

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Soňa Čeplová

Možnosti využití prvků canisterapie u seniorů s Alzheimerovou chorobou

Olomouc 2020

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen literaturu a prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne

Podpis

Poděkování:

Děkuji vedoucímu práce Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji paní canisterapeutce a personálu domova Hrubá Voda za spolupráci. Děkuji rodině za podporu a trpělivost.

OBSAH

Úvod.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
Úvod teoretické části.....	7
1 Canisterapie	7
1.1. Vymezení pojmů	7
1.2. Vymezení canisterapie	7
1.3. Historie Canisterapie	9
1.4. Metody canisterapie	11
1.5. Formy canisterapie	12
1.6. Techniky canisterapie.....	14
1.6.1. Prohřívání	14
1.6.2. Cílené canisterapeutické aktivity.....	15
1.7. Přínos, efektivita canisterapie	16
1.7.1. Pes v zařízení pro osoby seniorského věku	16
2 Osoba seniorského věku	18
2.1. Osoba seniorského věku.....	18
2.2. Vymezení stáří.....	18
2.3. Změny ve stáří.....	21
2.4. Aktivizace osob seniorského věku	24
2.5. Demence.....	24
2.5.1. Diagnostika demence	25
2.5.2. Rozdělení demencí	28
2.5.3. Zvířata a možnost jejich využití při onemocnění demencí.....	29
2.6. Alzheimerova choroba	29
2.6.1. Obecná charakteristika	30
2.6.2. Symptomatologie onemocnění	32
2.6.3. Stádia nemoci	35
2.6.4. Diagnostika nemoci.....	37
2.6.5. Péče o jedince s Alzheimerovou chorobou	39
VÝZKUMNÁ ČÁST	41
Úvod výzkumné části	41
3 Canisterapie v praxi	41
3.1. Výzkumný problém.....	41
3.2. Cíl výzkumného šetření.....	41
3.3. Metodologie výzkumu.....	42
3.3.1. Případová studie – Kazuistika	42
3.3.2. Anamnéza.....	42
3.3.3. Pozorování.....	42

4	Organizace šetření	43
4.1.	Charakteristika místa šetření Domov Hrubá Voda u Olomouce	43
4.2.	Charakteristika výzkumného vzorku.....	44
4.3.	Kazuistika č. 1	45
4.3.1.	Základní údaje uživatelky A.....	45
4.3.2.	Anamnéza.....	45
4.3.3.	Charakteristika zdravotního stavu uživatelky	45
4.4.	Kazuistika č. 2	46
4.4.1.	Základní údaje uživatelky B.....	46
4.4.2.	Anamnéza.....	46
4.4.3.	Charakteristika zdravotního stavu uživatelky	46
4.5.	Kazuistika č. 3	47
4.5.1.	Základní údaje uživatelky C.....	47
4.5.2.	Anamnéza.....	47
4.5.3.	Charakteristika zdravotního stavu uživatelky	47
5	Užívané techniky canisterapie	48
5.1.	Výzkumný vzorek A	48
5.1.1.	Analýza pozorování klientky A v průběhu celé canisterapie	48
5.2.	Výzkumný vzorek B.....	49
5.2.1.	Analýza pozorování klientky B v průběhu celé canisterapie	49
5.3.	Výzkumný vzorek C.....	50
5.3.1.	Analýza pozorování klientky C v průběhu celé canisterapie	50
5.4.	Shrnutí výzkumného šetření.....	51
5.5.	Doporučení pro praxi	52
	Závěr	53
	Seznam použité literatury	54
	Seznam tabulek	58
	Seznam příloh	59
	Anotace	65

Úvod

Bakalářskou práci jsme se rozhodli zpracovat na téma: Možnosti využití prvků canisterapie u osob s Alzheimerovou chorobou. Považujeme ho totiž za zajímavé a dosud tolik neprobádané, přestože se jedná o téma aktuální. Metoda canisterapie je nám blízká z důvodu osobní náklonnosti ke psům a jsme rádi, že jsme se s touto metodou mohli osobně seznámit na praxi, jež byla vykonávána v domově Hrubá Voda u Olomouce v roce 2018, kde pravidelně probíhá metoda canisterapie se seniory.

Cílem bakalářské práce bude zaměřit se na průběh canisterapie v zařízení Domov Hrubá Voda u Olomouce, abychom zjistili, jak metoda canisterapie v zařízení probíhá a jaký je její efekt pro klienty v zařízení.

Na začátku teoretické části práce si představíme canisterapii jako samotnou a pojmy s ní související. Lidé, kteří se s ní doposud nesetkali, budou moci znát alespoň základní informace. V další kapitole představíme pojmy senior, období stáří a co takové období obnáší. Zmíníme pojem demence a další nemoci postihující v nejčtenějších případech klienty právě v pozdním věku.

Ve třetí kapitole poukazujeme na pojem Alzheimerova choroba. Zmíníme její terminologii, projevy, stádia a podobně.

Praktická část bakalářské práce bude probíhat formou kvalitativního výzkumu, v němž je pozorováno, jak probíhá canisterapie v domově Hrubá Voda u Olomouce s tamními klienty. Metodou zúčastněného pozorování bez participace zjistíme, jak metoda canisterapie na účastníky působí a co jim expresivní terapie přináší. Představíme vybrané kazuistiky klientů z Domova Hrubá Voda u Olomouce.

TEORETICKÁ ČÁST

Úvod teoretické části

Teoretická část naší bakalářské práce obsahuje základní vymezení a obecnou charakteristiku canisterapie. Zmíníme historii, metody, formy, techniky canisterapie a její efektivitu. Zaměříme se na osobu seniorského věku, vymezení a změny ve stáří. Představíme si demenci, konkrétně demenci Alzheimerova typu, její symptomy a diagnostiku. Po prostudování odborné literatury v těchto oblastech jsme zjistili, že se jedná o velice rozsáhlou oblast. Soustředili jsme se pouze na ta témata, která souvisí s praktickou částí našeho výzkumu.

1 Canisterapie

1.1. Vymezení pojmů

Klient – v sociální práci se klientem rozumí osoba, jíž jsou poskytovány sociální služby, protože se nachází v nepříznivé sociální situaci. V případě canisterapie je to každý, jež využívá canisterapeutických služeb.

Canisterapeut – canisterapeut vede vycvičeného psa při terapii a odpovědná osoba se stará o klienta. *„V zásadě platí, že by canisterapeut neměl manipulovat s klientem (např. polohování, prohřívání končetin), pokud nemá vzdělání ve zdravotnickém oboru, zde je nutná přítomnost fyzioterapeuta, ergoterapeuta“.* (1)

Ergoterapeut – *„osoba, která se zabývá zlepšením a podporou nebo udržením funkčních schopností člověka. Vychází z předpokladu, že zapojením člověka do každodenních aktivit se zlepšuje jeho kvalita života.“* (2) Ergoterapie je chápána jako spojovací bod ve speciální pedagogice v oblasti nácviku všedních denních činnostech.

1.2. Vymezení canisterapie

Název canisterapie je označení způsobu terapie, kdy využíváme pozitivního působení psa na zdraví člověka. Přičemž pojem zdraví je v tomto případě autorkou Galajdovou chápán přesně podle definice WHO jako stav psychické, fyzické a sociální pohody. (3)

Stančíková spolu s Šabatovou vidí canisterapii v dnešní době jako jedno z velkých otevřených témat, o něž se zajímá spousta lidí, ať už se jedná o odborníky či o „laiky“.

Pod pojmem canisterapie si každý představí něco jiného. Stejně tak po praktické stránce lze pojem vykládat různě. (4)

Sdružení PIAFA definuje canisterapii jako: „*podpůrnou aktivizační metodu využívající pozitivního efektu interakce mezi člověkem a psem, ovlivňující zejména fyzickou, psychickou a sociální složku osobnosti daného jedince.*“ (4 str. 6)

Gajdová popisuje canisterapii jako: „*duši hojící pocit, který v nás zanechává kontakt s milým a bezprostředním psem, pocit, že nejsme sami, že někoho zajímáme a že někdo nás má rád a těší se na nás. Pocit, který nám pomáhá čelit každodenním trampotám a dává vůli jít životem dál... Pozitivní pocit, který má nejen psychické, ale i fyzické dopady...*“ (5 str. 15)

Autorka Štěpánka Staňková označuje canisterapii jako terapii, u které využíváme pozitivního působení psa na člověka. Patří do jedné z podob zooterapie, která je obecně založená na jednotlivých formách terapie člověka s užitím zvířete. Jules Cass představuje zooterapii jako zařazení domácího zvířete (anglicky označené jako Pet Animal nebo Companion Animal) do přímého prostředí jednotlivce nebo skupiny, kde působí uzdravujícím způsobem. Také manželé Corsonovi vnímají zooterapii jako úsilí aplikovat vycvičená a zdravá domácí zvířata, obzvláště psy (v tomto případě se jedná právě o canisterapii), která jsou řádně prověřena a vybrána a mohou sloužit jako složka resocializace. (6)

V naší společnosti je jedním z nejhlavnějších vazeb právě vazba ke zvířeti. V dnešní době se stále více setkáváme s lidmi, kteří mají obtíže jak psychického a sociálního, tak fyzického rázu. Někteří postrádáme někoho, komu bychom mohli říct věci, které nás trápí. Podělit se o radost ze života, mít někoho, u koho cítíme, že nás má rád. Mnohdy pomůže přítomnost někoho, kdo je tu hlavně pro nás, nepoučuje nás, nevyčítá. Vždy když potřebujeme, máme ho na blízku. A tím vším může být vlastní zvířecí přítel. Proto je zooterapie v současnosti tak oblíbenou, rozvíjející se oblastí. (7)

Potřeba mít u sebe někoho, kdo nás má rád, je chápána jako jedna z nejdůležitějších potřeb, abychom mohli spokojeně a blahodárně žít. Potřeba mít někoho na blízku vždy, když to potřebujeme, nám dává pocit pohody a klidu. Pes přijímá člověka bezpodmínečně, přijímá ho takového, jaký je.

Canisterapie má stejně jako mnoho definic i různá využití. Ať už se jedná o ucelenou rehabilitaci nebo význam v sociálních službách či její využití jako součásti edukačních procesů.

(4)

Zooterapie je zastřešujícím termínem pro rehabilitační a psychosociální metody, které vycházejí z pozitivního působení zvířat na člověka. (8) Canisterapie je jedním z odvětví zooterapie. Ta zahrnuje nejen canisterapii, ale i další terapeutické metody, jež využívají k léčebnému působení zvíře. Může se jednat například o hipoterapii – terapie, při níž se využívá působení koně na člověka nebo felinoterapie, která užívá k léčení kočku.

„Obecným cílem canisterapie je rozvoj (popř. udržení schopnosti a dovedností) nebo podpora, a to v oblasti motoriky nebo psychosociální oblasti, psychosociální podpora aj. Canisterapii můžeme využít při mnoha terapeutických, podpůrných, výukových i prožitkových aktivitách, při navazování kontaktu s klientem nebo jako motivační prvek apod. Cílem canisterapeutického procesu je dosažení co možná nejvyššího pozitivního účinku ze vzájemného kontaktu u klienta. Tak jako by mělo být dosaženo kladného vlivu na klienta, měl by i psovi kontakt s lidmi přinášet radost.“ (9 str. 72)

1.3. Historie Canisterapie

Již ve starověku si pravěcí lidé ochočovali vlčí mláďata. Brzy se tak pes stal životně důležitým spojencem člověka, společníkem, důvěrníkem a přítelem. Psi se používali také k léčbě, kdy se přikládali na postižená místa pacienta. Tento způsob léčení byl oblíbený zejména při léčbě revmatismu i později ve středověku. Psi byli kromě jiného častým námětem na náhrobcích v antickém Římě, a to především z důvodu, že psí láska a oddanost sahala až za hrob. (3)

V období po první světové válce se hlavně v Německu rozmohl výcvik psů pro vojáky, kteří v důsledku boje ztratili zrak, ve Francii a spoustě dalších evropských zemích se psi používali jako prostředek rehabilitace válečných zraněných. To inspirovalo Spojené státy k podobné myšlence zapojení psů pro rehabilitaci válečných letců v období druhé světové války, kdy se poté USA staly vedoucí autoritou v oblasti výzkumu i v praktickém uplatňování terapie pomocí zvířat. V 70. letech americký psycholog Boris M. Levison poprvé popsal užití psa v dětské psychoterapii. (3)

První pokusy s využitím psa jako druhu terapie se objevují ve Švýcarsku a v Anglii. Základ teoretického rázu nového oboru se záměrem terapie vznikl v USA. V České republice se s canisterapií začalo na začátku devadesátých let minulého století. (8)

Jedny z prvních zařízení, kde jsme se mohli s canisterapií setkat, byla Psychiatrická léčebna v Praze v Bohnicích a v ústavu sociální péče Kociánka v Brně. Psal se rok 1993, kdy se Jařina Lacinová se stala autorem termínu canisterapie. Poté v květnu roku 1995 se v ČR založila Asociace zastánců odpovědného vztahu k malým zvířatům (AOVZ), jejímž hlavním účelem bylo především vedení mínění, že soužití se zvířaty má na lidi pozitivní působení. (7)

V roce 1997 vznikla Canisterapeutická společnost, která jako první sestavila strukturu k udělování canisterapeutických atestů a k tomu také přivedla do praxe „návštěvní program“, v němž byly převzaty techniky z metodiky kanadské. Bohužel v roce 2001 došlo k jejímu rozpadnutí a od té doby postupně začaly vznikat další a nezávislé regionální organizace, avšak bohužel od té doby se canisterapie vyvíjela poněkud nejednotně a bez hlubších debat, neboť každá nově vzniklá organizace fungovala jako samostatná jednotka, tudíž mezi nimi nebyla navázána žádná spolupráce. (7)

Ještě téhož roku byla uspořádána 9. mezinárodní konference, jejímž patronátem byla organizace IAHAIO ve městě Rio de Janeiro. Zde byl v té době delegován Miroslav Svoboda, jenž působil jako děkan Veterinární a Farmaceutické Univerzity v Brně. Světová organizace pořádala v roce 2004 svou poslední 10. mezinárodní konferenci ve skotském městě Glasgow, kde jsme byli zastoupeni Adélou Mojžíšovou. (7)

