

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Veronika Soudková

Vliv muzikoterapie na úzkost a depresi u pacientů s demencí

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.

Olomouc 2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen
uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 29. dubna 2016

podpis

Děkuji Mgr. Lence Mazalové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při tvorbě bakalářské práce. Poděkování náleží i mé rodině, která mě podporovala v průběhu studia.

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Praxe založená na důkazech v ošetrovatelské péči

Název práce: Vliv muzikoterapie na úzkost a depresi u pacientů s demencí

Název práce v AJ: Effects of music therapy on anxiety and depression in patients suffering from dementia

Datum zadání: 2016-01-22

Datum odevzdání: 2016-04-29

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Soudková Veronika

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce sumarizuje výsledky primárních i sekundárních studií, které se zaměřují na vliv muzikoterapie na úzkost a depresi u pacientů s demencí. Dílčí cíle byly odvozeny podle druhu muzikoterapie. Rešeršní činnost proběhla pomocí elektronických databází, např.: BMČ, EBSCO, PUBMED, SCIENCE DIRECT, aj. V českém a slovenském jazyce nebyla dohledána žádná studie. Dohledány byly studie v anglickém jazyce, které prezentují smíšené účinky muzikoterapie. Aktivní muzikoterapie je častěji aplikovanou intervencí než pasivní muzikoterapie. Hudba je doporučována jako doplněk ke zlepšení kvality života osob s demencí.

Abstrakt v AJ: My bachelor's study is a summary of the results of the primary and secondary studies focused on effects of music therapy on anxiety and depression in patients suffering from dementia. Sub-objectives were derived by type of music therapy. Reference search databases such as: BMČ, EBSCO, PUBMED, SCIENCE, etc. were used. There were no studies found in Czech or Slovak language. Studies in English present multiple effects of music therapy on dementia. Active music therapy is more often used intervention than passive

music therapy. Music is recommended as an additional support to improve the quality of life of the patients suffering from dementia.

Klíčová slova v ČJ: demence, muzikoterapie, zpěv, úzkost, deprese, dospělý

Klíčová slova v AJ: dementia, music therapy, singing, anxiety, depression, adult

Rozsah: 34 stran/ 1 příloha

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 REŠERŠNÍ ČINNOST	10
2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ O VLIVU MUZIKOTERAPIE NA ÚZKOST A DEPRESI U PACIENTŮ S DEMENCÍ.....	12
2.1 Vliv aktivní muzikoterapie na úzkost a depresi u pacientů s demencí.....	14
2.2 Vliv pasivní muzikoterapie na úzkost a depresi u pacientů s demencí	24
2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků.....	27
ZÁVĚR.....	28
REFERENČNÍ SEZNAM	30
SEZNAM ZKRATEK	33
SEZNAM PŘÍLOH.....	34

ÚVOD

V období mezi rokem 2015 – 2050 se bude výrazně zvyšovat počet osob v pokročilém věku. S rostoucí nadějí, že se člověk dožije vyššího průměrného věku, tak ekvivalentně roste i celkový počet starších osob. Sekundárně s tímto jevem se zvyšuje i prevalence chronických nemocí včetně demence.

Česká alzheimerská společnost zveřejnila aktuální informace týkající se demence prostřednictvím světové zprávy Alzheimer 2015, kterou vydala Alzheimer's Disease International. Globální prevalence demence v roce 2015 dosahovala počtu 46,8 milionů osob. Tento počet se každých dalších 20 let téměř zdvojnásobí a informace naznačují, že v roce 2030 bude touto nemocí trpět 74,7 milionů osob, v roce 2050 se pak demence projeví až u 131,5 milionů obyvatel. Globální incidence demence se v roce 2015 odhadovala na více než 9,9 milionů. Incidence demence roste exponenciálně se zvyšujícím se věkem. V České republice (dále jen ČR) dlouhodobě chybí strukturované přehledové informace o problematice demence. Důsledkem je neinformovanost širší veřejnosti o potřebách lidí s demencí a nabídce služeb. V souvislosti s touto problematikou byla druhým rokem publikována Zpráva o stavu demence 2015, kterou vydala Česká alzheimerská společnost. Nelze jednoznačně říct, kolik lidí trpí v ČR Alzheimerovou demencí či jinými typy demence. Neexistuje relevantní výzkum, který by otázku prevalence a incidence demence validně mapoval. Celkovou interpretaci také komplikuje skutečnost, že Ústav zdravotnických informací a statistiky přestal sbírat informace od neurologických lékařů. Lze však uvést kvalifikované odhady, které vycházejí z evropských a světových prací a studií. Zastoupení osob s demencí v ČR je nižší, než je jejich průměrné zastoupení jinde ve světě. V roce 2014 se v ČR odhadoval počet lidí s demencí na 152, 7 tisíc. Více než dvě třetiny tvoří ženy. Nejvíce lidí s demencí žije v Praze (Mátl a Mátlová, 2015, s. 9-14).

Celosvětové náklady na léčbu demence jsou rozděleny do tří oblastí: přímé náklady na zdravotní péči, přímé náklady na sociální péči (placená a profesionální péče v domácnosti a různé ústavní péče) a náklady neformální. V roce 2015 vzrostly globální náklady na léčbu demence ve srovnání s rokem 2010 o 35, 4 %. Náklady se zvýšily ve všech regionech světa. K relativně největšímu nárůstu nákladů došlo v Africe a Východní Asii. Zmiňovaná zpráva tak v reakci na tuto skutečnost obsahuje i doporučení, aby se snížení rizika demence stalo prioritní koordinovanou činností Světové zdravotnické organizace. Zároveň požaduje navýšení investic do výzkumu nemoci, aby léčba demence odpovídala povaze její závažnosti

a společenským dopadům. Výzkum by se měl zaměřit vyváženě na prevenci, léčbu i péči (Česká alzheimerská společnost, 2015).

Behaviorální a psychologické symptomy demence (dále jen BPSD) jsou častými problémy spojenými s významnou úzkostí a špatnou kvalitou života osob s demencí, které se dotýkají i pečovateli. Pro řízení BPSD je doporučen komplexní přístup kombinující farmakologickou i nefarmakologickou terapii. Při farmakologické terapii se mohou objevit vedlejší účinky a komplikace jako např. zvýšené riziko cévních mozkových příhod a následná smrt. Protipól tomuto způsobu léčby tvoří nefarmakologická terapie. Tu lze použít téměř pro všechny pacienty s různými typy demence a její užití je prakticky bez vedlejších účinků. Některé nedávné studie (Gauthier et al., 2010; Azermai et al., 2012; Nakajima 2011; Ogawa and Koura 2011) doporučují použít nefarmakologickou terapii v první linii léčby a farmakologickou léčbu až tehdy, pokud bude nefarmakologická terapie neúčinná. Muzikoterapie je slibná nefarmakologická intervence pro řízení BPSD (Ueda et al., 2013, s. 629). Na základě této teorie je stanoven cíl bakalářské práce, který se soustředí na konkrétní psychologické symptomy demence.

Cílem přehledové bakalářské práce je dohledat publikované poznatky o vlivu muzikoterapie na úzkost a depresi u pacientů s demencí.

Pro přehledovou bakalářskou práci byly stanoveny tyto dílčí cíle:

Cíl 1

Předložit dohledané publikované poznatky o vlivu aktivní muzikoterapie na úzkost a depresi u pacientů s demencí.

Cíl 2

Předložit dohledané publikované poznatky o vlivu pasivní muzikoterapie na úzkost a depresi u pacientů s demencí.

Vstupní literatura:

HOLMEROVÁ, Iva et al. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

HOLMEROVÁ, Iva et al. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009, 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.

JIRÁK, Roman et al. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN: 978-80-247-2490-4.

KUBEŠOVÁ, Hana et al. *Akutní stavy v geriatrii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 233 s. ISBN 978-80-7262-620-5.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 183 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1490-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

Zkoumaný problém pro tvorbu bakalářské práce byl formulován v podobě klinické otázky: „Jaké poznatky byly publikovány o vlivu muzikoterapie na úzkost a depresi u pacientů s demencí?“

Formulace specifické otázky ve formátu PICO:

P (population) - dospělá populace s demencí

I (intervention) - muzikoterapie - aktivní (zpěv, použití hudebních nástrojů)
- pasivní (poslech hudby)

C (comparison) - bez hudební intervence

O (outcome) - snížení výskytu úzkosti a deprese

1 REŠERŠNÍ ČINNOST

Rešeršní činnost proběhla od září 2015 do ledna 2016 prostřednictvím elektronických databází, kterou podrobněji popisuje následující algoritmus.

