

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Veronika Mozgová

**Individuální práce s dospělým klientem
s Alzheimerovou nemocí – přehled poznatků
a doporučení pro praxi**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně za použití uvedených bibliografických a elektronických zdrojů. Dále prohlašuji, že verze bakalářské práce na CD nosiči je totožná s verzí tištěnou.

V Olomouci dne 16. 4. 2018

.....

Veronika Mozgová

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. et Mgr. Janu Chrastinovi, Ph.D. za jeho významnou pomoc, mnoho užitečných rad a připomínek, za odborné vedení a trpělivost při tvorbě této bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	5
1. PRÁCE S OSOBAMI VE STADIU POČÍNAJÍCÍ A MÍRNÉ DEMENCE	7
2. PRÁCE S OSOBAMI VE STADIU STŘEDNĚ POKROČILÉ A ROZVINUTÉ DEMENCE.....	9
3. PRÁCE S OSOBAMI VE STADIU TĚŽKÉ DEMENCE	12
4. PRÁCE S OSOBAMI V TERMINÁLNÍM STADIU DEMENCE.....	26
5. MOŽNOSTI VEŘEJNÉ PODPORY OSOB S DEMENCÍ U ALZHIMEROVY NEMOCI V ČR.....	30
6. DISKUZE A ZÁVĚR.....	33
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ – REFERENČNÍ SEZNAM.....	37

ÚVOD

Alzheimerova nemoc (dále jen „AN“) patří mezi degenerativní onemocnění nervové soustavy a v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů 10. revize (dále jen „MKN-10“) ji nacházíme pod alfanumerickým kódem G30. AN je nejčastější příčinou vzniku demence. Podle Ressnera et al. (2010) AN způsobuje 50-60 % všech případů demencí a na tomto odhadu se většina odborníků shoduje. Demenci u AN najdeme v MKN-10 pod alfanumerickým kódem F00, kde je dále dělena na demenci u AN s časným začátkem (začíná před 65. rokem života) a demencí u AN s pozdním začátkem (projevuje se po 65. roce věku života). V české literatuře se můžeme nejčastěji setkat také s pojmy, jako jsou Alzheimerova choroba nebo Alzheimerova demence, v zahraniční literatuře pak s pojmy Alzheimer's disease a nebo Alzheimer's disease and dementia.

Téma AN je v současné době stále více aktuální z důvodu stárnutí populace, které s sebou nese řadu důsledků, mezi které patří právě zvyšování incidence a prevalence onemocnění, které jsou pro starší populaci obyvatelstva „obvyklejší“ – tímto je právě demence u AN. AN je velkou zátěží nejen pro samotné nemocné, ale také pro jejich rodinné příslušníky, formální i neformální pečující a další zainteresované osoby. V současné době i přes spoustu provedených výzkumů neexistuje možnost vyléčit AN (jedná se tedy o onemocnění progresivní). Nemocným jsou podávána farmaka, která pouze oddalují nástup závažnějších stádií onemocnění a která „tlumí“ symptomatologii onemocnění. V bakalářské práci se autorka zaměřuje na nefarmakologická řešení nebo zmírnění problémů spojených s demencí u AN. Práce je zaměřena jak na osoby s demencí žijící v pobytových zařízeních, tak i na osoby s demencí, o které je pečováno v domácím prostředí.

Pro zpracování bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Předložit relevantní publikované poznatky o symptomech a jejich specifikách během procesu vzniku a rozvoje demence u Alzheimerovy nemoci.

Cíl 2: Předložit relevantní publikované poznatky o možnostech nefarmakologických intervencí uplatňovaných pro zmírnění či odstranění symptomů demence u Alzheimerovy nemoci.

Původním záměrem autorky této přehledové práce bylo rozčlenit kapitoly práce podle nejčastěji uváděné koncepce příznaků demence u AN, tj. podle koncepce „ABC“, kdy „A“ značí „Activities of daily living“, „B“ představuje „Behavioral changes“ a „C“ znázorňuje „Cognition“. Nakonec se ale autorka rozhodla práci rozčlenit podle tíže a závažnosti demence na 4 stadia. Ta jsou v souladu s rozdělením České alzheimerovské společnosti a jedná se o stadia – počínající a mírné demence, středně pokročilé a rozvinuté demence, těžké demence a terminální stadium demence. V každém stadiu dominují jiné příznaky, a tím se také liší přístupy a specifika intervencí k těmto klientům. Závěrečnou kapitolu přehledové práce autorka cílí na oblast veřejné podpory, které osoby s demencí mohou v České republice (dále jen „ČR“) využívat. Důvodem takového rozčlenění práce je rovněž fakt respektování multidisciplinarity a komprehenzivnosti přístupů k této cílové skupině nemocných a klientů

Popis rešeršní činnosti:

K rešerši byl použit metavyhledávač licencovaných přístupů do databází Univerzity Palackého v Olomouci prostřednictvím rozhraní E-zdroje (www.ezdroje.upol.cz), vyhledávač Google Scholar, databáze Medvik, dostupné plnotexty časopisů vydavatelství a nakladatelství Solen a dostupné odborné publikace v Knihovně Univerzity Palackého v Olomouci. Pro tuto práci byly využity publikace v českém a anglickém jazyce. Byly vyřazeny texty, které byly zaměřeny ryze medicínsky a zdravotnický, a texty, které nebyly v souladu s cíli této práce. Pro primární vyhledávání bylo použito klíčové slovo *Alzheimer**. Později pro konkrétnější vyhledávání byla použita doplňující klíčová slova *dementia**, *nonpharmacological interventions**, *nonpharmacological therapy**, *behavioral disorders**, *psychiatric disorder** OR *problem* sleep disturbance**, *apathy**, *terminal care**, *demence* poruchy chování**, *psychiatrické poruchy**, *terminální péče**.

K naplnění cílů bylo použito 30 zdrojů, které odkazovaly na další zdroje. Celkem bylo tedy k vypracování přehledové práce použito 56 publikací. Původně byly vyhledávány zdroje z let 2000 – 2018. V práci se však objevují i zdroje staršího data, neboť se jedná o často citované a stěžejní publikace.

1. PRÁCE S OSOBAMI VE STADIU POČÍNÁJÍCÍ A MÍRNÉ DEMENCE

Česká alzheimerovská společnost (dále jen „ČALS“) toto stadium demence u AN charakterizuje relativní soběstačností, kdy nemocnému „stačí“ pouze občasný dohled a dopomoc. Dohled však nemusí být nepřetržitý. V tomto období si nemocná osoba uvědomuje změny svého stavu, na základě čehož mohou často vznikat **deprese** a pocity nejistoty. Franková (2012) uvádí, že uvědomování si počínajícího kognitivního deficitu, počínající poruchy orientace a neodvratitelné odkázanosti na druhých může ústit také v chronický stres (a ten zase může ústit v úzkostné poruchy). ČALS v tomto stadiu zdůrazňuje potřebu včasného a správného stanovení lékařské diagnózy. Důležitá je zde role lékaře, který by měl být schopen zodpovědět všechny dotazy jak pacienta, tak i jeho rodinných příslušníků, kterými je doprovázen, a měl by být schopen jim doporučit další postupy (ČALS, 2014). Podstatnou roli lékaře zdůrazňuje také Holmerová et al. (2005) z toho důvodu, že právě lékař je osobou, od které by měla vycházet primární podpora nemocnému a jeho nejbližším. Dále je podle ČALS (2014) v tomto stadiu důležitá také **podpora, psychologická pomoc a poradenství**. To vše může být poskytnuto právě ze strany ČALS.

Jiráček (2007) zmiňuje, že v tomto stadiu se dostávají do popředí převážně poruchy kognitivních funkcí, kterých jsou si, jak již bylo řečeno, nemocní vědomi. Začínají být narušeny aktivity denního života (dále jen ADL), a to hlavně aktivity, které vyžadují zvýšenou pozornost.

Již zmíněnou depresí se zabývá např. Holmerová et al. (2011), která však upozorňuje na to, že depresivní porucha může být ve vyšším věku za syndrom demence i zaměňována. V případě, že se jedná „pouze“ o depresivní poruchu, klienti si na své deficity obvykle stěžují a upozorňují na ně. Na rozdíl od demence, kdy osoby v počátečních stádiích mají naopak tendenci projevy nemoci skrývat. Dostál (2011) uvádí depresi jako rizikový faktor pro rozvoj demence a zároveň jako doprovázející příznak demence. Nepopírá však, že demence a deprese mohou spolu koexistovat bez vzájemného vztahu. Autor také souhlasí s tím, že deprese se objevuje především v počátečních stádiích demence a je způsobena právě v reakci na počáteční příznaky nemoci. Proto je nesmírně důležité citlivé a postupné seznámení se jak s prognózou nemoci, tak i s možnostmi léčby, intervencemi a dalšími opatřeními. Tomuto kroku však doposud není věnována dostatečná pozornost. Deprese se může projevovat apatií, odmítavým chováním nebo „jen“ zhoršením celkového zdravotního stavu a kvality komunikace. O výskytu depresí

v tomto stádiu hovoří také Jiráček (2007) a Ressler et al. (2011), kteří dodávají, že se dále může v počátečních stádiích objevovat porucha nálad, odbržděnost a ztráta morálních zábran a snížená sebekontrola. Holmerová et al. (2011) však upozorňuje, že deprese se nemusí vyskytovat pouze v počátečních stádiích.

2. PRÁCE S OSOBAMI VE STADIU STŘEDNĚ POKROČILÉ A ROZVINUTÉ DEMENCE

V tomto stadiu se již může objevovat potřeba poskytování péče v denních stacionářích nebo pobytových zařízeních sociálních služeb. Stadium trvá 2-10 let. Postupně začíná být omezena soběstačnost nemocného, začíná se objevovat dezorientace a potřeba trvalejšího až trvalého dohledu a dopomoci v ADL. V tomto stadiu se většinou nevyskytují žádné závažné neovladatelné poruchy chování nebo jiné psychiatrické symptomy, jako jsou např. halucinace. Málo kdy se zde objevuje spontánní agresivita. Jedná se spíše o jistou obrannou reakci na situace, které osoby s demencí vnímají jako nesrozumitelnou nebo dokonce nebezpečnou. Taková agresivita může být vyvolána např. nepohodlím, které je způsobeno ošetrovatelskou manipulací, bolestí atp. Lidé v tomto stadiu potřebují **pravidelný a strukturovaný denní rytmus** a zapojení do různých činností podle jejich možností, z čehož profitují. Vytvoření pravidelného denního rytmu je užitečné i pro rodinné pečující. Pravidelný denní rytmus umožňuje poskytovat péči v domácím prostředí co nejdéle. V ústavních zařízeních jsou tyto programy aktivit součástí komplexní péče. Vytvoření pravidelné struktury prostřednictvím rozvržení denních aktivit napomáhá k vytvoření předpokladů pro zachování co možná nejkvalitnějšího nočního odpočinku (ČALS, 2014). S nutností vytvoření pravidelné struktury denního režimu pro osoby s demencí souhlasí také Holmerová et al. (2005), která uvádí, že právě pravidelný režim může minimalizovat problémové chování. U klienta by měl být zachován pocit, že je stále užitečný i přes určitá omezení, která onemocnění přináší. ČALS (2014) za programové aktivity považuje ty aktivity, které naplňují den člověka a směřují k zachování jeho soběstačnosti. Řadí sem různé nefarmakologické přístupy a psychosociální intervence, jako je např. kinezioterapie, vycházky, kognitivní rehabilitace, senzorická stimulace apod., ale je současně zdůrazněno, že sem patří hlavně sebeobslužné činnosti, jako je ranní a večerní hygiena, stolování atp.

Jiráček (2007) v tomto stadiu hovoří o zhoršujících se kognitivních funkcích a o tom, že nemocní již ztrácejí náhled na postup jejich nemoci. ADL jsou stále více narušeny, osoby v tomto stadiu demence mají problémy se zvládnutím běžných instrumentálních aktivit (autor zde jako příklad uvádí telefonování či manipulaci s penězi). Autor zmiňuje poruchy chování, avšak také zdůrazňuje, že jejich výskyt v tomto stadiu není běžný.

