

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetřovatelství

Karolína Vaculíková

**Vybrané nefarmakologické přístupy k pacientům s demencí
v jednotlivých stádiích demence**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Machálková, Ph.D.

Olomouc 2021

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 28. dubna 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Vocelina', written above a horizontal line.

Podpis

Děkuji PhDr. Lence Machákové, Ph.D. za vstřícnost při konzultacích a cenné rady při zpracování této práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce:	Bakalářská práce teoretická - přehledová
Téma práce:	Nefarmakologické přístupy k pacientům s demencí
Název práce:	Vybrané nefarmakologické přístupy k pacientům s demencí v jednotlivých stádiích demence
Název práce v AJ:	Selected non-pharmacological approaches to patients with dementia in individual stages of dementia
Datum zadání:	2020-11-23
Datum odevzdání:	2021-04-28
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav ošetřovatelství
Autor práce:	Karolína Vaculíková
Vedoucí práce:	PhDr. Lenka Machálková, Ph.D.
Oponent práce:	
Abstrakt v ČJ:	

Růst výskytu demence je markantní, proto každá možnost komunikace s pacientem s demencí je přínosem nejen pro rodinné příslušníky, ale rovněž pro zdravotnické a sociální pracovníky. Přehledová bakalářská práce sumarizuje aktuální dohledané poznatky o využití vybraných nefarmakologických přístupů u pacientů podle stádia demence. Ze získaných informací vyplývá, že využití nefarmakologických přístupů má pozitivní vliv na pacienta i zdravotnický personál. Za nejméně časově náročný a nejvíce efektivní nefarmakologický přístup je označována moderní metoda Montessori. Informace byly čerpány z databází EBSCO, GOOGLE SCHOLAR, Pub Med, BookPort, European Library, Ebook central a bibliografiích.

Abstrakt v AJ:

The increase in developing dementia is considerable so any opportunity to communicate with a patient suffering from dementia is useful and not only to the family members of a patient but also to the healthcare and social workers. This thesis summarizes current available findings on using selected non-pharmacological approaches with patients of different stages of dementia. It can be established, from the collected information, that using non-pharmacological approaches has a positive impact on the patients and the healthcare workers. The modern Montessori Method is considered the least time consuming and the most non-pharmacological approach. The information was collected from

databases of EBSCO, GOOGLE SCHOLAR, PubMed, BookPort, European Library, Ebook Central and bibliographies.

Klíčová slova v ČJ: nefarmakologické přístupy, demence, stádia demence, komunikace, těžká demence, reminiscenční terapie, validace, bazální stimulace, ergoterapie

Klíčová slova v AJ: non-pharmacological approaches, dementia, stages of dementia, communication, severe dementia, reminiscence therapy, validation, basal stimulation, occupational therapy

Rozsah: 34 stran /0 příloh

Obsah:

Úvod	7
1 Popis řešeršní činnosti	9
2 Nefarmakologické přístupy k pacientům s demencí.....	10
2.1 Nefarmakologické přístupy k pacientům v časném stadiu demence	11
2.2 Nefarmakologické přístupy k pacientům ve středním stadiu demence	17
2.3 Nefarmakologické přístupy k pacientům v těžkém stadiu demence.....	23
2.4 Význam a limitace dohledaných poznatků	26
Závěr	28
Referenční seznam.....	29
Seznam zkratk.....	34

Úvod

Demence se stává výzvou tohoto století. Představuje globální zdravotně-sociální jev, který má dopad na veškerou společnost (Fymat, A.L., 2018, s. 27). Počet pacientů žijících s demencí se v důsledku stárnutí populace velmi rychle zvyšuje. Tři čtvrtiny pacientů s demencí setrvávají v domácím prostředí a asi čtvrtině je poskytována péče v ústavním prostředí, ať již v sociálních službách či ve zdravotnictví. Zajištění péče, zejména pacientům žijícím s rozvinutým syndromem demence, je velmi náročné, a to zvláště v případech, kdy dochází k rozvoji neuropsychiatrických příznaků (Bláhová, J. a Holmerová, I., 2018, s. 113). Prevalence demence v Evropě v roce 2018 byla přibližně 9,8 milionu osob s demencí a do roku 2050 se předpokládá nárůst až na 12,3 milionu osob s demencí (Alzheimer Europe, 2019, s. 8-10). V roce 2018 bylo v české republice 1,41 % osob s demencí a do roku 2050 se předpokládá nárůst na 2,65 % osob s demencí (Alzheimer Europe, 2019, s. 32). Cílem nefarmakologické léčby je zachování či zlepšení motoriky, soběstačnosti a kognitivních funkcí pacienta. Další podstatou nefarmakologických přístupů je vyplnění volného času pacientů a ovlivnění příznaků demence, zlepšení verbální a neverbální komunikace pacienta s příbuzným nebo zdravotnickým či sociálním pracovníkem (Fertařová, T. a Ondriová, I., 2020, s. 112).

V souvislosti s touto problematikou je možno položit si otázku: Jaké jsou aktuální publikované poznatky o vybraných nefarmakologických přístupech k pacientům s demencí?

Cílem bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o vybraných nefarmakologických přístupech k pacientům s demencí.

Dílčí cíle:

1. Sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o využití nefarmakologických přístupů zaměřených na kognitivní funkce a chování u pacientů v časném stadiu demence.
2. Sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o využití nefarmakologických přístupů zaměřených na kognitivní funkce, chování a emocionalitu u pacientů ve středním stadiu demence.
3. Sumarizovat aktuální publikované poznatky o využití nefarmakologických přístupů zaměřených na chování a emocionalitu u pacientů v těžkém stadiu demence.

Vstupní studijní literatura:

FEIL, N. a RUBIN, V.K. *Validácia: Cesta ako porozumieť starým dezorientovaným ľuďom*. Bratislava: OZ Terapeutika, 2015, 167 s. ISBN 978-80-971766-1-7.

FERTAĽOVÁ, T. a ODRIOVÁ, I. *Demence nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.

GLENNER, J.A. *Péče o člověka s demencí*. Vyd.1. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0.

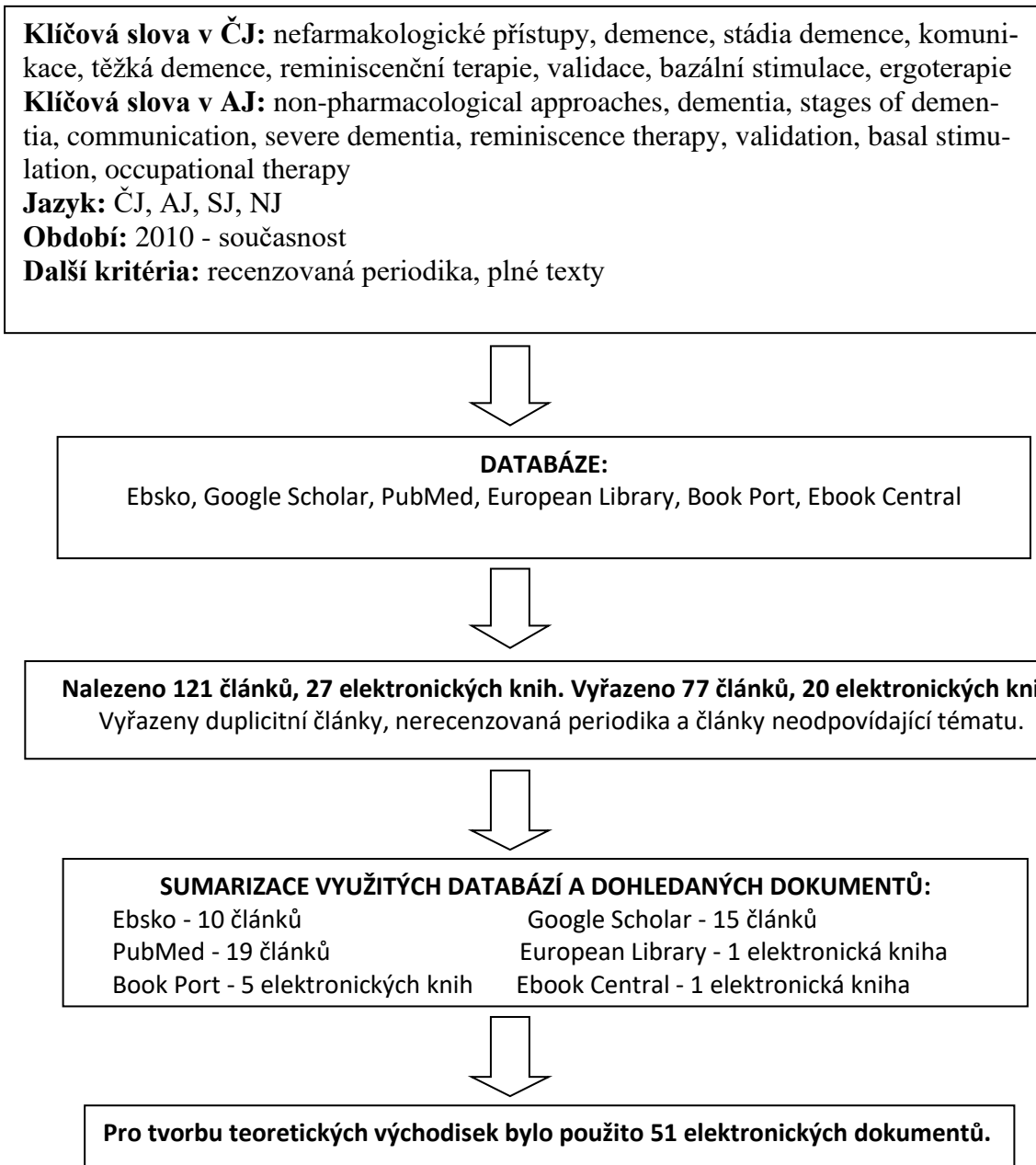
BIELAK-SMITH, P. *Dementia Together*. Vyd.1. USA: PuddleDancer Press, 2020. ISBN 1934336181.

ZVĚŘOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. Vyd.1. Praga: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.

1 Popis rešeršní činnosti

Pro rešeršní činnost byl použit standartní postup vyhledávání s použitím vhodných klíčových slov a s pomocí booleovských operátorů. Sumarizační údaje o provedené rešeršní činnosti jsou uvedeny na obrázku číslo 1.

