je umožněno díky široké nabídce již zmíněných terénních a ambulantních služeb, které seniorovi nabízí zajištění potřebné péče a pomoci bez nutnosti dlouhodobého pobytu v sociálním zařízení.

Je-li situace seniora natolik závažná, že již nadále nemůže pobývat v domácím prostředí a zároveň ve svém okolí nemá blízké, kteří by mu mohli poskytovat potřebnou péči, dostává se starý člověk nejčastěji do domova pro seniory. Tyto domovy jsou zřizovány majoritně kraji či obcemi, některé domovy jsou ve vlastnictví soukromých osob. Dalšími zařízeními, které se starají o seniory, jsou domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby se zdravotním postižením.

Zákonem č. 108/2006 Sb. jsou definovány také personální a kvalifikační požadavky, které jsou na tato zařízení kladeny. Personálně zákon stanovuje tyto profese:

- Sociální pracovník
- Pracovník v sociálních službách
- Zdravotničtí pracovníci (lékařští i nelékařští)
- Pedagogičtí pracovníci
- Manželští a další odborní poradci (Zákon č. 108/2006. Sb.).

Oblast sociálních služeb můžeme rozčlenit na tři základní oblasti – sociální poradenství, prevenci a péči.

Sociální poradenství je povinen zajistit každý zřizovatel sociální služby. Znamená to poskytování informací klientům v těžkých životních situacích a obdobích. Poradenství může být buďto základní, které spočívá v pomoci při řešení těžkých životních situací, anebo odborné, které se zaměřuje na konkrétní oblast, problematiku. (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Sociální prevence je služba s cílem předcházet vzniku obtíží nebo zabraňovat jejich zhoršování v případě, že již vzniknou. Do oblasti sociální prevence patří mnoho různých služeb, při práci se seniory se uplatňuje především sociálně aktivizační služba, mající za cíl předcházení sociálnímu vyloučení, či například krizová intervence.

Sociální péče je z těchto zmíněných oblastí u seniorů asi nejvíce uplatňovaná. Pod tento pojem spadají služby, které napomáhají k zajištění důstojného a co nejsamostatnějšího života. Patří sem služby terénní, ambulantní i pobytové, sociální péče je tedy poskytována v prostředí domácím i institucionálním. Mezi konkrétní služby sociální péče patří osobní asistence, pečovatelská služba, denní či týdenní stacionáře, domovy pro seniory, odlehčovací služby atp. (Malíková, 2020).

### **3.3. Logopedická péče o seniory**

O děti, dospělé, ale i seniory může v rámci logopedické intervence pečovat odborník, který získal potřebnou kvalifikaci v podobě ukončeného bakalářského a na něj navazujícího magisterského studia speciální pedagogiky se státní závěrečnou zkouškou z předmětu logopedie a surdopedie. Pro možnost pracovat v rezortu zdravotnictví musí daný jedinec absolvovat také kurz logopeda ve zdravotnictví, po jehož zakončení pak může nastoupit do atestačního programu. Tyto podmínky jsou dané zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění.

Terapeutickou práci s logopedickými pacienty lze rozdělit na dvě základní části – na terapii v akutní fázi onemocnění a terapii ve fázi chronické. Terapie v akutní fázi je zaměřena mimo jiné na nastolení určité psychické stability jedince. Práce s pacientem v chronické fázi je zaměřena více na obnovu a udržování sociálních vazeb, kontaktů a v této fázi je možné přiklonit se i k terapii skupinové, kdežto v akutní fázi onemocnění



probíhá terapie výhradně individuálně. Důležitý je při terapii vztah mezi pacientem a terapeutem a osobnost terapeuta. Terapeut musí být dostatečně kvalifikovaný, empatický a znát důvěrně pacientův zdravotní stav, aby mohl terapii přizpůsobit pacientovým individuálním podmínkám (Kalvach, 2004).

Logopedická péče může být poskytována v nemocničním i domácím prostředí, v rámci lůžkových oddělení či ambulantně. Seniorům logoped poskytuje své služby v resortu zdravotnictví a v resortu práce a sociálních věcí.

Kalvach (2004) zmiňuje jako jeden z důležitých aspektů kvalitní péče zaučení osob blízkých nemocnému tak, aby správným komunikačním přístupem podpořili vhodné komunikační vzorce i ve chvílích, kdy není přítomen odborník. Tento autor také uvádí, že neznalost vhodného přístupu ze strany osob blízkých klientovi může mít na klienta nežádoucí efekt (Kalvach, 2004).

Terapie by měla vždy být dlouhodobým a systematickým procesem počínajícím v akutní fázi onemocnění a končícím obdobím stabilizace pacienta.

## **4. Narušená komunikační schopnost v období senia**

Narušení komunikační schopnosti může nastat u jedince kteréhokoliv věku, útlým dětstvím počínaje a stářím konče. Některé z příčin narušení komunikačních schopností jsou charakteristické spíše pro určité věkové období (např. demence je charakteristická spíše pro starší věk), některé nastávají neobvykle v kterékoliv životní fázi (například narušení komunikační schopnosti v důsledku úrazu).

S obdobím senia jsou některá narušení komunikační schopnosti propojena poměrně úzce. Je to dáno mnoha různými důvody, ke kterým patří mimo jiné zhoršování sluchu, různá degenerativní onemocnění, nádorová onemocnění, úrazy způsobené pády a další. Obtíže v komunikaci mají negativní vliv na celý život jedince a jeho kvalitu, neboť pro člověka je řeč velmi důležitým prostředkem spojení s ostatními lidmi.

Tato kapitola vyjmenovává nejčastější příčiny, které stojí za narušenou komunikační schopností u seniorů v České republice. Představuje tak obtíže, se kterými se senioři setkávají, a pomáhá tak čtenáři lépe pochopit, proč je logopedická péče o tuto cílovou skupinu velmi důležitá.

### **4.1. Afázie**

Afázie je získaná porucha řeči (Neubauer, 2018) vzniklá v důsledku organického poškození mozku (Škodová & Jedlička, 2003). Na její přesné definici se autoři neshodují, panuje ale shoda v tom, že se jedná o poruchu expresivní funkce řeči. Lechta et al (2003) uvádí čtyři charakteristické atributy pro afázii – jde o získanou poruchu, týká se symbolických procesů, vzniká ložiskovým poškozením mozku a vzniká v důsledku systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka. Naproti tomu například Škodová a Jedlička (2003) udávají, že se může jednat jak o poškození ložiskové, tak difuzní, tedy buď ohraničené, nebo rozptýlené.

#### **4.1.1. Etiologie**

Nejčastější příčinou vzniku afázie jsou centrální mozkové příhody. Konkrétní afatický obraz závisí na lokalizaci a rozvoji léze. V rámci centrálních mozkových příhod rozlišujeme dva základní druhy – krvácení nebo naopak snížené prokrvení.

Hemoragické cévní příhody, tedy krvácení, vznikají v důsledku vysokého krevního tlaku. Ten může být způsoben prasklou cévní stěnou, úrazem hlavy či mozkovým nádorem. Krvácení nejčastěji naruší bazální ganglia, mozkové laloky, kmen či mozeček.

Ischemické cévní příhody, které s sebou přinášejí nedostatečné prokrvení některých částí mozku, bývají způsobeny krevní trombózou nebo embolií (Škodová & Jedlička, 2003).

Škodová a Jedlička (2003) uvádějí jako možnou příčinu afázie také degenerativní onemocnění, z nichž nejčastější je Alzheimerova nemoc a Pickova choroba. Tyto afázie jsou způsobeny difúzním poškozením mozku a jsou sekundárním projevem jiných nemocí, proto je např. Lechta et al (2003) pod pojem afázie neřadí.

Dalšími příčinami afázie mohou být mozkové nádory, úrazy mozku, intoxikace mozku či zánětlivá onemocnění.

Zvláštním druhem afázie je tzv. dětská afázie, při které jde o náhlé poškození / přerušení vývoje centrální nervové soustavy, která se doposud vyvíjela normálně. Její příčiny jsou stejné jako u dospělých.

#### **4.1.2. Klasifikace**

V rámci této poruchy řeči rozlišujeme několik typů afázie dle toho, jaká část mozku je poškozena, nebo dle charakteristických symptomů. Klasifikací afázií existuje více, zde je uvedena nejrozšířenější, tzv. Bostonská typologie (Neubauer, 2007).

**Brocova afázie** se projevuje v expresivní složce řeči, porozumění je poměrně zachovalé. Člověk s tímto typem afázie má jasný komunikační záměr, avšak v jeho projevu se objevují parafrázie a agramatismy. Poškozeno bývá Brocovo centrum řeči.

**Wernickeho afázie** je charakteristická naopak horším porozuměním, taktéž je narušené opakování, avšak řeč zůstává fluentní. Často je mluva plná neologismů a řeč tak působí nelogicky, bez komunikačního záměru. Postižený jedinec si svoji poruchu nemusí uvědomovat.

**Globální afázii** provází narušená expresivní i receptivní složka řeči, narušené je taktéž opakování. Vzhledem k tomu, že je narušen jak řečový projev, tak i porozumění řeči, jedná se o těžkou afatickou poruchu.

**Kondukcční afázie** nechává na dobré úrovni produkci i porozumění řeči, narušuje především schopnost opakování.

**Transkortikální senzorická afázie** se projevuje zachovalou plynulostí řečového projevu i relativně dobrou schopností opakovat, výrazně je však narušeno porozumění textu, a to i textu opakovanému. Jedná se o typ afázie s dobrou prognózou, příznaky se v průběhu času často upraví.

**Transkortikální motorická afázie** je doprovázena chudým slovním projevem jedince, ve kterém se objevují chyby (často dochází k vynechání přísudku ve větě). Porozumění je relativně zachovalé.

**Anomická amnestická afázie** je posledním druhem afázie, typickým fluentní mluvou s tzv. anomickými pauzami – jedinec dělá pauzy před pojmenováním objektů vlivem horší výbavnosti slov. Porozumění bývá zachováno (Neubauer, 2007).

