

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2016-2019

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Veronika Maurová

Speciálně-pedagogické přístupy v péči o člověka s demencí

Praha 2019

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Martina Karkošová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME)

2016-2019

BACHELOR THESIS

Veronika Maurová

**Special-pedagogical approaches in the care of a person
with dementia**

Prague 2019

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Martina Karkošová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 28.2. 2019

Veronika Maurová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Martině Karkošové, Ph.D. za odborné vedení, za pomoc a užitečné rady při zpracování mé bakalářské práce.

Současně bych chtěla poděkovat účastníkům mého výzkumu za spolupráci při vyplňování dotazníku a manuálu pro trénink kognitivních funkcí.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá speciálně-pedagogickým přístupem v péči o člověka s demencí. V teoretické části se seznamujeme s vysvětlením pojmu demence, jejími příčinami a příznaky, s nejvíce vyskytujícími se typy demencí a demografickým vývojem. Další kapitola se věnuje přístupům k člověku s demencí, formou péče a zabývá se obecně kvalitou života před vznikem a po vzniku demence. Ve třetí kapitole jsou zmíněny možnosti podpory člověka s demencí. Praktická část byla provedena smíšeným výzkumem, v němž je zahrnuto přímé pozorování, sestavení manuálu pro trénink kognitivních funkcí, testování pomocí Addenbrookského kognitivního testu a metoda dotazování formou dotazníku týkajícího se právě práce s manuálem pro trénink kognitivních funkcí. Závěr práce se věnuje výsledkům z dotazníkového šetření a účinnosti procvičování poznávacích funkcí v rodinném prostředí pomocí vytvořeného manuálu pro trénink kognitivních funkcí.

Klíčová slova

Addenbrookský kognitivní test, Alternativní a augmentativní komunikace, biografie, demence, Mini Mental State Exam (MMSE), muzikoterapie, smyslová aktivizace, reminiscenční terapie.

Annotation

This Bachelor's thesis deals with the subject of special-pedagogical approach in the care of a person with dementia. In the theoretical part, we familiarise with the explanation of the concept of dementia, its causes and symptoms, with the most occurring types of dementia and demographic development. The next chapter deals with approaches to a person with dementia, the form of care and deals with the general quality of life before and after dementia. The third chapter regarding the possibilities of supporting a person with dementia. The practical part was carried out by a mixed research including direct observation, compilation of the Cognitive Function Training Manual, Testing with the Addenbrooke Cognitive Examination, and the questionnaire method of working with the Cognitive Function Training Manual. The conclusion of this work concerns the results of the questionnaire survey and the effectiveness of practicing cognitive functions in the family environment using the Cognitive Function Training Manual.

Key words

Addenbrooke cognitive examination, Alternative and augmentative communication, biography, dementia, Mini Mental State Exam (MMSE), music therapy, sensory activation, reminiscence therapy.

OBSAH

ÚVOD	8
1 DEFINOVÁNÍ POJMŮ	10
1.1 Příčiny a příznaky demence	10
1.2 Postižení kognitivních funkcí.....	11
1.3 Druhy demence	13
1.4 Charakteristika nejčastějších typů demence.....	14
1.5 Demografický přehled stárnutí.....	16
2 SPECIÁLNÍ PŘÍSTUPY K ČLOVĚKU S DEMENCÍ	19
2.1 Možnosti péče o člověka s demencí.....	20
2.2 Život s demencí	21
2.3 Kvalita života	23
2.4 Speciálně pedagogická podpora o člověka s demencí	24
3 NABÍDKA PODPORY PRO ČLOVĚKA S DEMENCÍ	26
3.1 Reminiscenční terapie	26
3.2 Smyslová aktivizace.....	28
3.3 Trénink kognitivních funkcí.....	29
3.4 Muzikoterapie	30
3.5 Biografie člověka s demencí	31
3.6 Alternativní a augmentativní forma komunikace.....	32
4 PRAKTICKÁ ČÁST - VÝZKUM	33
4.1 Cíl práce	33
4.2 Smíšený výzkum	34
4.2.1 Charakteristika respondentů	36
4.2.2 Sběr dat.....	37
4.3 Analýza dat.....	38
4.3.1 Addenbrookský kognitivní test	38
4.3.2 Analýza práce s manuálem pro trénink kognitivních funkcí.....	49
4.3.3 Vyhodnocení dotazníkového šetření po práci s manuálem pro trénink kognitivních funkcí	50
5 DISKUSE	58
ZÁVĚR	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
SEZNAM OBRÁZKŮ	63
SEZNAM TABULEK	63
SEZNAM PŘÍLOH	64

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá speciálně – pedagogickými přístupy v péči o člověka s demencí. Konkrétně se zaměřuje na stařeckou demenci. V současné době narůstá počet lidí, především seniorů, s poruchou demence. I demence má svůj průběh a dochází k jejímu pozvolnému zhoršování, proto je důležité, jak silnou osobností člověk je, v jakém prostředí žije a jak se dokáže s touto změnou vyrovnat. Když do života zasáhne demence, celý život se převrátí naruby. Omezení v běžných denních činnostech přináší značné obtíže pro člověka samotného, ale i pro jeho okolí. Dnešní společnost tuto skutečnost nepovažuje za důležitou situaci k řešení, protože nemocný člověk pro ni nepřináší žádné nové objevy, je společností automaticky vyloučen. Bohužel právě tito lidé vytvářejí důležitosti nejcennější, jelikož potřebují kontakt s blízkými osobami ze svého okolí a díky tomu si udržují osobní formu mezilidských vztahů a hodnoty nejvzácnější, hodnoty naplněného života. Komunikace je důležitá v životě každého člověka, u nemocných osob a seniorů mnohokrát více. Proto je třeba využívat možností komunikačních technik, gest, mimiky a postojů.

Práce se věnuje jednotlivým formám péče a možnostem podpory osob s demencí. Současná doba přináší nespočetné množství různých typů terapií a cvičení, které je možné u lidí s poruchami demence využít. Nedílnou součástí bakalářské práce je rovněž kvalita života a demografický vývoj procesu stárnutí.

Cílem bakalářské práce je uvést speciálně – pedagogické postupy v přístupu ke člověku s demencí, žijícího v rodinném prostředí, využitím manuálu pro trénink kognitivních funkcí, který byl vytvořen v průběhu práce. Je sestaven tak, aby byly viditelné pozitivní či negativní účinky jeho používání. Dalším cílem byla snaha zjistit, jestli lidem s demencí připadala cvičení těžká a jestli by měli zájem pokračovat formou této terapie. Na základě stanovených otázek, zda jim vyhovovala práce v rodinném prostředí, jakou potřebovali pomoc při práci s manuálem pro trénink kognitivních funkcí a jestli tato forma vyhovuje účastníkům samotným i jejich rodinám, lze předpokládat, že rodinné prostředí v nich vyvolává uvolněnější atmosféru.

V praktické části práce bylo využito smíšeného výzkumu, jehož součástí jsou standardizované testy typu Addenbrookský kognitivní test a dotazníková metoda. Tyto testy se ukázaly jako vhodná pomůcka pro práci s účastníky výzkumu. Addenbrookský kognitivní test vyhodnotil výsledky poznávacích funkcí před a po práci s manuálem. Dotazník následně shrnul celkové hodnocení celého výzkumného šetření. Samotný závěr práce nás seznámí s výsledky celého výzkumu, kde je viditelný přínos využití možností podpory pro lidi postižené poruchou demence.

1 DEFINOVÁNÍ POJMŮ

Demence je porucha, která se považuje za jednu z nejčastěji se objevujících a nejvážnějších duševních onemocnění převážně ve stáří. Většina populace má stáří automaticky spojené s degenerativními změnami paměti, což nemusí být vždy pravda. Syndrom demence vznikl následkem poškození či onemocnění mozku, dochází k postižení poznávacích (kognitivních) funkcí. Mezi tyto funkce patří například paměť, pozornost, schopnost tvoření a porozumění řeči, intelekt, dále je také zhoršena orientace, vnímání, myšlení, emotivita, chování. Vlivem těchto všech faktorů náleží i k narušení rytmu spánku, což nemocné osoby ještě více frustruje a následkem je úplná neschopnost postarat se sám o sebe. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Pojem demence má své kořeny v latinském názvu „mens“, v překladu toto slovo znamená „mysl“. Ke slovu se přidala předpona „de“, která označuje „od“, spojením těchto dvou částí vzniklo slovo „demens“ neboli „šilný“. Loucká (2002) tento stav označila jako něco, co se myslí ztratilo, rozdíl od očekávaného jednání rozumu. *„Jinými slovy, jde o celkové zhoršení duševních schopností s různě vyjádřeným postižením v jednotlivých složkách psychiky a ve svém důsledku zasahující celou osobnost, včetně její tělesné součásti. V těžších stádiích jde tedy o zchátralost nejen paměti, myšlení, emotivity, vůle ... ale i o tělesnou slabost, nevykonnost, pomočování, neudržení stolice, zhoršení obranyschopnosti organismu vůči infekcím, o poruchy pohybového aparátu a ostatních systémů.“* (Kučerová, 2006, s. 9).

1.1 Příčiny a příznaky demence

Lidé, trpící syndromem demence, se vyznačují nezvyklým chováním. Začíná jim splývat současná situace s tou, co se již odehrála, často se opakují, pletou si jména a názvy věcí. Stává se, že nedokážou mnohdy i reagovat na danou situaci tak, jak bylo okolí zvyklé. Začínají být nervózní, protože pro okolní svět jsou jejich reakce a chování alarmující. Rychle tvoří smyšlené příběhy a teorie, aby dokázali skrýt ztráty paměti. Dochází k neobjektivním úvahám svých činů a chování. Dalším stupněm je zvyšující se agrese a vnitřní neklid. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Autorka se ve své praxi setkala s případy, kdy si dané osoby nemohly vzpomenout na svého rodinného příslušníka, chybně pojmenovávaly předměty, ztrácely pojem o čase/dnech/týdnech/měsících, vracely se do minulých let, která pro ně z nějakého důvodu

měla zásadní význam. Byly to kupříkladu i doby válek, nešťastné dětství, mladá školní léta, tábory. Dokázali o těchto dobách vyprávět velmi dlouhý čas.

V tuto chvíli je vhodné položit osobám, u kterých máme podezření na demenci, několik orientačních jednoduchých otázek, abychom mohli najít alespoň jednu odlišnost, která by mohla syndrom demence vyvrátit. Mezi takové otázky můžeme zařadit například dotazy na orientaci v čase (datum a místo narození), následně vyslovíme tři názvy jednoduchých věcí (př. strom, tužka, papír) a detailně vysvětlíme, co po nich chceme, po pár minutách se na tyto věci opětovně zeptáme a nejméně dva ze tří jmenovaných předmětů by nám měli být schopni povědět. V ubíhajícím čase dáme za úkol odečítat sedm od padesáti. Tento primitivní test zkusíme zopakovat přibližně po čtyřech týdnech. Pokud se stav zhorší i po vhodném nastavení léků i uspořádání sociálních kontaktů, přichází na řadu nutnost podrobnějšího vyšetření. (Koukolík, Jiráček, 1999).

Na začátek je nutno uvést, že je vždy snaha co nejvíce vyloučit diagnózu než-li ji prokázat. Vlastní průběh vyšetření možné demence má své dané postupy, kdy je možné získat mnoho informací z detailní rodinné anamnézy, kterou nám poskytnou bližší příbuzní. Ta se porovnává s udanými informacemi od vyšetřované osoby. Samozřejmě velkou roli zde hrají i genetické vlivy. Následuje odborné vyšetření bez oblečeného oděvu, neurologické vyšetření a duševní stav osoby s podezřením syndromu demence. Výborným a jednoduchým pomocníkem je mezinárodně rozšířený Folsteinův Mini – Mental State Examination (dále jen MMSE). Tento test slouží jako screening demence, podrobněji se mu budeme věnovat v praktické části mé práce. (Koukolík, Jiráček, 1999).

1.2 Postižení kognitivních funkcí

Kognitivní (poznávací) funkce jsou všechny myšlenkové operace, které nám umožňují rozeznávat, pamatovat si, učit se a přizpůsobovat se neustále měnícím se podmínkám vnějšího okolí. Jsou velmi potřebné k vykonání žádaného úkolu, ať jednoduchého či složitého, mají přímou souvislost s vnímáním a jednáním světa okolo nás. Mezi poznávací funkce zařazujeme paměť, koncentraci, pozornost, funkce řeči, zpracovávání informací, prostorovou orientaci, obratnost myšlení a porozumění informacím. Zahrnujeme sem i vyšší kognitivní tzv. exekutivní funkce, mezi které patří motivace a vůle, schopnost řešit problémy, neschopnost dokončit úkol, zaměření se na jedinou část úkolu – celek úkolu osoba zapomene. Poruchy kognitivních funkcí mohou

být z dlouhodobého hlediska problematictější než – li fyzické postižení. V případě, že se kognitivní obtíže neřeší, dochází k jejich postupnému upadání. Důležitá je prevence, především alespoň pro zpomalení zhoršování procesu postižení kognitivních funkcí. Obvyklým problémem, který se vyskytuje během terapií, jsou problémy s udržení pozornosti nebo zájmu během činnosti. Pokud se stane, že je v průběhu konverzace nebo probíhající činnosti někdo vyruší, musí začít s aktivitou od samého počátku nebo zapomenou, na co vlastně odpovídali. Stejně tak je to i s běžnými denními činnostmi, když si jdou lidé například uvařit oběd, zapomenou postup, jak to mají dělat. (Zgola, 2003).

Za velmi důležité je považováno sledovat počínající příznaky poruch kognitivních funkcí, aby bylo možné předcházet případným lehkým postižením těchto funkcí a demencím. Nejčastěji jsou viditelné poruchy paměti projevující se nemožností si zapamatovat význam slov. Může se objevit i problém vybavit si již dříve vštípené události, časově nesprávné zařazování vzpomínek a jejich zkreslené představy a přivlastňování si cizích zážitků. Takovéto varovné signály nelze přehlížet.

Porucha myšlení je dalším významným faktorem, který je třeba sledovat. Raná stadia postižení myšlení se projevují v abstrakčních a logických schopnostech. Jedinci přestávají být soudní, nedokážou odhadnout své vlastní možnosti, na které vystačí. Ruku v ruce jde s poruchou myšlení porucha řečových funkcí, jedinci se obtížněji vyjadřují, snaží se ve své paměti nalézt vhodná slova. To se jim nedaří, a tak se snaží různé pojmy opisovat, aby byli okolím pochopeni. Nesprávně tvoří větná spojení. Později tyto potíže přecházejí v překrucování slov a nevhodné používání slovních druhů. Nakonec poté nastupuje úplná afázie, která se rozlišuje dále jako expresivní a sensorická. „*Při postižení motorického řečového centra vzniká motorická (expresivní) afázie, vyznačující se tím, že řeč je značně zkomolená, jednotlivá slova nejsou srozumitelná nebo jen vzdáleně připomínají správné slovo, jsou závažné poruchy gramatiky (paragramatismy). Řeč se postupně stává zcela nesrozumitelnou. Sensorická afázie vzniká poruchou detekce sluchového signálu v kortexu. Postižení neporozumí řečenému, nejsou schopni detekovat to, co slyší. Výsledkem je pak to, že jejich řeč je nesrozumitelná (ke správné tvorbě řeči je třeba zpětné vazby – slyšení vlastních řečových projevů)*“. (Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Sucharda a kolektiv, 2004, s. 185).

Postupně se vytrácí i orientace v prostoru, v čase, člověk se neorientuje ani na svém vlastním těle. Mají problémy nakreslit geometrické tvary, natož jejich společné

průniky. Velké trable způsobuje i čas, dotazy na určení času jsou pro ně těžko odhadnutelné. Nelze zavírat oči před emocionální složkou. Emoce jsou odrazem vnímání okolí a sebe samého. Slouží jako nástroj aktuálního dění a s tím souvisí úprava individuálního jednání jedince. Emoce jsou výrazem příjemných i nepříjemných prožitků, na základě nichž vyvolávají adekvátní reakce chování. Pokud se v člověku nahromadí špatné nálady, odráží se v kvalitě jeho života. Záleží na délce jejich trvání. Afekty, krátké emoční odpovědi na zevní i vnitřní impulsy, mají značnou intenzitu. Projevují se jako patické, kdy je člověk v obrovském emočním vypětí a v takovém stavu může sklouznout i ke spáchání násilného činu. Anebo se projevují jako fobie, ty způsobují mnohé strachy. Člověk si je vědom nesmyslnosti svého činu, ale nedokáže tento čin vůlí ovlivnit. (Vágnerová, 2004).

V dnešní době je již mnoho potvrzených důkazů na téma postižení kognitivních funkcí vlivem poškození mozku. Poruchy poznávacích funkcí nepříznivě ovlivňují možnosti jedinců účastnit se terapií a díky nim úspěšně zvládat každodenní aktivity běžného života, omezují jedince vést život nezávislý na pomoci druhých. Pro jedince samotné, ale i pro jejich příbuzné a blízké přátelé, jsou tyto situace velmi stresující. Proto je vhodné se pravidelně věnovat tréninku kognitivních funkcí. (Malia, Brannagan, 2010).

1.3 Druhy demence

Pidrman (2007) ve své knize udává, že je třeba nejdříve rozpoznat chorobu a poté zkusit určit její příčinu vzniku, abychom mohli na základě našeho poznání zvolit správnou metodu léčby. V prvním případě musíme rozeznat, zda se opravdu jedná o demenci nebo o stav, který je demenci velmi podobný. Ve druhém případě přesně diagnostikovat druh demence (určit, zda se jedná o primární, sekundární či smíšenou demenci a zda – li je již plně nezvratná = ireverzibilní).

Jirák (1999) dělí demence následovně:

1) Atroficko – degenerativní demence – řadí sem Alzheimerovu chorobu, Parkinsonovu chorobu, korovou nemoc s Lewyho tělísky, demenci u Pickovy choroby a jiných ložiskových mozkových atrofií, progresivní supranukleární obrnu, Huntingtonovu chorobu, olivopontoce-rebelární atrofii, presenilnígliální dystrofie

2) Ischemicko – vaskulární demence

3) Symptomatické demence – řadí sem demenci při vitamínových deficitech, demenci v průběhu elektrolytového rozvratu, demenci při endokrinopatiích, hereditárně podmíněné metabolické demence, toxicky podmíněné metabolické demence, demence při zánětlivých onemocněních centrální nervové soustavy

Toto uvedené a další dělení demencí a jiných organických poruch má určitou zajímavost a výborná kritéria správného úsudku. Pro běžnou praxi se používá platné rozdělení poruch dle MKN10.

1.4 Charakteristika nejčastějších typů demence

Alzheimerova choroba jako nejčastěji vyskytující se příčina demence zaobírá 50% všech demencí. Současně se podílí na slučování s dalšími příčinami. „*Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek vznik syndromu demence.*“ (Jirák, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009, s. 29).