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

- klíčová slova v ČJ: demence, muzikoterapie, zpěv, úzkost, deprese, dospělý
- klíčová slova v AJ: dementia, music therapy, singing, anxiety, depression, adult
- jazyk: český, slovenský, anglický
- období: 2006 - 2015
- další kritéria: recenzovaná periodika, plnotexty, spojení klíčových slov pomocí Booleovských operátorů



DATABÁZE:

GOOGLE Scholar, BMČ, PROQUEST, PUBMED, EBSCO, SocINDEX with Full Text, SCIENCE DIRECT



Nalezeno 647 článků



Vyřazovací kritéria:

- duplicitní články – 88 článků
- kvalifikační práce – 2 články
- články, které nesplnily vyhledávací kritéria a neodpovídaly tématu – 546 článků



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

GOOGLE SCHOLAR – 200 článků, použitých 0

BMČ – 2 články, použitých 0

PROQUEST – 72 článků, použitých 0

PUBMED – 2 články, použitých 1

EBSCO – 246 článků, použitých 6

SocINDEX with Full Text - 22 článků, použitých 2

SCIENCE DIRECT – 103 článků, použitých 2



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

International Psychogeriatrics – 2 články

International Journal of Nursing Studies – 1 článek

Ageing Research Reviews – 1 článek

International Journal of Geriatric Psychiatry – 1 článek

Aging & Mental Health – 2 články

Journal of the American Geriatrics Society – 1 článek

Dementia and Geriatric Cognitive Disorders – 1 článek

Journal of Clinical Nursing – 1 článek

Geropsych: The Journal Of Gerontopsychology And Geriatric Psychiatry – 1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek
bylo použito 11 dohledaných článků.

Přehled publikovaných poznatků obsahuje zahraniční studie s různou validitou.

2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ O VLIVU MUZIKOTERAPIE NA ÚZKOST A DEPRESI U PACIENTŮ S DEMENCÍ

Tato kapitola je rozpracována na dvě podkapitoly, které prezentují vliv aktivní a pasivní muzikoterapie u jednotlivců nebo skupin. Zdrojem pro tvorbu práce se staly pouze zahraniční publikace v anglickém jazyce. Z celkové analýzy zdrojů vyplývá, že mezi zúčastněnými bylo nejvíce seniorů ve věku 65 let a více.

Podle Americké psychiatrické asociace může být demence rozdělena podle toho, zda je nebo není přítomna behaviorální porucha. Stupeň závažnosti demence (mírný, střední nebo těžký) je založený na úrovni závislosti v základních instrumentálních a každodenních činnostech. Úzkost a deprese jsou nejčastější v rané fázi mírné demence, protože starší lidé čelí nové diagnóze, nejisté prognóze a ztrátě aktivního nebo osobního života. Tyto okolnosti přispívají i k poklesu kognitivních funkcí. Negativní dopad na kvalitu života osob s mírnou demencí má úzkost. V mnoha případech není diagnostikována. S postupující progresí onemocnění ztrácejí lidé s demencí schopnost komunikovat a vyjádřit své pocity. Prevalence úzkosti má v odlišných institucích různé procentuální zastoupení. Příčinou této rozdílnosti je nedostatek spolehlivých hodnotících nástrojů určených k diagnostice úzkosti. Ta je důležitým symptomem demence spojené s omezením základních všedních činností, problémovým chováním a zvýšeným rizikem umístění do sanatoria. Úzkost je často doprovázena depresí. Deprese je stejně stresující symptom demence. Odhaduje se, že u 50 % dospělých trpící demencí v pokročilém věku se vyvine mírná deprese a u 15 - 20 % těžká depresivní porucha, čímž se zvyšuje riziko hospitalizace, dalšího poklesu kognitivních funkcí a smrti. Výskyt deprese u osob s demencí bez kognitivní poruchy bydlících v domech s pečovatelskou službou je výrazně vyšší, než u osob žijících v komunitě (Petrovsky et al., 2015, s. 1662). Slibnou nefarmakologickou metodou ke snížení úzkosti a deprese u osob s demencí je muzikoterapie (Ueda et al., 2013, s. 639).

Muzikoterapie je definována Světovou federací muzikoterapie jako použití hudby nebo hudebních prvků (zvuk, rytmus, melodie, harmonie) kvalifikovaným hudebním terapeutem u klienta nebo skupiny. Proces má usnadnit a podporovat komunikaci, vztahy, učení, mobilizaci a vyjadřování za účelem splnění fyzické, emocionální, mentální, sociální a poznávací potřeby (Ueda et al., 2013, s. 629).

Existují dva typy hudební intervence - aktivní a pasivní. Oba typy lze realizovat jednotlivě nebo ve skupinách. Ideální skupinu tvoří 5 - 10 osob. Aktivní hudební terapie je živá s použitím hudebních nástrojů nebo interaktivní a vyžaduje u jednotlivce strukturovanou tvorbu zvuku. Pasivní (receptivní) hudební terapie zahrnuje pouze poslech na straně příjemce (Ing-Randolph et al., 2015, s. 1776).

2.1 Vliv aktivní muzikoterapie na úzkost a depresi u pacientů s demencí

První podkapitola prezentuje výsledky primárních (1 studie případů a kontrol, 1 experimentální studie, 1 kontrolovaná studie a 3 randomizované kontrolované studie) i sekundárních studií (2 systematické přehledy) o vlivu aktivní muzikoterapie na úzkost a depresi u pacientů s demencí.

V roce 2006 studie případů a kontrol (Svansdottir et al., 2006) poukazovala na nedostatek spolehlivých výzkumů v oblasti nefarmakologické terapie u demence. Studie byla provedena ve dvou domech s pečovatelskou službou a ve dvou gerontopsychiatrických odděleních na Islandu. Studie se zúčastnilo celkem 38 pacientů se středně těžkou až těžkou formou Alzheimerovy demence (dále jen AD). Věkové rozmezí zkoumaných osob se pohybovalo od 71 - 87 let. Pacienti byli randomizováni do kontrolní skupiny nebo do skupiny muzikoterapie. Každé relace se zúčastnili tři nebo čtyři pacienti se stejnou formou demence. Kolekci písní navrhl muzikoterapeut a z tohoto výběru si zmiňované skupiny vybraly písně, které pak byly zazpívány dvakrát. Muzikoterapie trvala 6 týdnů, vždy v délce 30 minut, a realizovala se třikrát týdně. Pacienti, kteří nebyli aktivní, drželi zpěvník a poslouchali. Kvalifikovaný muzikoterapeut hrál na kytaru a pacienti jej doprovázeli na různé nástroje podle vlastního výběru. Kontrolní skupina nepodstoupila muzikoterapii. Behaviorální a psychologické symptomy demence byly hodnoceny pomocí hodnotícího nástroje Behavior Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (dále jen BEHAVE-AD). Hodnocení provedly dvě všeobecné sestry, které byly proškoleny v používání BEHAVE-AD a v použité terapii. Sestry nepracovaly na těchto odděleních. Každého pacienta hodnotila vždy stejná sestra. Hodnocení účastníků proběhlo po uplynutí šestého týdne od počátku terapie. Po deseti týdnech proběhlo další hodnocení. Po šesti týdnech výsledky studie ukazují, že součtem skóre poruch aktivity, agresivity a úzkosti došlo k signifikantnímu poklesu úzkosti ve skupině muzikoterapie oproti kontrolní skupině. Při hodnocení po deseti týdnech efekt vymizel. Jednou z výhod muzikoterapie je absence vedlejších účinků. Tyto výsledky podporují zjištění z mnoha předchozích studií (Svansdottir et al., 2006, s. 614-620).

Z výsledků studie případů a kontrol (Svansdottir et al., 2006) čerpala randomizovaná kontrolovaná studie provedená v Austrálii (Cooke et al., 2010). S použitím crossover designu zkoumala účinky živého skupinového hudebního programu na úzkost u starších osob s mírnou demencí. Studie se zúčastnilo 47 osob obou pohlaví s demencí ze dvou domů pro seniory. Randomizace proběhla pomocí počítače. Činnosti v intervenční a kontrolní skupině trvaly 40 minut během tří dnů v týdnu (pondělí, středa, pátek) vždy dopoledne, po dobu 8 týdnů.

