

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Narušená komunikační schopnost u osob s Alzheimerovou nemocí

Communication disorders of people with Alzheimer's disease

Natálie Bláhová

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Korandová

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: B Čj – SPG

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Narušená komunikační schopnost u osob s Alzheimerovou nemocí potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 13.4.2023

.....

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Zuzaně Korandové za odborné a ochotné vedení při zpracování mé bakalářské práce a za poskytování přínosných a cenných rad. Ráda bych také poděkovala paní Mgr. Martině Kolářové a Bc. Simoně Šubové, DiS., rodinným pečovatelům za přínosné informace a klientům Centra pro seniory Clementas v Janovicích nad Úhlavou za jejich spolupráci a trpělivost. V neposlední řadě taktéž děkuji své rodině, která mne po celou dobu mých studií podporovala.

## **ABSTRAKT**

Téma práce *Narušená komunikační schopnost u osob s Alzheimerovou nemocí* je zaměřeno na analýzu projevů narušené komunikační schopnosti u osob s Alzheimerovou nemocí. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se skládá ze dvou kapitol. V první kapitole s názvem *Teoretická východiska* je rozebírán termín komunikace, dále pojem demence. Další podkapitoly pojednávají o kognitivně-komunikačních poruchách a projevech narušené komunikační schopnosti při demenci. Jsou zde také uvedeny deficity řečových a jazykových procesů v jednotlivých jazykových rovinách. Druhá kapitola se zabývá neurodegenerativním onemocněním. Navazuje na ni podkapitola týkající se Alzheimerovy nemoci a následně objasňuje téma zátěže rodinných pečovatелů. Praktická část představuje analýzu výzkumného šetření, které bylo provedeno v Centru pro seniory Clementas v Janovicích nad Úhlavou. Představení centra Clementas je v bakalářské práci také zahrnuto. Výzkumný vzorek tvořily tři klientky tohoto centra. Praktická část byla vytvořena na základně zúčastněného pozorování a za využití orientačně diagnostických nástrojů a zdravotní dokumentace klientek. Dále se praktická část věnovala problematice rodinných pečovatелů, se kterými bylo též prováděno výzkumné šetření. Výzkumný vzorek tvořily dvě informantky, které poskytly při šetření důležité informace. Závěry výzkumného šetření jsou součástí praktické části bakalářské práce. Bakalářská práce byla zpracována na základě odborné literatury, internetových zdrojů, diagnostických nástrojů a zdravotní dokumentace pacientů. Vše bylo využito, jak v teoretické, tak praktické části této práce.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Narušená komunikační schopnost, demence, Alzheimerova nemoc, neurodegenerativní onemocnění, rodinný pečovatel

## **ABSTRACT**

The topic of the thesis Communication disorders of people with Alzheimer's disease is focused on the analysis of the manifestations of impaired communication ability of people with Alzheimer's disease. The bachelor thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part consists of two chapters. In the first chapter, entitled Theoretical Background, the term communication is discussed, as well as the concept of dementia. Other subsections discuss cognitive-communication disorders and manifestations of impaired communication ability of people with dementia. Speech and language process deficits in individual language levels are also listed here. The second chapter deals with neurodegenerative disease. It is followed by a subchapter related to Alzheimer's disease and subsequently clarifies the topic of the burden placed on family caregivers. The practical part presents an analysis of a research investigation that was carried out in the Clementas home for the elderly in Janovice nad Úhlavou. A presentation of the Clementas Center is also included in the bachelor's thesis. The research sample consisted of three clients of this home. The practical part was based on observing the participants, using indicative diagnostic tools and the clients' health documentation. Furthermore, the practical part was devoted to the issue of family caregivers, with whom a research investigation was also carried out. The research sample consisted of two informants who provided important information during the investigation. The conclusions of the research investigation are included in the practical part of the bachelor thesis. The bachelor thesis was prepared on the basis of professional literature, internet resources, diagnostic tools and medical documentation of the clients. Everything was used both in the theoretical and the practical part of this work.

## **KEYWORDS**

Impaired communication skills, dementia, Alzheimer's disease, neurodegenerative diseases, family caregiver

## Obsah

Úvod .....	6
1 Teoretická východiska .....	8
1.1 Komunikace .....	8
1.2 Demence .....	11
1.3 Kognitivně-komunikační poruchy .....	14
1.4 Projevy NKS při demenci .....	16
2 Neurodegenerativní onemocnění .....	18
2.1 Alzheimerova choroba .....	19
2.1.1 Zátěž rodinných pečovatelů .....	22
3 Praktická část .....	25
3.1 Cíle výzkumu, metodika a výzkumné otázky .....	25
3.2 Centrum pro seniory Clementas v Janovicích nad Úhlavou .....	26
3.3 Vlastní šetření .....	27
3.3.1 Zátěž rodinných pečovatelů .....	34
3.4 Závěry výzkumného šetření .....	36
3.4.1.1 Doporučení pro praxi .....	40
3.4.1.2 Limity výzkumného šetření .....	40
3.4.1.3 Porovnání výsledků se zahraničními studii .....	41
Závěr .....	42
Seznam použitých informačních zdrojů .....	44
Internetové zdroje .....	47
Seznam tabulek .....	49
Seznam příloh .....	50

## Úvod

Hlavním prostředkem dorozumívání mezi lidmi a nejdůležitější lidskou schopností člověka je komunikace. Téma práce *Narušená komunikační schopnost u osob s Alzheimerovou nemocí* má za úkol přiblížit nejen projevy Alzheimerovy nemoci obecně, ale zaměřit se především na analýzu projevů narušené komunikační schopnosti u tohoto onemocnění. Jelikož studijním oborem autorky je speciální pedagogika se zaměřením na vzdělávání, s termínem Alzheimerova nemoc se setkala již v rámci svého studia. Rozhodla se proto tuto nemoc ve spojitosti s narušenou komunikační schopností prozkoumat více teoreticky i prakticky. Své výzkumné šetření uzpůsobila tak, aby bylo zřejmé, jak se toto onemocnění projevuje v běžném životě. Autorka poukázala na to, že Alzheimerova nemoc může postihnout kohokoliv z nás. Stejně tak měla autorka dojem, že je třeba sdělit, že speciální pedagogika není jen oborem týkající se mladší generace, ale zaměřuje se i na osoby v pokročilém věku. Tato problematika obsahuje spoustu zajímavých poznatků, které chtěla autorka zmínit. Na základě toho došlo k vymezení hlavních cílů bakalářské práce.

Autorka ve své bakalářské práci představuje pojem neurodegenerativní onemocnění a spojuje problém narušené komunikační schopnosti s Alzheimerovou nemocí. Tato nemoc je nejčastějším projevem demence a ve spojení s narušenou komunikační schopností může přinášet různé deficity v oblasti řečových a jazykových procesů. Bakalářská práce se právě na tyto deficity více orientuje, jak v teoretické, tak praktické části.

Práce je členěna do tří kapitol, z čehož dvě nabývají teoretického charakteru a ta poslední, praktická, seznamuje s výzkumným šetřením za využití orientačně diagnostických nástrojů a analýzy získaných dat z praxe. Autorka ve své práci představuje jednotlivé projevy narušené komunikační schopnosti u osob s demencí. Dále se zabývá samotným tématem neurodegenerativního onemocnění a následně Alzheimerovy nemoci obecně. Věnuje se nejen pacientům s Alzheimerovou nemocí, ale také v krátkosti charakterizuje, jaký dopad má toto onemocnění na rodinné pečovatele osob s touto nemocí.

Výzkumné šetření bylo provedeno v centru pro seniory Clementas v Janovicích nad Úhlavou. Autorka tak pracuje s materiálem získaným ze zúčastněného pozorování osob s Alzheimerovou nemocí. K výzkumnému šetření jsou autorce k dispozici také zdravotní dokumentace pacientů z centra pro seniory Clementas. Cílem kvalitativního šetření

je analýza narušené komunikační schopnosti a její vliv na Alzheimerovu nemoc u osob s tímto onemocněním.



# 1 Teoretická východiska

Bakalářská práce se v první kapitole bude věnovat termínu komunikace. Další podkapitola bude zaměřena na pojem demence a projevy tohoto onemocnění. Třetí část týkající se kognitivně-komunikačních poruch popíše jednotlivé jazykové roviny a jejich narušení. Následně představí deficity v oblasti řečových a jazykových procesů. Jednotlivé projevy narušené komunikační schopnosti u demence, které se vztahují k celkovému tématu této práce, budou zmíněny ve čtvrté podkapitole.

## 1.1 Komunikace

Nejdůležitější a nejužitečnější dovednosti a znalosti jsou ty, které se týkají komunikace. V osobním, společenském i pracovním životě je správná schopnost komunikace velmi podstatným aktivem. (DeVito, 2001) Dle Klenkové (2006, s.25) znamená komunikace „*obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů.*“ Mezilidská komunikace je předmětem zájmu různých vědních oborů. (Sovák, 1978) Mezi ně můžeme zařadit například pedagogiku, psychologii, kybernetiku, sociologii, antropologii a další. Z tohoto důvodu nemáme pro pojem komunikace přesnou definici. (Klenková, 2006)

Termín komunikace vznikl z latinského slova *communicatio*, což je v překladu spojování, sdělování, přenos, společenství. Řečová komunikace má několik funkcí, mezi které můžeme zařadit předávání informací, vyjednávání, ovlivňování názorů druhých, udržování mezilidských vztahů nebo vyjádření své vlastní sociální identity. (Skarnitzl a Volín, 2018a) Bez komunikace by zanikla sociální interakce mezi lidmi, která nám dává schopnost výměny a přenosu informací. Člověk pak ztrácí řadu možností pro vytvoření plnohodnotného života. Komunikace totiž ovlivňuje rozvoj osobnosti člověka, jeho vzdělávání, osvojení poznatků a dovedností. Dává nám příležitost interagovat s lidmi a navazovat kontakty napříč celou společností. (Klenková, 2006)

Základním komunikačním prostředkem komunikace je **řeč**, jejíž vývoj je složitý proces, který je ovlivňován řadou vnitřních, ale i vnějších faktorů. (Bendová, 2011) Jedná se o specificky lidskou schopnost, kdy člověk vědomě užívá jazyka jako složitého systému znaků a symbolů. Díky vzájemné interakci a komunikaci se mezi lidmi vytváří komunikační

kanál, přes který se přenášejí informace za předem dohodnutého kódu. Komunikačních kanálů při přenášení nějakého sdělení je většinou více a vzájemně se propojují. (Klenková, 2006) Komunikace je tedy velmi dynamickým procesem. (Skarnitzl a Volín, 2018a)

Komunikaci rozlišujeme buď jako verbální, či neverbální. Může být také realizována pouze na úrovni našich myšlenek. Jako zvukově realizovanou řeč definujeme stav, kdy se naše myšlenky mění v slova a řeč se tak stává mluvou. (Vitásková a Peutelschmiedová, 2005)

Komunikace je hlavním a ústředním tématem oboru logopedie. Logopedie je mladý emancipující studijní obor, formulovaný v první polovině 20. století. Logopedie osciluje mezi více vědními disciplínami, mezi které patří medicína, psychologie, jazykověda a speciální pedagogika. (Klenková, 2006) Logopedie má velmi široké pole, ve kterém působí. Do něj pak spadají nejrůznější nedostatky a nevhodné komunikační návyky. (Sovák, 1978) Jelikož je bakalářská práce psána z oboru speciální pedagogiky je důležité zmínit další obory, se kterými logopedie v rámci speciální pedagogiky úzce spolupracuje. Logopedie má těsný vztah jak k obecné pedagogice, tak i k surdopedii, somatopedii, psychopedii i oftalmopedii. (Klenková, 2006) Logopedie je vědní obor pomáhající zlepšit řečové a jazykové dovednosti člověka. Pomáhá s ranými jazykovými dovednostmi, hlasovou a zvukovou produkcí, porozuměním, plynulostí, jasností a výrazem. (Cleveland Clinic.org, 2023) Neboť je obor logopedie velice různorodý, je opět těžké vybrat jednu definici, která by shrnula vše, co tento obor pojímá. (Klenková, 2006)

Autorka tedy vybrala definici dle Lechty (2005, s.15-16), který uvádí, že „...*definujeme logopedii jako vědní obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminace a prevence narušené komunikační schopnosti. Logopedie je v moderním pojetí vědou zkoumající narušenou komunikační schopnost u člověka z hlediska jejích příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie i prevence.*“

Vývoj komunikační schopnosti patří v rámci ontogeneze k těm, které mají nejprudší průběh. Vývojové tempo řeči se jako nejrychlejší udává okolo 3. až 4. roku dítěte. I přesto, že se člověk vyvíjí po celý život, nejdůležitější je období asi do 6. roku života. (Lechta, 2011) V různých věkových obdobích ale může docházet k poškození komunikační schopnosti, která naruší vývojový proces osvojování komunikace. V nejširším slova smyslu je právě

komunikace, nikoli řeč, mluva, jazyk, podstatou termínu narušení komunikační schopnosti. (Vitásková a Peutelschmiedová, 2005)

Může ale dojít k narušení komunikační schopnosti, jelikož komunikační schopnost člověka chápeme v celé její šíři. Definici narušené komunikační schopnosti dle Lechty (1990, s.19) tedy akceptujeme takto: „*Komunikačná schopnosť jednotlivca je narušená vtedy, ak niektorá rovina (alebo niekoľko rovín súčasne) jeho jazykových prejavov pôsobí interferenčne vzhľadom na jeho komunikačný zámer.*“ Hovoříme zde o rovině morfológicko-syntaktické, lexikálně-sémantické, foneticko-fonologické, pragmatické či kombinací těchto rovin. Může jít i o verbální a neverbální komunikaci, mluvenou či grafickou formu komunikace nebo její expresivní a receptivní složku. (Klenková, 2006)

Narušená verbální komunikace je stav, ve kterém je schopnost zpracovávat nebo přenášet informace zpožděná, snižená nebo zcela chybí. Ve většině případů je také přítomna neschopnost zpracovat a přenášet neverbální komunikaci a symboly. (Nursestudy.net, 2023)

Klenková (2006) uvádí, že etiologie narušené komunikační schopnosti je různá. U dělení příčin vzniku narušené komunikační schopnosti využíváme jak **časové hledisko**, kde mohou být příčiny: A) prenatální (v období vývoje plodu, před narozením), B) perinatální (v průběhu porodu), C) postnatální (po narození), tak **hledisko lokalizační**. V takovém případě sem nejčastěji spadají genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, narušení sociální interakce, poškození centrální části a další. (Klenková, 2006)

Dále rozlišujeme narušení komunikační schopnosti **podle stupně**, kdy dochází buď k částečnému nebo úplnému narušení komunikační schopnosti. Narušení se projevuje také buď jako vrozená chyba řeči, nebo jako získaná porucha řeči. Její příčiny mohou být orgánové i funkční a může být přechodná či trvalá. Důležitým faktem je to, že si daná osoba narušení komunikační schopnosti může, ale nemusí uvědomovat. (Lechta, 2011) Narušená komunikační schopnost může být také hlavním symptomem nebo může být symptomem, případně důsledkem jiného, dominujícího postižení, narušení nebo onemocnění. V takovém případě hovoříme o symptomatických poruchách řeči. (Lechta, 1990)

Z tohoto důvodu se od 90. let minulého století užívá a aplikuje klasifikace narušené komunikační schopnosti podle symptomu, který je pro dané narušení nejtypičtější –

symptomatická klasifikace. Jedná se o vývojovou nemluvnost (vývojová dysfázie); získanou orgánovou nemluvnost (afázie); získanou psychogenní nemluvnost (mutismus); narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie); narušení fluence (plynulosti) řeči (tumultus sermonis, balbuties); narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie); narušení grafické stránky řeči; symptomatické poruchy řeči; poruchy hlasu; kombinované vady a poruchy řeči. (Klenková, 2006)

Autorka se ve své bakalářské práci zaměří obecně na „kognitivně-komunikační poruchy“. V dalších kapitolách se tedy nejprve pokusí definovat nejen samotný termín „demence“, ale i pojem „kognitivně-komunikačních poruch“. Poté přiblíží jednotlivé projevy narušené komunikační schopnosti při demenci. Komunikace je totiž v souvislosti s problematikou demence zásadním tématem. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007)

## 1.2 Demence

*„Demenci řadíme mezi organické duševní nemoci, které vznikají na základě makroskopického či mikroskopického postižení mozku.“ (Zvěřová, 2017, s. 24)*

Dvěma latinskými slovy: *de* (bez) a *mens* (mysl) vznikl termín „bez myslí“, kterým dnes označujeme pojem demence. (Marková a Cséfalvay, 2013a)

WHO v roce 1992 publikovala definici Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10), která definuje demenci takto: *„Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti řeči a úsudku.“*

Demenci lze chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která má nejen vliv na funkce další, ale narušuje celý život postiženého. Nejprve vede k nenápadnému, ale postupnému snížení původních zájmů, později se přidružuje ztráta sociálních návyků, schopnost komunikace, pohybu, a nakonec jsou narušeny běžné každodenní aktivity. (Hrdlička a Hrdličková, 1999) Pacienti s pokročilou demencí mají velkou biologickou, sociální a osobní zranitelnost. (Carmona, 2009)

Jelikož příznaky tohoto postižení mohou člověku vážně zabraňovat i v sociálním, ekonomickém a v pracovním životě, je potřeba včas určit příznaky tohoto syndromu.