Z počátku se Alzheimerova choroba chová velmi skrytě. Její příznaky jsou nenápadné. Nejdříve dochází k poruchám poznávacích funkcí, zhoršuje se krátkodobá paměť, poté velmi brzy přichází zhoršená orientace v čase i prostoru. Čím více dochází k prohlubování demence, lidé trpící touto chorobou se ztrácejí i v jim dříve známém okolí. V posledních nejtěžších fázích demence je pro ně i jejich byt velkým bludištěm, dochází k těžkým poruchám paměti, poměrně často zaniká logické uvažování, jsou naprosto dezorientovaní. Alzheimerova choroba se dělí na tři stádia – lehká, střední a těžká demence. Lehká forma demence spočívá ve ztrátě krátkodobé paměti, zapamatování si, nemocný člověk si uvědomuje, že má problém v pracovních činnostech i činnostech běžných denních aktivit. Zhoršují se mu nálady a může docházet i k depresivním stavům. Ve středním stádiu demence se postupně více a více zhoršují veškeré předchozí symptomy. Poruchy komplexních myšlenkových operací, naprostá

bezradnost, neschopnost kompletní soběstačnosti, ztráta pohyblivosti jsou typickými znaky pro třetí stádium demence. Alzheimerova choroba trvá průměrně 7 až 10 let, poté lidé umírají i na zcela banální zdravotní obtíže jako jsou například záněty horních cest dýchacích. (Jirák, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009).

Vaskulární demence se vyznačuje třemi základními prvky – došlo k cévní příhodě, nemocný člověk je dementní a tyto dvě poruchy spolu souvisí, typická je rovněž jejich vzájemná závislost. Mozková příhoda je nedílnou součástí vaskulární demence, dochází tedy k poruchám poznávacích funkcí. Projevy se objevují zhruba do 3 měsíců po proběhlé cévní příhodě. (Pidrman, 2007) K určení případné vaskulární demence mohou dopomoci typické příznaky jako je například špatná chůze, nedůvěra ve své motorické schopnosti. Doprovázejícími symptomy jsou poruchy v činnosti močového měchýře, člověk má stále pocit, že potřebuje vykonat potřebu. Také se bez jakéhokoli důvodu smějí či pláčou. (Koukolík, Jirák, 1999).

Rozlišujeme základní tři typy vaskulární demence. Tyto typy se odvíjí od míry zasažení mozkových tkání infarkty:

vaskulární demence s náhlým začátkem – stav, kdy demence narůstá rychlým tempem díky důsledku cévní mozkové příhody. Většinou po rozsáhlých infarktech, kdy je zasažena ta část mozku, která je důležitá pro paměť.

Tzv. multiinfarktová demence – u tohoto typu demence bývá postižena oblast mozkové kůry a bílá hmota následkem infarktu. Lidé trpící touto poruchou vnímají svou osobnost, trpí však depresemi, protože vnímají defekty paměti.

Tzv. převážně podkorová vaskulární demence – zasažení bílé hmoty mozku a šedé hmoty v oblasti bazálních ganglií, které mají v těle na starost hybnost, jemnou motoriku a výkonné funkce. Objevuje se často u osob s vysokým krevním tlakem. (Jirák, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009).

Parkinsonova choroba

Parkinsonova choroba se nejčastěji vyskytuje u osob ve věku vyšším 50 – 60 let, 10% onemocnění se objevuje po 40. roku života. Tato choroba se řadí mezi komplexní neurodegenerativní onemocnění. Hlavní příčinou je nadměrné odumírání buněk tvořící dopamin, to vyvolává komplikace v přenosu informací z mozku ke svalům. Do dneška však není vysvětlitelné, proč se tomu tak děje, není známa přesná příčina nemoci. Předpokládá se, že je to souhrn více faktorů jako jsou například genetika, prodělané infekce, vliv životního i sociálního prostředí. (Bonet, Hergueta, 2012).

Parkinsonova nemoc spotřebuje velké množství fyzické i emoční energie. Dochází k náhlému třesu, ke ztrátě rovnováhy, k výkyvům nálad, objevují se problémy s řečí, neschopnost ovládat intonaci řeči, komplikuje se chůze a mnoho dalších obtíží. Poměrně jednoduché úkoly jako je oblékání, osobní hygiena, žvýkání, polykání slin se stávají mnohem složitějšími a je třeba tomu vyvinout relativně větší popřemýšlení. (Schwarz, 2001).

1.5 Demografický přehled stárnutí

Demografie je věda zkoumající reprodukci lidských populací. V současné době se zvyšuje počet stárnoucích lidí, populace obecně stárne. Západní společnosti vnímají staré lidi za sociální problém ve spojení s důchodovým systémem a zvyšujícími se náklady na zdravotní a sociální péči. U demografického stárnutí se jedná o proces, kdy přibývá počtu osob s věkem vyšším 60 – ti let a snižuje se počet osob mladších 15 – ti let. (online, cit. 2012-03-23).

Pojem stárnutí se rozlišuje na dvě úrovně:

*„U **jednotlivce** znamená stárnutí biologický proces, kterým je organismus modifikován od narození do smrti, jednoduše chápáno, je to zvyšování věku jednotlivce. Výraz "biologický věk" poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje či degenerace. Jinými slovy, stárnutí lidského organismu je permanentní a omládnutí není možné.*

***Stárnutí v demografickém smyslu** se naopak týká celé populace a oproti jednotlivci může stárnoucí populace omládnout zvýšením podílu mladých věkových skupin. K demografickému stárnutí dochází v důsledku změn v charakteru demografické reprodukce a mění se při něm zastoupení dětské a postreprodukční složky v populaci. Může být vyvoláno dvěma faktory. Prvním je relativní zpomalení růstu mladších věkových skupin, které je většinou výsledkem poklesu úrovně plodnosti a porodnosti. Tento typ stárnutí se nazývá "stárnutí v základně věkové pyramidy". Druhým faktorem je zrychlení růstu počtu osob ve starším věku, které je důsledkem rychlejšího snižování měr úmrtnosti ve vyšším věku. To vede k prodlužování naděje dožití a tím k častějšímu dožívání se vyššího a vysokého věku. V tomto případě jde o typ "stárnutí ve vrcholu věkové pyramidy". Obvykle však oba uvedené typy probíhají současně.“* (online, cit. 2012-03-23).

Chronologický věk je nejběžněji používanou mírou počátku stáří. Mnozí gerontologové spojují tuto míru s věkovou hranicí 60 až 65 let, doba, kdy odcházejí lidé do penze. Je to období, kdy dochází k řadě fyzických i psychických změn. Předpokládá se, že je nahradí mladší ročníky. (online, cit. 2012-03-23).

Graf č. 1: Vývoj dětské a poproduktivní složky obyvatelstva ČR mezi lety 2009-2065 (v %)



Zdroj: ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *ANALÝZA: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce* [online]. © 2012 [cit. 2012-03-23]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824

Z grafu číslo 1 je patrné, že ve sledovaném období roku 2009-2065, dochází ke snižování počtu zastoupení osob mladších 15 – ti let. Zároveň se zřetelně zvyšuje počet seniorů s věkem nad 65 let. Důvodem je zlepšování úmrtnostních poměrů. Současná doba procentuálně eviduje 14,2% dětí ve věku 0–14 let a 15,2% osob ve věku 65+ let. Z předpokladů Českého statistického úřadu bude přibývat osob ve věku 65 let a více. Narůst této složky bude i na úkor lidí v produktivním věku. (online, cit. 2012-03-23).

Z dlouhodobých pozorování vyplývá, že úmrtnost mužů je vyšší než úmrtnost žen ve starším věku. Počet narozených mužů převyšuje počet narozených žen, avšak čím jsou muži i ženy starší, tento jev se obrací. (online, cit. 2012-03-23).

Demografické změny je možné za určitých podmínek úspěšně zvládnout. Je třeba se zaměřit na souhrn schopností starších lidí, budovat v nich pocit, že samotný chronologický věk není hranicí pro ukončení jejich rozvoje. Mnoho seniorů je velmi aktivních a vzdělaných, chtějí být součástí nových praktik a tvorby. Aby byla zachována mezigenerační solidarita, je důležité nepodceňovat aktivní stárnutí. Především možnému defektu aktivního stárnutí lze za podmínek:

- Možnost delšího setrvání v pracovním procesu pro všechny seniory.
- Přizpůsobit prostředí adekvátní věku žen i mužů. Když se budou cítit dobře tam, kde vykonávají svou pracovní činnost, bude to mít velký přínos pro celou společnost.
- Umožnit seniorům aktivní a zdravý styl života.

2 SPECIÁLNÍ PŘÍSTUPY K ČLOVĚKU S DEMENCÍ

„Život nás všech probíhá od narození až do okamžiku smrti v určitých vývojových etapách. Každá etapa má své zákonitosti, které z ní vyplývají, ovlivňují kvalitu, způsob a rozsah našeho života, a my se jim musíme poměrně zásadním způsobem přizpůsobit a zohledňovat je.“ (Malíková. 2011, s. 13). Celý život procházíme různá vývojová stádia, nejdříve se člověk narodí, učí se základním fyziologickým potřebám, následně se učí chodit, číst, psát, počítat. Posouvá se do dalších etap životního období, kde poznává první lásky, radosti a strasti života, naděje, plány, zakládá svou rodinu. Obecně se dá říct, že to jsou období plná nových zážitků a spousty možností. Když nastane doba přicházejícího stárnutí, převládají pocity omezení a určitých limitů. To není ale úplně pravda, každé období je pro člověka přínosné a každé je limitující. V globálním pohledu má mnoho lidí seniory zaškatulkované jako osoby samostatně nemohoucí, slabé, nerozumějící aktuálním trendům a odkázané na pomoc druhých. Opak je pravdou, spousta seniorů si své stáří dokáží užít více než celý svůj dosavadní život, protože v něm spoustu věcí nestihli. Jednoduše k tomu neměli dostatek volného času a prostoru, protože plnili povinnosti vůči svým ratolestem, pracovním požadavkům a aktuálnímu společenskému dění. Ve stáří de facto nemusejí nic, mohou si užít každého dne, mohou pohodlně a zdravě stárnout. Hovoří se i o takzvaném umění stárnout, je záležitostí každého člověka, jak se na období stáří připraví, protože stárne již od chvíle svého narození. (Malíková, 2011).

Již samotné stáří je celkově depresivním obdobím, automaticky se očekávají komplikace, ztráty kontaktů a snížená soběstačnost. Vždy závisí na konkrétním průběhu stárnutí. Postupně v těle dochází k fyziologickým změnám jako například tělesné, psychické a sociální změny. Osobnost člověka z části ovlivňuje vyrovnanost se s těmito změnami. Ruku v ruce s procesem stárnutí přichází i onemocnění. (Malíková, 2011).

Vágnerová (2004) ve své knize udává, že díky plíživému postupu demence dochází ke ztrátě sociálních rolí a především se mění i pozice nemocného ve společnosti a v rodině. Pro rodinu je situace obtížnější, protože si uvědomují, že takové stáří může potkat každého z nich. Vzájemná komunikace ztrácí na svých hodnotách, upozorňuje tím na vlastní zranitelnost, protože obtíže při komunikování způsobují i jisté sevření se do vlastního nitra. Fakt, kdy rodina postupně přichází o jednoho z jejích členů, sebou přináší určitou míru zátěže.

Takovou zátěž Vágnerová (2004) rozděluje na dvě složky:

- Náročnost péče o takto postiženého člověka – projevuje se jako velmi fyzicky i psychicky náročná, probíhá soustavně bez odpočinku. Musí se dohlížet na nemocného člena rodiny po celý den, protože kdyby zůstal sám, mohlo by dojít k mnoha katastrofám, aniž by sám nemocný chtěl cokoli zapříčinit. Například obyčejný ohřev jídla, uvaření kávy, koupel mohou být příčinami mnoha negativních důsledků. Řadu komplikací také přináší nemožnost se s nemocným domluvit, proč nelze vyhovět všem jeho požadavkům. Pro jeho okolí se tyto situace stávají vyčerpávajícími a emočně vypjatými. Stav nemocného neumožňuje schopnost pochopit, proč nemůže vykonávat určité věci. Příbuzní trpí pocity bezmoci a nemocný upadá do pasivity.
- Přijetí proměny osobnosti nemocného – pro příbuzné není lehké přijmout skutečnost tak velkého úpadku blízkého člověka. Bohužel tato negativní proměna sebou přináší i změnu postoje a vztahu k člověku trpícímu demencí. Zhoršující se stav demence ovlivňuje chování a soudnost nemocného. Příbuzní se nejdříve snaží popírat realitu, přisuzují stav nadměrnému přetížení a únavě. Po určení konečné diagnózy se začínají bránit a obhajovat, nechť se s tím smíří. Cítí se vinni za situaci, protože nedokážou pochopit, proč se dřív tak ochotný, hodný, inteligentní a schopný člověk stal naprosto neohleduplným potažmo až hloupým. Demenci nelze ovlivnit vůlí, nemocný člověk se psychicky změnil, nemůže s chorobou bojovat. Jeho reakce se zdají příbuzným neadekvátní, mnohdy až nevděčné. V pozdějším stádiu člověk trpící demencí nerozezná ani své nejbližší, to je pro blízké okolí těžko přijatelná skutečnost. Věnovat se, pečovat a obětovat se pro nemocného ztrácí smysl. Nejčastějším útekem z této bolavé situace je umístění nemocného člena rodiny do příslušného sociálního zařízení.

2.1 Možnosti péče o člověka s demencí

Sociální služby pro lidi trpící demencí zahrnují tři varianty, jsou to služby pobytové, ambulantní a terénní. **Pobytové služby** poskytují bydlení přímo v sociálním zařízení, kde je osobám k dispozici stálá služba. Domov pro seniory patří do typických sociálních zařízení, poskytují pomoc starším lidem, kteří mají problémy se sebeobsluhou a potřebují pravidelnou péči. Nemocným se zde dostává pouze farmakologické péče. Dalším zařízením, které poskytuje péči osobám s vleklými duševními obtížemi, psychickými poruchami a závislostmi na návykových látkách, jsou domovy se zvláštním režimem. Domovy se zdravotním postižením poskytují péči osobám závislým na pomoci druhých a nesoběstačných. Ve všech třech typech domovů se starají o osobní hygienu klientů, zajišťují jim stravu, výchovně – vzdělávací činnost, terapeutickou péči a hájí jejich práva, aby zůstala zachována lidská důstojnost. (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Ambulantní služby v podobě denních stacionářů zaměřených na osoby s demencí jsou ideálním řešením pro nemocné. Stacionáře jsou vhodně uzpůsobené pro potřeby klientů i jejich rodinné příslušníky, možnost pobytu je zcela individuální. Někdo využije pobytu na několik hodin denně, jiní několik dní či týdnů. Záleží hodně na přístupu rodiny, jaké mají dispozice se o nemocného člena rodiny starat. Ve stacionářích se klientům věnují, pečlivě rozvržený program denních aktivit jim umožňuje naplňovat specifickou potřebu pro určitá stadia demence. Tento rámec povinností je velice důležitý pro klienty samotné, ale i pro jejich rodinné příslušníky. Mohou si tak naplánovat den, aby stihli své zaměstnání, pochůzky a mohli se vrátit zpět pro svého člena rodiny. (Jirák, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009).

Terénní služby zajišťují klientům možnost co nejdéle setrvat v jejich přirozeném prostředí. Pečovatelská služba za osobami s demencí pravidelně dochází, pečuje o jejich duševní zdraví, pomáhá při každodenním nácviku sebeobsluhy. (Kalvach, Čeledová, Holmerová, Jirák, Zavázalová, Wija a kolektiv, 2011).

Každé stádium demence vyžaduje specifický přístup péče. Zásadou všech fází demence je především trpělivost, empatie, zachování lidské důstojnosti, laskavost, zdvořilost, podpora, vlídná komunikace, respekt, přesné dodržování denního režimu a poskytnutí dostatečného času. Pečující osoba nebo ošetřovatel musí vždy jednat v zájmu osoby s demencí, aby ho ujistili, že mu chtějí pomoci. V odlišném případě by člověk s demencí jednal agresivně a neklidně. (Jirák, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009) *„Lidská důstojnost člověka s demencí se musí respektovat a brát vážně. Je třeba naznačit mu nonverbálními prostředky, že o něho máme zájem a záleží nám na něm. Pacient tak pocítí, že je viděn a vnímám, že je respektován. I když trpí demencí, jeho lidství je stejně hodnotné jako naše.“* (Jirák, Holmerová, Borzová a kolektiv, 2009, s. 110).

2.2 Život s demencí

Pro člověka trpícího demencí je nezbytně nutný pravidelný denní režim. Velký přínos má ho zapojit do běžných činností každodenního života, vše se musí dělat naprosto stejně. Důležité je, aby každá činnost následovala ve stejném pořadí a nejlépe i ve stejném časovém rozpětí. Ráno se vstává, snídá, jdou se čistit zuby, pak následuje denní aktivita, oběd, odpočinek, odpolední aktivita, večeře, koupel a noční spánek.

Je to stejné jako s malými dětmi, vše se neustále musí opakovat dokola. (Ritter – Rauch, 2014).

Život s demencí v raném stádiu (lehká forma demence), kdy si člověk připustí svou nemoc, přináší mnoho změn. V začátcích je přínosné učinit několik opatření do budoucnosti, pečující rodinné příslušníky stanovit za své důvěrníky a dát jim podpisová práva. Výborným terapeutem je hraní her např. Člověče, nezlob se!, karty, kuželky; probouzí se tak motivace vzpomínat. Zároveň se podporuje vzájemná komunikace. Člověk trpící demencí v této fázi začíná zapomínat nové informace, nedodrží domluvené věci, má problémy s formulací vět, zhoršuje se mu orientace v čase a v místě (př. neschopnost orientovat se v plánu města).(Ritter – Rauch, 2014)

Středně těžké stádium demence je výrazné postupováním nemoci, stále nápaditější jsou jeho projevy a pro nemocného čím dál více omezující. Přibývají komplikace v řeči, špatně se jim artikuluje a přestávají rozumět, co říkají druzí. Dříve známé osoby přestali poznávat, zapomínají, jestli se najedli, umyli... Potřebují pomoc při konzumování stravy. Orientace v čase se dále prohlubuje, pro nemocné je složité rozpoznat pojmenování ročního období. Nejhorší je situace, že se ztrácí i ve svém vlastním bytě, nemohou si vybavit, kde je kuchyň, ložnice, toaleta ani obývací pokoj. V takové fázi postižení je nutná nepřetržitá péče, pečovatelé musí být velmi trpěliví a tolerantní, protože musí být neustále na pozoru, kdy nemocný bude potřebovat pomoc. Péče v domácím prostředí v tomto stádiu dostává trhliny, díky psychickému a fyzickému vyčerpání se rodinní příslušníci většinou rozhodnou pro variantu sociálního zařízení. (Hauke a kolektiv, 2017).

Život s poruchou demence v těžkém stádiu vede k naprosté závislosti na druhých. Nemocný člověk se stává bezmocným, přidávají se i tělesné komplikace způsobené postupující demencí. V tuto chvíli jsou nesmírně důležité doteky, náklonnost a respekt k osobě. Když se najednou ocitnou v novém prostředí, je to pro ně velká změna, cítí neznámé vůně, pečuje o ně cizí člověk, postrádají známé zvuky. Pokud to situace dovolí, má pozitivní účinky donést do zařízení vlastní nábytek, knihy, povlečení, nemocnému to připomene vůni domova. (Ritter – Rauch, 2014).

Hauke a kolektiv (2017) ve své knize píše, že u osob trpících demencí je obzvláště důležitá komunikace, nutnost pochopení problematiky demence ze strany pečujícího člověka. V momentě, kdy pečující osoba rozumí, co člověk s demencí prožívá, může zdárně za pomoci empatie a naslouchání vést kvalitní komunikaci.

