

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Práce s klienty s demencí ve specializovaném oddělení  
Domova pro seniory Kobylišy**

Bakalářská práce

Autor práce:  
Dagmar Leláková

Vedoucí práce:  
Mgr. Petra Zimmelová Ph.D.

2009

## Abstrakt

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na účinnost metod práce personálu při integraci aktivizačních programů a rozvoji individuálních dispozic a schopností klientů s demencí na oddělení specializované péče o osoby s demencí, které je součástí Domova pro seniory Kobyličky.

V teoretické části vysvětluji pojem demence, popisuji druhy demence, její projevy, stádia a způsoby léčby. Dále popisuji zásady komunikace s osobami s tímto onemocněním, hodnocení kognitivních a funkčních schopností postižené osoby, potřeby pečovatелů, aktivity a terapeutické metody používané v institucionální péči.

V praktické části byl použit kvalitativní výzkum. Techniky použité k shromažďování dat bylo zúčastněné a nezúčastněné pozorování, rozhovory a kasuistiky. Jako pomocná metoda byla využita sekundární analýza dat. Kriterialem určení výběrového souboru byla demence a ukončené adaptační období. Celkem bylo pro výzkum vybráno 20 respondentů ve věku 63-97 let trpících demencí různého druhu a stupně. Z výběrového souboru 20 respondentů bylo 6 vybráno pro zpracování kasuistik.

Hlavním cílem práce bylo zjištění, zda metody práce s klienty s demencí používané na specializovaném oddělení jsou pro tuto skupinu lidí přínosné. Cílem č. 2 bylo zjištění, zda použité metody vedou k co nejdelšímu uchování soběstačnosti klientů s demencí. Cílem č. 3 bylo získání rodinných příslušníků pro maximální spolupráci s personálem. Dle mého názoru byl hlavní cíl a cíl č. 3 zcela splněn. Splnění cíle č. 2 je relativní a u každého klienta individuální, protože soběstačnost respondentů se přibývajícím věkem a postupem nemoci pomalu snižuje.

Osoby postižené demencí nejsou schopny se sami o sebe postarat, špatně se vyjadřují, žijí jakoby ve svém světě, mají však své potřeby, prožitky a radosti. Těmto potřebám může vyjít vstříc pečující rodina. Její síly jsou však omezené a často se stává, že rodina je zcela vyčerpána a péči již nezvládá. Tehdy nastává nutnost poskytnutí péče institucionální, která musí být zajištěna odborně proškoleným personálem, který klientům s demencí zajistí laskavé a bezpečné prostředí.

## **Abstract**

In my bachelor's thesis I focus on the efficiency of the working methods of the personnel in the integration of activization programs and in the development of predispositions and abilities of individual clients with dementia at the Department of Specialized Care for People with Dementia, which is a part of the Home for the Elderly, Prague-Kobylisy.

In the theoretical part I explain the notion of dementia, describing the types of dementia, its manifestations, stages and therapeutical methods. Furthermore, I describe the principles of communication with persons stricken by this disease, the evaluation of cognitive and functional abilities of afflicted people, needs of the personnel, activities and therapeutical methods used in the institutional care.

The practical part relied on the qualitative research. Techniques applied for data gathering included concerned and unconcerned observation, interview and case studies. The secondary data analysis served as an auxiliary method. The central criteria applied in the selection of CASE was dementia and the terminated adaptation period. For the present research there were selected altogether 20 respondents aged 63 - 97 years afflicted by dementia of various types and in different stages of development. Out of the selected group of 20 respondents 6 persons were chosen for detailed case studies.

The central objective of the work was to find out whether this group of clients with dementia can really benefit from the working methods applied at this particular specialized department. The target no. 2 was to find out whether the applied methods contribute to the longest possible preservation of self-sufficiency of clients with dementia. The target no. 3 was to convince family members to maximally collaborate with the personnel. In my view, the targets no. 1 and 3 were fully accomplished. The accomplishment of target no. 2 is relative and differs in individual CASE since the self-sufficiency of respondents gradually diminishes depending on their aging and disease advancement.

Persons stricken by dementia are unable to take care of themselves, they have problems in expressing themselves, as if living in their own world, however, they do have their own needs, experiences and joys. These needs can be met by a caring family. However, the strength of the family is limited and very often it happens that the family is totally exhausted and unable to take care of the client. At that point it is necessary to provide institutional care by trained personnel that would ensure clients with dementia a kind and secure atmosphere.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Práce s klienty s demencí ve specializovaném oddělení Domova pro seniory Kobylisy, jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

12. 8. 2009

.....  
Datum

.....  
Podpis studenta

### **Poděkování**

Je mou milou povinností poděkovat paní Mgr. Petře Zimmelové Ph.D. za odborné vedení a trpělivost při zpracování mé bakalářské práce na téma „Práce s klienty s demencí na specializovaném oddělení Domova pro seniory Kobylisy.“ Dále děkuji všem zaměstnancům oddělení za ochotu a spolupráci při sběru a zpracování dat.

## OBSAH:

Úvod.....	9
1 Současný stav.....	10
1.1 Demence.....	10
1.1.1 Demografický vývoj výskytu demencí.....	11
1.1.2 Příčiny demence – rizikové faktory.....	12
1.1.3 Kognitivní poruchy při demenci.....	13
1.1.4 Dělení demencí.....	18
1.1.5 Stádia demence.....	25
1.1.6 Léčba demence.....	26
1.2 Zásady přístupu k osobám s demencí.....	29
1.3 Komunikace s osobami s demencí.....	30
1.4 Získávání informací o člověku s demencí.....	34
1.5 Hodnocení kognitivních schopností postižené osoby.....	35
1.6 Hodnocení funkčních schopností postižené osoby.....	37
1.7 Problematické chování osoby postižené demencí.....	38
1.7.1 Problémy s náladou : agresivita, deprese a podezřivost.....	38
1.8 Potřeby pečovatелů.....	42
1.9 Aktivity a terapeutické metody v institucionální péči.....	44
2. Cíl práce a hypotézy.....	50
2.1 Cíl práce.....	50
2.2 Hypotézy.....	50
3. Metodika.....	51
3.1 Použité metody výzkumu.....	51
3.3 Termín realizace výzkumu.....	53
3.4 Charakteristika výběru souboru a zkoumaného prostředí.....	53
4. Výsledky.....	54
4.1 Stručný popis oddělení specializované péče o osoby s demencí.....	54
4.2 Popis systému péče.....	54
4.3 Věková struktura zkoumaného vzorku respondentů.....	56
4.4 Průměrné výsledky testu kognitivních funkcí a jejich vývoj.....	57
4.5. Rozdělení respondentů podle stupně kognitivní poruchy.....	60
4.6. Průměrné výsledky Barthelova testu a jejich vývoj.....	61
4.7 Kasuistiky.....	64
4.7.1 Kasuistika 1.....	64

4.7.2	Kasuistika 2.....	69
4.7.3	Kasuistika 3.....	74
4.7.4	Kasuistika 4.....	77
4.7.5	Kasuistika 5.....	82
4.7.6	Kasuistika 6.....	85
5.	Diskuze.....	87
6.	Závěr.....	93
7.	Klíčová slova.....	95
8.	Seznam použitých zdrojů.....	96
9.	Přílohy.....	99



## Úvod

V posledních letech přibývá počet osob se syndromem demence. Podle statistik je u populace nad 65 let postiženo demencí 7-10% lidí. Toto onemocnění narušuje provádění běžných denních činností, způsobuje poruchu paměti, řeči, logického myšlení, ztrátu orientace. Jelikož pracuji v tomto oboru, uvědomuji si významnost tohoto problému. Chci zdůraznit aktuálnost řešení nejen kapacit umístění ve specializovaných zařízeních, ale i celého systému péče o tyto osoby.

Člověk s demencí potřebuje pomoc a nepřetržitý dohled v běžných denních činnostech. V pokročilém stádiu demence je nutná specializovaná ošetrovatelská péče, kterou poskytuje zařízení se specializací na péči o tyto osoby. Oddělení specializované péče v Domově pro seniory Kobylisy zajišťuje pobytovou sociální službu pro 27 klientů postižených demencí. Prostory oddělení jsou uspořádány tak, aby připomínaly způsob bydlení v bytě, což by mělo zajistit pocit klidu a bezpečí a s tím průběh adaptace nových klientů. Personál, který pracuje na tomto oddělení je speciálně proškolen v komunikaci s touto skupinou seniorů, při péči respektuje individualitu klienta z důrazem na vstřícnost, trpělivost a empatii. Náplň dne klientů s demencí obsahuje všední denní činnosti, které jsou kombinovány speciálními aktivitami zaměřenými na uchování co nejdelší soběstačnosti s využíváním dlouhodobé paměti, stimulací smyslů a navázáním kontaktu s ostatními klienty. Je kladen důraz na dobrovolnost a zapojení rodinných příslušníků. Ve své práci se chci zaměřit na zjišťování přínosů používaných metod a jejich vliv na uchovávání soběstačnosti a získání rodinných příslušníků pro maximální spolupráci s personálem.

# 1 Současný stav

## 1.1 Demence

Pojem „demence“ pochází z latiny a znamená „bez mysli“. Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek celé jeho osobnosti. V konečné fázi nemoci zapomíná vše, co se kdy naučil. Končí svůj život tak, jak do něj vstoupil: jako bezmocné dítě (1).

V německé literatuře se můžeme dočíst, že je to nemoc označovaná jako „cesta od duše nebo bez duše“, tj. „Weg von der Geist – ohne Geist“ (7).

Demence je skupina duševních poruch, při kterých dochází k úbytku kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého onemocnění mozku. Demence je syndrom, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblastí kognitivních funkcí. Výsledkem je celková degradace duševních činností postižené osoby, ubývání schopností zvládat běžné denní aktivity. Končí ztrátou schopnosti samostatně existovat (7).

Demence náleží mezi nejzávažnější choroby vyššího věku. Patří spolu s delirií a depresemi mezi nejčastější těžké psychické poruchy v preseniu a seniu. V důsledku chorobného procesu dochází k podstatnému snížení kognitivních funkcí. Mezi kognitivní funkce náleží např. intelekt, paměť, motivace, výkonné funkce. Toto snížení je tak podstatné, že interferuje s běžnými aktivitami, profesními aktivitami i soběstačností postiženého. Druhotně dochází i k poruše nekognitivních funkcí – emocí, chování, spánku (12).

Obecná kritéria demence podle MKN-10 (24):

Zjevné zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti. Dále alespoň jeden z faktorů: narušení abstraktního myšlení, narušení soudnosti, narušení ostatních kognitivních funkcí, změny osobnosti. Tyto poruchy se manifestují v obvyklých pracovních či sociálních procesech ve vztahu k okolí. Nejde současně o poruchu vědomí (24).

Demenci lze chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která má vliv na život postiženého. Příznaky demence lze z hlediska praktického a didaktického

rozdělit do tří skupin, které nazýváme A, B, C: narušení kognitivních funkcí (C – cognition), narušení aktivit denního života (A – activities of daily life), poruchy chování (B - behavior) (18).

Z těchto tří skupin příznaků jsou nejzávažnější příznaky kognitivní, a to především úbytek paměti a intelektu (18).

### ***1.1.1 Demografický vývoj výskytu demencí***

Populace v České republice a ve všech zemích západního světa stárne. Je to způsobeno trvale klesající porodností a zároveň se snižující úmrtností ve všech věkových skupinách. Dochází k prodlužování střední délky života. V ČR byla v roce 2002 střední délka života při narození pro ženy 78,7 roku a pro muže 72,1 roku. Ve věku 65 let pro ženy 17,1 a pro muže 13,7 roku. Dochází ke zvyšování počtu seniorů. Narůstá jejich procentuální zastoupení v populaci. Ve věku nad 60 let bylo v roce 2002 v naší republice 18,6% populace. Ve věku nad 65 let bylo 13,9%, 65 let se v současné době dožívá 88% žen a 75% mužů. Demografický vývoj populace v ČR a ve světě bude dále pokračovat (18).

Onemocnění demencí je globální problém týkající se celého světa. Zejména proto, že prevalence tohoto onemocnění bude významně narůstat se stárnutím populace a vzhledem k tomu, že se jedná o onemocnění progredující, devastující, dlouhodobé, vyžadující náročnou a nákladnou péči (10). Souvisí s prodlužováním života, obecným stárnutím populace. Počet obyvatel planety vzrostl mezi r. 1980 a r. 2000 o 35%. Za stejné období se zvýšil počet seniorů starších 60 let o 60%. V seniorské kategorii se výrazně zvyšuje riziko rozvoje demence. U osob starších 65 let je 5% riziko, v 75 letech stoupá na 10%, u jedinců ve věku 80 let je to již 20%, v souboru nad 90 let to bude 50% nemocných se zcela jasnými příznaky demence (18).

Prevalence demencí v jednotlivých věkových skupinách v Evropě je: 60 – 64 let 0,9%, 65 – 69 let 1,3 – 1,5%, 70 – 74 let 3,2 – 3,6%, 75 – 79 let 5,8 – 6,0%, 80 – 84 let 11,8 – 12,2%, nad 85 let 24,5 – 24,8% (8). Alzheimerova choroba se stává velice vážným problémem pro společnost. Touto skutečností je apelováno na politiky,

aby vytvořili podmínky pro oblast výzkumu, prevence a ochrany. Evropský parlament vydal písemnou deklaraci na boj proti Alzheimerově chorobě, kde požaduje po Komisi, Radě a členských státech, aby zařadil tuto problematiku mezi hlavní priority evropského zdravotnictví (29). V České republice podle kvalifikovaných odhadů je některou formou syndromu demence postiženo asi 150 tisíc lidí (7).

### ***1.1.2 Příčiny demence – rizikové faktory***

V současnosti jsou onemocnění způsobující demenci prozkoumány, jsou známy procesy, které se na jejich vzniku podílejí. Je však stále velká část případů s neznámou příčinou onemocnění vedoucích k demenci. Je to například Alzheimerova choroba, nemoc s Lewyho tělísky. Vaskulární demence je ve většině případů důsledkem aterosklerotického poškození mozkových cév. Existuje mnoho poznatků o rizikových faktorech demence (7). Mezi rizikové faktory demence se řadí:

- Věk – demence se může vyskytnout v jakémkoliv věku. Ve věku před 60. rokem se však vyskytuje vzácně. S přibývajícím věkem se vyskytuje častěji (7). Ve věku nad 65 let dochází každých 5 let ke zdvojnásobení případů demence (18).
- Pohlaví – většina studií neprokazuje rozdíly ve výskytu demence u jednotlivých pohlaví. Některé studie prokázaly, že ženy jsou více ohroženy Alzheimerovou chorobou než muži. Muži jsou více ohroženi demencí cévního původu (7).
- Rodinný výskyt a genetické faktory - obě formy Alzheimerovy nemoci, raná i pozdní, se s vyšší četností vyskytují v některých rodinách. Předpokládá se, že familiární výskyt nemoci je podmíněn kombinací vlivů genetických s vlivy zevního prostředí. Blízcí příbuzní osob s Alzheimerovou chorobou mají 3x až 4x vyšší riziko tohoto onemocnění než ostatní populace (16).
- Vzdělání – některé studie prokazují, že u lidí s vyšším vzděláním se demence, a zejména Alzheimerova choroba, vyskytuje méně často. Příčiny tohoto jevu však nejsou jasné (7). Cévní mozkové příhody a vaskulární onemocnění – demence se rozvine asi u třetiny osob po cévní mozkové příhodě. Vaskulární

postižení mozku vede k dřívější manifestaci Alzheimerovy choroby. Lidé s onemocněními ovlivňujícími cirkulaci (hypertenze, cukrovka, onemocnění srdce) jsou prokazatelně náchylnější k rozvoji demence (7).

- Kouření – kouření zvyšuje riziko onemocnění Alzheimerovou chorobou (8).
- Alkohol – dlouhodobé požívání nadměrného množství alkoholu vede ke vzniku somatického poškození a k onemocnění demencí (7).
- Poranění hlavy - úraz hlavy se považuje za významný rizikový faktor vzniku demence. Některé studie prokázaly, že v anamnéze pacientů s Alzheimerovou chorobou se úrazy hlavy vyskytují 2x častěji než v populaci. Je známo, že boxeři trpí v důsledku častých poranění hlavy demencí (7).
- Deprese – u starších lidí s depresí je 3x až 4x větší riziko vzniku demence (7).
- Protizánětlivé léky a hormonální substituční léčba – výsledky některých studií poukazují na to, že lidé užívající protizánětlivé léky na artrózu, revmatoidní artritidu a podobně mají nižší riziko Alzheimerovy choroby. Ženy, které užívají hormonální substituční léčbu mohou mít zvýšené i snížené riziko této nemoci. Tato hypotéza je v současné době předmětem výzkumu (7).

Další faktory – demenci mohou způsobit i infekční onemocnění (např. syfilis, AIDS), deficit vitamínů (B 12, thiamin, kyselina listová). Demence je také součástí klinického obrazu jiných nemocí mozku (Parkinsonova, Huntingtonova choroba, Creutzfeldt-Jakobova choroba, roztroušená skleróza). Rovněž onemocnění jiných systémů mohou mít identický obraz demence (např. srdeční nebo jaterní selhání, onkologická onemocnění) (7).

### ***1.1.3 Kognitivní poruchy při demenci***

Jak uvádí Kalvach (12), demence postihuje tři okruhy fungování a následně se při ní vyskytují tři okruhy poruch:

- porucha kognitivních funkcí

- behaviorální a psychologické příznaky (poruchy emotivity včetně přidružené depresivní nebo úzkostné symptomatiky, poruchy spánku nebo změny cyklu spánek-bdění)
- poruchy aktivit denního života jako je např. schopnost starat se o svůj vzhled a hygienu, oblékat se a svlékat se apod.

Jak uvádí Holmerová (7), kognitivní poruchy bývají ze všech symptomů nejnápadnější. Často se objevují jako první klinické příznaky zejména u Alzheimerovy choroby. Kognitivní (poznávací) funkce jsou funkce, které nám umožňují výběr a zpracování informací pro přizpůsobení v našem okolí a prostředí. Mezi kognitivní funkce patří příjem informací, jejich podržení, třídění, integrace, paměť a učení, myšlení, řeč, kreslení, mimické vyjadřování. Porucha kognitivních funkcí vede k poruše výkonných funkcí jako je motivace a vůle, plánování činností a provádění úkonů (12). Mezi základní poruchy kognitivních funkcí řadíme:

- Snížení intelektové kapacity, které se projeví jako jeden z prvních příznaků demence. K progresi intelektové deteriorace dochází u některých demencí pozvolna, u jiných s náhlými projevy zhoršování (7).
- Poruchy paměti – poruchy paměti jsou nejnápadnějším symptomem demencí. V počátcích nemoci je postižena paměť krátkodobá. Dlouhodobá paměť zůstává zachována déle, zejména u vaskulárních demencí. Porucha krátkodobé paměti se vyznačuje tím, že postižený se opakovaně táže na jednu a tutéž věc. Zapomíná to, co se odehrálo před chvílí, zapomíná na důležité schůzky, ztrácí věci, nedokáže opakovat několik podstatných jmen nebo názvů předmětů, které mu přečteme. Porucha dlouhodobé paměti se projevuje až v pozdějším stádiu demence. Často je porušena dříve paměť deklarativní než procedurální. Nemocný ztrácí dříve naučený soubor vědomostí než vědomosti získané zkušeností. Například ví, jak má řídit automobil, ale nezvládá pravidla silničního provozu (7).
- Poruchy orientace – jedná se o dezorientaci časem, místem, prostorem a později i vlastní osobou. Orientace v čase se projevuje tím, že postižený neví jaký je letopočet, jaký je měsíc a den v týdnu, jaké je roční období. Později neví ani zda je ráno, odpoledne nebo večer. Ztrácí schopnost orientace nejdříve v neznámých

místech a později i v místech známých. Šero, tma, stíny nemocného ještě více znejistí. Stupeň dezorientace se zhoršuje s postupem onemocnění. Dezorientace vlastní osobou se projevuje ztrátou vlastní identity. Člověk neví jak je starý, kolik má dětí, zda je vdaná nebo ženatý, kdo je jeho manželka (manžel), kolik měl sourozenců apod. (7).

- Poruchy úsudku a myšlení – poruchy úsudku a abstraktního myšlení souvisí s deteriorací intelektu. Nemocný není schopen vyložit přísloví, neví co mají společného pes a kuň, nechápe pojem množství (např. peněz), nepřečte kolik je hodin, nedokáže odečítat. Je zasažen i racionální úsudek. Například neschopnost posoudit jak se obléknout podle počasí. Symptomy nemoci se snaží zastírat, pokládá se za zcela zdravého. Vnímá, že se s ním něco děje, ale odmítá jít k lékaři. Trvá na starých vzorech chování. (7). V počátcích nemoci bývá často paranoidní myšlení. Nemocný podezírá ze ztráty věcí z důsledku poruchy paměti své blízké okolí. Je potřeba zachovat klid, snažit se mu pomoci věci najít a odvést jeho pozornost jiným směrem (7).
- Poruchy pozornosti a motivace - s poruchou pozornosti souvisí neschopnost začít nebo ukončit nějaký úkol nebo činnost. Zároveň je snižena schopnost vzdorovat rušivým podnětům, snižena schopnost reagovat. Pozdější stádium nemoci se vyznačuje sníženou aktivitou, nemocný sedí a hledí jedním směrem. Zde hrají důležitou roli aktivizační metody, které stimulují zachovalé schopnosti a sebezpožívání nemocného (7).
- Korové poruchy - v důsledku korové atrofie senzoričkových oblastí dochází k izolovaným poruchám smyslového vnímání, neschopnosti na centrální úrovni diferencovat podnět. Porucha se projevuje tím, že nemocný má pocit, že špatně vidí nebo slyší a nález ušního nebo očního vyšetření je normální nebo nezměněn (7).
- Dále sem řadíme fatické poruchy. Jedná se o poruchu řeči a porozumění (řeč mluvená a slyšená) na korové úrovni. Jde o afázii. Při vystupňované afázii postižený není schopen tvořit srozumitelnou řeč, konfabuluje, komolí slova, používá zkomolené žargonové výrazy. Řeč je po gramatické stránce nesprávná.

Dále může dojít k vypadávání pojmů a jmen, vzniká anamnestická afázie. Další poruchy jsou agrafie – neschopnost psát a zejména se podepsat, alexie – neschopnost číst, zpočátku nemocný čte, ale neví co čte, nepamatuje si obsah, později nerozezná písmena, není schopen skládat slabiky, slova. Další porucha je akalkulie – neschopnost počítat, agnosie – snížená schopnost až neschopnost rozeznávat předměty, věci, lidské tváře, v zrcadle nemusí poznat ani sám sebe, amuzie – neschopnost rozeznat (zejména v pokročilé fázi demence) hudební formy, písně, skladby, hudební skladatele, rytmus, intonaci. Apraxie – je snížená schopnost vykonávat motorické úkony a aktivity navzdory neporušeným motorickým funkcím. Klient s demencí není schopen se najíst příborem, obléknout se, odemknout klíčem zámek apod. Neví, na co které věci má používat. Například ručník – místo aby se do něj utřel, začne ho skládat, rolovat, někde ho odnese. Není schopen malovat v perspektivě, při dokreslování předmětů zapomíná na jejich důležité části (např. nenamaluje kola u automobilu) (7).

- Porucha exekutivních funkcí – mezi tyto funkce řadíme plánování, organizování, řízení. Nemocný není schopen si naplánovat řešení úkonů, zpočátku je to neschopnost řešit složité úkony a později nezvládá ani jednoduché problémy. Je nerozhodný, mívá pocit nejistoty a bezmoci. Tato porucha má u osob v řídicích funkcích za následek odchod ze zaměstnání (7).