Mezi primární symptomy demence řadíme poruchu paměti, orientace, poruchu jazyka, která se projevuje obtížemi jedince v pochopení kontextu či problémovém vyjadřování. V neposlední řadě pak oploštění emotivity a degenerace osobnosti. Součástí demence bývají běžně úzkosti, bludy, agresivita, paranoidita a deprese. Někdy je právě velmi obtížné odlišit počáteční fázi demence od deprese. (Koukolík a Jiráček, 1998)

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10 je nezbytné, aby příznaky pro stanovení spolehlivé diagnózy přetrvávaly po dobu nejméně šesti měsíců. Nejčastěji je demencí postižena populace u osob starších 65 let, ale defacto se může objevit v jakémkoliv věku. (Love a Webb, 2009) Často ale bývá označována za tzv. tichou epidemii, která se stává vysoce závažným zdravotně-sociálním problémem osob ve vyšším věku. (Neubauer, 2018b) Také průběh demence může být různý, závisící na dané příčině. V případě Alzheimerovy choroby, o které bude hovořeno v další kapitole, je vývoj demence plíživý s plynulou progresí. (Seidl, 2015)

Nejprve je důležitá správná diagnostika demence, a poté určení její etiologie. První skupinou jsou **primárně degenerativní demence**, kam spadá i demence Alzheimerova. Zde je hlavním etiopatogenetickým činitelem atrofie mozku, kterou doprovází řada patogenetických změn. (Zvěřová, 2017)

Dále určujeme demence sekundární a smíšené. **Sekundární demence** jsou vzácnější skupinou nemocí, kdy příčiny vzniku demence způsobilo jiné onemocnění. Jde např. o demence v souvislosti s traumatem, intoxikací, jde o epilepsie, zánět či nádor na mozku, roztroušenou sklerózu. Do tohoto typu nejčastěji spadá vaskulární demence, demence při Parkinsonově chorobě či demence při nádorech CNS. (Pidrman, 2007)

**Smíšená demence** pak představuje stav, kdy dochází ke kombinaci dvou demencí. Nejčastěji se u pacientů objevuje kombinace Alzheimerovy a vaskulární demence. (Konrád, 2007)

Podle etiologie je příčinou demence difúzní onemocnění mozkových hemisfér, do čehož spadá onemocnění mozkové kůry a hipokampů. Příčin demence bylo ale popsáno více než 90 druhů. (Seidl, 2015) V bakalářské práci se bude autorka zabývat primárně degenerativní demencí, do níž spadá právě Alzheimerův typ demence.

Při stanovení diagnózy demence bychom měli nejprve zjistit základní symptomy u pacienta. Mezi ty mohou patřit obtíže s výslovností, vyjadřováním, ztráta paměti, deprese, potíže s řešením úkolů. Dalším krokem je vyhodnocení symptomů, na jejichž základě stanovíme syndromy, mezi které řadíme právě demenci, amnézii či delirium. Delirium představuje akutní a přechodný stav. Jedná se o nespecifický organický mozkový syndrom, při kterém dochází k poruchám myšlení, pozornosti, vnímání, paměti atd. Člověk trpící deliriem se uzdraví přibližně okolo 4 týdnů. Tato nemoc ale může trvat i několik měsíců. (Ressner, 2007a) Rozdíl mezi deliriem a demencí vnímáme v náhlém začátku nemoci, objevuje se výrazně měnlivá úroveň kognitivních funkcí během krátké doby. Člověk může pociťovat dezorientaci časovou, místní, někdy i osobní. Klinický obraz deliria pak doprovází emoční poruchy a výskyt halucinací, iluzí a bludů. (Hrdlička a Hrdličková, 1999)

Při diferenciální diagnostice bychom se tedy měli zaměřit na vyloučení deliria, účinků nežádoucích léků, které by mohli ovlivnit nějaké kognitivní funkce. Až poté můžeme řešit problém demence. Důležité je také vyloučit deprese, které se objevují až u 50 % případů demence a je tedy těžké určit, zda se nejedná o depresi samotnou. Poslední krokem je pak stanovení diagnózy demence. V tomto případě se může jednat o Alzheimerovu chorobu, vaskulární demenci, Parkinsonovu demenci, demenci s Lewyho tělísky atd. (Pidrman, 2007)

Při klinickém vyšetření demence se zajišťuje rodinná a osobní anamnéza, doplněná o laboratorní vyšetření a různé testy. (Koukolík a Jiráček, 1998) Na základě klinického obrazu – psychiatrického a psychologického vyšetření lze diagnózu demence určit. Její výsledek ale není možné stanovit pouze z patologického nálezu zobrazovacích technik, např. CT, magnetická rezonance, PET, SPECT. Míra atrofie či funkčního postižení totiž nemusí nutně odpovídat danému stupni demence. (Pidrman, 2007)

Mezi nejčastěji používané standardizované nástroje, které se provádějí při vyšetření demence patří: **MMSE** (Mini-mental state examination), používaný od roku 1975. Test slouží k vyhodnocení kognitivních funkcí i afektivity. Zjišťuje narušení mentálních funkcí, snížení kognitivních funkcí a zaměřuje se na vyšetření zhoršujícího se stavu demence. (Holmannová, 2019) Maximální skóre testu je 30 bodů a při diagnóze demence považujeme hodnotu skóre 25 jako hraniční, kdy méně bodů než 25 odpovídá poruše kognitivních funkcí. (Hrdlička a Hrdličková, 1999)

Dalším příkladem může být diagnostický **Test kreslení hodin**, který je velice jednoduchý a rychlý. Test byl poprvé uveden a aplikován v roce 1953. Test musí být veden a analyzován kvalifikovaným psychologem, jelikož můžeme od testu kreslení hodin zpozorovat různé poruchy, deficity nebo mozkové léze. Existuje několik způsobů, jak můžeme test vyhodnotit. (Psychologyinstructor.com, 2023) Cílem je nakreslení hodinového ciferníku se správným umístěním číslic a zobrazením požadovaného času. Jedná se o metodu, která za krátký čas posoudí nejen kognitivní funkce, ale také je metodou využívanou k detekci Alzheimerovy choroby, a to i v jejím počátečním stádiu. (Hrdlička a Hrdličková, 1999) Jelikož je test citlivý i na diferenciální deficity, je vhodné provést před ním MMSE test. (Neubauer, 2018b)

**Ischemické skóre dle Hachinského** se používá k odlišení demence při Alzheimerově nemoci od demence vaskulárního původu. Hodnocení se provádí na základě údajů získaných z neurologického a psychiatrického vyšetření. Každá položka má vážené skóre, které se následně sčítá. Například skóre 0-4 značí pro Alzheimerovu demenci, výsledné skóre 5-6 znamená „nediskriminující ischemické skóre“ a skóre 7 a výše představuje multiinfarktovou demenci. (Hrdlička a Hrdličková, 1999)

Jednotlivé testy budou dále více rozebírány a prováděny v empirické části bakalářské práce. U osob s demencí se objevují nejen deficity v kognitivních procesech, ale společně s nimi se projevují poruchy řeči, jazyka a komunikace. Neboť je téma bakalářské práce zaměřené především na toto téma, je důležité nejprve objasnit pojem kognitivně-komunikačních poruch.

### **1.3 Kognitivně-komunikační poruchy**

Koncepce „kognitivně – komunikačních poruch“ byla vytvořena na základě deficitů kognitivních procesů, které mohou negativně působit na jazykové a řečové funkce člověka. (Marková a Cséfalvay, 2013a) Nejčastěji se rozvíjí při Alzheimerově demenci, Parkinsonově a Huntingtonově nemoci, u roztroušené sklerózy mozkomíšní a vaskulární demence, proto se jimi budeme více zabývat. (Fritzlová, 2013)

*„Kognitivně-komunikační poruchy vznikají v důsledku difúzních mozkových poškození nebo onemocnění a v důsledku poškození pravé hemisféry. Čtyřmi klíčovými aspekty kognice, jež*

*musí logoped vzít v úvahu, jsou: 1. pozornost, 2. paměť, 3. uvažování a řešení problému, 4. metakognice a exekutivní funkce.*“ (Love a Webb, 2009, s. 281)

Dalšími příčinami vzniku kognitivně-komunikačních poruch mohou být genetické predispozice, stárnutí nebo poruchy cévního zásobení mozku. (Marková a Cséfalvay, 2013a) Kognitivně-komunikační poruchy se projevují ve více jazykových rovinách. Foneticko-fonologické, která se zaměřuje především na správnou výslovnost; lexikálně-sémantické, u které hodnotíme slovní zásobu a význam slov. Dále pak užívání jednotlivých slovních druhů, tvoření vět a souvětí, což spadá do morfologicko-syntaktické roviny. A nakonec se mohou kognitivně-komunikační poruchy projevovat v rovině pragmatické, kdy je řeč používána v praxi v běžné komunikaci či v sociálním kontextu. (Klenková, 2006)

Deficity v oblasti řečových a jazykových procesů závisí také na jednotlivých kognitivních a intelektových schopnostech, a jsou jimi ovlivněni. Při pozornosti se tyto deficity projevují v potřebě opakování otázek či instrukcí. Člověk s těmito deficity má slabší schopnost udržet aktuální téma při konverzaci, porozumění mluvené řeči a textu je nízké a jeho řeč je zmatená. Mezi další deficity můžeme zařadit neschopnost plnit instrukce, ztracení se v detailech, neporozumění humoru, neschopnost propojení staré informace s novou, narušené vybavování slov, snížená schopnost monitorovat a inhibovat své emoce a reakce, narušená interakce s lidmi. (Marková a Cséfalvay, 2013a)

Pro diagnostiku je přítomnost a druh komunikačních poruch u osob s demencí podstatným vodítkem pro odlišení demence od dalších poruch. Diagnostiku provádí neurolog, psychiatr či klinický psycholog. Důležité je také odlišit, zda se nejedná o poruchu afázie, nebo poruchy komunikace při psychickém onemocnění. Při vyšetření také odhalujeme počínající kognitivní deficity a s nimi související ranná stádia nemoci. (Neubauer, 2018b) Jelikož můžeme demenci vnímat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, můžou být její příznaky tak závažné, že mají vliv nejen na ostatní funkce, ale i život pacienta. (Pidrman, 2007) Tyto příznaky rozdělujeme do tří skupin, proto občas hovoříme o takzvané ABC demenci. První představuje narušení aktivit denního života (A = activities of daily life), druhá poruchy chování (B = behavior) a třetí narušení kognitivních funkcí (C = cognition). (Pidrman, 2007; Zvěřová, 2017)



Při závažných vývojových poruchách také dochází k narušení vitální (dýchání, přijímání potravy) a vokální (artikulace, fonace, resonance) funkce. Jak už bylo řečeno v předchozí kapitole, závažným jevem může být i koexistence více řečových poruch najednou. Často se jedná o poruchy vzniklé na základě organické léze CNS či vlivem rané psychické deprivace. S úrazy CNS a začínajícím degenerativním onemocněním úzce souvisí variující formy kognitivně-komunikačních poruch. Právě ty se pak projevují výpadky kognitivních funkcí v oblasti verbální paměti, pozornosti, ale především mohou mít za následek selhání v řečové či písemné komunikaci. (Neubauer, 2018b)

Může se ale také objevit mírný kognitivní deficit, který představuje přechodnou fázi mezi kognitivními změnami normálního stárnutí a brzkou demencí. Osoby s mírným kognitivním deficitem jsou pak náchylnější k rozvoji Alzheimerovy choroby. (Bartoš, 2007b) Jedná se o heterogenní syndrom, který představuje poruchu kognitivních funkcí. Tato porucha je velmi významná, vycházející z patologického procesu CNS. (Pidrman, 2007)

Co se týče diferenciální diagnostiky v oblasti neurogenních řečových poruch základem je odlišit kognitivně-komunikační poruchy od projevů motorické řečové poruchy či poruch individuálního jazykového systému. (Neubauer, 2018b)

#### **1.4 Projevy NKS při demenci**

V důsledku organického poškození mozku a nervové soustavy vznikají při demenci poruchy komunikace, ty zařazujeme do kategorie tzv. neurogenních poruch komunikace. Při zkoumání řečových a jazykových projevů pacienta, zkoumáme především jeho zvukovou rovinu řeči a úroveň slova. (Marková a Cséfalvay, 2013a) Je podstatné, aby neurolog a logoped, který se specializuje na neurogenní poruchy komunikačních schopností, odhalili počáteční příznaky syndromu demence a zabránili tak sociálním, ekonomickým a pracovním následkům, které by mohli člověku s demencí značně omezit život. Klinický logoped má tedy často za úkol posoudit jazykové funkce pacienta, jelikož i mírné narušení komunikační schopnosti, může signalizovat i nepatrné změny v mozkové funkci. (Love a Webb, 2009)

Jelikož narušená komunikační schopnost bere v potaz všechny jazykové roviny, i v tomto případě zahrnujeme jejich narušení. (Klenková, 2006) Tyto roviny se poté promítají

do jazykových procesů na úrovni textu, věty a slova. Procesy fonologické a sémantické se dostávají do popředí při řešení otázky deficitů na úrovni slova. Při popisu klinického obrazu demence se právě tyto dvě úrovně uvádějí. Může se totiž narušit jak významová, tak formální stránka slova. Při narušení zaměřeném na výslovnost a motorickou realizaci zvuků, si u demence všímáme problémů s plynulostí výpovědi nebo s nepřesnou artikulací. U významové stránky slova má osoba s demencí problém se sémantickými parafrázemi. Jde o to, že pacient myslí nějaké slovo, ale řekne slovo jiné. V takovém případě hovoříme o deficitech lexikálně-sémantických. Dalším problémem se stává ubývající znalost pojmů, osvojování si pojmů nových, ztráta pochopení významů daného pojmu. (Marková a Cséfalvay, 2013a) Co se týče paměti a učení, má člověk s demencí obtíže s instrukcemi, které zahrnují více za sebou následujících kroků, objevují se u něj problémy s hláskováním, nedokáže propojit starší informaci s novou. (Love a Webb, 2009)

Při zkoumání diagnostiky se často stává, že se využívají testy určené pro vyšetření afázie, která může svými syndromy připomínat vývoj Alzheimerovy choroby. Objevují se ale značné rozdíly mezi vznikem syndromů afázie a demence. Výzkumy porozumění větám u pacientů s demencí se totiž zaměřují na stejné faktory jako při porozumění větám při afázii. Většina faktorů ale odpovídá tomu, že se mezi těmito onemocněními objevují značné rozdíly. Podle typu demence pozorujeme, že jsou věty produkovány některými osobami s demencí často gramaticky chybné, kdežto u afázie ne. (Marková a Cséfalvay, 2013a)

Co se týče Alzheimerovy nemoci, nejčastější známky poruchy řeči, které u ní můžeme zaznamenat jsou zhoršení artikulace, snížená plynulost vyjadřování. Dále se může objevovat potíže při navazování konverzace, opakování slov a obtížné nacházení slov v běžném rozhovoru. (Pidrman, 2007)

