

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Lucie Tomášková, DiS.

**Možnosti využití skupinové terapie zaměřené na trénink
kognitivních funkcí v domově pro seniory**

Olomouc 2019

vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Kozáková, DiS., Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, pod vedením Mgr. Zdeňky Kozákové, DiS., Ph.D., výhradně s použitím uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 23.4.2019

.....

Lucie Tomášková, DiS.

Poděkování

Děkuji Mgr. Zdeňce Kozákové, DiS., Ph.D. za odborné vedení a podnětné rady při zpracování mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Vymezení pojmu stáří.....	8
1.1 Strategie vyrovnávání se s vlastním stářím.....	9
1.2 Stárnutí a kognitivní funkce.....	10
1.3 Duševní poruchy ve stáří.....	11
1.3.1 Depresivní syndrom.....	11
1.3.2 Organické duševní poruchy podle klasifikace MKN.....	12
2 Demence.....	15
2.1 Kognitivní symptomy u demence.....	15
2.2 Diagnostika demence.....	16
3 Kognitivní funkce.....	19
3.1 Pozornost.....	19
3.2 Zrakově-prostorové schopnosti.....	20
3.3 Paměť.....	20
3.4 Jazyk a řečové schopnosti.....	22
3.5 Myšlení a exekutivní funkce.....	22
4 Terapie kognitivních funkcí.....	24
4.1 Struktura kognitivní terapie.....	26
4.2 Proces kognitivní terapie.....	28
5 Domov pro seniory.....	30
5.1 Domov se zvláštním režimem.....	30
5.2 Služby poskytované v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem.....	30
5.3 Výskyt kognitivních poruch a demence v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem v České republice.....	31
PRAKTICKÁ ČÁST	

6	Metodologická	východiska	praktické
části			
6.1	Cíl		bakalářské
práce.....			
6.2	Charakteristika zkoumaného prostředí		
6.3	Metodika		sběru
dat.....			
7	Návrh a ověření terapeutické jednotky		35
7.1	Bloky terapie	kognitivních	funkcí
10.....			1-
7.1.1	Struktura 1. bloku		
7.1.2	Struktura 2. bloku		
7.1.3	Struktura 3. bloku		
7.1.4	Struktura 4. bloku		
7.1.5	Struktura 5. bloku		
7.1.6	Struktura 6. bloku		
7.1.7	Struktura 7. bloku		
7.1.8	Struktura 8. bloku		
7.1.9	Struktura 9. bloku		
7.1.10	Struktura 10. bloku		
8	Vyhodnocení a diskuze výsledků		51
ZÁVĚR			53
BIBLIOGRAFIE			55
SEZNAM ZKRATEK			57
SEZNAM PŘÍLOH			58
ANOTACE			

Úvod

Bakalářská práce na téma „Možnosti využití skupinové terapie zaměřené na trénink kognitivních funkcí v domově pro seniory“ reaguje na současný demografický vývoj, stárnutí populace a tím spojené specifické potřeby společnosti.

Podle Českého statistického úřadu má vývoj indexu stáří od roku 2006 stoupající tendenci, což znamená, že se zvyšuje počet seniorů nad 65 let oproti dětem do 14 let. V minulosti bývalo vždy dětí více než seniorů, avšak od roku 2006 se poměr obrátil. V České republice je v současné době 18,3 % 65 a víceleté populace, jedna pětina populace starší šedesáti let a v roce 2030 je předpoklad, že to bude až jedna třetina.

Stárnutí lidstva je však podle Mühlpachra (2004) problémem celosvětovým. Stáří je multidimenzionální fenomén, se kterým se přírodovědné a antropocentrické paradigma 19. a 20. století nevyrovnalo. Takzvané nové paradigma věd, které se prosazuje v kontextu civilizační krize na konci 20. století, již vytvářelo lepší předpoklady pro pochopení stáří, roli a potřeb seniorů. Důraz je zde kladen na komplexnost, celistvost, vzájemnou propojenost, interdisciplinárnost, etiku a hledání smyslu života. A právě tyto skutečnosti vyžadovaly zformulování nových přístupů, struktur a vzdělávání seniorů, jejichž nedílnou součástí je důsledné multidisciplinární pojetí.

V souvislosti s nastíněnými perspektivami demografického vývoje lze očekávat, že výrazně poroste naděje na dožití ve vyšším věku seniorů. Otázkou ale zůstává, kolik z této doby života připadne na naději dožití v dobrém zdravotním stavu. Starší populace tak bude v průměru zdravější, ale ve větším rozsahu stížena degenerativními a chronickými chorobami, které sice nepovedou k úmrtí, ale mohly by znamenat ztrátu soběstačnosti. To ve svém důsledku povede ke zvýšení nákladů na společnost, veřejné zdravotnictví i sociální služby. Jedním z cílů vyspělé společnosti by tak mělo být zajištění důstojného života ve stáří nejen po finanční stránce, ale i aktivně usilovat o jejich soběstačnost a nezávislost (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Jak uvádí Venglářová (2007) stáří je součástí našeho života. Moderní medicína umožňuje prodloužit život mnoha lidem, ale stále častěji se mluví o kvalitě života, nejen o jeho délce. Pro mnoho lidí je stáří vnímáno jako jedno z nejkrásnějších životních období, protože se zde naskytá možnost a volný prostor k realizaci všeho, co zatím v životě nestihli. Proto samostatnost, finanční zajištění a možnost, respektive schopnost rozhodovat o sobě má ve stáří vysokou hodnotu.

Trénink kognitivních funkcí patří mezi efektivní nástroje ke zvýšení soběstačnosti a prodloužení nezávislosti seniorů, což je z hlediska společnosti nejlepší a zároveň nejlevnější řešení demografické exploze seniorské populace, z hlediska jedince představuje nejpříjemnější a nejdůstojnější způsob stárnutí.

Bakalářská práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena do pěti kapitol a podrobně popisuje danou problematiku. První část je soustředěna na proces stárnutí, změny s ním související, a to především ve vztahu ke kognitivním funkcím. Na ni navazuje kapitola věnující se demenci, která je jednou z nejčastějších příčin postižení kognitivních funkcí. Třetí kapitola popisuje jednotlivé složky kognitivních funkcí, čtvrtá kapitola je zaměřena na kognitivní terapii, její strukturu a samotný proces. Poslední část je věnována charakteristice zkoumaného prostředí, a to domov pro seniory a jeho klientelu.

Cílem praktické části bakalářské práce je navrhnout, interpretovat a následně ověřit efektivitu navržené jednotky terapie kognitivních funkcí pro seniory v pásmu lehké kognitivní poruchy dle testu MMSE (Mini MentalStateExamination).

Téma bakalářské práce jsem si zvolila na základě vlastních zkušeností s testem MMSE a tréninkem kognitivních funkcí u pacientů po cévní mozkové příhodě. Ačkoli pracuji na rehabilitačním oddělení především individuálně, pro účely bakalářské práce jsem se rozhodla zvolit si skupinovou formu terapie v domově pro seniory, kde je vyšší šance vytvořit homogenní skupinu.

Jelikož máme na pracovišti s tréninkem kognitivních funkcí úspěchy a terapie bývá u pacientů oblíbená, předpokládala jsem, že nejinak tomu bude i v domově pro seniory, kde ve většině případů takováto forma terapie schází, přestože je jí zde nejvíce potřeba. Práci ve skupině jsem si vybrala především proto, že může být pro seniory více motivující, nabízí možnost společného setkávání a smysluplného trávení času. Dobrá úroveň kognitivních funkcí je jedním z předpokladů úspěšného fungování v běžných denních činnostech.

Věřím, že praktická část bakalářské práce poskytne inspiraci studentům a absolventům oboru Vychovatelství, jelikož i v domově pro seniory mohou nalézt své uplatnění.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení pojmu stáří

Stárnutí a stáří představují významnou etapu ontogenetického vývoje jedince. Proces stárnutí začíná narozením a končí smrtí (Žumárová, Balogová, 2009). Jedná se o důsledek a projev geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory, jako jsou různé choroby, individuální genetická výbava, způsob života a interakce člověka s okolními podmínkami. Dále je stáří spojeno s řadou významných sociálních změn, například osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí (Mühlpachr, 2004).

Věkové kategorie bývají členěny několika odlišnými způsoby. Světová zdravotnická organizace (WHO) člení jednotlivá období dospělosti a stáří podle patnáctiletých věkových cyklů následovně:

30-44 *adultium*, dospělost

45-59 *interevium*, střední věk

60-74 *senescence*, počínající, časně stáří

75-89 *kmenství*, *senium*, vlastní stáří

90 a více *patriarchium*, dlouhověkost (Malíková, 2011).

V poslední době se ale stále častěji uplatňuje následující členění:

65-74 *mladí senioři* (v popředí problematika adaptace na penzionování, aktivity volného času, seberealizace)

75-84 *staří senioři* (specifická medicínská problematika, zejména atypický průběh chorob, změna funkční zdatnosti, atd.)

85 a více *velmi staří senioři* (hlavní význam sledování soběstačnosti a zabezpečení) (Mühlpachr, 2004).

Pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a jednotlivých funkcích organismu, které následně podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti člověka a které kulminují v terminálním stádiu a smrti.

Biologické znaky stárnutí můžeme pozorovat ve všech buňkách jednotlivých tkání, nejzávažnější jsou v endokrinní a nervové soustavě, protože zajišťují neurohumorální regulaci všech tělesných a duševních pochodů. Nejčastěji bývají popisovány různé degenerativní změny organismu a pokles základního metabolismu (Langmeier, Krejčířová 1998).

<u>Tělesné změny:</u>	<u>Psychické změny:</u>	<u>Sociální změny:</u>
<ul style="list-style-type: none"> * změny vzhledu * úbytek svalové hmoty, pokles svalové síly, atrofie kůže * změny termoregulace * změny činnosti smyslů (asi u 90 % osob po 60. roce věku se projevuje zhoršení zrakové percepce a asi u 30 % je výrazně zhoršen sluch) * degenerativní změny na kloubech * kardiopulmonální změny * změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování, opotřebení a ztráta chrupu) * změny metabolismu (ztížení vstupu glukosy do buněk (ovlivnitelné pohybovou aktivitou), snížení maximální spotřeby kyslíku bez ohledu na výkonnost kardiiovaskulárního systému, snížení bazálního metabolismu a zhoršení vytrvalosti) * změny sexuální aktivity 	<ul style="list-style-type: none"> * zhoršení paměti (především paměť na nové události, zatímco dávné zážitky, např. z dětství jsou většinou v paměti dobře uchovány) * nedůvěřivost, snížená sebedůvěra (někdy pramenící ze špatného pochopení situace, pocitu ohrožení) * sugestibilita * emoční labilita * změny vnímání * zhoršení úsudku 	<ul style="list-style-type: none"> * odchod do penze * změna životního stylu * stěhování * ztráty blízkých osob * osamělost * finanční obtíže

Tabulka č. 1: Hlavní pozorovatelné změny u stárnoucích osob (Venglářová, 2007)

1.1 Strategie vyrovnávání se s vlastním stářím

Reakce na změny jsou ovlivněny osobností seniora, reakcemi okolí a možnostmi, jak získat pomoc v různých oblastech, které senior nezvládá samostatně (Venglářová, 2007). Podle studie S. Reichardové z roku 1962 existuje pět typů či spíše strategií vyrovnávání se s vlastním stářím (Langmeier, Krejčířová, 1998):

Konstruktivní strategie: Člověk, který má tento postoj ke stáří se konstruktivně vyrovná s přibývajícím věkem, zůstává aktivní, má stále radost ze života a z vřelých citových vztahů ke svým blízkým. Je si vědom možnostmi svých výkonů, jejich mezí, budoucích vyhlídek, včetně přijetí smrti bez nadměrného strachu, nebo zoufalství. Nečiní mu problém přizpůsobit se novým okolnostem, je snášenlivý, pružný v myšlení, nepostrádá smysl pro humor, rozvíjí dále své zájmy a dovede se podle potřeby prosadit, aniž by byl vůči druhým agresivní.

Strategie závislosti: Tito lidé mají sklon k pasivitě a závislosti na ostatních (Langmeier, Krejčířová, 1998), své tělesné obtíže potencují závislost na zdravotnících nebo rodině, která je manipulována potížemi seniora k intenzivnějším kontaktům (Venglářová, 2007). Bývají bez větších ambicí a rozhodování přenechávají na jiných. Tato strategie je méně příznivá, ale sociálně přijatelná.

Strategie obranná: Projevuje se přehnanou aktivitou, která má zastínit vlastní starosti, obtíže a eventuální blízkost životního konce. Tito lidé se většinou emočně nadměrně kontrolují a jednají spíše podle ustálených zvyků a konvencí, někdy až s nutkavou pedantičností.

Strategie hostility: Tato strategie se projevuje nepřátelstvím a hněvivostí vůči druhým. Tito lidé mají sklon dávat za své nezdary vinu druhým lidem, či nepříznivým okolnostem. Často si na něco stěžují, někdy bývají podezřívaví a agresivní.