Obrázek číslo 1 Sumarizace údajů k popisu rešeršní činnosti



Pro tvorbu bakalářské práce byly dále použity 3 bibliografie, které jsou citovány v referenčním seznamu.

2 Nefarmakologické přístupy k pacientům s demencí

Nefarmakologická terapie se využívá k udržení pocitu sebeurčení, uspořádání života a zabraňuje riziku izolace pacienta s demencí. Lze ji využít pouze za předpokladu pozitivních pocitů, které jsou dosaženy správným výběrem přístupů dle stádií demence (Ritter-Rauch, R., 2016, s. 12-13).

V bakalářské práci byly kapitoly rozděleny dle stádií demence podle Fymata na stadium časně, střední a těžké demence (Fymat A.L., 2018, s. 27) a v nich vybrané nefarmakologické přístupy v péči o pacienta s demencí.

Časně stadium demence, které nastává mezi prvním až čtvrtým rokem od začátku onemocnění, se projevuje především poruchami krátkodobé paměti s relativně zachovaným vybavením událostí a běžných informací. Pacient hledá odložené předměty, zapomíná provádět běžné úlohy, má časté změny nálad a má problémy s vyjadřováním méně používaných slov a pojmů (Fertařová, T. a Ondriová, I., 2020, s. 64). Pacient není schopen si tyto změny ve svém chování uvědomovat. Proto se u něj často objevuje úzkost, smutek nebo vztek. Pro pacienta je tak důležitý řád, pravidelný režim a pokračování v obvyklých denních rituálech, na které je zvyklý a které mu pomáhají orientovat se v čase. Je podstatné poskytnout pacientovy informace tak, aby je zvládl pochopit a byla zachována jeho důstojnost a maximální kvalita života (Ritter-Rauch, R., 2016, s. 5-6).

Střední stadium přichází mezi druhým až desátým rokem od začátku onemocnění a vyznačuje se vážnou poruchou paměti. Pacient si není schopen zapamatovat nové informace a pokud ano, pouze na krátkou dobu (Fertařová, T. a Ondriová, I., 2020, s. 65). Pacient stále více zapomíná a to i důležité milníky jeho života. Pacient není schopen sám provést hygienickou péči a vykonávat běžné denní činnosti. Proto se objevuje potřeba asistence pečujícího. Rovněž se u něj zhoršují vyjadřovací schopnosti. I v dobře známém prostředí nastává stále častěji prostorová dezorientace a nadále již není schopen rozlišovat jednotlivá roční období. Mohou se projevovat halucinace a neklid. Kvůli své délce může být toto období pro pečující velmi náročné (Ritter-Rauch, R., 2016, s. 7-8).

Těžké stadium onemocnění nastává individuálně, nejčastěji mezi sedmým až čtrnáctým rokem od začátku onemocnění. Stadium charakterizuje úplná ztráta paměti a neschopnost vstřípení si nových informací. Pacient nepoznává ani své blízké, nedokáže se o sebe postarat, je 24 hodin denně závislý na péči druhé osoby (Fertařová, T. a Ondriová, I., 2020, s. 66). Pacient se stává náchylným k infekcím, které pak jsou nejčastější příčinou úmrtí. Častěji také přichází problémy se stravováním a příjmem tekutin. Pacient se zakašlává a tím se zvyšuje riziko

aspirace a následné pneumonie. Zhoršuje se mobilita, což vede často k pádům a následné imobilizaci v důsledku zranění. Většinou následuje při další progresi onemocnění nutnost trvalé institucionální péče, což má za následek další stres zatěžující mysl pacienta. Pro klidný přechod pacienta do nového prostředí, zajištění důstojnosti a kvality života, je důležité zajištění sociálního kontaktu s okolím (Ritter-Rauch, R., 2016, s. 12).

2.1 Nefarmakologické přístupy k pacientům v časném stadiu demence

U pacienta v časném stadiu demence se zhoršuje paměť, kterou doprovází opakující se dotazy, pacient si není schopen vzpomenout kam si dal klíče, peněženku nebo mobilní telefon (Fymat, A.L., 2018, s. 27). Objevují se poruchy komunikace, kdy se plynulé vyjadřování stává obtížnějším. Dalším příznakem časně demence je postupná změna osobnosti, kdy se u člověka začne projevovat například agresivní nebo násilné chování a typické jsou změny nálad (deprese, smutek, neochota se socializovat) a apatické chování (Fymat, A.L., 2018, s. 28). V tomto stadiu demence jsou sumarizovány teoretické poznatky o nefarmakologických přístupech zaměřených na kognitivní funkce a se zaměřením na chování. Mezi vybrané kognitivní nefarmakologické přístupy patří kognitivní rehabilitace, Person Centered Approach nebo-li na člověka zaměřený přístup a nefarmakologická metoda orientace realitou (Fert'alová, T. a Ondriová, I., 2019, s. 129-130). Do vybraných nefarmakologických přístupů zaměřených na chování byly zařazeny management chování, Stimulated Presence terapie nebo-li simulovaná terapie přítomnosti a validační terapie (Fert'alová, T. a Ondriová, I., 2019, s.132).

Vybrané nefarmakologické přístupy zaměřené na kognitivní funkce

V časném stadiu demence jsou příznaky těžce rozpoznatelné a demenci často odhalí až lékař pomocí standardizovaných škál při běžné preventivní kontrole. Pro orientační hodnocení kognitivních funkcí existují dva základní nástroje (Lužný, J., 2013, s. 17). Prvním je Mini-Mental State Examination (MMSE) nebo-li test kognitivních funkcí, ve kterém pacient může dosáhnout až třiceti bodů. Přičemž 24-30 bodů je pásmo normálu, 21-23 bodů je lehká kognitivní porucha, 11-20 bodů je středně těžká kognitivní porucha a 0-10 bodů je těžká kognitivní porucha (Abe, S. et al., 2020, s. 2387). Druhým orientačním nástrojem je Clock Drawing Test (CDT) nebo-li test kreslení hodin, který bývá doplňkovým vyšetřením pro MMSE (Lužný, J., 2013, s. 17). CDT se hodnotí podle bodovacího systému na tří, pěti nebo patnáctibodové skóre dle jednotlivých škál. Přičemž při využití škály o maximálně pěti bodech, 0-1 bod znamená těžkou kognitivní poruchu (Kim, S. et al., 2018, s. 100). Nástroje slouží pouze pro orientační hodnocení stavu, bez bližších ambicí na určení konkrétního deficitu kognitivních funkcí

(schopnost plánovat, organizovat, plynule komunikovat). Oba nástroje pomáhají sledovat i klinický efekt nastavené léčby a je vhodné používat je současně, nikoli izolovaně. Pro kontrolu bodového zisku v MMSE a CDT je vhodné používat tříměsíční období (Lužný, J., 2013, s. 17). S nárůstem pacientů s demencí se podpora zdravého poznávání stala prioritou a je nutné minimalizovat a zaměřit se na prevenci společenské zátěže spojené s kognitivní dysfunkcí u pacientů s demencí. Obecné povědomí o účinnosti preventivních a léčebných strategií kognitivních poruch neustále roste. Vzhledem k výsledkům o úspěšnosti farmakologické léčby u postižení souvisejícího s demencí, jsou psychosociální intervence stále častěji zařazovány do běžného života u pacientů s demencí (Alves, J. et al., 2013, s. 238).

Nefarmakologický přístup kognitivní rehabilitace byl ještě donedávna spojován hlavně s traumatickým poškozením. Dnes je tento přístup běžnou součástí péče o pacienty s progredujícím onemocněním mozku (Nilius, P., 2018, s. 65). Kognitivní trénink může spočívat v návštěvě obchodu s potravinami bez nákupního seznamu, řešení jednoduchých matematických příkladů bez kalkulačky, skládání jednoduchých rýmů (Ferťalová, T. a Ondriová, I., 2019, s. 4). Vzhledem ke stárnutí populace, především v rozvinutých zemích, je kognitivní rehabilitace považována za obor s velkým komerčním potenciálem (Alves, J. et al., 2013, s. 236). Výsledky české studie z roku 2018 ukázaly, že cílená kognitivní rehabilitace pro pacienty v akutním stadiu onemocnění může být příčinou viditelného zlepšení už po měsíci. Nilius popisuje důležitost individualizace pro jednotlivé pacienty a podle něj nelze uplatnit jeden model napříč všemi neurologickými onemocněními. U pacientů s časnou demencí je zjištěno významné zlepšení během denních aktivit, obecné aktivizace a větší spokojenosti jak pacientů, tak rodinných příslušníků (Nilius, P., 2018, s. 66). Využití přístupu je vhodné jako prevence progresu onemocnění, bez trénování paměti dochází k rychlejšímu zhoršení onemocnění (Ferťalová, T. a Ondriová, I., 2019, s. 5). Autoři randomizované studie z roku 2019 zkoumali, zda je kognitivní rehabilitace účinná pro pacienty s časnou demencí. Výzkumu se zúčastnilo 475 pacientů, kdy MMSE bylo rovno nebo větší než 18 bodů. Všechna hodnocení byla prováděna v domácnostech pacientů vyškolenými výzkumnými pracovníky. Během výzkumu byl pacientům určen jeden rodinný příslušník, který informoval vyškolené pracovníky o průběhu výzkumu. Cílem výzkumníků bylo zajistit individuální kognitivní terapii a zjistit kvalitu života pacientů a jejich rodinných příslušníků podle stupnice škály DEMQOL, stupnici nálady a deprese (dobrá, depresivní, apatická nálada) u pacientů a rodinných příslušníků, pozornost (jednoduché standardizované testy pozornosti) a výkonné funkce (rozhovor hodnocen podle škály Delis-kaplana). Výsledky výzkumu byly stanoveny po třech měsících a poté se

srovnávaly po třech a devíti měsících od začátku výzkumu. Podmínkou k vyhodnocení bylo, aby u pacienta proběhl kognitivní trénink desetkrát po jedné hodině ve třech měsících za přítomnosti vyškoleného pracovníka. V případě této studie to bylo devět ergoterapeutů a jedna všeobecná sestra se stejným vstupním školením kognitivní rehabilitace. Výsledky studie poukázaly, že individualizovaná, cílevědomá kognitivní rehabilitace pro pacienty v časném stadiu demence zlepšila fungování v oblastech cílené léčby po třech měsících (Clareová, L. et al., 2019, s.709-711).