U deficitů na úrovni textu se u pacientů s demencí v počáteční fázi onemocnění objevuje problém s vytvářením úsudků. Tím pádem je pro něj náročné vytvořit příběh, přijít s hlavní myšlenkou nebo pochopit ironii či vtip. U Alzheimerovy choroby je nejasnějším příznakem anomie, tedy vyhledávání slov. Také dochází k narušení interpretace zájmen, čímž se narušuje dodržování koheze textu a nedochází k propojení výpovědí. (Marková a Cséfalvay, 2013a)

## 2 Neurodegenerativní onemocnění

Mozek je zdrojem veškerého komunikačního chování. Při řešení otázky poruch komunikačních schopností přicházejí lingvisté, logopedové, kognitivní psychologové a neurovědci s novými poznatky o specializovaných mechanismech mozku, které spočívají v základu řeči a jazyka. Je tedy důležité, aby si i logoped osvojil znalosti ohledně anatomie a funkcí mozku. (Love a Webb, 2009)

Neurodegenerativní onemocnění jsou stavy, při kterých dochází k úbytku specifických skupin neuronů. Postupný zánik neuronů má za následek vážné psychické i neurologické příznaky. Psychické příznaky jsou spojeny se ztrátou paměti, poruchami chování, halucinacemi a poruchou osobnosti. Základním klinickým symptomem neurodegenerativního onemocnění je demence. Neurologické příznaky pak ovlivňují nejen správnou koordinaci a pohyb člověka, ale také řečovou komunikaci. (Neubauer, 2018b)

Dle Seidla (2015) je degenerativní onemocnění nervového systému heterogenní skupina chorob neznámé příčiny se společnými rysy. Hlavní rys projevující se u neurodegenerativního onemocnění je často roky trvající progresivní průběh nemoci. Dlouhou dobu se u člověka neprojevuje žádný příznak, který ale postupem času pomalu a plíživě začne symetricky postihovat určité specifické nervové struktury. Velmi častý je také familiární výskyt. Jedná se o progresivní onemocnění bez kauzální terapie. (Seidl, 2015)

Neurodegenerativní onemocnění jsou způsobena kombinací patogenetických vlivů, z nichž si čtyři nyní představíme. První z nich je **apoptóza**, tj. „*programová buněčná smrt. Souhrou vnějších a vnitřních spouštěcích mechanismů dojde k interakci pro- a anti-apoptotických faktorů, které ve svém důsledku spustí nezadržitelnou kaskádovitou reakci s výsledným zánikem postižené buňky.*“ (Matěj a Koukolík, 2007c, s.89) Apoptóza je aktivním procesem, při kterém nedochází k zánětlivé reakci. Jejím charakteristickým znakem je také to, že jsou její buněčné orgány téměř nepoškozeny. (Trebichavský, 1994)

Další patologický vliv jsou **volné kyslíkové radikály**, kdy dochází buď k zvýšené produkci anebo k nedostatečné inhibici jejich působení v důsledku postižení buněčné výbavy. Dalším patologickým jevem podílejícím se na vzniku neurodegenerativních onemocnění jsou abnormální **patologické proteinové agregáty**, které se mohou hromadit a působit toxicky

z toho důvodu, že je buňka nepřijme. Také mohou vést k vyvolání apoptózy. V neposlední řadě se objevují také různé druhy **genetických mutací** či vliv genových polymorfismů. Klinický projev onemocnění je ale různorodý a závisí na postižených strukturách. (Matěj a Koukolík, 2007c)

Neurodegenerativní onemocnění můžeme rozdělit do několika základních skupin:

<b>Alzheimerova nemoc</b>	
<b>Taupatie</b>	Fronto-temporální demence Progresivní supranukleární obrna Kortikobazální degenerace Nemoc s argyrofilními zrny
<b>Synucleinopatie</b>	Parkinsonova nemoc Demence s Lewyho tělísky Mnohotná systémová atrofie
<b>Onemocnění s opakováním tripletů</b>	Huntingtonova nemoc a jiné
<b>Onemocnění motoneuronu</b>	Amyotrofická a primární laterální skleróza Spinální muskulární atrofie
<b>Ostatní neurodegenerativní onemocnění</b>	

Tab. 1: Dělení neurodegenerativního onemocnění (podle Matěj a Koukolík, 2007c; Kulan.cz, 2023)

V další kapitole se bude autorka věnovat pouze Alzheimerově nemoci, nicméně je důležité zmínit, jaké druhy demence do jednotlivého dělení patří.

## 2.1 Alzheimerova choroba

Demence Alzheimerova typu byla poprvé uveřejněna v roce 1907 německým lékařem Aloisem Alzheimerem. (Hrdlička a Hrdličková, 1999) Ten tehdy vedl přednášku na lékařské univerzitě o „těžkém případě onemocnění mozkové kůry“. (Zvěřová, 2017)

Alzheimerova choroba je závažné progresivní a ireverzibilní neurodegenerativní onemocnění, které je jedním z nejčastějších projevů demence. „*Alzheimerova choroba postihuje mozek, vede k jeho dysfunkci a vrcholí odumřením nervových buněk v oblasti mozku, která je zodpovědná za paměť, myšlení a řeč.*“ (Schwartzová a Londonová, 2016, s.133) Onemocnění představuje 50 % všech demencí. (Seidl, 2015) U Alzheimerovy choroby je nápadný především deficit paměti krátkodobé. Tato choroba často postoupí do takové fáze, že daný jedinec není schopen rozpoznat ani své rodinné příslušníky, utíká z domu a nedokáže se obejít bez každodenní péče. (Love a Webb, 2009)

„*Hlavními patologicko-anatomickými příznaky Alzheimerovy demence jsou zvýšená četnost senilních plaků v kůře mozkové (tvořených neurotoickým peptidem beta-amyloidem), přítomnost neuronálních klubek (změny neurofibril), numerická atrofie neuronů, numerická atrofie dendritických systémů a amyloidová angiopatie.*“ (Hrdlička a Hrdličková, 1999, s. 36-37)

Nejvíce byly rizikové faktory u demence zkoumány právě u demence Alzheimerova typu. Je známo, že u osob s Alzheimerem najdeme nejvíce rizikových faktorů, co se týče genetiky. (Pidrman, 2007) Alzheimerovu chorobu rozdělujeme na vrozenou a občasou neboli familiární a sporadickou. Familiární forma Alzheimerovy choroby se vyskytuje pouze vzácně. Postihuje především mladší část obyvatelstva. Sporadická forma Alzheimerovy choroby se poté objevuje přibližně v 80% případů. (Holmerová a kol., 2008) Velkou roli hraje také věk člověka a pohlaví. Zde mluvíme především o tom ženském, kde je míra rizika o něco větší. Dalším rizikovým faktorem jsou různé a opakované úrazy hlavy či přítomnost vaskulárních onemocnění. (Pidrman, 2007) Každá osoba s Alzheimerem ale vnímá a pociťuje faktory nemoci individuálně, i když jsou její rysy a projevy velmi podobné. (Callone a kol., 2008)

Základním symptomem Alzheimerovy choroby je demence. Pro stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby je nezbytné, aby byla splněna obecná kritéria pro demenci a zároveň je nutné vyloučit jinou možnou příčinu demence. Všichni pacienti s poruchami paměti by měli podstoupit alespoň vyšetření CT mozku, aby bylo možné vyloučit jiné příčiny demence. (Zvěřová, 2017) Diagnostika se opírá o vyšetření psychologické a psychiatrické, kde se

provádějí jednoduché testy, např. MMSE. Přesnou diagnózu by stanovila mozková biopsie, která se ale většinou neprovádí. (Seidl, 2015)

Alzheimerova choroba se projevuje plíživým nástupem doprovázeným emoční labilitou. Klíčovým příznakem je narůstající ztráta paměti. Později přichází porucha časové i prostorové orientace. Alzheimerova choroba způsobuje problémy se soustředěním a myšlením. Značným problémem jsou abstraktní pojmy, především čísla. Člověk také ztrácí pojem o běžných činnostech a událostech, a tak u něj dochází k ztrátě nezávislosti. (Seidl, 2015; MayoClinic.org, 2023)

Alzheimerova nemoc má tři stádia: rané, mírné a pokročilé. V jiných publikacích se ale můžeme setkat s rozdělením do čtyř či pěti stádií nemoci. (Callone a kol., 2008) Nicméně autorka se ve své práci bude věnovat rozdělení nemoci na tři základní stádia.

V **prvním stádiu** se již objevuje lehká porucha paměti, především té krátkodobé. Vnímáme zhoršení prostorové orientace. Pacient má problém s časovou dezorientací, kdy si nedokáže vybavit jaký je den, měsíc nebo rok. V řeči jsou patrné poruchy vybavování slov a obtíže v porozumění ironie, humoru a zobecňování. Také se objevují změny afektibility a poruchy kritičnosti. V lehké fázi vnímáme úzkostnou a depresivní náladu, potíže při konání běžných činností. (Hrdlička a Hrdličková, 1999; Zvěřová, 2017; Holmerová a kol., 2008)

V **druhém stádiu** vstupuje choroba do takové fáze, že člověk s Alzheimerovou chorobou potřebuje nepřetržitou pomoc od druhé osoby. Vyrůstají deficity krátkodobé i dlouhodobé paměti. Druhé stádium se vyznačuje jasnou, progresivní demencí s postupující dezorientací. Pacient opakuje myšlenky, zmenšuje se mu slovní zásoba, zapomíná témata a ztrácí schopnost empatie vůči konverzačním partnerům. není schopen naučit se něco nového, vybavit si novou informaci. (Hrdlička a Hrdličková, 1999; Zvěřová, 2017; Holmerová a kol., 2008)

V **třetím stádiu** jsou příznaky demence nejtěžší. Dochází zde ke ztrátě schopnosti komunikace, narůstá porucha orientace a paměti, objevují se neurologické příznaky: pyramidové i extrapyramidové, inkontinence. Časté je nepřiměřené sociální chování, pacient nedokáže udržet oční kontakt s komunikujícím, „bloudí“ bez nějakého cíle. Může dojít k narušení motorických funkcí, kdy je poté pacient upoután na lůžko. Pacient má obtíže

s příjmem potravy a s chůzí. (Hrdlička a Hrdličková, 1999; Zvěřová, 2017; Holmerová a kol., 2008)

Při pitvě člověka v pokročilém stádiu Alzheimerovy choroby jsou na mozku pouhým okem značně viditelné příznačné změny. Jedná se o zvětšené mozkové komory, zeslabení mozkové kůry a o snížení bílé mozkové hmoty. (Nehls, 2017)

Pokud shrneme poruchy řeči u osob s Alzheimerem dochází u nich k zhoršení artikulace, snížené plynulosti vyjadřování, k obtížím při navazování konverzace, k obtížím s nacházením slov v běžné konverzaci. U pacientů s Alzheimerovou chorobou je řeč často doprovázená postižením kognitivně-komunikačních poruch. (Love a Webb, 2009) V souvislosti se zmateností pacienta jsou velice nápadné symptomy jako relevantnost a konfabulace. „*Konfabulace znamená vyjadřování fiktivních zážitků v mluveném a psaném projevu, které většinou nahrazují výpadky paměti.*“ (Love a Webb, 2009, s.276) Pacient také z hlediska poruch paměti zapomíná jména, obličeje, nedávné události, v konverzaci není schopen najít vhodná slova, proto vyprávění doplňuje slovy zdánlivě souvisejícími. (Pidrman, 2007)

Od objevení prvních příznaků choroby pacienti obvykle přežívají průměrně 8-10 let. Kauzální léčba neexistuje, dosud nebyl vyvinut lék, který by Alzheimerovu chorobu vyléčil. Hlavním cílem je tedy co nejdéle udržet pacienta v lehkém stádiu nemoci, zapojovat ho do každodenních aktivit a zlepšit tak kvalitu jeho života. (Zvěřová, 2017)

### **2.1.1 Zátěž rodinných pečovatелů**

Alzheimerova choroba postihne nejen samotného pacienta, ale má velký vliv na blízké okolí daného jedince. Postižení demencí má velký vliv na kvalitu života nemocného, ale i jeho pečovatелů. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007) Přibližně o 80% pacientů s Alzheimerovou chorobou pečuje někdo z rodinných příslušníků. Tyto pečovatele pak nazýváme neformálními pečovateli. Tato role je velice stresující a má velký vliv na jejich psychickou pohodu a socioekonomický status. Proto se do popředí dostává pojem „psychická zátěž pečovatele“. Pečující jedinec se musí naučit řadu aktivit, jak nejlépe usnadnit život osobě s Alzheimerovou nemocí. Dochází u něj k nejistotě a strachu ze selhání. Později se projeví i sociální izolovanost, jelikož je pečovatel časově, fyzicky i psychicky vyčerpán a nemá prostor udržovat si sociální kontakty. (Zvěřová, 2017)

Rodinným pečovatelům je věnováno malé množství pozornosti ze strany odborníků. Je důležité poskytnout jim sociální podporu a zdravotní prevenci. (Jedlinská, Hlúbika a Levová, 2009) Zátěž rodinných pečujících příslušníků můžeme rozdělit na **subjektivní** a **objektivní** složku zátěže. Mezi faktory, které ovlivňují subjektivní složku zátěže patří například vlastní prožívání dané role, pocit ztráty soukromí a pocit nedostatku času. Je ovlivňována rodinnými vztahy a sociálním prostředím. U pečovatele se objevuje frustrace, deprese, úzkost a strach ze ztráty daného jedince. (Zvěřová, 2017) Zvyšování stresu při fyzické i psychické zátěži vede u většiny pečovatelů k výskytu depresí. Životní partneři pacienta a pečující osoby staršího věku jsou zpravidla více ve stresu než osoby mladší. (Nehls, 2017) Nejrizikovějším objektivním faktorem pro vznik psychické zátěže je délka vykonávané role pečovatele, tíže zdravotního stavu osoby závislé a druh handicapu. Problémem se také stává soužití ve společné domácnosti, které může způsobovat změnu mezilidských vztahů a vyvolat nadměrné napětí. (Jedlinská, Hlúbika a Levová, 2009) Čím déle se pečovatel stará o pacienta a dochází u něj k psychické zátěži, tím více se dostává do pozice, kdy svou roli začíná brát negativně. (Zvěřová, 2017)

Podle výzkumů tvoří ženy více než 75% rodinných pečovatelů. I rozdíl v genderu má dopad na psychiku jedince. Pečující ženy berou svou roli vážněji a tíživěji ji přijímají. Ženy jsou obecně pod větším psychickým tlakem a dostávají se častěji do stresových situací než muži. (Zvěřová, 2017) Pojem „péče“ je po spoustu řadu let bezprostředně svázaná s ženskou rolí. Žena má na starost domácí práce, péči o dítě a domácnost, proto je i práce se starými a nemocnými lidmi častěji závislá na ženě. (Jeřábek a kol., 2005)

Kritické momenty přicházejí, pokud se pečovatel dostane do fáze, kdy upřednostňuje myšlenku, že neexistuje nikdo jiný, kdo by se o pacienta postaral, než je on sám. Pečovatel poté vnímá tento stav jako velké břemeno. Jelikož je Alzheimerova choroba progresivní onemocnění, nedochází ke zlepšení zdravotního stavu pacienta, ani při maximální péči. Rizikové faktory zátěže neboli tzv. prediktory, pomáhají odhalit zátěž pečovatele. Tyto rizikové faktory mohou být: malá podpora z okolí rodiny a přátel, nedostatečné znalosti o onemocnění pacienta nebo například subjektivní pocit zhoršeného zdravotního stavu jedince. Jak už bylo řečeno, většímu stresu čelí ženy než muži a osoby v těsném rodinném



vztahu. Je tedy důležité věnovat čas také vlastnímu odpočinku, volnočasovým aktivitám a svému psychickému i fyzickému zdraví. (Zvěřová, 2017)

Péče o pacienty s demencí je velice specifickou záležitostí, proto je potřebné uvažovat i nad možnostmi pomoci ze strany odborníků a speciálních pracovišť. Existují možnosti, kam lze člověka s demencí na přechodnou či trvalou dobu umístit. Osoba pečující o pacienta může věnovat čas odpočinku, zatímco je člověk s demencí umístěn do zařízení na přechodný pobyt. Další možností je denní centrum či respitní péče. Denní centrum nabízí řadu aktivit pro pacienty postižené demencí. Česká alzheimerovská společnost pak představuje takzvanou respitní péči, kdy se pracovníci tohoto zařízení starají o pacienta postiženého demencí. (Holmerová a kol., 2008)