Strategie sebenenávisti: Lidé tohoto typu obracejí agresivitu sami vůči sobě, jsou k sobě přehnaně kritičtí, berou svůj život jako naprosté selhání a nepřáli by si jej prožívat znovu. V anamnéze těchto osob můžeme často nalézt ambivalentní vztahy k rodičům, neuspokojivý manželský život a stále provázející pocity vlastní neužitečnosti a osamělosti. Smrt je pak brána jako milosrdné vysvobození z velmi neuspokojivého života (Langmeier, Krejčířová, 1998).

1.2 Stárnutí a kognitivní funkce

Ve stáří dochází k přirozenému úbytku části rozumových schopností, jako je např. pozornost, usuzování, rychlost vnímání, reakční čas a zároveň dochází k přirozenému poklesu neuronální plasticity mozku. Některé jiné rozumové schopnosti se v závislosti s věkem nemění, a to např. dříve nabyté znalosti a slovní zásoba.

K poruše kognitivních funkcí dochází také při postižení CNS (centrální nervová soustava), nebo při některých psychiatrických onemocněních.

Sídlem kognitivních schopností je mozek, který je jedinečným orgánem nejen pro své funkce, ale především svou schopností obnovy neboli neuroplasticitou. Dříve se předpokládalo, že je tato možnost obnovy věkově omezená a že nervová spojení a mozkové buňky od určitého věku pouze odumírají a nové se nevytváří. Ovšem novější výzkumy zjistily, že neuroplasticita mozku člověka je tak vysoká, že dokáže produkovat nová spojení mezi neurony a nové buňky po celý život. Dále při poranění mozku, nebo jiných patologických procesech, které mají za následek poškození některé části mozkové tkáně, je mozek člověka do určité míry schopen nahradit chybějící schopnost poškozené části mozku zapojením jiné, nepoškozené oblasti.

Pro efektivní zapojení do života je zapotřebí naplnění několika důležitých podmínek. Jedná se v první řadě o zachování dostatečné pohybové aktivity, v rámci udržení dobré tělesné kondice, která slouží také jako prevence mnohých onemocnění (zejména obezity, aterosklerózy, srdečního infarktu). Dále se jedná o správnou životosprávu, sociální zajištění, bezpečné bydlení, které bude přizpůsobeno aktuální fyzické zdatnosti a zdravotnímu stavu jedince, tak aby umožňovalo co nejvíce nezávislý život i s případným omezením (handicapem). Významným prvkem je také zachování a rozvíjení duševních, komunikačních a sociálních aktivit (Klucká, Volfová, 2016). Základní směry činností v rámci psychohygieny by měly být orientovány na preventivní, edukační a terapeutické aktivity (Kuchcińska, 2004).

1.3 Duševní poruchy ve stáří

Příznaky duševních poruch se ve stáří mohou vyskytovat podobně jako v jiných věkových etapách člověka. U seniorů však symptomy mohou být méně nápadné, často schované za běžné fyziologické změny. Častěji se vyskytují duševní poruchy právě u seniorů v zařízeních, protože zde klesá jejich schopnost fungovat bez podpory okolí (Venglářová, 2007).

1.3.1 Depresivní syndrom

„Deprese je po zubním kazu druhým nejčastějším lidským onemocněním. Americká společnost pro otázky deprese (NDMDA) v roce 1966 konstatovala, že alespoň jednou v životě depresí onemocní 15 % mužů a 24 % žen.“ (Mühlpachr 2004, s. 47). Z výzkumů vyplývá, že až přes 50 % seniorů žijících v ústavní péči trpí příznaky deprese.

Jedná se o závažnou chorobu, postihující nejen nemocné, ale i jejich blízké a pečovatele, vedoucí k narušení běžných životních funkcí a zhoršení stávajících tělesných onemocnění. Jde o závažné, ale léčitelné onemocnění. Základem je správná a včasná diagnostika (Venglářová, 2007).

Obvyklé příznaky deprese:

- téměř denně se projevuje smutná nálada, o níž vypráví přímo postižený klient či jeho okolí
- výrazné snížení zájmu nebo pocitu radosti z jakékoliv denní činnosti
- vzestup či pokles chuti k jídlu
- poruchy spánku
- psychomotorický neklid, či naopak útlum klienta
- únava, úbytek energie
- pocity viny nebo bezcennosti
- zhoršení soustředěnosti a pozornosti, nerozhodnost
- opakující se myšlenky na vlastní smrt (Mühlpachr, 2004).

Avšak spousta pacientů stížených touto nemocí vůbec nenavštíví lékaře, protože své obtíže považují za onemocnění jiného druhu (Mühlpachr, 2004).

1.3.2 Organické duševní poruchy podle klasifikace MKN

Dělení organických duševních poruch podle klasifikace MKN (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů) je seskupeno dle společné

prokazatelné etiologie u onemocnění mozku, poranění nebo jiného poškození mozku vedoucího k jeho dysfunkci (MKN-10, 2013).

F00 Demence u Alzheimerovy nemoci

Alzheimerova choroba patří mezi primární degenerativní onemocnění mozku neznámé etiologie charakteristické neuropatologickými a neurochemickými vlastnostmi.

Tato choroba má pomalý a vleklý začátek, ale progreduje během několika let, obvykle to bývá tři až osm let (Dostupné z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>).

Prvním příznakem bývá nejčastěji porucha paměti, která se projevuje zapomínáním běžných každodenních událostí. Následně se nabalují další příznaky jako je porucha jazyka. Řeč je sice plynulá, ale klient často hledá správná slova, chybí význam slovních spojení, objevují se fatické poruchy=afázie, apraxie (neschopnost rozumět čtenému textu), agrafie (ztráta schopnosti psát), akalkulie (ztráta schopnosti počítat), astereognózie (ztráta schopnosti rozeznat pravou a levou stranu) a další. Postupem času začnou nemocní bloudit, nenalézají cestu domů, následně přibývají u většiny nemocných poruchy chování projevující se neklidem, někdy spojené s paranoidními bludy a halucinacemi (Mühlpachr, 2004).

F01 Vaskulární demence

Tato demence se vyskytuje většinou v pozdějším věku a vzniká jako následek mozkových infarktů, způsobených cévní mozkovou příhodou včetně hypertenzní cerebrovaskulární choroby. Infarkty bývají většinou malé, ale jejich vliv na mozek se kumuluje.

F02 Demence u chorob klasifikovaných jinde

U těchto demencí je předpoklad, že mají jinou příčinu než Alzheimerovu nebo cerebrovaskulární nemoc. Patří sem:

- **demence u Pickovy choroby**
- **demence u Creutzfeldtovy-Jakobovy choroby**
- **demence u Huntingtonovy choroby**

- demence u Parkinsonovy choroby
- demence u infekce HIV
- demence u ostatních chorob klasifikovaných jinde

(Dostupné z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>).

Uvedené demence se mohou objevit v kterémkoliv životním období.

F03 Neurčená demence

F04 Organický amnestický syndrom, který nebyl vyvolán alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami

Při tomto onemocnění dochází k časové dezorientaci a výraznému narušení recentní a dlouhodobé paměti, zatímco bezprostřední výbavnost zůstává zachována. Dalším výrazným projevem může být konfabulace (smyšlenka), ale intelekt, vnímání a ostatní poznávací funkce bývají obvykle neporušeny.

F05 Delirium, které není vyvoláno alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami

Organický cerebrální syndrom nespecifikované etiologie, který je charakterizovaný současnými poruchami vědomí a pozornosti, vnímání, paměti, myšlení, psychomotorického tempa, spánkového rytmu a emocí. Různí se dobou trvání i stupni poškození.

F06 Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí

Různé stavy kauzálně spojené s mozkovou poruchou, která je vyvolaná primárním poškozením mozku, jinou systémovou poruchou postihující mozek sekundárně, hormony nebo exogenními toxickými látkami, endokrinním nebo jiným somatickým onemocněním.

F07 Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku

Změna osobnosti či chování může znamenat reziduální nebo souběžnou poruchu při (po) onemocnění, poškození nebo dysfunkci mozku.

F09 Neurčená organická nebo symptomatická duševní porucha

Organická, symptomatická psychóza (Dostupné z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>).

2 Demence

Vlivem stárnutí populace úměrně roste počet lidí stížených demencí natolik, že se dá hovořit o tiché epidemii (Mühlpachr, 2004). Jedná se o nejčastější organickou duševní poruchu v seniorském věku. Její nástup sice může vypadat jako pouhé zhoršování psychických funkcí klienta, avšak jde o onemocnění vážné, končící smrtí pacienta. Postupné zhoršování výkonu v běžných denních činnostech způsobí závislost klienta na péči a pomoci druhých, proto bývá ve většině případů trvale umístěn do ústavní péče a klade značné a stále rostoucí nároky na společnost (Venglářová, 2007).

2.1 Kognitivní symptomy u demence

Mezi pozorovatelné kognitivní symptomy u demence řadíme:

Poruchy paměti:

- zejména potíže při získávání nových informací
- zhoršení orientace
- časté opakování dotazů
- konfabulace, neboli „vymýšlení si“
- nepochopení situace, úzkostlivost.

Poruchy řeči:

- potíže v komunikaci, špatné dorozumívání (můžeme pomoci opisem, synonymy)
- neporozumění zadání
- výpadky slov, chybné řazení vět
- neschopnost předem naplánovat a vyhodnotit situaci nebo danou činnost.

Poruchy pozornosti:

- neschopnost započít a ukončit určitou činnost nebo úkol
- nesmyslná fixace (lpění) na nepodstatnou část úkolu (někdy chápáno jako vzdor)
- chybí selekce důležitého a schopnost vytěsnit rušivé podněty
- zpomalené nebo zmatené reakce.

Poruchy vnímání:

- zhoršená schopnost poznávat známé věci a osoby
- zkreslený nebo mylný výklad podnětů (iluze)
- nepřesný odhad vzdálenosti
- potíže najít správnou cestu (z toho plynoucí nejistota, úzkost).

Poruchy úsudku:

- špatné zhodnocení situace a vnímání reality, odmítání nabízené pomoci
- lpění na starých vzorcích chování
- ztráta zábran, nepředvídání možných důsledků
- ztráta schopnosti představit si abstraktní věci
- tendence brát si věci příliš osobně (Venglářová, 2007).

Demence je onemocnění, při kterém dochází k významnému snížení paměti, intelektu a jiných kognitivních funkcí od jejich původní úrovně současně s druhotným úpadkem všech dalších psychických funkcí (Mühlpachr, 2004).

2.2 Diagnostika demence

Klíčovými kroky při diagnostice demence jsou:

- podrobná anamnéza, kterou sděluje nejen klient, ale také jeho blízcí
- podrobné vyšetření duševního stavu klienta, včetně Mini Mental State Examination (MMSE)
- podrobné vyšetření tělesného stavu se zaměřením na mozkové funkce
- přesné laboratorní vyšetření
- využití zobrazovacích metod (zejména výpočetní tomografie)
- formální neuropsychologické testy (Mühlpachr, 2004).

Krátká škála mentálního stavu (**Mini MentalStateExamination, MMSE**), nebo také Folsteinův test patří u nás k nejčastěji používaným vyšetřením mentálního stavu klienta. Cílem tohoto testu je stanovení závažnosti demence a sledování změn kognitivních funkcí na počátku a konci terapie. Terapeut klade klientovi standardní otázky, které zahrnují orientaci, pozornost, paměť, schopnost pojmenovat určité objekty a pochopit či provést verbální nebo psané příkazy. Maximum dosažených bodů je 30. Hodnocení klienta trvá přibližně 20 minut (Křivošíková, 2011). Bodová škála je uvedena na konci testu (viz Příloha č. I).

Faktor prostředí

Osoby stížené demencí jsou velmi citlivé na změny prostředí, a proto jakékoliv umístění do instituce (nemocnice, domov pro seniory...) vede ke zhoršení příznaků. Můžeme se zde setkat s tzv. adaptačním syndromem, při kterém lze pozorovat zhoršení nálad, neklid, zmatenost, poruchy myšlení a vnímání, po dobu až tří měsíců po přemístění klienta (Venglářová, 2007).

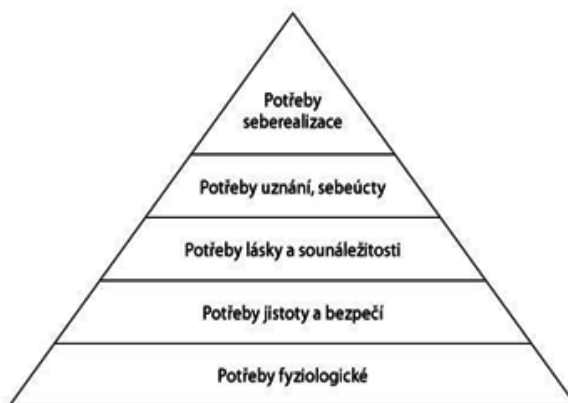
Ošetřující v přímé péči by měli být obeznámeni s faktem, že minimální doba adaptace na život v domově pro seniory je půl roku (Haškovcová, 2012).

Faktor pečovatele

Neméně důležitý je vztah mezi klientem a ošetřujícím personálem, neboť špatné vztahy a minimální komunikace může vést k nárůstu úzkosti, neklidu, k rozvoji problematičtějšího chování nebo zhoršení dosavadního stavu klienta (Venglářová, 2007).