Nefarmakologická metoda Person Centered Approach (PCA) je takzvaný „na člověka zaměřený přístup“, při kterém je důležité budování pozitivní pracovní atmosféry. Za tři základní rysy na člověka zaměřeného přístupu jsou považovány naprostá akceptace klienta, autentičnost terapeuta a individuální přístup. Pokud je pacient přijat bez předem daných podmínek takový, jaký je, je zjištěno, že se stává uvolněnější a více se zapojuje do svého okolí. U pacientů v časném stadiu demence je autentičnost zdravotníka velmi důležitá. Pacienti si k ošetřujícímu personálu lépe nacházejí cestu a mají s nimi lepší vztah. Pacienti mají větší důvěru ke zdravotnickým a sociálním pracovníkům, váží si jejich slov a hodnocení, neboť se mohou spolehnout, že jsou upřímné (Klucká, J. a Volfová, P., 2016, s. 23). Podle Kim S.K. je péče zaměřená na osobu sociopsychologický léčebný přístup, který uznává individualitu pacienta ve vztahu k pečovatelské praxi a postojům k pacientovi. Nefarmakologický přístup uznává, že existují neuspokojené potřeby, jako je izolace, která může být základem behaviorálních nebo neuropsychiatrických příznaků u pacientů s demencí. Na člověka zaměřený přístup umožňuje poskytovatelům zdravotní péče pochopit a poskytnout podporu neuspokojeným potřebám pacienta s demencí. Metaanalýza, ve které bylo zahrnuto 19 studií, z toho 17 bylo realizováno v zařízení dlouhodobé péče a dvě studie v prostředí domácí péče, byla zkoumána účinnost nefarmakologického přístupu péče zaměřené na člověka u pacientů s demencí. Zařazující kritéria u pacienta byla diagnostikovaná demence s MMSE vyšší než 10 bodů a dále studie srovnávající základní péči a péči zaměřenou na přístup, metodika kvantitativního měření kvality života nebo úrovně deprese, klinické randomizované kontrolované studie zkoumající účinnost přístupu. Analýza jednotlivých studií identifikovala větší účinnost péče zaměřené na člověka, pokud je použita u pacientů s časným stádiem demence. Pro agitaci u pacienta měly krátkodobé intervence větší účinek než dlouhodobé. Přičemž za krátkodobé intervence bylo považováno 10 dní až 3 měsíce a dlouhá intervence delší než 3 měsíce. Individuální činnosti měly výraznější pozitivní účinek než standartní péče ve zmírnění neuropsychiatrických příznaků a snížení agitace a deprese. Vzdělávání zdravotnického personálu a kulturní změny (setkávání se s lidmi, kteří

podporují stejnou sociální interakci) měly vliv na zlepšení kvality života pro pacienty s časnou demencí (Kim, S.K. a Park, M., 2017, s. 384-385).

Nefarmakologický přístup orientace realitou spočívá v tom, že pečující pacientovi při každém kontaktu sdělí informace, které mu pomáhají orientovat se. Důležité je, aby sdělení informací bylo pravidelné a jednoduché. Zdravotnický pracovník nebo rodinný příslušník ráno při vstávání pacientovi sdělí, kolik je hodin, jaký je den, v jaké místnosti a městě se nachází a co bude následovat za činnosti. V průběhu dne jsou mu informace opakovány a je okomentován postup vývoje dalších událostí. Důležité je poskytovat pacientovi vhodné a aktuální informace, nezatěžovat ho podrobným a zbytečným popisem. Vhodné je, používat klidný tón a laskavá slova. Pokyny dávat tak, aby byly jednoduché a jednoznačné, zároveň si všímat reakce seniora, především neverbálních projevů. Při omylu pacienta je velmi důležitý empatický přístup pečujícího. Příklad musí být opatrný a ochotný (Mlýnková, 2011, s. 160). Na realitu zaměřená terapie se skládá ze dvou částí. První část je vedena profesionály, kteří zapojují pacienty do aktivit souvisejících s orientací prostřednictvím strukturovaných kurzů a stimulací. Takzvaná dvacetičtyř hodinová část může být prováděna zdravotnickým personálem nebo rodinnými příslušníky při všech příležitostech, ve kterých lze komunikovat s pacienty během činností každodenního života (Chiu, H.Y. et al., 2018, s. 21). V roce 2018 byla zveřejněna metaanalýza, která v 11 studiích zkoumala celkový účinek terapie orientace realitou na zlepšení kognitivních funkcí, snížení problémů s agitovaným chováním a depresivními příznaky u pacientů s demencí. Hlavní zařazující kritérium byli pacienti, kteří měli projevy časně demence určených na základě validních nástrojů jako MMSE nebo kognitivní hodnotící stupnice (CAS). Pomocí zařazujících kritérií bylo zkoumáno 783 pacientů, převážně ženského pohlaví. Výzkum byl prováděn ve speciálně vybavených místnostech s různými předměty (tabule s obrázky, kalendář, hodiny). Za pomoci těchto předmětů a za přítomnosti proškoleného personálu absolvovali pacienti metodu orientace realitou minimálně 480 minut ve třech měsících. Výsledky potvrdily pozitivní účinek na zlepšení kognitivních funkcí. U problémů s chováním a depresivními příznaky ve většině studií nebyla potvrzena žádná významná změna a byl doporučen další výzkum. Výsledky také ukázaly, že efekt nefarmakologického přístupu nebyl významně spojen s věkem, procentem ženských účastníků nebo dobou trvání intervence (Chiu, H.Y. et al., 2018, s. 27-28).

Vybrané nefarmakologické přístupy zaměřené na chování

Nejvíce dohledaných výzkumů bylo zaměřeno na kognitivní nefarmakologické přístupy, v praxi je ale největším problémem chování pacientů. Často je možné se setkat s útekem pacienta, nedostatečnou osobní hygienou, agresivitou jak slovní, tak fyzickou, inkontinencí moči a stolice, sexuálními problémy, agitací, křikem nebo s poruchou přijímání potravy a tekutin (Caspar, S. et al., 2017, s. 2-3). Rodinní příslušníci vnímají problém v opakování argumentací nebo nekontrolovatelných pohybech (Gitlin, L.N. et al., 2012, s. 223). Pacienti většinou své myšlenky špatně interpretují, a proto je jejich chování jiné oproti představě pečovatele. Pomocí nefarmakologické metody managementu chování lze docílit zmírnění přehnaných reakcí. Vedení k soběstačnosti, jakožto jeden z dalších přístupů zaměřených na chování je důležitým faktorem při každodenní péči o pacienta s demencí. Tento přístup musí být použit velmi citlivě, se znalostí stavu a schopností pacienta. Nelze očekávat, že pacient bude konat činnosti, které už není schopen vykonávat. Přístup managementu chování je chápán jako zachování a zlepšení schopností pacienta přiřazením běžných denních činností, jako je potřeba dojit si na toaletu, vyčistit si zuby, obléct si spodní prádlo. Lze v této metodě využít i terapii v péči o domácího mazlíčka, kterého dříve pacienti vlastnili a mají tedy ke zvířeti vztah (Ferťalová, T. a Ondřiová, I., 2019, s. 7).

Simulated Presence terapie nebo-li simulovaná terapie přítomnosti (SPT) je název metody, která využívá video nebo audiokazetové nahrávky rodinných příslušníků pro zlepšení kvality každodenního života pacienta s demencí. V systematické studii bylo zařazeno celkem 144 pacientů, kteří podle MMSE mají časnou demenci. Jednalo se převážně o pacienty ženského pohlaví z domovů pro seniory s pečovatelskou službou v průměrném věku 80 let. SPT spočívala v přehrávání zvukového nebo obrazového záznamu připraveného ve většině případů rodinnými příslušníky. Ve studiích se lišilo provedení terapie obsahem, dobou trvání a intervaly, ve kterých byly audiokazetové nahrávky pacientům přehrávány. Ve studii byl účinek této nefarmakologické metody ve srovnání se standardní péčí bez použití SPT smíšený. Autoři studie se shodli, že nemohou vyvodit žádné konkrétní závěry o účinnosti SPT při zlepšování kvality života lidí trpících demencí a budou zapotřebí nové studie (Abraha, I., 2017, s. 16).

Nefarmakologický přístup validace je určen pro dezorientované pacienty a pro pacienty s demencí. Dezorientace je chápána jako neschopnost člověka zpracovat narůstající psychologické, tělesné a sociální ztráty, které jsou podmíněny věkem. Tato neschopnost vede k izolaci a pacient se vrací zpět do minulosti, která se stává důležitější než přítomnost (Procházková, L., 2012, s. 12-13). Výzkumníci studie publikované roku 2014 zkoumali znalost a postoj

pracovníků zdravotnických služeb k možnostem využití metody validace u pacientům s časnou demencí. Výzkum byl prováděn u 100 profesionálních pečujících v přímé péči v Rakouských institucích. Bylo zjištěno, že 100 % pečujících zná pojem validace a téměř 90 % využívá jednu z technik validace na svém pracovišti. S pozitivním ovlivněním validace u pacienta s demencí souhlasilo 95 % pečujících. Znalost metody se odvíjela od dosaženého vzdělání. Diplomované a všeobecné sestry měly největší znalosti o technikách validace. Největší zájem o prohloubení vzdělání měli pečovatelé a diplomované sestry (Pokorná, A. a Sukopová, M., 2014, s. 91). Zakladatelkou metody validace je Naomi Feil, která vyvinula metodu validace založenou na svých zkušenostech z praxe (Fert'alová, T. a Ondriová, I., 2020, s. 55). Validace umožňuje posouzení typu chování dezorientovaných pacientů a využívá jednoduché a praktické techniky, které mohou pomoci obnovit důstojnost pacienta. Základním cílem validace je vybudovat si důvěru s pacientem, pomoci vyjádřit emoce, navrátit důstojnost a sebevědomí, zpomalit progresi onemocnění. Pozitivní vliv pravidelné, správně využití metody validace u pacientů s časnou demencí může být zaznamenán po první terapii. Výsledkem terapie jsou pacienti sedící vzpřímeně, více prokazující sociální kontrolu. Klesá agresivní chování, farmakologické nebo fyzické omezení jsou potřeba výjimečně, zlepši se chůze a verbální i neverbální komunikace. Zaznamenány jsou především změny chování. Pacienti vyjadřují menší pocit strachu, vykazují lepší sebevědomí, ve skupinách probírají typické sociální role, mají radost z maličkostí. Pro validaci pacientů s časnou demencí se využívají verbální techniky. Základem je centrování, kdy se validující koncentruje sám na sebe, na svůj dech a zbaví se vlastních negativních pocitů jako jsou hněv a frustrace. Až po provedení techniky centrování je pečující, který provádí terapii připraven využít techniky validace pro pacienty s demencí, kteří potřebují klidný a sebejistý přístup. Příkladem je validovaná pacientka XY s časnou demencí, která v sedmnácti letech opustila svůj domov. Stala se vdovou, když měla jejich dcera 10 roků. Pracovala jako sekretářka a podporovala svoji dceru ve vzdělání. Později se stala lékařkou a starala se o svoji matku s láskou. Nezpracované životní trauma bylo opuštění domova v útlém věku a předčasná smrt manžela. Pacientka s časnou demencí XY obviňuje pracovníka v sociálních službách (muže), že jí ukradl peněženku. Chce být vždy středem pozornosti a chválená. Individuální technika validace použitá u pacientky probíhala na začátku pozdravem s ponecháním dostatku volného prostoru k vyjádření pocitů (v časně fázi demence potřebují pacienti více pocitu volnosti). Pečující a pacient sedí v křesle diagonálně, ne frontálně. Často je opakováno klíčové slovo vícekrát v konverzaci, dává pacientce prostor k projevu, vede konverzi v čase, ve kterém se pacientka nachází. Důležitou součástí je rozloučení se a domluvení si termínu dalšího