U osoby postiženou demencí často dochází k sociální izolaci a stranění se společnosti. Člověk se postupně mění, dochází k výkyvům jeho chování, chová se nespolečensky a nepřiměřeně. Proto se stává, že okolí ztrácí zájem o jeho přítomnost. Sami rodinní příslušníci pacientů mohou zabraňovat člověku s demencí v jeho socializaci, jelikož se o něj bojí. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007)

Pro měření subjektivní zátěže pečovatelů byla vyvinuta Zaritova škála zátěže. Její výsledky pak ukazují pocity a prožitky pečovatele. Položky byly generovány na základě klinických zkušeností s pečovateli a předchozích studií. (Psychologyroots.com, 2023)

Důležité ale je, zajistit nejen pro osoby s Alzheimerem, ale i pro pečovatele, odpovídající pomoc, která by jim umožnila lépe se vypořádat se stresem a snížila jejich psychickou zátěž. (Jedlinská, Hlúbika a Levová, 2009)

### 3 Praktická část

#### 3.1 Cíle výzkumu, metodika a výzkumné otázky

Hlavním cílem bakalářské práce je analýza projevů narušené komunikační schopnosti u osob s Alzheimerovou nemocí. Praktická část se věnuje výzkumnému šetření osob s Alzheimerovou nemocí, kteří jsou nyní v péči centra pro seniory Clementas v Janovicích nad Úhlavou. Na základě vytvořeného a získaného materiálu budou splněny dílčí cíle praktické části bakalářské práce, kterými jsou:

- Analýza kognitivních a intelektových schopností
- Analýza deficitů jazykových a řečových procesů
- Analýza pragmatické roviny
- Analýza zátěže rodinných pečovatelů

V návaznosti na hlavní cíle byly vytvořeny výzkumné otázky:

**Výzkumná otázka 1.:** *Jak informantky vnímají svůj pobyt v centru pro seniory?*

**Výzkumná otázka 2.:** *Jak jsou informantky schopné hovořit na dané téma?*

**Výzkumná otázka 3.:** *Jak se projevuje narušená komunikační schopnost u osob s Alzheimerovou nemocí?*

**Výzkumná otázka 4.:** *Jakým způsobem se podepisuje péče na rodinné pečovatele?*

#### Metodika výzkumného šetření

Tato práce byla vytvořena na základě výzkumného šetření kvalitativního charakteru. Dle Hendla (2016, s.46) je kvalitativní výzkum „proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému“. Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány na základě metod případové studie osob s Alzheimerovou nemocí. Případová studie představuje proces shromáždění dat jednoho nebo několika jedinců. Jedná se o detailní studium malého počtu případů na základě získání velkého množství dat. (Hendl, 2016) Autorka měla k výzkumnému šetření k dispozici zdravotní dokumentace klientů, s nimiž při šetření pracovala. Použitými metodami byly testy na zjištění kognitivních poruch pacientů: MMSE test a test hodin. Po celou dobu výzkumného šetření autorka práce také využívala zúčastněné pozorování,

díky kterému dokázala vypořádat a zhodnotit projevy narušené komunikační schopnosti u osob s Alzheimerovou nemocí.

### **3.2 Centrum pro seniory Clementas v Janovicích nad Úhlavou**

Výzkumné šetření bylo provedeno v centru pro seniory Clementas v Janovicích nad Úhlavou, které se nachází v Plzeňském kraji. Clementas je společnost poskytující soukromou péči o seniory v České republice a je také členem Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. Momentálně jsou pod společností Clementas tři centra pro seniory: v Janovicích nad Úhlavou, v Mlékovicích a v Kolíně. Čtvrté centrum Hředle je nyní v celkové rekonstrukci. (Clementas.cz, 2021)

Clementas v Janovicích nad Úhlavou bylo založeno v roce 2020. Jedná se o domov se zvláštním režimem, kde pobývá 248 lidí. Péče je zde poskytována převážně osobám trpícím Alzheimerovou nemocí. Dále se starají o pacienty s Parkinsonovou nemocí či jiným typem demence, klientům po cévních mozkových příhodách či klientům s omezenou mobilitou. Centrum v Janovicích nad Úhlavou se nachází v rozvojové zóně na konci města, a proto vytváří klidné a příjemné prostředí pro své klienty. Jedná se o rozsáhlý objekt, jehož součástí je velké prostranství, které mohou kdykoliv využít všichni klienti. Domov se skládá z několika domácností s vlastními hygienickými zařízeními. Součástí centra jsou také aktivizační místnosti, které klienti využívají pro společné či své vlastní aktivity. Výhodou je, že se v domově nachází hned několik místnosti/prostorů, kam mohou jít klienti se svými blízkými, kteří je přijdou navštívit.

Klientům je ve všech domovech nabízeno soukromí a přátelská atmosféra. Péči zajišťuje odborný personál, který se snaží vytvořit domácí atmosféru a poskytuje individuální a kvalitní péči. Clementas také nabízí celou řadu aktivit, které jsou pro klienty nejen zpestřením, ale také přínosem. Volnočasové aktivity a terapie jsou pro osoby s Alzheimerovou nemocí obohacujícím prostředkem pro trénink paměti. Sociální aktivizace pak klientům napomáhá v udržení sociálních kontaktů a rozvíjení komunikační schopnosti. Clementas ale bohužel pro své klienty nenabízí logopedickou intervenci.

Filozofie Clementas spočívá v podpoře klientů a snaze o zachování společenského, důstojného života a soběstačnosti klientů. Pracovníci centra mají ke svým klientům přátelský a především „lidský“ přístup.

### **3.3 Vlastní šetření**

Výzkumného šetření se zúčastnily tři ženy s Alzheimerovou nemocí, které žijí v centru pro seniory Clementas, a tvořily tak výzkumný vzorek pro praktickou část bakalářské práce. Informantky byly vybrány na základě doporučení staniční sestry tohoto centra. Během výzkumného šetření byla přítomna všeobecná zdravotní sestra. Výzkumné šetření probíhalo v aktivizační místnosti, která je klientům kdykoliv k dispozici. Tato místnost je pro informantky místem známým a výzkumné šetření tak probíhalo v klidném prostředí, které bylo pro ženy příjemné. Případové studie byly zpracovány a publikovány se souhlasem všech klientek při zachování jejich anonymity. Autorka je proto již dále bude zmiňovat pod názvy: informantka A, informantka B a informantka C. K výzkumnému šetření byla přizvána ještě jedna klientka centra Clementas, která ale s autorkou spolupracovat odmítla.

Výzkumné šetření probíhalo v následujících bodech, podle kterých autorka práce postupovala s každou informantkou zvlášť:

- A. Osobní a rodinná anamnéza informantky doplněná o informace ze zdravotní dokumentace informantky
- B. MMSE test
- C. Test hodin
- D. Analýza pragmatické roviny za pomoci obrázků
- E. Analýza lexikálně-sémantické roviny a morfologicko-syntaktické roviny
- F. Zúčastněné pozorování

MMSE test společně s testem hodin představovala autorka již v teoretické části. Nyní oba testy sloužily jako orientačně diagnostický nástroj k výzkumnému šetření. MMSE test obsahuje deset oblastí, na které je třeba se zaměřit u vyšetřování Alzheimerovy nemoci (orientace, zapamatování, pozornost a počítání, výbavnost, pojmenování předmětu, opakování, třístupňový příkaz, čtení a vykonání psaného příkazu, psaní, obkreslení obrazce). MMSE test je v centru prováděn s osobami trpícími Alzheimerovou nemocí přibližně

dvakrát do roka, aby bylo zjištěno, jak nemoc u jednotlivých klientů postupuje. Pacient v testu může dosáhnout maximálně 30 bodů. Výsledek 30–25 bodů představuje pásmo normálu, 24–21 bodů je lehká kognitivní porucha, 20–11 bodů je středně těžká kognitivní porucha a 10–0 bodů představuje těžkou kognitivní poruchu.

Test hodin je dalším diagnostickým nástrojem, který autorka k výzkumnému šetření využila. K testu hodin měly informantky k dispozici papír, na který měly zakreslit čas 10:50. Autorka je tedy slovně požádala, aby nakreslily hodiny a vyznačily čas „za deset minut jedenáct“. Pokud informantky nebyly schopné zakreslit základní rozmístění číslic 12, 3, 6, 9 na hodinovém ciferníku nebo pokud nedokázaly správně nakreslit ručičky, a tím pádem požadovaný čas, znamenalo to, že nemohl být test hodnocený jako správný.

Dalším bodem byla analýza pragmatické roviny pomocí vizualizace. Informantky získaly obrázky čtyř osob, které znázorňovaly následující emoce: *veselost* (obr.č.1), *překvapenost/udivenost* (obr.č.2), *znuděnost* (obr.č.3.), *rozzlobenost* (obr.č.4). Informantky si měly obrázky prohlédnout a následně sdělit svůj názor, co je jako první k obrázkům napadne, a především vyjádřit, jaké emoce osoby na obrázcích podle nich představují. Účelem bylo zjistit, zda informantky převedou svou myšlenku do slov, zda se zvládnou zamyslet nad obrázky a vyjádřit k nim své pocity. Hlavním úkolem bylo také rozpoznat, zda dokáží informantky užít řeč v sociálním kontextu a jsou schopny vymyslet souvislou větu, která by vzhledem k vizuální realizaci (obrázkům) dávala smysl. K poslednímu bodu této analýzy patří také zjištění, zda informantky zároveň dokážou při svém projevu použít správná slova a pojmy, nebo se u nich v určitých situacích vyskytuje anomie.

Analýza lexikálně-sémantické a morfologicko-syntaktické roviny se zaměřovala na správné užívání jazyka jak z hlediska významu slov a vět, tak z hlediska ohýbání slov a jednotlivých slovních druhů. V tomto případě autorka pracovala s obrázkem, na kterém byli vyobrazeni tři chlapci různé výšky (obr.č.5). Informantky měly za úkol vytvořit druhý a třetí stupeň přídavných jmen od slov: *vysoký* a *nizký*. Následně měly říct synonymum ke slovu *ledový*, *muž* a antonymum ke slovu *mladý*, *velký*. Posledním zdaním bylo doplnit následující přísloví: *Lež má ...; Práce platná ...; Lepší vrabec v hrsti nežli ....* Cílem této části výzkumného šetření bylo zjistit, zda si informantky vybaví známá přísloví či rozdíl mezi pojmy synonymum a antonymum, které spadají do lexikálně-sémantické a morfologicko-

syntaktické roviny. Nejen tato část, ale celé výzkumné šetření bylo zaměřené na analýzu pragmatické, lexikálně-sémantické a morfologicko-syntaktické roviny.

Také zúčastněné pozorování aplikovala autorka po celou dobu výzkumného šetření. Záměrem bylo zjištění, zda jsou informantky schopné udržet téma konverzace, na což se také zaměřovala jedna z výzkumných otázek bakalářské práce. Důležité bylo identifikovat, zda je řeč informantek zmatená, objevuje se u nich problém s artikulací či výslovností. Autorka pozorovala, jestli dělá informantkám problém propojit více informací najednou a bez problému pochopí význam slov či známých pojmů českého jazyka.

### **Informantka A**

Informantka A je narozena v prosinci roku 1947. Do centra pro seniory Clementas nastoupila v lednu 2021. Od roku 2008 je informantka A pod dohledem pana doktora. Nejprve se u ní projevovaly deprese, později se u ní objevila demence Alzheimerova typu. Podle lékařských zpráv je psychiatrická zátěž v rodině informantky A neznámá. Nyní je u ní Alzheimerova nemoc v konečné fázi vývoje. Jednou z jejích lékařských diagnóz je delirium, nasedající na demenci. Informantka je vyučená prodavačka. Je vdova a má dva syny.

Informantka A nejprve vypověděla, že má dvě malé děti, se kterými ji chodí navštěvovat do centra syn. Spletla si tedy pojmy vnuk a syn. Z analýzy MMSE testu informantky A vyplynulo, že s výsledkem 10 bodů má těžkou kognitivní poruchu. Informantka na otázku z oblasti orientace dokázala zodpovědět pouze, který je dnes den, a to ještě s dopomocí. V oblasti zapamatování si tří věcí: *lopata – šátek – váza*, informantka uspěla, nicméně po několika minutách si slova již nedokázala vybavit. V oblasti pozornost a počítání informantka nejprve dlouho přemýšlela nad příkladem “100 – 7“, následně odmítla pokračovat dále. S pojmenováním předmětů, opakováním věty, třístupňovým příkazem a čtením a vykonáním psaného příkazu neměla informantka A žádný problém. Následující oblast psaní, ale chtěla tato žena také vynechat, jelikož nevěděla, co napsat a nechtěla autorce nic zkazit. V příloze pak autorka přidává obkreslování obrazců informantky A, což bylo poslední oblastí MMSE testu. Informantka A dlouho přemýšlela, kde a jak u obrazce začít. Dopomocí začala kreslit jednotlivé čáry a neustále se poptávala, zda úkol dělá správně. Bohužel ani tuto oblast žena nezvládla (viz příloha 2a). V MMSE testu, který s informantkou A prováděly zdravotní sestry v Clementas, obdržela informantka A 14 bodů (viz příloha 2).

Tento výsledek byl tedy o daleko lepší než ten, který byl získán pro výzkumné šetření. Podle zdravotní dokumentace má tedy informantka A patrný kognitivně mnestický deficit v rámci středně těžkého postižení.

Test hodin byl pro informantku A velice obtížný. Tvrdila, že má spoustu povinností. Vymlouvala se, že si nedokáže nic zapamatovat a soustředit se. Po několika výzvách autorky žena nakonec na papír nakreslila jen kruh a dále nechtěla pokračovat, jelikož nevěděla, jakým způsobem (viz příloha 3).

Dále měly informantky před sebou fotografie osob a měly popsat, co si o osobách na fotografii myslí, co asi osoby prožívají. K obrázku č. 1 informantka A sdělila, že se na něm žena usmívá a jedna polovina jejího těla je tmavší než ta druhá. Celý popis obrázku ale vedla informantka jen v bodech, pouze doplňovala začátek věty autorky a hledala slova v paměti. Na některé instrukce informantka nereagovala. Další obrázky si dlouho prohlížela, ale nedokázala k nim nic říct.

K obrázku č. 5 bylo informantce řečeno, že jsou na něm tři chlapi různé výšky. Informantka měla k porovnání použít pojmy: vysoký, vyšší a nejvyšší. Žena však odpověděla, že první chlapec je velký a třetí je větší. Stupňování přídavného jména nízký: *nízký – nižší – nejnižší*, už informantka zformulovat nedokázala. Přísloví informantka doplnila následovně: „*Lež má krátké zuby.*“ „*Práce kvapná málo platná.*“ Přísloví „*lepší vrabec v hrsti nežli...*“ už informantka doplnit nedokázala, ani s autorčinou nápovědou.

Vyjadřování informantky A působí zmateně. Nedokáže propojit dvě informace v jednu a někdy jí dělá problém pochopit instrukce, které jsou jí zadány. Pokud informantka hovoří sama od sebe o nějakém tématu, mluví plynule, ale někdy významově nesrozumitelně. Artikuluje celkem dobře. Často trpí anomii, tedy neschopností vybavit si patřičné slovo. Informantka se autorce rozpovídala o tom, že žije na vesnici a nezvládá péči o své děti. Raduje se, když vidí svoje vnuky, kteří jí vždy zvednou náladu. Jejím koníčkem je pletení. Informantka je přesvědčená, že se z centra co nejdříve vrátí domů, kde ji čeká spousta povinností, které musí doma udělat.

V centru pobývá informantka A již druhým rokem, ale sama si nedokáže vybavit, jak dlouho v zde žije a kde se zrovna nachází. Informantka A není orientovaná časem, místem

ani situací. Vypověděla, že v centru nedělají žádné aktivity a ven mohou, kdykoli se jim chce. Pravdou ale je, že centrum klientům nabízí aktivit celou řadu. Informantka A se snaží své výpadky paměti maskovat konfabulacemi. Své potíže neguje, je ale spokojená a usměvavá.