Behaviorální a psychologické příznaky demence (BPSD) se projevují jako nevhodné a nepřiměřené chování, odbržděnost, netaktnost, stavy úzkosti, depresivity, poruchy spánku. S postupným vývojem onemocnění přibývají další příznaky, například inverze spánkového rytmu, halucinace, fobie, bludy, neklid, opakování se, obsedantní chování, emoční nestabilita, agitovanost, agresivita, poruchy příjmu potravy, poruchy denního rytmu, změny sexuálního chování. Rozvíjející se demence vede postupně k degradaci osobnosti až po její rozpad (7). Mezi sekundární projevy demence se řadí poruchy chování jako je hypoaktivita, hyperaktivita, agitovanost, neklid, přecházení sem a tam, bradypsychismus



(zpomalené duševní tempo). Hypoaktivita může být spojena s projevem otupělé euforie. Postižený celé hodiny hledí do jednoho místa a střídavě podřimuje. Naopak při agitovanosti je neklidný, konfliktní, projevuje averzi vůči okolí ve formě slovní nebo fyzické agrese. Počáteční neklid mnohdy přechází do stavu apatie. Tyto symptomy demence jsou hlavním důvodem institucionalizace nemocného (18).

#### ***1.1.4 Dělení demencí***

Kalvach uvádí (12), že demence lze rozdělit do dvou základních skupin. Je to skupina demencí atroficko-degenerativního původu (primárně degenerativní demence) a skupina sekundárních (symptomatických) demencí, kdy demence představuje příznak určitého systémového onemocnění postihujícího CNS. Druhou skupinu lze rozdělit na podskupinu ischemicko-vaskulárních demencí a na podskupinu ostatních symptomatických demencí.

#### **Ke skupině demencí atroficko-degenerativního původu patří:**

- Alzheimerova choroba, která je nejčastější ze všech demencí,
- korová nemoc s Lewyho tělisky,
- demence při Parkinsonově chorobě,
- frontotemporální demence včetně Pickovy choroby,
- Huntingtova chorea a
- progresivní supranukleární obrna.

Ostatní choroby z této skupiny jsou enormně vzácné a vyskytují se spíše v mladším věku (12).

**Alzheimerova choroba** je pojmenována po německém neurologovi Aloisu Alzheimerovi, který tuto nemoc poprvé popsal v roce 1906 (1). Náleží mezi neurodegenerativní onemocnění, kdy dochází k mozkové atrofii, úbytku mozkové tkáně, který se může projevit ztenčením mozkové kůry, rozšířením dutého systému mozku (mozkové komory). Dochází k zániku mozkových buněk, nejvíce jsou postiženy nervové buňky tzv. cholinergního systému. Tento systém je velmi důležitý pro mechanismy paměti (8). Vývoj nemoci může trvat 8 až 20 let. Rozvoj nemoci je zpočátku plíživý a postupně progredující proces, při kterém dochází k poruše a zničení nervových buněk a spojení. Dochází k poškození funkce mozku (2). Klinicky se prezentuje jako demence. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) charakterizuje Alzheimerovu chorobu následovně: Jde o deteriorace paměti a myšlení, které postupně

narušují soběstačnost v aktivitách denního života. Paměť je narušena ve všech složkách a k její poruše patří nedílně i poruchy chování a myšlení. Typický průběh onemocnění je nenápadný, pozvolný začátek, pozvolná progrese a zhoršování kognitivních funkcí, nepřítomnost klinických ani laboratorních známek jiného onemocnění, které by mohlo způsobovat demenci, nepřítomnost náhlých známek neurologického poškození mozku či mozkového poranění (24). Různé statistiky výskytu této nemoci se liší, avšak průměrné zastoupení Alzheimerovy choroby mezi demencemi je kolem 50%. Navíc minimálně 10% demencí je smíšené etiologie – uplatňují se jak alzheimerovské, tak ischemicko-vaskulární změny (cerebrovaskulární onemocnění). Alzheimerova choroba se podle doby manifestace prvních příznaků liší na formu s časným začátkem (presenilní), kdy se příznaky manifestují dříve než v 65 letech, a na podstatně častější formu s pozdním začátkem (senilní), kdy se klinické příznaky manifestují v 65 letech života a později (12). Tam, kde se vyskytuje Alzheimerova choroba u více členů pokrevního příbuzenstva a kde bývají zjišťovány genetické faktory podmínění choroby, se hovoří o familiární formě Alzheimerovy nemoci. Tato forma je vzácná a vyskytuje se častěji v mladším věku jako forma s časným začátkem. Většina případů Alzheimerovy choroby nemá zjizitelné genetické podmínění. Hovoří se o sporadické formě nemoci (12). **V lehkém stadiu alzheimerovské demence** dochází k poruchám paměti ve všech složkách. Častá je porucha prostorové a časové paměti. Nemocný si svoje potíže neuvědomuje, často je skrývá před okolím a lékařem (23). Pacienti začínají bloudit nejdříve v místech málo známých, později bloudí i v místech dobře známých. Ztrácejí soudnost a schopnost logického uvažování. Vznikají poruchy v běžných denních životních aktivitách. Nejdříve dochází ke ztrátě profesních dovedností, později postižený nezvládá denní aktivity a péči o sebe sama. Poměrně brzy dochází (na rozdíl od ischemicko-vaskulární demence) k degradaci osobnosti (12). **Ve středním stadiu demence** se poruchy paměti podstatně zhoršují, dochází k výrazné deterioraci intelektu. Nemocní se v důsledku poruch krátkodobé paměti neorientují, nevědí, kde se nacházejí, a proto se chovají dezorientovaně (12). Paměť je velmi těžce porušena, nemocní zcela ztrácejí schopnost učení a vybavování si nových informací. Nedokáží abstraktně myslet (23). Může se objevit afázie, agnózie, apraxie. Nemocní ztrácejí soběstačnost. Stávají

se plně závislími na péči svého okolí. Velmi často se objevují behaviorální a psychologické příznaky demence. Mezi tyto příznaky patří poruchy chování, psychotické symptomy, afektivní poruchy, poruchy cyklu spánek-bdění. Častý bývá neklid, útky, nonverbální a verbální agresivita. Může se objevit inkontinence moči a někdy i stolice (12). **V těžkém stadiu Alzheimerovy nemoci** mají nemocní těžké poruchy paměti, jsou převážně dezorientovaní místem i časem. Přestávají poznávat své známé a později i své nejbližší příbuzné. Nedokáží bez pomoci vykonávat základní aktivity denního života jako je hygiena, oblékání, svlékání, jídlo s příborem. Přestávají být schopni číst, psát, smysluplně verbálně komunikovat s okolím. Jsou inkontinentní. Objevuje se porucha chůze v důsledku hypertonicko-hypokinetického extrapyramidového syndromu. Zhoršují se behaviorální a psychologické příznaky demence. Nemocní vydávají ječivé zvuky, požívají nepoživatelné předměty. Někdy bývá nápadná kachektizace a atrofie svalstva (12).

**Demence s Lewyho tělísky (DLT, DLB – Dementia with Lewy Bodies).** Tato forma demence má některé podobné znaky jako Alzheimerova choroba a Parkinsonova choroba. Je poměrně častá. Onemocnění popsal F. H. Lewy v roce 1912. Příčinou onemocnění jsou kulovitá intracelulární tělíska v neuronech (Lewyho tělíska). DTL má ve srovnání s Alzheimerovou chorobou rychlý začátek, posléze se stav může i na několik let stabilizovat. Klinický obraz však kolísá v průběhu dní nebo hodin. Výrazným projevem jsou změny pohybu, hypertonicko-hypokinetický syndrom, zpomalení, svalová ztuhlost, šouravá chůze, třes, setřená mimika, slabý a vyšší hlas, porucha prostorové orientace, zrakové halucinace, těžké sny, neklidný spánek. Paměť může být dlouho relativně zachována. Z důvodu svalové slabosti končetin dochází u těchto pacientů k náhlým a neočekávaným pádům. Onemocnění nastupuje ve věku 50 – 80 let a trvá přibližně 7 let. V posledních letech existuje medikamentózní léčba, která onemocnění zpomaluje (7).

Pacienti s **Parkinsonovou chorobou** mají větší riziko vzniku demence. Demence se rozvíjí u 10 až 30% nemocných. Klinický obraz u jednotlivých osob je odlišný. Dochází k poruše paměti, myšlení a exekutivních funkcí (plánování, organizování, řešení problémů). Může dojít k rozvoji deprese, k výbuchům vzteku,

agresivity, ulpívavosti. Řeč je zpomalená. Demence výrazně zhoršuje prognózu Parkinsonovy choroby. Léčba je zajišťována antiparkinsoniky (7).

**Frontotemporální demence (FTD)** je onemocnění s postižením frontálních a temporálních laloků mozku (a přítomnost klubíček tau proteinu, Pickových tělísek atd.). Postižené oblasti jsou zodpovědné za chování, emotivitu a řečové funkce. Tato skupina onemocnění zahrnuje sémantickou demenci, primární progresivní afázii, Pickovu chorobu a další podobná onemocnění. Nejčastější formou FTD je Pickova nemoc (18), kterou popsal v 19. století profesor Arnold Pick. V počátku onemocnění většinou nebývá porušena paměť. Postižení se chovají nevhodně ve společnosti, mají nevhodné poznámky, jsou hrubí, netrpěliví, odbrzdění, trpí poruchami sexuálního chování, které se stává nepřiměřeným a nevhodným. Prvním příznakem bývá sobecké jednání, které je u pacienta neobvyklé. Další příznaky jsou časté přejídání, nadměrné požívání alkoholu, nezdrženlivost, nadměrné utrácení, ztráta schopnosti myslet operativně a flexibilně, řešit nové situace, zanedbávání péče o svoji osobu, soustředěnost pouze na své potřeby, emoční poruchy. V pozdějších fázích onemocnění převažuje obraz demence. Péče o pacienty s frontotemporální demencí patří mezi nejnáročnější. Nejčastěji je nutný pobyt v ústavním zařízení, protože rodina péči nezvládá. Farmakologická léčba neexistuje, lze pouze ovlivnit některé symptomy a poruchy chování. Onemocnění postupně progreduje do terminálního stadia (7).

**Hutingtonova chorea** byla popsána v roce 1872 Je to autozomálně dominantně dědičné onemocnění s charakterickou klinickou triádou: chorea, psychiatrická symptomatologie a poruchy chování, demence (7). Choreou rozumíme nekoordinované kroutivé pohyby, bývají spojené s poruchami řeči a chůze. Demence může předcházet vzniku neurologických příznaků, má převážně podkorový charakter. Příznačné podkorové příznaky bývají hypobulie, bradypsychismus. Častá je deprese (18). Onemocnění trvá 10, 20 a více let (7). Zatím neexistuje specifická terapie (12).

**Progresivní supranukleární obrna (Syndrom Steel-Richardson Olszewsky)** je vzácná choroba přicházejí zpravidla ve věku 50 let a více. Progreduje 5 až 10 let. Začíná často nevyzpytatelnými pády, většinou dozadu. Další charakteristické znaky jsou neschopnost pohybu očí vzhůru a dolů, ztráta koordinace pohybu, chůze o široké bázi,

ztuhlost hlavy a trupu, zpomalení motoriky, postupně se rozvíjející demence. Některé motorické příznaky mohou připomínat Parkinsonovu chorobu. Pacient má na své onemocnění náhled, porucha kognitivních funkcí postupuje pomalu. Postiženy jsou zejména exekutivní funkce, schopnost soustředění, řeč (7). Choroba je neléčitelná, končí smrtí (12).

**Jak je výše zmíněno další skupinu sekundárních demencí lze rozdělit na podskupinu:**

- ischemicko-vaskulárních demencí a
- podskupinu ostatních symptomatických demencí.

**Ischemicko-vaskulární demence** jsou druhé nejčastější po Alzheimerově chorobě. Procentuální zastoupení mezi všemi demencemi představuje 15 – 30% (12). Vaskulární demence se od Alzheimerovy choroby liší tím, že demence vzniká zpravidla rychle. Průběh není plynule progredientní, ale kolísavý, fluktuující. Deteriorace probíhá ve skocích (v závislosti na tvorbě mozkových infarktů). Osobnost pacienta zůstává dlouho relativně zachována (12). V některých případech však může docházet k výrazným změnám některých povahových rysů jako je sobectví, vztahovačnost, labilita a podobně. Typická je emoční labilita, záchvatovitý smích nebo pláč, depresivní ladění, přechodné epizody zastřené vědomí nebo delirium (7). Příčinou ischemicko-vaskulárních demencí jsou mozkové mikroinfarkty, větší mozkové infarkty, mozkové hemoragie, cévní abnormality, aterosklerotické změny velkých mozkových tepen. Nejčastější příčinou jsou mnohočetné drobné mozkové infarkty. Ke vzniku demence musí být poškozeno 50 – 100 ml mozkové tkáně infarzací (12). Demence se projeví, jestliže je rozsah poškození CNS vyšší, než jaké jsou kompenzační schopnosti mozku. V anamnéze pacientů bývají některé rizikové faktory cévního onemocnění, bývá hypertenze, cévní mozkové příhody, respirační insuficience, diabetes mellitus, mimomozkové příznaky arteriosklerózy ICHS, ICHDK, stenózy karotid, fibrilace síní, průkaz intrakardiálních trombů. Existuje několik typů ischemicko-vaskulárních demencí (7).

- **Demence při rozsáhlé cévní mozkové příhodě** vzniká následkem rozsáhlé cévní mozkové příhody nebo mozkové příhody ve strategické oblasti CNS. Diagnóza této demence je založena na zjištění přítomnosti lokálního neurologického nálezu. Léčba spočívá v účinné léčbě hypertenze, hypercholesterolemie, diabetu a ovlivňování dalších rizikových faktorů v anamnéze a životosprávě. Častý je výskyt kombinace vaskulární demence a demence alzheimerovského typu. Klinický obraz je směsice symptomatiky obou demencí (18).
- **Multiinfarktová demence (MID)** je nejčastější typ vaskulární demence. Nejčastěji začíná mezi 60. až 80. rokem života. U kardiovaskulárně nemocných se může rozvíjet i dříve. Vzniká v důsledku mnohočetných mikroinfarktů v bílé hmotě mozkové. Příčinou bývá extracerebrální cévní poškození – embolizace sklerotických nebo intrakardiálních trombů. Počáteční stádium je charakteristické zvýšenou dráždivostí, afektivní labilitou, poruchami pozornosti, insomnií, zvýšenou unavitelností, závratěmi a bolestmi hlavy. Demence má ostrůvkovitý charakter. Dominantním syndromem jsou poruchy paměti. Relativně dlouho zůstává zachována kritičnost. Intelekt a osobnost je zpočátku postižen málo. Typické jsou příznaky afektivní lability, mohou se vyskytnout depresivní příznaky. Běžné jsou tranzitorní stavy zmatenosti. Mohou být přítomny pyramidové a extrapyramidové příznaky. Při náhlém zhoršení stavu (způsobeném drobnou cévní příhodou) se vyskytují patologické neurologické symptomy. Při rozvinuté MID je prognóza nepříznivá. Nemocní přežívají 4 – 6 let. Příčinou úmrtí bývá nová cévní mozková příhoda (18).
- Příčinou **podkorové vaskulární demence** (Binswangerova choroba) jsou mikroinfarkty, zejména v bílé hmotě hemisfér mozku. Dochází k poruše vzájemné komunikace a spojení mozkových struktur. Velmi často se vyskytuje při hypertenzi. Začíná často v relativně nízkém věku, v preseniu. Klinické příznaky jsou apatie, afektivní labilita nebo emoční inkontinence. Pacient je hypoaktivní, má zpomalenou řeč, myšlení, psychomotoriku. Řeč je monotónní, má potíže se čtením a psaním. Paměť a intelekt bývá zpočátku poškozen méně.

Může se objevit porucha stání a chůze, parkinsonský syndrom, poruchy ovládání sfinkterů s inkontinencí. Průběh poruchy je rychlý. Do 5 let od objevení prvních příznaků dochází k úmrtí (18).

### **Ostatní symptomatické demence**

- **Alkoholová demence** - touto formou demence trpí až 1/10 osob závislých na alkoholu. Na vzniku se podílí neurotoxicita alkoholu, nedostatek vitamínů (zejména řady B), špatná životospráva a hepatopatie. Další faktory přispívající ke vzniku demence jsou kardiovaskulární choroby způsobené alkoholem (hypertenze, ateroskleróza), onemocnění jater a ledvin, úrazy hlavy způsobené při pádech v důsledku opilosti (18). Ve stáří se klinický obraz podobá Alzheimerově chorobě (12).
- **Farmakogenní demence** - podání některých léků může lidem ve vyšším věku způsobit projevy demence. Jsou to například některá antidepresiva, benzodiazepinové přípravky, některá cytostatika a antimetabolity (12).
- **Demence na podkladě normotenzního hydrocefalu** je chronické onemocnění, které vzniká následkem úrazu hlavy, subarachnoidálního krvácení, meningitidy. Často je však příčina neobjasněna (18). Hlavní klinické příznaky jsou demence, poruchy chůze s nejistotou v prostoru a pády, inkontinence moči a stolice (základní trias) (7). Léčba je především chirurgická. Spočívá v odvedení likvoru z komor do cévního řečiště (12).
- **Posttraumatické demence** - morfologickým podkladem u těchto demencí je mozková kontuze, chronický subdurální nebo epidurální hematom. Při demenci je doprovodná neurologická symptomatika podle místa léze. Nejtěžší forma traumatické demence je tzv. apalický syndrom, kdy dochází k poškození hlubokých kmenových struktur (12).
- **Demence při mozkových tumorech** - obraz demence mohou vyvolat také primární mozkové nádory a metastázy do mozku.



**Pseudodemence** při somatických onemocněních - obraz demence může vzniknout z důvodu poruchy renálních a jaterních funkcí, při snížení funkce štítné žlázy, při chronických hypovitaminózách, zejména thiaminu a niacinu, kyseliny listové a vitamínu B12. Pseudodemence u deprese lze definovat jako poruchu emotivity, demenci jako poruchu kognitivních funkcí. Projevy demence a deprese se však mohou kombinovat a překrývat. Depresivní ladění bývá průvodním jevem velké části demencí, zejména demencí vaskulárního typu. Klinicky pak vznikají pochybnosti, o jaké onemocnění se jedná. Pokud dojde k výraznému zlepšení stavu po podání antidepresiv, lze uvažovat spíše o depresi (7).

### ***1.1.5 Stádia demence***

Podle klinické symptomatologie jsou demence obvykle rozdělovány do tří stádií: (8)

- Mírná demence - je patrný pokles paměti, který ztěžuje provádění běžných denních činností, ale je možný soběstačný život. Postižení mají potíže se zapamatováním si nových paměťových obsahů, ztrácejí věci (8).
- Středně těžká demence - paměť je již narušena natolik, že postižení mají problémy se soběstačností. Nejsou schopni samostatně vykonávat smysluplnou činnost, paměť je porušena ve všech složkách (8).
- Těžká demence - postižení jsou plně odkázáni na péči okolí, nejsou schopni vykonávat základní denní činnosti. Mají velmi těžké poruchy paměti ve všech složkách (8).

Je velmi důležité syndrom demence včas diagnostikovat. V rámci diagnostiky demence je nutné odlišit jiné příznaky – např. běžné změny stáří, reakce na změnu prostředí, poruchy nálad, reakce na obtížnou situaci, somatické onemocnění se znaky selhávání sebezpečí. Také je nutné vyloučit další možná onemocnění – např. depresivní poruchu, delirium, mentální retardace a další (18).

### **1.1.6 Léčba demence**

Léčba demence a dalších symptomů se skládá ze dvou vzájemně propojených kroků – behaviorálních a farmakogenních. U nemocného se léčí narušené kognitivní funkce, exekutivní schopnosti, emoční reaktivita, jednání a chování. Korigují se patologické změny osobnosti pacienta. Tím se zlepšuje kvalita jeho života, kvalita života jeho okolí. Hlavním cílem v léčbě demence je stabilizace nemocného, oddálení progresu a přechodu onemocnění do těžších stádií. Léčbou se prodlužuje období soběstačnosti a funkčních schopností nemocného (18).

**Nefarmakologická léčba** - cílem behaviorální nefarmakologické léčby je : (18)

- zachování nebo zlepšení úrovně jednotlivých dovedností, jako je hrubá a jemná motorika, chuze, soběstačnost, kognitivní funkce
- smysluplné vyplnění volného času
- ovlivnění behaviorálních a psychologických příznaků demence a aktivit denního života
- zlepšení verbální a nonverbální komunikace s rodinou a ostatními pečovateli

Zvolené aktivity musí být přiměřené stavu nemocného. Aktivity musí podporovat pacientovy silné stránky (nezdůrazňovat ty slabé). Musí probíhat ve známém prostředí, ve kterém se klient dobře orientuje. Aktivity se musí stát pravidelnou součástí denního programu klientů (18). Skutečná podpora aktivity klienta znamená společně hledat to, co ho těší, dává smysl, co rozmnožuje jeho příjemné prožitky a pocity tak, jako u každého člověka v každodenním životě. Nezbytným předpokladem je důstojnost (13). Behaviorální léčba zahrnuje pět oblastí (18):

- životní styl
- fyzická aktivita
- psychická aktivita
- optimalizace senzorických funkcí
- nutriční

**Životní styl** - smyslem má být sociální funkčnost klienta. Jde o jeho podporu, trvalou péči o jeho osobu, přátelskou atmosféru v prostředí, kde se nachází (18). Pro člověka s demencí je důležité mít roli, být členem lidské skupiny, patřit někam a být zde ceněn a respektován (12).

**Fyzická aktivita** - přiměřená fyzická aktivita je důležitou složkou v denním programu klienta s demencí. Napomáhá k udržení rytmu den-noc, zvyšuje chuť k jídlu, zajišťuje dostatečný přísun psychických stimulů, zlepšuje celkovou funkčnost organismu. Vhodné jsou například procházky, práce v zahradě, tělesná cvičení, zalévání květin, skládání a žehlení prádla, péče o zvířata, pohybová a taneční terapie (24).

**Psychická aktivita** - péče o psychickou aktivitu zahrnuje řadu postupů. Například pro zajištění dostatečné orientace postiženého je nutné neměnit prostředí, ve kterém se nachází, neměl by cestovat na neznámá místa, neměl by být vystavován neznámým situacím. V prostředí, kde se pohybuje, by mělo být vše uzpůsobeno pro jeho orientaci ( velké hodiny, velký a dostatečně čitelný kalendář, fotografie blízkých, známé drobnosti). S klientem je třeba provádět kognitivní rehabilitaci za použití různých technik dle zachovalých schopností klienta (18). Způsob provádění kognitivního tréninku (trénink paměti a jiných poznávacích funkcí) nesmí probíhat ve stylu trvalého kontrolování, trénování, vychovávání nemocného. Důsledkem toho je stres, zklamání z neúspěchu, únava, nejistota, konflikty. Zde je více než trénování paměti důležité usilovat o důstojnost, spokojenost a autonomii člověka postiženého demencí. Ochránit ho před zbytečným strachem a studem. Porucha paměti způsobuje, že lidé se neumí orientovat v čase, v prostoru, v pojmech, ve vztazích, sami v sobě. Potřebují proto vnímat vstřícnost pečovatелů, lidský dotek a porozumění (12).

**Optimalizace sensorických funkcí** - je nezbytné vědět, do jaké míry jsou u klienta postiženy sensorické funkce, zejména sluch a zrak. Může se stát, že díky postižení sluchu nebo zraku dochází k řadě nedorozumění, která jsou následně zpracována jako poruchy chování (18).