Změny chování seniorů pramenící z obtížného uspokojování potřeb

Chování seniorů postižených demencí bývá většinou chápáno jako projev onemocnění. Můžeme na ně však pohlížet jako na chování směřující k uspokojení jejich základních potřeb.



Obrázek č. 1: Maslowova hierarchie potřeb (Venglářová, 2007)

Budeme-li sledovat jednotlivé schopnosti, které demence postihuje, získáme představu o změnách chování, které by nevyhnutelně následovaly. Pak lze předcházet problémům, nebo účinně reagovat na zátěžové situace. Pokud porozumíme podstatě problému, můžeme jej racionálně zpracovat a hledat vhodné možnosti prevence, účinné intervence nebo alespoň pochopení. Klient trpící poruchami vyšších nervových funkcí jako je myšlení, chápání, orientace, schopnost úsudku, učení, musí volit náhradní způsoby k uspokojení svých základních potřeb (Venglářová, 2007).

3 Kognitivní funkce

Kognitivní funkce neboli funkce poznávací, patří mezi základní funkce mozku člověka. Umožňují nám smysluplně vnímat okolní prostředí, svět kolem nás, dále naše vnitřní psychické stavy, tedy prostředí vnitřní, nebo plánovat a jednat s druhými lidmi ve vzájemné interakci. Poruchou těchto funkcí, ať už vlivem stáří, demence, poruchy centrální nervové soustavy či duševní nemocí se ztrácí kus osobnosti člověka, čímž se můžeme cítit nejistí, méněcenní a můžeme se obávat selhání. Běžné denní fungování se stává pro člověka rázem obtížné, ne-li nemožné. Mezi základní kognitivní funkce řadíme pozornost, paměť, zrakově-prostorové schopnosti, jazyk a myšlení (Klucká, Volfová, 2009).

3.1 Pozornost

Jedná se o funkci vědomí, která zajišťuje zaměřenost určitým směrem a chrání nás před záplavou jiných, v danou chvíli méně důležitých podnětů, protože není možné zabývat se současně mnoha problémy najednou. Nelze reagovat na vše, co se kolem nás děje, proto si z této velké nabídky podnětů vybíráme jen některé. K tomu nám slouží selektivita neboli výběrovost. Díky ní si z velké nabídky podnětů vybíráme jen ty pro nás důležité, nové, nebo ty, které zapadají do našeho systému dříve nabytých zkušeností a znalostí.

Koncentrace neboli soustředění, zaměření, je další z vlastností pozornosti a umožňuje nám soustředit se na určitý předmět nějakou dobu. Uplatní se například při přecházení ulice, při pracovní poradě nebo běžném rozhovoru.

Distribuce čili rozdělení, umožňuje rozdělit pozornost. Např. dokážeme řídit automobil a zároveň poslouchat vyprávění spolujezdce. Tato schopnost rozdělení pozornosti je o to snazší, čím je každá z činností více zautomatizovaná, není tedy nutné se na ni plně soustředit. Poslední základní vlastností pozornosti je vigilita, což je schopnost přenášet pozornost z jednoho podnětu na druhý a úzce souvisí s přizpůsobením se změnám podmínek okolí. Např. rychle zareagujeme, když se bavíme s kamarádkou a začne se nám připalovat jídlo.

Je prokázáno, že vigilita pozornosti se s rostoucím věkem zhoršuje, naopak selektivita pozornosti zůstává poměrně stabilní, pokud tedy nedojde k poškození mozku úrazem nebo degenerativním onemocněním.

Při tréninku kognitivních funkcí hraje pozornost podstatnou úlohu, protože její poškození ovlivňuje řadu dalších funkcí, jako je například paměť. Pak může člověk v některých případech nabýt pocit zhoršující se paměti, a přitom se jedná spíše o poruchu pozornosti (Klucká, Volfová, 2009).

3.2 Zrakově-prostorové schopnosti

Patří zde vizuálně-konstrukční, vizuálně-motorické a percepční schopnosti. Tyto schopnosti bývají výrazně ovlivněny ať již procesem stárnutí, psychiatrickým onemocněním, nebo jiným poškozením CNS. Schopnost manipulovat s dvourozměrnými a třírozměrnými předměty na ploše či v prostoru nám dává velmi důležitou informaci o správném fungování pravé hemisféry mozku. Především u seniorů se mohou objevit potíže s rozpoznáváním neúplných obrazců, manipulací s předměty a ojedinělé nejsou ani potíže s orientací vlastní osoby v prostoru, a to především na neznámých místech. Porucha zrakově-prostorových schopností má negativní dopad na každodenní fungování člověka, protože mu může činit obtíže např. při řízení vozidla, psaní, orientování se v nákupním středisku apod. Narušením těchto schopností dochází také ke zhoršení manuálních dovedností. U osob trpících demencí se nezdá vyskytuje tzv. vizuokonstrukční apraxie. Apraxie znamená ztrátu schopností používat dříve osvojené komplexní pohyby využívané v každodenním životě. Patří zde například „dressing apraxie“ neboli neschopnost se obléknout. Tyto osoby nejsou schopny

i přes zachování jednotlivých motorických a senzorických schopností zkoordinovat a integrovat tyto činnosti do jedné.

K nácviku těchto schopností slouží řada kresebných a konstrukčních úloh, které se zaměřují na zrakové vnímání, motoriku, schopnost orientovat se v prostoru a právě na integraci těchto schopností (Klucká, Volfová, 2009).

3.3 Paměť

Paměť je psychická funkce, která nám umožňuje uvědomit si sebe sama, obsahuje všechny osobní prožitky, vědomosti a dovednosti. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009). Prostřednictvím paměti máme schopnost přijímat, uchovat a následně vybavit si nové informace, vjemy a zážitky. (Klucká, Volfová, 2009).

Prostřednictvím paměti víme, kdo jsme a co jsme zažili, dává nám pocit kontinuity našeho života a ovlivňuje řadu dalších kognitivních funkcí, jako například myšlení.

Paměťový proces lze rozdělit na tři fáze: vstípení, uchování (retence) a vybavení. V současnosti dále převládá názor, že existují různé kategorie paměti, přičemž jejich členění je velmi rozmanité, například podle způsobu ukládání informací do paměti, způsobu jejich zpracování či délky uchovávání.

Z hlediska délky uchování paměťových stop můžeme paměť rozlišit na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou.

Krátkodobá paměť neboli pracovní, slouží k uchování informací po dobu několika sekund, jež potřebujeme k vyřešení nějakého aktuálního úkolu. Kapacita této paměti je omezená a bývá označována jako tzv. magické číslo, jehož rozsah je 7 plus minus 2 položek a slouží jako jakési počáteční síť, které přijímá informace a mimo jiné se podílí na vybavení si informací z dlouhodobé paměti. Pokud jsou složky z krátkodobé paměti opakovány či jsou pro nás významné, přecházejí do paměti dlouhodobé. Také záleží na tom, jak jsme poznatkům porozuměli a zabudovali je do již existujícího systému dříve nabytých znalostí.

Dlouhodobou paměť členíme na epizodickou, která se uplatňuje například při vybavení si osobních zážitků, vzpomínek na loňskou dovolenou atd., a sématickou, kdy vzpomínáme na obecné informace či obecně platná fakta. Tato paměť se uplatňuje například při procesu učení.

Dále můžeme paměť dělit na implicitní, která nám umožňuje osvojovat si zvyky a dovednosti, aniž bychom si to uvědomovali, například když se učíme jízdě na kole,

nebo řízení automobilu, a explicitní, která nám umožňuje uchovávat fakta, osobní vzpomínky či informace z minulosti. Paměť je velmi složitá a důležitá funkce, která nám umožňuje adaptovat se na neustále se měnící podmínky prostředí a je úzce spojena s procesem učení. Paměť nám umožňuje zapojit se mezi ostatní lidi, pamatovat si jejich tváře a jména, podělit se navzájem o své zkušenosti a zážitky (Klucká, Volfová, 2009).

Abychom si lépe zapamatovali vše potřebné, je dobré dodržovat několik zásad. A to zásadu vizualizace-snažíme si vše naprosto konkrétně představit, tj. vizualizovat, včetně různých doprovodných smyslových vjemů. Zásada asociace-propojení již dříve uložených informací s touto novou informací. Zásada transformace-převod těžko zapamatovatelné informace do jednodušší a srozumitelnější formy. A zásada logiky, což znamená zasazení nové informace do určitého seskupení informací podle toho, co je spojuje (Suchá, Jarolímová, 2017).

„Pro paměť mají význam i emoce. Vše, co je pro nás nějak emočně zabarvené, ať už kladně nebo záporně, se pamatuje lépe než něco, co je neutrální, nijaké, nepřiliš zajímavé.“ (Suchá, Jarolímová 2017, s. 36).

3.4 Jazyk a řečové schopnosti

Jazyk patří mezi základní prostředek komunikace, s jehož pomocí poznáváme okolní svět, umožňuje nám vyjádřit své pocity a potřeby, sdílet zážitky a zkušenosti, také úzce souvisí s myšlením. Řeč je konkrétní jazykovou dovedností. Její výzkum se začal prudce rozvíjet ke konci 19. století, a to ve spojení se dvěma významnými jmény – Paul Pierre Broca a Carl Wernicke. Na počátku 20. století pak vzrůstal zájem o výzkum poruch řeči, zejména o její plynulost (fluenci).

Lidská řeč je složitá koordinační schopnost rtů, jazyka, vnitřních úst a hlasivek k vytvoření zvuku. Jazyk využívá znaků - slov, která pak nesou význam a označují konkrétní skutečnosti. Užívání jazyka můžeme rozdělit na dvě kategorie, a to produkci a porozumění. Při produkci dochází nejprve k převodu myšlenky do slov, poté řadíme slova do vět, a nakonec vytvoříme zvuk, který myšlenku předá posluchači. Naopak při porozumění začínáme slyšením zvuku, následně k nim připojujeme význam slov, ze kterých skládáme věty, a na závěr z nich získáme smysl sdělení.

Řečové funkce jsou při normálním procesu stárnutí bez traumatického poškození mozku zachovány až do velmi vysokého věku. V důsledku stáří bývá však velmi často zasažena slovní plynulost (verbální fluence) neboli schopnost hladce nacházet vhodná slova.

U osob trpících demencí nebo po traumatickém poškození mozku se mohou vyskytovat potíže s nalézáním a vybavováním si slov. Tito lidé pak užívají obecná označení místo konkrétního pojmenování, nebo užívají některá slova chybně - parafrázuji.

Ztráta schopnosti mluvit spojená s poruchou CNS se nazývá afázie (Klucká, Volfová, 2009).

3.5 Myšlení a exekutivní funkce

Jedná se o složitou komplexní funkci umožňující dávat do vzájemných souvislostí odlišné vjemy, symboly, představy a vyvozovat z nich závěry. Při poruše kognitivních funkcí se stáváme méně přizpůsobivými a pružnými v myšlení. Jsme méně pohotoví při řešení problémů a osvojování si nových strategií. Myšlení nám umožňuje chápat okolní svět, orientovat se v něm a chápat, co a proč se děje a jaký to má pro nás význam. Základní jednotkou myšlení je pojem, který představuje soubor vlastností, jež jsou pro celou skupinu typické, a usnadňuje nám tak dorozumívání.

Flexibilita myšlení nám umožňuje řešení problémů, rozhodování a schopnost přizpůsobit se měnícím podmínkám, hledat nové způsoby a nová řešení problému. S flexibilitou úzce souvisí tvořivost (kreativita). Jedná se o schopnost vytvářet něco nového, originálního a zároveň přínosného. Díky ní se rodí nové nápady, myšlenky a poznatky, které nám zlepšují kvalitu života.

Čelní laloky mozku (oblast prefrontální mozkové kůry) jsou sídlem tzv. exekutivních funkcí (řídících), které nám zajišťují samostatné a účelné jednání a myšlení člověka. Jsou považovány za nadřazené ostatním kognitivním funkcím a umožňují nám například řešit problémy, plánovat a ukončit určitou aktivitu, určit si priority, rozdělit si složitější činnosti do více kroků, ale i udržet si normální sociální vztahy. Narušení těchto funkcí má pak globálnější charakter než u ostatních kognitivních poruch, protože ovlivňuje všechny aspekty chování jedince a má širokou skupinu projevů (Klucká, Volfová, 2016).

4 Terapie kognitivních funkcí

S neuropsychologickou rehabilitací se setkáváme již od začátku 20.století. Zpočátku byl kladen důraz především na léčbu pohybového aparátu a specifické deficity v oblasti řeči. V průběhu druhé světové války pak začala vznikat řada rehabilitačních a léčebných středisek v USA, Velké Británii a Rusku.

Při léčbě demencí, nebo jiných poúrazových stavů se uplatňuje farmakoterapie a behaviorální terapie. Ani jedna z těchto terapií samotná nemůže vyléčit oslabování kognitivních funkcí. Při dlouhodobé léčbě se behaviorální terapie a farmakologie velmi dobře doplňují.

Mezi prostředky behaviorální terapie patří kognitivní trénink, aktivace, motivace, péče o fyzickou aktivitu a tvůrčí zaměstnání s cílem udržet člověka co nejdéle soběstačného a zlepšit kvalitu jeho života.