setkání, aby si pacientka vytvořila rituál v pravidelných intervalech. Výsledkem pravidelné dvouměsíční validace bylo zjištění problémů, které udávala dcera před začátkem terapie (Feil, N. a Rubin, V.K., 2015, s. 92-99). Limitem validační terapie je, že u časné demence nebyla dohledána žádná česká ani zahraniční studie, která by více zkoumala validaci v praxi. Je tedy zapotřebí výzkumu pro validní zdroje.

2.2 Nefarmakologické přístupy k pacientům ve středním stadiu demence

Střední stadium demence se vyznačuje zhoršujícími těžkostmi s řešením problémových situací, zhoršuje se úsudek pacienta, řídne slovní zásoba, pacient je častěji dezorientovaný v čase i prostoru (Fymat, 2018, s. 28). V tomto stadiu demence jsou sumarizovány teoretické poznatky o nefarmakologických přístupech zaměřených na kognitivní funkce, a to reminiscenční terapie, koncept biografické péče a principy Montessori. Přístup zaměřený na chování, kde jsou využívány nefarmakologické metody ergoterapie a přístupy zaměřené na emocionalitu, kde jsou uvedeny metody senzorické stimulace a pet-terapie.

Vybrané nefarmakologické přístupy zaměřené na kognitivní funkce

Metoda reminiscenční terapie nebo-li reminiscence pochází z latinského *reminiscere*, což znamená vzpomínat si, rozpomínat se, obnovit v paměti. V rámci této terapie lze znovu vyvolat příjemné vzpomínky z minulosti pacienta. Terapie je využívána především ke zlepšení komunikace a aktivizace u pacientů se střední demencí trpící kognitivními poruchami (Suchá, J., Hátlová, B. a Jindrová, I., 2013, s. 95). Reminiscenční terapie označuje využití příjemných vzpomínek při práci s pacienty s demencí za léčebný efekt. V polovině minulého století bylo na vzpomínání ve spojitosti s péčí o pacienty pohlíženo spíše jako na negativní proces. Věřilo se, že vracení se do minulosti a lpění na vzpomínkách nepřináší žádná pozitiva a nabádá k odmítání přítomnosti. Trvalo dvacet let, než se tato terapie dostala do České republiky (Špatenková, N a Bolomská, B., 2011 s. 20). Dnes tato metoda pomáhá pacientům s demencí zachovat si důstojnost a pečovateli, ať odborným či laickým, komunikovat s pacientem s demencí. Jako ve všech nefarmakologických přístupech i zde je nejdůležitější praxe, tedy konkrétní využití reminiscence u jednotlivce. Vzpomínku nejlépe ukotvuje hmatatelný předmět. Může to být věc, kniha, mapa nebo fotografie. Skvělým prostředkem pro uchování vzpomínek může být tvorba memory boxu (vzpomínkové krabice), do kterého si pacient uloží důležité předměty ze své minulosti (Špatenková, N. a Bolomská, B., 2011, s. 88-89). V roce 2019 byla zveřejněna randomizovaná kontrolovaná studie, ve které byly zahrnuty data ze 24 studií a obsahovali reminiscenční terapii u pacientů s demencí. V polovině studií je testován

výzkum u více než padesáti pacientů s demencí. Jednotlivé studie, které byly zahrnuty, využívaly reminiscenční terapii jednotlivě nebo ve skupinách za využití fotografií, hudby a videí. Kritéria zařazení pro pacienty byla minimálně 60 let a MMSE 10-24 bodů nebo hodnocení klinické demence (CDR) 1-2 body (stadium střední demence) a vyloučila pacienty s demencí s onemocněním zraku či sluchu. Cílem výzkumníků bylo zjistit, jaký má reminiscenční terapie vliv na depresi, která byla měřena škálou geriatrické deprese (GDS) nebo Cornellovou stupnicí pro depresi u pacienta s demencí (CSDD), na kvalitu života u Alzheimerovy choroby (QoL- AD) a na kognitivní funkce pomocí stupnice hodnocení chování (BRS) nebo stupnice agitace podle Cohena-Mansfielda (CMAI). Vliv reminiscenční terapie na depresi byl měřen v šestnácti studiích a výsledky na GDS nebo CSDD ukázaly, že deprese byla u pacientů mírně snížena. Výsledky kvality života měřené podle škály QoL-AD se významně zvýšily. Díky pozitivním výsledkům, jako jsou zmírnění příznaků demence (především agitace pacientů) a zvýšení kvality života, je nefarmakologického přístupu reminiscenční terapie stále více využíváno (Park, K. et al., 2019, s. 1582-1593).

Koncepce biografické péče vznikala postupně jako reakce na požadavky české ošetrovatelské praxe. Podstatou je zkvalitnění péče, sebepoznání, zhodnocení minulosti a pomoc při rozhodování pomocí životního příběhu pacienta s demencí. Koncepce je zaměřena na dvě základní oblasti, kterými jsou hybnost (mobilita) a orientace pacienta. U pacientů s demencí je nejčastěji využívána pasivní biografie z důvodu odmítání spolupráce nebo zhoršené komunikace, kdy je biografie vytvářena na základě jiných informačních zdrojů (rodina, dokumentace). Podle obsahu zaměření se biografie dělí na orientovanou na komunikaci, kde se uplatňuje rozhovor a diskuse na dané téma. Biografie orientovaná na aktivity (společné vaření, malování, výlety, oslavy a výročí) a biografie orientovaná na tvorbu dokumentu, což jsou takzvané knihy biografie, které jsou výsledkem kreativní tvorby pacienta a zdravotnického či sociálního pracovníka. V dokumentu se využívají fotografie a dobové dokumenty (vysvědčení, dopisy, fotografie). Dobře využitá biografická terapie se projevuje na kognitivní, emocionální, sociální a smyslové rovině pacienta. V kognitivní rovině se aktivizuje rezervní potenciál pacienta a zapomenuté detaily mohou být znovu oživeny. V emocionální rovině se mohou znovu obnovit pozitivní pocity a radost z minulosti. Posílí se osobní identita a dochází k redukci negativních emocí, neklidu, strachu a frustrace. Pro sociální rovinu je důležité, aby zdravotnický personál vnímal pacienty s celou jejich historií, ne jako svazek diagnóz a deficitů. Pro smyslovou rovinu je biografický přístup velice důležitý, protože lze stimulovat zrak pomocí fotografií a obrázků, čich pomocí aromaterapie, pro stimulaci sluchu lze využít muzikoterapii a pro hmat canisterapii

nebo pet-terapii (Procházková, E., 2019, s. 52-54). Cílem českých výzkumníků bylo zjistit, jakým způsobem se biografická anamnéza využívá při práci s pacientem s demencí v domově pro seniory, sociální službě a v domově se zvýšeným režimem. Dílčími cíli bylo zjistit konkrétní realizaci biografické anamnézy a zjistit, jaké jsou kladeny nároky na pracovníky, kteří biografickou anamnézu využívají pro další individuální plánování. Výzkumnou metodou byl rozhovor s 11 zaměstnanci jednotlivých zařízení. Byla zařazena dvě kritéria pro výběr zařízení. Domovy musejí být ze stejného kraje a být kontaktními místy České Alzheimerovské společnosti, aby se jednalo o zařízení poskytující kvalitní a odbornou péči o seniory s Alzheimerovou chorobou. Rozhovory byly zpracovány na základě tematické analýzy. Jelikož se jednalo o zkoumání psychobiografie, tedy zachování principu normality v životě pacienta s demencí, pozorovalo se, zda denní aktivity, speciální programy a vybavení zařízení korespondují se zájmy a životními vzorci pacientů. Ve všech zařízeních je snahou zlepšit kvalitu života každého pacienta, dbát na jejich individualitu a modernizovat vnitřní prostory pro zlepšení samotné péče. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že biografie probíhá dvojím způsobem. Prvním je odborný proces založený na způsobu realizace poznatků z biografie. Druhým způsobem je intuitivní proces, kde je zapotřebí osobního zájmu pracovníků. Je postaven na znalosti klientů a jejich životních příbězích. Názor většiny zaměstnanců byl, že použití biografie záleží na osobnosti sociálního pracovníka a také schopnosti pozorování, empatického naslouchání a týmové práci. Výsledky výzkumu ukazují, že práci u pacientů s demencí je užitečné si usnadnit metodami biografie, avšak za předpokladu správného užití v praxi dle stavu pacienta s demencí (Hiekkischová, M., 2020, s. 49-56).