**Péče o nutriční** patří mezi základní opatření v léčbě demence. Co nejdelší udržení optimálního stavu výživy je jednou z podmínek zpomalení progresu onemocnění. S progresí onemocnění prakticky všichni pacienti s Alzheimerovou nemocí hubnou

z důsledku úbytku svalové hmoty při nedostatku tělesného pohybu. Pro zachování aktivní tělesné hmoty je nezbytné dodržovat dvě zásady (18):

- fyzická aktivita
- dostatečný energetický příjem

Zajištění adekvátního pohybu je nezbytnou součástí péče o nemocné ve všech stádiích léčby. Dále je třeba věnovat dostatečnou pozornost příjmu potravy, v pokročilejších stádiích je nezbytné sledovat tělesnou hmotnost a cíleně dbát na odpovídající zvýšení příjmu energie (18).

Demence vážně ovlivňuje komunikaci na všech úrovních a tím ovlivňuje vztah mezi klientem a pečovatelem (15). Postoj pečovatele, jeho chování a způsob komunikace s osobou s demencí má přímý vliv na jeho celkový stav (18).

#### **Farmakologickou léčbu lze rozdělit na:**

- Farmakoterapii kognitivních funkcí spočívá v užívání léků ovlivňujících neurogeneraci. Je to řada léků s rozdílnými mechanismy působení: jsou to farmaka zlepšující mozkový metabolismus – nootropní léčiva (19). Farmaka zlepšující funkci mozkového cholinergního systému (lecitin, Aricept). Látky likvidující volné kyslíkové radikály nebo omezující jejich vznik (E vitamin, C vitamin, retinol, aj.). Řada dalších látek (11).
- Farmakoterapii nekognitivních funkcí – nekognitivní funkce bývají u Alzheimerovy choroby postiženy různou měrou. Při poruchách emotivity je nutné použít antidepresiva nebo látky potlačující úzkost. Při neklidech se používají protipsychotické látky – neuroleptika. Při poruchách spánku jsou podávána některá neuroleptika, moderní hypnotika, látka clomethiazol. K léčbě poruch nekognitivních funkcí je možnost používání celé řady dalších léků. Avšak pokud je možné, je nutné dávat přednost nefarmakologickým metodám. Například při nespavosti spojené s inverzí spánku, pomůže přiměřená aktivizace klienta v průběhu dne (11).
- Léčbu somatických onemocnění

## ***1.2 Zásady přístupu k osobám s demencí***

V případě, že člověk s demencí již potřebuje péči druhé osoby, je nutné k němu přistupovat trpělivě, snažit se zjišťovat, co potřebuje, co si přeje, být pozorný, trpělivý, empatický, komunikovat nonverbálně, pokud je to klientovi příjemné tak i taktile, nespěchat, respektovat jedinečnost a důstojnost jeho osoby (7). K navázání a udržení efektivní komunikace s osobou postiženou kognitivní poruchou je potřeba řídit se čtyřmi principy, které jsou klíčové pro všechny aspekty péče o člověka s demencí (30). Osoba s kognitivní poruchou má potřebu specifické komunikace, která je důsledkem její emoční závislosti, neschopnosti přizpůsobit se. Zodpovědnost za to, aby tato osoba rozuměla a bylo rozuměno jí, spočívá na pečovateli. Nejdůležitějším úkolem pečovatele je nastolit a podporovat partnerství, vzájemnou úctu a důvěru. Osoba, se kterou pečovatel pracuje má skutečnou a nepomíjivou poruchu komunikace. Není sice v moci pečovatele zařídit, aby porucha zmizela, ale může použít k překonání specifických problémů účinné postupy.

### ***1.3 Komunikace s osobami s demencí***

Demence vážně ovlivňuje komunikaci na všech úrovních včetně ovlivnění vztahu mezi pečovatelem a nemocným. Rodinní pečovatelé mají často pocit ztráty původního vztahu. Musí reagovat na změněnou osobnost svého blízkého a pomocí komunikace si budovat vztah ke svému blízkému (15). Výchozím bodem při komunikaci s osobou s demencí je znalost zasažených oblastí, vědět, jaké má klient obtíže, a jak se je snaží kompenzovat (24). Pro lidi trpící demencí má neverbální projev při komunikaci mnohonásobně větší úlohu než slova a věty. Důležitou roli hrají gesta, výraz tváře, intonace hlasu, tempo řeči, pozice těla. Někdy stačí k vyjádření sdělení jen gesto, pohazení, pokynutí. Pro kvalitní navázání kontaktu si musí pečovatel zajistit plnou pozornost klienta a zároveň i on musí klienta pozorně sledovat a soustředěně vnímat. Důležité je zajištění přímého očního kontaktu, zaujmutí správné pozice, upoutání pozornosti klienta pomocí gest, dotyku. Nejlepší způsob navázání kontaktu je tehdy, když s iniciativou přijde sám člověk s demencí. Pečovatel tuto iniciativu může přijmout a dále ji rozvíjet. V případě, že pečovatel potřebuje navázat kontakt s klientem ve chvíli, kdy trpící demencí nepřichází s žádnou iniciativou, je dobré chvíli pozorovat, co člověk s demencí právě dělá, co prožívá, jak se cítí – tj. bedlivě sledovat jeho signály a na ně navázat. Trvanlivost takového kontaktu je většinou delší (15).

Při důkladném pozorování vyjadřovacích schopností člověka s demencí můžeme obvykle zaznamenat rozdíl v tom, když mluví o něčem spontánně sám od sebe, a když odpovídá na kladené otázky. Spontánní projev bývá plynulejší, obsáhlejší. Odpovědi na otázky jsou mnohem pomalejší a dokonce často dotýcný otázce vůbec nerozumí. Důvod této reakce je donucení odpovídajícího přemýšlet určitým vymezeným směrem. Člověk se usilovně snaží otázku dobře zodpovědět, ale jeho odpověď je z pohledu zdravého člověka nesmyslná, obecná, nekonkrétní. Často se uplatňuje tzv. automatická řeč – používané jazykové stereotypy, naučené říkanky, básně, počítání. Typickou ukázkou je příklad uvedený Koběřskou (15), kdy pečovatelka komentuje oblékání halenky klientce a při tom říká: „Jedna ruka, druhá ruka.“ Klientka dodá: „Třetí ruka.“ Pečovatelka odpoví: „Není.“ Klientka odpoví: „Není

přítomna.“ Žena v uvedeném příkladu reagovala na slova „jedna, druhá“ slovem „třetí“. Ze svého povolání učitelky použila dříve často používaný výraz „není přítomna“. Ten se jí vybavil jako používaný stereotyp. Lidé trpící demencí mají potíže vyjádřit své myšlenky slovy. Ve snaze sdělit své myšlenky použijí nesprávná, nepřesná nebo neexistující slova. Například Koběřská (15) uvádí – jedna žena viděla budovu kasáren a řekla: „tady to znám, to jsou sakárna.“ Člověk s demencí může mít problém sestavit větu se správným gramatickým slovosledem nebo nemůže najít správná slova k vyjádření své myšlenky. Lidé s demencí nedokáží rozeznat některá slova nebo jim přisoudit význam, je pro ně náročné sledovat průběh konverzace, udržet v paměti jednotlivé informace nebo udržet pozornost. Někomu dokonce zůstane zachována schopnost číst, ale dotyčný nerozumí tomu, co čte. U každého konkrétního člověka je důležité zjišťovat jeho možnosti komunikace, vyslání jeho iniciativ při vyjadřování svých myšlenek a také způsob přijímání iniciativ pečovatele a jejich zpracování. Na pečovateli je, aby přizpůsobil své iniciativy tak, aby je člověk s demencí mohl dobře přijmout a reagovat na ně (15).

U člověka s demencí se někdy setkáváme s projevy slovní nebo i fyzické agresivity. Důležité je uvědomit si, že příčinou agresivního chování je nemoc člověka. V takovéto situaci by neměl být člověk s demencí za své chování napomínán, trestán, neměly by se používat násilné prostředky nebo zbytečná medikace. Je nutné zachovat klid a umožnit tak postiženému, aby se uklidnil. Velmi účinný je klidný, hlubší tón hlasu vyjadřující porozumění jeho tenzi, pojmenování problému a následné odvedení pozornosti. Rozhodně není vhodné vstupovat s postiženým do konfliktu (15).

Vzpomínky a zážitky ze vzdálené minulosti jsou uloženy mnohem déle než nedávné události v životě člověka s demencí. Proto je vhodné v komunikaci s osobou s demencí využívat informace uložené v jeho dlouhodobé paměti. Minulost se často prolíná s přítomností, pečující osoba tak může získat kontakt s nemocným a umožnit mu, aby se cítil dobře (1). Proces demence časem setře z paměti člověka s demencí všechny informace. Nedokáže mluvit ani již o minulých událostech svého života, stává se stále bezmocnější. I přes takto pokročilý proces demence je možné udržet určitou míru kontaktu a komunikace. Když už nechápe slova, mluví k němu

blízkost těla pečovatele. Je možné ho vzít kolem ramen, jemně poplácat po zádech, pohladit, podržet ruku, usmívat se na něho. Až do úplného konce je člověk s demencí schopen rozeznat melodii věty, zda jsou slova přátelská nebo smutná, i když nechápe význam slov. Nakonec může komunikovat jen tím, že pečovatel je v jeho blízkosti. Přítomnost pečující osoby, kterou zná a důvěřuje jí, mu dává pocit bezpečí (1).

Shrnutí zásad pro komunikaci s člověkem s demencí (15):

- Pro komunikaci je nutné vytvořit podmínky bez rušivých a rozptylujících vlivů prostředí. Ujistit se, zda postižený dobře slyší nebo netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
- Je nutné vědět, zda nás člověk s demencí dostatečně vnímá, zda mu můžeme nabídnout své téma.
- Pro účinnou komunikaci je vhodné spíše přijímat iniciativy člověka s demencí a reagovat na ně, než přicházet s řadou vlastních iniciativ.
- Naše sdělení bude srozumitelné, když budeme využívat více komunikačních kanálů nejednou. Je to například použití gest, přímý pohled do tváře, při pocitu, že nás neslyší mu nekřičíme do ucha. Naopak zvolíme nižší tón hlasu a zajistíme, aby viděl na naše ústa. Můžeme využít tělesný kontakt, ale musíme pamatovat na to, že se nedá použít v každé situaci a ne pro každého. Poznáme to důkladným pozorováním jeho neverbálních projevů.
- V případě, že nám člověk nerozumí, pokusíme se totéž říci zjednodušeně s pomocí gest. Také pomáhá opakování téže věty hlasitěji.
- Při všem, co spolu děláme, člověka s demencí povzbuzujeme a dáváme mu najevo, co dělá správně. Člověk s demencí potřebuje vědět konkrétně, za co ho oceňujeme. Umožňuje mu to lépe spolupracovat a dobře se orientovat v činnosti.
- Používáme slova, která dotyčný nejčastěji používá. Použije-li některé slovo nesprávným způsobem, nenutíme ho, aby se opravil. Pokud mu rozumíme, pokračujeme normálně v rozhovoru.
- Vyjadřujeme se co nejjednodušeji. Používáme krátké, jednoduché věty. Pokyny, instrukce musí být srozumitelné, přesné, jednoznačné a vždy jen jeden v jednu chvíli. Každá instrukce by měla zahrnovat jen jeden krok.



- Při společných činnostech pojmenováváme to, co děláme my a to, co má dělat člověk s demencí.
- V průběhu rozhovoru se držíme jen jednoho tématu. Při činnosti mluvíme o tom, co se děje „tady a teď“. To co říkáme, také děláme.
- Neklademe nadbytečné otázky, na které člověk s demencí nemůže odpovědět a které snižují jeho důstojnost.
- Péče o člověka s demencí může někomu připomínat péči o malé dítě a svádět k vyjadřování ve formě zdobnělin, které nejsou na místě. V jazyce, který používáme, posilujeme respekt a úctu k člověku, který prožil plnohodnotný život. Jeho současnou identitu posilujeme tím, že s ním komunikujeme jako s dospělým.

#### ***1.4 Získávání informací o člověku s demencí***

Informace o člověku postiženém kognitivní poruchou mají zásadní význam pro vytvoření, udržování a podporování vztahu pečovatele a osoby s demencí. Vzhledem k tomu, že nemocný člověk není schopen tyto informace poskytnout, je na pečovateli, aby měl zájem o jeho minulost, současné zážitky, jeho schopnosti, osobnostní rysy, současný stav kognitivních schopností a funkčního potenciálu, zachovalých schopností. Pečovatel musí znát role, které tyto lidé v životě hráli, jaké mají životní zkušenosti, zvyky, zájmy, předsudky. Obzvláště v případě zajišťování péče o osoby s demencí v institucích jsou získané informace o každém klientovi velmi důležité pro kvalitní péči a sestavení aktivizačních programů. Profesionální pečovatelé musí informace neustále doplňovat znalostmi o životě každého jednotlivce a o době, ve které žil. Pečovatelé z kruhu rodiny by si měli uvědomovat jak důležité je informovat personál i o zdánlivě triviálních detailech ze života jejich blízkého. Dobrým zdrojem informací jsou i ostatní pracovníci, kteří přijdou do kontaktu s klientem. Při každém hledání informací je nejdůležitější osobou klient, který bývá přehlížen coby zdroj informací (30).

## ***1.5 Hodnocení kognitivních schopností postižené osoby***

Z klinických screeningových metod se nejčastěji k diagnostice poruchy kognitivních funkcí používá :

- Mini Mental State Examination (MMSE), tzv. Folsteinův test je nejužívanější orientační test ke zjištění demence, narušení kognitivních funkcí. Skládá se ze třiceti bodů, které hodnotí 10 funkcí (orientaci, zapamatování, pozornost a počítání, výbavnost paměti, pojmenování předmětů, opakování věty, třístupňový příkaz, čtení a vyhovění příkazu, psaní a obkreslování podle předlohy. Každá správná odpověď je ohodnocena jedním bodem, plný počet bodů je 30. Výsledek 27 až 30 bodů znamená, že mozek není organicky poškozen, 10 bodů a méně znamená pokročilou demenci (12).
- Test hodin (clock drawing test) probíhá tak, že pacient je požádán, aby nakreslil ciferník hodin se všemi čísly a nastavil ručičky na určitý čas. Hodnotí se celistvost nakresleného číselníku, správné nastavení číselníku na požadovaný čas, správné vyznačení pořadí čísel na ciferníku. Správné označení požadovaného času ručičkami je ohodnoceno 4 body, při stejné velikosti ručiček nebo drobných nepřesnostech 3 body, výrazné chyby v časovém údaji nebo v jiném směru ručiček je za 2 body, chybění jedné ručičky znamená 1 bod, úplná absence ručiček nebo jejich nadměrné množství 0 bodů. Při hodnocení čísel, která jsou ve správném pořadí a lokalizaci, je pacient ohodnocen 4 body, 3 body za správné pořadí, ale nesprávný rozestup mezi čísly, přidání nebo absence některých čísel bez porušení pořadí ostatních, řazení čísel proti směru hodinových ručiček je hodnoceno na 2 body, scházející nebo přidaná čísla a hrubé prostorové narušení je ohodnoceno 1 bodem, čísla schází nebo jejich napsání je nesrozumitelné je za 1 bod. Zdravé osoby by měli mít 9 – 10 bodů. 7 bodů a méně již znamená organické poškození mozku – demenci (12).
- Další jsou různé screeningové zkoušky, například „sedmičkový test“, „orientace všemi kvalitami apod., Mattisova škála demence.

Tato počáteční hodnocení člověka trpícího demencí slouží pro účely diagnózy, monitorování a plánování péče. Pečovatel těchto informací využívá jako výchozí bod. Dále však musí pečovateli pozorovat, zda u postižené osoby dochází ke změnám paměti, jazyka, vnímání, pozornosti, motoriky a dalších vyšších kognitivních funkcí. Výsledek pozorování podá pečovateli informace o tom, jak asi bude jedinec reagovat v situacích, kde hraje důležitou roli paměť, pozornost, jazyk atd. (30).

## ***1.6 Hodnocení funkčních schopností postižené osoby***

Funkční hodnocení zkoumá schopnost jednotlivce s demencí zvládat úkoly každodenního života. Neschopnost vykonávat běžné denní aktivity svědčí o organickém poškození mozku. V případě mírné poruchy kognitivních funkcí dochází k zpomalenému provádění běžných denních aktivit, které jsou však plně zachovány. U počínající demence je úroveň provádění běžných denních aktivit snížena a s postupující demencí se dále zhoršuje. Nejdříve vypadnou složité činnosti (např. schopnost manipulace s penězi, hledat telefonní číslo v telefonním seznamu). Postižení nezvládají nákupy, nepamatují si, co mají koupit. Postupně nezvládají ani jednodušší úkony jako je například telefonování, obsluha domácího elektrospotřebiče. Nakonec nejsou schopni zvládat oblékání, svlékání, udržování osobní hygieny (12).

Nejjednodušší a nejvíce (instrumental activities of daily living). IADL se používá u lehkých stadií demence (schopnost používání telefonu, nakupování, příprava jídla, údržba domácnosti apod.). ADL – Barthelův test se používá u pokročilejších stadií demence (hodnocení schopností jako je toaleta, přijímání potravy, oblékání, péče o vlastní vzhled, mytí, schopnost pohybu v okolí) (12).

Barthelův test základních denních činností, který hodnotí stupeň závislosti na péči okolí. Má 10 položek. Plně zachovalá výkonnost v aktivitách denního života je ohodnocena 100 body. Při hodnotách 40 – 0 bodů nastává vysoká až úplná ztráta výkonnosti v aktivitách denního života a v soběstačnosti (12).

## 1.7 *Problematické chování osoby postižené demencí*

### 1.7.1 *Problémy s náladou : agresivita, deprese a podezřavost*

Demenci často doprovázejí emoční změny, které rodina a pečovatelé těžko chápou. K řešení problematického chování jakéhokoliv druhu, často pomáhá zkusit se do druhého člověka vžít, představit si sebe v jeho situaci (1). Poruchy chování způsobené demencí závisí do určité míry na původní osobnosti postiženého (28).

**Agresivita** je normální lidská reakce na obtížnou situaci. První příčina agresivního chování v případech demence je frustrace v důsledku narušeného ukládání informací do paměti, druhou příčinou agresivity může být naopak reakce na zármutek, stud nebo jinou emoci. Další důvod k agresivitě je neschopnost správně zhodnotit situaci, což vede k jejímu špatnému pochopení a neadekvátní reakci. Někteří lidé s demencí byli výbušní a vznětliví po většinu svého života. V takovém případě není agresivita nic nového. Nejlepší taktika zabránění agresivním výstupům je rozpoznání zdroje agresivity metodou pozorování a pak uzpůsobit situaci, která je příčinou agresivity klienta tak, aby k incidentu nedošlo. Další způsob je převedení hovoru na zcela jiné téma (1).

**Depresivní nálada** je často výrazem bezmoci a úzkosti. Ve vyšším věku dochází k řadě omezení a ztrát. Člověk přichází o dlouholetého partnera, snižují se jeho tělesné a psychické schopnosti (18). Projevy deprese jsou nejzávažnější v okamžiku, kdy si člověk s demencí uvědomuje svůj vlastní stav. U Alzheimerovy choroby to bude v počáteční fázi. V případě multiinfarktové demence bude tento stav přetrvávat až do střední fáze demence. Každý depresivní člověk s demencí si svoji zhoršující situaci uvědomuje jinou měrou. Podle toho pečovatel volí strategii zvládnutí depresivních stavů klienta. Pozitivní vliv má aktivní vykonávání různých činností. Je však velmi těžké člověka v depresi stimulovat, aby cokoli dělal. Trvá-li těžká a vytrvalá zasmušilost déle než čtrnáct dnů, nejedná se o depresivní náladu, ale o onemocnění depresí. Zde je nutná profesionální pomoc psychiatra (1).

**Podezřívavost** - víc než polovina osob s demencí vykazuje kratší nebo delší příznaky podezřívavosti. Ztráta paměti vede k chybám a selháním, které následně vyvolají pocity nejistoty, úzkosti. Kromě agresivity a deprese může na tuto situaci člověk s demencí reagovat pocity hluboké nedůvěry. Být nespravedlivě obviněn je pro každého pečovatele velmi bolestné. Je však důležité neklást vinu člověku s demencí, ale jeho nemoci (1). K vypořádání se s podezřívavostí osoby s demencí je dobré dodržovat tyto zásady:

- vyhýbat se zdůrazňování chyb a nedostatků člověka s demencí
- ověřit si, zda klient dobře vidí a slyší, hluchota a slabý zrak může vést ke špatným interpretacím a pocitu zanedbávání pečovatelem
- je nutné vyhýbat se šeptání
- ověřit, zda stavy podezřívavosti nezpůsobují klientovy léky např. antiparkinsonika
- každého, kdo přichází do kontaktu s klientem, upozornit na jeho podezřívavé uvažování
- snaha o odvedení klientových podezřívavých myšlenek nějakou činností, například oblíbenou písničkou

### ***1.7.2 Problémy s chováním: závislé chování, toulání a noční neklid***

Pro členy rodiny je opět důležité, aby si uvědomili, že problémy s chováním jsou projevy nemoci.

**Závislé chování** - příčina je opět v pocitu nejistoty, nedostatku bezpečí způsobeném rozpadem paměti. Blízká přítomnost pečující osoby člověka s demencí uklidňuje a dává mu pocit jistoty. Proto chce, aby jeho blízký byl stále v jeho zorném poli. Aby se pečovatel vyhnul závislému chování nemocného, je nutné, aby od nejranějšího stadia nemoci o něj pečovalo střídavě více lidí. Aby si zvykl, že se bude bezpečně cítit i s druhými lidmi. Další možnost je, že pečovatel nemocnému oznamuje kam jde a kdy se vrátí, případně toto napíše na lístek. Další možnost je stimulovat postiženého k nějaké činnosti. Neexistuje žádné spolehlivé řešení,

kteř by fungovalo za všech okolností. Pečovatel musí počítat s tím, že přijde o větší část svého soukromí (1).

**Toulání** - na rozdíl od apatických a pasivních nemocných je zde skupina postižených s překypující energií, ztrátou sebekontroly, s nutkáním a touhou jít na procházku. Tato naléhavá potřeba chodit se obzvláště projevuje u osob jinak zdravých ve fyzické formě, u osob, které byly ve svém dřívějším profesním životě většinu dne na nohou (pošťák, číšník, holič). Někteří nemocní jsou hyperaktivní v důsledku působení léků, které užívají nebo povzbuzujících prostředků jako je káva, cigarety, společenské kontakty, hezký výhled. Jeden z častých důvodů pramení z potřeby člověka s demencí uniknout z prostředí, kde se nachází a kde se necítí dobře. Každý typ toulavého chování vyžaduje jiný přístup. V případě monotónního chození sem a tam, bloumání po pokojích, lomcování klikou je řešení v pravidelných procházkách aspoň 2x denně, zaměstnání fyzickou činností za účelem vydání energie. Při odhodlaném rozhodnutí nemocného odejít z prostředí, kde se necítí dobře, je možné použít strategii kombinace empatického naslouchání s taktikou odvrácení pozornosti. V případě podezření na příčinu neklidu spočívající ve zdravotním problému je nutné řešení s lékařem. Když nepomáhá vůbec nic a člověk s demencí je již neustálým chozením úplně vyčerpaný, je možné tento stav řešit podáním tlumících a uklidňujících léků. Zde však hrozí riziko nehod a pádů z důvodu utlumení sníženého soustředění, stability a rovnováhy. V tomto případě je nutné volit menší zlo (1).