### **Informantka B**

Informantka B se narodila v březnu 1946, jak také správně sama vypověděla. Do centra pro seniory nastoupila v lednu 2022 pro stavy zmatenosti při demenci. Když se autorka informantky ptala, jestli ví, kde je a jak dlouho v centru žije, odpověděla informantka B, že čtrnáct dnů a že netuší, kde nyní bydlí. Informantka B je vdova. Má dceru, která chodí informantku pravidelně navštěvovat. Dle zjištění od staniční sestry tohoto domova pracovala informantka B jako pečovatelka. Informantka si ale na toto povolání sama nevzpomněla. Podle zdravotní dokumentace pacientky trpí informantka B demencí u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu. Stejně jako informantka A má delirium, nasedající na demenci.

Výsledky testu MMSE u informantky B, 20 bodů, vyšly na středně těžkou kognitivní poruchu (viz příloha 4). Informantka nevěděla, jaký je rok, ale tvrdila, že prezidentem České republiky je Edvard Beneš. U oblasti počítání informantka zvládla první početní příklad, nicméně další už nevypočítala. Jako jediná, ze třech zúčastněných žen, si informantka B dokázala zapamatovat tři zmíněná slova z předchozí oblasti: *lopata – šátek – váza*. V oblasti psaní informantka nenapsala větu s velkým písmenem a na konci věty neudělala tečku (viz příloha 4a). Obkreslení obrazce zvládla informantka B také jako jediná (viz příloha 4b). Podle zdravotní dokumentace byl také s informantkou B prováděn MMSE test již dříve v centru Clementas. Informantka B z něj získala 20 bodů, což tedy představuje přítomný kognitivně mnestický deficit.

Test hodin informantka B nezvládla. Na papír zakreslila kruh, poté hodinové ručičky. Když ji autorka vyzvala, aby doplnila čísla jako na hodinách, informantka napsala čísla od jedné do tří (viz příloha 5).



Popisování obrázků šlo informantce dobře, ale i ona vylíčila obrázky pouze v bodech a hledala slova v paměti. Povedlo se jí říct, jaké emoce osoby na obrázku prožívají. Informantka uspěla i s popsáním oblečení osob, i když hovořila jen heslovitě.

Informantka B zvládla správně určit jak synonyma a antonyma k zadaným slovům, tak doplnit všechna tři přísloví. Problém však měla se stupňováním přídavných jmen. Od slova *vyšoký* vytvořila druhý stupeň *větší* a třetí *největší*.

Narušení komunikační schopnosti se u informantky B projevuje především ve špatné artikulaci. Její výslovnost není zřetelná, tudíž se autorka musela dožadovat odpovědi i několikrát. Informantka B však dokázala udržet téma konverzace a plynule odpovídala na otázky. Největším problémem je narušená krátkodobá paměť. Informantku B také doprovází problémy se sluchem, proto musela autorka své otázky a instrukce několikrát nahlas opakovat. Také u informantky B vážne orientace časem, místem a situací. Ke svému stavu je informantka nekritická. Je milá, sdílná a přátelská.

### **Informantka C**

Informantka C je narozena v lednu 1947. V listopadu roku 2022 byla informantka C na několik týdnů hospitalizovaná na Psychiatrické klinice FN Plzeň. Téhož roku poté nastoupila do centra pro seniory. Informantka C trpí demencí Alzheimerova typu. Dle zdravotní dokumentace prodělala také tranzitorní ischemickou ataku neboli „malou mrtvici“. Informantka C vystudovala Vysokou školu pedagogickou a byla učitelkou na 2. stupni základní školy – obor český jazyk a dějepis.

Informantka C v MMSE testu získala 15 bodů, což by odpovídalo středně těžké kognitivní poruše (viz příloha 6). V MMSE testu ani informantka C, stejně jako ostatní, neuspěla v první oblasti. Nedokázala říct, kde se nachází, problém jí také dělala otázka na to, jaký je dneska den, měsíc či roční období. Informantka C také tvrdila, že v centru pro seniory je teprve tři týdny. Ve skutečnosti zde pobývá již čtyři měsíce. Informantce C nečinily potíže v oblasti pojmenování předmětů či v třístupňovém příkazu. Problém nastal s krátkodobou pamětí. Žena si nedokázala zapamatovat tři dříve pojmenované předměty (lopata, šátek, váza). Informantka C zvládla oblast pozornosti a počítání skoro bez chyb, nicméně nad posledním početním úkolem: „72 – 7“ se informantka C pozastavila. Z ničeho nic se žena

přestala soustředit, ocitla se ve stresu i přesto, že ji autorka ujišťovala, že se jedná o poslední příklad. Informantka začala nahlas opakovat příklad, který od ní zněl jinak, a to: „70 – 2“. Z tohoto důvodu musela být informantka několikrát opravena, a tudíž nedošlo k zapsání posledního bodu z oblasti počítání. Ani výsledek z poslední oblasti nemohl být informantce započítán, jelikož zapomněla u jednoho z obrazců zakreslit ještě jednu „čáru“ navíc (viz příloha 6b). Její tahy byly ale velice přesné, soustředěné a prováděné velmi rychle. Podle zdravotní dokumentace získala informantka C v MMSE testu 13 bodů, což je méně, než získala při výzkumném šetření. Stále se ale jedná o výrazný kognitivně mnestický deficit v rámci těžkého postižení.

Testem hodin, stejně jako ostatní, neprošla ani informantka C. Z počátku bylo zřejmé, že informantka C si je jistá, jak přesně hodiny vypadají, a nebude tak žádný problém vyžadovaný čas zakreslit. Nejprve načrtla kruh, následně vyznačila čísla: 12, 3, 6, 9. Poté začala doplňovat zbytek čísel na ciferníku, nicméně začala od čísla 4 až do, již zapsaného, čísla 12. Po upozornění, že jí chybí ještě čísla následující, zapsala informantka čísla 13, 14 a neustále se ptala, zda to má správně. Po dotazu autorky, kolik mají hodiny ručiček, odpověděla informantka C dvě, ale na papír zakreslila pak už jenom jednu (viz příloha 7).

Popisy obrázků nečinily informantce C příliš velké těžkosti. Nejprve popisovala obrázky jednoslovně. Po vybidnutí začala používat i jednoduché věty. Nejvíce toho informantku C napadlo k poslednímu obrázku. Bylo překvapením, když informantka začala vymýšlet příběh o tom, že je muž na obrázku rozzlobený, jelikož nevyhrál zápas. Následně se ale informantka C do svého vyprávění začala zamotávat. Její věty byly významově nesrozumitelné, žena si pletla pojmy a různá slova. Nedávalo smysl to, co říká, a nedokázala objasnit své myšlenky.

U přídavných jmen se informantka C pozastavila nad stupňováním slova: *nízký* – *nížší* a následně žena odpověděla *malý*. Poté se nad svou odpovědí sama zamyslela a chybu se jí podařilo opravit. Informantka C doplnila první přísloví takto: „*Lež má dlouhé zuby.*“ Informantka neřekla ve správném znění ani další přísloví. Synonyma a antonyma vytvořila informantka správně.

Informantka C měla velice dobrou náladu, neustále se smála a chtěla autorce stále něco vyprávět. Tvrdila, že ji učení na základní škole velice bavilo a jejím nejoblíbenějším tématem byl Starý zákon.

Sama informantka se svěřila, že často hledá slova, která chce říct, ale nejde to. Dříve se styděla za to, že si nemůže na nějaké slovo vzpomenout, ale dnes se tomu jen směje. Informantka C se tedy snaží své výpadky paměti maskovat četnými konfabulacemi. Tato žena bývá často dezorientovaná. Tvrzením, že jedna ze spolubydlících musí odjet k zubaři a druhá potřebovala jít domů, aby prý pověsila prádlo, si byla informantka C velmi jistá. Její artikulace byla zřetelná, ale vyjadřování působilo často zmateně a během výzkumného šetření také došlo k tomu, že informantka nedokázala udržet téma konverzace. U informantky C se tedy často objevují stavy, kdy „odbíhá“ od tématu, musí dlouho přemýšlet nad vhodnými slovy nebo si plete pojmy.

Autorka informantku C navštívila jako první. Seznámily se, autorka jí vysvětlila, o co ve výzkumném šetření půjde. Za několik minut se autorka k ženě vrátila, ta už netušila, kdo s ní před chvílí hovořil a co si pro ni autorka připravila.

### **3.3.1 Zátěž rodinných pečovatelů**

Během výzkumného šetření se autorka také zabývala zásadním tématem, a to zátěží rodinných pečovatelů. Autorka spolupracovala se dvěma informantkami, které pečovaly o svého blízkého. Také tyto ženy podepsaly informovaný souhlas o anonymitě, proto budou dále v bakalářské práci zmiňovány jako: informantka 1 a informantka 2. Konkrétně se jedná o pečovatelku (informantka 1) informantky B a pečovatelku (informantka 2) informantky C. Autorka informantky 1 a 2 oslovila následně po výzkumném šetření informantek A, B a C v centru pro seniory.

Ve většině případů jsou rodinnými pečovatelkami právě ženy. Informantka 1 se starala o svou matku skoro tři roky. Nakonec byla ale informantka B umístěna do centra pro seniory pro stavy zmatenosti při demenci. Alzheimerovou nemocí trpí informantka B několik let, nicméně její stav se začal až v posledních letech zhoršovat čím dál tím více. Informantka 2 se také starala o svou matku do doby, než byla hospitalizovaná na Psychiatrické klinice FN Plzeň, a když se stala klientkou centra pro seniory Clementas.

Pro toto výzkumné šetření byla zvolena Zaritova škála zátěže, ve které jsou otázky zaměřeny na prožitky a pocity pečovatele v době, kdy se staral o osobu s Alzheimerovou nemocí. Obě informantky tuto škálu vyplnily a přidaly své další zkušenosti a poznatky. Informantky se shodly na tom, že je role rodinného pečovatele velice stresující záležitostí. Ani jedna z nich si nedokázala do té doby představit, jak náročná je taková péče. Ta se u nich podepsala nejen na fyzické, ale především psychické stránce. Únava a vyčerpanost je vedla k pocitu, že již brzy nebudou mít dostatek sil na to, aby se postaraly o svého blízkého. Obě informantky také uvedly, že měly dojem zhoršení jejich zdravotního stavu v důsledku této péče. Obě ženy braly svou roli velmi vážně a ze začátku pro ně bylo těžké ji přijmout. Tento stav je u rodinných pečovatelů běžnou záležitostí. Pociťovaly, že je pro ně dosti často péče o jejich rodiče velká zátěž a břemeno. Pečovatelky jsou pod psychickým tlakem z toho důvodu, že mají zdání, že je na nich jejich blízký závislý. Ženy se domnívají, že by se nikdo jiný o blízké nepostaral a nevěnoval by jim tolik času.

U informantek se často objevovaly subjektivní složky zátěže. Péče o blízké členy rodiny často pro pečovatele znamená omezení svých zálib, koníčků, společenského, ale i intimního života. Informantka 1 ale uvedla, že neměla nikdy pocit zhoršení se jejího společenského, ani intimního života. U informantky 2 se ale společenský život do jisté míry z důvodu péče o blízkou osobu zhoršil. Ze šetření také vyplynulo, že informantky převážně veškerý svůj čas věnovaly péči o blízkého, a tak jim nezbyl žádný volný čas pro sebe a své zájmy. Dosti často se informantkám také stávalo, že se cítily být uvězněny mezi péčí o blízkého a dalšími úkoly. Informantka 2 měla pocit, že tráví s rodinou velmi málo času. Byla si vědoma i toho, že její blízký narušuje rodinné vztahy i vztahy s přáteli. Problémem se někdy také stává nedostatek finančních prostředků, které jsou podstatné pro zajištění péče o blízkého. Ve spojitosti s vlastními potřebami se může finanční situace pečovatelů rychle změnit. Obě informantky sdílely se svým blízkým společnou domácnost. Někdy tedy měly pocit hněvu a napětí mezi nimi a jejich blízkými. Právě společné soužití může změnu jejich vztahů způsobit a vyvolat nepříjemné klima.

Péče o blízkého člověka je pro ženy velkým zásahem do jejich osobního života, a proto musí přehodnotit své priority. Informantky se shodly na tom, že na prvním místě pro ně byla starost o jejich blízkého. Informantka 1 měla také často dojem, že ztratila kontrolu nad svým

vlastním životem od té doby, co zajišťovala péči o svou matku. Strach ze selhání, nejistota a otázka blízké budoucnosti vede u obou pečovatelek k velkým obavám.

Z výzkumného šetření je patrné, že obě informantky tušily, že již brzy nebudou mít dostatek sil postarat se o svého blízkého. Zdání, že přenechají péči o svého rodiče na někoho jiného, měly obě informantky skoro vždy. „*Jak často se vám stává, že cítíte, že již brzy nebudete mít dostatek sil postarat se o vašeho blízkého?*“ „*Jak často se vám stává, že cítíte potřebu přenechat péči o vašeho rodiče na někoho jiného?*“ Informantka 2 v obou případech odpověděla, že tento pocit měla vždy. Z těchto důvodů byly nakonec obě informantky nuceny své blízké umístit do centra pro seniory, kam je jezdí pravidelně s rodinou navštěvovat.

### **3.4 Závěry výzkumného šetření**

Hlavním cílem výzkumného šetření byla analýza projevů narušené komunikační schopnosti u osob s Alzheimerovou nemocí. Výzkumné šetření proběhlo v centru pro seniory Clementas. Tři vybrané informantky, klientky tohoto centra, tvořily výzkumný vzorek tohoto šetření. Na základě analýzy vytvořeného a získaného materiálu a zúčastněného pozorování komunikačních schopností u osob s Alzheimerovou nemocí bylo prokázáno značné narušení těchto schopností u daných osob. Za pomoci dílčích cílů a výzkumných otázek došlo k naplnění hlavního cíle. Výzkumné šetření proběhlo bez komplikací. Informantky byly velice sdílné a ochotné spolupracovat.

**Dílčí cíl č.1** byl zaměřen na **analýzu kognitivních a intelektových schopností** osob s Alzheimerovou nemocí. K naplnění tohoto dílčího cíle posloužily jako diagnostické nástroje dva testy, které se běžně používají na vyhodnocení kognitivních funkcí, deficitů nebo poruch mozkové léze. Jednalo se o MMSE test a test hodin. Informantky jsou na MMSE test zvyklé z centra pro seniory Clementas, kde se tento test jednou za půl roku s klienty provádí. MMSE test se zaměřoval nejen na úkoly z oblasti kognitivních funkcí, ale můžeme říci, že z části také zasahoval do analýzy komunikační schopnosti pacienta. To, jak pacienti reagují a odpovídají na zadané otázky z různých oblastí, dosáhneme zjištění, jak je u pacientů komunikační funkce narušená. MMSE test a test hodin u všech informantek vyšel tak, že jejich kognitivní porucha je ve fázi středně těžké až těžké.

Informantka A je v konečné fázi Alzheimerovy nemoci. Nedokázala si tedy vzpomenout na datum svého narození a nezvládala ani základní numerické příklady. U informantky A se projevoval strach, že udělá v testu chybu a neustále se autorce omlouvala, že jí nechce výzkumné šetření zkazit. Informantky měly problém se základními instrukcemi i jednoduchými otázkami. V nesnázích se cítily při obkreslení dvou obrazců v poslední oblasti MMSE testu. Ani jedna z informantek neuspěla v testu hodin.

**Dílčí cíl č.2** se týkal **analýzy deficitů jazykových a řečových procesů**, které úzce souvisí s dílčím cílem č.1, tedy s kognitivními a intelektovými schopnostmi osob s Alzheimerovou nemocí. Deficity jazykových a řečových procesů byly u informantek zřetelné hned při prvních projevech. Komunikační schopnost byla tedy u informantek značně narušená a dost často se projevovala především ve spojitosti s narušenou krátkodobou pamětí. Informantky si nedokázaly vzpomenout, jaké otázky jim autorka před několika minutami zadala, přemýšlely nad slovy, která chtěly říct. Informantka B měla problém se sluchem, proto jí autorka musela zadání několikrát opakovat. S tím souvisela velmi špatná artikulace informantky. Nicméně výslovnost informantek A a C byla dobrá. Často se stávalo, že informantky nebyly schopné udržet dané téma konverzace. V momentu, kdy informantky začaly hovořit samy, stávaly se jejich věty významově nesrozumitelné a jakoby „z cesty“. Informantky své výpadky paměti maskovaly konfabulacemi.