Tehdy v roce 2003 kdy se konal Mezinárodní seminář o zooterapiích v Brně, vznikla Canisterapeutická asociace (dále jen CTA), jejímž cílem bylo v podstatě navázat na Canisterapeutickou společnost a zajistit tak sjednocení všech sdružení, která se zabývala canisterapií a mohla tak vytvořit jednotlivé pracovní postupy canisterapie a pracovat na dalším vzdělávání v tomto odvětví terapie. Bohužel i CTA po čase zanikla. Předsedkyní se tehdy stala Lacinová Jiřina. (7) Jednalo se o zájmové sdružení osob právnických. Posláním tohoto sdružení bylo hlavně zastřešovat canisterapeutické organizace v České republice, ale také další organizace, jež poskytovaly další formy zooterapie, s výjimkou hiporehabilitace. (8). Nicméně i za tak krátkou dobu dokázala asociace vydat několik důležitých materiálů a poznatků, a to například významný etický kodex canisterapie nebo metodiku aktivit se psem. Tyto materiály byly rozšířeny mezi členské organizace CTA. (7)

Bicková se domnívá, že je velice žádoucí, aby došlo k zastřešení canisterapeutických organizací v naší zemi. Aby se sjednotila veškerá pravidla provádění této terapie a mohla být správně vykonávána. Mělo by dojít i k ucelení metodologie a stanovování postupu pro udělení canisterapeutických atestů. Rovněž je potřeba dosáhnout v terminologii sjednocení. Mohla by

se definovat jednotná pravidla a podmínky canisterapie. Jedině tak můžeme zlepšovat kvalitu zmíněné terapie. (7)

Pes je člověkem brán jako symbol spousty dobrých vlastností, hlavně věrnosti a oddanosti. Psa považujeme za citlivého a upřímného tvora, jež není schopen lidských špatností. Je proslulý ve spoustě bájích a legendách. Je patrné že má pro člověka i hluboký, mystický význam, což určitě přispívá k jeho oblibě a úspěchům v terapii. (3)

1.4. Metody canisterapie

Autorka Galajdová ve své první knize Canisterapie – pes lékařem lidské duše z roku 1999 uvádí dvě metody canisterapie. Tzv. Animal Assisted Activities („AAA“ – činnosti za účasti zvířat) a Animal Assisted Therapy („AAT“ – terapie pomocí zvířat). Zmiňuje i další dvě dříve užívané metody. „Pet therapy“ (terapie pomocí domácích zvířat) a „pet – facilitated (psycho) therapy“, což je psychoterapie prováděná domácími zvířaty. Galajdová vysvětluje, že od těchto dvou dříve užívaných metod se upustilo. Příčinou byly nesprávné představy lidí, že k terapii pomocí domácího zvířete může být použito jakékoli domácí zvíře, nikoli jen pes. (3)

Později autorka uvedla myšlenku, že canisterapie je jenom jedna – vliv psa na člověka a ovlivňování jeho životních nálad, avšak způsobů jejího provádění je hodně.

Své novější dělení canisterapie popisuje autorka následovně:

- Asistovaná canisterapie
- Edukativní neboli výchovná
- Léčebná čili terapeutická
- Výzkumná

Avšak stále se jedná jen o jedno: o spojení mezi člověkem a psem a o oboustranný prospěch z něj. (5)

Metodika by měla vycházet hned z několika zásad, především by měla být jednoznačná, komplexní, systematická, obsahující kritéria hodnocení činnosti a přijatelná pro všechny předpokládané uživatele metodiky. (11)

- Animal Assisted Activities („AAA“, „aktivity za pomoci zvířat“, „společenská činnost“) – tato metoda je založena na přirozeném společném kontaktu člověka a zvířete. Může se jednat jak o formu pasivní, například umístěním akvária do společenské místnosti, nebo aktivní, kdy dochází k bezprostřednímu kontaktu mezi klientem a zvířetem. (8)
- Animal Assisted Therapy („AAT“, „terapie za pomoci zvířat“, „terapie“) – zvířaty asistovaná terapie, při níž je kladen důraz na kontakt člověka a zvířete, jenž je cílený na záměr zlepšení psychického, fyzického, citového, poznávacího stavu klienta. (8)

Velmi často se můžeme setkat s dalšími dvěma děleními canisterapie, jež zmiňuje i autor Velemínský.

- Animal Assisted Education („AAE“, „vzdělávání za pomoci zvířat“, „vzdělávací činnost“, „edukace“) – cílený, nebo přirozený kontakt mezi člověkem a zvířetem, který je zaměřený na zlepšení výchovy a vzdělávání či jejich rozšíření a dále také na rozšíření či zdokonalení sociálních dovedností klienta.
- Animal Assisted Crisis Response („AACR“, „krizová intervence za pomoci zvířat“, „KI“) – přirozený kontakt jedince a zvířete, který byl postaven do krizové situace, zaměřen na odbourání stresu a celkové zlepšení psychického či fyzického stavu klienta. (9)

Galajdová poukazuje na konkrétní rozdíl mezi „AAA“ a „AAT“. Zatímco výsledky „AAA“ můžeme kontaktovat pouze v pojmech radosti, spokojenosti a štěstí, výsledky, které jsme schopni získat pomocí „AAT“, jsou objektivně měřitelné a pozorovatelné. Cílem „AAT“ tak může být posílení žádoucího chování, nebo utlumení chování, jež je nežádoucí. Příkladem můžou být různé fobie nebo nácvik nových schopností, jako komunikace nebo chůze. (3)

1.5. Formy canisterapie

Autor Velemínský spolu s kolektivem autorů definují se své knize několik forem canisterapie.

Podle počtu klientů – canisterapii je možno vykonávat jak individuálně, tak skupinově.

- **Individuální** – zahrnuje setkání jednoho klienta s jedním, popřípadě i s více canisterapeutickými týmy. Individuální canisterapie má velkou výhodu v navržení programu přesně podle individuálních potřeb klienta. Může cíleně působit na jeho potřeby. Může dojít k intenzivnějšímu kontaktu se psem a eliminování rušivých vlivů vycházejících z okolí.
- **Skupinová – canisterapie** řídí vzájemnou interakci klientů se psy obvykle jedna pověřená osoba. Důležité je zajistit adekvátní poměr klientů a psů a při programu nezapomínat na všechny klienty. Zapojit všechny klienty do činností a umožnit jim kontakt se psem. Nespornou výhodou skupinové terapie je, že každý klient si může vybrat psa dle jeho předností, vzhledu, velikosti i dalších kritérií. Výhodou je také uspokojení více klientů v zařízení. Nevýhodou je však jako omezení možnosti specifikace individuálních cílů a jejich naplňování vzhledem k tomu, že se objevuje častá různorodost skupin. (9)

Podle kontaktu klienta se psem:

- **Aktivní** – jedná se o přímý kontakt, člověka a psa. Navozuje se intimnější vztah, i pocity a vnímání klienta jsou silnější.
- **Pasivní** – pasivní kontakt zvířete nastává v případě, kdy se klient nezapojuje do aktivit se psem. Může se jednat o pasivní pozorování, ale přesto se díky němu klient cítí pozitivně, pouhou přítomností zvířete. (8)

Podle délky poskytované terapie: v případě, že se nejedná o jednorázovou terapii, je třeba, aby byla canisterapie prováděna v pravidelných intervalech.

- **Dlouhodobá spolupráce** – jedná se o spolupráci v delším časovém rozmezí, nejčastěji ve formě návštěvního typu, kdy canisterapeut spolu se psem dochází do zařízení opakovaně v delším časovém intervalu, například půl roku. Canisterapeut může navštěvovat klienta i v domácím prostředí, v rodině. (9)
- **Krátkodobá spolupráce** – jedná se o jednorázové případy užití cílené canisterapie. Spolupráce může probíhat ve školách a v ústavních zařízeních u klientů bez ohledu na věk. Může se jednat pouze o jedno setkání. (9)

Je zřejmé, že canisterapie má velmi široké využití. Může se uplatnit v oblasti sociální i zdravotní. Její působení pomáhá mnoha způsoby, avšak vycvičit daného psa, aby byl schopen poskytovat plnohodnotně canisterapeutické praktiky, je velmi náročné a vyžaduje spoustu úsilí a času.

1.6. Techniky canisterapie

Existuje hned několik možných technik canisterapie. Canisterapie není omezena věkově, jedná se o způsob komunikace s klientem, kdy navozujeme klientovi kontakt se psem, který musí probíhat v bezpečném prostředí. Cílená aktivita musí zahrnovat spolupráci klienta, canisterapeuta, psa, ošetřujícího pracovníka nebo ergoterapeuta.

Musí se jednat o cílenou terapii, na níž se všichni účastníci dohodnou. Využívá se mobilizace klienta, jeho psychické a fyzické schopnosti.

1.6.1. Prohřívání

Při této technice využíváme prohřívání individuálních částí těla klienta psem. Pes má přirozeně vyšší tělesnou teplotu. Prohřívání je jedna z technik individuální terapie, která je založena na přímém fyzickém kontaktu klienta a psa pod pečlivým dohledem canisterapeuta a ošetřujícího pracovníka. (8)

Aby mohla terapie probíhat cíleně, je třeba navozený důvěrný vztah klienta ke psovi. Pokud chceme, aby prohřívání bylo prospěšné, je potřeba zabezpečit klidné prostředí a dostatek času. Klient musí být seznámen s průběhem a formou canisterapie, aby mohlo dojít k uvolnění a pozitivnímu působení. Při prohřívání může dojít k pozitivním změnám u klienta již po krátkém čase, ale může to trvat i delší dobu.

Při prohřívání dochází k navození libých pocitů. Můžeme pozorovat zklidnění klienta, uvolnění spasmů, oživení mimiky, zvýšení citlivosti, prohřátí končetina další. (9)

Poloha klienta při prohřívání záleží na jeho individuálních potřebách. Tyto potřeby musí canisterapeut konzultovat s fyzioterapeutem a ošetřujícím personálem. Před zvolením správné polohy psa u klienta, musí canisterapeut brát ohled na velikost psa a fyzické možnosti klienta. (8)

1.6.2. Cílené canisterapeutické aktivity

„Náměty canisterapeutických aktivit byly čerpány ze Zouharové; Szabové (1999); Bortenschlagera; Kalinové (2004 b); Her se začleněním psa, psa jako motivačního prvku a z canisterapeutické praxe členů Výcvikového canisterapeutického sdružení HAFÍK.“ (9 str. 184)

Autor Velemínský uvádí několik příkladů cílených canisterapeutických aktivit. Pomocí aktivit můžeme procvičit jemnou i hrubou motoriku. Pokud je canisterapie zaměřena na jemnou motoriku, musí canisterapeut dbát na to, aby byly prostrídány obě ruce. Procvičování může probíhat například manipulací s karabinami, ať už na obojku, vodítku nebo postroji psa. Můžeme využít různě velké granule, hračky a pomůcky k procvičení jemné motoriky. Při činnostech zacílených na hrubou motoriku využíváme přirozené interakce psa s klientem (procházka, házení míče), kdy klient sám mobilizuje své fyzické možnosti a snaží se dosáhnout nejlepších výsledků. (9)

Při canisterapii pes poskytuje klientovi mnoho podnětů (zrakové, hmatové, čichové, sluchové). Dochází k samovolnému sociálnímu kontaktu klientů navzájem. (13) Přítomnost psa podněcuje klienta ke komunikaci.

Pomocí přítomnosti psa a společných aktivit dochází k psychosociální podpoře. Vznikají emoční pozitivní prožitky díky kontaktu se psem, hraní si s ním. Klient získá společníka, ke němuž má důvěru, rozumí si s ním a má ho rád.

Přímý fyzický kontakt přináší klientovi pozitivní naladění (hlazení, mazlení). Klient může vyžadovat být se psem v klidu, nejsou potřeba žádné aktivity. Klienti chtějí občas jen sedět, ležet u psa, cítit jeho přítomnost.

Aktivity se psem výrazně posilují sebevědomí, sebedůvěru, navazování nových vztahů. Vytrhnou daného klienta z izolace, osamění a mírně z negativismu. Podporují integraci klienta do kolektivu. Existují aktivity, jež napomáhají jedinci orientovat se v prostoru a klient tak dokáže rozpoznat, kde je nahoře, dole, vpředu, vzadu. Učí se rozeznávat různý materiál, například na obojku. (9)

Je velice důležité všechny aktivity prováděné s jedincem přizpůsobit jeho individuálním možnostem. V případě, že je klient indisponován v jakékoli oblasti, je třeba najít náhradní

program a vykompenzovat oblast jinou, přijatelnou aktivitou. Především senioři jsou velice často indisponováni v oblasti sluchu, pohybu a v mnohém dalším. (9)

1.7. Přínos, efektivita canisterapie

Canisterapie je metoda, která má velmi rozsáhlý záběr, tudíž můžeme její postupy aplikovat na všechny cílové skupiny. (4)

Vzhledem k orientaci bakalářské práce se nyní konkrétně zaměříme na přínos a efektivitu canisterapie u seniorů.

Mezi člověkem a psem vznikne často důvěrný vztah. Především u těch klientů, jež dříve sami měli psa doma nebo v oblibě. (10)

Galajdová ve své knize poukazuje na čtyři hlavní oblasti pozitivních účinků domácích zvířat na seniory, jež vymezila Lynette A. Hartová (1995). Jedním z pozitivních účinků, které popisuje, je socializující efekt zvířete jako společníka pro osoby seniorského věku, které ztratily své přátele a rodinu, hlavně nemají-li potomky nebo pracovní uplatnění, jež by jim dodávalo společenskou důležitost. Pes tak zastává roli zprostředkovatele v navázání nového přátelství. Další pozitivní účinek může mít pes pro klienty, kteří se soustředili na svou sociální roli a postupem času o ni přišli. Obzvláště ve složitých životních situacích (např. ztráta partnera) se stává pes důležitou citovou oporou. Zvířecí společníci dokáží i motivovat k začlenění osob staršího věku do společnosti, dbát o sebe ale i o druhé. (3)

1.7.1. Pes v zařízení pro osoby seniorského věku

Ne úplně každý má možnost strávit své stáří po boku milující osoby nebo v kruhu rodiny a přátel. Ve stáří člověk potřebuje více vzájemnosti a soudržnosti s okolím. Mnozí, i takoví, kteří v minulosti neměli zájem mít domácí zvíře, mohou ve stáří pocítit jistou samotu. Touží po společnosti, která může být i ve formě zvířete (rybičky, pes, kočka). (5)

Galajdová se domnívá, že pobyt v domově seniorů může být mnohdy stresující. Seniora může občas postihnout pocit bezmoci a neúčinnosti. Ztráta zájmu o kontakt s okolím, nedostatek vnějších impulsů, které vedou k nostalgii a depresi, či nedostatek možnosti seberealizace. V některých případech hrozí i velmi napjatý vztah mezi uživateli a ošetřujícím personálem. Přejde-li do takového prostředí pes, může dojít o navození lepší uvolněné atmosféry, vzniknou podněty k povídání. Při každé návštěvě canisterapeuta se psem vzniká pozitivní rozptýlení, klienti se mohou těšit na další setkání se psem a jejich den je zase o něco víc naplněný.