Jako jednu z možností práce s klientem v tomto stadiu uvádějí Ressler et al. (2011) **rehabilitaci kognitivních funkcí**. Autoři tento přístup definují jako „systematickou intervenci snažící se o kompenzaci kognitivních deficitů, které na některých úrovních narušují zpracování informace.“ Tento druh rehabilitace zlepšuje poznávání i funkční schopnosti, a tím pádem zlepšuje i kvalitu života nemocných a snižuje riziko výskytu BPSD (behaviorálních a psychologických symptomů u demencí). Kognitivním tréninkem a cvičeními paměti se zabývá i Holmerová et al. (2005). Autorka hovoří o velkém významu cvičení paměti i u seniorů bez kognitivní poruchy. U osob s demencí se používá obdobných postupů a technik jako u seniorů bez demence, tyto techniky jsou však výrazně šetrnější. Nejedná se o pouhé cvičení paměti, jedná se o kognitivní rehabilitaci. Mohou to být různé zjednodušené a nesoutěživé slovní hry, také doplňování různých říkánek, skládání obrazců atp. Jsou-li tyto techniky používány citlivě a kvalifikovaně, pak mohou být dle zkušenosti autorky užitečné. Holmerová (2004) uvádí, že jeden z prvních výzkumů na téma tréninkových programů pro cvičení paměti ukázal, že osoby s mírným poškozením mozku mají z těchto programů zisk. U osob s větším poškozením mozku je tento zisk menší. Takových studií pro demenci u AN je však málo, většinou se jedná jen o krátkodobá sledování a o studie, kde je tento trénink kombinován také s farmaky. O kognitivní (neuropsychologické) rehabilitaci píšou i autoři Kalvach et al. (2011) – uvádějí, že cílem této rehabilitace je úprava kognitivních deficitů nebo znovunabytí původních schopností, stejně jako adaptace na deficity osvojením nových kognitivních strategií. Kognitivní rehabilitace se soustřeďuje především na pozornost, koncentraci, paměť, myšlení a plánování. Zaměřuje se také na fatické poruchy, zrakové vnímání, motivaci, emoce, zvládání stresu, sociální chování, motoriku atd. Orientuje se na každodenní činnosti, soběstačnost a socializaci. Podle autorů je základem tohoto přístupu individuální práce s klientem – aplikují se prostředky s cílem uvolňování psychických tlaků a stresů. To by mělo přispívat k optimalizaci výkonu odpovídajícímu možnostem klienta. Autor uvádí příklady rehabilitačních postupů – např. pro rehabilitaci pozornosti může být využito cvičení, kdy klient musí rychle reagovat na nějaké podněty nebo pokyny, cvičení, při kterém bude klient muset přeškrtnout sudá nebo lichá čísla nebo třeba úkoly s více druhy informací, na které se klient musí soustředit současně. Pro rehabilitaci paměti nebo trénink každodenních činností mohou být využity různé kompenzační pomůcky, jako jsou různé poznámky nebo nálepky po bytě (příp. v jiném prostředí). Autor dále uvádí příklady jednoduchých metod a programových aktivit, které se využívají v běžné praxi. Jedná se o řešení různých skládaček, puzzle, křížovky, třídění geometrických tvarů, procvičování prostorové orientace, procvičování jednoduchých aktivit prováděných v několika krocích, rozvíjení slovní

zásoby, popis fotografií a obrázků, hry typu „město, jméno“, různé sociální aktivity jako jsou „čaje o páté“, poznávání zvuků a vůní atd. Autor sem řadí také senzoryckou stimulaci a zklidnění, jako je např. u muzikoterapie, dále rovněž pohybové aktivity, zpěv, chůze, relaxační techniky. Veleta (in Kalvach et al., 2011) zdůrazňuje, že pro efektivní kognitivní rehabilitaci je důležité vyloučení jakéhokoliv klientova stresu a úzkosti. Dále hovoří o oblíbenosti zapojování zvířat do těchto aktivizačních a kognitivně rehabilitačních technik, jedná se o tzv. pet terapii (animal-assisted therapy). Nejčastěji jsou využíváni koně (hippoterapie, hipporehabilitace), psi (canisterapie) a kočky (felinoterapie).

Existují různé počítačové i nepočítačové programy pro kognitivní rehabilitaci u osob s demencí. Příkladem nepočítačového programu je REHABIT, což je soubor pěti strukturovaných sestav s 250 úkoly. Tento program pochází ze sedmdesátých let 20. století. Pracuje např. s abstrakcí, pozorností nebo pamětí. Příkladem počítačového programu je CogReHab (Computer Programs for Cognitive Rehabilitation). Jde o víceprogramový software, který byl vyvinut v USA (Kalvach et al., 2011).

3. PRÁCE S OSOBAMI VE STADIU TĚŽKÉ DEMENCE

Jak uvádí ČALS (2014), těžké stadium demence je stadiem, pro které jsou typické BPSD. Kalvach et al. (2011) uvádějí, že **behaviorální a psychologické symptomy** v tomto stadiu jsou velmi pestré a liší se jak u typů demence, tak i u jednotlivých klientů v závislosti na jejich osobnosti a vlivu prostředí.

O BPSD hovoří i Jiráček (2007), přičemž konstatuje, že největším problémem jsou právě **poruchy chování**. Ty jsou ze strany pečovatelského personálu uváděny jako nejobtížnější příznak a jsou častým důvodem institucionalizace péče těchto nemocných. Poruchy chování mohou mít různou podobu. Mohou se vyskytovat poruchy chování bez agresivity a s agresivitou. Pokud mluvíme o poruchách chování bez agresivity, mluvíme především o **agitovanosti, nevhodném a nepřiměřeném upoutávání pozornosti, vydávání různých neartikulovaných skřeků, nařikání, odcházení z domova** apod. Poruchami chování se zabývá také Brunovský (2006) a doplňuje, že právě poruchy chování bez agresivity mohou vycházet z poruch krátkodobé paměti nebo mohou být projevem paranoidního chování. Autor dále hovoří o fyzických neagresivních symptomech, které zahrnují např. **bezcílné toulání a bloudění, hromadění zbytečných věcí, drobné krádeže, vyměšování na nevhodných místech**. Jiráček (2011) také zmiňuje, že se v tomto stadiu nemoci může objevovat tzv. **delir zaměstnanosti**, což se projevuje jako provádění opakovaných úkonů a pohybů, které připomínají práci. Kalvach et al. (2011) uvádějí, že sem mohou patřit také úkony, které na první pohled nemají žádný smysl, ale nemocný v nich očividně nachází uspokojení. Jedná se např. o přecházení, přerovnávání věcí, zametání neexistujícího smetí, vyprávění různých sdělení, kterým pečující osoby nerozumí, zpívání atp. **Agresivní chování** pak může být namířeno buď proti věcem, nebo i proti lidem, může být pouze verbální (např. nadávání, klení), ale může být i fyzické (např. ničení věcí, napadání osob). Jak dále uvádí Jiráček (2011), agresivita vůči lidem je nejčastěji namířená proti pečujícím osobám nebo proti zdravotnickému personálu. Většinou se však jedná o projevy negativismu, což znamená, že se klient chová agresivně jen v situacích, kdy je nucen k nějaké aktivitě, jako je např. jídlo nebo koupání. Cankurtaran (2014) dále jako příklad **psychiatrických symptomů** uvádí úzkost nebo depresi. Autor upozorňuje na to, že pravděpodobnost výskytu těchto symptomů se zvyšuje s tím, jak klesá kognitivní úroveň osob s demencí.

V tomto stadiu onemocnění Jiráček (2007) hovoří o tak **těžkém poškození kognitivních funkcí**, že nemocní nejsou často schopni ani rozpoznat své blízké a jsou mnohdy dezorientováni časem i místem. ADL jsou postiženy v obou složkách, tedy jak ve složce instrumentální tak i neinstrumentální. Nemocní jsou plně závislí na péči jejich okolí.

Vždy je důležité primárně pátrat po příčině nežádoucího chování (ČALS, 2014; Jiráček, 2012). Franková (2007) uvádí, že je vždy nutné tuto primární příčinu cíleně odstraňovat a léčit. Jiráček (2012) ve své práci uvádí seznam faktorů, které mohou tyto poruchy provokovat, a charakteristiky klientů, kteří jsou ke vzniku BPSD více náchylní. Poruchy chování mohou být způsobeny např. senzoricou deprivací, problémy v komunikaci, negativní životní události, kdy se jedná především o přestěhování do zařízení sociální péče nebo přijetí do nemocnice. K poruchám chování jsou náchylnější osoby, které trpí hypoxií, metabolickými poruchami nebo zánětlivými onemocněními, osoby prožívající výrazný dyskomfort a osoby, které nejsou schopny tyto potíže vyjádřit verbálně. Dyskomfortem autor myslí např. nevhodné oblečení nebo třeba nepohodlnou polohu. Velkou roli při vzniku poruch chování hraje i nevhodná farmakoterapie. ČALS (2014) dále jako možnou příčinu poruch chování doplňuje bolest, dehydrataci, zácpu atd. Franková (2007) uvádí, že např. agresivita může být projevem psychotické symptomatiky, deprese nebo nepochopené manipulace ze strany pečujících osob. Dalším příkladem je agitovanost, které může být způsobena úzkostí nemocného, s čímž souhlasí i Jiráček (2012) a dále doplňuje, že např. křik (zvláště u pokročilých demencí) může být vyvolán bolestí nemocného nebo somatickým onemocněním. Podle Ressler et al. (2011) může agresivní chování souviset se situací v prostředí klienta (např. změna pečovatele či doprovázející osoby). Osoby s demencí mají snížený frustrační práh, s čímž souvisí neschopnost řešit situace jinak než agresivním chováním. Kalvach et al. (2011) upozorňuje, že je nutné proti těmto symptomům působit spíše preventivně, tedy vysledovat situace, které problémové chování vyvolávají. Jako příklad důvodu vzniku BPSD uvádí spěch a časový stres, změnu prostředí, nesrozumitelné jednání nebo vjemové přetížení.

Jako další projev poruch chování uvádí Jiráček (2011) **apatii**. Autoři Raber et al. (2010) zjistili, že většina institucionalizovaných osob s demencí spoléhá na iniciativu jiných osob k udržení aktivity nebo interakce, což podtrhuje silný účinek sociálního prostředí. Autoři Staal et al. (2007) k léčbě apatie doporučuje **multisenzorickou stimulaci** (např. Snoezelen). Účinnost multisenzorické stimulace a Snoezelenu zkoumali také Chung et al. (2002), Lancioni et al. (2002), Livingston et al. (2005), Verkaik et al. (2005) a Cohen-Mansfield (2001) a další. Jejich

studie ukázaly pozitivní účinek těchto přístupů v celé řadě poruch chování, včetně snížení výskytu apatie.

K poruchám chování bývají často přidruženy právě i **psychotické příznaky**, které se objevují nejčastěji ve stadiu těžké demence. U osob s demencí se mohou objevovat **bludy**, a to nejčastěji bludy o tom, že jim např. domnělí nepřátelé kradou peníze, ošaceni, peří z peřin apod. Častý je výskyt **halucinací**, které bývají nejčastěji zrakové, kdy nemocní vidí např. cizí osoby. Mohou se vyskytovat i **misinterpretace** – to znamená klientovo správné rozpoznání objektu a následné popření jeho správného rozpoznání. Příklad lze ilustrovat takto: klient mluví o své ženě a říká „Vypadá stejně jako moje žena, má stejný hlas i oblečení jako moje žena, ale není to moje žena.“ (Jirák, 2007). Výskyt bludů a jiných psychotických příznaků potvrzuje také Brunovský (2006) a uvádí, že se tyto příznaky objevují až u 1/4 osob s nějakým typem demence. Ressler et al. (2011) uvádějí, že bludy a výskyt psychózy významně zvyšuje pravděpodobnost výskytu problémového chování. Cankurtan (2014) upozorňuje, že výskyt bludů a halucinací může souviset také s poruchami zraku a sluchu. Kalvach et al. (2011) upozorňují, že se zde rozcházejí přístupy psychiatrů a přístupů geriatrů. Psychiatři psychotické příznaky léčí neuroleptiky, zatímco geriatři tyto symptomy považují za součást demence a nahlíží na ně jako na stavy vyplývající z vlastního onemocnění.

Osoby v tomto stádiu onemocnění profitují z **individualizované asistence a z individualizovaných aktivit**, protože jejich onemocnění pokročilo na tolik, že nejsou schopni se podílet na programových aktivitách. Účast na programových aktivitách je pro ně spíše zatěžující a způsobuje již zmíněný dyskomfort. Dochází k výraznému omezení verbální komunikace a omezení mobility. Je tedy potřeba klienta rehabilitovat a polohovat a tím i předcházet bolesti (ČALS, 2014). K naplnění denního programu osob v tomto stadiu Holmerová et al. (2005) doporučuje různé stimulační a aktivizační metody, které slouží také ke zvládnutí a prevenci problémového chování. Má na mysli např. muzikoterapii nebo taneční terapii, pet terapii, kreslení, malování a vytváření různých objektů.