Poté se skupiny zúčastnily opačné aktivity a protokol se opakoval dalších 8 týdnů. V období mezi výměnou činností neobdržela intervenční skupina muzikoterapii po dobu 5 týdnů, a to na základě studie (Svansdottir et al., 2006), která zjistila, že účinek terapie vyprchá 4 týdny po realizaci terapie. Intervenční skupinu tvořilo 16 osob. Hudební program byl vytvářen dvěma hudebníky. V každé hudební relaci se zpívaly písně po dobu 30 minut. Následovalo 10 minut aktivního naslouchání předem nahrané instrumentální hudby. Účastníci muzikoterapie byli povzbuzováni ke zpěvu, hře na nástroje a pohybu. Ukázalo se účinné a efektivní vybírat hudbu podle osobního vkusu účastníků. V této studii byl hudební výběr založen na osobních preferencích. V kontrolní skupině probíhalo interaktivní čtení (novinových článků, povídek, vyprávění vtipů, aj.) pod vedením facilitátora. Čtení probíhalo v přírodě, aby zrcadlilo hudební intervenci. Úzkost byla měřena pomocí Rating of Anxiety in Dementia (dále jen RAID) vždy po 8 týdnech po ukončené intervenci. Pokud by do výzkumu byla zahrnuta i třetí skupina se standardní péčí, byly by výsledky studie prospěšnější pro zhodnocení významu nefarmakologické léčby demence. Účast v hudebním programu signifikantně neovlivnila úzkost u starších osob s demencí. Nebyly získány důkazy, že by byl hudební program účinnější než čtení. Další navazující studie by se měly soustředit na důkladné posouzení účastníka před zahájením studie. Stejně tak by bylo vhodné spustit intervenci v době, kdy jsou symptomy úzkosti nejvíce rozšířené, i když je zřejmé, že se to z hlediska realizované praxe může v některých zařízeních dlouhodobé péče jevit jako problém (Cooke et al., 2010, s. 905-914).

Výsledky experimentální studie provedené na Taiwanu (Sung et al., 2012) jsou v souladu se studií z roku 2006 (Svansdottir et al., 2006). Porovnání výsledků této studie s výsledky předchozího zkoumání bylo obtížné, protože existuje pouze omezený počet studií zkoumajících účinek skupinové muzikoterapie na úzkost u pacientů s demencí. Navíc, jen málo studií použilo platnou škálu hodnocení úzkosti. Důvod, proč existuje minimální počet studií, který se tomuto tématu věnuje, může být způsoben nedostatkem důvěry k hodnotícím nástrojům pro posuzování úzkosti u demence. Koexistence úzkosti a jiných psychických a behaviorálních problémů u pacientů s demencí může hodnocení více komplikovat. Současné stupnice pro zkoumání úzkosti při demenci se liší v identifikaci příznaků a mohou se překrývat se škálami pro hodnocení deprese. Škála RAID, která byla použita v této studii, je v současnosti ověřeným způsobem měření - byla vyvinuta speciálně pro posuzování úzkosti u starších osob s demencí a osvědčila se dobrou validitou i spolehlivostí. Studie hodnotila účinky skupinové hudební intervence s použitím bicích nástrojů na úzkost u starších

dospělých s demencí. Zařazeny byly osoby s diagnostikovanou demencí ve věku 65 let a více, schopné zapojit se do jednoduché činnosti s vykonáním jednoduchých pokynů, bez těžké poruchy sluchu, bez přítomnosti BPSD, bez zjevných symptomů akutní bolesti nebo infekce. Celkem 60 účastníků souhlasilo s účastí ve výzkumu. Informovaný souhlas byl získán od účastníků nebo rodinných příslušníků. Účastníci byli randomizováni do experimentální a kontrolní skupiny. Rozdělení proběhlo pomocí vygenerování seznamu osob počítačem. Experimentální skupina se zúčastnila aktivní hudební intervence ve skupině po dobu 30 minut dvakrát týdně v celkové délce 6 týdnů. Součástí hudební intervence bylo 5minutové zahřátí hlavních svalových skupin a dýchání, 20minutová hra na různé bicí nástroje (tamburína, buben, maracas, guiro tone block, ruční zvonky) pod vedením vyškolené asistentky a 5minutové zklidnění a protahování s jemnou hudbou. Účastníci preferovali tchajwanské a čínské písně z let 1950 – 1970 s příjemným mírným rytmem a tempem. Kontrolní skupina podstoupila standardní péči bez hudební intervence. Hodnocení úzkosti proběhlo na počátku studie, 4. a 6. týden. Studii dokončilo 55 účastníků (tři byli hospitalizováni, dva se přestěhovali). Více než polovina vzorku byly ženy. Výsledky studie ukazují signifikantní pokles úzkosti v experimentální skupině. Průměrné skóre úzkosti se také snížilo v kontrolní skupině. Zobecnit výsledek však nebylo ve své úplnosti zcela možné, protože sledovaný vzorek byl sestavený jen z jednoho ústavního zařízení. Ukázalo se, že je zapotřebí další rozvoj a zdokonalování hodnotících škál. Skupinová hudební intervence s použitím bicích nástrojů může být účinná i nákladově efektivní ve snížení úzkosti u osob s demencí a současně může zmírnit zátěž pečovatele. Hudební intervenci je snadné naučit ošetřující personál, který by ji zapojil do každodenní ošetrovatelské činnosti (Sung et al., 2012, s. 622-626).

Společné znaky demence a autismu přivedly autory následující studie (Fischer-Terworth et al., 2011) na myšlenku vyvinout vícesložkový intervenční program, Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (dále jen TEACCH), spojený s muzikoterapií pro posuzování osob s demencí. Program TEACCH, který je navržený pro léčbu dětí s autistickými poruchami, byl aplikován i u osob s demencí v rámci kontrolované studie uskutečněné v Německu. Autoři studie (Fischer-Terworth et al., 2011) smysluplnost uskutečnění této studie obhajovali tím, že demence a autismus se vymezují společnou charakteristikou a podobnými příznaky. Obě onemocnění jsou nevléčitelná, mají jasný neurologický původ a chybějící etiologii. Společné mají i neuropsychiatrické a neuropsychologické symptomy, které jsou spojeny s výrazným omezením v každodenním životě a mohou být zátěží pro psychiku samotného pečovatele.

TEACCH studie se skládá z pokynů a zásad, které umožňují jednotlivé složení intervencí, a tak pomáhají lidem s autismem zvládnout své sociální prostředí. Zásady jsou shodné s některými potřebami osob s demencí. Zlepšení komunikačních schopností je důležitým cílem psychologických intervencí ke zlepšení kvality života a duševní pohody. Současný stav vědy poukazuje na potřebu vysoce kvalitních výzkumů v těchto oblastech: vícesložkové zásahy integrující různé přístupy založené na důkazech, intervence zaměřené na komunikační problémy a léčbu pacientů s demencí v ústavní péči. Na základě výsledků nedávné studie, autoři (Fischer-Terworth et al., 2011) vyvinuli vícesložkový intervenční program TEACCH, který aplikovali v rámci muzikoterapie, a který byl zaměřen jak na neuropsychiatrické symptomy, komunikační a emoční schopnosti, tak na popis úrovně aktivity u pacientů s mírnou až středně těžkou demencí. Cílem studie bylo vyhodnotit účinky muzikoterapie pomocí TEACCH mezi intervenční a kontrolní skupinou. Do studie bylo zařazeno 49 pacientů s AD, smíšeným typem AD nebo s demencí neznámé etiologie. Všichni účastníci byli seznámeni s podmínkami studie a souhlasili s účastí. Dodatečný souhlas byl získán od člena rodiny nebo zodpovědné osoby. Kritéria pro nezařazení zkoumaných subjektů do studie byla následující: osoby s těžkou demencí, suicidální myšlenky, těžká agrese, slepota a hluchota. Intervenční skupinu tvořilo 26 pacientů, kteří museli být rezidentními obyvateli domova pro seniory, a kontrolní skupinu 23 osob s demencí. Randomizace nebyla možná z důvodu povinného rozdělení pacientů do intervenční skupiny. Skupiny se dělily podle demografických charakteristik, diagnózy demence, komorbidit a neuropsychiatrických rysů. V kontrolní skupině probíhala standardní péče. Pacienti v intervenční skupině se zúčastnili skupinové hudební intervence trvající celých 6 měsíců. Hudební intervence se konala jednou týdně ve skupinách po 6 až 10 osobách. Některá sezení byla účastníky intervence odmítnuta z důvodu měnícího se zdravotního stavu a motivace. Z tohoto důvodu probíhala terapie dvakrát týdně, vždy v pondělí a středu, aby se autoři studie ujistili, že každý pacient podstoupí intervenci alespoň jednou týdně. Muzikoterapie zahrnovala společný zpěv ve skupině s terapeutem. Zahrnovala hru na klavír, hru na elementární hudební nástroje (bicí nástroje, bubny) a poslech biograficky relevantní hudby. Další složkou muzikoterapie byla hudba založená na kognitivní stimulaci (čtení písňových textů, rozpoznání songů, aj). Mezi hudební aktivity byly vloženy jednotky kognitivní stimulace, např. kvízy či slovní hry. Muzikoterapie, zaměřená na reminiscenci, vyvolala u účastníků autobiografické emoce, které byly probrány s terapeutem. Zároveň v rámci půlroční muzikoterapie proběhlo proškolení tří zaměstnanců v oboru gerontopsychiatrickém ošetrovatelství a terapii sestavené z 12 lekcí. Hodnocení úzkosti a deprese proběhlo pomocí Neuropsychiatric Inventory (dále jen NPI)

