

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2022-2023

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jitka Kurdíková

Aktivizace seniorů s demencí v rodinném prostředí

Praha 2023

Vedoucí bakalářské práce:

Ing. Jindřich Kolek, Ph.D., MBA

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2022 - 2023

BACHELOR THESIS

Jitka Kurdíková

Activation of seniors with dementia in family environment

Prague 2023

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Ing. Jindřich Kolek, Ph.D., MBA

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 03.03.2023

Jitka Kurdíková

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce panu Ing. Jindřichu Kolkovi Ph.D., MBA za odborné vedení práce, vstřícnost a poskytnutí cenných rad.

Anotace

Bakalářská práce je věnována tématu aktivizace seniorů s demencí v jejich rodinném prostředí. V teoretické části jsou pomocí odborné literatury definovány pojmy senior, stáří, gerontologie, aktivizace a následně dány do kontextu sledované problematiky. Primární pozornost v této části je zaměřena na specifika stáří a stárnutí, demenci a na péči o osoby s demencí.

Praktická část vychází z kvalitativního výzkumu s polostrukturovaným rozhovorem s cílem zjistit, které aktivizační metody nejvíce prospívají seniorům ke zkvalitnění jejich života v domácím prostředí. V jednotlivých kazuistikách budou uvedeny informace týkající se osobní anamnézy vybraného seniora, způsobu léčby a péče o seniora s demencí a realizace aktivit zaměřených na aktivizaci seniora. Na základě informací získaných při přípravě jednotlivých kazuistik budou zodpovězeny výzkumné otázky.

Klíčová slova

Aktivizace, demence, gerontologie, kvalitativní výzkum, rozhovor, senior, stárnutí, stáří.

Annotation

The bachelor thesis is dedicated to the topic of activation of seniors with dementia in their family environment. In the theoretical part, the terms senior, old age, gerontology, activation are defined with the help of literature and then put into the context of the issue under study. The primary focus in this part is on the specifics of old age and ageing, dementia and care for people with dementia.

The practical part is based on qualitative research with semi-structured interviews to find out which activation methods are most beneficial for seniors to improve their quality of life in the home environment. The individual case studies will provide information regarding the personal history of the selected elderly person, the treatment and care of the elderly person with dementia and the implementation of activities aimed at activating the elderly person. Research questions will be answered on the basis of the information obtained in the preparation of each case study.

Keywords

Activation, aging, dementia, gerontology, interview, old age, qualitative research, senior.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	10
1.1 Senior	10
1.2 Stáří	11
1.3 Gerontologie	12
1.4 Demence	12
1.5 Aktivizace	13
2 SPECIFIKA STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	14
3 DEMENCE	20
4 PÉČE O OSOBY S DEMENCÍ A JEJICH AKTIVIZACE	28
PRAKTICKÁ ČÁST	34
5 CÍLE A METODOLOGIE VÝZKUMU	34
6 PŘÍPADOVÉ STUDIE	36
6.1 Kazuistika č. 1	36
6.2 Kazuistika č. 2	40
6.3 Kazuistika č. 3	44
6.4 Kazuistika č. 4	48
7 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	53
ZÁVĚR	54
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	57

ÚVOD

Chtělo by se říct, že na věku nezáleží, ale není to tak jednoduché. Lidé pořád berou věk jako důležitou charakteristiku v mezigeneračním srovnání a vůbec v mezilidských vztazích. Přitom věk se ukazuje jako velmi chabá charakteristika člověka. Každopádně stárnutí by mělo být přijímáno jako dlouhodobý, celoživotní proces se všemi jeho výhodami i nevýhodami. Život je totiž těžký i krásný bez ohledu na to, kdy a v jaké době jsme se narodili.