**Analýza pragmatické roviny** byla **třetím dílčím cílem výzkumného šetření**. Informantky nejsou schopné orientovat se v čase, místě ani v situaci. Informantka C je schopná vnímat jen svou osobu. Ani jedna ze zúčastněných nedokázala odpovědět, v jaké budově se nachází a jak dlouho už zde pobývají. I informantka C během chvíle zapomněla na domluvu s autorkou, na jejich rozhovor o výzkumném šetření. Informantky často nechápaly, co se po nich žádá, a tak začaly raději vést monology o událostech ze svého dřívějšího života, které ale postrádaly smysl. Po otázce ženy nedokázaly dát dohromady souvislou větu či souvětí. Stejně tak při práci s obrázky osob vyjadřující různé emoce, popisovaly informantky obrázky především v heslech. Informantky se autorce samy svěřily, že mají problém vybavit si slova či slovní spojení. Také vypověděly, že se jejich stav zhoršuje a není jim tato situace příjemná.

**Dílčí cíl č.4** byl posledním dílčím cílem výzkumného šetření a byl zaměřen na **analýzu zátěže rodinných pečovatelů**. Z výzkumného šetření zátěže rodinných pečovatelů vyplynulo, že rodinnými pečovateli jsou ve většině případů ženy. Ty svou roli berou velmi vážně, a proto u nich poté dochází k fyzické i psychické vyčerpanosti. U obou informantek se také naplnily subjektivní i objektivní složky zátěže. Péče o blízkého se podepsala i na jejich zdravotním stavu. Závislost blízkého na jejich péči je přinutila k omezení svého volného času a volnočasových aktivit. Došlo i k narušení rodinných vztahů. Zátěž a břemeno, které s péčí a starostí o blízkého přichází, je velkým zásahem do života každého pečovatele.

Důležité je, aby rodinní pečovatelé mysleli na svůj osobní život a věnovali dostatek času také sami sobě. Jednou z možností je vyhledat odborníky, kteří by jim mohli s péčí o blízkého pomoci.

### **Vyhodnocení výzkumných otázek**

**Výzkumná otázka 1.:** *Jak informantky vnímají svůj pobyt v centru pro seniory?*

Informantky skutečnost, že nějaký čas pobývají v centru pro seniory, nevnímají. Tvrdí, že se musí vrátit domů, splnit určité povinnosti a své závazky. Nejsou orientované časem, situací ani místem. Při dotazech na jejich pobyt v centru odpovídají, že jsou zde tak čtrnáct dní až tři týdny. Ve skutečnosti tu žijí jeden až dva roky. Všechny informantky s radostí na tváři tvrdily, že se jim v centru líbí, jsou tu spokojené, mají se dobře a vždy si mají s kým popovídat.

**Výzkumná otázka 2.:** *Jak jsou informantky schopné hovořit na dané téma?*

V případě, když informantky hovořily o svém vlastním tématu, dokázaly konverzaci na určitou chvíli udržet. Přesto ale postrádaly jejich výpovědi smysl. Když téma konverzace začala sama autorka, informantky nezvládly udržet myšlenku a téma se rychle změnilo v jiné. Často se také stávalo, že se informantky v průběhu konverzace začaly soustředit na něco jiného, a proto zapomněly, o čem před několika vteřinami hovořily. I během plnění MMSE testu a testu hodin se informantky několikrát doptávaly, co se po nich vyžaduje. Informantka A měla ze všech zúčastněných největší problém téma konverzace udržet. Hovořila o svých rodinných příslušnících, tvrdila, že už se musí vrátit domů, kde budou zase

křičet děti a všude bude hluk. Neustále autorce sdělovala, že ji doma čeká spousta povinností. Následkem toho došlo k přerušení původního tématu konverzace. Informantka B měla naopak nejmenší potíže s udržení daného tématu. Informantka C se ráda nad určitými tématy zastavovala. Při otázce na její bývalé zaměstnání se na delší dobu rozpovídala, poté se omluvila a zeptala se, na co se autorka vlastně dotazovala. Nakonec se informantka ke svému tématu o zaměstnání vrátila, ale z úplně jiného úhlu pohledu.

**Výzkumná otázka 3.:** *Jak se projevuje narušená komunikační schopnost u osob s Alzheimerovou nemocí?*

Komunikační schopnost je u osob s Alzheimerovou nemocí narušená do velké míry, což se projevuje ve všech jazykových rovinách klienta. Osoby s touto nemocí mají problém s pamětí a následkem toho dochází k omezování slovní zásoby. Informantky nejsou schopné poskládat dohromady celou větu, která by zněla srozumitelně. Informantky často „odcházely“ od tématu a vyprávěly příběhy postrádající smysl. Informantka B špatně artikulovala a vyslovovala některá slova. Při diagnostických testech informantky někdy nepochopily zadání, nezvládaly jednoduché instrukce a pokyny. V rámci psaného projevu nastal také problém u informantek A i B. Žena A nebyla schopná v oblasti psaní napsat jakoukoliv větu ani s dopomocí. Žena B větu sice napsala, nicméně se u ní projevila narušená textově-syntaktická rovina. Informantka totiž na začátku věty nenapsala velké písmeno a nenapsala interpunkční znaménko.

**Výzkumná otázka 4.:** *Jakým způsobem se podepisuje péče na rodinné pečovatele?*

Rodinnými pečovateli jsou z hlediska výzkumného šetření ženy, které berou svou roli velmi zodpovědně. Rodinné pečovatelky se shodly na tom, že péče o blízkého člověka pro ně není zátěží jen fyzickou, ale především také psychickou. Podle dotazníku si ani jedna z nich nedokázala do té doby představit, co všechno taková péče obnáší. Péče o blízkého se podepisuje na zdravotním stavu rodinných pečovatelů. Narušuje jejich společenské a volnočasové aktivity, ale také rodinné vztahy a klima rodinného prostředí. Jelikož je péče o blízkého finančně velice náročná, způsobuje i v tomto směru pro rodinné pečovatele jistou zátěž. Rodinné pečovatelky postrádají dostatek času a soukromí, což zasahuje do jejich osobních životů.



### **3.4.1.1 Doporučení pro praxi**

Autorka se v závěru výzkumného šetření dále zaměří na různá doporučení v rámci praxe v oblasti narušené komunikační schopnosti u osob s Alzheimerovou nemocí a následně na zjištěné limity při výzkumném šetření. Také porovná výsledky své práce s aktuálními zahraničními studii z podobné sféry.

Jedním z návrhů pro praxi by mohlo být zřízení logopedické intervence v Centru pro seniory Clementas v Janovicích nad Úhlavou. Toto centrum totiž nedisponuje touto službou, která by mohla být užitečnou součástí pro klienty s Alzheimerovou nemocí nebo i pro osoby s jiným typem demence. Dále autorka považuje za podstatné zmínit a doporučit všem rodinným pečovatelům, aby mysleli především na svůj zdravotní a duševní stav, a nenechali se tudíž péčí o blízkého člověka ochudit o vlastní soukromí a záliby. Důležité je přijímat cenné rady od odborníků, popřípadě vyhledat pomoc další osoby. K identifikování začínajícího onemocnění je vždy možné využít jednoduše přístupné diagnostické testy, které dokáží alespoň z části odhalit daný typ onemocnění. V rámci bakalářské práce byla využita řada odborné literatury i internetových zdrojů, které mohou být také pomocným faktorem k lepší orientaci v dané problematice. V praxi je u osob s Alzheimerovou nemocí důležitý rozvoj smysluplné komunikace, trénink paměti nebo využívání vizuálních podnětů k lepšímu porozumění tématu. Podstatná je sociální interakce mezi lidmi a udržování kontaktů, aby nedošlo k jejich omezení a následným depresím, izolovanosti a pocitu osamocení osoby s Alzheimerovou nemocí.

### **3.4.1.2 Limity výzkumného šetření**

Výzkumné šetření je limitováno na straně autorky, ve způsobu zvolení daných informantů. Autorka mohla zvolit osoby různého věku a pohlaví. K výzkumnému šetření mohli být zvoleni také muži, aby mohlo být porovnáno, zda se nějakým způsobem narušená komunikační schopnost u mužů oproti ženám liší. S tím také souvisí věk zvolených informantek výzkumného šetření. Limitující se stala situace, kdy jedna z informantek odmítala spolupracovat s autorkou, jelikož měla strach z následné chyby a nechtěla nějakou dobu dále pokračovat v zadané práci. Stejně tak byla oslovena ještě jedna z klientek centra, která ale úplně odmítla účast na výzkumném šetření. Jelikož měla autorka jen krátkodobou praxi ohledně práce s osobami s Alzheimerovou nemocí, bylo pro ni náročnější s nimi

ze začátku komunikovat. Omezující se také ukázalo, že se autorka zpočátku nedokázala vžít do role výzkumníka. Postrádala zkušenosti a neznala vhodné metody práce s těmito informantkami. Nevěděla, jak dané ženy přesvědčit o tom, že jejich vyprávění se ubírají jiným směrem, že hovoří na jiné téma a jejich myšlenky jsou tak pouhými konfabulacemi.

#### **3.4.1.3 Porovnání výsledků se zahraničními studii**

Z porovnávání výsledků bakalářské práce s výsledky zahraničních studií vyplývá, že obtíže v oblasti komunikace jsou častým příznakem u lidí s demencí. Jedna ze studií upozorňuje na nutnost přizpůsobení stylu komunikace, aby se zabránilo stresovým a nepříjemným pocitům pro osoby s demencí. Z důvodu horší kvality komunikace může dojít u osoby s Alzheimerovou nemocí k snížení sociálního kontaktu, depresím, osamostatnění. Dle jedné ze studií je Alzheimerova nemoc spojována s narušením spontánního projevu. Časté je také vyhledávání slov a problémy v oblasti fonologických forem – intonace a artikulace. Studie poukazují na nižší výsledky v oblasti čtení, psaní a opakování. Také bakalářská práce na tato narušení odkazuje, dokonce i v rámci výsledků výzkumného šetření bylo potvrzeno, že se u osob s Alzheimerovou nemocí často objevují problémy se slovní zásobou, zmatené vyjadřování a nižší schopnost porozumění zadání. Studie se tedy ve většině svých výsledcích shodují s výsledky bakalářské práce. (PubMed (nih.gov), 2018; Sciencedirect.com, 2021)

## **Závěr**

Bakalářská práce se zabývá jednotlivými projevy narušené komunikační schopnosti u osob s Alzheimerovou nemocí. Tuto práci tvoří teoretická a praktická část, jejímž záměrem bylo dosáhnout hlavních a dílčích cílů výzkumného šetření a vyhodnotit výzkumné otázky. Na základě analýzy kognitivních a intelektových schopností a deficitů jazykových a řečových procesů, které Alzheimerova nemoc způsobuje, bylo vytyčených cílů dosaženo. Teoretická část je rozčleněna na dvě kapitoly. Jejich obsahem je vymezení termínu komunikace, demence a podstata kognitivně-komunikačních poruch a projevů narušené komunikační schopnosti při demenci. Druhá kapitola je věnována charakteristice neurodegenerativního onemocnění a Alzheimerovy nemoci, která přináší ve spojení s narušenou komunikační schopností deficity jazykových a řečových procesů.

Praktická část je koncipována na základě výzkumného šetření kvalitativního charakteru, které bylo uskutečněno v centru pro seniory Clementas v Janovicích nad Úhlavou. Výzkumný vzorek představovaly tři informantky, které v tomto centru pobývají. Praktická část byla rozdělena na čtyři podkapitoly. Součástí bylo vytyčit cíle, metody a otázky průzkumu, popsat filozofii tohoto centra, které poskytuje péči nejen pro osoby s Alzheimerovou nemocí, ale i osobám s dalším typem demence. Vlastní šetření, analýza zátěže rodinných pečovatelů a následné zhodnocení výzkumného šetření tvořilo obsah dalších podkapitol.

Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že komunikační schopnosti osob s Alzheimerovou nemocí jsou značně narušené. Toto oslabení se u informantek projevilo dezorientací. Narušení se prokázalo i ve všech jazykových rovinách. Ženy nedokázaly odpovědět na jednoduché otázky, vedly nesrozumitelné monology a své zapomínání maskovaly konfabulacemi. Potíže jim činily některé pojmy (tvoření synonym, antonym), nezvládly správně doplnit známá česká přísloví. Bylo potvrzeno, že osoby s Alzheimerovou nemocí nejsou schopné udržet téma konverzace, dodržet instrukce a plnit přesně zadané úkoly. Výsledky diagnostických testů také prokázaly narušení kognitivních a intelektových schopností informantek. Na základě výzkumného šetření došlo k naplnění cílů bakalářské práce. Součástí závěru praktické části je také doporučení pro praxi a jsou popsány limity výzkumného šetření.

Bakalářská práce charakterizuje především Alzheimerovu nemoc a také projevy demence a neurodegenerativních onemocnění. Tato práce by mohla být přínosem pro ty, kteří se chtějí o problematice Alzheimerovy nemoci dozvědět více. Ti, kteří trpí Alzheimerovou nemocí nebo mají v rodině někoho s tímto onemocněním, mohou ocenit důležité informace, které bakalářská práce přináší. Tato práce upozorňuje na jednotlivá stádia a různé způsoby projevů Alzheimerovy nemoci. Zvláště rodinní příslušníci mohou na základě diagnostických testů, které byly využity v rámci výzkumného šetření, odhadnout, do jaké míry je u blízkých osob toto onemocnění rozvinuto. Přínosné je, že tato práce jednotlivé testy popisuje a ukazuje, jak s testy pracovat, a následně přináší poznatky z praxe. Na podkladě těchto testů lze rozpoznat, zda se jedná o projevy Alzheimerovy nemoci, či nikoliv. Výzkumné šetření může být nápomocné k lepšímu pochopení toho, jak se onemocnění projevuje v běžném životě. Bakalářská práce by mohla posloužit těm, kteří se zde mohou dozvědět informace, na koho se v případě potřeby obrátit, v jakém případě vyhledat pomoc nebo čeho se při péči o osoby s Alzheimerovou nemocí vyvarovat. Text práce také může být využit jako materiál pro pregraduální studenty speciální pedagogiky a příbuzných oborů.

## Seznam použitých informačních zdrojů

BENDO VÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3853-6

CALLONE, Patricia R. a kol. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2320-4.

DeVITO Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-988-8

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9

HRDLIČKA, Michal a Darina HRDLIČKOVÁ. *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-797-4

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMKOVÁ a Helena NOVÁKOVÁ. *Alzheimerova choroba v rodině*. Praha, Pfizer spol. s.r.o., 2008.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMKOVÁ a Jitka SUCHÁ a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, spol. s.r.o., 2007. ISBN 978-80-254-0177-4

KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2006. 228 s. ISBN 978-80-247-1110-2.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-615-3.

LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.

LECHTA, Viktor a kol. *Logopedické repetitorium*. Slovenské pedagogické nakladatel'stvo, 1990. ISBN 80-08-00447-9

LOVE, R. J. a WEBB, W. G. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 372 s. ISBN 978-80-7367-464-9.

NEHLS, Michael. *Alzheimer se dá léčit: Návrat do zdravého života*. Praha: Euromedia Group, 2017. ISBN 978-80-7549-257-9.

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

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5247-1.

SCHWARTZOVÁ Michal a Anat LONDONOVÁ. *Neuroimunita: Jak udržet mozek zdravý a mladý*. Vyd. 1. Brno: Albatros, 2016. ISBN 978-80-265-0522-8

VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. Olomouc: Studio nakladatelství Olomouc, 2005. ISBN 80-244-1088-5.

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.

MARKOVÁ Jana a Zsolt CSÉFALVAY In CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.

