

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM

2018-2020

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Monika Mikšovská

**Vliv zájmového vzdělávání na kognitivní funkce klientů
domova se zvláštním režimem**

Praha 2020

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Milan Demjanenko PhD.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER FULL-TIME STUDIES

2018-2020

DIPLOMA THESIS

Monika Mikšová

**The influence of interest education on the cognitive functions
of clients of a special regime home**

Prague 2020

The Diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. Milan Demjanenko PhD.

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Monika Mikšovská

Poděkování

Ráda bych poděkovala především vedoucímu diplomové práce PhDr. Milanu Demjanenkovi PhD. za trpělivost a cenné rady, které mi pomohly tuto práci zkompletovat. Také bych chtěla poděkovat Domovu se zvláštním režimem XY za možnost docházet do zařízení, vykonávat zájmové vzdělávání, nahlížet do dokumentace a uskutečnit výzkumné šetření.

Anotace

Diplomová práce je zaměřena na analýzu vlivu zájmového vzdělávání na výsledky v orientačním testu kognitivních funkcí v Domově se zvláštním režimem XY. Autorka diplomové práce realizovala zájmové vzdělávání v tomto zařízení se čtyřmi klienty s narušenými kognitivními funkcemi. Teoretická část představuje vymezení pojmů, které se vztahují k zájmovému vzdělávání, kognitivním poruchám, rehabilitaci kognitivních funkcí a formám i metodám procvičování paměti. Praktická část se zabývá charakteristikou Domova se zvláštním režimem XY, dále charakteristikou informantů a samotným výzkumným šetřením. Hlavními cíli práce je zjištění možnosti vlivu zájmového vzdělávání na výsledky v testu MMSE, určit nejvhodnější metody a formy zájmového vzdělávání v návaznosti s typy demence. Také zjistit vliv zájmového vzdělávání na psychický stav klientů s demencí. Zjištění bude prokázáno na základě přímého pozorování a analýzy vstupních i nynějších orientačních testů kognitivních funkcí. Nahlédnutím do analýzy se zdůrazňuje důležitost zájmového vzdělávání.

Klíčová slova

Demence, domov se zvláštním režimem, kognitivní funkce, MMSE, orientační test kognitivních funkcí, rehabilitace kognitivních funkcí, senior, trénink paměti, vzdělávání seniorů, zájmové vzdělávání

Annotation

The diploma thesis is focused on the analysis of the influence of interest education on the results of the orientation test of cognitive functions in a Home with special regime XY. The author of this diploma thesis carried out special-interest education in Home with special regime XY with four clients with cognitive disorders. The theoretical part introduces definitions of terms related to interest education, cognitive disorders, rehabilitation of cognitive functions and forms and methods of memory practice. The practical part there of deals with the specification and description of the Home with a special regime XY, characterization of informants and the research itself. The main objectives of the work are to determine the possibility of the impact of interest education on the results of the MMSE test, to determine the most appropriate methods and forms of interest education in relation to the types of dementia. Also find out the impact of interest education on the mental state of clients with dementia. The findings will be based on the direct observation and analysis of input and current orientation tests of cognitive functions. By looking at the analysis highlights the importance of interest education is highlighted.

Keywords

Dementia, home with special regime, cognitive function, MMSE, cognitive function orientation test, cognitive function rehabilitation, senior, memory training, senior's education, interest education

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 KLÍČOVÉ POJMY VZRAHUJÍCÍ SE K ZÁJMOVÉMU VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH.....	11
1.1 Vzdělávání seniorů	12
1.2 Formy vzdělávání seniorů	13
1.3 Zájmové vzdělávání	14
2 VYMEZENÍ KOGNITIVNÍCH PORUCH	16
2.1 Historie výzkumu Demence	16
2.2 Kognitivní funkce – paměť	17
2.3 Delirium	21
2.4 Definice Demence	22
2.4.1 Klasifikace demencí	23
2.4.2 Etiologie demence	24
2.4.3 Jednotlivé typy a příčiny syndromu demence	26
2.4.4 Stádia demence	32
2.4.5 Epidemiologie demence.....	33
2.4.6 Symptomatologie demence.....	33
2.4.7 Diagnostika demence.....	34
2.4.8 Léčba	35
2.4.9 Prevence.....	36
2.5 Orientační vyšetření poznávacích funkcí	37
3 REHABILITACE KOGNITIVNÍCH PORUCH.....	42
4 FORMY A METODY PROCVIČOVÁNÍ PAMĚTI.....	44
4.1 Mnemotechniky	44
4.2 Určité metody paměťových cvičení.....	46
PRAKTICKÁ ČÁST.....	50
5 PŘEDSTAVENÍ DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.....	50
5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	52
5.1.1 Výzkumné cíle:	52
5.1.2 Výzkumné otázky:.....	53

5.2	Základní design výzkumu	53
5.2.1	Kvalitativní výzkumné šetření	53
5.2.2	Charakteristika analýzy dokumentů	54
5.2.3	Charakteristika přímého pozorování	54
5.3	Výběr informantů	55
5.4	Harmonogram výzkumného šetření	55
5.4.1	Teoretická východiska	56
5.5	Průběh šetření	56
5.6	Základní údaje o informantech	59
5.6.1	Respondent A	61
5.6.2	Respondent B	62
5.6.3	Respondent C	63
5.6.4	Respondent D	64
5.7	Metody získávání dat	65
5.8	Zpracování dat	65
5.9	Analýza dat	65
5.10	Shrnutí výsledků výzkumu	66
5.11	Diskuse	67
	ZÁVĚR	69
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	71
	SEZNAM ZKRATEK	74
	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	75
	SEZNAM PŘÍLOH	76

ÚVOD

U jedinců s demencí dochází k významnému poklesu intelektu, paměti a k narušení kognitivních funkcí. V průběhu nemoci také postupně dochází k rozpadu osobnosti. S vyšším věkem výrazně stoupá možnost výskytu duševního onemocnění. Nejčastější i neznámější příčinou je Alzheimerova nemoc, která se při současném stavu vědění nedá vyléčit. Může za to nejspíše i fakt, že příčiny nejsou doposud jasně definovány. Rizikovým faktorem může být i dědičnost. Některými léčebnými postupy lze nemoc dočasně zpomalit a zmírnit příznaky. Jedná se o nemedikamentózní léčebné metody a farmakoterapie, při čemž důležitá je komplexita těchto postupů.

Zájmové vzdělávání u seniorů napomáhá ke zvýšení kvality jejich života a k co nejdélšímu udržení soběstačnosti. Také přispívá k vytvoření nových sociálních kontaktů s vrstevníky a může mít i určitý dopad na psychických stav. Pro seniory bez kognitivních poruch existují univerzity třetího věku, akademie třetího věku, naučné poznávací zájezdy, kluby se vzdělávacími aktivitami i jiné možnosti. Pro seniory s demencí už je nabídka omezenější, přitom si zaslouží mít také možnost vzdělávat se a mít možnost trénovat kognitivní funkce. V některých institucích pro seniory s demencí i v klubech zřízených institucemi se již zájmové vzdělávání praktikuje, avšak stále na některých místech ne. Jistý problém je i s kvalifikací lektorů. Motivací k volbě tématu byla zkušenost s aktivizací v Domovech s pečovatelskou službou na Praze 3.

Teoretická část diplomové práce obsahuje v první kapitole klíčové pojmy vztahující se k zájmovému vzdělávání i jeho charakteristiku. V další části jsou vymezeny kognitivní poruchy. Rehabilitace kognitivních poruch je téma třetí kapitoly. Posledním tématem teoretické části jsou formy i metody procvičování paměti. V práci je obsaženo seznámení s klienty i Domovem se zvláštním režimem XY a to v úvodu praktické části.

Cílem diplomové práce je na základě odborných publikací, přímého pozorování a analýzy dokumentů potvrdit či vyvrátit možnost vlivu zájmového vzdělávání na výsledky orientačních testů kognitivních funkcí u klientů Domova se zvláštním režimem XY.

Dalšími cíli empirického šetření je určit vhodné metody i formy procvičování paměti v návaznosti s typy demence a zjistit možnost vlivu zájmového vzdělávání na psychický stav seniorů s demencí. Ve výzkumu bude použita kvalitativní výzkumná metoda, protože šetření bude formou analýzy vstupních i nynějších orientačních testů kognitivních funkcí a přímého pozorování informantů, kteří byli vybráni podle rozdílných typů demence. Dalším kritériem pro jejich výběr byla míra narušení kognitivních schopností z důvodu možnosti vůbec realizovat zájmové vzdělávání. Tato diplomová práce slouží ještě k dalším šetřením v zájmovém vzdělávání seniorů a k zdokonalení tohoto obsáhlého tématu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KLÍČOVÉ POJMY VZRAHUJÍCÍ SE K ZÁJMOVÉMU VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH

Andragogický slovník definuje Andragogiku jako: „*Vědeckou disciplínu zabývající se veškerými procesy a souvislostmi učení a vzdělávání dospělých*“: (Průcha, Veteška, 2014, str. 39) Při čemž tuto disciplínu tvoří několik oblastí jako sociální, kulturně zájmová, kam patří zájmové vzdělávání, dále rozvoj a vzdělávání lidských zdrojů i optimalizace řízení. (Tamtéž, s. 40)

Do andragogických disciplín lze zařadit gerontagogiku, která je také známá pod termínem gerontopedagogika a je vymezena jako: „*Teoreticko – empirická disciplína a pedagogická disciplína zabývající se edukačními zřeteli ve třetím věku života. Edukačně je navazující na andragogiku, pokrývající dospělý věk jedince. Edukační potřeby starších a starých lidí nelze ignorovat a spojovat seniorský věk pouze s různými omezeními a ztrátami, ze kterých vyplývá jejich životní pasivita*“: (Veteška, Vacínová a kol., 2011, s. 135)

Andragogika z hlediska seniorské populace spolupracuje i s dalšími obory jako například s lékařským oborem zvaným geriatrie, dále s gerontologií, která se zabývá stářím i procesem stárnutí se zaměřením na zákonitosti, příčiny a projevy. Dalším blízkým vědním oborem je také gerontopsychologie. Podle magistry Dany Benešové (2014, s. 10) se gerontopsychologie zabývá „*stárnutím a stářím z hlediska individuálních zvláštností, řeší téma týkající se generačních a integračních vztahů, psychických změn spojených s odchodem do důchodu, vývojem partnerských, manželských a rodinných vztahů, náplní volného času seniorů, schopností přizpůsobit se různým změnám atd*“.

1.1 Vzdělávání seniorů

Hlavním cílem vzdělávání seniorů je využít efektivně volného času ve stáří, protože může mít pozitivní vliv na udržování fyzických a duševních sil. S tím souvisí i kvalita života seniora a snaha udržet co nejdéle soběstačnost. Vzdělávání seniorů je velice důležité také kvůli navozování nových sociálních kontaktů, začlenění do společnosti, pro rozvoj zájmů, potřeb a schopností. Cíle vzdělávání seniorů se mohou členit na kognitivní, kam patří dovednosti i vědomosti, dále na afektivní, kam například řadíme reagování nebo charakterní oblasti a další jsou psychomotorické, pod které spadá manipulace, praktická cvičení i koordinace. V seniorském věku se zvyšují cíle afektivní a klesají cíle kognitivní a motorické. (Benešová, 2014, s. 97)

Senioři se vzdělávají dobrovolně a je třeba brát zřetel na individualitu každého z nich, protože se liší jejich osobnosti, motivace, schopnosti, dovednosti, zdravotní stav, a to i z hlediska kognitivních funkcí. Proto je třeba dodržovat jistá pravidla a zásady ve vzdělávacím procesu seniorů. Jedním z pravidel je používání vhodných forem vzdělávání z hlediska jejich věku, dále je nutná řádná organizace, respektování zvláštností zúčastněných, využití vhodných norem pro posuzování vzdělávacích výsledků, poskytování citové podpory, a další.

Pro lepší zapamatování je třeba časté opakování, zapojování seniorů do vzdělávacího procesu, důležitá je také nepřetržitá motivace i zpětná vazba. Při vzdělávání seniorů je vhodné nastavit kratší učební cykly kvůli možným problémům s pozorností, pomalejší tempo řeči a dostatečně hlasitý přednes kvůli problémům se sluchem způsobené involuční či chorobnou změnou. Lektor nebo učitel by měl vytvářet prostor pro komunikaci, podporovat seniory, pomáhat jim, být empatický, motivovat je a je vhodné, aby zařadil vzorové příklady k lepšímu pochopení. Při edukaci seniorů se mohou využívat čtyři metody či postupy učení a to monologické, která jsou vhodná při větším počtu, dialogické formou diskuse, problémové, které jsou zaměřené na osvojení a výcvikového charakteru v senzomotorických i motorických činnostech. (Tamtéž, s. 101)

1.2 Formy vzdělávání seniorů

V České republice jsou nejčastější tyto formy vzdělávání seniorů:

Akademie třetího věku

Akademie třetího věku vznikly v České republice jako doplňující instituce kvůli nedostatečné nabídce vysokých škol v osmdesátých letech a mohou být založeny kýmkoliv i kdekoliv. Zřizovateli mohou být například instituce, muzea a kulturní domy. Výuka probíhá formou seminářů, přednášek, exkurzí a dalšími. Seniori na konci dostanou potvrzení o absolvování kurzu a nevykonávají žádné zkoušky. Akademie třetího věku se vyskytují například v Praze, Jeseníkách, Prostějově, Přerově a jinde.

Univerzita volného času

Zřizovateli univerzit volného času jsou určité organizace jako knihovny, kulturní domy, domov pro seniory a jiné. Jako u akademie třetího věku zde senior nemusí vykonávat žádnou zkoušku, ale na rozdíl od nich neobdrží ani žádné osvědčení. Univerzity volného času nejsou zcela určené pro seniory, ale převažují zde. Podmínka pro studium je dosažení 18 let a na dosažené vzdělání nejsou žádná kritéria.

Univerzity třetího věku

Univerzity třetího věku jsou nejnáročnější formou vzdělávání seniorů, zřizovateli jsou oficiálně uznávané instituce a je možnost si vybrat z několika oborů. Tato možnost vzdělávání je v rámci celoživotního vzdělávání v České republice. Hlavními cíli U3V je seznámit seniory s vědeckými poznatky, prohloubit jejich sebepoznání, efektivní trávení volného času, usnadnění schopnosti se adaptovat, navazování nových sociálních kontaktů, získání nových informací i poznatků a dovedností.

Některé U3V vyžadují pro přijetí, aby měl jedinec dosažené středoškolské vzdělání s maturitou, některé ho nevyžadují. Pro přijetí do studia se musí podat přihláška a je nutné zaplatit registrační poplatek ve výši 100-500 Kč. Vyučujícími jsou odborníci, profesori i docenti, popřípadě profesori a studium trvá přibližně 3 roky, je rozděleno do semestrů. Při úspěšném absolvování je předáno osvědčení, avšak seniori během studia musí

vypracovávat ročníkové práce i absolvovat závěrečné zkoušky. V české republice jsou U3V například na Karlově univerzitě v Praze, Masarykově univerzitě v Brně, Univerzitě Palackého v Olomouci a jinde.

Kluby seniorů

V dnešní době je nespočet klubů pro seniory či klubů aktivního stáří, jsou zaměřeny na rozvoj osobních zájmů a poskytují velký rozsah aktivit. Zřizovatelé klubů seniorů bývají domovy pro seniory, domovy s pečovatelskou službou, domovy se zvláštním režimem, charitativní organizace a orgány místní správy. Kluby pro seniory zajišťují výlety, kulturní akce, tělovýchovné akce, společenské hry, besídky, ale i vzdělávací aktivity. Vzdělávací aktivity se mohou dělit podle základního zaměření na: vzdělávací, kulturně-kultivační a sociálně psychologické. Vzdělávací aktivity umožňují získání nových informací a poznatků. Kulturně-kultivační jsou především k rozvoji osobnosti jedince a sociálně-psychologické slouží k předcházení, oddalování, popřípadě i k adaptaci na různá omezení. (Benešová, 2014, s. 8)

1.3 Zájmové vzdělávání

Autoři Průcha a Veteška (2014, s. 307) definují zájmové vzdělávání jako: „*Souhrn výchovně vzdělávacích, poznávacích, rekreačních a dalších systematických i jednorázových aktivit a činností. Směřuje k účelnému naplnění volného času a umožňuje lidem získat vědomosti a dovednosti mimo školní vzdělávání. Mezi charakteristické znaky patří zájem jedince, volný čas, dobrovolnost, svoboda výběru, pestrost nabídky, uspokojení potřeb, otevřenost a aktivita*“. Tyto charakteristické znaky jsou velice zásadní při procesu učení dospělých. Zájmové vzdělávání je dokonce historicky starší než vzdělání profesní. Zájmové vzdělávání stojí na hranici liberálního i radikálního přístupu. Základním cílem tohoto druhu vzdělání je seberealizace, porozumění sobě sama, rozvíjení, uvědomění si svého původu i kořenů. (Šerák, 2005, s. 66) Zájmy a potřeby jsou nedomyšlitelnou součástí zájmového vzdělávání, při čemž potřeba je určitý nedostatek a zájem je druh síly motivace. Pro realizaci je však nutné mít základní vědomosti i dovednosti z určitého oboru a na základě nich mít zájem se dále rozvíjet.

Mezi zájmové vzdělávání patří i volnočasové vzdělávací aktivity a z větší části jsou pracovníci spíše nadšenci než kvalifikovaní odborníci. Hlavní příčinou je nejspíše finanční ohodnocení profese a nedostatek příležitostí pro rozvoj. V zájmovém vzdělávání je prostor pro využívání novodobých technologií a pro aplikaci netradičních metod. Typickou a nejrozšířenější formou tohoto typu edukace jsou kroužky, kluby a dobrovolné amatérské sdružení jedinců se stejně orientovaným zájmem o určitou vzdělávací aktivitu. Tyto formy mohou být naučného, technického, společenského, uměleckého, sběratelského i sportovního charakteru. (Šerák, 2005, s. 80)

2 VYMEZENÍ KOGNITIVNÍCH PORUCH

„Pojmem kognitivní funkce označujeme ty funkce, které nám slouží k reagování na podněty z vnějšího světa, k adaptaci na vnější prostředí. Mezi kognitivní funkce náleží například paměť, pozornost, vnímání, inteligence. Porucha kognitivních funkcí je základní porucha pro Alzheimerovy choroby i dalších demencí“. (Jiráková a kolektiv, 2009, s. 18)

2.1 Historie výzkumu Demence

Pojem dementia poprvé použil ve svých lékařských spisech římský učenec Aulus Cornelius Celsus (kolem 25 př. n. l. – 50 n. l.) pro stav trvalého klamu smyslů a také obsáhle konstatoval, že u starších lidí se mohou snižovat paměťové schopnosti. Slovo dementia je odvozeno z latinského de, což znamená pryč od a z latinského mens, které znamená rozum. (Harantová, Danko, 2014, s. 8) Poté v roce 1797 poskytl základnu pro další výzkumné práce francouzský psychiatr a lékař Philippe Pinel, když vymyslel dodnes platnou obsáhlou definici demence a zavedl tento termín. Dalším důležitým rokem byl rok 1892, kdy Arnold Pick popsal souvislost mezi krněním mozku a poruchami řeči i chováním, které byly spojeny s demencí.

