

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

**RIGORÓZNÍ ŘÍZENÍ
SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA**

2013 – 2014

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Yvona JUNGBAUEROVÁ

Speciálně pedagogické terapeuticko-formativní přístupy a metody u osob
s demencí Alzheimerova typu

Praha 2014

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

RIGOROUS
SPECIAL PEDAGOGY

2013 – 2014

Rigorosum Thesis

Yvona JUNGBAUEROVÁ

Special pedagogical therapeutic-formative approaches and methods
at people with dementia of Alzheimer type.

Prague 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená rigorózní práce s názvem „Speciálně pedagogické terapeuticko-formativní přístupy a metody u osob s demencí Alzheimerova typu,“ jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezentačním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

Ve Velkém Březně dne 6. 3. 2014 Jméno autorky Mgr. Yvona Jungbauerová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat pracovnímu týmu Domu pokojného stáří svaté Ludmily v Chabařovicích za spolupráci, doc. PhDr. Renatě Šikulové, Ph.D. za podporu při výzkumu a Ing. Romanu Vaibarovi Ph.D., MBA za konzultace při zpracování práce.

Anotace

Rigorózní práce se zabývá speciálně pedagogickými intervencemi a metodami u osob s demencí Alzheimerova typu (DAT), prostřednictvím terapeuticko-formativních přístupů.

Teoretická část je zaměřena na rozbor pojmů demence, Alzheimerova choroba, terapeutické přístupy, aktivizace, stáří a speciální pedagogika, pedagogická anamnéza, speciální pedagog a jeho klíčové kompetence s akcentem na komunikaci, individuální přístup v péči o osoby s DAT aj.

Empirická část je věnována popisu terapeuticko-formativních přístupů u osob s demencí Alzheimerova typu, analýze a aplikaci jednotlivých přístupů, včetně pravidelného zhodnocení pomocí standardizovaných testů. Dále je rozšířena o rozhovory s osobami konající tyto činnosti, a také o uvedení případových studií osob s DAT, u nichž byl vliv terapeuticko-formativních přístupů sledován. Závěrem rigorózní práce je shrnutí zjištěných údajů.

Klíčové pojmy

Addenbrookský test, Alzheimerova choroba, demence, individuální přístup, komunikace, speciální pedagog, speciální pedagogika, terapeuticko-formativní přístupy.

Annotation

This PhD final work deals with pedagogical interventions and methods on people with Dementia of Alzheimer's type (DAT), using methods of therapeutically formative approach.

The theoretical section analyses the terms dementia, Alzheimer disease, therapeutical approaches, activation, old age and special pedagogy, pedagogical anamnesis, special pedagogue and his or her key competence/powers with emphasis on communication, individual approach in care for people with DAT.

The empiric section is devoted to description of therapeutically formative approaches to people with DAT, as well as to their analysis, application and regular evaluation by means of standardised testing. Furthermore, this section includes interviews with staff people involved in this work, and also case studies of DAT patients, by whom the therapeutically formative approaches were studied.

The final section of the PhD final work is a conclusion of the revealed data.

Key words

Addenbrook cognitive examination, Alzheimer disease, communication, dementia, individual approach, special pedagogue, special pedagogy, therapeutically formative approaches.

OBSAH

ÚVOD	7
Teoretická část	10
1 DEMENCE	10
1.1 Vymezení pojmu	10
1.2 Formy demence	11
2 DEMENCE ALZHEIMEROVA TYPU (DAT)	14
2.1 Neurobiologie Alzheimerovy choroby	16
3 STÁDIA ONEMOCNĚNÍ DAT	18
3.1 Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA	18
3.1.1 Počáteční stádium	18
3.1.2 Střední stádium	22
3.1.3 Pozdní stádium	24
4 DIAGNOSTIKA DEMENCE ALZHEIMEROVA TYPU	26
4.1 ACE-CZ Addenbrookský kognitivní test	26
4.2 MMSE - test kognitivních funkcí dle Folsteina	28
4.3 Vyšetřovací možnosti specialisty	29
4.4 Léčba Alzheimerovy choroby	30
5 EDUKAČNÍ A TERAPEUTICKÉ ČINNOSTI VHODNÉ PRO OSOBY S DAT	32
5.1 Speciálně pedagogická péče	33
5.2 Vymezení pojmu terapeuticko-formativní přístupy (TFP)	33
5.2.1 Expresivní terapie	34
5.2.2 Arteterapie	34
5.2.3 Dramaterapie	36
5.2.4 Muzikoterapie	36
5.2.5 Taneční terapie	37
5.2.6 Petterapie	38

5.2.7	Canisterapie	38
5.2.8	Kinezioterapie - psychomotorická terapie, terapie hrou	39
5.2.9	Bazální stimulace - psychomotorická terapie	41
5.3	Práce se seniory v rámci speciální pedagogiky	42
6	SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÉ INTERVENCE	
	S AKCENTEM NA KOMUNIKACI U OSOB S DAT.	44
7	ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY	49
7.1	Charakteristika zařízení a související legislativa	49
7.2	Systém sociálních služeb pro seniory s důrazem na jejich individualizaci	51
	VÝZKUMNÁ ČÁST	53
8	KLÍČOVÉ KOMPETENCE SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA V DOMOVĚ PRO	
	SENIORY V CHABAŘOVICÍCH	53
9	SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÉ TERAPIE A METODY	
	U OSOB S DAT	57
9.1	Specifika výzkumného vzorku a jeho výběru	57
9.2	Cíl výzkumu	57
9.3	Fáze výzkumné části s výzkumnými otázkami	58
9.4	Popis použitých výzkumných metod a nástrojů	60
10	KLÍČOVÉ KOMPETENCE SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA S AKCENTEM	
	NA KOMUNIKACI U OSOB S DAT	64
11	KLÍČOVÉ KOMPETENCE SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA S AKCENTEM	
	NA INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ U OSOB S DAT	73
11.1	Osobní plán, systém v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou	75
11.1.1	Ukázka kasuistiky respondenta	77
11.1.2	Speciálně pedagogická anamnéza respondenta s DAT v pobytové sociální službě v Chabařovicích.	79

12 PŘÍPADOVÉ STUDIE OSOB S DAT	83
12.1 Případová studie č. 1	85
12.2 Případová studie č. 2	90
12.3 Případová studie č. 3	95
12.4 Případová studie č. 4	100
12.5 Případová studie č. 5	105
12.6 Případová studie č. 6	110
12.7 Případová studie č. 7	115
12.8 Případová studie č. 8	120
12.9 Případová studie č. 9	125
12.10 Případová studie č. 10	130
13 ROZHOVORY S PRACOVNÍKY	135
13.1 Zhodnocení rozhovorů	140
14 Vlastní pozorování	143
ZÁVĚR	147
15 Resumé	152
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	153
SEZNAM OBRÁZKŮ	157
SEZNAM TABULEK	158
SEZNAM PŘÍLOH	160
A Addenbrookský test	I
B Clock test	X
C Aktivity v Domově	XIII
D Nápadník speciálně pedagogických intervencí	XXI

ÚVOD

Rigorózní práci s názvem „Speciálně pedagogické terapeuticko-formativní přístupy a metody u osob s demencí Alzheimerova typu“ jsem si zvolila pro mou osobní dlouholetou praktickou zkušenost s péčí o osoby s demencí Alzheimerova typu (dále DAT). Před 20 lety jsem se začala v rámci profesního sebevzdělávání intenzivně věnovat této problematice, zejména v rozšiřování znalostí o nové přístupy, postupy a prostředky, které vedou k podpoře kvality života znevýhodněných osob v seniorském věku, především pak žijících v Domovech pro seniory. Péče je proces, který nemá jednoznačné hranice, nelze ji přesně definovat pomocí metodik a pravidel, jednou provždy pro všechny lidi a pro všechny situace. Rozhodla jsem se vynaložit úsilí na zavedení nových přístupů do existujícího systému péče v pobytové sociální službě se zvláštním režimem v Chabařovicích.

V souvislosti s všestranností přístupu k jedincům se speciálními potřebami, se hovoří o změně paradigmatu české speciální pedagogiky. Kromě jiného jde o rozšíření výchovného a edukačního servisu o terapeuticko-formativní postupy. Současná speciální pedagogika řeší rozšiřování interdisciplinarity kompetencí speciálních pedagogů ve směru podpory kvality života seniorů, jejich zrovnoprávnění s ostatními podobně zaměřenými pomáhajícími profesemi, jako je legislativní vstup speciálních pedagogů do sociálních služeb. Dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách se toto může dít formou pobytových či ambulantních služeb poskytovaných v institucích, tedy i v domovech se zvláštním režimem poskytujících péči seniorům s demencí Alzheimerova typu. Výzkum jsem prováděla v Domě pokojného stáří svaté Ludmily v Chabařovicích, který od roku 2012 poskytuje komplexní péči o osoby s demencí.

Rigorózní práce se skládá ze dvou částí - teoretické a výzkumné. První část práce jsem vyčlenila teoretickému rámci dané problematiky Alzheimerovy choroby. Průběh nemoci a stádia onemocnění prolínám za pomoci charakteristiky současné strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA, vycházející z potřeb pacientů s demencí v jednotlivých stádiích. Jedná se o podporu pacientů u počínající demence, programové aktivity ve stadiu rozvinuté demence a individualizované aktivity (či později asistence) ve fázi pokročilé demence. Ve druhé části v tomto kontextu prezentuji pojmy aktivizace, kognitivní rehabilitace, speciálně pedagogické intervence a terapeuticko-formativní přístupy v ústavní péči.

Třetí část obsahuje informace o poskytování komplexní péče o osoby s DAT v ústavní péči s akcentem na individuální plán péče, komunikaci a klíčové kompetence speciálního pedagoga v Domě pokojného stáří svaté Ludmily v Chabařovicích.

Ve výzkumné části se budu konkrétně věnovat terapeuticko-formativním přístupům, které jsou speciálně pedagogickými intervencemi snažící se o obnovení nebo kompenzaci kognitivních deficitů, s cílem zlepšit osobám s DAT každodenní výkonnost. Lidé s demencí potřebují zvláštní péči, z hlediska speciálně pedagogického především v nutnosti reedukace, kompenzace základních dovedností či schopností, které by se měli promítnout do posilování kapacity paměti, využití kapacity pozornosti, posilování adekvátního vnímání a prostorové orientace, zlepšení narušených funkcí, především emocionálních. Účelně bylo vybráno 10 respondentů, neboli účastníků terapeuticko-formativních činností, a to za pomoci případových studií, v jejichž rámci budou realizovány obsahové analýzy anamnéz z hlediska zdravotního, sociálního, pedagogického a ošetrovatelského. Uvedeme frekvence a druh aplikovaných terapeuticko-formativních přístupů u jednotlivých respondentů během ročního zkoumání, včetně závěrečného zhodnocení. Výsledky kvantitativních dat budou konvertovány do narativní podoby, aby mohly být analyzovány kvalitativně. Všechny průběžné případové studie budou monitorovány a zaznamenány pomocí standardizovaných testů do tabulek a grafů s popisem. Provedeme rozhovory s pracovníky, kteří se aktivně zapojili do výzkumu a prováděli terapeuticko-formativní činnosti se zkoumaným vzorkem respondentů. Cílem rigorózní práce je aplikace a prokázání účinnosti ověřovaných strategií a postupů při práci se seniory s DAT prostřednictvím speciálně pedagogických terapeuticko-formativních přístupů. Dle výzkumu zaměřeného na efektivitu terapeuticko-formativních přístupů se budu snažit odpovědět na tyto otázky: „*Jaký vliv mají terapeuticko-formativní přístupy na osoby s DAT?*“ „*Je komunikace nástrojem ke zlepšení kvality života u osob s DAT žijících v Domově se zvláštním režimem?*“ „*Jaké klíčové kompetence má speciální pedagog v pobytové sociální službě se zvláštním režimem v systému individuálního plánování sociální služby, prostřednictvím speciálně pedagogických intervencí u osob s demencí?*“ „*Co osobám s DAT aktivizace přináší z pohledu pracovníků, konající aktivizační činnosti?*“

Vzhledem k rozsáhlému výčtu jednotlivých terapeutických činností, a jejich metodických postupů, zpracuji „Nápadník speciálně pedagogických intervencí“, který bude ob-

sahovat nabídku terapeuticko-formativních přístupů, postupů a aktivit, kterých se účastnilo všech deset respondentů. „Nápadník“ uvedu v přílohové části rigorózní práce. Předpokládám, že jeho využití mohou uplatnit pečující a studenti, kteří vykonávají nebo se připravují na pracovní role sociálního pedagoga, speciálního pedagoga, vychovatele pro speciálně pedagogické instituce a pro pedagogy volného času.

1 DEMENCE

1.1 Vymezení pojmu

„Demence pochází z latinského „demens“, tedy z „de“ = mimo a z „mens“ = duch - „ten, kdo ztratil ducha“. Demence je důsledkem pomalého, ale progresivního a nezvratného (nevyléčitelného) mozkového poškození, které ničí paměť, řeč, soudnost a všechny rozumové schopnosti.“¹

Demence jsou velmi časté choroby, především vyššího věku. V první řadě postihují tzv. kognitivní (poznávací) funkce - paměť, intelekt, pozornost, motivaci. Nejzávažnější projevy pro okolí bývají zpočátku poruchy paměti. Postupně se přidávají i poruchy dalších funkcí. Bývá postižena emotivita – afekty a nálady, v průběhu demence se mohou vyskytnout např. depresivní stavy. Někdy dochází k poruchám vnímání – halucinacím a iluzím. Mohou se také, většinou přechodně, objevit rovněž závažné poruchy myšlení - bludy. Vždy se objevují poruchy osobnosti, úměrné stupni a druhu demence.²

„Člověk s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něho vstoupil: jako bezmocné dítě.“

V knize „Poznejte demenci správně a včas“ autoři uvádějí podrobněji obecné diagnostické kritéria Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10):

G1. Jsou průkazná všechna následující kritéria:

1. Pokles paměti je nejzávažnější při učení se novým informacím. V těžších případech může být postiženo i vybavování již dříve naučeného. Zhoršování se týká stejně verbální látky jako neverbální látky. Úbytek by měl být objektivován spolehlivými pokud možno neuropsychologickými testy nebo kvantifikovaným vyhodnocováním kognitivních funkcí. Závažnost poklesu může být hodnocena následovně:
 - *Mírná* Stupeň poklesu paměti je takový, že je na překážku denním činnostem, ale ne tak závažný, aby znemožňoval soběstačný život. Hlavní postiženou funkcí je schopnost učení se nové látce. Jedinec má např. obtíže s pozorováním, vštěpováním a vybavováním základních součástí denního života.

¹PICHAUD,C.,THAREAUOVÁ, I. (1998): *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, s. 92.

²MÜHLPACHR, P. (2004): *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, PF, s. 41.

- *Středně těžká.* Stupeň poklesu paměti znamená vážný handicap pro soběstačný život. V paměti se uchovává jenom hluboce vštípená nebo velmi dobře známá látka. Nové informace jsou vštěpovány pouze příležitostně a na velmi krátkou dobu. Postižení si nejsou schopni vybavit základní informace o místě, kde se nacházejí, o tom, co nedávno dělali, nebo jména známých lidí.
 - *Těžká.* Stupeň ztráty paměti je charakterizována úplnou neschopností vštípit si do paměti nové informace. Zůstávají jenom fragmenty dříve získaných informací. Jedinec není dokonce schopen rozpoznat ani blízké příbuzné.
2. Pokles dalších kognitivních schopností je charakterizována úpadkem úsudku a myšlení, např. při plánování, organizování a všeobecném zpracování informací. Důkazy o tom by měly být v ideálním případě získány od jiné osoby a doplněny, je-li to možné, neuropsychologickými testy nebo kvantifikovaným objektivním hodnocením. Může tak být zjištěno snížení předchozí vysoké úrovně výkonu. G2. Povědomí o prostředí (tj. chybění zastřeného vědomí) je zachováno po dobu dostatečně dlouhou k tomu, aby bylo možné jednoznačně prokázat příznaky kritérium G1. Nasedají-li epizody deliria, měla by být diagnóza demence odložena. G3. Úbytek emoční kontroly nebo motivace změněna v sociálním chování se projevují nejméně jedním z následujících příznaků: emoční labilita, podrážděnost, apatie, obhroublost ve společenském vystupování. G4. Pro stanovení spolehlivé klinické diagnózy by mělo být kritérium G1. přítomno nejméně po dobu 6 měsíců: jestliže je doba od manifestního začátku kratší, měla by být diagnóza jenom prozatímní.³

1.2 Formy demence

Demence je syndrom vznikající z mnoha příčin. Demence lze rozčlenit následujícím způsobem:

1. *Kortikální demence* - název vystihuje převážné postižení korových funkcí. Projevuje se korovými příznaky, jako je porucha paměti (vštípení), afázie, agnozie, prostorová dezorientace apod. Mezi kortikální demence patří Alzheimerova nemoc,

³BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M. (2010): *Poznejte demenci správně a včas*. Praha: Mladá fronta a.s., s. 20-22.

kteřá je nejčastější vřbec, dále řůznė varianty frontotemporální lobární degenerace (behaviorální typ - těžký prefrontální syndrom, primární progresivní neplynulá afázie, sémantická demence). Kortikální demence se projevují zejména poruchou paměti, řeči, psaní a počítání při normálním psychomotorickém tempu.

2. *Subkortikální demence* - postižení podkorových struktur (předeřším bazálních ganglií, thalamu a bílé hmoty hemisfěr, zejména capsula interna) vede k narušení motorických a asociálních drah. Proto je hlavním příznakem zpomalení psychického a pohybového tempa a dysexekutivní syndrom. Časté jsou perseverace (opakování, stereotypní činnost nebo jednání, zaujatost jedním tématem). Korové příznaky jsou nenápadné. I když může být přítomna zapomnětlivost, porucha paměti není výrazná a vážne předeřším vybavování informací. V popředí jsou hybné poruchy: poruchy chůze, stoje a držení končetin, zvýšený tonus, abnormální pohyby, často je přítomen Parkinsonský syndrom. Pacient působí dojmem zpomaleného, jakoby mentálně retardovaného jedince. Mezi typické zástupce subkortikálních demencí řadíme vaskulární demence (Binswangerova nemoc, multiinfarktová demence), demence při Parkinsonově nemoci, neurodegenerativní demence (Huntingtonova chorea, multisystémová atrofie), Wilsonova nemoc. Kromě vyhraněných forem jsou časté smíšené varianty kortiko–subkortikální demence. Mezi které patří vaskulární demence, Creutzfeldtova-Jakobova nemoc, nemoc s Lewyho tělísky. Subkortikální demence se vyznačují předeřším psychomotorickým zpomalením bez postižení korových funkcí.
3. *Demence s lokalizovanými neurologickými příznaky* - hemiparéza, afázie (vaskulární demence, subdurální hematom, hydrocefalus). Mozečkový syndrom, ataxie (mozečkový nádor, Wernickeův-korsakoffův syndrom).⁴

V rigorózní práci se budeme podrobněji věnovat atroficko-degenerativním procesům - tedy demenci atroficko-degenerativního původu, a tím je nejčastěji se vyskytující Alzheimerova choroba, která zaujímá více než 60% ze všech demencí. Úvodem této kapitoly uvádíme aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistik České republiky, která v prosinci 2012 vydala ve spolupřáci s organizací *Alzheimer's Disease International*

⁴BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M. (2010): *Poznejte demenci správně a včas*. Praha: Mladá fronta a.s., s. 20-22.

a v konzultaci s odborníky z různých zemí zprávu s názvem „Dementia: prioritní pro systém zdravotnictví.“ Zpráva obsahuje níže uváděné vybrané statistické údaje: Nejčastější formou demence je Alzheimerova choroba, která tvoří přibližně 60–70% všech případů demence. Podle populačních projekcí by do roku 2050 měl počet osob ve věku 60 a více let dosáhnout celosvětově 2 miliard a tvořit přibližně 22 % světové populace. Čtyři pětiny těchto osob by přitom měly žít v Africe, Asii a Latinské Americe. K rychlému nárůstu počtu a podílu seniorů by mělo dojít zejména v Číně, Indii a Latinské Americe. Ačkoliv demence postihuje zejména seniory, není to přirozená součást stárnutí. Podle různých odhadů 2–10 % všech případů demence začíná před dosažením věku 65 let. Prevalence demence v populaci nad 65 let se zhruba s každými dalšími pěti roky věku zdvojnásobuje. Ve všech světových regionech byla registrována tendence ke sblížení prevalence demence u mužů a žen s rostoucím věkem. Demence je jednou z hlavních příčin disability ve vyšším věku a odpovídá za 11,9 % let života prožitých s disability v důsledku chronického onemocnění. Toto onemocnění je hlavní příčinou závislosti (tj. potřeby péče) a disability seniorů ve vysoko příjmových i nízkopříjmových zemích. Demence osobám trpícím touto nemocí zkracuje život. Podle zprávy jedna z nejlepších studií v této oblasti odhaduje mediánovou dobu přežití osob s Alzheimerovou chorobou na 7,1 let (6,7–7,5 let) a pro vaskulární demenci 3,9 let. Přestože v některých zemích existují sociální a zdravotní služby pro osoby s demencí, jejich využití je stále nedostatečné a obtížné, mimo jiné z důvodu stigma spojeného s tímto onemocněním. Stigma spojené s demencí oddaluje vyhledání pomoci a stanovení diagnózy a tedy efektivní léčbu a často vede k sociální izolaci.

Za hlavní principy správné péče o osoby s demencí zpráva považuje:

1. včasné stanovení diagnózy;
2. optimalizaci tělesného zdraví, kognice, aktivity a celkové pohody;
3. identifikaci a řešení psychologických symptomů a poruch chování;
4. poskytnutí informací a dlouhodobé podpory neformálním pečovatelům.⁵

⁵Zdroj: Celá zpráva včetně přílohy s popisem metodologie odhadu prevalence demence, je dostupná ke stažení na stránkách WHO.

http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/index.html

2 DEMENCE ALZHEIMEROVA TYPU (DAT)

Demence Alzheimerova typu je nevléčitelná a postihuje všechny skupiny obyvatelstva. Není omezena na určitou sociální vrstvu, pohlaví, etnickou skupinu ani na určité území. V posledních letech o tomto typu onemocnění často mluví nejen odborná, ale i laická veřejnost, neméně často se o ní píše. V této kapitole uvádíme základní informace, a vysvětlíme klíčové pojmy týkající se demence Alzheimerova typu: definice nemoci a její formy, příznaky nemoci, jednotlivá stádia nemoci, diagnostiku nemoci a možnosti léčby osob s DAT. Demence Alzheimerova typu je pojem, jenž se vyvíjel několik desítek let a za jehož objevitele je považován Alois Alzheimer. Uvedeme zde stručně jeho příběh, který jsme nazvali: „Alois Alzheimer a paní Auguste D., aneb objev Alzheimerovy demence“.

V listopadu roku 1901 byla do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem přijata se známkami demence jednapadesátiletá paní Auguste D. Alois Alzheimer o ní následně referoval roku 1906 na 37. schůzi jihoněmeckých psychiatrů v Tubingenu. Jeho přednáška se jmenovala „Über eigenartige Erkrankung der Hirnrinde“ (O svérázném onemocnění mozkové kůry). Případ byl publikován v roce 1907 a tato publikace je základním kamenem pojmu Alzheimerovy nemoci. V knize „Žijte nyní, stárněte později“, se uvádí: Paní Auguste D. bylo 51 let. Nejprve trpěla záchvaty žárlivosti - myslela si, že ji manžel podvádí se sousedkou. Potom začala mít problémy s pamětí – nemohla si vzpomenout na některé věci a nebyla schopna starat se o domácnost. Strávila pět let v nemocnici ve Frankfurtu, kde jí kromě uklidňujících koupelí nebyla poskytována žádná léčba. Doktor Alzheimer ji každý den navštěvoval a pečlivě zapisoval vývoj příznaků choroby. Sledoval její osud i poté, když roku 1903 kliniku opustil. Když Auguste D. v roce 1906 zemřela, prostudoval Alzheimer její mozek a dospěl k přesvědčení, že příčina její nemoci byla fyziologického původu, tzn., že byla způsobena životními pochody v organismu. Zjistil, že dochází k **neurofibrilární degeneraci**, neboli změně ve stavbě neuronu, a že jsou v mozkové tkáni roztroušeny **plaky** představující mimobuněčný materiál. Alois Alzheimer vyšetřil pod mikroskopem mozky relativně mladých „dementních“ lidí, kteří umřeli mezi padesátým až šedesátým rokem života.

Zjistil, že se v jejich mozcích nacházejí oblasti, ve kterých neurofibrily ztratily normální pravidelné uspořádání a jsou navzájem slepeny. Tuto odchylku označil jako „neu-

rofibriální motanici“ a věřil, že je přítomna jen u mladých osob, které byly předčasně „vyšinuté“. Proto po mnoho let lékaři vyhrazovali diagnózu Alzheimerovy choroby pro mladé pacienty, kteří byli dementní. Nyní víme, že také mozek starších osob se „senilní demencí“ obsahuje tato spleená vlákna. Jinak řečeno, Alzheimerova choroba je onemocnění, které se může objevit v každém věku a není nevyhnutelným doprovodným jevem stárnutí.⁶ Koukolík uvádí, že „Demence je charakterizována celkovým zhoršováním ko-rových funkcí mozku, tedy paměti, schopnosti vypořádat se s požadavky každodenního života, funkcí smyslových a pohybových, schopnosti sociálních kontaktů odpovídajících okolnostem a vyžadujících kontrolu emočních reakcí – to vše přitom bez jakéhokoli zhoršení či narušení vědomí. Ve většině případů jde o onemocnění nevratné a postupně se zhoršující.“⁷

Průběh Alzheimerovy choroby bývá charakterizován progresivním zhoršováním stavu na rozdíl od demence vaskulárního typu, kde je zhoršování výrazně kolísavé. V počátečních stádiích dochází ke změně osobnosti. Prvními příznaky bývají sklony k zapomnětlivosti, ztráta dřívějších zájmů, ochuzení myšlení, apatie, úpadek v etické a estetické sféře. Dále přicházejí poruchy soudnosti, logického úsudku, řeči, prostorové orientace a představitivosti. Postupně se rozvíjejí poruchy kognitivních funkcí, zejména paměti. Ta bývá porušená ve všech složkách. Nejvíce bývá postižena krátkodobá paměť, naopak výbavnost u dlouhodobé paměti může být ještě po nějakou dobu zachována. V pozdějších stádiích pacienti někdy nahrazují výpadky paměti konfabulacemi, tj. nápady hodícími se jako odpovědi, ale neodpovídajícími pravdě. V posledních stádiích Alzheimerovy choroby je paměť porušena tak silně, že dochází k amnestické dezorientaci v místě, čase a nezřídká i v sociálních vztazích.⁸

Holmerová, Jarolímová, Suchá et al. (2007) uvádějí, že DAT je charakterizována zejména poruchou paměti, která v klinickém obrazu dominuje. Poté se zpravidla rozvíjejí poruchy ostatních kognitivních funkcí a další obvyklé symptomy demencí. Alzheimerova choroba je zpočátku plíživý a postupně progredující proces, při kterém dochází k poruše a zničení nervových buněk a spojení. S tím souvisí poškození funkce mozku. Alzheimerova choroba je jednou z nejrozšířenějších forem demence. Autoři uvádějí, že některou formou

⁶ROSENFELD, I. (2001): *Žijte nyní, stáráte později*. Praha: Pragma, s. 17.

⁷KOUKOLÍK, F. (2005): *Mozek a jeho duše*. Praha: Galén, s. 209.

⁸HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. (2005): *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton, s. 16.

demence trpí v ČR asi 150.000 lidí. Jde o velmi významnou skupinu obyvatelstva, která se v souvislosti se stárnutím populace a s prodlužováním střední délky života bude dále zvětšovat.⁹

2.1 Neurobiologie Alzheimerovy choroby

Popis poruchy, ke které dochází v mozku jedince a která následně zapříčiňuje vznik demence Alzheimerova typu, srozumitelně popisuje Jakub Horth:

„Mozkové funkce jsou závislé na komunikaci, jelikož veškeré zprávy se pohybují mezi jeho různorodými částmi. Postupují od jednoho neuronu k druhému, až se dostanou na místo určení. Teprve potom dají zprávu tělu, co je třeba vykonat. Alzheimerova choroba je příčinou přerušení tohoto systému, protože vzhledem ke ztrátě počtu neuronů nejsou synapse, které předávají informace funkční.“¹⁰

Autoři knihy „Demence a jiné poruchy paměti“ popisují nemoc: V mozkové tkáni nemocných trpících Alzheimerovou chorobou dochází v prostorách mimo nervové buňky k ukládání chorobně vzniklé bílkoviny, která se nazývá **beta** – amyloid. Tato bílkovina tvoří krystalky (drůzy), kolem nichž dochází k řadě dalších neurodegenerativních dějů. Vznikají tak útvary, kterým se říká neuritické plaky. Čím více je plaků v určité oblasti mozkové kůry, tím více tato mozková oblast postižena funkčně. **Beta** – amyloid vzniká z bílkoviny, která je v mozkových buňkách přítomna za normálních okolností, je tělu vlastní, nezbytná. Tato bílkovina se nazývá amyloidový prekurzorový protein. Ten je štěpen za normálních okolností enzymem nazývaným **alfa** - sekretáza na krátké rozpustné fragmenty, které mají za svůj fyziologický význam (zatím ne zcela jasný, zřejmě se podílejí na plasticitě nervových buněk a chrání je před poškozením). Za patologických podmínek Alzheimerovy choroby je amyloidový prekurzorový protein následně štěpen enzymy beta a gama-sekretázami, které vytvářejí podstatně delší fragment než při štěpení **alfa**-sekretázou. Tyto další fragmenty naplní své fyziologické úkoly, přestávají být rozpustnými, srážejí se a polymerují (spojují se navzájem v dlouhé řetězce).

⁹HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. et al. (2007): *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, spol. s. r. o., s. 39.

¹⁰Zdroj: HORT, J. *Konference Dny paměti. Časná diagnostika Alzheimerovy choroby*. Praha: Pfizer dne 13. 3. 2008.

Tak vzniká betaamyloid. V současnosti je sekretázám věnována velká pozornost. Bylo zjištěno více typů genetických mutací (změn genetického zápisu vedoucích k chorobným projevům) u pacientů s Alzheimerovou chorobou. U většiny pacientů, především u těch, kde vznikla Alzheimerova choroba v pozdějším věku, se však genetické změny nenalézají.

Druhá základní neuropatologická změna u Alzheimerovy choroby se odehrává přímo v neuronech (nervových buňkách). Dochází tam k degeneraci bílkoviny, jež se nazývá tau - protein. Změněný tau - protein vytváří vlákna, která mají tvar dvojité šroubovice (tzv. párově heliakální filamenta), a ta jsou pak podkladem útvarů, kterým se říká neurofibrilární klubka (tangles). Neurony obsahují neurofibrilární klubka a ty neplní svou funkci a postupně zanikají. Kromě tvorby patologických bílkovin dochází k řadě dalších degenerativních změn, které jsou vzájemně spřažené, na sobě závislé.¹¹

¹¹JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., a kol. (2009): *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada, s. 29 -31.

3 STÁDIA ONEMOCNĚNÍ DAT

3.1 Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA

Základním pilířem pro přípravu terapeutických činností a speciálně terapeutických intervencí u osob s DAT je detailně znát jednotlivá stádia onemocnění. Pro lepší porozumění bývají příznaky a průběh nemoci v literatuře obvykle rozděleny do čtyř stádií: *počáteční, střední, středně těžké a těžké*. Pokusím se každé stádium přiblížit tak, aby bylo více srozumitelné, a zároveň zde budu rozpracovávat jednotlivě ke každému ze stádií doporučení České alzheimerovské společnosti (ČALS), která zpracovala strategii nazvanou: **„Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA podpora a péče lidem postiženým syndromem demence,“** ze které jsem čerpala a na kterou se budu odkazovat. Podle strategie (ČALS) terapeuti vytvářejí v pobytových sociálních službách vhodné programy pro osoby s DAT. Cílem terapeutů, je umět nabídnout a umožnit prožít klientům s demencí kvalitní, novátorskou a stimulující péči, která respektuje individualitu a hodnotu každého jedince.

3.1.1 Počáteční stádium

Počáteční stádium nemoci bývá často přehlíženo. Profesionálové, příbuzní i přátelé klienta je často nesprávně považují za příznaky stárnutí. Počátek Alzheimerovy demence je plíživý a nenápadný. Postupně se začínají objevovat první subjektivní a obvykle nespecifické příznaky a potíže. Protože nemoc začíná pozvolna, bývá těžké určit přesnou dobu jejího počátku.¹²

Potřeby lidí ve stádiu P-PA-IA -1 P - podpora, poradenství, pomoc.

„Charakteristickým rysem pro toto stádium je, že lidé v této fázi demence jsou ještě relativně soběstační (s určitou větší či menší dopomocí a službami) a aktivní. Mohou být například po určitou část dne či týdne sami. Postačuje jim, pokud jim je zajištěna pečovatelská služba či občasný dohled a dopomoc ze strany rodinných příslušníků, telefonická konzultace, různé návody a upomínky (kterým zatím rozumějí) a podobně.“ Nemoc

¹²JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. (2004): *Demence*. Praha: Galen, s. 124.

přináší potřebu podpory a poradenství (např. právě ze strany České alzheimerovské společnosti), i profesionální psychologické potřeby. „Na základě vyšetření (anamnéza, testy kognitivních funkcí, klinické a laboratorní vyšetření a zobrazovací vyšetření mozku) je stanovena diagnóza demence a pravděpodobného onemocnění, které jí způsobuje. Dle jednotlivých typů je postižena paměť, nebo jiné kognitivní funkce a více či méně se objevují také nekognitivní příznaky (změněné chování, depresivita atd.).“¹³

Abychom mohli pochopit syndrom demence, je důležité vědět, co je to paměť, jak funguje její normální mechanismus. Budeme pak schopni lépe pochopit syndrom demence, kde jde o globální postižení intelektových schopností, tedy poruchy paměti i další kognitivní funkce, kterými se budu dále zabývat v průběhu popisování jednotlivých stádií Alzheimerovy choroby.

Paměť a její obecné členění:

„Paměť je schopnost získávat vědomosti a informace různého druhu, vštípit si je, aby se uchovaly, a na žádost je vyvolat, aby se znovu obnovily. Představte si, čím by se stal váš život bez paměti? Mohli byste číst? Psát? Komunikovat? Přemýšlet? Učit se? Rozhodovat se? Ztratit paměť by znamenalo ztratit svou individualitu a autonomii: být zbaven většiny možností a potěšení, které život nabízí.“¹⁴

Autoři příručky pro klinickou praxi „Poznejte demenci správně a včas“ uvádí paměť jako nejdůležitější kognitivní funkce, proto je uvádíme podrobněji.

Pro klinické potřeby je třeba zdůraznit tři fáze paměťového procesu:

- vštípení – ukládání informace
- konsolidace – zpracování a uchování informace
- vybavení – lze dále rozčlenit na bezprostřední a na oddálené

Podle obsahu I: 1 slovní paměť (verbální) 2. zrakově-prostorová paměť (neverbální)

¹³Informační materiál: *Strategie České alzheimerovské společnosti v rámci projektu Kooperace jakosti*. Praha: 2009., s. 3 - 4.

¹⁴DESSAINTOVÁ, M., N. (1999): *Nezačínejme stárnout, Jak žít možná nejdéle příjemně, samostatně a důstojně*. Praha: Portál, s.r.o., s. 119.

Podle obsahu II:

1. Deklarativní (explicitní) paměť obsahuje materiál, který je přístupný vědomému vybavení a člení se na dva druhy, a tím je epizodická paměť, ta se týká prožitých událostí z osobní minulosti (vzpomínky na zážitky, autobiografie apod.) a na sémantickou paměť, slouží pro faktografický materiál (fakta, údaje, význam slov, obecné vědomosti, encyklopedické znalosti apod.)
2. Nedeklarativní (procedurární, implicitní) paměť zajišťuje motorické dovednosti a zautomatizované činnosti (např. šití, jízda na kole, hra na hudební nástroj). Její činnost nesouvisí s řečí, nelze popsat slovy (proto nedeklarativní) a vybavování není vědomé.

Podle časových souvislostí:

1. Anterográdní paměť – schopnost osvojit si nové informace a uchovat je do budoucnosti.
2. Retrográdní paměť – schopnost vybavit si starší informace z minulosti (známé události, autobiografické zážitky apod.) a) informace získané v nedávné době („novopaměť“, recentní paměť) b) informace získané dávno („staropaměť“, dlouhodobá paměť)

Podle strategie vybavení:

1. Spontánní vybavení – nejtěžší samostatné vybavení informací bez jakékoli vnější pomoci.
2. Vybavení s nápovědou – středně těžké, při vybavování je poskytnuta pomoc buď nápovědou kategorie, do níž vybavovaná informace patří (sémantická nápověda, např. vybavované slovo/obrázek patří do skupiny zvířat), nebo jsou nabídnuta první písmena vybavovaného slova (lexikální nápověda, např. koč-ka).
3. Znovu poznávání – nejlehčí, je předložen seznam možností, z nichž se vybírá vybavovaná informace.¹⁵

Narušené ukládání do paměti.

Pokud někdo trpí demencí (třeba v důsledku DAT), nedokáže již přenášet informace ze své krátkodobé paměti do dlouhodobé. Jeho schopnost absorbovat informace je narušena

¹⁵BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M. (2010): *Poznejte demenci správně a včas*. Praha: Mladá Fronta a.s., s. 28 – 30.

a to v praxi znamená, že už si nedokáže zapamatovat, co se kolem něho dělo před pouhými 30 sekundami.¹⁶

Přímé důsledky

Hubb uvádí, že jedním z prvních symptomů nemoci je to, že se pacient nedokáže pohybovat v oblasti, která je pro něho nová a neznámá, jako každý jiný člověk, i ten, kdo trpí mírnou formou demence, když prochází po ulicích neznámého města, snaží se zapamatovat si řadu orientačních bodů, jako jsou jména ulice, obchody nebo věž kostela. Také má problémy s orientací v čase.

Člověk s počínající demencí se bude neustále ptát: „Kolik je hodin?“ Nebo: „Co je dnes za den?“, „Pondělí, nebo úterý?“ Není těžké uhodnout, co je příčinou. Čas se nezastaví, jeho nejvýznamnější charakteristikou je změna. Abychom věděli, kolik je hodin, musíme se několikrát denně podívat na hodinky nebo na hodiny a pak si „vytisknout“ hodinu a minuty do paměti. Když se nám to nepodaří, je pro nás stálou záhadou, kolik je vlastně hodin. Pacienti v počátečním stadiu demence přivádějí lidi kolem sebe na pokraj zoufalství, když jim stále znovu kladou tutéž otázku. Jakmile uběhne chvilka, už si nevzpomínají, že se na to ptali, ani že jim někdo odpověděl. Ze stejného důvodu si přehrávají jedno CD několikrát denně a při tom vyprávějí tutéž historku. Rodinní příslušníci mají ještě další důvody si stěžovat, že jejich příbuzný s demencí už není schopen se zapojit do rozhovoru o něčem, co se stalo nedávno. Nedokáže ani odpovědět na jednoduché otázky typu: „Co jsi dnes snídal?“, nebo: „Navštívily tě včera děti?“. Jeho narušená schopnost ukládání do paměti také znamená, že bude stěží schopen absorbovat jakoukoli novou informaci. Jakmile začne „velké zapomínání“, začíná (obvykle) zároveň s ním i „velké hledání“. Člověk s demencí neustále něco ztrácí, protože si nepamatuje, kde to nechal. A protože v tomto „mlhavém“ stavu demence přikládá svému majetku vyšší význam než v minulosti, snaží se ještě víc, aby si ho ukládal na bezpečné místo. Výsledkem je to, že tráví část svého času hledáním. Kvůli porouchanému procesu ukládání do paměti se u lidí s demencí velmi rychle objevuje problém s poznáváním nebo zapamatováním si nových lidí, tedy těch, kteří vstoupili do jejich života teprve nedávno. To může být velmi

¹⁶HUUB, B. (2006): *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál s.r.o., s. 19 - 22.

bolestná zkušenost. Přímé důsledky narušeného ukládání do paměti způsobuje dezorientaci v neznámém prostředí, dezorientaci v čase, opakované kladení týchž otázek, pacient rychle ztrácí nit vyprávění a nedokáže odpovědět na žádnou otázku týkající se nedávných událostí, nedokáže se naučit nic nového a rychle ztrácí věci, rychle zapomíná na schůzky a jsou přítomny časté změny nálad. Nepřímé důsledky narušeného ukládání do paměti způsobuje vyhýbání se kontaktu, stahování se do pozadí, ztráta iniciativy, budování fasády jako jsou lži a (vychytralé) vyhýbavé odpovědi, popírání zapomnětlivosti, hromadění věcí, fyzický neklid (chození sem a tam), agresivita, deprese a podezřivost.¹⁷

3.1.2 Střední stádium

S postupem Alzheimerovy demence se problémy stávají výraznějšími a stále více znesnadňují klientům jejich každodenní život. Střední stádium už vyžaduje celodenní péči o klienta. Rodinní příslušníci pečující v domácím prostředí obvykle plně a využívají služeb domácí péče, respitní péče a seniorcenter. Klienti trpící poruchami uvedenými u středního stádia nemoci bývají také často umístěni do sociálně zdravotních zařízení, kde se jim dostává profesionální péče po celý den.¹⁸

Potřeby lidí ve stádiu P-PA-IA - 2 PA – Programové aktivity

PA – programové aktivity odpovídají možnosti a potřebě poskytování péče vsociálních zařízeních. Toto stádium syndromu demence trvá například u Alzheimerovy choroby 2-10 let, a je provázeno omezenou soběstačností, dezorientací, potřebou pomoci vjednotlivých denních aktivitách a potřebou trvalého dohledu. Lidé s demencí jsou schopni vykonávat určité aktivity, kvalita jejich života je v mnoha ohledech dobrá či velmi dobrá, radují se z určitých aktivit či skutečností, které jsou schopni vnímat, více či méně uspokojivě komunikují. Tito lidé se zapojují do programových aktivit, profitují z nich a nevyskytují se u nich (či jsou zvládnutelné a přechodné) závažné poruchy chování (neklid, agitovanost, agresivita, atd.), či jiná psychologická symptomatologie (halucinace). Zavedení výše zmíněného pravidelného režimu vede k vytvoření řádu v péči, který pacientům v této fázi demence přináší užitek: zaujetí aktivitami, vedení k soběstačnosti, kvalita života a pod-

¹⁷HUUB, B. (2006): *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, s.r.o., s. 23 – 26.

¹⁸JIRÁK, R. a kol. (1999): *Demence*. Olomouc., s. 124.

pora důstojnosti, zachování normálního rytmu, kdy je den naplněn aktivitami a noc slouží k odpočinku. Patří sem také jednotlivé nefarmakologické přístupy (kinezioterapie, vycházky, kognitivní rehabilitace, sensorická stimulace, reminiscence a podobně), u nichž lze důvodně na základě množících se vědeckých důkazů očekávat pozitivní efekt na zachování soběstačnosti, fyzické kondice i prevenci poruch chování.¹⁹

Dochází k postupné destrukci dlouhodobé paměti, která se začíná rozpadat. Drolící se paměť také odstraňuje důležité biografické informace. Nemocný například zapomene, že je v důchodu, a bude chtít odejít do práce. Příbuzní, kteří mají na starosti péči o takové pacienty, si budou muset vytvořit celé spektrum taktiky a triků a přesvědčovacích metod, aby nemocnému zabránili, aby sebe a svou rodinu neztrapnil například tím, že by se najednou objevil v kanceláři, ve které už v mnoho let sedí jeho zástupce. Pojem „návrat do minulosti“ znamená, že mizející paměť způsobuje, že postižený člověk se propadá stále dál a dál do svých vzpomínek na minulost. Také to znamená, že jeho prožitky jsou ovládnuty tématy, jež byla pro něj důležitá v minulých obdobích jeho života. Farmář na penzi bude chtít jít několikrát denně podojit své krávy. Když mu v tom někdo brání, je rozrušený, zlobí se, nebo je smutný. Totéž platí o ženě v domácnosti, která zoufale čeká, až se její děti vrátí domů ze školy, pacient se také může opět cítit být dítětem, kterému se stýská po rodičích. Jak demence postupuje, je pro pacienta stále obtížnější myslet na to, kdo je a co dělá. Schopnost přemýšlet o svých pocitech a o svém chování vyžaduje značnou míru zpracování myšlenek.

Naše schopnost komunikovat prostřednictvím jazyka proto nezmizí náhle. Dochází k tomu postupně. Prvními příznaky jsou problémy s hledáním slov. Proto se pacienti s demencí neustále ptají svého okolí: „Jak se ta věc jmenuje?“ Hledání správných slov znamená, že rozhovor pomalejší a obtížnější než normálně. U mnoha pacientů s demencí je příliš pomalý a příliš obtížný. Proto není divu, že se stále méně snaží vůbec o čemkoli mluvit. V konečné fázi demence nedokážou vést rozhovor spacientem ani ti nejoddanější příbuzní a pečovatelé z jednoduchého důvodu: jeho řečová knihovna, jež kdysi byla pestrá, se nyní smrskla na pouhých několik slov. Schopnost konverzovat nyní dosáhla úrovně batolete. Mnoho pacientů v této fázi demence, podobně jako batole, jímž kdysi

¹⁹Informační materiál: *Strategie České alzheimerovské společnosti v rámci projektu Kooperace jakosti*. Praha: 2009, s. 5.

byli a učili se mluvit, opakuje slova a věty, které slyší u druhých. Někteří pacienti nejsou schopni mluvit. Ale než dosáhnou tohoto stadia, je docela možné, že někdo může přejít do jazyka, jímž mluvil jako dítě. V Důsledku procesu mizející paměti dochází ke ztrátě mechanických dovedností (vařit kávu, používat vysavač, řídit auto), k úbytku slovní zásoby, zhoršení schopnosti mluvit (afázie), dezorientace (pokud jde o lidi, neschopnost poznat partnera a děti), mrtví z minulosti jsou „vzkříšeni,“ snížená schopnost sebeobsluhu (oblékání, mytí, čištění zubů, chození na toaletu), dochází ke změně osobnosti a ke zhoršení funkce intelektu.²⁰

3.1.3 Pozdní stádium

Pro pozdní stádium je typická nesoběstačnost nemocného. Ztráta paměti je velmi pokročilá a choroba způsobuje i zhoršení tělesného stavu. Příznaky pozdního stadia je neschopnost porozumět nebo se vyjádřit, neschopnost poznat příbuzné, přátele ani dobře známé předměty, potíže s přijímáním potravy, s polykáním, úplná ztráta schopnosti orientace, špatná chůze, časté pády, bloudění, agresivita, potíže s udržením moči, anebo stolice a nakonec upoutání na vozík nebo lůžko. V tomto stádiu je nezbytná profesionální zdravotní a sociální péče vzařízení typu Domov pro seniory se specializovaným oddělením pro klienty skognitivními poruchami. (pozn. Autora: tzv. Domov se zvláštním režimem) V posledním stádiu onemocnění Alzheimerovou chorobou se mohou objevit další souběžné nemoci. Tyto pro člověka mnohdy zanedbatelné choroby mohou být pro nemocného s Alzheimerovou demencí rizikové a život ohrožující.²¹

Potřeby lidí ve stádiu P-PA-IA - 3 IA – individualizovaná asistence (individualizované aktivity)

Odpovídá možnosti a potřebě zajištění zdravotní (zdravotně - sociální), dlouhodobé péče. Lidé s demencí v této fázi profitují z individualizované asistence a z aktivit individualizovaných dle jejich potřeb, protože jejich stav pokročil již natolik, že se na režimu programových aktivit nemohou podílet.²²

²⁰HUUB, B. (2006): *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, s. r. o., s. 34 -39.

²¹JIRÁK, R. a kol. (1999): *Demence*. Olomouc., s. 124.

²²Informační materiál: *Strategie České alzheimerovské společnosti v rámci projektu Kooperace jakosti*. Praha: 2009, s. 8.

V poslední fázi už pacient nemůže ani chodit, jen sedět, v určitém okamžiku ani to už není možné. Čím dál paměť mizí, tím víc připomíná myšlení člověka malého dítěte a vše, co je s tím spojeno. Co tento člověk ve skutečnosti dělá? Jak vidí svou vlastní nemoc? Pacient s demencí prochází stejnými stádii kognitivního vývoje jako dítě (jak popsal slavný švýcarský psycholog Piaget), ale v opačném pořadí. Také pokud jde o mozek, vrací se pacient s demencí ke svým počátkům. **Zkrátka staré rčení „druhé dětství“ (pojem dávno zapomenutý) obsahuje víc pravdy, než jsme si my (odborníci) dlouhou dobu byli ochotni přiznat.** Svět pacienta s demencí se ve skutečnosti skládá pouze z jeho vlastního těla. Stěží je schopen chápat cokoli z toho, co se děje v jeho okolí. Zvuk šálků a talířků už pro něj není znamením, že se bude podávat čaj. Už neví ani to, že by měl pít z hrnku, který stojí na stole před ním. Jen když mu ho někdo přiloží k ústům a on ucítí na rtech vlhkost, začne zněho pod vlivem reflexu pít. Čich, hmat, chuť jsou nyní důležitějšími smysly než sluch a zrak. Omezené projevy chování jsou primárně fyzické povahy. Někteří pacienti v této fázi úplně odmítají jíst a pít. Je to možná jejich způsob, jak nám signalizují, že už toho všeho mají dost. V konečné fázi svého života bude pacient s demencí přijímat informace jen s matným vědomím. Jeho vnímání věcí připomíná stav anestezie nebo snížené bdělosti u lidí bez demence. Rozdíl mezi individuální osobou a jejím okolím zmizel. Už se nepoznává.²³

²³HUUB, B. (2006): *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, s.r.o., s. 57.

4 DIAGNOSTIKA DEMENCE ALZHEIMEROVA TYPU

V úvodu této kapitoly bychom rádi ve stručnosti popsali diagnostiku DAT, kterou přejímáme z publikace nazvané: „*Poznejte demenci správně a včas*“, kde její autoři doporučují a podrobně vysvětlují základní diagnostické postupy u osob s podezřením na kognitivní poruchu či demenci a vyšetřovací metody specialisty, mezi které patří:

A) Anamnéza:

- Zaměřená na aktivity denního života
- Anamnéza poruch chování
- Specifická anamnéza osob s kognitivní poruchou
- Obecná anamnéza osob s kognitivní poruchou
- Anamnéza poruch nálady (deprese)
- Depresivní pseudodemence

B) Testování kognitivních funkcí, které obsahuje:

- Rozhovor s pacientem
- *Test kreslení hodin*
- Test časoprostorové orientace
- Jednoduché paměťové testy
- Testování řečových schopností
- Test slovní produkce
- *Krátký test kognitivních funkcí*
- *Addenbrookský kognitivní test*
- Dotazníky aktivit denního života²⁴

4.1 ACE-CZ Addenbrookský kognitivní test

Průběžné výsledky a závěrečné zhodnocení působení aplikace speciálně pedagogických terapeuticko-formativních přístupů, budou ověřovány a zaznamenány formou bodového skóre Addenbrookského kognitivního testu (ACE-CZ), který obsahuje test Mini

²⁴BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M. (2010): *Poznejte demenci správně a včas*. Praha: Mladá Fronta a. s., s. 31-35.

Mental State Examination dle Folsteina (MMSE). Sesbírané výsledky kvantitativních dat budou konvertována do narativní podoby, aby mohla být analyzována kvalitativně.

Addenbrookský kognitivní test (ACE-CZ, Addenbrooke's Cognitive Examination) je rozšířením MMSE o některé další položky. Oproti MMSE umožňuje posoudit podrobněji větší počet kognitivních funkcí, především paměť, exekutivní funkce a zrakově-prostorové schopnosti. Výsledkem je nejen celkový počet bodů (max. 100) vypovídající o globální mentální úrovni, ale i 5 podskóre charakterizujících jednotlivé kognitivní funkce (pozornost, orientace, paměť, slovní produkce, jazyk, zrakově - prostorové schopnosti).

Orientační interpretace výsledku testu je následující:

- 90 - 100: normální počet bodů
- 80 - 90: hraniční skóre, možná mírná kognitivní porucha
- 80 a méně: demence

Hlavní rysy ACE - CZ

6 stran záznamových archů, 26 úkolů na 5 kognitivních domén, kvantifikace kognitivního postižení s maximálním skórem 100 bodů, testuje se podrobněji více kognitivních oblastí, proto lze zjistit kognitivní profil, nejen míru postižení.

Poskytuje samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci: Pozornost a orientace (max. 18 bodů), paměť (max. 26 bodů), slovní produkce (max. 14 bodů), jazyk (max. 26 bodů), zrakově-prostorové schopnosti (max. 16 bodů). Dále umožňuje třídit druhy demence, obsahuje v sobě Mini-Mental State Examination, takže lze získat orientační skóre MMSE (i když struktura není zcela identická s původním MMSE).

Nový fenomén je, že i když je MMSE normální (29-30 bodů), tímto testem se přesto dokáže již zachytit zjevná kognitivní porucha.

Pozornost a orientace

1. časoprostorová orientace
2. paměť - zapamatování (vštípení)
3. sedmičkový test/slova pozpátku (fatické funkce, pozornost, počítání, paměť)

Paměť

1. anterográdní paměť (vštípení, učení adresy)

2. retrogradní paměť (starší informace)
3. anterogradní paměť (oddálené vybavení adresy)
4. paměť – znovu poznávání adresy (náповěda, výběr z 3 možností)

Slovní produkce (verbální fluence)

1. zde je nový prvek v kognitivním vyšetřování - klasická zkouška exekutivních funkcí /sémantické paměti [nikoli epizodické paměti]:
2. písmenková slova na „P“ v ACE-CZ je těžší úkol, zvířata (kategoriální)
3. při slovní produkci je postižena sémantická slovní produkce – zvířata

Zrakově prostorové schopnosti

1. dvourozměrný obrázek (dva pětiúhelníky)
2. trojrozměrný obrázek (krychle)
3. test hodin (je to výborný kvalitativní test, avšak obtížně skórováný)
4. percepční schopnosti, které zjišťujeme v úkolu č. 15. a 16. je výhodné u osob s parézou

Vyhodnocení testu ACE-CZ je náročný proces, avšak při pravidelně se opakujících testech získá administrátor zkušenosti a naučí se zamýšlet do hloubky o jednotlivých doménaх. Z toho vyplývá, že test je polo - neuropsychologické vyšetření.²⁵ (viz příloha A a B)

4.2 MMSE - test kognitivních funkcí dle Folsteina

Mini - Mental State Examination (MMSE) podle Folsteina je nejpoužívanější metodou zjištění celkových globálních kognitivních funkcí a k zachytu demence s určením míry postižení. Test zahrnuje celkově 10 subtestů, které hodnotí orientaci pacienta v čase a prostoru, krátkodobou paměť, početní schopnosti, pozornost, čtení, psaní, řeč a konstrukčně - praktické dovednosti. Test dobře odliší středně těžkou demenci od normálního stárnutí. Protože úkoly jsou relativně jednoduché, není možné s jeho pomocí spolehlivě identifikovat osoby s mírnou kognitivní poruchou. Administrace testu je 5 - 10 minut. Maximální skóre v MMSE je 30 bodů, čím vyšší skóre, tím lepší výkon. Skóre 26-25 bodů je hraniční nález, od 24 bodů začíná pásma demence (24-18 lehký stupeň demence, 17-6

²⁵ <http://www.Kognice.cz/> edukační materiály a testy – zde je v PDF Addenbrookský test.

středně těžký, méně než 6 těžký stupeň demence). Předností screeningového testu MMSE je snadná administrace bez složitých pomůcek, krátké trvání a určitá kvalifikace postižení. Nedostatkem testu je jeho malá citlivost k lehkým a počínajícím deficitům, ovlivnění výsledku vzděláním a věkem a chybění subtestu na vyšetření exekutivních funkcí. Osoby s vyšším vzděláním tak mohou dosahovat normálních hodnot i navzdory již probíhajícímu postižení. A naopak osoby s nižším stupněm vzdělání mohou mít nižší skóre, ačkoli se u nich nejedná o pokles kognitivních schopností. MMSE je nutné považovat za základní orientační metodu, která se musí posuzovat s ohledem na širší kontext výsledků dané osoby.²⁶

Vzhledem k tomu, že MMSE dle Folsteina patří mezi nejpoužívanější metodu zjištění celkových globální kognitivních funkcí, uvádíme u každého z respondentů skóre v testovaném období.