Neubauer (2018) později ještě přidává k tomuto výčtu **afázii smíšenou**, která je charakteristická obdobným rozsahem poškození v senzorické i expresivní oblasti, a také **afázii transkortikální smíšenou**, ta se projevuje výrazným oslabením v oblasti porozumění a neplynulostí řeči.

### 4.1.3. Diagnostika

Nejdůležitějším předpokladem diagnostiky afatiků je multidisciplinární přístup. Na diagnostice se podílí logoped, psycholog, neurolog a nezářídka také sociální pracovník (Neubauer, 2018). Díky tomu může být diagnostika velmi komplexní a umožňuje nám nahlédnout konkrétněji obraz postižení jednotlivce. Psychologická část je zaměřena na testování kognitivních funkcí a nezapomíná ani na testy inteligence. K tomu jsou využívány mimo jiné testové baterie Western Aphasia Battery či Boston Diagnostic Aphasia Examination. Kognitivní deficity lze ověřovat pomocí testu Mini Mental State Examination (MMSE) či Zkoušky vizuální pozornosti. Logopedická diagnostika sestává z orientačního vyšetření hodnotícího aktuální stav a zachované komunikační dovednosti. Komplexní vyšetření pak sestává z posouzení 4 oblastí řeči. V rámci diagnostiky je sledováno porozumění řeči, řečová produkce (spontánní řeč), opakování a pojmenování (Klenková, 2006). Neubauer (2018) hovoří ještě o vyšetření čtení a psaní. Sledována je též schopnost využít jazyk v každodenním životě. Pro diagnostiku je nyní hojně využíván koncept Vyšetření fatických funkcí, který pomáhá určit i typ

afázie, kterým je pacient stížen. V českém prostředí byl v šedesátých letech sestaven diagnostický nástroj Pražské afaziologické vyšetření, to však nyní není příliš využíváno (Neubauer, 2018).

#### **4.1.4. Terapie**

V rámci terapie afázie se dnes uplatňuje stimulace centrálních funkcí kognitivních a jazykových schopností (Cséfalvay, Lechta, et al., 2013).

V České republice není jedna uznávaná preferovaná technika terapie afázie, ale existuje mnoho různých akceptovaných přístupů. Patří k nim např. Lurijova neuropsychologická koncepce založená na racionální restrukturalizaci funkčních systémů, dále tlumení perseverací, melodicko-intonační terapie zaměřená na schopnost intonace krátkých mluvních frází či může být terapie založena na využívání neverbálních prostředků ke komunikaci.

K přístupům používaným v terapii afázie patří také muzikoterapie, která má funkci tišícího a zklidňujícího prostředku. Důležitá je kvůli skutečnosti, že narušení komunikační schopnosti, resp. ztráta řeči je velkým zásahem do psychiky člověka, dalo by se říci, že se jedná o traumatický zážitek. Jakékoliv zklidňující techniky a přístupy jsou tedy pro její terapii nepostradatelné. U afatických pacientů má muzikoterapie také pozitivní vliv na reedukaci komunikačních schopností jako takových – díky písním, které pacient zná, může docházet k lepší výbavnosti textu těchto písní, písně mohou také napomoci přenesení textu do běžného jazyka (Čecháčková, 2007).

## **4.2. Dysartrie**

Dysartrie je motorická porucha řeči vznikající jako důsledek špatné koordinace či slabosti artikulačních svalů. Kromě artikulace je narušena taktéž fonace, rezonance, dech (Lechta et al, 2003). Je-li schopnost artikulace zcela ztracena, hovoříme o anartrii. Na jednotné definici se stejně jako v případě afázie odborníci neshodují, avšak jako hlavní rysy jsou udávány následující: narušení vzniká v důsledku organického poškození nervové soustavy a jedná se o komplexní narušení, které se promítá do všech subsystémů podílejících se na realizaci řeči, respirace, fonace, artikulace a prozodických faktorů (Cséfalvay, 2003).

### 4.2.1. Etiologie

Dysartrie je charakteristická tím, že může vzniknout v jakémkoliv životním období od prenatálního až po období stáří.

K nejčastějším příčinám vzniku dysartrie patří mozkové obrny, ty mohou způsobovat jak dysartrii vývojovou, tedy získanou v raných fázích života, tak dysartrii získanou, jak je nazývána dysartrie postnatálního původu. K dalším příčinám získané dysartrie řadí American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) cévní mozkové příhody, úrazy mozku, nádorová onemocnění, Huntingtonovu chorobu, Parkinsonovu chorobu a další degenerativní onemocnění (ASHA, 1997–2023).

### 4.2.2. Klasifikace

**Dysartrie periferní** vzniká v důsledku poškození periferních mozkových nervů, které inervují řečové mechanismy. Takové poškození se vyskytuje u infekčních onemocnění CNS, u nádorů mozku, u cévních mozkových příhod. K jejím projevům patří poruchy polykání, hypernazalita (Neubauer, 2018).

**Dysartrie centrální** vzniká narušením centrálního motorického neuronu. Je spojena s poruchami polykání, řečový projev je pomalý, pro pacienta obtížný, delší projevy bývají nesrozumitelné (Škodová & Jedlička, 2003).

**Mozečková dysartrie** je působena, jak sám název napovídá, lézí na mozečku a jeho drahách. Charakteristickými znaky v řečovém projevu jsou poruchy artikulace, prozodie (pomalé mluvní tempo, omezený rozsah hlasu, prolongované fonémy), dále poruchy fonace a také chybně koordinované pohyby mluvních svalů (Czéfalvay, Lechta, et al., 2013).

**Hypokinetická dysartrie** je spojována s lézemi na bazálních gangliích. Projevuje se poruchami artikulace, které jsou způsobeny omezenou pohyblivostí artikulačních orgánů. Dalšími projevy jsou poruchy hlasu, konkrétně slabá intenzita, postižený jedinec mluví velmi tiše, a atypické dysfluence v podobě zrychlujících se opakování slov či v podobě repetice počátečních hlásek (Czéfalvay, Lechta, et al., 2013).

**Hyperkinetická dysartrie** vzniká taktéž v důsledku poškození bazálních ganglií, avšak její projevy jsou oproti hypokinetické dysartrii odlišné. U nemocného se vyskytují

mimovolní pohyby mluvních orgánů, řečový projev je protkáán nepravidelnými pauzami, prodlouženou artikulací některých hlásek, v projevu pozorujeme také dysprozodii a poruchy fonace (ostrý hlas) (Czéfalvay, Lechta, et al., 2013).

**Smíšená dysartrie** je takový druh dysartrie, kdy se u jednoho pacienta kombinují dva a více typů tohoto onemocnění. Její příznaky jsou různé v závislosti na lokalizaci poškození (Czéfalvay, Lechta, et al., 2013).

#### **4.2.3. Diagnostika**

Stejně jako u většiny logopedických poruch dospělých a starších osob i logopedická diagnostika dysartrie navazuje na diagnostiku neurologickou. Jejím cílem je poznat, které řečové modality způsobují obtíže v řečovém projevu. K tomu jsou využívány různé formuláře a škály, většinou přejaté z diagnostiky dysartrie u dětí. Pro dospělou populaci je v České republice dostupný Test 3F, který se zaměřuje na diagnostiku v oblasti „*respirace, fonace, faciální svalové činnosti, diadochokineze, reflexní činnosti spojené s polykáním, žvýkáním, kašláním, artikulace, srozumitelnosti četby a mluvy, tempa a prozodie řeči*“ (Škodová & Jedlička, 2003, s. 317).

#### **4.2.4. Terapie**

Jako u mnoha dalších onemocnění platí i v případě dysartrie fakt, že čím dříve se s terapií začne, tím větší účinek lze očekávat. Prvním krokem je nezbytně určení zasažených funkcí a jejich obnovování či v případě progresivních poruch snaha o zamezení zhoršování těchto funkcí. Jedná se především o oblasti fonace, rezonance, respirace, artikulace, srozumitelnosti atd. V návaznosti na konkrétní druh dysartrie je pacientovi tvořen dlouhodobý rehabilitační plán, jehož cílem je obnova komunikačních schopností v co největší možné míře. V rámci terapie jsou využívány specializované pomůcky, ke kterým patří i různé počítačové programy (Lechta, et al, 2011).

### **4.3. Řečová dyspraxie/apraxie**

Tento pojem označuje poruchu řeči způsobenou poruchou pohybové koordinace. Stejně jako v případě dysartrie se jedná o poruchu vzniklou v důsledku poruchy motorické, u dyspraxie však není změněn svalový tonus, omezen pohyb svalů či jejich koordinace

(Neubauer, 2018). Řečová dyspraxie se projevuje chybami v mluvním projevu, spočívajících v „...nekonstantních chybách při tvoření jednotlivých hlásek, chybném nastavování mluvidel, ve váznutí řazení hlásek ve slově za sebou, v projevu jsou nekonstantně přítomny fonemické poruchy typu záměn, vynechávání a perseverace artikulačních segmentů projevu, především souhlásek,“ (Neubauer, 2018, s. 425).

#### **4.3.1. Etiologie**

Řečová dyspraxie může vzniknout během dětství, dospělosti i stáří a vzniká na podkladu léze nervové tkáně. Ta může být zapříčiněna centrální mozkovou příhodou nebo například úrazem hlavy, které mají za následek narušení Brocova centra řeči či senzomotorický kortex dominantní hemisféry (Dvořák, 2003).

#### **4.3.2. Diagnostika**

Pro diagnostiku této poruchy je třeba provést diferenciální diagnostiku a rozlišit příznaky verbální dyspraxie od afázie či dysartrie. V České republice však zatím nemáme stanovená pevná kritéria, která musí být splněna pro možnost tuto poruchu jednoznačně odhalit, určující je zatím to, že se obtíže projevují ve spontánním řečovém projevu (na rozdíl od jiných forem dyspraxie) a že vznikají na podkladě organické léze CNS (Neubauer, 2007).