Také v tomto období začal neurolog a psychiatr Alois Alzheimer zkoumat fyziologické a anatomické změny po smrti pacientů. Alzheimer zdokumentoval průběh choroby u ženy, která byla jeho pacientka v Městském ústavu pro choromyslné ve Frankfurtu nad Mohanem. Jmenovala se Augusta Deterová a Alois byl tehdy vrchním lékařem. Augusta Deterová byla do zařízení přijata v roce 1901, ve svých 51 letech, kdy už nedokázala odpovídat na otázky, měla problémy s orientací a byla velmi neklidná. Tento případ Aloise Alzheimerera zaujal hlavně kvůli tomu, že pacientka byla poměrně mladá vzhledem k jejímu onemocnění a poprvé detailně zaznamenal symptomy, které jsou typické pro toto onemocnění. Napsal, že klientka postupně ztrácí paměť, neúčelně chodí po bytě a zjevně má problém s orientací, při psaní vynechává písmena a některým otázkám nerozumí. Žena zemřela ve svých 55 letech zcela dementní.

Po smrti Augusty Deterová zkoumal Alzheimer její mozek a při pitvě našel spousty zvláštních plaků a vláken. Došel tedy k závěru, že zaniklo mnoho nervových buněk po celé ploše mozkové kůry. O tomto zjištění přednášel Alois Alzheimer 3. listopadu 1906 před kapacitami německé psychiatrie na lékařské konferenci v Tubingenu. Kolegové se však domnívali, že jde spíš o kuriozitu a dále se o tento případ nezajímali. Následně Alzheimer provedl několik stovek pitev, analýz mozkové tkáně, a to v makroskopických i mikroskopickém měřítku. V roce 1910 se pojmenovaly změny mozkové tkáně po svém objeviteli, ale až na základě přímluvy Kraepelina.

V roce 1907 se psychiatr a neurolog Oskar Fischer podílel na obdobném výzkumu u více osob s podobným onemocněním, který probíhal na pražské psychiatrické klinice. Některé zdroje uvádí, že Oskar Fischer se soustředil na 7 osob, jiné uvádí až 12 pacientů. Vlivem různých událostí upadly jeho studie v zapomnění. V roce 2009 Michael Goedert objevil zapomenuté studie Oskara Fischera a informoval o nich v odborném zahraničním tisku.

Po několika letech od smrti Aloise Alzheimerera se dostalo znovu pozornosti jeho studii, když v 70. letech 20. století o to postarala Rita Hayworthová, u níž se nemoc objevila a tato herečka svou nemoc popsala v novinovém článku. Zapříčinila tím to, že se nemoc stala předmětem výzkumů, protože do té doby si všichni mysleli, že když se objeví demence u mladých lidí, tak se jedná o rozdílnou nemoc. V roce 1984 se celosvětově stanovilo platné znění diagnózy. (Harantová, Danko, 2014, s. 8-9)

2.2 Kognitivní funkce – paměť

Kognitivní funkce jsou nesmírně důležité pro život člověka, jelikož umožňují orientaci, řídí jednání, ovlivňují hodnoty, citovou stránku, a především umožňují vést samostatný život. S přibývajícím věkem dochází k postupnému ochabování i k úbytku nervových buněk v centrální nervové soustavě a to má vliv na zhoršování kognitivních funkcí. Mezi kognitivní funkce řadíme paměť, myšlení pozornost, řeč, orientaci, úsudek, také schopnosti jako plánování, rozhodování a zrakově prostorové schopnosti. (Suchá, Jarolímová, 2017, s. 16)

„Paměť je schopnost přijímat, uchovávat a znovuvybavovat informace. Lidská paměť je propojena s dalšími psychickými funkcemi. Paměť je funkce, která nám umožňuje uvědomění si sama sebe, obsahuje všechny naše prožitky, vědomosti, dovednosti“. (Jirák a kolektiv, 2009, s. 13)

Základní dělení paměti dle Romana Jiráka:

- Deklarativní paměť

Obsah deklarativní paměti lze verbálně vyjádřit. Tuto paměť můžeme ještě rozdělit na epizodickou a sémantickou. Epizodická obsahuje vzpomínky a sémantická obsahuje vědomosti a skutečnosti. Tato paměť bývá postižena například u Alzheimerovy choroby.

- Procedurální paměť

Obsah procedurální paměti nelze verbálně vyjádřit. Jedná se o motorické dovednosti, řečové dovednosti, podmíněné reflexy a další. Zkrátka schopnosti, které se postupem času automatizují a vytvářejí se většinou dlouhodoběji. Tato paměť bývá postižena například u jedince s demencí při Parkinsonově nemoci. (Tentýž, s. 13)

Další dělení paměti je z hlediska časového schématu a to podle doby uchování informace na paměť ultrakrátkou, krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou. Ultrakrátká paměť je takzvaně okamžitá a jedná se o všechny vjemy, které si uvědomujeme díky smyslovým analyzátorům. Tato paměť trvá jen pár vteřin a označuje se také jako senzorická. Je nesmírně důležitá z hlediska udržení a zpracování informace. Některé informace z ultrakrátké paměti se mohou přenést do krátkodobé paměti anebo vymizí. Krátkodobá paměť je spíše přechodného typu. Aby se informace uchovala, je nutné její opakování, jinak zanikne. Krátkodobé paměti se také říká provozní nebo pracovní paměť, trvá zhruba 20 vteřin a slouží například k řešení aktuálních problémů. Střednědobá paměť udrží informaci při opakování a na základě toho ukládá informace do dlouhodobé paměti. K lepšímu ukládání do dlouhodobé paměti přispívá také emoce. Jedinec si tak například zapamatuje při radostné události snáze paměťový obsah. To platí i pro nepříjemné informace. Při některých dělení bývají ultrakrátká, krátkodobá a střednědobá paměť pojmenovány pouze jako krátkodobé paměti, protože mají společné přechodné zapojení výběžků neuronů, které tvoří okruhy a po kterých probíhá impulz. Právě při

Alzheimerově chorobě je krátkodobá paměť postižena. Dlouhodobá paměť zůstává s věkem nejdéle zachována, jedná se o schopnost udržení informace dlouhodobě či dokonce celoživotně. Paměťové stopy neboli engramy jsou základem dlouhodobé paměti. Dochází tak k trvalým změnám bílkovin nervových buněk i výběžků. (Jirák a kolektiv, 2009, s. 14)

U demence také dochází k narušení pozornosti, která patří mezi poznávací funkce. Mezi další psychické funkce se řadí emoce, vnímání, myšlení, chování i jednání jedince, osobnost, intelekt a inteligence. Vědomí je jakási schopnost uvědomování sebe samého a úzce tato schopnost souvisí s prožitky. Vědomí můžeme rozdělit na dvě možnosti poruch, a to na kvantitativního nebo kvalitativního charakteru.

Přičemž kvantitativní porucha vědomí zahrnuje ospalost, somnolenci, sopor a kóma. Kvalitativní poruchy se vyskytují jako deliria a vystihuje je nejlépe dezorientace i zmatenost. Jsou většinou krátkodobého opakujícího se charakteru a jsou velmi čtá u demence jakožto přidružené příznaky, avšak nejsou součástí syndromu.

Emoce lze chápat jako intenzivní prožitky a jako postoje k vnějším i vnitřním podnětům. Emoce jsou spíše dost krátké, ale intenzivní, naproti tomu emoční stav, například nálada jedince popisuje málo intenzivní prožitky, ale je dlouhodobého průběhu. Emoce v širším slova smyslu lze rozdělit do 3 skupin, a to na afekty, nálady a vyšší city. Afekt je velmi obsáhlým pojmem a užívá se k označení prožitků, preferencí či zkušeností, které jsou krátkodobé. (Eysenck, Keane, 2008, s. 585) Afekt lze také chápat jako psychický stav, který trvá několik desítek vteřin až minut, přičemž se jedinec může dopustit agresivního jednání. U jedinců s demencí bývá afektivita nekontrolovatelná, protože jedinci nejsou schopni je zvládat, a tak je u nich běžné, že se častěji rozčílí či náhle rozpláčou. Nálady jsou dlouhodobějšího charakteru a u jedinců s demencí je běžná depresivní nálada. Dále se u nich může vyskytovat úzkost a strach. Typy nálad mohou být také dysforická, euforická a manická. Dysforická nálada je spojena s negativním hodnocením momentální situace a s nespokojeností. Může vést až k agresivitě. Euforická nálada je spojena s radostí, spokojeností, ale u jedinců s demencí se může vyskytovat nepřiměřeně. Například zdravý jedinec by v jisté situaci reagoval depresivní náladou a jedinec s demencí by byl spokojený a šťastný. U jedinců s demencí je také výskyt neproduktivní euforie, což znamená, že mají euforickou náladu bez jakéhokoliv důvodu. Manická

nálada je protipólem nálady depresivní, projevuje se přehnaně povznesenou náladou, rychlým tempem řeči a také třeba narušováním osobního prostoru druhých lidí.

Třetí kategorií emocí jsou vyšší city, jakožto trvalé rysy osobnosti jedince. Vznikají během socializace a mohou být etického a estetického charakteru. Etického charakteru při porušování nebo dodržování pravidel a u estetického například při hodnocení líbivosti vzhledu jedince. Řadí se sem i sociální city, aneb co jedinec prožívá při styku s jinou osobou a také sem řadíme city, které jedinec prožívá při poznávací činnosti. U jedinců s demencí dochází k otupění těchto vyšších citů. Vnímání neboli percepce je schopnost přijímat vnější i vnitřní podněty pomocí analyzátorů a v mozku je integrovat i analyzovat se získanými zkušenostmi. Mezi poruchy vnímání řadíme například halucinace a iluze. Řadíme je z hlediska souvislosti k psychotickým příznakům, což znamená, že vedou ke ztrátě kontaktu s realitou. Do psychotických příznaků patří také některé příznaky z okruhu poruch myšlení a jednání. V případě halucinace se jedná o smyslový vjem bez náležitého podnětu. Přestože nejsou skutečné, tak jedinec je o jeho realitě neústupně přesvědčen. U člověka s demencí se vyskytují nejfrekventovaněji halucinace komplexní, sluchové a zrakové. Stává se tedy u nich, že vidají osoby a povídají si s nimi. Tohle je typický příklad pro manželské páry, když jeden z partnerů zemře dříve a druhý ho stále vidá. Iluze je další možnou poruchou percepce. Liší se od halucinací tím, že jde o přetvoření reálného vjemu, takže ho vnímají nesprávně, ale jedinci jsou naprosto přesvědčeni o jeho správnosti. Například senior vidí ženu a je přesvědčen, že je to jeho dcera, ale ona to jeho dcera není. Halucinace jsou četné u demence s Lewyho tělísky. Mezi kognitivní funkce také řadíme myšlení, jako psychický proces, kterým zpracováváme informace, umožňuje reakci na zevní i vnitřní podněty a úzce souvisí s vnímáním, řečí i pamětí. Řeč je zprostředkována pomocí myšlení a rozdělujeme řeč na vnitřní a vnější. U jedinců s demencí se vyskytuje útlum myšlení. Mezi psychotické poruchy myšlení řadíme bludy, které neodpovídají pravdě, ale jedinec je bezvýhradně o pravdivosti přesvědčen. U člověka s demencí se často vyskytují bludy, že je nějaká osoba okradla, anebo že je sledován někým. Další závažnou poruchou může být inkoherece neboli nesouvislost myšlení. Ta se projevuje řečí, která nedává žádný význam, jedná se o nesouvislou, nespojitou, útržkovitou řeč se zpřeházenými slovy. Velice frekventovanou poruchou u jedinců s demencí je také perseverace, jiným slovem ulpívavé myšlení. Jedná se o neustálé opakování myšlenky, člověk je z pravidla zaměřený

na jedno slovo nebo větu. Nevýpravné myšlení je velice podobné ulpívavému myšlení a též se může vyskytovat u lidí s demencí. Nevýpravné myšlení spočívá v tom, že se vrací neustále k jednomu tématu či myšlence. Dalším druhem je zabíhavé myšlení, kde jedinec zabíhá k nepodstatnostem a směřuje k cíli s odbočením k tématům, která jsou vedlejší.

Mezi kognitivní funkce patří i chování a jednání jedince. Rozdíl mezi chováním a jednáním je, že chování je neplánované, nezaměřené, neuvědomělé a jednání je opakem. Obojí ale představuje motorickou odpověď na vnitřní i vnější podněty. U jedinců s demencí bývá narušen záměr jednání. Intelekt a inteligence jsou brány jako schopnosti správného myšlení a pomáhají jedinci se adaptovat na změny vnějšího prostředí. U jedinců s demencí dochází k úpadku intelektu, který lze pojmut jako schopnost originálních řešení, usuzovat, abstrakce a jiné. Inteligence je spíš chápána z praktického hlediska jako schopnost adaptability a správného myšlení. Když je řeč o osobnosti jedince, tak se jedná o komplex všech psychických vlastností člověka. Osobnost individua je utvořena charakterem, temperamentem, intelektem, rysy, schopnostmi a dalšími složkami. (Jiráková a kolektiv, 2009 s. 14-18)

2.3 Delirium

Mühlpachr uvádí, že: „*Delirium je akutní, přechodnou, celkovou poruchou poznávacích funkcí a pozornosti. Delirium se od demence liší tím, že je chronická a progresivní*“.
(Mühlpachr, 2004 s. 48)

Delirium je velice frekventované u starších lidí a stejně tak společný výskyt s demencí. Delirium lze také nazvat jako stav zmatenosti či blouznění a je velice závažnou duševní poruchou. Tato porucha je podmíněná kvalitativní poruchou vědomí a od demence se liší například tím, že má vymežitelný nástup, obvykle trvá několik dnů až týdnů. Dále je to akutní onemocnění, kdežto demence je chronická. U deliria jsou výrazné fyziologické změny a dezorientace je časná. U demence se naopak dezorientace objeví v průběhu nemoci po měsících až letech a fyziologické změny jsou méně významné. U deliria se také vyskytují výrazné psychomotorické změny, a to například hyperaktivní nebo hypoaktivní, také se vyskytuje nápadně krátkodobá pozornost. Do stavu deliria může upadnout kdokoliv, příčinou mohou být postižení mozku i jiného orgánu, nebo při

nasazení nevhodné medikace, v pooperačním období, nebo při těžkém onemocnění, které doprovází dehydratace a horečka. U jedinců s demencí pak stačí pouze malá příčina, která delirium vyvolá. Dobrým příkladem je třeba změna prostředí jedince s demencí. Delirium bývá doprovázeno úzkostí a nemocní mohou mít iluze a komplexní halucinace. Delirium může být životu ohrožující, ale při jeho včasné diagnostice je reverzibilní. Delirium je tedy sekundárního původu a při jeho léčbě je nutné identifikovat a zaměřit se na vyvolávající faktory, následně je odstranit a zaléčit. (Štěpánková a kolektiv, 2014, s. 98)

2.4 Definice Demence

„Demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních funkcí, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím a cílené chování. Mezi tyto funkce náleží kromě paměti pozornost, vnímání, řečové funkce a exekutivní funkce“. (Jiráková a kolektiv, 2009, s. 11)

Mezi řečové funkce řadíme schopnost tvorby řeči i schopnost řeči porozumět. Pod pojmem exekutivní též výkonné se řadí schopnost být motivován k určité činnosti, tuto činnost naplánovat a provést. Nakonec ji zpětně zhodnotit. Jedná se tedy o funkce, které zajišťují účelné jednání atd. Inteligence se stroze označuje jako celková úroveň kognitivních funkcí a ta je postižena vlivem postupným onemocněním mozku nejčastěji chronickým typem. Zpravidla vědomí není u demence zasažené, tím se myslí uvědomování si sebe samého. Kromě postupného úpadku kognitivních funkcí dochází také k dalšímu postižení jiných funkcí. Jedná se především o značné poruchy emocí převážně změny nálad, změna chování, problémy se spánkem a také porucha aktivity denního života. V poslední fázi je už onemocnění tak závažné, že interferuje s běžnými životními aktivitami a člověk se pak stává nesoběstačným a závislým na pomoci druhých.

„Demence je syndrom, který je tvořen třemi okruhy symptomů: poruchou kognitivních funkcí, poruchou soběstačnosti, behaviorálními a psychickými symptomy demence (behavioral and psychiatric symptoms of dementia – BPSD)“. (Štěpánková a kol., 2014, s. 83)

Demence je velice závažné onemocnění, kterým trpí přibližně 24,3 miliónů na světě a každým rokem jich stále více přibývá. V odborné literatuře se píše, že se jedná o 4-6 miliónů ročně, přičemž nejfrekventovanější ze všech typů je právě Alzheimerova choroba. Uvádí se procentuálně okolo 65-75%. Tento syndrom, který je závažný svou prognózou, dobou trvání, četností i sociálními a ekonomickými dopady dosud nelze léčit. Demence je velmi závažný problém nejen zdravotnický, ale především socioekonomickým, protože postihuje nejen pacienty, ale i jejich rodiny. Vedou k předčasným úmrtím a důsledkem onemocnění je, že se zhoršuje kvalita života vlivem disability. Existují však možnosti, jak ovlivnit postup nemoci a její projevy. Nejedná se pouze o farmakologické metody, které jsou bohužel limitovány, ale také o nefarmakologické, které se týkají přístupu okolí k osobám s demencí. Významný vliv mohou mít takzvané aktivizace, které mají velmi pozitivní přínos z hlediska soběstačnosti, psychického stavu a na celkovou kondici těchto osob. Mohou také zlepšit kvalitu života jedinců a jejich rodin a v neposlední řadě přispět v komunikaci. (Procházková, 2014, s. 199-200)

2.4.1 Klasifikace demencí

Autorka knihy Alzheimerova demence Martina Zvěřová rozděluje demenci podle etiologie, lokalizace a kurability. (Zvěřová, 2017, s. 27)

1. Podle etiologie:

- Primární demence neboli neurodegenerativního původu – atroficko-degenerativní demence. Patří sem demence u Parkinsonovy a Alzheimerovy choroby.
- Sekundární demence neboli symptomatické.

Patří sem vaskulární, metabolicky podmíněné, infekčního původu, prionového a další.

2. Podle lokalizace:

- kortikální,
- subkortikální,
- kortiko-subkortikální.

3. Podle kurability (možnost léčení):

- léčitelné/reverzibilní,
- neléčitelné/ireverzibilní.

Autorka diplomové práce se bude věnovat rozdělení demencí podle etiologie v samostatné kapitole etiologie.