4.3 Vyšetřovací možnosti specialisty

- *Neuropsychologické vyšetření*: Tato metoda slouží k podrobnému zhodnocení všech kognitivních domén.
- *Výpočetní tomografie mozku (CT)*: Jedná se o rentgenové vyšetření, kdy je sejmuta řada snímků v řezech a následně opět složena. Výsledek je zobrazen na monitoru.
- *Magnetická resonance mozku (MR)*: Tato metoda je založena na měření rozdílů v šíření krve a spotřeby kyslíku ve tkáních. Metoda sleduje mozek během jeho aktivity. Např. během vnímání, mluvení, učení atp. Zpřesňuje diagnostiku demencí a identifikuje jiné, potencionálně léčitelné příčiny demence.
- *Pozitronová emisní tomografie (PET)*: Tato metoda je založena na sledování činnosti mozku za účasti radioaktivně označené látky v mozkových buňkách. Výsledkem jsou plány aktivit různých částí mozku během nejrůznějších úkolů a při různé míře zátěže.
- *Jednofotonová emisní počítačová tomografie mozku (SPECT)*: Metoda posuzuje metabolickou aktivitu neuronů nepřímo na základě změn prokrvení jednotlivých

²⁶BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M. (2010): *Poznejte demenci správně a včas*. Praha: Mladá Fronta a.s., s. 49-50.

oblastí, ukazuje snížení mozkového korového glukózového metabolismu. Určitou roli má SPECT vyšetření při odlišení ACH od demence vaskulární nebo frontotemporální.

- *Vyšetření mozkomíšního moku (MMM)*: Tato metoda zjišťuje biochemické podstaty typických histopatologických znaků ACH, stanovuje se hlavní změna tau- protein u Alzheimerovy choroby.
- *Elektroencefalograf (EEG)*: Slouží k zachycení a diagnostikování elektrické aktivity mozku. Neurony vytvářejí elektrické impulsy, které tento přístroj zachytí jako vlny různých frekvencí.²⁷

4.4 Léčba Alzheimerovy choroby

Farmakoterapii lze zhruba rozdělit na kognitivní farmakoterapii, ovlivňující především porušené poznávací funkce a na nekognitivní farmakoterapii, ovlivňující přidružené poruchy nálad a afektů, chování, spánku. Tzv. nekognitivní farmakoterapie ovlivňuje poruchy chování, změny nálad a afektů, poruchy spánku u demencí. K tišení neklidů se používají moderní látky tzv. antipsychotika II. generace, které mají minimum nežádoucích vedlejších účinků. Rovněž jsou používány moderní antidepressiva (farmaka působící proti depresi) a moderní anxiolytika (látka proti úzkosti). Po stanovení pravděpodobné demence Alzheimerova typu se podle okolností zahajuje léčba kognitivu. Používají se dvě skupiny léčiv založených na důkazech:

Inhibitory mozkových acetylcholinesteráz: Nejúčinnější léčbou Alzheimerovy demence v současnosti jsou léky, které bloádou enzymu rozkládajícího acetylcholin zvyšují obsah acetylcholinu v synaptické štěrbině neuronů mozku. Inhibitory acetylcholinestrázy (AChE) se používají tři chemicky odlišné substance: donepezil, rivastigmin a galantamin, z nichž každý má své přednosti a nevýhody. Inhibitory AChE k léčbě lehké až středně těžké formy Alzheimerovy nemoci. Ovlivňují nejen kognitivní funkce, ale působí příznivě i na poruchy chování a vnímání a běžné činnosti života. Za prospěšný zásah do průběhu choroby některými z těchto preparátů můžeme považovat i pouhé zpomalení kognitivní

²⁷BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M. (2010): *Poznejte demenci správně a včas*. Praha: Mladá Fronta a. s., s. 76-81.

deteriorace. Inhibitory acetylcholinesterázy jsou z mnoha intenzivně studovaných léčebných přístupů první nadějí pro pacienty, pečovatele i společnost.

Parciální antagonisté NMDA receptorů: Memantin je nekompetitivní antagonist NMDA receptorů pro excitační neuromediátor glutamát. Memantin zpomaluje zhoršování kognitivních funkcí a běžných denních činností. Memantin předepisuje neurolog, psychiatr nebo geriatr pacientům, u kterých je diagnosticky vyloučena demence jiného typu než Alzheimerova a potvrzena diagnóza Alzheimerovy demence se stupněm postižení vyjádřeným dle škály MMSE v rozmezí 17 – 6 bodů. Po třech měsících od zahájení podávání memantinu je provedeno další vyšetření pacienta škálou MMSE. Další kontroly MMSE jsou prováděny nejméně po každých 3 měsících léčby.²⁸

²⁸BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M. (2010): *Poznejte demenci správně a včas*. Praha: Mladá fronta a.s., s. 83-90.

5 EDUKAČNÍ A TERAPEUTICKÉ ČINNOSTI VHODNÉ PRO OSOBY S DAT

Cílem rigorózní práce je aplikace a prokázání účinnosti ověřovaných strategií a postupů, při práci s osobami s DAT prostřednictvím speciálně pedagogických terapeuticko-formativních přístupů. Dle výzkumu zaměřeného na efektivitu terapeuticko-formativních přístupů se budeme v praktické části snažit odpovědět na otázku:

Jaký vliv mají terapeuticko-formativní přístupy na osoby s DAT?

Müller uvádí, že terapeutické přístupy jsou způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, které směřují k odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (např. v prožívání, chování, fyzickém výkonu). Tomu odpovídá též etymologie termínu terapie, jehož řecko- latinský původ odkazuje na léčení, ošetřování, ale také na starání se, pomáhání, cvičení. Terapie obecně mají určité charakteristické rysy: u osob s demencí probíhají vždy v konkrétním prostředí, mají určitou organizační formu, v našem případě individuální, nebo skupinovou. Terapie mohou být zaměřeny léčivě, preventivně a rehabilitačně. S odlišným dělením se setkáváme ve speciální pedagogice. Zde je k terapeutickým účelům užíváno mj. autentického vztahu mezi terapeutem a klientem, emotivity, spontaneity, kreativity, improvizace, verbální komunikace, sociální učení a především komunikace neverbální.

Terapii ve speciální pedagogice autor rozděluje do následujících skupin:

1. Terapie hrou
2. Terapie činnostmi a pracovní terapie
3. Expresivní terapie (arteterapie)
4. Psychomotorické terapie
5. Terapie s účastí zvířete (zooterapie)

Dále uvádí, že významné místo v rámci aplikace nefarmakologických terapeutických přístupů k osobám s demencí zastává speciální pedagog, jelikož ve většině případů jsou uplatňovány právě terapeuty, nikoli lékaři. Terapeut je profesionál s určitým vzděláním zajištěnou formou výcviku a osobnostními předpoklady.²⁹

²⁹MÜLLER, O. (2005): *Teorie ve speciální pedagogice. Teorie a metodika*. Olomouc: UP, s. 13 -18.

5.1 Speciálně pedagogická péče

Speciálně pedagogická péče o seniory s demencí Alzheimerova typu může zahrnovat a zahrnuje vícero přístupů, postupů, prostředků a forem. Jako hlavní obecné cíle či spíše směry péče o seniory s demencí Alzheimerova typu vyvstávají ze speciálně pedagogického hlediska především nutnost.

Reedukace základních dovedností či schopností Reedukace základních dovedností či schopností by se měla promítnout do posilování kapacity paměti z důvodu narušeného přenášení informací z krátkodobé do dlouhodobé a z důvodu postupné destrukce dlouhodobé paměti. Reedukace spočívá využitím kapacity pozornosti, užívání jazyka a jeho porozumění, ale i v posilování adekvátního vnímání a prostorové orientace. Mezi speciálně pedagogickou péčí řadíme práci s celoživotně zafixovanými pohybovými stereotypy, práci s rutinními dovednostmi, návyky a vzorci chování a neposledně jde o naplňování emocionálních potřeb.

Význam aktivizace spočívá v některých v ní přirozeně obsažených a do jisté ob- tížně vymezitelné míry fungujících faktorech, jež jsou efektivní pro dynamizaci osobnosti příslušné osoby. Mezi osvědčené „hybné mechanismy“ fungující u seniora s demencí Alzheimerova typu patří například strukturované a promyšlené poskytování smysluplných informací pomáhajících v orientaci v realitě osobní, partnerské, materiální atp. Podporu- jeme nenásilnou stimulaci paměti, řeči, myšlení, sensorického vnímání, pozornosti atp.³⁰

5.2 Vymezení pojmu terapeuticko-formativní přístupy (TFP)

Terapeuticko-formativní přístupy (TFP) existují jako svébytné mechanismy (opatření, postupy), jež umožňují pomáhajícím profesím zejména psychologům, psychoterapeutům, speciálním pedagogům dosahovat u jejich klientů normy (či blížit se normě) a to vyu- žitelné v každodenním životě. Co se týká forem a cílů terapeutických metod uvedených níže, jsou pro ně určující rovněž jejich aplikační oblasti. Formy mohou být různé - z hle- diska počtu účastníků jde o formy individuální, skupinové, hromadné, z hlediska časo- vého rozvržení o jednotlivá cvičení, pravidelná sezení, dlouhodobé komplexní programy

³⁰Zdroj: <http://www.upol.cz/fakulty/pdf/e-pedagogium/#c13535> ze dne 24. 10. 2013.

atp. TFP existují jako svébytné postupy, které umožňují pomáhajícím profesím (psychologům, psychoterapeutům, speciálním pedagogům) dosahovat nebo se blížit normě využitelné v každodenním životě. TFP odstraňují nebo zmírňují deficity v chování, prožívání a sociálních vztazích za pomoci psychologických prostředků a tím se hlásí k teoreticko - metodologické bázi psychoterapeutické – existuje mnoho psychoterapeutických škol, speciálně pedagogické terapie se odvíjí především od těch, které jsou činnostního charakteru = využívají specifických lidských činností k terapeutickým a formativním účelům. TFP postupují od činnosti herní, umělecké, motorické.³¹

5.2.1 Expresivní terapie

„Expresivní terapii lze definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci uměleckých prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.“ Müller dále rozlišuje hlavní druhy expresivní terapie: dramaterapii, teatroterapii, psychodrama, muzikoterapii, biblioterapii a arteterapii v užším smyslu. Při práci se seniory lze především využít muzikoterapii a arteterapii.³²

5.2.2 Arteterapie

Podle Šiřkové arteterapie představuje soubor uměleckých technik a postupů, které mají kromě jiného za cíl změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí, integrovat jeho osobnost a přinést mu pocit smysluplného naplnění života. V arteterapii se setkáváme se dvěma hlavními přístupy - *receptivní a produktivní*. Při tomto vymezení arteterapie zjišťujeme, že s receptivní arteterapií se setkáváme v běžném životě. Receptivní arteterapie znamená vnímání uměleckého díla s určitým záměrem. Cílem tohoto druhu arteterapie je pochopení vlastního vnitra, poznávání pocitů jiných lidí. Při receptivní arteterapii, kterou vede arteterapeut, je kladen důraz na výběr výtvarných děl arteterapeutem. Cítí, že pacienti mají potřebu se zabývat určitým tématem a snaží se najít

³¹MÜLLER, O. (2005): *Terapeuticko-formativní přístupy ve speciální pedagogice*. In Kol. Olomouc., s. 59.

³²MÜLLER, O. (2005): *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP., s. 64.

výtvarné dílo, které toto téma nese a může dát podnět k jeho rozvíjení. Druhou formou arteterapie, je arteterapie produktivní, což znamená aplikování konkrétních kreseb, maleb, anebo modelování. Arteterapie v širším smyslu znamená léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. Arteterapie v užším slova smyslu znamená léčbu výtvarným uměním. Cílem arteterapie u pacientů s duševními poruchami je dávat příležitost sublimace negativních prožitků, umožňuje korekci nepřiměřených, předčasných, zmatených závěrů a událostí ve vlastním životě, které vedou ke zmatenému myšlení a chování. Poskytuje reálný pohled na svou nemoc a nabízí vizi změn a chápání událostí i naději na vyléčení.³³ U klientů s demencí je arteterapie využívána v jiné formě vzhledem k různým omezením vyplývajících z nemoci. U Alzheimerovy choroby, může sehrát důležitou roli při zachování lidské důstojnosti a zmírnit důsledky úpadku člověka. Arteterapie se uplatňuje zejména v období svátků, kdy klienti vyrábějí předměty vztahující se k jednotlivým svátkům. Klienty je důležité motivovat. Motivací jim často je, že vyzdobí místnosti v zařízení nebo vyrobí dárky pro příbuzné. Obecně lze využívat výtvarné techniky (malování na papír, květináče, hedvábí, apod.), textilní techniky (koláž, batika), práci s papírem nebo přírodními materiály.³⁴

Z vlastní zkušenosti vím, že jsou různé arteterapeutické techniky vnímány uživateli s DAT velmi pozitivně. Výtvarná tvorba je sama o sobě tvůrčí činností v jakékoliv podobě, u klientů s DAT navíc pomáhá odvádět účastníky od destruktivního chování a hraje významnou roli v překonávání jejich psychických obtíží. Arteterapeutická činnost u osob s DAT se stává prostředkem odreagování, seberealizace a je způsobem jakéhosi sdělení. Pomocí produktivní arteterapie je rehabilitována paměť, jemná motorika, smysly, koordinace očí a rukou, pozornost, soustředěnost ale i interpersonální vztahy. Při naší práci se osvědčila tzv. arteterapie aktivní, která zahrnuje použití konkrétních tvůrčích činností a materiálů, které uvádím v „Nápadníku“ v příloze D.

³³ŠIČKOVÁ, F. J. (2008): *Základy arteterapie*. Praha: Portál, s. 30.

³⁴HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations., s. 196.

5.2.3 Dramaterapie

Valenta specifikuje dramaterapii, jako léčebně výchovnou (terapeuticko – formativní) disciplínu, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti.³⁵

Dle Müllera lze pozici dramaterapie definovat podle určitých klíčů či pohledů, a to podle příslušnosti k již konstituovaným oborům s pevným paradigmatem, nejčastěji jako součást aplikované psychologie – psychoterapie, jako součást speciální (léčebné) pedagogiky, či jako zcela autentický obor interdisciplinární povahy. Dramaterapii vnímá, jako jednu s disciplín arteterapie v širším významu (tj. uměleckých terapií) společně s arteterapií v užším slova smyslu, muzikoterapií, pohybovou a taneční terapií, ale také jako expresivní (na expresi - výrazu postavené) popř. činnostní terapii apod.³⁶

5.2.4 Muzikoterapie

Müller dále uvádí, že muzikoterapie je vnitřně značně diverzifikovaný obor s širokým rozsahem možností aplikací v klinické praxi. Dokumentováno je užití hudby v psychoterapii, fyzioterapii, neurologii, ošetrovatelství, porodnictví, speciální pedagogice a dalších oblastech. Pojem muzikoterapie již není spojován pouze s terapií ve svém původním významu – označuje také neléčebné aplikace hudby za účely rehabilitace, vzdělávání, psychohygieny aj. Z hlediska našich kulturních podmínek uvádí Pokorná (1982) čtyři úrovně chápání pojmu muzikoterapie, podle něhož lze muzikoterapii považovat za specifickou formu psychoterapie s využitím skupinové hudební aktivity, při kterých jde hlavně o zlepšení sociálních vazeb, je součástí léčebného, rehabilitačního procesu. Muzikoterapie má mnoho společného s pedagogikou. Pedagogická muzikoterapie (speciální, léčebná, sociální a výchovná) je souhrnné označení terapie, která se zaměřuje na procesy učení, sociální integrace a komunikace. Primárně nejde o léčbu, ale především o rozvoj, stimulaci,

³⁵VALENTA, M. (2007): *Dramaterapie*. Praha: Grada Publishing., s. 23.

³⁶MÜLLER, O. (2006): *Terapeuticko-formativní přístupy ve speciální pedagogice*. In Kol. *Speciální pedagogika 2.1* vyd. Olomouc:UP, s. 65.

podporu a integraci zdravých částí klienta. Jedná se tedy o pragmaticky a empiricky orientovanou vědeckou disciplínu, stojí v systému hudebních věd na hranici s hudební psychologií, pedagogikou, sociologií, etnologií, hudební akustikou, hudební teorií, filosofií a estetikou. Na druhé straně je její interdisciplinární charakter předurčený metodologickou souvislostí se všeobecnou medicínou, psychologií, psychiatrií a pedagogikou.³⁷

V knize Péče o pacienty s kognitivní poruchou se autoři o muzikoterapii vyjadřují takto: „Hudba léčí, toto všeobecné rčení platí pro člověka zdravého stejně jako pro člověka postiženého Alzheimerovou chorobou. Užití některých prvků muzikoterapie napomáhá k psychické pohodě klienta, umožňuje posílit jeho sebevědomí, neboť právě texty písní či známá říkadla a melodie zůstávají jako součást dlouhodobé paměti v jeho povědomí nejdéle. Techniky muzikoterapie mohou být součástí celodenního programu (zpěv či poslech lidových písní, předvádění hry na různé nástroje, rytmické a taneční prvky během kondičního cvičení, hudební kvíz nebo vybavování si hudebních nástrojů při cvičení paměti). K využití jednotlivých prvků muzikoterapie v rámci celodenní péče nám slouží jejich rozdělení na techniky aktivizační (klient je aktivně zapojen) a techniky napomáhající k uvolnění, relaxaci, vyvolání vzpomínek a emocí, tedy spíše pasivní.“³⁸ Jak uvádí Zeleiová, muzikoterapie má složku receptivní (vnímání huby) a aktivní (vyvíjení hudební aktivity), přičemž mohou tyto dvě složky tvořit propojený celek. Forma muzikoterapie je dvojí, individuální - předpokládá samostatnou práci klienta s terapeutem a skupinová – ta vyžaduje od terapeuta dobrou znalost skupinové dynamiky, fáze skupiny.³⁹

5.2.5 Taneční terapie

Taneční terapie pro seniory je vlastně aktivizačně-rehabilitační program. Jedná se o cvičení na hudbu, které je speciálně sestaveno pro občany seniorského věku. Zábavnou formou se při pěkné, rytmické hudbě procvičují jednotlivé partie těla, koordinaci těla a paměť. Taneční terapie je založena na systému dechových cvičení a cvičení zlepšujících svalový tonus v oblasti páteře. Zároveň působí na činnost řídicích mozkových center, která

³⁷MÜLLER, O. (2005): *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP.

³⁸HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. (2007): *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, spol. s r.o., s. 225.

³⁹ZELEIOVÁ, J. (2007): *Muzikoterapie*. Praha: Portál., s. 40.

udržují rovnováhu a koordinaci všech svalových skupin lidského těla. Všechny sestavy taneční terapie mohou probíhat vsedě, jsou přínosné a přitom velmi snadno zvládnutelné. Čížková uvádí, že cílem taneční terapie u seniorů je umožnit jim přístup k aktivnímu prožití času – nabídnout alternativu pohybové možnosti, zlepšit nejen fyzické, ale také psychické zdraví. Neupomíná i na možnosti prožít nové zážitky.⁴⁰

5.2.6 Petterapie

Petterapie je léčba pomocí zvířecích miláčků. Mezi zvířaty chovanými doma a člověkem totiž existuje od nepaměti vzájemný vztah. A mezi zvířaty a starými lidmi, resp. lidmi s demencí, je toto pouto ještě silnější. Pokud je v instituci chováno zvíře, působí toto prostředí více domáckým dojmem a novým pacientům usnadňuje příchod do zařízení. Zvíře je především vynikající prostředek ke komunikaci, a to jednak mezi člověkem s demencí a právě oním zvířetem (nonverbální, později třeba i verbální), ale i mezi pacienty navzájem.⁴¹

Mohu jedinečně souhlasit, že zvíře je vynikajícím a jedinečným prostředníkem k navázání komunikace mezi klientem a terapeutem. Zvíře, ale neslouží u klientů s DAT jen k navázání komunikace, nesporným přínosem je také jeho působení na všechny smysly lidí s DAT. Drobné zvířata, mezi které patří i naši mazlíčky jsou křeček, morče a králík, které používáme též u osob s DAT v těžkém stádiu demence. Tito uživatelé jsou již celodenně na lůžku, jsou plně imobilní. Návštěva a přítomnost zvířat pro ně představuje tak velký podnět, že se u nich podaří vyvolat nejen neverbální, ale často i jinak „zapomenu-tou“ komunikaci verbální.

5.2.7 Canisterapie

Canisterapie je terapie prostřednictvím psa, název vznikl z latinského slova canis (pes) a slova terapie. Canisterapií v širším smyslu je chování psa v běžné domácnosti, kdy terapeuticky působí jeho přítomnost. Canisterapií v užším smyslu rozumíme využití psa k terapii, za účelem působení na klienta. Podle zaměření dělíme canisterapii na: aktivity

⁴⁰ČÍŽKOVÁ, K. (2005): *Tanečně – pohybová terapie*. 1. vyd. Praha: Triton.

⁴¹HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. (2007): *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, spol. s .r .o., s. 225.

za pomoci psa , kde se pomocí přirozeného kontaktu člověka a psa směřuje ke zlepšení kvality života klienta, např. návštěvy pro radost, jejichž hlavním smyslem je pozvednutí kvality života klientů. Tuto službu obvykle provozují dobrovolníci, tzv. canis asistenti, pod dohledem osob pečujících o klienty a navazuje na další volnočasové aktivity v zařízení, a terapii za pomoci psa , je podpůrnou rehabilitační metodou se záměrem podílet se na léčbě určitého typu zdravotního problému nebo poskytnutí úlevy klientům, a to cíleným kontaktem, kde nasměrování a úkoly určuje odborník a canisterapie se tak stává podpůrnou metodou celkové rehabilitace klienta.⁴²

5.2.8 Kinezioterapie - psychomotorická terapie, terapie hrou

V knize *Kinezioterapie demence* je tato metoda autorkami popsána takto: „Kinezioterapie je podpůrnou léčebnou metodou, která působí paralelně vedle farmakoterapie, biologické, fyzikální, psychologické a chirurgické terapie. K dosažení léčebných výsledků využívá prostředků aktivně prováděného pohybu mimopracovní povahy. Je oborem interdisciplinárním. Pomáhá člověku dosáhnout pocitu somatopsychické normality. Během terapeutického procesu terapeut napomáhá pacientovi k úplnějšímu sebepoznání a poznání vlastních možností tak, aby je mohl využít k rozvíjení své osobnosti, nárůstu seberegulace a tím ke kvalitnějšímu způsobu života. *Kinezioterapeutické aktivně relaxující programy* se zaměřují na iniciaci kognitivních a emociálních procesů. Programy používají gymnastická cvičení, taneční a výrazové sekvence a prvky sportů. Cvičení je snadno zvládnutelné, neklade nároky na výkon. Cílem je navození pozitivního prožívání sebe sama, dochází k uvolňování napětí (v psychoanalytickém přístupu, který lze užít v určitém období léčby u neurotických pacientů, závislých a nemocných s poruchami chování může dojít i ke zvýšení tenze). Podporovány jsou zdravé části osobnosti tak, aby se povzbudilo a posílilo sebevědomí a důvěra v prostředí a v možnost prožití příjemného, radostného. Důraz je kladen na pozitivní emocionální prožitek. Přesnost provádění pohybové struktury je nepodstatná.⁴³

Kinezioterapeut by měl být někdo, koho pacienti již znají, ke komu mají důvěru. Měl by být vždy optimisticky naladěný, bez ohledu na to zda má nějaké osobní problémy, pří-

⁴²Zdroj: www.canisterapie.cz, ze dne 12. 10. 2013.

⁴³HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. (2005): *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton, s. 31 – 35.

padná nervozita nebo napětí terapeuta by se mohlo snadno přenést na pacienty a záporně ovlivnit průběh kinezioterapeutického cvičení. Samozřejmostí je, že kinezioterapeut je seznámen se zdravotní dokumentací každého cvičence.⁴⁴

V praxi se často setkávám s direktivním přístupem terapeuta, který určuje podmínky, opravuje, napomíná, rozkazuje. Pro všechny, které kinezioterapie zajímá a chtěli by se jí věnovat, je nezbytné uvědomění, že terapeut je pouze průvodce, přítel, který nenabádá klienta, aby ovládal své chování. Pouze ho podporuje a doprovází.

Vzhledem k tomu, že kinezioterapeutická jednotka se skládá z vícero terapeutických prvků, uvádím dle Hátlové, hlavní zásady kinezioterapie u osob s DAT:

- Respektování osobnosti nemocného.
- Podpora sebeúcty, vědomí spoluúčasti a sounáležitosti.
- Musí být brány v úvahu všechny složky osobnosti nemocného. Cvičební program musí být adekvátně obtížný, snadno pochopitelný a musí být přizpůsoben možnosti úspěšného splnění.
- Jednotlivá cvičení musí mít stabilní formy, které mohou být po předchozím oznámení postupně obměňovány. Změny je důležité provádět postupně a v malém rozsahu.
- Činnost musí mít variabilní formy, tak aby byla pro každého nemocného přístupná a zaujala ho.
- Činnost musí být prováděna na nejvyšší možné úrovni, které je nemocný schopen.
- Primární je navázání vztahu důvěry mezi nemocným a terapeutem. Nemocný nesmí vnímat terapeutovu blízkost jako možnost ohrožení.
- Kinezioterapie musí probíhat v prostředí, které nemocného neohrožuje.
- Pohybová činnost musí být prováděna pravidelně v rámci denního a týdenního režimu.⁴⁵

⁴⁴HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. (2007): *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, spol. s. r. o., s. 191.

⁴⁵HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. (2005): *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton., s. 40.

5.2.9 Bazální stimulace - psychomotorická terapie

Bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Koncept Bazální stimulace nabízí již 40 let profesionálům v oblasti poskytování zdravotní péče, sociálních služeb a také ve výuce žáků se speciálními vzdělávacími potřebami vysoce kvalifikované a profesionální ošetrovatelské a terapeutické postupy. Cílem těchto postupů je přizpůsobit péči životní situaci lidí, kteří se narodili s postižením, nebo ho za života získali v důsledku onemocnění či úrazu. Koncept poskytuje vhodné stimuly pro psychomotorický vývoj člověka, stimuluje vnímání, komunikaci a hybnost. Výchozími předpoklady pro strukturu péče je práce s biografií člověka, jeho rituály a životními potřebami. Oblast lidských potřeb byly americkým psychologem A. H. Maslowem shrnuty do pyramidy, jež obsahuje 5 stupňů: uvedeno vzestupně - základní tělesné, fyziologické potřeby, potřeba bezpečí a jistoty, potřeba uznání, přijetí, potřeba seberealizace, uznání. Koncept Bazální stimulace znamená strukturovat ošetrovatelskou, ale také pedagogickou a terapeutickou práci tak, aby sledovala cíl saturovat výše zmíněné potřeby. Lidské potřeby jsou v konceptu Bazální stimulace jádrem centrálních cílů pro strukturu individuálních ošetrovatelských a terapeutických plánů. Cílem konceptu je uspořádat životní podmínky uživatelů zdravotní péče nebo sociálních služeb, tak aby byl podporován jejich vývoj autonomie a umožnění prožití jejich života v nejvyšší možné míře kvality.⁴⁶

Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatrii

Freidlová uvádí v odborném časopise uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatrii, a to především v péči o seniory, kteří trpí demencí. Tento koncept umožňuje porozumět stylu komunikace člověka s demencí a navázat s ním adekvátní komunikaci. Kromě možnosti komunikovat s lidmi s demencí poskytuje koncept ucelené ošetrovatelské a terapeutické nabídky pro aktivizaci seniorů trpících demencí. Prostřednictvím konceptu lze u neklidných agresivních seniorů navodit zklidnění, umožnit jim orientovat se v prostoru a denní době a aktivizovat je ke smysluplným aktivitám. Filozofií konceptu při péči o lidi s demencí je pochopit jejich potřeby, porozumět jejich vývojové době, periodě, ve

⁴⁶Zdroj na stránkách IBS: http://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_diagnoza., ze dne 19. 10. 2013.

které se nacházejí, a na základě jejich biografie sestavit adekvátní individuální plán péče. Bazální stimulace je vysoce kvalifikovaný soubor terapeutických postupů, jejichž cílem je přizpůsobit se životní situaci seniora a poskytnout mu v jeho individuální a aktuální životní situaci vhodné a odpovídající stimuly v oblasti kognitivní, pohybové a komunikační. Mezi základní okruhy, se kterými se v konceptu u seniorů pracuje, je stimulace somatická a vestibulární. Zkušenost se svým tělem, tedy somatické vnímání, je výchozím bodem pro rozvoj nebo udržení pohybových, kognitivních, ale také komunikačních schopností. Cílem konceptu Bazální stimulace v geriatrické péči je udržet co nejdéle sebeobslužné aktivity seniora, což ovlivňuje významně kvalitu jeho života.⁴⁷

5.3 Práce se seniory v rámci speciální pedagogiky

Speciální pedagogika jako vědní obor zahrnuje obory somatopedie, psychopedie, oftalmopedie, logopedie, etopedie, surdopedie a specifické poruchy učení. Etopedie a specifické poruchy učení jsou obory zaměřené zejména na práci s dětmi či mladými dospělými. V seniorské populaci je jejich využití prakticky zanedbatelné. Ostatní zmíněné obory speciální pedagogiky se nějakou činností dotýkají oblasti péče o seniory. Vystává otázka, zda speciální pedagogika jako jeden z oborů pedagogiky je schopna aplikovat své poznatky na seniorské populaci. J. Jesenský (2000) popisuje speciální pedagogiku jako obor, který svým zaměřením zahrnuje zejména děti a mládež, ale lze jejich poznatků využít pro andragogiku a gerontagogiku, zejména klasifikaci handicapovaných a speciálně pedagogickou péči. Mühlpachr (2004) popisuje, že pedagogikou dospělých osob se zabývá andragogika, zvláště pak integrální andragogika, která by měla reagovat na pomoc v deficitních oblastech, zejména v péči o staré lidi. Součástí andragogiky jako vědy o výchově a vzdělávání dospělých je poměrně nová disciplína gerontopedagogika, která svou koncepcí zahrnuje osoby v postproduktivním věku. Reaguje tak na moderní dobu, která klade důraz na celoživotní vzdělávání. Souvislosti speciální pedagogiky a problému stáří vymezuje O. Müller (2010) ve svém projektu s názvem „Inovace předmětů speciálněpedagogická andragogika a speciálněpedagogická gerontagogika.“ Poukazuje na zkušenost

⁴⁷FRIEDLOVÁ, K. (2012): *Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatрии*. SESTRA, vol. XXII. č. 9, s. 58-59.

s aplikací vybraných speciálněpedagogických intervencí u znevýhodněných osob seniorského věku, zejména expresivní terapeuticko-formativní intervence. Mezi hlavní pilíře svého projektu zahrnuje mimo jiného zařazení základního speciálněpedagogického pojetí fenoménu stáří do studijního programu Speciální pedagogika (resp. předmětů speciálněpedagogická andragogika a speciálněpedagogická gerontagogika), dále rozšiřování kompetencí speciálních pedagogů ve směru podpory kvality života seniorů, zejména legislativní vstup speciálních pedagogů do sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.⁴⁸

⁴⁸Zdroj: MÜLLER, O. Závěrečná zpráva projektu FRVŠ (595/2010) [online]. ksp.upol.cz [cit. 18. 3.2011].

Dostupné na <www.ksp.upol.cz/cz/clenove/profil/muller/zaverecna-zprava.rtf>

6 SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÉ INTERVENCE

S AKCENTEM NA KOMUNIKACI U OSOB S DAT.

Rigorózní práce má prokázat funkčnost ověřovaných strategií a postupů v práci s osobami s DAT. Základním pilířem je hledání cest, které vedou k dorozumění se s nimi.

Na téma komunikace se seniory existuje mnoho publikací, kde jednotliví autoři vymezují pojem komunikace, její význam a druhy. Komunikace se seniory s demencí Alzheimerova typu je však velmi specifická, liší se i v jednotlivých stádiích tohoto onemocnění. Po prostudování odborné literatury se budeme během ročního výzkumu věnovat i speciálněpedagogickým intervencím při komunikaci s osobami s DAT a budeme se snažit v praktické části odpovědět na otázku: **„Je komunikace nástrojem ke zlepšení života u osob s DAT žijících v Domově se zvláštním režimem?“**

V knize „Péče o člověka s demencí“ autoři zdůrazňují význam fungující komunikace mezi člověkem s demencí, a mezi všemi, kteří o něj pečují a konstatují, „že komunikace je nástrojem, klíčem k zajištění kvalitního života pro nemocného i jeho nejbližších.“ Základním nástrojem je obousměrná technika - pozitivní interakce, proces, při němž používáme verbální i neverbální jazyk. Autoři doporučují dávat pozor na svůj hlas, na tón hlasu, výšku hlasu, na modulaci hlasu a rychlost řeči. Naše rychlost řeči by měla být přiměřená, když budeme mluvit příliš pomalu, může se stát, že nemocný ztratí nit. Pokud budeme mluvit příliš rychle, nestačí nás vnímat. Je důležité, považovat nemocného vždy sobě rovného a tak s ním i jednat. Říká se tomu bezpodmínečné přijetí. Zdůrazňují usnadnění porozumění používáním jednoduchých vět a jejich případným opakováním. K porozumění mohou přispět i neverbální signály, mezi které patří oční kontakt, řeč těla, signály vizuální, čichové, sluchové i hmatové.⁴⁹

Vhodná komunikace s klientem je jedním ze základních pilířů dobrého vztahu mezi pečovatelem a klientem. Komunikace je předávání informací, pocitů, postojů, očekávání. V komunikaci se odráží vztah k člověku, se kterým právě hovoříme. K předávání informací slouží jak verbální složka komunikace, tak i neverbální.⁵⁰

Koběrská ve své knize popisuje komunikaci jako aktivní a vědomý proces dorozumí-

⁴⁹JOY., A. GLENNER a kol. (2012): *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál. s. r. o., s. 44-48.

⁵⁰MLÝNKOVÁ, J. (2011): *Péče o staré občany*. Praha: Grada, a.s., s. 52.

vání, sdělování informací, myšlenek, emocí, postojů. Není to však „jednosměrná ulice“. Základními stavebními kameny komunikace jsou iniciativa a její přijetí. Pojmem „iniciativa“ máme na mysli takový signál, kterým dáváme druhému najevo, že s ním chceme být v kontaktu. Může to být třeba pohled, dotek, oslovení, otázka - může mít tedy verbální i neverbální charakter. Mnoho iniciativ se však vytratí, nikdy na ně nepříjde žádná odpověď. Pro kvalitu každé interakce je rozhodující právě příjem, tedy kvalita odpovědi na jednotlivou iniciativu. V důsledku demence jsou iniciativy změněny - mění se jejich charakter, četnost i kvalita. U osob s demencí se postupně mění schopnost aktivně používat jazyk, verbální vyjadřování je pro ně obtížnější. Později ztrácí člověk s demencí také schopnost porozumět významu slov, jejich smyslu.

Při komunikaci sdělujeme své názory, pocity, přání, požadavky a postoje mnoha různými způsoby. Využíváme při tom nejen slov (verbální komunikace), ale také gest, výrazu tváře, intonace hlasu, tempa řeči, pozici těla (neverbální komunikace).⁵¹ Výstižně popisuje Hubb komunikaci nemocného ve třech stádiích nemoci a uvádí, že v prvním stadiu, ve fázi potřeby dohledu, nedokáže už pacient s demencí mluvit o nedávných událostech a často má potíže najít správná slova. V jakémkoli typu rozhovoru se bude stále více uchylovat ke slovům, jenž jsou mlhavá a nejasná. Příklady těchto takzvaných prázdných slov jsou třeba: „to“, „někde“, „věci“, „někdo“, „něco“, „lidé“, „tak“, „oni“. Tato slova se označují jako „prázdná“, protože nesdělují nic konkrétního. Například „nemůžu tu věc najít, musí to někde být.“ Pokud pacient s demencí udělá chybu v pojmenování nějakého předmětu, často vybere slovo, které je „blízko“ tomu správnému, například, „tuha“ místo „tužka.“ Ve většině případů však pacienti s demencí v této fázi docela dobře rozumějí, co se jim říká. V *prostředním stadiu*, ve fázi potřeby péče, je pro člověka s demencí stále obtížnější zapojit se do jakéhokoliv typu rozhovoru a bude se o to snažit mnohem méně často, než měl ve zvyku v minulosti. Pro lidi kolem něho bude docela složité, aby mu porozuměli, protože pokládá za samozřejmé, že automaticky vědí, o čem mluví. Už nedokáže pochopit význam abstraktních pojmů jako „inteligence“, „politika“, „myšlenka“, nebo „šance“. V jeho mysli také není rozdíl mezi přítomnou situací a minulostí. V *posledním stadiu demence*, ve fázi potřeby ošetrovatelské péče, přestává pacient mluvit do-

⁵¹KOBÉRSKÁ, P., a kol. (2003): *Společnou cestou – Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpící demencí*. Praha: Portál, s.r.o., s. 10-16.

cela. Nedokáže pronést už ani ty nejběžnější ze svých „rituálních“ vět. Jeho vyjadřovací schopnosti úplně mizí, až na několik neartikulovaných zvuků. Stěží dokáže odpovědět na jakoukoli otázku a reaguje pouze na fyzické impulzy jako bolest, teplo, chlad nebo pohyb. Mějte na mysli, že proces demence časem sestře z paměti člověka s demencí všechny informace. A když s ním lidé začnou mluvit o dřívějších obdobích a minulých událostech jeho života, bude se postupně cítit stále bezmocnější. I když si všimnete, že proces demence pokročil už tak daleko, přesto je ještě možné udržet jistou míru kontaktu a komunikace. Když už nechápe slova, může k vašemu pacientovi ještě „mluvit vaše tělo“. Můžete ho vzít kolem ramen. Jemně ho poplácat po zádech, pohladit po paži, podržet za ruku, usmívat se na něho. Až do úplného konce bude člověk s demencí schopen rozeznat melodii věty. Podobně jako malé děti nebo zvířata i člověk s demencí slyší velmi dobře, zda jsou vaše slova přátelská, nepřátelská nebo smutná, dokonce i když význam slov jako takový už není schopen pochopit. Nakonec můžete komunikovat jen tím, že „tam jste.“ Klidná přítomnost někoho, koho zná a komu důvěřuje, se rovná slovům: „neboj se, jsem tady, jsi v bezpečí.“ Pacienti s těžkou demencí potřebují právě tohle.⁵²

Aby komunikace mohla probíhat, musí komunikant i komunikátor být schopen informace vnímat, analyzovat a reagovat. Také musí být splněny podmínky chtít, umět, a moci komunikovat. Uvádím složky komunikace:

Složky komunikačního procesu:

- Komunikátor (mluvčí) – osoba, od níž sdělení přichází
- Komunikant (příjemce) – osoba, které je sdělení určeno, snaží se ho dešifrovat a rozumět mu
- Komuniké – vysílaná zpráva, signál
- Zpětná vazba – zpráva o tom, že informace byla přijata
- Kontext – prostředí a situace, ve které komunikace probíhá, může změnit význam sděleného

Komunikace může být verbální (za použití slov), ale také neverbální mimoslovní). Verbální komunikace je ovlivněna úrovní vnímání, schopností vyslovovat, znalostí komunikačního jazyka, výškou hlasu, jeho intonací a schopností analyzovat význam slov. Také

⁵²HUBB, B. (2006): *Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: portál. s. r.o. s., s. 66 -72.

neverbální komunikace je ovlivněna úrovní vědomí, schopnosti vykonat pohyb, možnosti využití jiných komunikačních kanálů než auditivního. Vnímání není možné bez smyslových orgánů, které jsou schopny přijmout a zpracovat podněty z okolního prostředí. Komunikační kanály v komunikačním procesu mohou být všechny smyslové orgány, v konceptu Bazální stimulace tedy hovoříme o možnosti využití dle stavu a schopností klienta.

Pro práci s osobami s DAT, je důležitá somatická stimulace, která umožňuje zprostředkovat klientovi vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolního světa. Vnímání celého těla je tedy předpokladem k uvědomění si okolního světa a schopnosti s ním komunikovat. Nejzákladnější formou somatické stimulace je dotek. Je to nejjednodušší přirozená forma komunikace beze slov. Doteky utvářejí vztahy a dávají jim význam. Důležité je při tom jak se dotýkat. Předpoklady pro kvalitní dotek je: klid, způsob a význam kontaktu, vyvinutá síla, tlak, rytmus, opakování, sled. Kontakt poskytuje jistotu a umožňuje orientaci. Důležitým prvkem je také budování formou doteku, který nebudí strach a obavy. Je nutno si uvědomit, že lekavé a chaotické doteky mohou vést ke zvýšení svalového tonu a vůbec k nežádoucí reakci organismu.

Biografická anamnéza

Předpokladem kvalitní a účinné stimulace vnímání je získání kvalitní autobiografické anamnézy, formulace reálných cílů, sestavení adekvátního ošetrovatelského, terapeutického nebo pedagogického plánu a kontinuální evaluace reakcí klienta na poskytované nabídky. Nezastupitelnou funkci má integrace příbuzných klienta do pedagogické nebo ošetrovatelské praxe. Každé pracoviště si strukturuje biografickou anamnézu dle cílové skupiny. V našem domově zpracovává biografickou anamnézu u osob s DAT speciálně pedagogický pracovník, který zjišťuje: *Sociální situace, dřívější zaměstnání*

- Jaký je typ (klidný, živý, potřebuje kolem sebe dění, společenský)
- Jak slyší (více napravo, nalevo) používá kompenzační pomůcku) naslouchadlo
- Jak vidí, brýle, lupa. . . .aj.
- Denní rytmus, kdy vstává, kdy chodí spát, chodí na procházky. . .
- Zda je pravák, levák
- Doteky – které má rád, nemá rád
- Jak spí, jaká poloha, jaké příkrývky,
- Co jí rád, co nemá rád

- Co pije, nepije
- Které zvuky poslouchá (rádio, TV, hudba)
- Oblíbené vůně
- Co dělá, když má bolesti
- Co dělá, aby se cítil dobře (poslouchá hudbu, osoba, zvíře, klid, společnost, káva, tanec, procházky, četba, malování)
- Ostatní sdělení
- Důležitý zážitek s poslední doby
- Jak s tím pracujeme?

Jednotlivé prvky konceptu se implementují do péče cíleně na základě strukturovaných individuálních plánů, které sestavujeme dle dotazníku, rozhovoru, autobiografické anamnézy uživatele a jeho somatického (zdravotní anamnéza) a mentálního stavu (testování kognitivních funkcí).

Biografická anamnéza

Předpokladem kvalitní a účinné stimulace je získání kvalitní autobiografické anamnézy, formulace reálných cílů, sestavení adekvátního ošetrovatelského, terapeutického nebo pedagogického plánu a kontinuální evaluace reakcí klienta, na poskytované nabídky. Nezapustitelnou funkci má integrace příbuzných klienta do ošetrovatelské nebo pedagogické praxe. (Jungbuerová, Y. 2013)

7 ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY

Systém sociálních služeb pro seniory by se měl dotýkat všech sfér jejich života, měl by respektovat jejich práva a individuální potřeby, a současně zajistit pomoc rodinám, které o nesoběstačné seniory pečují. Podstatnou roli v pomoci hrají především služby sociální péče, které seniorům napomáhají zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Mezi tyto služby, které se mohou podílet na uspokojování jejich potřeb, řadím osobní asistenci, pečovatelskou službu, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem.

7.1 Charakteristika zařízení a související legislativa

Tyto služby jsou Zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách charakterizovány takto:

- *Osobní asistence* je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.
- *Pečovatelská služba* je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.
- *Průvodcovské a předčitatelské služby* jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb.
- *Odlehčovací služby* jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním

prostředí. Cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

- *Centra denních služeb* poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.
- *Denní stacionáře služeb* poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.
- *Týdenní stacionáře* poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.
- *Domovy pro seniory* poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy se zvláštním režimem (§ 50) poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Služby sociální prevence, které napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení seniorů, zahrnují Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a službu Sociální rehabilitace. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách je vymezuje takto: Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované seniorům v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.⁵³

7.2 Systém sociálních služeb pro seniory s důrazem na jejich individualizaci

Od ledna 2007 začal v praxi ČR fungovat nový moderní systém sociální práce a sociálních služeb, vč. standardů kvality sociálních služeb (zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a prováděcí vyhláška zákona č. 505/2006 Sb.), který by měl vytvářet prostor pro větší respektování lidských práv, zvláště pak práv seniorů jako významné skupiny uživatelů sociálních služeb. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti života lidí. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí „na okraji“ společnosti. „Jedním z nejdůležitějších aspektů nové právní úpravy sociálních služeb je důraz na individualizaci služeb. Standard č. 5 individuální plánování průběhu sociální služby je kontinuální, záměrný, strukturovaný proces, při němž se stanovují kroky (prostředky), jimiž je třeba dosáhnout požadované změny. Individuální plány vzniklé v součinnosti s uživatelem služby a na základě jeho představ o výsledné změně

⁵³Zdroj: www.mpsv.cz., Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.

- jak bude jeho život v dané oblasti vypadat - lze označit jako plány zaměřené na člověka a proces, který k nim vede, za plánování zaměřené na člověka. Základní podmínkou individuálního plánování je vzájemné působení a komunikace mezi uživatelem služby a pracovníkem, případně dalšími účastníky. Hlavním nástrojem tohoto kontaktu je otevřený dialog. V případě, že uživatel služby nedokáže dialog kompetentně vést, snaží se klíčový pracovník, někdy za pomoci dalších odborníků, posílit schopnosti člověka komunikovat (např. pomocí metod augmentativní a alternativní komunikace) anebo zjišťovat potřebné informace o jejich situaci jinými způsoby. V praxi se lze často setkat s plány vzniklými pouze či převážně na základě pohledu jedné strany - odborníků, pohled uživatele chybí. Cíl spolupráce vyjadřuje partnerské postavení poskytovatele a uživatele služeb a přitom umožňuje, aby cíle spolupráce vycházely z cílů uživatele a jeho potřeb. Za cíl spolupráce můžeme považovat stav změny, který by měla nastat spolupůsobením uživatele a poskytovatele služeb. Tato změna je prospěšná jednotlivci, odpovídá jeho přáním, potřebám a hodnotám. Cíl je vázán především na člověka - uživatele. Uživatel služby vychází z konkrétní životní situace, ze svých představ o budoucím životě. Toto úzce souvisí s celým životním stylem. Životní styl je komplexní a relativně stálý působ činností a vztahů, jimiž uspokojujeme své potřeby a dosahujeme svých cílů.⁵⁴

⁵⁴Zdroj: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbormik.pdf. - str. 77 - 79., ze dne 2. 11. 2013.

8 KLÍČOVÉ KOMPETENCE SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA V DOMOVĚ PRO SENIORY V CHABAŘOVICÍCH

Úvodem výzkumné části mi dovoluje krátce představit sociální pobytovou službu domov se zvláštním režimem, ve které jsem vykonávala roční výzkum s vybraným vzorkem respondentů. Oblastní charita Ústí nad Labem, je Církevní právnická organizace, zřizovatelem je Biskupství litoměřické zastoupené biskupem litoměřickým, územní složkou Diecézní charity Litoměřice. Dům pokojného stáří svaté Ludmily se nachází v klidném a příjemném prostředí na okraji města Chabařovice, sedm kilometrů od Ústí nad Labem. Jedná se o moderní bezbariérové zařízení rodinného typu s nepřetržitým provozem, poskytující dvě kvalitní sociální pobytové služby s maximální individuální péčí seniorům. Kapacita naší služby je 36 lůžek pro celoroční pobyt, z toho 16 jednolůžkových bytových studií se samostatným sociálním zařízením a kuchyňskou linkou, 9 dvoupokojových studií se společným sociálním zařízením a kuchyňskou linkou a 2 obytná studia s vlastním sociálním zařízením.

Pro pochopení celého systému uvádím organizační strukturu pracovního týmu a jejich role v realizaci sociálně terapeutických aktivit a terapeuticko-formativních přístupů, včetně kulturně společenských aktivit v Domově, jejich kompetence, vzdělání, znalosti a schopnosti, a jak tyto kompetence navazují na jednotlivé aktivity a činnosti, které se seniory s DAT pracovníci provádějí. Znat kompletní strukturu a propojenost všech zaměstnanců v Domově je nedílnou součástí celého výzkumu, kde chci poukázat na fakt, že vzájemná komunikace, kooperace, koordinace a odbornost mezi jednotlivými pracovníky v sociálních službách, je základ pro efektivní terapeuticko-formativní terapie a přístupy k seniorům s DAT.

Klíčem ke kvalitním programům je vedoucí Domova, která zajišťuje efektivní vedení, jehož výsledkem je motivovaný kvalifikovaný personál. V Domově kde pracuji, zastávají funkci „aktivizačního pracovníka“ všichni pracovníci v sociálních službách. Naší filozofií je, aby všichni zaměstnanci byli kvalifikovanými pracovníky pro obě poskytované sociální služby. Všichni pracovníci jsou profesionálně vyškoleni na komplexní péči o seniory,

kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a seniory s Alzheimerovou, stařeckou a ostatními typy demencí, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v tomto zařízení je při poskytování sociálních služeb přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Rádi bychom nastínili strukturu zaměstnanců, kteří se věnují terapeutickým činnostem a aktivitám, pro seniory s DAT. Pracovnice přímé obslužné péče, registrované zdravotní sestry, ale i pomocní pracovníci vykonávající pracovní úkony ve stravovacím provozu, úklidu a údržbě, se věnují volnočasovým aktivitám. Sociální pracovnice se věnuje sociálně terapeutickým činnostem. Sociálně pedagogický pracovník se věnuje terapeutickým činnostem, které jsou pro každého uživatele na míru ušité. Do našeho Domova vstupují i studenti-praktikanti středních a vysokých škol, kvalifikovaní externí terapeuti, a to v průběhu celého roku.

Jak jsem se již zmiňovala, naše filozofie spočívá v tom, aby se nabídka aktivit a terapií rozšířila a zkvalitnila, a aby do celého procesu byli zapojeni všichni pracovníci v přímém kontaktu s uživateli. Každý z našich uživatelů má služby nastavené individuálně podle svých potřeb a schopností. Vše začíná tím, že si jednotliví pracovníci připraví měsíční plán aktivit a terapií pro seniory, a ty poté koordinátoři obou služeb předkládají vedoucímu Domova. Při konzultaci s vedoucím je nutné naplánovat prostor, materiálové vybavení, pravděpodobný počet uživatelů a průběh samotné akce. Aktivity vždy na měsíc. Na plánu aktivit se podílejí všichni zaměstnanci, zodpovědnost za sestavování plánu, a jeho průběžnou realizaci mají kompetentní osoby pro každou sociální službu zvlášť. Pro Domov se zvláštním režimem je kompetentní osobou terapeut - speciální pedagog, který svými speciálně pedagogickými přístupy provádí terapeuticko-formativní činnosti u osob s DAT a deleguje své spolupracovníky ke spolupráci. Pro Domov pro seniory je kompetentní osobou odborný kvalifikovaný sociální pracovník, vykonávající sociálně aktivizační činnosti.

V návaznosti na propojenost celého pracovního týmu cítím potřebu hlouběji popsat a představit klíčové kompetence speciálního pedagoga – terapeuta, koordinátora sociální pobytové služby „Domova se zvláštním režimem.“ Úkolem speciálního pedagoga je navrhování terapeuticko-formativních činností, hodnocení jejich efektivity, koordinace celého

pracovního týmu, tedy zaměstnance, kteří mají doplňující vzdělání na specifika práce seniory s DAT, a další vzdělávání zaměřené na náplň a pojetí aktivizačních činností. Provádí odborné specializované práce, zabezpečení sociální agendy, analytickou a metodickou činnost v sociální a pedagogické oblasti zaměřené na seniory se syndromem demence.

- Provádí vstupní rozhovory s žadateli, potenciálními uživateli ke zjištění specifické anamnézy (anamnézu zaměřenou na paměťové schopnosti, řečové schopnosti, aktivity denního života).
- Provádí analýzu zdravotní dokumentace s akcentem na specifickou anamnézu, dosavadní průběh nemoci, formy a stádium nemoci.
- Podílí se na vytváření, realizaci a aktualizaci individuálních plánů, podílí se na hodnocení uživatele, na stanovení a realizaci krátkodobého i dlouhodobého cíle uživatele s ostatními spolupracovníky (pravidelné měsíční porady týmu, v případě nutnosti svolává poradou týmu).
- Zajišťuje osobní cíle uživatele, hájí a prosazuje jeho přání a potřeby, zajišťuje ochranu práv uživatele.
- Zúčastňuje se vzdělávacích kurzů, školení, seminářů a konferencí k prohlubování a doplňování své kvalifikace a požadavků zaměstnavatele, účastní se supervizních setkání.
- Provádí vyšetření za pomoci základních a široce používaných testů, užívaných v Domově (MMSE, ACE-CZ, Clockův Test). Tyto testy provádí na základě konzultace s lékařem specialistou z oboru psychiatrie.

Z výše uvedených kompetencí speciálního pedagoga je vidno, že jeho role v sociální pobytové službě se zvláštním režimem pro osoby s DAT je nepostradatelná. Klíčové kompetence terapeuta mohou specifikovat jako podporu při zajištění kvalitní spolupráce s rodinnými příslušníky, pro podporu seniora v řešení těžkých životních situací, na podporu zprostředkovávání kontaktů s vnějším světem, na podporu adaptace seniora s DAT, podporu rodiny při vyrovnávání se s vlastním nezajištěním péče o rodinného příslušníka a následné změny v rodině. Péče a podpora rodiny může velmi zkvalitňovat poskytovanou sociální službu a potažmo život uživatele. Dále podporuje kontinuitu života seniora, podporuje zdravý a aktivní způsob života seniora s demencí v pobytové sociální službě. Speciální pedagog se v našem domově stává klíčovým odborníkem na speciálně pedago-

gické terapeuticko-formativní činnosti a aktivity, které patří mezi vnitřní ukazatele kvality poskytované péče o osoby s DAT. Z hlediska speciálně pedagogického je cílem terapeuta především reedukace, kompenzace základních dovedností či schopností, které by se měli promítnout do posilování kapacity paměti, využití kapacity pozornosti, posilování adekvátního vnímání a prostorové orientace, zlepšení narušených funkcí, především emočních.