**Noční neklid** - příčin nočního neklidu je několik. První je zhroucení paměti, schopnost zapamatovat si věci pouze na 30 sekund. Další jsou bolestné emoce a myšlenky, které narušují spánek. Vstáním z lůžka a chůzí se snaží zbavit bolestného neklidu. Další příčina je neschopnost vnímat rozdíl mezi bděním, spánkem a sněním, neschopnost pociťovat rozdíl mezi stavem únavy a dostatečného odpočinku. Také velmi včasné ukládání nemocného k nočnímu spánku způsobuje noční neklid. Poslední příčinou nočního neklidu u případů s Alzheimerovou chorobou je nedostatek neurotransmiteru (noradrenalin) v mozku. Tento stav se projevuje zvýšenou spotřebou spánku během dne. Když celý den nemocný proklimbá, má v noci sklon k častému buzení. Řešení problému nočního neklidu u člověka s demencí není jednoduché.



Obvykle pomáhá jemná klidná domluva a trpělivé odvedení do lůžka. Pro předcházení nočního neklidu jsou tato následující opatření (1):

- po páté odpolední hodině nepít nápoje s kofeinem
- poradit se s lékařem, zda postiženému nemohou způsobovat nespavost nějaké léky
- pověsit v ložnici husté závěsy
- zajistit pohodlné lůžko, správnou pokojovou teplotu a vlhkost vzduchu v ložnici
- pyžamo nemá být těsné
- zabránit převrácení dne a noci tím, že mu není dovoleno přes den často dřímat
- postarat se, aby na konci dne nemusel absorbovat příliš mnoho dojmů
- vybudovat stálý režim spánku tj. ukládání ke spánku a ranní buzení vždy ve stejnou hodinu
- dbát na to, aby šel nemocný před spaním na toaletu, případně umístit k lůžku toaletní židli, umístit vedle lůžka noční lampičku
- zajistit uložení denního oblečení z dohledu a dosahu, nejlepší je zamknout skříň
- usnutí pomáhá sklenice teplého mléka
- poslední prostředek, který by se měl používat zřídka je podání léků na spaní, je nutné dbát na použití nejdéle tři týdny v kuse

## ***1.8 Potřeby pečovateli***

Postoj pečujícího nebo ošetrovatelského personálu je základem dobrého vztahu k nemocným. Lidská důstojnost člověka s demencí musí být respektována. Nemocný musí cítit, že je respektován a že jeho osobnost je přijata se všemi lidskými aspekty i když ji demence v mnohém změnila (7). Rodinní příslušníci pečující o svého blízkého s demencí mají nelehkou a vyčerpávající roli. Nemoc ovlivňuje nejen nemocného, ale všechny lidi v jeho blízkosti. Všichni členové rodiny se musí vyrovnat se skutečností, že se loučí se svým blízkým, kterého mají rádi. Pomalu ho ztrácejí, i když ještě žije. Během tohoto procesu prožívají všechny emoce spojené s procesem truchlení: popření, neochotu uvěřit, vzpouru, zármutek, stud, hněv, osamělost, vinu, bezmoc. Proces truchlení je ztížen skutečností, že chybí přesně ohraničený okamžik ztráty. Kromě pomalé ztráty milovaného člověka, je tu také ztráta svobody pečovatele. Podříditi svému partnerovi nebo příbuznému s demencí své vlastní zdraví a blaho znamená velké nebezpečí pro pečujícího. Velmi často se tito pečující dostávají do stavu úplného vyčerpání se značnými zdravotními obtížemi. Úkol pečovatele je možné plnit mnohem snadněji a s větším uspokojením, pokud bude věnovat náležitou pozornost svému vlastnímu fyzickému a duševnímu zdraví. Čím lépe se bude starat o své potřeby, tím lépe bude umět vytvořit pro svého blízkého uvolněnou a klidnou atmosféru (1). Je dobré využít možnosti zapojení do péče o nemocného ostatní členy rodiny nebo využít nabídku ambulantních a odlehčovacích sociálních služeb v místě bydliště, které umožní pečovateli odpočinek, jak je uvedeno v zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (20). V mnoha případech přichází chvíle, kdy rodina již potřebnou péči o svého blízkého nezvládá. Nastává čas k řešení rozhodnutí zajištění péče v pobytovém zařízení sociální péče. Tento krok je pro pečujícího rodinného příslušníky velice obtížný a stresující (1). Rozhodnutí umístit svého blízkého do domova pro seniory není snadné a mnozí rodinní pečovatelé se s tímto faktem vyrovnávají po velice dlouhou dobu. Zde hraje velmi důležitou roli pečující personál pobytového zařízení, do kterého je klient umístěn. V institucionální péči je nutné kombinovat dva typy péče. Péči rodinného příslušníka, který do zařízení pravidelně dochází a péči

personálu zařízení. Ideální kombinace obou typů péče nabízí jiné perspektivy péče, než jaká byla poskytována v rodině. Péče rodinného příslušníka je založena na důvěrném vztahu a znalosti osoby před onemocněním. Personál zná osobu takovou, jaká je dnes, o její minulosti získává informace postupně během pobytu v zařízení. Je přirozené, že ji vidí v jiném světle. Je svobodnější ve zkoušení nových přístupů k poskytované péči. Některé z těchto změn se osobě mohou líbit a její příbuzné překvapit. Je důležité, aby si pracovníci zařízení tuto skutečnost uvědomovali a poskytli rodinám dostatečnou podporu a vysvětlení. Dobrá péče je závislá na kvalitě spolupráce personálu zařízení a členů rodiny, na tom, jak dokáží své role vzájemně doplňovat (30).

## ***1.9 Aktivity a terapeutické metody v institucionální péči***

Při péči o lidi s demencí neexistuje cennější prostředek než smysluplná aktivita. Je-li dobře používána, dokáže pozvednout člověka na duchu, rozptýlit depresivní náladu, zklidnit nervozitu a neklid. Programy aktivit jsou pro osobu s demencí stejně důležité jako fyzická péče a výživa (30). Je velmi obtížné dokázat správně motivovat klienty v domovech pro seniory. Příčinou jsou obavy z neznámého a z úzkosti, že neobstojí. Úkolem terapeuta je, aby dokázal osobním kontaktem získat klienta pro spolupráci. Pokud klient trpí těmito obavami, je dobré ho pro začátek pozvat na některou z aktivit jen jako hosta – pozorovatele. Klient obvykle zjistí, že se nejedná o nic nesnadného, že naopak mu společné činnosti přináší pohodu a příjemné pocity. Člověku, který se účastní aktivit poprvé, se terapeut věnuje více než ostatním. Podrobně mu vysvětlí, jak činnosti probíhají a sdělí mu, že s činností může kdykoliv přestat a odejít (5). Pro klienta s demencí je potřeba plánovat aktivity takové, aby mohl dělat činnosti, které by dělal, kdyby byl zdravý, do kterých se zapojí spontánně a které vycházejí z každodenního života. Terapeutické aktivity nezvrátí stav nemocného, ale redukuje efekt sensorické deprivace, společenské izolace a ochabování funkcí. Úspěch osobu povzbuzuje, aby zůstala aktivní a plně využívala svých zachovaných schopností (30). Při vykonávání všech činností je důležité, aby činnosti nebo vytvářené dílo měly nějaký užitek (např. dárky pro jejich blízké, výzdoba interiéru), účastníci tak mají pocit užitečnosti a jsou pro činnosti dostatečně motivováni. Velký důraz je kladen na vztah terapeuta nebo personálu provádějícího aktivity a klienta. Cíle všech aktivizačních činností musí být přizpůsobeny možnostem účastníků. Při zavádění aktivit je nutné využívat zachovaných schopností klienta, minimalizovat rozptylující podněty, vyhnout se dvojznačnosti, dávat podrobné instrukce, napomáhat konkrétními vizuálními prostředky, vyloučit možnost případného neúspěchu (30). Dále je nutné vybírat činnosti, které jsou vhodné pro dospělé, nezařazovat činnosti spojené s dětinskými náměty, okamžitě přestat pracovat při známkách neklidu, dávat přednost činnostem, které klient dělal rád i v minulosti, vyhýbat se činnostem, které vyžadují rozhodování (1). Každého klienta je nutné důkladně poznávat, lépe poznat jeho životní příběh,

zvyklosti za účelem porozumění jeho chování. Základní informace lze získat od blízkých rodinných příslušníků, se kterými personál navazuje kontakt za účelem získání informací o rodinném zázemí klienta, stupni soběstačnosti, tělesných a smyslových omezeních, každodenních zvyklostech a individuálních zvláštnotech. Další informace získává od praktického lékaře a z vlastního pozorování a testování v zařízení (8). Při pozorování klienta v běžných situacích personál kromě soběstačnosti pozoruje a zaznamenává jeho komunikační schopnosti, jemnou a hrubou motoriku, společenské chování, nálady, pohyblivost, koordinaci. Na základě získaných informací je sestaven plán aktivit klienta (8). Program aktivit je plánován tak, aby vyhovoval potřebám a schopnostem každého účastníka.

Mezi základní aktivitu patří běžné denní činnosti, ke kterým poskytuje normální provoz zařízení řadu příležitostí a klienti se na nich mohou podílet. Může to být například utření prachu, pomoc s přípravou nebo servírováním jídla, roznášení novin, práce na zahradě apod. (30).

Další možnosti aktivit jsou:

- Kognitivní trénink - znamená různá cvičení, která pomáhají zlepšit fungování jednotlivých úrovní kognitivních funkcí jako je soustředění, myšlení, paměť, čtení, psaní. Cílem je zlepšit jednotlivé schopnosti a omezit tak vznik problémů vznikajících v důsledku této poruchy (7). Trénink nesmí vypadat jako zkoušení. Provádí se formou hry. Náročnost cvičení je zvolena dle schopností klientů. Terapeut pracuje hlavně s dlouhodobou pamětí, která je u osob s demencí relativně dlouho zachována (4).
- Senzorická stimulace - může být součástí kognitivní rehabilitace nebo ji lze organizovat samostatně. Každou informaci, která se ukládá do paměti, musí nejprve zachytit smyslové orgány. Podle toho rozeznáváme zrakovou, sluchovou, čichovou a hmatovou paměť. K procesu stárnutí patří i snižování funkčnosti všech smyslových orgánů. Pokud nedochází k pravidelné smyslové stimulaci, jsou tyto změny rychlejší. Senzorická stimulace má úzký vztah k paměti, proto jsou cvičení propojena s kognitivní rehabilitací (7). Hmatová stimulace je vhodná pro klienty v počátečním a středním stadiu demence, zejména pro ženy.

Účastníci ohmatávají různé kousky látek nebo polštářků různě naplněných (např. čočka, hrách, rýže) za kontroly zraku nebo se zavřenýma očima a snaží se určit druh náplně nebo vnímat rozdílnost povrchů. Lze spojit s reminiscenční terapií, kdy se účastníci mohou rozhovořit na téma, co jim jednotlivé materiály připomínají, co se z nich může vyrobit. Čichová stimulace se hodí pro klienty v kterémkoliv stadiu demence, obzvláště pro ženy. Je však nutné počítat s tím, že senioři mají čichové schopnosti oslabené. K tomuto cvičení je možné použít sadu neoznačených kořenek se základními druhy koření nebo lahvičky s tekutými aromatickými ochucovadly. Klienti čichají k otevřeným lahvičkám a rozpoznávají o jaký druh koření, ochucovadla se jedná. Toto cvičení je rovněž možné využít pro reminiscenci. Čich je možné stimulovat i pomocí aromaterapie. Různé vůně mohou vyvolat u klienta vzpomínky a navodit dobrou náladu. Zraková stimulace – k tomuto cvičení je možné využít barvy v místnosti nebo v přírodě například vyjmenování co má stejnou barvu v přírodě. Také je možné využít cvičení se sadou geometrických tvarů, kdy účastníci mají za úkol určit k danému tvaru stejné tvary v místnosti nebo v předmětech na stole (7).

- Reminiscenční terapie – využívá vybavování si vzpomínek prostřednictvím různých podnětů (rodinné fotografie, staré předměty, staré filmy apod.). Vychází ze skutečnosti, že i v pokročilé fázi demence zůstává dlouhodobá paměť ještě zachována. Jedná se o metodu s využitím vybavení starších vzpomínek jako prostředek k aktivizaci a nejlepšího způsobu komunikace s člověkem s demencí (7). Důležitá je dobrá komunikace s rodinným pečovatelem, který se na reminiscenci podílí (5). Nejedná se v žádném případě o cvičení paměti, které je u těchto osob problematické. Tato metoda je levná a snadno aplikovatelná. Je vhodná pro klienty s lehkou a středně těžkou demencí a postižené, pro které jiné terapeutické alternativy nejsou (7)
- Kinezioterapie – je cílené působení pohybu na psychiku nemocného prostřednictvím předem určeného, aktivně prováděného pohybového programu, který využívá tělesná cvičení, sporty a pohybové hry. U osob s demencí je třeba vzít v úvahu, že nedokáží cvičící pohyb prožívat, lokalizovat dýchání, uvědomit

si rozdíl mezi svalem kontrahovaným a relaxovaným apod. Proto je nutno volit spíše dynamická cvičení doprovázená jednoduchými slovními pokyny. Většina cvičících cviky napodobuje podle vzoru terapeuta (3). Mezi kinezioterapeutické aktivity patří také procházky. Procházky mají podobný účinek na fyzický stav jako cvičení, jedná se o komplexní pohyb. Dostatečně dlouhá procházka navodí u osob s demencí zdravou únavu a pobyt na čerstvém vzduchu zlepší kvalitu spánku. Na procházky by se mělo chodit v každém ročním období (7). Další možnost cvičení nabízí tai-chi a jóga vsedě, kdy jsou prováděny pomalé a vedené pohyby, na které se klient snaží soustředit. Pro seniory v počátečním stadiu demence je také vhodné cvičení na rotopedech (7).

- Taneční a pohybový program – tanec je chápán jako terapeutický pohyb. Estetická stránka zde ustupuje do pozadí a naopak jsou zdůrazňovány faktory psychologické (nonverbální komunikace, zlepšení emotivity apod.), faktory fyzické (zlepšení koordinace pohybu, zlepšení svalové síly, rovnováhy apod.), faktory sociální (navázání kontaktů mezi seniory a terapeutem). Pro seniory s demencí je nejvhodnější forma taneční hodiny probíhající v kruhu vsedě (7). Klienti tak mají možnost sledovat a napodobovat terapeuta, který je součástí jejich kruhu (27). Sociologickými šetřeními bylo zjištěno, že aktivity probíhající v kruhu napomáhají překonání bariér, dodávají pocit jistoty, pomáhají k vyjádření a vzájemnému předávání emocí (27). Program tanců vsedě připraví klientům s demencí atmosféru důvěry, klidu, radosti, vlídného a důstojného humoru. Klienti velmi rádi opouští svůj „uzavřený svět“, začínají se usmívat a vyjadřovat své emoce (5). V průběhu terapie senior napodobuje pohyby terapeuta a současně vnímá hudbu (26).
- Arteterapie – znamená léčbu uměním včetně hudby, poesie, prózy, tance, výtvarného umění. Představuje soubor technik a postupů, které mají za cíl zvýšit sebevědomí člověka, přinést mu pocit smysluplného naplnění života (7). Výtvarné arteterapeutické činnosti mohou být motivovány podle ročních období (např. jaro-velikonoce, zima-vánoce). V každém ročním období je možné vytvářet specifické výrobky, dárky, dekoraci prostředí. Arteterapie využívá

různé druhy výtvarných technik, textilních technik, práce s papírem, práce s přírodními materiály.

- Terapeutické vaření - vaření nebo pečení je jednou z nejoblíbenějších činností. Klienty není třeba k této činnosti motivovat, jedná se o běžnou činnost, při které mohou využít dávno naučené dovednosti. Jednoduché a stereotypní činnosti dobře zvládají i senioři v pokročilém stadiu demence. Výhodné je, že se jedná o běžné činnosti vykonávané v každé domácnosti, proto tato aktivita pomáhá k navození pocitu normality, zatímco u některých arteterapeutických činností mohou někteří klienti pociťovat obavy z nezvládnutí úkolu. Při vaření nebo pečení musí terapeut veškerou činnost koordinovat, každému účastníkovi přidělit druh práce, který dokáže s úspěchem zvládnout. Při vaření je využita i sensorická stimulace, kdy známá a příjemná vůně může vyvolat hezké vzpomínky, přispívá k dobré náladě a příjemnému pochutnání (7).
- Muzikoterapie – může být součástí celodenního programu nebo zařazena do bloku na dobu 45 až 60 minut. Je možné použít zpěv lidových písní, hru na různé nástroje, rytmické a taneční prvky během cvičení, hudební kvíz, rozeznávání zvuků hudebních nástrojů, poslech klasické hudby, čtení o autorech skladeb. Podle druhu zvolené formy se dělí na aktivizační (klient je aktivně zapojen) a na relaxační (klient je posluchač, může nastat problém se soustředěním. V terapii demence se využívá hlavně zpívání písní a poslech hudby. Je zajímavé, že lidé s afázií, kteří mají při běžné řeči výpadky, kdy si nemohou vzpomenout na slova, jsou při zpěvu schopni si vybavit celé texty písní (7).
- Validace - se uplatňuje zejména při práci se seniory s poruchami kognitivních funkcí, hlavně s demencí. Pracovník musí brát na vědomí zvláštnosti chování seniorů, být tolerantní, umět se vcítit do chování druhých lidí a naučit se dávat jim najevo svou empatii (4). Validovat znamená vzít na vědomí city druhých jako pravé a pravdivé. Pomát každé osobě řešit její vnitřní problémy tak, aby se jí vrátil její pocit sebeúcty a spokojenosti (14). K validačním technikám patří



dotek, napodobování, hudba, jasný hlubší hlas plný citu, upřímný delší pohled, emfatické naslouchání verbálnímu i neverbálnímu vyjadřování, intuice (12).

- Pet-terapie – je asistovaná psychoterapie za pomoci zvířecích miláčků. Má výrazný pozitivní vliv na psychiku lidí s demencí a na fyziologické funkce organismu. Zvíře umožňuje člověku s demencí komunikovat zpočátku neverbálně, později možná i verbálně. Léčebné programy se zvířaty je možné zajišťovat dvěma způsoby. Chováním zvířat přímo v zařízení nebo pravidelným docházením chovatelů zvířat ( 5).

## **2. Cíl práce a hypotézy**

### ***2.1 Cíl práce***

Hlavním cílem práce je zjištění, zda metody práce s klienty s demencí používané na specializovaném oddělení jsou pro tuto skupinu lidí přínosné.

Druhým cílem práce je zjištění, zda použité metody vedou k co nejdelšímu uchování soběstačnosti klientů s demencí.

Třetím cílem je získání rodinných příslušníků pro maximální spolupráci s personálem.

### ***2.2 Hypotézy***

Vzhledem k tomu, že se jedná o kvalitativní výzkum, nejsou hypotézy stanoveny.

## **3. Metodika**

### ***3.1 Použité metody výzkumu***

Pro výzkum byla použita strategie kvalitativního výzkumu. Posláním kvalitativního výzkumu je porozumění lidem v sociálních situacích, kvalitativní výzkum nám pomáhá rozumět pozorované realitě, uvádí Disman (3). Výhodou kvalitativního výzkumu je získání podrobného popisu případů, je sledován jejich vývoj a jsou zkoumány příslušné procesy (6). Kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu se situací jedince nebo skupiny jedinců. Zkoumané situace jsou obvykle normální, reflektují každodennost jedinců, skupin, společností nebo organizací (6).

### ***3.2 Použité techniky***

Jako nejvhodnější techniky k shromažďování dat bylo zvoleno pozorování, rozhovory a kasuistiky. Jako pomocná metoda byla využita sekundární analýza dat. Pozorování bylo zaměřeno na soběstačnost a kvalitu kognitivních funkcí klientů v návaznosti na stupeň onemocnění demencí a účinnost metod používaných jako forma nefarmakologické léčby demence. Nejvíce údajů bylo získáno pomocí zúčastněného a nezúčastněného pozorování klientů během dne se systematickým zaznamenáváním všech získaných informací. Informace získané pozorováním byly doplněny informacemi od rodinných příslušníků klientů. Byl použit standardizovaný rozhovor s tím, že výzkumník zapisoval odpovědi rodinného příslušníka do předem připraveného formuláře, který je součástí přílohy. Otázky byly přesně formulovány, jejich pořadí bylo určeno. Všechny otázky byly předem ověřeny. Zadáávají se všem rodinným příslušníkům klientů. K popisu integrace používaných metod při práci s klienty s demencí byli použity kasuistiky. Součástí kasuistik jsou tabulky s přehledem nabídnutých aktivit a reakcí respondentů na tyto aktivity. Výzkumný vzorek respondentů byl na počátku a na konci výzkumu testován standardizovanými testy, Barthelovým testem základních všedních činností a testem kognitivních funkcí – Mini

Mental State Exam. Pomocí průměrných výsledků testů byl hodnocen pokles nebo vývoj soběstačnosti a kvality kognitivních funkcí respondentů. Byly porovnány průměrné výsledky Barthelova testu a testu kognitivních funkcí u respondentů na začátku a na konci výzkumu. Další údaje byly získány metodou sekundární analýzy ze záznamů z dokumentů z přijímacího řízení, z průběhu adaptačního období, ze záznamů individuálních plánů klientů.

### ***3.3 Termín realizace výzkumu***

Výzkum byl realizován v období 5 měsíců od 1. prosince 2008 do 30. dubna 2009. Termín provedení testů byl 1. týden v prosinci 2008 a poslední týden v dubnu 2009.

### ***3.4 Charakteristika výběru souboru a zkoumaného prostředí***

Základní soubor tvoří klienti s onemocněním demencí různého typu, kteří jsou umístěni v Domově pro seniory Kobyličky na oddělení specializované péče o osoby s demencí.

Pobytová služba domov se zvláštním režimem je poskytována osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (20).

Kriteriem pro určení výběrového souboru byla diagnóza demence a ukončené adaptační období pobytu klienta na oddělení. Ze základního souboru bylo na základě stratifikovaného systematického výběru vybráno celkem 20 respondentů pro výzkum. Respondenti výběrového vzorku trpí demencí různého typu a stupně. Na základě tohoto kritéria bylo vybráno 6 respondentů pro zpracování kasuistik. Rozhovory byly uskutečněny s rodinnými příslušníky respondentů uvedených v kasuistikách.

## **4. Výsledky**

### ***4.1 Stručný popis oddělení specializované péče o osoby s demencí***

Uspořádání oddělení specializované péče o osoby s demencí, ve kterém je poskytována služba *domov se zvláštním režimem* dle § 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (20) se podobá bydlení v bytě. Obývací prostory tvoří tři bytové jednotky, které jsou navzájem propojeny. Každá obytná jednotka má obývací pokoj, kuchyňku, dvou a třílůžkové ložnice, předsíň – chodbu, hygienické zázemí, terasu. Interiéry oddělení jsou vybaveny nábytkem speciálně uzpůsobeným pro potřebu seniorů. Součástí oddělení je reminiscenční kout, který je vybaven starším nábytkem a předměty. V kuchyňkách je drobné kuchyňské vybavení pro přípravu kávy, čaje, společného stolování a pro přípravu jednoduchých jídel při terapeutickém vaření. Klienti jsou rozdělení do tří skupin (9 klientů v každé skupině). Každá skupina bydlí v jedné bytové jednotce. Prostředí podobné domácímu bydlení si klade za cíl zmírnění následků změny prostředí, zajištění bezpečí a pohody klientů.