SKARNITZL, Radek a Jan VOLÍN (2018a) Fonetický aspekt verbální komunikace In NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1

NEUBAUER, Karel (2018b) Kognitivně-komunikační poruchy In NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1

RESSNER Pavel (2007a) Farmakologicky indukované poruchy kognitivních funkcí u geriatrických pacientů In REKTOROVÁ, Irena et al. *Kognitivní poruchy a demence*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7387-017-1

BARTOŠ, Aleš (2007b) Klinické novinky na poli Alzheimerovy nemoci In REKTOROVÁ, Irena et al. *Kognitivní poruchy a demence*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7387-017-1

MATĚJ Radoslav a František KOUKOLÍK (2007c) Neuropatologie neurodegenerativních demencí In REKTOROVÁ, Irena et al. *Kognitivní poruchy a demence*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7387-017-1

KONRÁD, Jiří. *Smišená demence* [online]. 2007 [cit. 2023-01-03]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2007/03/07.pdf>

FRITZLOVÁ, Kateřina. *Kognitivně komunikační poruchy* [online]. 2013 [cit. 2023-01-03]. Dostupné z: [http://www.logopedie-fritzlova.cz/?page\\_id=106](http://www.logopedie-fritzlova.cz/?page_id=106)

JEŘÁBEK, H. a kol. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005. ISSN 1801-1519.

JEDLINSKÁ M, HLÚBIK P, LEVOVÁ J. *Psychická zátěž laických rodinných pečujících*. Profese on-line II/1, 2009. ISSN 1803-4330

HOLMANNOVÁ, Drahomíra. *MMSE test, Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam* [online]. 2019 [cit. 2023-01-05]. Dostupné z: <https://www.uzdravim.cz/mmse-test-test-kognitivnich-funkci-mini-mental-state-exam.html>

CARMONA, José ManuelMarín. *Dolor y síntomas no expresados: la otra demencia Pain and unexpressed symptoms: The other dementia* [online]. Elsevier España S.L., 2009 [cit. 2023-01-05]. Dostupné z:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X09002157>

TREBICHA VSKÝ, Ivan. *Apoptóza: Buněčná smrt podle plánu*. Vesmír, 1994. ISSN 1214-4029 Dostupné z: [Apoptóza - Časopis Vesmír \(vesmir.cz\)](http://vesmir.cz)

## Internetové zdroje

Poruchy duševní a poruchy chování. *Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. 1992 [cit. 2023-01-05]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00.0>

Psychologyinstructor.com. *Hodinový test pro diagnostiku onemocnění a duševních poruch*. [online]. [cit. 2023-01-07]. Dostupné z: <https://cs.psychologyinstructor.com/hodinovy-test-pro-diagnostiku-onemocneni-a-dusevnych-poruch/>

C., Anna. Nursestudy.net. *Impaired verbal communication nursing diagnosis and nursing care plan*. [online]. [cit. 2023-01-07]. Dostupné z: <https://nursestudy.net/impaired-verbal-communication-nursing-diagnosis/#:~:text=Signs%20and%20Symptoms%20of%20Impaired%20Verbal%20Communication%201,the%20necessary%20sensory%20to%20allow%20understanding%20Da%20l%C5%A1%C3%AD%20polo%C5%BEky>

Psychology roots. *Zarit Burden Interview* [online]. [cit. 2023-01-07]. Dostupné z: <https://psychologyroots.com/zarit-burden-interview-zbi/>

Mayo clinic. *Alzheimer's disease* [online]. [cit. 2023-01-07]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/alzheimers-disease/symptoms-causes/syc-20350447>

Kulan. *Neurodegenerativní onemocnění* [online]. 2019 [cit. 2023-01-07]. Dostupné z: [http://www.kulan.cz/Neurodegenerativn%C3%AD\\_onemocn%C4%9Bn%C3%AD](http://www.kulan.cz/Neurodegenerativn%C3%AD_onemocn%C4%9Bn%C3%AD)

Cleveland Clinic. *Speech therapy* [online]. Ohio [cit. 2023-01-07]. Dostupné z: <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/22366-speech-therapy>

Clementas. *Clementas centrum pro seniory* [online]. 2021 [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://www.clementas.cz/>

EL-WAHS, Sarah, Penelope MONROE, Fiona KUMFOR a Kirrie BALLARD. *Chapter 3 - Communication interventions for people with dementia and their communication partners* [online]. 2021 [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128186855000039>



BANOVIC, Silva, Lejla JUNUZOVIC ZUNIC a Osman SINANOVIC. *Communication Difficulties as a Result of Dementia* [online]. 2018 [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30515063/>

## **Seznam tabulek**

Tab.1: Dělení neurodegenerativního onemocnění (podle Matěj a Koukolík, 2007c; Kulan.cz, 2023)

## **Seznam příloh**

- Příloha 1: Informovaný souhlas
- Příloha 2: MMSE test informantka A
- Příloha 2 a: MMSE test – oblast obkreslení obrazce
- Příloha 3: Test hodin informantka A
- Příloha 4: MMSE test informantka B
- Příloha 4 a: MMSE test – oblast psaní
- Příloha 4 b: MMSE test – oblast obkreslení obrazce
- Příloha 5: Test hodin informantka B
- Příloha 6: MMSE test informantka C
- Příloha 6 a: MMSE test – oblast psaní
- Příloha 6 b: MMSE test – oblast obkreslení obrazce
- Příloha 7: Test hodin informantka C
- Příloha 8: Obrázkový materiál k analýze pragmatické roviny
- Příloha 9: Obrázkový materiál k stupňování přídavných jmen
- Příloha 10: Zaritova škála zátěže informantka 1
- Příloha 11: Zaritova škála zátěže informantka 2

## **Příloha 1: Informovaný souhlas**

### **SOUHLAS S ÚČASTÍ NA VÝZKUMNÉM ŠETŘENÍ**

Téma bakalářské práce: Narušená komunikační schopnost u osob s Alzheimerovou nemocí

Držitel souhlasu: Natálie Bláhová

#### Prohlášení:

Já,

.....

(Vaše jméno a příjmení hůlkovým písmem)

souhlasím s účastí na výzkumném šetření s názvem Narušená komunikační schopnost u osob s Alzheimerovou nemocí.

Udělením informovaného souhlasu беру na vědomí, že:

1. Byl/a jsem seznámen/a s výzkumným šetřením a informován/a o skutečnostech týkajících se výzkumného šetření. Jsem si vědom/a, kolik času zabere má účast na výzkumném šetření. S autorkou výzkumného projektu jsem mohl/a diskutovat o informacích a podmínkách a mohl/a jsem položit otázky, které se týkají výzkumného šetření, přičemž se mi na tyto otázky dostalo adekvátních odpovědí.
2. Jsem si vědom/a toho, že z výzkumného šetření mohu kdykoliv odstoupit, a to bez ohrožení vztahu mezi mnou a autorkou výzkumného šetření. Ukončit spolupráci mohu bez uvedení jakéhokoli důvodu.
3. Souhlasím, aby údaje a data shromážděná během výzkumného šetření byla prezentována, přičemž na základě těchto informací není možné identifikovat mou osobu.
4. Jsem si vědom/a, že se mohu na autorku výzkumného šetření obrátit s jakýmkoli dotazem týkajícím se průběhu výzkumného šetření a mé dotazy budou ochotně zodpovězeny.

.....

(datum a místo)

.....

(vlastnoruční podpis)

## Příloha 2: MMSE test informantka A

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Datum vyšetření: 1 2 3 4 5 6 7 8  
 den: 3  
 měsíc: 3  
 rok: 2 0 2 3

Jméno pacienta: Informantka A

**I. Orientace**  
 Kolikátého je dnes? X  
 Který je dnes den v týdnu? X  
 Který je měsíc? X  
 Který je rok? X  
 Které je roční období? X  
 V jaké zemi se nacházíme? X  
 Ve kterém okrese? X  
 Ve kterém městě? X  
 Jak se jmenuje tato nemocnice? X  
 Na kterém jsme poschodí? X

0 bodů

**II. Zapamatování**  
 Nyní Vám vyjmenuji tři předměty. Pousťte se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se vás na tato slova znovu zeptám.

lopata ✓  
 šátek ✓  
 váza ✓

3 body

**III. Pozornost a počítání**  
 Nyní prosím, odečítejte od 100 stálic sedmíčku. Až odečtete pětkrát za sebou skočte.

100  
 93 M X  
 86 R X  
 79 K X  
 72 O X  
 65 P X

Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyřte ho.

0 bodů

**IV. Vyprávění**  
 Nyní se pokuste vzpomenout na 5 slova, která jste si chvíli zapamatovali.

lopata X  
 šátek X  
 váza X

0 bodů

**V. Pojmenování předmětů**  
 Ukážete náramkové hodinky. Co je to? ✓  
 Ukážete tužku. Co je to? ✓

2 body

**VI. Opakování**  
 Opakujte prosím po mně „První pražská paraplavba“ ✓

1 bod

**VII. Trojstranný příkaz**  
 Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přivraťte ho na pokovnu a položte na zem.

Pravá ruka ✓  
 Převržení na pokovnu ✓  
 Položení na podlahu ✓

3 body

**VIII. Čtení a výkonání psaného příkazu**  
 Přečtete prosím, co je zde napsáno a udělejte to.

1 bod ✓


**ZAVŘETE OČI!**

**IX. Psaní**  
 Popište prosím, jakoukoli větu.

0 bodů X

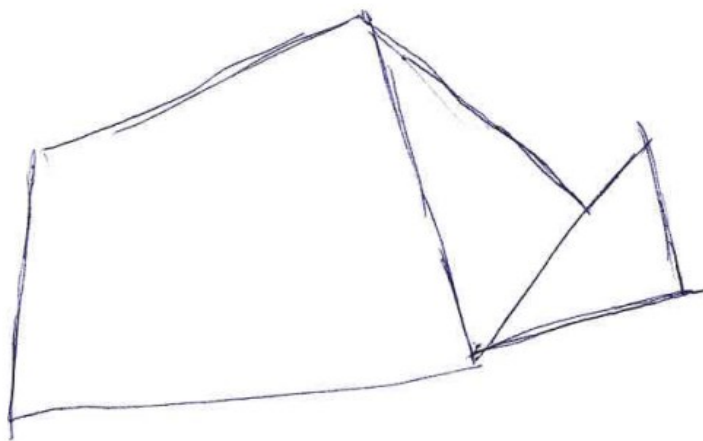
**X. Obkreslení obrazce**  
 Nakreslete obrázek na nejlépejší podle předlohy.

0 bodů X

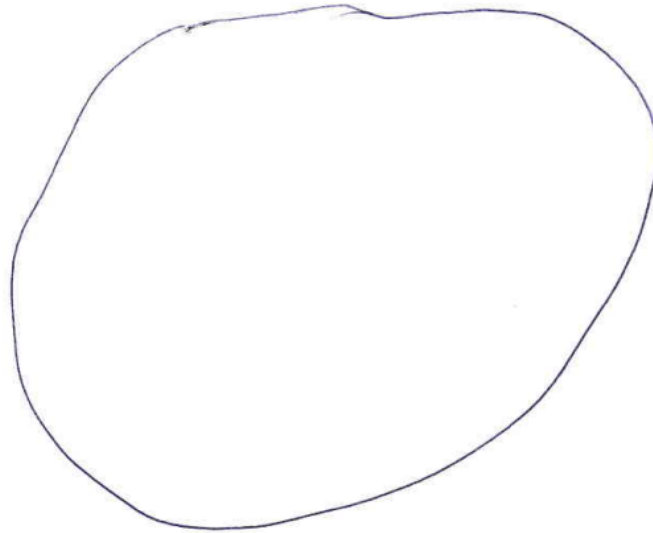


**CELKEM 10 BODŮ**

## Příloha 2 a: MMSE test – oblast obkreslení obrazce



### Příloha 3: Test hodin informantka A



### Příloha 4: MMSE test informantka B

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Datum vyšetření: 1 2 3 4 5 6 7 8  
 den: 3  
 měsíc: 3  
 rok: 2 0 2 3

Jméno pacienta: informantka B

**I. Orientace**  
 Kolikátého je dnes? ✓  
 Který je dnes den v týdnu? ✓  
 Který je měsíc? X  
 Které je roční období? ✓  
 V jaké zemi se nacházíme? X  
 Ve kterém okrese? X  
 Ve kterém městě? X  
 Jak se jmenuje tato nemocnice? X  
 Na kterém jsme poschodí? ✓

5 bodů

**II. Zapamatování**  
 Plyní Vám výměřují tři předměty. Pokušte se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se vrátím na tato slova znovu zeptám.

lopata ✓  
 šátek ✓  
 váza ✓

3 body

**III. Pozornost a počítání**  
 Plyní prosím, odečítejte od 100 stále sedmičku až dočkáte pětiadvacíti za sebou skončíte.

100  
 93 M ✓  
 86 R X  
 79 K X  
 72 O X  
 65 P X

Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provádět, vynechte ho: napsal(a) prosím, doplněte si své PQMIM po jednotlivých písmenech.

1 bod

**IV. Vyhlasení**  
 Plyní se pokuste vzpomenout na 5 slova, která jste si měly/a zapamatovat.

lopata ✓  
 šátek ✓  
 váza ✓

3 body

**V. Pojmenování předmětů**  
 Ukážete naramenní hodinky. Co je to? ✓  
 Ukážete tužku. Co je to? ✓

2 body

**VI. Dřepování**  
 Osahajte prosím, po stráně. „První pražská paroplavba“ X

0 bodů

**VII. Třístupňový příkaz**  
 Plyní všechno tento papír do pravé ruky, přiložte ho na palcovou a položte na zem.

Pravá ruka ✓  
 Přiložení na palcovou ✓  
 Položení na podlahu ✓

3 body

**VIII. Čtení a vyhodnění psaného příkazu**  
 Přečtete, prosím, co je zde napsáno a udělejte to.

1 bod ✓

**ZAVŘETE OČI!**

**IX. Psaní**  
 napište, prosím, jehleovku věty.

1 bod ✓

**X. Obkreslení obrázce**  
 Přesněte obrázek na negativně podle předlohy.

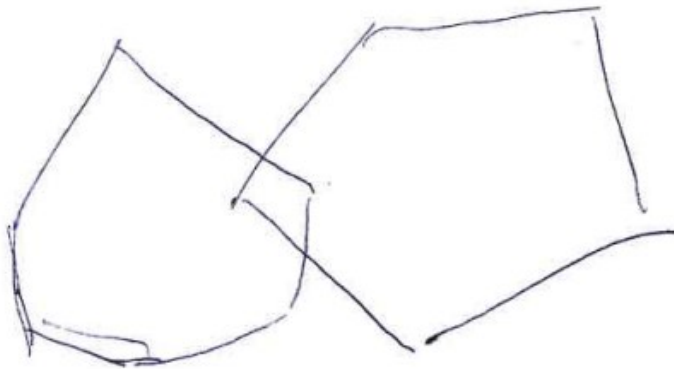
1 bod ✓

**Celkem**  
 20 bodů

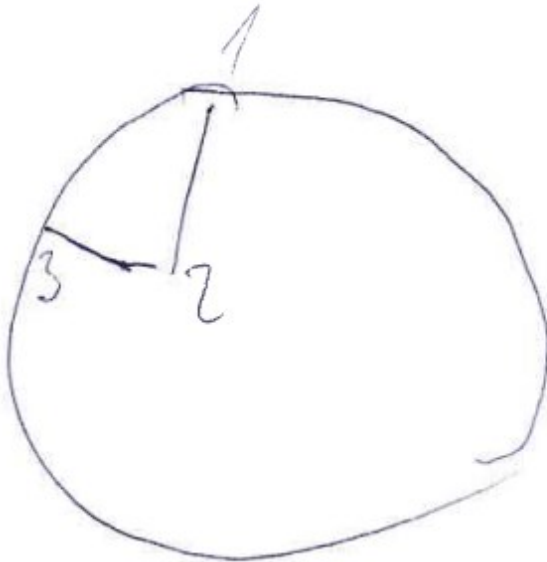
**Příloha 4 a: MMSE test – oblast psaní**

*Šnes je káva hejB*

**Příloha 4 b: MMSE test – oblast obkreslení obrazce**



## Příloha 5: Test hodin informantka B



## Příloha 6: MMSE test informantka C

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Datum vyšetření: 1 2 3 4 5 6 7 8  
 den: 3  
 měsíc: 3  
 rok: 2 0 2 3