a Geriatric Depression Scale (dále jen GDS) formou částečně strukturovaného rozhovoru. Symptomy úzkosti se snížily v intervenční skupině a symptomy deprese se snížily v obou skupinách. I přes obecnou progresi demence se zlepšila celková duševní pohoda. Platnost a relevantnost této studie je snížena díky nerandomizaci, relativně malému počtu zúčastněných a různé velikosti skupiny. Přidává se i fakt, že některá posouzení nemohla být dokončena z důvodu typických behaviorálních symptomů vyskytujících se u účastníků studie, jako jsou neklid, roztržitost a neochota vyhovět posouzení. Psychologická intervence usilující o restituci neuropsychologických funkcí by měla umožnit pacientovi zachovat přijatelnou kvalitu života přes všechna jeho omezení. Schopnost vnímat radost a pozitivní emoce předpokládá úlevu od psychických poruch. Zlepšení komunikačních dovedností je tak pro pacienty zásadní podmínkou, aby mohli zůstat v kontaktu se svým prostředím (Fischer-Terworth et al., 2011, s. 94-100).

Vliv skupinové hudební intervence na úzkost prezentuje systematický přehled z USA (Ing-Randolph et al., 2015). Autoři analyzovali studii případů a kontrol (Svansdottir et al., 2006), dvě randomizované kontrolované studie (Cooke et al., 2010, Raglio et al., 2010), experimentální studii (Sung et al., 2012) a kontrolovanou studii (Fischer-Terworth et al., 2011). Všechny studie se zabývají různými typy hudebních intervencí a navrhuji změny v ošetrovatelských studijních plánech. U výzkumných skupin se závažnost demence pohybovala v rozmezí od mírného k těžkému stupni. Studie se mezi sebou lišily velikostí skupiny a hudební intervencí. Pozitivní účinky na úzkost prokázala skupinová hudební intervence. Zároveň se však ukázalo, že výsledný efekt mohl být ovlivněn celou řadou faktorů. Patří mezi ně mechanismus základních hudebních efektů, definice úzkosti, kultura a národnost, geografická lokalita, velikost skupiny, nástroje měření, provedení studie v zařízeních s nejvyšší prevalencí úzkosti, dohled všeobecné sestry na pacientovu bezpečnost a užití aktivní muzikoterapie. Vliv těchto faktorů by měl být dále studován. Zároveň je však důležitým faktorem i vzdělání pracovníků, kteří uskutečňují muzikoterapii v ošetrovatelské péči. Pro rozšíření jejich muzikologických kompetencí by mělo dojít ke změnám v osnovách na vysokých školách a univerzitách. Hudební terapeuti, všeobecné sestry a jiný zdravotnický personál nejsou proškoleni v hudební intervenci. Hledání odpovědi na otázku: *Kdo má aplikovat bezpečnou intervenci?* - se může v budoucnosti stát jedním z limitujících faktorů využívání hudby v ošetrovatelství. Je složité zkoumat demenci spojenou s úzkostí, ale další studie jsou potřebné a nutné. Důvodem jsou sociálně – kulturní normy a hodnoty, které se liší v každé zemi, a které tím pádem mohou hrát roli v rozvoji úzkosti u jedinců s demencí.

Dalšímu výzkumu se navíc nabízí možnost odhalit konkrétní účinky muzikoterapie v souvislosti s úzkostí. Velikost skupiny, stáří osob s demencí a standardizace ideální doby k zahájení terapie, to vše může ovlivnit výsledky. Je obtížné vyvozovat konkrétní závěry z výsledků jen několika málo výzkumů, jak je tomu v současnosti. Zásluhy patří všeobecným sestřám a hudebním terapeutům, kteří propagovali myšlenku hudební terapie v ošetrovatelské péči. Nicméně, je potřebné umět posoudit pacienta i jeho bezpečnost a zlepšit školení věnované muzikoterapii ve zdravotní péči. Současný vzdělávací program pro zdravotnické profese je potřeba zrevidovat tak, aby mohla být muzikoterapie nezávisle aplikována odborníky (Ing-Randolph et al., 2015, s. 1-9).

Ve dvou následujících randomizovaných kontrolovaných studiích zkoumal Raglio et al., 2010; 2015 vliv muzikoterapie u osob se středně těžkou až těžkou formou demence.

Účinek muzikoterapie na poruchy chování zkoumala randomizovaná kontrolovaná studie (Raglio et al., 2010) na základě opakovaných sezení, která byla provedena v Itálii. Šedesát pacientů z pěti domů s pečovatelskou službou bylo randomizováno do experimentální a kontrolní skupiny. Zúčastnit se mohli pacienti s Alzheimerovou, vaskulární nebo smíšenou demencí v těžkém stádiu. Více než polovinu zúčastněných tvořili pacienti s Alzheimerovou demencí. Obě skupiny podstoupily standardní péči, která zahrnovala vzdělávací a zábavní činnosti. Experimentální skupina navíc podstoupila 3 cykly muzikoterapie po 12 sezeních. Tato sezení probíhala třikrát týdně, 30 minut po dobu 1 měsíce ve tříčlenných skupinách. Poté následoval 1 měsíc bez muzikoterapie, zatímco standardní léčba pokračovala. Celková doba studie byla 6 měsíců. Za jádro muzikoterapie byl považován neverbální model založený na zvukové hudební improvizaci. Komunikace a vyjadřování pocitů mezi pacienty a hudebním terapeutem probíhala pomocí neverbálních projevů s použitím hudebních nástrojů. Každé sezení bylo zaznamenáno na videokazetu. Hodnocení proběhlo na začátku studie, na konci muzikoterapie a 1 měsíc po ukončení léčby pomocí NPI. Hodnocení provedli zdravotničtí pracovníci, kteří se nezúčastnili přímo výzkumu, aby jejich hodnocení bylo co nejvíce objektivní. Během studie se snížil počet sledovaných subjektů – sedm pacientů nemohlo pokračovat z důvodu úmrtí, převozu do nemocnice se zlomeninou kyčle a z důvodu transportu do jiného zařízení. Výsledky ukázaly výrazné zlepšení úzkosti a deprese v obou skupinách. Randomizovaná kontrolovaná studie (Raglio et al., 2010) prokázala, že je muzikoterapie účinná při snižování BPSD u pacientů s těžkou formou demence. Limitací této studie byla nedokonalá standardizace kritérií pro randomizaci a odlišnost globálního skóre NPI mezi skupinami na začátku studie, které mohou ovlivňovat srovnatelnost obou vzorků.

Jedná se o první studii, která prokázala účinnost muzikoterapie založené na nekontinuálních cyklech a poukázala na možnost využití nového systému hudební intervence. Další studie by se měly zaměřit na konkrétní BPSD a posoudit jaká intenzita a délka muzikoterapie je optimální pro pacienty s demencí (Raglio et al., 2010, s. 900-902).