Obecná pravidla komunikace s člověkem trpícím demencí jsou:

- Zajištění klidného prostředí
- Klid při komunikaci
- Mluvit o nemocném člověku se třetí osobou v ústraní
- Použití neverbální komunikace
- Přizpůsobit komunikaci věku a schopnostem klienta
- Slovní doprovod prováděných činností
- Vyvarovat se otázkám začínajících PROČ?
- Akceptovat důstojnost osob s demencí
- Aktivně naslouchat

Pečující osoba musí komunikovat zřetelně, pomalu, v krátkých větách a nesděluje příliš informací najednou. Rovněž se setkává s úspěchem ověřovat si kontrolními otázkami, jestli ho člověk trpící demencí vnímá a rozumí mu. Obecně se musí vyvarovat dotazům na nepříjemné události. Neverbální komunikace, především doteky, oční kontakt, nabývají důležitosti. S prohlubující se demencí už tato forma komunikace bude jedinou možnou alternativou za komunikaci verbální. Oční kontakt se bude více a více prodlužovat a doteky zintenzivňovat.

2.3 Kvalita života

Slova spokojenost, zdraví a štěstí jsou hojně rozšířené užívané pojmy, které se přejí druhým nebo je dostávají formou přání. Každý člověk o tyto hodnoty vědomě usiluje. Jsou to dynamické stavy projevující se spojením psychického, fyzického a sociálního složení osobnosti. „*Vyjďeme z předpokladu, že pozemský život jednotlivého člověka je konečný, a zamysleme se nad otázkou, jak tento život v limitovaném čase kvalitně a spokojeně zvládnout. Nerodíme se sice všichni na stejné startovní čáře z hlediska vrozených dispozic, podmínek a příležitostí, ale naše vnitřní prožitková škála spokojenosti je snad shodná.*“ (Renotiérová, Ludíková a kolektiv, 2003 – 2006, s. 127).

Respektování biorytmů je důležitou informací pro organismus člověka. Organismus funguje na složení denních i nočních rytmů, na tepání vesmíru a dalších časových úsecích. Posilování funkce imunitního systému a zdraví spočívá v naladěné tělesné harmonii člověka, pokud je vnitřně vyrovnan, vše pracuje tak jak má. Jednotlivé orgány v těle nepřetržitě vykonávají svou činnost, během dne jejich hodnoty klesají a zase stoupají, to má za důsledky pokles fyzické a psychické výkonnosti. Lidé se snaží biorytmy oklamat tím, že si například stahují žaluzie, aby nepropouštělo do místnosti

denní světlo, nebo místo nočního spánku chodí vyjít lednici. Porušováním přirozeně nastavených biorytmů je vynucována činnost orgánů, které mají odpočívat. Orgány se přetěžují a způsobují zdravotní komplikace. Člověk minimálně naslouchá svému tělu, důraz klade na výkon nebo naopak na pohodlí, tímto stylem života popírá přirozené zákony. (Kuja, Renotierová, Ludíková a kolektiv, 2003 – 2006).

Obecně lze říci, že kvalita života je velmi široký pojem. Pro každého jedince má jiný význam. Křížová (2005) ve své knize uvádí, že kvalita života vychází ze tří oblastí, jimiž je fyzické prožívání, psychická pohoda a sociální postavení jedince ve vztahu k druhým lidem. Sociální prostředí, potřeby a požadavky jedince patří rovněž mezi faktory ovlivňující kvalitu života, na jejich základě si jedinec klade otázky smyslu vlastního bytí, hodnocení života a svojí svobody. (Dvořáčková, 2012).

Musschenga (1997), zabývající se problematikou kvality života v medicíně, ve své publikaci hovoří o třech vzájemně provázaných stupních kvality života, kterými je normální fungování, spokojenost se životem a úroveň lidského rozvíjení. Senior se ve svém stáří nejvíce pohlíží na to, jak byl spokojený se svým životem a jak ho prožil. Pokud svůj život prožil šťastně, naplnil si veškeré své sny a očekávání, prožil svůj život vysoce kvalitním způsobem. Člověk až ve svém stáří zjišťuje, jaké možnosti mu život přinášel v době jeho mládí a dospělosti. Uvědomuje si míru zodpovědnosti za dokončená či nedokončená předsevzetí. Právě v seniorském věku se za těmito obdobími může ohlédnout a své stáří prožít blaženým, pomalu plynoucím a uvědomělým stylem. Ve stáří se mění proporce těla, fyzické dispozice, ochabují svaly, kůže se mění do vrásčité podoby, je to přirozený průběh života. Když ale ve stáří přijdou nemoci, člověk se cítí být neužitečným. (Křivohlavý, 2002).

Nabídka podpory a úcty starším lidem je velkým přínosem pro důstojný život seniorů. Pokud mají senioři možnosti, ať zdravotní či fyzické, být aktivními, jejich život nabývá širších rozměrů. Jdou vstříc novým výzvám, aktivně sportují, poznávají nové lidi, což je přínosem pro prohlubování bystré mysli. Celkově je kvalita života mnohem veselejší, protože se senioři cítí užiteční a šťastní. (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

2.4 Speciálně pedagogická podpora o člověka s demencí

V dnešní době rozkvětu mnoha nových moderních technologií se dostávají do pozadí mezilidské vztahy, které jsou nejdůležitější součástí lidského života. Lidé vyrůstající v současné společnosti komunikují především pomocí sociálních sítí,

mobilních telefonů a dalších aplikací. Osobní kontakt s druhým člověkem se tak stává pouhým příležitostným jevem. Způsobuje to narušení komunikace verbální i neverbální. Lidé přestávají vnímat gesta, mimiku a postoje, které dokáží mnohé o člověku vypovědět, poté se situací pracovat. Veškerá komunikace se omezila pouze na psaný text v digitální podobě. Jak tyto změny vnímají například senioři nebo osoby s postižením? Současní senioři byli zvyklí na osobní komunikaci, pracovali většinou manuálně a neustále se dostávali do společnosti dalších lidí. Dnes se mají ve svém poměrně vysokém věku učit novým dovednostem pomocí přístrojů. Tato situace je pro mnohé z nich naprosto vyloučená. V případě, že se ve svém stáří potýkají s nemocemi fyzickými či psychickými, je pro ně komunikace pomocí moderních technologií nereálnou skutečností. Ve starším věku přibývá změn po fyzické, psychické i smyslové stránce, staří lidé slábnou, opouští je síla, neposlouchají je končetiny, ztrácí sluch, paměť jim již stoprocentně neslouží. Když dochází k těmto komplikacím, přichází s nimi i různé formy depresí, úzkostných stavů a dalších postižení. A právě způsob komunikace zde hraje podstatnou roli. (Karkošová, 2017).

Vždy je třeba přizpůsobit komunikaci úrovni aktuálního zdravotního stavu člověka. Existují jistá pravidla a zásady, které by se měly dodržovat, o to více když je člověk s postižením umístěn do příslušných institucí. Situace v rodině vždy neumožňuje zajistit seniorům adekvátní péči. Je mnoho důvodů, proč není možné takovou péči zajistit, jedním z nich je například náročnost péče o seniora. Časové dispozice nedovolí každému člověku, aby se staral o své blízké příbuzné. Navíc také v domácnosti není možné zajistit veškerou potřebnou péči, proto existují různé instituce, které nabízejí seniorům služby přímo určené jejich potřebám. V první řadě musí být zajištěna spokojenost seniora, ať už se jedná o domácí nebo institucionální péči. (Karkošová, 2017).

Aby došlo k vzájemnému porozumění obou stran, je třeba si tato pravidla ujasnit. V první řadě je důležité, aby byla zachována úcta a důstojnost člověka s postižením. Dalším vzácným prvkem je vybudování si důvěry. Komunikace musí mít jasně stanovený cíl, musí dávat smysl a měla by být adekvátní věku či postižení člověka. Samozřejmostí je její plynulost a používání gest, opečovávané osoby se v komunikaci lépe orientují. Je třeba dbát na to, aby pečující osoba zvolila vhodnou komunikační techniku, protože právě tou ovlivní psychický stav cílových osob. (Karkošová, 2017).

3 NABÍDKA PODPORY PRO ČLOVĚKA S DEMENCÍ

Přítomnost a společnost druhých lidí jsou vhodným prvkem pro podporu zdraví a duševní pohody. Současně péče v podobě terapií napomáhají osobám zvládat každodenní činnosti, péči o sebe samého, pomáhají ve zlepšení jejich schopností, pomáhají obnovit nebo získat nové schopnosti. Udržují osoby v neustálém rytmu činností, zaplňují jim prázdné chvíle. Naprosto nejjednodušším prvkem terapie, kterou není nutno vést odborníkem, je aktivní naslouchání, schopnost empatie a fyzického kontaktu jako je pohlazení, držení za ruku aj. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

3.1 Reminiscenční terapie

Rozpomínání si na věci minulé je stav, který děláme v rámci běžného života vědomě i nevědomě. Někdo si vzpomínky vybavuje rád, chrání si je a uchovává v paměti, aby se k nim mohl neustále vracet. Zatímco jiní, kteří mají negativní vzpomínky, se je snaží vytěsnit. Ať už mají vzpomínky jakoukoli formu, jsou nedílnou součástí našich životů. A právě tato metoda je využívána při reminiscenční terapii. (Klucká, Volfová, 2016).

Tento speciální proces pro práci s lidmi postiženými poruchou demence, depresivními stavy, poruchou chování a obecně i se seniory je velkým přínosem pro individuální potřeby osob ve formě naslouchání jim a vybavování si vzpomínek. Vzpomínky jsou důležitým faktorem při hledání smyslu života, pro zklidnění duševního stavu a přizpůsobení se aktuálnímu stavu. Funguje na principu vybavování si příjemných vzpomínek, vědomostí, návyků a událostí z let minulých. Pomůckou k tomu slouží videonahrávky, fotografie, filmy, hudební nahrávky. Reminiscence pracuje s faktem, že v mozku zůstávají nejdéle zakotveny právě ty události, které jsou uloženy v dlouhodobé paměti. Dá se říct, že vzpomínky jsou prostředkem reminiscenční terapie, práce s nimi pomáhá pochopit osobnost člověka a zároveň tak upevnit vztah mezi účastníkem procesu a člověkem, který práci se vzpomínkami vede. (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Než začne s účastníkem probíhat reminiscence, musí terapeut zjistit veškeré skutečnosti, které pomohou v další práci s ním. Pokouší se zjistit, jak osoba rozumí mluvené řeči, jak zvládá samostatně hovořit, jestli raději komunikuje pomocí slov nebo písemnou formou. Může se dostat do situace, kdy s ním člověk nebude komunikovat vůbec, právě v takovou chvíli musí terapeut být schopný takovou komunikaci zvládnout

a snažit se vyvolat a zachytit nějakou vzpomínku. Od blízkých osob se informuje, jaké traumatické zážitky zanechaly v člověku negativní vzpomínky, aby se do budoucna vyvaroval nepříjemným zážitkům. Následně si zjistí zdravotní stav člověka, se kterým bude pracovat, jeho oblíbené zájmy, seznámí se s rodinným i sociálním prostředím. (Klucká, Volfová, 2016).

Reminiscenční terapie má dva přístupy, individuální a skupinový. V obou případech musí být zachováno soukromí a nesmí být vyvíjen žádný nátlak na účastníka terapie. Skupinová terapie probíhá v počtu ideálně 6 – 8 lidí, terapeut tak získává možnost věnovat se každému členovi skupiny a dát mu prostor pro jeho sdělení. Optimální tvar sezení je v kruhu, protože na sebe všichni vidí a nikdo není upřednostňován před ostatními. Udržení pozornosti účastníků trvá přibližně 45 minut, vše je závislé na tématu, které při terapii probíhá. Účastníci se vzájemně nehodnotí, vyjadřují své pocity a myšlenky. Terapeut se snaží zapojit všechny účastníky. Veškerá sdělení řečená ve skupině jsou důvěrná. Individuální sezení terapeuta s účastníkem probíhá cíleně a intenzivně se zaměřením na vybavování si vzpomínek pomocí vyprávění příběhů ze života, předkládáním předmětů, které by mohly vyvolat krásné zážitky. Buduje se mezi nimi důvěrný vztah. (Klucká, Volfová, 2016).

Holczerová, Dvořáčková (2013) ve své knize popisují konkrétní aktivity využívající se při reminiscenční terapii. Zařazují mezi ně například:

- uspořádání vzpomínkové výstavy
- knihu vzpomínek
- knihu života
- reminiscenční krabici
- reminiscenční vycházky a výlety

Aktivita uspořádání vzpomínkové výstavy přináší uspokojení a naplnění. Je vhodné si zvolit její téma, a pak požádat účastníky i jejich rodinné příslušníky o pomoc. Sestavení této výstavy vede ke stimulaci účastníků, že se aktivně podíleli na jejím vzniku. Rovněž je pro ně fyzickou připomínkou jejich životů.

Knihy vzpomínek a kniha života jsou knihy, kde si můžou účastníci vpisovat důležité životní události, své recepty, mohou si zaznamenávat informace o rodině, zaměstnání, své všední prožitky, svá splněná o nesplněná přání, touhy. Do knih si mohou nalepovat fotografie, vystřižené články z novin, uschované dopisy od svých tajných lásek a přátel, jízdenky z výletů.

Reminiscenční krabice je metoda, při které si její účastníci schovávají do krabice předměty s cennou hodnotou pro jejich život. Významem krabice je proměnit životní příběh člověka ve výtvar umělecký, do kterého bude zasvěcena celá rodina nebo i širší okolí. Reminiscenční krabice má i druhotný význam, lidé si během svého života zhotovili výrobky, které na sebe časově navazují anebo mají i přímou vzájemnou závislost. Člověk si tyto výrobky do krabice uschová a sám se rozhodne, komu chce její obsah odkrýt a vysvětlit mu jejich význam.

Aktivní formou reminiscence jsou vycházky a výlety na různá místa připomínající vzpomínky z uplynulých let. Lidé srovnávají, jak tato místa vypadala dříve a jak vypadají současně, propojuje se tím koloběh celého života. (Janečková, Vacková, 2010).

3.2 Smyslová aktivizace

Smyslová aktivizace je u osob trpících demencí obzvláště důležitým účinkem. Osobám s demencí by se nedostalo takové péče v běžném sociálním prostředí a cítily by se odstrčení, propadaly by depresivním stavům a stavům osamocení. Forma komunikace se individuálně přizpůsobí jednotlivci, což posílí jeho sebevědomí. Smyslové aktivizaci je věnován kratší čas, zhruba 15 min., ale upřednostňuje ji provádět vícekrát za den. Krátkodobá aktivizace především u osob s demencí musí splňovat určité podmínky:

- při smyslové aktivizaci používat pouze známé předměty
- stanovit si přesný čas a pravidelně ho dodržovat
- nepřesahovat doporučenou dobu smyslové aktivizace
- věnovat osobám dostatek času na vyjádření
- vyhnout se negativním zážitkům
- nepracovat ve skupině, vhodná je individuální forma smyslové aktivizace
- nepřetěžovat osoby vysokými požadavky

Průběh krátkodobé aktivizace spočívá v navázání kontaktu, v komunikaci s osobou trpící demencí a vytvoření vzájemné důvěry, následuje vyvolání vzpomínek (současně tak pracuje i paměť), hledání vhodných slov, podpora snižování nejistoty komunikace v prostředí jiném než je osobám důvěrně známé, pozorné chování k lidem s demencí, vyjádření pochopení a jistoty. (Wehner, Schwinghammer, 2013).

3.3 Trénink kognitivních funkcí

Velkou roli v tréninku kognitivních funkcí sehrává motivace. Když člověka žene motivace, tlačí ho k nějakému výkonu, k jednání. V momentě řízeném motivací stoupá činnost paměti a dalšího učení. Paměť je část z kognitivních schopností, její bezprostřední součástí je myšlení. Tam, kde je potřeba pamatovat si, je třeba i myslet. Trénování paměti se považuje za jedno z nejdůležitějších, pokud totiž paměť člověku slouží, udržuje v něm dobré duševní zdraví. Člověk se necítí méněcenný, ostrčený a jeho život mu dává smysl. (Preiss, Křivohlavý, 2009).

„Velký význam pro vštípení určité informace do paměti má pozornost a soustředění. Pozornost spočívá v zaměření duševní činnosti na to, co má být uchováno, pomocí soustředění je informace uspořádána a zařazena mezi ostatní známá fakta. Pro nejlepší soustředění na nějakou činnost je třeba být k ní co nejvíc motivován.“ (Suchá, 2007, s. 13). Všechny poznávací funkce – paměť, pozornost a orientace, jazyk, slovní tvorba, zrakově – prostorové schopnosti spolu úzce souvisí. (Preiss, Křivohlavý, 2009).

Trénink poznávacích funkcí je proces znovu učení se kognitivních schopností, jež byly narušeny v důsledku poškození mozku. Pokud tyto schopnosti již nelze naučit znovu, je vhodné jedinci vykompenzovat ztrátu těchto schopností dovednostmi novými. Za úspěšný cíl tréninku kognitivních funkcí se považuje zlepšení v každodenních činnostech, zvyšování anebo alespoň udržování rovnováhy kvality života, posilování naučených vzorců chování. Trénink kognitivních funkcí se skládá ze čtyř částí:

1. Hledat sílu v poskytnutých informacích, nezaměřit se jen silné a slabé stránky jedince.
2. Na základě tréninku dochází k rozvoji schopností a procvičují se nabitě dovednosti.
3. Využívání kompenzačních strategií, vnitřních i vnějších.
4. Aplikace kompenzačních strategií do běžného života s cílem zlepšení praktických činností.

Je třeba si však uvědomit, že trénink poznávacích funkcí není jednoznačný lék. Úspěšný trénink je závislý na samotném jedinci, jakou má vůli a motivaci se mu věnovat. Trénink vyžaduje značnou vytrvalost v procvičování. Je náročný i na čas. Trénink kognitivních funkcí vede zkušená osoba, může ji být terapeut, psycholog, ale také i pečující personál, pečovatelé a blízcí příbuzní jedince. Vždy je třeba zajistit odborné vyšetření a adekvátní rehabilitaci. Trénink kognitivních funkcí se používá i v logopedii. (Malia, Brannagan, 2010).

3.4 Muzikoterapie

Muzikoterapie je terapeutický přístup, který pracuje na základě uměleckých prostředků. Jedná se zde především o možnost péče pomocí hudby, jejíž snahou je nalézt nové cesty v myšlení a chování jedince. Působení zvuku a hudby má na lidi většinou blahodárný vliv, navozuje příjemnou atmosféru, pomáhá si utříbit myšlenky a uklidňuje, což je prokazatelné i z historických dob. Hudba proniká do hlubších sfér lidské psychiky, čím umožňuje ovlivnit prožívání osob. Pouhý poslech hudby může zapříčinit, že člověk propouští na povrch nevědomé obsahy svého psychického stavu. (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

Terapie hudbou podporuje při bolestech, hojení, navozuje příjemnou relaxaci, nabádá ke komunikaci. Muzikoterapie využívá spousty možností forem produkce hudby, ať už se jedná o samotný poslech hudby, tvoření hudby, tanec či cvičení do hudby nebo zpěvu. Je obzvláště vhodná pro seniory se stařeckou demencí, protože vychází z prostředí, kde a jak lidé dříve žili. Bylo zvykem, že například ženy mívaly při vaření puštěné rádio, kde poslouchaly současnou hudbu. Hudba zpříjemňovala prostředí, ve kterém se aktuálně senioři nacházeli. Spousta ze současných vnoučat si vzpomene na situaci, kdy byla na prázdninách u prarodičů, z místního rozhlasu se na vesnicích ozýval šum dechových písní a z mnoha domků bylo slyšet prozpěvování. Působilo to velice harmonicky. Jedinci s Parkinsonovou chorobou se kupodivu do hudby ladně pohybují. Muzikoterapie probíhá jako individuální terapie, párová i skupinová. Vždy je potřeba zachovat individuální přístup. (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

3.5 Biografie člověka s demencí

Znát životní příběh člověka s demencí umožňuje lepší pochopení jeho osobnosti, chování a jednání. Když pečující člověk ví, jak osoba trpící demencí vyrůstala, v jaké oblasti žila, z jakých rodinných poměrů pochází, jaké měli zvyky, usnadňuje mu to navázat vztah a komunikaci s dotyčným člověkem. Vhodným pomocníkem pro práci s osobou postiženou demencí mohou být fotografie z dávných let, vybaví se mu četné vzpomínky na dobu, která v něm zanechala příjemné stopy. Pokud člověk s demencí cítí svou důležitost na základě vyprávění své životní cesty, má obrovský pocit smysluplného naplněného života. Dalším nástrojem pro snadnější vzájemnou spolupráci jsou audionahrávky, obrázky, staré články z novin, které měla osoba trpící demencí založené na památku. Všechny tyto pomůcky podporují individuální práci s člověkem postiženým demencí, pečující osoby mají příležitost přizpůsobit se, podporovat pocit důležitosti, poskytovat péči zaměřenou přímo dané osobě. Zakladatelem formy péče pomocí psychobiografie je rakouský profesor Erwin Böhm. On sám udává, že biografií vzniká osobní životopis člověka. (online, cit. 2016-01-27).