Jako prevenci demence můžeme obecně uvést aktivní procvičování paměti, učení se novým věcem, zájem o okolní dění a celkově aktivní způsob života.

Rozlišujeme:

- *kognitivní trénink*, který neslouží k nápravě deficitů, ale k posílení stávajících schopností, procvičení a aktivaci kognitivních schopností u zdravých jedinců jako prevence kognitivních poruch ve smyslu involučních změn.
- *kognitivní rehabilitaci*, kde se jedná již o nápravu poškozených kognitivních funkcí s cílem kompenzovat poruchy naučením se nových strategií a také podporu duševního vyrovnání se s funkčními deficity jako základ pro realistické plánování dalšího života.
- *neurorehabilitaci*, což je komplexní péče o klienty s těžkým postižením mozku. Zde můžeme začlenit nejrůznější aktivizační techniky z oboru fyzioterapie, fyzikální terapie, ergoterapie, logopedie, muzikoterapie, arteterapie a medikamentózní léčby. Následně nastupuje kromě uvedených druhů terapie i kognitivní rehabilitace.

Tento široce vymezený pojem kognitivní trénink a kognitivní rehabilitace lze v širším rámci shrnout do jednoho pojmu, který pak bude obsahovat jak procvičování, tak i nápravu deficitů kognitivních schopností, a to kognitivní trénink-rehabilitace (terapie).

Mezi cíle, který si bude klást kognitivní trénink-rehabilitace (terapie), patří zaměření se na psychomotoriku, a to ve smyslu senzomotoriky, koordinace, dále pak na orientaci, paměť, pozornost, motivaci, exekutivní funkce, ale i složité myšlenkové operace. Lze jej provádět individuálně, nebo skupinově.

Při skupinové terapii bychom se měli zaměřit také na nácvik sociálního chování, včetně plánování dalšího života klienta v různém časovém horizontu. Důležité je přiměřené pracovní vytížení, volnočasové aktivity a motivace k nim.

Při tréninku i kognitivní rehabilitaci postupujeme vždy od nácviku jednoduchého zaměření pozornosti a zlepšení psychomotorického tempa ke složitější prostorové představivosti, procvičování řeči, počítání, prostorově-konstrukčního myšlení a paměti, vizuálního vnímání, až k nácviku vyšších kognitivních funkcí, jako je abstrakce, procvičování exekutivních funkcí a řešení logických úloh. Kognitivní trénink by měl být pro klienta podán zábavnou a odlehčenou formou, nikoliv formou drilu, která by klienta mohla demotivovat. Na konci tréninku je vhodné zaměřit se na afektivitu klientů, jejich sebehodnocení, prožívání a jednotlivé vzorce chování.

V současnosti existují buď komplexní tréninky kognitivních funkcí, které obecně procvičují všechny poznávací schopnosti, nebo tréninky zaměřené na jednotlivé kognitivní schopnosti, jako například tréninky paměti (Klucká, Volfová, 2009).

Další součástí kognitivního tréninku by měla být vhodná pohybová cvičení, která pomáhají klientům udržet si dobrou fyzickou kondici, obratnost, pružnost. Je vhodné je zařazovat pro oživení buď v průběhu kognitivního tréninku, nebo na konci (Klucká, Volfová, 2016).

Nedílnou součástí péče o lidi s kognitivními potížemi je ale i odpočinek-relaxace, spánek a střídání činností, protože některé aktivity mohou být pro mysl velmi intenzivní a duševně vysilující, i když si to často plně neuvědomujeme, protože na rozdíl od unavených svalů unavený mozek nebolí (Klucká, Volfová, 2016).

K udržení kognitivních schopností v běžném denním životě může dále sloužit čtení novin, časopisů, knih, sledování dění okolo, luštění křížovek, sledování vědomostních soutěží. Dále např. při nakupování nespolehat se na nákupní seznam, ale na vlastní paměť. Pro mozkovou činnost je důležitý i adekvátní přísun potřebných živin, dodržování pitného režimu, přísun vitamínů a minerálů. Blahodárné účinky má i tanec a zpěv (Suchá, 2010).

Zkoušením nových věcí zapojujeme pravou mozkovou hemisféru, hledáním nových postupů a řešení, snažíme se tedy nedělat věci automaticky, podle mnohokrát opakovaných schémat a návyků. Velmi přínosné je psaní vlastního deníku či vzpomínek, při kterém procvičíme pravou i levou mozkovou hemisféru. Dále hlasité čtení přispívá k lepšímu zapamatování, vypravování, nebo jakákoliv tvůrčí činnost (Suchá, Jarolímová, 2017).

Vyhledávanou společnou aktivitou je pak hraní nejrůznějších stolních her, jako je pexeso, kvarteto, karty. Ty pomáhají nejen k posilování paměti, ale rozvíjí i vzájemnou komunikaci. Při skupinových aktivitách lze používat i různé slovní hry - slovní kopaná, doplňování chybějících slov ve známých příslovích či pranostikách, vědomostní kvízy, křížovky, které mohou klienti vyplňovat sami, nebo s pomocí personálu (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

4.1 Struktura kognitivní terapie

Základem kognitivní terapie je jednotná struktura, která dává klientům pocit jistoty a stability. Jednotlivé bloky trvají 45 minut, což je doba, po kterou se dokáže většina lidí bez větších potíží soustředit. Pro zlepšení koncentrace je dále blok rozdělen na tři části tak, aby se činnosti spolu s nároky na soustředěnost střídaly.

Kognitivní terapii lze realizovat individuálně s klientem, nebo formou skupinového cvičení, kdy je ideální skupina sedmi až deseti lidí. Lze zapojit i více osob, avšak pak bude terapie pro každého jedince méně intenzivní. V tomto případě pak je vhodné využít kromě vedoucího terapie ještě asistenta (Klucká, Volfová, 2016).

U seniorů s nějakou formou kognitivní poruchy je trénink kognitivních funkcí zcela specifický. Pokud se jedná o mírnou formu choroby, měl by trénink tvořit součást každodenních rituálů. U seniorů s rozvinutější poruchou kognitivních funkcí by měla být terapie koncipována tak, aby klienti nemuseli nic psát, protože jim to zpravidla činí potíže. Zaměříme se na funkce, které jsou relativně dobře zachovány, což bývá zejména dlouhodobá paměť (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013).

V každém tréninkovém bloku uplatňujeme kombinaci individuální a skupinové činnosti, verbální, neverbální, písemné, poslechové a kresebné úkoly. Při výběru úloh vycházíme ze součástí běžného denního života, soběstačnosti, ale zároveň i schopnosti spolupráce. Malé skupinky upřednostňujeme po vzoru běžných sociálních kontaktů a skupin, jako je rodina, pracovní kolektivy, zájmové skupiny, přátelé. Zde také vznikají různé vazby, ať již přátelské, lhostejné či rivalitní, a je potřeba umět spolupracovat, ale i soutěžit.

Na začátku každého setkání je důležité se vzájemně přivítat, pozdravit a představit se. U klientů se snažíme co nejvíce podporovat vzájemnou komunikaci, a to jak v průběhu cvičení, tak i mimo něj. Proto je nezbytné co nejvíce se poznat. Je prokázáno, že pokud se klienti v domovech pro seniory nebo v jiných dlouhodobě pobytových zařízeních znají, aktivně setkávají a komunikují spolu, pak dochází ke zpomalení oslabování kognitivních schopností, zlepšuje se zvládnutí aktivit denního života a zároveň se snižuje pocit osamělosti (Klucká, Volfová, 2016).

Na začátku každého bloku je vhodné zařadit tzv. orientaci v realitě. V jejím rámci připomínáme, jaké je dnes datum, den v týdnu, kdo má dnes v kalendáři svátek atd. Také bychom měli co nejvíce omezit rušivé elementy, např. zvonění mobilů, abychom co nejlépe udrželi pozornost klientů, která bývá zhoršená již vlivem onemocnění (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013).

Poté bychom měli přistoupit k podpoře vzájemné komunikace. Pokládáme různé otázky se zaměřením na osobní preference a zájmy klientů, popřípadě otázky znalostní. U těchto otázek je však důležitá právě hravá forma, kdy nejde o to, aby dotazovaný znal správnou odpověď, ale pouze aby tyto otázky stimulovaly přirozenou komunikaci ve

skupině a aby byla skupina aktivní. Proto nezůstáváme u pouhého registrování odpovědí, ale komunikujeme s klienty, řešíme souvislosti, snažíme se vyzdvihnout jejich pozitivní aspekty (Klucká, Volfová, 2016).

Součástí terapie by mělo být využití nacvičeného i v běžném životě. U každého cvičení je vhodné klientům vysvětlit, k jakému slouží účelu a čeho chceme dosáhnout. V rámci jedné aktivity je vhodné procvičovat více dovedností, abychom zapojili co nejvíce smyslů (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013).

Po ukončení této části přistoupíme k sebereflexi, kdy budou mít klienti prostor pro zhodnocení vlastní práce v průběhu aktuálního tréninkového bloku, nebo zhodnocení svého případného pokroku v průběhu opakovaných setkávání. Klienti zde mohou sdílet s ostatními své pocity, obtíže, nebo jen oznámit své momentální rozpoložení. Pokud mají klienti se sebereflexí potíže, pomůže jim terapeut. Vhodné je ocenit práci klientů, vyzdvihnout jejich vytrvalost a zlepšování výkonu a tím je motivovat do další práce na sobě.

Jako poslední část tréninkového bloku by mělo být závěrečné rozloučení. Vhodné je zachovávat rituály, které zejména osobám s kognitivními dysfunkcemi dodávají pocit stálosti, jistoty, předvídatelnosti a tím i bezpečí. Jako ukončovací rituál můžeme použít chycení se v kruhu za ruce a pozdrav očima beze slov, zamávání, potřesení rukou sousedovi nebo zatleskání si (Klucká, Volfová, 2016).

4.2 Proces kognitivní terapie

Pokud vedeme terapii kognitivních funkcí v rámci určitého zařízení, jako je například domov pro seniory, nemocnice nebo rehabilitační ústav, musíme mít při tom na paměti, že skupina klientů není nezávislá jednotka. Členové této skupiny jsou zároveň členy větší komunity dané instituce a funkčnost této skupiny je tedy do značné míry ovlivňována podporou a akceptací ostatních zaměstnanců zařízení. Motivaci klientů výrazně ovlivňuje kladné hodnocení jejich aktivní účasti právě ze strany širšího personálu. Stejně tak terapeut v instituci, která jeho práci respektuje, získává lepší prostor pro vedení tréninku. Proto je vhodné při společných týmových schůzkách spolu s personálem hovořit o významu programu kognitivních tréninků, informovat tým o postupech a cílech a zároveň je vyzvat ke spolupráci při motivaci klientů. Snažíme se podporovat pozitivní vazby, ale zároveň respektujeme vzájemné vztahy klientů vzniklé při pobytu v dané instituci. Zejména se snažíme o sociální interakci, která vede ke spolupráci ve skupině. Nesmíme při tom zapomínat na to, že pracujeme se skupinou jedinečných osobností, kdy ve skupině budou

klienti v různém zdravotním stavu a s odlišnými druhy a stupni kognitivního poškození. Budou mít proto odlišnou výdrž a bude nutné je různě motivovat pro práci v tréninkové skupině. Motivujeme pochvalou, povzbuzením, radostí ze společné práce, ale i útechou a nasloucháním klientů. Zdůrazňujeme dlouhodobý efekt práce formou zlepšení paměti, soustředěnosti a soběstačnosti. Povzbuzujeme klienty k pomoci druhým, což jim umožní zažít si pocit užitečnosti a potřebnosti (Klucká, Volfová, 2016).

Terapie u jakékoliv cílové skupiny by měla probíhat v pozitivní atmosféře. Neměli bychom účastníky kritizovat, ani nijak stresovat, ale naopak podporovat, chválit a pomáhat jim při řešení úloh (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013).

Pro klienta je motivující být ve skupině, která ocení jeho skutečné úspěchy, kde se k němu bude přistupovat individuálně a terapeut si bude uvědomovat jeho přednosti a slabá místa (Klucká, Volfová, 2016). Skupina si může předem stanovit i nějaká vnitřní pravidla, např. že se budou klienti hlásit o slovo a nebudou si skákat do řeči (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013).

Na klienty klademe přiměřené nároky, všímáme si individuálního posunu a pokud cítíme, že klient dosáhl svého aktuálního stropu rozvoje dovedností či schopností, pak v této oblasti poskytujeme pouze pozitivní zpětnou vazbu a snažíme se klienta směřovat tam, kde je pokrok ještě možný.

Terapeut si musí být vědom toho, že není možné očekávat úspěchy během krátké doby tréninku nebo že efektem kognitivní terapie může být „jen“ zpomalení kognitivního propadu, či oslabení sociálního fungování. Dále by se terapeut měl vyvarovat vzájemnému srovnávání klientů. Hodnocení klientovi sdělujeme způsobem, který ho povzbuzuje a vysvětlíme, že nejde o to, kdo je lepší, nebo horší, ale především jde o to být s druhými, moci s nimi hovořit, poznat jeden druhého, a navíc si zlepšit si své kognitivní schopnosti a zažít potěšení z dobře vykonané práce (Klucká, Volfová, 2016).