Předložená práce se věnuje problematice péče o osoby s demencí. Demence představuje vážný problém, se kterým se v České republice potýká více než 156 000 lidí. Odborníci při tom předpokládají, že počty osob trpících různými formami demence budou v budoucnu ještě narůstat. Některé odhady hovoří o tom, že do roku 2050 se počty zdvojnásobí a dosáhnou až 380 000. Osoby trpící demencí při tom vyžadují rozsáhlou péči, která zahrnuje nejen zajištění základních potřeb a lékařské péče, ale také systematickou aktivizaci. Právě aktivizace hraje zcela zásadní roli v rámci posilování a udržení základních funkčních a kognitivních schopností jedince a také jeho fyzické zdatnosti. Jedná se tedy o velice důležitou součást péče o osoby trpící demencí. Právě proto byla problematika aktivizace seniorů trpících demencí zvolena jako téma předložené práce.

Zásadní oporu a pozitivní vliv na kvalitu života osob s demencí mají rodinní příslušníci. Ti mohou být někdy celou problematikou zahlceni a pochybovat o svých schopnostech postarat se o speciální potřeby seniora. Může se jim zdát, že poskytnout mu aktivizaci si žádá profesionála. Cílem práce je identifikovat aktivizační metody, které si nežadají speciální dovednosti nebo školení a jsou proto vhodné pro aplikaci osobami v rodinném prostředí. Rodina přitom musí pochopit důležitost aktivizace seniora.

Řada rodin se rozhodne zajistit svým příbuzným trpícím demencí možnost zůstat ve svém domácím prostředí. Péče o tyto osoby je však velice náročná, a proto většinou využívají služeb různých specializovaných zařízení. Tyto instituce nabízejí celou řadu služeb od zajištění pomoci v domácnosti po lékařskou péči. Větší část péče o seniora

s demencí však zůstává na rodinných příslušnících, kteří se podílejí také na realizaci aktivizačních aktivit. Ty by měly být nedílnou součástí péče o seniory s demencí.

Důležitým faktorem je udržet seniory ve fyzické, psychické i mentální aktivitě i během probíhající nemoci, rozvíjet jejich zachovalé schopnosti a dovednosti, uspokojovat jejich potřeby. Je důležité si uvědomit, jak je nutné pozitivně ovlivňovat psychický stav seniorů, zprostředkovávat jim kontakt se společenským prostředím a přispívat tak ke zvyšování kvality jejich života. Aktivizace je tak jedním z prostředků k vyvrácení mýtů rodného čísla jako diagnózy, jelikož stárnutí není nemoc.

Cílem této práce bude na základě zpracovaných případových studií popsat, jakým způsobem probíhá aktivizační činnost realizovaná v případě seniorů s demencí, kteří pobývají ve svém domácím prostředí. Pozornost bude věnována zejména tomu, kdo se na aktivizační činnosti podílí, jaké aktivity jsou se seniory realizovány a jaký je jejich vliv na zdravotní stav jedince.

Jak již bylo výše uvedeno, součástí předložené práce budou případové studie zaměřené na aktivizaci seniorů trpících demencí, kteří zůstávají v domácím prostředí. Případové studie budou vypracovány na základě informací získaných z osobní a zdravotnické dokumentace daného seniora, z rozhovorů s rodinnými příslušníky a pečovatelkami a také na základě pozorování. Takto nashromážděné informace budou analyzovány a zpracovány do případové studie. Na základě jednotlivých kazuistik pak budou učiněny závěry, které budou interpretovány s ohledem na cíle výzkumu.

Práce bude rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část bude mít formu rešerše odborné literatury zaměřené na témata související s problematikou aktivizace seniorů trpících demencí. Primárně zde budou vymezeny pojmy, které jsou v práci používány. Jedná se například o pojmy senior, stáří, demence nebo aktivizace. Dále bude bližší pozornost věnována problematice stáří a stárnutí, demenci a péči o osoby s demencí. V druhé části práce budou prezentovány případové studie, které byly v rámci přípravy předložené práce vypracovány. V jednotlivých kazuistikách budou uvedeny informace týkající se osobní anamnézy vybraného seniora, způsobu léčby a péče o seniora s demencí a realizace aktivit zaměřených na aktivizaci seniora. Na základě informací získaných při přípravě jednotlivých kazuistik budou zodpovězeny výzkumné otázky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