Primárním cílem multicentrické randomizované kontrolované studie (Raglio et al., 2015) bylo posoudit účinky aktivní muzikoterapie a individualizovaného poslechu hudby na BPSD u osob s demencí. Sekundárním cílem bylo vyhodnotit účinky muzikoterapie na kvalitu života. Studie se zúčastnilo 120 osob se středně těžkou až těžkou formou demence z 9 italských institucí. Zařazovací kritéria byla: věk 65 let a více, diagnóza demence, rezidence v pečovatelském domě déle než 2 měsíce a žádné významné rozdíly v dávkování psychotropních léků v průběhu předchozího měsíce. Kritéria pro vyloučení z výzkumu zahrnovala závažné kardiovaskulární, plicní nebo gastrointestinální onemocnění, muzikoterapie v předchozím roce a odmítnutí účasti. Pacienti byli randomizováni do jedné ze tří skupin: standardní péče s aktivní muzikoterapií, standardní péče s individualizovaným poslechem a samotná standardní péče. Randomizace byla centralizovaná a každý pacient měl odpovídající pořadové číslo podle náhodného seznamu, aby se zachovalo jeho soukromí. Standardní péče zahrnovala každodenní vzdělávací, profesní a fyzické činnosti. Standardní péče nezahrnovala hudební intervenci. Účastníci aktivní muzikoterapie se zúčastnili dvaceti individualizovaných 30minutových sezení. Celková doba byla 10 týdnů. Muzikoterapii aplikoval certifikovaný a speciálně vyškolený muzikoterapeut v klidné místnosti. Místo a hudební nástroje se nezměnily v průběhu léčebného období. Muzikoterapeut následoval rytmus a hudební produkci účastníků, aby vytvořil neverbální komunikaci. Muzikoterapeut si vybudoval vztah s účastníky za pomoci zpěvu, improvizace s použitím melodických a rytmických nástrojů, které usnadňují vyjádření, modulaci emocí a ovlivňují náladu. Všechny relace byly nahrávány na kameru k posouzení muzikoterapie. Klinické vyšetření podstoupili účastníci před začátkem léčby, po ukončení léčby a 2 měsíce po léčbě. K posouzení úzkosti a deprese byla hodnocena Cornell Scale Depression in Dementia (dále jen CSDD) a NPI. Informace byly získány od formálních pečovatelských pracovníků, protože pacienti se středně těžkou až těžkou formou demence nebyli schopni poskytnout dostatečné informace. Vybraní hodnotitelé byli nezávislí k typu provedené intervence. Pomocí specifického nástroje Music Therapy Check List-Dementia (dále jen MTCL-D) byla provedena analýza podskupin 20 náhodně vybraných osob s demencí, aby posoudila charakteristiku hudebních relací. Hodnocení bylo založeno na analýze vzájemné komunikace a na hudebním, neverbálním i verbálním chování.

Hodnotiteli byli čtyři nezávislí pozorovatelé, kteří podstoupili školení. Hodnocena byla každá lichá relace. Primárním měřítkem účinnosti byl rozdíl mezi začátkem a ukončením léčby. Byla provedena analýza intention-to-treat (dále jen ITT) všech randomizovaných subjektů. Během studie ji opustilo 22 osob s demencí. Ve skupině aktivní muzikoterapie ukončilo studii devět osob (z důvodu odmítnutí ošetření, úmrtí a dimise do domácí péče) a pět osob ve skupině se standardní péčí. Výpadky ve skupinách přerušily aktivní intervence před 10 sezení. Všechny skupiny ukázaly zlepšení deprese na CSDD. Explorační analýza ukázala podobné skupinové efekty na NPI pro úzkost. Všechny léčené skupiny vykazovaly výrazné zlepšení BPSD a dalších psychologických výsledků v průběhu času, ale nebyly pozorovány žádné signifikantní rozdíly mezi skupinami. Účinky pozorované ve skupině aktivní muzikoterapie (NPI globální skóre a podstupnice úzkost) jsou v souladu s trendem interakce mezi muzikoterapeutem a osobami s demencí posouzených v průběhu hudebních relací pomocí MTCL-D. Aktivní muzikoterapie může ovlivnit náladu, usnadnit organizační procesy a regulovat emocionální složku. Z psychologického hlediska je muzikoterapie popsána v této studii založena na intersubjektivních teoriích. Jako neverbální komunikační technika má za cíl aktivovat a rozvíjet archaické expresivní a vztahové schopnosti, které přetrvávají celý život u každé lidské bytosti. Cílem aktivní muzikoterapie je vytvořit komunikační most pro osoby s demencí. U demence může mít tento efekt vliv na duševní poruchy i poruchy chování. Dále podpoří nové strategie učení a zlepší celkovou kvalitu života. V této studii se však hypotéza o tom, že aktivní muzikoterapie je lepší než individualizovaný poslech, neprokázala. Není pravděpodobné, že velký počet osob, které vypadly v každé skupině, vysvětluje nepřítomnost statisticky signifikantního rozdílu mezi skupinami, neboť analýza podle protokolu měla podobné výsledky jako ITT analýza. Počet osob, které opustily studii, je třeba vzít v úvahu, pokud by byly tyto typy intervence zvažovány pro klinickou praxi. Také rozdíly ve standardní péči (různé přístupy v managementu péče v institucích účastnících se studie) by mohly mít vliv na výsledky podle snížení účinku péče. Pro vývoj vztahu mezi účastníkem a muzikoterapeutem může být příliš malý zvolený počet sezení. Analýza relací pomocí MTCL-D ukázala, že sonorní naladění kulminovalo v posledním týdnu muzikoterapie. Přestože není dostatek důkazů o vlivu muzikoterapie na BPSD u osob s demencí, lze doporučit, aby pro další randomizované kontrolované studie omezené na specifické symptomy poruch chování byly vybrány vhodné hodnotící nástroje. Mohla by být sledována odezva každého účastníka a navýšen počet a intenzita relací muzikoterapie podle tolerance osob s demencí (Raglio et al., 2015, s. 1535-1539).

Souhrn literatury, který zkoumá roli hudebních intervencí při zmírňování úzkosti a deprese u starších osob s mírnou demencí, poskytuje systematický přehled (Petrovsky et al., 2015) publikovaný v USA. Konkrétně zkoumá účinnost hudebních intervencí, identifikuje limitaci ve studiích a vydává doporučení pro budoucí výzkum. Charakterizuje využití hudby ke snížení symptomů u osob s demencí ve dvou kategoriích (klinická muzikoterapie a hudební intervence). Podle Americké asociace muzikoterapie je klinická muzikoterapie založená na důkazech použití hudebních intervencí k dosažení individuálních cílů v rámci terapeutického vztahu prostřednictvím pověřeného profesionála, který absolvoval schválený muzikoterapeutický program. Hudební intervence zahrnují živou nebo zaznamenanou hudbu a nevyžadují přítomnost zkušeného muzikoterapeuta. Definice muzikoterapie a hudební intervence nejsou v literaturách dodržovány. Oba pojmy byly v tomto přehledu označovány souhrnně jako hudební intervence. Do přehledu studií byly zařazeny ty, které se týkaly starších dospělých s mírnou demencí (zahrnuty byly i studie se smíšeným stupněm demence), a takové, které zkoumaly aktivní hudební intervenci a její vliv na úzkost i depresi jako primární výsledky. Kritéria pro vyloučení z přehledu byla: jiná populace než osoby s demencí, pasivní hudební intervence a studie, ve kterých se zúčastnily jen osoby s těžkou demencí a se zaměřením na jiný výsledek. Kritéria pro zařazení splňovalo deset studií. Vzhledem k rozdílům v populaci a použitým nástrojům nebylo možné provést metaanalýzu. Celkové výsledky ukazují smíšené účinky hudební intervence na úzkost a depresi u osob s mírnou demencí. Účinek hudební intervence při snižování úzkosti nebyl konzistentní napříč studiemi (Choi et al., 2009; Cooke et al., 2010; Sung et al., 2012). Některé studie zaznamenaly pokles deprese (Cooke et al., 2010; Han et al., 2010; Kang et al., 2010; Chu et al., 2014), v jiných studiích nebyl zaznamenán žádný rozdíl (Choi et al., 2009; Ceccato et al., 2012) a zvýšení deprese ukázala jedna studie (Camic et al., 2013). Zahrnuté studie neposkytují signifikantní důkaz, že je hudební intervence efektivní ke snižování úzkosti a deprese u osob s mírnou demencí. Důvodem je nízká metodologická kvalita studií, která je způsobená absencí teoretického modelu. Limitací studií bylo nejednotné definování hudebních zásahů, použití odlišných hodnotících nástrojů a malý počet vhodných vzorků. Většina studií použila vícesložkový hudební zásah, který neměří dopad jednoho specifického aspektu hudební intervence. Některé studie zahrnuly účastníky se sluchovým postižením. Je zřejmé, že poškození sluchu ovlivní interpretaci výsledků. Výzkumní pracovníci by měli identifikovat starší osoby se sluchovým postižením a zlepšit jejich sluch před podáním hudební intervence s cílem maximalizovat pozitivní výsledky. S cílem zlepšit metodologickou kvalitu budoucích studií lze uvést několik doporučení. Metodologická kvalita by měla být vedena pečlivým

výběrem teoretického modelu. Aby se zvýšila pravděpodobnost signifikantních zjištění, účastníci by měli vykazovat jeden nebo více psychologických symptomů. Vhodná je také standardizace hodnotících nástrojů pro osoby s mírnou demencí a doplnění demografických údajů. Hudba se může ukázat jako důležitý doplněk léčby ke zlepšení kvality života starších osob s mírnou demencí. S rostoucím počtem starší populace je naléhavá potřeba identifikovat inovativní způsoby řešení této kritické otázky veřejného zdraví pomocí nefarmakologických přístupů (Petrovsky et al., 2015, s. 1662-1668).