Kortikální demence je postižení především mozkové kůry, tudíž dochází k narušení explicitní, exekutivní a sémantické paměti. Hlavními příznaky poruchy je možný výskyt afázie, agnózie, apraxie, porucha orientace v čase i prostoru a problém se zapamatováním nových informací. K tomuto druhu demence řadíme například Alzheimerovu chorobu, některé formy demence s Lewyho tělísky a jiné. U subkortikální demence je postižena zejména bílá hmota, bazální ganglia a thalamus. Pro tento typ je typická porucha výkonných funkcí, což znamená porušení schopnosti se rozhodovat, motivace a schopnost plánování. Hlavními příznaky poruchy je také jisté zpomalení psychomotorického tempa a při rozdělení práce na dílčí úkoly je jedinec neschopný je následně vykonat správně za sebou. Mezi subkortikální demence patří například demence u Parkinsonovy choroby a u Huntingtonovy nemoci. U kortiko-subkortikální demence je postižena v různém měřítku subkortikální a kortikální složka. Hlavními příznaky kortiko-subkortikální demence je kombinace příznaků kortikální a subkortikální demence. (Zvěřová, 2017, s. 31-32)

U dělení demence podle možnosti léčení je na příklad zatím nevléčitelná demence u Alzheimerovy choroby. Je možné se ale setkat i s reverzibilním typem demence a to s chorobným stavem, který má za následek demenci. Jeho název je normotenzní hydrocefalus. (Mühlpachr, 2004, s. 69) Na úkor mozkové tkáně jde o rozšíření mozkových komor v důsledku poruchy vstřebávání mozkomíšního moku. Hlavními příznaky je samozřejmě zhoršení kognitivních funkcí, problémy s chůzí a časté močení i inkontinence.

2.4.2 Etiologie demence

Demence je spíše označení pro komplex symptomů, a ne pro konkrétní chorobu, protože její příčiny mohou být absolutně odlišené. Základním dělením demence podle etiologie je na primární a sekundární. Některé odborné zdroje je rozdělují do tří skupin, a to na atroficko-degenerativní, vaskulární a symptomatické. (Mühlpachr, 2004, s. 51)

Primární demence mají za podklad atroficko-degenerativní proces mozku, který vede k snížení počtu nervových spojů a k poruše funkce nervových buněk. Dále k ukládání i tvorbě patologických bílkovin a k probíhání další degenerativních dějů. Dochází také k odumření nervových buněk v různých oblastech mozku a na základě toho dochází k úpadku kognitivních schopností. Mezi primární demence řadíme Morbus Alzheimer, demence s Lewyho tělísky, demence při Parkinsonově chorobě, demence při Huntingtonově nemoci, frontotemporální demence, progresivní supranukleární obrnu.

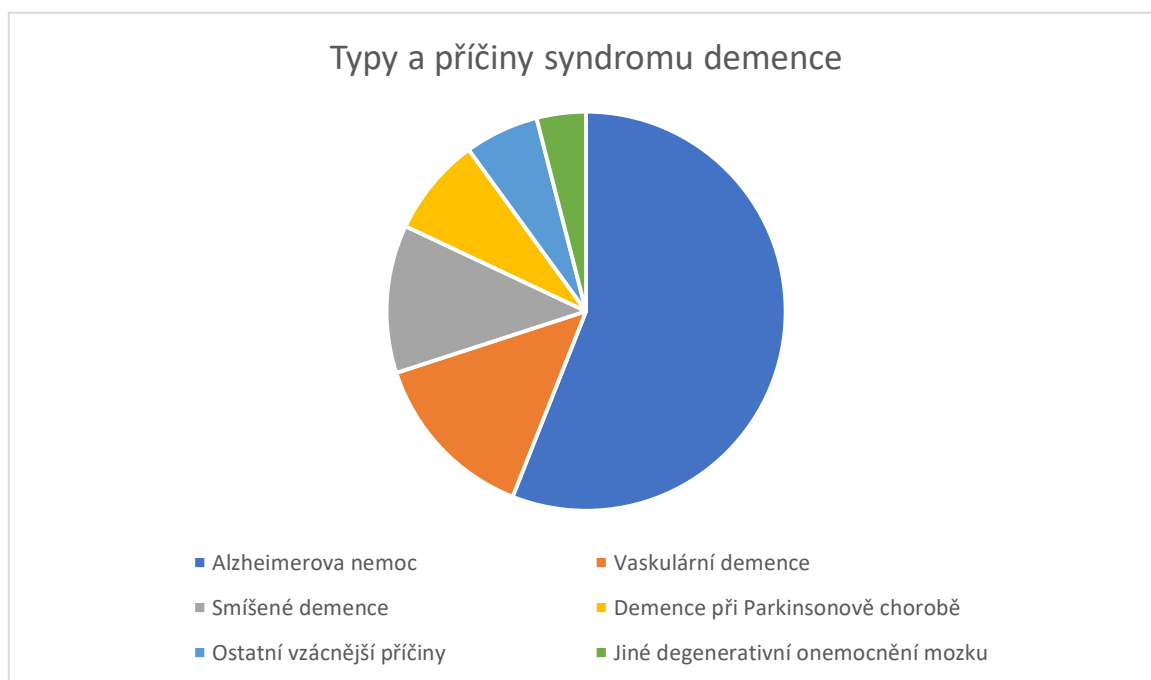
Pod vaskulární demence řadíme Binswangerovu nemoc a multiinfarktovou demenci. Vaskulární demence je způsobená poruchou prokrvování v mozku, například ucpáváním cév krevní sraženinou. To má za příčinu nedostatečné zásobování kyslíkem i živin a vede to k odumírání oblastí mozku, tedy až k ischemickým mozkovým cévním příhodám neboli k mozkovým infarktům. Vaskulární demence začíná spíše náhle a je velmi frekventovaným typem demence a je u ní obvyklá proměnlivost stavu. Vaskulární demence se může kombinovat s jiným druhem demence, pak se tedy mluví o smíšené demenci. Vaskulární demence může být i získaná a vzniká nejčastěji u kuřáků, u lidí s vysokým cholesterolem, u lidí s diabetes mellitus, u lidí s poruchou srdečního rytmu, díky blokům srdečního převodu, u lidí se změnou krevního tlaku – spíše nízký tlak, u lidí s onemocněním krvevorbny, a to při úbytku červených krvinek, dále u lidí s opakovaným traumatem hlavy i mozku. Také se může vyskytovat u lidí, u kterých došlo k snížení až pod normu přítomnosti kyslíku v krvi opakovaně či na delší dobu a mají akutní či chronické onemocnění dýchacích cest. Hlavním rizikovým faktorem jsou menší mozkové příhody, protože větší převážně končí smrtí. (Jirák a kolektiv, 2009, s. 54)

Symptomatické reverzibilní demence je možné zastavit, popřípadě vyléčit a v některých případech jim předejít díky preventivním opatřením. Lze je tedy dále dělit podle příčiny vzniku na infekční demence a reverzibilní demence. Pod sekundární demence též symptomatické řadíme prionová onemocnění, demence při AIDS, demence způsobená poruchami metabolismu, alkoholická encefalopatie, demence způsobená léky, demence v důsledku nedostatečné výživy, demence po infekcích i zánětech, normotenzní hydrocefalus, demence po poraněních lebky i mozku, nitrolební expanze, demence při poruchách činnosti žláz s vnitřní sekrecí, chronická hypoxemie, v souvislosti s epilepsií a demence jako důsledek mozkových nádorů. (Harantová, Danko, 2014, s. 61-

71) Demence mohou mít až stovky příčin, ale všechny se týkají určitého poškození mozku.

2.4.3 Jednotlivé typy a příčiny syndromu demence

Graf č. 1: Typy a příčiny syndromu demence



Zdroj: Suchá, Jarolímová, 2017, str. 29

Atroficko-degenerativní demence

Alzheimerova choroba

Je nejrozšířenějším typem demence vůbec. Jedním z prvních příznaků je právě porucha paměti. Rozlišení prvních příznaků, avšak není tak jednoduché, onemocnění se vyvíjí postupně. Ale ve většině případů začíná zapomínáním běžných událostí, třeba že si nemůže jedinec vybavit, koho potkal nebo co měl k jídlu a další. Později se přidá i porucha řeči, přičemž jedinec často hledá správná slova nebo spojení. Je zde možnost výskytu afázie, a to sensorické i motorické. Sensorická afázie znamená, že jedinec není schopen porozumět mluvené řeči i přes to, že dobře slyší. Motorická afázie je neschopnost jedince utvářet srozumitelnou řeč i při neporušených mluvidlech. V případě, že má jedinec problém s komolením slov anebo problém s nesprávnou větnou vazbou,

tak jde o takzvanou parafázi. U jedinců s Alzheimerovou chorobou se také může vyskytovat apraxie, což je neschopnost provádět různé úkony, dále alexie v podobě problému porozumění čtenému text, akalkulie jakožto problémy s počty, agrafie jako neschopnost v psaní a v neposlední řadě i problémy rozeznat levou či pravou stranu i další poruchy. Ve většině případů také dochází k poruše sexuálních funkcí, přičemž se může jednat o poklesu zájmu o sex anebo naopak může dojít až ke zvýšenému zájmu a v některých případech i k sexuálnímu deviantnímu jednání. Postupem času dochází až k bloudění jedinců na místech, kam chodili i několik let, mohou se také u nich časem vyskytovat bludy a halucinace.

Muži na tuto chorobu umírají podstatně dříve než ženy a nemoc obvykle trvá v rozmezí 3 až 8 let. (Mühlpachr, 2004, s. 56) S prohlubující se nemocí lidé s Alzheimerovou chorobou postupně ztrácí na váze. Za tuto skutečnost mohou i změny v hypotalamu. Dalšími příznaky v pozdější fázi je i ztráta paměti natolik velká, že nemocní nepoznávají i své blízké a schopnost komunikace s okolím také klesá.

Příčina této nemoci není dostatečně objasněna, to je jedním z důvodů, proč neexistují žádné léčebné či preventivní léky. Při Alzheimerově chorobě dochází v mozku k úbytku nervových buněk a jejich spojů. V mozkové tkáni dochází k ukládání chorobně vzniklé bílkoviny s názvem beta-amyloid, a to v prostorech mimo nervové buňky, také tvoří krystalky a kolem nich dochází k dalším neurodegenerativním dějům. Na základě toho vznikají neuritické plakety. Čím více je v určité oblasti mozkové kůry neuritických plaků, tím je více funkčně postižena mozková oblast.

Další změna probíhá v neuronech, kde dochází k degeneraci bílkoviny zvané tau-protein. Tato látka se mění v neurofibrilární klubíčka v nervových buňkách a podílí se na tvorbě mikrotubulů. Když tyto neurofibrilární klubíčka neplní svou funkci a zanikají, tak způsobují nefunkčnost nervových spojů, protože se přerušuje transport živin nervovými vlákny k nervovým spojům a informace tak nemohou být dále přenášeny. (Jiráček a kol., 2009, s. 29) Dále jsou v nerovnováze neurotransmitery, které produkují mozkové buňky v oblasti mozku. Jedná se o acetylcholin, glutamát, serotonin a noradrenalin. Acetylcholin má vliv na paměť, učení, myšlení i prostorovou orientaci a stejně tak je odpovědný za paměťové funkce glutamát. Serotonin ovlivňuje náladu, při jeho nedostatku je možný výskyt deprese, neklid a strach. Náladu také reguluje noradrenalin,

při jeho nedostatku může vést k depresi, a naopak při jeho nadbytku k podrážděnosti a k nepoměrné vznětlivé reakci. Vytváření plaků a neurofibril má dopad na nervové spoje, protože mezi buňkami synapse též kontaktní místa mizí a buňky pak spolu nemohou komunikovat. Mozek dokáže ztráty vyrovnat jen do určité míry, po překročení se začnou projevovat příznaky demence.

Velmi častým případem je také alzheimerovsko-vaskulární forma demence, kde se navíc podílí na rozvoji demence i cévní změny mozku. U menšího počtu jedinců byly zjištěny genetické faktory onemocnění, a to nalezením genových mutací na chromozomech, které vedlo k ukládání i tvorbě chorobné bílkoviny beta-amyloidu. Avšak v rozvoji nemoci hrají důležitou roli i faktory negenetické. (Tentýž, 2009, s. 40-41)

Demence při Parkinsonově chorobě

Výskyt demence při Parkinsonově chorobě se vyskytuje spíše až po sedmdesátém roce věku a oproti Alzheimerově chorobě je méně výrazná i hluboká. V porovnání s Alzheimerovou chorobou nedochází k narušení schopnosti řeči, výjimkou je dysartrie. Jedinci nemají úplné výpadky paměti, jen jsou spíše zapomětliví a zpomalení. V odborné literatuře se lze setkat s pojmem idiopatická Parkinsonova nemoc (IPN) a při této nemoci má okolo jedné třetiny pacientů výskyt deprese. Co se týká příčiny demence při IPN, tak není zatím dobře známa a spíše jde o syndrom. V některých případech je možná kombinace nemocí, a to IPN s Alzheimerovou chorobou anebo s vaskulární demencí. Někteří odborníci jsou přesvědčeni, že v případě diagnostikované IPN jsou ve skutečnosti korovou nemocí s Lewyho tělísky. Hlavním představitelem kortikální demence je již zmiňovaná Alzheimerova nemoc. Příčina demence při IPN se spíše přisuzuje k subkortikální demenci, ale to nemusí být zcela správné, protože u Alzheimerovy choroby i u demence při IPN jsou postiženy korové i podkorové složky funkčních systémů mozku. Toto onemocnění postihuje především mozkový kmen, a to jeho dopaminergní buňky, později přibývají i další oblasti mozku. Demence se při Parkinsonově chorobě objevuje u méně než poloviny nemocných, záleží však, kdy nemoc propukne. Pro Parkinsonovu nemoc jsou typické příznaky: monotónní řeč, záchvaty paniky, deprese, úzkost, poruchy spánku, závratě, zácpa, sexuální dysfunkce, únava, ztráta čichu i mimiky, potíže s polykáním, a hlavně sehnuté schoulené držení těla i končetin. (Jiráková a kol., 2009, s. 40-41)

Demence s Lewyho tělísky

U demence s Lewyho tělísky se lze setkat i s názvy jako: senilní demence s Lewyho tělísky, Alzheimerova nemoc s Lewyho tělísky, korová nemoc s Lewyho tělísky a další. (Mühlpachr, 20014, s. 58) Tento typ demence je druhým nejfrekventovanějším typem hned po Alzheimerově nemoci. Postihuje spíše jedince ve vyšším věku a je progresivního charakteru. Hlavními příznaky je nápadné kolísající postižení kognitivních funkcí. Obvykle jsou zasaženy paměťové schopnosti, jazyk a řeč. Demenci s Lewyho tělísky mohou doprovázet i zrakové a sluchové halucinace, paranoidní bludy, ale také nevysvětlitelné pády, ztráta vědomí, ztuhlost i třes. Klinické příznaky přetrvávají dlouhodobě a často se stav jedinců při demenci s Lewyho tělísky intenzivně zhoršuje až do hluboké demence. Příčiny vzniku demence nejsou u tohoto typu zcela jasné jako u ostatních degenerativních demencí. Jistý vliv na to však může mít životní styl, prostředí a genetické vlivy. Při demenci s Lewyho tělísky jsou neuropatologické změny v difúzním rozšíření Lewyho tělísek v mozkové kůře, jedná se o kulovitá tělíska v neuronech. Existuje jisté propojení demence s Lewyho tělísky a demence u Parkinsonovy nemoci i Alzheimerovy choroby, protože se mohou vyskytovat i neuropatologické změny těchto dvou typů a jedná se tak o smíšenou formu nemoci.

Demence při Huntingtonově nemoci

Jedná se o degenerativní neuropsychiatrické onemocnění, které je vzácné a dědičného původu. Jedná se o změněnou genetickou informaci, která vzniká poruchou čtvrtého chromozomu. U každého dítěte postiženého je 50% pravděpodobnost, že onemocní také. (Mühlpachr, 2004, s. 59) Počátek nemoci se může objevit již ve středním věku a intenzivně devastuje zdravotní stav. Zatím není žádný způsob, jak průběh nemoci zvrátit anebo ji předcházet. U jedince s Huntingtonovou nemocí se vyskytují psychické i neurologické příznaky, jakožto porucha chůze, porucha řeči, porucha hybnosti, porucha polykání, porucha koordinace hybnosti, inkontinence, výrazný úbytek hmotnosti, změny povahy, poruchy chování, změny sexuálního chování, poruchy nálad, úzkostnost, halucinace, bludy, porucha soustředění, pozornosti i paměti. U demence při Huntingtonově nemoci dochází nejdříve k postižení řízení pohybu a poté i mozku kvůli nahromadění patologické bílkoviny v mozku, která ničí mozkové buňky.

Frontotemporální demence

Frontotemporální demence nebo FT není zcela častou formou demence a její příčina není zcela známa, avšak z hlediska výskytu v rodinách se přisuzuje, že je geneticky podmíněná. U toho typu demence jsou prvotní příznaky nenápadné a pomalu se zhoršují, objevují se okolo 45. až 65. roku jedince. (Tentýž, s. 60) Typickými příznaky jsou změny chování, poruchy řeči, změna charakteru člověka a například změny stravovacích návyků. Časté je také zanedbávání osobní hygieny, výskyt stereotypního a rituálního chování, chorobná vztahovačnost i bludy. Typickým příkladem frontotemporální demence je Pickova choroba. Postupem času u ní dochází k degeneraci frontálních laloků mozku a také k degeneraci předních temporálních laloků mozku. Frontální laloky jsou čelní a temporální laloky jsou spánkové.

Progresivní supranukleární obrna

PSO neboli progresivní supranukleární obrna je celkem vzácné onemocnění a v České republice se jedná o necelé jeden a půl případů na 100 tisíc lidí, přičemž první příznaky nemoci se vyskytují okolo čtyřicátého věku. (Tentýž s. 61) Příčina onemocnění je dosud neznámá a průběh PSO, jak už vyplývá z názvu, je progresivní. Typické pro toto onemocnění je, že jedinci jsou zpomalení, a to jak v oblasti kognitivních funkcí, tak i pohybově. PSO je subkortikální demence a vyskytují se u ní tyto příznaky: člověk není schopen volně stočit oční bulby o více než 15 stupňů od střední osy dolů, dále se vyskytuje porucha artikulace, ztuhlost svalstva trupu, problémy s polykáním, poruchy chůze i časté pády. (Mühlpachr, 2004, s. 61) Jedním z hlavních příznaků demence u této nemoci je hromadění bílkoviny v mozku zvané tau-protein.

Vaskulární demence

Binswangerova nemoc

Binswangerově nemoci se také říká převážně podkorová vaskulární demence, která postihuje v oblasti bazálních ganglií šedou hmotu a v oblasti mozku bílou hmotu, což má za následek narušení mozkových jader, která regulují zejména jemnou motoriku i výkonné funkce. Jistý vliv na výskyt této demence má i vysoký krevní tlak a počátek onemocnění zpravidla začíná mezi 50. - 70. rokem. Mezi další projevy se řadí také jisté

zpomalení i deprese. Lidé s Binswangerovou nemocí obvykle umírají na jiné komplikace, například na loburální pneumonii, což je povrchový zápal plic. (Tentýž, s. 62)

Multiinfarktová demence

Multiinfarktová demence neboli MID vzniká postižením v oblasti mozkové kůry i bílé hmoty infarkty. Jedinci mívají často deprese, protože si poruchy paměti uvědomují a mívají relativně dlouho dobře zachovalou osobnost i přes změny psychického stavu. Průběh nemoci je kolísavý a MID se objevuje převážně u kuřáků, u jedinců se srdečním onemocněním, u lidí s diabetes mellitus a u lidí, kteří nadměrně pijí alkohol.