1.1 Senior

Pojem senior se používá v souvislosti se starším člověkem. Například Sak a Kolesárová popisují seniora jako osobu, která se nachází v završující fázi svého života.¹ Je však poměrně náročné určit, kdy se jedinec stává seniorem. V současné době je jediným objektivním kritériem při posuzování toho, kdo je senior, kalendářní věk jedince. Důvodem je skutečnost, že se jedná o jediný statisticky uchopitelný faktor.² Ve většině případů je tedy seniorský věk vymezen věkem 60 až 65 let. Kalvach a Mikeš rozlišují s ohledem na věk následující skupiny seniorů:³

- Mladí senioři – 65-74 let: v tomto období jsou zásadní zejména změny spojené s odchodem do důchodu. Jedinec hledá nové způsoby trávení volného času a vybírá si nové aktivity. Cílem je seberealizace.
- Staří senioři – 75-84 let: základním tématem tohoto období je problematika adaptace a tolerance zátěže. Jedinec často musí řešit nemoci spojené s narůstajícím věkem a v některých případech také osamělost.
- Velmi staří senioři – 85 let a více: v tomto věku patří mezi zásadní otázky soběstačnost a zabezpečení.

Výše uvedená věková hranice určující seniorský věk vychází z věku odchodu do důchodu. Je však nezbytné si uvědomit, že odchod do důchodu není objektivním měřítkem určujícím seniorský věk, přestože se jedná o významný životní milník. V úvahu

¹ SAK, P. a KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012, s. 43-44. ISBN 978-80-247-3850-5.

² BENEŠ M. *Andragogika*. Praha: Grada, 2014, s. 56. ISBN 978-80-247-4824-5.

³ KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. (ed.) *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 97. ISBN 80-247-0548-6.

je nezbytné brát více faktorů. V poslední době je však zjevné, že bude nutné tuto věkovou hranici posunout s ohledem na prodlužující se délku života.⁴

1.2 Stáří

Pojmem stáří se označuje vývojové období, pro které jsou charakteristické involuční změny. Sak a Kolesárová vymezují stáří dvěma časovými body. Spodní věková hranice spojená s tímto vývojovým obdobím je spojena s celou řadou jevů a procesů, které přicházejí velice pozvolna. Horní věkovou hranicí pro toto vývojové období je smrt.⁵ Jedná se o pozdní fázi ontogeneze člověka. Změny spojené se stářím jsou funkční a morfologické a u každého jedince probíhají různou rychlostí a v různé intenzitě. V souvislosti se stářím je používán pojem stařecký fenotyp, který v podstatě představuje typický obraz jedince v tomto vývojovém období. Stařecký fenotyp je však vždy modifikován s ohledem na prostředí, životní styl, zdravotní stav a sociálně ekonomické a psychické aspirace jedince.⁶

V souvislosti se stářím a stárnutím je nezbytné sledovat daný proces v kontextech třech základních oblastí – kalendářní stáří, biologické stáří a sociální stáří. **Kalendářní stáří** je spojeno s jasně vymezenými hranicemi, které jsou dány věkem jedince. Toto pojetí však není schopné pojmut individuální specifika jednotlivých osob. V současné době je hranice stáří dána věkem 65 let. **Biologické stáří** je spojeno s celou řadou involučních změn u daného jedince. S ohledem na skutečnost, že jsou tyto změny individuální, není možné jasně vymezit věkovou hranici biologického stáří. **Sociální stáří** je dáno změnou sociální role jedince, jeho životního stylu a ekonomického zajištění. Počátek sociálního stáří je většinou spojován s odchodem do důchodu.⁷

⁴ ONDRÁKOVÁ, J. *Vzdělávání seniorů a jeho specifika*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2012, s. 106. ISBN 978-80-7465-038-3.

⁵ SAK P. a KOLESÁROVÁ K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012, s. 76. ISBN 978-80-247-3850-5.

⁶ KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. (ed.) *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 49. ISBN 80-247-0548-6.

⁷ HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie, aneb senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012, s. 117. ISBN 978-80-7262-900-8.