2.2 Vliv pasivní muzikoterapie na úzkost a depresi u pacientů s demencí

Druhá podkapitola prezentuje výsledky primárních studií (2 randomizované kontrolované studie a 1 experimentální studie) o vlivu pasivní muzikoterapie na úzkost a depresi u pacientů s demencí.

Obecně se rozlišují dva typy receptivní hudební terapie. Relaxační terapie se používá u léčby kognitivních poruch, úzkostných či depresivních stavů. Analytická muzikoterapie je prostředkem analytické psychoterapie. Nejčastější aplikovanou metodou v souvislosti s demencí je relaxační receptivní muzikoterapie (Guétin et al., 2009, s. 37).

Individuální relaxační receptivní muzikoterapií se zabývala randomizovaná kontrolovaná studie (Guétin et al., 2009) publikovaná ve Francii. Primárním cílem bylo posoudit účinky krátkodobé a střednědobé muzikoterapie na úzkostné poruchy u pacientů s mírnou až středně těžkou formou AD. Stanoveny byly také sekundární cíle, které se zabývaly vlivem muzikoterapie na depresi a na přetrvávající efekt léčby v době dvou měsíců. Studie byla provedena během 18 měsíců s následným sledováním po dobu 6 měsíců. Zařazeni byli muži nebo ženy ve věku od 70 – 95 let s adekvátním slovním nebo písemným projevem, s vizuální i sluchovou schopností - kompenzační pomůcky nebyly povoleny. Psychotropní a anxiolytická léčba byla schválena ve stabilních snížených dávkách. Do studie nebyli zahrnuti pacienti s životem ohrožujícím onemocněním, s jinými neurologickými poruchami, mrtvicí, epilepsií, demencí jiného původu a psychiatrickými poruchami. Třicet pacientů bylo randomizováno do dvou skupin: kontrolní a intervenční skupiny. Pacienti v kontrolní skupině nepodstoupili muzikoterapii, ale zúčastnili se čtení nebo odpočinku ve stejných intervalech a za stejných podmínek. Intervenční skupina se zúčastnila jednou týdně individuální receptivní muzikoterapie po dobu 16 týdnů. Prostřednictvím rozhovoru nebo dotazníku byla pro účastníky vybrána hudba podle osobního vkusu. Všichni účastníci podstoupili klinické a neuropsychologické vyšetření na začátku studie, dále pak ve 4., 8., 16. a 24. týdnu pomocí Hamilton Scale a GDS. Získané výsledky posoudil nezávislý posuzovatel. Přetrvávající vliv muzikoterapie bylo možné pozorovat 24 týdnů. Počítačový program zvolil hudební sekvenci z různých navrhovaných hudebních stylů pacienta. Standardní hudební sekvence trvala 20 minut a byla rozdělena do několika fází, které přivedly postupně pacienta do stavu relaxace. Pacienti poslouchali hudbu přes sluchátka ve svém pokoji. Zaujímalí polohu na zádech nebo v pohodlném křesle. K dispozici měli masku s cílem omezit vizuální podněty a soustředit se na hudbu. Randomizace byla generována po 4 blocích. Celkově v obou skupinách předčasně ukončilo účast šest pacientů. Na začátku studie byla úroveň

úzkosti mezi skupinami téměř shodná, ale byl zaznamenán významný rozdíl ve skóre deprese. Signifikantní zlepšení úzkosti a deprese bylo pozorováno ve skupině muzikoterapie od 4. do 16. týdne a účinek byl zachován po dobu 8 týdnů. Studie potvrdila účinnost muzikoterapie na úzkost a depresi u pacientů s Alzheimerovou demencí. Receptivní muzikoterapie podporuje kognitivní stimulaci, což umožňuje pacientům připomenout si autobiografické vzpomínky a obrazy své minulosti. Tato metoda je vhodná pro multidisciplinární pečovatelský přístup (Guétin et al., 2009, s. 37-45).

Poslech relaxační hudby snižuje hladinu kortizolu, může snížit úzkost a podporovat relaxaci. Od této teorie se odrážel ve své experimentální studii Sung et al., který uvedl, že žádná studie nezkoumala účinky preferovaného poslechu hudby na úzkost u pacientů s demencí. Studie (Sung et al., 2010) zkoumala vliv preferovaného poslechu hudby na úzkosti u starších osob s demencí, žijících v domech s pečovatelskou službou v Taiwanu. Zařazeny do ní byly osoby s demencí se středně těžkým až těžkým úbytkem kognitivních funkcí, ve věku 65 let a více, s úzkostí hlášenou ošetřujícím personálem, pobytem v současné jednotce nejméně 6 měsíců, bez poškození sluchu a zjevných příznaků bolesti nebo infekce. Účastníci ze dvou domovů byli randomizováni do experimentální nebo kontrolní skupiny. K účasti ve studii byl nutný informovaný souhlas, který podepsal zákonný zástupce nebo rodinný příslušník. Experimentální skupinu tvořilo 30 osob s demencí a 29 dokončilo studii (jeden nedokončil kvůli hospitalizaci). V kontrolní skupině se zúčastnilo výzkumu 23 osob s demencí a všichni dokončili studii. Ve spolupráci s rodinou nebo pečovatelem byla zjištěna hudební preference účastníků. Kromě standardní péče poskytl vyškolený ošetrovatelský personál 30minutový poslech hudby v experimentální skupině. Účastníci poslouchali preferovanou hudbu prostřednictvím CD přehrávačů v polovině odpoledne dvakrát týdně po dobu 6 týdnů. Demografické údaje byly shromážděny výzkumnými asistenty z evidence účastníků. Úzkost byla měřena pomocí RAID. Ošetřující personál byl proškolen specialistou v péči o dementní osoby a muzikoterapii. Kontrolní skupina obdržela pouze standardní péči (základní ošetrovatelská péče, zajištění stravy, společenské aktivity - sledování televize, hraní karet, návštěvy). Průměrné skóre úzkosti se signifikantně snížilo v experimentální skupině po 6týdenní muzikoterapii. V kontrolní skupině byl zaznamenán mírný pokles. Limitací ve studii byl malý vzorek pacientů. Další limitace mohou zahrnovat krátké sledování účinku, hodnocení úzkosti jen na začátku a po dokončení všech sezení. Srovnání těchto výsledků s předchozími výzkumy nebylo možné, protože nebyly nalezeny podobné studie zabývající se preferovaným poslechem hudby. Výsledky studie naznačují, že preferovaný poslech hudby

může být prospěšnou a přístupnou intervencí pro pečující personál ke zlepšení úzkosti u starších osob s demencí v domech s pečovatelskou službou (Sung et al., 2010, s. 1057-1062).

V první podkapitole byly uvedeny výsledky randomizované kontrolované studie (Raglio et al., 2015), která neprokázala hypotézu o tom, že aktivní muzikoterapie je lepší než individualizovaný poslech. Pro srovnání aplikované intervence je nutné doplnit charakteristiku individualizovaného poslechu. Na základě rozhovoru s pečovatelem byly vytvořeny seznamy skladeb. Účastníci poslouchali hudbu z preferovaného seznamu skladeb bez interakce s muzikoterapeutem nebo formálním pečovatelem. Doba aplikované intervence byla shodná s aktivní muzikoterapií. Pacienti nenosili sluchátka, ale zůstali ve svém pokoji nebo v klidném, soukromém prostředí (Raglio et al., 2015, s. 1535).

2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků

Muzikoterapie, která se považuje za slibnou nefarmakologickou metodu ke snížení úzkosti a deprese u osob s demencí, byla předmětem této přehledové bakalářské práce. Dohledány byly pouze zahraniční publikace. Výsledky dohledaných studií ukazují smíšené účinky muzikoterapie, které nelze sloučit a provést metaanalýzu. Nicméně, většina studií obsahuje poznatky, že muzikoterapie jako důležitý doplněk léčby může být prospěšná ke zlepšení kvality života osob s demencí. Stanovená kritéria (vzorek pacientů, stupeň demence, randomizace, typ a aplikace hudební intervence, doba studie, počet hudebních relací, hodnotící nástroje, aj.) nebyla konzistentní napříč studiemi. Nezbytné jsou další studie se zaměřením na určité faktory. Z důvodu nízké metodologické kvality některé studie neposkytují signifikantní důkaz o efektivitě při snižování úzkosti a deprese. Limitací studií je nejednotné definování hudebních zásahů, použití širokých hodnotících nástrojů, malý počet vhodných vzorků a chybí zaměření na jeden specifický aspekt hudební intervence. Cílem budoucího výzkumu je zlepšení metodologické kvality.