Symptomatické demence

Prionová onemocnění

Prionová onemocnění jsou vzácná, jedná se o přenosné spongiformní encefalopatie, které se nejspíše přenesly na lidi ze zvířat. Jednou z nich je například nemoc šílených krav, způsobenou infekcí krmivem kontaminovaným priony. Onemocnění končí smrtí, a to zhruba do jednoho roku od prvních příznaků. Jedním z prvních příznaků bývá porucha chování, také rané zrakové poruchy. U prionových onemocnění dochází k těžkým změnám v mozkové tkáni a jsou neléčitelné.

Demence při AIDS

Demence při AIDS je nejčastější příčinou ve středním věku. Virem HIV je infikováno přibližně několik desítek miliónů lidí na světě, ale nemusí se u nich vyskytovat demence, a pokud se vyskytne, tak jde spíše o menší poruchy kognitivních funkcí a motoriky. Nejdříve se musí laboratorně prokázat infekce HIV, poté se zkoumají tyto poruchy: porucha paměti, porucha soustředění, mentální zpomalení a apatie. Tyto poruchy musí trvat déle než jeden měsíc a nemusí se u něj vyskytnout všechny. Musí se také vyloučit, že tyto příznaky nejsou způsobené užíváním drog. Nákaza virem HIV se vyskytuje u jedinců, kteří byli nakaženi důsledkem transfuze infikované krve či pohlavním stykem.

Další infekční demence

Pod další infekční demence řadíme například syfilis. Výskyt souvisí s podobnými jevy jako u AIDS.

Reverzibilní demence

Reverzibilní demence mohou být zapříčiněny léky, alkoholem, drogami, průmyslovými jedy, cévním postižením, nedostatkem vitaminů, epilepsií, encefalitidou, poruchami metabolismu a další. Jedná se o onemocnění, kterému lze předejít anebo je do jisté míry zvrátelné.

2.4.4 Stádia demence

Mírná – V tomto stádiu je zde patrný pokles paměti, ale není narušena soběstačnost, vyskytují se také problémy se zapamatováním.

V některých případech je mírná kognitivní porucha těžce diagnostikovatelná, v odborných publikacích se uvádí, že je třeba mít poruchy paměti, které trvají déle než půl roku a začínají se vyskytovat i další poruchy výkonu mozku. Také je třeba klást důraz na rozdíl mezi depresí a demencí. Mají totiž typické symptomy, co se týká například apatie a výkyv nálada, avšak u deprese se dají léčit psychoterapií nebo léky. U deprese se není nijak porušena schopnost se orientovat, vnímat či smysluplně komunikovat a oproti demenci se naopak mohou vyskytovat bolesti žaludku. Když se diagnostikuje demence co nejdříve, tím déle se může udržet přijatelná kvalita života jedince.

Středně těžká – U tohoto stádia demence je paměť porušena ve všech složkách, jedinec není schopen soběstačnosti a není schopen vykonávat smysluplnou činnost. Písemný projev se postupně mění k horšímu, mohou se vyskytnout změny v jídelních návycích, kdy například berou jídlo do rukou nebo jedí neustále, protože nepocítují hlad a jiné. Také silně sílí dezorientace, ale myšlenkové pochody a reakce se zpomalují, v poslední řadě sílí i inkontinence.

Těžká – V tomto stádiu demence mají jedinci velmi těžce porušenou paměť ve všech složkách, nezvládají základní denní činnosti a jsou odkázáni na péči druhých. V tomto stádiu už postižený nepoznává svou rodinu ani známé, mohou zde také nastat problémy

se stravováním, kdy jedinec odmítá jíst. U nemocných v pokročilém stádiu se podávají výživné nutri nápoje, aby měli větší příjem živin. V tomto stádiu již ztrácí člověk kontrolu nad močovým měchýřem a funkcí střev. Zhoršování nemoci také doprovází poruchy spánku.

2.4.5 Epidemiologie demence

Demence převyšuje ve výskytu dokonce diabetes mellitus i cévní mozkové příhody. V České republice se odhaduje výskyt demence u jedinců na přibližně 1,5 % všech občanů a stále více lidí přibývá. Jistý vliv na tuto skutečnost má i demografické stárnutí lidstva. S přibývajícím věkem se výskyt demence zvyšuje. U osob nad 85 let trpí demencí okolo 30-50 % seniorů. Hlavním rizikovým faktorem je tedy věk. (Jirák a kol., 2009, s. 21)

2.4.6 Symptomatologie demence

U demencí dochází k postižení kognitivních funkcí, aktivit denního života a vyskytují se behaviorální i psychologické příznaky demence a navzájem se prolínají. U kortikálních a kortiko-subkortikálních demencí začínají mít z pravidla jedinci jako první příznak poruchu paměti. Například u Pickovy choroby začínají mít jedinci jako první příznak poruchu chování a porucha paměti se může dostavit až po delší době. U subkortikální demence se jako první příznak může objevit porucha výkonných funkcí tím, že nejsou jedinci schopni naplánovat či provést komplikované úkony, a to například u demence při Parkinsonově chorobě. Postižení aktivit denního života roste s prohlubováním demence. Nejdříve se jedná o problémy v profesionálních dovednostech, poté problémy v běžných dovednostech až u pokročilých demencí jsou postiženy i opravdu základní aktivity denního života, kdy jedinec není schopen se například sám obléct, nebo se najíst a udržovat základní hygienu. V nejtěžších případech demence se také vyskytuje inkontinence moči i stolice a jsou odkázáni na pomoc druhých. Co se týká behaviorálních a psychologických příznaků, které se týkají duševního stavu i chování jedince, tak ty se rozvíjejí ve většině případů až ve středních stádiích demence a graduují v těžkých stádiích. Ale mohou se objevit již v počátcích, například u již zmiňované Pickovy choroby. U demence se lze setkat s poruchami chování, jakožto stavy neklidu a dále s přidruženými psychotickými příznaky, jakožto například s bludy a halucinacemi.

U demence je také výskyt deliria, například u demence s Lewyho tělísky, dále poruchy spánku a v neposlední řadě i poruchy emocí v podobě afektů i nálad. (Jirák a kol., 2009, s. 22-23)

2.4.7 Diagnostika demence

Jsou 4 složky účastníci se procesu diagnostiky demence, a to pacient nebo pečující osoba, somatické vyšetření, orientační vyšetření poznávacích funkcí a zobrazovací techniky. (Tentýž, s. 25) Pacient a pečující osoba

Do této složky můžeme zařadit anamnézu osobní, rodinnou, farmakologickou, pracovní, sociální, dále také informace z hlediska příznaků i časové postupnosti. Jedinec s demencí si nemoc nepřipouští nebo si ji neuvědomuje, proto je velice důležitá objektivizace příznaků jinou osobou. Co se týká anamnestických dat, je nutné se zajímat o informace, jestli dotyčný neměl úraz hlavy či mozkovou příhodu, jestli nemá onemocnění srdce, poruchu metabolismu tuků, diabetes mellitus, informace o psychických změnách, informace o přítomnosti demence v přímé linii příbuzných, informace o užívaných lécích a v neposlední řadě i informace o všech rizikových faktorech, které mohou vést ke vzniku cévní demence.

Somatické vyšetření

Do této složky řadíme lékařská vyšetření typu měření krevního tlaku, pulz, EKG, EEG, neurologické vyšetření, laboratorní vyšetření a další.

Orientační vyšetření poznávacích funkcí

Do této složky řadíme různé testy poznávacích funkcí a paměti. Konkrétně se při těchto vyšetřeních testuje komplexně paměť, schopnost řeči, dále schopnost orientace v čase i prostoru, poznávací funkce a výkonné funkce typu změny chování, plánování a dokončení činnosti. Velmi důležité také je, zdali si je jedinec vědom své poruchy či není, protože ve většině případů se vyskytuje neuvědomění. Tyto testy provádí zkušený neurolog, psycholog anebo psychiatr. Nejznámějším testem kognitivních funkcí je MMSE a je také nejvyužívanější. Není však hodný pro lehké kognitivní poruchy. Dalšími

vyšetřovacími metodami jsou WAB, testy funkcí prostorové paměti, test kreslení dráhy, Stroopův test, test řečové plynulosti a Weschlerova škála paměti.

Zobrazovací techniky

Do této složky řadíme magnetickou rezonanci mozku, CT mozku, použití radioaktivně značené látky, dále metody, které zobrazují látkovou přeměnu i průtok krve mozem a EEG. Tyto metody jsou důležité z hlediska morfologických odchylek a upozorňují na změny mozkové aktivity.

2.4.8 Léčba

Primární demence se při současném stavu vědění nedá vyléčit, ale léky mohou zmírnit některé potíže anebo také zpomalit průběh nemoci, aby si lidé udrželi co nejdéle soběstačnost i kvalitu života. Co se týká sekundární demence, tak některé druhy jsou léčitelné, a dokonce i plně reverzibilní. Jedná se však o menší skupinu a záleží na individualitě každého. Léčba může probíhat formou léků, rostlinných preparátů, či takzvanou nemedikamentózní léčebnou metodou, která zahrnuje různé terapie a pohyb.

Při farmakologické léčbě zatím neexistují léky, které by dokázaly toto onemocnění dlouhodobě zastavit, a to i co se týká rozpadu osobnosti. Ve farmakologické léčbě se zatím využívají dvě skupiny léčebných substancí. Do první skupiny patří Kognitiva a v druhé skupině jsou slabí antagonisté NMDA (N-METYL-D-ASPARÁTOVÉHO receptoru). (Zvěřová, 2017, s. 73-76) Obě skupiny léčebných substancí zmírňují symptomy. Kognitiva se využívají převážně u lehkých a středně těžkých demencí. Zdravotní pojišťovny je hradí v případě získání 25-13 bodů v MMSE. Do této skupiny řadíme rivastigmin, donepezil a galantamin, které jsou u nás nejvíce používanými léčivy. Kognitiva jsou považovány za inhibitory mozkových acetyl. Acetylcholin je látka, která se u jedinců s demencí tvoří čím dál tím méně a je i méně uvolňovaná v mozku. Je podstatná pro paměť jedince, protože má funkci jako neurotransmitter, což znamená, že přenáší vzruchy nervové soustavy. Pro zlepšení paměťových funkcí i zvýšení obsahu mozkového acetylcholinu je třeba zablokování enzymů cholinestráz v mozku, a právě k tomu slouží tyto inhibitory mozkových cholinestráz. Do druhé skupiny antagonistů NMDA receptoru řadíme léčiva memantin, který se využívá k léčbě středně těžké i těžké

demence a je to momentálně jediné nejvhodnější léčivo pro těžší stádia demence Alzheimerovi choroby. Tato látka slouží k částečnému blokování receptorů, čímž snižuje toxický vstup kalcia do neuronů a chrání tak nervovou buňku i zlepšuje funkci zapamatování. Při nasazení farmakologické léčby se pozvolna navyšuje dávkování léčiv a v některých případech se musejí léčiva užívat ve vysokých dávkách, aby byl zaznamenán nějaký efekt. Jako u každého užívání léků může dojít k vedlejším účinkům, proto je důležité zvolit správnou medikaci a nastavit komplexní léčbu. Pozitivní efekt byl prokázán při užívání extraktů z jinanu dvoulaločného (ginkgo biloba) jako doplněk léčby memantinem i kognitivu. (Tentýž, s. 73-76)

U jedinců s demencí se také používají antipsychotika i antidepressiva, protože se k demenci váží i psychické změny jako úzkost, neklid, deprese, agresivita a další. Nejčastěji se podávají tiaprid, risperidon, olanzapin, melperon, ziprasidon a v některých případech i haloperidol. Při užívání antidepressiv a neuroleptik u jedinců s demencí zvyšuje riziko mozkových příhod.

Vědci se stále snaží najít vhodné léčebné metody, které by dokázaly demenci zastavit anebo ji dokonce vyvrátit. V současnosti probíhá několik výzkumů, které se na tom podílejí, avšak zatím neúspěšně. Další možnou léčbou je nefarmakologická formou ergoterapie, reminiscenční terapie, terapie prostředím, muzikoterapie a další. Ty mohou mít také pozitivní účinek na jedince a napomáhají ke zlepšení kvality života i k lepšímu duševnímu stavu.

2.4.9 Prevence

Čím je člověk starší, tím je vyšší riziko onemocnění demencí, ale existují preventivní opatření, která by mohla toto onemocnění ovlivnit. Přispět by k tomu mohla vyvážená strava, pravidelný pohyb, ale také sociální kontakt a snažit se udržovat fyzicky i psychicky aktivními. Důležitý je také vitamín B12, který se vyskytuje v rybách a některé studie dokázaly, že flavonoidy obsažené v ovoci a zelenině působí jako ochrana proti demencím. Velmi důležitou součástí prevence je i pravidelná návštěva lékaře. Doporučuje se také trénovat paměť, aby mozek zůstal výkonný, a to i v případě, že demence je již diagnostikována pro co nejdelší udržení výkonnosti mozku. Dalším

preventivním opatřením je vyhýbání se nadměrného užívání alkoholu, nikotinu a celkovému užívání drog.

2.5 Orientační vyšetření poznávacích funkcí

Aby se podezření na demenci potvrdilo či naopak vyloučilo, používají se neuropsychologická vyšetření. U jedinců s demencí se testují neurologicko-psychiatrické funkce, které jsou narušené, jedná se o komplexně paměť, poznávací funkce, mluvený projev, exekutivní funkce, dále funkce zrakově prostorové a jejich praxe. Jako další se zjišťuje, jestli jedinec si je vědom poruchy. Testování poznávacích funkcí provádí neurolog, psycholog anebo psychiatr. Jako součást vyšetření je rozhovor, a to i v přítomnosti rodiny a spolupracuje se i s nimi. Před testováním je třeba klienta uklidnit, protože to pro něj může být velmi stresující. Dále následuje zjišťování osobních údajů i informace o příznacích a podle nich odborník vybere vhodný test poznávacích funkcí. Jsou různé druhy testování, některé trvají jen okolo 15 minut, jiné i několik hodin. Důležité je vyloučit depresi, která se může velmi podobat demenci a mohou být zaměněny. Testů pro vyloučení deprese je spousta, jedním z nich může být například test k včasnému rozpoznání demence s vyloučením deprese, který pochází z Německa. Tento test trvá okolo patnácti minut a klient musí například opakovat seznamy slov, nebo provádět určité pohyby za sebou. Také je třeba vyloučit běžnou zapomnětlivost zapříčiněnou věkem. Výsledky testu musí být vysvětleny a řádně probrány s klientem.

Testy MINI MENTAL STATE EXAM

MMSE jsou nejpoužívanější formou testování, je mezinárodně užívaný a je zaměřený na časovou i prostorovou orientaci, dále na schopnost zapamatování i vybavování, také na udržení pozornosti a schopnosti počítat. V testu jsou běžné otázky zaměřené i na adresu klienta, nebo třeba na datum. Tento test umožňuje první odhady demence, test tvoří 30 úloh a trvá deset až patnáct minut. Co se týká bodové škály, tak je od 0 do 30 bodů, přičemž maximum získaných bodů je třicet a hranice pro diagnostiku demence je méně než 23 bodů. MMSE je rozdělený na jednotlivé části a to orientace, rozsah pozornosti, počítání a pozornost, paměť, řeč a tříčlenná instrukce na provedení úkonů. Tím, že je poměrně jednoduchý test, tak ho lze využívat i v pedagogická a sociální praxi. MMSE je

vhodný k testování středně těžké až těžké demenci, není však vhodný pro lehký či začínající typ demence. Využívá se převážně k diagnostice Alzheimerovy choroby a lze jej doplnit jinými testy. Testy MMSE jsou licencovány, což znamená, že autorská práva patří americké firmě Psychological Assessment Resources a jejich užívání je tedy zpoplatněno. Zdravotní pojišťovny však neproplácí tyto licence, přičemž předepisování kognitiv zdravotními pojišťovnami je v České republice vázáno na provádění testu MMSE. (Štěpánková a kolektiv, 2014, s. 125)

Hachinskeho skóre

Je vhodný jako doplňující test k MMSE zaměřený na vaskulární typ demence. Bodují se zde příznaky jako náhlý začátek, stupňovité zhoršování, noční zmatenost, kolísavý průběh, zachování osobnosti, deprese, emoční inkontinence, somatické obtíže, hypertenze, výskyt cévních mozkových příhod, nebo výskyt arteriosklerózy a fokální neurologické příznaky objektivně i subjektivně. Maximální počet bodů je zde 18, při dosažení bodů pod 4 se jedná o atroficko-degenerativní demenci a počet bodů nad 7 se jedná o multiinfarktovou demenci. (Mühlpachr, 2004, s. 43)

Test DemTect

Test DemTect se využívá při zjišťování rané fáze demence, trvá okolo deseti minut a tvoří ho 5 částí. Jedna z částí se týká plynulosti slovního vyjadřování, kde jedinec má vyjmenovat nějaké zboží z výběru určitého obchodu po dobu jedné minuty. Test také obsahuje tři paměťová cvičení na slova i čísla. Bodová stupnice je od 0 do 18 bodů a testuje se s přihlédnutím k věku člověka. Hodnotící poté určí, jestli je výkon přiměřený k věku, nebo jestli se vyskytuje lehké kognitivní omezení či podezření na demenci. (Harantová, Danko, 2014, s. 56)

Test kresby hodin

Jedinec při tomto testu má nakreslit číselný ciferník a nakreslit ručičky tak, aby ukazovaly zadaný čas. Může být doplňkovým testem k MMSE, protože jedinec s demencí ho může vyznačit špatně. Je to jednoduchý, krátký test a nenákladný. Bodová stupnice je 1–6 bodů, přičemž dosažení šesti bodů znamená silné postižení.