#### **4.3.3. Terapie**

Terapie řečové dyspraxie je zaměřena na zpomalení postupu a rozvoje této poruchy. Úspěšnost terapie je ovlivněna mimo jiné příčinou, která za vznikem dyspraxie stojí. Terapie se odehrává především prostřednictvím artikulačních a rytmizačních cvičení, která zlepšují schopnost vyslovit konkrétní hlásku, a také cvičení fonemické diskriminace hlásek. Cílem terapie je dosažení co největší možné sebekontroly při artikulaci a co nejplynulejší autokorekce při chybných pohybech. Pracovat lze během terapie i s přístrojovými pomůckami sloužícími ke zpětné vazbě či se svalovou relaxací (Neubauer, 2018).



## **4.4. Dysfagie**

Dysfagie je porucha polykání, která může nabývat různých stupňů – od obtíží s polykáním pevné stravy až po úplnou ztrátu schopnosti polykat (Geiger & Dostál, 2001).

### **4.4.1. Etiologie**

Dysfagie může vzniknout v důsledku fyziologických změn způsobených stárnutím nebo v důsledku různých onemocnění. K těmto onemocněním patří například nádorová onemocnění, cévní mozkové příhody, demence, amyotrofická laterální skleróza, Alzheimerova nemoc, Parkinsonova choroba či různá onemocnění neurologického rázu (Sura et al., 2012).

### **4.4.2. Diagnostika**

Pro diagnostiku dysfagie je třeba multidisciplinární tým složený z různých odborníků napříč jednotlivými lékařskými disciplínami. Toto onemocnění se týká především neurologů, dále však také lékařů z oddělení ORL, KARIM, gastroenterologie atd. (Lasotová & Bednařík, 2013).

### **4.4.3. Terapie**

Dle konkrétního obrazu narušení každého pacienta je logopedem sestaven individuální terapeutický plán sestavený z terapeutických a kompenzačních strategií. Terapeutické strategie se zaměřují na zlepšení motoriky mluvidel a polykání – jsou zaměřené především na procvičování orofaciální motoriky, strategie kompenzační pak pracují s držetím těla, nastavením vhodné konzistence potravy, posilováním senzorických podnětů atp. (Kaulfussová, 2007).

## **4.5. Orální dyspraxie**

Toto onemocnění se řadí mezi neverbální poruchy a značí narušení provádění pohybů úst. Pohyby mohou být pomalé, nepřesné či může být zcela ztracena schopnost pohybů

vykonat (Vitásková, 2004). Důležité je, že obtíže nejsou způsobeny oslabením či parézou koordinace orofaciálního svalstva. Automatické mimovolní pohyby jsou zachovány (Love & Webb, 2009).

#### **4.5.1. Etiologie**

Orální dyspraxie vzniká v důsledku špatné inervace dané oblasti či narušením některých částí mozku, konkrétně premotorických cerebrálních oblastí či nižších postcentrálních oblastí (Vitásková, 2004).

#### **4.5.2. Diagnostika**

Diagnostika orální dyspraxie je založena na zkoumání pohybů svalstva mluvidel, a to na základě slovního pokynu a na základě imitace. Pro diagnostiku orální dyspraxie existují také metody testové, které většinou dokáží rozlišit orální dyspraxii od řečové (Love & Webb, 2009).

### **4.6. Poruchy kognitivně-komunikačních funkcí (demence)**

Kognitivně-komunikační poruchy je název pro veškeré poruchy, v nichž „...*hraje dominantní roli porucha kognitivních procesů, zároveň však jde i o poruchy řečové komunikace,*“ (Neubauer, 2007, s. 59). V rámci této skupiny rozlišuje Neubauer (2007) dvě základní skupiny poruch dle kognitivního deficitu, a sice kognitivně-komunikační poruchy na základě traumatické léze na CNS a u syndromu demence.

#### **Poruchy komunikace u syndromu demence**

##### **4.6.1. Etiologie**

Pojem demence je laickou veřejností často zaměňován s pojmem Alzheimerovy nemoci. Tyto pojmy však vyjadřují různé jevy – demence popisuje zdravotní stav specifický progresivní ztrátou intelektových schopností, Alzheimerova nemoc je pak v současné době nejčastější příčinou vzniku syndromu demence (Dash & Villemarette-

Pitman, 2005). K dalším příčinám vzniku demence jsou řazeny následující nemoci: Parkinsonova choroba, Huntingtonova choroba, Pickova nemoc, amyotrofická laterální skleróza a roztroušená skleróza (Neubauer & Neubauerová, 2015).

Stejně tak jako každé z uvedených onemocnění způsobuje jiný obraz kognitivních poruch, i poruchy řeči a jejich projevy jsou v návaznosti na etiologii poruch odlišné. Charakteristické projevy řeči pro jednotlivé typy zmíněných onemocnění popisuje Neubauer (2007):

Poruchy řeči u **Alzheimerovy nemoci** bývají velmi variabilní, řeč však u tohoto onemocnění bývá poměrně dlouho zachována, její narušení se objevuje až u závažnějších stupňů onemocnění. Nejdříve a nejzávažněji bývá narušena syntaktická a pragmatická stránka řeči.

**Pickova nemoc** je spojována s poruchami porozumění a s rozvláchnou mluvou.

**Huntingtonova choroba** je provázena postupnou zhoršující se schopností pojmenování předmětů a činností a zhoršující se schopností uspořádat řeč do větných celků.

**Parkinsonova choroba** má vliv více na verbální projev než na obsah sdělovaného. Řeč nemocného je charakteristická slabým hlasem s netradiční výškou (Neubauer, 2007).

#### 4.6.2. Diagnostika

Diagnostikovat demenci komplikuje skutečnost, že první příznaky tohoto onemocnění pozorujeme až dlouhou dobu po jeho skutečném propuknutí, čímž je značně ztížen proces včasné diagnostiky. Vzhledem k tomu, že se jedná o plíživě se šířící obtíž, trvá také většinou poměrně dlouhou dobu, než pacient navštíví lékaře, přestože již pozoruje určité příznaky. Včasná diagnostika je velmi důležitá pro možnost co nejdelšího zachování uspokojivého funkčního stavu nemocného jedince.

Pro diagnostiku syndromu demence se používají různé diagnostické materiály, které hodnotí úbytek paměti a dalších kognitivních funkcí. K užívaným testům patří MMSE, Montreal Cognitive Assessment, Test cesty. Řeč se hodnotí skrze Bostonský test či test slovní plynulosti (Ressner a kol., 2009). V rámci diagnostiky je také třeba pomocí zobrazovacích metod vyloučit přítomnost nádorového onemocnění či hematomu (Holmerová et al., 2010).

### **4.6.3. Terapie**

Práce s lidmi s demencí se dnes zaměřuje především na zmírňování projevů a na zpomalení zhoršování stavu. K tomu se používá především farmakoterapie a rehabilitace nemocného. V rámci rehabilitace se využívá například výtvarný projev dementních osob, který bývá díky zachovalé vizuální paměti na dobré úrovni a umožňuje nemocnému vyjádření mimo slova (Haškovcová, 2005).

V dnešní době není bohužel znám žádný prostředek, který by dokázal demenci vyléčit, jsou však dostupné léky, které výrazně zpomalují průběh celého onemocnění (Holmerová et al., 2010).

## **Poruchy komunikace po traumatické lézi CNS**

### **4.6.4. Etiologie**

Traumatické léze jsou u člověka způsobeny úrazem hlavy vzniklým nejčastěji při dopravní nehodě či během výkonu zaměstnání. Poškození mozku má za následek nejen poruchu řeči, ale způsobuje změny napříč celou osobností daného jedince (Neubauer, 2018).

### **4.6.5. Diagnostika**

Vzhledem k povaze poruchy je nezbytné provádět diagnostiku komplexní, na které se podílí kromě logopeda také psycholog, neurolog ad. V rámci diagnostiky je důležité rozpoznat, která z řečových modalit je dominantně porušena, aby bylo možné nastavit adekvátní terapii. V rámci logopedické části diagnostiky jsou používány metody jako je Token test, Zkouška vizuální pozornosti či Mississippi Aphasia Screening Test, které slouží k rozpoznání schopnosti porozumění a exprese řeči.

### **4.6.6. Terapie**

Stejně jako diagnostika musí být i terapie takto komplexní poruchy vždy mezioborová, je potřeba pracovat s jedincem nejen v rámci logopedické péče, ale také po stránce psychologické, neurologické, neuropsychologické apod. Neubauer (2018) zmiňuje

význam bazální stimulace, která začíná v akutní fázi, konkrétně je uplatňována u jedinců v kómatu (Neubauer, 2018). Dále se u těchto obtíží uplatňuje tzv. obnovovací trénink paměťových funkcí, jehož cílem je zapojení stimulace a tím zlepšení řečové produkce (Neubauer, 2018).

## 5. Cíle a otázky týkající se výzkumného šetření

Následující výzkumné šetření vzniklo na základě snahy poznat, jaký vliv má péče o seniory na jejich život, a to především péče logopedická. Ačkoliv bývá logopedická intervence širokou veřejností často spojována především s dětskou populací, v životě starších lidí zastává v rámci komplexní rehabilitace bez pochyby důležitou roli. Tak o tom alespoň hovoří literatura (Kalvach, 2004; Neubauer, 2018). **Hlavním cílem** výzkumného šetření tedy **je zjistit, jaké přínosy, zda vůbec nějaké, má logopedická intervence u seniorů**. Za další cíle bylo stanoveno následující:

- Nahlédnout případné negativní jevy týkající se logopedické péče.
- Zmapovat, o jakou skupinu seniorů je pečováno.
- Zjistit, jak často se logopedické péče seniorům dostává.
- Nahlédnout, zda má logopedická péče vliv i na jiné funkce než na komunikační dovednosti.