Autorka Galajdová zmiňuje nedávný výzkumný poznatek bez odkazu na místo výzkumu, že pes dokáže natolik citově zapůsobit na člověka, že vyvolá dávno utlačované emocionální vzpomínky. U nemocného tak roste jeho rozpoznávací schopnost. Dále je prokázáno, že díky psovi zaniká pocit osamění a tím dochází ke zlepšení imunitního systému. Kvůli emoční samotě strádá člověk nejen z pohledu psychického, ale také fyzického. (5)

Jedinci, kteří již nekomunikují a mimiku užívají jen v ojedinělých případech, se při terapii dokážou i usmát a zvíře si pohladit. (10)

2 Osoba seniorského věku

2.1. Osoba seniorského věku

Jedince, který se nachází v období stáří, můžeme označit několika možnými pojmy z odborných literatur. Gerontologie nejčastěji užívá pojem „geront“, v literatuře psychologického zaměření můžeme spatřit pojem „senescent, jinde se mluví o „starých“ nebo o „důchodních“. Obzvláště pojmenování „starý“ je negativním citovým útokem. Nevhodnost užívání tohoto označení zdůraznily i materiály OSN při příležitosti Mezinárodního roku starších lidí. (14)

„Pojem „senior“ se ve vzdělávací praxi začal používat především proto, že je významově neutrální. Pro jeho kodifikaci ve vědách o výchově mluví to, že

- *neexistuje jiné emočně nezátížené obecné označení pro člověka v celém věkovém období stáří*
- *systemově navazuje na pojem sénium*
- *je jasný a flexibilní*
- *je příznivě přijímán a používán samostatnými účastníky vzdělávacích aktivit“ (14 str. 27)*

2.2. Vymezení stáří

Přestože existuje mnoho odborných publikací, kde je popsáno období stáří, přesně určit hranici počínajícího stáří je velice obtížné. Stárnutí je velice individuální proces. U každého se proces vyvíjí jinak. Nepostihuje celý organismus záraz, ani jeho funkce nezasahuje rovnoměrně. Obecně se uvádí, že senior je osoba starší 65 let. (15) V materiálech a statistikách OSN se jako základ „stáří“ uvádí věk 65let, doplňuje Pacovský. (16) Komplikace spojené se stářím jsou nemožné odstranit, navyšují se různá rizika. Jedná se o pohybové zdatnosti, úbytek mentální kapacity, zhoršení zrakového a sluchového vnímání. (15)

Klinické zvláštnosti se nejnápadněji projevují u osob ve věku 75 let a výše, v některé části populace také ve věku 60 až 74 let. Nejpočetnější klinické problémy se objevují v období senia. To je důvod, proč se období senia označuje jako křehké, zranitelné stáří. (16)

Ke stáří patří sociální dopady vyplývající ze zdravotních omezení. Vzniká negativní postoj společnosti k seniorům. Ten je zapříčiněn velkým množstvím mýtů a předsudků, které mohou v některých případech vést až k věkové diskriminaci, tzv. ageismu.

Se stářím a stárnutím souvisí hlavně:

- Životní změny
- Změny zdravotního stavu
- Seberealizační změny
- Komunikační změny
- Sociální změny
- Změny sociálních rolí – v rodině, ekonomická nečinnost, zvyšující se předpoklad ztráty soběstačnosti, zvyšuje se riziko osamělosti

Je potřeba mít na paměti, že stáří není nemoc ani postižení. Je to jedna z mnoha dalších přirozených fází našeho života. (15) Pacovský zdůrazňuje, aby každý stárnoucí člověk byl členem společnosti. Společnost by měla přijímat stáří jako přirozenou realitu a brát populaci staršího věku jako nedílnou součást celé společnosti. (16)

„Cílem je nikoliv segregace, ale integrace!“ (16 str. 25)

Mühlpachr zastává názor, že stáří není choroba. Přestože je mnohdy provázeno zvýšeným výskytem chorob. Ale není podmíněno, že v období stáří dochází ke ztrátě soběstačnosti důsledkem stárnutí. Ze zdravotního a funkčního hlediska se stav u seniorů historicky a generačně zlepšuje. Má smysl, abychom usilovali jak o zabezpečení nemocných a závislých starých osob, tak o vylepšování stavu ve stáří. Jednak ze zdravotního a funkčního hlediska, jednak kvůli prevenci závislosti. (15)

Dle WHO klasifikace se stáří dělí na několik etap:

- První etapa se nazývá tzv. **rané stáří** (věk 60–74 let), kdy jedinec je relativně aktivní, nezávislý a soběstačný. Nemá problémy s udržováním sociálních vztahů a komunikací s okolím.

- **Vlastní stáří** (věk 75-89 let) je druhou etapou staří, které je spojováno se ztrátami blízkých osob, včetně životního partnera. Zhoršující se zdravotní stav s sebou nese řadu omezení. Vyskytují se komplikace v soběstačnosti, samostatnosti. Dochází k omezení sociálních kontaktů.
- Třetí, poslední etapou je **dlouhověkost** (90 let a více).

Výše uvedené rozdělení je obecného charakteru, stejně jako je každý člověk unikátní, tak mohou být odlišné jeho požadavky a schopnosti v jednotlivých obdobích. (4)

„Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné a následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné a jednotné vymezení i periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými.““ (15 str. 18)

Dle autora Pavla Mühlpachra můžeme stáří vymežit také do následujících 4 kategorií a to:

1. **Biologické stáří** – označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů. (15) Výrazným vlivem je nepochybně celoživotní působení zevního prostředí a způsob života a zcela jistě i chorobné situace. (16)
2. **Sociální stáří** – období, jež je vymezeno kombinací několika sociálních přeměn nebo splněním jistého kritéria – v nejčastějším případě tzv. penzionování, přesněji řečeno období, kdy je dosaženo jistého věku, ve kterém vzniká nárok na odchod do penze. (15) Sociální věk obsahuje rozmanité stránky sociálního života člověka. (16) Převraty životních rolí, změna životního způsobu i finančního opatření. Stáří v tomto smyslu chápeme jako sociální událost.
3. **Kalendářní (chronologické) stáří** – vyhraničení počátku stáří a periodizace kalendářního stáří je velice obtížné, vždy se jedná spíše o schématické naznačení věkových hranic, neboť každý jedinec je individuální a může se danému vymezení vymykat. Význam periodizace je spíše orientační k odhadnutí jistých potřeb, rizik

a nároků vůči společnosti u jedinců v jistém věku. (17) Je aplikován demografický pohled, z něhož vyplývá, že čím vyšší máme poměr seniorů ve společnosti, tím vyšší se určuje hranice stáří. Značná výhoda kalendářního vymezení stáří je v jeho prostotě, jednoznačnosti a ve snadném srovnání. (15). Z kalendářního věku vycházejí různá pravidla či zvyklosti o stárnutí a staří. (16) Nejčastěji se uvádí dělení:

65-74 let mladí senioři (potíže s adaptací na penzionování, volný čas, seberealizace)

75-84 let staří senioři (změny ve funkčních zdatnostech, typická medicínská problematika, neobvyklý průběh nemocí)

85 a více velmi staří senioři (sledování soběstačnosti a zabezpečení) (17)

- 4. Dlouhověkost** – je označením pokročilého věku, většinou nad 90 let. Tvoří jen malý zlomek naší populace, počet se i tak zvyšuje díky zvýšené životní úrovni, medicínskému pokroku, snížení požadavků životního prostředí na fyzickou zdatnost. (15)

„Příčiny stárnutí a stáří nejsou stále jasně uspokojivě vysvětleny. Bylo vysloveno několik množství hypotéz více či méně originálních, které se významně prolínají a jejichž popularita osciluje.“ (15 str. 19)

Důležité je zmínit pojem funkční věk, jež Pacovský popisuje jako skutečný funkční potenciál jedince. Funkční věk nebývá totožný s věkem kalendářním. (17) V tomto případě si jistě dokážeme vybavit ve svém okolí jedince, které bychom mohli označit jako aktivní seniory a neaktivní seniory. Jsou běžné případy, kdy se setkáváme se seniorem ve věku 65 let, který je aktivnější než jedinec ve věku 40 let. Pacovský podotýká, že při posuzování starého člověka bychom se měli řídit věkem funkčním. (17)

2.3. Změny ve stáří

Mühlpachr označuje stárnutí neboli gerontogeneze za podmíněný, druhově specifický celoživotní proces.

„Je to proces individuální, který probíhá se značnou interindividuální variabilitou (každý člověk stárne do určité míry svým tempem) danou nejen různou genetickou výbavou, ale také různými životními podmínkami, interakcemi s prostředím, odlišným zdravotním stavem i životním způsobem.

Současně jde o proces asynchronní (heterochronní), postihující nerovnoměrně různé struktury a funkce organismu, opět zčásti v souvislosti s jejich zatěžováním a stimulováním (aktivita) či poškozováním (chorobné procesy). Průběh stárnutí může být modulován také pozdními důsledky zásahů (vlivů) v tzv. kritických vývojových periodách, vyznačujících se mimořádnou vnímavostí a ovlivnitelností organismu.“ (15 str. 22)

Mühlpachr zmiňuje involuci biologickou, tělesnou a duševní.

- **Involuce biologická** – vychází u každého individuálně na základě genetických dispozic. (15) Nejen genetické dispozice mají vliv na přirozené – fyziologické stárnutí, ale i vliv prostředí, jež na jedince působí po celé období života. (16)

Základními znaky biologického stárnutí podle Pacovského jsou: zpomalení a oslabení téměř všech regulačních funkcí, snížené adaptační schopnosti a odolnosti k zátěži, pokles imunity, změna citlivosti receptorů, zpomalení psychomotorického tempa. (16)

- **Involuce tělesná** – nastává již po šedesátém roce života a nabývá rychlejšího tempa. Při náročnějším a delším pohybu se zvětšuje u seniora křehkost kostí. Dochází k atrofii svalů, reflexy slábnou a nejsou schopny plně regulovat krevní tlak. Nehybnost z donucení může způsobit kromě fyziologických potíží i úzkost a depresivní stavy. Srovnáme-li stav organismu s jedincem ve věku 20 let, má šedesátiletý člověk vitální kapacitu plic téměř o polovinu menší. V jednotlivých orgánech ubývají funkční tkáně, které jsou nahrazeny vazivem, což je pouhá výplň. Zvýšená citlivost očí na silné světlo, objevují se oční choroby, zhoršuje se sluch. Ve věku sedmdesát let a více klesá citlivost na vysoké tóny, velmi často jedinci nedoslýchají. S rostoucím věkem přímo úměrně stoupá počet seniorů se srdečními chorobami, chronickými záněty kloubů nebo s hypertenzí. Po sedmdesátém roce života je hojná tzv. polymorbidita.

Polymorbidita je současný výskyt více než jedné chronické nemoci. Úraz je velmi častou příčinou nemoci a smrti ve stáří. Zlomenina se obtížně regeneruje a u člověka po sedmdesátém roku se už nezhojí. (15)

Způsob, jak člověk žil, se významně podílí na jeho stavu ve stáří. Pokud se jedinec stravoval zdravě, dodržoval správnou životosprávu, má pak větší šanci na stáří s menším omezením než jedinec, který se o svou životosprávu nestaral, stravoval se nepravidelně, užíval často alkohol a nesportoval. Za zmínku stojí myšlenka, že senior obklopený rodinou a vnoučaty se lépe udržuje v kondici.

- **Involuce duševní** – psychologické stárnutí, kdy integrita osobnosti většinou zůstává bez poškození, avšak dílčí funkční schopnosti prochází velkými změnami, například z oblasti poznávacích schopností jako je paměť, vnímání, představy, myšlení. (16) Je velmi těžké rozpoznat, zda se jedná o involuční změny přirozené, anebo ovlivněné následkem duševní poruchy doplňuje Mühlpachr. (15) Jedinec může přehodnotit a přesunout pořadí svých potřeb, hodnot a cílů. Citové prožívání je oslabené, ztrácí na intenzitě, v některých případech je jedinec netečný, v převaze je touha po vlastním soukromí a pohodlí. (16) Senior je méně motivován ke svým činnostem a méně ho daná aktivita zajímá, je zvýšeně bedlivý. Více než rychlost je pro něj důležitá přesnost. Důkazem jsou toho klasické situace jako například přecházení silnice, kontrola a přepočítávání peněz při nákupu, záznam telefonického vzkazu a podobně. Mühlpachr pokládá za zajímavé vysvětlení tohoto jevu autorkou Neugartenovou (1968, s. 112):

„Hovoří o kohortovém efektu – jestliže jsou dnešní geronti v mnoha věcech pomalejší než dnešní lidé středního věku, může být příčina v tom, že byli jinak vychováni a vůbec se jinak psychicky vyvíjeli, přijali jinou představu o stáří než dnešní lidé středního věku.“ (15 str. 26)

Taková osoba nemá zájem o současné dění. V myšlenkách se drží hlavně minulosti. Přestože měla dříve dotyčná osoba plno zájmů, přátel, koníčků, může se nyní stranit společnosti. Zájem nezískají ani televizní pořady, filmy či knihy. Svůj domov opouští pouze po delším přesvědčování a často s doprovodem. (10)

Obecným uznávaným znakem seniorského období je negativní snášení změny. Stěhování či jiná životní změna většího rázu je pro staršího člověka velkým traumatem. I tady funguje přímá úměra, čím je jedinec starší, tím je pro něj daná změna traumatictější. (15)

Od okamžiku, kdy si jedinec uvědomí poprvé fakt, že stárne, nastává problém jeho reakce a adaptace na stáří. (16)

Změny ve stáří se týkají i náhlých změn zdravotního stavu, velmi časté je cévní onemocnění mozku – konkrétně například cévní mozková příhoda (mrtvice) neurčená jako krvácení nebo

infarkt. Často se cévní mozková příhoda projevuje jako náhle vzniklá porucha řeči, spadnutí ústního koutku, defekt hybnosti a citlivosti jedné či obou končetin na jedné straně těla.