3.6 Alternativní a augmentativní forma komunikace

Alternativní a augmentativní forma komunikace je multidisciplinární oblast, která se zabývá možnostmi doplňkové (augmentativní) nebo náhradní (alternativní) řeči. Někdy je také nazývána usnadňovanou komunikací, protože umožňuje nekomunikujícím osobám sebevyjádření za pomoci obrázků, písmen, slov a předmětů. Má specifický přístup k osobám, které mají narušenou komunikaci a při níž se využívají způsoby a prostředky dorozumívání. Alternativní forma komunikace slouží jako náhrada řeči mluvené, augmentativní forma komunikace podporuje rozvoj a doplnění již existujících slovních kompetencí. Cílem obou typů komunikace je zvýšení kvality porozumění řeči, usnadnění a podpora vyjadřovacích schopností jedince s výrazně narušenou schopností komunikovat. Užití alternativní a augmentativní komunikace má širokou škálu, využívá se u osob s vrozenými a získanými vadami. Dává lidem možnost volby zvolení si vyhovující metody, umožňuje zařazení se do činností, umožňuje přirozené vyjádření bez omezování a tím dochází k vysokému terapeutickému účinku. (Malíková, 2011).

Jedním z prostředků této komunikace jsou **piktogramy**. Jsou to symboly, které jsou maximálně zjednodušeným zobrazením předmětů, činností a vlastností, které jsou srozumitelné po celém světě. Užívají se společně s mluveným doprovodem. Dalším z prostředků komunikace je **systém Bliss**, soubor symbolů vyvinutý Charlesem Blissem. Je vhodný pro osoby s mírně narušenými kognitivními funkcemi. Umožňuje vyjádření pocitů osob, čímž se komunikace posouvá na vyšší úroveň. Obsahuje až 2300 symbolů, které jsou uspořádány do komunikačních tabulek dle individuálních potřeb jedince. Hojně využívanou formou komunikace je **Makaton**, dynamický systém znaků a symbolů. Název Makaton je odvozen od počátečních jmen jeho autorů – Margaret Wolker, Kathy ohnston a Tony Cortotherm. Je to forma vycházející ze znakového jazyka Velké Británie, založena na principu vyjadřování pohybem ruky a hlavy. Lidé, pečující o osoby s postižením, se musí tento způsob komunikace naučit. Další variantou jsou **vlastní obrázky či symboly**. Je to způsob komunikace, kdy si pečující osoby nebo případně i přímo osoby s poruchou, vytvoří své vlastní znaky (například formou výstřížků z novin a časopisů, nakreslí jednoduché předměty, stavy) a těmi komunikují. Informace získané pomocí znaků vypovídají i o vnitřním stavu, pocitech a potřebách jedince. (Malíková, 2011).

4 PRAKTICKÁ ČÁST - VÝZKUM

4.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit změnu úrovně kognitivních schopností u lidí s demencí s využitím aplikace speciálně – pedagogického přístupu.

Pro zjišťování kognitivních schopností lidí s demencí byl nejprve sestaven manuál pro trénink poznávacích funkcí, kterým jsem zjišťovala, zda se tyto schopnosti zlepší, zůstanou neměnné nebo se zhorší. Výzkum probíhal s osobami žijícími v jejich rodinném prostředí.

Mým dalším cílem je zjistit, zda jsem pro vytvoření manuálu zvolila vhodná cvičení a zda osoby s demencí zvládly s manuálem pracovat samostatně nebo potřebovaly pomoc od svých blízkých rodinných příslušníků.

Posledním cílem mé práce je zjistit, jestli osobám s demencí a jejich rodinám takováto forma tréninku kognitivních funkcí vyhovuje a zda by měly zájem pokračovat v této terapii.

Nejdříve jsem účastníky mého výzkumu pozorovala po dobu pěti měsíců, zvolila jsem si metodu přímého pozorování. Poté jsem s nimi provedla Addenbrokský kognitivní test, abych zjistila úroveň schopností kognitivních funkcí. Po dobu jednoho měsíce následně pracovali s vytvořeným manuálem v rodinném prostředí. Na závěr jsem s nimi vyplnila krátký dotazník, abych zjistila, jestli měla práce s manuálem pro účastníky mého výzkumu nějaký význam.

Výzkumné otázky vycházejí ze stanovených cílů a zní následovně:

1) Je možné zlepšit kognitivní schopnosti u osob s demencí využitím manuálu pro trénink kognitivních funkcí v rodinném prostředí?

2) Jsou úkoly ve vypracovaném manuálu pro účastníky výzkumu příliš obtížné nebo naopak příliš snadné? Jakou pomoc potřebují k jeho pochopení a zdárnému vyplnění?

3) Vyhovuje taková forma kognitivního tréninku účastníkům výzkumu a jejich rodinám? Mají o takový způsob terapie zájem?

4.2 Smíšený výzkum

Pro smíšený výzkum jsem využila metody přímého pozorování, testování pomocí Addenbrookského kognitivního testu a dotazníkového šetření.

Hendl (2005) popisuje smíšený výzkum jako kombinaci kvantitativního a kvalitativního přístupu, metody a techniky sběru a analýzy dat. Smíšený výzkum pojednává o vzájemném vztahu a podílu obou přístupů, o jejich časové posloupnosti a o propojování výsledků získaných oběma typy metod.

Ke zpracování praktické části práce bylo třeba autorkou vytvořit manuál pro trénink kognitivních funkcí v rodinném prostředí pro lidi trpící poruchou demence. Využila jsem metodu přímého pozorování, standardizovaných testů a dotazníkového šetření. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 5 respondentů.

Aby byla zjištěna účinnost tohoto manuálu, byla použita metoda přímého pozorování. Pozorování probíhalo u každého respondenta zvlášť jeden týden před zahájením práce s manuálem, trvalo přibližně 2 – 2,5 hodiny, během kterých jsem se s respondenty seznámila a vysvětlila jim důvod své návštěvy.

Pozorovala jsem jejich chování v rodinném prostředí, jejich reakce na mé otázky. Následně jsem jim předložila zkušební list (viz. příloha č. 3), který obsahoval tři úkoly podobné cvičením z manuálu, abych zjistila, zda budou schopni s manuálem pracovat. Během přímého pozorování byl zaznamenáván celkový stav účastníka (viz. příloha č. 4) a zároveň bylo provedeno hodnocení kognitivních funkcí před zahájením výzkumu a po jeho skončení pomocí testu MMSE.

Hendl (2005) ve své knize uvádí, že pozorovat chování, jednání a projevy lidí je naprosto přirozeným jevem. Pozorování představuje snahu zjistit, co se ve skutečnosti děje, jde o schopnost promyšleného vnímání všech emocionálních a fyziologických potřeb. Hendl (2005) uvádí, že u přímého pozorování považuje za velmi důležitou skutečnost navázání kontaktu, seznámení se a získání důvěry pozorovaného. Aby se předešlo komplikacím v podobě strachu nebo nedůvěry, je vhodné komunikovat o důvodu pozorování, informovat zúčastněné o původu pozorovatele a zachovat naprostou mlčenlivost. Pečlivě si zaznamenávat veškerá data týkající se pozorovaných osob přináší rozmanité možnosti, z kterých můžeme dále vycházet při pozdějších práci s účastníky.

Na závěr celého výzkumu jsem s respondenty vyplnila krátký dotazník, který se věnoval práci s manuálem tréninku kognitivních funkcí.

Gavora (2008) ve své knize zmiňuje, že dotazník je určitou formou psaného řízeného rozhovoru. Dotazníkem se získává velký počet informací s minimálním využitím času. Cíl dotazníku musí být zřejmý. Může se stát, že odpovědi budou subjektivně zkreslené.

Příložený manuál (viz příloha č. 1) obsahuje informace k jednotlivým úkolům pro účastníky, sestává z dvaceti cvičení. Každé cvičení je tvořeno třemi úkoly. Informující strana je doplněna o kontakt na mě pro případnou komunikaci mezi mnou a účastníky. Rovněž je zde zmíněno, že veškeré údaje jsou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce a jsou zcela anonymní. Vytvořený manuál je sestaven na čtyři týdny a celkem obsahuje šedesát úkolů. Na každý týden připadá pět cvičení, jedno cvičení obsahuje tři úkoly. Na víkend žádná cvičení zhotovena nejsou, domnívala jsem se, že si budou chtít účastníci odpočinout od každodenního procvičování. Když jsem se s účastníky viděla na druhém setkání z důvodu kontrolního testování a vyplnění závěrečného dotazníku, měla jsem velikou radost, jelikož projevili o cvičení z manuálu obrovský zájem. Občas jsem se setkala i s reakcemi, že úkoly byly poměrně jednoduché, bylo jich málo a chtěli by procvičovat i o víkendech. Všechna cvičení jsou označena konkrétním dnem v týdnu, aby bylo jasné, kdy se mají zpracovávat.

Před začátkem vyplňování se vždy zaznamenalo skutečné datum a přesný čas počátku vyplňování. Účastníci tak měli možnost vnímání časové orientace. Zadané úkoly v manuálu jsem zpracovávala na základě spolupráce s terapeutickými pracovníky Léčebného a rehabilitačního střediska Chvaly v Praze a zároveň jsem využila své schopnosti a dovednosti s trénováním paměti a schopnostmi seniorů. Snažila jsem se, aby byly pro účastníky přínosné, zábavné, naplňující a jejich náročnost jsem postupně zvyšovala.

Následně se mnou respondenti znovu vyplnili další druh standardizovaného testu, kterým jsem záměrně zjišťovala, jestli byl díky práci s manuálem pro trénink kognitivních funkcí očividný posun k jejich zlepšení či zhoršení. Jako formu testování jsem zvolila Addenbrokský kognitivní test.

Po závěrečném testování byli účastníci požádáni o vyplnění krátkého dotazníku (viz. příloha č. 2). Cílem dotazníku byla snaha získat informace o průběhu celého výzkumu, zjistit, jestli lidé trpící demencí zvládli vyplnění manuálu sami nebo s rodinným příslušníkem. Účastníkům vyplňovaného manuálu byly v dotazníku položeny otázky, jestli využívali při vyplňování pomoc od druhých osob nebo využívali vhodných pomůcek, zda – li se jim líbila forma jednotlivých cvičení a jestli jim forma této terapie

přišla zajímavá. Respondentů jsem se dotazovala, jestli se jim úkoly zdály obtížné nebo snadné. Na závěr výzkumného šetření jsem se zeptala, jestli by měli zájem o pokračování podobnou formou terapie.

Metoda testování pomocí Addenbrookského kognitivního testu (viz. příloha č. 5) se ukázala jako velice vhodnou pro vyhodnocení celého výzkumu, jelikož tento test je zaměřený na celou škálu kognitivních funkcí. Hlavními oblastmi využitými k vyšetření jsou paměť, orientace a pozornost, slovní tvořivost, jazyk a zrakově – prostorové schopnosti. Rovněž byl využit k hodnocení MMSE (Mini Mental State Examination), test přímo využívaný na screening demence.

Po dokončení výzkumu jsem se ujistila, zda jsem si vybrala správnou testovací metodu, jelikož na počátečních a závěrečných výsledcích lze příznivě vypožorovat, v jakých oblastech došlo ke zlepšení poznávacích funkcí a jak velký pokrok to byl. Avšak nemohu se stoprocentní jistotou potvrdit, že k takovému zdokonalení došlo právě díky použitému manuálu. Pozitivní efekty výzkumu mohly být mimo jiné ovlivněny vnějším prostředím osob s demencí během pozorování, jejich zdravotním stavem či psychickým rozpoložením v době testování na začátku a na konci sledovaného období.

4.2.1 Charakteristika respondentů

Volba účastníků mého výzkumu byla záměrná. Vzhledem k situaci, že bylo potřeba spolupráce na dobu jednoho měsíce pro trénink kognitivních funkcí v manuálu, souhlasilo se zařazením do výzkumu pouze 7 účastníků z 15 oslovených.

Základní soubor: respondenti s demencí v ČR

Výběrový soubor: 5 respondentů s demencí v Praze 9 a Chomutově

Na základě našeho prvního setkání a vypracování pracovního listu jsem ale usoudila, že pouze 5 kandidátů bylo vhodných. Tři účastníci byli ve starobním důchodu, jeden v důchodu částečně invalidním a jeden v plně invalidním důchodu. Dva z pěti účastníků jsou mými blízkými rodinnými příslušníky, jeden je rodinný známý a zbylí dva jsou původní klienti Léčebného a rehabilitačního střediska Chvaly v Praze, kteří odešli do domácího ošetřování.

Účastníci výzkumu jsou pro větší přehled seřazeni v následující tabulce. Každému z nich jsem přiřadila písmeno, které zůstane stejné v celé mé bakalářské práci. U všech účastníků jsem již spočítala skóre MMSE, abych získala přehled, v jakém stádiu demence se zrovna nacházejí.

Tabulka č. 1 – Obecná data účastníků

ÚČASTNÍK	VĚK	POHLAVÍ	DIAGNOSTIKOVANÁ DEMENCE	MMSE	ACE-R
A	70	M	1 rok	18	54
B	75	Ž	3 roky	13	39
C	84	Ž	6 měsíců	20	69
D	53	M	4 měsíce	25	78
E	57	M	2 měsíce	22	70

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

4.2.2 Sběr dat

Veškerý kontakt s účastníky pozorování a sběr dat probíhal od září roku 2018 do konce ledna roku 2019. Se třemi účastníky jsem se poprvé osobně sešla v jejich vlastních domovech, u zbylých dvou účastníků probíhalo naše první setkání v Léčebném a rehabilitačním středisku Chvaly v Praze, kde jsem nejdříve navštívila a provedla pozorování s vypracováním zkušebního listu. Tito účastníci byli následně propuštěni do domácího ošetřování s ambulantní péčí, kde jsme pokračovali v mém výzkumu.

Při úvodním pozorování jsem účastníkům vysvětlila princip a cíl mé bakalářské práce. Dala jsem jim do rukou vypracovaný manuál, aby do něj mohli nahlédnout. Považovala jsem za důležité, aby věděli, jakého výzkumu se budou účastnit. Odpovídala jsem na všechny jejich dotazy, protože bylo potřeba, aby rozuměli všem úkolům. Následně jsem je seznámila i s příloženým dotazníkem. Rovněž bylo nutné ujasnit všem účastníkům, že s nimi provedu vstupní a závěrečné testování pro možnost vyhodnocení výzkumu.

Před zahájením tréninku kognitivních funkcí pomocí manuálu, se kterým budou následující měsíc pracovat, jsem se ujistila, že rozuměli všem mým podaným informacím a odsouhlasila jsem si s nimi ještě jednou, že se chtějí mého výzkumu účastnit. Všichni účastníci projevíli zájem, mohla jsem tedy začít se vstupním testováním pomocí

Addenbrookského kognitivního testu, jehož součástí je i skóre MMSE. Samotné testování nám zabralo zhruba 30-40 minut. Po dokončení testování jsem ještě jednou zopakovala pokyny k vyplňování manuálu a připomněla jsem, že je možné mne kdykoli v případě nejasností kontaktovat. Tuto informaci jsem považovala za velice důležitou, jelikož všichni účastníci zpracovávali manuál bez mé přítomnosti ve svém důvěrně známém rodinném prostředí. K dispozici jim byl jejich terapeut, který za nimi docházel, rodinní příslušníci, kteří se o svého psychicky nemocného člena rodiny starali nebo právě již zmiňovaný kontakt na mne.

V co nejkratší lhůtě po dokončení manuálu jsem zpracovala závěrečné hodnocení. S každým účastníkem jsem doplnila připravený dotazník a následně jsem začala se stejným testováním, které jsem provedla na začátku před vyplňováním manuálu. Poté jsem již měla všechny dokumenty potřebné k vypracování mé bakalářské práce, všem účastníkům jsem poděkovala za jejich účast. Považovala jsem za nutné jim ještě jednou říci, že všechny údaje zůstanou v absolutní anonymitě. Na základě jejich reakcí jsem pochopila, že tato informace pro ně byla velice důležitá.

4.3 Analýza dat

4.3.1 Addenbrookský kognitivní test

U každého účastníka mého výzkumu jsem provedla testování pomocí Addenbrookského kognitivního testu před samotným zahájením tréninku kognitivních funkcí a po jeho skončení. Tento test v sobě zároveň zahrnuje test MMSE a celkové skóre ACE-R, které je dobrým ukazatelem stavu kognitivních funkcí. Test MMSE se věnuje vyhledávání časného stádia demence.

Addenbrookský kognitivní test zároveň obsahuje subskóre jednotlivých oblastí kognitivních funkcí jako je pozornost a orientace, paměť, slovní produkce, jazyk a zrakově-prostorové schopnosti. Pomocí testování jsem tedy zjišťovala hodnoty MMSE, skóre ACE-R a subskóre jednotlivých kognitivních funkcí. Hodnoty MMSE a ACE-R jsem zaznamenala v tabulkách (č. 2 – 6) v příloze č. 6.

Z výsledného porovnávání všech výsledků výzkumu došlo k mírnému zlepšení kognitivních funkcí. Ve zrakově – prostorových schopnostech zůstaly výsledky téměř neměnné.

U jednoho z účastníků se výsledky zhoršily, demence se více prohlubuje a snižuje se spolupráce s účastníkem. Nejvýraznější stoupající změnu jsem zaznamenala v oblasti paměti.

Níže jsem graficky shrnula výsledky jednotlivých kognitivních funkcí u všech účastníků a celkové hodnoty skóre ACE-R a testu MMSE.

Grafické vyjádření výsledků z Addenbrookského testu, který byl zaměřen na schopnosti kognitivních funkcí:

Pozornost a orientace

V této části bylo možné získat max. 18 bodů. U tří účastníků vzrostlo bodové ohodnocení. Průměrný dosah bodů všech účastníků při zahájení tréninku kognitivních funkcí v této oblasti byl 12,6 bodu, po ukončení tréninku hranice vzrostla průměrně o 0,6 bodu na 13,2 bodu.