Zdroj: vlastní výzkum

### ***4.2 Popis systému péče***

Režim je přizpůsoben specifickým potřebám osob s demencí . Rozsah a forma pomoci a podpory musí zachovávat lidskou důstojnost těchto osob, jak stanoví zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (20). Součástí podpory důstojnosti je adekvátní oslovování klientů. Péče je poskytována prostřednictvím pracovníků proškolených v komunikaci s touto skupinou seniorů a obeznámených s problematikou syndromu demence. Personál je klientům bezprostředně nablízku. Počet pracovníků odpovídá potřebám lidí s demencí dle strategie České alzheimerovské společnosti (21). O každou devítičlennou skupinu pečuje stálý pracovní tým. V průběhu dne vykonává s klienty běžné denní úkony, které jim jsou známy z dřívějšího života. Například drobné

domácí práce, podpora soběstačnosti při hygieně, oblékání, pomoc při jídle a stolování. Tyto běžné denní činnosti jsou doplněny specializovanými aktivitami, které jsou indikovány individuálně (přílohy č. 4, č. 5). Jedná se například o kognitivní rehabilitaci (příloha č. 6), arteterapii, pohybové aktivity, terapeutické vaření. Program aktivit je plánován tak, aby vyhovoval potřebám a schopnostem každého účastníka. Velký důraz je kladen na získávání informací o osobnosti každého klienta. Získané informace o každém klientovi jsou velmi důležité pro kvalitní péči a sestavení aktivizačních programů. Pečující personál získává informace o klientovi rozhovorem s rodinnými příslušníky, kdy jim vysvětluje, jak důležité je pro kvalitní péči znát detaily ze života jejich blízkého. Otázky jsou kladeny podle předem připraveného formuláře, do kterého jsou zapisovány odpovědi (příloha č. 1). Takto získané informace jsou dále průběžně doplňovány personálem pozorováním klientů během denních činností. K dobré pohodě klientů přispívá zapojení rodinných příslušníků do jejich života v domově. Rodinní příslušníci mají možnost být se svým blízkým na oddělení, zúčastnit se s ním při aktivizačních činnostech, doprovázet ho na akce pořádané mimo prostory oddělení.

Zdroj: Vlastní výzkum

### 4.3 Věková struktura zkoumaného vzorku respondentů

Pro rozdělení respondentů podle stáří byla použita 15-letá periodizace lidského života viz. Kalvach (12).

Tabulka č. 1: Věková struktura respondentů výběrového souboru k 30.4.2009

Věková hranice	Ženy	Muži	Obě pohlaví	Medián
do 60 let	0	0	0	0
60-74 časně stáří	0	2	2	65,5
75-89 vlastní stáří	11	3	14	85
90 let a více, dlouhověkost	2	2	4	91,5
Celkem	13	7	20	x

Nejvíce mužů 42% i žen 85% je zastoupeno v kategorii vlastního stáří. Celkově je věku 75-89 let je zastoupeno 70% respondentů. Ve věkové hranici dlouhověkosti je zastoupen sice stejný počet mužů a žen, ale procento mužů činí 29 % na celkovém součtu mužů a žen 15% na celkovém počtu žen. Celkově je ve věkové kategorii 90 let a více zastoupeno 20% respondentů. Nejméně respondentů je zastoupeno ve věkové hranici časněho stáří - 10%. Mužů je 29% a ženy v této věkové hranici nejsou žádné. Ve věkové hranici do 60 let není žádný respondent.

Zdroj: Vlastní výzkum



#### 4.4 Průměrné výsledky testu kognitivních funkcí a jejich vývoj

Tabulka č. 2: Průměrné výsledky MMSE v jednotlivých věkových kategoriích v prosinci 2008

Věková hranice	Ženy		Muži		Obě pohlaví počet jedinců	Průměr MMSE
	Počet	Průměr MMSE	Počet	Průměr MMSE		
Pod 60 let	0	0	0	0	0	0
60 - 74	0	0	2	21	2	21
75 – 89	11	16	3	14	14	15
90 a více	2	16	2	15	4	15
<b>Celkem</b>	<b>13</b>	<b>x</b>	<b>7</b>	<b>x</b>	<b>20</b>	<b>x</b>

##### Průměrné výsledky MMSE u žen v prosinci 2008:

Ve věkové hranici pod 60 let a 60-74 let není žádná žena. Průměrný počet bodů MMSE u žen ve věku 75-89 let, 90 a více let odpovídá *středně těžké kognitivní poruše*.

##### Průměrné výsledky MMSE u mužů v prosinci 2008:

Ve věkové hranici po 60 let není žádný muž. Průměrný počet bodů u mužů ve věku 60-74 let svědčí o *lehké kognitivní poruše*. Průměrný počet bodů u mužů ve věku 75-89 let, 90 a více let odpovídá *středně těžké kognitivní poruše*.

##### Průměrné výsledky MMSE u mužů a žen celkem v prosinci 2008:

Ve věkové hranici pod 60 let není žádný respondent.

Průměrné výsledky testů MMSE v prosinci 2008 při rozdělení respondentů podle věku odpovídají *převážně středně těžké kognitivní poruše* (75-89 let, 90 a více let). Respondenti ve věku 60-74 let měli průměr MMSE v prosinci 2008 odpovídající *lehké kognitivní poruše*.

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka č. 3 Průměrné výsledky MMSE v jednotlivých věkových kategoriích v dubnu 2009**

Věková hranice	Ženy		Muži		Obě pohlaví počet jedinců	Průměr MMSE
	Počet	Průměr MMSE	Počet	Průměr MMSE		
Pod 60 let	0	0	0	0	0	0
60 - 74	0	0	2	18	2	18
75 - 89	11	15	3	17	14	16
90 a více	2	17	2	16	4	16
<b>Celkem</b>	<b>13</b>	<b>x</b>	<b>7</b>	<b>x</b>	<b>20</b>	<b>x</b>

**Průměrné výsledky MMSE u žen v dubnu 2009:**

Ve věkové hranici pod 60 let a 60-74 let není žádná žena. Průměrný počet bodů MMSE u žen ve věku 75-89 let a u žen ve věku 90 a více let odpovídá *středně těžké kognitivní poruše*.

**Průměrné výsledky MMSE u mužů v dubnu 2009:**

Ve věkové hranici pod 60 let není žádný muž. Průměrný počet bodů MMSE u mužů ve věku 60-74, 75-89 let, 90 a více let odpovídá *středně těžké kognitivní poruše*.

**Průměrné výsledky MMSE u mužů a žen celkem v dubnu 2009:**

Ve věkové hranici pod 60 let není žádný respondent. Průměrné výsledky testů MMSE v dubnu 2009 při rozdělení respondentů dle věku odpovídají u všech věkových kategorií *středně těžké kognitivní poruše*.

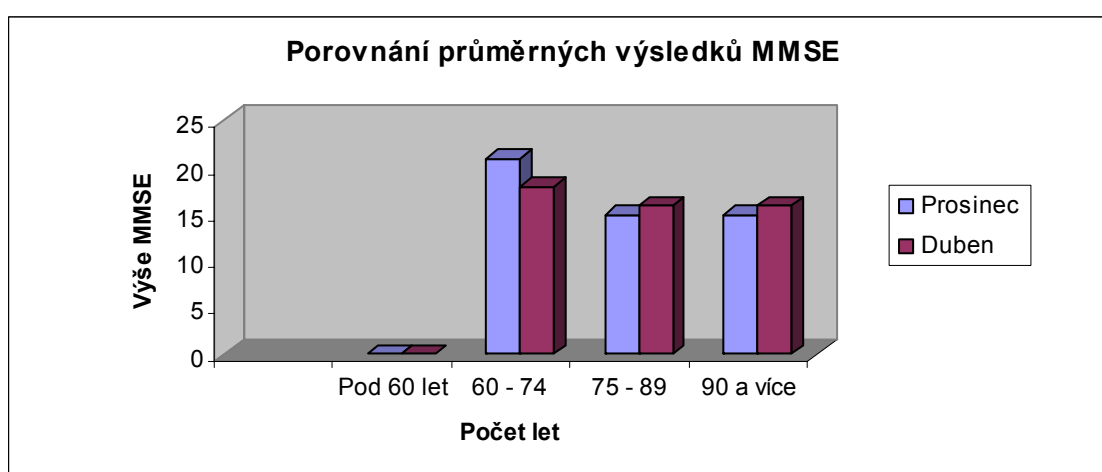
Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka č. 4: Vývoj průměrných výsledků MMSE**

Věková hranice	Počet respondentů	Prosinec	Duben	Změna
Pod 60 let	0	0	0	0
60 - 74	2	21	18	-3
75 - 89	14	15	16	+1
90 a více	4	15	16	+1
<b>Celkem</b>	20	x	x	x

Ve věkové kategorii 60-74 let došlo k posunu (-3 body) z lehké kognitivní poruchy do středně těžké kognitivní poruchy. Ve věkové hranici 75-89 let (+1 bod) došlo k nepatrnému zlepšení, nadále zůstává středně těžká kognitivní porucha. Ve věkové hranici 90 a více let (+1 bod) došlo k nepatrnému zlepšení, nadále zůstává středně těžká kognitivní porucha.

**Graf č.1 : Znázornění výsledků MMSE v prosinci 2008 a v dubnu 2009**



Po porovnání průměrných výsledků testů MMSE z prosince 2008 a dubna 2009, lze zkonstatovat, že stupeň postižení kognitivních funkcí se u respondentů ve věkových kategoriích 75-89 let a 90 a více podstatně nezměnil. Ve věkové kategorii 60-74 let došlo k zhoršení z lehké kognitivní poruchy na středně těžkou.

Zdroj: Vlastní výzkum

#### 4.5. Rozdělení respondentů podle stupně kognitivní poruchy

Tabulka č. 5 Rozdělení respondentů podle stupně kognitivní poruchy

Stupně kognitivní poruchy	Prosinec 2008		Duben 2009	
	Počet jedinců	Procento	Počet jedinců	Procento
24 - 30 bodů pásmo normálu	4	20%	3	15%
21 - 23 bodů lehká kognitivní porucha	2	10%	2	10%
11 - 20 bodů středně těžká kognitivní porucha	8	40%	10	50%
0 - 10 bodů těžká kognitivní porucha	6	30%	5	25%
<b>Celkem</b>	20	100%	20	100%

V prosinec 2008 bylo v pásmu normálu 20% respondentů , 10% respondentů trpělo lehkou kognitivní poruchou, středně těžkou kognitivní poruchou trpělo 40% respondentů a těžkou kognitivní poruchou trpělo 30% respondentů. Nejvíce respondentů trpělo středně těžkou a těžkou kognitivní poruchou. V dubnu 2009 bylo v pásmu normálu 15% respondentů tj. o 5% méně než v prosinci 2008. Počet respondentů s lehkou kognitivní poruchou se nezměnil, zůstává 10%. Počet respondentů se středně těžkou kognitivní poruchou se zvýšil ze 40% na 50% . Počet respondentů v pásmu těžké kognitivní poruchy se snížil z 30% na 25%. Podle uvedeného počtu respondentů lze odvodit, že kognitivní funkce jednoho respondenta se z pásma normálu přešla do pásma střední kognitivní poruchy. Dále pak jeden respondent s těžkou kognitivní poruchou přešel do pásma středně těžké kognitivní poruchy.

Zdroj: Vlastní výzkum

#### 4.6. Průměrné výsledky Barthelova testu a jejich vývoj

Tabulka č. 6 Barthelův test základních všedních činností v prosinci 2008

Věková hranice	Ženy		Muži		Obě pohlaví počet jedinců	Průměr bodů
	Počet	Průměr dosažených bodů	Počet	Průměr dosažených bodů		
Pod 60 let	0	0	0	0	0	0
60 - 74	0	0	2	93	2	93
75 - 89	11	76	3	75	14	76
90 a více	2	80	2	68	4	74
Celkem	13	X	7	x	20	x

Hodnotící stupnice testu: 0-40 bodů vysoce závislý, 45-60 bodů závislost středního stupně, 65-90 bodů lehká závislost, 100 bodů nezávislost

##### **Průměrné výsledky Barthelova testu u žen prosinec 2008:**

Ve věkové hranici pod 60 let a 60-74 let není žádná žena. Ženy ve věku 75-89 let, 90 let a více dle průměru dosažených bodů testu ADL trpí lehkou závislostí v základních denních činnostech.

##### **Průměrné výsledky Barthelova testu u mužů prosinec 2008:**

Ve věkové hranici pod 60 není žádný muž. Muži ve věku 60-74 let dle průměru dosažených bodů testu ADL jsou nezávislí v základních denních činnostech. Muži ve věku 75-89 let, 90 a více let dle průměru bodů testu ADL trpí lehkou závislostí v základních denních činnostech.

##### **Průměrné výsledky Barthelova testu u všech respondentů prosinec 2008:**

Respondenti ve věku 60-74 let dle průměru dosažených bodů testů ADL jsou nezávislí v základních denních činnostech. Respondenti ve věku 75-89 let, 90 a více let dle průměru bodů testů ADL trpí lehkou závislostí v základních denních činnostech.

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka č. 6 Barthelův test základních všedních činností duben 2009**

Věková hranice	Ženy		Muži		Obě pohlaví počet jedinců	Průměr bodů
	Počet	Průměr dosažených bodů	Počet	Průměr dosažených bodů		
Pod 60 let	0	0	0	0	0	0
60 - 74	0	0	2	90	2	90
75 - 89	11	69	3	45	14	64
90 a více	2	68	2	60	4	64
Celkem	13	x	7	x	20	x

Hodnotící stupnice testu: 0-40 bodů vysoce závislý, 45-60 bodů závislost středního stupně, 65-90 bodů lehká závislost, 100 bodů nezávislost

**Průměrné výsledky Barthelova testu u žen duben 2009:**

Ve věkové hranici pod 60 let a 60-74 let není žádná žena. Ženy ve věku 75-89 let, 90 a více let dle průměru dosažených bodů testu ADL trpí lehkou závislostí.

**Průměrné výsledky Barthelova testu u mužů duben 2009:**

Ve věkové hranici pod 60 let není žádný muž. Muži ve věku 60-74 let jsou dle průměru dosažených bodů testu ADL lehce závislí. Muži ve věku 75-89 let, 90 a více let dle průměru bodů testu ADL trpí závislostí středního stupně.

**Průměrné výsledky Barthelova testu u všech respondentů duben 2009:**

Respondenti ve věku 60-74 let jsou dle průměru dosažených bodů lehce závislí v základních všedních činnostech. Respondenti ve věku 75-89 let, 90 a více let trpí dle průměru dosažených bodů závislostí středního stupně v základních všedních činnostech.

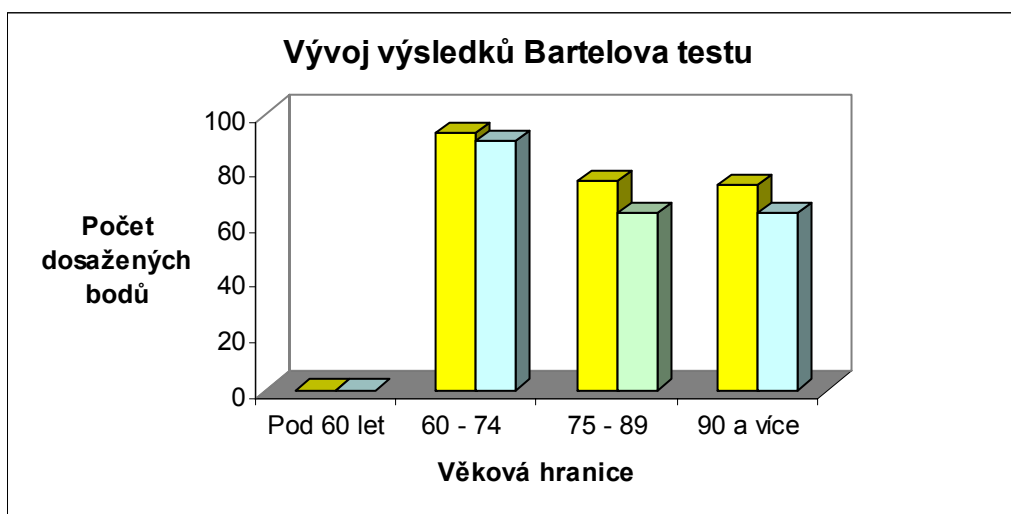
Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka č. 8 Vývoj výsledků Barthelova testu**

Věková hranice	Počet respondentů	Prosinec 2008	Duben 2009	Změna
Pod 60 let	0	0	0	0
60 - 74	2	93	90	-3
75 - 89	14	76	64	-12
90 a více	4	74	64	-10
<b>Celkem</b>	20	x	x	x

Po porovnání průměrných výsledků testů z prosince a dubna vyplývá, že ve všech věkových kategoriích respondentů došlo ke zvýšení závislosti v základních všedních činnostech. Největší změna je u respondentů ve věkové kategorii 75-89 let (-12) a 90 a více let (-10). Na konci výzkumu (5 měsíců) jsou všichni respondenti dle průměrných výsledků Barthelova testu vyhodnoceni ve stupni závislosti středního stupně.

**Graf č.2 : Znázornění výsledků Barthelova testu v prosinci 2008 a v dubnu 2009**



Grafické znázornění vývoje závislosti v základních denních činnostech po vyhodnocení průměrných výsledků Barthelova testu. Prosinec 2008 je vyznačen žlutě a duben 2009 je vyznačen modře. K výraznému poklesu soběstačnosti došlo především ve vyšších věkových kategoriích.

Zdroj: Vlastní výzkum

## **4.7 Kasuistiky**

### **4.7.1 Kasuistika 1**

Diagnóza: Demence smíšeného typu v pozdní fázi, AS cerebri

#### **Osobní anamnéza:**

Panu V. je 93 let. Má středoškolské vzdělání. Pracoval jako administrativní pracovník. Je vdovec. Má 4 děti, které o něj před nástupem do domova střídavě pečovaly. V době přijetí (r.2003) byl chodící, dobře viděl a slyšel. Osobou byl plně orientován, časem a místem částečně. V základních denních činnostech potřeboval vedení nebo pomoc od druhé osoby. V této době trpěl mírnou demencí.

#### **Záznamy z let 2003 – 2007**

Do domova pro seniory byl pan V. přijat na oddělení pro relativně schopné klienty do dvouúžkového pokoje. Během adaptace měl problémy s orientací v novém prostředí. Po 4 měsících se situace částečně zlepšila tak, že se dokázal orientovat v prostorách oddělení. V dalších prostorách domova se pohyboval v doprovodu personálu nebo dcer. Zúčastňoval se pravidelně aktivizačních programů dle jeho zájmu a chuti. V roce 2007 se u klienta začala značně zhoršovat paměť, verbální projev, motorické schopnosti. Byl spavý, apatický, komunikoval minimálně. Psychiatrické vyšetření potvrdilo postupující demenci smíšeného typu. Bylo doporučeno přeložení na oddělení specializované péče o osoby s demencí, které je součástí domova. Po projednání této záležitosti s klientem a s rodinou, byl pan V. v roce 2008 přeložen na oddělení specializované péče, kde je zajištěna individuální péče speciálně vyškoleným personálem.

#### **Pobyt na specializovaném oddělení**

Pan V. sdílí společnou ložnici se dvěma klienty. Část ložnice, kterou obývá pan V. je zařízena tak, aby se zde klient cítil dobře. Jsou zde umístěny rodinné fotografie a známé drobné předměty z domova, které přinesla dcera. V prvních dnech pobytu klienta na oddělení se personál zaměřil na jeho seznamování s prostředím oddělení a jeho spolubydlícími. Zároveň sledoval jeho verbální a neverbální projev, schopnost sebeobsluhy, motorické schopnosti. Dalším zdrojem informací o klientově povaze,



zvycích, rituálech, zvláštnostech, zálibách apod. byl vyplněný dotazník při rozhovoru s dcerou klienta. Výsledkem bylo zjištění, že pan V. je mírné, nekonfliktní povahy. Na oslovení reaguje většinou úsměvem. Verbálně se vyjadřuje minimálně, většinou vyslovením ano nebo ne. Rád poslouchá čtený projev, sleduje televizi. I přesto, že jeho schopnost komunikace je omezena, vnímá laskavý přístup dcer a personálu velice pozitivně. Je rád ve společnosti známých osob. Z jeho čtyř dětí ho pravidelně navštěvují dvě dcery. Jeho dřívějšími zálibami bylo zahradničení, turistika, četba duchovní literatury. Je silně věřící katolík. Byl zvyklý chodit pravidelně na mši. Jeho motorické schopnosti jsou velice omezeny. Je schopen s velkými obtížemi udělat 2 až 3 kroky za pomoci personálu. Pohyb je proto zajišťován převážně za pomoci invalidního vozíku s asistentem. Krátkodobá paměť je postižena. Z dlouhodobé paměti zůstávají zachovány vědomosti týkající se duchovních záležitostí. Osobou je klient orientován. Časem a místem orientován není. Péči o svoji osobu nezvládá, potřebuje pomoc personálu z důvodu porušených motorických schopností a neschopnosti pochopit, na co které věci má použít. Trpí inkontinencí moče. Najedení se zvládá částečně s pomocí. Smysly čich, zrak, sluch jsou zachovány. Spánek má klidný, spí celou noc. Během dne se rychle unaví a pospává.

Získané informace byly použity k sestavení plánu aktivizace klienta. Základem plánu aktivit je práce se zachovanými schopnostmi klienta, jejich posilování s důrazem na jeho spokojenost. Pro udržení stávajících pohybových schopností a zabránění vzniku kontraktur na dolních končetinách, jejichž vznik hrozí z důvodu častého používání invalidního vozíku je zajištěno procvičování dolních končetin vleže nebo vsedě, nácvik chůze ve vysokém chodítku, hry s lehkým míčem vsedě, masáže rukou, ramen, šíje pomocí míčků. Z jeho dřívějších zálib a zvyklostí bylo do programu zařazeno dle přání klienta možnost účasti na mši, pravidelné návštěvy kněze, poslech četby, denní pobyt v zahradě. Jako další je účast při terapeutickém vaření, kdy je využito zapojení smyslů (zrak, čich, chuť). Dcery pana V. pravidelně navštěvují. Během návštěvy provádějí společné procházky po zahradě, provázejí ho na mši nebo s ním tráví chvíle přímo v prostorách oddělení. V období výzkumu byl pan V. pozorován při běžných denních činnostech a při účasti v aktivizačních programech. Pro zjištění

možných změn kognitivních funkcí a schopnosti zvládat základní všední činnosti byl na počátku a na konci výzkumného období s klientem proveden orientační test kognitivních funkcí ( dále MMSE) a Barthelův test základních všedních činností (dále ADL). Výsledek testu MMSE na počátku výzkumu byl 0. Pan V. neodpověděl na žádnou otázku. Neprojevilo žádnou reakci. Výsledek testu MMSE na konci výzkumu byl 4 body s tím, že pan V. vykonal třístupňový příkaz a psaný příkaz. Verbálně se nevyjadřoval. Výsledek testu ADL na počátku výzkumu byl 35 bodů a na konci výzkumu 20 bodů. Zhoršila se schopnost provádění osobní hygieny, kontinence moče a stolice.

K ilustraci reakcí pana V. při účasti na aktivizačních programech uvádím v tabulce výsledek mého pozorování. Pozitivní reakce klienta jsou vyznačeny žlutě , pasivita je vyznačena zeleně. Žádnou z nabízených aktivit klient neodmítá.