Franková (2015) za vhodnou metodu přístupu k osobám s demencí považuje tzv. „**kroniky života**“ (podle Life Story Book). Může se jednat o různá fotografická alba nebo deníčky doplněné o různé výstřižky nebo koláže. Tyto kroniky života by měly obsahovat údaje o daném člověku, jeho preferovaných jídel, mohou obsahovat jeho oblíbené historky, rčení atp. Slouží jednak k navázání kontaktu s klientem, k terapeutické práci s ním, ale může sloužit také

k semknutí rodiny nemocného. Tvorba těchto kronik umožní rodině znovu vidět osobnost nemocného a ne pouze osobnost skrze příznaky demence.

Při řešení behaviorálních poruch by vždy na prvním místě měly být možnosti nefarmakologických intervencí. Farmakoterapie by měla nastoupit až v případě, kdy jsou BPSD jinak nezvladatelné. Psychofarmaka nasazovaná z důvodu poruch chování často způsobují i jiné nežádoucí účinky. Poruchy chování, jak již bylo zmíněno, mohou být způsobeny právě vlivem medikace (Franková, 2007).

Kalvach et al. (2011) za základ pro řešení BPSD považují kognitivně-behaviorální terapii. Nicméně dále uvádí, že pokud jsou projevy závažné a často se opakují, je na místě nasadit účelnou farmakoterapii. Cankurtan (2013) uvádí, že před zahájením terapie BPSD by měl být vyloučen možný vztah mezi farmaky a BPSD. Autor souhlasí s tím, že jako první by měly být zahájeny nefarmakologické intervence, jako je např. **vzdělávání pečovatelů** nebo **fyzická aktivizace nemocných**. BPSD mohou být totiž vyvolány právě nesprávným přístupem pečovatele, tím, že je např. příliš mladý, málo vzdělaný nebo má sklony k depresivním náladám. Nefarmakologické intervence jsou doporučovány jako hlavní strategie při řešení BPSD mnoha směrnicemi např. American Association for Geriatric Psychiatry nebo American Geriatric Society.

Stejně tak Holmerová et al. (2005) hovoří o důležitosti nefarmakologických přístupů. Dále zmiňuje nutnost podpory pečujících rodin a různých organizačních opatřeních. Uvádí, že v posledních dvou desetiletích se objevuje stále více prací zkoumajících vliv těchto nefarmakologických přístupů, avšak tyto práce bohužel nepřinášejí jednoznačné závěry. Důvodem je to, že většina těchto přístupů lze uchopit pouze kvalitativními metodami, ale současná medicína založená na důkazech vyžaduje přednostně kvantitativní data, především výsledky randomizovaných kontrolovaných studií. Problémem je, že tyto studie jsou u spousty nefarmakologických metod obtížně uskutečnitelné.

Jiráček (2012) za nejdůležitější součást nefarmakologických intervencí považuje **edukaci pečovatelů** (pečujících osob). Stejně tak Holmerová et al. (2005) za podstatný prvek pro zmírnění či odstranění BPSD považuje systematickou edukaci a odborné vedení pečujících osob. Autorka uvádí, že mezi nejčastější otázky při vedení seminářů o nefarmakologických přístupech ke klientům s demencí patří právě otázky ohledně zvládnání problémového chování. Obvykle se jedná o systematické vedení pracovníků v přímé péči o osoby s demencí. Tyto programy slouží k tomu, aby se pracovníci naučili analyzovat problémové chování ve všech

souvislostech, aby se na základě těchto souvislostí naučili přizpůsobit svůj přístup ke klientovi tak, aby se výskyt problémového chování zredukoval nebo úplně odstranil. Velký důraz je kladen na zjišťování potřeb klientů, jako je potřeba mikce, hladu, nechuť vykonávat určitou činnost atp. Všechny tyto nenaplněné potřeby mohou být vyjádřeny neklidem nebo agresivitou. Také Kalvach et al. (2011) spatřují edukaci pečujících jako klíčovou, protože pracovníci ve zdravotnických zařízeních (akutní oddělení nemocnic, oddělení následné péče), ale i v sociálních zařízeních, kteří neumí pracovat s lidmi s demencí, volají v každé situaci, kterou považují za problémovou, lékaře, což často vede ke zbytečné indikaci farmak. Znalí a zkušení pečující, a to jak pracovníci v institucionálních zařízeních, tak i rodinní pečující, dokáží svými přístupy a optimalizací režimu zabránit mnoha poruchám chování nebo jejich symptomatologii. Takoví pečující se také umí konstruktivně chovat i v situacích, kdy se poruchy začínají objevovat nebo jsou již rozvinuté. Tím se snižuje potřeba farmakoterapie a zvyšuje se kvalita života nemocných.

Důležitost edukace pečovatelů potvrzují svou prací i Deudon et al. (2009), kteří se zaměřili na nefarmakologické možnosti řešení BPSD v ošetrovatelských domech, a to právě edukací pracovníků v přímé péči o osoby s demencí. Bylo vybráno 306 pracovníků z ošetrovatelských domovů ve Francii. V kontrolní skupině probíhala péče o klienty běžným způsobem, zatímco ve druhé skupině probíhal edukační program pracovníků v rozsahu 24 hodin. Edukační program zahrnoval přednášku o demenci, BPSD a o používání tzv. instrukčních karet (Staff Instruction Card), které obsahovaly praktické rady, jak se vypořádat s BPSD. Zbýlá část programu sestávala z individuálních sezení pracovníků a školitelů. Výsledky studie ukazují, že takový edukační program může být efektivní strategií pro zvládnutí BPSD. Příznivý účinek pro snížení agitovanosti a agresivity byl u klientů pozorován ihned po ukončení tohoto dvouměsíčního programu a byl přítomen ještě tři měsíce poté.

Se vzděláváním pečovatelů lehce souvisí i další podpůrná metoda – **videotrénink interakcí**, jehož cílem je zlepšení přístupu pracovníků v přímé péči o klienty s demencí. Jedná se o pořizování videozáznamů, následnou analýzu těchto záznamů a snahu nalézat vhodné přístupy ke klientům nebo zlepšení těchto přístupů (Holmerová et al., 2005).

Franková (2007) za doménu léčby poruch chování u demencí považuje nefarmakologické postupy ve smyslu **péče o celkový tělesný stav** (jako je léčba somatických onemocnění, dostatečná hydratace, výživa apod.), úprava prostředí, správného přístupu pečujících (vlídnost, jednoznačné vyjadřování apod.), vhodných aktivit, tedy takových, které jsou členěny

na jednoduché a snadno zvládnutelné kroky a které nepřesahují možnosti nemocného. Důležitý je také přístup ke klientovi podle symptomatologie problémového chování. Autorka doporučuje odvádění pozornosti klienta k jiným věcem nebo událostem, nemocný pak může na důvod svého jednání zapomenout. Při agitovanosti doporučuje masáž. Účinnost **masáží a dotekové terapie** hodnotil Viggo Hansen et al. (2006), Livingston et al. (2005) a Cohen-Mansfield (2001). Výsledky jejich studií naznačují, že tyto přístupy mohou fungovat v řadě oblastí. Masáž rukou spojená např. s hudbou v pozadí po dobu 10 minut může mít okamžitý účinek na snížení agitovanosti. Neexistují však přesvědčivé důkazy o tom, že by masáže omezovaly toulání, úzkost nebo agresivitu. Dále Franková (2007) doporučuje **aromaterapii**. Jistý důkaz o účinnosti aromaterapie na snižování výskytu BPSD přinášejí také studie autorů Thorgrimsen et al. (2003), Robinson et al. (2006) a Diamond et al. (2013). Všichni autoři ale naznačují, že pro potvrzení účinnosti aromaterapie je za potřebí větších velikostí vzorků osob. Franková (2007) doporučuje také multisenzorickou stimulaci a pet terapii. **Terapii za asistence zvířete** (AAT – Animal Assisted Therapy) na základě svých výzkumů doporučují také Filan (2006) a Cohen-Mansfield (2001). Takové terapie u osob s demencí snižují agitaci a/nebo agresi. Tyto metody také podporují adekvátní sociální chování těchto osob. Dále Franková (2007) doporučuje muzikoterapii či tanec. Zmiňuje tzv. **behaviorální přístup**, který spočívá v analýze chování nemocného, eliminaci možných stresorů v prostředí, ve zvýšené nabídce příjemných aktivit a sociálních kontaktů nebo také v maximálním využívání zachovaných schopností nemocného.

Muzikoterapii jako účinný nefarmakologický přístup doporučuje také Sheardová (2010). Muzikoterapií autorka rozumí jakékoliv užití hudby, ať již tedy formou aktivní (improvizace nebo zpívání písniček) nebo formou pasivní (poslech hudby). Poslech hudby během aktivit, které mohou být pro klienta problémové, má pozitivní vliv na redukci agitovanosti. Jako další efektivní metodu uvádí také **masáž rukou nebo jemný dotek**. Jemný dotek na předloktí má krátkodobý účinek na snížení agitovanosti osob s demencí, může zlepšit chování klienta a v oblasti stravování může pozitivně ovlivnit příjem potravy.

Co se týká muzikoterapie, byla provedena řada studií zkoumající pozitivní efekt na chování osob s demencí. Např. Li CH et al. (2015) zjistil, že pětíměsíční poslech Mozartovy Sonáty do sluchátek osobami s mírnou formou demence měl vliv na zlepšení výsledku v testu MMSE (Mini Mental State Examination). Podobnými výsledky přispěl i Arroyo-Anllo et al. (2013), který zjistil, že poslech známých španělských písní osobami s demencí stabilizuje nebo zvyšuje sebevědomí. Skupina, která poslouchala známé písně, měla lepší výsledky v MMSE, na rozdíl

od skupiny, které byly pouštěny písně neznámé. Satoh et al. (2015) zjistil, že zpěv oblíbených písní po dobu 6 měsíců měl vliv na zmírnění neuropsychiatrických symptomů. Dále uvedl, že poslech hudby a zpěv mohou zlepšit psychomotorické schopnosti a také prodloužit dobu spánku. Särkämö et al. (2014) zjistil, že po 10 týdenní intervenci se u osob s demencí stabilizovaly emoce a zlepšily kognitivní schopnosti, a to jak u skupiny zkoumaných osob, která hudbu jen poslouchala, tak i u skupiny osob, která písně také zpívala. Také Gallego & García (2016) po 6 týdnech poslechu hudby, tancování a hraní na různé nástroje osobami s demencí, uvedli, že hudba a další aktivity současně mohou zlepšit kognitivní schopnosti a zmírnit neuropsychiatrické symptomy. Také studie autorů Sung & Chang (2005), Vink et al. (2006), Livingston et al. (2004) Lou (2001), Nugent (2002), Cohen-Mansfield (2001) přinášejí důkazy o tom, že hudba a muzikoterapie působí na snížení BPSD, včetně agitace, agrese, toulání, sociálních a emočních problémů a potíží v oblasti příjmu potravy. Zejména poslech oblíbené hudby – např. během koupání a jiných aktivitách, které mohou být pro klienta nepřijemné a problémové – může snížit výskyt agresivního chování.

Pro snižování výskytu BPSD také autoři Ressler et al. (2011) doporučují označit věci, na které klient zapomíná a neustále a laskavě klientovi připomínat zapomenuté skutečnosti. Tento přístup může u klientů snížit míru úzkosti a stav úzkostnosti. Úzkost vzniká ze strachu ze selhání a z obecné nejistoty. Snížení úzkosti pak může zvýšit výkonnost a zlepšit koncentraci. Pro osoby s demencí je velmi důležitý pocit vlastní jistoty a podpory. Proto by je pečující osoby měly vést k tomu, že pokud něco neví, mohou se zeptat a jejich otázka jim bude vlídně zodpovězena. Autoři také zdůrazňují význam péče o pečující, kteří jsou ohroženi vyčerpáním, v důsledku kterého mohou začít jednat způsobem, který právě může zvýšit pravděpodobnost vzniku poruch chování, tím opět prohloubí vyčerpanost pečovatele a zvýší nutnost institucionalizace nemocného.