1.3 Gerontologie

Problematikou stáří a stárnutí se zabývá gerontologie. Jedná se o specializovanou vědu, která se zaměřuje na proces stárnutí a stáří. Jedná se o interdisciplinární, integrovaná a komplexní vědu, která vychází zejména z poznatků z biologie a psychologie. Zaměřuje se zejména na zákonitosti, příčiny, mechanismy a projevy stárnutí.⁸ Počátky gerontologie můžeme vysledovat již v první polovině 19. století v souvislosti s knihou C. F. Konstatta „O nemocech stáří a jejich léčení“. Poprvé však byl termín gerontologie použit v roce 1903 I. I. Mečnikovem. K rozvoji gerontologie došlo v první polovině 20. století. Tento vědní obor je s ohledem na stárnutí populace stále více aktuální. Gerontologie se dělí do tří základních okruhů – experimentální, sociální a klinická. Experimentální gerontologie řeší, proč a jakým způsobem živé organismy stárnou. Sociální gerontologie řeší vztah starého člověka ke společnosti a věnuje se také problematice stárnutí populace. Klinická gerontologie nebo také geriatrie se zaměřuje na zdravotní a funkční stav starých lidí.⁹

1.4 Demence

Demence je závažná mozková choroba, která je způsobena degenerativními změnami mozkové tkáně. Demence může být způsobena celou řadou poruch. V 50 % až 60 % případů je důvodem Alzheimerova choroba. Mezi další choroby způsobující demenci patří Huntingtonova choroba, Parkinsonova choroba atd. Pro demenci je charakteristické, že vzniká až po ukončení vývoje kognitivních funkcí (paměť, intelekt, motivace atd.). Nejčastěji je narušena krátkodobá paměť a později také dlouhodobá.¹⁰ Dochází také k narušení úsudku a časoprostorové orientace. Následují změny v oblasti pozornosti, komunikace, abstraktního myšlení a rozpoznávání. Demence se projevuje úbytkem kognitivních funkcí, což ovlivňuje všechny oblasti života jedince. Následně je postiženo také chování a emotivita jedince. Demence způsobuje změny osobnosti

⁸ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita Brno, 2004, s. 87. ISBN 80-210-3345-2.

⁹ KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. (ed.) *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 57. ISBN 80-247-0548-6.

¹⁰ GLENNER, J. A. a kol. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012, s. 119. ISBN 978-80-262-0154-0.

postiženého jedince. V důsledku demence postupně upadá výkonnost jedince, který přestává být schopen samostatně žít. Osoba trpící demencí má v konečném důsledku problémy se základními úkony, jako je oblékání nebo osobní hygiena.¹¹

1.5 Aktivizace

Aktivizace je proces, během kterého jsou lidé vedeni k činorodosti. V oblasti sociálních služeb je cílem aktivizace zajištění vyšší míry samostatnosti a nezávislosti jedince. Aktivizační činnost realizovaná pro seniory se zaměřuje zejména na udržení fyzické, psychické a mentální aktivity klienta. Důraz je kladen na zachování jeho schopností a dovedností nezbytných pro uspokojení základních potřeb. Za tímto účelem jsou sestavovány aktivizační programy, které zahrnují kombinaci různých aktivit. Jedná se například o pohybové aktivity, aktivity s prvky muzikoterapie, arteterapii, aktivity se zvířaty, ergoterapie, trénink kognitivních schopností nebo zábavné hry.¹²

¹¹ PIDRMAN, V. a KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005, s. 93. ISBN 80-7262-363-X.

¹² KOZÁKOVÁ, Z. a MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, s. 84. ISBN 80-244-1552-6.