### Záznam 1: reakce pana V. při účasti na aktivizačních činnostech

Č.	Druh aktivity	Reakce klienta	Délka aktivity	Frekvence
1	Procházky po areálu domova a pobyt na terase	Reaguje spokojeně, do zahrady je dopraven na invalidním vozíku za asistence personálu nebo dcery. Ve společnosti dcery je velmi rád. Při pobytu na terase pozoruje dění v zahradě	1 hodina	Denně
2	Účast na mši	Pozorně sleduje, občas se aktivně zapojí (část modlitby nebo písně)	45 minut	1x za 14 dnů
3	Návštěvy kněze	Vnímá intenzivně, je spokojený	30 minut	1x za 14 dnů
4	Sledování mše a duchovních televizních pořadů	Sleduje, chvílemi pospává	45 minut	1x týdně
5	Četba katolických novin	Vnímá krátké texty, sleduje obrázky	30 minut	1x týdně
6	Poslech čtení	Rád poslouchá texty týkající se náboženských svátků a tradic	15 minut	1x týdně
7	Terapeutické vaření	Aktivně se nezapojuje, sleduje ostatní při práci, vnímá vůni jídel, rád ochutnává	1 hodina	1x týdně
8	Taneční pohybová terapie vsedě	Hudbu vnímá pozitivně, reaguje pohyby rukou a nohou, pohyby jsou opožděné a zpomalené, chvílemi pospává	45 minut	1x týdně
9	Kopaná vsedě lehkým míčem	Tuto hru hraje rád, míč pozorně sleduje a včas ho odkopne spoluhráči, hra se hraje v kruhu v sedě na židli	15 minut	1x týdně
10	Házení lehkým míčem vsedě	Míč chytne, hod míčem zpočátku nezvládal. Po 14 dnech míč odhodí velmi zpomaleným pohybem	15 minut	1x týdně
11	Kognitivní rehabilitace	Většinou jen poslouchá terapeuta, při otázce "jak se jmenujete?" se představí jménem	10 minut	1x týdně

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznam poskytuje přehled o tom, že reakce klienta při účasti na všech aktivizačních činnostech jsou jen neverbální a motorické. Pohyby jsou zpomalené. Klient reaguje na výzvu k určitému pohybu při taneční terapii opožděně. Verbálně s okolím nekomunikuje. Jediný slovní projev bylo představení se jménem a příjmením na výzvu pracovníka. Téměř při všech aktivitách chvílemi pospává. Házení míčem

a kopání do míče je zřejmě zachováno v dlouhodobé paměti. Rovněž duchovní aktivity poskytují klientovi velké uspokojení. Pravidelná přítomnost dcer mu dává jistotu a pocit spjatosti s rodinou. Jeho častá únava a schopnost jen krátce se soustředit je zapříčiněna pozdním stádiem nemoci a vysokým věkem. Hlavním úkolem aktivizačního programu nabízeného panu V. je jeho spokojenost, pohoda a stimulace zachovaných schopností se snahou o jejich co nejdelší udržení. Do aktivit není nucen, zapojí se dle jeho momentálních možností a schopností.

#### 4.7.2 *Kasuistika 2*

Diagnóza: Alzheimerova choroba s časným začátkem rychle progredující forma

**Osobní anamnéza:** Panu M. je 69 let. Je ženatý. Má 40 letou invalidní dceru, která je v plném invalidním důchodu po DMO. Její stav vyžaduje trvalou péči a pomoc. Je vyučen jako soustružník. Celý svůj aktivní život pracoval jako brusič kovů ve Škodovce. První příznaky Alzheimerovy nemoci byly zjištěny při neurologickém vyšetření v dubnu r.2006. Po zavedení medikace inhibitory acetylcholinesterázy a zajištění pravidelných kontrol na neurologii zůstal Pan M. v péči manželky, která zároveň pečovala o invalidní dceru. Nemoc však rychle progredovala. Pan M. trpěl stavy, při kterých docházelo k selhání v osobní hygieně, kontinenci, stolování. Jeho stav vyžadoval stálý dohled. Následovaly agresivní výpady vůči manželce. Situace v rodině se postupně stávala neúnosnou. Výsledek byl stálé zhoršování psychického stavu klienta, psychické a fyzické vyčerpání manželky. Z tohoto důvodu byl přijat k pobytu v denním stacionáři v Domově sv. Karla Boromejského v Praze – Řepích do doby než mohl být přijat do Domova pro seniory Kobylisy.

#### **Stav při přijetí do domova pro seniory na oddělení specializované péče o osoby s demencí – zjištěno ze záznamů**

Pan. M. byl přijat koncem r.2008. V této době byl orientován osobou, částečně časem a místem. Viděl a slyšel dobře. Jeho pohybové funkce nebyly nijak omezeny. Fyzicky byl v dobré kondici. Neudával potíže s kontinencí. Základní sebeobsahu zvládal pod dohledem. Byl velmi komunikativní, ale při rozhovoru se projevovaly potíže s vyjadřováním. Místo podstatných jmen používal zájmena. Z rozhovoru s manželkou bylo dále zjištěno, že klient měl zálibu v rybaření, má konfliktní povahu, zvyky nemá žádné, své blízké poznává, v prostoru a čase se orientuje málo, nedokáže si nakoupit, neumí hospodařit s penězi, spánek má dobrý a častý. Další informace byly získány z rozhovoru s klientem a z pozorování klienta během prvních dnů pobytu na oddělení. Pan M. si přál získat orientaci v domově, aby se mohl sám procházet. Zatím se mu v domově docela líbí. Ví, že nemůže být doma. Přál by si uskutečnit osobní setkání

s manželkou a s dcerou. Pozorováním bylo zjištěno, že klient je zvyklý stále pracovat. V 7 hod ráno vstává a po zvládnutí ranní hygieny a snídani bloudí po oddělení a nabízí svoji pomoc. Je manuálně velmi zručný, ale potřebuje vedení druhé osoby. Má moc rád svoji manželku a dceru. Je s nimi ve stálém kontaktu po telefonu. Slovní projev do telefonu mu dělá značné obtíže (nemůže si vzpomenout na určitá slova). Manželka ho z důvodu péče o invalidní dceru nemůže často navštěvovat. Z rozhovoru s manželkou vyplynulo, že s manželem chce být v telefonickém kontaktu. Vzhledem k tomu, že pečuje o invalidní dceru, nebude moci manžela často navštěvovat. Možnost brát si manžela občas domů na víkend odmítla. Obává se toho, že pan M. by nechtěl jít zpět do domova. Z dlouhodobé péče o manžela se cítí zcela vyčerpána. Potřebuje nabrat síly. Závěr psychologického vyšetření pana M zní: Aktuální úroveň intelektových a paměťových funkcí je značně snížena. Jedná se o těžký stupeň postižení prakticky ve všech kognitivních funkcích na bázi AS změn CNS. Orientace osobou částečná, časem a místem zcela nepřesná. Osobnost premorbidně akcentovaná, aktuálně už s pokročilejšími regresními změnami.

Na základě získaných informací byl pro klienta připraven individuální plán, podle kterého mu jsou nabízeny aktivity za účelem udržení a podpory soběstačnosti v bazálních činnostech, ve slovním projevu pomocí kognitivní rehabilitace a reminiscence, zaplnění volného času prováděním ergoterapie, běžných domácích prací, účasti na cvičení, pravidelných procházek, účasti na programech mimo oddělení v domově a mimo domov. Dále byly na základě přání klienta domluveny s manželkou pravidelná setkání celé rodiny v domově .

Klienta jsem sledovala v období od prosince 2008 do dubna 2009. Na začátku a na konci sledovaného období byl proveden orientační test kognitivních funkcí (dále jen MMSE) a Barthelův test základních všedních činností (dále jen ADL). Výsledek MMSE na počátku výzkumu odpovídal středně těžké kognitivní poruše (13 bodů). Na konci výzkumu byl výsledek testu o 3 body horší stále však ve stupnici středně těžké kognitivní poruchy. Což znamená, že onemocnění stále pomalu progreduje. Test ADL byl na počátku a na konci výzkumu se stejným výsledkem 95 bodů. Klientova závislost v základních všedních činnostech se nezhoršila. Při občasné pomoci

a připomínání personálem zvládá všechny běžné denní činnosti, k jejich výkonu však potřebuje stálé vedení personálu. Sám zvládá procházky po areálu a okolí areálu. Skutečnost, že zvládá sám orientaci v tomto prostoru, je pro něj důležitá. Vykonává i činnosti, které ve svém aktivním životě nikdy nedělal. Například při terapeutickém vaření je velmi aktivní. Sděluje pak manželce výsledek. Má radost z toho, že se manželka diví, co všechno dokáže. Pro ilustraci reakcí pana M. při jeho účasti na aktivitách uvádím výsledky mého pozorování v záznamu reakcí pana M. při účasti na aktivizačních činnostech. Pozitivní reakce klienta jsou vyznačeny žlutě, potřeba pomoci nebo vedení personálu je vyznačena zeleně, negativa jsou vyznačena růžovou barvou.

## Záznam 2: reakce pana M při účasti na aktivizačních činnostech

Č.	Druh aktivity	Reakce klienta	Délka aktivity	Frekvence
1	Procházky po areálu domova a pobyt na terase	Na vlastní přání respondenta umožnění samostatných procházek po celém areálu, později i mimo areál, samostatné procházky mu zvyšují sebevědomí, nepotřebuje vedení druhé osoby	1 až 2 hodiny	Denně
2	Pravidelné setkání s rodinou	Těší se na setkání s manželkou a invalidní dcerou, setkání mají kladný vliv na zlepšení vztahu k manželce.	Celé odpoledne	Měsíčně
3	Telefonický kontakt s rodinou	Respondent sděluje, co prožil během dne a co se mu podařilo, zlepšuje se jeho slovní zásoba, má dobrý pocit z toho, co dokázal	30 minut	Denně
4	Běžné domácí práce	Rád aktivně pomáhá při domácích činnostech (skládání prádla, mytí nádobí apod.), potřebuje vedení	30 minut	Denně
5	Péče o květiny	Pravidelně denně zalévá květiny v truhlících, těší ho pochvala za dobrou péči o květiny	30 minut	Denně
6	Poslech čtení	Rád poslouchá texty týkající se rybaření, připojuje své vzpomínky, dříve byl aktivní rybář	30 minut	1x týdně
7	Výtvarné práce	Má kladný přístup k výtvarným činnostem všeho druhu. Při práci potřebuje vedení personálu. Z prací, které se mu podaří, se těší a telefonicky své postřehy sděluje manželce	1 hodina	1x týdně
8	Terapeutické vaření	Aktivně se zapojuje, potřebuje vedení, je manuálně zručný. Sděluje manželce jak si při vaření dobře vedl.	2 hodiny	1x týdně
9	Taneční terapie	Velmi rád tančí, při tanci si zpívá, je uvolněný. Rád slyší uznání o tom, že je dobrý tanečník.	2 hodiny	1x měsíčně
10	Cvičení	Aktivně se zapojuje, provádí dechová cvičení, cvičení s míčky, běžnou rozcvíčku. Cvičí pod vedením terapeuta.	30 minut	2x týdně
11	Taj - chi	Cvičí pod vedením instruktorů, koriguje spojení pohybů a soustředění velice dobře	45 min	1x týdně
12	Kognitivní rehabilitace	Zpočátku velice malá slovní zásoba, výpadek podstatných jmen nahrazuje zájmeny, snaží se soustředit na plnění zadaných úkolů. Zadaný úkol nedokončí. Koncem dubna mírné zlepšení, k jednomu slovu dokáže jmenovat dvě podobná slova	60 minut	1x týdně



Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Pan M. se aktivně zúčastňuje všech nabídnutých činností. Při jejich provádění potřebuje vedení personálu, které je uskutečňováno nenápadně a taktně. Skutečnost, že tyto činnosti zvládá, mu dodává pocit užitečnosti a zvyšuje mu sebevědomí. Tím se upravuje i jeho vztah k manželce.

### 4.7.3 *Kasuistika 3*

Diagnóza: těžký Parkinsonský syndrom s rozvinutým klinickým obrazem demence, ICHS, DM komp. dietou, plicní emfyzém, Stp. fraktury pravé lopatky s omezenou hybností v pravém ramenním kloubu

**Osobní anamnéza:** Panu J. je 82 let. Je absolventem vysoké vojenské školy. Pracoval jako operační důstojník z povolání. Je ženatý. Má dvě dcery. Manželka se snažila zvládat péči o manžela sama doma za občasných pomoci jedné z dcer. Pro vážné onkologické onemocnění již péči o manžela nezvládala. Pan J. byl bradypsychický, depresivně laděný, chvílemi dezorientovaný. Jeho mobilita byla omezena pro těžký Parkinsonský syndrom (akinesy, akcentovaný tremor, vertigo, nejistota, chůze o holi), měl omezenou hybnost pravého ramene jako následek zlomeniny pravé lopatky.

**Stav klienta po přijetí na oddělení specializované péče o osoby s demencí Domova pro seniory Kobylisy:** Pan Ing. J. byl přijat na oddělení specializované péče na jaře v roce 2008. Má kolísající postižení kognitivních funkcí týkající se paměti a výkonu každodenních činností. Je orientován osobou, časem a místem částečně. Z blízkých osob poznává manželku. Dcery a vnoučata si plete. Dle sdělení manželky má spánek dobrý, ale má živé sny, křičí ze spánku. Z rána nebo k večeru mívá stavy neklidu a nervozity. Snadno se unaví, přes den pospává. Je inkontinentní. Používá plenkové kalhotky. Verbální schopnost je dobrá, ale odpovědi na otázky jsou často scestné. Při rozhovoru klient sdělil, že při chůzi pociťuje ztuhlost, bolesti ve svalech a kloubech. Špatně vidí, slyší dobře. Dřívější záliby: četba knih s vojenskou tematikou, turistika, divadlo, luštění křížovek, pobyt na chalupě. Zvyky a rituály dle tvrzení manželky smazal průběh nemoci. Během adaptačního období v domově došlo k rychlému postupu motorické invalidizace i přes individuální cvičení, cvičení na motomedu a nácviku chůze v chodítku. Dolní končetiny rapidně slábly, klient se na nich neudrží. Pohyb je proto zajišťován převážně na invalidním vozíku za pomoci druhé osoby s pravidelným pokračováním v rehabilitaci. Z důvodu nepohyblivosti pravé ruky klient zvládá základní hygienu, oblékání a jídlo jen s pomocí druhé osoby.

Na základě zjištěných informací byl připraven plán aktivit pro klienta. Do provádění činností byla zapojena také manželka na její vlastní přání. Základem individuálního plánu je pohybový režim s rehabilitací za účelem zpomalení motorické invalidizace. Do pohybového režimu bylo zařazeno procvičování a masáže dolních končetin vleže, cvičení horních končetin s malým míčkem se speciálním cvičením pravé horní končetiny k zamezení svalových kontraktur. Dále je to procvičování dolních končetin na motomedu a chůze ve vysokém chodítku k udržení kloubní pohyblivosti a zabránění svalových kontraktur. Další součástí plánu je pravidelný pobyt v zahradě nebo na terase, taneční terapie vsedě, kognitivní rehabilitace, reminiscence a účast na kulturních programech v domově. Do programu jsou zahrnuty pravidelné návštěvy manželky a dcer. Rovněž vnučky se zapojily tím, že pro pana J. zhotovily rodinné album s fotografiemi členů rodiny a jejich jmény. Manželka klienta navštěvuje každý druhý den, doprovází ho do zahrady, luští s ním křížovky, čte mu noviny. Na počátku (prosinec 2008) a na konci výzkumu (duben 2009) byl s klientem proveden orientační test kognitivních funkcí (dále jen MMSE) a Barthelův test základních denních činností (dále jen ADL). Výsledek MMSE v prosinci 2008 9 bodů odpovídal těžké kognitivní poruše. V dubnu 2009 výsledek 19 bodů odpovídal středně těžké kognitivní poruše, což je podstatné zlepšení. Naopak výsledek testu ADL na počátku 50 bodů a na konci výzkumu 15 bodů, vypovídal o značném zhoršení soběstačnosti v základních denních činnostech ke kterému došlo i přes intenzivní rehabilitaci a maximální snahu personálu a manželky o aktivizaci klienta. Pro informaci uvádím záznam reakcí klienta při jeho účasti v aktivizačních činnostech. Pozitivní reakce jsou označeny žlutou barvou, negativní reakce jsou označeny zeleně a kolísavé reakce jsou označeny červeně.

### Záznam 3: reakce pana J. při účasti na aktivizačních činnostech

Č.	Druh aktivity	Reakce klienta	Délka aktivity	Frekvence
1	Procházky po areálu domova a pobyt na terase	Reaguje spokojeně, do zahrady je dopraven na invalidním vozíku za asistence personálu nebo manželky. Ve společnosti manželky je velmi rád. Při pobytu na terase pozoruje dění v zahradě a povídá si s manželkou.	1 hodina	Denně
2	Pravidelné setkání s rodinou	Manželka a dcery se střídají v návštěvách. Klient se na návštěvu těší, tímto způsobem je zajištěn stálý kontakt s rodinou.	2 hodiny	3x týdně
3	Poslech čtení	Reakce na články z novin jsou kolísavé - někdy diskutuje o obsahu článku, jindy není schopen diskuze.	30 minut	1x týdně
4	Terapeutické vaření	Respondent jen sleduje dění, rád ochutnává a hodnotí. Vnímá vůně jídel.	1 hodina	1x týdně
5	Taneční terapie vsedě	Rád poslouchá taneční hudbu, reaguje jen občasnými pohyby levou rukou a dolními končetinami, pohyby jsou pomalé a nedokončené.	45 minut	1x týdně
6	Cvičení	Má v oblibě procvičování rukou malými míčky, cvičení na motomeđu (pro zabránění svalových kontraktur dolních končetin a udržení kloubní pohyblivosti), měří si počet ujetých km	30 minut	2x týdně
7	Taj - chi	Cvičí pod vedením instruktorů společně s manželkou, snaží se korigovat spojení pohybů a soustředění, cvičení se mu nedaří	1 hodina	1x týdně
8	Kognitivní rehabilitace	Je aktivní v luštění křížovek, rozumových testech, jednoduchých hádankách. Výkon je střídavě výborný a průměrný.	60 minut	1x týdně

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Během období ve kterém jsem klienta sledovala došlo k podstatnému zhoršení motorických schopností klienta i přes intenzivní rehabilitaci. Kvalita kognitivních funkcí je kolísavá, ale nehorší se. Pozitivní vliv na psychiku klienta má pravidelný kontakt s jeho rodinou.

#### 4.7.4 *Kasuistika 4*

Diagnóza: Alzheimerova choroba s časným začátkem

**Osobní anamnéza:** Panu P. je 63 let. Vystudoval strojní průmyslovku. Pracoval jako strojní zámečnick, později jako mistr provozu. Od roku 2000 je v invalidním důchodu. Je podruhé ženatý. Má 1 dceru z prvního manželství a 2 vnoučata. Svoji manželku má velmi rád, je na ni silně fixován. Manželce je 46 let. Další kontaktní osoba je jeho sestra a 85 letá matka. Sestra pomáhala zařizovat umístění pana P. v domově pro seniory. Pan P. je klidné, uzavřené povahy, nemá rád změny v zaběhnutém režimu. Dle informace manželky to byl spolehlivý, laskavý, citlivý, nekonfliktní člověk. Velmi ohleduplný životní partner. Vždy působil upraveně. V mužských pracích nebyl praktický. Neměl žádné osobní přátele. Dříve se aktivně věnoval sportu (tenis, fotbal, hokej, turistika), rád luštil křížovky, chodil na výlety. Kolem 46 roku začal mít problémy s pamětí, poruchami logického myšlení, objevily se u něj paranoidní myšlenky (cítil se ohrožen na životě, měl pocit, že je sledován mobily, bál se o svoji manželku, byt pro něj byl nebezpečný, volal na pomoc policii). Tento stav se střídavě zlepšoval a zhoršoval. Byl několikrát hospitalizován v psychiatrické léčebně. Jeho dlouhodobá pracovní neschopnost byla ukončena přiznáním trvalého invalidního důchodu z důvodu trvalých bludů. Manželka se ho snažila udržet v dobré kondici. Připravovala mu jednoduché křížovky, které luštil, předčítala mu a chodila s ním na vycházky. V této době zvládl samostatně malé nákupy, ohřál si oběd v mikrovlnné troubě po předchozím viditelném označení funkcí mikrovlnky. Čekal na ni, až se vrátí ze zaměstnání. Trávili společné dovolené. Tento stav trval 6 let. V roce 2006 na společné dovolené se opět objevily bludy spojené s ohrožením života. Odmítal jídlo z obavy z otravy. Objevila se inkontinence, problémy s chůzí po schodech. Následovala opět hospitalizace v psychiatrické léčebně, která se do doby přijetí do domova pro seniory opakovala ještě 2x. Zdravotní stav pana P. se zhoršil natolik, že již neudržel pozornost a nevěnoval se žádné činnosti. Neměl zájem ani o procházky, které měl dříve v oblibě. Potřeboval dohled a kontrolu při provádění hygieny a při oblékání. Stal se trvale inkontinentní. Jedině jídlo zvládl sám, ale občas měl zažívací potíže. Chůze byla samostatná bez opory. Pan P. byl v péči manželky, která vzhledem k vážnému

zdravotnímu stavu péči již nezvládala. Z důvodu její hospitalizace byl pan P. umístěn u matky. Odtud však utíkal. Chtěl odejít za manželkou. Z důvodu nemožnosti odejít za manželkou byl agresivní. Z důvodu agresivity byl hospitalizován v psychiatrické léčebně, odtud byl v roce 2008 přijat na oddělení specializované péče o osoby s demencí Domova pro seniory Kobyličky.

**Pobyt na oddělení specializované péče o osoby s demencí:** adaptační období bylo pro klienta velmi obtížné z důvodu velké fixace na manželku. Při vstupní prohlídce byl zjištěn kožní svědivý exantém po celém těle. Léčení bylo velmi problematické. Bylo nutné celé tělo promazávat léčivými mastmi. Pan P. však nedovolil ošetřujícímu personálu jakýkoliv dotyk. V té době byla již jeho manželka propuštěna z nemocnice. Proto byl tento problém řešen tak, že na požádání personálu docházela denně do domova a svému manželovi ošetřovala pokožku. Její pobyt na oddělení měl na klientku uklidňující účinek a pomohl k postupné adaptaci na prostředí oddělení. Bylo mu vysvětleno, že zdravotní stav manželky není stále dobrý, a proto ho nemůže mít v péči. Z počátku tento fakt nechápal, nyní ho již akceptuje. Do domova za klientem dochází manželka pravidelně, střídá se s dcerou a jeho sestrou. Personál pozorováním klienta zjistil další informace potřebné pro zajištění plánu péče a aktivit. Bylo zjištěno, že nesnáší spánek po obědě, nezvládá správný výběr oblečení podle počasí, nosí rád stejný oděv a nedovolí jeho výměnu (jen manželce). Neumí telefonovat, nesnáší změny prostředí. Je orientován osobou, časem a místem částečně. V prostorách domova se orientuje. Z dlouhodobé paměti je zachována paměť o sportu, znalosti vážné hudby. S manželkou chodil na koncerty vážné hudby. Je inkontinentní, ale odmítá používat hygienické vložky nebo kalhotky. Sám neumí dodržovat pitný režim. Těžce snáší, když si spolubydlíci půjčí jeho věci bez dovolení (bydlí v třílůžkové ložnici). Přeje si chodit samostatně na procházky po zahradě domova a na víkendy domů k manželce. Chůze ho velmi uklidňuje. Udržení pozornosti je stále problematické.

Základem individuálního plánu je práce se zachovanými schopnostmi klienta a s jejich posilováním. Klient se do denních činností zapojuje podle nálady. Personál využívá jako pomůcku k motivaci klienta odvolání na manželku. Další taktikou je zadání jen jednoho úkolu a zdůraznění dobrovolnosti. Po jeho splnění je teprve možné pracovat

s další činností. Úkol musí zadávat vždy jen jedna osoba. Do aktivit je zapojena rodina, což má na klienta blahodárné účinky. Svoji manželku velmi miluje. Při testu MMSE napíše vždy větu: „Mám rád svoji manželku.“ Tato taktika personálu způsobila, že klient zvládá základní denní činnosti s malou pomocí personálu nebo pod jeho dohledem. Některé úkony provede jen s manželkou. Zlepšila se inkontinence. Klient neodmítá účast při aktivizačních programech. Akceptuje personál, komunikuje s ním (jen krátké věty). Svůj pobyt v domově vyjádřil větou: „Budu tady žít.“

Výsledek testu kognitivních funkcí na začátku výzkumu byl 29 bodů a na konci výzkumu 25 bodů, což odpovídá pásmu normálu. Výsledky Barthelova testu základních všedních činností na začátku výzkumu byl 90 bodů a na konci 85 bodů, což svědčí o lehké závislosti v základních denních činnostech. V záznamu reakcí klienta při účasti na aktivizačních činnostech uvádím výsledky mého pozorování. Pozitivní reakce klienta jsou vyznačeny žlutě a negativní reakce zeleně.