Mini-Cog

Je velmi krátkodobý test, trvá zpravidla okolo 3 minut. Provádí se tím, že se nejdříve určí tři slova, která musí jedinec zopakovat, dále má za úkol nakreslit hodiny s požadovaným časem, a nakonec má za úkol říct ty tři slova, které byly na začátku určené. Pokud jedinec udělá vše správně, tak je bez demence, pokud si nevybaví ani jedno slovo, tak je pravděpodobný výskyt demence. Když si vybaví pouze 1-2 slova, tak se bere ohled na hodiny. V případě nesprávného nakreslení hodin je zřejmá kognitivní porucha. (Štěpánková a kol., 2014, s. 129)

Addenbrookský kognitivní test

Tento typ testu se převážně využívá na klinických pracovištích a je čím dál, tím více frekventovaný. Addenbrookský kognitivní test vznikl na základě MMSE, protože autoři se snažili zajistit i možnost diagnostiky lehčích forem demence a také sestavit test, kde by mohl pomoci k diferenciaci typu demence. U jedince se testují tyto oblasti: paměť, pozornost, orientace, jazyk, slovní plynulost a zrakově-prostorové testování. (Štěpánková a kol., s. 128)

Abbreviated mental test 4

Jedná se o velice krátkodobý test jednoduššího typu, byl vyvinut ve Velké Británii a využíval se při přijímání starých lidí do nemocnic. Při této metodě se využívají čtyři otázky a to: Kde se teď nacházíme? Kolik je Vám let? Jaké je Vaše datum narození? Co je za rok? (Tentýž, str. 129)

Sedmiminutový test

Již z názvu vyplývá, že se jedná o rychlý test. Na jeho validitě a překladu do češtiny pracovali Jiří Kožený, Roman Jiráček a Eva Topinková. Test se skládá z částí, které jsou zaměřeny na orientaci časem, test vizuální paměti spolu s vybavením, test sémantické paměti, test schopnosti řeči a test zrakově-konstrukčních schopností. Je zde například obsažen test hodin. Možné dosažení bodů je od 0 do 113, přičemž získání 0 bodů je jedinec kognitivně zcela v pořádku. Tento test se považuje za velice efektivní v rámci identifikace demence. (Tentýž, 2014, s. 128-129)

CERAD testy

Také se jí říká baterie CERAD a jde o skupinu sedmi testů, kterou sestavila komise CERAD. Je využíván u jedinců s Alzheimerovou chorobou a slouží k včasnému rozpoznání poškození kognitivních funkcí a k popsání typických příznaků. Délka CERAD testů je přibližně hodina. Při tomto typu testování se lze setkat se zkouškou slovní paměti formou okamžitého zopakování deseti slov po jejich přečtení a následně si seznam slov znovu vybavit, poté v seznamu 20 slov rozeznat původních 10. Další zkouškou je například obkreslit kruh, dva čtyřúhelníky, kosočtverec i trojrozměrné kostky jako testování vizuálně – prostorového myšlení. (Harantová, Danko, 2014, s. 56)

Dotazník soběstačnosti

Tento druh testování vyplňuje doprovázející blízká osoba nebo pečující a vztahuje se ke každodenním činnostem týkající se například osobní hygieny i jiných činností.

Neuropsychiatric Inventory

Jedná se o neuropsychiatrický dotazník a stejně jako u dotazníku soběstačnosti ho vyplňují pečující osoby i rodinný příslušníci. Otázky se týkají psychických změn postiženého, a to i z hlediska výskytu halucinací, bludů, agrese a dalších. Vyhodnocení je v rámci bodů od 0 až po 144 bodů, přičemž čím je vyšší počet bodů, tím je těžší porucha. Tento dotazník se využívá také k určení míry zátěže pečující osoby. (Harantová, Danko, 2014, s. 58)

Short Cognitive test

Test SCT je určen k podrobnějšímu testování výkonu paměťových i pozornostních, je hravého charakteru, protože využívá obrázky i hrací kostky. Na hracích kostkách mohou být čísla anebo mohou představovat různé předměty. Testovaný jedinec musí v časovém limitu uspořádat nebo pojmenovat, popřípadě znovu poznat. Dosažené body se poté přepočítávají s přihlédnutím k věku i úrovni inteligence. (Tentýž, s. 58)

Dalšími testy mohou být například test řečové plynulosti, kdy jedinec musí vyjmenovat co nejvíce slov na zadané téma v určitém časovém intervalu, nebo Wechslerova škála paměti, která testuje slovní i zrakovou paměť, vybavení informací, také orientaci, logiku

a další. Mezi orientačními testy kognitivních funkcí se lze setkat i s testy názvem WAB, kde se spontánně testuje řeč, opakování, pojmenování i porozumění a také čtení, psaní, počítání, logické uvažování i vykonávání úkolů. (Jirák a kol., 2009, s. 27)

3 REHABILITACE KOGNITIVNÍCH PORUCH

Při léčbě osob s demencí se nevyužívají pouze farmakoterapie, ale je důležitá i behaviorální terapie. Oba typy terapií jsou na sobě závislé a vzájemně se doplňují, mají stejný cíl v podobě udržení jedince co nejdéle soběstačného. Dalším cílem je zlepšení kvality jeho života. V oblasti aktivizace kognitivních funkcí se velmi často využívá termín rehabilitace. Andragogický slovník označuje rehabilitaci jako: „*Časově ohraničený proces, jehož cílem je dosáhnout optimální úrovně kvality života jak v oblasti mentální, fyzické, tak i sociální*“ (Průcha, Veteška, 2014, s. 234) Kognitivní rehabilitace lze také pojmut jako nápravu poruch kognitivních funkcí se zaměřením na trénink paměti, psychomotoriku, orientaci, pozornost a další. (Procházková. Solárková, 2014, s. 204) Rehabilitaci kognitivních funkcí také lze považovat za snahu udržet kognitivní stav u jedinců s progredující prognózou. Nesprávným využíváním rehabilitace ve farmakoterapii i v behaviorální terapii je možné dosáhnout nežádoucího stavu klienta, proto je velmi důležitý výběr správných metod. Podle přístupu dělíme kognitivní rehabilitaci na dva modely. První model je kompenzační, při němž je snaha poškozenou funkci obejít a model substituční, kde je snaha pozměnit chování klienta v selhávajících situacích. (Válková, 2015, s. 23)

Kognitivní rehabilitace také právě slouží k naučení se nových strategií jako kompenzace poruch a také jako podpora psychického stavu i z hlediska vyrovnání se s určitými deficitem. (Klucká, Volfová, 2016. s. 19) Velmi častým termínem je také neurorehabilitace, která označuje komplexní péči o jedince s demencí za pomoci aktivizačních technik, Při němž tyto techniky mohou být například ergoterapie, logopedie, kognitivní rehabilitace, arteterapie, muzikoterapie, fyzioterapie, reminiscenční terapie, medikamentózní léčba a další. (Tentýž, str. 19) Rehabilitace kognitivních funkcí lze rozdělit na obecnou a cílenou, protože mohou být různorodé příčiny poškození funkcí mozku. Při němž obecná rehabilitace je mířená na získání povědomí o prostředí, kde se jedinec nachází a byl tak orientován, aby mohl spolupracovat i byl klidnějším. V tomto druhu rehabilitace jde především o získání důvěry, která je velmi podstatná pro další spolupráci. Obecná rehabilitace má jistou strukturu, které je třeba se držet. Jako první je důležité pozdravit a představit se pacientovi, poté se dotazuje na datum, rok, roční období

i den v týdnu, popřípadě jestli si je vědom, kde se nachází. Dalším postupem je sdělení informací o denním programu, sledování aktivity klienta a během dne pokládání dotazů ohledně jídla, rodiny, návštěv a další. (Válková, 2015, s. 32) Cílená rehabilitace se využívá již u spolupracujících klientů a může být individuálního charakteru, protože se zaměřuje na potřeby klientů. Cílená rehabilitace se také využívá po testování kognitivních funkcí, protože je mířená na oblast, která byla poškozena či narušena.

Dále se v oblasti aktivizace kognitivních funkcí vyskytují další důležité pojmy, a to kognitivní trénink a kognitivní aktivace. Při čemž kognitivní trénink působí také jako prevence u zdravých osob jako posilování stávajících schopností. (Tentýž, s. 204) Kognitivní trénink je zaměřený na orientaci, pozornost, paměť, exekutivní funkce, motivaci, složité myšlenkové operace, ale také na psychomotoriku ve smyslu senzomotoriky a koordinace. (Tentýž, s. 20) Kognitivní trénink i kognitivní rehabilitace jsou v širším slova smyslu to samé.

Kognitivní aktivace je šetrnější, využívá se u osob s demencí, ale ve většině případů nedochází ke zlepšení kognitivních funkcí a je důležité zvolit správnou úroveň složitosti. Pod kognitivní aktivace patří především trénink dlouhodobé paměti, protože bývá zachována na rozdíl od krátkodobé u jedinců s demencí. (Procházková. Solárková, 2014, s. 205) Kognitivní trénink, rehabilitace i aktivace mohou být prováděny individuálně nebo skupinově a mělo by se při nich postupovat od jednoduššího k nejtěžšímu.

4 FORMY A METODY PROCVIČOVÁNÍ PAMĚTI

„Obsahem kognitivních tréninků je nejen procvičování samotných kognitivních funkcí, ale též zahrnutí osobnostních a sociálních faktorů. Důvodem je neoddělitelnost těchto složek v běžném životě. Adaptivní uplatnění kognitivních schopností závisí i na schopnosti zacházet se sebou samým a na schopnosti adaptace a asimilace sociálního prostředí“. (Klucká, Volfová, 2016, s. 21)

Proto je vhodné provádět cvičení v menší sociální skupině seniorů o sedmi až deseti lidí, kteří se mezi sebou alespoň minimálně znají. Je možné zapojit i více lidí, ale procvičování již nebude tak intenzivní. Vhodné je využít kombinaci skupinové i individuální činnosti, protože je důležité umět pracovat samostatně ale i spolupracovat. Na začátku každého setkání je vhodné se vzájemně přivítat, pozdravit a popřípadě představit nové seniory pro podpoření vzájemné komunikace i pro příjemnější sociální prostředí. Pro orientaci seniorů v přítomnosti se po pozdravení připomene den, měsíc, rok, den v týdnu, období, účel setkání a další. Poté je vhodná vzájemná komunikace například na zájmy klientů nebo na jejich pocity. Po diskusi se pomalu přechází k jednotlivým kognitivním cvičením hravou formou. Není důležité, zdali dotazovaný znal správnou odpověď, ale aby byl aktivní a je třeba ho povzbudit. U seniorů, kteří odpoví správně je vhodné je pochválit. Lektor by měl navodit i udržet uvolněnou atmosféru po celou dobu cvičení a neměl by klást na seniory nepřiměřené požadavky. Na konec sezení je vhodné přistoupit k sebereflexi, pokud má někdo problém s vlastním zhodnocením, tak mu v tom pomůže lektor. Je třeba také využívat motivaci, která je důležitá a nezbytná. Na úplný závěr se skupina rozloučí. Pro seniory s demencí je dobré stanovit si určité opakující se rituály, které jim navozují pocit bezpečí a jistoty. Při kognitivních cvičeních se využívají verbální, neverbální, písemné, poslechové a kresebné úkoly. (Tentýž, s. 21)

4.1 Mnemotechniky

Jedná se o paměťové techniky, které napomáhají k uložení informace z krátkodobé do dlouhodobé paměti. (Suchá, 2010, s. 22) Do těchto mnemotechnik patří například

technika loci, která se využívá k zapamatování posloupnost. Co se týká praxe, tak lze tuto metodu využít při pomyslném vaření, kde se jmenují přísady v pořadí, v jakém se přidávají do hrnce. Další paměťovou technikou je kategorizace, kde se nevyužívá pořadí, ale je zde snaha o zapamatování si většího množství informací. Základem této techniky je si rozdělit informace do menších skupin na základě nějaké spojitosti. V praxi se využívá při kategorizaci například několik názvů zvířat a ty se poté rozdělí do menších skupin třeba podle místa, kde žijí nebo podle druhů. Akronyma jsou také jednou z mnemotechnik a spočívají ve vytvoření slov jako pomůcky. Ve většině případů tyto slova bývají nesmyslná, protože se skládají z počátečních písmen slov. (Tentýž, s. 23) Například KoTr jako kognitivní trénink. Velmi podobnou metodou je akrostická mnemonika. Liší se tím, že si ze začátku slov jedinec složí zapamatovatelnou větu. Pro zapamatování čísel jako třeba telefonních je vhodná technika rozdělení do menších celků a vytvoření asociací, které jsou totožné s nějakým známým číslem jako věk vnučky, datum svatby. Další paměťovou technikou je zapamatování slov pomocí příběhu. Je spousta typů mnemotechnik, ale při každodenních činnostech seniorů s kognitivními poruchy je třeba si hlasitě opakovat informace, psát si na papír vodítka, dávat si věci na stabilní místa a jiné.

Velmi prospěšnými činnostmi pro procvičení kognitivních funkcí u seniorů s demencí je například psaní deníku, hlasité čtení, tvůrčí činnost pro zapojení pravé mozkové hemisféry, hraní stolních her, online kognitivní cvičení na počítači a jiné. Kromě mnemotechnik může k lepšímu zapamatování přispět dodržování určitých zásad jako vizualizace, asociace, transformace a logiky. Při čemž zásada vizualizace spočívá v konkrétní představě a to i se zapojením smyslových vjemů. Zásada asociací je na principu propojení nových informací s informacemi v dlouhodobé paměti. Zásada transformace spočívá v převádění složitých a těžce zapamatovatelných slov do jednodušší formy. Zásada logiky je založena na zasazení nové informace do určitého rámce a podle podobností seskupit informace. (Suchá, Jarolímová, 2017, s. 36)

4.2 Určité metody paměťových cvičení

Nejjednodušší způsob procvičování

Tento postup je vhodný pro vyšetřování kvality paměti i pro procvičování a skládá se ze dvou částí. V první části si senior přečte, uvidí nebo uslyší určitý počet slov nebo čísel. Poté následuje v druhé části reprodukce těchto slov nebo čísel. Toto cvičení může mít několik variant, při čemž záleží na zadání lektorem. Jednou z variant je volná reprodukce, což znamená, že senior může slova opakovat v jakémkoliv pořadí a v těžších variantách může jít o reprodukci v obráceném pořadí. V tomto cvičení se sleduje, zdali reprodukováná slova byla či nebyla uvedena v první části. Další variantou tohoto cvičení může být obměna slov za určité fotografie nebo obrázky, kdy se procvičuje výkon obrazové paměti. Nebo se lze také setkat s pamětí pro pohyby, kde se předvede v první části několik určitých pohybů a ve druhé části je senior opakuje. (Preiss, Křivohlavý, 2009, s. 47)

Cvičení pozornosti

Nejznámější podobou tohoto cvičení je, že se zadá text a senior musí v tomto zadaném textu podtrhnout samohlásky. Mezi cvičení pozornosti se řadí i speciální psychologické techniky, které se využívají při vyšetřování za použití speciálních obrázků. Dobrým příkladem je třeba Bourdonův test pozornosti. (Tentýž, s. 48) Další variantou cvičení koncentrace je odlišení dvou obrázků, kteří vypadají na první pohled stejně, ale liší se určitými detaily. Do cvičení pozornosti patří také zpětné čtení, kde se vyžaduje čtení zprava doleva, nebo kreslení jedním tahem, kde je podstatou co nejpřesněji překreslit zadaný obrázek jedním tahem. Dalším cvičením koncentrace je i překreslování obrázků nebo obrázků zrcadlově, kde se sleduje dodržení délky a směru čar i přesnost překreslení. Velmi typickým procvičováním pozornosti jsou tabulky, které obsahují různá čísla i slova a na základě nich se kladou otázky na výskyt slov či čísel v tabulce.

Cvičení kreativity

Celkově tento druh cvičení je velice zábavný a sleduje se kreativita každého zúčastněného. Při tomto druhu cvičení si senior může značně odpočinout a je jistější ve správnosti odpovědi, protože v kreativě se meze nekladou. Může mít formu dokončování vět v různých příbězích, nebo alternativního využívání různých předmětů, vymyšlení překvapivých situací, určení nových významů zkratek, napsání co nejvíce slov podle instrukcí, dokreslování předloh a další formy.

Cvičení verbálních dovedností

Tomuto druhu cvičení se také říká práce se slovy a jejich významem, protože se týkají nejen správné reprodukce zadání určitých slov, ale také pochopit jejich význam. Do cvičení verbálních dovedností patří synonyma, antonyma, hyperonyma, hyponyma, akronyma, homonyma, začleňování slabik do slov, proměny slov změnou jednoho písmene, skrývání slov ve větách při nedodržení mezer, zapamatování přečteného textu či řady slov, slovní páry, přesmyčky, vysvětlování významu úsloví, doplňování kulturou vytvořené vazby, vysvětlování významu cizích slov, vytváření slov k zadanému písmenu, rozdíly mezi stejně znějícími slovy či významově blízkými slovy, doplňování přívlastků k podstatnému jménu, tvorba slov se zadáním prvního a posledního písmena, hledání slov v textu bez mezer, hledání nadřazených pojmů, práce se třemi slabikami, cvičení se souhláskami v němž jsou vynechány, čtení textu bez mezer, skládání slov z přeházených písmen, hledání slov v nesmyslném textu a další cvičení. (Preiss, Křivohlavý, 2009, s. 49-54)

Úkoly s čísly

Do této kategorie patří i využití matematických způsobů, práce s čísly a vztahy mezi nimi a význam určitých čísel. Úkoly s čísly mohou mít formu opakování série čísel, členění delší řady čísel na dvojice či trojice, sčítání čísel při postupu po dvojici, uvádění slovního významu daného čísla, přepisování římských čísel na arabský způsob, minisudoku, kombinování slovních i číselných podnětů pro procvičení paměti. (Tentýž, s. 54-55)

Procvičování dlouhodobé a krátkodobé paměti

Procvičování dlouhodobé paměti je velice důležité pro seniory s demencí, protože dlouhodobá paměť u nich bývá zachována déle než ta krátkodobá. Toto cvičení může mít formu odpovídání na základní informace týkající se země, ve které senior vyrůstal a zná ji velmi dobře. Dalším cvičením může být vybavování různých písní, básní z dětství, nebo otázky týkající se historie jako české vynálezy a jejich objevitelé. (Bílková, 2016, s. 144)

U procvičování dlouhodobé paměti se lze setkat se cvičením literárních směrů s přiřazením jejich představitelů, nebo s přiřazováním obrazů k malířům, patří sem také slovní cvičení na přísloví, známé výroky z filmů, hudební kvízy, doplňování známých dvojic, zvyky, pověry a další. (Suchá, 2010, s. 30-92)

U procvičování krátkodobé paměti se využívají cvičení na zapamatování symbolů, znaků, kontaktních údajů, nebo kombinací čísel se slovy jako například čísla dresů přiřadit k jménům hráčů, zapamatování předpovědi počasí, pracování s textem na základě zapamatování obsahu článku. Velmi oblíbenými aktivitami také bývají zapamatování jídelního lístku anebo zapamatování nesmyslných slov.

Cvičení paměti pomocí obrazového materiálu

Lze se setkat i s názvem cvičení obrazové paměti. Do této skupiny se řadí například cvičení rozsahu paměti pomocí většího souboru různých obrázků, kde jsou dány k nahlédnutí po určitou krátkou dobu a poté následuje popis. Další formou tohoto cvičení může být zapamatování detailů, barev, nebo tvarů.

Cvičení hudební paměti a paměti pro pohybovou aktivitu

Do cvičení hudební paměti patří dokončování slov i celého hudebního znění písně anebo například znalost melodie. Velmi častou formou paměti pro pohybovou aktivitu je opakování pohybů po cvičiteli, které se cvičí na určitou melodii.