Graf č. 2 – Přehled výkonů v oblasti pozornosti a orientace

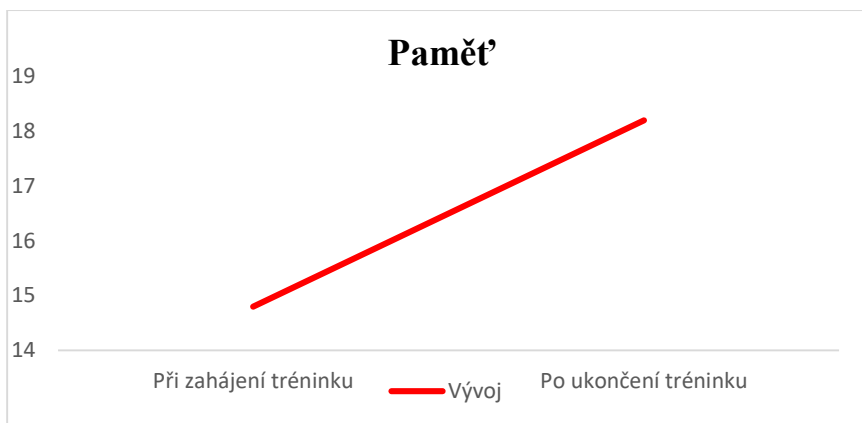


Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

Paměť

V oblasti paměti bylo možné dosáhnout max. 26 bodů. U všech účastníků vzrostlo bodové ohodnocení. Průměrný dosah bodů všech účastníků při zahájení tréninku kognitivních funkcí v této oblasti byl 14,8 bodu, po ukončení tréninku hranice vzrostla průměrně o 3,4 bodu na 18,2 bodu.

Graf č. 3 – Přehled výkonů v oblasti paměti



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

Slovní produkce

V této části bylo možné získat max. 14 bodů. U jednoho z účastníků kleslo bodové ohodnocení, u zbývajících čtyř účastníků stoupl. Průměrný dosah bodů všech účastníků při zahájení tréninku kognitivních funkcí v této oblasti byl 9,2 bodu, po ukončení tréninku hranice vzrostla průměrně o 0,8 bodu na 10 bodů.

Graf č. 4 – Přehled výkonů v oblasti slovní tvorby



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

Jazyk

V oblasti jazyka bylo možné dosáhnout max. 26 bodů. U čtyř účastníků vzrostlo bodové ohodnocení, u jednoho z účastníků pokleslo. Průměrný dosah bodů všech účastníků při zahájení tréninku kognitivních funkcí v této oblasti byl 15,4 bodu, po ukončení tréninku hranice vzrostla průměrně o 1,6 bodu na 17 bodů.

Graf č. 5 – Přehled výkonů v oblasti jazyka

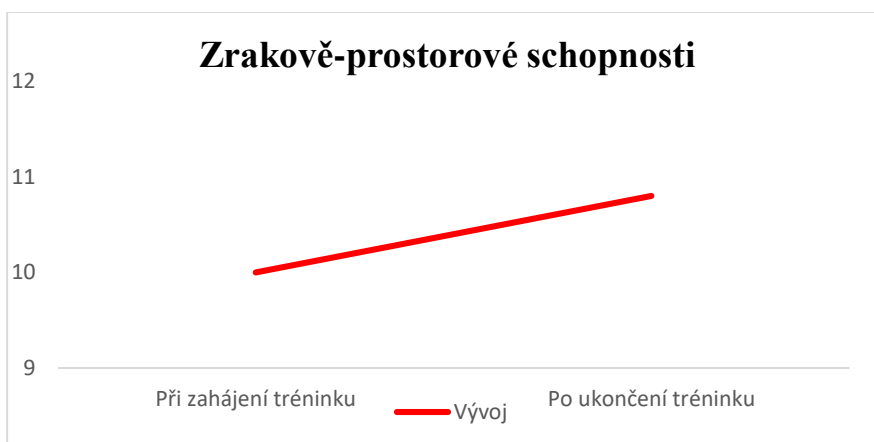


Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

Zrakově-prostorové schopnosti

V této části bylo možné získat max. 16 bodů. U jednoho z účastníků zůstalo bodové ohodnocení neměnné, u zbývajících čtyř účastníků stoupl. Průměrný dosah bodů všech účastníků při zahájení tréninku kognitivních funkcí v této oblasti byl 10 bodů, po ukončení tréninku hranice vzrostla průměrně o 0,8 bodu na 10,8 bodů.

Graf č. 6 – Přehled výkonů v oblasti zrakově-prostorových schopností



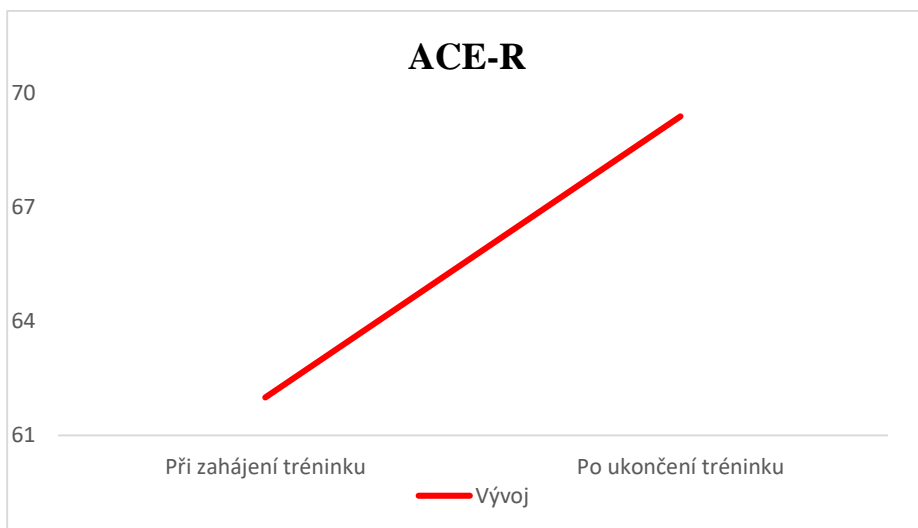
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

Skóre ACE-R(celkové skóre)

Addenbrookský kognitivní test nabízí možnost vyhodnocení skóre ACE-R, hodnota tohoto skóre umožňuje hodnotit celkový stav všech kognitivních funkcí sečtením subskóre jednotlivých kognitivních funkcí.

U jednoho z účastníků došlo ke snížení celkového skóre ACE-R, u zbývajících čtyř účastníků vzrostlo bodové ohodnocení. Maximální dosažitelná hodnota je 100 bodů. Průměrný dosah všech účastníků před zahájením tréninku kognitivních funkcí je 62 bodů, po ukončení tréninku se počet bodů zvýšil o 7,4 bodu na celkových 69,4 bodů.

Graf č. 7 – Skóre ACE-R



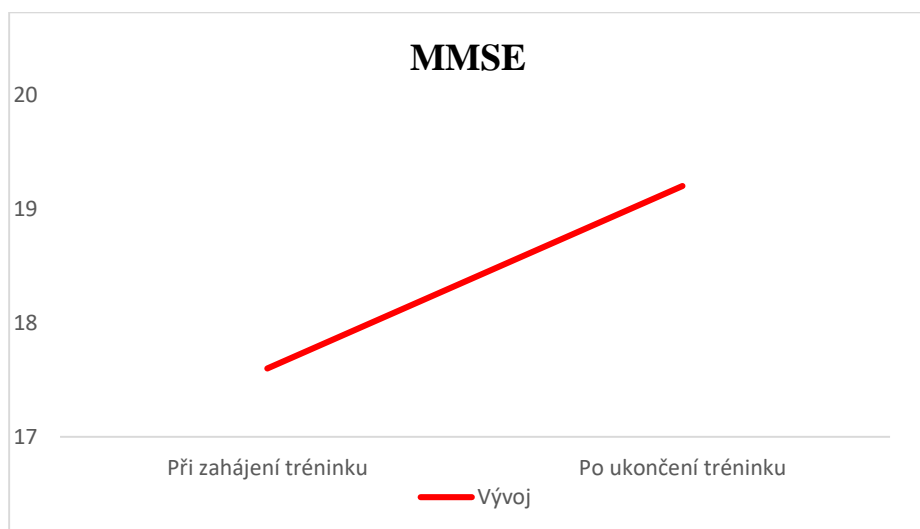
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

MMSE – Mini Mental State Exam

Addenbrookský kognitivní test v sobě zahrnuje i test MMSE, jednotlivé otázky, kde je třeba hodnotit i MMSE jsou označeny. Body MMSE všech účastníků jsem sečetla a zaznamenala do tabulky č. 1.

Maximální dosažitelná hodnota je 30 bodů. U jednoho z účastníků jsem zaznamenala snížení hodnoty MMSE po skončení tréninku kognitivních funkcí, zbývající čtyři účastníci dosáhli vyššího bodového ohodnocení než před začátkem tréninku kognitivních funkcí. Průměrný dosah všech účastníků před zahájením tréninku kognitivních funkcí je 17,6 bodů, po ukončení tréninku se počet bodů zvýšil o 1,6 bodu na celkových 19,2 bodů.

Graf č. 8 – Test MMSE



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

Vyhodnocení testů jednotlivých účastníků z Addenbrookského testu

Tabulky počátečního a závěrečného testování

Účastník A, 70 let, muž, 1 rok lehká forma demence

Tabulka č. 2 – Údaje účastníka A

	Datum testování	Datum testování
	01.10.2018	30.10.2018
KOGNITIVNÍ FUNKCE - Subskóre		
Pozornost a orientace	11/18	14/18
Paměť	13/26	18/26
Slovní produkce	9/14	10/14
Jazyk	11/26	14/26
Zrakově - prostorové schopnosti	10/16	11/16
CELKOVÉ SKÓRE		
ACE-R	54/100	67/100
MMSE	18/30	20/30

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

U účastníka A došlo k celkovému zlepšení všech kognitivních funkcí.

Účastník B, 74 let, žena, 3 roky středně těžká demence

Tabulka č. 3 – Údaje účastníka B

	Datum testování	Datum testování
	15.10.2018	14.11.2018
KOGNITIVNÍ FUNKCE - Subskóre		
Pozornost a orientace	7/18	5/18
Paměť	8/26	9/26
Slovní produkce	7/14	6/14
Jazyk	10/26	9/26
Zrakově - prostorové schopnosti	7/16	7/16
CELKOVÉ SKÓRE		
ACE-R	39/100	36/100
MMSE	13/30	10/30

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

U účastnice B došlo k celkovému zhoršení kognitivních funkcí, zejména v oblasti pozornosti a orientace, paměti, slovní produkce i jazyka. Neměnné zůstaly pouze zrakově-prostorové schopnosti.

Účastník C, 84 let, žena, 6 měsíců lehká demence

Tabulka č. 4 – Údaje účastníka C

	Datum testování	Datum testování
	01.10.2018	01.11.2018
KOGNITIVNÍ FUNKCE - Subskóre		
Pozornost a orientace	11/18	12/18
Paměť	19/26	23/26
Slovní produkce	10/14	12/14
Jazyk	19/26	20/26
Zrakově - prostorové schopnosti	10/16	11/16
CELKOVÉ SKÓRE		
ACE-R	69/100	78/100
MMSE	20/30	22/30

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

U účastnice C došlo celkově ke zlepšení všech kognitivních funkcí.

Účastník D, 53 let, muž, 4 měsíce lehká demence

Tabulka č. 5 – Údaje účastníka D

	Datum testování	Datum testování
	19.11.2018	17.12.2018
KOGNITIVNÍ FUNKCE - Subskóre		
Pozornost a orientace	18/18	18/18
Paměť	18/26	23/26
Slovní produkce	10/14	11/14
Jazyk	20/26	24/26
Zrakově - prostorové schopnosti	12/16	14/16
CELKOVÉ SKÓRE		
ACE-R	78/100	90/100
MMSE	25/30	29/30

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

U účastníka D došlo celkově ke zlepšení všech kognitivních funkcí, účastník i sám neustále tyto funkce procvičuje. Má obrovskou vůli a snahu o sebezlepšování se.

Účastník E, 57 let, muž, 2 měsíce lehká demence

Tabulka č. 6 – Údaje účastníka E

	Datum testování	Datum testování
	07.01.2019	04.02.2018
KOGNITIVNÍ FUNKCE - Subskóre		
Pozornost a orientace	16/18	17/18
Paměť	16/26	18/26
Slovní produkce	10/14	11/14
Jazyk	17/26	18/26
Zrakově - prostorové schopnosti	11/16	12/16
CELKOVÉ SKÓRE		
ACE-R	70/100	76/100
MMSE	22/30	25/30

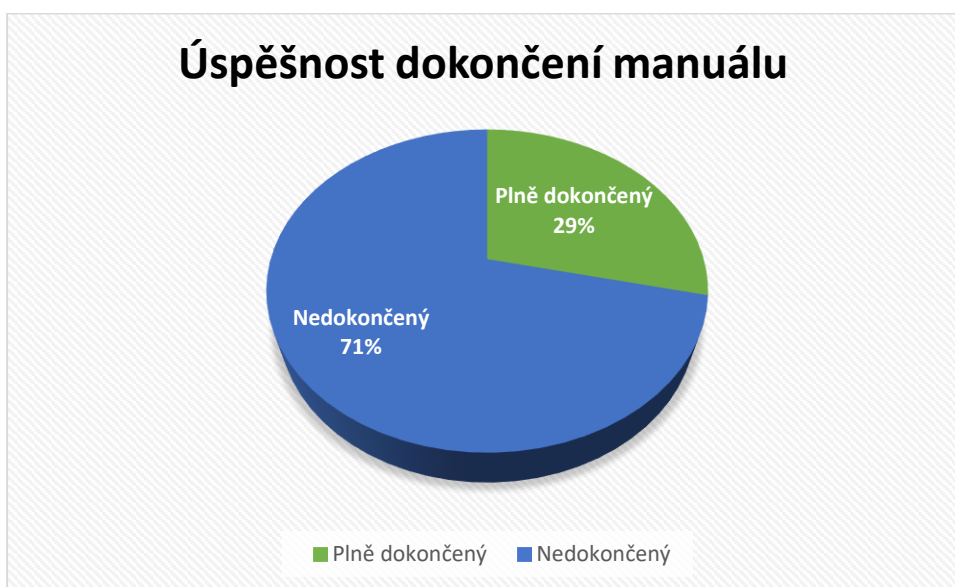
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

U účastníka E došlo celkově ke zlepšení všech kognitivních funkcí, účastník i sám neustále tyto funkce procvičuje. Má obrovskou vůli a snahu o sebezlepšování se.

4.3.2 Analýza práce s manuálem pro trénink kognitivních funkcí

Při posledním shledání s účastníky jsem si od nich převzala vypracované manuály, abych mohla udělat kompletní shrnutí mého výzkumu. Ze všech pěti manuálů byly plně dokončené pouze dva. V jednom manuálu chyběly úkoly vyžadující počty, vypracováno bylo 49 úkolů z celkového počtu 60. Další manuál obsahoval 36 vyplněných úkolů a poslední manuál, účastníka B, pouze 23 úkolů.

Graf č.9 – Úspěšnost dokončení manuálu



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

4.3.3 Vyhodnocení dotazníkového šetření po práci s manuálem pro trénink kognitivních funkcí

Na závěr svého pozorování jsem s účastníky vyplnila krátké dotazníkové šetření, kterým jsem zjišťovala, jaký přínos měl pro respondenty manuál pro trénink kognitivních funkcí.

Obecná část dotazníku se týká identifikačních údajů respondenta, zejména se jedná o jeho věk, pohlaví a jak dlouhý čas uplynul od doby, kdy mu diagnostikovali poruchu demence. Hodnotila jsem celkem 5 dotazníků.

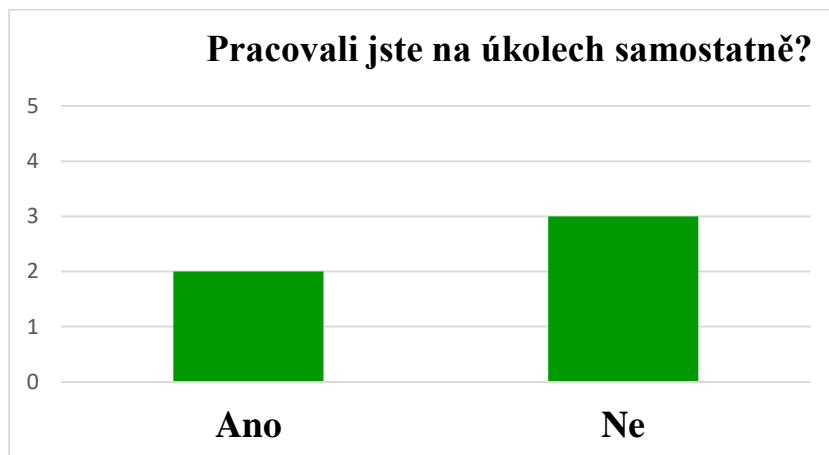
Výzkumu se celkově zúčastnili 3 muži a 2 ženy. Obě dvě ženy se nachází ve starobním důchodu, rovněž i jeden z mužů. V plně invalidním a v částečném důchodu jsou dva zbylí muži. Věk všech účastníků je od 53 do 84 let. Diagnostikovanou demenci mají od 2 měsíců do 3 let.

Ve druhé části dotazníku se věnuji konkrétním dotazům práce s manuálem. Především mne zajímalo, zda respondent vyplňoval manuál sám nebo mu někdo pomáhal. Jestli potřeboval využít pomůcek k jeho doplňování. Dále následovaly otázky týkající se náročnosti zadaných úkolů. Jako poslední jsem se chtěla dozvědět, jestli účastníkům výzkumu vyhovuje tato forma terapie v rodinném prostředí.

Otázka z dotazníku číslo 1:

„PRACOVALI JSTE NA ZADANÝCH ÚKOLECH SAMOSTATNĚ?“

Graf č. 10 - Samostatné práce na úkolech



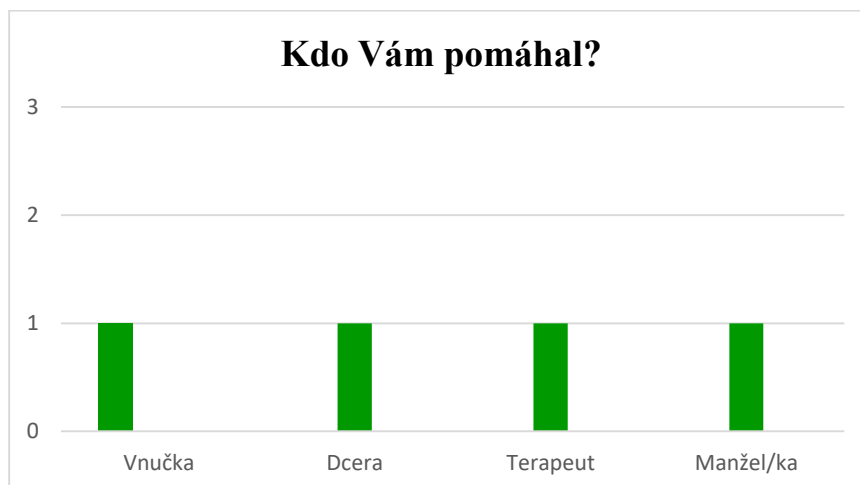
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

Odpověděli na ni všichni účastníci. Tři z účastníků využili pomoci svého rodinného příslušníka a dva pracovali samostatně.

Otázka z dotazníku číslo 2:

„KDO VÁM POMÁHAL?“

Graf č. 11 – Pomoc při vyplňování úkolů



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

Odpovídali pouze ti účastníci, kteří v předchozí otázce odpověděli, že při vyplňování manuálu nepracovali samostatně. Jeden z účastníků využil pomoci své dcery, která o něj pečuje. Pomoc spočívala ve správném pochopení zadaného úkolu. Její přítomnost v něm vzbuzuje silnou motivaci.