Ze stanovených cílů byly následně vyvozeny výzkumné otázky. Vzhledem k povaze výzkumu a typu jeho designu je umožněno formulovat výzkumné otázky poměrně široce a dle potřeby je případně v průběhu šetření upravovat (Strauss & Corbin, 1999), zároveň je však důležité formulovat otázky dostatečně konkrétně, a to proto, aby bylo možné posoudit, zda na ně daný výzkum odpověděl či nikoliv (Švaříček & Šedřová, 2007).

Výzkumné otázky zní tedy takto:

- Jaké pozitivní přínosy plynou z logopedické intervence u seniorů v pobytových zařízeních?
- Má logopedická péče u seniorů nějaká rizika?
- Ovlivňuje logopedická péče další kognitivní funkce (paměť, pozornost atp.) jednotlivce?
- Na základě čeho je seniorům logopedická péče poskytována?

## 6. Výzkumné paradigma a metoda sběru dat

Výzkum logopedické péče v domovech pro seniory je vystaven kvalitativně. Tento design byl vybrán proto, poněvadž nám umožňuje do hloubky porozumět dané problematice. Toto porozumění vychází především ze zkušeností jednotlivců s určitým jevem a jejich zasazení do celkového kontextu (Strauss & Corbin, 1999). Právě konkrétní zkušenosti jednotlivců považuje autorka za důležité a přínosné pro nahlédnutí do dané problematiky. Při volbě kvantitativního designu bychom získali sice širší pohled – díky většímu počtu účastníků, který nám umožní získat obecně platná pravidla, avšak poznatky by nešly do takové hloubky (Švaříček & Šed'ová, 2007).

Kromě do hloubky jdoucích poznatků se kvalitativní typ výzkumu vyznačuje také zásadní rolí badatele. Výzkumník provádějící kvalitativní šetření přiznává svůj vliv na získané informace, aktivně vstupuje do procesu získávání dat. Jeho vnímání je utvářeno žitou realitou a na základě svých zkušeností určitým způsobem vnímá a interpretuje data (Miovský, 2006). V kvalitativním přístupu je přiznáváno, že realita není objektivní, nýbrž je vytvářena jednotlivcem. Badatel usiluje o poznání reality takové, jak ji vnímá zkoumaný subjekt (Švaříček & Šed'ová, 2007).

Jednou z charakteristických metod sběru dat v kvalitativních výzkumech je metoda rozhovoru (Švaříček & Šed'ová, 2007). Tato metoda byla využita i při zkoumání logopedické péče u seniorů, konkrétně se jednalo o polostrukturované rozhovory. Tento druh rozhovoru je kombinací připravených tematických okruhů či konkrétních otázek a zároveň otázek, které vyplynou v průběhu rozhovoru (Řiháček, Čermák & Hytych, 2013). To výzkumníkovi poskytuje jedinečnou možnost opřít se při sběru dat o ty otázky, které má připravené, což může rozhovoru dát určitou osnovu a rozhovor může být tím pádem konzistentní. Zároveň mohou předem připravené okruhy pomoci předejít tomu, že výzkumník opomene zmínit nějaké důležité téma nebo oblast. Na druhou stranu má ale badatel určitou volnost v tom, že může rozhovor přizpůsobit aktuální situaci tím, že přidá nebo naopak vypustí nějaký dotaz, dle toho, co se během samotného rozhovoru vynoří. Rozhovor tak může být přirozenější a dostat se více k podstatě věci, než v případě strukturovaných rozhovorů, kdy se vše odvíjí dle předem připraveného schématu (Ferjenčík, 2010). Další výhodou polostrukturovaného rozhovoru je to, že jsou během něj pokládány otevřené otázky, na které může každý z účastníků odpovídat v takovém rozsahu a takovým způsobem, který je mu samotnému vlastní a příjemný.

## 7. Výběr probandů a průběh sběru dat

Realizace výzkumné části proběhla v jednom pražském domově pro seniory, avšak cesta k získání informantů byla poněkud spleťitá.

Původním záměrem bylo realizovat výzkumné šetření v Plzeňském kraji, a to z toho důvodu, že situací seniorů a logopedickou péčí, které se jim dostává, se zabývá více závěrečných prací (Horynová, 2016; Kovářová, 2010; Kruková, 2019), tímto krajem se však doposud nikdo nezabýval.

Byl tedy navázán kontakt se všemi domovy pro seniory v krajském městě a několika dalšími různě rozmístěnými po kraji, avšak na základě reakcí jednotlivých domovů pro seniory bylo zjištěno, že žádné z těchto zařízení logopedickou péčí svým klientům neposkytuje. Od původního záměru tedy muselo být upuštěno a výzkum se nadále zaměřil na táz zařízení v hlavním městě. S pomocí internetu byly vyhledány takové domovy pro seniory (dále domovy), které na svých internetových stránkách informují o poskytování tohoto druhu péče a některé z nich autorka kontaktovala skrze e-mail a představila jim svůj záměr. Z jednoho domova pro seniory přišla odpověď, že je možné rozhovory realizovat právě zde. Následně proběhla jedna schůzka s koordinátorkou aktivizační péče, kde byl detailněji představen výzkum a požadavky na rozhovory, stejně tak celá práce a autorka.

Požadavky zněly následovně:

- Uskutečnit rozhovory se 3–6 zaměstnanci.
- Zaměstnanci musí pracovat na denní bázi přímo s klienty domova pro seniory.
- Každý rozhovor by měl trvat v rozmezí 45–90 minut

Následně byl domluven termín rozhovorů. Rozhovory proběhly postupně v květnu 2023 přímo v domově pro seniory. Celkem se jich zúčastnily 4 zaměstnankyně domova.

Účastnice **Iveta** je žena středního věku, v domově pro seniory pracuje již osm let, nastupovala jako pečovatelka, nyní pracuje na pozici koordinační pracovnice.

Účastnice **Dominika** je třicátnice, která v domově plní funkci sociální pracovnice, nyní třetím rokem.

Účastnice **Hana** je padesátiletá koordinační pracovnice, která dříve pracovala, stejně jako Iveta, na pozici pečovatelky. V domově je nyní pátým rokem.



Účastnice **Nataša** – žena středního věku, v době uskutečnění rozhovoru pracovala v domově tři roky na pozici pečovatelky.

Pracovní náplň probandek je sice mírně odlišná, avšak všechny přicházejí do každodenního kontaktu s klienty domova a to bylo jednou z hlavních podmínek pro možnou účast v rozhovoru.

Každý rozhovor byl započat vlastním představením celé bakalářské práce a výzkumného šetření. Zároveň bylo potřeba na počátku rozhovoru získat vždy informovaný souhlas s výstupy z rozhovoru, s pořízením audionahrávky a také informování ohledně anonymizace dat.

Pro všechny rozhovory byly připraveny čtyři okruhy otázek. Otázky mířily:

- K zaměstnanci (na jaké pozici a jak dlouho v zařízení pracuje)
- Ke komunikaci s klienty
- K průběhu logopedické intervence
- K efektům logopedické péče

Na závěr rozhovoru bylo každé z účastnic poděkováno za její účast v rozhovoru.

Jak je již zmíněno výše, všechny rozhovory se zaznamenávaly v audio verzi (nahrávka skrze mobilní telefon), aby bylo později možné provést doslovný přepis, ze kterého bylo možno vycházet v následné analýze dat. Takovýto přepis na základě zaznamenané audionahrávky umožňuje pracovat s celou výpovědí tak, jak byla skutečně řečena a zajišťuje tedy, že badatel pracuje skutečně se všemi daty. Pokud by výstupem z rozhovorů byly jen psané poznámky, hrozilo by zkreslení výsledků vlivem neúplnosti těchto poznámek či drobné pozměnění významu (Vojtíšek, 2012).

## 8. Analýza dat

Získaná data byla zpracovávána metodou tematické analýzy. Tento způsob zpracování dat je výhodný z toho důvodu, že se neopírá o žádnou teorii, díky čemuž je velmi flexibilní (Hendl, 2016). S metodou tematické analýzy pracovaly a do povědomí veřejnosti ji dostaly Braunová a Clarkeová, které tuto metodu detailně popsaly ve svém článku *Using thematic analysis in psychology* (2006). Autorky rozlišují několik druhů tematické analýzy. Zde předkládané výzkumné šetření lze považovat za induktivní, tedy jdoucí ze samotného obsahu dat k vytváření teorií, nikoliv od předem dané teorie k obsahu. Dále je lze považovat spíše za sémantické nežli latentní z toho důvodu, že jde za hranici řečeného a usiluje o interpretaci latentních obsahů (Braun & Clarke, 2006). V neposlední řadě je možné tuto studii řadit k realistické analýze, která staví na předpokladu, že skrze řeč lze popsat prožívanou realitu.

V následujících odstavcích a kapitolách je popsán průběh analýzy dat. Data byla analyzována v souladu s jednotlivými kroky, které vytyčují Braunová a Clarkeová (2006). Jedná se o: seznamování se sama se získanými daty, generování základních kódů, hledání témat, revize témat, pojmenování a definování témat a nakonec sepsání závěrečného reportu.

### 8.1. Seznámení se se získanými daty

První analytická fáze spočívá v tom, že badatel důkladně studuje získaná data. Je to krok velmi důležitý, slouží jako základ v dalším postupu. Výzkumník, který zná získaná data, se v nich lépe orientuje, na základě této znalosti se mohou začít vytvářet základní kódy a témata. Tento krok je zvláště důležitý v případě, kdy analytik nezískával data sám, ale byly mu předloženy již získané výpovědi (Braun & Clarke, 2006).

Jak je zmíněno již výše, získaná data byla zaznamenána pomocí audio nahrávky. V rámci seznamování se s daty byl tedy uskutečněn nejprve doslovný přepis všech nahrávek a posléze opakované pročitání jednotlivých rozhovorů. Již v této fázi se začaly vynořovat různé kódy, se kterými se pracuje v následujícím kroku.