Dalším symptomem demence u AN jsou **poruchy spánku**. Těmi se zabýval kolektiv autorů Brunovský et al. (2002) – vysvětlují, že poruchy spánku u osob s demencí jsou výsledkem působení mnoha různých faktorů. Mezi tyto faktory patří anxieta, dezorientace, užívání léků, deprese, změna cirkadiálního rytmu. O inverzi cirkadiálního rytmu hovoří i Rusina & Holmerová (2014). Projevuje se tím, že klienti dlouhé hodiny pospávají přes den a v noci pak přecházejí po místnosti. Autoři se shodují, že existuje přímá úměra mezi tíží spánkové poruchy a tíží demence. V jiné práci Brunovský (2006) uvádí, že poruchy spánku se vyskytují asi u 40 % osob s demencí. Demence také může být spojena se syndromem spánkové apnoe, což je specifická porucha spánku, při které dochází k opakovaným zástávám dechu, které vedou

k častému probouzení. Časté probouzení pak vede k nadměrné denní ospalosti, snížení kognitivních funkcí, úzkosti, depresím a poruchám koncentrace. Klienti v těžším stadiu nemoci tráví spoustu času na lůžku, tím se u nich objevuje i více zdřímnutí během dne. Dlouhodobý pobyt na lůžku zhoršuje poruchy spánku. Prodloužená doba na lůžku a častější spánek během dne mohou přispívat k narušení spánku v noci a také k více agresivnímu chování. Poruchy spánku se často pojí s **večerní zmateností** (sundowning) a s **nočním touláním** (wandering). Večerní zmateností, která se projevuje motorickým neklidem, agitovaností, křikem, agresivitou a dezorientací, se zabývají také Rusina & Holmerová (2014). Doba spánku u osob s demencí u AN se zkracuje, osoby se opakovaně probouzejí v noci, objevují se fáze nočního bdění a často i předčasné probouzení. Ve dne se tyto poruchy mohou projevovat psychomotorickým zpomalením a somnolencí. Příznaky večerní zmatenosti se objevují pozdě odpoledne, večer nebo v noci. Večerní zmatenost se pojí právě s nočním touláním. Příčiny těchto problémů jsou nejednoznačné. Může se jednat o senzickou deprivaci, jako je např. nedostatek světla. Roli zde může hrát i nedostatečná adaptace na okolní vlivy. V případě institucionalizace může být spouštěčem těchto problémů i střídání směn ošetřujícího personálu v odpoledních nebo večerních hodinách. Autoři poukazují také na možný vliv medikace. Dalším spouštěčem poruch spánku může být bolest. Podle Brunovského (2006) jsou poruchy spánku po inkontinenci druhou nejčastější příčinou hospitalizace a institucionalizace nemocných. Rusina & Holmerová (2014) souhlasí s tím, že tyto symptomy demence u AN jsou jednou z nejčastějších příčin institucionalizace nemocných a to z důvodu vyčerpanosti pečujících osob. Tyto poruchy jsou častou komplikací i v pobytových zařízeních. Poruchy spánku u osob s demencí mají častý vliv i na kvalitu spánku pečujících. Ženy pečovatelky mají časté problémy s usínáním, muži pečovatelé zas s častým probouzením po usnutí. Poruchy spánku u osob s demencí mohou způsobovat i jiné problémy pečovatelů, jako je deprese, zhoršení celkové kvality života, také mohou mít vliv na celkový zdravotní stav pečujících. Brunovský (2006) dále potvrzuje, že noční toulání může souviset s užíváním sedativ, které narušují spánek. Noční toulání koreluje se zhoršováním paměti nemocných. Autor podotýká, že nejdůležitějším opatřením v terapii poruch spánku a tedy i klientova chování během dne je **dodržování správné spánkové hygieny a cirkadiánního režimu**. Autor předkládá několik doporučení, která mohou výrazně pomoci při zvládnutí těchto problémů. Patří sem maximální možné omezení času tráveného klientem na lůžku během dne. Pečující osoby nebo personál pobytového zařízení by měl zajistit pravidelný hodinový rozvrh ranního probouzení, jednotlivých jídel v průběhu dne a také večerního usínání. Jídlo by mělo být podáváno ve stejný čas každý den a mělo by se zabránit tomu, aby klient konzumoval jídlo v posteli, pokud je to jen trochu možné. Denní

zdřímnutí by mělo být omezeno na jedno během dne. V noci by v místnosti, ve které klient spí, mělo být zajištěno maximální ticho a místnost by během dne měla být maximálně prosvětlená, jak jen to je možné. Rusina & Holmerová (2014) rovněž dávají přednost nefarmakologickým postupům před těmi farmakologickými. A co se týká poruch spánku, také hovoří o nutnosti ovlivnění spánkové hygieny a o zajištění pravidelného režimu u osob s demencí. Během dne by se u těchto osob měla objevovat aktivní činnost, jako je chůze nebo jiná fyzická zátěž. Ve večerních hodinách se doporučuje omezení přísunu tekutin. Autoři také poukazují na možnost negativního dopadu na spánek sledováním televize na večer. Některé emočně vypjaté nebo agresivní scény mohou silně ovlivnit psychiku osoby s demencí, která se může domnívat, že je přímým účastníkem toho, co se v televizi odehrává. Autoři také poukazují na možnou efektivnost podpůrných technik jako je aromaterapie či hudební terapie.

Vitiello & Borson (2001) jako jednu z možností pro řešení poruch spánku uvedli **světelnou terapii** (light therapy). Řada studií zjišťovala, zda zvyšující se expozice světla zlepší spánek u osob s demencí v institucionálních podmínkách. Autoři uvádějí, že výsledky byly slibné. Světelná terapie zvyšuje celkový čas spánku v nočních hodinách, snižuje čas spánku během dne a zvyšuje stabilitu odpočinku. Autoři však uvádějí, že i přes tato zjištění je za potřebí dalšího výzkumu, aby bylo možné jasně posoudit účinnost této terapie pro léčbu poruch spánku. Ještě méně údajů o účinnosti světelné terapie je k dispozici u osob s demencí žijících v domácím prostředí. Už Duckett (1993) navrhl, aby se okolní světlo měnilo podle odpovídajícího světla z denních a večerních hodin. Autor zjistil, že svícením plnohodnotné fluorescenční žárovky cca 1 metr od postele klienta v ranních hodinách může pomoci upravit jeho cirkadiánní rytmus.

Vitiello & Borson (2001) dále uvádějí, že pozitivní vliv na kvalitu spánku může mít i **fyzické cvičení**. Účinky fyzického cvičení zkoumaly četné studie. Pozornost byla věnována konkrétním formám cvičení (jako je např. protahování) a fyzické manipulaci (např. masáží), jejíž cílem je snížit bolest v důsledku ztuhlosti měkkých tkání. Výsledky studií naznačují, že tyto přístupy mohou zlepšit kvalitu spánku. Alessi et al. (1999) uvedl, že kombinace lehkého fyzického cvičení a dalších strategií, jako je např. omezení pobytu nemocného během dne v lůžku, výrazně zlepšila kvalitu spánku u osob s demencí. Také Naylor et al. (2000) zjistil, že strukturované denní programy zahrnující různé sociální a tělesné aktivity u osob s demencí žijících v ošetrovatelském domě, zvýšily kvalitu spánku oproti těm, kteří se těchto programů neúčastnili. Dále Cohen-Mansfield (2001) uvádí, že fyzické cvičení může mít pozitivní vliv na celkové snížení výskytu BPSD.

Franková (2012) doplňuje, že jedním z dalších symptomů typických pro demenci je **úzkost**. I senior, který netrpí syndromem demence, je vystavován nadměrnému stresu, což může být způsobeno např. ztrátou partnera, přátel, výskytu somatických onemocnění a různých změn, jako je změna bydliště apod. Seniora s demencí navíc zatěžuje jeho kognitivní deficit. Úzkost může vznikat jako nežádoucí účinek některých léků a na vzniku úzkosti se také mohou podílet organické změny na mozku nemocného. Autorka poukazuje na to, že některé příznaky úzkosti, jako je agitovanost, jsou často hodnoceny izolovaně jako porucha chování. Podle MKN-10 se generalizovaná úzkostná porucha projevuje psychickými příznaky, jako jsou obavy z budoucího neštěstí, obtížná koncentrace pozornosti, a také behaviorálními příznaky, jako je neklid, třes, neschopnost uvolnit se atp. Diagnostika úzkostných poruch je u osob s demencí obtížná z toho důvodu, že lékař je odkázán na informace od pečujících osob a blízkého okolí nemocného, protože pro osoby s demencí není snadné, a často dokonce zcela nemožné, popsat vlastní pocity a obavy. Autorka popisuje projevy úzkosti tak, že klient je neklidný, nevydrží na místě, poposedává, přechází po místnosti, mne si ruce, provádí stereotypní neúčelné pohyby a často reaguje podrážděně. Může se objevovat také nepředvídatelný křik a přehnaná potřeba opakovaně se o všem ujišťovat nebo zdůrazňovat své somatické obtíže nebo se dožadovat pozornosti. Autorka pro zmírnění úzkostí doporučuje neustále klienta ujišťovat, že je vše v pořádku, mluvit klidným hlasem, popř. ho klidnit jemným dotekem. Dále doporučuje aromaterapii nebo různé relaxační techniky, např. relaxační hudbu, masáže rukou atp.

Pro zmírnění nebo odstranění stresu či úzkosti doporučuje Veleta (in Kalvach et al. 2011) nějakou pohybovou aktivitu, za vhodný považuje tanec. Tanec příznivě ovlivňuje psychický i funkční stav klientů. Aktivuje se při něm svalstvo i mozek. Tanec vyžaduje poměrně náročnou pohybovou koordinaci, pozornost posílenou emocemi a také ochotu ke spolupráci. Autor řadí **taneční terapii** k jedné z reminiscenčních metod, protože může navozovat emoce z mládí, může stimulovat vzpomínky na první lásky, první kroky k samostatnosti atd. Tanec je spojen i s dalšími aktivitami, jako je např. péče o sebe a svůj vzhled. Tanec posiluje také sociální integraci. Chůť k tanci povzbuzují dobře známé melodie a písně.

V tomto stadiu se mohou objevovat také příznaky již zmíněné **deprese**. Holmerová et al. (2011) i zde vyzdvihuje význam nefarmakologických intervencí. Deprese v tomto stadiu může úzce souviset s bolestí. Proto, jak autorka uvádí, se v amerických ošetrovatelských domovech doporučuje při vzniku nebo zhoršení depresivních poruch provést evaluaci bolesti a naopak.

Přínosnou nefarmakologickou metodou je tzv. **orientace v realitě**, při které se klade důraz na zapojení všech smyslů. Jsou tedy používány různé předměty, obrázky atp., a poté následuje diskuze, kdy si klienti společně s pečovateli upřesňují jejich tvar, barvu nebo třeba možnosti využití. Tyto jednotlivé prvky jsou však součástí komplexního přístupu ke klientům s demencí. V praxi se jedná o barevná znázornění místností, různé nástěnky s „nápovědami“, kde je datum, informace o právě probíhajícím ročním období, velký hodinový ciferník atp. Spousta klinických zkušeností se shoduje, že orientace v realitě může být vhodným přístupem k osobám s demencí, někdy se však může stát, že vyprovokuje BPSD, jako je agresivita, agitovanost nebo úzkost, v případě, že není aplikována citlivě (Holmerová et al., 2005). Efektivnost orientace realitou zkoumali např. Bates et al. (2004), Livingston (2005) a Verkaik (2005). Byly zaznamenány pozitivní výsledky ve zlepšení kognitivních schopností, deprese a apatie. Tito autoři však potvrdili nízkou kvalitu jejich studií z důvodu malého výzkumného vzorku.