Osoby po cévní mozkové příhodě (nebereme-li ohled na lokalizaci a rozsah léze) se častěji stávají dementními, akutně po příhodě, nebo je možnost vnímat postupnou progresi. Až čtvrtina jedinců jeví známky zmatenosti. (18)

2.4. Aktivizace osob seniorského věku

I ve stáří je velice důležitá tělesná i duševní aktivita. Nečinnost je spojena s prázdnotou a nízkou kvalitou života. Při aktivizaci seniorů je třeba dbát na individuální přístup. Každá aktivita je podmíněna tím, co je senior schopen zvládnout, co umí a co chce dělat. K aktivizaci seniorů můžeme využít několik metod canisterapie. Motivace k pohybu, podpora duševního stavu klienta, posílení identity, váženosti jednotlivce a sebeúcty. Podpora pocitu sounáležitosti, snaha o odbourání pocitů osamocení a opuštěnosti. (4)

2.5. Demence

Slovo demence je původem odvozeno z latinského *de-mens*, tedy nerozum, nepřičetnost nebo šílenost. Tohle slovo bylo prvně použito Aureliusem Corneliusem Celsusem v jeho známé knize – De medicina v době 1. století jako protiklad deliria. Psal se tehdy rok 1814, kdy byl pojem demence zaveden do moderní psychiatrické klasifikace Domoniquem Esguirolem. (18)

Slovo demence je užíváno lékaři, aby mohli specifikovat určitý stav. Demence neznamená šílený. Výraz demence byl odborníky shledán nejvhodnějším, protože je nejméně urážlivým. Nejpřesněji popisuje tuto skupinu nemocí. Novější, významově shodný termín je neurokognitivní porucha. Tento termín je využíván některými lékaři a výzkumníky místo termínu demence. Demencí je označována skupina symptomů, jež mohou být zapříčiněny mnohými chorobami. (19)

Autor Růžička definuje demenci následovně:

„Demence je získaná porucha paměti a dalších kognitivních funkcí, jež je natolik závažná, že je na překážku běžným životním činnostem postiženého jedince. Pokles kognitivních schopností se vyznačuje poruchami úsudku a myšlení při cílených činnostech a při všeobecném zpracování informací. Zároveň bývá patrna emoční labilita, neklid či apatie a projevující se změny sociálního chování.“ (18 str. 21)

Demence (F00-F03) je dle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených příznaků klasifikována jako:

..., syndrom způsobený chorobou mozku obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“
(20 str. 189)

V případě demence se jedná o mnohem komplexnější poruchu než jen poruchu paměti. Postiženo je myšlení, orientace, porozumění, uvažování, schopnost vzdělávat se, početní dovednosti, řeč i úsudek. Proces demence výrazně naruší celý život jednotlivce. Od nenápadné, ale progredující se redukci původních, oblíbených zájmů a aktivit, přes ztrátu soběstačnosti, sociálních a hygienických návyků, až ke ztrátě schopnosti komunikovat a samostatně se pohybovat. Tak může vypadat celkový proces. U většiny demencí považován za ireverzibilní a končící smrtí. (19)

2.5.1. Diagnostika demence

Rozpoznat demenci, odlišit ji od dalších mentálních poruch a zjistit její příčiny není vždy lehké. Přes hojný výskyt se hned z několika důvodů v diagnóze demence chybuje. Mnohdy bývá stanovena pozdě nebo nepřesně. (18)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• pacient se nesvěří s poruchou paměti• kognitivní dysfunkce je překryta sociálně přijatelným chováním• poruchy se neprávne přičítají stárnutí• zanedbávání kognitivních funkcí při vyšetření, nerozpoznání časných známek demence• věková diskriminace pacientů |
|--|

Tabulka 1 Podklad diagnostických chyb u demence

Diagnóza plyne ze standardizovaných diagnostických kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10 obecná kritéria demence) a Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V). Soustavy kritérií souhlasí v tom, že u diagnózy demence je rozhodující:

- porucha paměti a dalších kognitivních funkcí (pokles rozumových schopností z původní vyšší úrovně)
- změny osobnosti a změny v chování
- postižení překáží v každodenních činnostech, včetně profesního uplatnění a sociálního zapojení
- postižení se vyznačuje chronickým, postupně se zhoršujícím průběhem (platí zejména pro neurodegenerativní onemocnění)
- v době diagnózy není narušeno vědomí a nejsou přítomny známky odpovídající deliriu (18)

Neurokognitivní poruchy (dále jen „NKP“), jež jsou uvedené v DSM-IV jako „demence, delirium, amnestické další kognitivní poruchy“, začínají u deliria, následně jsou provázeny syndromy závažné NKP a mírné NKP a jejich etiologickými podtypy. Závažné či mírné NKP mohou být způsobeny například Alzheimerovou nemocí. Kategorie neurokognitivních poruch zahrnuje skupinu získaných poruch, nikoli vývojově podmíněných. Primární deficit začíná v kognitivních funkcích. Mezi NKP jsou zařazeny takové typy poruch, jež nemají narušeny kognitivní funkce od narození nebo od raného vývoje, ale naopak došlo k funkčnímu úbytku z již dříve získané úrovně. (21)

O syndromu demence mluvíme proto, jelikož jej tvoří jednotlivé příznaky. Symptomy se dle vyvolávací příčiny nemusí zobrazovat všechny. V případě, že se objeví všechny, nemusí k tomu dojít ve stejné chvíli. Příznaky se mohou rozvinout v různé rychlosti, a to do proměnlivé šíře. Syndrom demence musíme zvažovat při kombinaci poruchy paměti, poznávání, řeči a jazyka, praxe, emotivity a sociální adaptace. (18)

„Demence je choroba, u níž dochází k významnému snížení paměti, intelektu a dalších tzv. poznávacích (kognitivních) funkcí od jejich původní úrovně a k druhotnému úpadku všech dalších psychických funkcí. Demence vzniká kdykoliv po vytvoření základů poznávacích funkcí, po 2. - 4. roce života. Výskyt demencí výrazně stoupá s věkem.“ (Mühlpachr, 2008, str. 40, cit. dle Jiráka, Obenbergera, Oreisse, 1998, str. 8)

Demence je zařazena do nové skupiny „závažná neurokognitivní porucha“. Termínu demence můžeme využít v případě etiologických podtypů, u nichž je tento výraz běžný. Pojem demence je zachován z důvodu kontinuity a může být i nadále užíván v prostředí, kde jsou lékaři

a pacienti na tento termín navyklí. V DMS-5 nalezneme diagnostická kritéria syndromu demence. Mnoho NKP se obvykle vyskytuje s ostatními poruchami. (21)

Platná Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-10) trvá na tom, aby stav pacienta trval alespoň po dobu 6 měsíců, čímž zamezíme možnosti záměny s přechodnými stavy imitující demenci. (22)

Níže jsou uvedena obecná diagnostická kritéria pro demenci dle MKN 10, jež uvádí ve své knize manželé Hrdličkovi. (22)

ICD – 10 <i>(Mezinárodní klasifikace nemocí, 10.revize, Praha 1992)</i> Musí být splněna všechna kritéria:
1. Poruchy paměti.
2. Zhoršení myšlení, úsudku, zpomalený tok myšlenek.
3. V době vyšetření nutný průkaz jasného vědomí.
4. Úbytek emoční kontroly nebo změna v sociálním chování: a) emoční labilita; b) podrážděnost; c) apatie; d) obhroublost ve společenském vystupování
5. Trvání stavu nejméně 6 měsíců.

Tabulka 2 Obecná diagnostická kritéria pro demenci dle MKN 10

Máme k dispozici nový diagnostický statistický manuál duševních poruch DSM-V, zmíníme tak aktuální diagnostické kritérium závažné a mírné neurokognitivní poruchy, jež zahrnuje právě demenci.

Závažná neurokognitivní porucha a její diagnostická kritéria:

A. Přítomnost významného kognitivního zhoršení z předchozí úrovně výkonnosti v jedné či více kognitivních funkcích (celková, pozornost, exekutivní funkce, učení a paměť, řeč, psychomotorické funkce, sociální kognice) založené na:

1. Stížnostech jedince, informované blízké osoby nebo lékaře, že došlo k významnému poklesu kognitivních funkcí, a na:

2. *Podstatným narušení kognitivní výkonnosti, přednostně dokumentované standardizovaným neuropsychologickým testováním nebo, pokud chybí, kvantifikované jiným klinickým vyšetřením.*
- B. *Kognitivní deficit narušuje běžné činnosti jedince (tzn. alespoň minimálně vyžadující asistenci s komplexními instrumentálními aktivitami běžného života jako je placení účtu nebo užívání léků.)*
 - C. *Kognitivní deficit se nevyskytuje výhradně v souvislosti s deliriem.*
 - D. *Kognitivní deficit nelze lépe vysvětlit jinou duševní poruchou (např. depresivní poruchou, schizofrenií). (20 str. 633)*

Mírná neurokognitivní porucha a její diagnostická kritéria:

- A. *Přítomnost mírného kognitivního zhoršení z předchozí úrovně výkonnosti v jedné či více kognitivních funkcích (celková, pozornost, exekutivní funkce, učení a paměť, řeč, psychomotorické funkce, sociální kognice) založené na:*
 1. *Stížnosti dotyčného jedince, informované blízké osoby nebo lékaře, že došlo k mírnému poklesu kognitivních funkcí; a*
 2. *Mírné narušení kognitivní výkonnosti, dokumentované především standardizovaným neuropsychologickým testováním, případně kvantifikované jiným klinickým vyšetřením, pokud standartní testování chybí.*
- B. *Kognitivní deficit nenarušují soběstačnost v běžných činnostech jedince (tzn. komplexní instrumentální běžné činnosti, jako je placení účtu nebo užívání léků, jsou zachovány, ale vyžadují větší úsilí, kompenzační strategie nebo úpravy).*
- C. *Kognitivní deficity se nevyskytují výhradně v souvislosti s deliriem.*
- D. *Kognitivní deficit nelze lépe vysvětlit jinou duševní poruchou (např. depresivní poruchou, schizofrenií). (20 str. 635)*

2.5.2. Rozdělení demenci

Autor Jirák spolu s kolektivem rozděluje demenci do tří základních skupin:

- a) Primárně degenerativní (atroficko-degenerativní) demence (Alzheimerova choroba, korová nemoc s Lewyho tělísky, demence při Parkinsonově chorobě, Huntingtonova chorea). (23)
- b) Ischemicko-vaskulární demence (demence, jež vzniká důsledkem cévního postižení mozku – například multiinfarktová demence, vaskulární demence s nenadálým začátkem).
- c) Další symptomatické (sekundární) demence. Tyto demence představují projevy postižení funkce mozkové, které bylo způsobeno jinými chorobami (např. infekčními), zraněními mozku, intoxikacemi apod.

Autorka Elisabeth Lange zmiňuje i léčitelné formy demence, za něž považuje zapomětlivost a dezorientaci, které jsou v ojedinělých případech přechodné a dají se úspěšně léčit. V takovém případě hovoříme o tzv. reverzibilních demencích. (10)

Existují také demence smíšeného typu s četností asi 10 % ze všech demencí. Za takové demence označujeme ty, jež vznikají na smíšeném podkladě, nemocný například trpí jak Alzheimerovou chorobou, tak ischemicko-vaskulární demencí. (24)

Vzhledem k zaměření této práce se v následujících kapitolách budeme zabývat Alzheimerovou demencí více podrobněji.

2.5.3. Zvířata a možnost jejich využití při onemocnění demencí

Existuje velké spektrum působení zvířat na osoby s demencí. Zvířata předvádí mosty ke vzpomínkám. Dochází ke stimulování smyslů. Působí na emoce, pocity a pohodu. Přispívají k udržení ještě existujících kompetencí. Důležitým předpokladem, aby terapie probíhala správně, je pozitivní postoj klienta k psovi. (25)

2.6. Alzheimerova choroba

Alzheimerova nemoc je velice závažná neurodegenerativní choroba, která se projevuje klinicky demencí. Jedná se o nejhojnější příčinu demencí vůbec, je jednou z nejběžnějších příčin smrti (dle statistik ze západní Evropy a z USA 4.–5. nejčastější primární důvod smrti). (18)

Alzheimerova choroba je jednou z nejčastějších příčin nezvratné demence. Autorka Mace a spol. ji popisuje jako postupné zhoršování intelektu, počínající zapomnětlivostí a končící úplnou invaliditou. Lidé, jež jsou zasaženi touto chorobou, mají postihnuty strukturální

a chemické změny v mozku. Není znám žádný způsob, jak nemoc zastavit nebo vyléčit. (19) Její četnost roste přímo úměrně s věkem, za každých 5 let se její četnost přibližně zdvojnásobí, ve věku 65 let demencí tohoto typu trpí 2–3% populace, 70 % je to 6 %, v 75 letech hranice stoupá již na 12 % a tak dále. (24)

V roce 2009 bylo ve státě Francie nemocných osob s Alzheimerovou chorobou či podobnými patologiemi téměř osm set padesát tisíc. V České republice to bylo na počátku roku 2010 více než sto dvacet tisíc lidí. Dle autorky Mathildy Renault by číslo mohlo v následujících letech narůstat vzhledem ke stárnoucí společnosti. (26)

2.6.1. Obecná charakteristika

Alzheimerova choroba zapříčiňuje progresivní odumírání nervových buněk v mozkové hemisféře. V závislosti na podmínkách, v jakém je jedinec zdravotním stavu, může vývoj nemoci trvat 8 až 20 let. Přestože jsou projevy a rysy Alzheimerovy nemoci víceméně podobné, každá postižená osoba je prožívá zcela individuálně. Nemoc má své vlastní tempo s postupujícím zhoršením, avšak zhoršení neprobíhá u jedinců ve stejné formě a také příznaky bývají odlišné. (27)

Následkem mechanismů, které nejsou prozatím přesně známy, vznikají v mozku amyloidové plaky, které zapříčiňují poškození neuronů a synapsí. Lidé, jež trpí Alzheimerovou chorobou, mají v mozku klubička vzniklá poškozením neuronových vláken. Vlivem tohoto poškození postupně dochází k rozkladu neuronů a následkem toho dochází u nemocného k poškození kognitivních funkcí. (26)

V závislosti na časovém kritériu rozlišujeme dvě formy Alzheimerovy choroby:

- Presenilní forma s časným začátkem (do věku 65 let.) Výskyt Alzheimerovi choroby ve věku pod 65 let je méně obvyklý, pod 50 let velmi ojedinělý a vzácný. (23)
- Senilní forma s počátkem po 65. roce života.