Druhá účastnice se radila se svojí vnučkou, pomáhala jí v numerických úlohách, protože se v nich cítila nejistá. Současně jí dodávala odvalu do dalšího vyplňování manuálu. V jednom týdnu byla účastnice nachlazená a klesala tak její výkonnost. Vnučka se snažila účastnici podpořit.

Třetí účastnice potřebovala veškerou pomoc od terapeuta i od svého manžela, protože porozuměla pouze minimu úkolů. Nejlépe se jí vybavovaly úkoly týkající se kinematografie a přísloví.

Otázka z dotazníku číslo 3:

„BYLO PRO VÁS VYPLŇOVÁNÍ ÚKOLŮ OBTÍŽNÉ?“

Graf č. 12 - Obtížnost úkolů



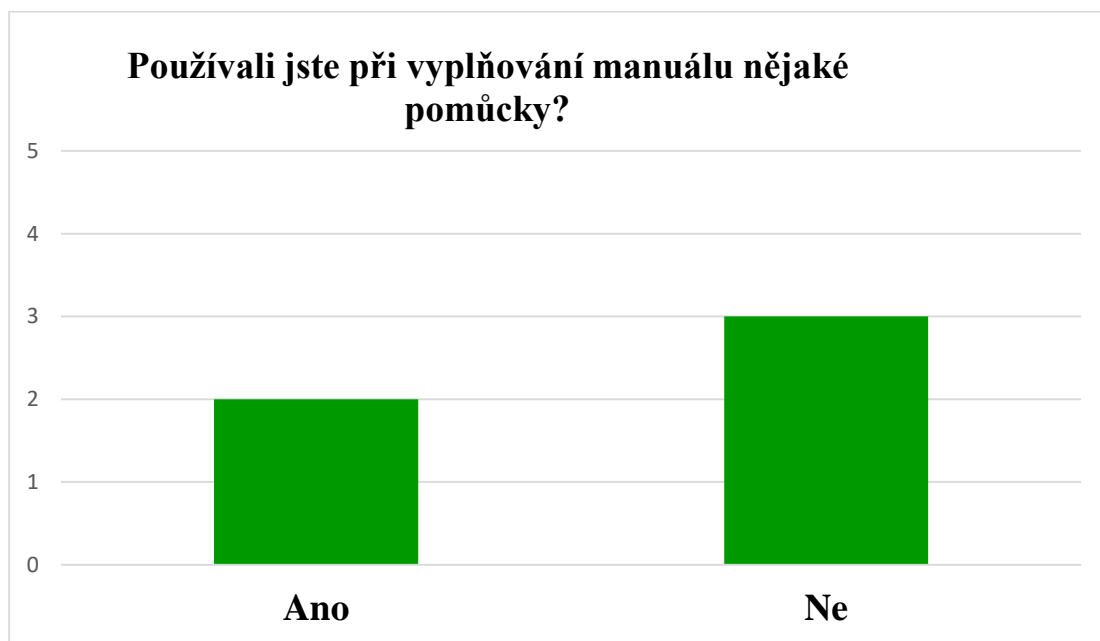
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

Čtyřem účastníkům úkoly v manuálu připadaly obtížné, protože na některé úlohy jim nepostačily jejich samotné vědomosti. Využívali pomoci od svých rodinných příslušníků anebo různých pomůcek. Jednomu účastníkovi úkoly nepřipadaly obtížné.

Otázka z dotazníku číslo 4:

„POUŽÍVALI JSTE PŘI VYPLŇOVÁNÍ MANUÁLU NĚJAKÉ POMŮCKY?“

Graf č. 13 - Pomůcky k manuálu



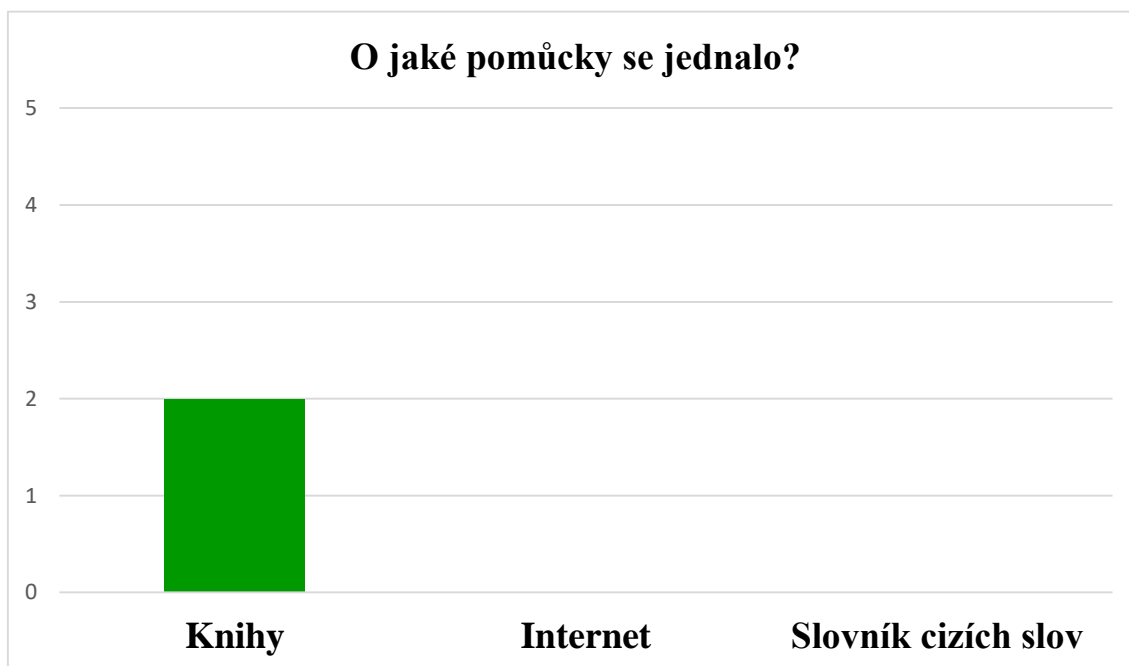
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

Dva účastníci odpověděli, že při vyplňování manuálu využili nějakých pomůcek. Tři, co pomůcky nevyužili, si vystačili s pomocí od svých blízkých. Odpovědi na tuto otázku byly hodně spjaté s odpověďmi otázky číslo jedna. Účastníci, kteří na úkolech nepracovali samostatně, využili právě pomoci od svých rodinných příslušníků nebo od svého terapeuta.

Otázka z dotazníku číslo 5:

„O JAKÉ POMŮCKY SE JEDNALO?“

Graf č. 14 - Typ pomůcek



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

Na otázku číslo pět odpovídali pouze účastníci, kteří využívali pomůcek při vyplňování manuálu. Odpovědi na otázku jsem rozdělila dle druhu pomůcek. Dva účastníci využili ještě kalkulačku k početním úkonům. Dotazovala jsem se jich, zda si pamatují, z jakých knih čerpali informace. Nepamatovali si již přesné názvy a nechtěla jsem je zbytečně stresovat mým požadavkem, takže názvy nebudu uvádět.

Otázka z dotazníku číslo 6:

„DO JAKÉ MÍRY VÁM PŘIPADALY ÚKOLY V MANUÁLU OBTÍŽNÉ?“

Graf č. 15 - Hranice obtížnosti úkolů



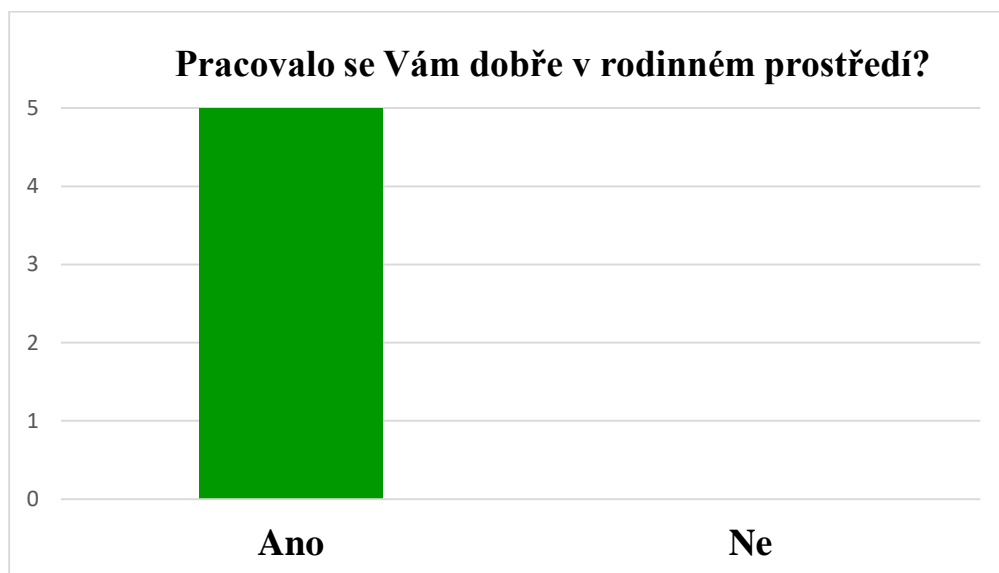
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

V otázce číslo šest jsem rozdělila hodnotící odpovědi, aby měli účastníci možnost se jednoduše slovně vyjádřit, jak moc obtížné se jim úkoly zdály. Třem účastníkům se zdály úkoly poměrně obtížné, jednomu účastníkovi poměrně snadné a pro jednoho účastníka byly velmi těžké.

Otázka z dotazníku číslo 7:

„PRACOVALO SE VÁM DOBŘE V RODINNÉM PROSTŘEDÍ?“

Graf č. 16 - Práce v rodinném prostředí



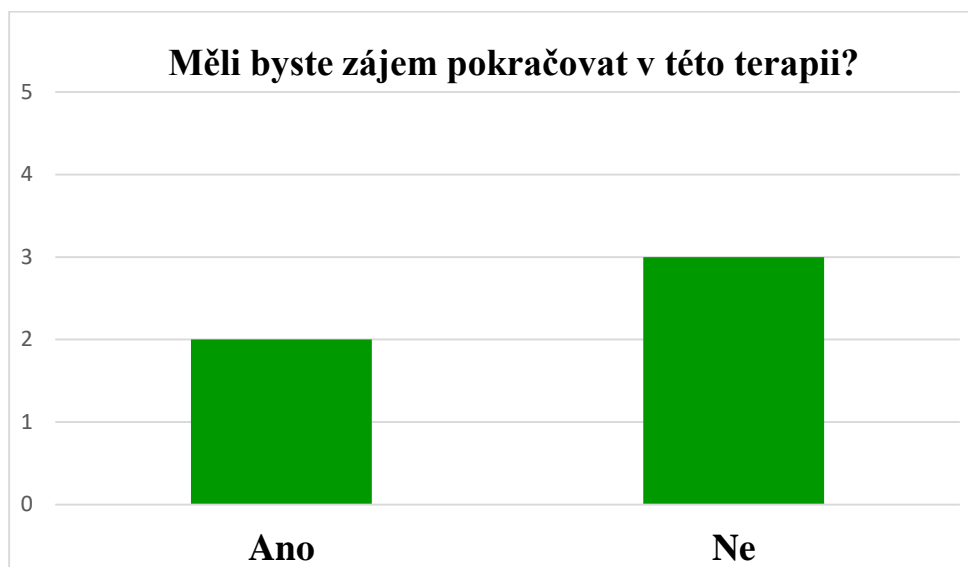
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

Všichni účastníci odpověděli, že se jim v rodinném prostředí pracovalo velmi dobře, protože je tam pro ně klidná atmosféra. Nebyli napjatí a cítili se uvolněně. Věděli, kde mají potřebné knihy a další pomůcky, které jim poskytly užitečné informace k vyplňování manuálu.

Otázka z dotazníku číslo 8:

„MĚLI BYSTE ZÁJEM POKRAČOVAT V TÉTO TERAPII?“

Graf č. 17 – Zájem o terapii



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření autorky, 2019

Dva z účastníků projevili zájem o tuto formu tréninku kognitivních funkcí. Tři z účastníků by to chtěli rozložit do delšího časového úseku.

5 DISKUSE

Vyšetření osob s podezřením na demenci a mnoho dalších psychických nemocí je doménou psychologů, psychiatrů a logopedů. Poškození kognitivních funkcí je jednou z příčin demence. Pokud jsou kognitivní funkce narušeny, nepříznivě ovlivňují každodenní činnosti běžného života. Když člověk ztratí svou soběstačnost a musí se odkázat na pomoc druhých osob, má to velký vliv na jeho psychiku. Ne každý člověk se s tímto dokáže vyrovnat, stává se, že upadá velmi rychle do depresivních stavů. Proto je vhodná u člověka s demencí přítomnost nejbližších osob. Poskytují člověku s demencí podporu a mohou s ním vykonávat různé formy cvičení a terapií, které umožní prohlubování nemoci co nejvíce odsunout.

Tématem bakalářské práce jsou speciálně – pedagogické přístupy v péči o člověka s demencí. Pro svou praktickou část jsem si nejdříve vybrala vhodné respondenty, které jsem následně po dobu pěti měsíců pozorovala. Pozorování probíhalo přímou formou, abych měla možnost více respondenty poznat a zároveň, aby i oni měli možnost si vytvořit důvěru ke mně. Mého výzkumu se účastnilo celkem 5 respondentů, dva z nich jsou členy mé rodiny. S ostatními respondenty jsem se seznámila v době mého pozorování. Ve své praktické části práce jsem pracovala s Addenbrookským kognitivním testem, který je vhodný pro zjištění úrovně kognitivních funkcí. Obsahuje v sobě i test Mini Mental State Exam (MMSE), který dokáže vyselektovat prvotní příznaky demence. Rovněž Addenbrookský kognitivní test obsahuje celkové skóre ACE-R, které sečtením jednotlivých částí hodnotí stav kognitivních funkcí. Vytvořila jsem si manuál pro trénink kognitivních funkcí, se kterým účastníci pracovali ve svém přirozeném prostředí doma. Abych měla kompletní všechny výsledky svého výzkumu, vyplňovala jsem s účastníky dotazník, který se tázal na práci s manuálem pro trénink kognitivních funkcí.

Průběh práce s účastníky mého výzkumu probíhal na základě přímého pozorování. Po domluvené spolupráci s účastníky jsem nejprve s každým z nich vypracovala Addenbrookský kognitivní test, abych získala počáteční hodnoty stavu kognitivních funkcí. Po tomto testování si účastníci ode mne převzali manuál pro trénink kognitivních funkcí. Tento manuál vypracovávali po dobu jednoho měsíce v prostředí svého domova a své rodiny. Rodinní příslušníci a docházející terapeuti pomáhali při jeho vyplňování u většiny účastníků. Byli jim i velkou oporou a silnou motivací. Po dokončení práce s manuálem jsem se s účastníky znovu setkala, abych je otestovala pomocí Addenbrookského kognitivního testu, po tréninku kognitivních funkcí. Chtěla jsem

zjistit, jestli práce s manuálem pro trénink poznávacích funkcí, byla pro účastníky přínosná. Po tomto testování jsem s nimi vyplnila krátký dotazník týkající se spokojenosti a pocitů z procvičování kognitivních funkcí.

S účastníky jsem se scházela jednotlivě a dělala jsem si u každého z nich poznámky. Doba diagnostikované demence se u každého z nich liší. Také stádium demence je u všech účastníků různé. Velký vliv na současný stav účastníků má prostředí, ve kterém se aktuálně nacházejí. Pracovala jsem s osobami, které mají to štěstí a jsou v domácí péči svých rodinných příslušníků. Díky tomu intenzivně pracují na sebezlepšování, aby co nejvíce odsunuli pozvolný postup demence. V dotazníku jsem jim chtěla dát možnost volného psaní, aby mi napsali, cokoliv je napadne k práci s manuálem. To jsem si rozmyslela a průběžně jsem si dělala poznámky, které mi účastníci sdělili v průběhu testování a vyplňování dotazníku. Jeden z účastníků se mi svěřil, že práce s manuálem byla sice příjemná, ale že by spíše potřeboval něco na procvičování psaného textu, jelikož se stále snaží udržet v pracovním procesu. Nejvíce mne inspirovala nejstarší účastnice výzkumu, která je stále velmi aktivním a energickým člověkem. Se svou rodinou bydlí společně v rodinném domě, pečuje o zahradu, navštěvuje obchodní domy. Když jsem ji oslovila se svým výzkumem, byla nadšená, že se může účastnit a pilně se pustila práce. Na konci mého výzkumu mi položila otázku, kdy zase budu dělat něco dalšího, že těch úkolů bylo málo.

Výzkumná otázka potvrdila, že rodinné prostředí je pro osoby s demencí nejpřirozenější a cítí se zde uvolněně. I pro to pro ně nebyla frustrující práce s manuálem, kdykoli si mohli požádat o pomoc někoho ze svých rodinných příslušníků. Také si mohli kdykoli dojit pro potřebnou knihu, která jim pomohla ve vyplňování úkolů. Od procvičování si mohli v případě potřeby odpočinout, protože nebyli popoháněni časem. Forma této terapie se účastníkům výzkumu líbila, jen tři z nich by chtěli práci s manuálem rozložit do delšího časového úseku (např. 1,5 – 2 měsíce), jelikož některá cvičení pro ně byla vyčerpávající. Trénink kognitivních funkcí se dá využít při onemocnění mozku. Pro účastníky byly příjemné úkoly týkající se starých filmů, známých dvojic a přísloví, nejvíc je těšilo, že si na to ještě vzpomínají. Filmy a známé písně si pak i společně se svými rodinnými příslušníky pustili. Pouze u jednoho z účastníků výzkumu došlo ke zhoršení kognitivních funkcí.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnuje speciálně – pedagogickým přístupům v péči o člověka s demencí. V teoretické části práce bylo zmíněno, že pojem demence je jednou z nejčastěji se objevujících a nejvážnějších chorob vyskytujících se větší míře u seniorů. Stařecká demence ovlivňuje život seniorů, pozvolným postupováním jednotlivých stádií demence jsou narušeny kognitivní funkce a každodenní činnosti běžného života. V práci také bylo popsáno, jaké jsou formy péče a možnosti podpory osob, kteří jsou postiženi chorobou demence. V přehledu jednotlivých stádií demence je možné nalézt informace, jak s takovým člověkem pracovat, co je pro něj přínosné a co naopak naprosto vyloučené. Díky zmíněným druhům terapií byly rozšířeny poznatky o formách speciálně – pedagogického přístupu v péči o osoby s demencí. Pojednání o kvalitě života je jakýmsi návodem, jak prožít svůj život. Naplnění všech svých snů, udržování mezilidských vztahů a především komunikace jsou důležité prvky, jak se ohlédnout ve stáří za svým životem a říct si, že byl jeho život prožit šťastně a kvalitně.

V praktické části byl stanoven cíl poznání změny úrovně kognitivních schopností, na jehož základě byl sestaven manuál pro trénink kognitivních funkcí. Trénování paměti a obecně všech poznávacích schopností je velkým přínosem pro všechny, kterým se v životě stala nepříjemná záležitost v podobě trvalých následků s poškozením mozku. Pravidelným procvičováním mohou dojít ke zlepšení svého aktuálního zdravotního stavu. Samozřejmostí je zapotřebí i obrovská vůle člověka samotného, motivace z vnějšího prostředí a pomoc svých nejbližších rodinných příslušníků. Nejsnadnější situace může nastat, když je jedinci zcela individuálně přizpůsobena možnost terapií, která ho baví, motivuje a nevyvolává v něm pocity své vlastní neschopnosti. Nejdůležitější roli v těchto chvílích sehrává rodina a nejbližší přátelé. Pokud nemocný člověk bude cítit, že má stále pro co žít a má v životě své místo, bude bojovat, aby si toto povědomé místo udržel.