Kvízy

Kvízy jsou vědomostní i zábavnou formou procvičování paměti a jsou řazeny do skupiny procvičování obecných znalostí. V dnešní době existuje nespočet různých kvízů, mohou

být mířené na historické události, zeměpisné vědomosti, hudební díla spolu s jejich autory, ale i doplňováním slovních výrazů, přísloví, veršů a mohou mít i další podoby.

Procvičování logického myšlení

Do tohoto typu procvičování náleží různé druhy cvičení na přiřazování smysluplných slovních spojení, která k sobě patří, analogická cvičení, sudoku se symboly, nebo osmisměrky se jmény a další cvičení.

Procvičování zrakově prostorových schopností

Tento druh cvičení bývá náročnější pro seniory s demencí, kteří mají narušenou zrakově prostorovou funkci, ale mohou mít i hravou a jednodušší formu například rozlišením obrázků, které se prolínají, nebo překreslení jednoduchých kreseb podle zadání. Velmi obvyklé a frekventované cvičení je skládání papíru podle instrukcí s názvem origami a zrcadlově obrácená písmena.

Procvičování propojení obou mozkových hemisfér

Pod procvičování propojení onou mozkových hemisfér spadají obrázkové rébusy, kdy ve slovech je část nahrazena obrázkem, nebo podobným cvičením je číselný rébus, kde jsou nahrazeny obrázky číslicí ve slovech.

„Z andragogického hlediska je významné to, jak se kapacita lidské paměti mění s věkem jedince (např. změny paměti u seniorů a vliv na možnosti vzdělávání) a jak lze paměť určitými strategiemi trénovat a ovlivňovat učení“. (Průcha, Veteška, 2014, s. 204)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 PŘEDSTAVENÍ DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

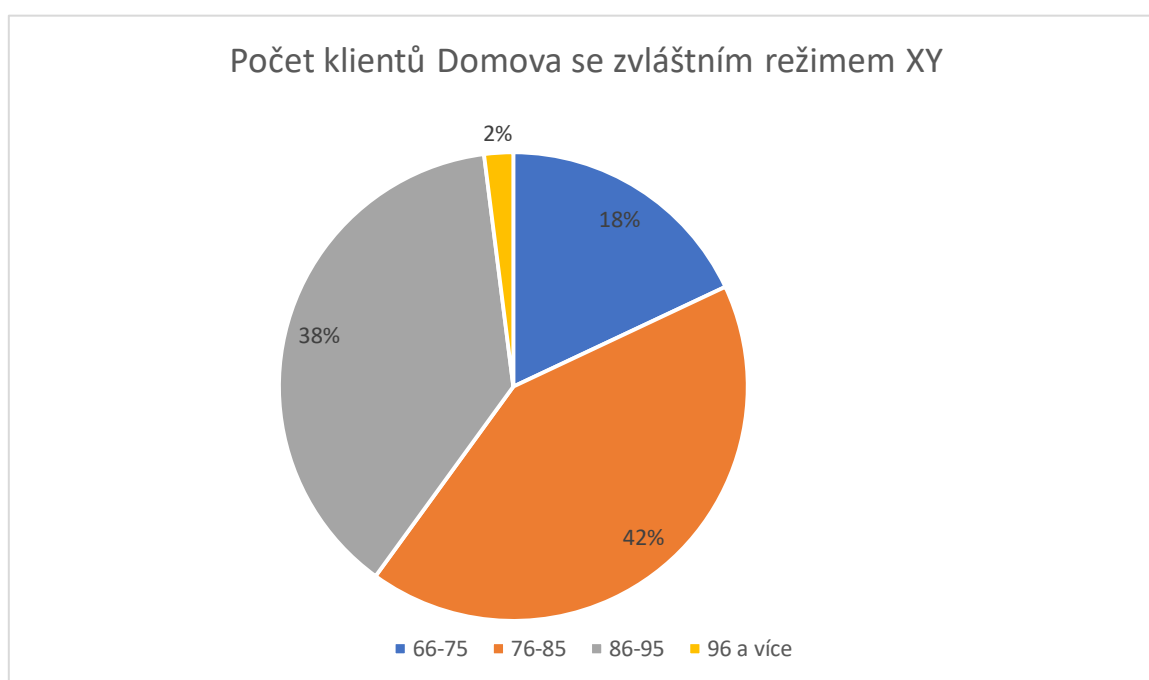
Domov se zvláštním režimem řadíme podle zákona o sociálních službách do pobytových služeb, které zajišťují neustálou pomoc a zahrnují nejen ubytování, ale také stravu, pomoc při běžných denních úkolech i při osobní hygieně, ošetřovatelství, terapeutickou činnosti, první poradenství, osobní konzultace, terapeutickou činnost, aktivizační činnost a další. Tato služba je určena lidem, kteří si nejsou schopni zařídit ambulantní či terénní služby z jakéhokoliv důvodu, a to i ve spolupráci s rodinnými příslušníky. (Benešová, 2014, s. 41) Klientelu tvoří převážně senioři s Alzheimerovou chorobou, vaskulární demencí, demencí při Parkinsonově nemoci a s jinými druhy demence, proto je důležité zajistit bezbariérový přístup, dohled na klienty i odstranit předměty pro rizika poranění. Pohyb klientů v zařízení by měl být volný, bez omezení a samozřejmě se zajištěním vstupních dveří pro zamezení odchodu. V domově se zvláštním režimem se lze setkat se sociální péčí s výraznými prvky zdravotní péče. Zřizovateli bývají obce, kraje, nestátní neziskové organizace a právnické osoby. (Malíková, 2011, s. 58) Personál domova se zvláštním režimem se z pravidla skládá z praktického lékaře, psychiatra, zdravotních sester včetně vrchní sestry, aktivizačních pracovníků, pečovatелů včetně vedoucí péče, fyzioterapeutů, sociálního pracovníka a pracovníků úklidu. Velmi důležité je také zajištění duchovní péče, jelikož značná část seniorů je věřících. V domovech se zvláštním režimem se provozují aktivizační činnosti, jejichž smyslem je: *„nalezení vhodných stimulačních a aktivizujících podnětů, které pomohou klientovi probudit zájem o sebe, uvědomit si sebe a své potřeby, mobilizovat síly a iniciativně se zapojovat do sebek péče, a zabránit tak vzniku a rozvoji závislosti“*. (Tentýž, s. 122) Mezi aktivizační činnosti řadíme právě i zájmové vzdělávání formou kognitivního tréninku. Dále v textu autorka bude používat v rámci ochrany údajů o instituci XY.

Všechny institucionální i neinstitutcionální formy by měly vycházet z čtyř principů v podobě demedicalizace, deinstitucionalizace, desektorizace a deprofesionalizace.

Tyto principy se zaměřují na kvalitu života seniora, přirozenost prostředí, prioritu ošetřování, podporu seniora do společnosti, propojení zdravotních a sociálních služeb, podpora rodiny a další. (Jarošová, 2006, s. 43-44)

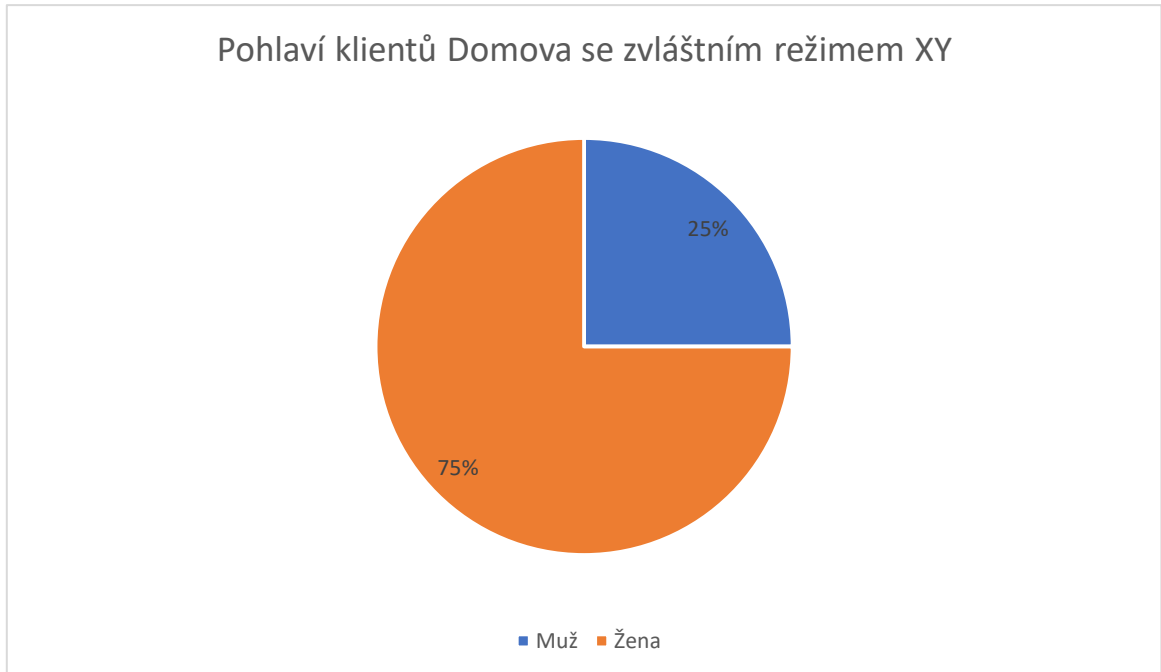
V zařízení je aktuální stav klientů 61 v různém věkovém rozmezí a v počtu zde převažují značně ženy. Autorka práce uvádí grafy, které zohledňují dominující věkovou kategorii klientů Domova se zvláštním režimem XY a rozložení respondentů dle genderu.

Graf č. 2: Věkové rozmezí klientů



Zdroj: Autorka práce, 2020, vlastní šetření

Graf č. 3: Pohlaví klientů



Zdroj: Autorka práce, 2020, vlastní šetření

5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem diplomové práce je na základě odborných publikací a analýzy dokumentů potvrdit či vyvrátit možnost vlivu zájmového vzdělávání na výsledek v testu, pro orientační zjištění kognitivního stavu a screeningu kognitivních poruch u klientů Domova se zvláštním režimem XY.

5.1.1 Výzkumné cíle:

Podrobné výzkumné cíle praktické části, které budou šetřeny analýzou dokumentů.

- 1) Zjistit možnost vlivu zájmového vzdělávání na výsledek v testu Mini Mental State Exam.

2) Zjistit nejvhodnější formy a metody zájmového vzdělávání v návaznosti s typy demencí.

3) Zjistit možnost vlivu zájmového vzdělávání na psychický stav klientů s demencí.

5.1.2 Výzkumné otázky:

1) Jaký vliv bude mít zájmové vzdělávání na výsledek v testu Mini Mental State Exam?

2) Jaké jsou nejvhodnější formy a metody zájmového vzdělávání v návaznosti s typy demencí?

3) Jaký vliv bude mít zájmové vzdělávání na psychický stav klientů s demencí?

5.2 Základní design výzkumu

„Výzkum znamená proces vytváření nových poznatků. Jedná se o systematickou a pečlivě plánovanou činnost, která je vedena snahou zodpovědět kladené výzkumné otázky a přispět k rozvoji daného oboru“. (Hendl, 2008, s. 28)

5.2.1 Kvalitativní výzkumné šetření

Autorka diplomové práce si vybrala kvalitativní výzkumné šetření. Podle metodologa Creswella (1998, s. 12) *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“.* (In: Hendl, 2008, s. 48) Na začátku výzkumu si výzkumník vybere téma a stanoví si výzkumné otázky, které lze doplnit i během výzkumu. Poté se zvolí výzkumný plán, následuje sběr dat a jejich analýza. Výzkumník provádí deduktivní i induktivní závěry na základě vyhledávání a analyzování informací, které přispívají k zodpovězení výzkumných otázek. Během kvalitativního výzkumného šetření se pracuje přímo v terénu místa dění. Co se týká sběru dat a jejich následné analýzy, tak tento proces má longitudinální charakter a probíhá současně. Výzkumník přezkoumává své domněnky,

závěry a ověřuje validitu výsledků. Závěrečná zpráva obsahuje podrobný popis. U kvalitativního výzkumu se na základě intenzivnějšího delšího kontaktu s místem i situací jedince či menší skupiny používají spíše méně standardizované metody získávání dat. U toho druhu šetření se lze setkat s různými typy dat, jako například fotografie, videozáznamy, audiozáznamy, deníky, úřední dokumenty a další možnosti. Kvalitativní výzkum umožňuje studovat procesy, navrhovat teorie, hledá lokální příčinné souvislosti, reaguje pozitivně na místní situace i podmínky, zkoumá v přirozeném prostředí jedince či skupinu a získává podrobný popis při zkoumání. Z hlediska psychologie zkoumá kognitivní procesy, které podmiňují vykonávání specifických úkolů. (Tentýž, s. 46 – 52) V této diplomové práci bude probíhat kvalitativní výzkumné šetření formou analýzy MMSE testu a přímého pozorování klientů při plnění zájmového vzdělávání.

5.2.2 Charakteristika analýzy dokumentů

Analýza dokumentů se běžně využívá při kvalitativních šetřeních. Dokument se obvykle posuzuje z hlediska typu, vnějších znaků, vnitřních znaků. Intencionality, blízkosti dokumentu k předmětu zkoumání a původu dokumentu. (Hendl, 2008, s. 130 - 131) Při analýze dokumentů se postupuje velmi podobně jako u analýzy záznamů pozorování či rozhovorů. Lze se také zaměřit na statickou analýzu získaných četností různých prvků.

5.2.3 Charakteristika přímého pozorování

Pozorování je cílené na určité jednání či chování jedinců nebo skupiny. Považuje se za přirozené, avšak v kvalitativním výzkumu musí být promyšlené. Pozorování lze rozlišit na skryté, kde pozorovatel neinformuje účastníky i své činnosti anebo otevřené, kde je informuje. Další možností klasifikace je na zúčastněné či nezúčastněné, při čemž záleží na míře participace pozorovatele na dění. Podle předem nastaveného charakteru, lze dělit pozorování také na strukturované a nestrukturované. Při pozorování také záleží na určité situaci a na výběru souboru. Pozorovatel může mít roli úplného účastníka, kdy se stává rovnoprávným členem skupiny, ale členové skupiny neví, že je pozorovatel. Dalším možným typem je účastník jako pozorovatel, ale oproti roli úplného účastníka informuje členy skupiny o tom, že je pozorovatel. Třetí možností je pozorovatel jako účastník, při čemž je spíše tazatelem a ostatní vědí jeho totožnost. Posledním typem je úplný

pozorovatel, který je v roli vnějšího pozorovatele a v tomto případě lidé nevědí o jeho roli pozorovatele. (Tentýž, s. 191)

Přímé pozorování je pozorování pomocí smyslů, primárně zrakových a sluchových. Pozorují se bez ovlivnění sociální jevy, úkazy, procesy a činnosti. Přímé pozorování je jedním ze základních a tradičních technik sběru dat.

5.3 Výběr informantů

Výběr informantů byl záměrný a cílovou skupinou jsou klienti domova se zvláštním režimem s různými typy demence.

Základní soubor: lidé s demencí v Domově se zvláštním režimem XY

Výběrový soubor: 4 informanti s demencí z Domova se zvláštním režimem XY

5.4 Harmonogram výzkumného šetření.

Domov se zvláštním režimem XY byl vybrán autorkou práce na základě nejbližšího zařízení tohoto typu v místě jejího bydliště, poté byl kontaktován ředitel zařízení, který s výzkumným šetřením souhlasil. Za informanty autorka práce docházela 3 x týdně po dobu 60 min a to v období od ledna 2019 do ledna 2020. Přímé pozorování bylo zaměřeno na 4 klienty, které si autorka záměrně vybrala kvůli odlišným typům demence a realizovala s nimi zájmové vzdělávání. Autorka diplomové práce si vytvářela pracovní listy pro klienty s demencí, kde zjišťovala stav kognitivních funkcí a dělala si průběžně záznamy. První hodina byla poznávací, kde bylo podstatné navození atmosféry a vybudování důvěry, která je nezbytná pro efektivní práci se seniory. Informantům nebyl sdělen účel výzkumného šetření, kvůli ochraně psychického stavu klientů, také kvůli soutěživosti a výsledky testů MMSE jim nebyly sděleny ze stejných důvodů. Psychiatr zařízení nikdy nesděljuje výsledky testování. Jednak kvůli tomu, že značná část jedinců si není vědoma demence, nebo si ji nechce připustit a je to pro ně velice choulostivé téma o kterém se neradi baví.

V úvodní hodině jim byl sdělen nápad se zájmovým vzděláváním, podrobně jim tento pojem byl vysvětlen s uvedením příkladů a podstatný byl jejich souhlas s tím, že mají z etického hlediska možnost svobodného odmítnutí kdykoliv během projektu. Klienti Domova se zvláštním režimem XY byli nadšeni s tímto nápadem a souhlasili s jeho realizací. Náhled do výsledků orientačních testů kognitivních funkcí umožnil autorce práce psychiatr, který pracuje v Domově se zvláštním režimem XY a požadoval, aby zůstal v anonymitě. Do osobních složek s informacemi týkající se zdravotního stavu klientů, osobních údajů a informací týkající se péče mohla autorka práce nahlédnout se souhlasem ředitele zařízení. Tyto informace byly dostupné z interního softwaru, který je zabezpečený a slouží k chodu zařízení.

5.4.1 Teoretická východiska

Studium odborné literatury, publikací a dalších relevantních podkladům k tématům: zájmové vzdělávání dospělých, domov se zvláštním režimem, kognitivní funkce, formy a metody procvičování paměti.

5.5 Průběh šetření

V průběhu šetření byly využívány metody zájmového vzdělávání jako cvičení pozornosti, kreativity, verbálních dovedností, krátkodobé i dlouhodobé paměti, logického myšlení, hudební paměti, ale i cvičení pro pohybovou aktivitu a speciální úkoly s čísly. Autorka diplomové práce například využívala s klienty dokončování vět kvůli zábavnému procvičení kreativity, dále cvičení na překreslení a odlišení jednoduchých obrazců i origami jako zrakově prostorové cvičení. V cvičeních orientovaných na verbální dovednosti autorka praktikovala antonyma, homonyma, synonyma, přesmyčky, slovní páry, anagramy a další. Při speciálních úkolech s čísly bylo využito matematických způsobů práce s čísly, mini sudoku a kombinovaný typ cvičení se slovy i číslicemi. Dlouhodobá paměť bývala procvičována především na základě všeobecných znalostí, využívaly se různé kvízy se zaměřením na historii, hudbu, zeměpis, známá umělecká díla a sportovní události i výkony. Zopakováním souboru zvuků i pohybů byla procvičena hudební paměť i paměť pro pohybovou aktivitu. Logické myšlení bylo procvičeno různým přiřazováním, kris-kros cvičením a sudoku se symboly. Nejčastěji využívaným

cvičením bylo procvičování krátkodobé paměti. Kde autorka práce používala zapamatování znaků i symbolů, jídelních lístků, obsahu článků, veršů, údajů v tabulce a další cvičení. Autorka diplomové práce přikládá do přílohy příklad cvičení s označením jednotlivých klientů.