Jméno pacienta: Informantka C

**I. Orientace**  
 Kolikátého je dnes?   
 Který je dnes den v týdnu?   
 Který je měsíc?   
 Který je rok?   
 Které je roční období?   
 V jaké zemi se nacházíme?   
 Ve kterém okrese?   
 Ve kterém městě?   
 Jak se jmenuje tato nemocnice?   
 Na kterém jsme poschodí?   
 1 bod

**II. Zapamatování**  
 Nyní Vám výjmenuji tři předměty. Pokušte se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvilu se vás na tato slova znovu zeptám.  
 lopata   
 šátek   
 váza   
 3 body

**III. Pozornost a počítání**  
 Nyní prosím odečítejte od 100 stále sedmičku Až odčítáte přecházíte za setbu skončíte.  
 100  
 93 M   
 86 R   
 79 K   
 Jestliže pacient tento úkol provedl, vypište ho:  
 72 O   
 65 P X  
 4 body

**IV. Vybavenost**  
 Nyní se pokuste vzpomenout na 5 slova, která jste si měl/a zapamatovat.  
 lopata   
 šátek   
 váza   
 0 bodů

**V. Vyhodnocení (2 body)**  
 Ukažte nám levou ruku. Co je to?   
 Ukažte tuhu. Co je to?   
 2 body

**VI. Vybavenost (2 body)**  
 Opačte prosím pravou ruku.  
 „První pražská paroplavba“  0 bodů

**VII. Třítaplový přísloví**  
 Pevně vzájemně tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na zem.  
 Pravá ruka   
 Přeložení na polovinu   
 Položení na podlahu   
 3 body

**VIII. Čtení a vykonání psaného příkazu**  
 Přečtete, prosím, co je zde napsáno a udělejte to.  
 1 bod   
**ZAVŘETE OČI!**

**IX. Psaní**  
 Napište prosím zkušební větu.  
 1 bod

**X. Obkreslení obrázku**  
 Nakreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.  
 0 bodů

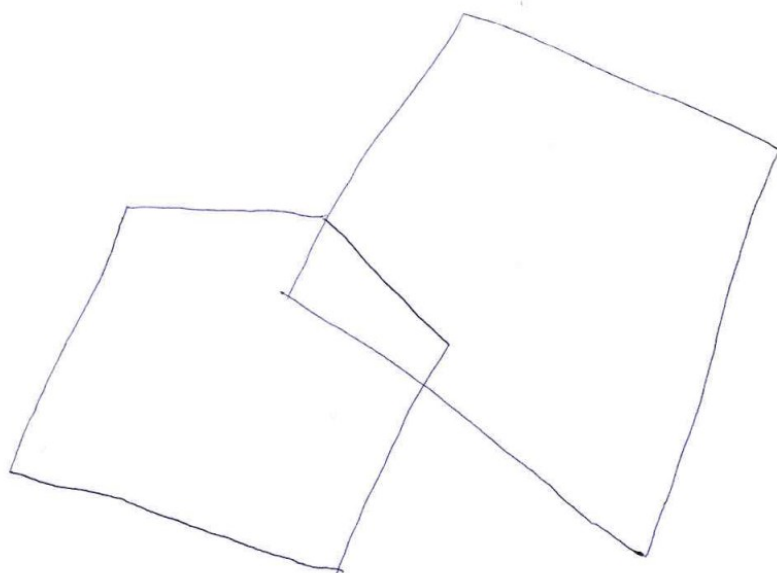
**CELKEM 15 bodů**



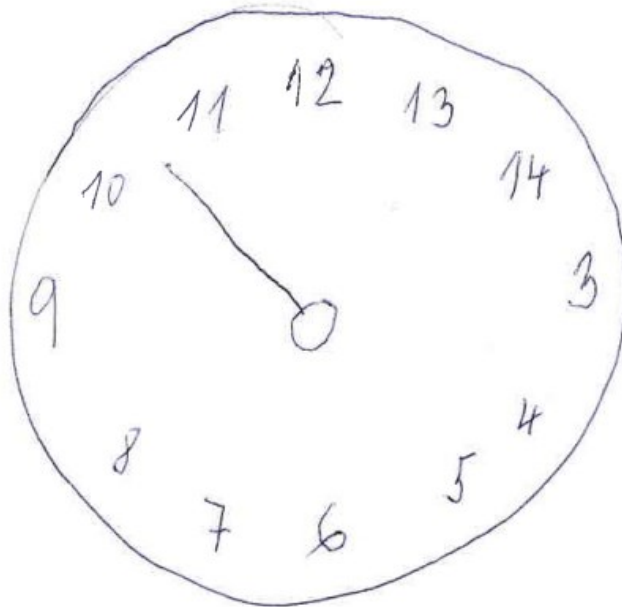
**Příloha 6 a: MMSE test – oblast psaní**

*Ones je krásný den.*

**Příloha 6 b: MMSE test – oblast obkreslení obrazce**



**Příloha 7: Test hodin informantka C**



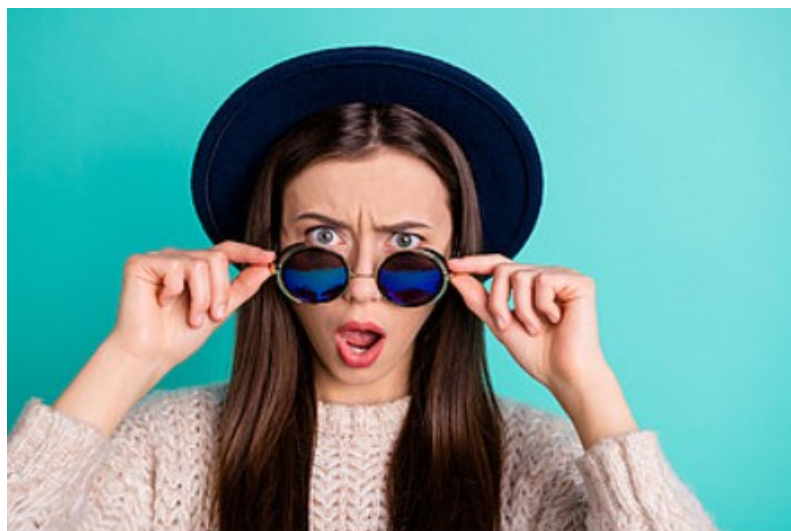
## **Příloha 8: Obrázkový materiál k analýze pragmatické roviny**

**Obr.č.1:** veselá žena



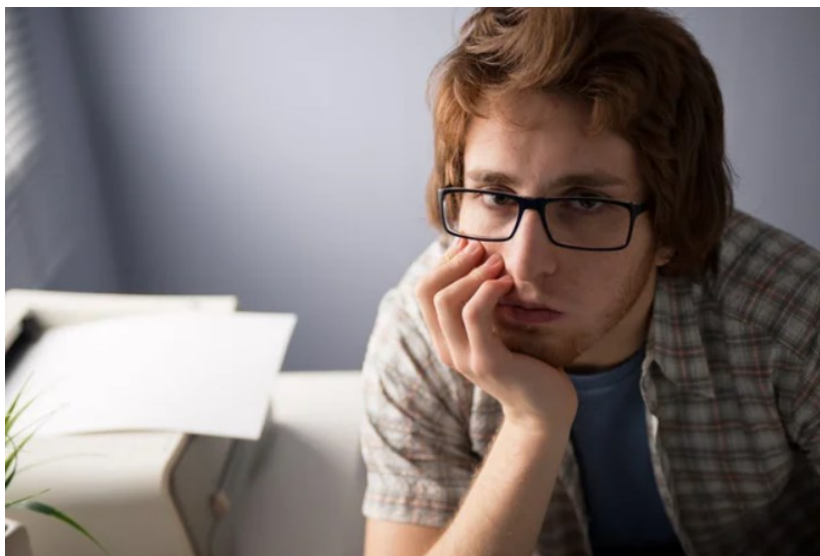
Zdroj: [online]. [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: [veselá žena - Bing images](#)

**Obr.č.2:** udivená žena



Zdroj: [online]. [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: [udivená fotka - Bing images](#)

**Obr.č.3:** znužený muž



Zdroj: [online]. [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: [znužený člověk - Bing images](#)

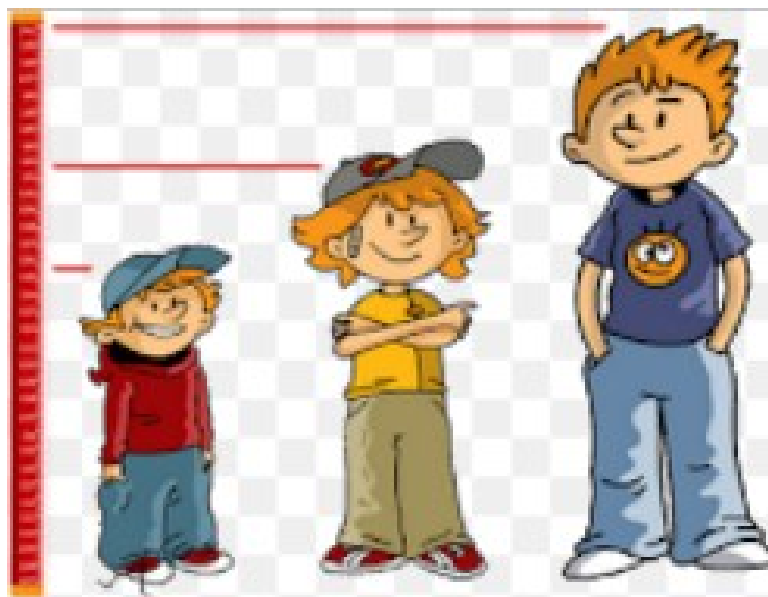
**Obr.č.4:** rozzlobený muž



Zdroj: [online]. [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: [rozzlobený muž - Bing images](#)

**Příloha 9: Obrázkový materiál k stupňování přídavných jmen**

**Obr.č.5**



Zdroj: [online]. [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: [stupňování vysoký - Bing](#)

## Příloha 10: Zaritova škála zátěže informantka 1

### Zaritova škála zátěže

Legenda: 0=nikdy; 1=zřídka; 2=někdy; 3=dost často; 4=téměř vždy

Jak často se vám stává, že ...

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. ... máte pocit, že váš blízký po vás vyžaduje více pomoci, než skutečně potřebuje?  | 0 1 2 3 4 |
| 2. ... máte pocit, že veškerý svůj čas věnujete péči o blízkého a již vám žádný nezbyvá pro vás?                               | 0 1 2 3 4 |
| 3. ... cítíte se uvězněni mezi péčí o vašeho blízkého a vašimi dalšími úkoly (rodina, práce)?                                  | 0 1 2 3 4 |
| 4. ... vás chování vašeho blízkého obtěžuje či uvádí do rozpaků?   | 0 1 2 3 4 |
| 5. ... máte pocit hněvu v přítomnosti vašeho blízkého?   | 0 1 2 3 4 |
| 6. ... máte pocit, že váš blízký škodí vašim vztahům s vaší vlastní rodinou či přáteli?  | 0 1 2 3 4 |
| 7. ... obáváte se toho, co na vašeho blízkého chystá budoucnost?   | 0 1 2 3 4 |
| 8. ... cítíte, že váš blízký je na vás závislý?  | 0 1 2 3 4 |
| 9. ... cítíte se v napětí v přítomnosti vašeho blízkého?   | 0 1 2 3 4 |
| 10. ... máte pocit, že se vám zhoršilo zdraví v důsledku péče o blízkého?  | 0 1 2 3 4 |
| 11. ... cítíte nedostatek intimity kvůli vašemu blízkému?  | 0 1 2 3 4 |
| 12. ... máte pocit, že se váš společenský život zhoršil z důvodu péče o vašeho blízkého?                                       | 0 1 2 3 4 |
| 13. ... necítíte se kvůli vašemu blízkému ve své kůži před návštěvou?  | 0 1 2 3 4 |
| 14. ... máte pocit, že váš blízký se na vás spoléhá jako na jedinou osobu, se kterou může počítat v oblasti péče o něj?        | 0 1 2 3 4 |
| 15. ... máte pocit, že nemáte dostatek finančních prostředků pro zajištění péče o vašeho blízkého a současně vlastních potřeb? | 0 1 2 3 4 |
| 16. ... cítíte, že již brzy nebudete mít dostatek sil postarat se o vašeho blízkého?   | 0 1 2 3 4 |
| 17. ... máte pocit, že jste ztratil/a kontrolu nad svým životem od té doby, co zajišťujete péči o vašeho blízkého?             | 0 1 2 3 4 |
| 18. ... cítíte potřebu přenechat péči o vašeho rodiče na někoho jiného?  | 0 1 2 3 4 |
| 19. ... máte pocit, že již nevíte, co ještě udělat pro vašeho rodiče?  | 0 1 2 3 4 |
| 20. ... máte pocit, že byste toho měli pro vašeho rodiče udělat více?  | 0 1 2 3 4 |
| 21. ... máte pocit, že byste vašemu rodiči mohli zajistit lepší péči?  | 0 1 2 3 4 |
| 22. ... máte pocit, že péče o vašeho rodiče pro vás představuje zátěž, břemeno?  | 0 1 2 3 4 |

Zdroj: ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.

## Příloha 11: Zaritova škála zátěže informantka 2

### Zaritova škála zátěže

Legenda: 0=nikdy; 1=zřídka; 2=někdy; 3=dost často; 4=téměř vždy

Jak často se vám stává, že ...

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. ... máte pocit, že váš blízký po vás vyžaduje více pomoci, než skutečně potřebuje?  | 0 1 2 3 4 |
| 2. ... máte pocit, že veškerý svůj čas věnujete péči o blízkého a již vám žádný nezbyvá pro vás?                               | 0 1 2 3 4 |
| 3. ... cítíte se uvězněni mezi péčí o vašeho blízkého a vašimi dalšími úkoly (rodina, práce)?                                  | 0 1 2 3 4 |
| 4. ... vás chování vašeho blízkého obtěžuje či uvádí do rozpaků?   | 0 1 2 3 4 |
| 5. ... máte pocit hněvu v přítomnosti vašeho blízkého?   | 0 1 2 3 4 |
| 6. ... máte pocit, že váš blízký škodí vašim vztahům s vaší vlastní rodinou či přáteli?  | 0 1 2 3 4 |
| 7. ... obáváte se toho, co na vašeho blízkého chystá budoucnost?   | 0 1 2 3 4 |
| 8. ... cítíte, že váš blízký je na vás závislý?  | 0 1 2 3 4 |
| 9. ... cítíte se v napětí v přítomnosti vašeho blízkého?   | 0 1 2 3 4 |
| 10. ... máte pocit, že se vám zhoršilo zdraví v důsledku péče o blízkého?  | 0 1 2 3 4 |
| 11. ... cítíte nedostatek intimity kvůli vašemu blízkému?  | 0 1 2 3 4 |
| 12. ... máte pocit, že se váš společenský život zhoršil z důvodu péče o vašeho blízkého?                                       | 0 1 2 3 4 |
| 13. ... necítíte se kvůli vašemu blízkému ve své kůži před návštěvou?  | 0 1 2 3 4 |
| 14. ... máte pocit, že váš blízký se na vás spoléhá jako na jedinou osobu, se kterou může počítat v oblasti péče o něj?        | 0 1 2 3 4 |
| 15. ... máte pocit, že nemáte dostatek finančních prostředků pro zajištění péče o vašeho blízkého a současně vlastních potřeb? | 0 1 2 3 4 |
| 16. ... cítíte, že již brzy nebudete mít dostatek sil postarat se o vašeho blízkého?   | 0 1 2 3 4 |
| 17. ... máte pocit, že jste ztratil/a kontrolu nad svým životem od té doby, co zajišťujete péči o vašeho blízkého?             | 0 1 2 3 4 |
| 18. ... cítíte potřebu přenechat péči o vašeho rodiče na někoho jiného?  | 0 1 2 3 4 |
| 19. ... máte pocit, že již nevíte, co ještě udělat pro vašeho rodiče?  | 0 1 2 3 4 |
| 20. ... máte pocit, že byste toho měli pro vašeho rodiče udělat více?  | 0 1 2 3 4 |
| 21. ... máte pocit, že byste vašemu rodiči mohli zajistit lepší péči?  | 0 1 2 3 4 |
| 22. ... máte pocit, že péče o vašeho rodiče pro vás představuje zátěž, břemeno?  | 0 1 2 3 4 |

Zdroj: ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.