Vizí doktorky Montessori M. bylo rozvíjet mysl malých dětí za účelem budování jejich nezávislosti a sebeúcty. Její metody lze uplatnit i u pacientů s demencí. Nefarmakologický přístup se zaměřuje na prostředí života pacientů i na ně samotné. Jednou z hlavních metod filozofie Montessori je vytvoření prostředí, které stimuluje smysly, podporuje objevování a vede k zapojování do různých činností. Nelze očekávat, že se stav pacientů s demencí navrátí do premorbidního stádia, ale tento přístup může sloužit k udržení a zlepšení kognitivních funkcí, a dokonce může přispět k částečnému obnovení dovedností potřebných k běžnému životu. Důležitou myšlenkou je přijetí faktu, že pacient už v paměti nenávratně neudrží všechny informace, a proto jsou mu poskytovány v jeho prostředí tak, aby je měl k dispozici v okamžiku, kdy je potřebuje. Jsou to nápovědy a pomůcky zasazené do místností, kde se pohybuje. Tyto pomůcky slouží k uvědomění si činností, které jsou nutné plnit každý den. Klasické metody Montessori výuky byly pro práci s pacienty s demencí modifikovány do čtyř tříd.

První se týká každodenních činností, další se snaží o zapojení smyslů. Dále se lze setkat opět s kognitivním tréninkem a poslední, čtvrtou třídou jsou sociální a kulturní vazby. Metody Montessori nejsou vhodné jen pro pacienty v ústavní péči, ale i v péči domácí. Rodinní příslušníci mají důležitou roli při podpoře aktivit vedoucích k samostatnosti svého příbuzného. Mohou upravit prostředí, ve kterém s pacientem s demencí žijí. Jednotlivé místnosti lze označit lístky, které upozorňují na to, kde se pacient právě nachází (například WC), předměty popsat jejich využitím a každý člen domácnosti si může obstarat visačku se jménem. Stejně jako předměty může pečující předem připravit a popsat, jaká aktivita a kdy se bude provádět (Kelly, A., 2017, s. 30-31). V roce 2016 byla v domovech dlouhodobé péče v kanadském Ontariu provedena studie vnímání Montessori metod pracovníky při péči o pacienty s demencí. Data do studie byla získána během polostrukturovaných telefonických rozhovorů se 17 účastníky, kteří pracovali v těchto domovech. Z šetření vyplynulo, že zanesení Montessori metod do praxe může zlepšit kvalitu života obyvatel pacientů s demencí, zaměstnanců i členů rodiny (Ducak, K., Denton, M. a Elliot, G., 2016, s. 16).

Vybrané nefarmakologické přístupy zaměřené na chování

Výraz Ergoterapie vznikl složením řeckých slov ergon-práce a therapia-léčení. Původně byla ergoterapie nazvána jako pracovní terapie či léčba prací. Ergoterapie se zabývá podporou zdraví a celkové pohody pacienta prostřednictvím činnosti (Křivošíková, M., 2011, s.14). Techniky ergoterapie pomáhají pečujícím s každodenními úkony tak, že do činností zapojí pacienty a to i navzdory jejich onemocnění. Nevztahuje se jen na zaměstnání jako takové, ale zaměřuje se na všechny činnosti, které vyplňují čas pacienta. Jsou to každodenní úkony, které pomáhají pacientovi cítit se užitečně, přispívají dobrým vztahům s rodinnými příslušníky a v neposlední řadě ho zapojují do sociálního života. Ergoterapeuti využívají více diagnostických metod. Hlavním prostředkem v terapii jsou činnosti zohledňující osobní a sociální potřeby pacienta, jeho věk, pohlaví, fyzický stav a prostředí, ve kterém žije (Křivošíková, M., 2011, s. 19). V roce 2019 byla zveřejněna randomizovaná kontrolovaná studie zaměřená na ergoterapii prováděnou v domácnostech pacientů s demencí. Zařazené studie probíhaly v USA, Nizozemsku, Hongkongu, Austrálii a v několika dalších státech. Do všech zařazených studií bylo zahrnuto 2063 pacientů žijících v domácím prostředí. Většina byla ve věku nad 75 let s diagnózou střední demence. Účastníků ženského a mužského pohlaví bylo přibližně stejně. Laickými pečovateli byli rodinní příslušníci s dohledem kvalifikovaného ergoterapeuta či všeobecných sester. Obsahem ergoterapie byly domácí práce (žehlení, vaření, uklízení, práce v zahradě), vytváření alb

s fotografiemi, kreslení. Výsledky studie ukázaly, že ergoterapie poskytovaná v domácím prostředí snižuje psychologické příznaky u pacientů a má příznivé účinky na pečující. Bylo zjištěno, že pacienti, kteří absolvovali 8 ergoterapií, které trvaly 8-12 hodin v domácím prostředí, vykazovali zlepšené chování. Pečovatelé zaznamenali méně psychologických příznaků a bodové zlepšení na Barthelově škále základních všedních činností (ADL). Pro praxi je ale zapotřebí další výzkum, aby se určil nejefektivnější model pracovní terapie (Bennetová, S. et al., 2019, s. 1-8).

Vybrané nefarmakologické přístupy zaměřené na emocionalitu

Do přístupů zaměřených na emocionalitu lze zařadit stimulační a aktivizační metody. Senzorickou stimulaci lze dělit dle jednotlivých smyslů na hmatovou, kdy pacienti za vizuální kontroly mohou hmatat různé druhy látek a sdělovat, k čemu je která látka vhodná. Také je možné použít náročnější obměnu stimulace, tedy bez zrakové kontroly. Pro takovou stimulaci je lepší zvolit předměty, například míč, knihu nebo kuchyňské náčiní (Mlýnková, J., 2011, s. 172). Sluchová stimulace muzikoterapií pomáhá předcházet nebo mírnit úzkostné projevy demence více způsoby. Jako volnočasová aktivita hudba přispívá k vyrovnanosti a částečně kompenzuje společenskou stránku izolace, která může být důsledkem ztráty verbálních schopností (Camisuli, D.M. et al., 2016, s. 61). Hudební paměť je uchována déle než jiné vzpomínky, proto může hudba usnadnit reminiscenci a potenciálně snížit depresi prostřednictvím obecné aktivizace mysli a spouštěče paměti (Spiro, N., 2010, s. 891). Hudba může snížit stres vytvořením dojmu důvěrnosti a stereotypu v prostředí (Behrmanová, S., Chouliaras, L. a Ebmeier, K.P., 2014, s. 305). Ke zrakové stimulaci lze použít kartičky různých barev, každý pacient si vybere jednu kartu a v místnosti vyhledává a popisuje předměty se zadanou barvou (Mlýnková, J., 2011, str.173). K čichové simulaci lze využít vonných olejů, jako je levandule nebo olej ze šalvěže a dalších bylinek. Vzhledem k propojení vůně a paměti může aroma éterických olejů (aromatické sloučeniny nacházející se v semenech, kůře, stoncích, kořenech, květech a dalších částech rostlin) zlepšit náladu jednotlivce. Pokud má vazbu na pozitivní vzpomínky, i když se čich snižuje, mohou éterické oleje mít přímý vliv na mozek (Press-Sandlerová, O.P. et al., 2016, s. 424). Autoři systematické kontrolované studie sbírali výsledky z několika desítek studií za posledních 15 let, které sumarizovali využití sensorické a paměťové stimulace jako prostředku péče o pacienta s demencí v zařízeních dlouhodobé péče. Bylo zjištěno, že nejčastějším výsledkem terapie je zlepšení komunikace, verbální i neverbální, mezi obyvateli, pečovateli i navštěvujícími členy rodiny. Terapie také pozitivně ovlivnila chování pacientů, především pokud šlo

o bloužení, špatné stravovací návyky či dezorientaci. Rodinní příslušníci, kteří přicházeli za pacienty do zařízení dlouhodobé péče, měli také dojem, že se po absolvování terapie zlepšil jejich stav i kvalita každodenního života. Při a po aplikaci stimulace se pacienti necítili osamělí a byli klidnější. Výsledky ukázaly, že sensorická stimulace byla účinným nefarmakologickým přístupem při poskytování péče pacientům s demencí. Ovšem jen pokud měli pečovatelé dostatečné školení a týmy pečujících byly plně obsazeny, pak převyšují přínosy nad negativy, jako jsou náklady a čas věnovaný na školení pracovníků (Mileski, M. et al., 2018, s. 967-970).

Aktivizační metodou využívanou se zaměřením na emocionalitu je pet-terapie neboli terapie pomocí zvířat. Vhodné zvíře (pes-canisterapie, kočka-felinoterapie) pozitivně ovlivňuje pacienty se syndromem demence. Působí na tělesné funkce, například tím, že snižuje krevní tlak a na psychiku tím, že snižuje úzkosti a deprese (Mlýnková, J., 2011, s. 177). K aktivizaci lze také použít umění-arteterapii. Je to léčba výtvarným uměním, tancem nebo četbou. Ve vytvořeném díle pacienta se odráží stav jeho mysli, odpověď na prožitky a může odhalit zhoršující se paměť. Nefarmakologická terapie má tak pro pečujícího i výpovědní hodnotu (Mlýnková, J., 2011, s. 174). V roce 2016 byla zveřejněna studie provedena v norských domovech se zvýšeným režimem, aby sumarizovala vliv činnosti podporované zvířaty na rovnováhu a kvalitu života pacientů s demencí. Do studie bylo zařazeno 80 pacientů se střední demencí. Vyřazovací kritéria byla alergie na psy a strach ze psů. Intervence byla prováděna jako třicetiminutové sezení s asistenčním psem, vedeným kvalifikovaným psovodem, dvakrát týdně po dobu 12 týdnů. Každý psovod absolvoval školení a psi byli vybráni s ohledem na manipulaci a společenskou skupinu. Při každé terapii seděli pacienti v polokruhu, první se seznámili se psem a poté jim podávali krmivo. Psovod poté zahájil činnosti jako blízký kontakt pacienta se psem podle individuálních možností jednotlivých pacientů. Výsledky byly zjišťovány před zahájením, během intervenčních dvanácti týdnů a tři měsíce po ukončení terapie. Výzkumníci zjistily, že canisterapie měla významný pozitivní účinek na rovnováhu nemocného a asistenční pes může fungovat jako multifaktoriální intervence v péči o pacienta s demencí (Olsen, Ch. et al., 2016, s. 1314-1317). Výsledkem studie z roku 2017 bylo, že canisterapie vyvolává u pacientů s demencí empatii a altruismus, které navozovali pocit radosti a něhy, což pacientům pomáhalo uvědomit si vlastní potřeby a smysluplnost (Swall, A. et al., 2017, s. 12). Terapie s pomocí asistenčního zvířete (kočky, psa, koně) pomáhá snížit krevní tlak a zlepšit kardiovaskulární funkce (puls) a dokáže snížit fyzickou bolest. Pacientovo tělo v blízkém kontaktu se zvířetem uvolňuje endorfiny, oxytocin a dopamin (Klimova, B., Toman, J a Kuca, K., 2019, s. 276).