Jedním z dalších základních přístupů k osobám s demencí je **validační terapie**. Jedná se o přístup, který klade důraz na lidskou důstojnost klienta s demencí, přijetí jeho tématu a následná práce s tímto tématem. Během tohoto přístupu terapeut nikdy neříká „ne“ a citlivě se zvoleným tématem pracuje. Validace může probíhat skupinově v rámci sezení, kdy si klienti zvolí svá témata k hovoru. Nejčastěji je ale validace součástí komplexní péče o klienty s demencí. Validace je vhodná v případě, kdy by snaha o korekci klienta nebo orientace v realitě mohla vyprovokovat agresivní chování či neklid (Holmerová et al., 2005). Jak uvádí Rheinwaldová (1999), jedná se o metodu, která byla založena na základě zkušeností s prací Feilové s geriatrickou populací. Filozofie této metody vychází ze zásad humanistické psychologie a z toho, že člověk má svou cenu bez ohledu na svou odlišnost nebo duševní stav. Feilová věřila, že dezorientovaní lidé, tedy i ti s demencí, se musí vyrovnat se životem, aby mohli v klidu zemřít. Feilová se domnívala, že vzpomínky z raného dětství nahrazují u takto dezorientovaných osob intelektuální myšlení, jejich přijetím, tedy validací, nabývají tyto lidé na vážnosti a důstojnosti. Validovat tedy znamená hodnotit, vzít na vědomí emoce druhých jako pravdivé. Kdyby pečovatelé emoce popřeli, popřeli by i osoby s demencí samotné. Pečující osoby by se měly snažit porozumět i tomu, co se jim zdá nelogické nebo nerealistické, měly by přijímat i fantazie, protože také mají svůj smysl. Podle autorky je cílem validační terapie pomoci vyřešit osobám s demencí jejich nedořešené problémy z minulosti, snížit jejich stres způsobený životními ztrátami, vyrovnat se se životem, dosáhnout jejich maximální možné spokojenosti, zachovat nebo vrátit těmto lidem pocit vlastní hodnoty. Validaci za základní přístup k osobám s demencí považují i Kalvach et al. (2011). Za významnou součást validace

považuje oslovování klientů. Doporučuje volit „oficiální verzi“, popř. s akademickým titulem. V případě, že klient preferuje oslovování jménem, pak autor doporučuje „pane, paní“ a křestní jméno. Je velmi důležité vyvarovat se oslovování různými zdrobnělinami. Velkou roli pro udržení lidské důstojnosti hraje i to, aby klienti byli upraveni a oblečeni adekvátně situaci i rytmu dne a noci. Oblečení by mělo být spíše pohodlné, ale mělo by se stále jednat o civilní oblečení dospělého člověka. Sheardová (2010) uvádí, že validační terapie s výhodou využívá právě klientových poruch paměti tak, že odvedením jeho pozornosti k jinému tématu zabrání vzniku nežádoucím aktivitám nebo nežádoucímu chování.

Další nefarmakologický přístup představuje Holmerová et al. (2005) – jedná se o metodu **Lifestyle Approach**, což je do češtiny překládáno jako „návod k pacientovi“. Jde o určité předávání informací mezi pečujícími. Jedná se o informace o denním režimu nemocného, v kolik hodin je pro něho zvykem vstávat, jak provádí toaletu a při jakých úkonech potřebuje pomoc, jakým způsobem se stravuje, zda používá příbor atp. Pokud personál bude respektovat tyto zvyklosti, může si tím v mnohém usnadnit práci. Jak autorka dále uvádí, v běžném provozu našich nemocnic je však nerespektování zvyklostí pacientů obvyklé, a tak u nich dochází k neklidu, bloudění, agresivitě apod.

Další obvyklou metodou práce s osobami s demencí je **reminiscenční terapie**. Jedná se o metodu, která využívá vzpomínek. Osoby s demencí většinou trpí poruchami krátkodobé paměti, ale dlouhodobá paměť je často až překvapivě zachována. Cílem tohoto přístupu je celkové zlepšení stavu klienta, posílení jeho důstojnosti a zlepšení komunikace (Holmerová et al., 2005). Efekt reminiscenční terapie hodnotili např. Woods et al. (2007), Livingston et al. (2005) a Verkaik (2005), kteří se shodují na tom, že tato metoda může fungovat. Má přínos pro poznání a náladu. Výsledky jejich studií jsou však opět založeny na studiích s malou velikostí vzorku.

Při práci s osobami s demencí je možné využít také metodu **Simulated Presence (SimPres)**. Jedná se o metodu, která může být využita převážně v zařízeních pobytových služeb. Po přijetí do nového zařízení klienti často hledají své blízké a rodinné příslušníky a jejich „nenalezení“ často způsobuje agitovanost až agresivitu. Tato metoda je tedy založena na simulaci blízké osoby nebo známého prostředí. Osvědčilo se např. přehrávání videozáznamu nebo pouze audiozáznamu se sdělením rodinného příslušníka, který se snaží osobu s demencí uklidnit v tom, že je všechno v pořádku a neděje se nic špatného (Holmerová et al., 2005).

Při práci s osobami s demencí je nutné **vytvoření vhodného prostředí** (Jiráček, 2012). S tím souhlasí rovněž Franková (2007) a Holmerová et al. (2005), která uvádí, že prostředí, ve kterém osoba s demencí žije, by mělo být upraveno tak, aby se v něm tato osoba cítila bezpečně. Takové prostředí má být přehledné a pro nemocného snadno pochopitelné, což platí jak pro prostředí domácí, tak i pro instituce, ve kterých klienti pobývají. V pobytových zařízeních autorka doporučuje např. označení místností. Klient musí mít stále pocit soukromí, ale zároveň personál musí mít o klientech přehled. O nutnosti úpravy prostředí pojednávají i Kalvach et al. (2011), kteří uvádějí, že takové prostředí, které odpovídá potřebám osob s demencí, může některé z poruch chování zmírnit nebo i usměrnit natolik, že přestanou být obtěžující jak pro nemocné, tak i pro pečující nebo personál. Podle autora je vhodný např. dostatečný „vycházkový“ prostor pro klienty, kteří potřebují chodit, tím se myslí např. velká kruhová chodba. Autor dále navrhuje „maskování“ dveří, tak aby v nemocných nevzbuzovaly touhu někam odcházet, doporučuje se např. polepit dveře tapetou knihovny. Sheardová (2010) hovoří o tzv. **Milieu terapii** nebo také environmentální terapii. Má na mysli právě úpravu prostředí, takovým způsobem, aby se s v něm osoba s demencí lépe orientovala. Takové prostředí by mělo obsahovat využití prvků orientace realitou, umožnění bezpečného pohybu, poskytnutí sensorických stimulů, např. s využitím aromaterapie.

Prostředí, ve kterém osoba s demencí žije, jak již byl řečeno, musí být srozumitelné. Předměty, které tato osoba často využívá, by měly být umístěny na viditelném místě a přístup k nim by neměl být ničím blokován. Tyto předměty by neměly být přemísťovány. Naopak předměty, které osoba nepoužívá, by měly být z dohledu nemocného odstraněny, protože by nemocného mohly mást. Prostor by neměl být přeplněn dekoracemi, které nemají pro nemocného žádný hlubší citový význam. Pokud to osobě s demencí pomůže, pak pečující osoba může cedulkami označit např. šuplíky, zásuvky, dvířka atd. Funguje např. jednoduchá kombinace obrázku s textem. Stejně tak pečující může po domě rozmístit směrovky, které mohou pomoci nemocnému rychleji najít danou místnost. Zlepšení orientace také často pomáhá odstranění přebytečného hluku. Pro osoby s demencí může být obtížné rozlišit, který zvuk je zrovna pro tuhle danou chvíli důležitý a který ne. Pro lepší orientaci je také vhodné nechávat otevřené dveře mezi jednotlivými místnostmi. K lepší orientaci napomáhá také správné použití barev a kontrastu. Vhodné je použít kontrastní barvu dveří nebo alespoň jejich fater u důležitých místností, jako je třeba WC. Na dveře, u kterých pečující nechce, aby upoutávaly pozornost nemocných (dveře do sklepa, do garáže, dveře, za kterými se nacházejí schody), se doporučuje použít stejnou barvu, jako je barva okolí. Dále se doporučuje použít kontrastní barvy

např. na zábradlí, madla, vypínače. Důležitý je také kontrast mezi nábytkem a podlahou. Pro osobu s demencí může být obtížné z důvodu narušení úsudku odhadnout velikost nebo vzdálenost daného kusu nábytku. Je vhodné použít kontrast pro zviditelnění důležitých hran, jako jsou třeba okraje schodů. Na podlaze by se neměly nacházet žádné kontrastní koberečky, protože nemocný může tento kontrast vnímat třeba jako díru v podlaze a může se snažit ji překročit, čímž vzniká nebezpečí úrazu a pádu. Pokud je to možné, pečující by se měli snažit sjednotit barvu podlah ve všech místnostech. Co nejmenší rozdíl v barvách podlah může zjednodušit pohyb nemocného po domě. Vhodné nejsou lesklé materiály pro podlahu, odraz slunce na takové podlaze může nemocný vnímat jako mokrou nebo ledovou plochu a opět se to pro něj může stát překážkou. Orientaci také napomáhá výrazné osvětlení místností. Denní světlo působí také pozitivně na správné fungování cirkadiánního rytmu. Nejdůležitější je přirozené denní světlo během dne a co nejméně světla během noci. Vhodná je také bílá barva na stěnách. Po setmění se doporučuje zatahovat závěsy/rolety. Problémem může být odraz interiéru v oknech, který může člověka s demencí až vylekat. Jednou z nejdůležitějších věcí, na kterou by pečující při úpravě prostředí měli myslet, je bezpečnost nemocného. Pečující by měl zkontrolovat stabilitu všech kusů nábytku, protože každý kus nábytku by měl být pro osobu s demencí oporou. Osoby s demencí mohou mít tendenci se okolního nábytku chytat, aby získaly jistotu. Další možné nebezpečí může představovat využívání plynového sporáku, je vhodné zvážit výměnu za sporák elektrický. Doporučuje se pečujícím pořídit detektor kouře. Také je vhodné nastavit maximální možnou teplotu horké vody tak, aby se osoba s demencí, která může ztrácet cit, neopařila. Další nebezpečí často nastává v případě, kdy se nemocný rozhodne odejít z domu a zapomene, kudy se vrátit domů. Jednou z možností, která by tomuto nebezpečí mohla předejít, je instalace senzoru otvírání venkovních dveří. Také se nedoporučuje nechávat u venkovních dveří věci, které by mohly podněcovat odchod, jako jsou třeba rohožka nebo boty. Je vhodné vyměnit klasickou kliku za kliku kulatou, jejíž použití může být pro člověka s demencí obtížnější. Nebezpečí pádu mohou dále podněcovat i různé volně položené koberečky a jiné předměty, jako jsou např. kabely. Za zvážení stojí také odstranění nebo zakrytí zrcadel v domácnosti. Zrcadla vytváří iluzi dvojího prostoru, čímž mohou nemocného mást. Další problém může nastat tehdy, pokud osoba s demencí nepoznává svůj obraz v zrcadle a bude se domnívat, že se v domě nachází osoba cizí. Pečovatelé by dále měli z dosahu nemocného odstranit všechny nebezpečné předměty, jako jsou chemikálie, čisticí prostředky nebo jedovaté rostliny (Prokopová, 2017).

4. PRÁCE S OSOBAMI V TERMINÁLNÍM STADIU DEMENCE

Demence u AN (i další typy demenci) jsou onemocněními, která progredují do terminálních stadií. Toto stadium trvá až několik měsíců. Kvalita života osob nacházejících se v tomto stadiu závisí na kvalitě ošetrovatelské a další péče. **Komunikace** v tomto stadiu je **omezena** na minimum, stejně jako **mobilita**, dochází k **úbytku svalstva**, objevují se **poruchy polykání**, úplná **inkontinence** atd. (ČALS, 2014). Rusina et al. (2010) dále doplňují výskyt **těžkého a nevratného kognitivního poškození**, **omezenou** nebo zcela **vymizelou schopnost přijímat jídlo a tekutiny**. Osoba v tomto stadiu trpí **bolestmi**, které jsou často způsobeny zkrácováním svalů, nepohodlnou polohou nebo třeba v důsledku somatických poruch. V tomto stadiu je podstatné **zajištění důstojného umírání**, k čemuž dopomáhá ošetrovatelská péče, paliativní a hospicová péče (včetně mobilní) a **podpora pečujících a blízkých osob**. Autor toto období definuje jako období, kdy nemoc přechází do ireverzibilní, tedy nevratné, výrazné nesoběstačnosti v základních sebeobslužných aktivitách. Toto stadium vyžaduje trvalou ošetrovatelskou péči a dohled. Holmerová & Mátlová (2015) uvádějí, že klient v tomto stadiu nemá dostatek energie, špatně spí a špatně jí. Takový klient je náchylnější k různým onemocněním, mezi která patří hlavně záněty močových cest a záněty plic. Objevuje se zde také velké riziko proleženin.