Během šetření byly vyzorovány tyto jevy:

Klient A je bezproblémový a velmi společenský. Rád poznává nové lidi, s kterými může komunikovat a nemá problém s navázáním kontaktu. V zařízení je velmi oblíbený, také je velice kolektivní a spolupráce mu nevádí. Je spíše vypravěčem, nežli posluchačem. Má mírné problémy se sluchem zapříčiněné nejspíš věkem. Do každé aktivity se hrne se zájmem a má pozitivní přístup k lidem i prostředí. Při zájmovém vzdělávání má klient A problém s koncentrací a vyskytuje se u něj frekventované zapomínání. Velmi často se přerekne nebo použije slovo se špatným významem, nežli chtěl říct. Občas se stane, že nedá smysluplnou větu dohromady, ale vzápětí se ale sám opraví. Při zájmovém vzdělávání je třeba lehké motivace. Klient A si částečně uvědomuje, že má narušené kognitivní schopnosti. V některých situacích se podceňuje a nevěří si, takže je třeba ho neustále chválit i povzbuzovat. Psané písmo je v pořádku. Má problémy s krátkodobou pamětí a dlouhodobá je téměř v pořádku. Počítání je jeho slabou stránkou. Klient A má mírné problémy s orientací v prostoru. Co se týká procvičování kognitivních funkcí, tak nejlépe si vedl klient ve cvičeních na kreativitu, verbální dovednosti, dlouhodobou paměť. Nejhůře si vedl v úkolech s čísly a při cvičení pozornosti.

Klient B má problém v komunikaci s cizími lidmi, který se odbourá v případě poznání a důvěry. Je spíše posluchačem, nežli vypravěčem a má rád menší kolektiv klientů. Je bezproblémový, spolupracuje, ale je spíše uzavřeným typem osobnosti. Je velmi inteligentní. Nemoc si uvědomuje, nemá problém o ní mluvit a nesnaží se zakrýt své nedostatky. Zatím nejeví žádné známky dezorientace a udrží dlouho pozornost oproti jiným klientům. Zapomínání je u něj minimální, ale občas má problém najít vhodná slova, které chtěl použít a to i v případě banalit. Nevzdává se a klidně i 10 minut tráví přemýšlením anebo využíváním abecedy, kterou si řekne v duchu. Před jakoukoliv aktivitou nebo úkolem je třeba ho oslovit a vysvětlit mu ji dopodrobna s odůvodněním užitečnosti. Písmo je zcela přehledné a neroztřesené. Klient B má problémy se sluchem kvůli tinnitu, které se jeví pískáním v uších. Do zařízení byl přijat zejména kvůli špatným

událostem, které měly na svědomí zhoršení psychického stavu. Klient B si vedl ve všech činnostech i úkolech na procvičování kognitivních funkcí skvěle, lehké potíže měl pouze ve cvičení hudební paměti a při cvičeních na krátkodobou paměť. V úkolech s čísly a při cvičeních zaměřených na pozornost byl velmi úspěšný.

Klient C má problémy s komunikací s cizími osobami, potřebuje je nejdříve poznat a při získání důvěry je celkem komunikativní. Má rád menší kolektiv a v něm je spíše posluchačem, nežli vypravěčem. V případě, že se ho kdokoliv na cokoliv zeptá, pohotově reaguje odpovědí. Při zájmovém vzdělávání spolupracuje a je bezproblémový, jen je třeba ho řádně motivovat. Zapomínání se u něj vyskytuje minimálně a nemá problém s pozorností. Má však značný problém s orientací v čase i prostoru. U klienta je mírně narušena krátkodobá paměť, dlouhodobá je v pořádku. Písmo má roztřesené. Hledá způsoby, jak zakrýt své nedostatky. Nemoc si nepřipouští a zlobí se, že do zařízení nepatří. Co se týká zájmového vzdělávání, tak klient C měl lehké problémy při procvičování krátkodobé paměti a nejspíše vlivem studu u cvičení na kreativitu. Velký problém měl se zřetelnou prostorovou orientací při cvičení, kde měl překreslit dva různé prolínající obrazce. Oproti ostatním klientům měl navrch ve cvičení verbálních dovedností.

Klient D bezproblémově komunikuje s cizími lidmi, je velmi společenský a spolupracuje podle své nálady. Nejráději má práci v menší skupině či s jednotlivcem. Je spíše vypravěčem, nežli posluchačem. V osobních tématech je uzavřený. Zapomínání se u něj vyskytuje frekventovaně, stává se, že opakuje informace vícekrát. Pro práci je třeba ho řádně motivovat a chválit. Má značný problém s koncentrací a špatně slyší vlivem věku. Jeví známky dezorientace v čase i prostoru. Dále má značné problémy s psaním, při čemž písmo je nečitelné a roztřesené. Také má problém se strefit na linku, kam má psát. Nemoc si nepřipouští, myslí si, že nepatří do zařízení a je si jistý tím, co říká, i když se nejedná o pravdivý údaj. Je velmi sensiblní a rozhodí ho maličkost a vzápětí se zklidní. V zájmovém vzdělávání měl klient D problémy s cvičením pozornosti, při psaní úkolů, při cvičeních krátkodobé paměti. Naopak exceloval ve cvičeních na kreativitu a hudební paměť.

5.6 Základní údaje o informantech

U každého informanta uvede autorka práce záznam o vymezení schopností klienta zvládat základní životní potřeby. Jedná se o deset bodů, které budou následovně vysvětleny podle informací z interního softwaru Domova se zvláštním režimem XY.

Mobilita

Osoba je schopná zvládat vstávání i usedání, zaujímat a měnit polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušovanými zastávkami, v bytě a v běžném terénu v dosahu alespoň 200m a to i po nerovném povrchu, otevírat a zavírat dveře, chůzí po schodech v rozsahu 1 patra směrem nahoru i dolů, nastupovat i vystupovat z dopravních prostředků včetně bariérových a používat je.

Orientace

Osoba je schopna poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se osobou, časem a místem, orientovat se v přirozeném sociálním prostředí, orientovat se v obvyklých situacích a přiměřeně v nich reagovat.

Komunikace

Osoba je schopna vyjadřovat se srozumitelně mluvenou řečí a dorozumět se jejím prostřednictvím s jinými osobami v rozsahu běžné slovní zásoby odpovídající věku a sociálnímu postavení, chápat obsah přijímaných a sdělovaných zpráv, vytvářet rukou psanou krátkou zprávu, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům a zvukovým signálům, používat běžné komunikační schopnosti.

Stravování

Osoba je schopna vybrat se ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nalít nápoj, rozdělit stravu na menší kousky a naservírovat ji, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim, konzumovat stravu v obvyklém denním režimu, přemístit nápoj a stravu na místo konzumace.

Oblékání a obouvaní

Osoba je schopna vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, rozeznat rub a líc oblečení a správně je vrstvit, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

Tělesná hygiena

Osoba je schopna použít hygienické zařízení, dodržovat tělesnou hygienu, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

Výkon fyziologické potřeby

Osoba je schopna včas používat toaletu, zaujmout vhodnou polohu, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky.

Péče o zdraví

Osoba je schopna dodržovat stanovený léčebný režim, provádět preventivní léčebné a léčebné rehabilitační a ošetrovatelské postupy i opatření. Používat k tomu potřebné léky nebo pomůcky, rozpoznat zdravotní problém a v případě potřeby vyhledat nebo přivolat pomoc.

Osobní aktivity

Osoba je schopna navazovat kontakty a vztahy s jinými osobami, plánovat a uspořádat osobní aktivity, styku se společenským prostředím, stanovit si a dodržet denní program, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí např., vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

Péče o domácnost

Osoba je schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si jednoduché teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, nakládat s prádlem, mýt nádobí, obsluhovat topení, udržovat pořádek.

5.6.1 Respondent A

Klient A má diagnostikovanou smíšenou kortikální a subkortikální vaskulární demenci. Do zařízení byl přijat 3. 10. 2018 a je věku 83 let.

Cílem péče a léčby není uzdravení, ale udržení i zlepšení kvality života, zachování důstojnosti a podpora jeho blízkých. Klient nemá známky úzkosti a neklidu, je veden ke změně návyků, životního stylu a úpravy prostředí, které zvýší jeho bezpečnost, klient zná a rozumí rizikovým faktorům, které mohou být příčiny úrazu. Klient je chronicky zmatený, tudíž došlo k identifikaci zevních faktorů, které přispívají ke změnám smyslového vnímání, klient je ochráněn před poškozením při zachování jeho maximálně možné nezávislosti. Vymezení schopností klienta zvládat základní životní potřeby:

- mobilita – Nevládá,
- orientace – Nevládá,
- komunikace – Zvládá,
- stravování – Zvládá,
- oblékání a obouvání – Nevládá,
- tělesná hygiena – Nevládá,
- výkon fyziologické potřeby – Nevládá,
- péče o zdraví – Nevládá,
- osobní aktivity – Zvládá,
- péče o domácnost – Nevládá.

Celkové hodnocení: Těžká závislost

Co se týká osobní péče, tak klient A potřebuje mírnou pomoc s příjmem jídla, maximální pomoc v osobní hygieně, mírnou pomoc při koupeli, při oblékání je zcela závislý na dopomoci další osoby. Co se týká přesunů klienta A tak potřebuje mírnou pomoc personálu. Komunikace je bezproblémová a to z hlediska porozumění i vyjadřování. Klient je občas dezorientovaný, chůzi vykonává s dopomocí chodítka, má potíže s rovnováhou. Ve vstupním orientačním testu kognitivních funkcí získal 16 bodů, což je 53 %, takže klient A má středně těžkou demenci. Při MMSE odpověděl špatně na otázky: kolikátého je dnes? Jak se jmenuje zařízení, ve kterém jsme? Ve kterém poschodí jsme?.

V sekci paměť a pozornost odpověděl špatně ve všech úlohách týkajících se počtů a ve dvou úlohách zaměřených na paměť. Dále klient A odpověděl špatně u úlohy: Pozorně poslouchejte a opakujte po mně větu: Žádná jestli, ano, nebo ale. Další chybu udělal v cvičení, kde zadávající držel před klientem list papíru s úkolem: zavřete oči a žádal ho, aby to udělal. Poté nebyl schopen napsat nějakou větu o čemkoliv, nakonec špatně překreslil stejný obrázek, který mu byl ukázán. Autorka diplomové práce přikládá v příloze test MMSE pro detailnější popis.

5.6.2 Respondent B

Klient B má diagnostikovanou Alzheimerovu nemoc s časným nástupem. Do zařízení byl přijat 24. 1. 2019 a je ve věku 67 let.

Cílem péče a léčby není uzdravení ale udržení tělesného i duševního strádání se snahou maximální eliminace, zachování důstojnosti pacienta a podpora jeho blízkých. Vymezení schopností klienta zvládat základní životní potřeby:

- mobilita – Nevládá,
- orientace – Nevládá,
- komunikace – Zvládá,
- stravování – Zvládá,
- oblékání a obouvání – Zvládá,
- tělesná hygiena – Zvládá,
- výkon fyziologické potřeby – Zvládá,
- péče o zdraví – Nevládá,
- osobní aktivity – Zvládá,
- péče o domácnost – Nevládá.

Celkové hodnocení: Středně těžká závislost

Klient B má problémy s orientací v čase i prostoru, nemá problém s komunikací a účastní se aktivit zařízení XY. Klient B je vcelku samostatný. Co se týká vstupního orientačního testu kognitivních funkcí dosáhl 28 bodů, což je 93 % úspěšnosti, takže je s mírnou poruchou kognitivních funkcí. Špatně odpověděl pouze na zopakování dvou slov ze tří,

keré si měl před chvílí zapamatovat. Klient B je bezproblémový a má neskutečný zájem o jakékoliv aktivity.

5.6.3 Respondent C

Klient C má diagnostikovanou encefalopatii. Do zařízení byl přijat 28. 11. 2018 a je věku 81 let.

Cílem péče i léčby není uzdravení ale udržení tělesného a duševního strádání se snahou maximální eliminace, zachování důstojnosti pacienta, také podpora jeho blízkých. Klient C má omezenou mobilitu, protože potřebuje k chůzi hůl. Oproti ostatním vybraným klientům má diabetes mellitus druhého typu. Vymezení schopností klienta zvládat základní životní potřeby:

- mobilita – Nezvládá,
- orientace – Nezvládá,
- komunikace – Zvládá (hraničně),
- stravování – Zvládá,
- oblékání a obouvání – Nezvládá,
- tělesná hygiena – Nezvládá,
- výkon fyziologické potřeby – Nezvládá,
- péče o zdraví – Nezvládá,
- osobní aktivity – Zvládá,
- péče o domácnost – Nezvládá.

Celkové hodnocení: Těžká závislost

Klient C má ztíženou schopnost vést rozhovor, schopnost pojmenovat a označit věci či osoby. Ve vstupním orientačním testu kognitivních funkcí dosáhl klient 15 bodů což je 50 % a jedná se o středně těžkou demenci. V úkolech na orientaci (devět úkolů) odpověděl ve všech špatně. Správně odpověděl pouze na dvě otázky: Ve kterém státě jsme? Ve kterém poschodí jsme?. Další dvě chybné odpovědi se objevily v kategorii pozornost a počty. Při cvičení, kde měl klient zopakovat tři slova, které si před chvílí měl zapamatovat, odpověděl 2x špatně. Dále odpověděl špatně na opakuující větu: Žádná jestli,

ano, nebo ale. Dále klient C nebyl schopen přeložit papír na polovic a zavřít oči když ho zkoušející požádal, aby udělal, co je napsáno na papíře.

5.6.4 Respondent D

Klient D má diagnostikovanou vaskulární demenci. Do zařízení byl přijat 4. 12. 2018 a je ve věku 89 let.

Klient je dezorientovaný, chodí pomocí kompenzační pomůcky – chodítka. Má problémy se sociálními interakcemi. Cílem péče a léčby není uzdravení ale udržení tělesného a duševního strádání se snahou maximální eliminace, zachování důstojnosti pacienta a podpora jeho blízkých. Vymezení schopností klienta zvládat základní životní potřeby:

- mobilita – Nevládá,
- orientace – Nevládá,
- komunikace – Nevládá (pouze s osobami, kterým důvěřuje),
- stravování – Nevládá,
- oblékání a obouvání – Nevládá,
- tělesná hygiena – Nevládá,
- výkon fyziologické potřeby – Nevládá,
- péče o zdraví – Nevládá,
- osobní aktivity – Nevládá,
- péče o domácnost – Nevládá.

Celkové hodnocení: Úplná závislost, maximální pomoc

Ve vstupním orientačním testu kognitivních funkcí odpověděl správně na otázku: Jaké je roční období? Ve kterém městě jsme? Ve kterém státě jsme?. Dále odpověděl správně v sekci krátkodobé paměti na tři otázky ze tří. Co se týká pozornosti a počtů, odpověděl správně na tři otázky z pěti a na jednu otázku ze tří, kde se měly zopakovat tři slova, které si měl klient před chvílí zapamatovat. Další chybu udělal klient v zopakování věty: žádná jestli, ano, nebo ale. Problém měl také klient se zavřením očí, což bylo napsané na papíře a zkoušející ho o to požádal. V posledním cvičení nedokázal klient nakreslit stejný

obrázek, který mu byl předložen. V celkovém hodnocení získal 16 bodů, což je 53 % a jedná se tudíž o středně těžkou demenci

5.7 Metody získávání dat

Kvalitativní metoda formou analýzy výsledků vstupních a nynějších MMSE testů po absolvování aktivizací se zaměřením na procvičování kognitivních funkcí. Dále bude využito přímého pozorování klientů při plnění zájmového vzdělávání.

5.8 Zpracování dat

Tabulka č. 1: Výsledky vstupních a nynějších testů MMSE

	Vstupní výsledky MMSE	Nynější výsledky MMSE	Zlepšení ANO/NE
Klient A	16 bodů	24 bodů	ANO
Klient B	28 bodů	27 bodů	NE
Klient C	15 bodů	26 bodů	ANO
Klient D	16 bodů	19 bodů	ANO

Zdroj: Autorka práce, 2020, vlastní šetření

Klient A dosáhl výsledku ve vstupním testu MMSE 16 bodů a v nynějším testu 24 bodů, tudíž došlo k zlepšení o 8 bodů. Ve vstupním orientačním testu kognitivních funkcí získal klient B 28 bodů a v nynějším 27 bodů, takže došlo k zhoršení o 1 bod. U klienta C došlo ke zlepšení o 9 bodů, protože ve vstupním testu získal 15 bodů a v nynějším testu MMSE dostal 26 bodů. Klient D získal ve vstupním testu 16 bodů a v nynějším orientačním testu kognitivních funkcí dosáhl 19 bodů, což je zlepšení o 3 body. Hranice pro diagnostiku demence je méně než 23 bodů, při získání vyššího počtu bodů, to ale neznamená, že klient demenci nemá.

5.9 Analýza dat

V orientačním testu kognitivních funkcí odpověděl špatně klient A v sekci pozornost a počty, kde nedokázal odpovědět správně na čtyři počty z pěti. Další chybu udělal

v paměťovém cvičení, kde si nedokázal zapamatovat jedno ze tří slov. Poté nedokázal v sekci jazyk zopakovat větu – Žádná jestli, ano, nebo ale. Co se týká napsání libovolné věty, tak ta byla zcela v pořádku. V posledním cvičení kde se obkresluje předloha průniku dvou tvarů, tak klient nezvládl toto cvičení, ale pouze kvůli špatnému znázornění jednoho obrazce. Celkově dosáhl klient A v nynějším testu 24 bodů.

Klient B udělal chybu pouze v sekci pozornost a počty, kde jedno z pěti cvičení nezvládl, dále ve cvičení na zapamatování 3 slov, kde si nezapomněl na jedno z nich. Poslední a třetí neúspěch měl ve cvičení na zopakování věty – Žádná jestli, ano. Nebo ale. Písmo bylo zcela v pořádku a věta byla smysluplná a poslední cvičení obkreslení předlohy průniku dvou tvarů také. Celkově tento klient dosáhl v nynějším orientačním testu kognitivních funkcí 27 bodů,

V MMSE testu zodpověděl špatně klient C na otázky – Jaký je rok? Který je den v týdnu? Jak se jmenuje zařízení, ve kterém jsme? Ve kterém městě jsme? Déle měl problém s vybavením si dvou ze tří zadaných slov, které si měl pamatovat. Písmo měl roztřesené, ale věta byla v pořádku. Obkreslení předlohy průniku dvou útvarů měl velmi špatné. Celkově dosáhl klient C 23 bodů.

Klient D měl značné chyby v orientaci, nedokázal odpovědět na tyto otázky: Jaké je dnešní datum? Který je rok? Který je měsíc? Kolikátého dne je? Který den je v týdnu? Jak se jmenuje zařízení, ve kterém jsme? Ve kterém poschodí jsme? V sekci pozornost a počty měl problém s odpovědí u dvou z pěti cvičení. Dalším problémem bylo zopakování věty – Žádná jestli, ano, nebo ale. Písmo bylo roztřesené, avšak věta dávala smysl. V obkreslení předlohy průniku dvou tvarů byl klient D naprosto mimo. Celkově dosáhl 19 bodů.