Ve většině případů se Alzheimerova choroba rozvíjí mezi 65 a 80 lety. V případě rané formy jsou častěji postihnuty ženy. (24)

Definice Alzheimerovy nemoci dle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10 – Demence u Alzheimerovy nemoci) zní:

„Alzheimerova choroba je primárním degenerativním onemocněním mozku neznámé etiologie

s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými vlastnostmi. Tato choroba začíná obvykle nenápadně a pomalu ,ale trvale progreduje během období několika let.“ (20 str. 190)

Členění Alzheimerovi nemoci dle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10 – Demence u Alzheimerovy nemoci. (20 str. 190)

F00.0	<i>Demence u Alzheimerovy nemoci s časným nástupem (G30.0+)</i>
	<i>Demence u Alzheimerovy choroby , která začíná před 65. rokem ,s relativně rychle se zhoršujícím průběhem a s výraznými mnohočetnými poruchami vyšších korových funkcí</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Alzheimerova nemoc ,2. typ</i> • <i>Personální demence Alzheimerova typu</i> • <i>Primární degenerativní demence Alzheimerova typu , vznikající v preseniu</i>
F00.1	<i>Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním nástupem (G30.1+)</i>
	<i>Demence u Alzheimerovy choroby, která začíná po 65. roce ,obvykle v 70 letech a později. Má pozvolný průběh. Hlavním příznakem je porucha paměti.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Alzheimerova nemoc I. typu</i> • <i>Primární degenerativní demence Alzheimerova typu s pozdním nástupem demence</i>
F00.2	<i>Demence u Alzheimerovy nemoci ,atypického nebo smíšeného typu (G30.8+)</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Atypická demence Alzheimerova typu</i>
F00.3	<i>Demence u Alzheimerovy nemoci NS (G30.9+)</i>

Tabulka 3 Členění Alzheimerovi nemoci dle MKN-10

Členění dle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch – (DSM-V Závažná nebo mírná neurokognitivní porucha způsobená Alzheimerovou nemocí) je následující:

Závažná neurokognitivní porucha způsobená pravděpodobnou Alzheimerovou nemocí		
294.11	F02.81.	S behaviorálními symptomy
294.10.	F02.80	Bez behaviorálních symptomů

Závažná neurokognitivní porucha způsobená možnou Alzheimerovou nemocí		
294.11	F02.81.	S behaviorálními symptomy
294.10.	F02.80	Bez behaviorálních symptomů
331.83.	G31.84	Závažná neurokognitivní porucha způsobená Alzheimerovou nemocí

Tabulka 4 Členění Alzheimerovi nemoci dle DSM-V

Největším rizikovým faktorem pro vznik Alzheimerovy choroby je dožití se stáří, uvádí Mace a Rabins. Avšak nedokáží vysvětlit proč tomu tak je. (19)

2.6.2. Symptomatologie onemocnění

Zjištění Alzheimerovi choroby je velice obtížné. Projevy nemoci neprobíhají u všech jedinců stejně. Hodně dochází k záměně s jinými onemocněními. Výpadky paměti či kognitivní komplikace nemusí vždy být příznaky Alzheimerovy nemoci. Přesto však existuje určitá charakteristika této nemoci. (26)

Příznaky Alzheimerovy nemoci mají vyvíjející, plížící se charakter. U preklinického stadia, jež chápeme jako vývoj choroby do prvních klinických symptomů, není zcela jasné, jak dlouho trvá. S největší pravděpodobností je to nejméně několik let. Prvním příznakem se nejvíce uvádí narušení recentní epizodické paměti s význačným zapomínáním událostí každodenního života. Jako například „Co jsme měli k snídani?“ (28) Nemocní pravidelně hledají i věci denní potřeby jako například klíče, peněženku nebo brýle. Vzestupy potíží začínají být viditelnější a zřejmě mezi 2. a 4. rokem od doby, co nemoc vypukla. (24)

Paměť se ztrácí jakoby v opačné časové sérii. Jedinci se z paměti vytrácejí nejdříve nejčerstvější události, zatímco ty nejstarší si dokáže vybavit mnohem lépe. Je dobré zpozornět v případě, když si klient obtížně pamatuje nové informace. Velmi častá je ztráta orientačního smyslu. Klient se nedokáže orientovat ani ve vlastním domě. Takový stav obvykle trvá několik minut, poté se vrátí do normálu, jako by se nic nestalo. (26) Ukládání různých věcí nesmyslným způsobem (příkladem může být uložení peněženky do ledničky), nevědomost, zda je ráno nebo večer. (24) U nemocných se začíná objevovat blouznění, hledají cestu domů, zapomínají trasy na místa, která navštěvovali po celé desítky let, příkladem může být pošta nebo obchod. (28)

Může nastat situace, kdy při prvních varovných symptomech nebude ani trocha podezření, že se může jednat o Alzheimerovu chorobu. Velmi často se nemocný jedinec může pokoušet tento fakt zakrýt tím, že změní své chování. (26)

Názorný příklad takové situace uvádí autorka Mathilda Regnault:

„Typický příklad: Vzhledem k potížím s pamětí si takový člověk například nedokáže zapamatovat, které dny se vyvážejí popelnice, a místo toho, aby to přiznal, může reagovat agresivně a tvrdit, že není nutné, aby se pokaždé popelnice před dům dávaly.“ (26 str. 15)

Právě takové podobné malé změny, kdy se jedinec dokáže velmi jednoduše rozhněvat, je s ním složitější domluva, komunikace a podobně, vás mohou varovat jako první. (26)

Chování nemocných se mnohdy nazývá tzv. sociální fasádou, a to z důvodu, že jazyk je při vývoji Alzheimerovy nemoci ze začátku také uchován. Řeč má sice plynulý charakter, avšak její náplň je prázdná: u slovních spojení často postrádáme význam a musíme ho hledat, sami nemocní mnohdy hledají slova. (28) Jedince může provázet tzv. afázie, kterou uvádí autorka Regnault jako jednu z dalších prvotních příznaků. Jedná se o poruchu řeči a porozumění. Neschopnost vybavit si konkrétní slova. Afázie může být sensorická, kdy jedinec není schopen porozumět slyšenému, i přestože má dobře zachovalý sluch, setkáváme se i s afázií motorickou aneb expresivní, kdy jedinec není schopen vytvořit srozumitelnou řeč, i když u něj nedošlo k porušení mluvidel. Dalšími formami afázie lehčího rázu mohou být parafrázie – projevující se třeba komolením slov nebo nesprávným složením věty, apraxie, díky níž nemocný není schopen vykonat naučené úkony. (23) Potíže mohou být krátkodobé a opakovat se mohou hodně nepravidelně. Odhalení takového příznaku je obtížné v případě, pokud s dotyčným jedincem nežijeme. (26) Nemocný ztrácí schopnost řešit běžné problémy a racionálně tak reagovat na obvyklé situace. Stále hůře chápe, jak by se měl za daných situací chovat. Postupem času tak dochází k rozpadu logického uvažování. (24)

Může se objevit neschopnost plánovat, uspořádat činnosti i velmi jednoduchého rázu. U žen se obvykle projeví vynechání nebo zaměnění pořadí úkonů v průběhu obvyklých domácích prací. Například vaření nebo praní. Mohou se začít projevovat poruchy ne-kognitivních funkcí jako deprese, halucinace, agresivní chování. Velmi častá je anozognozie – ztráta schopnosti uvědomovat si svůj zdravotní stav, u níž dochází k prohlubování, jelikož nemocní jsou přesvědčeni o tom, že jsou zdraví a léčbu tak nechtějí přijmout. (28)

Koukolík uvádí dvě formy Alzheimerovi nemoci:

- raná forma Alzheimerovi nemoci
- pozdní forma Alzheimerovi nemoci

Mezi ranou (začátkem příznaků je věk do 60 let) a pozdní formou Alzheimerovy nemoci (začátek příznaků po tomto období) jsou klinické i neuropsychologické odlišnosti. V ranějším začátku nabývá rozsáhlejší poškození jazyka a zručnosti a vyšší hodnotu deprese.

Délka probíhání obou forem nemoci je víceméně stejná. Při rané podobě Alzheimerovy nemoci začíná onemocnění ve středním věku života (34–62 let). Prvními příznaky mohou být: poruchy paměti, změny v projevech chování, poté změny v osobnosti, ztráta jazykových funkcí. V konečných stádiích se zobrazuje defekt v oblasti chůze, často jedince postihují epileptické záchvaty a náhlé, rychlé nekontrolovatelné pohyby svalů způsobené svalovou kontrakcí. (28)

Klinický fenotyp této rané podoby Alzheimerovy choroby se tedy nikterak neodlišuje od pozdní formy. Zaznamenaným rozdílem jsou bolesti hlavy, které při pozdní formě nebyly objeveny. (28) Stejně jako období stáří prožívá jedinec individuálně, i při Alzheimerově nemoci uvádí Koukolík případy, které se odvíjely zcela podle individuálnosti jedince.

V průběhu vývoje nemoci u některých pacientů docházelo k ostrůvkovitému uchovávání kognitivních schopností. Jeden nemocný hrál na trombon v dixielandové kapele zcela normálně, aniž by dokázal pojmenovat, jakou skladbu právě hraje. Další pacient hrál úspěšně domino, jiný kanastu, jiný pacient hrál, byl schopen hrát na klavír, přestože podle výsledků ze standardizovaného neuropsychologického testu měli jasně diagnostikovanou demenci.

Alzheimerova nemoc obvykle trvá 3–8 let. Muži na tuto nemoc umírají zpravidla v mladším věku než ženy. (28)

Velmi často dochází i k poruše sexuálních funkcí. Častý je výrazný pokles potence i libida, pokles zájmu o sexuální život, nicméně občas může dojít k opaku, k zvýšenému až nežádoucímu zájmu o sexualitu. Ojediněle mohou nastat projevy sexuálně deviantního jednání u člověka, který se dříve deviantnímu chování zcela vymykal. (23)

Autorka M. Regnault uvádí, že ne vždy se jedná o Alzheimerovu chorobu.

„Tato nemoc byla v posledních letech tak medializována, že se velmi často o celé řadě patologií, které s touto nemocí nemají vůbec nic společného, mluví jako o Alzheimerově chorobě.“ (26 str. 18)

2.6.3. Stádia nemoci

Alzheimerovu nemoc je možné rozdělit do několika stádií, odborníci obvykle užívají rozdělení do tří, čtyř až pěti stádií. Autorka Callone a spol. dělí ve své knize stádia na tři: rané, mírné a pokročilé. Dělením jsou připomínány jednotlivé životní etapy vývoje člověka – první rok, druhý rok, puberta a tak dále. Jak nemoc postupuje, dochází u nemocného ke ztrátě jednotlivých mozkových funkcí. Jeho chování nám v mnoha směrech připomíná malé dítě.

Hlavním účelem, jež dělení nese, je především pomoc k vytvoření návodu pro stanovení postupu péče v jednotlivých stádiích. Umožňuje to tak maximální využití možností dané osoby a zároveň je tak chráněna její důstojnost. Přestože se řada schopností postupně ztratí, mnohé schopnosti stále zůstávají funkční. (27)

Autorka Vágnerová rozděluje proces rozvoje demence do čtyř stádií, kdy pro každé stádium je typická určitá míra postižení jednotlivých psychických schopností.

Jedná se o první stádium – lehká demence, druhé stádium – střední demence, třetí stádium – těžká demence, čtvrté stádium – terminální. (24)

Stádia nemoci dle autorky Callone.

- **Rané stádium** – období 3 až 5 let. První oblastí mozku, ve které dochází k odumírání buněk důsledkem nemoci, je paměť. (27) Z počátku se jedná jen o mírnější poruchy paměti, zejména krátkodobé. (24) V případě že úsudek, logické myšlení a sociální dovednosti fungují zcela normálně, je člověk schopen vymyslet si náhradní způsoby, jak se se ztrátou paměti srovnat. (27) Nemocní mají snahu úbytek svých schopností kompenzovat důrazem na letité zkušenosti a zafixované taktiky. (24)
- **Mírné stádium – odumírání** mozkových buněk se šíří dále do celého mozku. Nastávají problémy s oblékáním, ztrácí se schopnost orientovat se v prostoru, neschopnost vybavit si, jak se dělají a jak probíhají jednotlivé základní úkony, běžné ke každodenní potřebě. (27) V paměti člověku zůstávají především jen ty nejstarší vzpomínky. Dochází k dalšímu zhoršování nejen po fyzické stránce, ale i duševní. Automatické úkony už neslouží tak jako dříve. Prohlubují se potíže s koncentrací, jedinec není schopen se soustředit na jednu činnost delší dobu, ztrácí se mu logický sled myšlenek. (26) K tomuto období se také pojí skutečnost, že pro jedince je problematické řízení auta. Nemocný není ve stavu spojit si všechny vizuální a sluchové informace, jež vyplývají z okolí, a přitom správně reagovat tělem, ovládat pedály a volant. V tomto stádiu člověk

obvykle vyhledává lékaře a přichází k němu pro pomoc. Rodina i známí začínají pociťovat, že je něco v nepořádku a že je nutné odborné lékařské vyšetření. (27)

- **Nejzávažnější pokročilé stádium – jedinec** ztrácí schopnost reagovat. V této fázi již není možné postarat se o nemocného doma. (27). Je plně odkázán na péči okolí, pomoc rodiny je nezbytným krokem, v krajním případě je žádoucí, aby byl jedinec přemístěn do ústavního zařízení. (24) Dochází ke zhoršení motorických dovedností, nemocný brzy nebude schopen se sám pohybovat ani zvládnout běžné fyziologické úkony, může se objevit také inkontinence. Nemocný již není schopen rozumět nám, co říkáme. Takřka se nedokáže vyjádřit. Jeho komunikace je hlavně na nonverbální úrovni. (26)

Vzhledem k faktu, že průměrná střední doba přežití (jedná se o dobu, v níž dojde k úmrtí poloviny pacientů) je 7 let po diagnóze, může dojít k situaci, kdy pacient zemře ještě před nástupem pokročilého stádia nemoci. Velkou roli hraje kvalita ošetrovatelské péče. Alzheimerova nemoc jakožto jedna ze základních příčin úmrtí oslabuje mozek a tím i znemožňuje kontrolu nemocného nad svým tělem, čímž umožňuje jiným chorobám ukončit život nemocného. (27)