Rodinní příslušníci všech účastníků byli formou terapie velice potěšeni, i pro ně bylo vyplňování úkolů přínosné a zábavné. Velmi ocenili, když viděli, že jejich nemocný člen rodiny má zájem intenzivně pracovat a úkoly se mu daří. Byly to krásně prožité společné chvíle, které jim umožnili změnu v běžném chodu života.

Trénink kognitivních funkcí je vhodný pro všechny osoby po úrazech s následkem poškození mozku.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů*, Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výskumu*, Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě, 2008. ISBN 978-80-223-2391-8.

HAUKE, M. a kolektiv *Když do života vstoupí demence*, Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*, Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., *Volnočasové aktivity pro seniory*, Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.

JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence: Využití vzpomínek při práci se seniory*, Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kolektiv *Demence a jiné poruchy paměti*, Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kolektiv *Geriatric a gerontologie*, Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*, Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9.

KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P. *Kognitivní trénink v praxi 2.*, Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5580-9.

KLUGEROVÁ, J. a kol. *Komunikace v teorii a praxi speciální pedagogiky*, Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2017. ISBN 978-80-7452-128-7.

KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*, Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-716-8.

KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*, Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1491-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KŘÍŽOVÁ, E. *Sociologické podmínky kvality života. Kvalita života a zdraví*, Praha: Triton, 2005. 80-7254-657-0.

MALIA, K., BRANNAGAN, A. *Jak provádět trénink kognitivních funkcí*, Praha: Cerebrum, 2010. ISBN 978-80-904357-3-5.

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

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

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

PREISS, M., KŘIVOHLAVÝ, J. *Trénování paměti a poznávacích schopností*, Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2738-7.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kolektiv *Speciální pedagogika*, Olomouc: PdF UP, 2003-2006. ISBN 80-244-1475-9.

RITTER-RAUCH, R. *Život s demencí*, Yverdon-les-Bains: Švýcarský spolek pro Alzheimerovu chorobu, 2014. ISBN neuvedeno

SUCHÁ, J. *Cvičení paměti pro každý věk*, Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-199-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y. *Smyslová aktivizace v péči o seniory s demencí*, Praha: Grada, 2013. ISBN 978-40-247-4423-0.

ZGOLA, J.M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

Zahraniční literatura

MUSSCHENGA, A.W. *The Relation Between Concepts of Quality-of-Life, Health and Happiness. The Journal of Medicine and Philosophy*, Dordrecht-London-Boston: Kluwer Academic Publisher, 1997. ISBN neuvedeno

Internetové zdroje

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *ANALÝZA: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce* [online]. © 2012 [cit.2012-03-23]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824

ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA. *Konference: Psychobiografický model v péči o klienty s demencí* [online]. © 2016 [cit.2016-01-27]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/psychobiograficky-model-v-peci-o-klienty-s-demenci-481110>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf č. 1 – Vývoj dětské a poproduktivní složky obyvatelstva ČR	17
Graf č. 2 – Přehled výkonů v oblasti pozornosti a orientace	39
Graf č. 3 – Přehled výkonů v oblasti paměti	40
Graf č. 4 – Přehled výkonů v oblasti slovní tvorby.....	40
Graf č. 5 – Přehled výkonů v oblasti jazyka	41
Graf č. 6 – Přehled výkonů v oblasti zrakově-prostorových schopností.....	41
Graf č. 7 – Skóre ACE-R	42
Graf č. 8 – Test MMSE	43
Graf č. 9 – Úspěšnost dokončení manuálu.....	49
Graf č. 10 – Samostatné práce na úkolech	51
Graf č. 11 – Pomoc při vyplňování úkolů	51
Graf č. 12 – Obtížnost úkolů	52
Graf č. 13 – Pomůcky k manuálu.....	53
Graf č. 14 – Typ pomůcek.....	54
Graf č. 15 – Hranice obtížnosti úkolů	55
Graf č. 16 – Práce v rodinném prostředí	56
Graf č. 17 – Zájem o terapii	57

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 2 – Obecná data účastníků	37
Tabulka č. 2 – Údaje účastníka A	44
Tabulka č. 3 – Údaje účastníka B	45
Tabulka č. 4 – Údaje účastníka C	46
Tabulka č. 5 – Údaje účastníka D	47
Tabulka č. 6 – Údaje účastníka E	48

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Manuál pro trénink kognitivních funkcí.....	I
Příloha č. 2 – Dotazník	XXIII
Příloha č. 3 – Zkušební pracovní list	XXV
Příloha č. 4 – Pracovní listy účastníků výzkumu.....	XXVI
Příloha č. 5 – Adenbrookský kognitivní test.....	XXXI

Příloha č. 1 Manuál pro trénink kognitivních funkcí

Tento manuál byl vytvořen jako pomůcka pro trénink kognitivních funkcí k bakalářské práci na téma Speciálně-pedagogické přístupy v péči o člověka s demencí.

Postup zpracování:

Manuál pro trénink kognitivních funkcí obsahuje 20 cvičení, která jsou rozvržena na dobu čtyř týdnů. Na jeden den jsou z každého cvičení připraveny 3 úkoly. Můžete je vyplňovat v libovolném pořadí.

Před začátkem každého cvičení uveďte, prosím, aktuální datum a čas. V případě, že vynecháte některý den, vraťte se k úkolům další dny.

Pokud byste měli jakékoli komplikace při vyplňování anebo další otázky, jsem Vám k dispozici na mailu: veronika.maurova@seznam.cz

! VŠECHNY POSKYTNUTÉ ÚDAJE ZŮSTANOU V ANONYMITĚ !

Přeji Vám příjemnou práci a nezapomeňte, nejsou důležité výsledky, ale chuť trénovat☺

1. CVIČENÍ

Pondělí

Datum

Čas

Úkol č. 1

Máme čtyři roční období, jaké to jsou?

J . . .
L . . .
P
Z . . .

Úkol č. 2

Co je typické pro daná města?

Ostrava -

Pardubice -

Kláštorec nad Ohří -

Most -

Karlovy Vary -

Úkol č. 3

Napište co nejvíce slov začínající na „L“.

2. CVIČENÍ

Úterý

Datum

Čas

Úkol č. 1

Doplňte názvy českých hor.

K
K . U . . É H . . .
B . . K . . .
J . . E . . . É H . R Y

Úkol č. 2

V textu najdete opakovaně písmeno „u“, zakroužkujte všechna, která najdete.

j t o r u f b w d n p ul
g z h y f b u k r s i dc
u t v r d v b u m o u lw
k i h u p e q j u n f tl

Úkol č. 3

Odečítejte 5 od 60:

60 – 55 – 50 –

3. CVIČENÍ

Středa

Datum

Čas

Úkol č. 1

Doplňte názvy pracovních dnů v týdnu.

P

Ú

S

Č

P

Úkol č. 2

Zakroužkujte v textu všechna písmena „A“.

W	O	P	A	M	H	L	U	T	A	R	XV
A	D	F	T	R	E	C	B	A	M	G	FH
Y	T	Z	S	A	L	I	O	R	V	Q	AC
O	I	U	A	Z	T	R	E	W	Q	A	KX

Úkol č. 3

Napište co nejvíce slov začínající na písmeno „M“

4. CVIČENÍ

Čtvrtek

Datum

Čas

Úkol č. 1

Doplňte druhého do známe dvojice.

Voskovec a

Romeo a

Čert a

Křemílek a

Uhlíř a

Bob a

Úkol č. 2

Napište k uvedeným slovům slova, která se s ním rýmují.

Kolo –

Boule –

Daň –

Sůl –

Úkol č. 3

Odečítejte 8 od 90:

90 – 82 –

5. CVIČENÍ

Pátek

Datum

Čas

Úkol č. 1

Přiřaďte filmovou roli k filmu.

Hujer	-	Dovolená s Andělem
Doktor Sova	-	Marečku, podejte mi pero!
Doubravka	-	Slunce, seno a pár facek
Otík	-	Nemocnice na kraji města
Maruška	-	Vesničko má středisková
Igor Hnízdo	-	Obecná škola
Gustav Anděl	-	Léto s kovbojem
Blažena	-	Byl jednou jeden král ...

Úkol č. 2

Zakroužkujte každé písmeno „o“.

a s d f g o h j k y x b
w e r o t z u b o a j m
o s q p d n v c y z o l
k l j h o f g o w t r s

Úkol č. 3

Napište co nejvíce slov s použitím slabik:

Má –

Vý –

Pra –

Je –

6. CVIČENÍ

Pondělí

Datum

Čas

Úkol č. 1

Doplňte názvy měst (nemusí být jen česká).

AŠ

HUMPOLEC

M.....

N.....

O.....

P.....

B.....

K.....

L.....

R.....

S.....

T.....

Úkol č. 2

Jaká znáte roční období?

. . . .
. . . .
.
. . . .

Úkol č. 3

1 litr mléka stojí 14 Kč

Kolik korun bude stát 1,5 litru mléka?

Kolik korun budou stát 2 litry mléka?

Kolik korun budou stát 3 litry mléka?

7. CVIČENÍ

Úterý

Datum

Čas

Úkol č. 1

Seřad'te uvedená písmena, aby Vám vzniklo slovo.

ESP

TILS

DARK

VAKÁ

LOKONE

SUOTAUB

Úkol č. 2

Vypište všechny dny v týdnu.

.
.
.
.
.
.
.

Úkol č. 3

Zakroužkujte všechna písmena „K“.

P	O	I	U	Z	T	R	E	W	Q	K	J
A	S	K	F	G	L	K	H	J	Y	M	X
J	K	D	U	Z	R	T	E	W	V	B	C

8. CVIČENÍ

Středa

Datum

Čas

Úkol č. 1

Vytvořte co nejvíce slov ze slova „LOKOMOTIVA“

Úkol č. 2

Máte v peněžence 100 Kč.

Kolik si můžete koupit džusů, když jeden stojí 20 Kč?

Úkol č. 3

Napište co nejvíce slov začínající písmenem „A“.

9. CVIČENÍ

Čtvrtek

Datum

Čas

Úkol č. 1

Doplňte známé přísloví.

Tichá břehy mele.

Jak se do lesa volá, tak se z ozývá.

..... práce nejsou koláče.

Zvyk je železná

Práce málo platná.

Úkol č. 2

Přiřaďte známou skladbu k jeho interpretovi.

Karel Gott	-	Tam za vodou v rákosí.
Marta Kubišová	-	Lékořice.
Waldemar Matuška	-	Depeše.
Věra Špinarová	-	Kávu si osladím.
Václav Neckář	-	Trouba.
Lucie Bílá	-	Jednoho dne se vrátíš.

Úkol č. 3

250g másla stojí 50 Kč.

Kolik bude stát 500 g?

Kolik bude stát 750g?

Kolik bude stát 1000g?

10. CVIČENÍ

Pátek

Datum

Čas

Úkol č. 1

Vypište měsíce v roce.

.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.

Úkol č. 2

Zakroužkujte všechny dopravní prostředky.

Auto, housle, nůž, vlak, sníh, hračka, pes, stůl, motorka, jablko, hrnek,
lampa,
tramvaj, hruška, vajíčko, telefon, metro, máslo, mléko, autobus, lžíce, metr.

Úkol č. 3

Dosaďte za číselné označení slovní, rozluštěte o jaké slovo se jedná.

Lo3 100dola
5ník Bys3na

11. CVIČENÍ

Pondělí

Datum

Čas

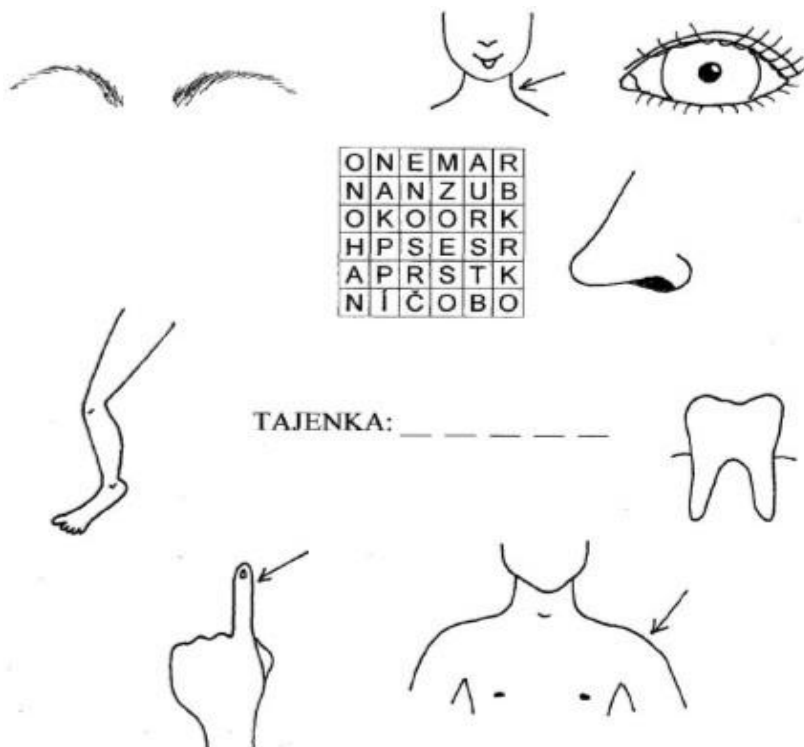
Úkol č. 1

Zakroužkujte všechny číslice „5“

5 7 3 6 9 1 5 9 3 0 5 4 2 3 8 0 3 5 7 9 8 3 8 0
2 6 7 3 5 6 0 6 8 6 3 6 8 6 4 3 7 8 9 8 3 2 3 3
5 6 7 8 5 4 3 6 9 0 6 4 9 0 3 5 7 8 3 4 6 2 3 3
3 8 8 4 6 2 1 7 8 7 4 3 3 5 6 8 0 6 2 3 5 6 4 3
2 7 8 2 4 2 6 9 0 5 7 4 3 4 2 3 1 5 9 8 5 3 9 2
4 5 6 8 3 5 3 2 5 3 8 0 8 3 9 0 8 2

Úkol č. 2

Vyluštěte osmisměrku.



Úkol č. 3

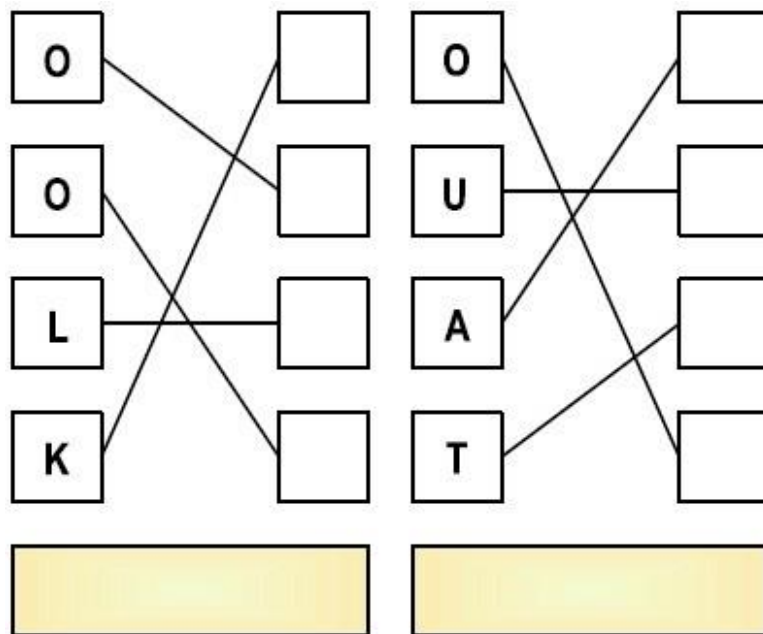
Vytvořte co nejvíce slov ze slova „STROJVEDOUČÍ“.

12. CVIČENÍ
Úterý

Datum
Čas

Úkol č. 1

Seřaďte písmena a nově vytvořená slova napište do prázdných kolonek.



Úkol č. 2

Doplňte slovo, které určuje vztah slov uvedených níže.

- Mléčná, bílá, hořká
- Makové tvarohové, povidlové
- Bramborové, houskové, ovocné
- Krupicová, bramborová, hrachová

Úkol č. 3

Co je typické pro tato města?

- Paříž
- Itálie

- Řecko
- Holandsko

13. CVIČENÍ

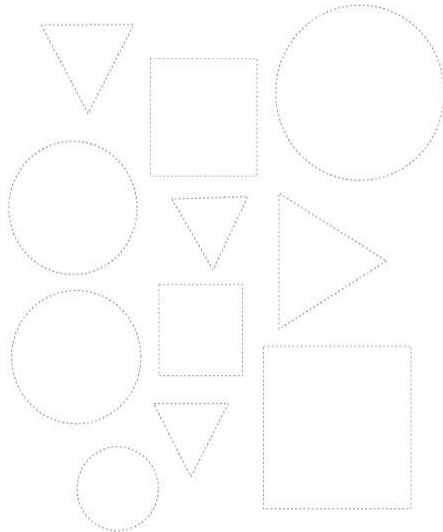
Středa

Datum

Čas

Úkol č. 1

Vybarvěte kruhy zeleně, čtverce modře a trojúhelníky červeně.



Úkol č. 2

Doplňte ustálené rčení.

Lež má

Jaká matka

Víc hlav

Kolik znáš jazyků,

Úkol č. 3

Zakroužkujte každé písmeno „R“.

H Z U I K R N O L P K N B V C R S F G H Q W J D R B X
P O I U Z T R E W Q A S D F G H J R K L M N B V C X R
Y A Q W S X E D C R F V T G B Z H N U J M I K O L P R
L K J H G F D S A R Q W E R T Z U I O P Y X C V B N M

14. CVIČENÍ

Čtvrtek

Datum

Čas

Úkol č. 1

Vysvětlete známé zkratky.

Mhd -

Atd. -

SPZ -

Psč -

Úkol č. 2

Rozdělte den podle jeho časových úseků.

R Á N O

D O P

P O

O

.

.

.

Úkol č. 3

Jiří má ve své peněžence dvě pětikoruny, čtyři dvoukoruny. V kapse bundy našel jednu padesátikorunu a dvě desetikoruny.

Kolik korun má celkem?

15. CVIČENÍ

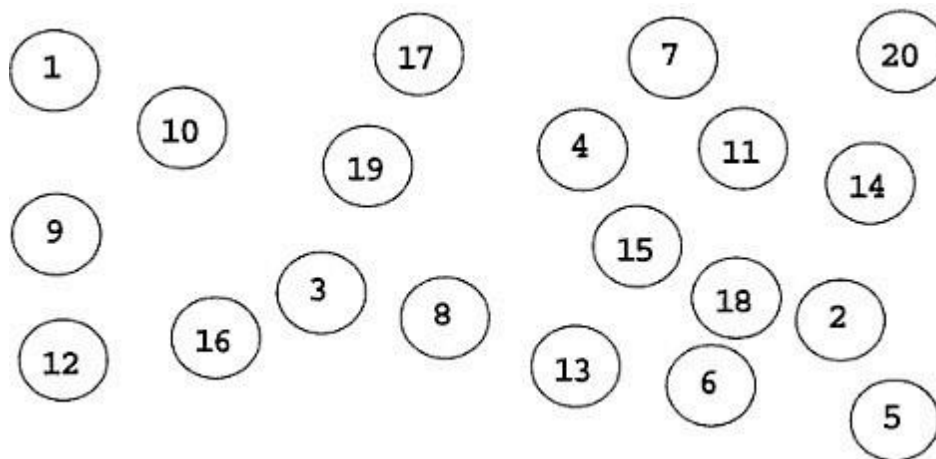
Pátek

Datum

Čas

Úkol č. 1

Spojte kroužky s čísly vzestupně (1, 2, 3, 20), aniž byste zvedli tužku z papíru.