9 SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÉ TERAPIE A METODY U OSOB S DAT

9.1 Specifika výzkumného vzorku a jeho výběru

Výzkumný vzorek byl vybrán ze základního vzorku v Domě pokojného stáří svatě Ludmily se zvláštním režimem v Chabařovicích. Tento základní vzorek tvoří konkrétně vybrané osoby s demencí Alzheimerovy choroby, ve věku 65 – 73 let. Výzkum byl prováděn v průběhu roku 2013 a 2014. Konkrétně bylo vybráno 10 respondentů. Všem vytipovaným osobám s DAT (dále jen respondent) jsme provedli v měsíci březnu pretest ACE-CZ., (viz příloha A a B) abychom zjistili, jaké výsledky podávají před začátkem našeho výzkumu a mohli tak porovnat s výsledným závěrečným testem provedený na konci výzkumu (únor 2014, test D) po aplikaci speciálněpedagogických terapeuticko-formativních přístupech. *Výzkumný vzorek se skládá ze záměrně vybrané skupiny respondentů, kteří dosud neměli možnost účastnit se terapeutických a edukačních aktivit, mezi které patří speciálněpedagogické terapeuticko-formativní přístupy. Všichni nově nastoupivší uživatelé přišli ze svého domova, aplikace terapeuticko-formativních přístupů byla pro skupinu respondentů novátorská.*

9.2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je rozšiřování znalostí o nové specifické přístupy, postupy a prostředky, které vedou k podpoře kvality života znevýhodněných osob v seniorském věku, především pak žijících v Domovech se zvláštním režimem. Hlavní obecné směry péče o seniory s demencí Alzheimerova typu vyvstávají ze speciálněpedagogického hlediska především v nutnosti reedukace základních dovedností či schopností, které by se měli promítnout do posilování kapacity paměti, využití kapacity pozornosti, posilování adekvátního vnímání a prostorové orientace, zlepšení narušených funkcí, naplňování emocionálních potřeb a aktivizace.

Toto bych ráda dokázala na základě dat sebraných během roční práce, kterou jsme uspořádali do pěti fází výzkumné části, které dále uvádím. Výsledky, vyplývající

z výzkumu, budeme sdílet s pracovníky v sociálních službách, dosáhneme tak efektivní komunikace, budeme moci rozvinout společnou práci v multidisciplinárním týmu, a vytvoříme tak vzájemnou spolupráci, která povede k motivaci provádění speciálněpedagogických terapeutických přístupů (postupů) u osob s DAT i k pokračování v budoucí práci.

9.3 Fáze výzkumné části s výzkumnými otázkami

Úvodem výzkumné části jsme se zaměřili na klíčové kompetence speciálního pedagoga v pobytové sociální službě se zvláštním režimem, uvádíme organizační strukturu pracovního týmu a jejich role v realizaci terapeutických činnostech a aktivizaci. Uvádíme pracovní roli a kompetence speciálního pedagoga, mezi které patří navrhování terapeuticko-formativních činností, hodnocení jejich efektivity, koordinace celého pracovního týmu, tedy zaměstnance, kteří mají doplňující vzdělání na specifika práce seniory s DAT, a další vzdělávání zaměřené na náplň a pojetí aktivizačních činností. Provádí odborné specializované práce, zabezpečení sociální agendy, vpracovává speciálně pedagogické anamnézy, provádí analytickou a metodickou činnost v sociální a pedagogické oblasti zaměřené na seniory se syndromem demence.

V první fázi jsme se zaměřili na klíčové kompetence speciálního pedagoga s akcentem na komunikaci u osob s DAT. Komunikace úzce souvisí s cílem naší výzkumné práce, a tím je prokázání funkčnosti ověřovaných strategií a postupů při práci s osobami s DAT. Mezi speciálně pedagogické intervence s osobami s DAT patří i komunikace. Díky výzkumnému zaměření se v této části výzkumu budeme snažit zodpovědět na následující otázku: *„Je komunikace nástrojem ke zlepšení kvality života u osob s DAT žijících v Domově pro seniory se zvláštním režimem?“*

V druhé fázi se věnujeme klíčové kompetenci speciálního pedagoga s akcentem na individuální plánování průběhu sociální služby, prostřednictvím speciálně pedagogických intervencí u osob s demencí. Abychom mohli náš výzkum provádět, bylo pro nás zásadní, cíleně u vybraných uživatelů (respondentů) zjistit, jakým způsobem dokáže pedagog formulovat jejich cíle, které vycházejí z individuálně určených potřeb a schopností u každého z respondentů. Všech deset vybraných respondentů dokázalo vyjádřit své potřeby, přání, dokázali pojmenovat své zájmy, zvyky a rituály. Uvádíme jednotlivé fáze postupů

v procesu individuálního plánování, které se nám osvědčily u všech respondentů, a dokázali jsme zjistit které speciálně pedagogické intervence a které terapeuticko-formativní přístupy bude pedagog navrhnout pro realizaci stanovených cílů. Díky výzkumnému zaměření se v této části výzkumu budeme snažit zodpovědět na následující otázku: *„Jaké klíčové kompetence má speciální pedagog v pobytové sociální službě se zvláštním režimem v systému individuálního plánování sociální služby, prostřednictvím speciálně pedagogických intervencí u osob s demencí?“*

Třetí fáze je věnována případovým studiím jednotlivých respondentů prostřednictvím terapeuticko-formativních přístupů, cíleně vybraných respondentů, jehož průběžné výsledky a závěrečné zhodnocení budou zaznamenány do tabulek a grafů s popisem. Díky výzkumnému zaměření se v této části výzkumu budeme snažit zodpovědět na následující otázku: *Jaký vliv mají terapeuticko-formativní přístupy na osoby s DAT?*

Vzhledem k rozsáhlému výčtu jednotlivých terapeutických aktivit zpracujeme „Nápadník speciálně pedagogických intervencí“, (viz příloha D) ve kterém budeme prezentovat využitelnost aplikovaných vybraných terapeuticko-formativních přístupů a metod. Předpokládáme, že „Nápadník speciálně pedagogických intervencí“ bude sloužit zejména pro Domovy se zvláštním režimem, denní stacionáře, pro pracovníky v sociálních službách a studenty, kteří se připravují na pracovní role speciálně pedagogického pracovníka, speciálního pedagoga, vychovatele pro speciálně pedagogické instituce a pro pedagogy volného času.

Ve čtvrté fázi jsme se zaměřili na kooperaci s pracovníky, kteří se aktivně zapojí do výzkumu a budou provádět terapeuticko-formativní činnosti a aktivizační činnosti se zkoumaným vzorkem. Na konci výzkumu provedeme rozhovory s klíčovými pracovníky, kteří se během roku zúčastnili (podíleli) na terapeuticko-formativních činnostech a na základě výsledků, které z rozhovorů vyplynou, stanovíme několik společných kódů. Díky výzkumnému zaměření se v této části výzkumu budeme snažit zodpovědět na následující otázku: *Co osobám s DAT aktivizace přináší z pohledu pracovníků, konající aktivizační činnosti?*

V páté fázi výzkumu uvádím vlastní roční pozorování respondentů, které doplním svými poznatky, které jsem získala při aplikaci účinnosti speciálně pedagogických terapeuticko-formativních přístupů a metod.

9.4 Popis použitých výzkumných metod a nástrojů

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění na základě různých metodologických tradicí 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“⁵⁵

„Kvalitativně orientované výzkumy vycházejí z fenomenologie, která zdůrazňuje subjektivní aspekty jednání lidí, a tudíž kvalitativně orientované výzkumy připouštějí existenci více realit.“⁵⁶

Pedagogické pozorování

Pedagogické pozorování je nejstarší a nejrozšířenější metodou získávání dat v pedagogické realitě. Bývá definováno jako „sledování smyslově vnímatelných jevů, zejména chování osob, průběhů dějů aj. Vlastnosti dobrého pedagogického pozorování Chráska (2007):

- specifikace objektu pozorování
- zaměřenost pozorování
- organizovanost pozorování
- přesný záznam pozorování

Interview v pedagogickém výzkumu

„Interview je metoda shromažďování dat o pedagogické realitě, která spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta. Někdy se v podobném významu používá také obsahově širšího českého termínu rozhovor. Protože však ne každý rozhovor je interview, je používání pojmu interview přesnější a výstižnější. Anglický výraz interview je totiž složen ze dvou částí, kde „inter“ znamená mezi a „view“ znamená názor nebo pohled.“ Pravidla pro realizaci interview popisuje Chráska (2007):

- vhodná situace
- začínat nejobecnějšími otázkami

⁵⁵HENDL, J. (2005): *Kvalitativní výzkum*. Praha:Portál., s. 50.

⁵⁶CHRÁSKA, M. (2006): *Úvod do výzkumu v pedagogice*. Olomouc: PF UP., s. 21.

- čelit působení psychologických faktorů
- motivovat respondenta
- zaznamenat rozhovor přesně

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.⁵⁷ Hendl (2005) uvádí tyto charakteristiky kvalitativního výzkumu: Výzkumník se snaží získat integrovaný pohled na předmět studie, na jeho kontextovou logiku, na explicitní a implicitní pravidla jeho fungování. Hlavním úkolem je objasnit, jak se lidé v daném prostředí a situaci dobírají pochopení toho co se děje, proč jednají určitým způsobem a jak organizují své všednodenní aktivity a interakce. Mezi zastánci kvalitativního a kvantitativního výzkumu tradičně probíhají spory o vědeckém přínosu obou typů výzkumu. Přes tyto diskuse mnoho výzkumníků kombinuje tyto přístupy různými způsoby v rámci jednoho výzkumu. Při výzkumu je vhodné používat jak kvalitativní, tak kvantitativní přístupy. Omezení na jeden ze dvou uvedených přístupů sebou nese riziko, že opomineme některé důležité aspekty zkoumaného problému. Jestliže používají jenom kvantitativní metody, výzkumník se často dopouští chyby, že se pohybuje spíše po povrchu problému, protože je vzdálen od toho, jak lidé skutečně dospívají ke svým rozhodnutím, jak prožívají svůj život a jak se chovají. Kvalitativní i kvantitativní výzkumníci musejí zpravidla vynaložit mnoho úsilí, aby získali potřebná data a provedli jejich adekvátní kvalitativní analýzu.⁵⁸

Pomocí případových studií jsme se zaměřili na rozbor a detailní studium deseti případů. Údaje byly zjišťovány prostřednictvím případových studií, v jejichž rámci byly realizovány:

1. Obsahová analýza odborné literatury vztahující se k vybranému tématu.
2. Obsahová analýza vnitřních dokumentů, směrnic, zákonů a standardů kvality péče.
3. Obsahová analýza organizace péče o osoby s demencí – sociální, zdravotní, pedagogická.
4. Zdravotní, pedagogická, rodinná a osobní anamnéza.

⁵⁷CHRÁSKA, M.: (2007): *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada publishing., s. 182.

⁵⁸HENDL, J., (2005): *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha:Portál, s.r.o.

5. Rozhovory s respondenty (pokud je to možné) a rozhovor s osobou blízkou respondenta.
5. Pozorování (vhled, chování, jednání, komunikace, pozornost, postoje, gesta).
6. Rozhovory s pracovníky v sociálních službách zjištění dynamiky myšlení, vůli, percepce, sociabilitu, konformismus.
7. Pomocí standardizovaných testů (MMSE, ACE-CZ, Clock Test) u respondentů zjistíme: kognitivní funkce (poruchy paměti, poruchy orientace osobou, místem a časem, pozornost, výbavnost), poruchy úsudku a myšlení (abstraktního), poruchy korové, fatické (řeč, jazyk) a gnostické (smysly), poruchy exekutivních funkcí, poruchy chování (nehodné sexuální chování, apatie, nízká motivace, impulzivita poruchy nálad, emotivita (úzkost, agresivita, výbušnost, apatie, smutek, emoční labilita, vztahovačnost, podrážděnost).⁵⁹
8. Časový rámeček výzkumu: Sběr dat probíhal od měsíce března 2013 do února 2014.
 - 1. test ACE-CZ (MMSE) pretest březen
 - 2. test ACE-CZ (MMSE) A – červen 2013
 - 3. test ACE-CZ (MMSE) B – září
 - 4. test ACE-CZ (MMSE) C – prosinec
 - 5. test ACE-CZ (MMSE) D – únor 2014

Frekvence aplikace speciálně pedagogických terapií bude čtyřikrát týdně u vybraných respondentů. Případové studie budou kvalitativně popsány a následně zhodnoceny za pomoci standardizovaných testů (ACE-CZ, MMSE). Testování respondentů je obsahově a časově náročné, bude ale probíhat vždy pravidelně v daný „testovací měsíc“ u každého z respondentů.

9. Závěry: Průběžné výsledky a závěrečné zhodnocení působení aplikace speciálně pedagogicko terapeuticko-formativních přístupů budou ověřovány a zaznamenávány formou bodového skóre testů MMSE (Mini Mental State Examination) dle Folsteina, Adenbrookského testu ACE-CZ, znázorníme graficky a popíšeme. Výsledky kvantitativních dat budou konvertována do narativní podoby, aby mohla být

⁵⁹Opakované používání námi vybraných diagnostických nástrojů, jakými je standardizovaný test ACE-CZ zajistíme eliminaci intervující proměnnou, neboť respondenti s demencí Alzheimerova typu si nejsou schopni v časové frekvenci v důsledku nemoci pamatovat jednotlivé úkony, které test ACE-CZ obsahuje.

analyzována kvalitativně. Provedeme rozhovory s pracovníky, kteří se aktivně zapojili do výzkumu a prováděli terapeuticko-formativní činnosti a aktivizační činnosti se zkoumaným vzorkem respondentů. Shrnutí praktických zkušeností a dlouholeté práce s cílovou skupinou.

10 KLÍČOVÉ KOMPETENCE SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA S AKCENTEM NA KOMUNIKACI U OSOB S DAT

Cílem rigorózní práce je prokázání funkčnosti ověřovaných strategií a postupů při práci se seniory s DAT prostřednictvím terapeuticko-formativních přístupů. Mezi speciálně pedagogické intervence s osobami s DAT patří i komunikace.

Prostřednictvím výzkumného zaměření na speciálně pedagogické intervence u osob s DAT se snažíme nalézt odpověď na následující otázku: „*Je komunikace nástrojem vedoucím ke zlepšení kvality života u osob s DAT žijících v Domově se zvláštním režimem?*”

Z vlastní zkušenosti mohu uvést, že u osob s demencí je komunikace nelehká a komplikovaná. Je však jediným prostředkem (podstatným aspektem, nástrojem), který nám umožňuje, jak se více dozvědět o jejich potřebách, pocitech a přáních, a jak na ně dostatečně kvalitně odpovědět či reagovat. Aby byl terapeut nebo pečující osoba vůbec schopni zaregistrovat často i nepatrné signály vysílané od uživatelů (uživatel, osoba žijící v Domě pro seniory), musí být nejen vyzbrojeni zvýšenou citlivostí, ale navíc také schopností tyto signály správně dekodovat (přijmout) a rozeznat, co tyto iniciativy (signály) vůbec znamenají. Pro jejich činnost je bezpodmínečně nutné naučit se přijímat každého jedince s jeho pozmeněnými iniciativami – obecně se dá říci, že platí: čím více bariér je v komunikaci přítomno, tím náročnější je správně pochopit, co tyto signály znamenají.

Po dobu našeho výzkumu jsme průběžně prováděli písemné záznamy u jednotlivých případových studií, zaznamenávali jsme komunikační obtíže, překážky a problémy při komunikaci mezi terapeutem a respondentem, i mezi respondenty navzájem. Na základě našich aplikovaných postupů a metod jsme vypracovali metodické postupy určené pro pracovníky v sociálních službách (pracovníky přímé péče, sociální pracovníce, speciálně pedagogické pracovníky, speciální pedagogy) a pro zdravotní pracovníky (zdravotní sestry, ergoterapeuty). Osvědčené zásady a postupy při komunikaci, které jsme po dobu našeho výzkumu aplikovali u osob s demencí, jsme zpracovali pod souhrnným názvem „*Komunikace u osob s poruchou kognitivních funkcí*“.

„Komunikace u osob s poruchou kognitivních funkcí“

1. Vytvořte podmínky pro navázání kontaktu pro dekodování iniciativ.
2. Věnujte dostatek času pozornosti, soustředěnosti - řádově nikoliv sekundy, ale minuty.
3. Mluvte o „tady a teď“, nevyvracejte uživatelům jejich přesvědčení ve chvíli, „když jsou mimo realitu“, a kdy nedošlo k přijetí jejich iniciativy.
4. Sledujte, odezírejte, co Vám uživatel sděluje svými výrazy, gesty, nechte ho, aby se dotýkal i on Vás, využijte možnosti alternativní komunikace.
5. Používejte oznamovací věty, tady a teď.
6. Posilujte vnímání sebe samého, oslovujte uživatele jeho jménem, nezapomeňte, že komunikujete s dospělou osobu, v komunikaci se vyhněte infantilizaci. Respektujte identitu uživatele.
7. Naučte se přijímat iniciativy uživatele, reagujte na ně, a poté je usměrněte správným směrem.
8. Neopravujte, vyhněte se dotazům, neboť otázky přináší poselství.
9. Pohybujte se v zorném poli uživatele, navažte s ním oční kontakt, a sledujte i jeho neverbální komunikaci.
10. Mluvte srozumitelně, pomalu a v krátkých větách, v řeči dělejte pauzy, a pokud je třeba, věty i opakujte.
11. Věnujte pozornost neverbálním projevům uživatele, nepřijetí iniciativy ústí v jeho zlost a vzdor.
12. Při komunikaci se vyhněte familiárnosti a zdrobnělinám.

Nejprve jsme vytvořili vhodné podmínky pro komunikaci: přizpůsobili jsme pracovní prostředí tak, aby se v něm člověk s demencí cítil dobře (omezili jsme v místnosti zdroje hluku, místnost jsme dostatečně osvětlili a vyvětrali, zajistili jsme pohodlné místo k sezení, místnost jsme zkrášlili květinami a obrázky, zajistili jsme respondentovi dostatečný pitný režim), a aby na něj působilo jak podnětně, tak zároveň uklidňujícím dojmem. Respondent se ve vhodně připraveném prostředí více soustředí, udrží tak déle svou pozornost, což samozřejmě vede k cílené efektivní komunikaci. Primárním cílem pro kvalitní komunikaci je tedy vytvoření vhodných podmínek, neboli přizpůsobit prostředí *k navázání kontaktu*, následné přijímání a dekodování iniciativ od respondenta, a zjištění jeho

potřeb a přání (tedy potřeb a přání osoby s DAT). Respondentovi jsme poskytli dostatek času na reakci - *nikoliv sekundy, ale minuty*. Naším cílem bylo proniknout do jeho vnitřních pocitů, a pokusit se navázat na jeho iniciativy. Díky tomu, že měl respondent dosud zachované smysly, mohli jsme využít i několik komunikačních kanálů najednou. Po dobu komunikace jsme navázali s respondentem dostatečně dlouhý *oční kontakt* a také jsme důsledně sledovali jeho *neverbální projevy*. Při komunikaci jsme byli *názorní*, v průběhu rozhovoru jsme například ukázali na předmět, o kterém jsme právě hovořili.

Př. „Nyní si dáme čaj, vezměte si, prosím, hrnek a napijte se“, zároveň s tím uchopíme hrnek s čajem do ruky a napijeme se z něj, nebo alespoň názorným pohybem naznačíme, jak se má z hrnku pít. Pokud se jedná o nabídku typu: „Pojď me do kavárny“, nabídneme uživateli rámě, a tím ho pobídneme k pohybu. Při pokynech nebo oslovení navážeme s respondentem oční i taktilní kontakt, tím upoutáme jeho pozornost a zvýšíme také jeho soustředěnost v komunikaci. *Nepřijetí iniciativy* může mít mnoho příčin. Vůbec nejčastější příčinou je, když se osoba s DAT dostane takzvaně „mimo realitu“. *Při problémovém chování*, které je pečujícími osobami označováno jako „agresivita“ (slovní i mimoslovní, tedy i fyzická) se vyskytuje často právě v situacích, kdy nebyla pečujícími dostatečně zachycena uživatelova iniciativa. Nemá smysl přesvědčovat osobu s DAT, že je „mimo realitu“, ale naopak se v první řadě musíme pokusit určit pravou příčinu takového chování. Opačným jednáním bychom naopak docílili ještě většího vyhrocení již takto obtížné situace. Uživateli s DAT klademe otázky, na které může odpovědět bez náročného přemýšlení, a které mu nenabízí velké množství alternativ – zbytečně by jej přivedly do ještě většího zmatku (ptáme se tedy otázkami, na které je snadná odpověď typu: „ano“ nebo „ne“).

Unikátním nástrojem pro řešení krizové situace je komunikace.

Ukázka případové studie respondenta: Uživatelka Domova se zvláštním režimem, paní Ludmila je v počínající středně těžké formě demence Alzheimerova typu.

Paní Ludmila je uživatelkou pobytové sociální služby již tři měsíce. Po celou tuto dobu se usmívá, je společenská, veselá a nejsou u ní pozorovány žádné výrazné změny emočních nálad. Ve čtvrtém měsíci pobytu se však u paní Ludmily začínají projevovat první příznaky poruch emočních nálad - pečujícími popisované jako „agresivní verbální i neverbální chování“. Tyto poruchy se objevují každý den vždy ve stejnou dobu – v době

podávání oběda. Paní Ludmila vstane od stolu, začne přecházet po jídelně sem a tam, přitom se pokouší svému okolí verbálně naznačit naléhavou potřebu odchodu, avšak nedaří se jí najít ta správná slova. Někdy se paní Ludmile podaří jídelnu opustit a dojít až do ubytovací části (toto se však dělo jen výjimečně), zde pak bezdůvodně otvírá pokoje ostatních uživatelů, čímž pochopitelně narušuje jejich klid a soukromí. Zaměstnanci Domova se snaží paní Ludmilu uklidnit výzvou: „Posaďte se, prosím, teď budete obědovat.“ Výzvu opakují stále dokola, trpělivě posazují paní Ludmilu zpět ke stolu, avšak bez úspěchu. Paní Ludmila se prostě není schopna naobědovat. Všechny další možné nápady (odpoutání pozornosti zabavením aktivitou) na řešení této složité situace naopak vyvolávají u paní Ludmily ještě intenzivnější negativní verbální i neverbální projevy, které se dají označit jako agresivní chování. Další pokus byl proveden za spolupráce s pracovníky stravovacího provozu, kteří se pokoušeli zopakovat podání oběda s určitým časovým odstupem, avšak i tato jejich snaha beznadějně ztroskotala. V případě paní Ludmily je navíc zajímavé, že se její problémové chování objevovalo pouze v době podávání oběda a bylo vždy spojené s odmítáním konzumace jídla. V době dalšího stravování - při snídani, svačině a večeři - vše probíhalo v naprostém pořádku. Zaměstnanci Domova si její chování nedokázali nijak logicky vysvětlit. Řešili je na společných poradách, konzultovali neuspokojivou situaci s ošetřujícím lékařem, a po dalších opakovaných nezdarech požádali o pomoc při řešení této náhlé krizové situace, poškozující především paní Ludmilu, terapeuta – speciálního pedagoga.

Řešení krizové situace paní Ludmily

Terapeut – speciální pedagog vytvořil metodické postupy a návrhy řešení, do kterých zakomponoval také osobní účast dcery paní Ludmily. Uvádím tu část, která úzce souvisí s komunikací, jako nástrojem ke zjištění potřeb a přáních, ke zjištění jeho vnitřních iniciativ.

Terapeut vytvořil podmínky – navrhl pro paní Ludmilu podstatnou změnu – jakési soukromé podávání oběda, které na místo ve společné jídelně probíhalo v pokoji u paní Ludmily. Zde terapeut prostřel v době její nepřítomnosti jídelní stůl, a paní sem přivedl teprve v čase podávání oběda. Ve chvíli, kdy se paní Ludmila posadila ke svému „novému“ soukromému jídelnímu stolu (prostřenému jejím ubrusem, talířem, skleničkou,

hrnkem, příborem, prostíráním a květinou), změnila náhle své chování. Nejdříve začala cosi urputně hledat po pokoji, a když spatřila na posteli položenou svoji kabelku, vzala si ji a pokoj opustila. Vešla do spojovací chodby (ta spojuje obě budovy objektu Domova) a v ní postupně s nesrozumitelným mumláním otvírala všechny dveře toalet pro návštěvy. Poté se zastavila u okna směřujícího do venkovního atria a začala se z něj smutně dívat ven. Cílem terapeuta v této náročné krizové situaci bylo nejprve *přijmout iniciativu* paní Ludmily, a teprve potom ji začít usměrňovat tím správným směrem. Nepřijetí její *iniciativy*, nebo její přijetí v negativním slova smyslu by způsobilo u paní Ludmily zlost, zmatek a následně i vztek. Terapeut zajistil prostřednictvím individuálního přístupu paní Ludmile při stolování *klid, soustředěnost a pozornost*, kterou potřebovala na konzumaci stravy.

Terapeut nejdříve velmi pomalu sledoval chování a jednání paní Ludmily, teprve poté jí klidně a vlídným tónem hlasu, nabídl procházku do nedalekého venkovního atria. *Tázací větou* se jí zeptal: „Půjdeme ven?“ (*tady a ted'*) Nato se paní otočila k terapeutovi a odpověděla: „Už musím jít, protože to nestihnu.“ V průběhu této komunikace se terapeutovi podařilo navázat společný *oční kontakt*. Paní Ludmila poté svolila, aby ji terapeut vzal za ruku a klidným krokem s ní prošel spojovací chodbu až k lavičce stojící naproti automatu na kávu (terapeut *přijímá iniciativy, umí na ně reagovat*). Zde položil terapeut opět konkrétní otázku (*tázací věta*): „Paní Ludmilo, dáte si se mnou kávu?“ Na tuto otázku paní Ludmila odpověděla kladně: „Dám, stihla jsem jídlo. Už je mi dobře, jste hodná“. V průběhu podávání a pití kávy se znovu terapeut pokouší pokračovat v načaté konverzaci, avšak bezvýsledně. Paní Ludmila pronese v průběhu pití kávy pouze jedinou větu: „*Každý den chodím na vlak, manžel má rád oběd včas.*“

Pokud si tedy situaci paní Ludmily shrneme: v okamžiku, kdy terapeut přijímá vnitřní iniciativy uživatelky a nijak nebrání paní Ludmile v odchodu z jejího pokoje, naopak se k ní připojuje při toulání v prostoru Domova, zapomíná paní Ludmila nejen na svůj původně plánovaný odchod z Domova, ale navíc s radostí přijímá od terapeuta pozvání na kávu (*tady a ted'*). Terapeut vytvořil podmínky pro navázání kontaktu pro dekodování iniciativ, které vedly k tomu, že paní Ludmila byla schopna sdělit své přání, svou potřebu, a tím je donáška obědu manželovi.

Co se tu vlastně událo? Komunikace se stala nástrojem pro objevení vnitřní iniciativy

uživatelky s demencí Alzheimerova typu, která původně byla nezkušenými pečujícími *přijata v negativním smyslu a vedla tak spíše ke zlosti*. Pečovatelé tyto projevy v chování označují termínem „*problémové chování*“, a často je takto prezentují jak ošetřujícímu, tak následně i odbornému lékaři z oboru psychiatrie. Ti pochopitelně doporučí řešit nastalou situaci podáním lékového medikamentu, který tlumivě ovlivňuje emoční složky člověka.

Jak jsem se již zmiňovala, speciální pedagog navrhuje spoluúčast rodinného příslušníka a dalších známých osob uživatele, a to nejen při formulaci osobního cíle, včetně stanovení dílčích kroků pro jeho splnění, ale také je žádá o pomoc při řešení náhlých změn (v našem případě) v chování, včetně jejich projevů. Terapeut zapojil do procesu objasňování náhlé změny v chování u paní Ludmily její dceru, která navštěvovala maminku každý druhý den v pozdních odpoledních hodinách. Dcera paní Ludmily zpočátku vůbec nechápala, o jakém problému terapeut hovoří, vždyť maminka byla vždy při jejích návštěvách spokojená, usměvavá, bez problémů byla schopna jasné a srozumitelné komunikace. Na líčení celé události jen nevěřičně kroutila hlavou: „Proč by měla maminka potřebu znovu si opakovat denní rituál donášky oběda tatínkovi, když navíc ani nepatřil mezi její oblíbené činnosti?“ (manžel paní Ludmily byl 40 let výpravčím na vlakovém nádraží, a vždy, když se paní Ludmila s donáškou oběda opozdila, tak jí slovně vyčinił). Dále o mamince mluví jako o ženě v domácnosti, jejímž hlavním posláním byla péče a výchova tří dcer a pochopitelně také péče o manžela. Teprve nyní měl terapeut jasno v náhlé změně chování u paní Ludmily, a mohl tak podat vysvětlující informace i její dceři. U paní Ludmily nastal „návrat v čase“, stala se znovu manželkou pana Romana, který pracuje jako výpravčí na vlakovém nádraží. Náhlá změna v chování u paní Ludmily nastala vždy při podávání oběda. Při pohledu na prostřený stůl, nebo při příchodu pečujících s plným talířem (názornost).

V průběhu výzkumné části jsme dokázali řešit i náhle vniklou krizovou situaci, dokázali jsme objasnit průběh a příznaky nemoci, mezi které patří i událost spojená s poruchami orientace v čase a místě. Výše popsané speciálně pedagogické intervence a doporučení při komunikaci včetně návodu při řešení krizové situace u osob s DAT, budou přijaty organizací za vnitřní interní metodický postup. Naším společným cílem je poskytovat kvalitní péči o osoby s demencí. Již víme, že komunikace je jediným prostředkem, jak se dovědět co osoba s DAT cítí, co prožívá, co nám chce sdělit. Nemohu opomenout na

další složky komunikace, mezi které patří alternativní komunikace, kterou využíváme při závažných formách narušené komunikační schopnosti a při výrazném narušení verbální komunikace. Umožníme tak jedincům s poruchami komunikačního procesu aktivní dorozumívání, a tím udržujeme zapojení jedince do života ve společnosti. V průběhu našeho výzkumu s respondenty, jsme vypracovali námi ověřené a v praxi aplikované metody alternativní komunikace. Výběr jsme prováděli na základě individuálního zvážení možností a potřeb osoby s DAT, na základě souvislosti s vývojovou prognózou:

1. Bez pomůcek - užití prostředků neverbální komunikace (pohled, mimika, gestikulace, vizuálně motorické systémy)
2. S pomůckami - předměty, obrázky, fotografie, symboly – piktogramy (usnadnění orientace v nejrůznějších prostředích bez vazby na jazyk)

Nepedagogická činnost: Vytvořili jsme z fotografií pochutin a různých příloh jakousi obrázkovou nabídku jednotlivých jídelních chodů (snídaní, obědů a večeří) a doplnili jsme je psaným textem.

Každého z respondentů jsme fotografovali při denních i instrumentálních činnostech jeho běžného dne (ranní hygiena u umyvadla, česání, svlékání oděvů, oblékání, snídaně u prostřeného stolu, odpočívání na lůžku, posezení u kávy aj.). Naším cílem bylo vytvořit pro každého jedince jedinečný obrázkový slovník úkonů. Současně s tím jsme vytvořili soubor obrázků, které znázorňovaly předměty, pomůcky, úkony, přírodu, dopravní prostředky, květiny, ovoce, zeleninu, druhy oděvu, roční období aj.

Závěr

Na začátku našeho výzkumu jsme provedli obsahovou analýzu odborné literatury vztahující se k vybranému tématu. Po dobu našeho výzkumu jsme prováděli průběžné písemné záznamy u jednotlivých případových studií, zaznamenávali jsme komunikační obtíže, překážky a problémy v komunikaci mezi terapeutem a respondentem a mezi respondenty navzájem.

Naučili jsme se vnímat citlivě i nepatrné iniciativy (signály) vysílané uživateli (respondenty). Dokázali jsme těmto iniciativám rozumět, dobře je „přečíst“, dekódovat a vhodným způsobem na ně reagovat. Zjistili jsme, že je zásadní, abychom věnovali osobám s DAT dostatečnou *pozornost, soustředěnost a představitost*, abychom zjistili, co se

asi za jeho vnějším chováním skrývá, co si asi respondent myslí, co cítí a co prožívá. Pokud budeme při kontaktu s člověkem s demencí umět naslouchat, a dokážeme jednotlivé projevy sdělení o jeho vnitřním světě správně dekodovat, budeme také umět na jeho iniciativy i správně reagovat. Při komunikaci je nutné, abychom dokázali porozumět změněnému způsobu vyjadřování a porozumění se slovy, a uměli používat alternativní způsoby komunikace. Při terapeuticko-formativních činnostech jsme u respondentů pozorováním zjišťovali, jaké konkrétní druhy a přístupy jsou pro ně při komunikaci nejefektivnější, a jaké jsou nutné možnosti a schopnosti pro následné přijetí respondentovy iniciativy.

Naším cílem bylo za pomoci speciálně pedagogických intervencí umožnit osobám s DAT prožívat aktivně a smysluplně jim na míru připravené, cíleně vybrané terapeuticko-formativní činnosti. Aplikovali jsme námi ověřené postupy při řešení náhle vzniklé krizové situace u osoby s DAT a zpracovali jsme speciálně pedagogické intervence při komunikaci. Na základě našich aplikovaných postupů a metod jsme vypracovali metodické postupy určené pro pracovníky v sociálních službách (sociální pracovníce, sociálně pedagogické pracovníky, speciální pedagogy) a pro zdravotní pracovníky (zdravotní sestry, ergoterapeuty) metodické postupy a zásady při komunikaci u osob s demencí s názvem „*Komunikace u osob s poruchou kognitivních funkcí*“.

Na základě vlastních pracovních zkušeností se seniory a evaluace praktických zkušeností s aplikací vybraných speciálně pedagogických intervencí (které byly již dříve aplikovány a ověřovány v mé bakalářské a magisterské práci) si dovoluji tvrdit, že komunikace je základním pilířem k hledání cest, jakým způsobem budeme schopni umět poskytovat kvalitně komplexní péči o uživatele s DAT v pobytových sociálních zařízeních. Dnes je již prokázáno, že práce s touto cílovou skupinou je natolik náročná a specifická, že základní podmínkou pro poskytování sociální pobytové služby se zvláštním režimem je mít kvalifikovaný personál. Mezi klíčové kvalifikované pracovníky v naší organizaci patří terapeut - speciální pedagog. Speciální pedagog je koordinátorem pro poskytování kvalitní péče o seniory s DAT. Terapeut prostřednictvím speciálně pedagogických intervencí vytváří strategické postupy a přístupy, stanovuje průběh individuálního přístupu k uživateli, zpracovává vnitřní směrnice a dokumenty, spolupracuje s rodinnými příslušníky, ostatními institucemi aj.

Prokázali jsme, že správně volené a aplikované speciálně pedagogické intervence při

komunikaci s osobami s DAT žijících v sociálních pobytých službách, jsou účinné. Prokázali jsme, že můžeme přispět ke zmírnění až odstranění nežádoucích poruch v chování, které patří k typickým projevům této nemoci. Pokud je osoba s DAT „mimo realitu“, je nejprve nutné v této náročné situaci přijmout iniciativu osoby s demencí, a teprve potom ji usměrnit správným směrem. Díky výzkumnému zaměření jsem se v této kapitole snažila zodpovědět následující otázku: *„Je komunikace nástrojem ke zlepšení kvality života u osob s DAT žijících v Domově se zvláštním režimem? Ano, prokázali jsme, že komunikace je „unikátním“ nástrojem ke zlepšení kvality života u osob s DAT žijících v sociální pobytové službě v Domově pro seniory se zvláštním režimem.*

11 KLÍČOVÉ KOMPETENCE SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA S AKCENTEM NA INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ U OSOB S DAT

Přířem nových právních úprav v sociálních službách je individualizace služeb, která je zakotvena v prováděcí vyhlášce zákona č. 505/2006 Sb., o sociálních službách, standardů kvality sociálních služeb. Zákon č. 108/2006 Sb., §88 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů chápe individuální plánování následujícím způsobem: „Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni: písm. f) plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, jeli to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců.

Abychom mohli náš výzkum provádět, bylo pro nás zásadní, cíleně u vybraných uživatelů (respondentů) zjistit, jakým způsobem dokáže pedagog formulovat jejich cíle, které vycházejí z individuálně určených potřeb. Všech deset vybraných respondentů dokázalo vyjádřit své potřeby, přání, dokázali pojmenovat své zájmy, zvyky a rituály. Uvádíme jednotlivé fáze postupů v procesu individuálního plánování, které se nám osvědčili u všech respondentů, a dokázali jsme zjistit které speciálně pedagogické intervence a které terapeuticko-formativní přístupy bude pedagog navrhopvat pro realizaci stanovených cílů. Naše pracovní postupy jsme zpracovali do vnitřního dokumentu organizace, do standardu kvality sociálních služeb, pro individuální plánování, pod názvem „Osobní plán, systém v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou“, jednotlivé kroky a postupy speciálního pedagoga uvádím v této kapitole.

Kapitola má za cíl zjistit: *Jaké klíčové kompetence má speciální pedagog v pobytové sociální službě se zvláštním režimem v systému individuálního plánování sociální služby, prostřednictvím speciálně pedagogických intervencí u osob s demencí?*

Tématické vymezení - otázky

- 1) Zjistit, jakým způsobem dokáže pedagog formulovat cíle osoby s DAT, které vychází z jejich individuálně určených potřeb.
- 2) Zmapovat, které speciálně pedagogické intervence a které terapeuticko-formativní přístupy bude pedagog navrhovat pro realizaci stanovených cílů.

Klíčové kompetence v rámcových vzdělávacích programech

Klíčové kompetence představují v současné moderní pedagogice a vzdělávací politice relativně nový fenomén, který do značné míry určuje podobu zásadních pedagogických dokumentů v celé Evropě. Jako nový prvek vstupuje tento pojem i do nových rámcových vzdělávacích programů. Pojem klíčová kompetence se opírá o strategický dokument MŠMT ČR, tzv. Bílou knihu MŠMT ČR. Klíčové kompetence (key competencies) soubor vědomostí, dovedností a postojů a hodnot.⁶⁰

Náš Domov se zvláštním režimem (dále Domov) má písemně zpracovány vnitřní pravidla pro individuální plánování sociální služby, standard kvality sociálních služeb (standard č. 5), kterými se řídí individuální plánování (IP) způsob přehodnocování procesu sociální služby a hodnocení naplňování cílů. Přihlíží se přitom k individuálním schopnostem, osobním cílům a potřebám uživatele. Podle těchto pravidel Domov postupuje. Vzájemná koordinace a spolupráce všech pracovníků (pracovníků v sociálních službách) na naplňování cílů uživatelů je realizována v průběhu směny a to ústně a písemně. Informace ústně jsou podávány průběžně během směn, a na pravidelných měsíčních provozních poradách, kde se dle potřeby společně řeší případné problémy, zároveň tak doplňují informace a předávají se zkušenosti, či společně navrhnou postupy jednotlivých cílů u daného uživatele.

⁶⁰Zdroj: Národní program rozvoje vzdělávání v České republice. (2001): *Bílá kniha*. Praha.

11.1 Osobní plán, systém v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou

Speciální pedagog je v prvním kontaktu s uživatelem a příbuznými, popř. s opatrovníkem a společně se sociální pracovníci ujednají podmínky poskytování služby a ujasní si vzájemné možnosti a požadavky, potřeby, přání a cíle, které se mohou v průběhu poskytování služby i několikrát změnit. Prvotní informace získává již před samostatným nástupem uživatele do Domova, před podepsáním Smlouvy o poskytnutí sociální služby. Speciální pedagog navrhuje vždy spoluúčast opatrovníka, rodinného příslušníka a dalších známých osob uživatele na formulaci osobního cíle, včetně stanovení dílčích kroků pro jeho splnění.

Speciální pedagog provádí sběr dat, mezi která patří veškerá dostupná fakta týkající se uživatele, zejména rodinná a osobní anamnéza, historie, zvyky, rituály, původní profese, důležité události v životě uživatele. Informace o uživateli sbírá speciální pedagog a sociální pracovník. Před stanovením individuálního plánu je třeba nejprve dobře zmapovat uživatelovy potřeby, přání, schopnosti, dovednosti, zdroje z okolí. Mapování probíhá již od prvotního jednání se žadatelem, kdy žadatel – následně uživatel o sobě a svých potřebách a zdrojích něco málo sdělí. Tento rozhovor se zaznamenává. Podrobnější, doplňující mapování probíhá během prvního měsíce, v některých případech se může proces prodloužit na dva měsíce. Tato situace může nastat u uživatelů nekomunikujících, nespolutracujících, uzavřených.

Osobní cíle uživatele a individuální plán, zahrnuje zejména formulaci osobního cíle, včetně stanovení dílčích kroků pro jeho splnění, zdroje uživatele – činnosti, které uživatel zvládá sám a které povedou k naplnění cíle, dále pak plánovaný termín dosažení cíle a stanovení osob, které se budou na plnění cíle podílet. Rozlišují se krátkodobé a dlouhodobé cíle. V procesu plánování je úkolem poskytovatele vybrat spolu s uživatelem služby, na jakých cílech se bude pracovat, které zapadají do rámce organizace a navrhnout, jaké postupy budou použity. Pro společně dojednaný cíl poskytování sociálních služeb používáme termín „cíl spolupráce“. Cíl spolupráce vyjadřuje partnerské postavení poskytovatele a uživatele. Umožňuje, aby spolupráce vycházela z cílů uživatele, z konkrétní životní situace na straně jedné, na druhé straně se cíl nemůže pohybovat zcela mimo rá-

mec možností poskytovatele služeb, mimo jeho poslání. Individuální plán je systematický dokument, cyklicky se opakující, aktualizovaný, vytvořený uživatelem za spolupráce celého pracovního týmu, který napomáhá uživatelům mít přehled o poskytovaných službách, jejich rozsahu a možnostech Domova. Napomáhá všem pracovníkům mít přehled o aktuálních potřebách uživatele. Mezi zásady IP patří tyto kritéria:

- vychází vždy z přání, potřeb a schopností uživatele;
- definuje jej uživatel sám, nebo za pomoci klíčového zaměstnance, nebo za pomoci jiných blízkých osob;
- není omezen sociální a zdravotní diagnózou;
- musí být malý, aby byl v dohledné době realizovatelný;
- musí být konkrétní (stanovení termínů, dovedností, místa apod.);
- musí se týkat toho, co uživatel chce, (ne toho, co nechce);
- musí být pozitivní;
- musí začínat od začátku (co udělat nejdříve a co potom);

Speciální pedagog, který je *klíčovým pracovníkem (KP) uživatelů Domova se zvláštním režimem*, je v pravidelném kontaktu s uživatelem, zná jeho situaci, potřeby, dokáže s uživatelem hovořit a pomáhat s formulací plánu, jeho přehodnocením a konečným hodnocením splněného cíle. Speciální pedagog předává informace a dochází tak ke vzájemné koordinaci mezi ostatní spolupracovníky. Pracovníci spolupracují na naplňování cílů uživatelů, podle potřeby si předávají informace na schůzích, prostřednictvím dokumentace, záznamů realizace individuálního plánu. Provádějí zápis pravidelně a srozumitelně tak, aby jej pochopili i ostatní účastníci individuálního plánu a aby byly cíle kontrolovatelné a měřitelné. Speciální pedagog průběžně hodnotí cíle, podporuje a motivuje uživatele k dosažení stanoveného cíle. *Klíčový pracovník* je zaměstnanec vybraný pro individuální plánování služby s uživatelem, má tuto činnost v náplni práce, pro tuto činnost je odborně vyškolen, dále vzděláván a podporován. Pro uživatele služby je klíčový pracovník partnerem pro naplňování a průběh služby, ale je také důvěrníkem. Tedy někým, na koho se může uživatel obrátit, kdo mu umí zprostředkovat pomoc, umí mu naslouchat, komu se může svěřit, s kým se cítí bezpečně.

11.1.1 Ukázka kasuistiky respondenta

Paní Věra bydlela v rodinném domě společně s dcerou a její rodinou. U nás v Domově se zvláštním režimem bydlí od února 2013 v jednopokojovém obytném studiu, s kuchyňskou linkou s vlastním sociálním zařízením. Vybavení obytného studia nábytkem a bytovými doplňky je převážně vlastní, neboť vycházíme z naší filozofie, abychom uživatelům naší sociální služby zajistili maximálně možné prostředí a život „jako doma“, které je pro uživatele nejzásadnější. Doporučujeme a umožňujeme maximálně možnou úpravu bytového studia tak, aby uživateli připomínala známé, přirozené prostředí, z kterého přichází, a tím zajistíme jednu z podmínek pro adaptaci na nové prostředí Domova.

a) Uvádím rozhovor mezi terapeutem a respondentem paní Věrou. Během povídání se respondent nepřerušuje a terapeut si zaznamenává vše podstatné z toku jejích myšlenek.

Paní Věra nám při příchodu ukazuje své obytné studio, začíná kuchyňskou linkou, na které má varnou konvici (nabízí černou kávu a upečenou bábovku), mikrovlnou troubu a lednici. Provádí nás chodbičkou a ukazuje nám koupelnu se sprchovým koutem a toaletou. Pokoj je vybaven vlastní obývací stěnou, na které je umístěn televizor, gramorádio a mnoho obrázků s fotografiemi své rodiny. Paní Věra si sedá do pohodlného polohovacího křesla a ukazuje nám obrazy na stěnách. Obrazy jsou převážně s motivy myslivosti, které sama vyšívala pro manžela, který byl myslivec. Celý pokoj je vkusně doplněn pokojovými květinami.

Po vzájemném představení, terapeut obdivuje krásné květiny, které dotváří domácí prostředí. Paní Věra s radostí a zájmem reaguje na terapeutův obdiv květin: *... „kytky jsou moje radost, doma u dcery mám květinovou zahrádku, o kterou se denně starám,“ ... „ted’ už dcera,.. . „často je zalévám, tyhle nemají rádi moc světla a tadytu, jsem vypěstovala od semínka.“ T.: Paní Věro, vím o Vás, že jste byla učitelkou na základní škole? „**Jsem učitelkou na základní škole, vyučuji předměty matematiku a fyziku ... , kdy jsem byla ve škole? Už dlouho ne, nevím, jsem zmatená, nějak se mi to plete**“, „mám práci ráda, hlavně musí být všechno včas.“ Paní Věra popíjí silnou černou kávu a pochutnává si na domácí bábovce, kterou jí dcera upekla. T.: Vidím, že Vám bábovka chutná, máte ráda sladké jídla? „**Mám velkou rodinu a vařím hodně, mají rádi omáčky, hlavně musí být maso a já raději tohle sladké, ... „piškot jsem upekla a je dobrá, mám ráda mlíko, kávu, dám si k masu pivo.**“*

Paní Věra pokračuje : . . . „**zpíváme s ženy**, sousedky, je to krásné, mám ráda zpěv, **poslouchám vážnou hudbu**, manžel mě to naučil, měl to rád, (pozn. zvedá se, jde do šuplíku a podává gramofonové desky) . . . „*podívejte, mám tu desky Smetany, Dvořáka, Janáčka, Rachmaninova.*“ Mezi desky byla i foto psa. „*To je Ronek! Náš pes, kterého mám ráda.* . . . „*je u dcery doma, nemůže být tady* (pozn. byla zasněná, smutná, chvíli nic neříkala). „*Kdybych se sama obstarala, byla bych doma*„*neumím vyprat prádlo, to dělá dcera, ale není doma, motá se mi hlava, jako na kolotoči, nevím, co mám dělat.*“ Návštěva byla ukončena pro náhlou bolest hlavy paní Věry.

Jak jsem se již zmiňovala, terapeut navrhuje vždy spoluúčast (v našem případě) rodinného příslušníka uživatele na formulaci osobního cíle, včetně stanovení dílčích kroků pro jeho splnění.

b) Rozhovor s dcerou respondenta

Paní X, dcera paní Věry byla požádána, aby nám popsala změny v chování v době, kdy byla maminka doma: „*Maminka ztrácí pojem o čase, o místě kde se nachází. Doma v zahradě byla v bezpečí, jakmile se rozhodla jít ven, nevěděla kam jít, neuměla se vrátit domů,* Všimla jsem si, že přestala vnímat výstražný klakson od auta, když jde po silnici. Neuvědomuje si, a možná již neumí rozpoznat nebezpečí, jako by ztratila vrozené instinkty. Zrovna včera, při mé návštěvě, jsme se šly projít do atria domova a maminka se klidně chystala šáhnout holýma rukama do doutnajícího ohně v ohništi (pozn. aktivita opékání vuřtů), kdybych nebyla nablízku, klidně by tam strčila ruku. Napomenula jsem jí, nechápavě na mně pohlížela a pak už nepromluvila. Bylo mi jí moc líto, neumíte si představit, jaké to je, když maminku stále napomínám a ona je z toho pak smutná, často i pláče. Není přeci normální, že se často ocitám v roli matky, které stále napomíná své dítě. Tuhle formu výměny rolí již nezvládnou (pozn. dcera pláče), přerušujeme rozhovor. Dcera pokračuje: „*Třeba když se maminka sama oblíkala a šla ven, to všichni sousedi koukali, stávala se tak terčem zábavy pro děti a výsměchu dospělých. Vytahala celou šatní skříň a pak si navlíkla na sebe, co jí přišlo pod ruku.*“

Terapeut se ptá dcery, jaké má/měla paní Věra záliby, jaké činnosti má/měla ráda, jakým způsobem nejraději tráví/la svůj volný čas v době kdy byla doma. „*Jsem si jistá, že i když má maminka Alzheimerovu nemoc, nic se nezměnilo na tom, že jí zůstala radost z pečení, vaření, zavařování, láska ke květinám a rostlinám obecně, zajímala se o pěstování*

bylin, jak mohla, tak četla, poslouchala vážnou hudbu (tuto zálibu sdílela se zesnulým tatínkem), ráda zpívala, byla donedávna členkou pěveckého sdružení v našem kulturním domě“ „organizovala pro naši obec kulturní programy, soutěže pro děti, které má moc ráda, byla učitelkou na svém místě. Má ráda všechny zvířata, nejraději psy. V zimním čase vyšívala obrazy, prostírání, ubrusy. K denním činnostem patří neodmyslitelně sledování televize. Vždy sleduje pořady o vaření, pěstování, sleduje Přemka Podlahu a jeho receptář“ . . . „pořady o přírodě, zábavné estrádní pořady.“ „maminka je velmi čínorodá, ještě dnes neztratila zájem, jenom jí to nejde.“

Na základě rozhovorů, speciální pedagog navrhuje pro paní Věru terapeuticko-formativní činnosti a speciálně pedagogické aktivity. Jedná se o soubor terapeutických postupů, jejímž cílem je udržení či zdokonalení v oblasti fyzické, psychické, kognitivní, komunikační a sociální.

Návrh terapeuticko – formativních činností a aktivit pro paní Věru:

Na základě biografie uživatelky sestaven plán terapeuticko-formativních činností, který vychází z individuálního plánu péče. Terapeut navrhuje: muzikoterapii (aktivní a pasivní), taneční terapii, ergoterapii pracovní, arteterapii (aktivní a pasivní), reminiscenční terapii, validační terapii, prvky bazální stimulace, canisterapii, pett-terapii, rehabilitaci kognitivních funkcí, kulturní a společenské aktivity, integrované skupinové programy, výlety, procházky, pěstitelství, vaření, pečení, sportovní aktivity, kinezioterapii.

11.1.2 Speciálně pedagogická anamnéza respondenta s DAT v pobytové sociální službě v Chabařovicích.

Z rozhovoru se terapeut dozvěděl informace, které následně zapracuje do struktury speciálně pedagogické anamnézy, která obsahuje anamnézu osobní, rodinnou, sociální a zdravotní. Na základě zpracování specifické anamnézy respondenta, speciální pedagog dále zapracuje diagnózu (stanovení nějakého výsledku) a následně vypracuje kasuistiku, příběh záměrně vybraného respondenta, u něhož zachycuje jeho vývoj v psychické, tělesné, mentální a sociální oblasti:

- rozhovor s uživatelem (pokud je to možné) a rozhovor s osobou blízkou
- osobní a rodinná anamnéza zdravotní anamnéza

- provádíme evaluaci zdravotní dokumentace anamnéza zaměřená na aktivity denního života,
- základní a instrumentální zjišťuje dynamiku myšlení, vůli, percepci, sociabilitu, konformismus,
- testování za pomoci standardizovaných testů (MMSE, ACE-CZ, Clock Test): kognitivní funkce (poruchy paměti, poruchy orientace osobou, místem a časem, pozornost, výbavnost), poruchy úsudku a myšlení (abstraktního), poruchy korové, factické (řeč, jazyk) a gnostické (smysly), poruchy exekutivních funkcí, poruchy chování (nehodné sexuální chování, apatie, nízká motivace, impulzivita poruchy nálad, emotivita (úzkost, agresivita, výbušnost, apatie, smutek, emoční labilita, vztahovčnost, podrážděnost). (viz případové studie respondenta, kapitola č. 12)

Schopnosti (reziduální)

- *Motorika* - Nají se sama, uvaří si sama kávu ve varné konvici, oblékne se sama, má obtíže s výběrem ošacení (apraxie motorická a ideační) je potřeba dopomoc při provádění hygieny, chůzi po rovině zvládne bez potíží, hrubá i jemná motorika je neporušena. Nemá žádnou kompenzační pomůcku, inkontinentní II. stupně.
- *Pozornost a paměť* – ztráta souvislosti a zárazy při vyjadřování myšlenek, obtížné vybavení některých slov, poruchy dynamiky myšlení, porucha krátkodobé paměti, má porušenou orientaci v čase, dlouhodobá paměť je zachována, reprodukce paměťových obsahů, retence informace v paměti, pozornost cca 20minut, výrazná chudost abstraktního myšlení.
- *Vizuálně prostorové vnímání a motorická koordinace* - dezorientace v čase a místě, není porušena dezorientace ve známém prostoru, umí se orientovat po Domově a pozná si své obytné studio, kde bydlí.
- *Exekutivní funkce* Neschopnost zorganizovat, naplánovat a vykonat činnosti, které dříve vykonávala (vařit, žehlit, cestovat).

Smysly

- *Zrak* - pozná barvy, tvary, rozpoznává různé druhy materiálu (guma, látka, dřevo, porcelán, sklo, keramika, peří, chlupy)
- *Sluch* - slyší dobře, není potřeba zvyšovat hlas,
- *Čich* - cítí a rozeznává vůně (káva, ocet, pepř, majoránka, vanilka, skořice),

- *Chut'* - uživatelka má ráda všechna jídla, upřednostňuje sladké pokrmy, neztratila chuť, jí dobře, nemá ráda koprovou omáčku, ryby a výrobky z vepřového masa (tlačenka, jitrnice, prejt), z nápojů má nejraději pitnou vodu, černou kávu, čaj, červené víno,
- *Hmat, čítí* - rozeznává teplo x chlad, tvrdé, měkké, rozeznává různé druhy materiálu, nevadí jí taktilní komunikace, držení za ruce, obětí,
- *Jazyk* - mluvené slovo - poruchy myšlení, poruchy dynamiky myšlení, zpomalená řeč s dlouhými pauzami, je přítomen myšlenkový záraz, ulpívavé myšlení – ulpívá na jednom slově, nebo větě, mluví pomalu, používá jednoduché věty, je schopná konverzace,
- *Jazyk* - čtené a psané slovo- používá optické brýle na čtení, čte pomalu, nepoznává všechny písmena, občas se zarazí, psané písmo je nečitelné, píše plynule s chybami, podpis je čitelný, není schopna mluvnicky postavit větu.