Následuje konečná fáze života. Konečná fáze většinou probíhá ve specializovaných zařízeních. Pacient vyžaduje náročné požadavky na péči. Vše je provázáno různými zdravotními problémy (oběhové poruchy, neschopnost jíst a pít). (26) Následuje upoutání na lůžko, bez schopnosti aktivity, klient je zcela závislý na ošetrovatelské péči. (24) Jedinec nemluví, nerozumí a nedokáže ani reagovat na známý hlas. V některých případech se mohou objevovat střídavé fáze zvýšeného neklidu s fázemi spavosti. (26)

Autor Nikolai a spol. ve své knize zmiňuje 3 stadia:

- Preklinické stádium – přítomné jsou patologické známky Alzheimerovy nemoci bez objektivních a subjektivních příznaků, diagnóza Alzheimerovy nemoci v tomto stádiu nemá své odůvodnění.
- Stádium mírné kognitivní poruchy – klient je prozatím soběstačný, ale s poruchami kognice.
- Stádium demence – klient je omezen v aktivitách denního života, demence je považována za vyvrcholení patologického procesu u Alzheimerovy nemoci. (28)

2.6.4. Diagnostika nemoci

Abychom potvrdili, či vyvrátili podezření na Alzheimerovu chorobu, je zapotřebí provést celou řadu vyšetření. Jak už bylo řečeno, podobné symptomy totiž provází mnoho nemocí. Lékař ve většině případů posílá pacienta na vyšetření paměti, případně kognitivních schopností do příslušného zařízení. Existují zařízení specializovaná výhradně pro tento typ onemocnění. V takovém zařízení jsou k dispozici všechny důležité a potřebné prostředky, s nimiž pracují specializovaní odborníci. Diagnóza tak dokáže být stanovena během jedné návštěvy. (26)

Diagnostická kritéria závažné nebo mírné neurokognitivní poruchy způsobené Alzheimerovou nemocí dle DSM-V:

- A. *Jsou splněna kritéria pro závažnou nebo mírnou neurokognitivní poruchu.*
- B. *Začátek je plíživý a progrese poruchy je pozvolná v jedné nebo více kognitivních funkcích (u závažné neurokognitivní poruchy musí být postižení alespoň dvě funkce).*
- C. *Jsou splněna kritéria pro pravděpodobnou nebo možnou Alzheimerovu nemoc takto:*

Pro závažnou neurokognitivní poruchu:

Pravděpodobná Alzheimerova nemoc je diagnostikována, pokud je přítomno jedno ze dvou následujících kritérií, jinak by měla být diagnostikována možná Alzheimerova nemoc:

- 1. *Důkaz o genetické mutaci způsobující Alzheimerovu nemoc v rodinné anamnéze nebo z genetického testování.*
- 2. *Jsou přítomny všechny tři následující znaky:*
 - a. *Jasně důkazy o zhoršování paměti a učení a alespoň jedné další kognitivní funkce (na základě podobné anamnézy nebo opakovaného neuropsychologického vyšetření).*
 - b. *Trvale progresivní, postupný pokles kognice bez delšího období stabilizace či zastavení progrese. (20 str. 641)*
 - c. *Neexistuje žádný důkaz o smíšené etiologii (tj. absence jiných neurodegenerativních nebo cerebrovaskulárních onemocnění nebo jiných neurologických, duševních či systémovou onemocnění nebo chorob, které mohou způsobit pokles kognitivních funkcí).*

Pro mírnou neurokognitivní poruchu:

Pravděpodobná Alzheimerova nemoc je diagnostikována, pokud existují důkazy o genetické mutaci způsobující Alzheimerovu nemoc z genetického testování nebo rodinné anamnézy.

Možná Alzheimerova nemoc je diagnostikována, pokud nejsou dostupné důkazy o genetické mutaci způsobující Alzheimerovu nemoc z genetického testování nebo rodinné anamnézy a zároveň se vyskytují všechny tři následující znaky:

- 1. Jasný doklad o poklesu paměti a učení.*
- 2. Trvale progresivní, postupný pokles kognice, bez delšího období stabilizace či zastavení progresu.*
- 3. Neexistuje žádný důkaz o smíšené etiologii (tj. absence jiných neurodegenerativních nebo cerebrovaskulárních onemocnění nebo jiných neurologických, duševních či systémovou onemocnění nebo chorob, které mohou způsobit pokles kognitivních funkcí).*

D. Poruchu nelze lépe vysvětlit cerebrovaskulárním onemocněním, jiným neurodegenerativním onemocněním, účinkem látky nebo jinou duševní, neurologickou nebo systémovou poruchou. (20 str. 642)

Diagnóza se provádí zejména na základě psychiatrického vyšetření a typického klinického obrazu i anamnézy. Za velmi důležité je bráno zjištění pozvolného začátku a plynulého progresu demence. K upřesnění diagnostiky jsou užívána pomocná vyšetření. Jedna z nejdostupnějších metod vyšetření je výpočetní tomografie (CT). (23). CT je radiologická vyšetřovací metoda, jež pomocí rentgenového záření dokáže zobrazit vnitřní části těla. Může následovat také vyšetření na magnetické rezonanci. Lékaři se zaměří na oblast hipokampu, což je část mozku, kde sídlí hlavní funkce související s pamětí. Hipokampus je totiž v případě Alzheimerovy choroby zasažen jako první, a právě zde je možnost zjistit první poškození. Magnetická rezonance dokáže také vyloučit jiné patologie, například nádor mozku. (26). Diagnostika může dále probíhat pomocí elektroencefalografie (EEG), v dalších případech užíváme i psychologické metody. (23)

Z nejčastějších klinických zkoušek můžeme zmínit například paměťový test učení. Pacientovi je přečteno 15 základních jednoduchých známých slov, při ukončení testu si jedinec musí daná slova vybavit, nezáleží na pořadí, postup je opakován celkem 5x, po celou dobu je sledována

křivka učení. Z pohledu diagnostiky jsou důležité tzv. konfabulace (případy, kdy klient přidá slovo, jež se ve čteném seznamu nevyskytlo) a opakování slov, které si klient již jednou vybavil. Dalšími testy může být test verbální fluence, Trail Making test, Mini – Mental State, test hodin a mnoho dalších. (23)

Psychologická vyšetřena formou testů jsou vypracována odborníky, neurology a psychology. Většinou trvají hodinu až hodinu a půl. Testy hodnotí jednak kvalitu paměti, jednak vyšší kognitivní funkce – řeč, psaní a podobně. Pomocí všech těchto informací je možnost stanovit kognitivní profil pacienta. (26)

Souhrn uvedených vyšetření dokáže stanovit diagnózu Alzheimerovy choroby s přesností na 95 %. Zbývajících 5 % se mohou být jiné poruchy paměti, které jsou Alzheimerovy nemoci velmi blízké. (26)

2.6.5. Péče o jedince s Alzheimerovou chorobou

Autorka Regnault poukazuje na zjištění ve všech vyspělých zemích za posledních 15 let. Nejdůležitější a zásadní roli v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou a podobnými typy demence plní hlavně rodina. Vychází z faktu, kdy ve většině případů se o postihnutého jedince stará hlavně jeho nejbližší rodina více než v polovině případů každý den. (26) Když se o sebe osoba nedokáže postarat sama, měla by být rodina první možností v péči o dotyčného. Nemocný si stále bude připadat, že je součástí rodiny. V případě, že bude situace neúnosná a nereálná, je zapotřebí, aby rodina vyhledala pomoc v péči o jedince.

Léčba by měla být především komplexní, zdůrazňuje Jiráček. Měla by zahrnovat metody biologické i psychosociální. Většinou se léčby účastní lékař – psychiatr, neurolog, praktický lékař, psycholog, zdravotní sestry, pracovníce zajišťující rehabilitaci, socioterapeuti i pečovatelé pacienta, zejména rodinní příslušníci. Do léčby jsou zapojováni i specialisté z jiných oborů. Potřeba je i léčby tělesných onemocnění nemocného, jež jsou k Alzheimerově demenci přidružené. (23)

V dnešní době stále nejsme schopni Alzheimerovu chorobu vyléčit, přesto však můžeme aplikovat několik léků, které mají však účinky pouze na symptomy nemoci, nikoliv však na samotnou nemoc. (26)

Z oblasti farmakoterapie se užívají látky, jež ovlivňují kognitivní aneb poznávací funkce. Poté látky ovlivňující funkce nekognitivní, jimiž mohou být například antidepresiva. Často při situaci, kdy osobu provází depresivní nálady, nebo neuroleptika v případě, že nemocný trpí

výskytem nočních stavů neklidu. Základem je přirozeně farmakoterapie kognitivních funkcí. (23). Farmakologická léčba je zaměřena na redukcí dílčích obtíží, jelikož základní onemocnění obvykle zásadním způsobem ovlivnit nedokážeme. (24)

V případě umístění pacientů do nemocnice se může objevit vážné riziko, že dojde k zhoršení jejich stavu. Velmi často totiž nemocní trpí na adaptační syndrom. Při tomto syndromu se jedinec nedokáže dostatečně orientovat v novém prostředí, nemůže najít své lůžko či WC. Zvláště v době prvních tří týdnů, kdy je jedinec hospitalizován, stoupá úmrtnost těchto pacientů. Diagnostické pobyty by však měly mít pokud možno co nejkratší charakter. (23)

Přijetí do ústavu sociální péče představuje stejné riziko jako přijetí do nemocnice. Za nejpriznivější jsou považovány domovy důchodců se zvláštní psychiatrickou péčí a léčebny dlouhodobě nemocných. Pokud je rodina schopna zajistit jedinci péči alespoň přes noc, připadají vhod denní stacionáře. Klient navštěvuje stacionář pouze přes den a na noc se o něj postará rodina. (23)

Přestože etiologie Alzheimerovy nemoci není zcela zřejmá, je možné určit oblasti, jež mohou působit jako prevence negativních aspektů. Radíme sem společenské aktivity seniorů. V České republice jsou provozovány především ve větších městech senior kluby, které se zaměřují na organizaci společenských a kulturních událostí pro seniory. Kluby aktivního stáří jsou obdobnou aktivitou, kde se na organizaci podílejí sami senioři. Pořádají různé akce z oblasti kultury a sportu, stimulují tak své vlastní aktivní zapojení. (32)

Vysoce účinnou podporou pro rodiny jsou různé společnosti specializující se na Alzheimerovu chorobu. Ve většině zemí jsou tyto společnosti ekonomicky zajištěny formou sponzoringu. (23)

VÝZKUMNÁ ČÁST

Úvod výzkumné části

V praktické části se budeme zabývat již konkrétními možnostmi, jak efektivně využít prvky canisterapie u konkrétních osob seniorského věku v zařízení Domov Hrubá Voda. Zjistíme, jakým efektivním způsobem můžeme využít prvků canisterapie. Celý tento proces se budeme snažit objasnit prostřednictvím třech pozorovaných klientů a jejich případových studií. Jako první si vytyčíme výzkumný problém, cíl výzkumného šetření a metodologii výzkumu.

V druhé polovině výzkumné části se zaměříme na organizaci a průběh šetření, analýzu pozorování a závěr z analýzy.

3 Canisterapie v praxi

V této kapitole vymežíme výzkumný problém, cíl, metodologii, předmět výzkumného šetření.

3.1. Výzkumný problém

Ve výzkumném problému jsme se zaměřili na otázky: Jaké faktory canisterapie mají účinný a pozitivní vliv na jedince? Jakým způsobem můžeme účinné prvky canisterapie provést? Jaký můžeme pozorovat rozdíl při užití prvků canisterapie u osob s demencí Alzheimerova typu v porovnání s užitím prvků canisterapie u osob po cévní mozkové příhodě?

3.2. Cíl výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit efektivitu vybraných prvků canisterapie u konkrétních osob s diagnostikovanou demencí Alzheimerova typu. Zaměřit se na průběh canisterapie v zařízení Domov Hrubá Voda u Olomouce a zhodnotit, zda je praktické využití psa a jeho působení v rámci komplexní péče o jedince s těmito diagnózami efektivní.

Dílčím cílem je porovnat efektivitu užití prvků canisterapie u osob s Alzheimerovou chorobou a užití prvků canisterapie u osob po cévní mozkové příhodě.

3.3. Metodologie výzkumu

Během zpracování výzkumné části bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumu – zúčastněné pozorování bez participace se zaměřením na cílenou terapii. Metoda šetření probíhala z přímé účasti při canisterapii. Canisterapie byla zaměřená hlavně na oblasti procvičováním jemné a hrubé motoriky, k navození relaxace a odpočinku, navázání kontaktu a komunikace a také na schopnost soustředění.

3.3.1. Případová studie – Kazuistika

Účelem případové studie je detailní výzkum jednoho či několika případů. Zatímco při statistickém zkoumání je účelem získat relativně omezené množství dat od nejvíce jedinců či případů, případová studie sbírá velké množství informací od jednoho nebo několika případů. (30)

3.3.2. Anamnéza

Anamnézu můžeme chápat jako souhrn základních informací týkajících se zkoumaného prvku. Běžně se zjišťují údaje, jež se týkají samotné osoby, jejího rodinného zázemí, sociálního či pracovního prostředí. (31)

3.3.3. Pozorování

Pozorování se snaží zjistit, co se doopravdy děje. Jde o promyšlené používání, ve kterém se nejedná jen o vizuální, ale i o sluchové, čichové a pocityové vjemy.

Pozorování může být skryté, zúčastněné či nezúčastněné. Strukturované nebo nestrukturované. Může probíhat v umělé, či v přirozené situaci. Pozorovat můžeme sami sebe nebo někoho jiného. (30)

4 Organizace šetření

V následující kapitole popisujeme krátce organizaci a průběh šetření, charakterizujeme charakteristiku místa šetření a charakteristiku výzkumného vzorku.

Případové studie a pozorování jsme prováděli v zařízení Domov Hrubá Voda. Ve spolupráci s tamní ergoterapeutkou a canisterapeutkou, jež dochází pravidelně v rámci canisterapie za uživateli.

Při výzkumu bylo zařízení domov Hrubá Voda informováno a požádáno o udělení souhlasu s výzkumným šetřením a s poskytováním fotografií. Prokazatelnost je doložena potvrzením ředitele zařízení Mgr. Josefa Vacka (viz. Příloha 1 Informovaný souhlas o provedení výzkumného šetření)

Canisterapeutka dochází pravidelně do zařízení v předem dohodnutých termínech. Zařízení navštěvuje většinou okolo deváté hodiny ranní. Terapie probíhá celé dopoledne, v některých případech je prodloužena.

Pozorování každého vzorku bylo u každého uživatele bylo zcela individuální, záleželo na zdravotním a psychickém stavu uživatele.