V závěru každého bloku bychom měli vždy shrnout a zopakovat vše, čemu jsme se věnovali a zdůraznit, co se nám podařilo, abychom končili optimisticky a klienti odcházeli s dobrou náladou (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013).

5 Domov pro seniory

Domov pro seniory poskytuje pobytové služby s celoročním provozem osobám se sníženou soběstačností a potřebou pravidelné pomoci a komplexní péče. Služba je určena především seniorům, kteří vzhledem ke své neschopnosti postarat se sami o sebe nemohou nadále setrvávat ve svém přirozeném sociálním prostředí (Malíková, 2011).

5.1 Domov se zvláštním režimem

Jedná se opět o pobytovou službu s celoročním provozem jako domov pro seniory, odlišnost spočívá ve vytvoření specifických podmínek zohledňujících zvláštní potřeby klientů s duševním onemocněním a klientů závislých na návykových látkách. Řada těchto pobytových sociálních zařízení má část lůžkové kapacity uzpůsobenou jako domov pro

seniory a část vyčleněnou pro domov se zvláštním režimem. V jednom pobytovém zařízení jsou tak k dispozici oba druhy pobytových služeb (Malíková, 2011).

5.2 Služby poskytované v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem

Každý z poskytovatelů sociálních služeb je povinen dodržovat rozsah služeb, který je definován zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, podle konkrétního druhu poskytované služby v odpovídajícím typu zařízení. Služba dle tohoto zákona v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem musí zajišťovat ubytování, stravu, nabízet pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, umožnění kontaktu se společenským prostředím, zprostředkování sociálně terapeutických a aktivizačních činností a v neposlední řadě nabízet pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů klientů a obstarávání jejich osobních záležitostí (Malíková, 2011).

5.3 Výskyt kognitivních poruch a demence v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem v České republice

Velmi zajímavé a zarážející jsou výsledky šetření kognitivního stavu uživatelů, probíhající v jedenácti pobytových zařízeních pro seniory v České republice, publikovaných v roce 2013. Ve srovnání se studií publikovanou v České geriatrické revue z roku 2007 máme možnost zmapovat, jak se struktura a výskyt kognitivních poruch u seniorů proměnila v čase. V obou studiích bylo hodnocení poruch kognitivních funkcí provedeno za použití celosvětově používaného a uznávaného testu Mini-Mental State Examination (MMSE).

V šetření z roku 2007 byl popsán výskyt syndromu demence u 38 % obyvatel domova důchodců a u dalších 5 % syndrom těžké demence. Studie celkem zpracovala data 325 respondentů.

Srovnávací šetření z roku 2013 proběhlo v jedenácti zařízeních v České republice a je podloženo výsledky souboru 351 klientů domovů pro seniory a 626 uživatelů služby domov se zvláštním režimem. Průměrný věk respondentů v obou zařízeních byl 82 let.

V domovech se zvláštním režimem bylo zjištěno kognitivní postižení v hloubce demence u 91 % uživatelů služby. U 5 % byly zjištěny normální kognitivní funkce a u zbylých 4 % klientů byla zjištěna mírná kognitivní porucha.

V domovech pro seniory bylo zjištěno postižení kognitivních funkcí odpovídající syndromu demence u 67 % klientů. Respektive v 50 % syndromu demence s MMSE skóre v rozmezí 10-24 bodů, těžkou demencí trpělo 17 % všech klientů domova pro seniory, 21 % respondentů mělo normální kognitivní funkce, u 12 % klientů byla zjištěna mírná kognitivní porucha.

Tento vzrůstající fenomén má své příčiny a souvislosti. Za možné příčiny můžeme považovat demografický vývoj a nárůst počtu obyvatel trpících Alzheimerovou chorobou a dalšími nemocemi. Je potřeba uvědomit si realitu vysoké prevalence Alzheimerovy demence a zejména jejich pokročilých stádií v domovech pro seniory a respektovat specifické potřeby těchto klientů v jednotlivých stádiích této nemoci (Holmerová, 2014).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Metodologická východiska praktické části

Bakalářská práce je zaměřena na možnosti skupinové terapie kognitivních funkcí u seniorů v pásmu lehké kognitivní poruchy. A dále na ověření efektivity zvolené terapie prostřednictvím testu MMSE.

6.1 Cíl bakalářské práce

Cílem praktické části bakalářské práce je navrhnout, interpretovat a následně ověřit efektivitu navržené jednotky terapie kognitivních funkcí pro seniory v pásmu lehké kognitivní poruchy dle testu MMSE.

6.2 Charakteristika zkoumaného prostředí

K realizaci šetření bakalářské práce byl zvolen Domov pro seniory Krnov, a to vzhledem k dostupnosti, ochotě spolupracovat a možnosti vytvořit homogenní skupinu seniorů pro terapii kognitivních funkcí v pásmu lehké kognitivní poruchy dle testu MMSE.

Domov pro seniory Krnov

Domov pro seniory Krnov zahájil svůj provoz 22.7.1991. Od roku 1993 se jedná o příspěvkovou organizaci, zřizovatelem je město Krnov. Domov pro seniory Krnov se skládá ze tří na sebe navazujících budov (blok A, B, C) a je rozdělen na Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem. Dále organizace poskytuje pečovatelskou službu. Současná kapacita zařízení je 136 klientů, z toho 101 jsou klienti Domova pro seniory a 35 klientů Domova se zvláštním režimem. Celý objekt je bezbariérový, což znamená, že mohou být ubytováni i klienti používající invalidní vozíky, chodítka, nebo hole. Cílovou skupinou jsou senioři starší 65 let s prokazatelně sníženou soběstačností, či úplnou závislostí na pomoci jiné fyzické osoby.

Domov pro seniory Krnov nabízí v průběhu roku spoustu aktivačních programů pro seniory, jako jsou taneční večery, počítačové kurzy, kurzy trénování paměti, setkávání se s klienty dalších domovů pro seniory, výlety, velmi oblíbená je u klientů hra Bingo a nově také felinoterapie. Dále se zde koná pět hlavních akcí v průběhu roku, což je Domovský bál (vždy zaměřený na určité téma, letos Čtyřlístkový), Slet čarodějnic, Zahradní akce, Vinobraní a Adventní posezení (Dostupné z: <http://www.dskrnov.cz/domov-pro-seniory/domov-pro-seniory-verejny-zavazek>).

6.3 Metodika sběru dat

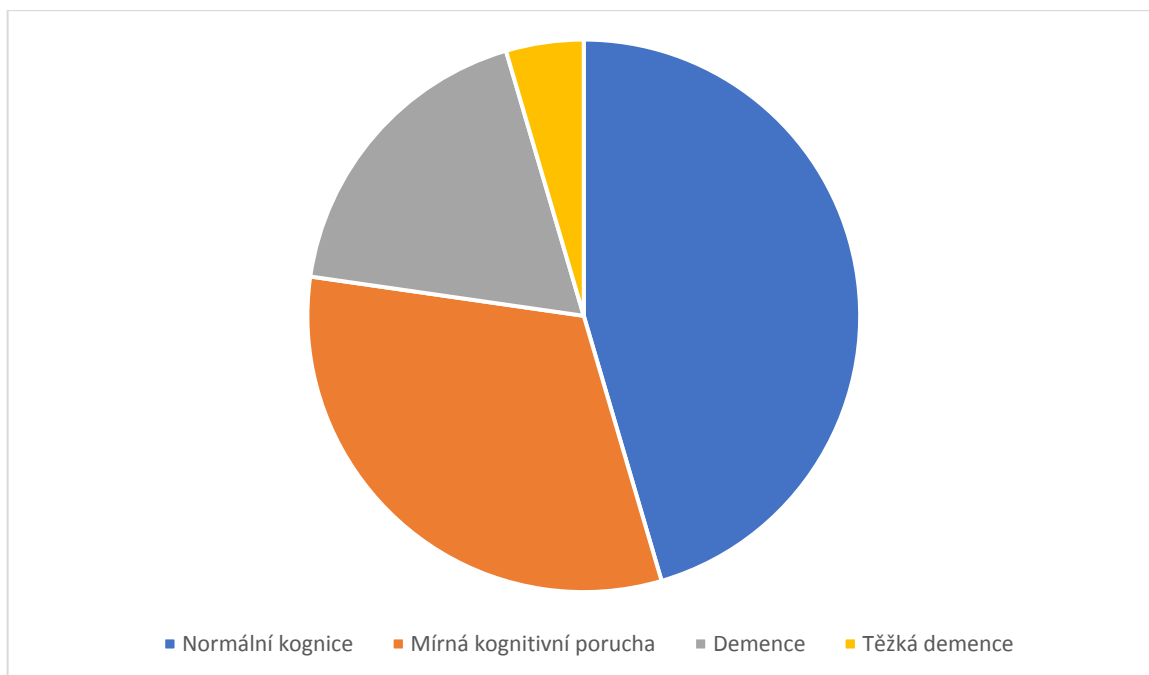
Po konzultaci s ředitelkou Domova pro seniory Krnov byli do testování zařazeni všichni senioři v rámci jednoho oddělení (Blok B), ve kterém se nachází mobilní spolupracující klienti a je zde předpoklad vytvoření homogenní terapeutické skupiny vhodné k účelům bakalářské práce. Celkový počet testovaných klientů byl 22, z toho 12 žen a 10 mužů. Pro účel testování jsem si zvolila test MMSE, který používám ve své vlastní praxi u

klientů po cévní mozkové příhodě a mám s ním tedy zkušenosti. Test MMSE je popsán v teoretické části bakalářské práce v podkapitole 2.2 a vložen v Příloze č. I. Testování probíhalo před započítím kognitivní terapie. Na základě tohoto testu bylo vyselektováno 7 klientů v pásmu mírné kognitivní poruchy, 3 muži, 4 ženy. Ze zbylých 15 se 4 nacházeli v pásmu středně těžké kognitivní poruchy, 1 těžké demence a 10 v pásmu normální kognice.

Celkem	Muži	Ženy	Pásma normální kognice	Pásma mírné kognitivní poruchy	Pásma středně těžké kognitivní poruchy	Těžká demence
22	10	12	10	7	4	1

Tabulka č. 2: Přehled všech respondentů před započítím terapie

Pro grafické znázornění výsledků testů je použita obvyklá kategorizace výsledků testu Mini MentalStateExamination: 0-10 bodů těžká kognitivní porucha (demence), 11-20 bodů středně těžká kognitivní porucha, 21-23 bodů pásmo mírné (lehké) kognitivní poruchy, 24-30 bodů normální kognice.



Graf č. 1: Výsledky testu MMSE před započítím kognitivní terapie

Klienti v pásmu mírné kognitivní poruchy byli osloveni a souhlasili s absolvováním deseti terapeutických bloků zaměřených na terapii kognitivních funkcí a následnému ověření efektivity terapie prostřednictvím testu MMSE, po jejím ukončení. Veškerí respondenti a ředitelka Domova pro seniory Krnov, udělili souhlas se zveřejněním těchto výsledků a s pořízením fotodokumentace. Autorkami fotografií jsou zaměstnankyně Domova pro seniory Krnov, které na průběh terapií dohlížely a asistovaly u některých cvičení, pokud bylo potřeba.

7 Návrh a ověření terapeutické jednotky

Klienti v pásmu mírné kognitivní poruchy dle testu MMSE absolvovali v průběhu terapie deset po sobě jdoucích tréninkových bloků v délce trvání 45 minut po dobu dvou týdnů. A to denně, pravidelně v čase 9-9:45hodin, který mají klienti Domova pro seniory

Krnov vyhrazený pro volnočasové aktivity. Každý blok obsahoval tři základní části sestavené dle zásad vedení kognitivního tréninku uvedených v teoretické části bakalářské práce od jednoduchých cviků zaměřených na pozornost a zlepšení psychomotorického tempa ke složitější představitosti, tréninku paměti až k nácviku vyšších kognitivních funkcí. Časová dotace každé části byla 15 minut. Uvedený čas se však přizpůsoboval schopnostem klientů. Činnosti se v průběhu každého tréninkového bloku střídaly tak, aby bylo zajištěno udržení koncentrace účastníků. Trénink probíhal v reminiscenční místnosti Domova pro seniory Krnov, která je dobře osvětlená, větratelná a je zde umožněn přístup ke stolu i klientům na vozíčku. Pomůcky byly přichystány a uzpůsobeny konkrétní denní činnosti. Každý tréninkový blok začínal přivítáním, orientací v čase, připomenutím, proč jsme se sešli a seznámením se s obsahem činnosti. Následovaly vždy 3 cvičení zaměřené na trénink různých kognitivních funkcí formou tréninkových úkolů uzpůsobených cílové skupině. Pokud některé aktivity účastníkům činily větší potíže, podílela se na řešení celá skupina. Na závěr každého bloku proběhla krátká sebereflexe formou diskuze o zvládnutých cvičeních, zhodnocení vlastní práce, případného pokroku. Průběh kognitivního tréninku se nesl ve veselém a přátelském duchu, spolupráci a vzájemném povzbuzování při řešení problémů. Velmi důležité bylo ponechat klientům dostatek času, nebazírovat na správné odpovědi, po celou dobu klienty povzbuzovat, ocenit jejich píli, vytrvalost, pozitivně motivovat a tím zvyšovat chuť do další práce na sobě.