V tomto stadiu je uplatňována **paliativní**, příp. také **hospicová péče**, jejímž cílem je zajistit komfort nemocného a jeho důstojné umírání. Jako prostředek k tomto cíli slouží např. rehabilitace, analgetika, neuroleptika atp. Důležitá je kvalitní rehabilitační a ošetrovatelská péče, také péče o pečující a doprovázení rodiny při umírání nemocného. Přejít ze symptomatické léčby k léčbě paliativní nastává tehdy, když dojde k vysazení kognitiv z důvodu toho, že jejich užívání již nevede ke stanovenému terapeutickému cíli. Doporučení lékařů a ošetrojícího personálu k vysazení kognitiv se často rozchází s přáním rodiny nemocného, pro které jsou kognitiva jednou z mála nadějí na zlepšení stavu nemocného (Rusina et al, 2010). Topinková (2005) mezi principy paliativní péče řadí např. komplexní (celistvý) přístup k léčbě, který zahrnuje jak tělesnou, psychickou, sociální, tak i spirituální oblast. Dalším principem je interdisciplinární týmová péče, do které spadá lékař, sestra, rehabilitační pracovník, sociální pracovník, psycholog, poradce, duchovní atd. V paliativní péči převažují symptomatické postupy. Cílem je hlavně úleva od bolesti a dalších obtěžujících

symptomů. Autorka také hovoří o širokém spektru poskytovatelů paliativní péče. Holmerová et al. (2005) se však domnívá, že principy paliativní péče nejsou u nás aplikovány dostatečně. Tvrdí, že klientům není zajištěn dostatečný komfort, a že jsou připouštěny různé invazivní postupy (např. výživa do perkutánní endoskopické gastrostomie), které život pouze prodlužují, nikoliv zlepšují jeho kvalitu. O výživě osob s demencí hovoří také Rusina et al. (2010), kteří souhlasí s tím, že není vhodné u klienta v terminálním stadiu demence zavádět sondu nebo perkutánní gastrostomii. Základním předpokladem úspěchu paliativní péče je respektování křehkosti těchto klientů. Autoři hovoří o tzv. rehydrataci. Jak již bylo řečeno, osoby v terminálním stadiu demence nejsou mnohdy schopny přijímat tekutiny ústy z důvodu poruch polykání. Otázkou tak zůstává, co u těchto osob znamená adekvátní hydratace. Velkou úlevu přináší např. navlhčování úst. Nadměrný umělý přívod tekutin však vede např. ke vzniku oděrek nebo dekubitů, jedná se tedy o jistý nežádoucí stav. Naproti tomu je stav euhydratace až mírné dehydratace, která je pro umírajícího méně trýznivá. Takovou šetrnou hydratací se mohou mírnit trýznivé symptomy, jako je nadměrná suchost sliznic, nadměrná koncentrace moči, možnost odsát hleny nebo si odkašlat. Další příčinou dyskomfortu v tomto stadiu může být zácpa, která je způsobena nejčastěji imobilitou nemocných. Předejít výskytu zácpy je možné hydratačním a dietetickým režimem nebo pravidelnou rehabilitací a polohováním do komfortních poloh klienta. Autor v tomto stadiu onemocnění nedoporučuje uchýlovat se k různým lékařským vyšetřením, která by byla pro klienta zatěžující.

Jak již bylo řečeno, osoba s demencí v terminálním stadiu je ohrožena vznikem dekubitů, a to v momentě, kdy zůstane „upoutána na lůžku“. Většinu dekubitů lze předejít uvolněním tlaku na pokožku. To může být zajištěno polohováním nemocného ideálně každé dvě hodiny, používáním polštářů, nafukovacích matrací atp. Pro prevenci dekubitů je vhodné, aby prostěradlo bylo suché, pevné a bez záhybů. Dále je nutné udržovat prostěradlo čisté, udržovat nemocného v suchu a čistotě, k mytí pokožky používat jemné mýdlo, pokožku po mytí pořádně usušit, ale nedřít, promazávat pokožku krémem. Nedostatkem pohybu může docházet ke ztuhnutí končetin. Tento problém může vyřešit pravidelné cvičení (Holmerová & Mátlová, 2015).

Omezená komunikace nemocného se stává problémem převážně při komunikaci s lékařem. Důležitou roli zde sehrávají rodinní pečovatelé, protože pacient sám neřekne, co ho bolí a jak se cítí. Lékař se tak může opírat pouze o neverbální projevy nemocného a o sdělení pečujících osob. Sdělení pečujících osob je považováno za objektivní. Problémem však je, že tento přístup

může vést k izolaci nemocného a také se může stát, že informace podané druhou osobou mohou být zkreslené (Rusina et al., 2010).

Profesionální pečovatelé i rodinní příslušníci by se měli pokusit o to, aby nemocný mohl sám rozhodovat o své budoucí péči. Tato rozhodnutí by měl nemocný vyslovovat již v počátku nemoci, v okamžiku, kdy je ještě schopen samostatně jednat a přemýšlet. Pokud je toho nemocný schopen, měl by sám rozhodovat o věcech jako je umělá výživa nebo resuscitace. Pečující se však často dostávají do situací, kdy o takto důležitých rozhodnutích musí rozhodovat sami. Pokud nemocný žije v instituci, měla by se celá jeho rodina podílet na spoluorganizování péče. Vždy by největší váhu měla mít rozhodnutí nemocného samotného nebo rozhodnutí tlumočená člověkem, který se o něj dlouhodobě staral (Mátlová & Holmerová, 2015).

Co se týká umístování nemocných do ústavní péče, Rusina et al. (2010) hovoří o dlouhých čekacích dobách pro umístění do specializovaných zařízení pro osoby s demencí v ČR. Tato doba se pohybuje v řádu několika měsíců, někdy dokonce i let. Je tedy nutné, aby možnosti institucionalizace byly osobou s demencí a jejími rodinnými příslušníky řešeny s dostatečným předstihem. Klienta je potřeba na institucionalizaci připravit tak, aby neměl strach z izolace a z „odložení“.

Sanders & Swails (2011) provedli kvalitativní studii, která zjišťovala, jak a jestli vůbec hospicovní pracovníci hledají smysl ve svých terapeutických vztazích s pacienty v terminálním stadiu demence. Autoři zjistili, že pracovníci sice toužili po vytvoření vazeb mezi nimi a pacienty, ale také se vyjádřili, že nemají dostatek zkušeností a znalostí k tomu, aby se mohli efektivně angažovat. Někteří pracovníci uvedli, že práce s lidmi v terminálním stadiu demence je pro ně „nepřirozená“ nebo „cizí“, protože u nich stále převládá jistá touha pokusit se osobu s demencí dostat na vyšší úroveň. Pracovníci se chtěli naučit nové dovednosti, které by mohly použít k vytvoření pevných vazeb se svými pacienty.

Jako další možnost přístupu k osobám v terminálním stadiu demence uvádějí Kalvach et al. (2011) **koncept bazální stimulace**. Jedná se o komunikační, interaktivní a vývoj podporující koncept. Cílem tohoto přístupu je saturovat lidské potřeby. Strukturalizace konceptu umožňuje, že s ním může u jednoho klienta pracovat několik různých profesionálů, jako je ošetrovatelský personál, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci atd. Prvky konceptu bazální stimulace se v péči snaží podporovat především vnímání vlastního těla, uvědomování si tělesného schématu, vnímání okolního prostředí, navázání komunikace s okolním prostředím, orientaci v prostoru a čase atp. Mezi základní prvky tohoto konceptu patří stimulace somatická,

vestibulární a vibrační. Autoři uvádějí, že aplikací bazální stimulace lze výrazně omezit i stavy neklidu, agitovanosti a agresivity u osob s demencí.

Holmerová et al. (2005) hovoří o tzv. **Maieutickém přístupu** neboli empatickém ošetřovatelství. Základem tohoto přístupu je rozvíjení schopností ošetřovatelů pracovat s prožitkem, empatií a citlivou interakcí osob v terminálních stádiích demence. Pečovatelé se učí uvědomovat si reakce osob s demencí, které jsou intuitivní a učí se pracovat s jejich energií. Dalším úkolem je naučit se navázat kontakt i přes omezení, která nemoc přináší.

5. MOŽNOSTI VEŘEJNÉ PODPORY OSOB S DEMENCÍ U ALZHIMEROVY NEMOCI V ČR

Osoby s demencí jsou uživatelé tzv. dlouhodobé péče (long-term care – LTC). Jedná se o takový souhrn služeb, který využívají osoby, které jsou delší dobu závislé na pomoci jiných fyzických osob při zvládnání základních aktivit denního života, jako je koupání, uléhání do lůžka, oblékání, užívání toalety nebo přemísťování se. Při poskytování dlouhodobé péče se klade důraz na podporu autonomie klientů a pokud možno na poskytování této péče v domácím prostředí. V ČR je dlouhodobá péče zajištěna systémem zdravotní péče a systémem sociálních služeb (Čevela, 2012). Dále Rusina et al. (2010) uvádí, že v ČR prakticky neexistuje zařízení, které by plně odpovídalo potřebám klientů s demencí, což je důsledkem nedostatečné koordinace zdravotních a sociálních služeb.

ČALS na svých stránkách uvádí možnosti, kde můžou osoby s demencí nebo jejich příbuzní hledat pomoc, a to jak v oblasti zdravotnictví, jak i v oblasti sociálních služeb. Co se týká zdravotnictví, tak zde služby pro osoby s demencí nabízejí **psychiatrické ambulance** nebo **neurologické ambulance**. Existují také **geriatrické ambulance**, což jsou specializované ambulance, které se starají o pacienty seniorského věku a řeší s nimi zdravotní problémy, které se vyskytují na základě vyššího věku. Mezi sociální služby, které jsou využívány osobami s demencí, patří respitní péče (**odlehčovací služba**). Tato služba nabízí pečujícím osobám dočasné převzetí všech jejich povinností vyplývajících z role pečovatele. Tato služba může být terénní, ambulantní i pobytová. Další službou hojně využívanou osobami s demencí je **pečovatelská služba** nebo **osobní asistence**. Pro osoby s demencí existují také služby **tísňové péče**, které jsou poskytovány formou nepřetržitého 24 hodinového spojení s dispečinkem. Tísňová péče poskytuje pomoc v krizových situacích, jako je náhlá nevolnost, pád, zhoršení zdravotního stavu apod. Dále mohou tyto osoby využívat služeb **denních** nebo **týdenních stacionářů** nebo **center denních služeb**. Další pobytovou službou, která může své služby poskytovat osobám s demencí, jsou **domovy se zvláštním režimem**. Hojně jsou využívány také služby **domovů pro seniory**. Další pobytovou službou, která své služby poskytuje osobám s AN nebo jinými typy demence, jsou **domovy se zvláštním režimem** (www.alzheimer.cz, 2015). Problémem pobytových služeb jsou dlouhé čekací lhůty na umístění do těchto zařízení, o čemž hovoří i Rusina et al. (2010).

ČALS má registrovány dvě sociální služby, a to službu odborného sociálního poradenství – konzultace a terénní odlehčovací službu – respitní péči. Cílem obou těchto služeb je umožnit lidem s demencí žít co nejdéle ve svém domácím prostředí. Služby se zaměřují na pomoc nejen osobám s demencí, ale i jejich rodinným pečujícím (ČALS, 2016).

Čevela (2012) uvádí, že mnohdy nákladné formy péče jsou často upřednostňovány před jednoduchými a více ekonomickými formami (např. upřednostňování institucionalizace před péčí v domácnosti, řešení problémů namísto jejich prevence). Formou péče, která napomáhá udržet osobu s demencí co nejdéle v domácím prostředí je tzv. **domácí péče**. Kalvach et al. (2011) domácí péči charakterizuje jako „nelékařskou zdravotní péči, převážně ošetrovatelskou a rehabilitační, poskytovanou pacientům v jejich vlastním domácím prostředí na základě doporučení praktického lékaře“. Můžeme se také setkat s pojmy zdravotní péče a domácí komplexní péče nebo s anglickým pojmem home care. Domácí péče v sobě zahrnuje dvě vzájemně provázané složky a to složku zdravotní a složku sociální, která se překrývá s činnostmi pečovatelské služby (Kalvach et al., 2011). Autorský tým Holmerová et al. (2014) popisuje domácí ošetrovatelskou péči tak, že sestry domácí péče docházejí za pacienty domů a podle indikace ošetřujícího nebo praktického lékaře poskytují domácí zdravotní péči, jako jsou převazy ran, aplikace injekcí, oxygenoterapii apod. Existuje spousta agentur poskytující tuto službu, autoři však uvádějí, že problematická je mnohdy ochota lékařů tuto péči předepisovat.