4.1. Charakteristika místa šetření Domov Hrubá Voda u Olomouce

Pozorování bylo uskutečněno v domově Hrubá Voda u Olomouce. Zde je metoda canisterapie užívána pravidelně. V zařízení je zaměstnána také ergoterapeutka, která je v součinnosti s canisterapeutkou.

Domov Hrubá Voda je příspěvková organizace Olomouckého kraje, provozuje služby „Domov pro seniory“ a „Domov se zvláštním režimem“, jež poskytují pobytové služby seniorům a klientům. Zajišťují důstojný, aktivní a bezpečný život, poskytují podporu a pomoc, aby mohli klienti i nadále vést plnohodnotný a kvalitní život. Domov Hrubá Voda poskytuje celoroční ubytování včetně úklidu a praní, celodenní stravy. Zajišťuje ošetrovatelskou péči, rehabilitaci, aktivizaci a různé kulturní a společenské akce.

Hlavními cíli sociální služby Domova Hrubá Voda je podpořit a udržet schopnosti uživatelů sociálních služeb, zaopatrřit pocit bezpečí, uchovat plnohodnotný a kvalitní způsob žití. Podporovat udržení kontaktu s blízkými, s jeho rodinou a vytvořit sympatické prostředí.

Domov pro seniory je služba určena pro seniory, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci z důvodu věku nebo zdravotního stavu, mají omezenou soběstačnost a vyžadují pravidelnou pomoc, kterou jim není schopna zajistit rodina a blízké okolí.

Domov se zvláštním režimem (dále jen „DZR“) je služba určena osobám s chronickým duševním onemocněním jako je stařecká demence a demence u Alzheimerovy nemoci. Na oddělení DZR jsou ubytovány pouze ženy ve věkové kategorii od 40 let.

4.2. Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvořili 3 klienti ze zařízení Domov Hrubá Voda. Po konzultaci našeho záměru s tamní ergoterapeutkou jsme vybrali průměrné jednotky. Vybrané jednotky relativně vystihují diagnostickou strukturu uživatelů ze zkoumaného zařízení. Ženy se lišily pohybovou schopností, zdravotním stavem a stádiem diagnózy. Velice důležitým činitelem při výběru vzorků bylo vystihnout reprezentativní vzorek obrazu většiny uživatelů v organizaci. Jedna z klientek je zcela imobilní s diagnostikovanou demencí Alzheimerova typu. Druhá klientka je mobilní s demencí Alzheimerova typu a třetí je částečně mobilní po cévní mozkové příhodě.

Abychom mohli zjistit efektivitu užití canisterapeutických prvků u osob s Alzheimerovou chorobou, učinili jsme porovnání se vzorkem, jež nemá diagnostikovanou demenci, ale je po cévní mozkové příhodě.

Vybraní klienti jsou umístěni na oddělení DZR.

Uživatel	Pohlaví	Pohybová schopnost klienta	Diagnóza s označením dle MKN 10
A	Žena	Mobilní	G30.1– Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem
B	Žena	Imobilní	G30.0 – Alzheimerova nemoc s časným začátkem
C	Žena	Částečně mobilní	I64 – Cévní mozková příhoda

Tabulka 5 Zkoumaní klienti v Domově Hrubá Voda u Olomouce

4.3. Kazuistika č. 1

4.3.1. Základní údaje uživatelky A

Jméno: Paní XY

Rok narození: 1954

Věk: 66

Povolání: skladnice v zemědělském družstvu

Vzdělání: vyučená švadlena

Mateřský jazyk: český jazyk

Rok nástupu do zařízení: 2018

Diagnóza: Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem

4.3.2. Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Rodiče uživatelky již nežijí. Uživatelka je rozvedená a má 3 dospělé děti, poslední dva roky se děti střídají v návštěvách cca jednou za měsíc. V rodině uživatelky se nevyskytovala žádná genetická onemocnění ani předpoklady k psychiatrickému onemocnění.

Osobní anamnéza:

Uživatelka je nyní omezena ve svéprávnosti, opatrovníkem je dcera. Dcera pracuje jako zdravotní sestra. Uživatelka je vyučená švadlena, ale tohle povolání nikdy nevykonávala. Zaměstnání hodně střídala, nyní je ve starobním důchodu. Bydlela v obecním bytě. Ráda pije rozpustnou kávu s trochou mléka, nesladí. Poslouchá spíše novodobou hudbu – Michael Jackson, ABBA. Oblíbené filmy – Kmotr a další filmy s hercem s Al Pacino.

4.3.3. Charakteristika zdravotního stavu uživatelky

V době šetření je uživatelka A mobilní s dopomocí, ale velmi rychle se unaví, hygiena je zajišťována personálem, sama se neumyje ani nevyčistí zuby. Uživatelka se dokáže sama najíst. Při jídle potřebuje dohled, sama si nic nepřipraví. Oblékání a obouvání je nutné zajistit ošetřujícím personálem. Uživatelka se neorientuje časem ani místem. Nedokáže říct souvislou větu, jež by dávala smysl. Často nedokáže odpovědět na otázku. Neustále si pozpěvuje.

4.4. Kazuistika č. 2

4.4.1. Základní údaje uživatelky B

Jméno: Paní YY

Rok narození: 1938

Věk: 82

Povolání: úřednice

Vzdělání: základní vzdělání

Matěřský jazyk: český jazyk

Rok nástupu do zařízení: 2018

Diagnóza: Alzheimerova nemoc s časným začátkem

4.4.2. Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Otec i matka uživatelky prodělali rakovinu, sestra uživatelky má také demenci Alzheimerova typu. Uživatelka je stále vdaná, manžel ji navštěvuje, žije se synem. Rodina spolu drží a mají dobré vztahy. Syn pracuje v rychlé záchranné službě, dcera je ředitelka ve školce.

Osobní anamnéza:

Uživatelka bydlela v Olomouci, nyní je ve starobním důchodu, dříve pracovala jako úřednice, přestože má jen základní vzdělání. Jejím opatrovníkem je dcera. Má ráda zpěváka Chladila, všechny jeho písničky a interprety z této doby. Televizi nesleduje, jelikož takřka nevidí. Rodina projevila přání, aby se jí pouštělo rádio, doma ho vždy poslouchala. Dříve měla ráda kávu, obyčejnou černou bez mléka a cukru. Nyní není zjištěno, jestli by ji chtěla.

4.4.3. Charakteristika zdravotního stavu uživatelky

Paní YY je v současné době upoutána na lůžko, kde se odehrávají i její veškeré aktivity, včetně provádění canisterapie. Podle sdělení personálu je v lůžku trvale. Není vysazována například na invalidní vozík. Uživatelka má nutnou úpravu stravy do podoby MIX, je nutné zajistit personálem podání jídla do úst. Hygiena je v současné době také zajišťována kompletně personálem. Komunikace je velice ztížená. Důvodem je i velice špatný zrak.

4.5. Kazuistika č. 3

4.5.1. Základní údaje uživatelky C

Jméno: Paní YX

Rok narození: 1945

Věk: 75

Povolání: pekařka

Vzdělání: základní vzdělání

Matěřský jazyk: český jazyk

Rok nástupu do zařízení: 2017

Diagnóza: proděláná cévní mozkové příhody

4.5.2. Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka se dožila přes 60 roků, otce nezná, příčinu smrti rodičů také nezná. Uživatelka měla celkem 5 sourozenců, 2 sourozenci již zemřeli ve věku kolem 50 let. Uživatelka má 3 zdravé děti, 2 syny a jednu dceru. Bydlela sama, synové za ní docházeli na návštěvu.

Osobní anamnéza:

Uživatelka je polymorbidní, v dětství prodělala černý kašel, jinak vážněji nestonala. Ráda sleduje televizi a čte knihy. Dříve pracovala jako pekařka v pekárně, nyní je ve starobním důchodu.

4.5.3. Charakteristika zdravotního stavu uživatelky

Uživatelka říká že cítí dobře, občas udává bolesti levé horní končetiny. Uživatelka je částečně imobilní, orientovaná správně osobou, místem, situací a časem. Kontakt navazuje ochotně, odpovídá přiléhavě. Uživatelka vertikalizována do podpažního chodítka, ujde cca 5 m, udrží sed bez opory v lůžku s nohama na zemi.

5 Užívané techniky canisterapie

Canisterapeutka v Domově Hrubá Voda provádí několik aktivit v rámci plánu práce. Pomocí metody zúčastněného pozorování, kterou jsme zvolili, jsme mohli zaznamenávat, zda se uživatelka A spolupracovala do aktivit při canisterapii.

5.1. Výzkumný vzorek A

Uživatelka A má motorické schopnosti na velice dobré úrovni, proto jsme mohli pracovat bez kompenzačních pomůcek určených k transferům mimo lůžko. Sledovali jsme následující reakce.

Sledování reakce klienta na:

- Příchod canisterapeuta a psa
- Prvotní fyzický kontakt se psem
- Zapojení klienta do aktivit
- Viditelné projevy klienta v průběhu canisterapie

5.1.1. Analýza pozorování klientky A v průběhu celé canisterapie

Průběh celé canisterapie u klientky A jsme analyzovali s následujícím výsledkem:

Při příchodu do společenské místnosti, kde společně s ostatními klientkami naše klientka A pobývala, projevila okamžitý zájem o nově příchozí, nejevila pocit strachu. V prvním momentu neregistrovala psa, ale pouze canisterapeutku a navázala s ní zrakový kontakt. Ihned začala komunikovat. Usmívala se. Na pokyn canisterapeutky se klientka A posadila na židli a vyhledala zrakový kontakt se psem. Klientka A neprojevovala vlastní vůli k fyzickému kontaktu se psem. Na pokyn canisterapeutky psa pohládila, střídavě pravou i levou rukou. Canisterapeutka vyzvala klientku, aby podala psovi pamlssek. První podání proběhlo neúspěšně a klientka sama pamlssek snědla. Canisterapeutka opět vysvětlila klientce pokyn k podání pamlsku psovi. Další pokus o podání pamlsku psovi bylo úspěšné. Po celou dobu klientka udržovala zrakový i „verbální“ kontakt s canisterapeutkou. Plnila úkoly (podání pamlsku, pohlazení). Klientka neříkala souvislé věty, ale pouze jednotlivá slova: ano, pes, ahoj.

Celkový dojem z klientky:

Klientka měla radost, projevovala úsměv, její celkový postoj byl pozitivní. Po celou dobu canisterapie se držela v blízkosti psa, neměla tendenci odcházet. Při odchodu canisterapeutky a psa se klientka rozloučila a doprovodila je ke dveřím.

Z pozorování jednoznačně usuzuji, že canisterapie je pro klientku příjemná, působí na ni velice pozitivně, má na ni velký vliv a nepomáhá k její interakci.

Důležité je však zmínit, že když jsme se vraceli do společné místnosti po návštěvě klientky B, projevovala klientka A při opětovném setkání s canisterapeutkou počáteční emoce. Nezdálo se, že by si pamatovala předchozí setkání, které bylo před 30 minutami.

5.2. Výzkumný vzorek B

Uživatelka B je imobilní, zde jsme se zaměřili hlavně na sledování mimických, verbálních reakcí a dále pak reakce konkrétně při prohřívání.

Sledování reakce klienta na:

- Příchod canisterapeuta a psa
- Prvotní fyzický kontakt se psem
- Zapojení klienta do aktivit
- Viditelné projevy klienta v průběhu canisterapie

5.2.1. Analýza pozorování klientky B v průběhu celé canisterapie

Průběh celé canisterapie u klientky B jsme analyzovali s následujícím výsledkem:

Canisterapie probíhala u klientky v pokoji, při příchodu do pokoje byla klientka vzhůru. Klientka neprojevila žádné známky zpozorování příchodu canisterapeutky a psa. Klientka nereagovala ani na příchod k posteli klientky. Avšak při bližším kontaktu canisterapeutky se psem, došlo k výrazné reakci klientky. Chtěla si strčit ruku canisterapeutky i tlapku psa do úst. Klientka nejevila zájem o komunikaci s canisterapeutkou. Nejevila zájem ani o fyzický kontakt se psem. Veškeré soustředění klientky bylo zaměřeno pouze na olizování předmětů v jejím dosahu. S canisterapeutkou se na její popud rozloučila, kontakt se psem vůbec nevyhledávala.

Celkový dojem z klientky:

Vzhledem k momentálnímu zdravotnímu stavu klientky B nebylo možné provést důkladnější pozorování jejích reakcí. Klientka byla ovlivněna svým zdravotním stavem natolik, že se nemohla soustředit na canisterapeutku ani na psa. Její pohled byl mnohdy nepřítomný.

5.3. Výzkumný vzorek C

Uživatelka C má centrální spastickou levostrannou hemiparézu a užívá chodítko, avšak její motorické schopnosti jsou na dobré úrovni, pohybuje se s dopomocí chodítka víceméně sama.

Sledování reakce klienta na:

- Příchod canisterapeuta a psa
- Prvotní fyzický kontakt se psem
- Zapojení klienta do aktivit
- Viditelné projevy klienta v průběhu canisterapie

5.3.1. Analýza pozorování klientky C v průběhu celé canisterapie

Průběh celé canisterapie u klientky C jsme analyzovali s následujícím výsledkem:

Na příchod canisterapeutky reagovala klientka hlasitým zdravením a veselým vítáním. Klientka se hned dotazovala, co je to za psa, kterého měla canisterapeutka sebou. Klientka z něj měla radost, projevovala zájem o fyzický kontakt s ním.

Byla zvědavá, vyptávala se a vzpomínala si na jiného psa Na Elišku, se kterou canisterapeutka také dochází do zařízení. Na podněty canisterapeutky reagovala ochotně (podávání pamlsku, připínání psa, hlazení psa). Sama vyhledávala fyzický kontakt se psem i canisterapeutkou. Loučila se nerada, bylo jí líto, že canisterapeutka a pes odchází, ptala se, kdy zase přijdou.

Celkový dojem z klientky:

Při pozorování bylo zjevné, že klientka C se těší z přítomnosti canisterapeutky i psa, sama interaguje, pamatuje si canisterapeutku i předchozí zkušenosti s ní. Z pozorování je patrné, že je pro ni terapie výrazným přínosem a oprostěním se od stereotypu. Canisterapie působí na klientku velmi pozitivně a efektivně.