Po ukončení navržené jednotky terapie bylo provedeno hodnocení její efektivity formou testu MMSE u všech sedmi klientů v pásmu mírné kognitivní poruchy.

7.1 Bloky terapie kognitivních funkcí 1-10

Popis navržených deseti bloků terapie kognitivních funkcí vycházející z pravidel struktury terapie kognitivních funkcí popsaných v teoretické části v podkapitole 4.1.

7.1.1 Struktura 1. bloku

Časová dotace: 45 min.

Trénované kognitivní funkce: paměť, pozornost, kognitivní flexibilita, verbální fluence, jemná motorika.

Přivítání, představení se, orientace (z jakého důvodu jsme se sešli, co je dnes za den).

Jména účastníků: Každý z účastníků má za úkol přiřadit ke svému jménu přídavné jméno začínající na stejné písmeno jako jeho křestní jméno, charakterizující jeho osobnost. (př. *Laskavá Lucie*).

A po jednom se představí. Začne terapeut. Tímto si křestní jména lépe zapamatujeme.

1. cvičení:

Pokyn: Klienti si zahrají známou aktivitu: „*Město, jméno, zvíře, věc, rostlina*“. Terapeut potichu předřikává abecedu a určí jednoho klienta, který řekne „stop“. Na písmeno, které padne mají klienti za úkol na papír napsat postupně město, jméno, zvíře, věc a rostlinu (viz Příloha č. II). Provedeme tři kola, poté po řadě každý klient přečte nahlas ke každému písmenku jeden název. Názvy by se neměly opakovat (Klucká, Volfová, 2016).



Obrázek č. 2: „*Město, jméno, zvíře, věc, rostlina*“

2. cvičení:

Pokyn: „*Kimova hra*“. Terapeut na stůl rozmístí 10-12 drobných předmětů (př. brýle, tužka, hřeben, jablko, lžička, mýdlo, kapesník, kniha...), nechá klienty 2 minuty tyto předměty

pozorovat a vstřebávat do paměti. Poté tyto předměty schová a klienti si postupně snaží vybavit a zapsat, co si zapamatovali (Klucká, Volfová, 2016).



Obrázek č. 3: „Kimova hra“

3. cvičení:

Pokyn: Aktivita „Kufř“. Každý z účastníků dostane kartičku s nadepsaným slovem. Kartičky si klienti navzájem neukazují. Postupně se v kruhu pokusí dané slovo popsat nebo vysvětlit tak, aby ostatní uhodli, o které slovo jde. Kdo si bude myslet, že slovo ví, řekne ho nahlas (Klucká, Volfová, 2016).

Krátká sebereflexe

Rozloučení: formou potlesku.

7.1.2 Struktura 2. bloku

Časová dotace: 45 min.

Trénované kognitivní funkce: kognitivní flexibilita, paměť, výbavnost, exekutivní funkce.

Přivítání, orientace.

Úvodní otázka: „Co byste si dnes dali na oběd? Jaké je vaše nejoblíbenější jídlo?“

1. cvičení:

Pokyn: Každý z účastníků si na papír pod sebe napíše slovo SPORT a ke každému písmenku se pokusí přiřadit alespoň jedno slovo, které nějakým způsobem se sportem souvisí (Klucká, Volfová, 2016).

2. cvičení:

Pokyn: Klienti se pokusí o vytvoření piktogramů (což je grafický znak obrazově znázorňující pojem či sdělení) k následujícím slovům: *rodina, nářadí, láska, sport, práce, štěstí, alkohol, zvíře, zábava, relax* (Suchá, Jarolímová, 2017).

3. cvičení:

Pokyn: Terapeut třikrát za sebou přečte seznam slov, klienti pozorně poslouchají a snaží se jich co nejvíce zapamatovat. Po třetím zopakování si zapamatovaná slova zapíší na papír. Každý nahlas přečte slova, která si zapamatoval.

Slova: sklenice, mozek, čaj, mýdlo, dům, židle, růže, křeček, slunce, budík, kniha, šaty, nůž, nápad, postel, papír (Klucká, Volfová, 2016).

Krátká sebereflexe

Rozloučení: Sousedovi, který sedí po vaší pravé straně potřeste rukou.

7.1.3 Struktura 3. bloku

Časová dotace: 45 min.

Trénované kognitivní funkce: pozornost, krátkodobá paměť, kognitivní flexibilita.

Přivítání, orientace.

Úvodní otázka: „Máte rádi hudbu? Jaká je vaše nejoblíbenější písnička?“

1. cvičení:

Pokyn: Na chvíli se terapeut stane nějakým zvířetem a klienti se pokusí uhodnout jakým. Pokládají otázky, které jim pomohou uhádnout, o které zvíře se jedná. Otázky však musí být položeny tak, aby se na ně dalo odpovědět jen *ano*, či *ne*. Ten, kdo zvíře uhádne, převezme roli terapeuta a ostatní opět hádají, které zvíře má na mysli (Klucká, Volfová, 2016).

2. cvičení:

Pokyn: Terapeut se ptá na předměty začínající na určité písmeno. Klienti se pokusí po řadě každý vymyslet alespoň jeden předmět a říct ho nahlas. Pokud někdo nebude vědět, ostatní mu pomohou.

1. rostlina začínající na písmeno K (*řešení: konvalinka, kopretina, karafiát, kala, kozlík lékařský, kontryhel...*).
2. vyjmenujte druhy nábytku začínající na písmeno P (*řešení: police, postel, peříňák...*).
3. vyjmenujte stromy začínající písmenem J (*řešení: jasan, jalovec, jírovec, javor, jabloň...*).
4. jaké znáte dopravní prostředky začínající písmenem L (*řešení: lanovka, limuzína, loď, letadlo...*).
5. pokuste se vyjmenovat co nejvíce měst začínající na písmeno B (*řešení: Brno, Beroun, Bohumín, Berlín, Budapešť...*) (Klucká, Volfová, 2016).

3. cvičení:

Pokyn: Zahrajeme si oblíbenou aktivitu „*slovní fotbal*“. Terapeut začne slovem MOZEK a klienti se pokusí po řadě navázat dalším slovem vždy tak, aby se shodovalo poslední písmeno s prvním slova následujícího. Pokud někoho nenapadne žádné slovo, ostatní mu pomohou. Slova se nesmí opakovat (Klucká, Volfová, 2016).

Krátká sebereflexe

Rozloučení: Formou krátkého cvičení s overbally.



Obrázek č. 4: Cvičení s overbally

7.1.4 Struktura 4. bloku

Časová dotace: 45 min.

Trénované kognitivní funkce: pozornost, krátkodobá paměť, kognitivní flexibilita, verbální fluence.

Přivítání, orientace.

Úvodní otázka: „Kdo z vás si vzpomene na nějakou básničku, nebo říkanku? Zkuste ji říct nahlas.“

1. cvičení:

Pokyn: Zatančíme si vsedě tanec „*Makarena*“. Terapeut vysvětlí a předvede jednotlivé jednoduché taneční prvky, pustí hudbu a klienti se snaží opakovat po něm (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013).

2. cvičení:

Pokyn: „Doplňte známá přísloví“.

Pro dobrotu...*(na žebrotu)*.

Každý chvílku...*(tahá pilku)*.

Můj dům...*(můj hrad)*.

Pro jedno kvítí...*(slunce nesvítí)*.

Tichá voda...*(břehy mele)*.

Tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu...*(až se ucho utrhne)*.

Kdo jinému jámu kopá...*(sám do ní padá)*.

Bez práce...*(nejsou koláče)*.

Kam vítr...*(tam plášt)*.

Lepší vrabec v hrsti...*(nežli holub na střeše)*.

Kdo po ránu brzy vstává...*(lenosti se nepoddává)*.

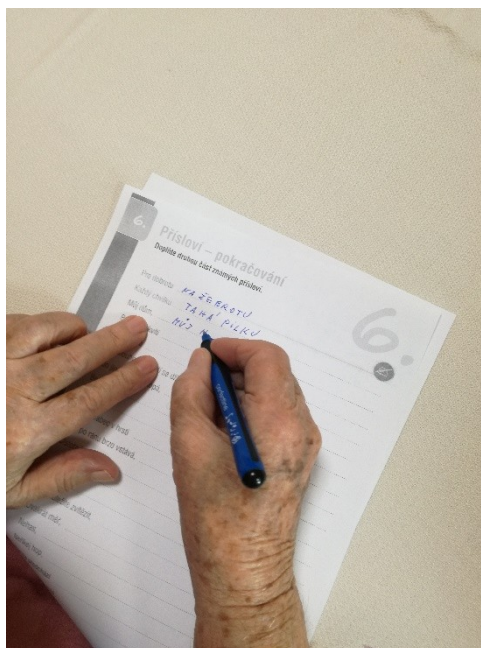
Čistota je...*(půl zdraví)*.

V nouzi poznáš...*(přítele)*.

Lež má...*(krátké nohy)*.

Není důležité zvítězit...*(ale zúčastnit se)*

(Suchá, 2010).



Obrázek č. 5: „Doplňte známá přísloví“

3. cvičení:

Pokyn: Aktivita „Šel jsem do lesa a viděl jsem tam...“. Každý doplní nějaké zvíře, které lze v lese potkat. Další klient v pořadí větu zopakuje a jmenuje další zvíře. Věta se tak bude stále prodlužovat. Pro lepší zapamatování můžeme zvíře připomenout charakteristickým zvukem, gestem (Klucká, Volfová, 2016).

Krátká sebereflexe

Rozloučení: Navzájem si zamáváme na rozloučenou.

7.1.5 Struktura 5. bloku

Časová dotace: 45 min.

Trénované kognitivní funkce: pozornost, paměť, kognitivní flexibilita, jemná motorika.

Přivítání, orientace.

Úvodní otázka: „Jaký je váš oblíbený film, nebo seriál? Víte, kdo v něm hrál?“

1. cvičení:

Pokyn: „Spojte jednotlivá písmena podle abecedy, tak aby vám vyšel obraz“ (viz Příloha č. III)
(Suchá, 2010).

2. cvičení:

Pokyn: Každý klient vymyslí větu obsahující uvedenou dvojici slov a řekne ji nahlas.

1. Léto-zahrada
2. Hodiny-postel
3. Křeslo-televize

4. Sklenice-káva
5. Květiny-narozeniny
6. Noviny-svíčka

(Klucká, Volfová, 2016).

3. *cvičení:*

Pokyn: Klienti se pokusí najít rčení s podobným významem a spojit jedno rčení pod číselným označením a druhé rčení, které je označeno písmenem.

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. Je v úzkých. | A. Je jako hromádka neštěstí. |
| 2. Zbyly mu oči pro pláč. | B. Mít oči i vzadu. |
| 3. Co na srdci, to na jazyku. | C. Ten to ale vymňoukl. |
| 4. První vyhrání z kapsy vyhání. | D. Je mu ouvej. |
| 5. Má pod čepicí. | E. Nevidí si na špičku nosu. |
| 6. Namočit se do něčeho. | F. Říká, co mu slina na jazyk přinese. |
| 7. Z deště pod okap. | G. Neříkej hop, dokud jsi nepřeskočil. |
| 8. Má oči na stopkách. | H. Je všemi mastmi mazaný. |
| 9. Sláva mu stoupla do hlavy. | I. Mít máslo na hlavě. |
| 10. Ten tomu dal korunu. | J. Z bláta do louže. |

(Suchá, 2010)

Krátká sebereflexe

Rozloučení: Sousedovi, který sedí po vaší levé straně, potřeste rukou.

7.1.6 Struktura 6. bloku

Časová dotace: 45 min.

Trénované kognitivní funkce: pozornost, kognitivní flexibilita, paměť, jemná motorika.

Přivítání, orientace.

Úvodní otázka: „Kde jste se narodili? Je ve vašem městě něco zajímavého, případně čím je váš rodný kraj známý, charakteristický?“

1. cvičení:

Pokyn: Klienti vymyslí co nejvíce slov začínající na uvedené slabiky a zapíší si je na papír.

Slabiky: IN-, JA-, MĚ-, PRA-, DE-

Možná řešení: IN-invalidní důchod, inzerát, inventura, interna, instinkt, injekce, iniciály...

JA-Jana, jalovec, javor, jablko, jaro, jahoda, Japonsko, jachta, jazyk...

MĚ-město, měšec, měřidlo, měsíc, měď, měchýř, měkký...

PRA-pračka, pradelna, pravák, pravda, pravidlo, Praha, prach, pramen...

DE-deset, devět, deka, debata, demokracie, degustace, demonstrace...

(Suchá, 2010).

2. cvičení:

Pokyn: K uvedeným přídavným jménům klient napíše přirovnání, která se běžně užívají.

U některých slov existuje více možností.

Bledý jako...(stěna, smrt)

Němý jako...(ryba)

Tvrdohlavý jako...(mezek, beran)

Šťastný jako...(blecha, malé dítě)

Špinavý jako...(prase)

Ostrý jako...(břitva)

Napnutý jako...(struna)

Chudý jako...(kostelní myš)

(Suchá 2007)

Přesný jako...(hodinky)

Lesklý jako...(drahokam, zlato)

Rychlý jako...(šíp, střela, vítr, blesk)

Hladký jako...(sklo, zrcadlo, mramor)

Mlsný jako...(kocour)

Věrný jako...(pes)

Děravý jako...(cedník, síto)

Štíhlý jako...(proutek)

3. cvičení:

Pokyn: Klienti si zahrají pexeso.