2.3 Nefarmakologické přístupy k pacientům v těžkém stadiu demence

Ve stadiu těžké demence má pacient závažné poruchy dlouhodobé paměti a stává se závislým na cizí péči. Objevují se příznaky jako jsou zhoršený příjem potravy, tekutin a imobilita. Pacient není schopen se sám najíst ani napít, necítí biologickou potřebu. Imobilita je individuální podle stáří pacienta a nervosvalových funkcí. Často je stadium těžké demence charakterizováno deficitem sebekpěče v hygieně, oblékání a vyprazdňování (Fymat, A.L., 2018, s. 30). V tomto stadiu demence jsou sumarizovány teoretické poznatky o nefarmakologických přístupech zaměřených na chování a emocionalitu pacienta. Do přístupů zaměřených na chování patří neverbální komunikace, validace a do přístupů zaměřených na emocionalitu byla zařazena bazální stimulace, metoda Snoezelen.

Vybrané nefarmakologické přístupy zaměřené na chování

Pacienti s těžkou formou demence nejsou schopni verbální či neverbální komunikace, většinou si neuvědomují přítomnost jiné osoby, mají omezený oční kontakt, který směřuje dolů k zemi. Slovní chování nahrazují opakujícími se pohyby a rytmy, bzučením, cvakáním, sténáním a například zpěvem (Jones G.M.M a Miesen, B.M.L, 2014, s. 212).

Neverbální komunikace je nefarmakologický přístup, který nenese jazykový obsah. Lze předat zprávy bez použití slov. Většinou se využívá jako doplněk verbální komunikace, avšak pacienti v těžkém stadiu demence nejsou schopni verbálně vyjádřit své potřeby. Mezi projevy této komunikace lze zařadit použití doteku, kineziku (pohyb těla), fyzický vzhled (typ těla a oblečení), proxemiku (využití prostoru a vzdálenosti) a aspekty hlasu a ticha. Neverbální komunikace hraje významnou roli při prokazování úcty k pacientům, podpoře empatie a vztahu mezi pečujícími a pacientem. Existuje významný vztah mezi vnímáním empatie, očním kontaktem a společenským dotekem (Wanko Keutchavo, E.L., Kerrová, J. a Jarvisová, M.A. 2020, s. 1). Studie zveřejněna roku 2016 se zabývala kvalitou péče a komunikací s pacienty, kteří byli ve stadiu těžké demence. Jedinou možností komunikace s nimi byla ta neverbální, která bývá také často porušena. Pouze v 7 % je použita verbální komunikace, zbytek je projevem pohybu těla, očí a postoje. Pro pečující jsou výraz v obličeji a gesta velmi důležitým ukazatelem bolesti, smutku, strachu nebo agitace. Dotek se osvědčil jako nedílná součást ošetrovatelské péče pro budování vztahů u pacientů v těžkém stadiu demence (Khan, Z. a Ballard, C., 2016, s. 14). Nefarmakologický přístup validace ve stadiu těžké demence je využíván pro pacienty, kteří nemají projevy verbální komunikace. Příznaky pacientů jsou opakující se pohyby nebo záškuby, přivřená nebo úplně zavřená oči. Svalstvo je slabé, dýchání je mělké a jemné. Pozornost udrží na velmi krátký

čas nebo vůbec, imobilní pacient je často v poloze embrya. Lze využít techniku udržování stálého, přímého a delšího očního kontaktu ve stejné úrovni očí s pacientem, aby se cítil bezpečně. V přístupu validace existuje několik základních doteků, které imitují srozumitelně a jednoznačně pocity z minulosti. Například pochvalu od matky znázorňují krouživé pohyby dlaní po horní části tváře, doteky prstů na lýtkách stimulují kontakt zvířat, jako je pes nebo kočka. Využití hudby je také důležitou součástí validačního procesu, především pro navození příjemné atmosféry. Dle chování pacienta lze zvolit píseň. Například o lásce, když pacient vyhledává rodinu nebo přítele, pomalou uspávací píseň, pokud touží po bezpečí a matce (Feil, N. a Rubin, V.K., 2015, s. 103). Výsledky studie zveřejněné roku 2014 ukazují, že pacienti v těžkém stadiu demence opakují dřívější pohyby spojené s jejich prací, například ženy uklízí, přesouvají nábytek. Technika validačního zrcadlení pomůže navázat pečovateli vztah s pacientem. Pracovník by měl znát historii pacienta, se kterým pracuje, a na základě poznání může spojit charakteristické pohyby s událostmi a prací pacienta z minulosti. Podle Naomi Feil pacienti vyjadřují tři životní potřeby svými neverbálními projevy. Potřeba lásky je vyjadřována houpáním se v křesle, na jídelní židli, na posteli. Potřeba práce je vyjádřena typickými pracovními pohyby (uklizení jedné věci stále dokola, žehlení například ubrusu na jídelním stole stále dokola, přitloukání imaginárního hřebíku, rozebírání postele, signalizačního zařízení, stolku u postele). Poslední potřebou, která je pro zdravotnický personál často chápána jako negativní postoj je vyjádření skutečných emocí pacienta pomocí křiku, nadávek a pláče. Výzkumný tým zkoumal dvanáct pacientů s těžkou demencí stanovenou podle MMSE. Terapeutickým cílem bylo zlepšit neverbální komunikaci a agitovanost pomocí nefarmakologického přístupu validace. Metoda byla prováděna proškolenými pečujícími po dobu šesti měsíců, čtyřikrát týdně, 25 minut denně. Každý pacient měl individuální validační terapii dle jeho celkového stavu. Výsledky ukazují, že na deset z dvanácti pacientů měla validace pozitivní vliv. Pacienti byli méně agresivní a agitovaní. Individualita k pacientovi je základem pro správné využití validační terapie (Jones, G.M.M a Miesen, B.M.L., 2014, s. 213).

Vybrané nefarmakologické přístupy zaměřené na emocionalitu

Prvními autory konceptu bazální stimulace jsou prof. Dr. A. Fröhlich a prof. Ch. Bienstein, kteří spolupracovali na založení konceptu s dalšími kolegy z různých zemí EU (Friedlová, K., 2015, s. 21). Německý odborník prof. Dr. A. Fröhlich na počátku 70. let minulého století pracoval s dětmi, které se narodily s tělesným nebo mentálním postižením. Čerpal z principů vývojové psychologie, neurologie a především fyziologie a informace využil pro koncept

bazální stimulace (Friedlová, K., 2015, s. 22). Tento nefarmakologický přístup poskytuje příjemné stimulující podněty, které pacienta motivují ke zlepšení komunikace, psychického stavu a vzájemné spolupráce. Důležité je bazální stimulaci začít využívat od prvních dnů hospitalizace, protože pacienti jsou v neznámém prostředí a potřebují cítit jistotu a bezpečí. Jsou vystaveni cizím podnětům, jako jsou zvuky zdravotnických přístrojů, hlasy a doteky personálu. Velmi citlivě vnímají cizí doteky a pachy. Pomocí bazální stimulace lze překonat tyto nepříjemné prožitky a znovu si uvědomit svou tělesnou schránku (Dvořáková, M., 2013, s. 16). Mezi základní prvky bazální stimulace patří vnímání sebe samého, správná frekvence a hloubka dechu, pohyb a komunikace, které se vzájemně ovlivňují a navazují na sebe. Principem je chápání vjemů ze svého vlastního těla, které umožňují udržet komunikační, pohybové, a především kognitivní funkce pacienta. Pečující zabraňují pacientově sensorické deprivaci tím, že hlídají absenci rušivých vlivů. Nedostatek pohybu pacientovi způsobuje motorickou deprivaci, proto je kladen důraz na pasivní rehabilitace (Friedlová, K., 2015, s. 19). V konceptu bazální stimulace lze pro dosažení cílů aplikovat různé techniky. Ať už jde o zlepšení komunikace pacienta s okolím, stimulaci svalstva nebo poskytnutí pocitu bezpečí a pohody. Somatická stimulace je prováděna masážemi či polohováním, což napomáhá vnímat doteky jiných osob i sebe samého. V rámci vestibulární stimulace lze využít polohování různých částí těla, které přispívá ke snížení spazmů a eliminuje závratě při změně polohy. Vibrační stimulace, díky které si pacient lépe uvědomuje své tělo z nitra, je prováděna pomocí masážních vibračních podložek. Optická stimulace pochopitelně rozvíjí zrakové vnímání a lze použít předměty jako jsou obrázky, hračky, knihy apod. Auditivní stimulací při poslouchání hudby či mluveného slova lze zlepšit kontakt pacienta s okolním prostředím a především s pečujícím. Při rozpoznávání předmětů pomocí hmatu, takzvané taktálně-haptické stimulaci, trénuje pacient jemnou motoriku, úchopy předmětů, podání ruky či pohlazení blízkého. Orální stimulaci lze realizovat pomocí asistovaného přijímání potravy a tekutin, rozeznáváním chutí (slané, sladké, kyselé). Cílem je zlepšení artikulace, jednodušší polykání stravy a snížení rizika aspirace. Důležitou součástí je iniciální dotyk, na kterém se domluví rodinný příslušník s pečujícím a jednotné oslovení pacienta, kterým začíná úvod každého kontaktu. Vždy stejný dotyk na předem domluvené místo (Jandová, D., 2013, s. 25).