5.4. Shrnutí výzkumného šetření

Měli jsme možnost pozorovat v zařízení při canisterapii 3 různé klientky s rozdílnými diagnózami a s různým zdravotním stavem. Předpokládali jsme, že výsledek bude víceméně shodný, nicméně z analýzy jsme dospěli k názoru, že:

- U klientky A je zřejmé, že si nepamatuje předchozí kontakt s canisterapeutkou. Klientka má Alzheimerovu chorobu s pozdním začátkem, která narušuje její krátkodobou paměť. Slovní zásoba klienty je velice ochuzená a vyjadřování se je pro ni náročné. Pohyb klientky je také omezen, chůze je pomalá. Nicméně terapie probíhala ve velice příjemné atmosféře, klientka byla ochotná spolupracovat svým vlastním způsobem. Práce se psem jí dělala radost.
- Klientka B vzhledem ke své situaci nebyla schopna a ochotna spolupracovat, canisterapeutku to ale neodradilo a ochotně se snažila vyhledávat kontakt, byla velice přívětivá. Zdravotní stav klientky následkem Alzheimerovy nemoci byl natolik závažný, že nebylo možné, aby plně vnímala canisterapeutku a psa. Mnohdy na nás působila dojmem, že reaguje, ale při snaze provést s klientkou aktivitu jsme zjistili, že zájem nemá. Jediné, co klientku zaujalo, byla psí srst, již se opakovaně snažila uchopit do rukou. Avšak jsme si vědomi, že to mohlo být za účelem strčení si srsti do úst, byla pro ni příjemná na dotek. Srst psa je totiž mnohdy pro klienty uklidňující a stimulující.
- Pro Klientku C byla terapie obrovským přínosem, stejně jako klientka A projevovala pocity štěstí. Na první pohled je patrné, že klientku velmi ovlivnila skutečnost, že si pamatuje předchozí setkání. Při opětovném setkání se klientce vybaví přechozí skutečnosti, od nichž se odvíjí další komunikace klientky s canisterapeutkou. Je schopná vzpomenout si na jméno předešlého psa a podobně.

To je zásadní rozdíl. Klientky A a B nejeví známky vzpomínek na předchozí canisterapii. Klientka A po krátkém odloučení canisterapeutky zapoměla, že nějaký kontakt s canisterapeutkou a psem před chvílí probíhal. Klientkou C si však dokázala předchozí terapie vybavit. U klientky C byla komunikace zcela bezproblémová v porovnání například s klientkou A. Opět můžeme vidět, jak Alzheimerova choroba působí u klientky A na její vyjadřovací schopnosti.

I přesto je vliv canisterapie přínosem pro všechny typy klientů bez ohledu na jejich zdravotní stav nebo sociální situaci. I klientka A, která si nevybavila předchozí setkání s canisterapeutkou

a psem, byla velmi šťastná ze současnosti. Jestli canisterapeutku viděla předtím, nebo ne, nebylo v tu chvíli důležité. Pro klientku bylo hlavní, co je teď a tady. Moment, kdy mohla se psem trávit čas a příjemné chvíle.

5.5. Doporučení pro praxi

Z výzkumu plyne, že canisterapeutka se psem odvádí s klienty velký kus práce. Canisterapie směřuje klienty ke zlepšení svých schopností, lepšímu fyzickému a psychickému stavu.

Na základě našich poznatků doporučujeme pokračovat v canisterapeutických aktivitách v zařízení, bude-li to možné i do budoucna.

Při canisterapeutických návštěvách bychom doporučili psy střídat, všichni klienti jistě nepreferují jednu velikost psa nebo jednu jeho barvu. Pokud by to bylo možné, bylo by přínosné docházet do zařízení se psy, jež se liší svou velikostí, vzhledem a podobně.

Doporučili bychom canisterapii provádět v klidném a příjemném prostředí. Vyčlenit si například společnou místnost bez rušivých elementů. Vypnout rádio, televizi, aby měl klient, popřípadě klienti, klid na aktivitu a nebyli ničím rozptýleni.

Při technikách prohřívání doporučujeme úzkou spolupráci ergoterapeuta i po ukončení canisterapie, dále provádět pravidelné konzultace canisterapeutky, ergoterapeuta a ošetřujícího personálu, kteří pečují o klienta.

Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na možnosti využití prvků canisterapie u osob s Alzheimerovou chorobou.

Jako příznivce expresivních terapií, zejména canisterapie, nás zajímaly možnosti užití prvků canisterapie na tamní klienty v domově pro seniory. S domovem Hrubá Voda u Olomouce máme velmi dobré zkušenosti. Vždy reagovali přívětivě a ochotně a veškerý personál je vstřícný a milý. Potěšilo nás to, že ani jednou jsme se nesetkali s jeho negativním postojem. Potvrdilo se nám tušení, že canisterapie je velmi přínosná pro uživatele. Získali jsme nové zkušenosti v oblasti práce se seniory a oblasti canisterapie, což nás utvrzuje v tom, že je potřeba, aby takové terapie nadále probíhaly mezi lidmi a aby jejich efektivita byla využívána.

Práce byla rozdělena na dvě základní části – na část teoretickou a výzkumnou.

Cílem teoretické části bylo nastínit základní informace o canisterapii. Představit její historii, základní metody, formy a techniky, dále poukázat na možnosti efektivního využití této terapeutické metody. V druhé polovině teoretické části jsme zmínili osobu seniorského věku, časové vymezení a změny ve stáří. Představili jsme si pojmy senior, demence, Alzheimerova choroba a zaměřili jsem se na její symptomatologii, stádia, diagnostiku a péči o osobu s Alzheimerovou chorobou.

Cílem praktické části bylo zhodnocení možností využití prvků canisterapie a poukázání na efektivitu užití metody canisterapie v praxi. Během canisterapie jsme měli možnost sledovat, jakým vlivem na klienty působí. Pozorovali jsme i ochotnou spolupráci mezi ošetřujícím personálem a canisterapeutkou. Je vidět, že ošetřovatelé dělají svojí práci rádi a že klienty velmi dobře znají a zachovávají si k nim úctu. Také canisterapeutka se své práci věnovala s nadšením, odhodláním a udržovala si velmi pěkný vztah ke klientům.

Je moc dobře, že canisterapie v domově pro seniory probíhá. Její efektivita je patrná na první pohled, což usuzujeme z toho, že klienti jsou spokojení a plní úžasu. Je však smutné, že je canisterapeutka na tolik vytížená, a proto může do zařízení docházet jen jednou za 14 dní až 3 týdny. Bylo by přínosnější, kdyby mohla canisterapie probíhat častěji. Potěšilo by nás, kdybychom se setkávali s průběhem canisterapie i v jiných zařízeních než v domově Hrubá Voda u Olomouce, například na Konicku víme, že canisterapie není tolik známá, a tudíž není příliš využívána.

Seznam použité literatury

3. GALAJDOVÁ, Lenka. *Pes lékařem lidské duše aneb Canisterapie*. Praha: Grada, 1999. Strom života. ISBN 80-7169-789-3.
4. STANČÍKOVÁ, Markéta a Jitka ŠABATOVÁ. *Canisterapie v teorii a praxi: sborník her a pomůcek pro praktickou realizaci canisterapie u různých cílových skupin*. Ve Vyškově: Sdružení Piafa, 2012. ISBN 978-80-87731-00-0.
5. GALAJDOVÁ, Lenka a Zdenka GALAJDOVÁ. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879-1.
6. FRAŇKOVÁ, Slávka. *Zvíře jako partner a průvodce člověka: sborník ze semináře konaného ve dnech 12. až 14. září 1997 ve Slapech nad Vltavou*. Praha: Archa, 1999. ISBN 80-238-6156-5.
7. THELENOVÁ, Kateřina, Andrea TVRDÁ, Anna BURIANOVÁ a Jaroslava BICKOVÁ. *Možnosti profesionální zooterapie v sociální práci: sborník odborných textů*. I. vydání. Liberec: Elva help, 2018. ISBN 978-80-270-4468-9.
8. PETRŮ, Gabriela a Vlasta KARÁSKOVÁ. *Edukační aspekty canisterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1957-2.
9. VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.
10. *Mezinárodní seminář o zooterapiích: [sborník příspěvků]*. Brno: Sdružení Filia, 2003-. ISBN 80-239-3591-7.
11. *Povídání o canisterapii*. Vyškov: PIAFA, 2000.
12. LANGE, Elisabeth. *Demence: trpělivá péče a pomoc: užitečná příručka pro pacienty a jejich blízké*. Přeložil Alice KAVINOVÁ. Praha: Vašut, 2019. ISBN 978-80-7541-142-6.

13. PETŘKOVÁ, Anna a Rozálie ČORNANIČOVÁ. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů: studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0879-1.
14. MÜHLPACHR, Pavel. *Základy gerontologie*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-072-2.
15. PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica, 1994. *Medicína a praxe*. ISBN 80-85526-32-8.
16. PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.
17. RŮŽIČKA, Evžen. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-205-6.
18. MACE, Nancy L. a Peter V. RABINS. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. Přeložil Daniel MICKA. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-583-2.
19. *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.
20. RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, ed. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.
21. HRDLIČKA, Michal a Darina HRDLIČKOVÁ. *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada, 1999. *Psyché (Grada)*. ISBN 80-7169-797-4.
22. JIRÁK, Roman, Jiří OBENBERGER a Marek PREISS. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-88-8.
23. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

24. LESER, Markus. *Vztah člověka a zvířat: využití zvířat ve švýcarských pobytových zařízeních sociálních služeb*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2012. ISBN 978-80-904668-4-5.
25. REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9.
26. CALLONE, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2320-4.
27. KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.
28. NIKOLAI, Tomáš. *Neuropsychologická diagnostika kognitivního deficitu u Alzheimerovy choroby*. Praha: Psychiatrické centrum, 2013. ISBN 978-80-87142-25-7.
29. APSS, Asociace poskytovatelů sociálních služeb. *Summary of good practice examples, in the elderly care, especially in care for people with dementia*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2019. ISBN: 978-80-907053-7-1
30. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
31. VALENTA, Milan. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0937-9.
33. *Terapie a asistenční aktivity lidí za pomoci zvířat: odborná konference s mezinárodní účastí: sborník příspěvků: ČZU v Praze 16.-17. dubna 2008*. V Praze: Česká zemědělská univerzita, 2008. ISBN 978-80-213-1773-4.
34. RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-828-8.

Internetové zdroje:

1. Canisterapie o.s. <http://www.canisterapeuti.cz/>. [Online] [Citace: 10. Duben 2020.]
<http://www.canisterapeuti.cz/index.php/o-canisterapii/28-o-canisterapii-trocha-terminologie>.
2. AXON – Neurorehabilitační klinika. www.neuroaxon.cz. [Online] [Citace: 1. Duben 2020.]
<https://www.neuroaxon.cz/terapie/ergoterapie-2/>.

Seznam tabulek

<u>Tabulka 1 Podklad diagnostických chyb u demence</u>	31
<u>Tabulka 2 Obecná diagnostická kritéria pro demenci dle MKN 10</u>	33
<u>Tabulka 3 Členění Alzheimerovi nemoci dle MKN-10</u>	37
<u>Tabulka 4 Členění Alzheimerovi nemoci dle DSM-V</u>	38
<u>Tabulka 5 Zkoumaní klienti v Domově Hrubá Voda u Olomouce</u>	50

Seznam příloh

<u>Příloha 1 Informovaný souhlas o provedení výzkumného šetření</u>	65
<u>Příloha 2 Fotogalerie z canisterapie v domově Hrubá Voda u Olomouce</u>	66

Příloha 1 Informovaný souhlas o provedení výzkumného šetření

Příloha č. 1 Informovaný souhlas o provedení výzkumného šetření

Název a adresa zařízení: Domov Hrubá Voda, p.o., Hrubá Voda 11, 783 61 Hlubočky

Ředitel zařízení: Mgr. Josef Vacek

INFORMOVANÝ SOUHLAS KE ZPRACOVÁNÍ DAT

Úvodní informace

Název výzkumné práce: Možnosti využití prvků canisterapie u seniorů s Alzheimerovou chorobou

Řešitel: Soňa Čeplová, studentka speciální pedagogiky – andragogiky, pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Účel: bakalářská práce oboru speciální pedagogika – andragogika, pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Zabezpečení osobních údajů

V žádném výstupu z této výzkumné práce se neobjeví jiné údaje o zařízení než veřejně dostupné. Klienty nebude možné ve výzkumné práci identifikovat. Řešitel výzkumné práce je vázán povinnou mlčenlivostí.

Prohlášení ředitele

Jako pověřená osoba, souhlasím s účastí ve výzkumu a s pořizováním fotografií při aktivitě canisterapie pro účely výše uvedené bakalářské práce studentky oboru speciální pedagogiky – andragogiky, pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Souhlasím se zpracováním údajů pro studijní účely, za podmínky, že výzkumník je povinen o nich zachovat mlčenlivost a zacházet s nimi takovým způsobem, aby nebylo možné identifikovat totožnost klientů a musí být zachována jejich osobní důstojnost a jejich práva.

Místo, datum: 20.4.2020.....

Podpis ředitele:

DOMOV HRUBÁ VODA
příspěvková organizace
Hrubá Voda č. 11, 783 61 Hlubočky
IČ: 750 04 399

Příloha 2 Fotogalerie z canisterapie v domově Hrubá Voda u Olomouce









Anotace

Jméno a příjmení	Soňa Čeplová
Katedra	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby	2020

Název práce	Možnosti využití prvků canisterapie u seniorů s Alzheimerovou chorobou
Název v angličtině	Possibilities of utilization of canistherapy elements in seniors with Alzheimer's disease
Anotace práce	Bakalářská práce je zaměřena na využití canisterapie u osob s Alzheimerovou chorobou. V teoretické části se nachází vysvětlení pojmu canisterapie, historie canisterapie, formy, metody, techniky a efektivita canisterapie. Objasnění pojmů senior, stáří, demence a Alzheimerova choroba, její symptomatologie a diagnostika. Praktická část se věnuje zkoumání efektivity využití prvků canisterapie u konkrétních uživatelů domova pro seniory.
Klíčová slova	Canisterapie, senior, demence, Alzheimerova choroba
Anotace v angličtině	The bachelor thesis is focused on the use of canistherapy in people with Alzheimer's disease. In the theoretical part there is an explanation of the concept of canistherapy, history of canistherapy, forms, methods, techniques and effectiveness of canistherapy. Clarification of the terms senior, aspects of old age, dementia and Alzheimer's disease, its symptomatology and diagnostics. The practical part is devoted to exploring the effectiveness of the use of canistherapy elements in specific home for the elderly.
Klíčová slova v angličtině	Canistherapy, senior, dementia, Alzheimer's disease
Přílohy vázané na práci	2
Rozsah práce	64 stran
Jazyk práce	český