Krátká sebereflexe

Rozloučení: formou potlesku.

7.1.7 Struktura 7. bloku

Časová dotace: 45 min.

Trénované kognitivní funkce: pozornost, kognitivní flexibilita, paměť, jemná motorika.

Přivítání, orientace.

Úvodní otázka: „Chtěli byste žít v jiné zemi? Proč ano, proč ne?“

1. cvičení:

Pokyn: Každý z účastníků si vylosuje kartičku s nadepsaným povoláním. Kartičky si klienti navzájem neukazují. Postupně se v kruhu pokusí dané sloveso namalovat tak, aby ostatní uhodli, o které povolání jde. Klient přitom nesmí mluvit, ostatní hádají nahlas.

2. cvičení:

Pokyn: Klienti se pokusí společně vymyslet co nejvíce slov, která se dají vytvořit z písmen obsažených ve slově METEOROLOŽKA. Terapeut slova zapisuje.

Možná řešení: metr, lože, tele, kolo, mrak, klam, rak, molo, kožka...(Suchá, Jarolímová, 2017).

3. cvičení:

Pokyn: K uvedeným slovům se klienti pokusí uvést slova opačného významu.

Slova: unáhlený-*promyšlený*

brzda-*plyn*

zkrácený-*prodloužený*

angažovaný, zapálený-*lhostejný*

sezónní-*celoroční*

statický-*dynamický*

afektovaný-*přirozený*

ambulantní-*ústavní*

uvěznit-*propustit*

sympatie-*antipatie*

individuální-*skupinový*

opatrný-*zbrklý*

(Suchá, Jarolímová, 2017).

Krátká sebereflexe

Rozloučení: Navzájem si zamáváme na rozloučenou.

7.1.8 Struktura 8. bloku

Časová dotace: 45 min.

Trénované kognitivní funkce: pozornost, kognitivní flexibilita, paměť, jemná motorika.

Přivítání, orientace.

Úvodní otázka: „Zkuste se zamyslet nad tím, co byste dělali, kdybyste vyhráli 10 miliónů korun. Každý nám řekne, co pozitivního, nebo naopak negativního by vám tato výhra mohla přinést.“

1. cvičení:

Pokyn: Aktivizace klientů formou jednoduchého cvičení vsedě s míčem. Klienti sedí kolem stolu rovnoměrně rozmístěni. Úkolem je nasměrovat míč kutálením k někomu dalšímu u stolu. Takto si klienti míček mezi sebou posílají a snaží se, aby nespádl ze stolu (viz Obrázek č. 6). Volíme výraznou barvu míče, aby byl dobře viditelný i pro klienty se zhoršeným zrakem (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013).



Obrázek č. 6: Cvičení s míčem u stolu

2. cvičení:

Pokyn: Klienti si přečtou slova uvedená v řádku a do dalšího řádku napíší, co mají tato slova společného. Poté si je přečteme společně nahlas.

Tabule, křída, lavice, nástěnka...*(škola)*.

Kužel, jehlan, válec, koule, krychle...*(tělesa)*.

Kruh, ovál, čtverec, obdélník...*(geometrické tvary)*.

Tábor, Písek, Český Krumlov, České Budějovice...*(jihočeská města)*.

Polévka, poskok, pokrývač, podraz, potrat...*(slova začínající na po-)*.

Předkrm, příloha, polévka, moučník...*(jídlo, oběd)*.

Petržel, celer, křen, mrkev, ředkvička...*(kořenová zelenina)*.

Plzeň, Cheb, Karlovy Vary, Mariánské Lázně...*(západočeská města)*.

Brzda, plyn, chladič, baterie, spojka...*(auto)* (Suchá, 2010).

3. cvičení:

Pokyn: Do níže uvedených rčení (popřípadě přísloví) klienti doplní číslovku tam, kde je vynechané místo. Číslovky mohou být různých druhů (základní, řadové, druhové i násobné).

Sedět na *(dvou)* židlích. Byla v *(sedmém)* nebi. Zabili *(dvě)* mouchy *(jednou)* ranou. Musíme táhnout za *(jeden)* provaz. Když se *(dva)* perou, *(třetí)* se směje. *(Jedna)* vlaštovka jaro nedělá. Kdo šetří má za *(tři)*. *(Dvanáctero)* řemesel, *(třináctá)* bída. *(Nula)* od *(nuly)* pojde. *(Stokrát)* opakovaná lež se stává pravdou. Ve *(dvou)* rada, ve *(třech)* zrada (Suchá, 2010).



Obrázek č. 7: „Číslovky ve větách“

Krátká sebereflexe

Rozloučení: Formou potlesku.

7.1.9 Struktura 9. bloku

Časová dotace: 45 min.

Trénované kognitivní funkce: pozornost, kognitivní flexibilita, paměť, jemná motorika.

Přivítání, orientace.

Úvodní otázka: „Zkusíte každý vymyslet jedno souvětí týkající se počasí a řeknete nám ho nahlas?“

1. cvičení:

Pokyn: V uvedených slovech chybí písmenka na vyznačených místech, klienti doplní písmena tak, aby slovní spojení dávala smysl a zároveň se nějakým způsobem vztahovala k papíru.

P__RO_Á_ČE_I_E (*papírová čepice*)

RE__L__NÝ P_PÍR (*recyklovaný papír*)

VY_TŘ_H__NK_ (*vystřihovánky*)

C_NN_ P_P__Y (*cenné papíry*)

OR_G_I (*origami*)

P_P_R_É KA_E_NÍ_Y (*papírové kapesníky*)

TO_LE_Í PA__R (*toaletní papír*)

VE_K_ _OSI_Y (*Velké Losiny*)

KÁ_E_, _ŮŽ_Y, P__R (*kámen, nůžky, papír*)

(Suchá, Jarolímová 2017)

2. cvičení:

Pokyn: Terapeut ukáže fotografie šesti známých osobností, klienti mají za úkol si je 2 minuty prohlížet a snaží se vtisknout si do paměti jejich správné umístění. Poté fotografie zakryje a klienti se pokusí napsat tyto známé osobnosti na papír ve správném pořadí (viz Příloha č. IV) (Suchá, 2010).

3. cvičení:

Pokyn: Klienti se pokusí nakreslit dům se zahradou opačnou rukou, než kterou běžně píší. Poté se pod obrázek pokusí stejnou rukou podepsat.

Krátká sebereflexe

Rozloučení: Na rozloučenou terapeut vyhlásí „den druhé ruky“. V tento den se klienti pokusí vše, co jsou zvyklí dělat dominantní rukou, dělat druhou rukou. Například zapínat si zip, vyčistit si zuby, najíst se apod. (Klucká, Volfová, 2016)

7.1.10 Struktura 10. bloku

Časová dotace: 45 min.

Trénované kognitivní funkce: pozornost, kognitivní flexibilita, paměť, jemná motorika.

Přivítání, orientace.

Úvodní otázka: „Jak se vám dařilo provádět běžné denní činnosti nedominantní horní končetinou? Co vám dělalo největší problém?“

1. cvičení:

Pokyn: Ke každému písmenu v abecedě se klienti pokusí přiřadit nějakou známou osobnost. Příklad A-Anežka Přemyslovna, B-Baťa, C-Caesar, Č-Čajkovkij, Čáslavská, D-Destinová, Dvořák... Kdo ví, řekne nahlas. Zapojí se celá skupina (Portmann, 2018).

2. cvičení:

Pokyn: Klienti se naučí pořadí barev duhy. Terapeut přečte několikrát mnemotechnickou pomůcku: Červená opice žrala zelený meloun indickému fakírovi (červená, oranžová, žlutá, zelená, modrá, indigová, fialová). Několikrát si ji všichni předříkáme, kdo chce, tak si ji zapíše (Suchá, Jarolímová, 2017).

3. cvičení:

Pokyn: Terapeut každému rozdá obrázek mandaly a klienti si ji každý podle své fantazie vybarví a nechají si ji jako vzpomínku na proběhlou kognitivní terapii (viz Příloha č. V).

Krátká sebereflexe: Každý klient krátce zhodnotí absolvovanou jednotku kognitivní terapie, klady, zápory a zda by chtěl v tréninku zaměřeném na kognitivní funkce pokračovat i v budoucnu.

Rozloučení: Terapeut poděkuje klientům za spolupráci a na rozloučenou se pokusíme vzpomenout na mnemotechnickou pomůcku k barvám duhy, bez toho, abychom ji četli.

Na závěr si všichni zatleskáme.

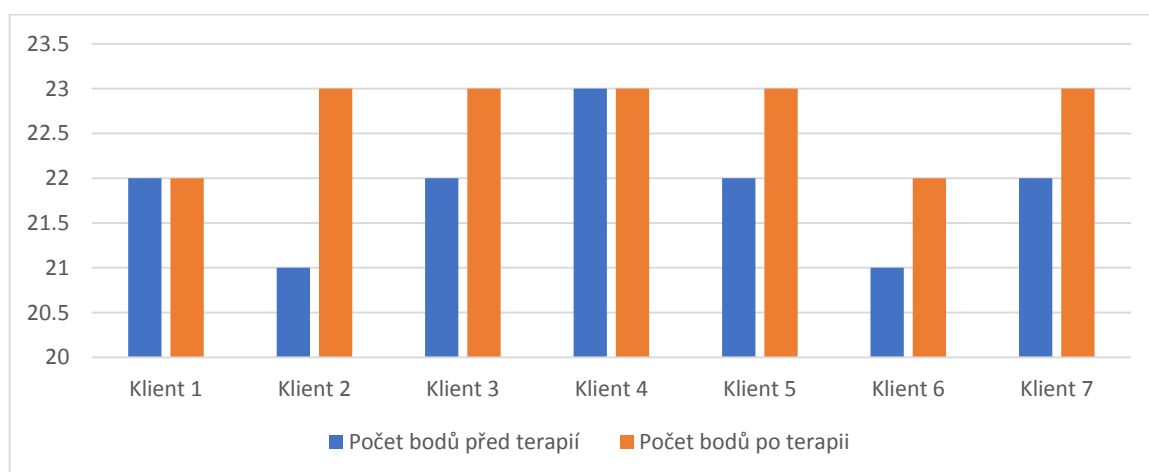
8 Vyhodnocení a diskuze výsledků

Po ukončení deseti terapií byl opět proveden test MMSE u vybraných sedmi klientů Domova pro seniory Krnov, v pásmu mírné kognitivní poruchy. Počet získaných bodů v testu před započítáním a po ukončení navržené jednotky terapie kognitivních funkcí ukazuje tabulka č. 3.

Vybraní respondenti	Pohlaví	Počet bodů před započítáním terapie	Počet bodů po skončení terapie
Klient 1	muž	22	22
Klient 2	muž	21	22
Klient 3	žena	22	23
Klient 4	muž	23	23
Klient 5	žena	22	23
Klient 6	žena	21	22
Klient 7	žena	22	23

Tabulka č. 3: počet získaných bodů v testu MMSE před započítáním a po ukončení terapie

Graf č.2 porovnává výsledky testů MMSE provedené před zahájením terapie a následně po absolvování posledního bloku tréninku kognitivních funkcí u sedmi klientů v pásmu lehké kognitivní poruchy. Hodnoty značí počet bodů získaných v testu MMSE.



Graf č. 2: Počet bodů v testu MMSE před započítáním a po skončení terapie kognitivních funkcí

Z uvedených výsledků je patrné, že u pěti klientů se počet bodů zlepšil, u dvou klientů zůstaly hodnoty stejné. Jak bylo zmíněno v teoretické části v podkapitole 4.2, během krátké doby tréninku ani nelze výrazné úspěchy očekávat. Proto byla při interpretaci navržené jednotky terapie kognitivních funkcí snaha, aby se daly zadané úkoly přenést do běžného života seniorů a výsledky testů byly pro klienty motivační při další práci na sobě.

Terapie kognitivních funkcí probíhala ve velmi pozitivní atmosféře, klienti ochotně plnili zadané úkoly, snažili se navzájem spolupracovat a povzbuzovat. Je třeba dodat, že se

jednalo o klienty, kteří mají celkově pozitivní přístup ke všem nabízeným aktivitám, jsou rádi ve společnosti a snaží se být co nejvíce soběstační. Jelikož byla celá skupina vcelku homogenní a jejich kognitivní funkce dle testu MMSE byly na srovnatelné úrovni, byl vymezený čas dostačující a cvičení šla „pěkně od ruky“. Časová dotace jednotlivých bloků byla orientační. Některá cvičení klienti zvládli rychleji, při některých byla potřeba dopomoc, nebo zadané úkoly plnila skupina společně. Jediným omezením byla nedoslýchavost u třech klientů, takže bylo potřeba se přesvědčit, zda dané zadání slyšeli a porozuměli mu. U jednoho klienta byla omezena jemná motorika na dominantní končetině, proto bylo potřeba mu napomáhat při psaní.