Snoezelen je místnost multismyslové stimulace, terapie a volnočasové aktivity, ve které lze realizovat alternativní nefarmakologické přístupy. Multismyslové stimulace rozvíjí smyslové vnímání a uvolňují atmosféru v prostředí, kde se pacient nachází (Filátová, R., 2014, s. 45). Stimulující prostředí výrazně snižuje agresivitu, zklidňuje tělo a mysl prostřednictvím

podnětů, jako jsou zvukové a světelné efekty a vůně esenciálního oleje (Fert'alová, T. a Ondriová, I., 2019, s. 10). Základem je vybudování specifického, organizovaného a pozitivně naladěného prostředí, které je nazváno multisenzorická místnost Snoezelen. Měla by splňovat relaxační, interakční a poznávací funkce a obsahovat předměty, které lze využít k stimulaci jednotlivých smyslů. Má důležité zastoupení především u pacientů v těžkém stadiu demence (Filátová, R., 2014, s. 45). Při použití terapie Snoezelen není možné předem určit, jak bude pacient podněty vnímat. Doporučuje se alespoň jednou až dvakrát týdně nejméně 30 minut, aby byl efekt viditelný (Fert'alová, T. a Ondriová, I., 2019, s. 10). Výzkumníci studie publikované roku 2017 zjišťovali účinek multisenzorických místností na život pacientů s těžkou demencí žijících v domovech s pečovatelskou službou. Vizuelní stimulace byla prováděna s pomocí projektorů s rotujícím světlem, barevně měnícím se závěsem na lůžku, hvězdičkovým projektorem, barevnými třpytkami nad lůžkem. Hmatová stimulace byla prováděna pomocí měkkých hraček, vibračních trubíc a polštářů, beden s různými předměty. V každém zařízení v terapeutické místnosti byla sluchová stimulace prováděna puštěním klidné, pomalé písničky. Výsledky ukázaly, že využití terapeutických místností mělo na pacienty příznivé účinky, kterými byly zvýšení bdělosti a snížení apatie. Mělo pozitivní vliv na náladu a sociální angažovanost, ovlivňuje verbální i neverbální komunikaci. Výzkum také potvrdil pozitivní účinky na zaměstnance zařízení, kteří byli více spokojeni s prací a měli lepší mezilidské vztahy s pacientem. Pozorování, kterého se účastnilo 16 britských domovů pro seniory, ale také prokázalo, že zařízení neobsahovala vhodná senzorická vybavení zaměřená vhodně na všechny smysly. Zařízení se převážně zaměřovala na vizuelní a hmatové stimulace, orální a chuťové stimulace nebyly ve většině zařízení nabízeny vůbec (Jacob, L. a Collier, A., 2017, s. 123-129).

2.4 Význam a limitace dohledaných poznatků

Nejdůležitějšími poznatky při sumarizaci aktuálních dohledaných informací jsou propojenost jednotlivých nefarmakologických přístupů a mísení zdánlivě specifických kroků při péči o pacienta s demencí v různých stádiích nemoci. Žádný z vybraných přístupů není natolik komplexní, aby byl vhodný ve všech stádiích demence či ve všech úrovních péče. Významným zjištěním v otázce limitace je především:

- Nedostatečná výzkumná činnost nefarmakologických přístupů prováděna zejména u pacientů s demencí ve třetím stadiu onemocnění.
- Nedostatečná výzkumná činnost nefarmakologického přístupu konceptu bazální stimulace u pacientů s demencí.

- Nedostatečná výzkumná činnost nefarmakologického přístupu neverbální komunikace u pacientů s demencí.
- Většina dohledaných studií byla prováděna v domovech s pečovatelskou službou, popřípadě v domácnostech účastníků, nabízí se jako další limit neprovádění šetření možností využití a vlivu nefarmakologických přístupů v akutní a bezodkladné péči při ošetřování pacienta s demencí.
- Téměř žádná dohledaná studie na využití nefarmakologických přístupů nebyla provedena v české republice.

Závěr

Pro tvorbu přehledové bakalářské práce jsem si zvolila využití vybraných nefarmakologických přístupů u pacientů podle stádia demence. Pozitiva nefarmakologické léčby jsou v posledních letech stále více diskutována, pravděpodobně pro nedostatečně efektivní léčbu farmakoterapeutiky. Jelikož sama pracuji na oddělení, kde jsou často hospitalizováni pacienti s demencí, zajímalo mě využití vybraných nefarmakologických přístupů v praxi, jak u lůžka pacienta v nemocnici, tak v domovech pro seniory a domácím prostředí. Cílem přehledové bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o vybraných nefarmakologických přístupech k pacientům s demencí.

V časném stadiu demence, kdy není tolik porušena krátkodobá paměť a je částečně zachováno vybavování si informací jsou výsledky pozitivního efektu především u nefarmakologických přístupů zaměřených na kognitivní funkce. Ty se zaměřují na oblast lidské psychiky, prostřednictvím kterých pacient vnímá, poznává a reaguje na svět kolem sebe. Hlavním problémem u pacientů s demencí je ale chování. Opět využití přístupů zaměřených na chování je přínosnější u pacientů v časných stádiích nemoci, protože zásadním prvkem chování je schopnost adaptace a té je člověk s poruchou paměti schopen úměrně jejímu poškození.

Ve středním a těžkém stadiu demence se dostávají do popředí nefarmakologické přístupy zaměřené na emocionalitu, které snižují agitaci a umožňují lepší komunikaci mezi pečujícím a pacientem.

Dohledané poznatky a jejich sumarizace mohou být využity pro rodinné příslušníky pečující o pacienta s demencí nebo pro sociální či zdravotnické pracovníky pracující na lůžkových odděleních dlouhodobé péče, domovech se zvýšeným režimem nebo alzheimer centrech. Dále by sumarizované poznatky mohly být podkladem pro další výzkumy a studie, které by se měly zaměřit především na využití nefarmakologických přístupů u pacientů ve třetím stadiu demence.

Referenční seznam

ABE, S., EZAKI, O. a SUZUKI, M. Triglyceridy středního řetězce (8:0 a 10:0) Zvyšují skóre mini-mentálního vyšetření stavu (MMSE) u křehkých starších dospělých v randomizované kontrolované studii. *The Journal of nutrition* [online]. 2020, **150**(9), 2383-2390 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: doi:10.1093/jn/nxaa186

ABRAHA, I. et al. Systematický přezkum systematických přezkumů nefarmakologických intervencí k léčbě poruch chování u starších pacientů s demencí. Série SENATOR-OnTop. *BJM Open* [online]. 201, 4-16 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: doi:10.1136/bmjopen-2016012759.

ALVES, J. et al. Nefarmakologická kognitivní intervence pro stárnutí a demenci: Současné perspektivy. *World journal od clinical cases* [online]. 2013, **1**(8), 233-241 [cit. 2021-02-08]. Dostupné z: doi:10.12998/wjcc.v1.i8.233

ALZHEIMER EUROPE. *Dementia in Europe Yearbook 2019* [online]. Lucemburk, 2019, 108 s. [cit. 2021-02-08]. ISBN 978-99959-995-9-9. Dostupné z: [file:///C:/Users/VA-CUL/C3%8DKOV%C3%81%20%20Karol%C3%ADna/Downloads/FI-NAL%2005707%20Alzheimer%20Europe%20yearbook%202019%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/VA-CUL/C3%8DKOV%C3%81%20%20Karol%C3%ADna/Downloads/FI-NAL%2005707%20Alzheimer%20Europe%20yearbook%202019%20(1).pdf)

BEHRMANOVÁ, S., CHOULIARAS, L. a EBMEIER, K.P. Vzhledem k smyslům v diagnostice a chytu demence. *Maturitas* [online]. Velká Británie: Elsevier, 2014, **77**(4), 305-310 [cit. 2021-02-08]. Dostupné z: doi:10.1016/j.maturitas.2014.01.003

BENNETOVÁ, S. et al. Pracovní terapie pro osoby s demencí a jejich rodinné pečovatele poskytovaná doma: systematický přehled a metaanalýza. *BJM Open* [online]. 2019, **9**(11), 3-10 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: doi:10.1136/bmjopen-2018-026308

BLÁHOVÁ, J. a HOLMEROVÁ, I. *Potřeby starších lidí v nemocniční péči – analýza výsledků review české literatury* [online]. 7. Geriatrie a gerontologie, 2018, 113 s. [cit. 2021-02-08]. ISSN 1805-4684. Dostupné z: https://cello-iloc.fhs.cuni.cz/CEL-19-version1-potreby_star_sich_lidi_v_nemocnicni_peci.pdf

BYDŽOVSKÝ, J. a KABÁT, J. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči* [online]. 1. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú.; Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna Vysoké školy zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., 2015, 140 s. [cit. 2021-02-08]. ISBN 978-80-905867-0-3; 978-80-905973-2-7. Dostupné z: <https://www.theeuropeanlibrary.org/>

CAMMISULI, D.M. et al. Nefarmakologické intervence pro osoby s Alzheimerovou chorobou: Kritický přehled vědecké literatury za posledních deset let. *Europen Geriatric Medicine* [online]. 2016, **7**(1), 57-64 [cit. 2021-02-08]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.eur-ger.2016.01.002>

CASPAR, S. et al. Nonpharmacological Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: What Works, in What Circumstances, and Why? *Innovation in aging* [online]. Oxford academic, 2017, **1**(3), 3-7 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z doi:<https://doi.org/10.1093/geroni/igy001>

CLAREOVÁ, L. et al. Individuální cílená kognitivní rehabilitace pro zlepšení každodenního fungování u lidí s časnou demencí: Multicentrická randomizovaná kontrolovaná studie. *Mezinárodní časopis geriatrické psychiatrie* [online]. **34**(5), 709-721 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: doi:10.1002/gps.5076

DUCAK, K., DENTON, M. a ELLIOT, G. Implementing Montessori Methods for Dementia™ in Ontario long-term care homes: Recreation staff and multidisciplinary consultants' perceptions of policy and practice issues. *Dementia* [online]. 2016, **17**(1), 5-33 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1177/1471301215625342

DVOŘÁKOVÁ, M. *Reakce pacientů na Bazální stimulaci* [online]. 7. Sestra, 2013, 16-17 [cit. 2021-02-08]. ISSN 1335-9444. Dostupné z: https://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_reakceBS.pdf

FEIL, N. a RUBIN, V.K. *Validácia: Cesta ako porozumieť starým dezorientovaným ľuďom*. Bratislava: OZ Terapeutika, 2015, 167 s. ISBN 978-80-971766-1-7.