Rusina et al. (2010) uvádějí, že se stále více rozšiřuje koncept tzv. „**péče o pečující**“. Tento koncept v sobě zahrnuje program psychoedukace, organizaci svépomocných skupin, respitní péči atp. Důraz je kladen také na psychický stav pečovatele. Pokud se u něj projeví známky úzkosti nebo deprese, mělo by být možné pečovateli nabídnout podpůrnou psychoterapii, popř. by se mělo zvážit, zda by péči o nemocného s demencí nemělo převzít alespoň dočasně specializované zařízení. Holmerová (2003) uvádí, že na jedné straně na rodinné pečující můžeme nahlížet jako na součást služeb a péče, která může nahrazovat i služby profesionální. Na straně druhé jsou však i oni klienty poskytovatelů sociálních služeb. Právě rodinní pečovatelé jsou ti, kteří se mnohdy bez profesionální pomoci a podpory dlouhodobě neobejdou. Zejména profesionální poskytovatelé sociálních služeb by měli umět rodinné příslušníky osob s demencí podporovat. Součástí této podpory by měla být také emoční podpora. Pečující by měli cítit, že má o ně někdo zájem a že je tady někdo, kdo jim chce pomoci. Tato podpora zahrnuje vytvoření důvěrné atmosféry a naslouchání. Další součástí podpory je podávání informací pečujícím. Důležitou součástí podpory je také ocenění rodinného pečujícího. Rusina

et al. (2010) hovoří o tom, že nejčastějším steskem pečovatelů je jistý neklid osob s demencí. Neklid nemocného může být způsoben i jistým neklidem a vyčerpaností pečovatele. Při neodvratitelném zhoršování stavu nemocného si pečovatelé tento progres dávají za vinu, a tím stres pečovatele může být nechtěně přenášen na nemocného. Sheardová (2010) uvádí, že u pečujících osob se často objevují i příznaky deprese, které ovlivňují právě i kvalitu zázemí nemocného a tím i průběh nemoci. Je proto nutné, aby i lékař při každé návštěvě pracoval s pečovateli a poskytl jim dostatek informací o průběhu onemocnění nebo také o možnostech zapojení se do svépomocných skupin.

Nezastupitelné místo v podpoře rodin osob s demencí má ČALS. Tato společnost pořádá např. setkávání svépomocné skupiny pro rodinné pečující, které se nazývá Čaj o páté. Rodinní pečující tak na příjemném místě mohou získat řadu informací o tom, jak pečovat o člověka s demencí a zároveň i o sebe. Na tato setkání jsou často zváni i odborníci, kteří odpovídají na konkrétní otázky od rodinných pečujících. Tato setkávání probíhají jednou za dva týdny v sídle ČALS a jsou vedeny zkušenými konzultantkami společnosti. ČALS také stojí za dlouhodobým projektem Bezpečný návrat. Tento projekt pomáhá lidem s demencí, kteří jsou ohroženi blouděním, tím že nemocní obdrží náramky, které jsou opatřeny kódem, pod kterým je možné najít kontaktní informace a telefonní číslo na help-linku, v případě, že by se nemocný nemohl najít cestu domů (ČALS, 2016).

6. DISKUZE A ZÁVĚR

Prvním cílem práce bylo předložit relevantní publikované poznatky o symptomech a jejich specifických během procesu vzniku a rozvoje demence u AN. Druhým cílem bylo předložit relevantní publikované poznatky o možnostech nefarmakologických intervencí uplatňovaných pro zmírnění či odstranění symptomů demence u AN.

Mírná a počínající demence

Mezi symptomy tohoto stadia patří převážně **deprese** (ČALS, 2014; Holmerová et al. 2011; Dostál, 2011; Jiráček, 2007; Ressler, 2011). Do popředí se dostávají také **kognitivní poruchy, narušení ADL** (Jiráček, 2007), **poruchy nálad a odbržděnost, ztráta morálních zábran, snížená sebekontrola** (Ressler, 2011) a **úzkost** (Franková, 2012).

V tomto stadiu je zdůrazňována **důležitá role lékaře** (ČALS, 2014; Holmerová et al. 2005), **role rodiny** (ČALS, 2014), **podpora, psychologická pomoc a poradenství** (ČALS, 2014; Franková, 2012).

Středně pokročilá a rozvinutá demence

V tomto stadiu se objevuje již **porucha soběstačnosti, dezorientace** (ČALS, 2014), mohou se objevit ještě **zvladatelné poruchy chování** (ČALS, 2014; Jiráček, 2007), **zhoršují se kognitivní funkce a prohlubuje se narušení ADL** (Jiráček, 2007).

Osoby v tomto stadiu onemocnění profitují převážně z **pravidelného denního rytmu a struktury – programových aktivit** (ČALS, 2014; Holmerová et al., 2005). Jako vhodná se jeví tzv. **kognitivní rehabilitace** (Ressler et al., 2011; Holmerová et al., 2005; Kalvach et al., 2011; Holmerová, 2004).

Těžká demence

V tomto stadiu se již objevují **těžké poruchy kognitivních funkcí, těžká dezorientace časem i místem a těžké narušení ADL** (Jiráček, 2007). Nejčastěji se však v souvislosti s tímto stadiem hovoří o **behaviorálních a psychologických symptomech demence**. Poruchy chování lze rozdělit na **poruchy chování bez agresivity a poruchy chování s agresivitou**. Mezi poruchy chování bez agresivity patří **agitovanost, nevhodné a nepřiměřené upoutávání pozornosti, neartikulované skřeky** (Jiráček, 2007), **nařikání, odcházení z domova** (Kalvach et al., 2011), tzv. **delir zaměstnanosti** (Jiráček, 2011), **bezcílné toulání a bloudění, hromadění zbytečných**

věcí, drobné krádeže, vyměšování na nevhodných místech (Brunovský, 2006). Mezi agresivní poruchy chování patří **nadávání, klení** (Ressner et al., 2011; Kalvach et al., 2011), ničení věcí, napadání osob (Kalvach et al., 2011, Jiráček, 2011). Mezi další symptomy patří **projevy negativismu** (Jiráček, 2011), **apatie** (Jiráček, 2011; Raber et al., 2010), **úzkost** (Franková, 2012; Cankurtaran, 2014) a **deprese** (Cankurtaran, 2014; Holmerová et al., 2011). Objevují se také **psychotické příznaky – bludy** (Kalvach et al., 2011; Brunovský, 2006; Ressner et al., 2011; Cankurtaran, 2014), **halucinace a misinterpretace** (Jiráček, 2007; Cankurtaran, 2014). Časté jsou také **poruchy spánku, inverze cirkadiálního rytmu, večerní zmatenost, noční toulání** (Brunovský, 2006; Rusina & Holmerová, 2014).

Při řešení těchto příznaků je nutné vždy pátrat po jejich příčině (ČALS, 2014; Kalvach et al., 2011; Jiráček, 2012). Jako vhodné se jeví používat **kroniky života** (Franková, 2015), provádět **multisenzorickou stimulaci/Snoezelen** (Chung et al., 2002; Lancioni et al., 2002; Livingston et al., 2005; Verkaik et al., 2005; Cohen-Mansfield, 2001; Franková, 2007, 2012), **edukaci pečovatelů** (Jiráček, 2012; Holmerová et al., 2005; Kalvach et al., 2011; Duedon et al., 2009), **péči o celkový tělesný stav** (Franková, 2007), **pet terapii** (Franková, 2007; Filan, 2006; Cohen-Mansfield, 2001), **muzikoterapii** (Franková, 2007; Sheardová, 2010; Li CH et al., 2015; Arroyo-Anllo et al., 2013; Satoh et al., 2015; Särkämö et al., 2014; Gallego & Garcia, 2010; Sung & Chang, 2005; Vink et al., 2006); Livingston et al., 2004; Lou, 2001; Nugent, 2002; Cohen-Mansfield, 2001), **tanec** (Franková, 2007; Veleta in Kalvach et al., 2011), **masáže** (Franková, 2007, 2012; Sheardová, 2010; Viggo Hansen et al., 2006; Livingston et al., 2005; Cohen-Mansfield, 2001), **aromaterapii** (Franková, 2007, 2012; Thorngrimsen et al., 2013; Robinson et al., 2006; Diamond et al., 2013), **fyzické cvičení** (Cohen-Mansfield, 2001). Za vhodnou metodu při práci s osobami s demencí je považována **orientace v realitě** (Holmerová et al., 2005; Bates, 2004; Livingston, 2005; Verkaik et al., 2005), **validační terapie** (Holmerová et al., 2005; Rheinwaldová, 1999; Kalvach et al., 2011; Sheardová, 2010), **reminiscenční terapie, videotrénink interakcí a metoda SimPres** (Holmerová et al., 2005). Pro řešení poruch spánku se doporučuje **dodržování správné spánkové hygieny a cirkadiálního rytmu** (Brunovský, 2006; Rusina & Holmerová, 2014), **světelná terapie** (Vitiello & Borson, 2001; Duckett, 1993) a **fyzické cvičení a pohyb** (Vitiello a Borson, 2001; Alessi et al., 1999; Naylor et al., 2000, Cohen-Mansfield, 2001). Nutná je také **úprava prostředí**, ve kterém osoba s demencí žije (Jiráček, 2012; Franková, 2007; Kalvach et al., 2011; Sheardová, 2010; Prokopová, 2017).

Terminální stadium

Mezi nejčastější problémy v terminálním stadiu demence patří **těžké nevratné kognitivní postižení** (Rusina et al., 2010), **inkontinence** (Holmerová & Mátlová, 2015; ČALS, 2014), **omezení komunikace a mobility, poruchy polykání** (ČALS, 2014), **riziko proleženin** (Holmerová & Mátlová, 2015; Rusina et al., 2010). Osoby v tomto stadiu jsou trvale závislé na péči jiných osob (ČALS, 2014; Rusina et al., 2010; Holmerová & Mátlová, 2015).

Uplatňuje se **paliativní péče** (Holmerová et al., 2005; Rusina et al., 2010; Topinková, 2005). Důležitý je **hydratační a dietetický režim** (Rusina et al., 2010), **rehabilitace a polohování** (Rusina et al., 2010; Holmerová & Mátlová, 2015). I zde je za nezbytnou považována **edukace pečovatелů** (Sanders & Swails, 2011). Může se uplatnit **koncept bazální stimulace** (Kalvach et al., 2011) a **Maieutický přístup** (Holmerová et al., 2005).

Přehledová bakalářská práce popisuje nejčastější symptomy vyskytující se v péči o osobu s demencí u AN od jejího vzniku až po terminální stadium tohoto onemocnění. Dále reflektuje nefarmakologické možnosti ovlivnění nežádoucích symptomů. Efektivnost nefarmakologických intervencí autorka práce dokládá výsledky převážně ze zahraničních studií. Většina těchto studií však byla omezena nedostatečným počtem osob ve zkoumaném vzorku. Dalším problémem je to, že také většina studií byla prováděna v pobytových zařízeních pro osoby s demencí. Pro tuto práci nebyly použity žádné studie prováděné v domácím prostředí osob s demencí – obecně je těchto studií nedostatek. Zde autorka práce vidí značné nedostatky a doručuje zaměřit další výzkumné práce na možnosti a účinnost intervencí u osob s demencí žijících v domácím prostředí. Autorka vychází z přesvědčení, že vhodné a účinné intervence mohou oddálit nutnost a nezbytnost institucionalizace péče o tyto osoby.

Předcházení, zmírňování nebo úplné odstraňování nežádoucích symptomů demence u AN má velký význam jak pro samotného nemocného, tak i pro jeho nejbližší. Demence u AN je stavem, který svými nežádoucími příznaky ovlivňuje nejen kvalitu života a životní spokojenost nemocného, tak také jeho rodinných příslušníků.