V České republice se muzikoterapie aplikuje nejčastěji jako doplněk jiných profesí, např. speciální a hudební pedagogiky, fyzioterapie, ošetrovatelství atd. Již více než třicet let má nezastupitelné místo v rámci psychiatrie u dětí a dospělých a obecně v psychoterapii. Muzikoterapii lze aplikovat všude tam, kde je žádoucí odvést pozornost pacienta od bolesti, úzkosti, nepříjemných zdravotnických zákroků a podpořit psychické či sociální aspekty zdraví. V ČR je vzdělávání muzikoterapie možné formou speciálních kurzů a programů. Při stoupající prevalenci demence a pozitivním účinku muzikoterapie na pacienty trpící touto nemocí by mohlo dojít k zařazení této nefarmakologické léčby do vzdělávacího programu všeobecných sester nebo sester specialistek. Tím by došlo k rozšíření muzikoterapie jako ošetrovatelské intervence, která není v praxi upřednostňována. Při použití muzikoterapie jako prostředku komunikace mezi nemocným a ošetřujícím personálem, který nemá vzdělání v tomto oboru, je nutné zohlednit pacientovo bezpečí a individuální přístup ke každému jedinci.

ZÁVĚR

Přehledová bakalářská práce sumarizuje dohledané publikované poznatky o vlivu muzikoterapie na úzkost a depresi u pacientů s demencí. Pro tvorbu bakalářské práce byly stanoveny dva dílčí cíle, které prezentují zahraniční výsledky jednotlivých typů muzikoterapie.

První podkapitola dokládá vliv aktivní muzikoterapie na úzkost a depresi u pacientů s demencí. Vlivem skupinové hudební intervence na úzkost se zabýval systematický přehled (Ing-Randolph et al., 2015), který ve své publikaci zahrnul tyto primární studie: studii případů a kontrol (Svansdottir et al., 2006), dvě randomizované kontrolované studie (Cooke et al., 2010; Raglio et al., 2010), experimentální studii (Sung et al., 2012) a kontrolovanou studii (Fischer-Terworth et al., 2011). Všechny jmenované studie se zabývají různými typy hudebních intervencí a navrhují změny v budoucích ošetrovatelských studijních plánech. Autoři systematického přehledu zdůrazňují důležitost vzdělání ošetrovatelského personálu. Skupinová hudební intervence prokázala pozitivní účinky na úzkost. Avšak výsledný efekt mohl být ovlivněn řadou faktorů, které by měly být dále studovány. Při současném malém počtu výzkumů je vyvozování konkrétních závěrů obtížné. Nicméně, je potřebné umět posoudit pacienta i jeho bezpečnost a zlepšit školení věnované muzikoterapii ve zdravotní péči. Současný profesionální vzdělávací program je třeba zrevidovat tak, aby mohla být muzikoterapie nezávisle aplikována odborníky (Ing-Randolph et al., 2015, s. 8-9). Multicentrická randomizovaná kontrolovaná studie (Raglio et al., 2015) dokládá výrazné zlepšení BPSD, ale nebyly pozorovány žádné signifikantní rozdíly mezi skupinami (Raglio et al., 2015, s. 1537). Naopak souhrn literatury (Petrovsky et al., 2015) prezentuje smíšené účinky na úzkost a depresi u osob s mírnou demencí. Vzhledem k rozdílům v populaci a použitým nástrojům nebylo možné provést metaanalýzu. Účinek hudební intervence při snižování úzkosti nebyl konzistentní napříč studii (Choi et al., 2009; Cooke et al., 2010; Sung et al., 2012). Některé studie zaznamenaly pokles deprese (Cooke et al., 2010; Han et al., 2010; Kang et al., 2010; Chu et al., 2014), v jiných studiích nebyl zaznamenán žádný rozdíl (Choi et al., 2009; Ceccato et al., 2012) a zvýšení deprese ukázala jedna studie (Camic et al., 2013). Zahnuté studie neposkytují signifikantní důkaz o efektivitě muzikoterapie při snižování úzkosti a deprese u osob s mírnou demencí. Důvodem je nízká metodologická kvalita studií, která je způsobená absencí teoretického modelu. V některých studiích byly zahrnuty i osoby se sluchovým postižením, které negativně ovlivnilo interpretaci výsledků.

S cílem zlepšit metodologickou kvalitu studií Petrovsky et al., (2015) uvádí několik doporučení. Hudba může být důležitým doplňkem léčby (Petrovsky et al., 2015, s. 1664-1668).

Druhá podkapitola dokládá vliv pasivní muzikoterapie na úzkost a depresi u pacientů s demencí. Účinkem individuální receptivní relaxační muzikoterapií se zabývala randomizovaná kontrolovaná studie (Guétin et al., 2009), která potvrzuje účinnost muzikoterapie na úzkost a depresi u pacientů s AD. Signifikantní zlepšení úzkosti a deprese bylo pozorováno ve skupině muzikoterapie s přetrvávajícím účinkem po dobu osmi týdnů (Guétin et al., 2009, s. 44). Preferovaný poslech hudby ve studii (Sung et al., 2010) signifikantně snížil průměrné skóre úzkosti v experimentální skupině. V kontrolní skupině byl zaznamenán mírný pokles. Tato intervence může být prospěšná a přístupná pro pečující personál ke zlepšení úzkosti u starších osob s demencí v domech s pečovatelskou službou (Sung et al., 2010, s. 1060-1062). Neprokázala se hypotéza o tom, že je aktivní muzikoterapie lepší než individualizovaný poslech (Raglio et al., 2015, s. 1538).

Hlavní cíl, tedy dohledat publikované poznatky o vlivu muzikoterapie na úzkost a depresi u pacientů s demencí, byl splněn. Výsledky publikací nelze sloučit a jednoznačně potvrdit očekávaný výsledek, že muzikoterapie sníží výskyt úzkosti a deprese u pacientů s demencí.

V souvislosti se stárnoucí populací a vzrůstajícími náklady na ošetrovatelskou péči je naléhavá potřeba hledat způsoby řešení problému veřejného zdraví právě pomocí nefarmakologických metod. Hudba může být důležitým doplňkem ke zlepšení kvality života osob s demencí, navíc je finančně dostupná a snadno aplikovatelná i v domácí péči. Tyto vědecké důkazy mohou být využity v praxi u osob s demencí trpící úzkostí a depresí ještě před navýšením dávky zavedené farmakologické terapie, která bývá spojena s vedlejšími účinky.

REFERENČNÍ SEZNAM

COOKE, Marie L. et al. A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia. *Aging & Mental Health*, [online]. November 2010, 14(8), s. 905-916. [cit. 2016-01-27]. ISSN: 1364-6915. Dostupné z: DOI: 10.1080/13607861003713190.

FISCHER-TERWORTH, Christian; PROBST, Paul. Evaluation of a TEACCH- and music therapy-based psychological intervention in mild to moderate dementia. *Geropsych: The Journal Of Gerontopsychology And Geriatric Psychiatry*, [online]. June 2011, 24(2), s. 93-101. [cit. 2016-01-27]. ISSN: 1662-971X. Dostupné z: DOI: 10.1024/1662-9647/a000037.

GLOBÁLNÍ DOPADY DEMENCE: ANALÝZA PREVALENCE, INCIDENCE, NÁKLADŮ A TRENDŮ - Celosvětové náklady demence. *ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, O.P.S. CZECH ALZHEIMER SOCIETY: Tiskové zprávy* [online]. 2015 [cit. 2016-01-30]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/tiskove-zpravy/globalni-dopady-demence/>.

GUÉTIN, Stephane et al. Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: Randomised, controlled study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, [online]. July 2009, 28(1), s. 36-46. [cit. 2016-01-27]. ISSN: 1421-9824. Dostupné z: DOI: 10.1159/000229024.

ING-RANDOLPH, Avis R.; PHILLIPS, Linda R.; WILLIAMS, Ann B. Group music interventions for dementia-associated anxiety: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, [online]. June 2015, 52(11), s. 1775-1784. [cit. 2016-01-27]. ISSN: 0020-7489. Dostupné z: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.06.014

MÁTĽ, Ondřej; MÁTLOVÁ, Martina. *Zpráva o stavu demence 2015*, [online]. 1. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, Prosinec 2015, 31 s. [cit. 2016-01-30]. ISBN: 978-80-86541-45-7. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/002/000331.pdf>

PETROVSKY, Darina; CACCHIONE, Pamela Z.; GEORGE, Maureen. Review of the effect of music interventions on symptoms of anxiety and depression in older adults with mild dementia. *International Psychogeriatrics*, [online]. April 2015, 27(10), s. 1661-1670. [cit. 2016-01-27]. ISSN: 1741-203X. Dostupné z: DOI: 10.1017/S1041610215000393.