Úsudek a logické myšlení

Paní Věra, nemá výraznou poruchu ve schopnosti integrovat všechny vizuální a sluchové informace z okolí se správnou reakcí. Na zvuky dopravních prostředků reagovala správně a uměla je i slovně rozpoznat. Pobyt mimo Domov (procházky po okolí Domova) znamená pro respondenta nebezpečí, které může způsobit těžké ublížení na zdraví až smrt. Bezpečí a jistota je základní potřeba každého z nás, proto je důležité znát, do jaké míry je zachován správný úsudek a logické myšlení osoby s DAT. Používáme v rámci specifického vyšetření audio nahrávky zvuků neživých, libých, nelibých, zvuky dopravních prostředků, kam patří i hluk jedoucího vlaku, vrtulníku při přistávání, zvonění na přechodu železnice, výstražný klakson osobního auta, auto je nastartováno a rozjíždí se, parní lokomotiva se rozjíždí.

Zvyky paní Věry:

- Vstává ráno kolem 7hod, provádí ranní hygienu u umyvadla, myje si obličej, učeše se, není navyklá provádět ústní hygienu.
- Zajímá se o vážnou hudbu, ráda zpívá, Chodí ráda denně na procházky, ráda sedí na zahradě, věnuje se zaléváním a údržbě květinových záhonů a pokojových květin. Sleduje pravidelně televizní zprávy, soutěžní pořady, estrádní pořady, pořady s tematikou přírody, pěstitelství, vaření.

- Chodí spát kolem 22 hodiny, nespí dobře, často se budí.

Závěr:

V této kapitole jsme uvedli, jaké klíčové kompetence má speciální pedagog v pobytové sociální službě se zvláštním režimem v systému individuálního plánování sociální služby a stanovování cílů, které zapadají do celého systému individuálního plánu u osob s DAT. Individuální plán není popis běžných denních činností uživatele ani zdravotnická dokumentace. Individuální plán je především dokument uživatele, kterým by měl sám vyjádřit své cíle a přání a dle aktuálního stavu je také moci měnit. Vzhledem k tomu, že průběh IP je náročný a rozsáhlý proces, ve kterém je uživatel vnímán jako individuální a neopakovatelná osobnost, nelze jednotlivé kroky a postupy při průběžném plánování standardizovat.

V našem domově máme vytvořený metodický postup při stanovování speciálně pedagogické anamnézy u geriatrických osob s demencí. Dokázali jsme na základě rozhovorů a pozorování zhodnotit jednotlivé schopnosti respondenta (paměťové, řečové, exekutivní, aktivity denního života, zájmy), které jsme zapracovali do struktury pedagogické anamnézy. Uvádíme, jakým způsobem dokáže terapeut formulovat jednotlivé individuálně určené potřeby uživatele, společně stanovit krátkodobé cíle a následně vypracovat návrh konkrétních terapeuticko-formativních činností a aktivit.

Považujeme za důležité, že při individuálním plánování s osobami s DAT, mezi námi dochází k prohloubení vzájemného vztahu, a následně jsme schopni poznat uživatelovy potřeby, cíle a přání. Speciálně pedagogické intervence při IP nám umožní pochopit, jak vypadá jeho svět, dokážeme se umět vcítit do jeho myšlenek, dokážeme zjistit, co potřebuje k tomu, aby byl spokojený. Spokojenost uživatele můžeme popsat jako celkové zlepšení nálady, zlepšení v jednotlivých složkách kognitivních, fyzických, psychických, komunikačních a sociálních.

12 PŘÍPADOVÉ STUDIE OSOB S DAT

Pro náš výzkum bylo zásadní, aby se cíleně vybraní uživatelé (respondenti) chtěli zúčastnit terapeuticko- formativních činností, pod vedením terapeuta a vybraných pracovníků v sociálních službách. Dále jsme se zaměřili na maximálně možné sblížení se s vybranými respondenty, za účelem vytvoření vzájemného pozitivního vztahu mezi námi a respondenty, které vnímáme jako zásadní pro následné provádění kontrolních testů, při kterých posuzujeme podrobněji jednotlivé složky kognitivních funkcí, především paměť, exekutivní funkce, zrakově-prostorové schopnosti, slovní produkci, jazyk, orientaci. Každé pracoviště si strukturuje kasuistiku a pedagogickou anamnézu (pokud mají speciálního pedagoga) dle cílové skupiny, a jednotlivé prvky konceptu se implementují do péče, cíleně na základě strukturovaných individuálních plánů, podle kterých terapeut vypracuje měsíční plán terapeuticko-formativních činností a volno časových aktivit pro každého s uživateli.

Při své dlouholeté praxi s testy pro gerontologii vím, že testování by měl provádět proškolený a zkušený certifikovaný administrátor (pozn. patřím mezi certifikované administrátory pro testy MMSE a ACE-CZ). Ze své dlouholeté zkušenosti při testování kognitivních funkcí vím, že u testovaného bývá přítomen stres, úzkost, strach z výsledků testů, stud a obavy z neúspěchu. Další překážkou může být samotný respekt a úcta před terapeutem, lékařem či zdravotním pracovníkem, který může být natolik frustrující pro testovaného, že průběh a výsledky testu nemusí být adekvátně hodnotitelné, a dochází tak k možnému nálepkování výrazné poruchy kognitivních funkcí. Proto vnímám profesionální přístup k testovanému a odborné znalosti administrátora jako zásadní a doporučuji pro validitu testů maximálně eliminovat frustrující podněty. Takovéto podněty jsou např. prostředí (ambulance x reminiscenční místnost), oděv administrátora (zdravotní plášť x barevné tričko). Neméně důležité je zvolit správné pomůcky (propisovací pero x tužka s tuhou), lupa, sklenice s minerální vodou, kapesníky. Po technické stránce je nutno myslet na zajištění dostatečného osvětlení, eliminovat rušivé zvuky (zapnutý PC, vyzvánění telefonů, puštěné rádio, zapnutý ventilátor aj.). Pokud zná testovaný administrátora, je to první krok pro úspěšný průběh, při kterém dosáhneme zmírnění, nebo potlačení již zmiňovaných projevů frustrace, čímž dosáhneme objektivnějších výsledků testů. Pro náš

kvalitativně kvantitativní výzkum jsme potřebovali provést rozbor jednotlivých případových studií.

Na základě zpracování specifické anamnézy respondenta, speciální pedagog zpracuje anamnézu (soubor informací o zdravotním stavu) a následně vypracuje kasuistiku. Kasuistika obsahuje příběh záměrně vybraného respondenta, u něhož zachycuje jeho vývoj v psychické, tělesné, mentální a sociální oblasti. Dále rozhovor s uživatelem (pokud je to možné) a rozhovor s osobou blízkou uživatele (vzhledem k rozsáhlé textové části každého rozhovoru a vyšetření schopností reziduálních, smyslů, zvyků, úsudku a logického myšlení. Z rozhovoru se terapeut dozvěděl informace, které následně zpracuje do struktury speciálně pedagogické anamnézy. Potřebné údaje jsme zjišťovali prostřednictvím zdravotní diagnózy, osobní anamnézy, rozhovoru, testování kognitivních funkcí, základních denních činností, instrumentálních denních činností, vyšetření obsahové analýzy záznamů speciálního pedagoga, sociální pracovnice a klíčových pracovníků pro vybranou případovou studii. Proto v každé případové studii uvádíme anamnézu osobní a zdravotní, anamnézu zaměřenou na aktivity denního života, základní a instrumentální činnosti, testování za pomoci standardizovaných testů (MMSE, ACE-CZ, Clock test). (viz příloha A a B).

V této kapitole uvedeme deset případových studií cíleně vybraných respondentů (uživatelé pobytové sociální služby Domova se zvláštním režimem v Chabařovicích), kteří mají diagnostikovanou demenci Alzheimerova typu (dále jen osoba s DAT).

Uvádíme frekvenci a druhy aplikovaných terapeuticko-formativní přístupů, které byli u respondentů aplikovány v průběhu celého výzkumu. Případové studie jsou kvalitativně popsány a následně zhodnoceny kvantitativně za pomoci standardizovaných testů. Tyto výsledky jsou zaznamenávány do tabulek a znázorněny graficky, včetně závěrečného písemného zhodnocení.

12.1 Případová studie č. 1

Žena (paní Věra) 69 let, vdova

Zdravotní anamnéza

V březnu roku 2011 byla paní Věra odeslána praktickým lékařem k dovyšetření na neurologické oddělení - CT, EEG, MRI mozku, gerontopsychiatrické testy MMSE - 19 bodů. Závěr: deteriorace kognitivních funkcí s dominující poruchou krátkodobé paměti a vizuospaciálních funkcí (zrakově-prostorový), pravděpodobná Alzheimerova nemoc. Nejsou známky deprese, občas úzkostné stavy, neví co se s ní děje, stále zapomíná, časté vertigo. Vedena v kognitivní poradně.

Osobní anamnéza

Respondentka narozená v roce 1944 byla přijata do domova v roce 2013 v únoru na přání rodiny. Respondentka je vdovou od 62let, má dvě děti - dceru a syna. Před nástupem do domova žila s dcerou v rodinném domě. Občas ji navštěvuje sestra. Matka zemřela v 89 letech, otec v 78 letech. V rodině se nevyskytovalo neurologické nebo psychiatrické onemocnění. Paní Věra nekouří, nepije, žádnou dietu nedrží, neudává žádné potíže, nemá bolesti. Paní Věra je středoškolsky vzdělaná, pracovala jako učitelka na základní škole (matematika, fyzika, hudební výchova). Hrála na piano, kytaru, byla členkou pěveckého sboru, ráda četla, jezdila na výlety, věnovala se pěstování květin, vyšívala, pletla, byla společenská.

Chování paní Věry je klidné, je stále usměvavá, má radost z každého kontaktu, je kamarádská ke všem ostatním uživatelům domova, podrobuje se ráda denním pokynům. Dominuje porucha všípivosti, selhává v krátkodobé paměti, úsudek je bez výrazných změn. Dcera dochází pravidelně (je kontaktní osobou respondentky) dvakrát týdně, syn podle časových možností. Paní Věra je částečně inkontinentní.

Zvyky paní Věry:

Vstává ráno kolem 7hod, provádí ranní hygienu u umyvadla, myje si obličej, učeše se, není navyklá provádět ústní hygienu. Zajímá se o vážnou hudbu, ráda zpívá, chodí ráda

denně na procházky, ráda sedí na zahradě, věnuje se zalévání a údržbě květinových záhonů a pokojových květin. Sleduje pravidelně televizní zprávy, soutěžní pořady, estrádní pořady, pořady s tematikou přírody, pěstitelství, vaření. Chodí spát kolem 22 hodiny, nespí dobře, často se budí.

Pretest - vstupní vyšetření v březnu 2013

1. Test ACE-CZ - 36/100 bodů, (80 bodů a méně demence)
2. Test MMSE - 18/30 bodů, (středně těžká, pokročilá a rozvinutá demence)
3. Test hodin (Clock Test): dokázala pouze namalovat obrys kruhu, nebyl žádný náznak ciferníku s číslicemi. Chybí zakreslení hodin, napsala hodiny.

Popis pretestu

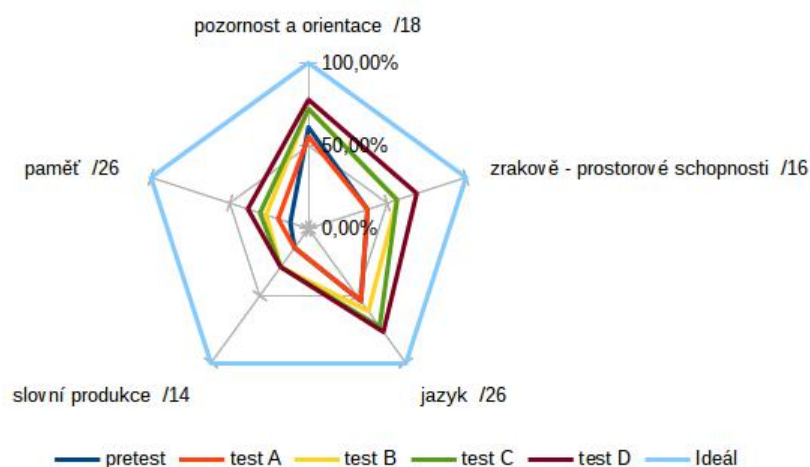
Test ACE-CZ a MMSE: jednoduchá zkouška časoprostorová - respondentka ví, kde se nachází (domov v Chabařovicích), neví, co je za den, rok, měsíc, ví jaké je roční období, neví, ve kterém jsme kraji. Sedmičkový test - je rychlý a krátký, avšak relativně náročný, spočívá v opakovaném odčítání čísla 7 od čísla 100, nedokáže odečíst 100 - 7, proto volíme druhou možnost, a tím je hláskování pozpátku slovo „pokrm“ po jednotlivých písmenech, což zvládla. Vyšetření anterográdní paměti - vštěpování (učení), uchování a vybavení informace. Dokázala při verbální informaci zopakovat tři slova (lopata, šátek, váza), ale po 2 minutách dokázala zopakovat jen jednu, v dalším úkolu dokázala zopakovat jméno (Martin Dvořák) a ulici (Sadova třída). Vyšetření retrográdní paměti - nedokáže říci jméno současného prezidenta, nevybavuje si ani prvního prezidenta polistopadové sametové revoluci, nezná žádné jméno osobnosti. Na dotaz, zda zná datum narození svých dětí, odpovídá, nevím, to už je dávno, nezná ani jejich současný věk. U respondentky dominuje porucha vštípivosti, selhává v krátkodobé paměti, úsudek je bez výrazných změn. Vizuální informace - zrakově prostorové informace, úkolem je zkopírovat geometrické tvary a pak si je vybavit. Nedokázala překreslit podle předlohy překrývající se pětiúhelníky, krychli také ne. Řečové schopnosti - při produkci slov respondentka dokázala pojmenovat předměty, které jí byly předloženy, dokázala opakovat po vyšetřujícím sousloví. Test slovní produkce: kategoriální produkce - jedná se o rychlé

provedení v časovém limitu (1 minuta), vyjmenovat co nejvíce slov spadající do určité kategorie, v našem případě kategorie zvířat. Zde uvedla v časovém limitu 7 zvířat. Fone- mická produkce - vyjmenování co nejvíce slov začínajících na jedno písmeno, zde uvedla v časovém limitu (1minuta) 5 věcí. Vyšetření porozumění a psaní: dokázala provést vy- konání příkazu, dokázala napsat jednoduchou větu.

Na základě zjištěných informací a schopností sestavuje terapeut vybrané jednotlivé terapeuticko-formativní činnosti vhodné pro respondenty s DAT.

Přehled a frekvence terapeuticko-formativních činností, kterých se paní Věra zú- častňovala po dobu výzkumu: Arteterapie: 3x týdně, Muzikoterapie: 2x týdně, Pettera- pie: 3x týdně, Kinezioterapie: 5x týdně, Canisterapie: 1x měsíčně, Taneční terapie: 1 x měsíčně.

Obrázek 12.1: Případová studie č.1 - Kvantifikace kognitivního postižení



Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.1: Případová studie č.1 paní Věra - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci

úloha číslo	pozornost a orientace			paměť				slovní produkce		jazyk							zrakové a prostorové schopnosti				ACE	CZ			
	1	2	3	4	5	6	18	7a	7b	8a	8b	9	10a	10b	10c	11	12	13	14a	14b	14c	15	16		
pretest	7	2	2	1	1	0	1	1	1	2	2	0	0	1	0	7	2	0	0	0	1	2	3	36	
test A	6	2	2	0	2	1	2	1	1	2	2	0	0	1	0	6	2	1	0	0	1	2	3	37	
test B	7	3	3	1	3	1	2	2	2	1	3	0	0	0	1	7	3	1	0	1	2	2	4	49	
test C	8	3	2	1	3	2	2	2	2	1	3	0	1	1	1	8	3	1	0	0	2	3	4	53	
test D	8	3	3	2	3	2	3	2	2	1	3	0	1	1	0	10	3	1	0	1	3	3	4	59	

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.2: Případová studie č.1 paní Věra - Kvantifikace kognitivního postižení

SUBSKÓRE	pretest	test A	test B	test C	test D
pozornost a orientace /18 úloha č. 1, 2, 3	11	10	13	13	14
paměť /26 úloha č. 4, 5, 6, 18	3	5	7	8	10
slovní produkce /14 úloha č. 7a, 7b	2	2	4	4	4
jazyk /26 úloha č. 8a, 8b, 9, 10a-c, 11, 12, 13	14	14	16	19	20
zrakově - prostorové schopnosti /16 úloha č. 14a-c, 15, 16	6	6	9	9	11
celkem ACE-CZ /100	36	37	49	53	59
celkové skóre MMSE /30 dle Folsteina	18	17	20	21	23

Zdroj: vlastní šetření

Závěrečné zhodnocení

Test „D“ proveden v únoru 2014, ACE-CZ, MMSE, Clock Test

1. Test ACE-CZ - **59/100** bodů, **výrazné zlepšení o 23 bodů**.
2. MMSE - **23/30** bodů, (lehký stupeň demence) **zlepšení o 5 body**.
3. Test hodin (Clock Test): **zlepšila se** a dokázala namalovat obrys kruhu a byl náznak ciferníku, bez čísel.

Podle výsledků zaznamenaných v tabulce 12.1, 12.2 a vytvořeného grafu viz obrázek 12.1 lze konstatovat, že se po ročních pravidelných terapeuticko-formativních činnostech respondentka **výrazně** zlepšila ve všech položkách testu ACE-CZ. V testu (D) v únoru se zlepšila konkrétně v úkolu č. 1 při zodpovězení otázek: „Ve kterém jste městě? Ve kterém jste kraji?“ V úkolu č. 2, dokázala opakovat všechny tři slova. V úkolu č. 5 dokázala opakovat z adresy jméno, ulici a město. V úkolu č. 6 si dokázala vybavit i jméno bývalého premiéra a Václava Havla. V úkolu č. 8b dokázala na konci výzkumu správně provést všechny tři úkony. V úkolu č. 11 při pojmenování předmětů se zlepšila až o tři body, již poznala harfu, krokodýla a tahací harmoniku. Dále je vidět dle grafu viz obrázek 12.1 mírné zlepšení slovní produkce a paměť, jazyk i zrakově-prostorové schopnosti. Zde jsme se přesvědčili, že při *Addenbrookském testu* získáme širší kognitivní profil respondenta. Prokázali jsme zlepšení, efektivitu roční aplikace speciálně pedagogických terapeuticko - formativních přístupů a metod aplikované u osob s DAT. Respondentka se zlepšila konkrétně ve výbavnosti, koncentraci, logickému uvažování a zlepšila se krátkodobá vizuální paměť, verbální komunikace. Terapeuticko-formativní činnosti ovlivnily pozitivně emoční stav respondentky, zvýšilo se jí sebevědomí, pocíťovala vlastní uplatnění v kolektivu ostatních a získala pocit sebedůvěry.

12.2 Případová studie č. 2

Žena (paní Ludmila) 68 let, rozvedená

Zdravotní anamnéza

V květnu roku 2012 byla respondentka na přání rodiny vyšetřena odborným lékařem k vyšetření na neurologickém oddělení - CT, EEG, MRI mozku, gerontopsychiatrické testy MMSE - 18 bodů. IADL - částečná nedostatečnost v instrumentálních aktivitách denního života. Závěr: deteriorace kognitivních funkcí s dominující poruchou krátkodobé paměti a vizuospaciálních funkcí (zrakově-prostorový) - pravděpodobná Alzheimerova nemoc. Nejsou příznaky depresivního syndromu. Arteriální hypertenze, fibrilace síní, CMP implantace TEP vlevo. Ischemická choroba srdeční. Medikace Donepizil - hrazeno pojišťovnou. (Pozn. S účinností od 1.4. 2010 došlo konečně po mnoha letech k posunutí původní hranieskóre MMSE 20 na 25 bodů k zahájení léčby. Tímto způsobem se zvyšuje šance začít léčbu ve stadiu, kdy je nejúčinnější).

Osobní anamnéza

Respondentka narozená v roce 1945 byla přijata do domova v roce 2013 v lednu na přání rodiny. Respondentka je rozvedená od 48 let, má tři děti - dceru a dva syny. Před nástupem do domova žila s dcerou. Pravidelně jí navštěvuje dcera a občas oba synové s rodinou. Matka zemřela v 75 letech, otec v 85 letech. V rodině se nevyskytovalo neurologické nebo psychiatrické onemocnění. Paní Ludmila je nekuřák, pije pouze občas, udává víno, žádnou dietu nestrhává, udává potíže s páteří, špatně vidí a v noci nespí. Paní Ludmila je středoškolsky vzdělaná, pracovala jako účetní. Ráda cestovala se svými kamarádkami po celé Evropě, nejčastěji se opakovaně vracela do Francie a Itálie. Její největší zálibou je luštění křížovek a sledování soutěžních pořadů v TV.

Zvyky paní Ludmily:

Vstává ráno kolem 5 hodiny, provádí ranní hygienu u umyvadla, myje si obličej, učeše se, není navyklá provádět ústní hygienu. Denně navštěvuje kavárničku, zde má své příznivce, kteří jí naslouchají. Dává si denně černou kávu, občas zmrzlinu a sušenku. Chodí

ráda na procházky, účastní se všech nabízených aktivit a činností pořádané naším domovem, jezdí pravidelně jednou za měsíc na víkend ke své dceři. Nemá problémy s návratem, nedožaduje se častějších návštěv. Sleduje pravidelně televizní pořady, udrží pozornost u pořadů se soutěžní tematikou. Chodí spát kolem 22 hodiny, budí se občas během noci, vyžaduje pravidelnou kontrolu, není zatím nutné nasadit podpůrnou lékovou medikaci na úpravu spánku.

Chování paní Ludmily je klidné, je usměvavá, kamarádká a přátelská. Dominuje porucha všípivosti, selhává v krátkodobé paměti, úsudek je bez výrazných změn. Dcera dochází pravidelně (je kontaktní osobou respondentky) dvakrát týdně, synové podle časových možností, dochází i vnučka, ke které má paní Ludmila úzký vztah.

Pretest - vstupní vyšetření v březnu 2013

1. Test ACE-CZ - 35/100 bodů, (80 bodů a méně demence)
2. Test MMSE - 17/30 bodů, (středně těžká, pokročilá a rozvinutá demence)
3. Test hodin (Clock Test): dokázala namalovat obrys kruhu, byl náznak ciferníku s číslicemi. Záměna pravý-levý, číslice proti směru.

Popis pretestu

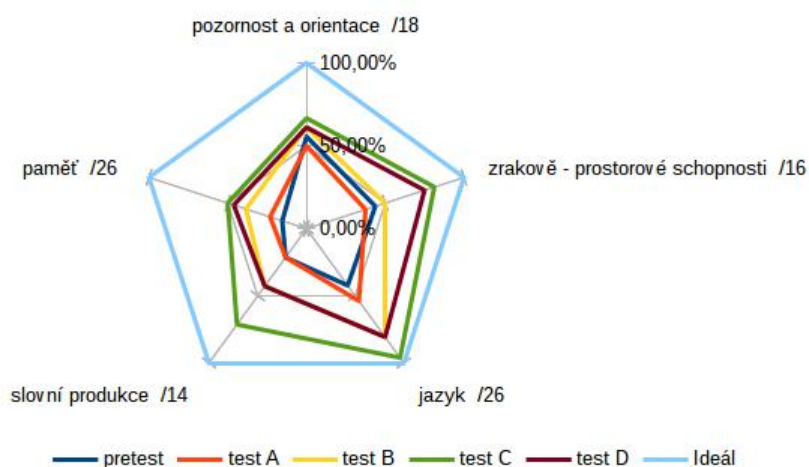
Respondentka ví, kde se nachází (domov v Chabařovicích), ví, co je za den, neví rok, měsíc, ví jaké je roční období. Zná rok svého narození, měsíc a den neví. Sedmičkový test - spočívá v opakovaném odčítání čísla 7 od čísla 100. Dokáže odečíst 100 - 7, dále nezvládá. Anterográdní paměť - dokázala zopakovat tři slova (lopata, šátek, váza), po 2 minutách dokázala zopakovat jedno slovo. Vyšetření retrográdní paměti - nedokáže říci jméno současného prezidenta, vybavuje si prvního prezidenta polistopadové sametové revoluci (Havel), ostatní osobnosti neví. Na dotaz, zda ví datum narození svých dětí, zná jejich jména, ale současný věk, hádá. Dominuje porucha všípivosti, ulpívavé myšlení, myšlenkový záraz, selhává v krátkodobé paměti, úsudek je změněn, emoční oploštění, inkoherentní myšlení. Test slovní produkce - jedná se o rychlé provedení, v časovém limitu (1 minuta), vyjmenovat co nejvíce slov spadající do určité kategorie, v našem případě kategorie zvířat. Zde uvedla v časovém limitu 5 zvířat. Vyjmenování co nejvíce slov začínajících na písmeno z abecedy, uvedla v časovém limitu 5 slov. Velké problémy měla

při pojmenování jednotlivých obrázků, nevybavila si klokana, harfu, harmoniku, tučňáka, nosorožce.

Na základě zjištěných informací a schopností sestavuje terapeut vybrané jednotlivé terapeuticko- formativní činnosti vhodné pro respondenty s DAT.

Přehled a frekvence terapeuticko-formativních činností, kterých se paní Ludmila zúčastňovala po dobu výzkumu: Arteterapie: 3x týdně, Muzikoterapie: 2x týdně, Petterapie: 3x týdně, Kinezioterapie: 5x týdně, Canisterapie: 1x měsíčně, Taneční terapie: 1 x měsíčně.

Obrázek 12.2: Případová studie č.2 - Kvantifikace kognitivního postižení



Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.3: Případová studie č.2 paní Ludmila - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci

úloha číslo	pozornost a orientace			paměť				slovní produkce		jazyk								zrakově a prostorové schopnosti				ACE	CZ		
	1	2	3	4	5	6	18	7a	7b	8a	8b	9	10a	10b	10c	11	12	13	14a	14b	14c	15	16		
pretest	6	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	0	1	0	0	6	1	0	1	1	0	2	3	35	
test A	5	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	0	0	1	1	6	3	0	0	0	1	2	3	38	
test B	5	3	3	2	4	3	1	2	4	1	3	1	1	2	1	7	4	1	1	0	2	2	3	56	
test C	6	2	2	3	3	3	2	2	4	1	2	1	1	1	1	7	3	1	1	1	2	3	3	73	
test D	6	3	2	3	4	2	3	2	4	1	3	1	1	1	1	8	4	1	1	1	3	3	4	62	

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.4: Případová studie č.2 paní Ludmila - Kvantifikace kognitivního postižení

SUBSKÓRE	pretest	test A	test B	test C	test D
pozornost a orientace /18 úloha č. 1, 2,3	10	9	11	12	11
paměť /26 úloha č. 4, 5, 6, 18	4	6	10	13	12
slovní produkce /14 úloha č. 7a, 7b	3	3	6	10	6
jazyk /26 úloha č. 8a, 8b, 9, 10a-c, 11, 12, 13	11	14	21	25	21
zrakově - prostorové schopnosti /16 úloha č. 14a-c, 15, 16	7	6	8	13	12
celkové skóre ACE-CZ /100	35	38	56	73	62
celkové skóre MMSE /30 dle Folsteina	17	17	23	22	23

Zdroj: vlastní šetření

Závěrečné zhodnocení

Test „D“ proveden v únoru 2014, ACE-CZ, MMSE, Clock Test

1. Test ACE-CZ - **62/100** bodů, **výrazné zlepšení o 27 bodů**.
2. Test MMSE - **23/30** bodů, (lehký stupeň demence) **zlepšení o 6 bodů**.
3. Test hodin (Clock Test): **zlepšila se** a dokázala namalovat obrys kruhu a byl náznak ciferníku, číslice zapoměla, není možné čas zaznamenat.

Podle výsledků zaznamenaných v tabulce 12.3, 12.4 a vytvořeného grafu viz obrázek 12.2 lze konstatovat, že se po ročních pravidelných terapeuticko-formativních činnostech respondentka **výrazně** zlepšila ve všech položkách testu ACE-CZ. V testu (D) v únoru se zlepšila konkrétně v úkolu č. 4 o dva body, dokázala opakovat všechny tři slova. V úkolu č. 5 dokázala opakovat z adresy jméno, ulici a město. V úkolu č. 8b dokázala na konci výzkumu správně provést všechny tři úkony. V úkolu č. 11 při pojmenování předmětů se zlepšila až o dva body, již poznala harfu, krokodýla a tahací harmoniku. V úkolu č. 7b v testu slovní produkce: kategoriální produkce - vyjmenovala v časovém limitu 11 zvířat. V úkolu č. 7a vyjmenovala slova začínající na jedno písmeno v časovém limitu 5 věcí. Vyšetření porozumění a psaní: dokázala provést vykonání příkazu, dokázala napsat jednoduchou větu. Dále je vidět dle grafu viz obrázek 12.2 zlepšení slovní produkce a paměť, jazyk i zrakově-prostorové schopnosti. Zde jsme se přesvědčili, že při *Addenbrookském testu* získáme širší kognitivní profil respondenta. Respondentka se zlepšila konkrétně ve výbavnosti, koncentraci, logickému uvažování a zlepšila se krátkodobá vizuální paměť, verbální komunikace. Terapeuticko-formativní činnosti ovlivnily pozitivně emoční stav respondentky, došlo ke zlepšení, zachování úrovně jednotlivých dovedností, zvýšilo se jí sebevědomí, pocítovala radost z úspěchu, upravila se emoční nestabilita. Prokázali jsme zlepšení, efektivitu roční aplikace speciálně pedagogických terapeuticko-formativních přístupů a metod aplikované u osob s DAT.

12.3 Případová studie č. 3

Žena (paní Anna) 70 let, vdova

Zdravotní anamnéza

Respondentka udává, že celý život stále stoná, že měla časté angíny, trpí na vysoké horečky. Manžel zemřel v roce 2005. V lednu roku 2010 bylo respondentce provedeno CT mozku, EEG - deteriorace kognitivních funkcí - pravděpodobná Alzheimerova nemoc, občas emoční poruchy, úzkostné stavy, strach, co bude s rodinou, ví, že zapomíná, nevládne běžné denní úkony, neuvaří si, nákupy zajišťuje sousedka, bolí jí nohy. Gerontopsychiatrické testy - MMSE - 20, ADL - závislý lehčího stupně, IADL - částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života. Operace - TEP obou kyčelních kloubů vlevo 2003, alergie 0. Medikace Aricept.

Osobní anamnéza

Respondentka narozená v roce 1943 se narodila v Roudnici nad Labem, zde žila celý život v rodinném domě. Do našeho domova byla přijata v roce 2012 v prosinci na přání rodiny. Respondentka je vdovou od 62let, má dva syny. Paní Anna byla kuřák, posledních pět let nekouří. Říká, že se ráda denně napije pivečka, ale jenom po obědě skleničku, vyžaduje sklenku i dnes. Drží dietu, protože jí to nařídil lékař po operaci obou kyčlí. Kromě občasných bolesti v nohou udává smutnou náladu, neví proč, také se jí motá hlava, neví kde je, co má dělat. Synové chodí do práce, nemají čas, alespoň chodí snachy, jsou hodné. Paní Anna pracovala jako laborantka, práci měla ráda. Mezi její zájmy patřila ovocná zahrada, pěstovali broskve, měli velký sad.

Chování paní Anny je klidné, mívá často pocit úzkosti, uvědomuje si, jakou má nemoc. Má velkou snahu trénovat si paměť, má radost z každé činnosti, ve které je úspěšná, v našem domově pečuje o pokojové květiny, a v letním období se stará o záhony s květinami. Je nekonfliktní, má v domově dvě kamarádky, se kterými tráví nejvíce času. Respondentka má chudou řeč, chybějící slova nahrazuje (konfabulace). Je přítomna i perseverace myšlení. Paní Anna je částečně inkontinentní.

Zvyky paní Anny:

Vstává ráno kolem 5 hodiny, neprovádí sama ranní hygienu u umyvadla, je nutný dohled, není navyklá provádět ústní hygienu. Denně pečuje o pokojové květiny, sleduje televizní pořady, nejvíce času tráví se svými kamarádkami, které jsou uživatelky domova. Chodí ráda na procházky po okolí domova, je nutný doprovod. Vždy se s radostí účastní všech aktivit, které jsou jí nabízeny, není potřeba motivace. Dokáže se orientovat v prostoru domova, chodí sama do společné jídelny. Chodí spát kolem 21 hodiny, často se budí, ale nenarušuje noční klid.

Pretest – vstupní vyšetření provedeno v únoru 2013

1. Test ACE-CZ - 51/100 bodů, (80 bodů a méně demence)
2. Test MMSE - 21/30 bodů, (lehký stupeň demence)
3. Test hodin (Clock Test): dokázala namalovat obrys kruhu, číslice v kruhu správně rozmístěné, jedna ručička umístěná správně. Lehká prostorová chyba ciferníku.

Popis pretestu

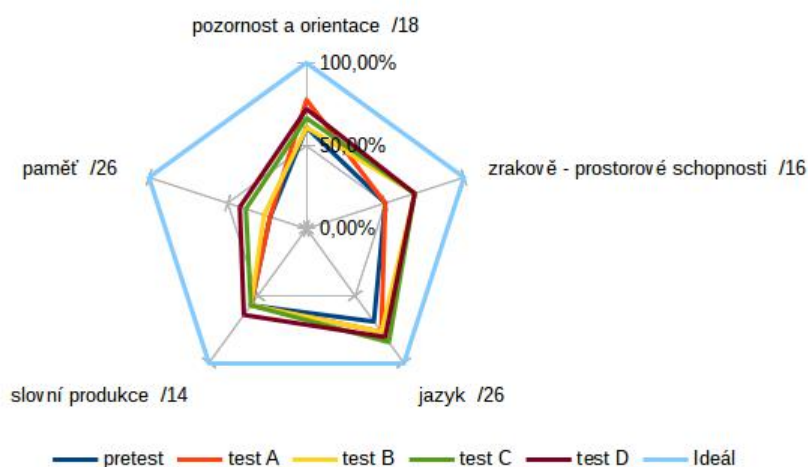
Test ACE-CZ a MMSE: jednoduchá zkouška časoprostorová - respondentka ví, kde se nachází (domov v Chabařovicích) ví, co je za den, rok, měsíc, jaké je roční období, neví, ve kterém jsme kraji. Sedmičkový test - je rychlý a krátký, avšak relativně náročný, spočívá v opakovaném odčítání čísla 7 od čísla 100, dokáže odečítat od 100 číslo 7, nezvládá 86 - 7. Vyšetření anterográdní paměti - vštěpování (učení), uchování a vybavení informace. Dokázala při verbální informaci zopakovat tři slova (lopata, šátek, váza), ale po 2 minutách dokázala zopakovat dvě slova, anterográdní paměť - dokázala zopakovat po administrátorovi pouze jméno „Martin Dvořák“. Vyšetření retrográdní paměti - nedokáže říct jméno současného prezidenta, nevybavuje si ani prvního prezidenta polistopadové sametové revoluci. Vizuelní informace - zrakově prostorové informace, úkolem je zkopírovat geometrické tvary a pak si je vybavit. Dokázala překreslit podle předlohy překrývající se pětiúhelníky, ale nedokázala překreslit podle předlohy krychli. Řečové schopnosti - při produkci slov respondentka dokázala pojmenovat předměty, které jí byly předloženy, dokázala opakovat po vyšetřujícím sousloví. Test slovní produkce: kategoriální produkce

- jedná se o rychlé provedení v časovém limitu (1 minuta), vyjmenovat co nejvíce slov spadající do určité kategorie, v našem případě kategorie zvířat. Zde uvedla v časovém limitu 13 zvířat. Fonemická produkce - vyjmenování co nejvíce slov začínajících na jedno písmeno, zde uvedla v časovém limitu 10 věcí. Vyšetření porozumění a psaní: dokázala provést vykonání příkazu, dokázala napsat jednoduchou větu. Dominuje porucha všípivosti, myšlení je zpomalené, myšlenkový záraz, selhává v krátkodobé paměti, úsudek je bez výrazných změn.

Na základě zjištěných informací a schopností sestavuje terapeut vybrané jednotlivé terapeuticko- formativní činnosti vhodné pro respondenty s DAT.

Přehled a frekvence terapeuticko-formativních činností, kterých se paní Anna zúčastňovala po dobu výzkumu: Arteterapie: 2x týdně, Muzikoterapie: 3x týdně, Pette-
rapie: 3x týdně, Kinezioterapie: 5x týdně, Canisterapie: 1x měsíčně, Taneční terapie: 1 x
měsíčně.

Obrázek 12.3: Případová studie č.3 - Kvantifikace kognitivního postižení



Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.5: Případová studie č.3 paní Anna - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci

úloha číslo	pozornost a orientace			paměť				slovní produkce		jazyk								zrakové a prostorové schopnosti					ACE	CZ	
	1	2	3	4	5	6	18	7a	7b	8a	8b	9	10a	10b	10c	11	12	13	14a	14b	14c	15	16		
pretest	6	3	2	2	2	1	1	4	4	2	1	1	1	2	1	8	2	0	1	1	1	2	3	51	
test A	8	3	3	2	2	1	1	4	4	2	1	1	1	2	1	8	4	0	1	0	2	2	3	56	
test B	7	2	2	2	2	1	2	4	4	1	3	2	2	1	0	7	3	1	1	1	3	3	3	57	
test C	8	2	2	3	3	2	2	5	3	1	2	2	2	2	1	8	3	1	1	2	2	3	3	63	
test D	9	2	2	3	4	2	2	5	4	2	3	1	1	1	1	8	3	1	1	1	3	3	3	65	

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.6: Případová studie č.3 paní Anna - Kvantifikace kognitivního postižení

SUBSKÓRE	pretest	test A	test B	test C	test D
pozornost a orientace /18 úloha č. 1, 2, 3	11	14	11	12	13
paměť /26 úloha č. 4, 5, 6, 18	6	6	7	10	11
slovní produkce /14 úloha č. 7a, 7b	8	8	8	8	9
jazyk /26 úloha č. 8a, 8b, 9, 10a-c, 11, 12, 13	18	20	20	22	21
zrakově - prostorové schopnosti /16 úloha č. 14a-c, 15, 16	8	8	11	11	11
celkové skóre ACE-CZ /100	51	56	57	63	65
celkové skóre MMSE /30 dle Folsteina	21	25	24	25	25

Zdroj: vlastní šetření

Závěrečné zhodnocení

Test „D“ proveden v únoru 2014, ACE-CZ, MMSE, Clock Test

1. Test ACE-CZ - **65** /100 bodů, **zlepšení o 14 bodů**.
2. Test MMSE - **25**/30 bodů, (lehký stupeň demence) **zlepšení o 4 body**.
3. Test hodin (Clock Test): **stav stejný**, dokázala namalovat obrys kruhu, číslice v kruhu a správně rozmístněné, jedna ručička umístěna správně. Zachovalé uspořádání času.

Podle výsledků zaznamenaných v tabulce 12.5, 12.6 a vytvořeného grafu viz obrázek 12.3 lze konstatovat, že se po ročních pravidelných terapeuticko - formativních činnostech respondentka zlepšila v jednotlivých položkách testu ACE-CZ. V testu (D) v únoru se zlepšila konkrétně v úkolu č. 1 o 3 body, neznala pouze, který je rok. V úkolu č. 5 se zlepšila a dokázala opakovat z adresy celé jméno, město i ulici. V úkolu č. 8b dokázala na konci výzkumu správně provést všechny tři úkony. Z grafu viz obrázek 12.3 je vidět zlepšení v paměti, zrakově prostorové schopnosti. Respondentka se zlepšila konkrétně ve výbavnosti, koncentraci, logickému uvažování, porozumění a zlepšila se krátkodobá vizuální paměť. Zde jsme se přesvědčili, že při Addenbrookském testu získáme širší kognitivní profil respondenta. Prokázali jsme zlepšení, efektivitu roční aplikace speciálně pedagogických terapeuticko-formativních přístupů a metod aplikované u osob s DAT.

12.4 Případová studie č. 4

Žena (paní Jiřina) 68 let, vdaná

Zdravotní anamnéza

Respondentka žila v Teplicích v Čechách, dosud vážněji nestonala, onemocnění srdce, IM, CMP, onemocnění ledvin, matka zemřela v 75 letech na CMP, otec DM II stupně s mnohočetnými komplikacemi, zemřel v 68 letech. Kouřila, alkohol příležitostně, alergie neudává, diabetes mellitus, arteriální hypertenze, mikrocytární anemie, hypercholesterolemie, má potíže s močením, bolesti nejuje. Nadváha 98kg/169cm. V roce 2012 došlo k výraznému úbytku kognitivních funkcí, pacientka odeslána k vyšetření, provedeno CT, MR mozku-pravděpodobné neurodeg. onemocnění mozku, demence Alzheimerova typu. Gerontopsychiatrické testy - MMSE - 16 bodů, ADL - závislý lehčího stupně, IADL - nesoběstačnost v aktivitách denního života.

Osobní anamnéza

Respondentka se narodila v Teplicích v Čechách v roce 1945, byla přijata do domova v listopadu roce v 2012. Respondentka je vdaná, manžel Jaroslav již nezvládal celodenní péči o svou manželku a jediná dcera, žije v zahraničí. Před nástupem do domova žila s manželem v bytové jednotce na sídlišti. Matka zemřela v 75 letech, otec brzo v 68 letech pro dlouhodobé komplikace diabetu. V rodině se nevyskytovalo neurologické nebo psychiatrické onemocnění. Paní Jiřina byla kuřák, příležitostně se napila alkoholu, manžel udává, že měla ráda pivo a víno, které si denně dopřála. Dietu drží celý život, měla vždy strach, aby nedopadla jako její otec, protože měl výraznou nadváhu, sama má přes všechnu snahu nadváhu. Respondentka je středoškolsky vzdělaná, pracovala jako zdravotní sestra, celý život se věnovala péči o druhé. Mezi její zájmy patřilo vaření, turistika, plavání, četba historické literatury a detektivních příběhů. Každý den sleduje TV, má ráda seriály o lásce a detektivky. Byla společenská, společně s manželem chodili na plesy, zábavy a jezdili na dovolenou k moři.

Chování paní Jiřiny je stálé, je klidná, společenská, komunikativní. Dominuje porucha všítipivosti, selhává v krátkodobé paměti, úsudek je bez výrazných změn. Manžel dochází

pravidelně asi čtyřikrát týdně a vždy sebou bere na návštěvu fenku Zoru, kterou mají oba moc rádi.

Její chování je typickým odrazem častých návštěv svého životního partnera (manžela). Při příchodu manžela s fenkou Zorou se z klidné, spíše pasivní uživatelky stává žena plná elánu, radosti a uspokojenosti. Mazlí se se svou fenkou, vzpomíná na hezké chvílky strávené s ní.

Zvyky paní Jiřiny:

Vstává ráno kolem 5 hodiny, její první cesta směřuje do koupelny, kde si sedne záchod a zapne vodu. Až po příchodu personálu se s dopomocí umyje, vyčistí si chrup. Je vidno, že chce dodržovat své celoživotní zvyklosti, ale její zdravotní stav jí již neumožňuje je vykonávat. Denně se s radostí zúčastní všech nabízených aktivit, má denně kontakt s drobnými zvířátky, které jsou v domově. Sleduje denně TV, chodí na procházky v doprovodu spolubydlící, umí se orientovat ve známém prostředí, chodí sama do jídelny, jí sama, používá lžičku. Denně chodí do kavárničky na kávu, a má ráda zmrzlinový pohár. Nemá ráda hluk, má pocit, že se něco stalo a poté je plačtivá. Chodí spát kolem 21 hodiny, spí dobře.

Pretest - vstupní vyšetření provedeno v březnu 2013

1. Test ACE-CZ - 40/100 bodů, (80 bodů a méně demence)
2. Test MMSE - 17 bodů, (středně těžká, pokročilá a rozvinutá demence)
3. Test hodin (Clock Test): dokázala namalovat obrys kruhu, nebyl náznak ciferníku, číslice chybně a proti směru.

Popis pretestu

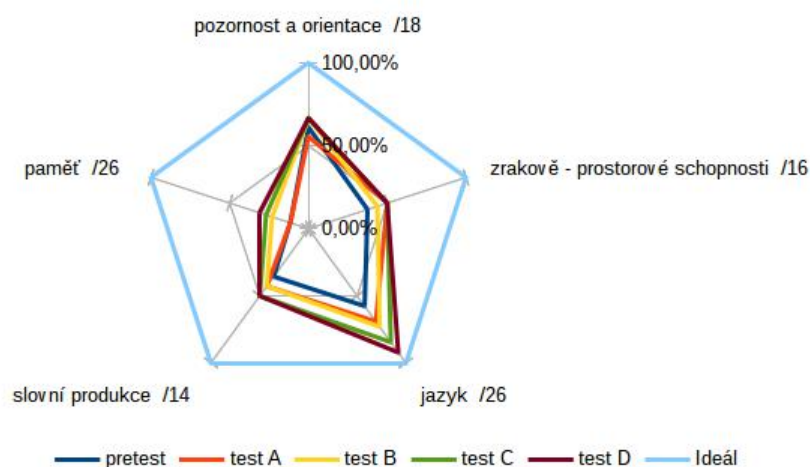
Test ACE-CZ a MMSE: jednoduchá zkouška časoprostorová - respondentka neví, kde se nachází (domov v Chabařovicích), neví, co je za rok, ví, jaký je měsíc, jaké je roční období, neví, ve kterém jsme kraji. Sedmičkový test - je rychlý a krátký, avšak relativně náročný, spočívá v opakovaném odčítání čísla 7 od čísla 100., dokázala odečíst 100 - 7, dále počítala, ale špatně. Vyšetření anterográdní paměti - vštěpování (učení), uchování a vybavení informace. Dokázala při verbální informaci zopakovat tři slova (lopata, šátek,

váza), ale po 2 minutách dokázala zopakovat jen jednu. Anterográdní paměť - dokázala zopakovat po administrátorovi jméno „ Martin Dvořák“ a „Soběslav“. Vyšetření retrográdní paměti - nedokáže říct jméno současného prezidenta, nevybavuje si ani prvního prezidenta polistopadové sametové revoluci, nezná žádnou odpověď. Vybavuje si datum narození své dcery, nezná současný věk, „je mladá“. Dominuje porucha verbální komunikace, poruchy abstraktivního myšlení, poruchy dynamiky myšlení, vštípivosti, selhává v krátkodobé paměti, úsudek je změněn. Má poruchu exekutivních funkcí, ztráta schopnosti správně rozpoznat a hodnotit. Vizuální informace - zrakově prostorové informace, úkolem je zkopírovat geometrické tvary a pak si je vybavit. Nedokázala překreslit podle předlohy překrývající se pětiúhelníky, ani krychli. Test slovní produkce: kategoriální produkce - jedná se o rychlé provedení v časovém limitu (1 minuta), vyjmenovat co nejvíce slov spadající do určité kategorie, v našem případě kategorie zvířat. Zde uvedla v časovém limitu 7 zvířat. Fonemická produkce - vyjmenování co nejvíce slov začínajících na jedno písmeno, zde uvedla v časovém limitu 6 věcí. Vyšetření porozumění a psaní: nedokázala provést vykonání příkazu, nedokázala napsat jednoduchou větu.

Na základě zjištěných informací a schopností sestavuje terapeut vybrané jednotlivé terapeuticko- formativní činnosti vhodné pro respondenty s DAT.

Přehled a frekvence terapeuticko-formativních činností, kterých se paní Jiřina zúčastnila po dobu výzkumu: Arteterapie: 1x týdně, Muzikoterapie: 3x týdně, Petterapie: 3x týdně, Kinezioterapie: 4x týdně, Canisterapie: 1x měsíčně, Taneční terapie: 1 x měsíčně.

Obrázek 12.4: Případová studie č.4 - Kvantifikace kognitivního postižení



Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.7: Případová studie č.4 paní Jiřina - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci

úloha číslo	pozornost a orientace			paměť			slovní produkce		jazyk							zrakové a prostorové schopnosti					ACE	CZ			
	1	2	3	4	5	6	18	7a	7b	8a	8b	9	10a	10b	10c	11	12	13	14a	14b	14c	15	16		
pretest	8	2	1	1	1	0	1	3	2	1	2	0	1	1	0	6	3	1	0	0	2	2	2	40	40
test A	7	2	1	0	2	0	1	3	3	1	3	0	2	1	0	6	4	1	1	0	2	2	3	45	45
test B	8	2	2	1	2	1	2	3	3	1	3	0	2	0	1	7	4	1	0	0	1	3	3	50	50
test C	7	3	2	1	3	2	1	4	3	1	3	1	1	1	1	9	4	1	1	0	2	1	4	56	56
test D	7	3	2	1	3	2	2	4	3	1	3	1	2	1	1	10	4	1	1	0	2	2	3	59	59

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.8: Případová studie č.4 paní Jiřina - Kvantifikace kognitivního postižení

SUBSKÓRE	pretest	test A	test B	test C	test D
pozornost a orientace /18 úloha č. 1, 2, 3	11	10	12	12	12
paměť /26 úloha č. 4, 5, 6, 18	3	3	6	7	8
slovní produkce /14 úloha č. 7a, 7b	5	6	6	7	7
jazyk /26 úloha č. 8a, 8b, 9, 10a-c, 11, 12, 13	15	18	19	22	24
zrakově - prostorové schopnosti /16 úloha č. 14a-c, 15, 16	6	8	7	8	8
celkové skóre ACE-CZ/100	40	45	50	56	59
celkové skóre MMSE /30 dle Folsteina	17	18	19	22	22

Zdroj: vlastní šetření

Závěrečné zhodnocení

Test „D“ proveden v únoru 2014, ACE-CZ, MMSE, Clock Test

1. Test ACE-CZ - 59/100 bodů, zlepšení o 19 bodů.
2. Test MMSE - 22 bodů, (lehký stupeň demence) zlepšení o 5 bodů.
3. Test hodin (Clock Test): zlepšení, dokázala namalovat obrys kruhu a správně rozmístila číslice, ručičku nesprávně umístila, nebyl zaznamenán čas.

Podle výsledků zaznamenaných v tabulce 12.7, 12.8 a vytvořeného grafu viz obrázek 12.4 lze konstatovat, že se po ročních pravidelných terapeuticko - formativních činnostech respondentka zlepšila ve všech položkách testu ACE-CZ. V testu (D) v únoru, konkrétně v úkolu č. 2, vybavila si všechna tři slova, v úkolu č. 3 se jí podařilo vypočítat 93 - 7. V úkolu č. 11 se zlepšila v pojmenování předmětů, v úkolu č. 14a překreslit překrývající se pětiúhelníky. Dále je vidět dle grafu viz obrázek 12.4., mírné zlepšení slovní produkce a paměť, jazyk i zrakově - prostorové schopnosti. Je zajímavé, že i když se respondentka zlepšila v jednotlivých kognitivních složkách, výkonnost a soběstačnost se zhoršila. Paní Jiřina se při terapeuticko - formativních činnostech a aktivitách projevovala spokojeně, projevovala pocit pohody, spokojenosti. Zlepšila se v koncentraci, byla schopna navazovat sociální kontakty, zlepšila se orientace v prostoru a čase. Zde jsme se přesvědčili, že při *Addenbrookském testu* získáme širší kognitivní profil respondenta. Prokázali jsme zlepšení, efektivitu roční aplikace speciálně pedagogických terapeuticko - formativních přístupů a metod aplikované u osob s DAT.

12.5 Případová studie č. 5

Žena (paní Milada) 73 let, vdova

Zdravotní anamnéza

Arteriální hypertenze, 2 porody, alergie jahody, diabetes mellitus 2. typu, hypothyeróza na substit., Cataractacorticonucl. bilat. praecip. 1. dx. nekuřák, alkohol příležitostně, bolesti neguje. V roce 2010 došlo k výraznému úbytku kognitivních funkcí, pacientka odeslána k vyšetření, provedeno CT, MR mozku - pravděpodobné neurodegenerativní onemocnění mozku, demence Alzheimerova typu s pozdním začátkem. Gerontopsychiatrické testy: MMSE - 17, ADL - závislý lehčího stupně, IADL - nesoběstačnost v aktivitách denního života. GDS - mírná deprese. Pacientka vedena v kognitivní poradně. Medikace Tanakan.

Osobní anamnéza

Respondentka narozená v roce 1940 se narodila a žila v Praze s manželem a dvěma dětmi, po smrti manžela se odstěhovala do rodinného domu k dceři do Ústí nad Labem. Je vdova, manžel Jan zemřel na karcinom tlustého střeva, paní Milada pečovala o manžela až do jeho smrti, zemřel doma. Po náročném období se respondentka zhroutila psychicky, byla vyšetřena a léčena pro depresi. Přestala zvládat činnosti spojené s chodem domácnosti a přestávala být soběstačná v aktivitách denního života. V roce 2010 byla diagnostikována demence Alzheimerova typu s pozdním začátkem. Dcera paní Milady si maminku vzala k sobě a pečovala o ni. V roce 2012 se stav paní Milady zhoršil a dcera předala péči o maminku našemu domovu. Respondentka je vysokoškolsky vzdělaná, pracovala jako konstruktér, práce byla i jejím koníčkem. Procestovala celou Evropu, zajímala se o dějiny a novodobou architekturu staveb. Vydala na toto téma dvě knižní publikace. Mluví plynule anglickým jazykem, dorozumí se německy a francouzsky. V našem domově tráví svůj čas nejvíce ve svém bytovém studiu, upřednostňuje individuální přístup před integrovanými programy. Je spíše samotářská.

Chování paní Milady je převážně stálé, nejsou projevy výrazné změny v chování. Je klidná, spíše uzavřená okolnímu světu. Nemá výraznou poruchu v komunikaci, myšlení

je chudé, pozornost je uspokojivá, mohla se účastnit všech terapeuticko - formativních činností.

Zvyky paní Milady:

Vstává ráno kolem 6 hodiny, hygienu provádí za dopomoci pečujících. Nejraději sedí ve svém křesle, poslouchá rádio. Měla období, kdy stále přemisťovala věci na pokoji sem a tam. Po obědě denně chodí do kavárničky na černou kávu a sladkou sušenku. Zde si povídá s ostatními. Chodí spát kolem 20 hodiny, přes den nespí, proto spí dobře v noci. Dcera paní Milady jí navštěvuje pravidelně dvakrát týdně, jednou za měsíc si maminku odveze domů na víkend. Ráda se zúčastňuje odborných přednášek na téma současnost a historie, které u nás v domově přednáší student pedagogické fakulty.

Pretest - vstupní vyšetření provedeno v březnu 2013

1. Test ACE-CZ - 28/100 bodů, (80 bodů a méně demence)
2. Test MMSE - 17/30 bodů, (středně těžká, pokročilá a rozvinutá demence)
3. Test hodin (Clock Test): nedokázala namalovat obrys kruhu, nebyl žádný náznak ciferníku s číslicemi. Chybí zakreslení hodin, perseverace opakování kruhu.