#### Záznam 4: reakce pana P. při účasti na aktivizačních činnostech

Č.	Druh aktivity	Reakce klienta	Délka aktivity	Frekvence
1	Procházky po areálu domova	Prochází se velmi rád, chůze ho uklidňuje. Zpočátku chodil do zahrady sám, odmítal jakýkoli doprovod a s nikým nemluvil. Nyní již ošetřující personál své spolubydlící dobře zná, proti společnosti při procházce nemá námítky	2 hodiny	Denně
2	Společné vycházky s rodinou mimo areál	Je velmi šťastný, usmívá se.	3 hodiny	3x týdně
3	Sledování sportovních televizních přenosů	Nejraději sleduje fotbal, zná pravidla a jména hráčů. Ovládá historii fotbalu. O sportu má hodně znalostí. Dokáže si na toto téma povídat	2 hodiny	1x týdně
4	Terapeutické vaření	Sleduje z povzdálí - odchází a vrací se zpět, nezapojuje se. Nabídnuté výrobky rád ochutná	2 hodiny	1x týdně
5	Taneční terapie	Zpočátku odmítal, pak se zúčastnil jako divák, s tím, že chvílemi odcházel. V současné době výzvu k tanci neodmítá, tančí s personálem, ale nejraději s manželkou. Při tanci s manželkou je uvolněný, usmívá se. Kontakt s manželkou při tanci vnímá velmi intenzivně.	45 minut	1x měsíčně
6	Výtvarné práce	Rád natírá květináče, ale není pečlivý. Do ostatních výtvarných prací se nezapojuje jen je z povzdálí sleduje	1 hodina	1x týdně
7	Poslech vážné hudby	Rád vzpomíná, jak chodil na koncerty s manželkou. Zná autory klasických děl a na toto téma rád konverzuje. Při poslechu střídavě poslouchá a odchází a během 5 minut se vrátí zpět.	1 hodina	2x měsíčně
8	Taj - chi	Cvičí pod vedením instruktorů, koriguje spojení pohybů a myšlenek. Neodchází	1 hodina	1x týdně
9	Kognitivní rehabilitace	Zpočátku ve skupině vydržel jen chvíli a odcházel. Nyní zůstává déle, přibližně po 10 minutách odchází, zadaný úkon nedokončí	60 minut	1x týdně

Zdroj: Vlastní výzkum



Komentář: Záznam svědčí o převaze pozitivních reakcí pana P. při účasti na aktivizačních činnostech. Dále je jasně viditelné, že některé počáteční negativní reakce se postupně změnily na reakce pozitivní. Záznamy prokazují zvyšující aktivitu respondenta a zlepšení komunikace.

#### **4.7.5 Kasuistika 5**

Diagnóza: Vaskulární demence středně pokročilá, Parkinsonský syndrom, ICHS, CHOP těžkého stupně

**Osobní anamnéza:** Paní V. je 85 let. Je vdova. Vychovala 5 dětí (žijí) a má 10 vnoučat. Má základní vzdělání. Pracovala jako pomocná kuchařka. Na oddělení specializované péče byla přeložena z oddělení běžného typu, kde obývala jednolůžkový pokoj. I přesto, že se účastnila klubových aktivit, začal se její psychický stav zhoršovat. Bloudila bez cíle po areálu domova, byla dezorientovaná, zmatená, nesoustředila se na žádnou činnost. Při skupinových aktivitách rušila ostatní klienty. Ti pak následně odmítali její přítomnost při aktivizačních programech. Její stav vyžadoval individuální péči odborně vyškoleného personálu, což splňuje oddělení specializované péče. Psychiatrické vyšetření potvrdilo postupující demenci a proto na doporučení psychiatra a po projednání s rodinou, byla paní V. v roce 2008 přijata na oddělení specializované péče o osoby s demencí.

#### **Pobyt na oddělení specializované péče o osoby s demencí**

Paní V. se na změnu prostředí velice rychle zadaptovala. Klientka je orientovaná osobou, časem a místem méně. V prostorách domova zorientovala velmi rychle. Pohybuje se s oporou hůlky. Slyší dobře, na blízko vidí jen s brýlemi. Péči o svoji osobu zvládá s malou pomocí personálu. Je inkontinentní, používá plenkové kalhotky. Je velice komunikativní. Její řeč je však občas těžko srozumitelná. Je klidné povahy. Slovní zásoba je dobrá. Občas má výpadky paměti. Je manuálně zručná. V aktivním věku se starala o velkou rodinu. Ráda vařila a vykonávala domácí práce. Na oddělení velice ráda pomáhá při servírování jídla, mytí nádobí. Další její záliby jsou poslech tramské muziky (má sbírku vlastních audiokazet), vyšívání, háčkování, pořady s hudební tematikou, zpěv (pamatuje si dlouhé texty písní), chodí ráda na procházky, ráda řeší jednoduché kvízy. Výsledek testu kognitivních funkcí na začátku výzkumu byl 17 bodů (středně těžká kognitivní porucha) a na konci výzkumu 19 bodů tj. mírné zlepšení. Barthelův test základních všedních činností byl na začátku a na konci výzkumu 95 bodů (lehká závislost). Výsledek mého pozorování uvádím v záznamu

reakcí respondentky při účasti na aktivizačních programech. Pozitivní reakce jsou vyznačeny žlutě a negativní zeleně.

### Záznam 5: reakce paní V. při účasti na aktivizačních činnostech

Č.	Druh aktivity	Reakce klienta	Délka aktivity	Frekvence
1	Procházky po areálu domova	Prochází se velmi ráda s oporou hůlky, zastavuje kolemjdoucí a oslovuje je. Je velmi společenská.	1 hodina	Denně
2	Drobné domácí práce	Velmi ráda vykonává domácí práce. Má pocit potřeby a dobrý pocit, že může pomáhat. Byla zvyklá hodně pracovat. Těžce snáší nečinnost	45 minut	Denně
3	Terapeutické vaření	Aktivně se zapojuje, dříve vařila pro velkou rodinu, občas potřebuje podporu terapeutky, vzpomíná na svoje osvědčené recepty a její, jak říká „finty“ k ulehčení práce při vaření.	2 hodiny	1x týdně
4	Taneční terapie vsedě	Rád poslouchá taneční hudbu a zpívá si. Napodobuje taneční pohyby dle terapeuta.	45 minut	1x týdně
5	Výtvarné práce	Má v oblíbě ruční práce a výtvarné techniky. Pracuje pod vedením personálu a výrobky jsou většinou zdařilé a má z nich velkou radost	1 hodina	1x týdně
6	Poslech hudby	Nejraději poslouchá tramské písně, zná jejich texty zpaměti. Má vlastní sbírku audio kazet.	30 minut	1x týdně
7	Taj – chi	Cvičí pod vedením instruktorů, koriguje spojení pohybů a soustředění.	1 hodina	1x týdně
8	Kognitivní rehabilitace	Intenzita soustředění je kolísavá, ráda luští jednodušší křížovky a hádanky s úspěchem.	10 - 60 minut	1x týdně

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznam ukazuje převahu pozitivních reakcí klientky při aktivitách. Paní V. pobyt na oddělení specializované péče velmi prospívá. Nikdo ze spolubydlících ji neodmítá. V jejich společnosti se cítí dobře. Získala opět pocit užitečnosti, který je pro ni důležitý v jejím aktivním životě.

#### **4.7.6 Kasuistika 6**

Diagnóza: Alzheimerova choroba, cholecystopatie

##### **Osobní anamnéza:**

Paní Q. je 87 let. Je vdova. Má 1 dceru. Absolvovala rodinnou školu. Celý život byla v domácnosti. Chodí sama bez opory. Je trvale inkontinentní. Sluch a zrak je přiměřený věku. Je po operaci šedého zákalu. Nosí brýle na čtení. Od dětství trpí chronickou zácpou, proto nesmí pít černý čaj. Trpí na opakované žaludeční problémy. V času a prostoru se orientuje částečně, sama sebe si uvědomuje, má zhoršenou krátkodobou paměť. Neumí hospodařit s penězi. Občas trpí nespavostí. Z nástupu do domova měla strach. Byla by ráda doma s dcerou. Ta se však z důvodu zaměstnání o ni celodenně starat nemůže.

##### **Pobyt na oddělení specializované péče o osoby s demencí**

Paní Q. velmi těžce prožívala adaptační období. Z nástupem do domova nebyla smířena. Její psychický stav se promítl do somatických obtíží ve formě zvracení, průjmů a bolestí v celém těle. Na personál reagovala slovní agresí. Přála si časté návštěvy dcery. Dcera však nechodí tak často, jak by paní chtěla. Vztah matky a dcery není zcela v pořádku. Adaptační období bylo zakončeno pádem klientky s následnou zlomeninou levé ruky v zápěstí. Zhojení zlomeniny našťastí probíhalo dobře. Klientka se zčásti uklidnila a soustředila se na hojení zraněné ruky. Zjišťování informací o paní Q. k přípravě individuálního plánu bylo obtížné. Do plánu byly proto zařazeny běžné aktivizační činnosti s tím, že budou klientce nabízeny a při účasti bude sledován její zájem. Aktivita, které odmítá budou vyřazeny. Dále byly do plánu zařazeny pravidelné pobyty v relaxační místnosti 2x týdně za účelem uvolnění emocí a zlepšení jejího psychického stavu. Relaxační techniky ve formě masáží, poslechu relaxační hudby s použitím pomůcek. Nejúčinnější z pomůcek byla panenka speciálně upravená pro tyto účely. Klientka ji chovala, hladila ji a mluvila k ní jako ke své dceři. Relaxace měly velice dobrý účinek na psychiku klientky. Začala se postupně zapojovat do života na oddělení s účastí při různých činnostech. Z mého pozorování paní Q. jsem sestavila tabulku se

záznamy jejích reakcí na nabízené aktivity. Pozitivní reakce jsou znázorněny žlutě, negativní zeleně a kolísavé reakce jsou vyznačeny červeně.

### Záznam 6: reakce paní Q. při účasti na aktivizačních činnostech

Č.	Druh aktivity	Reakce klienta	Délka aktivity	Frekvence
1	Procházky po areálu domova	Ráda se prochází ve společnosti opačného pohlaví.	1 hodina	Denně
2	Četba	Ráda čte básně a přednáší je publiku. Pamatuje si dlouhé texty básní.	30 minut	3x týdně
3	Terapeutické vaření	Aktivně se nezapojuje. Hotová jídla ráda ochutnává a hodnotí.	1 hodina	1x týdně
4	Taneční terapie	Taneční hudbu má ráda, tančí a zpívá si. Je společenská, má ráda fyzický kontakt s tanečníkem..	45 minut	1x měsíčně
5	Výtvarné práce	Pod vedením vytváří hezké výrobky, obzvláště si libuje v kresbách. Při špatné náladě kreslí jen černou tužkou.	1 hodina	1x týdně
6	Poslech hudby	Má v oblíbě písničky ze 70. let. Zná texty písní.	30 minut	1x týdně
7	Taj - chi	Cvičí pod vedením instruktorů, koriguje spojení pohybů a myšlenek. Soustředění je kolísavé.	1 hodina	1x týdně
8	Kognitivní rehabilitace	Aktivitu střídá s pasivitou. Zadaný úkol nedokončí.	20 - 60 minut	1x týdně

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Výsledek testu kognitivních funkcí paní Q byl na začátku výzkumu 9 bodů (těžká kognitivní porucha). Tento výsledek byl zřejmě ovlivněn špatným psychickým stavem klientky, protože výsledek testu na konci výzkumu byl 21 bodů, což ukazuje na stupeň lehké kognitivní poruchy. Výsledek Barthelova testu byl na začátku výzkumu 85 bodů a na konci výzkumu 75 bodů. Snížení soběstačnosti bylo ovlivněno zlomeninou ruky, která se v té době rehabilitovala. I přesto trpí paní Q. jen lehkou závislostí. Dle záznamů reakcí klientky při aktivizačních činnostech je patrné, že převažují pozitivní reakce. Její psychický stav se částečně stabilizoval. Je však vázán na vztah k dceři, která matku navštěvuje zřídka.

## 5. Diskuze

Je všeobecně známo, že péče o osoby s demencí v institucionálním zařízení naráží na mnohá úskalí, která musí zvládnout klient, jeho rodinní příslušníci a pečující personál. Jedna z prvních obtíží je zvládnutí adaptačního období po nástupu osob s demencí do zařízení, a někdy se stává, že senior adaptaci nezvládne. Oddělení specializované péče je uspořádáno tak, aby připomínalo bydlení v bytě. Předpokládali jsme, že toto uspořádání prostor bude pro klienta s demencí mnohem lépe přijatelné, než klasická struktura oddělení v domovech pro seniory a tudíž by adaptace měla proběhnout úspěšně. Úkolem personálu je vhodnou volbou metod práce s individuálním přístupem pomoci zvládnout klientovi období adaptace. Dále pak vhodným programováním aktivit jak uvádí Kalvach a Holmerová (12, 7) podporovat vše, co zůstalo zachováno. Nabízet činnosti, které má klient rád a které je schopen zvládnout a umožnit mu tak spokojený život i v institucionálním zařízení. **Prvním cílem mé práce je zjištění, zda metody práce s klienty s demencí používané na tomto oddělení jsou pro tuto skupinu lidí přínosné.** Pro zmapování situace jsem provedla rozdělení respondentů výběrového souboru podle stáří. Použila jsem rozdělení dle patnáctileté periodizace lidského života, jak uvádí Kalvach (12). Věkovou strukturu respondentů uvádím v tabulce č.1. Z údajů v tabulce vyplývá, že medián stáří respondentů v časném stáří je 65.5 roku, ve vlastním stáří je 85 let a v dlouhověkosti je 91,5 roku. Dále jsem zjistila, že nejvíce respondentů tj. 70% je zastoupeno v kategorii vlastního stáří. Ve věkové kategorii dlouhověkost je zastoupeno 20% respondentů a nejméně respondentů je v časném stáří tj. 10%. Pro zhodnocení účinnosti metod práce jsem zvolila testování stupně kognitivních funkcí u respondentů výběrového souboru prostřednictvím testu kognitivních funkcí – Mini Mental State Exam (MMSE) a testování jejich funkční schopnosti prostřednictvím Barthelova testu základních všedních činností (ADL). Testy byly provedeny na začátku výzkumného období a totéž testové zhodnocení bylo provedeno na konci výzkumu. Doba výzkumu byla 5 měsíců tj. od prosince 2008 do dubna 2009. Průměrné výsledky testů MMSE v prosinci 2008

(viz. tabulka č.2) dokázaly, že respondenti ve věkové hranici vlastního stáří a dlouhověkosti trpí středně těžkou poruchou kognitivních funkcí. Respondenti v časném stáří trpí lehkou kognitivní poruchou. Na konci výzkumného období prokázaly testy MMSE změnu. V průměrných výsledcích MMSE u respondentů v časném stáří bylo zjištěno zhoršení o 3 body a tím se posunula tato věková kategorie do hranice středně těžké kognitivní poruchy (viz. tabulky č. 3, 4). I přes toto mírné zhoršení lze zkonstatovat, že stupeň postižení kognitivních funkcí respondentů ve všech věkových hranicích se během období výzkumu podstatně nezměnil. Další porovnání bylo provedeno rozdělením respondentů podle stupně kognitivní poruchy dle testu MMSE v prosinci 2008 a v dubnu 2009, jak uvádím v tabulce č. 5. Toto rozdělení respondentů znázorňuje skutečnost, že v prosinci 2008 bylo v pásmu normálu kognitivních funkcí 20% respondentů, lehkou kognitivní poruchou trpělo 10%, středně těžkou poruchu mělo 40% respondentů a těžkou kognitivní poruchu mělo 30% respondentů. V dubnu 2009 byla vykázána změna kdy jeden respondent se zhoršil z pásma normálu na středně těžkou poruchu a jeden respondent se zlepšil z těžké kognitivní poruchy na středně těžkou. Výsledek pak byl 15% respondentů v pásmu normálu, 10% respondentů v lehké kognitivní poruše zůstalo nezměněno, 50% respondentů se středně těžkou kognitivní poruchou a 25% respondentů s těžkou poruchou. Tyto údaje opět svědčí o převážné stabilitě úrovně kognitivních funkcí respondentů. Z výzkumu dále vyplynulo, že systém péče v malé skupině klientů, kteří obývají prostory podobající se bydlení v bytě má na klienty velice dobrý vliv. Umožňuje snadnou orientaci klienta v obytném prostoru a poskytuje pocit bezpečí. Život ve skupině a stálá přítomnost personálu umožňuje navazování kontaktů jak mezi klienty, tak s personálem a rodinnými příslušníky. Pravidelný režim dne, který má každý klient stanoven v individuálním plánu naplněném činnostmi odpovídajícími jeho schopnostem, zájmům a potřebám umožňuje vyplnit den smysluplnými činnostmi, které jsou střídány s odpočinkem podle potřeb klienta. Personál oddělení, jak uvádím v kasuistikách, pracuje s každým klientem individuálně. Získává informace o každém klientovi prostřednictvím pozorování a rozhovorů s klienty a rodinnými příslušníky, vzájemným předáváním informací v pracovním týmu. V kasuistikách je jasně



prokázáno, jak důležité je pro poskytování kvalitní péče získání co nejvíce informací z aktivního života klienta, o zvláštích, individualitách jeho osobnosti a o zachovaných dovednostech. Na zachovaných dovednostech, zvycích, rituálech uchovaných v dlouhodobé paměti je postaven individuální plán každého klienta. Například v kasuistice 1 kde respondent trpí demencí těžkého stupně jsou využity zachované vědomosti z dlouhodobé paměti týkající se duchovních záležitostí (zajištění návštěv kněze), zvyklosti docházet pravidelně na mši, oblibě literatury s duchovní tematikou (poslech četby na toto téma), dřívější záliby v zahradničení a turistice byly nahrazeny denním pobytem v zahradě. V kasuistice 4 má respondent z dlouhodobé paměti zachované znalosti o sportu a vážné hudbě. Obě tyto skutečnosti byly využity v plánu aktivit ve formě sledování televizních sportovních přenosů a poslechu vážné hudby a diskuzi s personálem na obě témata. Kdy personál s údivem zjišťuje, jak obsáhlé znalosti má klient v těchto oborech. Rovněž v kasuistice 5 respondentka využívá při terapeutickém vaření svoji znalost osvědčených receptů a různých kuchařských fint k usnadnění práce. Její záliba v poslechu trampských písní je využita při muzikoterapii. Paměť a verbální vyjadřování je posilována reminiscencí s využíváním vzpomínání na dávné události, staré filmy apod., což je rovněž práce s dlouhodobou pamětí. Kognitivní rehabilitací jsou citlivou formou procvičovány zachované kognitivní funkce klientů hlavně za účelem podpory jejich sebevědomí. Reakce klientů jsou různé dle stupně demence a dle jejich momentální nálady, jak uvádím ve všech záznamech reakcí respondentů při účasti na aktivizačních činnostech v kasuistikách. Každý respondent má ve svém individuálním plánu zařazen nějaký druh pohybové aktivity. Pohybové aktivity příznivě působí na psychickou a fyzickou kondici seniora. Zároveň je pohyb jakéhokoliv druhu během dne důležitý pro dostatečný a klidný spánek v noci. Velmi oblíbenou a účinnou pohybovou aktivitou je tanec, který je úspěšně uplatňován jak u chodících klientů tancem v páru, tak u seniorů se sníženou pohyblivostí pohyby v rytmu hudby vsedě na židlích nebo na invalidním vozíku. Zde je opět důležité zjišťovat, jakou taneční hudbu zvolit, aby klienty oslovila, aby navodila vzpomínky z mládí, radostnou náladu a pohodu ve skupině. Pozorováním respondentů při taneční pohybové terapii vsedě jsem zjistila,

že všichni vnímali taneční hudbu pozitivně, radostně a na hudbu reagovali tanečními pohyby podle návodu terapeuta. Reakce respondentů s vyšším stupněm demence, jak uvádím v kasuistice 1 a 2, byly opožděné a zpomalené a občas při hezké klidné melodii si respondent zdřímnul. Jsem přesvědčena, že i tak je terapie pro klienty přínosem. Účinky tance v páru jsem popsala v kasuistice 2, 4, 6. U všech těchto respondentů tanec v páru vyvolal radost, uvolnění psychické tenze. V kasuistice 4 respondent intenzivně vnímá tanec s manželkou, je uvolněný, usmívá se, tanec nepřerušuje, neodchází. Pozorováním respondentů při taneční terapii byly potvrzeny pozitivní účinky této metody na osoby s demencí, jak uvádí Veleta a Holmerová (25). Další velmi oblíbená aktivita je terapeutické vaření. Většinou se pečou sladké nebo slané pečivo, které si pak klienti při odpolední kávě nebo čaji snědí. Jelikož tato aktivita umožňuje stimulaci smyslů (čich, hmat, chuť), mohou se jí účastnit i klienti, kteří se nemohou aktivně zapojit do přípravy pokrmu. Příkladem je reakce respondentů v kasuistice 1, 3, 4, 6. Tito respondenti na podnět personálu vnímají vůni pokrmu, ochutnávají a hodnotí, jak pokrm chutná. Každému klientovi, který se aktivně podílí na přípravě pokrmu, přidělí terapeut druh práce kterou zvládá. Personál s nimi při práci povídá o postupu přípravy pokrmu, společně vzpomínají, jak vařili doma a jaké používali recepty viz. kasuistika 5. Do vaření se aktivně zapojují ženy i muži bez rozdílu. Například respondent v kasuistice 2 vaří pod vedením personálu velice rád, sděluje pak telefonicky manželce výsledek. Má radost z toho, když se manželka diví, co dokáže. Zde je jasně prokázáno posílení jeho sebevědomí. Výsledek mého pozorování respondentů při této běžné aktivitě jako je vaření, byl velmi dobrý pocit z toho, jak všichni účastníci radostně, soustředěně a s chutí pracují nebo třeba jen sledují ostatní při práci a nasávají vůni při pečení koláčů a těší se, až ochutnají hotové výtvořiny. Tímto zjištěním se ztotožňuji s J. Zgola (30), která uvádí, že smysluplné a běžné drobné činnosti, které dříve klienti vykonávali ve své domácnosti jsou osobám s demencí známé a jejich vykonávání jim nedělá problémy. Dalším kladem je pozitivní přínos práce ve skupině, kdy všichni účastníci něco společně dělají, sdílejí své zkušenosti a vzpomínky, prožívají pozitivní emoce, navazují kontakty. Zde se potvrzuje názor Janečkové, že skupinová práce se seniory v domovech pro seniory je velice