## 8.2. Generování základních kódů

Kódy slouží k seskupení a organizaci dat. Veškeré úseky dat – ať už slova, věty či odstavce mající podobný obsah či význam řadíme pod jeden kód (Braun & Clarke, 2006). To slouží především k lepší orientaci v datech a zároveň jako základ vytvoření témat.

Při práci s daty získanými během rozhovorů se zaměstnankyněmi domova pro seniory byly opětovně procházeny jednotlivé rozhovory a každý úsek, který se zdál být nějakým způsobem významný, byl označen buď určitou barvou, nebo specifickým druhem podtržení. Toto označení bylo dodržováno jednotně u všech rozhovorů. K tomu byl využit čistý papír, na který bylo sepsáno, jaký kód jednotlivá označení symbolizují. Názvy kódů byly přiřazovány tak, jak autorku práce v danou chvíli napadlo. V průběhu práce s jednotlivými rozhovory k jednotlivým kódům přiřazovala další označení – někdy zpřesňující, někdy rozšiřující dosavadní pojmy. Na závěr autorka práce prošla veškeré úryvky zařazené k témuž kódu a ze sepsaných pojmů vybrala ten, který nejlépe označoval veškeré pojmy v něm obsažené. Tím vznikl dlouhý seznam kódů a jejich pojmenování.

Některé kódy obsahovaly velké množství frází, některé jen velmi málo, stejně tak některé kódy prolínaly většinu rozhovorů a některé byly zastoupeny jen v jednom z nich. A naopak některé segmenty bylo možno přiřadit více různým kódům. Např. výrok „...*pro mě je to vlastně pořád jako neuchopitelný, protože já pořád třeba nechápu, co teda paní jako chce, ale třeba přijde tady kolegyně, a ta to pochopí,*“ lze řadit ke kódu nazvanému náročnost komunikace, nejistota i ke kódu subjektivního vnímání.

## 8.3. Hledání témat

Třetí fáze analýzy dat spočívá v třídění a seskupování již vzniklých kódů. Vzhledem k tomu, že kódů je velké množství, předpokládáme, že některé z nich spolu tematicky souvisí a je z nich tedy možné vytvořit jedno téma. Seskupením kódů vznikne menší množství témat, která je možné členit na hlavní témata a podtémata (Braun & Clarke, 2006). Braunová a Clarkeová (2006) také zdůrazňují, že z některého kódu se může stát téma a také připomínají, že může vzniknout téma i pro nezařazené segmenty dat.

Pro vytváření prvotních témat autorka opět využila čistý papír a tužku. Postupně pročetla jednotlivé kódy a přepisovala je na čistý papír tak, aby vždy do těsné blízkosti k sobě psala ty kódy, které spolu nějak souvisely. V průběhu tohoto postupu byly několikrát některé pojmy ještě přesunuty, neboť autorka během práce usoudila, že se více hodí do jiné oblasti. Na závěr opět vše pročetla, aby zkontrolovala, zda jsou kódy seřazeny tematicky správně a mohla tak vytvořit základní témata. Ta vznikla následující:

- Osobní život
- Vztah ke klientům
- Zařízení a jeho fungování
- Logopedická péče – toto téma bylo rozděleno na tři dílčí témata, a sice způsob poskytování logopedické péče, její přínosy a její negativa
- Zaměstnanec – vnímání, subjektivita, zaměstnání
- Nezařazené

#### **8.4. Revize témat**

Ve výsledku analýzy dat je důležité, aby jednotlivá témata byla vnitřně homogenní a zároveň mezi sebou heterogenní (Braun & Clarke, 2006). To znamená, že je podstatné, aby spolu veškeré informace spadající do téhož tématu souvisely, a zároveň se jednotlivá témata nesmějí překrývat tak, aby nebylo zřejmé, čím jsou od sebe rozdílná. Právě to zajišťuje revize zatím stanovených témat. Tento krok rozdělují Braunová & Clarkeová (2006) do dvou fází – první spočívá ve vrácení se zpět k začátku, badatel opět pročítá jednotlivé segmenty, které přiřadil určitým kódům, a v případě, že stanovené téma zcela neodpovídá tomuto obsahu, je reviduje. Druhou fází je pak pročitání jednotlivých témat a kontrola, zda mají v celkové hierarchii vzniklých témat své místo a jsou od sebe vzájemně dostatečně odlišené.

Zde autorka práce postupovala tak, jak je popsáno v předchozích odstavcích. Opět pročetla jednotlivé kódy a témata a upravovala vše tak, aby jednotlivá témata skutečně vystihovala, co je v nich obsaženo, a vzájemně se nepřekrývala. Některá témata byla sloučena a na konci této fáze byla stanovena tato:

- Zaměstnanec v domově pro seniory
- Logopedická intervence – průběh
- Vlivy logopedické intervence

## 8.5. Pojmenování a definování témat

Pátá analytická fáze spočívá v nalezení jádra každého tématu a podle něj stanovení jeho názvu. Název by měl být stručný a výstižný, aby byl srozumitelný každému a aby vypovídal, o čem dané téma je (Hendl, 2016).

Pojmenování a definování témat probíhalo současně s fází revize témat. Jednotlivá témata autorka znovu prošla a posoudila vhodnost jejich názvů, oproti předchozímu kroku však již nic nezměnila.

## 8.6. Závěrečná zpráva

Závěrečná zpráva dává získaná data do příběhu. Jde v ní o to popsat jednotlivá témata u každého účastníka výzkumu tak, aby tvořila jednotlý celek. Při psaní této zprávy využívá autorka úryvků z rozhovorů, které dosvědčují, že se témata do rozhovoru skutečně promítala (Braun & Clarke, 2006).

### 8.6.1. Iveta

#### Iveta v domově pro seniory

Iveta pracuje v domově pro seniory „...osm let, v začátku jsem pracovala jako pečovatelka 4 roky a ty další 4 roky pracuji jako koordinátorka.“ V rozhovoru podává obšírné odpovědi, často vysvětluje i různé detaily a drobnosti.

Její vztah ke klientům je veskrze pozitivní, přistupuje k nim jako ke svým partnerům, v jejím chování vůči nim není patrný ani náznak nadřazenosti. Z jejích slov o klientech vyplývá, že s nimi má velkou trpělivost, i když přiznává, že se často setkává s obtížemi při dorozumívání se s klienty. Během rozhovoru jsme byli například vyrušeni jednou klientkou, která se přišla zeptat, kde má podsedák, který téměř denně zapomíná na

terase. Iveta ji s naprostým klidem poradila, kde jej hledat. O jejím klidu vypovídá například i tento její výrok, ve kterém popisuje, jak hledali způsob dorozumívání s jednou z klientek: „...chodila za ní logopedička, protože ona jí to vypracovala (komunikační knihu – pozn. autorky), ale to se nechytlo. Tak jsme zkoušeli všechno možný, ale potom tím, jak je tu déle, tak v podstatě jakože jsme navázali tu kvazi svoji komunikaci, už se více dorozumíme... někdy se toho účastníme dvě tři kolegyně, že jedna něco pochopí. Druhá něco pochopí, ale většinou v konečném důsledku pochopíme, co klientka chce.“

Z jejího vystupování je znát určitý klid, který se promítá do jejího vztahu jak s klienty, tak i s kolegy a vedením zařízení.

### **Průběh logopedické intervence**

S tím, jak v domově probíhá logopedická péče, je Iveta poměrně dobře seznámena. Věděla přesně, za kterými z jejích klientů paní logopedka docházela, měla rámcově přehled i o tom, kdy a jak často hodiny logopedické péče probíhají. V rozhovoru to popisuje např. takto: „Ono stále jsme měli rozpis toho, že jako v tom programu těch aktivizací, v tomto rozpise, byla i její (paní logopedky – pozn. autorky) činnost zaznamenána.“ A dále pokračuje: „A v podstatě se to opakovalo pravidelně. Že jsme věděli, v který den to bylo a za jakými klienty dochází.“

Udává také, že logopedie se odehrávala skupinovou i individuální formou. V rámci individuální logopedie dochází dle Ivety paní logopedka na pokoj za jednotlivými klienty, protože u nich mají „...velkou část ležících klientů, takže u těch jakože se převážně aplikovala ta individuální logopedie.“ Skupinová logopedie je pak věnována těm klientům, kteří jsou schopni se sami nebo s pomocí personálu dopravit do místnosti, ve které probíhala.

Dobrý přehled měla i o tom, jak se klienti do péče logopedky dostávají. V rozhovoru se zmiňuje o tom, že každý nově příchozí klient absolvoval logopedické vyšetření, na základě kterého paní logopedka péči doporučila či nikoliv, „... a také některé získávala tím způsobem, že při zhoršení zdravotního stavu, že se klient ocitl v nemocnici a že se nějak jako narušila ta komunikace, tak tím pádem potom jakože jsme buď my, nebo zdravotní personál... a někdy i na doporučení z nemocnice přišlo, že prostě doporučují práci s logopedem.“

## **Vlivy logopedické intervence**

Poskytování logopedické péče klientům hodnotí Iveta jednoznačně pozitivně, a to hned z několika důvodů. Kromě udržování komunikačních schopností na stávající úrovni či jejich zlepšování pozoruje, že mají logopedická cvičení pozitivní vliv i na paměť. *„Pracovali, jakože, například s hláskami, písmeny, jako s abecedou, a na to vymýšleli slova, tak tím pádem si myslím, že pracovali s tou pamětí a nějak jako že jim to... já si myslím, že se jim určité věci ozřejmovaly více nebo že se jim jako vracely zpět, jako že si to zopakovali.“*

Další přidanou hodnotou je vyplnění volného času a tedy i vliv hodin logopedické péče na náladu klientů. K tomuto bodu se Iveta vracela několikrát během rozhovoru, mluvila o tom, že tento benefit asi nejvíce vítají sami klienti. Hovořila o tom, že jakékoliv aktivizační programy jsou u klientů vítány, protože mají co dělat a den jim tak rychleji utíká. O krácení dlouhé chvíle mluvila například takto:

*„...si myslím, že jako byli spokojeni už jen z toho, že se účastnili toho pravidelně. A bylo to pro ně v podstatě zajímavé, že prostě se nenudili.“*

*„...se odehrávala tu a já přímo slyším, co se tu dělo... víceméně ty klienti se do toho zapojovali jako do aktivity, která prostě... že by si zkrátily čas.“*

Negativa na poskytování této péče klientům nevidí.