Popis pretestu

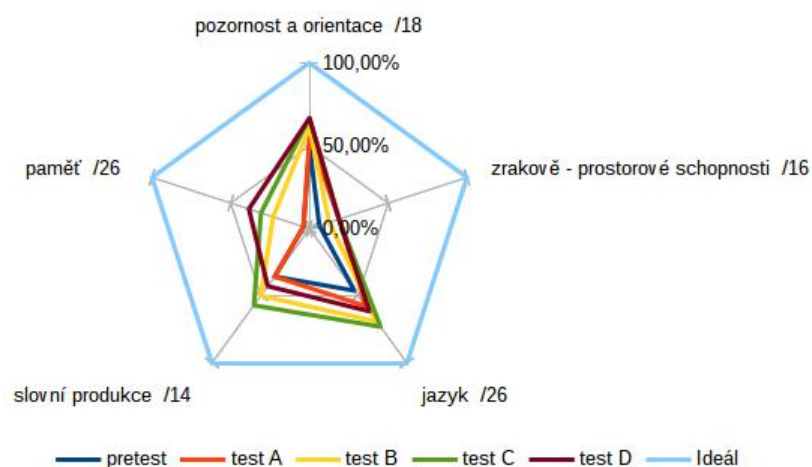
Test ACE-CZ a MMSE: jednoduchá zkouška časoprostorová - respondentka neví, kde se nachází (domov v Chabařovicích), neví, co je za den, rok, měsíc, ví jaké je roční období, neví, ve kterém jsme kraji, v jakém jsme poschodí. Sedmičkový test - je rychlý a krátký, avšak relativně náročný, spočívá v opakovaném odčítání čísla 7 od čísla 100, nedokáže odečíst 100 - 7, proto volíme druhou možnost, a tím je hláskování pozpátku slovo „pokrm“ po jednotlivých písmenech, což zvládla lépe. Vyšetření anterográdní paměti - vštěpování (učení), uchování a vybavení informace. Nedokázala při verbální informaci zopakovat tři slova (lopata, šátek, váza), je tedy jasné, že po 2 minutách nedokázala zopakovat ani jedno slovo, anterográdní paměť - dokázala zopakovat pouze jméno „Martin.“ Vyšetření retrográdní paměti - nedokáže říci jméno současného prezidenta, nevybavuje si ani prvního prezidenta polistopadové sametové revoluci, nezná odpovědi na otázky. Nevybavuje si datum narození svých dětí, nezná ani jejich současný věk. Dominuje porucha paměti,

vštipivosti, myšlení je inkonherentní, selhává v krátkodobé i dlouhodobé paměti, úsudek je výrazně změněn, má poruchu v orientaci časem a prostorem, osobou ne. Má výrazné poruchy mluveného i psaného slova. Vizuální informace - zrakově prostorové informace, úkolem je zkopírovat geometrické tvary a pak si je vybavit. Nedokázala překreslit podle předlohy překrývající se pětiúhelníky, v dalším úkolu ani krychli. Řečové schopnosti - při produkci slov respondentka dokázala pojmenovat předměty, které jí byly předloženy, dokázala opakovat po vyšetřujícím sousloví. Test slovní produkce: kategoriální produkce - jedná se o rychlé provedení v časovém limitu (1 minuta), vyjmenovat co nejvíce slov spadající do určité kategorie, v našem případě kategorie zvířat. Zde uvedla v časovém limitu 8 zvířat. Fonemická produkce - vyjmenování co nejvíce slov začínajících na jedno písmeno, zde uvedla v časovém limitu 7 věcí. Vyšetření porozumění a psaní: nedokázala provést vykonání příkazu, nedokázala napsat jednoduchou větu, řekla jí, ale nenapsala.

Na základě zjištěných informací a schopností sestavuje terapeut vybrané jednotlivé terapeuticko- formativní činnosti vhodné pro respondenty s DAT.

Přehled a frekvence terapeuticko-formativních činností, kterých se paní Milada zúčastnila po dobu výzkumu: Arteterapie: 1x týdně, Muzikoterapie: 3x týdně, Petterapie: 3x týdně, Kinezioterapie: 4x týdně, Canisterapie: 1x měsíčně, Taneční terapie: 1 x měsíčně.

Obrázek 12.5: Případová studie č.5 - Kvantifikace kognitivního postižení



Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.9: Případová studie č.5 paní Milada - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci

úloha číslo	pozornost a orientace			paměť			slovní produkce		jazyk									zrakově a prostorové schopnosti					ACE	CZ	
	1	2	3	4	5	6	18	7a	7b	8a	8b	9	10a	10b	10c	11	12	13	14a	14b	14c	15	16		
pretest	6	2	1	0	1	0	0	3	2	1	2	0	1	0	0	7	1	0	0	0	0	0	1	28	
test A	6	3	1	0	1	0	0	3	2	1	3	0	2	0	1	7	1	0	0	0	1	0	2	34	
test B	6	3	2	1	2	1	2	4	3	1	3	0	1	1	1	8	2	1	0	0	0	0	2	44	
test C	6	3	3	1	2	2	3	4	4	1	3	0	2	1	1	8	3	0	0	0	1	1	1	50	
test D	8	2	2	2	3	2	3	3	3	1	2	0	1	1	1	7	2	1	0	0	0	1	2	47	

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.10: Případová studie č.5 paní Milada - Kvantifikace kognitivního postižení

SUBSKÓRE	pretest	test A	test B	test C	test D
pozornost a orientace /18 úloha č. 1, 2, 3	9	10	11	12	12
paměť /26 úloha č. 4, 5, 6, 18	1	1	6	8	10
slovní produkce /14 úloha č. 7a, 7b	5	5	7	8	6
jazyk /26 úloha č. 8a, 8b, 9, 10a-c, 11, 12, 13	12	15	18	19	16
zrakově - prostorové schopnosti /16 úloha č. 14a-c, 15, 16	1	3	2	3	3
celkové skóre ACE-CZ/100	28	34	44	50	47
celkové skóre MMSE /30 dle Folsteina	17	16	19	20	20

Zdroj: vlastní šetření

Závěrečné zhodnocení

Test „D“ proveden v únoru 2014, ACE-CZ, MMSE, Clock Test

1. Test ACE-CZ - 47/100 bodů, **výrazné zlepšení o 19 bodů.**
2. Test MMSE - 20/30 bodů, (lehký stupeň demence) **zlepšení o 3 body.**
3. Test hodin (Clock Test): nedokázala namalovat ani obrys kruhu, chybí zakreslení hodin, ani vzdálená podobnost s hodinami.

Podle výsledků zaznamenaných v tabulce 12.9, 12.10 a vytvořeného grafu viz obrázky 12.5 lze konstatovat, že se po ročních pravidelných terapeuticko - formativních činnostech respondentka zlepšila v jednotlivých položkách testu ACE-CZ. V testu (D) v únoru se zlepšila konkrétně v úkolu č. 1 o dva body, neznala pouze, který je rok, a v jakém jsme kraji, oblasti. V úkolu č. 5 se zlepšila a dokázala opakovat z adresy celé jméno, město i ulici. V úkolu č. 8b dokázala správně provést všechny tři úkony. Prokázali jsme zlepšení, efektivitu roční aplikace speciálně pedagogických terapeuticko - formativních přístupů a metod aplikované u osob s DAT. Respondentka se zlepšila konkrétně ve výbavnosti, koncentraci, v porozumění a zlepšila se v orientaci v prostoru, čase. Zlepšení přikládám k pravidelné účasti při kinezioterapeutické jednotce, které se zúčastnila minimálně třikrát týdně, zde si vstúpila informace, které pravidelně všem uživatelům terapeut připomíná, a tím je datum, den v týdnu, kalendářní rok, roční období, kde se nacházíme. Stále má potíže s letopočtem, což není neobvyklé, letopočet z nového tisíciletí dělá všem problémy. Zde jsme se přesvědčili, že při Addenbrookském testu získáme širší kognitivní profil respondenta. Prokázali jsme zlepšení, efektivitu roční aplikace speciálně pedagogických terapeuticko - formativních přístupů a metod aplikované u osob s DAT. Podařilo se nám mírně zlepšit sebeobslužnost v denních činnostech. Ze všech činností měla nejraději kognitivní rehabilitaci, oblíbila si „sadu pro kognitivní trénink“, doplňování přísloví. Vždy uměla dát najevo radost z úspěchu.

12.6 Případová studie č. 6

Žena (paní Jaroslava) 69 let, vdaná

Zdravotní anamnéza

Lehká Ischemická choroba srdeční, fibrilace síní, arteriální hypertenze III. st. CMP, diabetes, alergie neguje, převážně kontinentní, unavená, jíst chutná, při vědomí, rozumí, s hypotonikem spí dobře. Kuřák, alkohol příležitostně, bolesti neguje. V roce 2011 došlo k výraznému úbytku kognitivních funkcí, pacientka odeslána k vyšetření, provedeno CT, MR mozku - lehká až středně těžká demence v.c.etiol./m. Alzheimer + vaskulární složka. Medikace Yasnal 0-010mg. Gerontopsychiatrické testy: MMSE - 20, ADL - závislý lehčího stupně, IADL - nesoběstačnost v aktivitách denního života. Medikace Yasnal 0-010mg.

Osobní anamnéza

Respondentka narozená v roce 1944 žila v Děčíně společně s manželem v bytové jednotce, kde vychovali dva syny. Manžel uvádí, že asi v před čtyřmi léty se začaly objevovat příznaky demence. Paní Jaroslava zapomínala čím dál více, kam si co položila a obviňovala své okolí. Vyvolávala časté hádky. Začala si stěžovat na poruchy krátkodobé paměti. Objevily se problémy s vyjadřováním, často opakovala jednu myšlenku, jakoby jí sdělovala poprvé (perseverace). Paní Jaroslava se odmítala podrobit lékařskému vyšetření, stále popírala, že není něco pořádku, svalovala vinu na druhé. Manžel Miroslav snášel opakované hádky, stálé přemísťování věcí z místa na místo, trpělivě uklízel občasné výměšky z květináčů, utíral moč z podlahy, ale i z misky na kompot. Vše vyústilo vytopením bytu a sousedních bytových jednotek, kdy paní Jaroslava napouštěla vodu do vany a zapomněla, že tak učinila. Pan Miroslav nám předal manželku do péče v listopadu v roce 2012. Respondentka má středoškolské vzdělání, naposledy pracovala jako referentka stavebního odboru městského úřadu. Ve svém volném čase se věnovala turistice, ráda cestovala po naší republice. Patřila mezi trempy, na cestách jí doprovázel manžel. Chování paní Jaroslavy je nestálé. Bývá vždy velmi rozrušena, pokud nemá návštěvu manžela. Každý den čeká u vchodových dveří, kdy manžel přijde. Manžel paní Jaroslavu

navštěvuje pravidelně, vždy ve stejnou dobu a ve stejné dny, uživatelka však i přes pravidelnost čeká každý den ve stejný čas. Doposud se nám nepodařilo zajistit, aby nečekala zbytečně, aby pro paní Jaroslavu každodenní stresující čekání nebylo frustrující. Respondentka má výraznou poruchu v komunikaci, myšlení je chudé, pozornost je uspokojivá, mohla se účastnit všech terapeuticko - formativních činností. Odmítala výlety a procházky mimo organizaci, protože by jí manžel nenašel. Ze všech činností měla nejraději kontakt se zvířaty, muzikoterapii a reminiscenční terapii.

Zvyky paní Jaroslavy:

Vstává ráno kolem 5 hodiny, hygienu provádí za dopomoci pečujících. Je aktivnější, stále uklízí, nejoblíbenější činností je pracovní ergoterapie, při které pomáhá kompletovat vyprané ponožky všem uživatelům. Musí mít stále nějakou činnost, pak udrží pozornost. Po obědě chodí do kavárničky na kávu a sušenku. Kolem 14:00hodin pravidelně z kavárny odchází ke vchodovým dveřím domova, kde čeká na svého manžela, někdy i hodinu. Denně se stará společně s pečujícími o drobné zvířectvo, v rámci petterapie chováme králíka, křečka, činčilu a morče. V letním období se na trávě v atriu domova chovají koroptvičky. Chodí spát kolem 21 hodiny, přes den nespí, proto spí dobře v noci.

Pretest - vstupní vyšetření provedeno v březnu 2013

1. Test ACE-CZ - 53/100 bodů, (80 bodů a méně demence)
2. Test MMSE - 19/30 bodů, (lehký stupeň demence)
3. Test hodin (Clock Test): dokázala namalovat kruh, číslice v kruhu rozmístěné dobře, jedna ručička umístěná správně. Střední stupeň prostorové dezorientace.

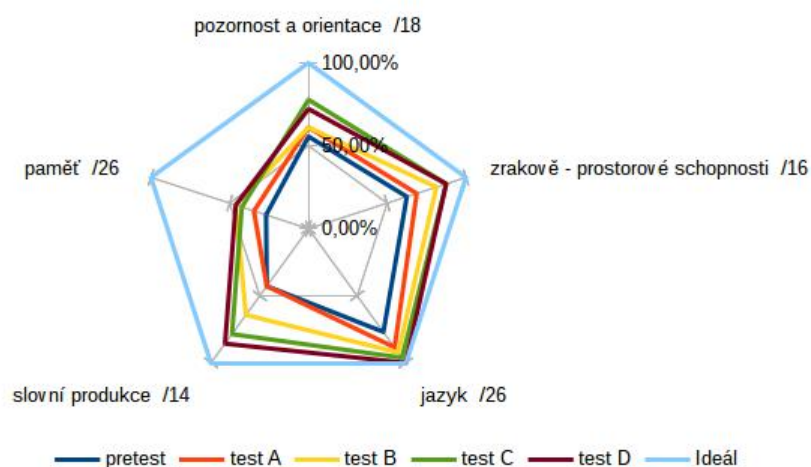
Popis pretestu:

Test ACE-CZ a MMSE: jednoduchá zkouška časoprostorová - respondentka neví, kde se nachází (domov v Chabařovicích), neví, co je za den, rok, měsíc, ví jaké je roční období, neví, ve kterém jsme kraji. Sedmičkový test - je rychlý a krátký, avšak relativně náročný, spočívá v opakovaném odčítání čísla 7 od čísla 100, odečetla 93 - 7, dále chybně. Vyšetření anterográdní paměti - vštěpování (učení), uchování a vybavení informace. Dokázala

při verbální informaci zopakovat tři slova (lopata, šátek, váza), ale po 2 minutách dokázala zopakovat jen jednu, anterográdní paměť - dokázala zopakovat celé jméno. Vyšetření retrográdní paměti - dokázala říci jméno současného prezidenta, vybavuje si prvního prezidenta polistopadové sametové revoluci. Vizuální informace - zrakově prostorové informace, úkolem je zkopírovat geometrické tvary a pak si je vybavit. Nedokázala překreslit podle předlohy překrývající se pětiúhelníky, ani krychli. Řečové schopnosti - při produkci slov respondentka dokázala pojmenovat předměty, které jí byly předloženy, dokázala opakovat po vyšetřujícím sousloví. Test slovní produkce: kategoriální produkce - jedná se o rychlé provedení v časovém limitu (1 minuta), vyjmenovat co nejvíce slov spadající do určité kategorie, v našem případě kategorie zvířat. Zde uvedla v časovém limitu 10 zvířat. Fonemická produkce - vyjmenování co nejvíce slov začínajících na jedno písmeno, zde uvedla v časovém limitu 7 věcí. Vyšetření porozumění a psaní: dokázala provést vykonání příkazu, dokázala napsat jednoduchou větu. Dominuje porucha vštípivosti, selhává v krátkodobé paměti, úsudek je bez výrazných změn, má zpomalené myšlení, pomalou řeč, s dlouhými pauzami, občas konfabuluje. Na základě zjištěných informací a schopností sestavuje terapeut vybrané jednotlivé terapeuticko- formativní činnosti vhodné pro respondenty s DAT.

Přehled a frekvence terapeuticko-formativních činností, kterých se paní Jaroslava zúčastnila po dobu výzkumu: Arteterapie: 2x týdně, Muzikoterapie: 3x týdně, Petterapie: 3x týdně, Kinezioterapie: 4x týdně, Canisterapie: 1x měsíčně, Taneční terapie: 1 x měsíčně.

Obrázek 12.6: Případová studie č.6 - Kvantifikace kognitivního postižení



Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.11: Případová studie č.6 paní Jaroslava - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci

úloha číslo	pozornost a orientace			paměť			slovní produkce		jazyk							zrakové a prostorové schopnosti				ACE	CZ				
	1	2	3	4	5	6	18	7a	7b	8a	8b	9	10a	10b	10c	11	12	13	14a	14b	14c	15	16		
pretest	5	3	2	1	2	2	2	3	3	1	3	1	1	1	1	9	2	1	0	0	3	3	4	53	
test A	6	3	2	2	2	2	3	3	3	1	3	1	2	1	1	10	3	1	0	1	3	3	4	60	
test B	6	3	2	2	3	3	4	4	5	1	3	1	2	1	1	11	3	1	1	1	4	3	4	69	
test C	7	4	3	2	3	3	3	5	6	1	3	1	1	1	1	12	4	1	1	0	5	4	4	75	
test D	7	3	3	2	3	3	4	6	6	1	3	1	2	1	1	12	4	1	1	1	5	3	4	77	

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.12: Případová studie č.6 paní Jaroslava - Kvantifikace kognitivního postižení

SUBSKÓRE	pretest	test A	test B	test C	test D
pozornost a orientace /18 úloha č. 1, 2, 3	10	11	11	14	13
paměť /26 úloha č. 4, 5, 6, 18	7	9	12	11	12
slovní produkce /14 úloha č. 7a, 7b	6	6	9	11	12
jazyk /26 úloha č. 8a, 8b, 9, 10a-c, 11, 12, 13	20	23	24	25	26
zrakově - prostorové schopnosti /16 úloha č. 14a-c, 15, 16	10	11	13	14	14
celkové skóre ACE-CZ/100	53	60	69	75	77
celkové skóre MMSE /30 dle Folsteina	19	21	22	25	24

Zdroj: vlastní šetření

Závěrečné zhodnocení

Test „D“ proveden v únoru 2014, ACE-CZ, MMSE, Clock Test

1. Test ACE-CZ - 77/100 bodů, **výrazné zlepšení o 24 bodů.**
2. Test MMSE - 24/30 bodů, (lehký stupeň demence) **výrazné zlepšení o 5 bodů.**
3. Test hodin (Clock Test) : zlepšila se, bezchybné provedení, číslice 1-12 ve správném pořadí i místě, obě ručičky ve správné poloze pro určený čas.

Podle výsledků zaznamenaných v tabulce 12.11, 12.12., a vytvořeného grafu viz obrázek 12.6 lze konstatovat, že se po ročních pravidelných terapeuticko-formativních činnostech respondentka zlepšila v jednotlivých položkách testu ACE-CZ. Prokázali jsme zlepšení, efektivitu roční aplikace speciálně pedagogických terapeuticko - formativních přístupů a metod aplikované u osob s DAT. V testu (D) v únoru se zlepšila konkrétně v úkolu č. 1 o dva body, v úkolu č. 5, 6 o jeden bod, v úkolu č. 7 se výrazně zlepšila, v testu slovní produkce: kategoriální produkce vyjmenovala během 1 minuty slova spadající do určité kategorie, v našem případě vyjmenovala 17 zvířat. Fonemická produkce - vyjmenování co nejvíce slov začínajících na jedno písmeno, zde uvedla v časovém limitu 14 věcí. V úkolu č. 8b dokázala na konci výzkumu správně provést všechny tři úkony. V úkolu č. 11 se zlepšila v pojmenování předmětů, pojmenovala všechny správně. Respondentka se zlepšila konkrétně ve výbavnosti, koncentraci, logickému uvažování porozumění a zlepšila se krátkodobá vizuální paměť. Celkově se zlepšila po stránce psychické, zvýšila si sebevědomí, zapojovala se postupně do všech aktivit, již neměla obavy. Během roku se nám podařilo vyřešit problém s denním čekáním užívatelky na svého manžela u vchodu do domova. V době, kdy odcházela čekat, jsme pro ni připravili terapeutický program, kdy jsme natolik odvedli užívatelky pozornost, že se po aktivitě vrátila k sobě na pokoj a neměla již potřebu jít čekat na manžela. Největší radost má právě manžel respondentky, uvažuje o návratu paní Jaroslavy domů. Již z testů je vidno, že se paní výrazně zlepšila ve všech složkách kognice, změnu vidí i celý personál domova a hlavně manžel. Zde jsme se přesvědčili, že při Addenbrookském testu získáme širší kognitivní profil respondenta.

12.7 Případová studie č. 7

Žena (paní Vladěna) 65 let, vdaná

Zdravotní anamnéza

Pacientka přichází v doprovodu manžela, bolesti neguje, udává potíže s myšlením, stále něco ztrácí, motá se jí hlava, má špatnou náladu. Alergie na ATB - penicilin, chronicky bolest hlavy, neví datum, město, poruchy spánku neguje, má chuť k jídlu, neví, odkud přijela, kde je, řekne správně měsíc a rok neví, trápí jí ledacos, třeba neví, kde jsou děti, ale jinak je to dobrý, s hypnotikem spí dobře. Kuřák, alkohol příležitostně, bolesti neguje. V roce 2009 pacientka vyšetřena pro poruchy v paměti, dezorientaci v čase a pro výrazné poruchy emočních nálad. Přichází za doprovodu manžela, chce se léčit. Astma bronchiale perzistující, arteriální hypertenze, stav po operaci hernie disku L5/ S1 2003. V roce 2011 provedeno vyšetření, na základě výrazného úbytku kognitivních funkcí, CT, MR mozku - Lehká až středně těžká demence, m. Alzheimer s časným začátkem. Gerontopsychiatrické testy: MMSE - 16, ADL - závislý lehčího stupně, IADL - částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života.

Osobní anamnéza

Respondentka narozená v roce 1948 dosud žila ve vesničce u Ústí nad Labem. Společně s manželem vychovali tři děti. Dosud paní Vladěna bydlela v rodinném domě, péči zajišťoval manžel společně s dcerou, která s nimi žije ve společné domácnosti. Manžel respondentky (pan Jiří) vzdal 24 hodinovou péči o manželku, a požádal společně s ní o umístění v našem domově. V říjnu roku 2012 byla paní Věra přijata na dvoupokojové bytové studio. Pokoj byl vybaven vlastním nábytkem a věcmi, které jsou respondentce velmi blízké. Manžel uvádí, že u paní Vladěny jsou typické projevy Alzheimerovi choroby, že zná průběh nemoci. Paní Vladěna chodila pravidelně do kognitivní poradny. Pan Jiří vypráví o manželce s velkou láskou. Uvádí, že manželka je klidná, skromná, nekonfliktní, milá, i přes zákeřnou nemoc se podřizuje všem pokynům. Již není v jeho silách dohlížet nepřetržitě na manželku, je vyčerpaný. Respondentka má základní vzdělání, naposledy pracovala jako dělnice v zemědělství. Ve svém volném čase se věnovala domác-

nosti, mají větší hospodářství. Dvě prasata, třicet králíků (chov na prodej), dcera má na statku ustájené čtyři koně. Paní Vladěna pomáhala s pracemi na statku. Ráda vařila, zavařovala, pekla výborné moučníky a dorty, pekla na zakázku pro svatební hostiny.

Chování paní Vladěny je stálé. Je klidná, usměvavá, má radost z každého kontaktu, nejvíce však z návštěvy manžela. Pan Jiří chodí pravidelně každý třetí den na návštěvu, společně se procházejí, dokáží spolu komunikovat. Každou první a poslední neděli v měsíci si pan Jiří veze manželku domu na statek. Je zajímavé, že po návratu nedochází k výrazné dezorientaci místa. Proto jsou návštěvy v domácím prostředí zatím přínosem pro respondentku. Respondentka má chudý projev mluvené řeči, má sníženou pozornost, výraznou poruchu výbavnosti a všípivosti a krátkodobé paměti. Nejúčinnější terapií je petterapie a canisterapie. Dokáže se zvířaty lépe komunikovat než s pečujícími.

Zvyky paní Vladěny:

Vstává brzo ráno kolem 4 hodiny, což pečující již vědí, proto jí zaměstnávají v brzkých ranních hodinách (např. namotávání vlny, skládání hadrů, plnění polštářků plstí). Hygienu provádí za dopomoci pečujících. Je spokojená na ranní kinezioterapeutické jednotce, kde si zacvičí, zároveň i zazpívá. Je zručná, ráda hraje sportovní hry, ve kterých je úspěšná. Denně se stará společně s pečujícími o drobná zvířata. Po obědě je zvyklá odpočívat na lůžku, večer usíná kolem 22 hodiny.

Pretest - vstupní vyšetření provedeno v březnu 2013

1. Test ACE-CZ - 52/100 bodů, (80 bodů a méně demence)
2. Test MMSE - 17/30 bodů, (středně pokročilá a rozvinutá demence)
3. Test hodin (Clock Test): bezchybné provedení, číslice 1-12 ve správném pořadí i místě, obě ručičky ve správné poloze pro určený čas

Popis pretestu

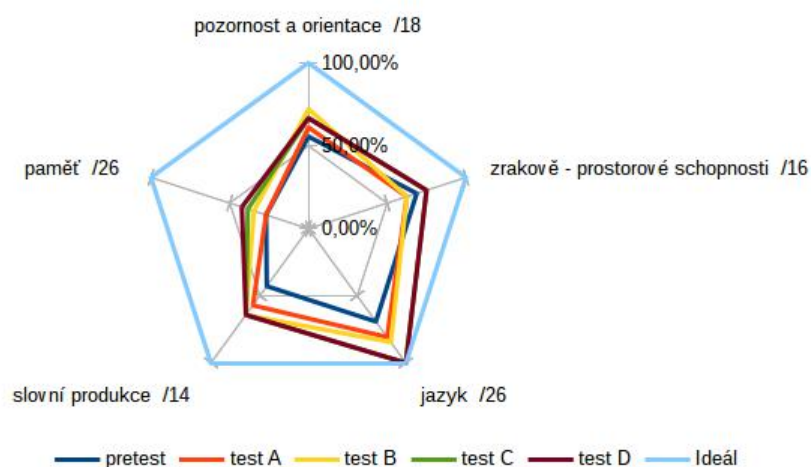
Test ACE-CZ a MMSE: jednoduchá zkouška časoprostorová - respondentka ví, kde se nachází (domov v Chabařovicích), ví, co je za den, neví rok, měsíc, ví jaké je roční období, neví, ve kterém jsme kraji. Sedmičkový test - je rychlý a krátký, avšak relativně náročný, spočívá v opakovaném odčítání čísla 7 od čísla 100, nedokáže odečíst 100 - 7,

proto volíme druhou možnost, a tím je hláskování pozpátku slovo „pokrm“ po jednotlivých písmenech, což také nezvládla. Vyšetření anterográdní paměti - vštěpování (učení), uchování a vybavení informace. Dokázala při verbální informaci zopakovat tři slova (lopata, šátek, váza), ale po 2 minutách dokázala zopakovat pouze dvě vybavená slova, anterográdní paměť - dokázala zopakovat celé jméno. Vyšetření retrográdní paměti - nedokáže říci jméno současného prezidenta, nevybavuje si ani prvního prezidenta polistopadové sametové revoluci, neví žádné jméno, řekla „Dubček“. Vizuální informace - zřakově prostorové informace, úkolem je zkopírovat geometrické tvary a pak si je vybavit. Dokázala naznačit překreslení podle předlohy překrývající se pětiúhelníky, ale chybně, krychli také nezvládla. Řečové schopnosti - při produkci slov respondentka dokázala pojmenovat předměty, které jí byly předloženy, dokázala opakovat po vyšetřujícím sousloví. Test slovní produkce: kategoriální produkce - jedná se o rychlé provedení v časovém limitu (1 minuta), vyjmenovat co nejvíce slov spadající do určité kategorie, v našem případě kategorie zvířat. Zde uvedla v časovém limitu 9 zvířat. Fonemická produkce - vyjmenování co nejvíce slov začínajících na jedno písmeno, zde uvedla v časovém limitu 7 věcí. Vyšetření porozumění a psaní: dokázala provést vykonání příkazu, nedokázala napsat jednoduchou větu.

Na základě zjištěných informací a schopností sestavuje terapeut vybrané jednotlivé terapeuticko- formativní činnosti vhodné pro respondenty s DAT.

Přehled a frekvence terapeuticko-formativních činností, kterých se paní Vladěna zúčastnila po dobu výzkumu: Arteterapie: 2x týdně, Muzikoterapie: 2x týdně, Petterapie: 3x týdně, Kinezioterapie: 4x týdně, Canisterapie: 1x měsíčně, Taneční terapie: 1 x měsíčně.

Obrázek 12.7: Případová studie č.7 - Kvantifikace kognitivního postižení



Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.13: Případová studie č.7 paní Vladěna - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci

úloha číslo	pozornost a orientace			paměť			slovní produkce		jazyk							zrakové a prostorové schopnosti				ACE	CZ				
	1	2	3	4	5	6	18	7a	7b	8a	8b	9	10a	10b	10c	11	12	13	14a	14b	14c	15	16		
pretest	7	2	1	2	2	2	1	3	3	1	2	0	2	1	1	7	3	1	0	0	5	2	4	52	57
test A	6	3	2	2	2	2	1	4	4	1	3	1	2	1	1	8	3	1	0	0	5	2	3	63	69
test B	8	3	2	2	3	2	2	4	5	1	3	1	2	1	1	8	4	1	1	0	4	1	4	70	70
test C	8	2	2	2	4	3	1	4	5	1	3	1	2	1	1	12	4	1	1	0	5	2	4	70	70
test D	8	2	2	2	4	3	2	4	5	1	3	1	2	1	1	12	4	1	1	0	5	2	4	70	70

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.14: Případová studie č.7 paní Vladěna - Kvantifikace kognitivního postižení

SUBSKÓRE	pretest	test A	test B	test C	test D
pozornost a orientace /18 úloha č. 1, 2, 3	10	11	13	12	12
paměť /26 úloha č. 4, 5, 6, 18	7	7	9	10	11
slovní produkce /14 úloha č. 7a, 7b	6	8	9	9	9
jazyk /26 úloha č. 8a, 8b, 9, 10a-c, 11, 12, 13	18	21	22	26	26
zrakově - prostorové schopnosti /16 úloha č. 14a-c, 15, 16	11	10	10	12	12
celkové skóre ACE-CZ/100	52	57	63	69	70
celkové skóre MMSE /30 dle Folsteina	17	19	22	22	23

Zdroj: vlastní šetření

Závěrečné zhodnocení

Test „D“ proveden v únoru 2014, ACE-CZ, MMSE, Clock Test

1. Test ACE-CZ - 70 /100 bodů, **výrazné zlepšení o 18 bodů.**
2. Test MMSE - 23/30 bodů, (lehký stupeň demence) **zlepšení o 6 bodů.**
3. Test hodin (Clock Test): bezchybné provedení, dokázala namalovat hodiny bezchybně, kruh, číslice v kruhu rozmístěné dobře, obě ručičky umístěné správně.

Podle výsledků zaznamenaných v tabulce 12.13, 12.14 a vytvořeného grafu viz obrázek 12.7 lze konstatovat, že se po ročních pravidelných terapeuticko - formativních činnostech respondentka zlepšila v jednotlivých položkách testu ACE-CZ. Prokázali jsme zlepšení, efektivitu roční aplikace speciálně pedagogických terapeuticko - formativních přístupů a metod aplikované u osob s DAT. V testu (D) v únoru se zlepšila konkrétně v úkolu č. 3, 7a o jeden bod, 7b, o dva body. V úkolu č. 11 o pět bodů. Výrazně se zlepšila ve slovní produkci, vyjmenovala 15 zvířat a 13 věcí začínající na jedno písmeno. Respondentka se zlepšila konkrétně ve výbavnosti, koncentraci, porozumění, zlepšila se komunikace a vizuální paměť. Terapeuticko - formativní činnosti ovlivnily pozitivně složku psychickou i fyzickou. Manžel respondentky zvýšil frekvenci návštěv domova, je nadšený, jak se zlepšila, ale o návratu domů neuvažuje. Paní Vladěna si zvykla na chod domova, na pravidelnost jednotlivých terapií. Domů s manželem odjela vždy ráda, ale při návratu již vítala zaměstnance a své spolubydlící s nadšením, že je opět „doma“. Zde jsme se opět přesvědčili, že při Addenbrooském testu získáme širší kognitivní profil respondentky, zároveň se zlepšení v jednotlivých kognitivních složkách promítlo i v chování respondentky.

12.8 Případová studie č. 8

Žena (paní Lisolety) 70 let, svobodná

Zdravotní anamnéza

Pacientka přichází v doprovodu sociální pracovníce z pečovatelské služby. Sociální pracovníce udává, že paní L. žije sama v bytě, nemá nikoho, kdo by zajistil péči a pomoc při zajištění chodu domácnosti, není schopna vyřizovat si úřední záležitosti, přestala být soběstačná v denních i instrumentálních činnostech. Prostřednictvím pečovatelské služby byly dosud zajišťovány základní potřeby. V posledních měsících se výrazně změnilo chování a jednání, zapomíná, nepamatuje si, ztrácí se, opakovaně volána policie. Subjektivně: neví kde je, nezná datum, den, město kde žije, neví rok. Nepamatuje si den svého narození. Bolesti neguje, má špatnou náladu, neudrží pozornost, stále je v pohybu, má chuť k jídlu, nekuřák. V roce 2012 provedeno vyšetření, na základě výrazného úbytku kognitivních funkcí, CT, MR mozku - lehká, počáteční demence, m. Alzheimer s pozdním začátkem. Gerontopsychiatrické testy: MMSE - 16, ADL - vysoce závislý v běžných denních aktivitách, IADL - nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života. Městnané selhání srdce v říjnu 2011, nyní oběhově komp. Alergie na penicilin v osobní anamnéze. Esenciální (primární) hypertenze. Medikace - Donepizil.

Osobní anamnéza

Respondentka narozená v roce 1943, dosud žila v bytě panelového domu v Malečově (cca 10km od města Ústí nad Labem). Nebyla vdaná, nemá děti, příbuzné v zahraničí, snad bratr, nevíme, zda žije, není kontakt. Uvádí, že pracovala jako dělnice, již si nevzpomíná kde konkrétně a jak dlouho. Podle výše důchodu nemá odpracované požadované roky pojištění. V našem domově umístěna v listopadu roku 2012.

Chování paní Lisolety při nástupu do domova bylo velmi nestálé. Byly zřejmé výrazné poruchy emočních nálad, byla neklidná, dezorientovaná, občas i agresivní. Postupem času, v dubnu roku 2013 došlo k adaptabilitě na nové prostředí, s tím spojené zlepšení v chování, pozornosti, hyperaktivity. Začala dodržovat denní rytmus, který má domov nastaven.

Zvyky paní Lisoleté:

Vstává ráno kolem 7 hodiny, většinou při příchodu pečujících. Hygienu provádí jen za pomoci pečujících. Snídá společně s ostatními uživateli na jídelně, jí lžící sama. Má nastavený pravidelný denní režim, který respondentce vyhovuje. V dopoledních hodinách je aktivní při integrované skupinové terapii - kinezioterapii. Koupe se ráda ve vaně, má ráda kontakt s přírodou, procházky, zvířata, posezení v kavárničce, je zvyklá dát si třikrát denně kávu po jídle, k jídlu sní všechno, chutná jí. Je plně inkontinentní. Není zvyklá po obědě odpočívat na lůžku, proto je unavená, chodí spát kolem 21 hodiny.

Pretest - vstupní vyšetření provedeno v březnu 2013

1. Test ACE-CZ - 39/100 bodů, (80 bodů a méně demence)
2. Test MMSE - 17/30 bodů, (středně těžká, pokročilá a rozvinutá demence)
3. Test hodin (Clock Test): nedokázala zakreslit číslice, ani náznak ciferníku, pouze kruh.

Popis pretestu

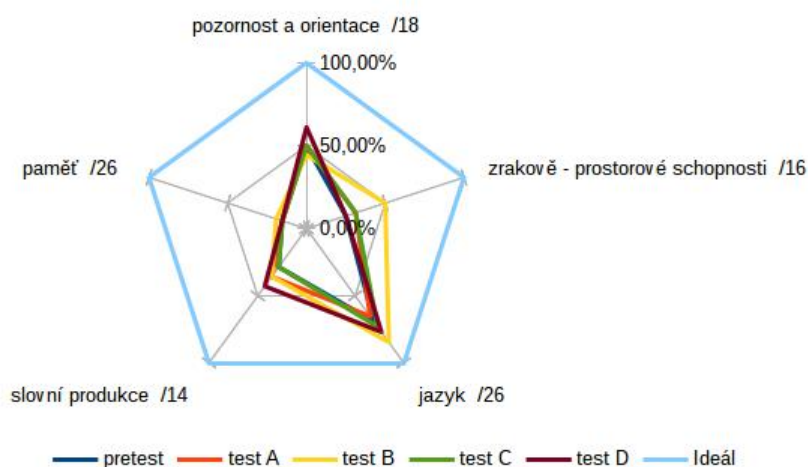
Test ACE-CZ a MMSE: jednoduchá zkouška časoprostorová - respondentka ví, kde se nachází (domov v Chabařovicích), neví, co je za den, rok, měsíc, neví jaké je roční období, neví, ve kterém jsme kraji, neumí říci, v jakém žije státě.

Sedmičkový test - je rychlý a krátký, avšak relativně náročný, spočívá v opakovaném odčítání čísla 7 od čísla 100, nedokáže odečíst 100 - 7, proto volíme druhou možnost, a tím je hláskování pozpátku slovo „pokrm“ po jednotlivých písmenech, což také nezvládla. Vyšetření anterográdní paměti - vštěpování (učení), uchování a vybavení informace. Dokázala při verbální informaci zopakovat tři slova (lopata, šátek, váza), ale po 2 minutách nedokázala zopakovat (vybavit si) ani jednu, anterográdní paměť - dokázala zopakovat celé jméno. Vyšetření retrográdní paměti - nesprávně řekla jméno současného prezidenta, nevybavuje si ani prvního prezidenta polistopadové sametové revoluci, nevybavuje si žádnou z otázek. Dominuje porucha všípivosti, koncentrace, mluvené i psané slovo, zpomalené myšlení, zhoršená artikulace, amnestická afázie, selhává v krátkodobé

paměti. Vizuální informace - zrakově prostorové informace, úkolem je zkopírovat geometrické tvary a pak si je vybavit. Nedokázala překreslit podle předlohy překrývající se pětiúhelníky, ani krychli. Řečové schopnosti - při produkci slov respondentka nedokázala pojmenovat předměty, které jí byly předloženy, dokázala opakovat po vyšetřujícím sousloví. Test slovní produkce: kategoriální produkce - jedná se o rychlé provedení (1 minuta), vyjmenovat co nejvíce slov spadající do určité kategorie, v našem případě kategorie zvířat. Zde uvedla v časovém limitu 7 zvířat. Fonemická produkce - vyjmenování co nejvíce slov začínajících na jedno písmeno, zde uvedla v časovém limitu 4 věci. Vyšetření porozumění a psaní: dokázala provést vykonání příkazu, nedokázala napsat jednoduchou větu. Na základě zjištěných informací a schopností sestavuje terapeut vybrané jednotlivé terapeuticko-formativní činnosti vhodné pro respondenty s DAT.

Přehled a frekvence terapeuticko-formativních činností, kterých se paní Lisoletová zúčastnila po dobu výzkumu: Arteterapie: 2x týdně, Muzikoterapie: 3x týdně, Petterapie: 4x týdně, Kinezioterapie: 5x týdně, Canisterapie: 1x měsíčně, Taneční terapie: 1 x měsíčně.

Obrázek 12.8: Případová studie č.8 - Kvantifikace kognitivního postižení



Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.15: Případová studie č.8 paní Lisoleté - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci

úloha číslo	pozornost a orientace			paměť				slovní produkce		jazyk								zrakové a prostorové schopnosti				ACE	CZ		
	1	2	3	4	5	6	18	7a	7b	8a	8b	9	10a	10b	10c	11	12	13	14a	14b	14c	15	16		
pretest	6	2	1	1	2	0	1	2	2	1	3	1	2	1	1	6	1	2	0	0	1	1	2	39	
test A	6	2	1	1	2	0	1	2	3	1	3	0	2	1	1	6	1	2	0	0	1	2	2	40	
test B	5	2	1	1	3	0	1	2	3	1	3	1	3	1	1	7	2	3	1	0	2	2	3	48	
test C	6	3	0	1	2	0	1	2	2	1	3	1	2	1	1	6	1	3	0	0	1	1	3	41	
test D	8	2	1	1	2	0	1	3	3	1	3	1	2	1	1	7	2	2	0	0	1	1	2	45	

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.16: Případová studie č.8 paní Lisoleté - Kvantifikace kognitivního postižení

SUBSKÓRE	pretest	test A	test B	test C	test D
pozornost a orientace /18 úloha č. 1, 2, 3	9	9	8	9	11
paměť /26 úloha č. 4, 5, 6, 18	4	4	5	4	4
slovní produkce /14 úloha č. 7a, 7b	4	5	5	4	6
jazyk /26 úloha č. 8a, 8b, 9, 10a-c, 11, 12, 13	18	17	22	19	20
zrakově - prostorové schopnosti /16 úloha č. 14a-c, 15, 16	4	5	8	5	4
celkové skóre ACE-CZ/100	39	40	48	41	45
celkové skóre MMSE /30 dle Folsteina	17	17	18	18	20

Zdroj: vlastní šetření

Závěrečné zhodnocení

Test „D“ proveden v únoru 2014, ACE-CZ, MMSE, Clock Test

1. Test ACE-CZ - 45/100 bodů, **zlepšení o 6 bodů.**
2. Test MMSE - 20/30 bodů, (lehký stupeň demence), **zlepšení o 3 body.**
3. Test hodin (Clock Test): beze změny, chybné zakreslení, nedokázala zakreslit číslice, ani náznak ciferníku, pouze kruh.

Podle výsledků zaznamenaných v tabulce č. 12.15, 12.16 a grafu viz obrázek 12.8 můžeme jasně vidět průběh celého roku, kdy oproti testování v březnu 2013 (test A) došlo v únoru 2014 (test D) ke změně k lepšímu. Na počátku měla paní L 39 bodů, po roce dosáhla 45 bodů, což se dá označit za zlepšení kognitivních funkcí. V úkolu č. 7a a7b ACE-CZ se zlepšila ve verbální fluenci, a to v počtu vyjmenovaných slov spadající do určité kategorie, v našem případě kategorie zvířat. Zde se zlepšila a uvedla v časovém limitu 9 zvířat. Fonemická produkce - vyjmenování co nejvíce slov začínajících na jedno písmeno, zde uvedla v časovém limitu 6 věcí. Zde jsme se přesvědčili, že při Addenbrookském testu získáme i širší kognitivní profil respondenta a můžeme se zaměřit podrobně na trénování, či rehabilitaci postižených kognitivních funkcí. (pozn. Test nám poskytuje samostatné pod skóre pro každou kognitivní funkci, více je prověřovaná paměť a zrakově - prostorová funkce a navíc obsahuje vyšetřování exekutivních schopností). Dále se nám podařilo na základě speciálně pedagogických intervencí zmírnit nežádoucí chování respondentky, ovlivnění behaviorálních psychologických příznaků, jako je neklid, úzkost, bloudění.

12.9 Případová studie č. 9

Žena (paní Milena) 70 let, vdova

Zdravotní anamnéza

Diabetes mellitus II. typu. Na inzulinu, renální insuf. při diabetnefropatii, hypertenzní choroba II. st. ISCH, st. p. IM v roce 2004. Šedý zákal v obou očích, operace katarakty na levém oku. Normocytární anémie. Nekuřák, alkohol příležitostně, bolesti neguje. V roce 2010 došlo k výraznému úbytku kognitivních funkcí, pacientka odeslána k vyšetření, provedeno CT, MR mozku - pravděpodobné neurodegenerativní onemocnění mozku, demence Alzheimerova typu s pozdním začátkem. Gerontopsychiatrické testy: MMSE - 18, ADL - závislý lehčího stupně, IADL - nesoběstačnost v aktivitách denního života. GDS - mírná deprese. Pacientka vedena v kognitivní poradně. Medikace Yasnal.

Osobní anamnéza

Respondentka se narodila v roce 1943, žila v Březí u Ústí nad Labem s manželem a třemi dětmi. Po smrti manžela, nechtěla jít bydlet k žádnému s dětmi, proto se odstěhovala do obecního bytu ve Velkém Březně, který nabízí možnost využívat pečovatelské služby svým občanům. V roce 2010 začala mít výrazné poruchy v paměti, orientaci v čase i prostoru. Přestala pečovat o svou osobu, byla zanedbaná, nevykoupaná, nevhodně oblečená. Dcera Ilona, začala nepříznivou situaci řešit jak po stránce zdravotní, tak sociální. V roce 2012 byla paní Milena na žádost dcery přijata do našeho domova, již pod kontrolou psychiatra. V roce 2010 byla diagnostikována pravděpodobná demence Alzheimerova typu s pozdním začátkem. Dle informací od dcery Ilony, je maminka vyučena prodavačkou smíšeného zboží, tuto profesi vykonávala celý svůj život. Jejím koníčkem byly ruční práce a šití, péče o domácnost, vaření, pečení. V našem domově tráví svůj čas nejvíce ve svém bytovém studiu, upřednostňuje individuální přístup před integrovanými programy. Je spíše samotářská.

Chování paní Mileny je převážně stálé, nejsou projevy výrazné změny v chování. Je klidná, spíše uzavřená okolnímu světu. Má výraznou poruchu v komunikaci, myšlení je chudé, pozornost odpovídá stádiu nemoci. Účastní se všech nabízených programových

aktivit a terapií, které domov nabízí.

Ze všech činností má nejraději prvky muzikoterapie, arteterapie, má radost z každého povedeného výrobku. Personálu se nepodařilo dostatečně jí motivovat ke kognitivní terapii. Jezdí jedenkrát do měsíce k dceři, návštěvy jí prospívají, zatím nemá známky dezorientace po návratu.

Zvyky paní Mileny:

Vstává ráno kolem 7 hodiny, hygienu provádí za dopomoci pečujících. Nejraději sedává ve svém křesle, sleduje pořad v televizi. Nemá ráda hluk, hned znervózní a je neklidná. Často přemístuje věci na pokoji sem a tam. Ráda se koupe ve vaně, libuje si v koupeli. Pravidelně chodí ke kadeřnici, která dochází do domova jednou za 14 dní, dbá na svůj zevnějšek. Po obědě je zvyklá odpočívat na lůžku, a poté je doprovázena do kavárničky na její oblíbenou černou kávu se sušenkou. Chodí spát kolem 22 hodiny. V noci spí dobře, není neklidná.

Pretest - vstupní vyšetření provedeno v březnu 2013

1. Test ACE-CZ - 40/100 bodů, (80 bodů a méně demence)
2. Test MMSE - 16/30 bodů, (středně těžká, pokročilá a rozvinutá demence)
3. Test hodin (Clock Test): dokázala pouze namalovat obrys kruhu, perseverace, opakování kruhu, nebyl žádný náznak ciferníku s číslicemi.

Popis pretestu

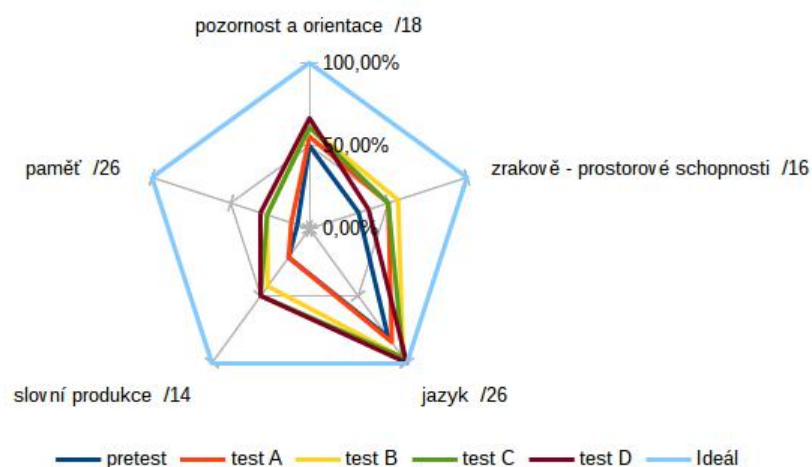
Test ACE-CZ a MMSE: jednoduchá zkouška časoprostorová - respondentka neví, kde se nachází (domov v Chabařovicích), neví, co je za den, rok, měsíc, ví jaké je roční období, neví, ve kterém jsme kraji, v jakém jsme státě. Sedmičkový test - je rychlý a krátký, avšak relativně náročný, spočívá v opakovaném odčítání čísla 7 od čísla 100, nedokáže odečíst 100 - 7, proto volíme druhou možnost, a tím je hláskování pozpátku slovo „pokrm“ po jednotlivých písmenech, řekla dobře „mrkop“. Vyšetření anterográdní paměti - vštěpování (učení), uchování a vybavení informace. Dokázala při verbální informaci zopakovat tři slova (lopata, šátek, váza), ale po 2 minutách nedokázala zopakovat ani jednu, dokázala zopakovat jméno „Martin.“ Vyšetření retrográdní paměti - nedokáže říci

jméno současného prezidenta, nevybavuje si ani prvního prezidenta polistopadové same-tové revoluci, nevybavuje si žádnou osobnost. Vizuální informace - zrakově prostorové informace, úkolem je zkopírovat geometrické tvary a pak si je vybavit. Nedokázala pře-kreslit podle předlohy překrývající se pětiúhelníky, ani krychli. Řečové schopnosti - při produkci slov respondentka dokázala pojmenovat předměty, které jí byly předloženy, do-kázala opakovat po vyšetřujícím sousloví. Test slovní produkce: kategoriální produkce - jedná se o rychlé provedení (1 minuta), vyjmenovat co nejvíce slov spadající do určité kategorie, v našem případě kategorie zvířat. Zde uvedla v časovém limitu 8 zvířat. Fone-mická produkce - vyjmenování co nejvíce slov začínajících na jedno písmeno, zde uvedla v časovém limitu 3 věci. Vyšetření porozumění a psaní: dokázala provést vykonání pří-kazu, dokázala napsat jednoduchou větu.

Na základě zjištěných informací a schopností sestavuje terapeut vybrané jednotlivé terapeuticko-formativní činnosti vhodné pro respondenty s DAT.

Přehled a frekvence terapeuticko-formativních činností, kterých se paní Milena zúčastnila po dobu výzkumu: Arteterapie: 1x týdně, Muzikoterapie: 3x týdně, Pettera-pie: 3x týdně, Kinezioterapie: 4x týdně, Canisterapie: 1x měsíčně, Taneční terapie: 1 x měsíčně.

Obrázek 12.9: Případová studie č.9 - Kvantifikace kognitivního postižení



Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.17: Případová studie č.9 paní Milena - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci

úloha číslo	pozornost a orientace			paměť			slovní produkce		jazyk							zrakové a prostorové schopnosti				ACE	CZ				
	1	2	3	4	5	6	18	7a	7b	8a	8b	9	10a	10b	10c	11	12	13	14a	14b	14c	15	16		
pretest	5	3	1	0	1	0	1	1	2	1	3	1	2	1	1	9	2	1	0	0	1	1	3	40	
test A	6	2	2	0	1	1	1	1	2	1	3	1	2	1	1	9	3	1	0	1	1	2	4	46	
test B	6	3	2	1	2	2	2	3	3	1	3	1	2	1	1	11	4	1	1	0	2	2	4	58	
test C	7	2	2	1	2	2	2	4	3	1	3	1	2	1	1	12	3	1	1	0	2	1	4	58	
test D	8	2	2	1	3	1	3	3	4	1	3	1	2	1	1	12	4	1	0	0	1	2	3	59	

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.18: Případová studie č.9 paní Milena - Kvantifikace kognitivního postižení

SUBSKÓRE	pretest	test A	test B	test C	test D
pozornost a orientace /18 úloha č. 1, 2, 3	9	10	11	11	12
paměť /26 úloha č. 4, 5, 6, 18	2	3	7	7	8
slovní produkce /14 úloha č. 7a, 7b	3	3	6	7	7
jazyk /26 úloha č. 8a, 8b, 9, 10a-c, 11, 12, 13	21	22	25	25	26
zrakově - prostorové schopnosti /16 úloha č. 14a-c, 15, 16	5	8	9	8	6
celkové skóre ACE-CZ/100	40	46	58	58	59
celkové skóre MMSE /30 dle Folsteina	16	18	21	21	21

Zdroj: vlastní šetření

Závěrečné zhodnocení

Test „D“ proveden v únoru 2014, ACE-CZ, MMSE, Clock Test

1. Test ACE-CZ - 59/100 bodů, **výrazné zlepšení o 19 bodů.**
2. Test MMSE - 21/30 bodů, (lehký stupeň demence), **zlepšení o 5 bodů.**
3. Test hodin (Clock Test): zlepšila se a dokázala namalovat obrys kruhu, umístila všechny číslice, vzdálenost mezi číslicemi je nerovnoměrná, nemůže zapsat čas.

Podle výsledků zaznamenaných v tabulce 12.17, 12.18 a vytvořeného grafu viz obrázek 12.9 lze konstatovat, že se po ročních pravidelných terapeuticko - formativních činnostech respondentka výrazně zlepšila ve všech položkách testu ACE-CZ. V testu (D) v únoru 2014 se zlepšila konkrétně v úkolu č. 1 o tři body, znala již datum, den v týdnu, rok, opět nevěděla, ve kterém jsme městě, ve kterém jsme kraji, oblasti. V úkolu č. 5 dokázala opakovat z adresy celé jméno a město. V úkolu č. 7b při slovní reprodukci se zlepšila a v časovém limitu dokázala vyjmenovat 13 zvířat. V úkolu č. 11 při pojmenování předmětů se zlepšila až o 3 body, již poznala harfu, krokodýla a nosorožce. V úkolu č. 7a se také zlepšila, vyjmenovala 7 slov. Dále je vidět dle grafu viz obrázek 12.9 zlepšení slovní produkce a paměť, jazyk i zrakově-prostorové schopnosti. Zde jsme se přesvědčili, že při Addenbrookském testu získáme širší kognitivní profil respondenta. Prokázali jsme zlepšení, efektivitu roční aplikace speciálně pedagogických terapeuticko-formativních přístupů a metod aplikované u osob s DAT. Speciálně pedagogické činnosti ovlivnily pozitivně emoční stav respondentky, došlo ke zlepšení úrovně jednotlivých dovedností, jemná motorika, zlepšení v soběstačnosti, verbální komunikace.

12.10 Případová studie č. 10

Žena (paní Miluše) 66 let, rozvedená

Zdravotní anamnéza

Od podzimu 2012 dg. středně těžká demence v.s., př. Alzheimer. Hyperaktiúta detrusoru, inkontinence III.st.. stp. operaci pravého prsu v 48 letech, neozařována, chemoth. O, bez recidivy.

Gerontopsychiatrické testy MMSE - 16 bodů. IADL- částečná nedostatečnost v instrumentálních aktivitách denního života. Orientovaná osobou, časem převážně, přítomno psychomotorické zpomalení, dysartrie, pozorovatelná zvýšená oscilace pozornosti zejména při únavě, ta je výraznější přibližně po hodině práce. Plačtivá, především když hovoří o rodině až spastický pláč. Chuť k jídlu má normální. Alergie 0, nekuřák, alkohol příležitostně. Medikace - Ebixa 10mg.