V Domově pro seniory Krnov probíhá trénink paměti dvakrát za rok, a to pod vedením certifikované trenérky paměti. Jednoho z tréninků jsem měla možnost se zúčastnit. Byl koncipován atraktivní hravou formou zaměřenou na představivost. Obávám se však, že při četnosti jednou za půl roku nelze dosáhnout efektivitu tréninku, a to ani ve smyslu udržení stávající úrovně kognice klientů. Jedná se tak spíše o zajímavě strávenou hodinu volného času klienta. Vyzdvihla bych pozitivní vliv skupinového tréninku, který jak již bylo zmíněno v úvodu bakalářské práce je více motivující, nabízí možnost společného setkávání, prevenci společenské separace a smysluplného využití volného času.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo navrhnout, interpretovat a následně ověřit efektivitu skupinové terapie kognitivních funkcí v domově pro seniory prostřednictvím testu MMSE. Cílovou skupinou přitom byli senioři v pásmu mírné kognitivní poruchy dle testu MMSE. Testováno bylo celkem 22 seniorů v Domově pro seniory Krnov, který byl vybrán k účelům šetření z důvodů dostupnosti, ochoty spolupracovat a možnosti utvořit homogenní skupinu.

Z celkového počtu 22 seniorů bylo 7 vyselektováno na základě testu MMSE v pásmu mírné kognitivní poruchy a všech 7 souhlasilo s absolvováním skupinové terapie kognitivních funkcí. Terapeutických bloků bylo celkem 10, vždy od pondělka do pátku, každý den ve stejný čas. Jednotlivé bloky jsou popsány v praktické části bakalářské práce a byly připravovány předem podle zásad struktury kognitivního tréninku uvedených v teoretické části bakalářské práce. Vymezený čas 45 minut byl dostačující, na konci některých bloků již byla na klientech znát únava, proto se dané aktivity přizpůsobovaly aktuálnímu stavu klientů, provedlo se méně opakování nebo jsme zadané úlohy plnili společně. Domov pro seniory Krnov nabízí klientům řadu aktivačních programů, nicméně trénink kognitivních funkcí v nabídce není. V praxi se většinou setkáváme pouze s tréninky, které jsou zaměřené na jednotlivé kognitivní schopnosti, jako je například trénink paměti. Certifikovaná trenérka paměti dochází za klienty Domova pro seniory Krnov dvakrát za rok, což lze považovat za nedostačující z hlediska efektivity tréninku. Navržená terapie kognitivních funkcí byla klienty vnímána pozitivně, některé aktivity si klienti po vyžádání odnesli, aby mohli v trénování pokračovat i v odpoledních hodinách.

Po ukončení deseti bloků terapie kognitivních funkcí bylo provedeno zhodnocení efektivity navržené jednotky formou testu MMSE u vybraných sedmi klientů v pásmu lehké kognitivní poruchy. Na základě dosažených výsledků lze považovat kognitivní terapii za efektivní. Z výsledků testu MMSE je patrné, že u většiny klientů došlo po absolvování terapie k mírnému navýšení počtu bodů v testu, u dvou zůstaly výsledky stejné, u žádného klienta nedošlo ke zhoršení. Musíme přitom zohlednit poměrně krátkou časovou dotaci terapie, výraznější zlepšení se v tomto případě ani nedalo očekávat. Proto při navrhování a interpretaci terapeutické jednotky byla snaha o jakýsi „přesah“, čili možnost přenesení nacvičeného do běžného života klientů.

Jak bylo zmíněno v úvodu bakalářské práce lidská populace stárne a moderní medicína nabízí možnost prodloužit život. Je však na každém z nás, jak jej prožijeme. Dobrá úroveň kognitivních funkcí je nezbytným předpokladem kvalitního života a každodenní trénink kognitivních funkcí efektivním prostředkem. Bakalářská práce nabízí inspiraci k vytvoření skupinové terapie zaměřené na kognitivní funkce v domově pro seniory.

BIBLIOGRAFIE

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-2474697-5.

HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5439-0.

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

KLUCKÁ, Jana, VOLFOVÁ, Pavla. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2608-3.

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

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-247-2699-1.

KUCHCIŃSKA, Maria. *Zdrowie czlowieka i jego edukacja gerontologiczna*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego 2004. ISBN 83-7096-549.

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

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

PORTMANN, Rosemarie. *99 her pro trénink mozku u seniorů*. Přeložil Alena BEZDĚKOVÁ. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1297-3.

SUCHÁ, Jitka. *Cvičte si svůj mozek: pracovní sešit pro pacienty s lehkou kognitivní poruchou*. Praha: Pfitzer, spol. s r.o., Česká alzheimerovská společnost, 2010.

SUCHÁ, Jitka. *Cvičení paměti pro každý věk: testy na paměť a logiku*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-199-0.

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

SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0335-3.

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

ŽUMÁROVÁ, Monika a Beáta BALOGOVÁ. *Medzigeneračné mosty*. Košice: MENTA MEDIA, 2009. ISBN 978-80-89392-08-7.

Internetové zdroje

Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging [online]. [cit. 2019-1-11]. Dostupné z <<http://www.trenovanipameti.cz/index.php?lang=cz>>

Český statistický úřad (ČSÚ) [online] [cit. 2018-11-20]. Dostupné z <<http://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-2017>>

DS Krnov – Veřejný závazek DS Krnov – Titulka [online]. Copyright © [cit. 2019-3-07]. Dostupné z <<http://dskrnov.cz/domov-pro-seniory-verejny-zavazek>>

SUCHÁ, J. *Cvičte si svůj mozek* [online]. [cit. 2018-8-11]. Dostupné z <<http://www.vzpominkovi.cz/data/files/cvictte-si-svuj-mozek-vyssi%20obtiznost.pdf>>

ÚZIS ČR / Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online] [cit. 2018-10-13]. Dostupné z <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>>

SEZNAM ZKRATEK

MMSE	Mini MentalStateExamination
WHO	WorldHealthOrganization
CNS	Centrální nervová soustava

MKN
problémů

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. I MiniMentalStateExamination (MMSE)

Příloha č. II Pracovní list č. 1 – Město, jméno, zvíře, věc, rostlina

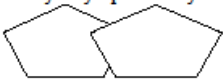
Příloha č. III Pracovní list č. 2 – Spojování písmen podle abecedy, tak aby vznikl obraz

Příloha č. IV Pracovní list č. 3 – Znamé osobnosti

Příloha č. V Pracovní list č. 4 - Mandala

Příloha č. I Mini Mental State Examination (MMSE)

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

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

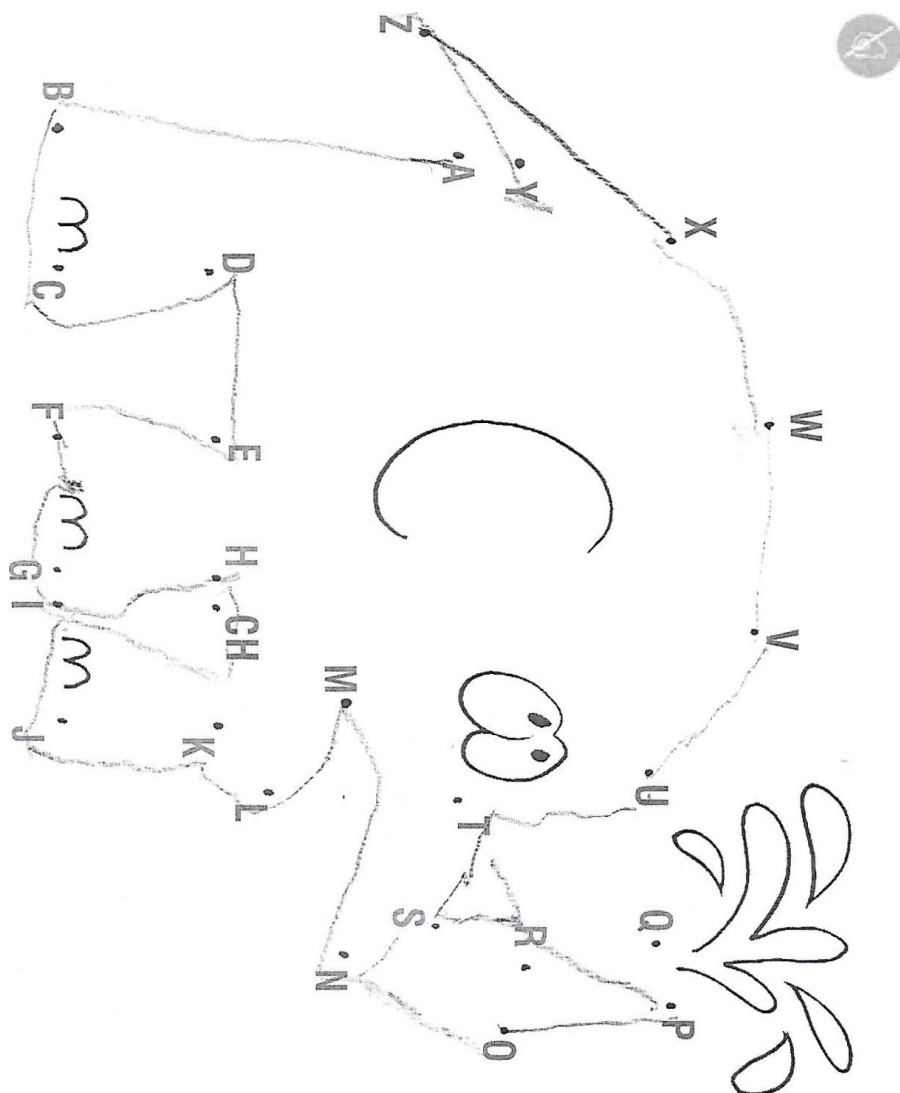
Zdroj: *Test kognitivních funkcí-MiniMentalStateExam (MMSE)* [online] [cit. 2019-4-1].
Dostupné z <<http://www.ddalbrechtice.cz/data/ext-21.pdf>>

Příloha č. II Pracovní list č. 1 - Město, jméno, zvíře, věc, rostlina

MĚSTO	JMÉNO	ZVÍŘE	VĚC	ROSTLINA
UHAVY	KAREL	KOZLA	KĚSLO	KOPRETINA
Göteborg	Gabriel	gael	gou	gouier
ПАРНА	ДАНЯ	ДАНЬ	ДЕНЬ	ДЕНЬ

Zdroj: vlastní

Příloha č. III Pracovní list č. 2 – Spojování písmen podle abecedy, tak aby vznikl obraz

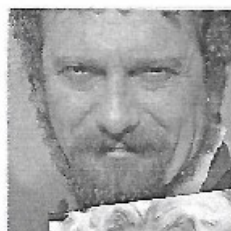


Zdroj: Suchá, 2010

24.

Zapamatování známých osobností

Po dobu 2 minut si prohlížejte následující fotografie známých lidí a snažte se vtisknout si do paměti jejich správné umístění. Pak horní část listu zakryjte a pokuste se na dolní řádky napsat tyto známé osobnosti ve správném umístění.



.....
.....
.....

.....
.....
.....



7 de trónujeme kráľkou pamätí.

Příloha č. V Pracovní list č. 4 - Mandala



Zdroj: *DesalasTemplate* [online] [cit. 2019-4-10]. Dostupné z <<http://desalas.org/>>

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Lucie Tomášková, DiS.
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Zdeňka Kozáková, DiS., Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Možnosti využití skupinové terapie zaměřené na trénink kognitivních funkcí v domově pro seniory
Název v angličtině:	Effects of experience-based group therapy on cognitive functions in care homes for seniors
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá možnostmi skupinové terapie kognitivních funkcí v domově pro seniory. Teoretická část je rozdělena do pěti kapitol popisujících proces stárnutí a s ním související involuční změny, zejména ve vztahu ke kognitivním funkcím. Dále se věnuje demenci, jednotlivým složkám kognitivních funkcí, struktuře kognitivní terapie a v neposlední řadě domovu pro seniory a jeho klientele. Cílem praktické části je navrhnout, interpretovat a ověřit efektivitu navržené jednotky terapie kognitivních funkcí u vybraných seniorů prostřednictvím testu MMSE.
Klíčová slova:	Senior, kognitivní funkce, demence, domov pro seniory, terapie kognitivních funkcí
Anotace v angličtině:	This bachelor thesis deals with the possibilities of group cognitive function therapy in the retirement home. The theoretical part is divided into five chapters describing the process of aging and related regressive changes, especially in relation to cognitive functions. It also deals with dementia, individual components of cognitive functions, cognitive therapy structure and finally retirement home and its clients. The aim of the practical part is to design, interpret and verify the effectiveness of the proposed cognitive therapy unit in selected seniors through MMSE.
Klíčová slova v angličtině:	Senior, cognitive function, dementia, retirement home, cognitive function therapy.
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. I Mini Mental State Examination (MMSE) Příloha č. II Pracovní list č.1 - Město, jméno, zvíře, věc, rostlina Příloha č. III Pracovní list č.2 – Spojování písmen podle abecedy, tak aby vznikl obraz Příloha č. IV Pracovní list č.3 – Známé osobnosti Příloha č. V Pracovní list č.4 - Mandala
Rozsah práce:	58 stran

Jazyk práce:

čeština