2 SPECIFIKA STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Organismus stárne v podstatě po celou dobu své existence. Jedná se o zcela přirozený biologický proces, který se týká všech organismů. Důvodem stárnutí je skutečnost, že se lidský organismus neustále mění. V období rozvoje organismu není stárnutí patrné, protože se funkce organismu neustále zdokonalují. V určité chvíli se však organismus dostává na pomyslný vrchol a ke zdokonalování již nedochází. V souvislosti s tím se začínají schopnosti jedince zhoršovat, projevuje se úbytek sil a snižuje se výkonnost. V takovéto chvíli hovoříme o stárnutí organismu.¹³ Pacovský popisuje stárnutí jako: „*specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódován, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem a podléhá formativním vlivům prostředí.*“¹⁴ Mühlpachr vnímá stárnutí jako celoživotní proces, jehož involuční projevy začínají být patrné po 40 až 50 roce života jedince. Významnou roli při tom hraje zejména vliv prostředí.¹⁵ Stárnutí představuje podle Gavriili a Gavriiova proces, během kterého dochází k poklesu vitality jedince. Autoři charakterizují tento proces jako desintegrovaný, disociovaný a asynchronní. Je při tom spojen s degenerativními, funkčními a morfologickými změnami. Velmi často je stárnutí doprovázeno také zvýšenou mírou náchylnosti k chorobám. Jedná se o univerzální děj, který je možné sledovat u všech organismů. Rozdíl je většinou pouze v rychlosti stárnutí. V souvislosti se stárnutím odumírají staré buňky a nedochází již ke vzniku nových. Z tohoto důvodu je pro organismus velice náročné opravovat vzniklé defekty.¹⁶

Existuje celá řada teorií, které vysvětlují proces stárnutí. Žádná z těchto teorií však není universální. Teorie je možné rozdělit do dvou hlavních skupin – stochastické teorie a nestochastické teorie. Stochastická teorie je založena na přesvědčení, že všechny

¹³ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v bytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011, s. 51. ISBN 978-80-247-3148-3.

¹⁴ ŠTĚPÁNKOVÁ, H., HÖSCHL, C., VIDOVIČOVÁ, L. a kol. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014, s. 39. ISBN 978-80-246-2628-4.

¹⁵ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita Brno, 2004, s. 74. ISBN 80-210-3345-2.

¹⁶ GAVRILI, L. A. a GAVRIOVOVA, N. S. The reliability theory of aging and longevity. In: *Journal of Theoretical Biology*, 2001, vol. 213, n. 4. s. 527-545. [online]. [cit. 2022-12-27]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022519301924300?via%3Dihub>.

změny spojené se stárnutím jsou náhodné. Důvodem změn je podle této teorie opotřebení organismu a selhání buněčného řízení. Mezi stochastické teorie patří například teorie opotřebení, mutací nebo volných radikálů. Nestochastické teorie předpokládají, že je stárnutí dáno geneticky a je tedy předem naprogramováno. Mezi nestochastické teorie patří například teorie limitovaného počtu buněčných dělení, existence genů dlouhověkosti nebo evoluční teorie.¹⁷ Nejčastěji se setkáváme s názorem, že s rostoucím věkem narůstá počet chyb, které není organismus schopen vyřešit. V textu níže je uvedeno několik vybraných teorií stárnutí:

- Mutační teorie: podle této teorie je stárnutí důsledkem mutací v důsledku vnějších vlivů (chemické látky, infekce atd.).
- Mitochondriální teorie stárnutí: podle této teorie mají na proces stárnutí vliv mitochondrie, které jsou zdrojem kyslíkových radikálů v organismu. V mitochondriích se však tvoří mutace, které se postupně v těle hromadí. Poškození mitochondrie pak způsobuje snížení produkce energie, které buňky potřebují.
- Genetická teorie: podle této teorie je možné vysledovat, že jednotlivé druhy organismy mají podobnou délku života. Podle této teorie je délka života dána geneticky. Teorie se opírá o poznatky z molekulární biologie a genetiky.
- Teorie omylů v přenosu informací: ke stárnutí podle této teorie dochází v důsledku chyby při přenosu informací z DNA na RNA. Tyto omyly se postupem času kumulují. Počet chyb se při tom s věkem zvyšuje a v konečném důsledku vede ke smrti.
- Neuroendokrinní teorie: podle této teorie je stárnutí řízeno hormonem melatoninem a epifýzou – endokrinní centrum.

Na stárnutí je však možné nahlížet také jako na individuální proces. V tomto ohledu rozlišujeme stárnutí primární a sekundární. Primární stárnutí je přirozený proces, který k životu patří. Sekundární stárnutí je urychleno různými poruchami nebo nemocemi.¹⁸ Pokud se díváme na stárnutí z individuálního hlediska,

¹⁷ ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z. a ČEVELA R. *Úvod do gerontologie*. Praha, Karolinum, 2016, s. 53. ISBN 978-80-246-3404-3.