Osobní anamnéza

Respondentka se narodila v roce 1947, byla přijata do domova v lednu roku 2013 na přání syna. Paní Miluše je rozvedená od 50 let, má jednoho syna žijícího ve Francii. Před nástupem do domova žila se svou o pět let starší sestrou. Matka zemřela v 55 letech na karcinom slinivky, otce nepoznala. Paní Miluše je nekuřák, z alkoholu udává občasnou konzumaci bílého vína, pouze při oslavách. Žádnou dietu nedrží, udává potíže s páteří a občas se jí motá hlava. Paní Miluše je středoškolsky vzdělaná, pracovala jako vedoucí pošty, později jako doručovatelka. Do svých třiceti let se věnovala aktivně košíkové, ještě před deseti lety vedla sportovní oddíl právě v tomto sportu. Dodnes ráda vyhledává sportovní utkání v TV, zjišťuje výsledky z denního tisku. Procestovala celou republiku, má hodně kamarádek a kamarádů, se kterými se donedávna setkávala. Má ráda zvířata, přírodu, v TV sleduje hlavně sport a dokumenty.

Zvyky paní Miluše:

Vstává ráno kolem 6 hodiny, provádí ranní hygienu u umyvadla, myje si obličej, učeše se, je navyklá provádět ústní hygienu, používá zubní kartáček. Denně se účastní všech na-

bízených aktivit, mezi nejoblíbenější patří kinezioterapeutická jednotka, konkrétně společenské sportovní hry, ráda tvoří a je společenská. Denně navštěvuje kavárničku, kde má své příznivce, kteří jí rádi naslouchají. Chodí ráda na procházky, účastní se všech nabízených aktivit a činností pořádané naším domovem, pravidelně jednou za měsíc jí navštěvují bývalé hráčky, které trénovala. Její pokoj je vyzdoben diplomy a má na stěnách foto z vítězných zápasů. Chodí spát kolem 22 hodiny. Vzhledem k celoživotnímu sportovnímu režimu chodí spát pravidelně a se spánkem nemá problémy.

Pretest - vstupní vyšetření provedeno v březnu 2013

1. Test ACE-CZ - 56/100 bodů, (80 bodů a méně demence)
2. Test MMSE - 20/30 bodů, (lehký stupeň demence)
3. Test hodin (Clock Test): dokázala namalovat obrys kruhu, číslice jsou umístěny nerovnoměrně i mimo kruh, proto nezaznamenala čas.

Popis pretestu

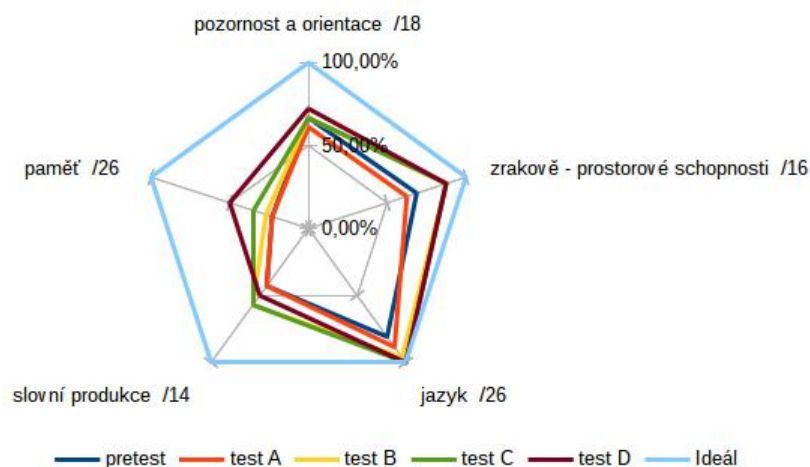
Test ACE-CZ a MMSE: jednoduchá zkouška časoprostorová - respondentka neví, kde se nachází (domov v Chabařovicích), neví, co je za rok, ví, jaký je měsíc, jaký je den v týdnu, jaké je roční období, neví, ve kterém jsme kraji. Sedmičkový test - je rychlý a krátký, avšak relativně náročný, spočívá v opakovaném odčítání čísla 7 od čísla 100, dokázala odečíst 93 - 7, dále počítala, ale špatně. Vyšetření anterográdní paměti - vštěpování (učení), uchování a vybavení informace. Dokázala při verbální informaci zopakovat tři slova (lopata, šátek, váza), ale po 2 minutách dokázala zopakovat jen jednu, anterográdní paměť - dokázala zopakovat po administrátorovi jméno „Martin Dvořák“ a „Soběslav“. Vyšetření retrográdní paměti - nedokáže říci jméno současného prezidenta, nevybavuje si ani prvního prezidenta polistopadové sametové revoluci, nezná žádnou odpověď. Vybavuje si datum narození svého syna, nezná současný věk, dlouho ho neviděla. Vizuální informace - zrakově prostorové informace, úkolem je zkopírovat geometrické tvary a pak si je vybavit. Dokázala překreslit podle předlohy překrývající se pětiúhelníky, ale krychli i přes velkou snahu nesvedla. Test slovní produkce: kategoriální produkce - jedná se o rychlé provedení, v časovém limitu (1 minuta), vyjmenovat co nejvíce slov

spadající do určité kategorie, v našem případě kategorie zvířat. Zde uvedla v časovém limitu 10 zvířat. Fonemická produkce - vyjmenování co nejvíce slov začínajících na jedno písmeno, zde uvedla v časovém limitu 7 věcí. Vyšetření porozumění a psaní: nedokázala provést vykonání příkazu, dokázala napsat jednoduchou větu.

Na základě zjištěných informací a schopností sestavuje terapeut vybrané jednotlivé terapeuticko- formativní činnosti vhodné pro respondenty s DAT.

Přehled a frekvence terapeuticko-formativních činností, kterých se paní Miluše zúčastnila, po dobu výzkumu: Arteterapie: 1x týdně, Muzikoterapie: 3x týdně, Petterapie: 4x týdně, Kinezioterapie: 4x týdně, Canisterapie: 1x měsíčně, Taneční terapie: 1 x měsíčně.

Obrázek 12.10: Případová studie č.10 - Kvantifikace kognitivního postižení



Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.19: Případová studie č.10 paní Miluše - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci

úloha číslo	pozornost a orientace			paměť				slovní produkce		jazyk							zrakové a prostorové schopnosti					ACE	CZ		
	1	2	3	4	5	6	18	7a	7b	8a	8b	9	10a	10b	10c	11	12	13	14a	14b	14c	15	16		
pretest	7	3	2	1	2	1	2	3	3	1	2	1	2	1	1	9	3	1	2	0	1	4	4	56	56
test A	6	3	2	1	2	1	2	2	4	1	2	1	2	1	1	10	4	1	2	0	1	4	3	56	56
test B	7	2	3	1	3	1	2	3	5	1	3	1	2	1	1	11	4	1	3	1	2	4	4	66	66
test C	7	3	2	2	3	2	2	4	4	1	3	1	2	1	1	12	4	1	2	1	4	4	3	69	69
test D	9	2	2	2	3	4	4	3	4	1	3	1	2	1	1	12	4	1	3	1	4	3	3	73	73

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 12.20: Případová studie č.10 paní Miluše - Kvantifikace kognitivního postižení

SUBSKÓRE	pretest	test A	test B	test C	test D
pozornost a orientace /18 úloha č. 1, 2, 3	12	11	12	12	13
paměť /26 úloha č. 4, 5, 6, 18	6	6	7	9	13
slovní produkce /14 úloha č. 7a, 7b	6	6	8	8	7
jazyk /26 úloha č. 8a, 8b, 9, 10a-c, 11, 12, 13	21	23	25	26	26
zrakově - prostorové schopnosti /16 úloha č. 14a-c, 15, 16	11	10	14	14	14
celkové skóre ACE-CZ/100	56	56	66	69	73
celkové skóre MMSE /30 dle Folsteina	20	20	24	24	25

Zdroj: vlastní šetření

Závěrečné zhodnocení

Test „D“ proveden v únoru 2014, ACE-CZ, MMSE, Clock Test

1. Test ACE-CZ - **73/100 bodů, výrazné zlepšení o 17 bodů.**
2. Test MMSE - **25/30 bodů**, (lehký stupeň demence) **zlepšení o 5 body.**
3. Test hodin (Clock Test): beze změn, namalovala obrys kruhu, číslice jsou umístěny nerovnoměrně i mimo kruh, proto nezaznamenala čas.

Podle výsledků zaznamenaných v tabulce 12.19, 12.20., a vytvořeného grafu viz obrázek 12.10 lze konstatovat, že se po ročních pravidelných terapeuticko - formativních činnostech respondentka **výrazně** zlepšila ve všech položkách testu ACE-CZ. V testu (D) v únoru 2014 se zlepšila konkrétně v úkolu č. 1, 6, 18, o dva body. V úkolu č. 1 neznala pouze jaký je rok. V úkolu č. 6 v retrogradní paměti si dokázala vybavit všechny jména osobností (tyto jména byla během roku uváděna v kognitivní rehabilitaci). Dále v úkolu č. 5 v anterogradní paměti dokázala z adresy jméno (Dvořák) ulici a město. V úkolu č. 11 při pojmenování předmětů se zlepšila až o tři body, již poznala harfu, krokodýla a tahací harmoniku. V úkolu č. 7b v testu slovní produkce: kategoriální produkce - vyjmenovala v časovém limitu 13 zvířat. V úkolu č. 14b se jí podařilo překreslit podle předlohy i krychli. Dále je vidět, dle grafu viz obrázek 12.10, zlepšení slovní produkce a paměť, jazyk i zrakově-prostorové schopnosti. Respondentka se zlepšila konkrétně ve výbavnosti, koncentraci, zlepšila se dynamika myšlení a verbální komunikace. Výrazně se zlepšila orientace v prostoru a času. Terapeuticko - formativní činnosti ovlivnily pozitivně emoční i fyzický stav respondentky, došlo ke zlepšení, zachování úrovně jednotlivých dovedností, zvýšilo se jí sebevědomí, zlepšila se jemná motorika, svalová síla, pocit ovalu radost z úspěchu, pocit ovalu radost vlastního uplatnění v kolektivu ostatních, měla nejraději integrované programy, našla si dvě kamarádky (uživatelky domova) se kterými tráví hodně času. Pro svůj zápal do sportu zavedla v domově kroužek „cvičení“, kde pravidelně dvakrát týdně předcvičuje ostatním uživatelkám domova. Prokázali jsme zlepšení, efektivitu roční aplikace speciálně pedagogických terapeuticko-formativních přístupů a metod aplikované u osob s DAT. Zde jsme se přesvědčili, že při Addenbrookském testu získáme širší kognitivní profil respondenta. (pozn. z toho důvodu, že nám test poskytuje samostatné pod skóre pro každou kognitivní funkci, více je prověřovaná paměť a zrakově - prostorová funkce a navíc obsahuje vyšetřování exekutivních schopností).

13 ROZHOVORY S PRACOVNÍKY

Rozhovory s pracovníky v sociálních službách, kteří zajišťují aktivizační, terapeutické a edukační činnosti pro seniory s demencí Alzheimerova typu, jsem prováděla během roku 2013 - 2014 na svém pracovišti v Domě pokojného stáří svatě Ludmily. Tito pracovníci se aktivně zapojili do výzkumu a prováděli terapeuticko-formativní činnosti a aktivizační činnosti se zkoumaným vzorkem respondentů. Jednotlivé pracovníky jsem požádala o rozhovor, vysvětlila jeho účel a poprosila o svolení s nahráváním. Takto jsem provedla celkem čtyři rozhovory.

Jednotlivého pracovníka, jsem požádala o rozhovor, vysvětlila mu účel a požádala jsem o svolení s nahráváním. Takto jsem provedla celkem čtyři rozhovory.

Tabulka 13.1: Přehled účastníků rozhovorů

Pracovní pozice	Vzdělání	Zaměření	Věk	Praxe
Zdravotní sestra	SZŠ - registrovaná	Canisterapie	39 let	18 let
Zdravotní asistent	SZŠ	Terapeutické činnosti	45 let	23 let
Pečovatelka	SOŠ - pečovatelská	Arteterapeutické prvky	28 let	4 roky
Sociální pracovníce	Sociální asistent (Bc.)	Aktivizační činnosti	27 let	3 roky

Zdroj: vlastní zpracování

V rozhovorech budu používat zkratky jednotlivých pracovních pozic, které jsou následující:

- Zdravotní sestra - ZS
- Zdravotní asistent - ZA
- Pečovatelka - P
- Sociální pracovníce - SP

Přepsané rozhovory jsem prošla a postupně se snažila rozkrýt oblasti, které se společně vztahují k určitým tématům a přiřadit jim společné kódy. V průběhu analýzy přepsaných rozhovorů se tak vytvořily kódy a díky nim vznikly jednotlivé kategorie, ke kterým se účastnice rozhovorů vyjadřovaly.

Vhodné aktivity

Vytvořila jsem tuto kategorii z toho důvodu, že se v rozhovorech často objevovala zmínka o tom, které aktivity jsou vlastně nejlepší, nejvhodnější pro seniory s demencí dělat, co je nejvíce baví, z čeho mají radost.

P: „Považuju za vhodné aktivity **vlastně cokoliv**, z čeho budou mít naši uživatelé **radost**. Myslím, že je jedno, co děláte, důležité je, jestli tím lidem s demencí dokážete zabavit, zaujmout je, protože je to velmi těžký, myslím, že stačí jednoduše jim vyplnit a zpříjemnit den. Prostě vím, že aktivitu, kterou si pro ně připravíme musíme přizpůsobit jejich schopnostem“.....,co teda rádi dělají, je všechno, co je spojené s jídlem, senioři s demencí a hlavně s Alzheimerovou mají stále velké chutě a hlad. Tak třeba **pečení, vaření, nebo jenom posezení u kávy se sušenkou**, aktivně jsou schopni zúčastňovat se **společného pečení, nejraději pak štrúdl**, ještě teplý vytažený z trouby snědí.“..... „mají rádi, když si **zaspíváme a taky rádi hrají sportovní hry**.“

ZS: „Já si myslím, že senioři s demencí jsou aktivnější než senioři bez demence. Ještě jsem se nesetkala, že by se neradi něčeho neúčastnili. Nejvhodnější aktivity jsou takové, při kterých se **smějí, vybaví si slova**, který jim dělají potíže, nebo něco **tvoří, vyrábí**, třeba teď jak si každý z nich dokázal vyrobit bambuli z vlny. V našem domově senioři mají v oblibě **kulturní akce**, kdy se sejdou všichni, hraje hudba a hlavně zde mají občerstvení, na které se vždycky těší, protože je zapojujeme a podílejí se na přípravě.“..... „taky si oblíbili **zpívání a cvičení**. Nejoblíbenější u seniorů s demencí je z mého pohledu umožňovat jim pravidelně kontakt se **zvířátky**, tedy **petterapii**.“..... „máme zde křečka Terezku, kočku Betinku a chodí k nám pravidelně pes labradorka Izabel, **canisterapeutický pes** naší kolegyně, mají ho moc rádi.“

ZA: „... Já považuju za nevhodnější aktivity pro seniory s demencí všechny, při kterých se cítí dobře. Za každou aktivitou, činností vždy vidíme terapeutický cíl. Důležité je, abychom vybrali takové programy, které budou pro seniory s Alzheimerovou chorobou vždy **zdrojem radosti a uspokojení**. Občas je těžké, jakým způsobem aktivitu přizpůsobit, aby nebyla příliš dětinská a zároveň, aby odpovídala **schopnostem a možnostem** každého z nich. Za vhodnou aktivitu považuju **vyrábění (plnění) pane-**

nek Kiwanis, tato činnost je smysluplná, pro seniory s demencí není náročná a ostatní senioři mají výborný pocit z toho, že udělají radost nemocným dětem.“

SP „... Vím, že všechno, co si pro každého připravím v rámci vyplnění volného času je pro ně příjemným, **mají radost**, myslím si, že mají nejradši, když si společně **zpíváme a taky něco tvoříme**. Mají radost, že se jim to povedlo. Nejraději chodí do naší **kavárničky**, kde si pochutnávají na občerstvení a mňamkách, a všichni si jsou schopni sami vybrat z nabídky pochut'ovin. „....., taky dobrou kávičku a dochází tak ke vzájemné komunikaci.“„musí si všichni uvědomit, že vždycky musí senior chtít. I když, senioři s Alzheimerem chtějí vždycky, oni jsou vděční za všechno. že někdy je těžký si uvědomit, že to nejsou děti, nejde je nutit, anebo využívat jejich snadnou manipulativnost. Já osobně s nimi provádím cvičení s míčky, což se jim líbí, protože se sami ptají, kdy zas budeme **cvičit**. Když jsme začali vyrábět panenky **Kiwanis**, myslela jsem si, že je to vhodná aktivita pro seniory bez poruchy paměti. Pak jsem podle pokynů terapeuta přivedla do skupiny seniory s demencí a oni se zapojili. Tedy **integrované programy** jsou podle mého nejhodnějšími aktivitami, protože ti „zdraví“ ukazují těm „nemocným“ jak na to.“

Efektivita terapeutických činností

Tuto kategorii jsem vytvořila z toho důvodu, že se v rozhovorech často objevovalo slovo efektivní, terapie, neefektivnější terapie, které ovlivňují život osob s demencí v našem Domově.

P: „...„Považuji za efektivní terapie všechny, při kterých se lidi s demencí zlepšují, že **udrží pozornost, dokážou si vybavit slova a události, jsou úspěšní**. Vím, že při všech aktivitách nejde jenom o zábavu, ale je zatím vždycky nějaká **terapie**. Určitě si u toho **trénují svojí paměť**‘. Naučila jsem se od Verči co **je kognitivní rehabilitace**, že s nima mám stavět **puzzle, skládat obrazce, hrát domino**. Někteří dělají velké pokroky a to pak mají radost, ani jsem nevěděla, že si to dokáží uvědomovat. Já dělám jednou týdně **muzikoterapii, teda, zpíváme si, a nebo hádáme písničky podle melodie. Moc je to baví**.“ ... „takže pracovala jsem se skupinou, byla to, ta **integrace**, protože tam byli uživatelé s obou služeb“... „co je pro všechny seniory vždycky zážitek, společně mezi sebou **komunikují**, zapojují se do nabízených

činností, společně spolupracujou a vždycky mají o skupinovou terapii velký zájem. Sem přesvědčená, že jim zajišťujeme **základní potřeby**, protože každý člověk potřebuje **kontakty s druhým, mít radost ze života.**“

ZA: „...„, **Terapie zaměřené na procvičování paměti je pro ně důležité a sami mají zájem, jak někteří říkají, cvičit si mozek.** Mnozí z nich vědí, že mají problémy s pamětí a chtějí, aby se to změnilo. Já věřím, že i u této cílové skupiny jsou všechny námi připravované aktivity a terapie za **efektivní**, protože máme svojí práci rádi a když nic jiného, **mají radost**, že se jim věnujeme. Co vím určitě, že senioři ve skupině s ostatními, se při společné terapii zapojili tak, že se u nich **neprojevovale nevhodné chování** a zmizela podrážděnost a nebyli až moc aktivní, hyperaktivní.“

.....„, věnuji se v našem domově **petterapii**, teď nově po kurzu i **bazální stimulaci a taneční terapii v sedě** „... často provádím aktivity i terapeutické činnosti ve skupině. Skupinka je malá, jenom šest seniorů s demencí, to stačí, víc není dobrý, teda myslím s demencí. Vybuodovali jsme mezi sebou **pocit důvěry**. Tyto terapie jsou efektní. Vybavují si slova, **trénují si smysly** a hlavně prožívají ty příjemné **emoce, klid a relaxaci.**“

ZS: „... Ještě nedávno jsem si myslela, že terapie není možná u seniorů s demencí. Když jste mi vysvětlila a ukázala terapie, které s nimi děláte a jaký mají efekt, byla jsem překvapená. Byla jsem na kurzu trénování paměti a tak s našimi uživateli provádím **trénování paměti** a s uživateli s demencí **rehabilitaci paměti**. To považuji za **nejefektivnější terapie**. Pro mě jsou všechny programy, které pro ně děláme, **efektivní, smysluplné** a když se nad všemi zamyslím, jedná se o druh terapie. Nejvíce mají rádi **povídání a vzpomínání, cvičení, procházky, čtení z knížek a rádi trénují paměť**. Oblíbili si **sadu pro kognitivní trénik**, mají vždy radost když jsou úspěšní. Musím říct, že jsme se naučili pracovat se skupinou seniorů s Alzheimerem, protože jsme odstranili u všech psychopatologický symptomy a to hlavně díky speciálnímu přístupu a hlavně postupů. Podařilo se nám ovlivnit **emoční stavy** uživatelů, což se projevovalo **zvýšením sebevědomí a možná i jejich sebedůvěry.**“

.....„, každou terapii jsme upravili tak, aby člověk **chtěl a uměl** danou činnost provádět. Nejvíce se osvědčily **terapeuticko-zábavné činnosti**, který se zaměřují na jejich silné stránky, který jsme u všech podporovali, a oni je využili. Každý náš pro-

gram podle vašich rad obsahoval jak **trochu zábavy**, tak zároveň i **terapeutický účinek**.“

SP: „... Hovořit o efektivní terapii, je subjektivní názor, protože pro seniory s demencí to může být každý den jinak. Lépe to může posoudit terapeut, který je pravidelně hodnotí testama minimentlama. Je to obtížné hodnotit, záleží na tom, jak jsou daný den naladěni. Já osobně vnímám, že všechny činnosti, které s lidmi s Alzheimerovou nemocí provádíme, jsou efektivní, protože se mi ještě nestalo, že by se nechtěli účastnit, vždycky když jim jdu nabídnout nějakou činnost, jdou rádi. Já třeba si myslím, že efektivní program je ten, při kterém nám dávají najevo, že jsou spokojení. Třeba správně provedený cvik, nebo správně složený obrázek, vyplněný polštářek, vybavení si písničky, těšení se na zvířecího mazlíčka a tak. Já provádím každý den dopoledne **kinezioterapeutickou jednotku**. Informuji je o orientaci v čase a prostoru, cvičíme, hrajeme hry, zpíváme si za doprovodu kytary a flétny, hudební nástroje mám vždy u sebe. Také je baví a je **efektivní terapie, aktivní hraní na Orffovy nástroje**.“ „...„, nedělám tuhle práci tak dlouho, ale za ten rok jsem zjistila, že pro seniory s demencí je každá **terapie přínosem**, oni se vždycky všichni tak těší, až se zase něco bude dělat, dokonce se těší, jak budou zase **hádat přísloví**, rádi soutěží.“

Respekt a úcta jedince

Slova respekt a úcta se v našich rozhovorech objevovalo často, možná proto, že patří mezi principy zásady naší poskytované sociální služby, které vnímáme jako jedno z důležitých pilířů, základní filosofii při práci se seniory.

P: „**Důležité je nezapomenout na to, co uživatel právě chce dělat. Zachovat jeho autonomii. Já myslím, že k respektu a úctě patří právo na svobodné rozhodnutí, které všichni při práci dodržují.**“ „...„,sem přesvědčená, že každému z nich jim **zajišťujeme základní potřeby**, protože každý člověk potřebuje **kontakty s druhým, někam patřit, mít radost ze života**.“

ZA: „...„,Při všech činnostech a aktivitách vždy nezapomínáme na úctu ke starému člověku, natož pak k nemocnému, jako je uživatel s demencí. Nepoužíváme žádné dětské výrazy, ty, infantilnosti, nikdy je nenutíme, naší zásadou je dobrovolnost,

*dodržujeme právo svobodné vůle. “ ,což se u nich ani nestane, protože chtějí dělat všechno, oni mají ze všeho radost. “ „**rovnoprávnost, právo na svobodný rozhodnutí, ale i dodržování morálních a etických pravidel. Senior s demencí je křehká osobnost, je hodně zranitelný, jsme si toho vědomi a řídíme se jimi.. “***

ZS: *„. . . . nikdy neporušujeme soukromí, nenutíme je do aktivit a činností, jenom je motivujeme. Naučili jsme se při aktivizaci vybudovat ve skupině seniorů s demencí **pocit důvěry, asi i zvýšení osobní autonomie.** “ „když se jí jim něco nepovede, třeba říct správnou myšlenku, nebo nedokážou dokončit nějakou činnost, nikdy se jim nesmějeme a hlavně děláme všechno proto, aby se jim nikdo s okolí nesmál. Každý je **autonomní, jedinečný a tak to musíme brát.** “*

SP: *„Chápu, že mi na aktivitu někdy nepřijde tolik uživatelů, kolik bych si to přála, ale musíme respektovat a uvědomit si, že každý z nich má jiné zájmy, má každý den jinou náladu, nebo je něco rozrušilo, prostě s nemocným lidma a hlavně Alzheimerem je každý den jiný. **To vždy respektujeme.** Je pochopitelný, tedy alespoň pro mě, že **každý senior i s demencí je individuální bytost a každý potřebuje něco trochu jiného, tak k nim musíte přistupovat, ke každému individuálně.** Nejsem zastáncem někoho nutit, aby se něčeho účastnil. Myslím, že nikdo z nás nemá rád, když něco musí, myslím tím stále někoho poslouchat, někomu se podřizovat, co má dělat a co ne. Pracujeme všichni s **úctou ke starší generaci a k nemocným.** “*

13.1 Zhodnocení rozhovorů

V rozhovorech se všechny pracovnice shodly, že **vhodné aktivity** jsou všechny, které si pro seniory s DAT připravují. Usuzují tak ze zpětné vazby od uživatelů, protože mají vždy radost, vyžadují opakované aktivity, není potřeba je motivovat pro jejich nadšení. Každá pracovnice uvedla za vhodné aktivity ty, kterým se věnují v rámci vyplnění volného času seniorům s DAT. Vypovídají o podpoře každého z nich, hovoří o individuálním přístupu ke každému, a při činnostech se snaží se o zachování jeho původních činností, zvyklostí, zájmů, a tím více posilují jeho identitu, a zachovávají kontinuitu jeho života. Všichni se shodují, že život ve skupině je pro osoby s DAT určitým obohacením, že jim naplnili základní potřeby, a tím je kontakt s druhými lidmi, ale také vyšší potřeby, zpro-

středkovat pocit vlastní seberealizace, úspěchu, ocenění a radosti ze života.

K efektivitě terapeutických programů se dá říci, že se všechny pracovnice shodly na tom, že za efektivní terapii považují v podstatě ty, při kterých se senioři s DAT zlepšují, a to ve vícero složkách. Uvedly, že se jedná o kognitivní složky seniorů, konkrétně myšlení, paměť, pozornost a výbavnost. Každá hodnotila efektivitu terapie spíše podle svého zaměření, zdravotní sestra a sociální pracovnice pak uvedly, že se podílely na efektivitě aplikovaných terapeutických činností (za přítomnosti speciálního pedagoga) všichni, tedy i ostatní kolegyně. Sociální pracovnice uvedla, že při své práci se seniory s demencí považuje všechny na míru připravené terapie za efektivní, protože se zúčastňují všichni a rádi. Vyzdvihla kinezioterapeutickou jednotku, která se skládá z lehkého cvičení, hraní sportovních her a zpívání za doprovodu hudebních nástrojů. Zdravotní asistentka uvedla za nejefektivnější terapii bazální stimulaci a taneční terapii. Dokázala i zhodnotit efektivitu skupinové terapie, ze kterých osoby s DAT profitovaly a nevyskytovaly se závažné poruchy v chování ve společnosti ostatních. Mohu potvrdit, že mezi metody aplikované pedagogem na osoby s DAT patří i psychoterapeutické metody, jejímž prostřednictvím dochází ke zmírnění, ovlivnění, nebo odstranění nežádoucího chování, které pracovnice uvádějí jako specifické projevy, mezi které patří behaviorální příznaky, funkční poruchy, poruchy emočních nálad, egocentrismus (úzkost, podrážděnost, apatie, emoční labilita, agresivita). Ani u jednoho z respondentů nebyly projevy hyperaktivity, agitovanosti.

K respektu a úctě z výše uvedených rozhovorů jednoznačně vyplývá, že pracovníci, kteří jsou denně v kontaktu s osobami s DAT, pracují s respektem a úctou. Všichni se vyjádřili, že se při své práci řídí individuálním přístupem, znalostí specifické péče a přístupu ke každému jedinci s akcentem na jeho svobodné rozhodnutí, dobrovolnosti. Všichni se shodují, že dodržují při své práci o osoby s DAT morální a etické zásady, všeobecně platné pro většinovou společnost, a tím je úcta, pokora, autonomie, respekt, pocit důvěry, bezpečné prostředí. Respekt a úcta, tyto dva pojmy mají úzce spojené a dokázaly se s nimi ztotožnit. Při své práci se každá řídí zásadami a principy, které vnímáme jako jedno z důležitých pilířů, základní filosofii při práci se seniory. Shodují se na tom, že život osob s DAT v našem Domově, jim přináší uspokojení ve společenství ostatních uživatelů, zapojili se do skupinových programových aktivit, profitovali z nich, u osob s DAT se ve skupině nevyskytovaly závažné poruchy chování. Při skupinové terapii spolu účastníci vzájemně

komunikovali i přesto, u některých již byla přítomna mírná chudost řečového projevu, občasného nesprávné užívání a chápání slovních výrazů. Na konci výzkumu jsme mohli společně s pracovním týmem konstatovat, že se nám podařilo odstranit psychopatologické symptomy, a to na základě efektivně aplikovaných speciálně pedagogických intervencí. Podařilo se nám pozitivně ovlivnit emoční stav respondentů, což se projevovalo zvýšeným sebevědomím, sebedůvěry, pocitu vlastního uplatnění v kolektivu ostatních. U všech došlo ke zlepšení verbální i nonverbální komunikace.

14 VLASTNÍ POZOROVÁNÍ

Vlastním pozorováním respondentů mohu říci, že když jsem začala aplikovat terapeuticko-formativní přístupy, tak bylo vidět, že respondenti v podstatě nevědí, co je čeká, na co se mají připravit. Bylo na nich vidět, že „jdou do neznáma“, neboť dosud neměli možnost zúčastňovat se terapií. Všichni respondenti k nám přišli ze svého domova, aplikace terapeuticko-formativních přístupů byla pro skupinu respondentů novátorská. Zpočátku docházelo k obavám z toho, že selžou, že se před ostatními „ztrapní“. Proto jsem prvotně začala provádět jednotlivé terapie individuálně, a až poté jsme společně vytvořili podmínky pro skupinové terapie a činnosti. Po dvou měsících se všichni respondenti ochotně účastnili integrovaných aktivit, ze kterých všichni profitovali, a to v jednotlivých složkách kognitivních, fyzických, psychických, komunikačních a sociálních.

V teoretické části práce jsem se již zmiňovala o tom, že jsou metody, které mohou být uplatňovány prostřednictvím různých přístupů a technik. Prvotně se zmíním o expresivních technikách, které jsem ve své praktické části aplikovala. Mezi tyto techniky patří prvky muzikoterapie, arteterapie, taneční terapie, petterapie, kinezioterapie.

Při skupinové práci, která má své charakteristiky, jsme využívali psychologické prostředky založené na interakci ve skupině prostřednictvím rozhovorů a sledováním neverbálního chování. Naším cílem bylo působit cílevědomě na duševní procesy respondentů, na činitele, které poruchy vyvolávají. Mezi metody aplikované pedagogem na osoby s DAT patří i psychoterapeutické metody a intervence, kterými se snažíme o zmírnění, ovlivnění, nebo odstranění nežádoucího chování, specifických projevů, mezi které patří behaviorální příznaky, funkční poruchy, poruchy emočních nálad, egocentrismus (úzkost, podrážděnost, apatie, emoční labilita, agresivita). Nejvíce se nám osvědčili skupinové terapeuticko - formativní terapie s respondenty s DAT, dokázali jsme vybudovat ve skupině pocit důvěry mezi všemi zúčastněnými, kteří dokázali vyjadřovat své city a emoce, jejímž prostřednictvím si zvyšovali osobní autonomii, což se projevovalo zvýšeným sebevědomím, sebedůvěry.

Život respondentů ve skupině se stal na základě aplikace speciálněpedagogických terapeuticko-formativních přístupů efektivní a smysluplný pro naplňování základních potřeb člověka, a tím je kontakt s druhými lidmi, seberealizace, pocit lásky a sounáležitosti,

možnost zažívat pocity úspěchu, ocenění a radost ze života. Mezi oblíbené skupinové terapie u respondentů patřila terapeutická podpůrná metoda **kinezioterapie**, kterou jsme prováděli u respondentů čtyřikrát týdně. Program kinezioterapie vychází ze zkušeností každodenního života, a jeho úspěšnost je dána především pocitem smysluplnosti. Hlavní zásady a obsah kinezioterapeutické jednotky u osob s demencí, které by měly být udržovány, uvádím v „Nápadníku speciálně pedagogických intervencí.“ Mohu vlastním pozorováním říci, že jsme získali vzájemný vztah mezi terapeutem a respondentem, který měl pozitivní vliv na jednotlivce. Všichni respondenti si zvýšili sebedůvěru, zlepšili se v koncentraci a koordinaci pohybů, zvýšila se jim svalová síla, jemná motorika, dokázali si vybavit jednotlivé cvičící prvky, sportovní hry, a neposledně se zlepšili v komunikaci. Kinezioterapeutická jednotka je natolik zaujala, že zapomněli na projevy neklidu, či úzkosti.

Pro udržení, či zlepšování jejich narušených kognitivních funkcí (pozornost, myšlení, paměť, čtení, psaní, komunikace aj.) jsem prováděla u respondentů **kognitivní rehabilitaci**. Při kognitivní rehabilitaci jsem využívala zjednodušené a nesoutěživé slovní hry, doplňování říkanek, doplňování slov dle první slabiky, skládání obrazců, zjednodušené pexeso (pexeso větších rozměrů) apod. Kognitivní rehabilitaci, kterou jsem na osoby s DAT aplikovala, byla realizována s tzv. „Sadou pro kognitivní trénink“, kterou jsem detailně popsala v empirické části mé diplomové práce (JUNGBAUEROVÁ, Y. 2012). Tato sada posloužila nejen k rehabilitaci paměťových funkcí u osob s DAT, ale také k navázání spolupráce mezi mnou a pečujícími, pro které byla z velké části něčím novým, s čím se postupem času chtěli naučit pracovat. Osobně pokládám za nejvýraznější úspěch pravidelné kognitivní terapie udržení či zlepšení anterográdní paměti, pozornosti a orientace, komunikace, výbavnosti, zrakově-prostorové schopnosti, porozumění, opakování. Právě díky pravidelnosti pedagogické intervence u testovaných osob s DAT se nám podařilo u některých respondentů odstranit frustraci, smutek či apatii. Výsledky ročního výzkumu ukázaly, že rehabilitace kognitivních funkcí je pro osoby s DAT přínosem. Díky jednotlivým velmi jednoduše konstruovaným pomůckám, které sada pro kognitivní trénink obsahuje a díky tomu, jak je sestavena, se dá použít u osob s porušenými kognitivními funkcemi. Sada obsahuje hry a úlohy, rozlišené dle stupně demence na stupně obtížnosti 1, pokročilá demence, 2, středně pokročilá demence, 3, počínající demence. Při pozorování

efektivitu aplikace expresivní terapie na respondenty si troufnu říci, že z mého hlediska byla nejefektivnější a zároveň nejoblíbenější muzikoterapie, arteterapie a taneční terapie.

Arteterapie je definována jako léčebný postup, který využívá výtvarný projev jako hlavní prostředek poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. V širším slova smyslu arteterapie znamená léčbu uměním včetně hudby, poezie, prózy, tance a výtvarného umění. Všichni respondenti tuto terapii prožívali novátorsky, měli obavy, zda si dokáží vyrobit obraz vlastní tvorbou, zda si dokáží ozdobit květináč pro pokojovou květinu, malovali na papír, hedvábí, zvládli jsme společně i textilní techniky, jako je koláž a batika. Bylo vidět, že si zvýšili sebevědomí, tvorba jim přinesla pocit uspokojení, radost. Prostřednictvím terapie respondenti dosahovali interpersonální integrace, stimulovali jsme u nich smysly, koordinaci oko - ruka, pozornost, výbavnost, komunikaci, jemnou motoriku aj.

O muzikoterapii mohu říci, že u osob s DAT je velmi přínosná. Napomáhá k psychické pohodě a posílení sebevědomí, jelikož texty písní, říkadla a melodie zůstávají jako součást dlouhodobé paměti v povědomí nejdéle. Používali jsme hudební nástroje (Orffovy nástroje), kytaru, flétnu i piano. Samozřejmě, že vždy byl zařazen i zpěv, včetně pohybu při tanci a to jak v poloze sedě, tak ve stoje.

Pilířem všech činností, které já osobně při své práci používám, je specifický přístup k pacientům s demencí a tím je validace. Validace je založená na biografii a terapeutických přístupech. Po dobu výzkumu jsem předávala své zkušenosti s technikami a metodami validace, které je možné použít pro konkrétní stadium dezorientovanosti. Ze své dlouholeté zkušenosti s péčí o osoby s DAT mohu tvrdit, že nejpodstatnějším validacním nástrojem je přijetí a respektování osoby s demencí, schopnost akceptovat a respektovat každého jedince, a zároveň si uvědomit, že neexistuje žádný univerzální vzorec jako v matematice, protože každý člověk je individualita. Je to způsob práce, který zkvalitňuje komunikaci, pomáhá snižovat stres, zachovat a posílit důstojnost a zvýšit pocit štěstí. Důraz je kladen na pozorné naslouchání a empatii.

Validace má mnoho společného s další metodou, **reminiscencí**. Oba přístupy jsou orientovány na člověka a na jeho empatické přijetí. Při individuálních i skupinových reminiscencích jsou využívány různé předměty či podněty, které jsou součástí reminiscenčních koutků, osobním vlastnictvím uživatelů, popřípadě rekvizitami určenými podle

tématu vzpomínání. Oba také vycházejí z principu, že se člověk rozvíjí celý svůj život a svůj život také hodnotí. Rozdílem je, že validační techniky lze na rozdíl od reminiscence uplatňovat až do pozdních stadií demence. Obecně lze konstatovat, že se po roční aplikaci speciálněpedagogických terapeuticko-formativních přístupů všichni zlepšili, a že je to bavilo.

ZÁVĚR

Předmětem mého zájmu se stala rigorózní práce, jejímž cílem byla aplikace a prokázání účinnosti ověřovaných strategií a postupů, při práci se seniory s DAT prostřednictvím speciálně pedagogických terapeuticko-formativních přístupů. V teoretické části jsem se věnovala ukotvení pojmů demence, Alzheimerova choroba, diagnostika, terapeutické přístupy, uvedla jsem charakteristiku současné strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA, která vychází z potřeb pacientů s demencí v jednotlivých stádiích. Dále představuji gerontopsychiatrické testy, které jsem následně používala v empirické části. V teoretické části se zabývám právě pojmy speciálněpedagogické přístupy, terapie a její specifika, aktivizace, její definicí a ukotvením. Na pojem terapie nahlížím z různých perspektiv: stáří a speciální pedagogika, speciální pedagog a jeho klíčové kompetence s akcentem na individuální plánování průběhu sociálních služeb u osob s DAT, na klíčové kompetence speciálního pedagoga s akcentem na komunikaci, sociální služba a terapeuticko - formativní přístupy a aktivizace. Obecně chápeme terapeuticko-formativní přístupy jako terapie, které mají své metody a techniky, které uvádím.

Empirická část byla rozdělena do pěti fází, které propojují pedagogické intervence, na níž je postavena celá má rigorózní práce, tedy speciálně pedagogické intervence s terapeuticko-formativními přístupy. Terapie byly realizovány na deseti osobách s DAT, které jsem nejdříve jednotlivě popsala v případových studiích.

První fáze výzkumu je věnována klíčovým kompetencím speciálního pedagoga s akcentem na komunikaci. Díky výzkumnému zaměření jsem se v této kapitole snažila zodpovědět následující otázku: „*Je komunikace nástrojem ke zlepšení kvality života u osob s DAT žijících v Domově se zvláštním režimem?*“ Ano, prokázali jsme, že komunikace je „unikátním“ nástrojem ke zlepšení kvality života u osob s DAT žijících v sociální pobytové službě v Domově pro seniory se zvláštním režimem. Prokázali jsme, že správně volené a aplikované speciálně pedagogické intervence při komunikaci s osobami s DAT žijících v sociálních pobytých službách, jsou účinné. Dokázali jsme aplikovat námi ověřené postupy při řešení náhle vzniklé krizové situace u osoby s DAT a zpracovali jsme speciálně pedagogické intervence při komunikaci.

Na základě našich postupů a metod jsme vypracovali metodické postupy určené pro

pracovníky poskytující komplexní péči o uživatele v pobytových sociálních službách (sociálně pedagogické pracovníky, vychovatele speciálně pedagogických institucí, speciální pedagogy, pracovníky v sociálních službách) a pro zdravotní pracovníky (zdravotní sestry, ergoterapeuty), pod názvem „Komunikace u osob s poruchou kognitivních funkcí.“

Prokázali jsme, že můžeme přispět ke zmírnění, až odstranění nežádoucích poruch v chování, které patří k typickým projevům této nemoci. Pokud je osoba s DAT „mimo realitu“, je nejprve nutné v této náročné situaci přijmout iniciativu osoby s demencí, a teprve potom ji usměrnit správným směrem.

Ve třetí fázi výzkumu jsem se věnovala klíčovým kompetencím speciálního pedagoga s akcentem na individuální plánování průběhu sociální služby, které zapadají do celého systému individuálního plánu u osob s DAT. Díky výzkumnému zaměření jsem se v této kapitole snažila zodpovědět následující otázku: „Jaké klíčové kompetence má speciální pedagog v pobytové sociální službě se zvláštním režimem v systému individuálního plánování sociální služby, prostřednictvím speciálně pedagogických intervencí u osob s demencí?“

Při zjišťování odpovědi na tuto otázku jsme došli k závěru, že speciálně pedagogické intervence při individuálním plánování nám umožní pochopit, jak vypadá svět očima a myšlením respondenta, dokážeme se umět vcítit do jeho myšlenek, dokážeme zjistit, co potřebuje k tomu, aby byl spokojený. Na základě výzkumu jsme vytvořili metodický postup při stanovování speciálně pedagogické anamnézy u geriatrických osob s demencí. Dokázali jsme na základě rozhovorů a pozorování zhodnotit jednotlivé schopnosti respondenta (paměťové, řečové, exekutivní, aktivity denního života, zájmy), které jsme zpracovali do struktury pedagogické anamnézy. Uvedli jsme, jakým způsobem dokáže terapeut formulovat jednotlivé individuálně určené potřeby uživatele, společně stanovit krátkodobé cíle a následně vypracovat návrh konkrétních terapeuticko-formativních činností a aktivit, které uvádím v „Nápadníku“. Považuji za důležité, že jsme zjistili, že při individuálním plánování s osobami s DAT, mezi námi dochází k prohloubení vzájemného vztahu, a následně jsme schopni lépe poznat uživateli potřeby, cíle a přání.

Čtvrtá fáze je věnována případovým studiím jednotlivých, cíleně vybraných respondentů. U každého z deseti respondentů uvádím druhy a četnost vybraných terapeuticko-formativních přístupů, individuálně stanovených dle zjištěných potřeb. Zhodnocení roč-

ního působení těchto přístupů na respondenta zaznamenávám do tabulek a grafů s popisem. Výsledky mého sledování a práce se skupinou deseti uživatelů s DAT přineslo jasné výsledky. Působením práce terapeuta prostřednictvím speciálněpedagogických terapeuticko-formativních přístupů jsou pro osoby s DAT přínosem, a proto bych úplným závěrem ještě jednou uvedla výsledky deseti respondentů po roce působení na základě zmíněných testů ACE-CZ, MMSE. U všech deseti respondentů se na konci výzkumu prokázalo dle bodového hodnocení zlepšení kognitivních funkcí, což se projevilo také v denních všedních činnostech. Souhrnně lze tvrdit, že se všichni respondenti zlepšili v jednotlivých složkách kognitivních, fyzických, psychických, komunikačních a sociálních. Těší mě, že jsem výsledky a efektivitu mé práce mohla na základě testů prokázat. Myslím, že mnou zveřejněné výsledky jasně ukazují důležitost nejen speciálněpedagogických intervencí u uživatelů s DAT, ale i roli terapeuta, který je s nimi v každodenním kontaktu.

V páté fázi jsme se zaměřili na kooperaci s pracovníky, kteří se aktivně zapojili do výzkumu a prováděli terapeuticko-formativní činnosti se zkoumaným vzorkem. Na konci výzkumu jsem provedla rozhovory s klíčovými pracovníky, kteří se během roku zúčastnili (podíleli) na terapeuticko-formativních činnostech. Naším cílem bylo zjistit, zda aplikace speciálně pedagogických intervencí umožní osobám s DAT prožívat aktivně a smysluplně jim na míru připravené, cíleně vybrané terapeuticko-formativní činnosti. Díky výzkumnému zaměření jsem se v této kapitole snažila zodpovědět následující otázku: „Co osobám s DAT aktivizace přináší z pohledu pracovníků, konající aktivizační činnosti?“

Rozhovory s pracovníky přinesly zajímavé pohledy, názory těch, kteří se zapojili do výzkumu a prováděli terapeuticko-formativní činnosti a aktivizační činnosti se zkoumaným vzorkem. Faktem je, že všichni pracovníci se shodli na tom, že terapeuticko-formativní přístupy jsou pro seniory naprosto zásadní a je nezpochybnitelné, že na jejich psychickou i fyzickou stránku osobnosti mají významný vliv. Všichni se shodují, že život ve skupině je pro osoby s DAT určitým obohacením, že jim naplňují základní potřeby, a tím je kontakt s druhými lidmi, ale také vyšší potřeby, zprostředkovat pocit vlastní sebe-realizace, úspěchu, ocenění a radosti ze života. O efektivitě terapeutických programech se pracovnice shodly na výsledku, že se senioři s DAT zlepšují ve vícero složkách, a uvádějí, že terapeuticko - formativní činnosti považují za efektivní, smysluplné a přínosné.

V poslední fázi výzkumu jsem se snažila zodpovědět vlastním pozorováním respondentů na následující otázku: „*Jaký vliv mají terapeuticko-formativní přístupy na osoby s DAT?*“ Mohu říci, že když jsem začala aplikovat terapeuticko-formativní přístupy tak bylo vidět, že respondenti v podstatě nevědí, co je čeká, na co se mají připravit. Bylo na nich vidět, že „jdou do neznáma“, neboť dosud neměli možnost zúčastňovat se terapií. Všichni respondenti k nám přišli ze svého domova. Docházelo zpočátku k tomu, že měli obavy z toho, že selžou, že se před ostatními „ztrapní“. Proto jsem prvotně začala provádět jednotlivé terapie individuálně, až poté jsme vytvořili podmínky pro skupinové terapie a činnosti. Po dvou měsících se všichni respondenti ochotně účastnili integrovaných aktivit, ze kterých skoro všichni profitovali. Jednoznačně nejoblíbenějšími terapiemi se staly muzikoterapie a petterapie. Zajistila jsem pravidelnou návštěvu domácích mazlíčků, včetně canisterapeutického psa a pro efektivitu terapie jsme pořídili „domácí mazlíčky“ – králíka a morče, aby se s nimi mohli všichni denně potěšit.

Skupinová terapie se nám osvědčila, potvrdili jsme její efektivitu, protože se nám podařilo u respondentů s DAT vybudovat ve skupině pocit důvěry, zvýšení osobní autonomie, vyjadřování citů, emocí a neposledně prožívali relaxaci. Respondenti se zapojili do skupinové činnosti, vzájemně spolu komunikovali, společně se podporovali. K obrovskému zlepšení došlo u všech respondentů na základě dosavadního způsobu života, neboť žili doma sami se sebou a došlo tak evidentně k emočnímu oploštění. Život ve skupině je obohatil, naplnil základní potřeby člověka, a tím je kontakt s druhými lidmi, seberealizace, pocit lásky, sounáležitosti, možnost zažívat pocity úspěchu, ocenění a radost ze života. Uvedení kvalitních terapií speciálním pedagogem do života uživatelů s demencí Alzheimerova typu v pobytové sociální službě a jejich správná organizace jsou důležité pro působení na fyzickou a duševní stránku, ale také na udržování aktivního stavu určitého stávajícího stupně stádia demence. Cílem terapeuta by mělo být nabídnout a umožnit prožít osobám s demencí kvalitní, novátorskou a stimulující péči, která respektuje individualitu a hodnotu každého jedince. Vzhledem k rozsáhlému výčtu jednotlivých terapeutických činností a aktivit jsem zpracovala „Nápadník speciálně pedagogických intervencí“, ve kterém je prezentována využitelnost aplikovaných vybraných terapeuticko-formativních přístupů a metod. Předpokládám, že bude sloužit zejména pro Domovy pro seniory se zvláštním režimem, denní stacionáře, pro pracovníky v sociálních službách a

studenty, kteří se připravují na pracovní role sociálního pracovníka, sociálního pedagoga, speciálního pedagoga, vychovatele a pro pedagogy volného času.

Na začátku celé mé práce jsem uvedla současný problém role speciálního pedagoga v systému sociálních službách, konkrétně neukotvení jeho rolí a kompetencí v zákoně č. 108/2006Sb., o sociálních službách. V závěru své rigorózní práce bych chtěla potvrdit důležitost speciálního pedagoga v Domově pro seniory se zvláštním režimem, který je specialistou ve svém oboru, zná specifika cílové skupiny, čímž je senior s DAT. Proto si myslím, a svůj názor potvrzují ve své práci, že pracovní role speciálního pedagoga v sociální pobytové službě Domov se zvláštním režimem je nepostradatelnou součástí kvalitně poskytované sociální služby, a měl být zakotven do zákona o sociálních službách.

Doporučuji, aby se tato studie a zpracovaný „Nápadník speciálně pedagogických intervencí“ staly vyhledávaným studijním materiálem pro speciálně pedagogické pracovníky, kteří se chtějí stát odborníky na speciálně pedagogickou gerontagogiku, a rozhodli se poskytovat péči na základě získaných klíčových kompetencí, mezi které patří speciálně-pedagogické terapeuticko-formativní přístupy a metody u osob s demencí Alzheimerova typu.

15 RESUMÉ

V rigorózní práci jsme se zabývali speciálně pedagogickými intervencemi a metodami u osob s demencí Alzheimerova typu (DAT), prostřednictvím terapeuticko-formativních přístupů. Teoretická část byla rozdělena do sedmi kapitol a podkapitol, byla zaměřena na rozbor pojmů demence, Alzheimerova choroba, terapeutické přístupy, aktivizace, speciální pedagogika v systému sociálních služeb pro seniory, speciální pedagog a jeho klíčové kompetence s akcentem na komunikaci, a individuální přístup v péči o osoby s DAT. Výzkumná část je členěna do šesti kapitol, ve kterých jsme se podrobně zabývali specifickým přístupem z hlediska speciálního pedagoga v péči o osoby s DAT v ústavní péči. Stěžejní dvanáctá kapitola byla rozdělena do deseti podkapitol, přičemž každá podkapitola se podrobně zabývala případovými studii deseti respondentů. Ve třinácté kapitole jsme zanalyzovali rozhovory s pracovníky v sociálních službách, kteří se aktivně zapojili do výzkumu a prováděli terapeuticko-formativní přístupy a činnosti se zkoumaným vzorkem respondentů. Byl kladen důraz na kvalitativní a kvantitativní analýzu získaných dat.

Resume

The PhD final work dealt with pedagogical interventions and methods on people with dementia of Alzheimer's type (DAT), using methods of therapeutically formative approach.

The theoretical part was subdivided into seven chapters and sections. In theoretical part described and analysed the terms dementia, Alzheimer disease, therapeutical approaches, activation, old age and special pedagogy, pedagogical anamnesis, special pedagogue and his or her key competence/powers with emphasis on communication, individual approach in care for people with DAT.

The empiric section was subdivided into six chapters and sections. The empiric section is devoted to specific approach for therapy in case for people with DAT. The core of work was described in chapter twelve which was subdivided into ten sections. Each section described a case studies for 10 people with DAT. In chapter thirteen we analysed the interviews with staff people involved in research and also case studies of DAT patients, by whom the therapeutically formative approaches were studied. In work we focused to the quantitatively and qualitatively analysis of collected data from case studies.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- [1] BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M. *Poznejte demenci správně a včas - příručka pro klinickou praxi*: Praha: Mladá fronta a.s., 2010. 181 s. ISBN 978-80-204-2282-8.
- [2] ČÍŽKOVÁ, K. *Tanečně – pohybová terapie*: 1. vydání. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-547-7.
- [3] FRIEDLOVÁ, K. *Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatrii*. SESTRA, vol. XXII. č. 9., 2012. ISBN 1213-2330.
- [4] DESSAINTOVÁ, M., N. *Nezačínáme stárnout, Jak žít možná nejdéle příjemně, samostatně a důstojně*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 1999. ISBN 80-7178-255-6.
- [5] HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. Praha: Tritons, 2005. ISBN 80-7254-564-7.
- [6] HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- [7] HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J, a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, spol. s. r.o. 2007. ISBN 978-80-254-0177- 4.
- [8] HORT, J., RUSINA, R., et. al. *Paměť a její poruchy. Paměť z hlediska neurovědního a klinického*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-004-5.
- [9] HUUB, B. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, s.r.o. 2006. ISBN 80-7367-08-X.
- [10] CHRÁSKA, M. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. Olomouc: PF UP, 2006. ISBN 80-2444-1367-1.
- [11] CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

- [12] JIRÁK, R. a kol. *Demence*. 1. vydání. Olomouc: Maxdorf, 1999. 226 s. ISBN 80-85800-44-X.
- [13] JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., a kol. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
- [14] JIRÁK, R.; KOUKOLÍK, F.: *Demence, neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.
- [15] JOY., A. GLENNER a kol. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál. s. r. o., 2012. 136 s. ISBN 978-80-262-0154-0.
- [16] KOBĚRSKÁ, P., a kol. *Společnou cestou – Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpící demencí*. Praha: Portál, s.r.o., 2003. ISBN 80-7178-981-X.
- [17] KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše*. Praha: Galén, 2005. 264 s. ISBN 978-80-7262-314-3.
- [18] KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše*. 3. rozšíř. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-314-3.
- [19] MÜLLER, O. *Terapeuticko-formativní přístupy ve speciální pedagogice*. In Kol. Speciální pedagogika 2. Olomouc: UP, 2006. ISBN 80-244-1210-1.
- [20] MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN: 80-244-1075-3.
- [21] MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita v Brně – Pedagogická fakulta, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-252.
- [22] MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. 1. vydání. Praha: Grada, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3872.
- [23] PICHAUD, C., THAREAUNOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

- [24] ROSENFELD, I. *Žijte nyní, stárňte později*. 1. Vydání. Praha: Pragma, 2001. 372 s. ISBN 80-7205-761-8.
- [25] ŠÍČKOVÁ, F., J. *Základy arteterapie*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. 176 s. ISBN 978-80-7367-408-3.
- [26] VALENTA, M. *Dramaterapie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1819-4.
- [27] ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. Praha: Portál, 2007. 256 s. ISBN 978-80-736-7237-9.
- [28] Informační materiál: *Strategie České alzheimerovské společnosti v rámci projektu Kooperace jakosti*. Praha: 2009.
- [29] HORT, J. *Konference Dny paměti. Časná diagnostika Alzheimerovy choroby*. Praha: Pfizer dne 13. 3. 2008.
- [30] *Národní program rozvoje vzdělávání v České republice. Bílá kniha*. Praha: Tauris., 2001. ISBN 80-211-0372-2.
- [31] JUNGBAUEROVÁ, Y. *Aktivizační činnosti a jejich význam u seniorů s Alzheimerovou chorobou*. Bakalářská práce. UJEP, Ústí nad Labem, 2010.
- [32] JUNGBAUEROVÁ, Y. *Speciálně pedagogické intervence u osob s demencí Alzheimerova typ*. Magisterská práce. UJEP, Ústí nad Labem, 2012.