FERTÁLOVÁ, T. a ONDRIOVÁ, I. *Nefarmakologická léčba Alzheimerovy choroby* [online]. 1. Chicago: IntechOpen, 2019, 369 s. [cit. 2021-02-08]. ISBN 978-1-83962-210-6. Dostupné z: doi:10.5772/intechopen.84893

FERTÁLOVÁ, T. a ONDRIOVÁ, I. *Demence nefarmakologické aktivizační postupy* [online]. 1. Praha: Grada, 2020, 128 s. [cit. 2021-02-08]. ISBN 978-80-271-2479-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/demence-362900/>

FILATOVA, R. *Průvodce konceptu Snoezelen-MSE krok za krokem* [online]. 2014, 49 s. [cit. 2021-02-08]. ISBN 978-80-905419-3-1. Dostupné z: https://snoezelen-mse.cz/wp-content/uploads/2020/10/pruvodce_snoezelen-mse.pdf

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy*. 1. Praha: Asociace poskytovatelů, 2015, 202 s. ISBN 978-80-904668-9-0.

FYMAT, A.L. *Dementia: a review* [online]. 1. Journal of Clinical Psychiatry and Neuroscience, 2018, 27-34 [cit. 2021-02-08]. ISSN 1488-2434. Dostupné z: <https://www.pulsus.com/scholarly-articles/dementia-a-review.pdf>

GITLIN, L.N., KAPUSTA, H.C. a LYKETSOS, K.G. Zvládání neuropsychiatrických příznaků demence v klinickém prostředí: doporučení multidisciplinárního odborného panelu. *J am Geriatr* [online]. NIH Public Access, 2014, **62**(4), 762-769 [cit. 2021-02-08]. Dostupné z: doi:10.1111/jgs.12730

GITLIN, L.N. et al. Převedení intervencí péče o demenci založených na důkazech do praxe: Stav vědy a další kroky. *The Gerontologist* [online]. 2015, **55**(2), 210-226 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: doi:10.1093/geront/gnu123

HIEKISCHOVÁ, M. Využití biografické anamnézy při individuálním plánování s osobami s Alzheimerovou nemocí v domovech pro seniory: příklady dobré praxe? *Czech* [online]. 2020, **20**(3), 42-58 [cit. 2021-04-12]. ISSN 12136204.

CHIU, H.Y. et al. Terapie orientace na realitu prospívá poznávání u starších lidí s demencí: Metaanalýza. *Mezinárodní časopis ošetřovatelských studií* [online]. 2018, (87), 20-28 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.06.008>

JACOB, A. a COLLIER, L. Sensory enrichment for people living with dementia: increasing the benefits of multisensory environments in dementia care through design. *Design for health* [online]. Routledge, 2017, **1**(1), 115-133 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1080/24735132.2017.1296274>

JANDOVÁ, D. *Sestra* [online]. 11. 2013, 60 s. [cit. 2021-02-11]. ISSN 1210-0404. Dostupné z:https://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_blaho-darne.pdf?fbclid=IwAR3PtW99L4b3nWtC44JcTVv9Zjygxjxa45jtccRQzdK3qy-HaAI13nzLR-Jo

JONES, G.M.M. a MIESEN, B.M.L. *Care giving in dementia* [online]. Londýn: Routledge, 2014, 512 s. [cit. 2021-02-10]. ISBN 9781315800196. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.4324/9781315800196>

KELLY, A. *Sociální služby* [online]. 19. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017, 42 s. [cit. 2021-02-11]. ISSN 1803-7348. Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/ckfinder/userfiles/files/Montessori_%C4%8DI%C3%A1nek.pdf

KHAN, Z. a BALLARD, C. Nonverbal communication and quality of life of people with dementia. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association* [online]. 2016, **12**(7), 14-16 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: doi:[10.1016/j.jalz.2016.06.506](https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.06.506)

KIM, S et al. Užitečnost testu kreslení hodin jako kognitivního screeningového nástroje pro mírnou kognitivní poruchu a mírnou demenci: hodnocení pomocí tří systémů bodování. *Dementia and Neurocognitive Disorders* [online]. 2018, **17**(3), 100-109 [cit. 2021-04-10]. Dostupné z: doi:[10.12779/dnd.2018.17.3.100](https://doi.org/10.12779/dnd.2018.17.3.100)

KLIMOVA, B., TOMAN, J. a KUČA, K. Effectiveness of the dog therapy for patients with dementia - a systematic review. *BMC Psychiatry* [online]. 2019, (19), 270-276 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2245-x>

KLUCKÁ, J. a VOLFOVÁ, P. *Kognitivní trénink v praxi* [online]. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada, 2016, 176 s. [cit. 2021-02-08]. ISBN 978-80-247-5580-9. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/kognitivni-trenink-v-praxi-409105/>

KOŠŤÁLOVÁ, M. *Neurologie pro praxi: Včasná diagnostika kognitivního deficitu* [online]. 20. Praha: Solen, 2018, 3-4 [cit. 2021-02-09]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2018/88/01.pdf>

KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie* [online]. Praha: Grada, 2011, 368 s. [cit. 2021-02-09]. ISBN 978-80-247-2699-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/uvod-do-ergoterapie-410577/>

KIM, S.K. a PARK, M. Účinnost péče o osoby s demencí: systematický přehled a metaanalýza. *Cliv Interv stárnutí* [online]. 2017, (12), 381-387 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: doi:[10.2147/CIA.S117637](https://doi.org/10.2147/CIA.S117637)

LUŽNÝ, J. *Cognitive Remediation Journal: Diagnostikujeme správně a včas demenci?* [online]. 1. 2013, 17 [cit. 2021-02-08]. ISSN 1805-7225. Dostupné z: http://www.cdzejese-nik.cz/Aktuality/journal01_13.pdf

MILESKI, M. et al. Sensory and memory stimulation as a means to care for individuals with dementia in long-term care facilities. *Vlin Interv Aging* [online]. 2018, (13), 967-974 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: doi:10.2147/CIA.S153113

MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany* [online]. Praha: Grada, 2011, 192 s. [cit. 2021-02-09]. ISBN 978-80-247-3872-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/pece-o-stare-obcany-362893/>

MURPHY, E. et al. Palliative care interventions in advanced dementia. *Cochrane Library* [online]. Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group, 2016, 19-20 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011513.pub2>

NILIUS, P. *Neurologie pro praxi: Kognitivní rehabilitace* [online]. 20. Praha: Solen, 2018, 69 s. [cit. 2021-02-09]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2018/01/14.pdf>

OLSEN, Ch. et al. Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial. *Geriatric Psychiatry* [online]. 2016, **31**(12), 1312-1321 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: doi:10.1002/gps.4436

PANDPARIZ, M. a TAJARI, M. The application of palliative care in dementia. *Family Med Prim Care* [online]. 2019, **8**(2), 347-351 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: doi:10.4103 / jfmpc.jfmpc_105_18

PARK, K. et al. A systematic review and meta-analysis on the effect of reminiscence therapy for people with dementia. *International Psychogeriatrics* [online]. 2019, **31**(11), 1581-1597 [cit. 2021-04-14]. Dostupné z: doi:10.1017/S1041610218002168

POKORNÁ, A. a SUKUPOVÁ, M. Naomi Feil validace v geriatrické péči. *Kontakt* [online]. Elsevier, 2014, (16), 91 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.05.004>

PRESS-SANDLEROVÁ, O.P. et al. Aromaterapie pro léčbu pacientů s behaviorálními a psychologickými příznaky demence: Popisná analýza RCT. *Alternative Complementary Medicine* [online]. Mary Ann Liebert, 2016, **22**(6), 422-428 [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: doi:10.1089/acm.2015.0186

PROCHÁZKOVÁ, L. *Metoda validace - podpora práce s dezorientovanými lidmi* [online]. 14. Odborný časopis sociální služby, 2012, 12-13 [cit. 2021-02-09]. ISSN 1803-7348. Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/socialna-praca/metoda-validace-podpora-prace-s-dezorientovanymi-lidmi>

PROCHÁZKOVÁ, E. *Biografie v péči o seniory* [online]. Praha: Grada, 2019, 200 s. [cit. 2021-02-10]. ISBN 978-80-271-1008-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/biografie-v-peci-o-seniory-392803/>

RITTER-RAUCH, R. *Život s demencí Tipy pro rodinné příslušníky a pečující osoby* [online]. 2016, 12-13, [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: https://www.apsscr.cz/files/files/%C5%BDivot%20s%20demenc%C3%AD_Tipy%20pro%20rodinn%C3%A9%20p%C5%99%C3%ADslu%C5%A1n%C3%ADky.pdf

ROBINSON, L. et al. A qualitative study: professionals' experiences of advance care planning in dementia and palliative care, 'a good idea in theory but ...'. *Palliative Medicine* [online]. 2013, **27**(5), 401-408 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: doi:10.1177/0269216312465651

SUCHÁ, J., HÁTLOVÁ, B. a JINDROVÁ, I. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál, 2013, 173 s. ISBN 978-80-262-0335-3.

SKÁLA, B. et al. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci* [online]. Praha: Společnost všeobecného lékařství, 2011, 20 s. [cit. 2021-02-09]. ISBN 978-80-86998-51-0. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2008-2012/paliativni-pece-2011.pdf>

SPIRO, N. Music and dementia: Observing effects and searching for underlying theories. *Aging Mental Health* [online]. 2010, **14**(8), 891-899 [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: doi:10.1080/13607863.2010.519328

SWALL, A. et al. Stepping out of the shadows of Alzheimer's disease: a phenomenological hermeneutic study of older people with Alzheimer's disease caring for a therapy dog. *Qualitative studies on Health and Well-being* [online]. 2017, (12), 6-13 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1347013>

ŠPATENKOVÁ, N. a BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 2011, 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.

WANKO KEUTCHAVO, E.L., KERROVÁ, J. a M.A. JARVISOVÁ. Evidence of nonverbal communication between nurses and older adults: a scoping review. *BMC Nursing* [online]. 2020, **19**(53), 1-7 [cit. 2021-04-15]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1186/s12912-020-00443-9>

Seznam zkratek

ADL	Základní všední činnosti
BRS	Stupnice hodnocení chování
CAS	Kognitivní hodnotící stupnice
CDR	Hodnocení klinické demence
CDT	Clock Drawing Test
CMAI	The Cohen-Mansfield Agitation Inventory
CSDD	Cornellova stupnice pro depresi v demenci
DEMQOL	Dementia Quality of Life measure
GDS	Geriatrická škála deprese
MMSE	Mini-Mental State Examination
PCA	Person Centered Approach
SPT	Simulated Presence terapie
QoL- AD	Quality of Life in Alzheimer's Disease