¹⁸ ŠMOLÍKOVÁ, J. E., HOSTOVEC, J. a ŠTIKAR, J. *Bezpečná mobilita ve stáří*. Praha: Karolinum, 2007, s. 106. ISBN 978-80-2461-339-0.

jedná se o biologicko-psychologicko-sociálně-spirituální proces spojený s řadou přirozených involučních a adaptačních změn, které se týkají struktury a funkčnosti organismu. Na stárnutí je tedy v podstatě možné nahlížet, jako na působení času na organismus jedince.¹⁹

Změnami jsou postiženy různé systémy lidského organismu. Jednotlivé změny jsou při tom nezvratné a v řadě případů vedou ke vzniku chronických chorob. Změny postihují zejména **nervový systém**. Změny souvisí se snížením průtoku krve mozkiem, hromaděním lipofuscinu v neuronech a poklesem tvorby neurotransmiterů. V důsledky změn nervového systému je možné sledovat zpomalení tempa, pokles elánu, tendenci k rigidnímu myšlení nebo pokles sebevědomí. Velice často dochází ke změně osobnosti jedince, což může vést dokonce ke vzniku psychických poruch. Mimo to se objevuje také oslabení smyslového vnímání. K řadě změn dochází také v **kardiovaskulárním systému**, což souvisí s poklesem myocytů. To se projevuje poklesem kontraktility srdečního svalu a nárůstem tloušťky stěn velkých tepem. Proto jsou lidé nad 65 let více ohroženi vznikem ischemické choroby srdeční. Také **dýchací systém** se ve stáří mění, což se projevuje snížením funkční kapacity plic. Značné změny je možné vnímat také v případě **pohybového systému**. Pro stáří je typická svalová slabost a ztuhlost. V řadě případů se objevují degenerativní onemocnění kloubů. Změny je možné sledovat také ve vylučovacím systému, endokrinním systému nebo imunitním systému.²⁰

Jak již bylo výše uvedeno, stárnutí je přirozený proces, který postihuje jednotlivce různým způsobem. Obecně se stárnutí projevuje atrofii a poklesem adaptačních schopností. Všechny tkáně organismu jsou postupně postiženy degenerativními změnami. Podle Matouška je možné vysledovat určité rizikové faktory, které proces stárnutí negativně ovlivňují. Na rychlost stárnutí a jeho intenzitu má vliv řada neovlivnitelných faktorů, jako je například pohlaví, etnický původ, somatické zvláštnosti nebo určité predispozice jedince. Významnou roli však hraje také životní styl jedince. V tomto ohledu je rozhodující, zda daná osoba kouří, konzumuje alkohol, nedostatečně spí, má špatné stravovací návyky nebo je vystavena dlouhodobému stresu. Všechny tyto

¹⁹ LEVITIN, D. *Successful Aging*. Random House Large Print, 2020, s. 153. ISBN 9780593171622.

²⁰ KITNET, O. *Lékařské fyziologie*. Praha: Grada, 2011, s. 164. ISBN 978-80-247-1963-4.

negativní vlivy je možné ovlivnit.²¹ Vzhledem k tomu, že každý jedinec stárne jinak, hovoříme o třech způsobech stárnutí:²²

- Fyziologické stárnutí: jedná se o normální průběh stárnutí, který je spojen s určitými problémy. Ty však nejsou nijak neobvyklé. Jedinec v podstatě nijak nevystupuje s normy a jeho proces stárnutí je srovnatelný se zbytkem normální populace.
- Patologické stárnutí: jedná se o předčasné stárnutí, které probíhá neobvykle rychle. Zdravotní stav jedince je ve srovnání s ostatními lidmi v daném věku horší.
- Úspěšné stárnutí: jedná se o situaci, kdy je na tom daná osoba ve srovnání s ostatními nadprůměrně dobře. Senior je v takovémto případě schopen se o sebe i v poměrně vysokém věku postarat a je stále fyzicky, psychicky a sociálně aktivní.