Osobám pečujícím o osoby s demencí u AN lze doporučit různé brožury a publikace ČALS, které jsou volně ke stažení na jejich webových stránkách. Jak již bylo také řečeno, ČALS poskytuje různé podpůrné možnosti pro pečující osoby. Podporu osobám s demencí a jejich pečujícím poskytuje také nadace Život s demencí, která poskytuje telefonické a e-mailové

nepřetržité poradenství. Dále autorka doporučuje webové stránky AD Centra (Centrum pro výzkum, diagnostiku a léčbu AN), které odkazují na další brožury např. o tom, jak pečovat o osoby s demencí v rodinném prostředí nebo brožury vhodné pro kognitivní rehabilitaci a cvičení paměti atd. Pečující osoby mohou také využít základní poradenství poskytované sociální službami. ČALS také pořádá různě rozsáhlé kurzy jak pro pečující osoby, tak i různé akreditované kurzy pro profesionální poskytovatele sociálních služeb.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ – REFERENČNÍ SEZNAM

1. Arroyo-Anllo EM, Díaz JP, Gil R. (2013). Familiar music as an enhancer of selfconsciousness in patient with Alzheimer's disease. *Biomed Research International*.
2. Bates J., Boote J., Beverley C. (2004). Psychosocial interventions for people with a milder dementing illness: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6), 644-658.
3. Brunovský M. (2006). Poruchy chování u demencí. *Psychiatrie pro praxi*, 7(2), 66-69.
4. Brunovský M, Červená K., Matoušek M. (2002). Poruchy spánku u demencí. *Neurologie pro praxi*, 3(3), 134-137.
5. Cankurtaran E. (2014). Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Archives of Neuropsychiatry*, 51(4), 303-312.
6. Cohen-Mansfield J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *The American Journal Geriatric Psychiatry*, 9(4), 361-381.
7. Chung JCC, Lai CKY. (2002). Snoezelen for dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. (4).
8. Čevela R., Kalvach Z., Čeledová L. (2012). *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha, Grada.
9. Česká alzheimerská společnost. (2015). *Kde hledat pomoc*. Dostupné z WWW: <http://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/>
10. Česká alzheimerská společnost. (2016). *Výroční zpráva za rok 2016*.
11. Diamond B., Johnson S., Torsney K, Morodan J., Prokop B., Davidek D., Kramer P. (2003). Complementary and alternative medicines in the treatment of dementia: an evidence-based review. *Drugs and Aging*, 20(13), 971-998.
12. Dostál V. (2011). Vztah demence a deprese. *Psychiatrie pro praxi*, 12(4), 145-148.
13. Douglas S., James I., Ballard C. (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(3), 171-179.
14. Duckett S. (1993). Managing the sundowning patient. *Journal of Rehabilitation*, 59(1).
15. Duedon A., Maubourguet N., Gervais X., Leone E., Brocker P., Carcailloin L., Riff S., Lavillart B., Robert P. (2009). Non-pharmacological management of behavioural

- symptoms in nursing homes. *International Journal of Geriatric psychiatry*, 24(12), 1386-1395.
16. Filan SL, Llewellyn-Jones RH. (2006). Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. *International Journal of Geriatric psychiatry*, 18(4), 597-611.
 17. Franková V. (2007) Léčebné postupy u behaviorálních poruch demence. *Psychiatrie pro praxi*, 8(6), 257-260.
 18. Franková V. (2015). Optimalizace léčby Alzheimerovy choroby. *Psychiatrie pro praxi*, 16(3), 79-82.
 19. Franková V. (2012) Úzkost a úzkostné poruchy u demence. *Psychiatrie pro praxi*, 13(2), 61-63.
 20. Gómez Gallego M., Gómez García J. (2016). Music therapy and Alzheimer's disease: cognitive, psychological and behavioural effects. *Neurologia*, 32(5), 300-308.
 21. Holmerová I. (2003). Problematika pečujících rodin, možnosti pomoci a podpory. *Česká geriatrická revue*, 5, 33-37.
 22. Holmerová I., Baumanová M., Vaňková H., Jurašková B. (2011). Deprese u pacientů s demencí. *Psychiatrie pro praxi*, 12(2), 62-64.
 23. Holmerová I., Janečková H., Vaňková H., Veleta P. (2005). Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 180-184.
 24. Holmerová I., Jurášková B., Müllerová D., Vidovicová L., Habrcetlová L., Matoušek M., Suchá J., Šimůnková M. (2014). *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha, Mladá fronta.
 25. Holmerová I., Mátlová M. (2015). *Dopisy*. Praha, Česká alzheimerovská společnost o.p.s.
 26. Hulme C., Wright J., Crocker T., Oluboyede Y., House A. (2009). Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(7), 756-763.
 27. Jiráček R. (2011). Poruchy chování a nálady u demencí. *Psychiatrie pro praxi*, 12(2), 56-60.
 28. Jiráček R. (2007). Poruchy chování u pacientů s Alzheimerovou chorobou. *Neurologie pro praxi*, 8(5), 295-298.
 29. Kalvach Z., Čeledová L., Holmerová I., Jiráček R., Zavázalová H., Wija P. (2011). *Křehký pacient a primární péče*. Praha, Grada.

30. Lancioni GE, Cuvo AJ, O'Reilly MF. (2002). Snoezelen: an overview of research with people with developmental disabilities and dementia. *Disability and Rehabilitation*, 24(4): 175–184.
31. Li CH, Liu CK, Yang YH, Chou MC, Chen CH, Lai CL. (2015). Adjunct effect of music therapy on cognition in Alzheimer's disease in Taiwan: a pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(11), 291-296.
32. Livingston G., Johnston K., Katona C., Paton J., Lyketsos CG. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *The American Journal Psychiatry*, 162(11), 1996-2021.
33. Lou M. (2001). The use of music to decrease agitated behaviour of the demented elderly: the state of the science. *Scandinavian Journal Caring Science* 15(2): 165– 173.
34. Mátl O., Mátlová M., Holmerová I. (2016). *Zpráva o stavu demence 2015. Kolik zaplatíte za péči?*. Praha, Česká alzheimerovská společnost o.p.s.
35. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10*. (2009). Praha, Bonton Agency.
36. Nugent N. (2002). Agitated behaviours in Alzheimer's Disease and related disorders: musician and music therapy research. *Australian Journal of Music Therapy*, 13, 38-50.
37. Prokopová A. (2017). *Jak upravit domov člověka s demencí. Příručka pro pečující*. Praha, Česká alzheimerovská společnost o.p.s.
38. Raber, C., Teitelman, J., Watts, J., Kielhofner, G. (2010). A phenomenological study of volition in everyday occupations of older people with dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(11), 498–506.
39. Ressler P., Bártová P., Nilius P., Beránková D., Szajterová P., Bar M., Školoudík D. (2011). Poruchy chování a nálady u demencí. *Neurologie pro praxi*, 12(2), 98-103.
40. Rheinwaldová E. (1999). *Novodobá péče o seniory*. Praha, Grada.
41. Robinson L., Hutchings D., Corner L., Beyer F., Dickinson H., Vanoli A., Finch T., Hughes J., Ballard C., May C., Bond J. (2006). A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use. *Health Technology Assessment*, 10(26), 1-124.
42. Rusina R., Holmerová I. (2014). Poruchy spánku a nočního chování u Alzheimerovy nemoci a dalších demenci. *Neurologie pro praxi*, 15(4), 182-185.
43. Rusina R., Rusinová K., Holmerová I. (2010). Léčba pokročilé demence – paliativní přístup. *Neurologie pro praxi*, 11(1), 16-19.

44. Sanders S., Swails P. (2011). A Quest for Meaning: Hospice Social Workers and Patients with End-Stage Dementia. *Social work*, 56(2), 129-140.
45. Satoh M., Yuba T., Tabei K., Okubo Y., Kida H., Sakuma H. (2015). Music therapy using singing training improves psychomotor speed in patients with Alzheimer's disease: a neuropsychological and fMRI study. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 5, 296–308.
46. Särkämö T., Tervaniemi M., Laitinen S., Numminen A., Kurki M., Johnson JK. (2014). Cognitive, emotional, and social benefits of regular musical activities in early dementia: randomized controlled study. *Gerontologist*, 54(4), 634–650.
47. Sheardová K. (2010). Alzheimerova nemoc a zapojení pečovatele do boje o kvalitu života. *Neurologie pro praxi*, 11(3), 172-177.
48. Staal, J. A., Sacks, A., Matheis, R., Collier, L., Calia, T., Hanif, H., & Kofman, E. S. (2007). The effects of Snoezelen (multisensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37, 357–370.
49. *Strategie České alzheimerovské společnosti*. (2014). Praha, Česká alzheimerovská společnost o.p.s.
50. Sung HC, Chang AM. (2005). Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 14(9): 1133–1140.
51. Thorgrimsen L., Spector A., Wiles A., Orrell M. (2003). Aromatherapy for dementia. *The Cochrane Database Systematic Reviews*, 2.
52. Topinková E. (2005). *Geriatricie pro praxi*. Praha, Galén.
53. Verkaik R., van Weert JCM, Francke AL. (2005). The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(4): 301–314.
54. Viggo Hansen N., Jorgensen T., Ortenblad L. (2006). Massage and touch for dementia. *Cochrane Database Systematic Review*, 4
55. Vink AC, Birks JS, Bruinsma MS, Scholten RJP. (2003). Music therapy for people with dementia. *Cochrane Database Systematic Review* 4.
56. Vitiello M., Borson S. (2001). Sleep Disturbances in Patients with Alzheimer's Disease. *CNC Drugs*, 15(10)

57. Woods B., Spector A., Jones C., Orrell M., Davies S. (2007). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Systematic Review*, 4.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Veronika Mozgová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. et Mgr. Jan CHRASTINA, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Individuální práce s dospělým klientem s Alzheimerovou nemocí – přehled poznatků a doporučení pro praxi
Název v angličtině:	Individual work with adult suffer from Alzheimer's disease – a review of knowledge and recommendations for practice
Anotace práce:	<p><i>Cíl:</i> Předložit publikované poznatky o symptomech a jejich specifických během procesu vzniku a rozvoje demence u Alzheimerovy nemoci a možnostech nefarmakologických intervencí uplatňovaných pro zmírnění či odstranění těchto symptomů.</p> <p><i>Metodika:</i> Prvotní analýza, porovnání, kritické zhodnocení a následná syntéza získaných poznatků.</p> <p><i>Výsledky:</i> V počátku onemocnění se vyskytuje nejčastěji deprese. Postupně se prohlubují kognitivní deficity, pro jejichž zmírnění je účinná kognitivní rehabilitace. Ve stadiu těžké demence jsou největším problémem behaviorální a psychologické symptomy demence – agresivita, agitovanost, poruchy spánku atd. Doporučuje se provádět multisenzorickou stimulace, muzikoterapii, pet terapii, taneční terapii, aromaterapii, masáže, fyzickou aktivizaci a dodržovat pravidla spánkové hygieny. V terminálním stadiu je omezena mobilita, komunikace, vyskytuje se inkontinence a poruchy polykání. Uplatňuje se paliativní a hospicová péče. Pro nemocné a pečující osoby je důležitá podpora, psychologická pomoc a poradenství.</p> <p><i>Závěr:</i> Práce sumarizuje poznatky z českých i zahraničních zdrojů v oblastech symptomatologie demence u Alzheimerovy nemoci a jejich nefarmakologických řešení. Převážně poruchy chování a poruchy spánku mají vliv na snižování kvality života nemocných i jejich pečujících osob a jsou nejčastějším důvodem institucionalizace osob s demencí. Výsledky práce poukazují na nedostatek kvalitních studií – a to převážně v domácím prostředí osob s demencí u Alzheimerovy nemoci.</p>

Klíčová slova:	Alzheimerova nemoc a demence, demence, poruchy chování, kvalita života, symptomatologie, psychiatrické poruchy, terminální péče
Anotace v angličtině:	<p><i>Objective:</i> To present published findings about symptoms and their specificities during the process of developing Alzheimer's dementia and possibilities of non-pharmacological interventions used to alleviate or eliminate these symptoms.</p> <p><i>Methods:</i> The methods used initial analysis, comparison, critical evaluation and synthesis of acquired knowledge.</p> <p><i>Results:</i> Depression is the most common during mild stage of Alzheimer's dementia. Gradually, cognitive deficits are deepening, for which cognitive rehabilitation is effective. Behavioural and psychiatric symptoms are the biggest problem during severe dementia – aggression, agitation, sleep disturbances, etc. It is recommended to use multisensory approaches, music therapy, pet therapy, aromatherapy, massage, psychical activation and observance of sleep hygiene rules. Limitation of mobility and communication, incontinence and swallowing disorders are typically for end-stage of dementia. Palliative and hospice care are used for these stage. Support, psychological assistance and counseling are important also for caregivers.</p> <p><i>Conclusion:</i> The bachelor thesis summarizes the knowledge from Czech and foreign sources in the field of symptomatology in Alzheimer's dementia and their non-pharmacological interventions. The behavioural and sleep disorders have the major impact on the quality of life of patients and also their caregivers and they are the most common reason for institutionalization of care about people with dementia. The results of the thesis indicate poor quality of studies – predominantly in the home environment of people with Alzheimer's dementia.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Alzheimer's disease and dementia, dementia, behavioural disorders, quality of life, symptomatology, psychiatric disorders, terminal care
Rozsah práce:	41 s.
Jazyk práce:	Český