účinná (10). Při zadávání drobných pracovních činností je nutné brát v úvahu klientovy schopnosti a zadávat úkoly, při kterých nemůže dojít k neúspěchu. Pokud nastane situace, že klient při činnosti selže, personál negativní dopad této zkušenosti takticky minimalizuje. Při hodnocení MMSE a ADL testů bych zdůraznila jejich možné ovlivnění oscilací momentálního stavu klienta a větší důraz bych kladla na pozitivní výsledky integrace klientů do aktivizačních programů a rozvoje jejich individuálních dispozic a schopností, jak popisují v kasuistikách. Dle dosažených výsledků lze předpokládat, že používané metody práce s klienty na oddělení, jako je například kognitivní rehabilitace, reminiscence, zajištění sociálních kontaktů, aktivity zapojující smysly apod. jsou účinné a porucha kognitivních funkcí je zpomalena i přes stálý postup nemoci a vysoký věk respondentů. Tímto vyhodnocením považuji první cíl za splněný. **Druhým cílem bylo zjištění, zda použité metody vedou k co nejdelšímu uchování soběstačnosti klientů s demencí.** Zde byly k hodnocení stupně soběstačnosti, jak jsem výše uvedla, použity průměrné výsledky Barthelova testu základních všedních činností (ADL) na začátku a na konci výzkumu. Výsledky testu ze začátku výzkumného období z prosince 2008 uvádím v tabulce č. 5. Podle těchto výsledků byli respondenti ve věkové kategorii časného stáří nezávislí na pomoci s průměrným počtem bodů 93. Respondenti ve věku vlastního stáří dosáhli průměrný počet 76 bodů a respondenti ve věkové kategorii dlouhověkost dosáhli průměr 74 bodů. Obě věkové skupiny jsou vyhodnoceny jako lehce závislé na pomoci. Průměrné výsledky Barthelova testu z dubna 2009 uvádím v tabulce č. 6. Zde je uvedeno, že respondenti v časném stáří se stali lehce závislí na pomoci s počtem bodů 90. Respondenti ve věkové kategorii vlastní stáří a dlouhověkosti nadále trpí lehkou závislostí, ale výsledek vykázal menší počet bodů (obě věkové kategorie 64 bodů). Tabulka č. 7 zobrazuje vývoj výsledků Barthelova testu. V kategorii časného stáří je vykázáno zhoršení o 3 body, ve věkové skupině vlastního stáří je vykázáno zhoršení o 12 bodů a skupina dlouhověkých se v soběstačnosti zhoršila o 10 bodů. Tyto výsledky svědčí o tom, že v průměru se soběstačnost respondentů horší i přes aplikaci pracovních aktivit, provádění pohybových aktivit s procvičováním za účelem udržení motorických funkcí. Tyto výsledky dle mého mínění ovlivňuje vysoký věk respondentů, kdy 70% je ve věku

75-89 let a 20% je ve věku 90 let a více. Jen 10% respondentů je ve věku 60-74 let. Fyzická síla a tím i soběstačnost respondentů se přibývajících roky snižuje a její rychlost snižování je individuální. Rovněž demence postupně progreduje. Dalším faktorem, který má vliv na soběstačnost klientů je dle mého mínění přece jen vliv institucionální péče. Personál i přes veškerou snahu nemůže nahradit péči v rodinném prostředí, kde má člověk mnohem více motivací pro aktivitu a činnosti. Toto vše se odráží na psychickém stavu klienta s následným převedením na jeho somatický stav a tím i snížení soběstačnosti. Z tohoto zjištění vyplývá, že i když se klienti na život v oddělení specializované péče dobře zadaptovali, jsou spokojeni v přátelské atmosféře, která na celém oddělení panuje, přesto se jejich soběstačnost snižuje. Snaha personálu o co nejdelší udržení soběstačnosti klientů nadále pokračuje za účelem aspoň zpomalení tohoto procesu. **Třetím cílem mé práce je posouzení získávání rodinných příslušníků pro maximální spolupráci s personálem.** Jak uvádí J. Zgola (30) je zapojení rodinných příslušníků do procesu péče o jejich blízkého prospěšné pro klienta i pro pečující personál. Ze všech kasuistik je zřejmé, že personál se snaží o maximální spolupráci s rodinnými příslušníky. Získává od nich informace o zvláště osobnosti jejich blízkého pro sestavení individuálního plánu a pro co nejlepší poznání klienta za účelem poskytování kvalitní péče. Dále s nimi spolupracuje při integraci klientů do aktivizačních programů. Jednání s rodinnými příslušníky vyžaduje trpělivý a citlivý přístup. Jejich eventuální nespokojenost nebo přehnanou starostlivost nevnímat osobně, ale rozpoznat v ní častou projekci svého pocitu osobního selhání v péči o svého blízkého. Třetí cíl považuji za splněný.

## 6. Závěr

Oddělení specializované péče o osoby s demencí, které je součástí Domova pro seniory Kobylicy je důležitým článkem v péči o seniory v tomto zařízení. Zahájení provozu oddělení předcházelo proškolení personálu v péči o seniory s demencí, přípravu koncepce systému péče, absolvování stáží v zařízeních podobného typu. Oddělení je v provozu třetím rokem. Za tuto dobu byl vytvořen stálý pečovatelský tým, který poskytuje péči podle koncepce, která obsahuje tři základní prvky, které uvádí J. Zgola (30): dobrý vztah mezi pečovatelem a osobou postiženou demencí, bezpečné prostředí a smysluplné aktivity. Obsahem mé práce je zjištění, zda systém péče o seniory s demencí na oddělení je účinný. Pro svoji práci jsem si určila tři cíle. Prvním cílem je zjištění, zda metody práce s klienty s demencí používané na oddělení specializované péče o osoby s demencí jsou pro tuto skupinu lidí přínosné. Druhým cílem bylo zjistit, zda použité metody vedou k co nejdelšímu uchování soběstačnosti klientů s demencí. Třetím cílem bylo získání rodinných příslušníků pro maximální spolupráci s personálem.

Výzkum probíhal od prosince 2008 do dubna 2009. Z celkového souboru 27 klientů oddělení bylo vybráno 20 respondentů, u kterých jsem hodnotila kvalitu kognitivních funkcí prostřednictvím testu kognitivních funkcí – Mini mental State Exam (MMSE) a funkční schopnosti respondentů prostřednictvím Barthelova testu základních všedních činností (ADL). Testy byly provedeny na začátku a na konci výzkumného období. Další součástí výzkumu jsou kasuistiky 6 respondentů, kde popisují použité metody práce k sestavení individuálního plánu pro každého respondenta a reakce respondentů při účasti na aktivitách. Z výzkumu vyplynulo, že výsledky testu MMSE na začátku a na konci výzkumu svědčí o převážné stabilitě úrovně kognitivních funkcí respondentů.

Porovnáním výsledků Barthelova testu na začátku a na konci výzkumu bylo zjištěno, že soběstačnost respondentů se snižuje i přes aplikaci pracovních aktivit, provádění pohybových aktivit s procvičováním motorických funkcí. Domnívám se, že soběstačnost ovlivňuje vysoký věk respondentů, kdy 70% je ve věku 75-89 let a 20% je

ve věku 90 a více let. Jen 10% respondentů je ve věku 60-74 let. Rovněž postupně progredující demence má svůj podíl na snižování funkčních schopností respondentů.. Dalším faktorem, který má vliv na soběstačnost klientů, je dle mého mínění vliv institucionalizace , i přes snahu co nejvíce odstranit ústavní vzhled prostředí oddělení a zaměstnávání klientů činnostmi dle jejich schopností.. Z kasuistik vyplývá, že individuálně volené aktivizační programy pro klienty, přátelské prostředí, dobré vztahy personálu, klientů a rodinných příslušníků mají pozitivní účinky na celkový stav klientů. Dále také skutečnost, že se podařilo zapojit rodinné příslušníky do života jejich blízkého umístěného na oddělení, je velice pozitivní. Závěrem lze zkonstatovat, že metody práce personálu na oddělení specializované péče zajišťují klientům s demencí spokojenost, bezpečí a laskavé prostředí, které pro svůj život velmi potřebují. Výsledky mé práce budou použity při plánování péče o klienty s demencí v Domově pro seniory Kobylisy. Dále by mohla práce posloužit kolegům z domovů pro seniory, kteří se o tuto problematiku zajímají. Vzhledem ke zvyšujícímu se počtu osob s demencí bude dle mého názoru nutné zavedení specializované péče o tuto skupinu lidí ve většině domovů pro seniory.

## **7. Klíčová slova**

Aktivizace

Demence

Důstojnost

Kognitivní rehabilitace

Komunikace

Senioři

Specializovaná péče

## **Keywords**

Activization

Dementia

Dignity

Cognitive rehabilitation

Communication

Senior Citizen

Specialized institutional care

## 8. Seznam použitých zdrojů

1. BUIJSSEN, H. Demence, *Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 136 s. ISBN 80-7367-081-X
2. CALLONE, P. R. KUDLACEK, C. VASILOV, B. C. ET AL, *Alzheimerova nemoc 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. české vydání. Praha: 2008. 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4
3. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. 6. dotisk. Praha: Karolinum, Praha: 2009. ISBN 978-80-246-0139-7
4. FRANCOVÁ, H. NOVOTNÝ, A. ET AL, *Metodika obslužné péče a základní výchovné nepedagogické činnosti v domovech pro seniory*. Praha: Marcom, 2008.
5. HÁTLOVÁ, B. SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. 1. vydání. Praha: Triton, 2005. 108 s. SBN 80-7254-564-7
6. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vydání aktualizované. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4
7. HOLMEROVÁ, I. JAROLÍMOVÁ, E. SUCHÁ, J. ET AL, *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relation, 2007. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4
8. HOLMEROVÁ, I. JURAŠKOVÁ, B. ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. doplněné vydání. ČALS, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6
9. HOLMEROVÁ, I. VAŇKOVÁ, H. JURAŠKOVÁ, B. *Management demence v praxi. Medicína po promoci*, 2009, roč. 10, č. 3, s. 93-98
10. JANEČKOVÁ, H. *Práce se skupinou seniorů*. In *Pražské gerontologické dny 2007*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2007. s.42 .ISBN 80-86541-18-5
11. JIRÁK, R. OBENBERGER, J. PREISS, M. *Alzheimerova choroba*. Maxford, 1998. 64 s. ISBN 80-85800-88-8
12. KALVACH, Z. ZADÁK, Z. JIRÁK, R. ET AL, *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6
13. KLEVETOVÁ, D. DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9



14. KLIMENTOVÁ, E. *Validační terapie jako cesta naplnění standardů kvality sociálních služeb pro klienty staršího věku s poruchami orientace*. In: *Autonomie ve stáří*. Ostrava: ZSF Ostravské univerzity v Ostravě, 2004. 245 s. ISBN 80- 7326-3
15. KOBĚRSKÁ, P. *Společnou cestou – Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*. Praha: Portál, 2005 musím doplnit
16. KOUKOLÍK, F. JIRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1. vydání. Praha: Grada, 1998. 232 s. ISBN 80-7169-615-3
17. KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, a. s., 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4a
18. PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 184 s. ISBN 978-80-1490-5
19. PLEVOVÁ, J. BOLELOUCKÝ, Z. *Psychofarmakoterapie vyššího věku*. 2. přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2000. 164 s. ISBN 80-7169-959-4
20. SOKOL, R. TREFILOVÁ, V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008. 444 s. ISBN 978-80-7357-316-4
21. *Strategie České alzheimerovské společnosti*. Informační materiál projektu Kooperace pro jakost. Projekt spolufinancován: Evropský sociální fond. Státní rozpočet ČR, rozpočet hl.m. Prahy. 2008
22. TOPINKOVÁ, E. NEUWIRT, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vydání. Praha: Grada, 1995. 304 s. ISBN 80-7169-099-6
23. ÚSTAV ZDRAVOTNÍCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize*. 2. vydání. Praha: Svoboda a.s., 1993.
24. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5
25. VELETA, P. HOLMEROVÁ, I. *Úvod do taneční terapie pro seniory*. Praha: ČALS, 2002. ISBN 80-86541-07-X

26. VELETA, P. HOLMEROVÁ, I. *Taneční terapie pro seniory dlouhodobě žijící v institucích*. Praha: ČALS, o. s., 2007. ISBN 80-86541-21-5. EAN 978-80-86541-21-1
27. VELETA, P. VAŇKOVÁ, H. PÁNKOVÁ, K. Taneční terapie pro pacienty s demencí. In *Pražské gerontologické dny 2007*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2007. s.36. ISBN 80-86541-18-5
28. VOLICER, L. Model poruch chování u demencí. *Pražské gerontologické dny 2007*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2007. s.39. ISBN 80-86541-18-5
29. Zastoupení Středočeského kraje v Bruselu [on line]. Sociální politika a zdravotnictví [cit.2009-04-08].  
Dostupné z:<http://www.stredocech-eu.cz/article.asp?thema=2162&item=78723>
30. ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9

## 9. Přílohy

- Záznam z rozhovoru s rodinným příslušníkem
- Test kognitivních funkcí – Mini Mental State Exam (MMSE)
- Barthelův test základních všedních činností
- Harmonogram dne na oddělení specializované péče Domova pro seniory Kobyliisy
- Specializované aktivity na oddělení specializované péče o osoby s demencí v Domově pro seniory Kobyliisy
- Ukázka trénování paměti při kognitivní rehabilitaci
- Fotodokumentace

**Příloha č. 1**

**Záznam z rozhovoru s rodinným příslušníkem  
(zjištění informací o klientovi)**


<b>JMÉNO A PŘÍJMENÍ KLIENTA:</b>			
<b>Jména dětí: označit oblíbené osoby</b>		<b>Jména vnoučat: označit oblíbené osoby</b>	
<b>Dosažené vzdělání (obor studia):</b>			
<b>Zaměstnání během života:</b>			
<b>Koníčky, zábava, oblíbená četba, činnosti, společenské hry a aktivity:</b>			
<b>dříve:</b>			
<b>v současné době:</b>			
<b>Jakou má povahu?</b>			
Podřídivý/á	dominantní	konfliktní	nekonfliktní
<b>Existuje nějaká traumatická událost, která vašeho blízkého provází?</b>			
<b>Má z něčeho obavy?</b> (např. jízda výtahem, pád, ztráta peněz atd.)			
<b>Má nějaké zvyky nebo stereotypy?</b>			

Víte váš příbuzný				
kdo je?	ano	částečně	spíše ne	nevím
Orientuje se dobře v novém prostředí?	ano	částečně	spíše ne	nevím
Má povědomí o čase?	ano	částečně	spíše ne	nevím
Poznává své blízké?	ano	částečně	spíše ne	nevím
Poznává své věci?	ano	spíše ne	ne	
Dbá na svůj vzhled?	ano	spíše ne	ne	
Jak vidí? Potřebuje brýle?	dobře ano		špatně ne	
Jak slyší?	dobře	špatně	neslyší musí mít sluchadlo	
Co jí rád/nerad				
Co pije rád/nerad				
Trpí nespavostí?	ano	občas	ne	
Kdy ráno vstává?				
Kdy chodí večer spát?				
V jaké poloze usíná?				
Jak je zvyklý se přikrývat?				
Je zvyklý na zatemnění při spánku?				
Má oblíbený polštář, deku nebo jinou věc při spánku?				
V jakém prádle spí?				
Je zvyklý spíše na teplo nebo na chlad?				
Dokáže:				
umýt se	sám	sám po připomenutí	s pomocí	nezvládne
učesat se	sám	sám po připomenutí	s pomocí	nezvládne
vyčistit si zuby	sám	sám po připomenutí	s pomocí	nezvládne
vykoupat se	sám	sám po připomenutí	s pomocí	nezvládne
obléknout se	sám	sám po připomenutí	s pomocí	nezvládne

<b>svléknout se</b>	sám	sám po připomenutí	s pomocí	nezvládne
<b>vyměnit si prádlo</b>	sám	sám po připomenutí	s pomocí	nezvládne
<b>najíst se</b>	sám	sám po připomenutí	s pomocí	nezvládne
<b>napít se</b>	sám	sám po připomenutí	s pomocí	nezvládne
<p>Které zvuky rád poslouchá a které ho rozčilují?</p> <p>Má rád hudbu a jakou?</p> <p>Je pravák nebo levák?</p> <p>Má rád doteky a které?</p> <p>Jaké jsou jeho oblíbené a neoblíbené vůně?</p> <p>Má oblíbené předměty, věci?</p> <p>Co dělá, když má bolesti?</p> <p>Co ho uklidní?</p> <p><b>Jak je to s toaletou?</b></p>				
Udrží moč?	ano	někdy	ne	
Udrží stolici?	ano	někdy	ne	
<p>Má problémy s vyprazdňováním?          Jaké pomůcky používá při inkontinenci?</p>				
vložky	ano		ne	
pleny	ano		ne	
jednorázové kalhotky	ano		Ne	

Příloha č. 2

**Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)**

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1.Orientace:                      Položte klientovi 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Který je teď rok?</li> <li>- Které je roční období?</li> <li>- Můžete mi říci dnešní datum?</li> <li>- Který je den v týdnu?</li> <li>- Který je teď měsíc?</li> <li>- Ve kterém jsme státě?</li> <li>- Ve které jsme zemi?</li> <li>- Ve kterém jsme městě?</li> <li>- Jak se jmenuje zařízení, ve kterém se nacházíte?</li> <li>- Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?)</li> </ul>	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p>2.Paměť:                      Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty(nejlépe z pokoje klienta- například židle,okno,tužka) a vyzve klienta ,aby je opakoval.                      Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3.Pozornost a počítání:                      Klient je vyzván aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě.                      Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4.Krátkodobá paměť (=výbavnost):                      Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5.Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti:                      (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)                      Ukažte klientovi dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Vyzvěte klienta, aby po vás opakoval:                      Žádná ale, Jestliže, Kdyby                      Dejte klientovi třístupňový příkaz:                      „<b>Vezměte</b> papír do pravé ruky,<b>přeložte</b> ho na půl a <b>položte</b> jej na podlahu.“                      Dejte klientovi přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“.                      Vyzvěte nemocného,aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl)                      Vyzvěte klienta,aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy.1 bod jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2 1 1 1 1</p>
	1
<p>Hodnocení:                      00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha                      11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha                      21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha                      24 – 30 bodů pásma normálu</p>	

Příloha 3

**Barthelův test základních všedních činností.**

(/ADL-activity daily living)

	<b>Činnost:</b>	<b>Provedení činnosti:</b>	<b>Bodové skóre</b>
01.	<b>Najedení, napití</b>	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	<b>Oblékání</b>	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	<b>Koupání</b>	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	<b>Osobní hygiena</b>	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	<b>Kontinence moči</b>	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	<b>Kontinence stolice</b>	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	<b>Použití WC</b>	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08.	<b>Přesun lůžko- židle</b>	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	<b>Chůze po rovině</b>	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	<b>Chůze po schodech</b>	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00

<b>Hodnocení:</b>	<b>Závislost</b>	<b>Body</b>
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů



#### **Příloha č. 4**

### **Harmonogram dne na oddělení specializované péče Domova pro seniory Kobyličky**

7,00 – 9,00	vstávání, ranní hygiena, oblékání, snídaně (klienti vstávají dle své zvyklosti)
9,00 - 11,00	malá rozcvička, specializované aktivity, běžné denní činnosti, pobyt v zahradě, činnosti dle vlastního výběru
11,00 – 12,00	oběd
12,00 – 13,00	odpočinek v ložnicích, v křeslech nebo procházka
13,00 - 14,00	vstávání, podávání kávy nebo čaje
14,00 – 17,00	možnost účasti na odpoledních kulturních programech v domově, procházka v zahradě, běžné denní činnosti, činnosti dle vlastního výběru
17,00 – 18,00	činnosti dle vlastního výběru, sledování televize, II. Večeře, večerní hygiena, procházka v zahradě, ukládání ke spánku – dle zvyklosti klientů
22,00 - 7,00	noční klid

Činnosti jsou rozděleny tak, že část klientů pracuje s pečovatelským personálem a část pracuje s terapeutkou. Pečovatelský personál vykonává s klienty činnosti týkající se sebeobsluhy (hygiena, oblékání, najedení se), drobné domácí práce (skládání prádla, utírání stolů, mytí hrnečku od kávy, čaje, úklid nádobí, příprava stolů k podávání jídla), péče o květiny v interiéru, reminiscenční cvičení, společenské hry, co nejvíce pobytu v zahradě. Všechny činnosti jsou prokládány odpočinkem dle přání klienta.

Dále se klienti oddělení se zúčastňují, pokud chtějí, všech programů a akcí pořádaných v domově a mimo domov.

## **Příloha č. 5**

### **Specializované aktivity na oddělení specializované péče o osoby s demencí v Domově pro seniory Kobyliisy**

#### **Pondělí**

- 9,00 – 10,00 dechové cvičení + kognitivní trénink + výtvarné činnosti
- 10,00 - 11,00 muzikoterapie + reminiscence
- 14,00 - 16,00 individuálně volená činnost, slovní skládačky, pexeso, hry

#### **Úterý**

- 9,00 - 10,00 rozcvičení s overbally, míčkové masáže - 1. pracovnice  
kognitivní rehabilitace + reminiscence - 2. pracovnice
- 10,00 - 11,00 hra s plachtou, házená s míčem nebo kopaná vsedě
- 13,30 - 14,30 uvolnění v relaxační místnosti 1 – 2 klienti po 20 min
- 15,00 - 15,45 Tai-chi cvičení (cvičení vedou dobrovolníci z organizace Tai-chi)

#### **Středa**

- 9,00 - 10,00 terapeutické vaření
- 10,00 - 11,00 terapeutické vaření, tanec
- 14,00 - 16,00 společné odpolední kulturní programy

#### **Čtvrtek**

- 9,00 - 11,00 rozcvičení, výtvarné práce
- 14,00 - 15,00 péče o květiny v květináčích, truhlících na terase, v zahradě (zalévání,  
přesazování do nabarvených květináčů)

#### **Pátek**

- 9,00 - 10,00 tance vsedě, muzikoterapie
- 10,00 - 11,00 reminiscence, luštění křížovek, rébusů
- 13,30 – 14,30 uvolnění v relaxační místnosti
- 14,00 - 15,00 skládačky z kalendářů, slov, písmen, společenské hry

## **Příloha č. 6**

### **Ukázka trénování paměti při kognitivní rehabilitaci**

Skupina by neměla přesahovat počet 10 účastníků.

Zásady: příjemná atmosféra, začíná se představováním, chvíli hovoří terapeut a ostatní poslouchají, pak opačně, trénink je prokládán pohybovým cvičením, nepodařené terapeut přechází, správné chválí. Čím příjemnější je prožívání reminiscence, tím lepší je myšlenkový proces. Provádí se trénink paměti: smyslové, krátkodobé, dlouhodobé.

#### **Ukázka cvičení:**

- **Co všechno je voda:**

Kaluž - velká, malá, hluboká, mělká

Děšť -- drobný, hustý, liják, dlouhodobý, krátký, deštník, pláštěnka, holinky

Rybník - malý, velký, na ryby, jižní Čechy

Jezero - velké, hluboké, malé, pleso

Potok - malý, velký, rozvodněný

Řeka - Vltava, Sázava, Labe, Morava, Dyje

Veletok - Nil, Volha, Dunaj

Povodeň – v roce 1997, 2002

Moře - menší, větší, oceán

Sníh - v zimě, na horách, sněhuláci, koulování, lyže, boby, sáně,

Led - zamrzlé vodní plochy, kluziště, bruslení, led v lednici, do nápojů

Kroupy – zničí úrodu, nelze se jim bránit

- **K čemu potřebujeme vodu:**

Pití, mytí, sprchování, koupání, praní prádla, zalévání květin, plavání, rybaření, potápění, parníky, vory, vodní sporty (vodní lyžování, plavání – styly – kraul, motýlek, prsa, čubička)

- **Co žije ve vodě:**

Ryby, žáby, raci, chobotnice, krokodýl, velryba, žralok.....

Příloha č. 7

## Fotodokumentace



Dnes se při terapeutickém vaření peče švestkový koláč.



Výtvarné práce slouží jako dekorace v prostorách oddělení.



Natírání květináčů pestrými barvami je velmi oblíbená činnost.





Reminiscenční koutek



Relaxační místnost