RAGLIO, Alfredo et al. Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: A randomised controlled trial. *Aging & Mental Health*, [online]. November 2010, 14(8), s. 900-904. [cit. 2016-01-27]. ISSN: 1364-6915. Dostupné z: DOI: 10.1080/13607861003713158

RAGLIO, Alfredo et al. Effect of active music therapy and individualized listening to music on dementia: A multicenter randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, [online]. August 2015, 63(8), s. 1534-1539. [cit. 2016-01-27]. ISSN: 10,1111/j.1532-5415.2012.04041.x. Dostupné z: DOI: 10.1111/jgs.13558

SUNG, Huei-Chuan; CHANG, Anne M.; LEE, Wen-Li. A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal Of Clinical Nursing*, [online]. April 2010, 19(7-8), s. 1056-1064. [cit. 2016-01-27]. ISSN: 1365-2702. Dostupné z: DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.03016.x

SUNG, Huei-chuan et al. A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, [online]. June 2012, 27(6), s. 621-627. [cit. 2016-01-27]. ISSN: 1099-1166. Dostupné z: DOI: 10.1002/gps.2761

SVANDDOTTIR, H. B.; SNAEDAL, Jon. Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: A case - control study. *International Psychogeriatrics*, [online]. April 2006, 18(4), s. 613-621. [cit. 2016-01-27]. ISSN: 1741-203X. Dostupné z: DOI:10.1017/S1041610206003206

UEDA, Tomomi et al. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis, [online]. *Ageing Research Reviews*,

[online]. March 2013, 12(2), s. 628-641. [cit. 2016-01-27]. ISSN: 1568-1637. Dostupné z:
DOI: 10.1016/j.arr.2013.02.003

SEZNAM ZKRATEK

AD	Alzheimerova demence
aj.	a jiné
atd.	a tak dále
BEHAVE-AD	Behavior Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale
BPSD	behaviorální a psychologické symptomy demence
CSDD	Cornell Scale Depression in Dementia
ČR	Česká republika
GDS	Geriatric Depression Scale
ITT	intention-to-treat
MTCL-D	Music Therapy Check List-Dementia
např.	například
NPI	Neuropsychiatric Inventory
RAID	Rating of Anxiety in Dementia
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1.....	34
----------------	----

PŘÍLOHA 1

SOUHRNNÉ ÚDAJE O PRIMÁRNÍCH STUDIÍCH

Tabulka č. 1 (n = počet osob)

AUTOR, ROK VYDÁNÍ	Cooke et al., 2010	Fischer- Terworth et al., 2011	Guétin et al., 2009	Raglio et al., 2010
ZEMĚ	Austrálie	Německo	Francie	Itálie
TYP STUDIE	randomizovaná kontrolovaná studie	kontrolovaná studie	randomizovaná kontrolovaná studie	randomizovaná kontrolovaná studie
TYP DEMENCE	diagnostikovaná demence	AD, smíšený typ AD, demence neznámé etiologie	AD	AD, vaskulární nebo smíšená demence
STUPEŇ DEMENCE	mírný stupeň	mírný až středně těžký	mírný až středně těžký	těžký
VĚK ÚČASTNÍKŮ	75 – 94 let	neuveдено	70 – 95 let	69 – 96 let
POHLAVÍ	ženy, muži	převážně ženy	ženy, muži	muži
TYP MUZIKOTERAPIE	aktivní skupinová	aktivní skupinová	pasivní individuální	aktivní skupinová
DOBA MUZIKOTERAPIE	8 týdnů	6 měsíců	16 týdnů	6 měsíců
VELIKOST VZORKU	n = 47	n = 49	n = 30	n = 60
VELIKOST INTERVENČNÍ SKUPINY	n = 24	n = 26	n = 15	n = 30
VELIKOST KONTROLNÍ	n = 23	n = 23	n = 15	n = 30

SKUPINY				
HODNOTÍCÍ NÁSTROJE	RAID	NPI GDS	HAMILTON SCALE GDS	NPI T0 - pre T1 - po terapii T2 - 4 týdny po terapii
VÝSLEDKY INTERVENČNÍ SKUPINY	úzkost 6, 17 - 7, 58	deprese pre - 3, 2 post - 3, 1 úzkost pre - 2, 8 post - 1, 9	HAMILTON SCALE pre - 22 16 t. - 8, 4 24 t. - 10, 6 GDS pre - 16, 7 16 t. - 8, 9 24 t. - 12, 5	deprese T0 - 2, 13 T1 - 1, 00 T2 - 1, 36 úzkost T0 - 2, 63 T1 - 0, 96 T2 - 1, 00
VÝSLEDKY KONTROLNÍ SKUPINY	čtení 8, 22 - 11, 26 Skóre >11 svědčí o úzkosti, 7 účastníků mělo skóre >11 - nebyla provedena analýza této podskupiny	deprese pre - 3, 7 post - 2, 9 úzkost pre - 2, 7 post - 2, 7	HAMILTON SCALE pre - 21, 1 16 t. - 20, 8 24 t. - 20, 5 GDS pre - 11, 8 16 t. - 11, 2 24 t. - 12, 1	deprese T0 - 2, 41 T1 - 1, 54 T2 - 1, 35 úzkost T0 - 3, 07 T1 - 2, 11 T2 - 1, 77

Tabulka č. 2

AUTOR, ROK VYDÁNÍ	Raglio et al., 2015	Sung et al., 2010	Sung et al., 2012	Svansdottir et al., 2006
ZEMĚ	Itálie	Taiwan	Taiwan	Island
TYP STUDIE	multicentrická randomizovaná kontrolovaná studie	experimentální studie	experimentální studie	studie případů a kontrol
TYP DEMENCE	diagnostikovaná demence	diagnostikovaná demence	diagnostikovaná demence	AD
STUPEŇ DEMENCE	středně těžký až těžký	středně těžký až těžký	neuveдено	středně těžký až těžký
VĚK ÚČASTNÍKŮ	65 let a více	65 let a více	65 let a více	71 – 87 let
POHLAVÍ	ženy, muži	převážně muži	převážně ženy	neuveдено
TYP MUZIKOTERAPIE	aktivní X pasivní	pasivní individuální	aktivní skupinová	aktivní skupinová
DOBA MUZIKOTERAPIE	10 týdnů	6 týdnů	6 týdnů	6 týdnů
VELIKOST VZORKU	n = 120	n = 53	n = 60	n = 38
VELIKOST INTERVENČNÍ SKUPINY	aktivní n = 40 pasivní n = 40	n = 30	n = 30	n = 20
VELIKOST KONTROLNÍ SKUPINY	standardní péče n = 40	n = 23	n = 30	n = 18
HODNOTÍCÍ NÁSTROJE	NPI CSSD - deprese T0 - pre T1 - post T2 - 2 měsíce po léčbě	RAID	RAID	BEHAVE-AD

<p>VÝSLEDKY INTERVENČNÍ SKUPINY</p>	<p>NPI aktivní T0 - 33,1± 16,2 T1 - 23,7± 10,7 T2 - 22,4± 11,9 pasivní T0 - 33± 14,2 T1 - 29,1± 17,0 T2 - 28,4± 17,2 CSSD medián -rozsah, (rozmezí 0 -38) aktivní T0 - 9 (3-20) T1 - 6,5 (0-17) T2 - 7 (0-25) pasivní T0 -10 (3-23) T1 - 7 (2-53) T2 - 9 (0-18)</p>	<p>pre - 10,93 post - 8,93</p>	<p>pre - 10, 04 post - 4 t. - 3, 22 -6 t. - 3,89</p>	<p>pre - 1, 0 post - 0, 7 4 týdny po muzikoterapii - 0, 8 průměrné skóre poruchy agresivity, aktivity a úzkosti p < 0, 01</p>
<p>VÝSLEDKY KONTROLNÍ SKUPINY</p>	<p>NPI T0 - 36,7± 19,2 T1 - 28,9±13,3 T2 - 26,8± 14,9 CSSD T0 - 8 (1-29) T1 - 7 (0-26) T2 - 7 (0-26)</p>	<p>pre - 9,53 post - 9, 35</p>	<p>pre - 12, 14 post - 4 t. - 9, 39 - 6 t. - 5,36</p>	<p>pre - 0, 2 post - 0, 4 po 4 týdnech - 0, 3 p < 0, 05</p>