5.10 Shrnutí výsledků výzkumu

U klienta A došlo ke zlepšení o 8 bodů, což je nečekaný a skvělý výsledek. Polepšil se v sekci orientace u třech cvičení, kde zodpověděl správně v nynějším testu oproti vstupnímu na otázky: Kolikátého je dnes? Jak se jmenuje zařízení. Ve kterém jsme? Ve kterém poschodí jsme? V sekci pozornost a paměť se zlepšil o jednu odpověď a v sekci

jazyk o dvě odpovědi. V posledním cvičení udělal značný pokrok, kde správně obkreslil předlohu průniku dvou tvarů.

Klient B se zhoršil o jeden bod ve vstupním a nynějším MMSE testu v sekci pozornost a počty, kde udělal jednu chybu. Dále v zapamatování třech slov, kde udělal jednu chybu navíc. Svou chybu utvrdil v zopakování věty – Žádná jestli, ano, nebo ale. Písmo zůstalo stejně čitelné a problém s posledním cvičením nenastal.

U klienta C došlo k největšímu zlepšení a to o 11 bodů. Udělal stejnou chybu v obou testech a to při orientaci v dotazování na rok, který je právě teď. Zodpověděl správně na místo, ve kterém se nachází oproti předchozímu testu. Další chyby udělal v zapamatování třech slov, kde si nepamatoval dvě slova shodně se vstupním testem. Správně zopakoval větu- Žádná jestli, ano, nebo ale. Kterou měl ve vstupním testu označenou za chybnou. Klient C dokázal správně oproti vstupnímu testu přeložit papír na polovic a zavřít oči, kde tento povel byl napsán na listu a klient ho měl uskutečnit. Písmo zůstává stejné s roztřesenými prvky. Poslední cvičení na obkreslení předlohy průniku dvou tvarů zůstává stejně chybné.

Klient D dosáhl zlepšení v orientačním testu kognitivních funkcí o 3 body. Chybu měl v sekci orientace u otázek: Které je roční období?, kde odpověděl ve vstupním testu dobře. Naopak se v této sekci polepšil u otázek: Které je roční období? Ve které městě jsme? Ve kterém státě jsme? U testování krátkodobé paměti zůstává vše stejné. V sekci pozornost a počty se klient nezlepšil ani nezhoršil. V zapamatování tří slov se zlepšil o dvě odpovědi. Stále měl problém se zopakováním věty – Žádná jestli, ano, nebo ale. Zlepšil v porozumění povelu na listu papíru, kde měl zavřít oči. Obkreslení předlohy průniku dvou tvarů zůstalo na stejné úrovni.

5.11 Diskuse

Jaký vliv bude mít zájmové vzdělávání na výsledek v testu Mini Mental State Exam?

Podle výsledků nynějších orientačních testů MMSE je jasně známo, že kladný. U třech případech ze čtyř došlo k značnému zlepšení oproti testům vstupním na základě zájmového

vzdělávání. Hranice pro diagnostiku demence je méně než 23 bodů. U třech klientů ze čtyř došlo k získání většího počtu než je 23 bodů. To ale neznamená, že demenci nemají, pouze se vlivem zájmového vzdělávání jejich stav zlepšil. Postupem času se jejich kognitivní funkce budou horšit a výsledky testů budou nižší a nižší. U jednoho z klientů, který je na tom hůře než ostatní došlo ke zlepšení o 3 body, získal 19 bodů, ale stále zůstává pod hranicí 23 bodů. Pouze jeden z klientů získal o jeden bod méně v nynějším testu, nežli ve vstupním testu MMSE. Důvodem může být špatné rozpoložení, zhoršení nemoci i problém s koncentrací. Avšak jeden bod je opravdu nepatrný.

Jaké jsou nejvhodnější formy a metody zájmového vzdělávání v návaznosti s typy demencí?

Jednoznačně všechny, protože by se měly procvičovat jak narušené kognitivní funkce, tak pro delší udržení i ty nenarušené funkce, které mají pozitivní vliv na kvalitu života a pro co nejdelší udržení soběstačnosti jedince. Jsou také důležité z hlediska rozvoje osobnosti a jsou značným činitelem pro zlepšení psychického stavu jedinců s demencí. Určení nejvhodnější formy a metody zájmového vzdělávání záleží na stavu jedince a míry demence. Dalším faktorem je dobrovolný zájem pro tuto činnost kvůli efektivitě. Existuje mnoho publikací s praktickými příklady na procvičování kognitivních funkcí, ale je třeba správně aplikovat po seznámení s jedincem, dále musí souhlasit s aktivitou a je třeba důkladně prostudovat jeho zdravotní i psychický stav.

Jaký vliv bude mít zájmové vzdělávání na psychický stav klientů s demencí?

Zájmové vzdělávání má podle průzkumu pozitivní vliv na duševní stav, avšak záleží na míře narušení kognitivních funkcí a na co nejvčasnějším diagnostikování demence, aby se mohlo popřípadě využívat zájmové vzdělávání. Také záleží na souhlasu jedince, aby nebylo zájmové vzdělávání praktikováno proti jeho vůli, to by zapříčinilo naopak zhoršení psychického stavu. Je třeba jedince motivovat a často chválit i povzbuzovat. Při neúspěchu poukazovat na činnosti, ve kterých je klient úspěšný. Není vhodné hodnotit klienty s demencí známkou, protože ve většině případů si demenci neuvědomují a také kvůli předcházení jisté soutěživosti mezi nimi. V těchto případech by zájmové vzdělávání mohlo mít negativní vliv na psychický stav klientů. Se seniory by se mělo jednat slušně, s pokorou, netlačit je do ničeho, snažit se je povzbudit a motivovat.

ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na zájmové vzdělávání klientů Domova se zvláštním režimem XY, při čemž se zkoumal vliv tohoto vzdělávání na výsledky orientačních testů kognitivních funkcí a na psychický stav klientů s demencí. Dále byla práce zaměřena na určení nejvhodnějších metod i forem zájmového vzdělávání v návaznosti na typy demence. První kapitola teoretické části diplomové práce se zaměřuje na vymezení pojmů, které se vztahují k zájmovému vzdělávání. Definovalo se zájmové vzdělávání a vymezyly se formy vzdělávání seniorů. Zmínka byla i o oborech, které souvisí celkově se seniory.

V druhé kapitole teoretické části jsou vymezeny kognitivní poruchy, přičemž je ze začátku uvedena historie výzkumu demence. Vyskytují se zde informace týkající se kognitivních funkcí, kde je i základní dělení paměti. Dále se naznačil problém zvaný delirium. V této kapitole byly také obsaženy klasifikace demencí podle etiologie, lokalizace a možnosti léčby. Následovala samotná etiologie, stádia, epidemiologie, symptomatologie, diagnostika, léčba i prevence demence. Jako poslední téma této části byly orientační testy kognitivních funkcí, kde byly uvedeny jednotlivé typy testů a informace o nich.

Třetí kapitola diplomové práce je zaměřena na rehabilitaci kognitivních funkcí, kde se řešily farmakologické přístupy a behaviorální terapie. V této kapitole jsou osvětleny pojmy jako kognitivní trénink, kognitivní rehabilitace a kognitivní aktivace.

Formy a metody procvičování paměti jsou tématem čtvrté kapitoly ještě teoretické části diplomové práce, kde jsou informace týkající se jak lektora, tak i samotných účastníků cvičení. V této části je také prostor pro mnemotechniky, které pomáhají k uložení informace z krátkodobé do dlouhodobé paměti a je tam jejich podrobný popis. Jsou zde také vypsány jednotlivé metody procvičování paměti s uvedením možných variant a jejich popisem.

V úvodu praktické části je seznámení s Domovem se zvláštním režimem XY, kam autorka diplomové práce docházela za klienty, za účelem realizace zájmového vzdělávání

a kvůli výzkumnému šetření. Poté jsou vytyčeny výzkumné otázky a zaznamenán cíl výzkumu. V praktické části byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda formou přímého pozorování a analýzy orientačních testů kognitivních funkcí. Hlavním cílem bylo zmapovat prospěšnost zájmového vzdělávání analýzou výsledků testů MMSE. Dalším cílem bylo zjistit, jaký dopad může mít zájmové vzdělávání na psychický stav klientů Domova se zvláštním režimem XY a posledním cílem bylo určit vhodné formy i metody procvičování paměti v návaznosti s jednotlivými typy demencí. Z uskutečněného šetření vyplývá, že zájmové vzdělávání má pozitivní vliv na výsledky v orientačním testu kognitivních funkcí, ale záleží na míře narušení kognitivních funkcí, osobním zájmu, vzájemném přístupu lektora i účastníků. Významným činitelem při testování je také rozpoložení člověka s demencí. Zájmové vzdělávání má kladný vliv i na psychický stav klientů, ale pouze pokud je zvolen správný postup při jeho realizování a je nutné brát ohledy na individualitu každého jedince. V návaznosti s typy demencí jsou nejvhodnějšími formami a metodami procvičování paměti všechny možné, jen je třeba je vhodně aplikovat. U jedinců s demencí je důležité procvičovat narušené i zachovalé kognitivní funkce, protože mohou napomáhat k co nejdelšímu udržení soběstačnosti i kvality jejich života a ke zlepšení duševního stavu. Cíle diplomové práce byly podle výzkumného šetření splněny. Na základě demografické problematiky by se mělo zvážit rozšiřování zájmového vzdělávání seniorů a to i do dalších zařízení či klubů pro seniory. Důraz je kladen na uskutečnění co nejlepších podmínek pro zájmové vzdělávání a s tím i spojená kvalifikace lektorů.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BENEŠOVÁ, Dana, 2014. *Gerontagogika: vybrané kapitoly*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha. ISBN 978-80-7452-039-6.

BÍLKOVÁ, Jana, 2016. *Kognitivní trénink pro třetí věk: 100 cvičení pro rozvoj koncentrace, kreativity, paměti a verbálních dovedností*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-271-0067-5.

EYSENCK, Michael W. a Mark T. KEANE, 2008. *Kognitivní psychologie*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1559-4.

HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál (vydavatelství). ISBN 978-80-7367-485-4.

JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-110-2.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6.

KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ, 2016. *Kognitivní trénink v praxi*. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-5580-9.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2015. *Jak vypracovat bakalářskou a diplomovou práci*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-7452-106-5.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2014. *Když se paměť vytrácí--: život s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence z pohledu pacientů i pečujících*. Přeložil Emílie HARANTOVÁ, přeložil Pavel DANKO. Praha: Tarsago Česká republika. Reader's Digest. ISBN 978-80-7406-248-3.

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

MÜHLPACHR, Pavel, 2004.. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2.

PREISS, Marek a Jaro KŘIVOHLAVÝ, 2009. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2738-7.

PROCHÁZKOVÁ, Lucie a Kateřina SAYOUD SOLÁROVÁ, 2014. *Speciální andragogika: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-254-3.

PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA, 2014. *Andragogický slovník*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4748-4.

SUCHÁ, Jitka, 2010. *Trénujte si paměť*. Praha: Portál (vydavatelství). ISBN 978-80-7367-791-6.

SUCHÁ, Jitka a Eva JAROLÍMOVÁ, 2017. *Trénink paměti pro seniory: prevence Alzheimerovy choroby a dalších závažných onemocnění*. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-0570-6.

ŠERÁK, Michal, 2005. *Zájmové vzdělávání dospělých*. Vyd. 1. Edice celoživotního vzdělávání. Svazek 19. Praha: MJF Praha. ISBN 80-86284-55-7.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ, 2015. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum (nakladatelství). ISBN 978-80-246-2628-4.

VÁLKOVÁ, Lenka, 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5571-7.

VETEŠKA, Jaroslav a Tereza VACÍNOVÁ, 2011. *Aktuální otázky vzdělávání dospělých: andragogika na prahu 21. století*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-7452-012-9.

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

Seznam použitých zahraničních zdrojů

CRESWELL, J. W., 1998. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications. ISBN 0761901442.

SEZNAM ZKRATEK

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome

CERAD - Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease

CT - Computed Tomography

DemTect - Demenz-Detektinos

EEG - Elektroencefalografie

EKG - Elektrokardiogram

FT - Frontotemporální

HIV- Human Immunodeficiency Virus

IPN - Ideopatická Parkinsonova nemoc

MID - Multiinfarktová demence

MMSE - Mini Mental State Exam

NMDA - N-methyl-D-aspartate

PSO - Progresivní supranukleární obrna

SCT - Short cognitive test

U3V - Univerzita třetího věku

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Výsledky vstupních a nynějších testů MMSE	65
---	----

Seznam grafů

Graf č. 1: Typy a příčiny syndromu demence	26
Graf č. 2: Věkové rozmezí klientů	51
Graf č. 3: Pohlaví klientů.....	52

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Orientační test kognitivních funkcí	I
Příloha B – Orientační test kognitivních funkcí	II
Příloha C – Práce respondenta A	III
Příloha D – Práce respondenta B	IV
Příloha E – Práce respondenta C	V
Příloha F – Práce respondenta D	VI

Příloha A – Orientační test kognitivních funkcí

MMSE

Jméno:

Datum

HODNOCENÍ

Orientace

Jaké je dnešní datum?	
Který je rok?	
Které je roční období?	
Který je měsíc?	
Kolikátého je dnes?	
Který je den v týdnu?	
Jak se jmenuje zařízení, ve kterém jsme?	
Ve kterém městě jsme?	
Jak se jmenuje čtvrť, kde je naše zařízení?	
Ve kterém státě jsme?	
Ve kterém poschodí jsme?	

Krátkodobá paměť (bezprostřední reprodukce)

klobouk	
citrón	
auto	

Pozornost, počty (odečítání čísla 7 od čísla 100)

93	
86	
79	
72	
65	

Paměť (reprodukce)

klobouk	
citrón	
auto	

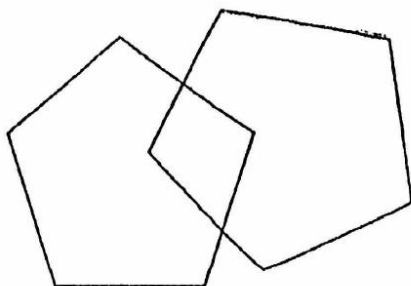
Jazyk

Pojmenování tužky.	
Pojmenování hodinek.	
Opakování věty: „Žádná jestli, ano, nebo ale.“	
Porozumění povelu: „Vezměte papír do pravé ruky.“	
Porozumění povelu: „Přeložte ho napolovic.“	
Porozumění povelu: „A hodte ho na podlahu.“	
Porozumění povelu na listu papíru: „Zavřete oči.“	
Napsání libovolné věty.	

Příloha B – Orientační test kognitivních funkcí

MMSE

Obkreslení předlohy průniku dvou tvarů



ZAVŘETE OČI

HODNOCENÍ:

Datum:

Podpis pracovníka

Příloha C – Práce respondenta A

	$7 \times 5 = 35$ $8 \times 9 = 72$ $9 \times 5 = 45$ $6 \times 6 = 36$	$52 + 11 = 63$ $49 - 9 = 40$ $32 + 10 = 42$ $11 - 9 = 2$	$5 \times 3 = 15$ $6 \times 7 = 42$ $5 + 9 = 14$ $9 + 19 = 28$
	Napiš zvířata na písmeno D	<p>Divoká Drak Dávk</p>	
	Napiš jména na písmeno M	<p>Miša Miska Miska</p>	
	Naše hlavní město	<p>Praha</p>	
	Ke slovu napište opačný význam	<p>Rovný – křivý Den - noc Chlapec - dívka</p>	
	Napiš českou řeku	<p>Labe, Vltava</p>	
	Napiš jakou barvu má naše vlajka	<p>červenou modrou bílou</p>	

Příloha D – Práce respondenta B

	$7 \times 5 = 35$ $8 \times 9 = 72$ $9 \times 5 = 45$ $6 \times 6 = 36$	$52 + 11 = 63$ $49 - 9 = 40$ $32 + 10 = 22$ $11 - 9 = 2$	$5 \times 3 = 15$ $6 \times 7 = 42$ $5 + 9 = 14$ $9 + 19 = 28$
	Napiš zvířata na písmeno D	DATEC	
	Napiš jména na písmeno M	MARIE MILAN MILADA MARIANA MIHAL, MAREK	
	Naše hlavní město	PRAHA	
	Ke slovu napište opačný význam	Rovný – OHNUTÝ Den - NOC Chlapec - HOLKA DOSPĚLÝ MUŽ	
	Napiš českou řeku	LABE	
	Napiš jakou barvu má naše vlajka	BÍLÁ MODRÁ ČERVENÁ	

Příloha E – Práce respondenta C

	$7 \times 5 = 35$ $8 \times 9 = 72$ $9 \times 5 = 45$ $6 \times 6 = 36$	$52 + 11 = 63$ $49 - 9 = 58$ $32 + 10 = 42$ $11 - 9 = 99$	$5 \times 3 = 15$ $6 \times 7 = 36$ $5 + 9 = 14$ $9 + 19 = 28$
	Napiš zvířata na písmeno D	DATEL DRAK	
	Napiš jména na písmeno M	MARIE, MAMINKA	
	Naše hlavní město	PRAHA	PRAHA
	Ke slovu napište opačný význam	Rovný – KRATKÝ Den - NOC Chlapec - HOCH	
	Napiš českou řeku	VLTAVA LABE OHŘEVĚ	
	Napiš jakou barvu má naše vlajka	MODROU ČERVENOU BÍLOU	

Příloha F – Práce respondenta D

	$7 \times 5 = 35$ $8 \times 9 = 5472$ $9 \times 5 = 45$ $6 \times 6 = 36$	$52 + 11 = 63$ $49 - 9 = 40$ $32 + 10 = 320$ $11 - 9 = 299$	$5 \times 3 = 15$ $6 \times 7 = 42$ $5 + 9 = 4$ $9 + 19 = 29$
Napiš zvířata na písmeno D		<p>DAVĚK, DOVČIL</p>	
Napiš jména na písmeno M		<p>MARTIN MILAN, MILVA MILKA</p>	
Naše hlavní město		<p>PRAHA</p>	
Ke slovu napište opačný význam		<p>Rovný – Den - NOC Chlapec - DEVČE</p>	<p>LRIVÝ ROVNÝ</p>
Napiš českou řeku		<p>VLTAVA OTAVA</p>	<p>ČERVENÁ BÍLÁ</p>
Napiš jakou barvu má naše vlajka		<p>ČERVENÁ</p>	<p>↓</p>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Monika Mikšovská

Obor: Andragogika

Forma studia: Prezenční

Název práce: Vliv zájmového vzdělávání na kognitivní funkce klientů domova se zvláštním režimem

Rok: 2020

Počet stran textu bez příloh: 61

Celkový počet stran příloh: 6

Počet titulů českých použitých zdrojů: 21

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 0

Vedoucí práce: PhDr. Milan Demjanenko, Ph.D.