## **8.6.2. Dominika**

### **Dominika a domov pro seniory**

Dominika je mladá paní, která do domova pro seniory nastoupila hned po dokončení studií a jedná se tedy o její první pracovní zkušenost na plný úvazek. Z jejího vyjadřování a chování je patrné, že práci bere zodpovědně a je v ní skutečně pečlivá. Během rozhovoru je sdílná, její odpovědi jsou dosti obsáhlé.

V komunikaci s klienty je velmi vřelá, s každým se pozdraví a popřeje krásný den nebo se optá, jak se dnes dotyčný má. Dobře se orientuje také v tom, jací klienti v domově jsou, během rozhovoru několik klientů zmiňovala, např. aby lépe popsala, jak s klienty

komunikuje, aby demonstrovala, jací jsou klienti, se kterými přichází do kontaktu atp. Ze všech probandek se zná s nejvíce dalších zaměstnanců domova, což je dáno náplní její práce sociální pracovnice. Kolektiv v zařízení hodnotí pozitivně, „*je to tady fajn. Ačkoliv jsou tu samý ženský, toho jsem se trochu bála, protože to někdy nebo ne vždycky dělá dobrotu. Ted' ale jsem tu spokojená, protože ten kolektiv tady je fakt dobrý, všichni jsou tu fajn.*“

### **Průběh logopedické intervence**

Ze všech 4 zaměstnankyň, se kterými jsem během sběru dat hovořila, věděla Dominika nejlépe, jak probíhá logopedická péče v jejich zařízení. Vysvětluje mi, že paní logopedka „*...byla na zkrácený úvazek, takže to tady bylo, dvakrát do týdne to měla, myslím.*“ A dále práci blíže specifikuje: „*Měla individuální a zároveň měla i skupinovou. No, tak ta skupinová, to vždycky bývá tady na hale, tam bylo plus mínus, já nevím, sedm lidí řeknu, a potom chodila vlastně ten další den, protože tady byla dva dny v týdnu, po pokojích klientů za vyložené individuální práci s klienty.*“

Stejně jako Iveta i Dominika věděla, kteří klienti docházejí na skupinové hodiny a za kterými dochází logopedka na individuální práci. Detailně dokázala také popsat, jak se klient domova dostane do péče logopedky. K tomu se vyjadřovala následovně: „*... ještě než ten klient jako nastoupí k nám, tak ta logopedka má tu informaci, že bude nový klient vlastně a ona si vlastně sama byla schopná dělat tu depistáž, že se přišla jako představit novému klientovi, vlastně už nějakým způsobem sama zjistila, jestli ta péče bude potřebná nebo nebude, a zároveň kdyby to byl nějaký stálý klient, který dřív logopedickou péči nevyžadoval, tak zase potom od personálu přímo toho danýho patra, tak přijde informace k ní, že shledáváme, jestli by tam nějaká její péče nebyla vhodná.*“

Dominika tedy znala ohledně průběhu logopedické intervence velké množství informací. Dokázala popsat, jak často a jakým způsobem je péče poskytována, věděla i to, jak často je logoped v zařízení přítomen.

### **Vlivy logopedické intervence**

Při rozhovoru jsem se informantek ptala, zda pozorují u těch klientů, kteří se hodin logopedické péče účastní, zlepšování v komunikaci a zda pozorují i nějaké jiné pozitivní



vlivy. Dominika v tomto ohledu hovoří o „*dvoji výhře*“ pro klienty. „*Jedna ta logopedická a druhá vlastně i náplň toho volného času.*“ O logopedických přínosech více nemluví, v dalším rozhovoru se zmiňuje spíše o přínosu v podobě naplnění času. Je si vědoma toho, že klienti v domově potřebují různá zpestření a různé aktivity a právě logopedie slouží jako jedna z nich. Poskytuje dle ní klientům zaprvé řád a pravidelnost, za druhé právě zpestření a zabavení.

U otázky, zda s sebou logopedie přináší i nějaká negativa, se Dominika na delší čas zamyslí. Nakonec udává „*nic mě nenapadá.*“

### **8.6.3. Hana**

#### **Hana a domov pro seniory**

Hana působí na první pohled poněkud unaveně a nesoustředěně, sama hovoří o tom, že je v domově stále co dělat a někdy je práce nad hlavu. V domově pro seniory pracuje dle svých slov „*čtyři nebo pět let,*“ podobně jako Iveta začínala na pozici pečovatelky a nyní pracuje jako koordinátorka pracovníků v sociálních službách. Ke své práci přistupuje velmi pragmaticky, vše, co s sebou její zaměstnání přináší, přijímá tak, jak to je. Ve svém projevu je zcela racionální, emoce během celého rozhovoru v podstatě neprojevuje. Její pragmatismus lze vyčíst například z jejího komentáře k otázce, zda někdy neztrácí trpělivost, když se jí nedaří dorozumět se s klienty a musí trávit dlouhý čas snahou zjistit, co si přejí. „*No, tak někdy asi jo. Ale zase prostě, od toho jsou tady další kolegové, aby se buď snažili se mnou porozumět, nebo udělali tu jinou práci. Takže...*“ Díky této povaze považuje jen máloco za problém, což jí pomáhá udržet si v práci optimismus a klidnou hlavu.

Tento přístup se promítá do jejího vztahu s klienty i s kolegy. Vztahy na pracovišti hodnotí kladně jak s kolegy, tak s vedením zařízení.

#### **Průběh logopedické péče**

Hana věděla, že logopedická péče je v domově poskytována seniorům buď ve formě skupinových lekcí, nebo individuálních hodin. Komu jsou poskytovány hodiny individuální a kdo dochází na skupinové lekce, Hana nevěděla, ale odhadovala, že „*to*

*logopedka už vyhodnotí, kdo je vhodnej na tu skupinovou a kdo je vhodnej na tu individuální.“ Jak často péče probíhá, kterým klientům je poskytována atp. však nedokázala říct s jistotou, měla určitou vlastní představu či domněnku, ale s jistotou průběh popsat nedokázala.*

*Jak se klient dostává do péče logopedky „asi uplně nevim přesně, ale předpokládám, že tam bude... nevim, jestli může být doporučení sestřiček... ale myslim si, že i kdyby my jsme dali podnět, jakože tam to není uplně ideální, tak myslim, že minimálně by ho vyšetřila.“*

Co se týče četnosti hodin logopedické péče, ani u toho si Hana nebyla jistá, jak často logopedka přichází. Odhadovala *„přibližně jednou týdně, možná dvakrát max.“* K tomuto odhadu došla proto, že ví, že logopedka je v zařízení zaměstnána na poloviční úvazek, tudíž se více pracovních dní v domově pro seniory nevyskytuje.

### **Vlivy logopedické péče**

Logopedickou péči v domově hodnotí Hana jednoznačně pozitivně. Hovoří o tom, že jako součást péče o seniory má logopedie svůj význam, jelikož se *„...minimálně třeba udržují ty klienti jako jakž takž... nebo se třeba zhoršují míň.“* To vnímá i jako výhodu pro sebe, protože je pro ni pak jednodušší se s klienty domluvit, rozumět jejich požadavkům a přáním. Výhody však vidí nejen v udržování řeči a komunikačních dovedností celkově, ale například také v tom, že má klient možnost trávit čas aktivním způsobem a že se seniorovi někdo věnuje. To dokládá následující výrok: *„Tak to zase je tak, že se tomu klientovi někdo věnuje, je to čas, kterej stráví prostě nějak aktivně a s někým.“*

Za třetí benefit považuje Hana procvičování paměti. O tom se během rozhovoru zmínila opakovaně, že logopedická cvičení mají pozitivní vliv i na paměť, což zlepšuje celkově život klientů.

Při otázce na případné negativní vlivy logopedické péče Hana odpovídá: *„Já si neuvědomuju, co by to mohlo bejt. Máte nějaký nápad?“*

## 8.6.4. Nataša

### Nataša a domov pro seniory

Nataša o sobě říká, že je součástí tzv. covidového týmu – to znamená, že patří mezi pracovníky, kteří do domova pro seniory nastoupili zhruba před třemi lety v době pandemie viru covid-19. Pracuje zde jako pečovatelka. Její práce je provázána neustálým smíchem, veškeré těžkosti či obtíže díky němu snáze překoná. Jak sama říká, *„v téhle práci je to potřeba.“*

Na práci v domově pro seniory má Nataša ráda to, že zde může s klienty pracovat dlouhodobě a může s nimi tak navázat hlubší vztah. *„Člověk ty lidi tak nějak zná, že jo.“* Dle jejích slov přináší dlouhodobá spolupráce mnoho výhod, například to, že *„si dovedu představit, co tak zhruba jako by ten klient mohl jako potřebovat, jo. I když si to třeba neřekne, tak já vim.“* To říká, poněvadž se požadavky klientů směrem k personálu často opakují. Zvláště u klientů, se kterými je obtížnější se dorozumět, *„protože mluví třeba potichu, že jo, takže když jde sousedovi televize třeba, tak to mu nemůžu rozumět vůbec jo, to prostě neslyším, co říká. A nebo klientům některým není vůbec rozumět prostě, že špatně vyslovují už nebo něco no.“* V těchto situacích Nataša zvlášť oceňuje dlouhodobější práci s klienty, jelikož si v průběhu společného času dokáží vyjasnit, co který posunek znamená nebo nějakou jinou formou přijít na to, jak se s klientem snadno dorozumět.

Na svém zaměstnání má ráda i to, že se stále pohybuje v kolektivu svých kolegů, se kterými může vše sdílet a díky kterým se v práci může cítit příjemně.