Seznam použitých internetových zdrojů

- [33] www.mpsv.cz, Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- [34] http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf.
- [35] www.canisterapie.cz.
- [36] www.ksp.upol.cz/cz/clenove/profil/muller/zaverecna-zprava.rtf
- [37] http://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_diagnoza.
- [38] <http://www.upol.cz/fakulty/pdf/e-pedagogium/#c13535>

- [39] <http://www.Kognice.cz/>
- [40] <http://www.who.cz/undefined/>
- [41] <http://www.msmt.cz/files/pdf/bilakniha.pdf>
- [42] www.alzheimer.cz;
- [43] www.alzheimer.sk
- [44] www.gerontologie.cz
- [45] <http://www.alz.co.uk/worldreport2013> - Světová zpráva o Alzheimerově chorobě
2013. 20. 9. 2013.

SEZNAM OBRÁZKŮ

12.1	Případová studie č.1 - Kvantifikace kognitivního postižení	88
12.2	Případová studie č.2 - Kvantifikace kognitivního postižení	93
12.3	Případová studie č.3 - Kvantifikace kognitivního postižení	98
12.4	Případová studie č.4 - Kvantifikace kognitivního postižení	103
12.5	Případová studie č.5 - Kvantifikace kognitivního postižení	108
12.6	Případová studie č.6 - Kvantifikace kognitivního postižení	113
12.7	Případová studie č.7 - Kvantifikace kognitivního postižení	118
12.8	Případová studie č.8 - Kvantifikace kognitivního postižení	123
12.9	Případová studie č.9 - Kvantifikace kognitivního postižení	128
12.10	Případová studie č.10 - Kvantifikace kognitivního postižení	133
C.1	Obrázky sada č.1	XIV
C.2	Obrázky sada č.2	XV
C.3	Obrázky sada č.3	XVI
C.4	Obrázky sada č.4	XVII
C.5	Obrázky sada č.5	XVIII
C.6	Obrázky sada č.6	XIX
C.7	Obrázky sada č.7	XX

SEZNAM TABULEK

12.1 Případová studie č.1 paní Věra - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci	88
12.2 Případová studie č.1 paní Věra - Kvantifikace kognitivního postižení . . .	88
12.3 Případová studie č.2 paní Ludmila - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci	93
12.4 Případová studie č.2 paní Ludmila - Kvantifikace kognitivního postižení .	93
12.5 Případová studie č.3 paní Anna - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci	98
12.6 Případová studie č.3 paní Anna - Kvantifikace kognitivního postižení . . .	98
12.7 Případová studie č.4 paní Jiřina - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci	103
12.8 Případová studie č.4 paní Jiřina - Kvantifikace kognitivního postižení . . .	103
12.9 Případová studie č.5 paní Milada - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci	108
12.10 Případová studie č.5 paní Milada - Kvantifikace kognitivního postižení . .	108
12.11 Případová studie č.6 paní Jaroslava - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci	113
12.12 Případová studie č.6 paní Jaroslava - Kvantifikace kognitivního postižení .	113
12.13 Případová studie č.7 paní Vladěna - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci	118
12.14 Případová studie č.7 paní Vladěna - Kvantifikace kognitivního postižení .	118
12.15 Případová studie č.8 paní Lisoleté - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci	123
12.16 Případová studie č.8 paní Lisoleté - Kvantifikace kognitivního postižení .	123
12.17 Případová studie č.9 paní Milena - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci	128
12.18 Případová studie č.9 paní Milena - Kvantifikace kognitivního postižení . .	128
12.19 Případová studie č.10 paní Miluše - Samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci	133

12.20	Případová studie č.10 paní Miluše - Kvantifikace kognitivního postižení .	133
13.1	Přehled účastníků rozhovorů	135

SEZNAM PŘÍLOH

A	Addenbrookský test	I
B	Clock test	X
C	Aktivity v Domově	XIII
D	Nápadník speciálně pedagogických intervencí	XXI

A ADDENBROOKSKÝ TEST

Addenbrookský kognitivní test – revidovaná verze ACE -CZ

Test umožňuje posoudit podrobněji větší počet kognitivních funkcí, především paměť, exekutivní funkce a zrakově prostorové schopnosti. Výsledkem je nejen celkový počet bodů (max. 100) vypovídající o globální mentální úrovni, ale i 5 podskóre charakterizujících jednotlivé kognitivní funkce (pozornost, orientace, paměť, slovní produkce, jazyk, zrakově- prostorové schopnosti).

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (revidovaná verze 2010)

Jméno a příjmení	<input type="text"/>	Administrátor	<input type="text"/>
Datum narození	<input type="text"/>	Pracovní diagnóza	<input type="text"/>
Délka vzdělání (roky)	<input type="text"/>	Lateralita	pravák <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/> ambidexter <input type="checkbox"/>
Dosažený stupeň vzdělání	<input type="text"/>	DATUM VYŠETŘENÍ	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

SKÓRE

POZORNOST A ORIENTACE

1. ORIENTACE

■ Zeptejte se pacienta:

1. Který je dnes den v týdnu?	<input type="text"/>	6. Ve kterém státě se nacházíme?	<input type="text"/>	(Skóre 0–10)	(Skóre 0–10)
2. Kolikátého je dnes?	<input type="text"/>	7. Ve kterém jsme městě?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Který je měsíc?	<input type="text"/>	8. Ve kterém jsme kraji nebo oblasti?	<input type="text"/>	ACE	ACE
4. Který je rok?	<input type="text"/>	9. Jak se jmenuje tato nemocnice / budova?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Které je roční období?	<input type="text"/>	10. Na kterém poschodí se nacházíme?	<input type="text"/>	MMSE	MMSE

■ U otázky č. 2 tolerujeme ± 2 dny v datumu. Otázku č. 5 hodnotíme následovně: jaro – březen, duben, květen; léto – červen, červenec, srpen; podzim – září, říjen, listopad a zima – prosinec, leden, únor. Nevyžadujeme tedy znalost přesných astronomických přechodů jednotlivých ročních období. U otázky č. 6 doporučujeme uznat odpověď Česká republika nebo Česko. U otázky č. 8 doporučujeme v případě testování v Praze uznat i Středočeský kraj.
Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem.

2. PAMĚŤ – ZAPAMATOVÁNÍ

■ Řekněte pacientovi:
„Můžeme si nyní vyzkoušet Vaši paměť? Řeknu Vám 3 slova. Pokuste se je po mně opakovat a zapamatovat si je. Za chvíli se Vás na tato slova znovu zeptám.“

lopata šátek váza

■ Slova vyslovujte zřetelně a pomalu rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud si je pacient nevybaví, opakujte je nejvíce ještě 3x, než se je naučí. Jinak bude zkreslen výsledek položky výbavnost.
Započítejte 1 bod za každé správně opakované slovo pouze při PRVNÍM opakování.

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

- Požádejte pacienta:

„Nyní odečítejte od čísla 100 opakovaně číslo 7, tedy sto mínus sedm, mínus sedm atd., dokud Vám nefeknu dost.“

100 M | 93 [] R | 86 [] K | 79 [] O | 72 [] P | 65 []

- Instrukci se snažte vysvětlovat tak dlouho, dokud ji dotyčný nepochopí. V průběhu odečítání již není možné opakovat instrukci. Zastavte odečítání, až osoba odečte 5× za sebou. Jestliže posuzovaný tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyžveďte ho: „Hláskujte slovo POKRM po jednotlivých písmenech. Nyní hláskujte slovo POKRM po jednotlivých písmenech pozpátku.“

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod. Pokud osoba udělá chybu a dále odečítá/hláskuje správně, počítejte pouze jako jednu chybu. Maximum je 5 bodů. Např. MROKP = 3 body.

(Skóre 0–5)

ACE
MMSE

(Skóre 0–5)

ACE
MMSE

POZORNOST

4. PAMĚŤ – VYBAVENÍ

- Řekněte pacientovi:

„Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl/a před chvílí zapamatovat.“

lopata [] šátek [] váza []

Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Na pořadí slov nezáleží.

(Skóre 0–3)

ACE
MMSE

(Skóre 0–3)

ACE
MMSE

5. PAMĚŤ – ANTEROGRÁDNÍ PAMĚŤ

- Řekněte pacientovi:

„Nyní Vám řeknu jméno s adresou. Teprve až skončím, zopakujete po mně všechny údaje. Takto to provedeme 3×, abyste měl(a) možnost se vše dobře naučit. Na konci testování se Vás na všechny údaje budu ptát.“

- Přečteme celé jméno s adresou a necháme pacienta všechny údaje zopakovat. Tímto způsobem provedeme celkově 3×.

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod. Do bodování započítáváme pouze třetí pokus.

(Skóre 0–7)

ACE

(Skóre 0–7)

ACE

	1. pokus	2. pokus	3. pokus
Martin Dvořák			
Sadová třída 73			
Královice			
Soběslav			

6. PAMĚŤ – RETROGRÁDNÍ PAMĚŤ

- Zeptejte se pacienta:

Kdo je současným předsedou vlády (premiérem)?

Kdo byl prvním prezidentem naší republiky po revoluci v roce 1989?

Kdo je současným prezidentem Spojených států amerických?

Který prezident Spojených států amerických byl zavražděn v roce 1963?

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.

(Skóre 0–4)

ACE

(Skóre 0–4)

ACE

7. SLOVNÍ PRODUKCE – slova začínající písmenem „P“

7a Písmena

- Řekněte pacientovi:

„Nyní Vám řeknu jedno písmeno z abecedy a Vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která tímto písmenem začínají. Nesmí to však být jména osob ani měst, ani nesmíte vyjmenovávat slova se stejným slovním základem. Například od písmena „B“ mají stejný slovní základ slova: bydlet, bydlíme, bydlíště, bydlí apod. Jste připraven(a)? Můžeme začít? Máte jednu minutu na to, abyste vyjmenoval(a) co nejvíce slov, která začínají na písmeno „P“. Teď!“

1	8	15	22
2	9	16	23
3	10	17	24
4	11	18	25
5	12	19	26
6	13	20	27
7	14	21	28

Počet slov

Odpovídá skóre

>17

7

14–17

6

11–13

5

8–10

4

6–7

3

4–5

2

2–3

1

<2

0

(Skóre 0–7)

ACE

(Skóre 0–7)

ACE

PAMĚŤ

SLOVNÍ PRODUKCE

Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedeme na odpovídající skóre.

III

7. SLOVNÍ PRODUKCE - zvířata

7b Zvířata

- Řekněte pacientovi:
„Nyní je Vaším úkolem vyjmenovat co nejvíce zvířat, která znáte. Slova mohou začínat jakýmkoliv písmenem. Na tuto úlohu máte opět jednu minutu. Jste připraven/a? Můžeme začít? Ted!“

1	9	17	25
2	10	18	26
3	11	19	27
4	12	20	28
5	13	21	29
6	14	22	30
7	15	23	31
8	16	24	32

Počet slov	Odpovídá skóre
>21	7
17–21	6
14–16	5
11–13	4
9–10	3
7–8	2
5–6	1
<5	0

(Skóre 0–7)	(Skóre 0–7)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	ACE

Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedeme na odpovídající skóre.

8. JAZYK – POROZUMĚNÍ

- 8a** Ukažte pacientovi nápis „Zavřete oči“ (na Listu pro pacienta) a vyzvěte ho k vykonání příkazu. Instrukci neopakujte.

„Pokud potřebujete brýle na čtení, tak si je nyní nasadte. Přečtete tento pokyn a provedte ho.“

Započtete 1 bod pouze tehdy, pokud vyšetřovaný skutečně zavře oči.

(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	ACE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
MMSE	MMSE

- 8b** Položte před pacienta list papíru a vyzvěte ho k následujícímu úkolu:

„Nyní budete mít úkol, který si nejdříve vyslechnete a pak ho teprve budete provádět. Vezmete tento papír do pravé ruky, přeložíte ho oběma rukama na polovinu a položíte ho na zem.“

Za každou správně provedenou činnost započtete 1 bod.

(Skóre 0–3)	(Skóre 0–3)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	ACE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
MMSE	MMSE

9. JAZYK – PSANÍ

- Dejte vyšetřovanému tužku, List pro pacienta a vyzvěte ho k napsání věty. „Napište do tohoto volného prostoru listu jakoukoli jednoduchou větu, která Vás napadne a která dává smysl.“

Jeden bod započtete, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné a interpunkční chyby.

(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	ACE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
MMSE	MMSE

10. JAZYK – OPAKOVÁNÍ

- Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující slova.“ Slova vyslovujeme zřetelně a jednotlivě. Pacient vždy opakuje pouze jedno slovo, ne všechna dohromady.

- 10a** chobotnice výstřednost nesrozumitelný statistik
Hodnotíme: 2 body, pokud jsou zopakována všechna slova správně
1 bod, pokud jsou zopakována tři slova správně
0 bodů, pokud jsou správně zopakována dvě a méně slov

(Skóre 0–2)	(Skóre 0–2)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	ACE

- Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující věty.“

- 10b** „Prostě tak a ne jinak.“

Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započtete 1 bod.

(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	ACE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
MMSE	MMSE

- 10c** „Nahoře, vzadu a dole.“

Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započtete 1 bod.

(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	ACE

SLOVNÍ PRODUKCE

JAZYK

11. JAZYK – POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTŮ

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Pojmenujte předměty na obrázcích.“

Místo prvních dvou obrázků (tužka a hodinky) na Listu pro pacienta doporučujeme pacientovi ukázat skutečné předměty. V následujícím textu jsou uvedeny názvy jednotlivých obrázků. Jiné názvy doporučujeme neuznávat.

1. Tužka nebo správný název ukazovaného předmětu.	<input type="checkbox"/>
2. Hodinky, náramkové hodinky	<input type="checkbox"/>
3. Klokán, klokanice, klokanice s mládětem	<input type="checkbox"/>
4. Tučňák, pinguin	<input type="checkbox"/>
5. Kotva	<input type="checkbox"/>
6. Velbloud, velbloudice, dromedár, jednohrbý velbloud	<input type="checkbox"/>
7. Harfa	<input type="checkbox"/>
8. Nosorožec	<input type="checkbox"/>
9. Sud, soudek, bečka	<input type="checkbox"/>
10. Královská koruna, koruna	<input type="checkbox"/>
11. Krokodýl, aligátor, ještěr, ještěrka	<input type="checkbox"/>
12. Harmonika, tahací harmonika, akordeon	<input type="checkbox"/>

Přidělíme 1 bod za každý správně pojmenovaný obrázek.

tužka + hodinky

(Skóre 0–2)

MMSE

(Skóre 0–2)

MMSE

všech 12 obrázků

(Skóre 0–12)

ACE

(Skóre 0–12)

ACE

12. JAZYK – POROZUMĚNÍ

- Použijte obrázky z Listu pro pacienta z úlohy č. 11 a zeptejte se pacienta:

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s královstvím.

Ukažte jeden obrázek, na kterém je vačnatec.

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s Antarktidou.

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s námořnictvím.

U otázky dotazující se na souvislost s námořnictvím lze kromě kotvy uznat jako správné odpovědi i sud a harmonika.

Přidělíme 1 bod za každou správnou odpověď.

(Skóre 0–4)

ACE

(Skóre 0–4)

ACE

13. JAZYK – ČTENÍ

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Nyní přečtete následující slova“ (šít, litr, saze, těsto, výška).

Přidělíme 1 bod, pokud pacient přečte správně VŠECHNA slova.

(Skóre 0–1)

ACE

(Skóre 0–1)

ACE

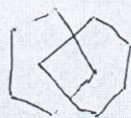
14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

14a Překrývající se pětiúhelníky

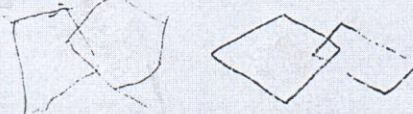
- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Překreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.“ Dejte vyšetřovanému tužka a vyzvěte ho k překreslení obrázku. Třes ani rotace nevadí.

Započtete 1 bod, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a 2 překřížení.

Příklad:
Správně = skóre 1



Příklad: Špatně = skóre 0



(Skóre 0–1)

ACE

(Skóre 0–1)

ACE

MMSE

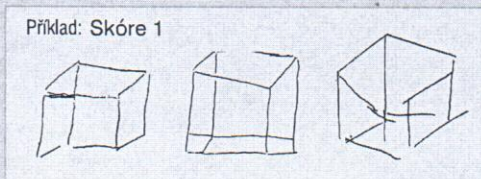
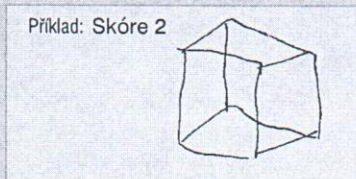
MMSE

Úloha č. 14 pokračuje na další straně.

14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI (pokračování)

14b Kostka

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:
„Nyní překreslete tento obrázek co nejpřesněji podle předlohy.“
U kostky by měly být rozpoznatelné všechny strany v adekvátních úhlech a vzájemných prostorových propojeních. Podle kvality provedení hodnotíme 0–2 body.



(Skóre 0–2)

ACE

(Skóre 0–2)

ACE

14c Hodiny

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:
„Nakreslete hodiny, ciferník s číslicemi, a poté dokreslete ručičky, které ukazují 5 hodin 10 minut.“
Zvlášť přidělujeme body za provedení kruhu, rozmístění číslic na ciferníku a umístění ručiček. Podle kvality provedení hodnotíme 0–5 body.

(Skóre 0–5)

ACE

(Skóre 0–5)

ACE

Pravidla pro skórování hodin

Kruh

1 bod – za rozpoznatelné provedení kruhu

Číslice

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

1 bod – pokud ciferník zahrnuje všechny číslice, ale tyto jsou nekvalitně či chybně rozmístěné

Umístění ručiček





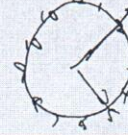

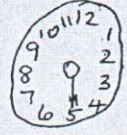
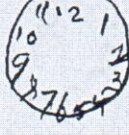
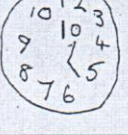
2 body – obě ručičky jsou správně umístěné, mají odlišnou délku („malá“ a „velká“ ručička) a směřují ke správným číslicím (můžete se pacienta zeptat a ujasnit si, která z ručiček je velká a která malá)

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

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

nebo 1 bod – pokud je alespoň jedna ručička nasměrována ke správné číslici

Příklady:

Skóre 5 Kruh (1) číslice správně rozmístěné po obou stranách ciferníku (2), obě ručičky správně umístěné (2). 	Skóre 4 Kruh (1) číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1). 	Skóre 4 Kruh (1) všechny číslice, ale nesprávně rozmístěné (1), obě ručičky umístěné správně (2). 
Skóre 4 Kruh (1) číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1). 	Skóre 3 Kruh (1) číslice nejsou umístěné v kruhu, 2x číslo 10 (0), ručičky správně umístěné (2). 	Skóre 3 Kruh (1) všechny číslice, avšak neumístěné (1) v kruhu, jedna ručička správně umístěná (1). 
Skóre 3 Kruh (1) všechny číslice, ale chybně rozmístěné (1), jedna ručička správně umístěná (1). 	Skóre 2 Kruh (1) všechny číslice jsou napsány, ale nejsou umístěny v kruhu (1). 	Skóre 2 Kruh (1) jedna ručička umístěná správně (1). 

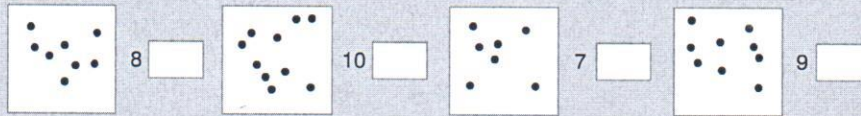
15. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Spočítejte všechny tečky v daném obrázku bez toho, aniž byste si na ně ukazoval.“
Přidělíme 1 bod za každý správně určený počet teček ve čtverci.

(Skóre 0–4)

ACE

(Skóre 0–4)

ACE


16. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Přečtěte následující písmena.“
Přidělíme 1 bod za každé správně rozpoznané písmeno.

(Skóre 0–4)

ACE

(Skóre 0–4)

ACE


17. VYBAVENÍ (RECALL) – VYBAVENÍ ANTEROGRÁDNÍCH PAMĚŤOVÝCH INFORMACÍ

- Řekněte pacientovi: „Před chvílí jste se učil(a) a měl(a) si zapamatovat jméno s adresou. Zkuste mi nyní všechny údaje zopakovat.“
Přidělíme 1 bod za každou správně vybavenou položku.

(Skóre 0–7)

ACE

(Skóre 0–7)

ACE

Martin	<input type="checkbox"/>	Dvořák	<input type="checkbox"/>		
Sadová	<input type="checkbox"/>	třída	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>
Královice	<input type="checkbox"/>				
Soběslav	<input type="checkbox"/>				

18. ZNOVUPOZNÁVÁNÍ (REKOGNICE)

Tato část je administrována, pokud pacient selže v předchozí zkoušce ve vybavení jedné nebo více položek. Testujeme pouze pacientem nevybavené položky. Pokud si pacient vybaví všechny položky předchozí zkoušky, přeskočíme tuto zkoušku a automaticky skórujeme 5 body.

(Skóre 0–5)

ACE

(Skóre 0–5)

ACE

- Pacientovi řekněte: „Dobře, nyní Vám budu trochu napovídat. Například, řeknu Vám tři jména a Vy z nich zkusíte vybrat to, které bylo uvedeno na adrese. Takto budeme pokračovat i v dalších položkách.“

Každá správně rozpoznaná položka je hodnocena jedním bodem, který připočteme k bodům případně získaným automaticky správným spontánním vybavením v minulé zkoušce.

Pavel Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Doležel	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Květinová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová třída	<input type="checkbox"/>	Sadová ulice	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Pavlovice	<input type="checkbox"/>	Královice	<input type="checkbox"/>	Smíchov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Soběslav	<input type="checkbox"/>	Vsetín	<input type="checkbox"/>	Tachov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>

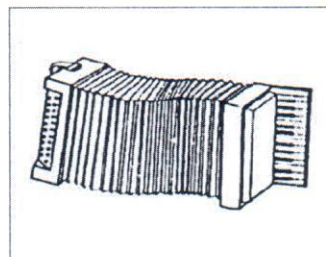
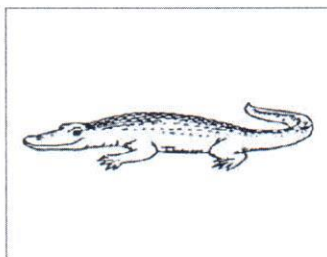
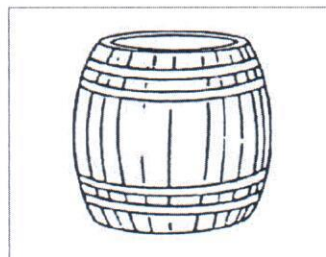
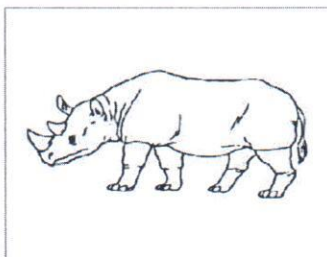
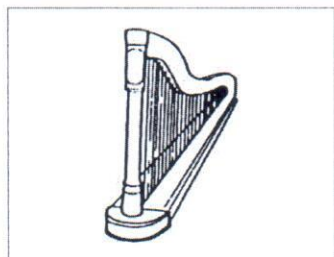
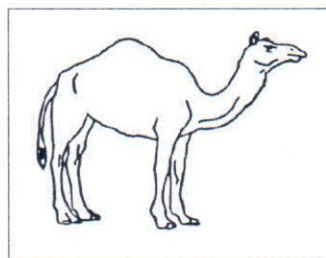
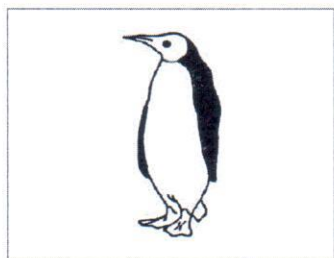
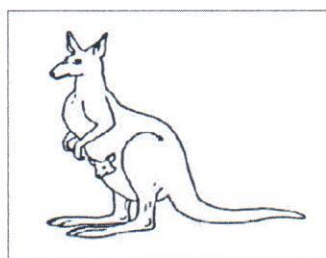
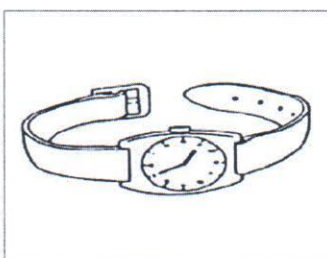
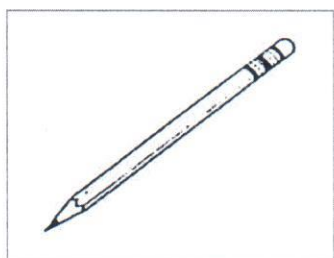
List pro pacienta

8.

ZAVŘETE OČI

9.

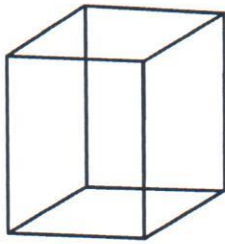
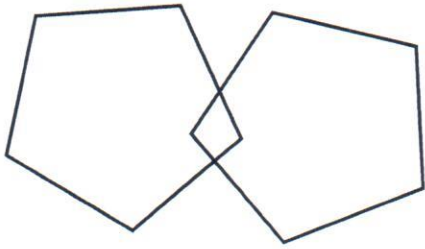
11.



13.

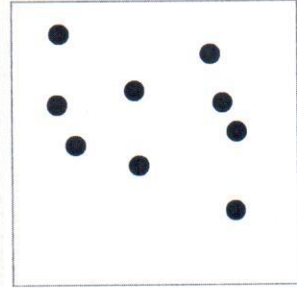
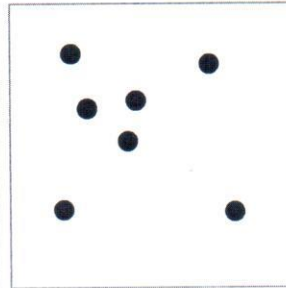
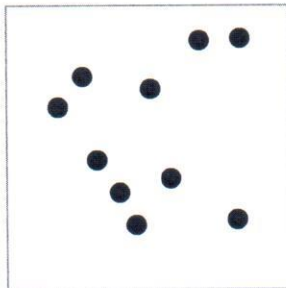
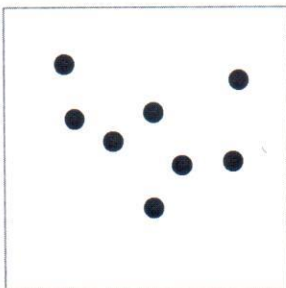
šít litr saze těsto výška

14.

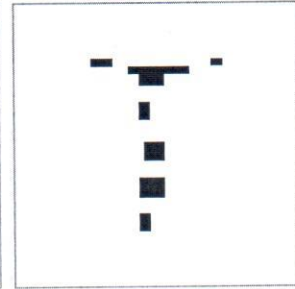
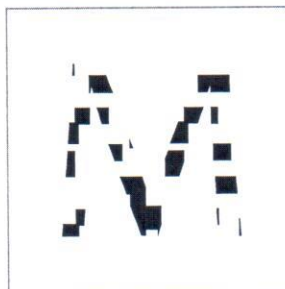
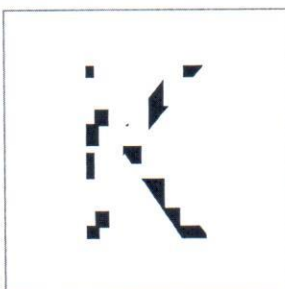


Hodiny

15.



16.



B CLOCK TEST

Alzheimerova choroba a jiné demence se projevují poruchou prostorového rozlišování. Velmi dobrým a jednoduchým testem je tzv. test kreslení hodin. Test je důležitý pro srovnání výkonu pacienta v čase a poskytuje i informace o momentálním stavu prostorového rozlišování, se kterým velmi úzce souvisí stav ostatních kognitivních funkcí. Test hodin je zakomponován do testu Addenbrookského, jako test MMSE, (i když struktura není zcela identická s původním MMSE).

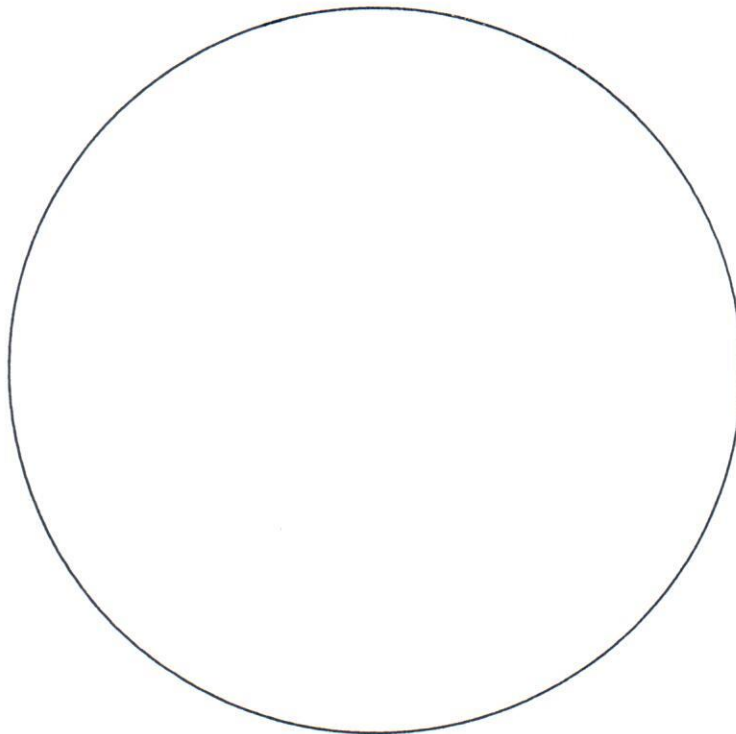
Test hodin

Jméno pacienta.....Datum.....Test provedl.....

TEST HODIN

Je používán jako relativně ciltivý test pro Alzheimerovu chorobu a jiné typy demence, které se zejména v počátečních stádiích projevují poruchami prostorového cítění.

Test je jednoduchý. Požádáte pacienta, aby nakreslil do vyznačeného kruhu ciferník hodin a vyznačil určitou hodinu (například tři čtvrtě na tři)



Bodové hodnocení v tomto případě není nutné, protože normou je správný ciferník a správně vyznačená hodina. Jakékoli odchylky, které nebyly pacientem opraveny je třeba považovat jako minimálně hraniční, ale spíše již patologický nález.

Významné je zejména sledování vývoje tohoto testu.

(Shulman, K.I.-Gold,D.P. 1983)

Test hodin

Alzheimerova choroba a jiné demence se projevují poruchou prostorového rozlišování. Velmi dobrým a jednoduchým testem je tzv. test nakreslení hodin (Clock Drawing Test nebo prostě Clock Test – Shulman K.K., Gold D.P. et al.: Clock-Drawing and dementia in the Community: A longitudinal study. *Ing. J. Geriatr. Psychiatry* 8, 1993: 487-496)
Požádáte pacienta, aby nakreslil ciferník hodina a poté vyznačil postavení ručiček v momentálním stavu prostorového rozlišování, se kterým velmi úzce souvisí stav ostatních kognitivních funkcí. Hodnotíme následujícím způsobem:

1. Bezchybné provedení
 - číslice 1 – 12 ve správném pořadí i místě
 - obě ručičky ve správné poloze pro určený čas

2. Lehká prostorová chyba ciferníku hodin
 - vzdálenost mezi číslicemi nerovnoměrné
 - číslice mimo kruh
 - otočení papíru s otočením číslic
 - použití pomocných čar pro lepší orientaci

3. Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin
 - pouze jedna ručička
 - čas zaznamenán slovně – čas vůbec nezaznamenán

4. Střední stupeň prostorové dezorientace, takže zaznamenání času není možné
 - nepravidelné mezery
 - zapomenutí čísel
 - perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12
 - záměna pravý-levý, číslice proti směru

5. Těžká prostorová dezorganizace
 - jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno

6. Chybí zakreslení hodin
 - žádný pokus zakreslit hodiny
 - ani vzdálená podrobnost s hodinami
 - napsáno slovo, jméno, obrázek

Při tomto vyhodnocení testu je opět třeba mít na paměti, že jeho pozitivita (od stupně 2) může být způsobena nejen Alzheimerovou chorobou a jinými příčinami demence, ale že je zejména třeba pamatovat také na vyloučení či potvrzení deprese či akutního stavu (delirium, dezorientace, zmatenost, amentní stav).

C AKTIVITY V DOMOVĚ

Dům pokojného stáří svaté Ludmily

Posláním Domova je „poskytnout seniorům důstojné a klidné prožití stáří v rodinném, důvěrném a bezpečném prostředí.“

Poskytujeme dvě sociální pobytové služby:

Dle ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách poskytujeme dvě služby: Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem.

Naše cíle:

- umožnit důstojné a klidné prožití stáří
- zachovat a rozvíjet samostatnost a soběstačnost
- zachovat kontakt se společenským prostředím a rodinou
- zachovat a rozvíjet fyzické, sociální a duševní schopnosti uživatelů
- poskytovat bezpečné a odborné služby, které respektují důstojnost uživatelů a jsou založeny na principech etického kodexu
- napomáhat adaptaci uživatelů na nové prostředí, napomáhat jejich aktivizaci a seberealizaci
- respektovat svobodu jako nejvyšší hodnotu člověka
- spolupracovat s uživateli, rodinami a blízkými osobami

Naše zásady:

- respektování vůle uživatelů, jejich důstojnosti a lidských práv
- podpora pozitivního myšlení a aktivizace zájmů podle přání uživatelů
- služba je založena na principu partnerství
- otevřená spolupráce pracovníků a vedení organizace
- podpora kontaktu uživatelů s jejich rodinami, blízkými a přáteli
- zachování soběstačnosti uživatelů

Nabízíme:

- komplexní péči o seniory s důrazem na individuální přístup
- ubytování a stravu, pomoc při péči o vlastní osobu

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a začlenění do místní komunity
- volno časové aktivity, sociálně terapeutické aktivity, terapeuticko-formativní přístupy
- 24 hodinovou zdravotní a ošetrovatelskou péči
- sociální poradenství, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí
- úklid, praní, žehlení, opravy prádla
- duchovní službu – mše Svaté v kapli Svaté Ludmily v Domově
- okamžitý odborný kontakt se zdravotní sestrou prostřednictvím signalizační techniky
- kavárnu „Liduška“ s počítači a připojením na internet
- fakultativně nabízíme v Domově kadeřnictví, pedikúru, manikúru, kosmetiku, relaxační a zdravotní masáže

Život v Domově



(a) Aktivita domácí kino



(b) Aktivita pečení

Obrázek C.1: Obrázky sada č.1



(a) Aktivita výroba chlebíčků



(b) Arteterapie ubrousková technika



(c) Arteterapie tvoříme korále



(d) Cvičení s míčky



(e) Cvičení s šátky



(f) Procházky po okolí

Obrázek C.2: Obrázky sada č.2



(a) Masopustní zábava



(b) Výlet vláčkem



(c) Slavíme narozeniny



(d) Masopustní zábava



(e) Karneval



(f) Společenské hry

Obrázek C.3: Obrázky sada č.3



(a) Čarodejnice



(b) Společenské stolní hry



(c) Slavíme narozeniny



(d) Venkovní cvičení



(e) Výlet vláčkem pivovar Velké Březno



(f) Objekt

Obrázek C.4: Obrázky sada č.4



(a) Animoterapie činčila



(b) Animoterapie Kevin



(c) Canisterapie Betty



(d) Canisterapie Betty



(e) Animoterapie



(f) Objekt

Obrázek C.5: Obrázky sada č.5



(a) Arteterapie tvoříme ozdoby na sklenice



(b) Ergoterapie výroba girlandy



(c) Arteterapie tvoříme papírové košíčky



(d) Vyrábíme mýdla



(e) Arteterapie tvoříme kytky z organzy



(f) Arteterapie tvoříme sněhuláky

Obrázek C.6: Obrázky sada č.6



(a) Arteterapie tvoříme zápichy do květináčů



(b) Arteterapie tvoříme útvary z keramické hlíny



(c) Arteterapie tvoříme tučňáky



(d) Ergoterapie vyrábíme mýdla



(e) Klub Liduška



(f) Pokoj uživatele

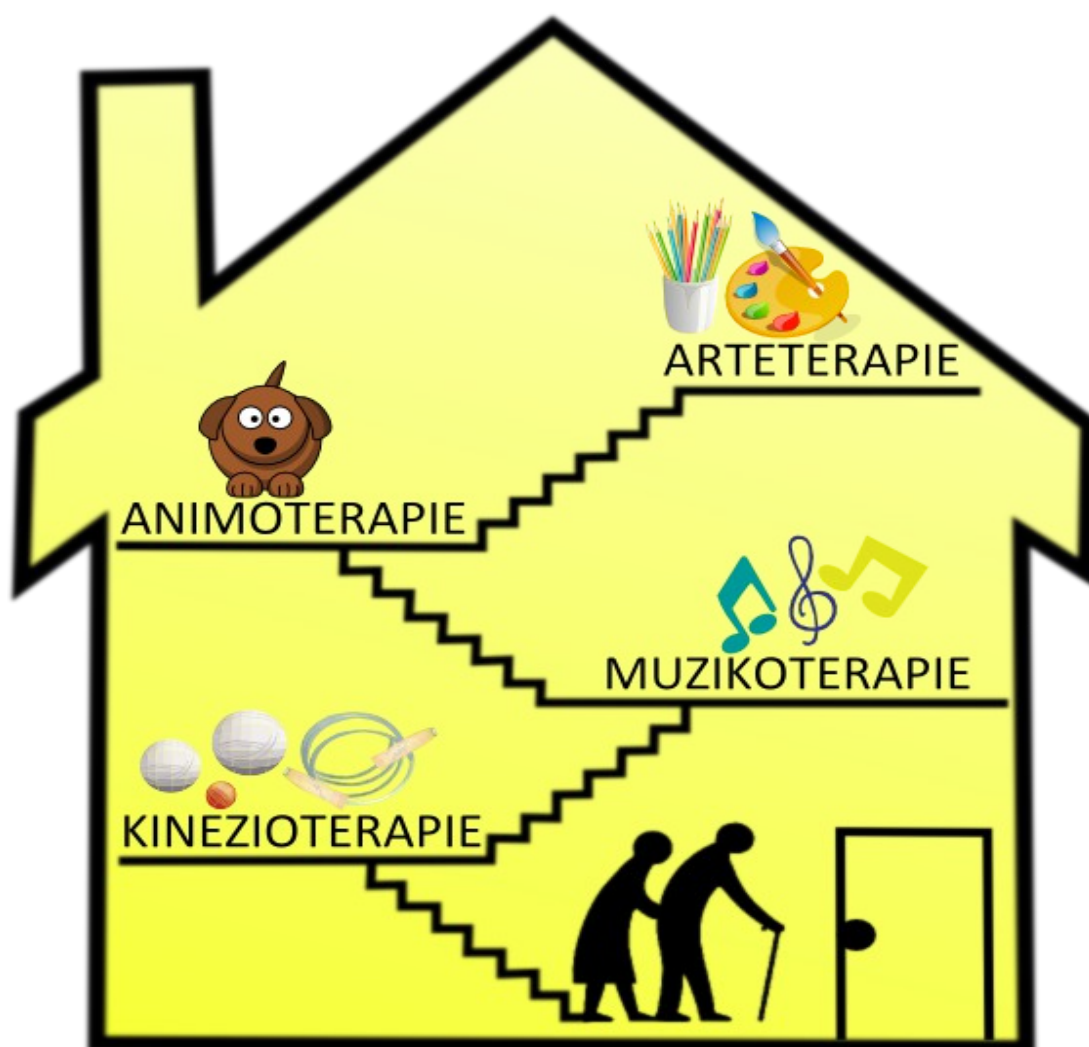
Obrázek C.7: Obrázky sada č.7

D NÁPADNÍK SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÝCH INTER- VENCÍ

„Nápadník obsahuje nabídku terapeuticko-formativních přístupů, metodických postupů a aktivit pro seniory žijící v pobytových sociálních službách.

Péče o člověka s demencí
Nápadník speciálně
pedagogických intervencí

Terapeuticko-formativní činnosti u osob s demencí v
domově se zvláštním režimem



Úvodní slovo

Vážení pečující, studenti, pokrok v péči o uživatele žijící v pobytových sociálních službách se zvláštním režimem, by nebyl možný, bez celistvého multidisciplinárního přístupu. Možná, že jste to právě vy, kteří budete součástí managementu, doplníte tak své kolegy (erudované lékaře, kvalifikované zdravotnické pracovníky, sociální pracovníky) v poskytování kvalitní péče o osoby s Alzheimerovou chorobou a jinou demencí.

Nápadník Vám může být odrazovým můstkem pro aplikaci speciálně pedagogických intervencí s akcentem na terapeuticko-formativní postupy a metody, patřící k nefarmakologickým přístupům. Nápadník vychází z vlastních zkušeností, které jsem při své dlouholeté práci s osobami s DAT a jinými druhy demencí aplikovala. Obsahem jsou činnosti, které pro mnohé z Vás budou novátorské, avšak dnes je mnoho z Vás, kterým jsem své zkušenosti a praktické dovednosti již předala v rámci studia v přípravě na pracovní role ergoterapeut, sociální pedagog, vychovatel pro speciálně pedagogické instituce a pro pedagoga volného času. Předpokládám, že jeho využití uplatní nejen studenti speciální pedagogiky, ale i ti, kdo se rozhodli pečovat o uživatele v pobytových sociálních službách.

Obsah

Úvodní slovo.....	2
Arteterapeutické prvky.....	5
Malování na květináče.....	6
Ubrousková technika (decoupage) na květináče.....	7
Korálky ze samo-tvrdnoucí hmoty.....	8
Vázy a květináče zdobené látkou.....	9
Tvorba bambulí z vlny ve tvaru zvířat.....	10
Tvorba hroznu z luštěnin.....	11
Zdobení talířů, hrnků, květináčů.....	13
Tvorba svítlen.....	14
Obtiskování, malování na textil, papír.....	14
Textilní koláž z látky.....	16
Tvorba kuliček z krepového papíru.....	17
Tvořivá činnost se slaným těstem.....	17
Závěsná koule z krepových růží.....	18
Tvorba andělíčků ze šišek.....	19
Animoterapie (zooterapie, petterapie, canisterapie).....	21
Péče o zvířata v Domově.....	22
Kinezioterapie.....	23
Průběh kinezioterapeutické jednotky.....	24
v sociální pobytové službě.....	24
Napodobování činností.....	27
Sportovně zábavné hry.....	28
Košíková.....	28
Kobereček.....	29
Kroužky.....	30
Hokejbal.....	30
Dobrá trefa.....	31
Kuželky.....	32
Muzikoterapie.....	33
Zpívání bez hudebních nástrojů.....	34

Hádáme název písničky.....	35
Rozpoznáváme písničky podle melodie.....	35
Hádáme barvu v textu písničky.....	36
Hádáme zvíře v textu písničky.....	36
Hádáme města v textu písničky.....	37
Zpívání za doprovodu hudebních nástrojů.....	39
Pohybové prvky v sedě.....	40
Baletka – relaxační hudba.....	41
Výstup na RYSY– pochodová hudba.....	41
Kognitivní rehabilitace Hra „Kolotoč“	42
Vybavujte si města.....	44
Vybavujte si ovoce zeleninu.....	44
Hmatem poznávejte obsah pytlíku.....	44
Slova dvou a více významů.....	45
Slovní opaky.....	46
Zábava s příslovími.....	46

Arteterapeutické prvky

Arteterapeutické techniky jsou uživateli sociálních pobytových služeb s demencí Alzheimerova typu (DAT) přijímány s nadšením. Tvořivé činnosti, mezi které patří i výtvarná tvorba, jsou sami o sobě tvůrčími činnostmi v jakékoliv podobě, pomáhají odvádět účastníky od destruktivního chování, a hrají významnou roli v překonávání jejich psychických obtíží. Stávají se prostředkem odreagování, seberealizace, jímž nám osoby sdělují své pocity a myšlenky. Pomocí produktivní (aktivní) arteterapie, která zahrnuje použití konkrétních tvůrčích činností a materiálů, působí terapeut na jednotlivé kognitivní složky, a tím rehabilituje paměť, koncentraci, výbavnost, soustředěnost, abstraktní myšlení, jazyk, smysly. Udržuje svalovou sílu, jemnou motoriku, koordinaci oko-ruka. Uživatel má možnost pracovat ve skupině, a tím komunikuje s ostatními, vyjadřuje své pocity, posiluje vlastní hodnotu, udržuje interpersonální vztahy, dává nám zpětnou vazbu.

Při této činnosti využíváme jednu či více výtvarných technik a prostředků, pracujeme buď na ploše, nebo v prostoru např.:

- kresba, malba, malování na porcelán, na sklo, na textil, na hedvábí,
- textilní techniky, textilní koláže, batikování textilu,
- techniky s papírem – mačkání, stříhání, skládání, lepení,
- modelování, práce s hlinou, těstem, speciálními kreativními hmotami,
- práce s klovatinou, s přírodními materiály - obilí, listí, šišky, plody (žaludy, kaštiny, bukvice), luštěniny.

Chtěla bych připomenout, že oblíbené činnosti u osob s DAT jsou takové, u kterých není kladen důraz na výkon, proto tento důraz **neklademe nikdy**, důležité je dát uživateli pocit úspěchu a užitečnosti.

Malování na květináč

Úkolem této tvořivé činnosti je, že uživatel za pomoci houbičky, nebo štětce nanáší barvu na květináč.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II., III. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 4- 6 uživatelů, trvá cca 40min. (dva terapeuti)

Pomůcky: Květináče různých velikostí, štětce, akrylové barvy, molitanové houbičky (jsou vhodné houbičky na nádobí).

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut průběh techniky a uživatelům předvede již zhotovený, finální výrobek pro snadnější pochopení, toho co je čeká, ale také pro jejich motivaci k tvořivé činnosti.

Metodické postupy tvořivé činnosti: Každý uživatel má před sebou misku, ve které je namíchaný požadovaný odstín barvy. Vezme si do ruky houbičku a jemně namáčí do předem namíchané požadované barvy. Barvu nanáší houbičkou na květináč. Pro vytvoření efektivního nánosu barvy je vhodné houbičkou s barvou přikládat na jednotlivá místa, nerozmazávat po ploše. Je nutné tuto činnost postupně opakovat stále kolem květináče tak, aby byla celá plocha nabarvena požadovaným odstínem. Tato technika je vhodná pro uživatele, kteří mají potíže s udržením štětce, s pochopením jednotlivých úkonů při manipulaci se štětcem, barvou a nátěrem na květináč. Terapeut může využít svou kreativitu, nápaditost, a může doplnit krakovací technikou, ozdobení květináče aranžérskými pomůckami.

Ubrousková technika (decoupage) na květináče

Úkolem této tvořivé činnosti je, že uživatel ozdobí květináč motivem z ubrousku.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 4-6 uživatelů, trvá cca 40min. (dva terapeuti)

Pomůcky: Květináče jednobarevné, pomalované akrylovými barvami, třívrstvý ubrousek s motivem, štětce, bezbarvý lak ve spreji či lahvičce, nůžky, speciální lepidlo na ubrouskovou techniku (doporučuji od výrobce).

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut průběh techniky a uživatelům předvede již zhotovený, finální výrobek pro snadnější pochopení toho, co je čeká, ale také pro jejich motivaci k tvořivé činnosti.

Metodické postupy tvořivé činnosti: Nejdříve si z třívrstvého ubrousku vystříhnete daný motiv a oddělíte pouze jeho nejsvrchnější vrstvu (barevnou), zbylé dvě vrstvy nepoužijete. Na květináč nanese speciální lepidlo tak, aby pokrylo plochu vystřiženého ubrousku. Ubrousek se lehce, ne silou, přitlačí, a pomocí štětce, který je napuštěn lepidlem, přetřete a vyhladíte daný motiv. Po zaschnutí můžete již ozdobený květináč přetřít, nebo přestříkat bezbarvým lakem. Tato část je náročná na jemnou motoriku, proto činnost spojenou s uhlazením ubrousku na květináč navlhčeného od lepidla, přenecháte těm uživatelům, kteří nemají výraznou poruchu jemné motoriky.

Korálky ze samo-tvrdnoucí hmoty

Úkolem této tvořivé činnosti je, že uživatel vytváří ze samo-tvrdnoucí hmoty spirálové korále, které koloruje vodovými barvy.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 4-6 uživatelů, trvá cca 40min. (dva terapeuti)

Pomůcky: Samo-tvrdnoucí hmota, misky s vodou, špejle, vodové či temperové barvy, bezbarvý lak, kůže na krk, slabé střední štětce, kelímky na vodu, desku z plastu, na které zpracováváte hmotu, lehký váleček na těsto.

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut průběh techniky a uživatelům předvede již zhotovený, finální výrobek pro snadnější pochopení toho, co je čeká, ale také pro jejich motivaci k tvořivé činnosti.

Metodické postupy tvořivé činnosti: Odkrájíte požadovanou část hmoty, kterou podáte uživateli na připravenou pracovní desku. Pomocí válečku na těsto, (doporučuji lehčí, plastový) ukážete techniku rozválení těsta na požadované nudličky, o průměru cca 0,5cm a dlouhé cca 6-8cm. Poté terapeut vezme špejli, kterou přelomí na půl, a podá uživateli. Úkolem terapeuta je vysvětlit techniku spirálovitého omotávání vytvořené nudličky na špejli. Omotávání je snadné, někdy dochází k přílišnému utažení hmoty na špejli, vzniká pak silnější a větší korálek. Po ovinutí špejle hmotou přistupuje terapeut ke konečné fázi, a tím je vysunutí spirálovité hmoty ze špejle. Vznikne spirálový korálek ve tvaru mořské škeble, s dírkou uprostřed, která slouží k navléknutí na požadovanou kůži na krk. Takto zhotovený korálek necháte zaschnout (asi 6 hodin) a poté kolorujete vodovými či temperovými barvami. Korálek můžete přelakovat bezbarvým lakem, dostává tak lesklý vzhled, a barva déle vydrží.

Vázy a květináče zdobené látkou

Úkolem této tvořivé činnosti je, že uživatel za pomoci látky a škrobu vytvoří ze zavařovací sklenice vázu na květiny.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II., III. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 6 uživatelů, trvá cca 50min. (dva terapeuti)

Pomůcky: Různé barevné látky nastříhané na pruhy, škrob (doporučuji uvařit na vařiči), nádoba na škrob (plastový lavor), zavařovací sklenice s obsahem 3- 5l, plastové květináče různých rozměrů.

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut průběh techniky a uživatelům předvede již zhotovený, finální výrobek pro snadnější pochopení toho, co je čeká, ale také pro jejich motivaci k tvořivé činnosti.

Metodické postupy tvořivé činnosti: V nádobě si zhotovíte škrob, doporučuji silnější konzistence, do kterého budete namáčet jednotlivé pruhy látek. Vyberte požadovanou barvu látky, nastříhejte jí na proužky o rozměrech cca 7cm x 30cm. Takto připravené pruhy látek namočíte do škrobu, nechte vsáknout škrob do látky a poté vymačkejte přebytečný škrob. Takto připravený pruh látky přiložte na sklenici, či květináč. Postupně přikládejte naškrobený pruh látky kolem dokola, abyste pokryli celou plochu květináče, nebo vázy. Nechte důkladně škrobenou látku zaschnout. Vzhledem k tomu, že přilnavost je malá, vzniká tak dojem plastického zhotovení.

Tvorba bambulí z vlny ve tvaru zvířat

Úkolem této tvořivé činnosti je, že uživatel za pomoci vlny vytváří bambule, které se použijí k tvorbě zvířat..

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 4 uživatelů, trvá cca 40min. (dva terapeuti)

Pomůcky: Vlny různé barvy a síly, kolečka různého průměru z tvrdého papíru, (nebo plastová forma na bambule od výrobce), barevný papír, aranžérské pomůcky z různého materiálu, nůžky, tavící pistole.

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut průběh techniky a uživatelům předvede již zhotovený, finální výrobek pro snadnější pochopení toho, co je čeká, ale také pro jejich motivaci k tvořivé činnosti.

Metodické postupy tvořivé činnosti:

- 1. Blok:** Terapeut dá vybrat uživatelům barvu vlny, ze které vznikne požadované zvířátko, nebo postavička. Seznámí je s formou na tvorbu bambulí, nebo zvolí vyrobená kolečka ze čtvrtky, na které se bude namotávat vlna, (kolečka mohou připravit uživatelé bez kognitivní poruchy, nebo s mírnou kognitivní poruchou) menší kolečko – hlava, větší kolečko – tělo.
- 2. Blok:** Terapeut ukazuje techniku, způsob namotávání vlny a neustále sleduje, kdy je potřeba podat další kus vlny, a opět zopakuje techniku namotávání vlny na kolečka. Tato část trvá tak dlouho, dokud to uživatele baví, mají radost ze samotné činnosti. (pozn. u osob s DAT ve II. stádiu nemoci, vzniká bambule až po druhém, či třetím setkání). Podle stádia onemocnění volíme počet terapeutů a velikost vznikající bambule.

Pozn: Příprava kolečka ze čtvrtky patří mezi oblíbené činnosti uživatelů. Doporučuji vytvářet pro osoby s DAT vnější kolečka o průměru 12cm. Vnitřní kolečka, nebo-li středy kolečka, vystříhnete o průměru 5cm (kruhový otvor).

3. Blok: Po namotání vlny na kolečko dochází k nejzajímavější části, a tím je tvorba bambule. Uživatelé sledují s očekáváním, jak z namotaného kolečka vznikne bambule. Terapeut si vezme před uživatele jeho namotané kolečko z vlny, prostříhne vzniklou vrstvu vlny. Poté si vezme vlnu o délce cca 20cm, vloží ji kolem dokola, utáhne a uváže. Bambule je hotová.

4. Blok: Pokud se terapeut rozhodne dokončit finální výrobek, obě bambule, malou a velkou spojí (stačí je k sobě svázat přebytkem vlny, která zbyla při závěrečné fázi vzniku bambule), podle požadovaného druhu zvířete. Terapeut před uživatelem stříhá bambuli do finálního tvaru. Tato část tvořivé činnosti je na zručnosti terapeuta, může rovnou vytvarovat nůžkami uši, ocásek aj. Využije další papírenský a textilní materiál, který vystříhne do cíleného tvaru, např. hřebínek u kohoutka, křídélka a zobáček u kuřátka, čumáček u pejska, mrkev a hrnec u sněhuláka, tykadla u broučků aj. Tavící pistolí upevňuje očička, zobáčky, křídélka aj.

Tvorba hroznu z luštěnin

Úkolem této tvořivé činnosti je, že uživatel tvoří z luštěnin kuličky, které se vyvazují do tvaru hroznu.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II. stádium nemoci), uživatelé obou poskytovaných sociálních služeb. (DPS, DZR)

Časová dotace: Při počtu 6-10 uživatelů, trvá cca 50min. (tři terapeuti a více)

Pomůcky: Luštěniny – různé druhy hrachu, čočky, prosa, jáhel, rýže, lusků aj., potravinová fólie (vhodnější je průmyslová), nůžky, rezná nit, provázek, aranžérské potřeby pro zdobení.