Úkol č. 2

Doplňte slova, která v sobě skrývají názvy českých měst.

P - - - - - E

P - - - A

O - - - - C

B - - O

Úkol č. 3

Kolik měsíců má kalendářní rok?





16. CVIČENÍ

Pondělí

Datum
Čas

Úkol č. 1

Doplňte tajenku:

Úkol č. 2

Kolik má den hodin?

Úkol č. 3

Zakroužkujte všechny číslice „8“ a „4“.

2	5	6	4	5	8	1	4	5	8	3	7
9	1	5	3	4	7	2	8	6	7	4	8
1	3	5	7	9	8	6	4	2	0	3	4
5	0	6	3	7	4	8	5	0	9	2	1

17. CVIČENÍ

Úterý

Datum

Čas

Úkol č. 1

Seřad'te písmena tak, aby vznikla slova.

ÁSTAL

ORKUAK

ČAJER

BMRAORAB

SOMA

ÍZEL

Které ze vzniklých slov nepatří mezi zeleninu?

.

Úkol č. 2

Krabička cukroví stojí 75 Kč. Kolik krabiček budete mít za 225 Kč?

Úkol č. 3

Napište slova opačná – antonyma - ke slovům níže uvedeným.

Hubený / tlustý

Ošklivý /

Vysoký /

Silný /

Zataženo /

18. CVIČENÍ

Středa

Datum

Čas

Úkol č. 1

Spočítejte všechna dvojčíferná čísla.

Najděte číslo s nejnižší hodnotou -

Najděte číslo s nejvyšší hodnotou -



Úkol č. 2

Vytvořte co nejvíce slov ze slova „SLOVOTVORBA“

Úkol č. 3

Kolik měsíců má jeden kalendářní rok?

19. CVIČENÍ

Čtvrtek

Datum

Čas

Úkol č. 1

Přiřaďte ke slovům slova podobná – synonyma.

PROBLÉM – KOMPLIKACE

MOŽNOST -

MÍT -

PONOŽKA -

STATEČNÝ -

Úkol č. 2

Vyhledejte v textu a zakroužkujte ženská jména.

A z i o i v e t a u j e p v a n d a n x n p a
v l a n z e i q p j k t l u c i e t n o l g a h j
e u v w u i j a n a w t v r z n u o r a d k a r
h w i t k p e t r a h j e q r z b f l e o n a n
r z b o l i v i e n e d f h j v l a s t a b n d f
e n e l a g h j t r e z e v a c b n t g a l i c e
t e r u a l e n a z u i r z o p r t j z t z o r a
h e z h j z l a t a r t z e r l i n d a e r n t
z u f g h a n n a d f r t e z t e r e z a r t l i

Úkol č. 3

Odečítejte 13 od 91:

91 – 78 –

20. CVIČENÍ

Pátek

Datum

Čas

Úkol č. 1

Pohádkové bytosti hledají cestu domů, najděte jim tu správnou.



Úkol č. 2

Jaké je hlavní město České republiky?

Úkol č. 3

Z jakých dnů se skládá víkend?

Děkuji za spolupráci.

Použité zdroje:

1. MOSER-WILL, Ines a Ingrid GRUBE. 110 her pro rozvoj myšlení, lepší paměť a koncentraci. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3560-3.
2. KOLEKTIV AUTORŮ. Velká kniha technik učení, tréninku paměti a koncentrace. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3023-3.
3. <http://www.detskestranky.cz>
4. Mgr. Jitka Suchá, Cvičte si svůj mozek, Pfizer, spol.s.r.o., Česká alzheimerská společnost, 2007, Praha, ISBN nebylo uvedeno, vnitřní materiály

Příloha č. 2 Dotazník k vyplňovanému manuálu

Poslední součástí mé bakalářské práce je níže uvedený dotazník. Velice Vás prosím o jeho vyplnění. Veškeré údaje budou zcela anonymní.

Údaje o respondentovi:

Věk:

Pohlaví:

Kdy Vám byla diagnostikována demence? (měsíc a rok)

1. Informace k vyplňovanému manuálu:

I. PRACOVALI JSTE NA ZADANÝCH ÚKOLECH SAMOSTATNĚ?

Ano - Ne

II. KDO VÁM POMÁHAL?

- Rodinný příslušník
- Terapeut
- Blízký rodinný přítel
- Jiná osoba (uved'te kdo)

III. BYLO PRO VÁS VYPLŇOVÁNÍ ÚKOLŮ OBTÍŽNÉ?

Ano - Ne

IV. POUŽÍVALI JSTE PŘI VYPLŇOVÁNÍ MANUÁLU NĚJAKÉ POMŮCKY?

Ano - Ne

V. O JAKÉ POMŮCKY SE JEDNALO?

- a) knihy
- b) internet
- c) slovník

VI. DO JAKÉ MÍRY VÁM PŘIPADALY ÚKOLY V MANUÁLU OBTÍŽNÉ?

- a) velmi snadné
- b) snadné
- c) poměrné těžké
- d) velmi obtížné

VII. PRACOVALO SE VÁM DOBŘE V RODINNÉM PROSTŘEDÍ?

Ano - Ne

VIII. MĚLI BYSTE ZÁJEM POKRAČOVAT V TÉTO TERAPII?

Ano - Ne - Možná

Mnohokrát Vám děkuji za Váš čas, který jste věnovali práci s manuálem a
za vyplnění dotazníku.

Veronika Maurová, studentka bakalářského oboru speciální pedagogiky na univerzitě
Jana Ámose Komenského v Praze.

Email: Veronika.maurova@seznam.cz

Příloha č. 3 Zkušební pracovní list

21. CVIČENÍ
Úterý

Datum
Čas

Úkol č.1

Doplňte k přídavným jménům běžně užívaná přirovnání.

Chytrý jako

Přesný jako

Kyselý jako

Zdravý jako

Úkol č.2

Odčítejte 4 od 50.

50 – 46 –

Úkol č. 3

Přiřaďte k sobě známé dvojice.

Včelka Mája

Clyde

Čert

Motýl Emanuel

Bonnie

Vilík

Maková panenka

Káča

Štaflík

Špagetka

Příloha č. 4 Pracovní listy účastníků

1) Účastník A – pozorování v rodinném prostředí

Účastníkem A je muž ve starobním důchodu, kterému je 70 let. Před jedním rokem mu byla diagnostikována probíhající demence v lehké fázi. Žije ve svém vlastním bytě společně se svou manželkou, která o něj pečuje; vypomáhá jí dcera, která pravidelně dojíždí na víkendy a každou středu v týdnu. Muž byl původním povoláním kontrolor, vystudovaný diplomovaný specialista. Muž má dvě dcery a od nich čtyři vnoučata. V jeho původní rodině převažovalo mnoho psychických poruch – dvojče od účastníka postiženo poruchou schizofrenie, starší sestra těžké deprese a středně těžká demence, otec ve stáří trpěl Parkinsonovou chorobou a matka stavy úzkosti.

Manželka s ním velice trpělivě pracuje, vše mu vysvětluje, luští s ním křížovky i osmisměrky, podává mu léky, povídají si spolu, společně si prohlížejí fotografie z mládí a z míst, které společně navštívili, hrají spolu stolní hry, chodí spolu na procházky, nakupují – účastník píše seznam věcí, co je potřeba koupit, manželka mu napomáhá zjišťovat, kde všude se má dívat, aby zjistil, jaká potravina doma schází – takto to dělají ob jeden den.

Při přímém pozorování účastníka, které probíhalo dvakrát týdně 60 minut po dobu 4 měsíců, jsem vysledovala třes rukou, potřebu odlišování písma barevným oddělením, velkou snahu o komunikaci a pílil spolupracovat. Špatně se orientuje v čase, občas se zmýlí v místech, které navštívil.

2) Účastnice B – pozorování v rodinném prostředí

Účastnicí B je žena ve starobním důchodu, je jí 75 let. Před třemi roky jí byla diagnostikována demence, v současné době se prohloubila do středně těžké fáze. Žije ve svém vlastním bytě společně se svým manželem, dochází za ní ještě terapeut, který se každý den účastnici intenzivně věnuje. Má jednoho syna, který každý víkend jezdí za rodiči a stará se o matku; syn nemá svou vlastní rodinu, účastnice tedy nemá žádná vnoučata. Původním povoláním byla žena velmi dlouho angažována v politických sférách. V její původní rodině rovněž psychické problémy, je to starší sestra účastníka A.

Nejdříve byla umístěna do domova se speciální péčí, odkud si ji manžel převzal do osobní péče a od té doby se o ní stará společně s docházejícím terapeutem a synem; chodí spolu ven a manžel jí vodí stále na stejná místa, aby si lépe vzpomínala, společně spolu vaří a manžel komentuje každý krok po kroku, jak jídlo nachystat. Pro ženu je tato činnost nová, protože nikdy sama nevařila. Účastnice má velmi ráda vážnou hudbu, která ji uklidňuje.

Při přímém pozorování účastnice, které probíhalo dvakrát týdně 60 minut po dobu 3 měsíců, jsem vypožorovala značný neklid, byla nervózní z mé přítomnosti, déle si zvykala, ale nakonec ve mě získala důvěru, hůře se jí komunikuje a občas jí není rozumět. Má problém s orientací v čase i prostoru, problémy v zapamatování si a začínají se u ní rozvíjet komplikace s poznáváním blízkých osob.

3) Účastnice C – pozorování v rodinném prostředí

Účastnicí C je žena, 84 let. Žena je ve starobním důchodu, velmi aktivní seniorka. Šest měsíců u ní probíhá lehká demence, nemoc u ní propukla v době, kdy ležela v nemocnici se zlomeninou nohy. Původním zaměstnáním byla předačkou. Žije ve velmi milé rodině, všichni jsou si vzájemně nápomocní. Účastnice žije společně se svou dcerou, vnučkou a její rodinou, střídavě o ní všichni pečují.

Žena vysílá obrovské množství pozitivní energie, přátelskosti, mnoho se snaží, aby nebyla na nikom závislá, trénuje si sama svou paměť tím, že luští křížovky, osmisměrky, kouká na kvízy v televizních pořadech, rodina jí předkládá různé typy testů na paměť a pozornost, početní úlohy vypracovávají s ní. Chodí sama nakupovat do malého známého obchodu, často vyráží na procházky s rodinou, bydlí v rodinném domě a stará se o zahradu. Je zvědavá, zajímá se o současné dění. Velice se těšila na naši spolupráci.

Při přímém pozorování účastnice, které probíhalo dvakrát týdně 60 minut po dobu 3 měsíců, jsem vysledovala, že si žena plete časové údaje. Jinak je ale velice bystrá, ráda si povídá a vrací se do minulých let.

4) Účastník D – pozorování v rodinném prostředí

Účastníkem D je muž, 53 let. Demence u něj trvá 4 měsíce v lehké formě. Je v částečně invalidním důchodu, snaží se stále pracovat. Celý svůj život podniká, má svou vlastní prosperující firmu, pracovníčně byl velmi vytížený. Má tři děti, manželka a dcera mu pomáhají ve firmě, neustále ho motivují k činnostem, aby trénoval svou paměť a dobře se orientoval. Stále ještě částečně pracuje (z domova), má svou firmu a snaží se s poruchou bojovat, má podporu i od svých společníků; jeho otec trpěl demencí v poměrně brzkém věku, rovněž jako účastník D

Dochází za ním terapeut, se kterým procvičují komunikaci, trénují paměť pomocí různých testů a hádanek, hodně čte a vyhledává si odborné knihy. S manželkou společně hrají hry na logické myšlení, slovní tvorbu (př. Scrabble, Carcassone, Logik). Z mé nabídky na účast ve výzkumu byl nadšený.

Při přímém pozorování účastníka, které probíhalo 3x týdně 60 minut po dobu 1,5 měsíce, jsem vypožorovala, že je muž velmi nervózní ze současné situace, svádí boj sám se sebou, aby demence postupovala co nejpomaleji. Žena a dcera jsou pro něj významnou oporou. Byly i chvílky, kdy se popletl v čase nebo se přesně neorientoval v místě, ale uvědomoval si to a snažil se o nápravu.

5) Účastník E – pozorování v rodinném prostředí

Účastníkem E je muž, 57 let. Demence se objevila v posledních dvou měsících, zatím v mírné fázi. Původním povoláním byl projektový manažer. Nemá děti, žije s partnerkou (družkou). Prozatím o muže pečuje jeho matka s dopomocí družky. Muž utrpěl zranění, o kterém nechce přede mnou mluvit, na následky zranění propadal depresím, díky tomu je v plně invalidním důchodu. Začaly se u něj projevovat prvotní známky demence, začal zapomínat slova, pletl si členy rodiny a přestával se orientovat v čase i v místě.

Maminka se snaží s ním vytrvale pracovat, občas se tato práce nesetkává s přijetím, ale muž chápe, že mu chce pomoci, společně spolu čtou, chodí na dlouhé procházky na známá místa, prohlíží si fotky, nad kterými si povídají. Partnerka s mužem pracuje na slovní zásobě, hodně spolu kreslí, připomíná mu to jeho zaměstnání a vrací se tak k radostným vzpomínkám.

Při přímém pozorování účastníka, které probíhalo 2x týdně 60 minut po dobu dvou měsíců, jsem vysledovala, že se muž trápí současnou situací. Dochází u něj k časté proměnlivosti nálad. Nevyslovuje správně slova se sykavkami.

Příloha č. 5 Addenbrookský kognitivní test

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (revidovaná verze 2010)

Jméno a příjmení	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Administrátor	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Datum narození	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Pracovní diagnóza	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Délka vzdělání (roky)	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Laterálnita	pravák <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/> ambidexter <input type="checkbox"/>
Dosažený stupeň vzdělání	<input style="width: 90%;" type="text"/>	DATUM VYŠETŘENÍ	
		<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

SUBSKÓRE				SKÓRE
Pozornost a orientace	úloha č. 1, 2, 3	/18	/18	
Paměť	úloha č. 4, 5, 6, 17, 18	/26	/26	
Slovní produkce	úloha č. 7a, 7b	/14	/14	
Jazyk	úloha č. 8a, 8b, 9, 10a–c, 11, 12, 13	/26	/26	
Zrakově-prostorové schopnosti	úloha č. 14a–c, 15, 16	/16	/16	
CELKOVÉ SKÓRE				
		ACE-R	/100	/100
		MMSE	/30	/30

1. ORIENTACE				POZORNOST A ORIENTACE	
<p>■ Zeptejte se pacienta:</p> <p>1. Který je dnes den v týdnu? <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>2. Kolikátého je dnes? <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>3. Který je měsíc? <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>4. Který je rok? <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>5. Které je roční období? <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>6. Ve kterém státě se nacházíme? <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>7. Ve kterém jsme městě? <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>8. Ve kterém jsme kraji nebo oblasti? <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>9. Jak se jmenuje tato nemocnice / budova? <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>10. Na kterém poschodí se nacházíme? <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>■ U otázky č. 2 tolerujeme ± 2 dny v datumu. Otázku č. 5 hodnotíme následovně: jaro – březen, duben, květen; léto – červen, červenec, srpen; podzim – září, říjen, listopad a zima – prosinec, leden, únor. Nevžadujeme tedy znalost přesných astronomických přechodů jednotlivých ročních období. U otázky č. 6 doporučujeme uznat odpověď Česká republika nebo Česko. U otázky č. 8 doporučujeme v případě testování v Praze uznat i Středočeský kraj. <i>Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem.</i></p>					(Skóre 0–10)
		ACE	ACE		
		MMSE	MMSE		
2. PAMĚŤ – ZAPAMATOVÁNÍ					
<p>■ Řekněte pacientovi: „Můžeme si nyní vyzkoušet Vaši paměť? Řeknu Vám 3 slova. Pokuste se je po mně opakovat a zapamatovat si je. Za chvíli se Vás na tato slova znovu zeptám.“</p> <p>lopata <input style="width: 40px;" type="text"/> šátek <input style="width: 40px;" type="text"/> váza <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>■ Slova vyslovujte zřetelně a pomalu rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud si je pacient nevybaví, opakujte je nejvíce ještě 3×, než se je naučí. Jinak bude zkreslen výsledek položky výbavnost. <i>Započítejte 1 bod za každé správně opakované slovo pouze při PRVNÍM opakování.</i></p>				(Skóre 0–3)	(Skóre 0–3)
		ACE	ACE		
		MMSE	MMSE		

14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI (pokračování)

14b **Kostka** 

■ Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:

„Nyní překreslete tento obrázek co nejpřesněji podle předlohy.“

Úkoly by měly být rozpoznatelné všechny strany v odlišných úhlech a rozdílných prostorových propojeních. Podle kvality provedení hodnotíme 0–2 body.



(Skóre 0–2)

ACE

(Skóre 0–2)

ACE

14c **Hodiny**

■ Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:

„Nakreslete hodiny, ciferník s číslicemi, a poté dokreslete ručičky, které ukazují 5 hodin 10 minut.“

Žáci přikládají body za provedení kruhu, rozmístění číslic na ciferníku a umístění ručiček. Podle kvality provedení hodnotíme 0–5 body.

Pravidla pro skórování hodin

Kruh

1 bod – za rozpoznatelné provedení kruhu

Číslice

2 body – pokud jsou napřísady všechny číslice a současně jsou správně rozmístěny

1 bod – pokud ciferník zahrnuje všechny číslice, ale tyto jsou nekvalitně či chyběně rozmístěny

Umístění ručiček

2 body – obě ručičky jsou správně umístěny, mají odlišnou délku („malá“ a „velká“ ručička) a směřují ke správným číslicím (můžete se pacienta zeptat a ujistit se, která z ručiček je velká a která malá)

1 bod – pokud jsou ručičky správně naměřovány k číslicím, ale mají špatnou délku

nebo 1 bod – pokud je jedna ručička naměřována ke správné číslici a má také správnou délku

nebo 1 bod – pokud je dlouhá jedna ručička naměřována ke správné číslici

Příklady

<p>Skóre 5</p>	<p>Skóre 4</p>	<p>Skóre 4</p>
<p>Skóre 4</p>	<p>Skóre 3</p>	<p>Skóre 3</p>
<p>Skóre 3</p>	<p>Skóre 2</p>	<p>Skóre 2</p>

(Skóre 0–5)

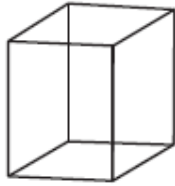
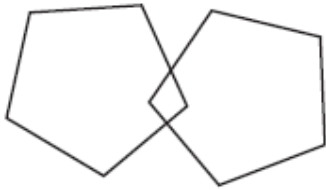
ACE

(Skóre 0–5)

ACE

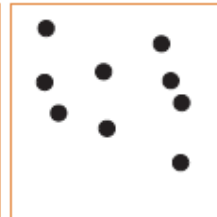
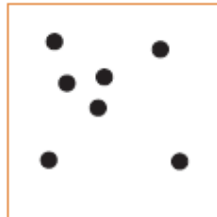
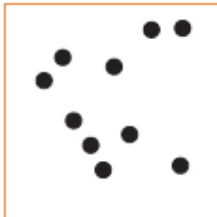
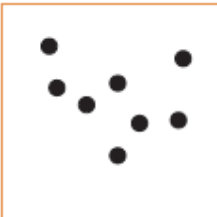
ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

14.



Hodiny

15.



16.