### Průběh logopedické péče

Klient dostane doporučení logopedické péče pravděpodobně na základě vyšetření lékaře, protože *„...oni jak dělají ty testy schopností, tak vlastně je tam i schopnost toho vyjadřování a tak, a když klient má třeba nějaký potíže, nebo je tam naděje na to, že se to může zlepšit... tak myslím, že to paní doktorka dávala jako doporučení práce s logopedem.“* Další cestou, jak se může klient do péče logopeda dostat, je, že *„občas to chce i rodina, že jo. Žádá logopeda, aby líp rozuměla tomu svému...to jsem zažila teďko taky.“*

Ví, že logopedie je klientům zprostředkovávána skrze skupinové i individuální lekce. Část skupinových lekcí občas zaslechne, když pracuje ve vedlejší místnosti, a tak Nataša ví, že „*pracují s různým vymyšlením slov jako slovní fotbal. A někdy taky různý opakování myslím si.*“ Víc o tom, jak hodiny logopedické péče probíhají, však neví. Nataša nemá přehled o tom, kteří klienti se této službě účastní, ví jen, že paní logopedka „*chodí za panem H., on tam bere i nějakou medikaci na zlepšení, takže to bylo ruku v ruce.*“

Jistá si Nataša není ani tím, jak často logoped na oddělení dochází. „*Myslím, že dvakrát tejdne. I když to možná bylo i častěji, protože oni tady často se sbírali lidi v jídelně ... a individuálně teda nevím.*“

### **Vlivy logopedické péče**

Hodiny logopedické péče „*jednoznačně zlepšují kvalitu života*“ klientů. Na dotaz, zda by mohla Nataša upřesnit, co zlepšením kvality života myslí, odpovídá: „*Myslím, že ty lidi se hodně zlepšují pak. Já jsem nezažila, že by se někdo zhoršil. Prostě že jako i to vyjadřování se lepší a tak dále. A k tomu ta nálada, oni potřebují nějak vyplnit čas tady, takže když mají jakoukoliv aktivitu, tak jsou šťastný.*“ Z tohoto výroku lze vyvodit, že za přínosy logopedické intervence považuje udržování komunikačních a řečových dovedností a také naplnění volného času, který senioři mají.

Žádné negativní přínosy u logopedické intervence nevidí a říká, že i kdyby tam nějaké byly, tak zkrátka klient podruhé na hodinu nepřijde. To se ale prý nikdy nestalo.

## 9. Diskuze

Empirická část si kladla za cíl zjistit, jaké přínosy, zda vůbec nějaké, má logopedická péče v domově pro seniory a také to, zda s sebou přináší i nějaká negativa. Dále se zaměřila na to, jaké skupině seniorů je logopedická péče poskytována a s jakou frekvencí. Na tuto problematiku pohlížela skrze pohled zaměstnanců domova, poněvadž autorka vychází z předpokladu, že právě oni mohou díky intenzivnímu kontaktu s klienty pozorovat, zda a jak logopedická intervence na klienty působí.

K dosažení tohoto cíle byly stanoveny čtyři výzkumné otázky znějící takto:

- Jaké pozitivní přínosy plynou z logopedické intervence u seniorů v pobytových zařízeních?
- Má logopedická péče u seniorů nějaká rizika?
- Ovlivňuje logopedická péče další kognitivní funkce (paměť, pozornost atp.) jednotlivce?
- Na základě čeho je seniorům logopedická péče poskytována?

**Co se týče pozitivních přínosů**, všechny informantky se bez výhrad shodují na tom, že poskytování logopedické péče seniorům v domově pro seniory je pro zmíněné přínosné, a to hned z několika důvodů. Prvním a zřejmě nejpředvídatelnějším přínosem je vliv na řečové a komunikační dovednosti seniorů. Účastnice Hana udává, že nedokáže posoudit, zda se senioři v komunikačních dovednostech v důsledku logopedické péče přímo zlepšují, ale s jistotou mluví o tom, že se alespoň nezhoršují a udržují se na stávající úrovni. Ostatní probandky toto více nekomentují, zmiňují se jen o pozitivních důsledcích logopedické péče na řeč a komunikaci. To vnímají jako velký přínos i pro sebe samotné, neboť je v jejich povolání důležité moci se s klienty dorozumět, aby mohl zaměstnanec plnit klientova přání a potřeby.

Druhým hojně zmiňovaným přínosem bylo vyplnění volného času. Opět všechny čtyři účastnice hovoří o tom, že klienti mají v zařízení mnoho volného času, který chtějí nějak aktivně, smysluplně vyplnit a jsou rádi za každou aktivitu, která se jim nabídne. V tomto směru lze považovat nazírání klientů na logopedii nikoliv jako na léčbu či terapii, ale jako na volnočasovou aktivitu. Kratochvílová (in Masarik & Masarikova, 2002) vymezuje funkce volnočasových aktivit následovně: socializační, prevenční, seberealizační, formativně-výchovná, zdravotně-hygienická. Podíváme-li se zblízka na

to, které funkce plní či může plnit hodina logopedické péče, zjistíme, že možná s výjimkou formativně-výchovné funkce (v případě seniorů) naplňuje všechny zmíněné. Dále např. Müllerová (2019) uvádí, že volnočasové aktivity seniorů přispívají ke zlepšování komunikace a pomáhají udržovat kontakt s druhými lidmi, což i individuální, ale především skupinové hodiny logopedické péče taktéž naplňují. Při takovémto zjištění se tedy ani přínos v podobě vyplnění volného času nejeví překvapivě.

Jako třetí benefit poskytování logopedické intervence uváděly informantky pozitivní vliv na paměť a náladu. Informantka Iveta během rozhovoru zmiňovala, že klienti na skupinových lekcích pracují s opakováním, vymýšlením slov na konkrétní hlásku apod. Pracují tedy s úkoly, které zaměstnávají i paměť, a to především dlouhodobou. Vliv na náladu spatřovaly účastnice v tom, že se seniorům někdo aktivně věnuje a vymýšlí jim program. Ačkoliv ony jako zaměstnankyně domova jsou se seniory stále, jejich pracovní náplň jim neumožňuje věnovat jim pravidelně určitý čas, který bude vyhrazen jen pro ně samé. To seniorům poskytují právě aktivizační programy, mezi které patří i logopedie. A toto aktivní věnování se ovlivňuje pozitivně náladu zúčastněných klientů. Jedna ze zaměstnankyň domova hovořila v souvislosti se zlepšováním paměti a nálady o celkovém pozvednutí kvality života. V souladu s tím hovoří o logopedické intervenci u seniorů např. Kalvach (2004), který považuje neposkytnutí logopedické péče seniorům s narušenou komunikační schopností za jednu z příčin poklesu kvality života. Všechny přínosy, které logopedické intervenci u seniorů přisuzují probandky ze zde předkládaného výzkumného šetření, lze podpořit i dostupnou literaturou. Kromě již zmíněných autorů přínosy v podobě zlepšení kvality života seniorů či paměti zmiňuje také Neubauer (2018), Lechta et al (2003), Kovářová (2010), Kruková (2019) ad.

Odpověď na druhou výzkumnou otázku – **zda s sebou logopedická intervence přináší nějaká rizika či negativa**, přineslo výzkumné šetření zcela jednoznačnou odpověď, a sice že nepřináší. Ani jedna ze zúčastněných zaměstnankyň domova neuvedla žádnou výhradu vůči této službě, naopak se všechny shodují na její užitečnosti a jejích benefitech.

Jak je zmíněno již výše, shánění probandů bylo významně ovlivněno kontaktem s nezanedbatelným množstvím domovů pro seniory, které svým klientům neposkytují logopedickou intervenci v žádné formě. Tento fakt považujeme za důležité zmínit,

ačkoliv se nejedná o negativní jev spojený s poskytováním logopedické intervence, o kterém by se zmiňovaly informantky. O stejné problematice informuje i literatura, např. Kalvach (2004) píše, že se situace sice v dnešní době zlepšuje, ale že „*komplexní rehabilitace včetně logopedické však dosud není vždy dostupná. Důraz je kladen na složku pohybovou a logopedická intervence bývá opomíjena a podceňována*“ (str. 457). Dále konstatuje, že v některých zařízeních jsou multidisciplinární týmy starající se o komplexní péči o klienta, v některých zařízeních pracuje jeden klinický logoped a v některých stále není žádný pracovník, který by mohl komunikační dovednosti u seniorů rozvíjet (Kalvach, 2004). O tomtož problému se zmiňuje i Neubauer (2018), který píše o logopedické péči o dospělé a stárnoucí osoby jako o trvale podceňované oblasti.

**Otázka, zda péče logopeda a poskytování hodin logopedické péče pozitivně ovlivňuje další kognitivní schopnosti jedince** je v podstatě odpovězena v rámci otázky na přínosy logopedické péče (viz. výše). Informantky hovořily o tom, že aktivity, kterých se klienti v rámci hodin logopedické péče účastní, pomáhají udržovat či zlepšovat jejich paměť. A to díky různému opakování, vymýšlení slov atp. O jiných poznávacích funkcích se nezmiňovaly.

O provázanosti paměti, pozornosti a řeči se zmiňuje např. Kalvach (2004). Píše o tom, že při narušení komunikačních schopností se často zhoršuje i paměť a koncentrace pozornosti, což má vliv především na pojmenování předmětů, naopak vhodnou stimulací lze zlepšit nejen řečové dovednosti, ale právě i již zmíněnou koncentraci pozornosti a paměť (Kalvach, 2004).

Při porovnání jednotlivých rozhovorů lze vidět, že informovanost ohledně chodu domova pro seniory a nabízených služeb v něm je u všech probandek na podobné úrovni, byť konkrétně v případě logopedické intervence mají některé z probandek detailnější přehled o jejím poskytování, kdežto jiné mají jen rámcovou představu.