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut průběh techniky a uživatelům předvede již zhotovený, finální výrobek pro snadnější pochopení toho, co je čeká, ale také pro jejich motivaci k tvořivé činnosti.

Metodické postupy tvořivé činnosti:

- 1. Blok:** V úvodní části si terapeut připraví pracovní plochu. Doprostřed stolu postaví mističky s různými druhy luštěnin, aby měl každý uživatel dostatek materiálu k tvoření. Poté uživatele posadí k pracovnímu stolu, podle stádia nemoci, podle zachovalých schopností a dovedností. Před zahájením tvořivé činnosti terapeut motivuje uživatele tím, že jim ukáže hotový výrobek, informuje o jednotlivých úkonech, postupech při tvorbě kuliček z luštěnin.
- 2. Blok:** Při této terapii je zapotřebí minimálně tři terapeutek, z nichž dvě jsou stále v interakci s uživatelem, ostatní stříhají fólii do tvaru čtverce o rozměrech cca 10x10cm. Fólie uživatelům dávají na stůl před sebe, uživatel dává doprostřed ustřižnuté fólie jednu, nebo dvě čajové lžičky luštěnin jednoho druhu. Poté tuto hromádku luštěnin zabalí do fólie tak, aby vytvořili kuličku s „ocáskem“, (technika balení se dá přirovnat k balení ovocných knedlíků). Terapeuti pomáhají, asistují a radí jak postupovat.
- 3. Blok:** Když je vytvořený dostatečný počet kuliček z luštěnin, terapeut požádá uživatele bez výrazné poruchy kognitivních funkcí o spolupráci. Je potřeba vytvořené kuličky z luštěnin dokončit, a to tak, že je pevně zavážou reznou nití, dlouhou asi 20cm. Zbylou fólii, která připomíná „ocásek“ nestříhá, je zapotřebí k samotné vazbě kuliček do požadovaného hroznu (vytvoří tak kmen hroznu, který se na závěr zastříhne).
- 4. Blok:** Konečná fáze tvořivé činnosti je na terapeutech, protože je zapotřebí zvýšené síly při vazbě. Uživatelé vybírají a podávají jednotlivé kuličky z luštěnin terapeutovi, který provádí vazbu kuliček do hroznu. Konečná fáze tvorby hroznu spočívá v zastřížení hlavního kmene a navázání drátku, či provázku na pověšení.

Zdobení talířů, hrnků, květináčů

Úkolem této tvořivé činnosti je, že uživatel za pomoci štětce barevně vyplňuje terapeutem připravený motiv na požadovaný podklad.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 6 uživatelů, trvá cca 45min. (dva terapeuti)

Pomůcky: Bílý porcelánový talíř, hrnek, nebo květináč, barvy na sklo (lze použít i barvy na porcelán), tenké a středně silné štětce.

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut průběh techniky a uživatelům předvede již zhotovený, finální výrobek pro snadnější pochopení toho, co je čeká, ale také pro jejich motivaci k tvořivé činnosti.

Příprava: Talíře, hrnky, květináče odmastíte v běžném saponátu na mytí nádobí, zakoupíte vhodné barvy v obchodě s výtvarnými potřebami - raději volíme barvy na sklo i porcelán, které se nemusí zapékat v troubě.

Metodické postupy tvořivé činnosti: Na odmaštěný talíř, hrnek, květináč vytvořte černou linkou základní motiv- např. motýla, květinu, srdce, listy, ale též symboly, jména aj. Též můžete vytvořit nepedagogickou pomůcku, hrnek, talíř s vlastním symbolem pro konkrétní osobu s DAT. Uživatelé, kteří jsou zdatnější, si motiv namalují sami, mohou si zkusit barvy zapustit do ještě mokrého podkladu, vznikají tak zajímavé odstíny. Ozdobit lze i lem (okraj) hrnku či květináče, a mohou vytvořit ornamenty i okolo základního motivu. Po ukončení malování, nechte barvy dostatečně zaschnout (cca 8hodin). Hotový talíř a hrnek lze používat k běžnému stolování, je vhodným dárkem, ale nejčastěji se využívá jako vhodná pomůcka pro uživatele, kteří mají poruchu v poznávání osobních věcí. Nedochozí tak ve společných prostorách ke konfliktním situacím, mezi které patří i pití z cizího hrnku, nebo konzumace stravy z cizího talíře.

Tvorba svítlen

Úkolem této tvořivé činnosti je, že uživatel za pomoci průsvitného papíru vytvoří ze sklenice svítlnu.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II., III. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 6 uživatelů, trvá cca 50min. (dva terapeuti)

Pomůcky: Sklenice od kojenecké výživy, průsvitný papír, lepidlo Herkules, kelímky na lepidlo, štětce, nůžky.

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut průběh techniky a uživatelům předvede již zhotovený, finální výrobek pro snadnější pochopení toho, co je čeká, ale také pro jejich motivaci k tvořivé činnosti.

Metodické postupy tvořivé činnosti: Průsvitný papír nastříháte společně na jednotlivé proužky. Před uživatele připravíte pruhy papíru, skleničku, lepidlo a štětec. Uživatel nanese lepidlo štětcem na sklenici, poté vezme pruh průsvitného barevného papíru a přiloží jej. Takto opakuje, až je celá sklenice polepena. Jednotlivé kousky průsvitného papíru se budou vzájemně překrývat, čímž vytvoří zajímavé barevné efekty a nové odstíny. Nechte vytvořené svítlny zaschnout. (cca 1hodinu). Do vytvořené svítlny vložíte čajovou svíčku v aluminiovém kalíšku a zapálíte.

Obtiskování, malování na textil, papír

Úkolem této tvořivé činnosti je, že uživatel za pomoci bramborového tiskátka, nebo listu ze stromu, vytváří obrazce na požadovaný podklad.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II., III. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 6-8 uživatelů, trvá cca 50min.(dva terapeuti)

A. Bramborová razítka

Pomůcky: Vodové barvy, nebo tekuté barvy na textil, štětce, syrové brambory, vykrajovátko, nůž, látka nebo list papír.

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut průběh techniky a uživatelům předvede již zhotovený, finální výrobek pro snadnější pochopení toho, co je čeká, ale také pro jejich motivaci k tvořivé činnosti.

Metodické postupy tvořivé činnosti:

- 1. Blok:** Nejprve si vyrobíte razítka. Surová brambora se rozřízne na polovinu, zakrojí se do ní vykrajovátko, a okolo něj se brambora ostrým nožem odkrojí. Část odkrojené brambory s požadovaným tvarem je použitelná jako razítko.
- 2. Blok:** Po zhotovení razítka mohou uživatelé vzájemně spolupracovat, (podle schopností a možností), a to tak, že jeden natírá plochu razítka barvou, a druhý posunuje na požadovaný podklad razítko. Po dokončení tvořivé činnosti necháte barvy zaschnout.

B. Obtiskování listů

Pomůcky: Vodové barvy, nebo barvy na textil, štětec, list ze stromu, látka, plátno, list papíru.

Postup: Uživatelé natírají barvami list ze stromu po rubové straně (tam, kde je žilnatina listu výraznější), poté list přitisknou na požadovaný podklad, přitlačí jej po celé jeho ploše. Po obtisknutí list ze stromu odebereme. Tuto tvořivou činnost můžete zakomponovat na větší plochu (cca 100cm x100cm), jako skupinovou koláž. Terapeut může domalovat kmen stromu a poté může zdobit stěny společných prostor domova.

C. Obtiskování dlaní – společná koláž

Pomůcky: Vodové barvy, nebo barvy na textil, plátno, štětec.

Postup: Uživatelé si natrou barvami svou dlaň, kterou pak přitlačí na požadovaný podklad. Vzniká tak kreativní koláž plná barev, která může být vytvořená ve velkém formátu (cca 150cm x 150cm), může zdobit stěny společných prostor domova.

Textilní koláž z látky

Úkolem této tvořivé činnosti je, že uživatel nanese lepidlo na požadovanou plochu, a následně na ni přiloží kus připravené barevné látky.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II., III. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 6-8 uživatelů, trvá cca 50min. (dva terapeuti)

Pomůcky: Různé kousky barevných látek, nůžky, papírový karton v rámu, lepidlo na textil.

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut průběh techniky a uživatelům předvede již zhotovený, finální výrobek pro snadnější pochopení toho, co je čeká, ale také pro jejich motivaci k tvořivé činnosti.

Metodické postupy tvořivé činnosti:

- 1. Blok:** Každý z uživatelů si vybere barvu látky, která se mu líbí. Poté látku uživatel (dle stupně nemoci a dle schopností) ustříhne. Terapeut nechá uživatele, aby ustříhl látku, jak sám chce, nezáleží na tom, v jakém tvaru a velikosti.
- 2. Blok:** Uživatel má před sebou připravené kousky látky, lepidlo a štětec. Nanese lepidlo na požadovanou plochu, a následně na ni přiloží kus připravené látky. Všichni ve skupině lepí podle svého vlastního uvážení, až je celá plocha pokryta. Vznikne nám kreativní plastické dílo, které terapeut může doplnit dle fantazie. Např. vznikne-li převažující modrá plocha, terapeut dolepí na látku mořské mušle. Tato koláž může být opět vytvořena na větší plochu (cca 150cm x 150cm), může zdobit stěny společných prostor domova.

Tvorba kuliček z krepového papíru

Úkolem této tvořivé činnosti je, že uživatel vytváří z krepového papíru kuličky, a nanáší je společně s lepidlem na požadovanou plochu.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II., III. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 6 uživatelů, trvá cca 50min. (tři terapeuti)

Pomůcky: Krepový papír různých barev, tvrdý kartonový papír, nebo papírová čtvrtka, lepidlo na papír, tužka, nůžky.

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut průběh techniky a uživatelům předvede již zhotovený, finální výrobek pro snadnější pochopení toho, co je čeká, ale také pro jejich motivaci k tvořivé činnosti.

Metodické postupy tvořivé činnosti: Na zvolenou plochu si tužkou předkreslíte tvar obrázku, který chcete vytvořit. Raději něco jednoduššího – motýla, květinu, ovoce. Vyberte roli krepového papíru, podle zvolené barvy obrazce. Roli krepového papíru nastříháme na 1cm široké proužky, dlouhé cca 15cm. Z takto připravených proužků z krepového papíru uživatelé vytváří kuličky. Kuličky z krepového papíru pak postupně vlepují do příslušných částí předkreslené předlohy. Dokončený obrázek vyplněný z krepových kuliček může terapeut vsadit do rámu.

Tvořivá činnost se slaným těstem

Úkolem této tvořivé činnosti je, že uživatel tvoří ze slaneho těsta předměty podle předlohy, nebo které ho napadnou.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II., III. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 6 uživatelů, trvá cca 45min. (tři terapeuti)

Pomůcky: Hladká mouka (1/2 kg), sůl (1/2 kg), voda (cca 150-200ml), jedlý olej (5lžic), vejce, plech na pečení, noviny, váleček, nůž, mašlovačka.

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut průběh techniky a uživatelům předvede již zhotovený, finální výrobek pro snadnější pochopení toho, co je čeká, ale také pro jejich motivaci k tvořivé činnosti.

Metodické postupy tvořivé činnosti: Mouku, sůl, olej a vodu společně promísíte v tužší, ale vláčné těsto, ze kterého můžete modelovat. Pro masivnější tvary je lepší těsto tužší, pro malé a drobné tvary je lepší těsto vláčnější.

Ze slaneho těsta vytváříte různé tvary, předměty, zvířata... záleží na kreativité terapeuta a přání uživatelů. Osoby s DAT ve třetím stádiu nemoci vytváří nejčastěji kuličky, které můžete použít jako jablíčka do košíčků. Jsou vhodné lístečky, košíky, knoflíky, kloboučky, aj.

Závěsná koule z krepových růží

Úkolem této tvořivé činnosti je, že uživatel tvoří z krepového papíru růže.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II. stádium nemoci), uživatelé obou poskytovaných sociálních služeb. (DPS, DZR)

Časová dotace: Při počtu 15 uživatelů, trvá cca 50min. (tři terapeuti)

Pomůcky: Polystyrenová koule (mohou být různé velikosti), krepový papír různých barev, kulatá párátka, nůžky, sešivačka, kovové šroubovací očko (na zavěšení).

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut průběh techniky a uživatelům předvede již zhotovený, finální výrobek pro snadnější pochopení toho, co je čeká, ale také pro jejich motivaci k tvořivé činnosti.

Metodické postupy tvořivé činnosti:

- 1. Blok:** Z krepového papíru nastříháte pruhy: 7-8cm široké, 30-35cm dlouhé. Na horním okraji krepového papíru děláme sklad asi 1,5cm. Pracujeme na stolech, aby byl sklad uhlazen. Pokud bude sklad širší, nebo delší – nevádí. Tuto přípravnou část zvládají všichni uživatelé dobře.
- 2. Blok:** Na stáčení krepového papíru do růžičky, požádáme zručnějšího uživatele, bez výrazné poruchy kognitivních funkcí a jemné motoriky (důvodem je křehkost krepového papíru a pochopení techniky skladu). Růže se stáčí skladem dovnitř, nejdříve uděláte malou ruličku, a potom krepový papír načechráváte v horní polovině, dole pevně přidržíte a stáčíte. Takto hotovou růži sepnete sešívačkou.
- 3. Blok:** Tuto část provádějí terapeuti, je potřeba prostrčit kulaté párátka do papírové růže v té části, kde jste růži sešili.
- 4. Blok:** Poslední fáze spočívá v zapíchnutí růžiček do polystyrenové koule, pomáhají všichni, podávají dle své fantazie barevné kombinace.

Tvorba andělíčků ze šišek

Úkolem této tvořivé činnosti je, že uživatel za pomoci šišek ze stromu, vytváří andělíčka.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 4 uživatelů, trvá cca 70 min. (dva terapeuti)

Pomůcky: Borové šišky, zlatá nebo bílá barva ve spreji, fixy, tavící pistole, polystyrenové kuličky o průměru cca 2cm, lurexový drátek, širší stuha s drátkem po krajích, provázek stejné barvy jako stuha.

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut průběh techniky a uživatelům předvede již zhotovený, finální výrobek pro snadnější pochopení toho, co je čeká, ale také pro jejich motivaci k tvořivé činnosti.

Metodické postupy tvořivé činnosti:

- 1. Blok:** Nejprve si šišku nastříkáte barvou a necháte zaschnout. Mezitím si nabarvíte tělovou barvou polystyrenovou kuličku a domalujete na ní fixem obličej. Vznikne nám tak hlavička. Všechny tyto úkony uživatelé zvládají, stačí, když jednotlivé fáze budete předvádět.
- 2. Blok:** Po zaschnutí přilepíte hlavičku tavnou pistolí na širší stranu šišky (namísto stopky šišky). Z lurexového drátku stočíte kolečko a vytvoříte tak svatozář, kterou tavnou pistolí přilepíte na hlavičku. Lurexový drátek omotáte ještě kolem krčku, vzniknou nám tak ručičky.
- 3. Blok:** Ze stuhy si vyrobíte křidélka a to tak, že ustříhnete pruh stuhy v délce cca 10cm, přeložíte do středu stuhy a druhým koncem překryjete. Převážete provázkem, který bude sloužit k zavěšení andělíčka. Křidélka přilepíte na záda. Při tvořivé činnosti se zúčastňují všichni uživatelé za asistence terapeutů.

Animoterapie (zooterapie, petterapie, canisterapie)

Animoterapie je terapie, která pomáhá léčit psychiku a osobnost člověka, za asistence domestikovaných zvířat, které se uskutečňují v Domovech buď formou návštěv, které jsou realizovány proškoleným pracovníkem (zaměstnancem, dobrovolníkem, terapeutem, psovodem) se speciálně vybraným zvířetem, nebo rezidentní formou, kde je zvíře umístěno trvale.

Animoterapie velmi pozitivně působí na osoby s DAT, především jako zdroj komunikace, rehabilitují řeč, stimulují své smysly, prožívají pozitivní emoce, (láska, pohlazení, mazlení, smích). Přítomnost zvířete působí na mechanismus antidepressivní, antistresový, má zklidňující účinky. Přítomnost zvířete pozitivně ovlivňuje fyziologické a kognitivní funkce.

Přítomnost domácího zvířátka trvale v zařízení velmi pozitivně ovlivňuje uživatele v jejich přirozeném prostředí. Uvidíte, že samotná přítomnost zvířátka na chodbě domova, upoutá pozornost většiny uživatelů, kteří ho budou chodit pozorovat, povídat si s ním a budou mít potřebu se o něj starat. Možnosti vhodného zvířátka:

- umístění klece na exotické ptactvo, hrdličky (doporučuji - jsou klidné, dají se hladit, brát do ruky), též je možné v letních měsících umístit ptactvo ve venkovních voliérách.
- umístění akvária s rybami,
- umístění terária s drobnými zvířaty, jako je křeček, morče, králík, činčila, želva.,
- chování křepelíček, králíků ve venkovních kotcích a králíkárnách.

Je důležité nezapomenout na dodržování určitých podmínek, mezi které patří dodržování hygienických předpisů a zajištění kvalitní veterinární péče.

Péče o zvířata v Domově

Uživatelé se dostávají do přímého kontaktu se zvířaty tím, že o ně společně s terapeutem:

- a) pečují ve smyslu podávání potravy za asistence terapeuta,
- b) pečují ve smyslu udržování pořádku v jejich obydlí za asistence terapeuta,
- c) pečují ve smyslu udržování srsti, česání, kartáčování, pískování, koupání za asistence terapeuta,
- d) pečují ve smyslu udržování volného pohybu, procházky, venkovní výběhy, výběhy ve vnitřním i venkovním prostoru objektu, opět za asistence terapeuta.

Návštěva zvířete v domově

Uživatelé se dostávají do přímého kontaktu se zvířaty tím, že dochází odborník se svým zvířetem do domova v předem dohodnutých termínech.

a) Individuální forma zaměřená na přímou práci s jednotlivcem:

- polohování, spočívá v těsné fyzické interakci mezi psem a uživatelem,
- skupinová a individuální forma zaměřená na kontakt s ostatními druhy vhodných zvířat, které přicházejí v doprovodu fyzické osoby: koza, želva, ovce, kočka, plazy, fretky, aj.,
- návštěva zoologické zahrady formou výletu, v zimních měsících možnost objednání přednášky a ukázky terapeutických zvířat chovateli zoologické zahrady.

b) Skupinová forma zaměřená na vzájemnou interakci uživatelů se psem

- ukázky nacvičených formací mezi psovodem a terapeutickým psem
- skupinové hry se psem – házení a nošení plyšové hračky, reakce na povely, krmení psa formou odměn.

Kinezioterapie

Kinezioterapie je oborem interdisciplinárním, jedná se o podpůrnou léčebnou metodou, která působí paralelně vedle farmakoterapie, biologické, fyzikální, psychologické a chirurgické terapie. Terapeut zahrnuje vícero přístupů, postupů a forem. Tyto speciálně pedagogické intervence u osob s DAT patří do výchovného a edukačního systému, který je v pobytové sociální službě nastaven.

Kinezioterapeutická jednotka u osob s DAT má své specifika, zvláštnosti, které je nutné brát na vědomí. Primární je navázání vztahu důvěry mezi uživatelem a terapeutem, který vznikne pouze na profesionálním přístupu terapeuta. Terapeut musí být seznámen se zdravotní dokumentací každého uživatele, bez znalosti nemůže aplikovat lehká gymnastická cvičení, taneční a výrazové sekvence a prvky sportů. Kinezioterapeutická jednotka je v sociální pobytové službě zařazena do integrovaného skupinového programu. Terapeut musí dobře znát každého ve skupině z hlediska stádia onemocnění, z hlediska verbálních i neverbálních projevů každého uživatele (nelze integrovat osoby s DAT, kteří mají výrazné verbální i neverbální projevy).

Na základě znalostí každého z účastníků, terapeut aplikuje takové prvky, které jsou snadno zvládnutelné, neklade nároky na výkon, přesnost provádění pohybové struktury je nepodstatná. Všeobecně jde o reedukaci základních dovedností či schopností a aktivizaci. Cílem terapeuta je u osob s DAT povzbudit a posílit sebevědomí a důvěru v prostředí, s možností prožití příjemného, radostného emocionálního prožitku ve skupině, se vzájemnou komunikací mezi členy, a prohloubení pocitu sounáležitosti, tolerantnosti, empatie.

Při kinezioterapeutické jednotce terapeut u každého účastníka svými speciálně pedagogickými intervencemi usiluje o: schopnost koncentrace, schopnost uvědomění si vlastního těla, zvýšit sebedůvěru a snížit úzkost, pozitivně ovlivnit fyzický stav, udržet, nebo zvýšit svalovou sílu, rozvíjet grafické schopnosti – cvičení jemné motoriky (paže, lokty, zápěstí, prsty na obou rukou,

tvoření špetky), ale i hrubou motoriku, koordinaci pohybů. Trénovat smysly (zrak, sluch, hmat), paměť, myšlení, výbavnost, pozornost. Dále logopedickou péči – nácvik správného dýchání (nosem, výdech ústy, foukání).

Průběh kinezioterapeutické jednotky v sociální pobytové službě

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II. stádium nemoci), uživatelé obou poskytovaných sociálních služeb. (DPS, DZR)

Časová dotace: Při počtu 25 uživatelů cca 15 min. (jeden terapeut)

Pomůcky: Stabilní židle s opěrkou, CD přehrávač, hudba na CD, dřevěné hůlky, šátky, míčky, gymnastické gummy (lehké protažení horních končetin a velkých svalových skupin).

Metodické pokyny a postupy:

1. Blok: Kinezioterapeutická jednotka se skládá z vícera prvků, a proto je důležité, aby všichni účastníci byli ve vzájemné interakci. Základním prvkem celé kinezioterapeutické jednotky je komunikace (verbální i neverbální). Proto doporučuji posadit účastníky do kruhu, vytvoříte tak podmínky pro koncentraci (soustředěnost) a komunikaci. Dopolední cvičení, by mělo být prováděno pokud možno vždy ve stejném čase, doporučuji stabilní, pohodlná křesla s opěradlem rozestavená do kruhu, přibližně ve stejných vzdálenostech. Uživatelé s výraznou poruchou kognitivních funkcí potřebují názornou ukázkou jednotlivých úkonů od terapeuta a ostatních účastníků, proto by nemělo docházet k tomu, že jsou vyrušováni. Každý rušivý element způsobuje okamžitou ztrátu koncentrace.

2. Blok: Úvodní část - Začíná uvedení cvičících do reality. Informace o daném dni, jaký je den v týdnu, jaký je datum, měsíc, rok, kolik je hodin, jaké nás dnes čeká počasí, co dobrého nám kuchařky uvařily, kdo v daný den má svátek, zda je

zde uživatel, který má narozeniny. Terapeut informuje, co bude ten den náplní kinezioterapeutického cvičení (jednoduché, stručné a hlasité pokyny a informace).

3. Blok: Zahájení cvičící jednotky, při reprodukované hudbě. Terapeut vybere vhodný hudební doprovod, vyzve cvičence, aby se posadili do správné výchozí polohy, začnou provádět prohloubené dýchání. Výchozí poloha je velmi důležitá a měla by být udržována po celou dobu cvičení. Soustředíte se na vlastní dech, prohloubíte dech (úplný jógový dech).

Postupně zvýšíte a následně zcela uvolníte svalové napětí (kosterní svalstvo) v jednotlivých částech těla. Cílem je zvýšit vnímání vlastního těla. Postupně aktivně procvičíte drobnými pohyby jednotlivé části pohybové soustavy:

- Pomalu dáváte hlavu do předklonu, bradu přitiskneme na hrudník a pomalu hlavu narovnáte zpátky.
- Pomalu přetočíte hlavu na jednu stranu, jako bychom se chtěli ohlédnout přes rameno, pomalu zpátky.
- Pomalu přetáčíte hlavu na druhou stranu, opět jako bychom se chtěli ohlédnout přes rameno. Pomalu zpátky. Nezaklánět.
- Dáte ruce v bok a ukláníte celou horní polovinu těla na jednu stranu a chvíli vydržíte, pomalu na druhou stranu a vydržíte.
- Zvednete ramena co nejvíc k uším, výdrž, zatlačíte ramena co nejvíc směrem k podlaze, výdrž.
- Zhluboka se nadechnete a zároveň zvedáte jednu paži co nejvíc do vzpažení, s výdechem pomalu vracíte dolů. Totéž na druhou stranu.
- Tlesknete rukama před tělem, dotknete se rukama za zády.
- Dáte dlaně na ramena - uděláte „křídélka“ a zvedáte pomalu lokty nahoru a do stran, pomalu zpátky.

- Předpažíte a budete otáčet ruku v zápěstí po směru hodinových ručiček. Nejdříve pravou, následně levou rukou.
- Pomalu upažujete jednu ruku, dlaň směřuje nahoru, podíváte se za rukou a pomalu zpátky. To samé na druhou stranu.
- Přetočíte paže dlaněmi vzhůru, lokty jsou natažené, ruce v pěst, toto je základní poloha.
- Vzpažíte obě ruce a budete provádět úkon „česání jablek“. Každý bude zvedat ruce do výše, která mu bude vyhovovat.
- Dáte natažené paže před sebe, dlaně směřují dolů a celými pažemi vodorovně „stříháme“ jako nůžkami.
- Lokty jsou natažené, nezapomínáte dýchat. Ohnete ruce v zápěstí nahoru a povolíte. Zakroužíte v zápěstí na jednu stranu a na druhou.
- Ruce dáte v pěst, povolíte a prsty natáhnete a dáte od sebe. Položíte ruce na stehna a budete zvedat jednotlivé natažené prsty.
- Zvedáte obě špičky na noze a povolíte. Zvedáte špičky střídavě, jedna a druhá.
- Zvedáte obě paty a povolíte. Zvedáte paty střídavě, jedna a druhá.
- Propnete jednu nohu v koleni, uděláte „fajfku“ a pomalu pokládáte.
- Dáte nohu přes nohu a zakroužíte jí v kotníku.
- Obě nohy najednou propnete v kolenou, uděláte „fajfky“ a pomalu pokládáte.

Lze cvičební jednotku obměňovat, používáme míče, gymnastické gumy, kužele, šátky, vždy záleží na znalostech terapeuta.

Napodobování činností

Při cvičení se zapojují celé velké komplexy svalů, zejména horních končetin v různém sledu:

Sporty

- plavat prsa
- plavat kraula
- plavat motýlka
- pádlovat – na obě strany
- veslovat
- vzpírat
- boxovat

Domácí činnosti

- míchat těsto
- prát prádlo na valše
- ždímat prádlo
- řezat pilou
- štípat dříví
- šít
- mýt okna
- sekat srpem

Hra na hudební nástroje, např.

- klavír
- housle
- flétna

- příčná flétna
- kytara
- tahací harmonika
- harfa
- bubny

Sportovně zábavné hry

Níže uvedené sportovně zábavné hry, jsou upravené pro osoby s DAT, pro uživatele, kteří používají kompenzační pomůcky (invalidní vozík, chodítka, hole). Jedná se o skupinový integrovaný program, jejímž cílem, je umožnit všem uživatelům bez rozdílu zdravotního a mentálního znevýhodnění posílit sebevědomí, prohloubit pocit sounáležitosti, **tolerantnosti a empatie ve skupině**. Sportovní hry upravte tak, aby se mohli zúčastnit hráči imobilní, či méně zdatní. Všechny pomůcky potřebné pro sportovně zábavné hry, musí být lehké, přenosné a zároveň stabilní, pokud si to vyšší stupeň handicapu hráče vyžaduje. Terapeut musí znát každého hráče ze zdravotního hlediska (kardiostimulátor, úrazy, fyziologické funkce) a z hlediska kognitivních schopností (paměť, pozornost, výbavnost, koordinace pohybů, koordinace oko- ruka, řeč, orientace v prostoru a osobou, abstraktní myšlení...).

Košíková

Úkolem je vhodit míč do koše, hráč má 3 pokusy.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II. stádium nemoci), uživatelé obou poskytovaných sociálních služeb. (DPS, DZR)

Časová dotace: Při počtu cca 20 uživatelů cca 40 min. (dva terapeuti a více)

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut pravidla hry, předvede názorně druh pomůcky a techniku při hodů. Stojan s košem na míč je upraven tak, aby se dal přenášet.

Pomůcky pro hru: Kovová obruč se sítí upevněná na dřevěném stojanu, (pro možné přemístění, které je nutné u imobilních seniorů). Míč z pryže o průměru 20cm.

Metodické postupy při hře: Terapeut určí pořadí, v jakém sledu budou hráči zváni ke hře, doporučuji ve směru hodinových ručiček. Hráč je vyzván, aby přišel na čáru, z které vhazuje míč do koše, vzdálený cca 2m. Vzdálenost upravujete podle možností hráče. Úkolem je vhodit míč do koše, hráč má 3 pokusy.

Kobereček

Úkolem je hodit pytlík na barevně vyznačený cíl.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II., III. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 15 uživatelů hra trvá cca 35min.(dva terapeuti)

Pomůcky pro hru: 3 bavlněné pytlíky naplněné rýží o velikosti 15x8 cm. Kobereček o velikosti 120 x 120cm.

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut pravidla hry, předvede názorně druh pomůcky a techniku při hodů. Pomůcky jsou upravené tak, aby se dali snadno přenášet.

Metodické postupy při hře: Úkolem je hodit pytlík na barevně vyznačený cíl, hráč hází po jednom pytlíku. Určíte pořadí, v jakém sledu budou zváni ke hře, doporučuji ve směru hodinových ručiček. Uživatelé jsou posazeni v křeslech v půlkruhu. Doprostřed je položen kobereček, vně je namalován kruh, který je barevně zvýrazněn. Jeden po druhém je vyzván na čáru, z které hází jeden pytlík po druhém, na vyznačený cíl, vzdálený cca 2m.

Kroužky

Úkolem je vhodit kroužky na jednu z nohou u židle.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II., III. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 15 uživatelů hra trvá cca 30 min. (dva terapeuti)

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut pravidla hry, předvede názorně druh pomůcky a techniku při hodů. Pomůcky jsou upravené tak, aby se dali snadno přenášet.

Pomůcky pro hru: 10 kroužků z plastu o průměru 20cm. Dřevěná židle otočená vzhůru nohama (vyšší šance na úspěšnost).

Metodické postupy při hře: Určíte si pořadí, v jakém sledu budou zváni ke hře, doporučuji ve směru hodinových ručiček. Uživatelé jsou posazeni v křeslech v půlkruhu. Doprostřed položíte vzhůru nohama židli, a hráč je vyzván přijde na čáru (máte vyznačenou čáru na podlahové krytině), dostane 10 kroužků a hází je na nohy u židle, vzdálenost je cca 1.20m.

Hokejbal

Úkolem je hokejkou z místa střílet míček do branky.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II. stádium nemoci), uživatelé obou poskytovaných sociálních služeb (DPS, DZR).

Časová dotace: Při počtu 25 uživatelů hra trvá cca 35 min. (dva terapeuti i více)

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut pravidla hry, předvede názorně druh pomůcky a techniku při hodů. Pomůcky jsou upravené tak, aby se dali snadno přenášet.

Pomůcky pro hru: Branka o velikosti 2,5x3m, 3 míčky z plastu o průměru cca 10cm, hokejka z plastu.

Metodické postupy při hře:

Je nutné opakovaně názorně předvést. Určíte si pořadí, v jakém sledu budou uživatelé zváni ke hře, doporučuji ve směru hodinových ručiček. Uživatelé sedí na křeslech v půlkruhu. Hráč je vyzván, aby přišel do středu na čáru, dostane do ruky hokejku. Důležitý je postoj a správné natočení hokejky, zde je nutná názorná ukázka terapeuta. Branka je vzdálena od čáry cca 3,5m. Hráč má 3 pokusy.

Dobrá trefa

Úkolem je strefovat se do terče pomocí míčků ze suchého zipu.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II., III. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 12 uživatelů hra trvá cca 35min.(dva terapeuti)

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut pravidla hry, předvede názorně druh pomůcky a techniku při hodu. Pomůcky jsou upravené tak, aby se daly snadno přenášet.

Pomůcky pro hru: Polystyrenová nástěnka o rozměrech 120x120cm. Terč na suchý zip od výrobce (je lehký, drží na nástěnce), čtyři pingpongové míčky, opatřené suchým zipem od výrobce.

Metodické postupy při hře: Doprostřed nástěnky upevníte terč. Hráč je vyzván, aby přišel na čáru, nástěnka je umístěna podle schopností hráče, ve vzdálenosti cca 120cm. Terapeut podává hráči po jednom míčku, ten se strefuje do středu terče, který je uprostřed půlkruhu. Má 4 pokusy, body počítáte a sečtete.

Kuželky

Úkolem je hodem srazit určitý počet kuželek.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 8 uživatelů hra trvá cca 40min. (dva terapeuti)

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut pravidla hry, předvede názorně druh pomůcky a techniku při hodů. Pomůcky jsou upravené tak, aby se dali snadno přenášet.

Pomůcky pro hru: Sada kuželek a míčů od výrobce, barevné polystyrenové provedení, lehké pro snadnou manipulaci pro terapeuti.

Metodické postupy při hře: Rozestavíme kuželky do trojúhelníku (např. 3-2-1). Hráč přijde na čáru a snaží se míčem shodit všechny kuželky, vzdálenost je cca 2,5m. Každý hráč má v jednom kole 3 pokusy. Pokud někdo shodí všechny kuželky na 1, 2 nebo 3 pokusy, postavíte mu znovu všechny kuželky.

Všechny sportovně zábavné hry můžeme každý měsíc zhodnotit, odměnit všechny hráče. Můžete hry použít jako „Sportovní den“.

Muzikoterapie

Muzikoterapie má mnoho společného s pedagogikou. Uváděné techniky a hry aplikované prostřednictvím hudby a pohybu využíváme u osob s DAT k léčbě problémových jevů, mezi které patří apatie, úzkostné stavy, podrážděnost, smutek, ale i ke snížení napětí, hyperaktivity, neklidu. Pedagogickou muzikoterapii u osob s DAT můžeme vymežit jako speciální, sociální, a výchovnou. Jedná se o souhrnné označení terapie, která se zaměřuje na procesy učení, sociální integrace a komunikace. Doporučuji, aby terapeuti tyto činnosti zařazovali do pravidelného týdenního plánu.

Muziko-terapeutické prvky v rámci celodenní péče v pobytové sociální službě rozdělujeme na techniky aktivní muzikoterapie, kdy je uživatel aktivně zapojen (produktivní, expresivní muzikoterapie) a na techniku pasivní muzikoterapie (receptivní muzikoterapii), kterou využíváme při společenských aktivitách, mezi které patří kulturní vystoupení živé hudby (do jehož programu muzikanti vsunou trochu humoru a celkově vše ladí do estrádního vystoupení). Nevýhodou pasivní formy je, že při poslechu reprodukováné hudby, uživatelé s DAT ztrácejí rychle pozornost.

Další vhodnou variantou, kterou doporučuji, je používat při hudbě pohyb. Jednotlivé pohybové a taneční prvky jsou výborným prostředkem k prožití rytmu a harmonie během hudebního programu. Cílem je u osob s DAT podporovat a stimulovat činnost, tvořivost, udržení rytmiky, sebevyjádření, uvolnění. Rehabilitujeme pozornost, řeč, sluchové vnímání, výbavnost, abstraktní myšlení, paměť, koordinaci pohybů. Hudba pozitivně ovlivňuje u jedince úzkostné stavy, mezi které patří nepřiměřené, oploštěné emoční stavy, projevující se verbálně i neverbálně.

Zpívání bez hudebních nástrojů

Zpívání Lidových písní

Úkolem je zazpívat si společně lidové písničky.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II., III. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 6 uživatelů, činnost trvá cca 30min. (jeden terapeut)

Úvodní část: Uvést uživatele do klidné, muziko terapeutické místnosti, nebo společenské místnosti, klubovny. Důležité je, aby skupina nebyla vyrušována. Zajistěte pitný režim.

Pomůcky pro činnost: Zpěvníky, kartičky s názvem písně (nápověda), terapeut má zhotovené pomůcky a provádí přípravu na každou aktivitu, včetně znalostí každého z uživatelů.

Obsah neznámějších písniček

Marjánko, Marjánko ...

Šly panenky silnicí

Nám je to jedno ...

Už se ten Tálinskej rybník nahání ...

Černé oči jděte spát ...

Vysoký jalovec ...

Nemelem, nemelem ...

Okolo Hradce...

Andulko Šafářová...

Boleslav, Boleslav...

Červená, modrá fiala...

Červená růžičko...

Kdyby byla Morava...

Kdyby byl Bavorov...

Hádáme název písničky

Úkolem je vybavit si název písničky podle zadaného tématu a zazpívat si ji společně.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 6 uživatelů, činnost trvá cca 15min. (jeden terapeut)

Úvodní část: Uvést uživatele do klidné, muziko terapeutické místnosti, nebo společenské místnosti, klubovny. Důležité je, aby skupina nebyla vyrušována. Zajistěte pitný režim.

Pomůcky pro činnost: Karty se slovy, které jsou obsaženy v textu písně (kůň, šáteček, Andulka, oči, řebíček, zahrádka, Marjánka....). Vybíráme písně, které znají

Rozpoznáváme písničky podle melodie

Úkolem je rozpoznat melodii zpívanou terapeutem a zazpívat si ji společně.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 6 uživatelů, činnost trvá cca 15min. (jeden terapeut)

Úvodní část: Uvést uživatele do klidné, muziko terapeutické místnosti, nebo společenské místnosti, klubovny. Důležité je, aby skupina nebyla vyrušována. Zajistěte pitný režim.

Pomůcky pro činnost: Zpěvníky

Hádáme barvu v textu písně

Úkolem je vybavit si barvu v textu písničky a zazpívat si ji společně.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 6 uživatelů, činnost trvá cca 15min. (jeden terapeut)

Úvodní část: Uvést uživatele do klidné, muziko terapeutické místnosti, nebo společenské místnosti, klubovny. Důležité je, aby skupina nebyla vyrušována. Zajistěte pitný režim.

Pomůcky pro činnost: Zpěvníky, karty s barvou, kterou požadujeme (náповěda).

Která barva v textu písně chybí?

.....oči jděte spát

.....fiala, kdes ji má milá trhala

.....růžičko, rozvíjej se, studená vodičko, rozlévej se

.....šátečku, kolem se toč

Hádáme zvíře v textu písně

Úkolem je vybavit si zvíře v textu písničky a zazpívat si ji společně.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 6 uživatelů, činnost trvá cca 15min. (jeden terapeut)

Úvodní část: Uvést uživatele do klidné, muziko terapeutické místnosti, nebo společenské místnosti, klubovny. Důležité je, aby skupina nebyla vyrušována. Zajistěte pitný režim.

Pomůcky pro činnost: Zpěvníky, karty s obrázkem požadovaného zvířete (náповěda).

V jaké písničce se objevuje zvíře: pes, kočka, kůň, husa

Slákal pes, přes oves...

Kočka leze dírou, pes...

Já mám koně, vraný...

Pod našima okny, teče...

Čtyři páry bílých koní...

Čtyři koně ve dvoře...

Plavala husička po Dunaji..

Hádáme města v textu písňě

Úkolem je vybavit si písničky, ve kterých se zpívá o městě, a společně si jí zazpívat.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 6 uživatelů, činnost trvá cca 20min. (jeden terapeut)

Úvodní část: Uvést uživatele do klidné, muziko terapeutické místnosti, nebo společenské místnosti, klubovny. Důležité je, aby skupina nebyla vyrušována. Zajistěte pitný režim.

Pomůcky pro činnost:

Zpěvníky

V jaké písničce se zpívá o městě?

Kolíne, Kolíne...

Na tom pražském mostě...

Okolo Súče vodička teče...

Okolo Hradce v malé zahrádce...

Kdyby byl Bavorov...

Kdyby byla Morava...

Zpívání za doprovodu hudebních nástrojů

Výše uvedené muziko-terapeutické prvky jsou vhodné i za doprovodu hudebních nástrojů.

Témata:

A. Poznání terapeutova hrané melodie

Úkolem je podle zahrané melodie poznat, o jakou písničku se jedná, a společně si jí zazpívat.

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 6 uživatelů, činnost trvá cca 20min. (jeden terapeut)

Úvodní část: Uvést uživatele do klidné, muziko terapeutické místnosti, nebo společenské místnosti, klubovny. Důležité je, aby skupina nebyla vyrušována.

Pomůcky pro činnost: piano či elektronické piano, flétna, kytara.

B. Zpívání za doprovodu Orffových nástrojů

Úkolem je zpívání lidových písniček za doprovodu Orffových nástrojů

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II. stádium nemoci).

Časová dotace: Při počtu 6 uživatelů, činnost trvá cca 20min. (jeden terapeut)

Úvodní část: Uvést uživatele do klidné, muziko terapeutické místnosti, nebo společenské místnosti, klubovny. Důležité je, aby skupina nebyla vyrušována.

Pomůcky pro činnost: Zpěvník, Orffovy nástroje – zvonky, bubínek, triangel, činely, metalofon, zvonkohra, tamburíny, dřívka.

Postup činnosti: Terapeut rozdá nástroje uživatelům a vyzve je, aby rytmicky doprovodili společný zpěv.

Pohybové prvky v sedě

Osorak – relaxační hudba

Cílová skupina: Uživatel s DAT (I., II. stádium nemoci), uživatelé obou poskytovaných sociálních služeb (DPS, DZR).

Časová dotace: Při počtu cca 20 uživatelů, činnost trvá cca 10min. (jeden terapeut)

Úvodní část: Uvést uživatele do společenské místnosti, herny. Uživatele posadíte na stabilní židle bez opěradel do kruhu. Místnost je vyvětraná, dobře osvětlená. Terapeut sedí v čele kruhu, aby jej všichni tanečníci dobře viděli.

Pomůcky pro činnost: Záměrně vybraná reprodukováná hudba s CD, relaxační forma. Celou pohybovou sestavu opakujeme 3x.

Průběh pohybových prvků v sedě:

1. pravé rameno zvednout a nechat klesnout
2. levé rameno zvednout a nechat klesnout
3. dvakrát obě ramena zvednout a nechat klesnout
4. střídavě zvedat nohy (pohybem v kolenou) pravá-levá-pravá-levá
5. opakování taktů
6. zvednout pravou paži a ruku zamávat spolusedícím v kruhu
7. totéž levou paži
8. pravou rukou vpravo dole u nohou uvolněně protřepat
9. totéž levou rukou

10. obě předloktí se spolu navíjejí

11. střídavě zvedat paže nahoru (pravá-levá-pravá-levá)

opakovat od začátku

Baletka – relaxační hudba

1. pravá ruka - spojujete postupně palec se všemi prsty (od ukazováčku k malíčku)
2. pravá ruka - spojujete postupně palec se všemi prsty (od malíčku k ukazováčku)
3. levá ruka - spojujete postupně palec se všemi prsty (od ukazováčku k malíčku)
4. levá ruka - spojujete postupně palec se všemi prsty (od malíčku k ukazováčku)
5. tlesk do stehů
6. tlesk do rukou
7. natáhnete ruce před sebe se sevřenými pěstmi (dlaně dolů)
8. otočíte ruce dlaněmi vzhůru a rozevřít je
9. tuto část opakujete 4x a pak opakujete celé od začátku

Výstup na RYSY– pochodová hudba

1. opřete se oběma rukama o zdvihající se pravé koleno
2. opřete se oběma rukama o zdvihající se levé koleno
3. opakujete, a následně přidáte další prvek
4. pochodujete na místě – zdviháte střídavě nohy a rukama volně pohybujete do stran
5. celou část opakujete
6. ručkujete jakoby po laně vzhůru
7. nahoře nad hlavou protáhnete se a roztáhnete ruce
8. sestoupíte po laně – ručkování dolů

Kognitivní rehabilitace Hra „Kolotoč“

Hra „Kolotoč“ je pro uživatele žijící v sociální pobytové službě přijata jako zábavná hra, plná otázek a odpovědí, rádi se účastní, jsou soutěživí a zvědaví. Při této hře, terapeut zároveň vyšetřuje jednotlivé složky kognitivních, fatických i gnostických funkcí. Cílem terapeuta je u uživatele rehabilitovat jednotlivé složky paměti, mezi které patří výbavnost, řeč, myšlení v souvislosti, vyhledávání slov, koncentrace, akustické vnímání, počítání, orientace v prostoru, času, osobou, abstraktní myšlení, představivost. Můžete zařadit některé prvky hry mezi reminiscenční a validační terapii.

Hra musí být rozdělena terapeutem na skupinky, podle schopností každého z uživatelů:

Terapeut aplikuje speciálně pedagogické přístupy u uživatelů podle stupně poruchy kognitivních funkcí:

- Uživatel s mírnou kognitivní poruchou (MMSE 18-26bodů).
- Uživatel se středně těžkou poruchou kognitivních funkcí (6-17bodů).

Cílová skupina: Uživatel s DAT, rozdělen ve skupince podle stádia onemocnění, uživatel bez poruchy kognitivních funkcí.

Časová dotace: Při počtu cca 6 uživatelů cca 20- 40min. (dva terapeuti)

Úvodní část: Před samotným začátkem činnosti vysvětlí terapeut průběh a pravidla hry. Určíte si pořadí, v jakém sledu budou zváni ke hře, doporučuji ve směru hodinových ručiček. Uživatelé sedí na židlích v půlkruhu. Hráč je vyzván, aby přišel do středu ke kolotoči a zatočil, vytočí si tak číslo, pod kterým se skrývá otázka, na kterou bude hráč odpovídat. Není důležité, zda je zodpovězeno vždy

dobře, důležité je, kolik si hráč vytočil na kolotoči. Terapeut musí znát každého jednotlivce po stránce zdravotní, kognitivní, i osobnostní.

Pomůcky pro hru: Kolotoč - na železné konstrukci je volně otočné kolo ze dřeva, rozdělené barevně a číselně na jednotlivá políčka. Na kole je připevněna červená šipka. Záznamový blok, CD přehrávač. Podle jednotlivých úkolů je zapotřebí připravit si dostatečné pomůcky, které si pedagog připravil a zhotovil:

- Obrázky zvířat, rostlin, dopravních prostředků, ovoce a zeleniny, předměty denní potřeby aj.
- Afatický slovník.
- Skleničky naplněné různými ingrediencemi (druhy známého koření, luštěniny, mletá káva, vanilkový cukr, skořice, ocet, houby, aj.).
- Pytlíky z látky, o velikosti 15x10cm, ukončené gumičkou. Pytlíky obsahují předměty denní potřeby (brýle, prsten, hřeben, mince, kolíček, hodinky, drátěnka, klíče, knoflík, zámek, tužka aj.).
- Pytel plný různých předmětů (míček, peněženka, bota, kartáček na zuby, hrnek, mýdlo, kuželka, prsten, klíče, vařečka, aj.)
- Audiokazeta se zvuky.
- Kapesní atlas květin, zvířat, hub, ryb, aj.
- Abeceda ve formátu A4.
- Desky s příslovími, hra se slovy, hádanky, aj. Poznávejte zvířata

Na obrázku je určité zvíře. Soutěžící má za úkol zvíře rozpoznat a říci vše, co o něm ví. Terapeut doplní zajímavostmi o zvířeti.

Vybavujte si města

Terapeut má připravené karty s abecedou, hráč si náhodným výběrem vytáhne kartu s daným písmenem, úkolem je vybavit si město s počátečním písmenem. (př. „K“ – Kolín, Kladno...).

Vybavujte si ovoce zeleninu

Terapeut má připravené karty s abecedou, hráč si náhodným výběrem vytáhne kartu s daným písmenem, úkolem je vybavit si ovoce, nebo zeleninu s počátečním písmenem. Terapeut rozvede na dané ovoce, nebo zeleninu téma, z hlediska země původu, pěstování, dobu sklizně, ale také jakým způsobem se upravuje ke konzumaci.

Hmatem poznávejte obsah pytlíku

Terapeut podá hráči pytlík z látky, ve kterém je uložen předmět denní činnosti. Hráč má za úkol poznat hmatem obsah pytlíku.

Pytlíky z látky, o velikosti 15x10cm., zakončené provázkem s obsahem např. brýle, prsten, hřeben, mince, kolíček, hodinky, drátěnka, klíče, knoflík, zámek, tužka aj. Další z forem hádání po hmatu je velký pytel, ve kterém jsou uloženy věci větších rozměrů (míček, peněženka, bota, kartáček na zuby, hrnek, mýdlo, houba mycí, vařečka, aj.).

Sluchem poznáváte známé zvuky

Terapeut záměrně vybere zvuk pro každého z uživatelů, které má nahrané na audiokazetě. Úkolem hráče je vybavit si, rozpoznat známý zvuk.

Tato činnost je vhodná jako vyšetřovací metoda, neboť lze zjistit rozsah postižení gnostických (poznávacích) funkcí (např. nebezpečí na železničním přejezdu, nedokáže rozpoznat výstražný signál).

- Zvuky neživé - domácnost, naše okolí, dopravní prostředky, vojenské vzruchy, příroda.
- Zvuky živé - lidé, zvuky zvířat.
- Zvuky libé - tóny, hudební nástroje aj.
- Zvuky nelibé- skřípající dveře, vrtačka aj.

Slova dvou a více významů

Terapeut vybere jedno slovo, které má dva významy. Hráč má za úkol vybavit si, dva významy daného slova, uvádím příklady:

KOLEJE: Ubytovna studentů / železniční trať. LEVICE: Levá strana / politická orientace. ZÁŘÍ: Název podzimního měsíce / sloveso svítí. PRŠÍ: Sloveso pro označení deštivého počasí / karetní hra. OSEL: Zvíře / označení pro hloupého člověka. HVĚZDA: Zářivé těleso na obloze / označení pro slavného člověka. JEDNIČKA: Nízké číslo, nejlepší známka / člověk v něčem výjimečný. KOŠ: Nádobka na odpadky / basketbalová pomůcka. ZVÍŘE: Živočich / název pro mocného a zlého člověka. KORUNA: Královský korunovační klenot / peněžní mince. RUDA: Mužské jméno / železná surovina. ZIMA: Roční období / název pro chlad. KRÁM: Lidový název pro obchod / označení pro zbytečnou věc. HOUBA: Rostlina v lese / věc k mytí. MEZ: Hranice / prostranství po vykácení stromů. SMRK: Jehličnatý strom / citoslovce smrkání. KOHOUTEK: Malý kohout / věc, kterou se pouští voda.

Nebo slovo více významů

SEDLO: Na koni, na kole, pohoří. LŽÍCE: Příbor, zednická, na boty, u bagru. MŮSTEK: Přes potok, skokanský, zubní aj.

Slovní opaky

Terapeut vybere jedno slovo a požaduje na hráči, aby řekl opak daného slova, uvádím příklady:

Zlo / dobro. Špatný / dobrý. Velký / malý. Hezký / ošklivý. Tlustý / hubený. Zima / teplo. Vysoký / nízký. Levý / pravý. Černý / bílý. Chudý / bohatý. Sever / jih. Hladový / sytý. Začátek / konec. První / poslední. Rychlý / pomalý. Mokra / sucho. Zdraví / nemoc. Smích / pláč. Ráno / večer. Pesimista / optimista. Ošklivý / hezký. Světlo / tma. Lež / pravda. Dlouhý / krátký. Veselý / smutný. Mladý / starý. Hloupý / chytrý. Pracovitý / líný. Venku / uvnitř. Západ / východ. Žena / muž. Obr/ trpaslík. Dospělí / dítě. Dole / nahoře. Vítěz / poražený. Start / cíl. Úspěch / neúspěch. Mokrý / suchý. Pravice / levice. Špičatý / tupý. Export / import. Vývoz / dovoz. Otevřený / zavřený. Hladký / drsný. První / poslední. Ticho / hluk.

Zábava s příslovími

Terapeut řekne hráči první část přísloví, hráč má za úkol vybavit si, a doplnit zbývající část.

Láska nehněvaná / není milovaná. Čeho je moc / toho je příliš. Co můžeš udělat dnes / neodkládej na zítřek. Co se škádlivá / to se rádo mívá. Hlad / je nejlepší kuchař. Mluvíti stříbro / mlčeti zlato. My o vlku / vlk za dveřmi. Na hrubý pytel /hrubá záplata. Na posměváčky / jsou háčky. S poctivostí /nejdál dojdeš. Na každého /jednou dojde. Co tě nepálí / nehas. Nemusí hned pršet / stačí, když kape. Neříkej hop / dokud jsi nepřeskočil. Neštěstí nechodí po horách / ale po lidech. Neštěstí ve hře / štěstí v lásce. Nikdy není tak špatně / aby nemohlo být hůř. Nové koště / dobře mete. Odříkaného / největší krajíc.



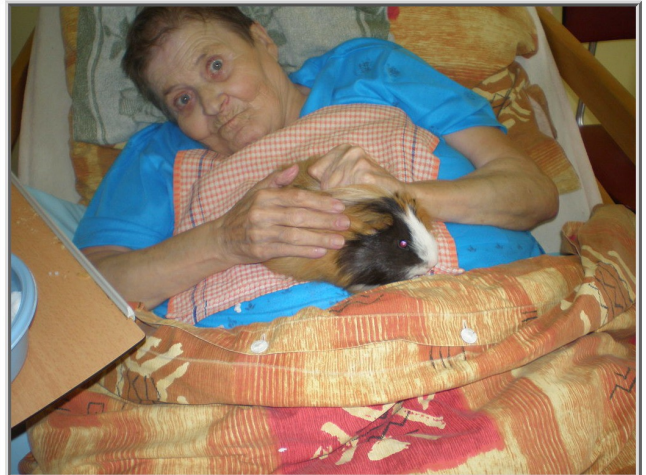
animoterapie - činčila.JPG



animoterapie hrdlička.JPG



animoterapie - křeček.JPG



animoterapie - morče.JPG



animoterapie - pes.JPG



animoterapie - pes2.JPG



canisterapie.JPG



kinezioterapie - cvičení s gumami.JPG



tvorba babule.JPG



tvorba bambule.JPG



tvorba hroznů z luštěnin.JPG



tvorba korálků se samo-tvrdnoucí hmoty.JPG



tvorba koule s krepových růží.JPG



tvorba krepových růží.JPG



tvorba kuliček z luštěnin.JPG



tvorba květin.JPG



tvorba obrázků.JPG



tvorba ozdobné vázy z látky.JPG



tvorba ubrouskové techniky.JPG



tvorba zvířat s bambulí.JPG



tvorba zvířat s bambulí.JPG



ukázka krepových květin.JPG

Péče o člověka s demencí



Autorka textu a foto: Mgr. Yvona Jungbauerová
V Ústí nad Labem 2014

Motto: „ Jsou lidé, kteří vstoupí do našich životů a rychle zase zmizí. Někteří však chvíli zůstanou a zanechají v našich srdcích své stopy a my už pak nikdy nebudeme stejní. “



BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Mgr. Yvona Jungbauerová

Obor: Speciální pedagogika

Název práce: Speciálně pedagogické terapeuticko-formativní přístupy a metody u osob s demencí Alzheimerova typu

Rok: 2013 - 2014

Počet stran textu bez příloh: 151

Celkový počet stran příloh: 21+52

Počet titulů českých použitých zdrojů: 32

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 12

Počet ostatních zdrojů: 0

Školitel práce: doc. PhDr. Renata Šikulová, Ph.D.