Všechny informantky se shodují na tom, že logopedickou intervenci zajišťuje v domově interní pracovník (logoped) a také na tom, že je tato služba nabízena v podobě individuální i skupinové. Shodně uvádějí informantky také to, že hodiny logopedické péče probíhají několikrát v týdnu, avšak již se neshodují v tom, kolikrát. Co se týče

klientů, kteří této služby využívají, polovina z probandek uvádí, že ví, za kterými jejich klienty logoped dochází, další dvě probandky si nejsou jisté. Méně se orientují v tom, kteří klienti docházejí na skupinové lekce, ohledně individuální péče logopeda jsou informovány více.

Nejrozdílnější odpovědi však byly podávány na otázky ohledně toho, **kdo a na základě čeho může rozhodnout, že by pro klienta byla péče logopeda prospěšná.** Dvě účastnice zmiňují, že si logoped sám dělá depistáž, jedna hovoří o doporučení lékaře, jedna se domnívá, že péči doporučí zdravotní personál. Pravděpodobně se klient do péče logopeda může dostat všemi zmíněnými způsoby, ohledně odpovědi na tuto otázku však mezi informantkami panovala nejmenší jistota. Naopak jisté si probandky byly tím, že klientovi není péče logopeda doporučována na základě diagnózy, ale především na základě individuálních potřeb konkrétního jednotlivce.



## Závěr

Zde představená práce, kterou tato kapitola uzavírá, má ukázat na to, jaká je informovanost o logopedické intervenci poskytované seniorům v domově pro seniory a zda je považována za přínosnou.

Tomu se věnovala empirická část bakalářské práce, v rámci níž byla analyzována a interpretována data získaná z rozhovorů se zaměstnanci domova pro seniory. Tato analýza a interpretace vznikla se záměrem přinést odpověď na výše zmíněné – jak důvěrně jsou zaměstnanci domova seznámeni s průběhem logopedické péče, která je klientům v tomto zařízení poskytována, jaké přínosy a jaká negativa v ní spatřují. Zaměřila se také na to, zda je klientům spolupráce s logopedem doporučována na základě stanovené diagnózy či zda vychází z jiných hledisek.

Před prezentací výzkumného šetření je několik počátečních kapitol práce věnováno teoretickým východiskům, které se váží ke stejným tématům jako výzkum. K těmto tématům patří pojem stáří, příčiny narušení komunikačních dovedností v tomto věkovém období a popsání kompletní péče, které se seniorům v České republice dostává.

Výzkumné šetření ukázalo, že zaměstnanci v domově pro seniory mají základní ponětí o tom, jak logopedická intervence v zařízení probíhá, ne všichni jsou však schopni uvést veškeré informace, které lze považovat za základní – např. četnost hodin logopedické péče či kteří klienti se jí účastní. Na čem se všichni probandi shodují, jsou pozitiva, která pro klienty z této péče vyplývají. K těm patří bezpochyby zlepšování komunikačních dovedností či jejich udržování na stávající úrovni, smysluplné naplnění volného času, zlepšování nálady, trénink paměti. Stejně tak se probandi shodují na tom, že poskytování logopedické péče nepřináší žádná negativa, nebo si je alespoň neuvědomují. Další shodné výpovědi podávali informanti v tom, že logopedická péče není doporučována na základě diagnózy, ale na základě individuálních potřeb každého jednotlivce.

Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že je logopedická péče poskytovaná osobám v závěrečných fázích života považována za prospěšnou a přínosnou a lze tedy předpokládat, že by bylo vhodné tuto službu v rámci České republiky rozšířit tak, aby byla poskytována v co největším počtu zařízení starajících se o seniory. Jak totiž

vyplývá ze zjištění některých autorů (Horynová, 2016; Kruková, 2019), je v České republice tato služba poskytována jen velmi málo.

## Zdroje

Alcock, K. J., Passingham, R. E., Watkins, K. E., & Vargha-Khadem, F. (2000). Oral dyspraxia in inherited speech and language impairment and acquired dysphasia. *Brain and language*, 75(1), 17-33.

American Speech-Language-Hearing Association. (1997 – 2023). *Dysarthria*. Dostupné z: <http://www.asha.org/public/speech/disorders/dysarthria/>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. Dostupné z <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706QP063OA>

Cséfalvay, Z. (2003). Diagnostika dysartrie. In Lechta, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. (s. 237-250). Praha: Portál.

Czéfalvay, Z., & Lechta, V. et al. (2013). *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál.

Čecháčková, M. (2007). Afázie. In Škodová, E., Jedlička, I., et al. *Klinická logopedie*. (s. 147-179). Praha: Portál.

Čermák, I. (2002). *Myslet narativně (kvalitativní výzkum 'on the road')*. Brno: Nakladatelství Albert.

Dash, P., & Villemarette-Pitman, N. (2005). *Alzheimer's disease*. New York: Demos Medical Publishing.

Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada.

Dvořák, J. (2003). *Vývojová verbální dyspraxie*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum.

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.

Geier, M. P., & Dostál, M. V. (2001). *Dysfágie u nemocných s cévní mozkovou příhodou – přínos perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG)*. Dostupné z <http://neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2001/02/08.pdf>

Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.

- Holmerová, I., Mátlová, M., Vaňková, H., & Jurášková, B. (2010). Demence. *Med Pro Praxi*, 7(3), 139-144. Dostupné z <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/03/11.pdf>
- Holmerová, I., Juraskova, B., Kalvach, Z., Rohanová, E., Rokosová, M., & Vankova, H. (2007). Dignity and palliative care in dementia. *Journal of Nutrition Health and Aging*, 11(6), 489. Dostupné z [https://www.researchgate.net/profile/Iva-Holmerova/publication/5861777\\_Dignity\\_and\\_palliative\\_care\\_in\\_dementia/links/573d9c0408ae298602e6c292/Dignity-and-palliative-care-in-dementia.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Iva-Holmerova/publication/5861777_Dignity_and_palliative_care_in_dementia/links/573d9c0408ae298602e6c292/Dignity-and-palliative-care-in-dementia.pdf)
- Horynová, J. (2016). *Zajištění logopedické intervence u seniorů v pobytových zařízeních*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy.
- Kalvach, Z. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada.
- Kaufussová, J. (2007). Dysfagie: poruchy polykání a příjmu potravy. In Škodová, E., & Jedlička, I. et al. *Klinická logopedie*. (s. 147-179). Praha: Portál.
- Klenková, J. (2006). *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada Publishing.
- Konečný, P., Elfmark, M., Horák, S., Kadlčík, T., Dobšák, P., & Mikulík, R. (2015). Dysfagie po cévní mozkové příhodě. *Rehabilitation & Physical Medicine / Rehabilitace a Fyzikalni Lékařství*, 22(4), 181–184.
- Kovářová, M. (2010). *Stav logopedické péče u seniorů ve vybraných sociálních službách zlínského kraje*. Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého.
- Kratochvílová, E. (2002). Pedagogika volného času. In Masariková, A., & Masarik, P. *Vybrané kapitoly z pedagogiky volného času*. (s. 12-15) Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa.
- Kruková, L. (2019). *Logopedická intervence u seniorů v pobytových zařízeních*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Lasotová, N., Bednařík, J. (2013). *Koncept péče o neurogení dysfagie*. Dostupné z [www.fnbrno.cz/nemocnicebohunice/neurologická-klinika/koncept-pece-o-neurogeni-dysfagie/t4942](http://www.fnbrno.cz/nemocnicebohunice/neurologická-klinika/koncept-pece-o-neurogeni-dysfagie/t4942)
- Lechta, V. et al. (2003). *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál.

- Lechta, V. et al. (2011). *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál.
- Love, R. J., & Webb, W. G. (2009). *Možek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál.
- Malíková, E. (2020). *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Praha: Grada Publishing.
- Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mühlpachr, P. (2005). *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita.
- Müllerová, N. (2019). *Volný čas seniorů*. Liberec: Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogiky Technické univerzity.
- Neubauer, K. et al. (2007). *Neurogení poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie*. Praha: Portál.
- Neubauer, K. et al. (2018). *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál.
- Neubauer, K., & Neubauerová, L. (2015). Poruchy komunikace u seniorů s neurodegenerativními poruchami. In Neubauer, K., & Skákalová, T. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. Praha: Gaudeamus.
- Průcha, J., Walterová, E., & Mareš, J. (2009). *Pedagogický slovník*. Praha: Portál.
- Ressner, P., Hort, J., Rektorová, I., Bartoš, A., Rusina, R., Línek, V., & Sheardová, K. (2009). Doporučené postupy pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci a ostatních demencí. *Neurologie pro praxi*, 10(4), 237-241.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging, *The Gerontologist*, 37(4), 433–440.
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Říčan, P. (1990). *Cesta životem*. Praha: Panorama.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Sdružení Podané ruce.

Z%C3%A1klady%20kvalitativn%C3%ADho%20v%C3%BDzkumu1.pdf?forcedownload=1

Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G., & Crary, M. A. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clinical interventions in aging*, 7, 287–298.

Švaříček, R., & Šedřová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.

Škodová, E., & Jedlička, I. et al. (2003). *Klinická logopedie*. Praha: Portál.

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.

Topinková, E. (2005). *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén.

Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie. II., Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.

Vitásková, K. (2004). *Terminologie v oblasti praxe a jejích poruch v interdisciplinárním kontextu současné speciální pedagogiky*. Dostupné z <http://dspace.specpeda.cz/bitstream/handle/0/639/208-214.pdf?sequence=1>

Vojtíšek, P. (2012). *Výzkumné metody*. Praha: Vyšší odborná škola sociálně právní.

Vyhláška č. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Wenke, R. J., Cornwell, P., & Theodoros, D. G. (2010). Changes to articulation following LSVT® and traditional dysarthria therapy in non-progressive dysarthria. *International journal of speech language pathology*, 12(3), 203-220.

Zaletel, M. (2016). Dysphagia. *Clinical Nutrition ESPEN*, 14, 51-52. Dostupné z <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S240545771630198X>.

Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách.

Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

## **Seznam příloh**

Příloha 1 – Úryvek rozhovoru

Příloha 2 – Ukázka kódování