Stáří představuje konečnou etapu života jedince. Podle sociologického slovníku nastupuje stáří po ukončení aktivní ekonomické činnosti jedince. Tato životní etapa je při tom spojena s řadou fyzických, psychických a sociálních změn. Charakteristická je pro ni zejména snížená schopnost adaptace a narůstající sociální izolace v důsledku ztráty blízkých.²³ Stáří je možné definovat následujícím způsobem: „*věkové období začínající v současné západní kultuře v 60–65 letech, kdy lidé odcházejí do důchodu. Někteří z nich pak mají větší spotřebu zdravotní péče nebo postupně ztrácejí soběstačnost. Jen menší část lidí dožívajících se 80 let je zdravá a soběstačná. Neplatí však obecně, že každý starý člověk je bezmocný, nemocný, depresivní, trpí poruchami paměti a pohybového ústrojí. Je lepší obecně popisovat psychické a tělesné změny ve stáří jako změnu schopností než jako jejich úbytek. Individuální kompetence jsou totiž vždy významnější než fyzický věk.*“²⁴

Životní fáze stáří je ohraničena dvěma body. Spodní věkovou hranici není možné jasně vymezit, protože je závislá na řadě jevů a procesů. Tyto jevy a procesy mají biologický, psychologický, kulturní a sociální charakter. Základem stáří je sice biologie,

²¹ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008, s. 226. ISBN 978-80-262-1154-9.

²² HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie, aneb senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012, s. 91. ISBN 978-80-7262-900-8.

²³ JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2007, s. 86. ISBN 978-80-7367-269-0.

²⁴ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008, s. 229. ISBN 978-80-262-1154-9.

s ní je však spojena řada psychologických a sociálních změn. Jednotlivé jevy a procesy vstupují do života jedince často postupně. Vliv mají genetické predispozice, životní historie a různé společenské a kulturní faktory. O stáří tedy mluvíme až ve chvíli, kdy se v životě jedince objeví všechny. Tato skutečnost poukazuje na to, že je stáří velmi individuální. Horní věková hranice je v případě stáří dána smrtí.²⁵ Podle Saka a Kolesárové jsou pro stáří charakteristické následující znaky:²⁶

- **Odcizení:** obecně platí, že staří lidé jsou se společenskou skutečností více ztotožnění a jsou k ní méně kritičtí. To souvisí zejména s tím, že mají své kořeny v minulosti a při tom se svým jednáním podíleli na formování současné reality. Důležité je však si uvědomit, že se postupně společenské realitě odcizují. To se projevuje zejména tím, že jsou staří lidé vnímáni jako konzervativní.
- **Diferenciace:** ve vývojové fázi stáří je generace nejvíce diferencovaná. V době narození se od sebe jedinci liší hlavně svou genetickou výbavou. Postupem času na ně však působí řada různých sociálních faktorů, které je formují. To je také důvodem, proč se od sebe jedinci v dané generaci tolik liší. V úvahu je při tom nutné brát skutečnost, že senioři byli ve svém životě vystaveni většímu množství vlivů než ostatní generace.

Jak již bylo výše uvedeno, stáří je spojeno s celou řadou změn, které se projevují ve třech základních oblastech. Jedná se o biologickou, psychologickou a sociální oblast. V **biologické oblasti** jsou změny spojeny se zhoršením funkcí jednotlivých systémů v organismu, které byly popsány výše v této kapitole. Změny v **psychické oblasti** jsou spojeny zejména se zhoršením kognitivních oblastí. Ve stáří se zhoršuje paměť a lidé mají problémy osvojit si nové věci. Mění se také sebehodnocení jedince a horší je jeho úsudek. V některých případech se mohou objevit deprese, poruchy chování nebo problémy s adaptací.²⁷ K významným změnám dochází také v **sociální oblasti**. Zcela zásadní roli v tomto ohledu hraje odchod do důchodu, se kterým souvisí změna celkového životního stylu. Jedinec má často pocit, že je izolován od okolního dění.

²⁵ ORT, J. *Kapitoly ze sociologie stáří*. Univerzita J.E.Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta, 2004, s. 47. ISBN 80-7044-636-6.

²⁶ SAK, P. a KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012, s. 43-44. ISBN 978-80-247-3850-5.

²⁷ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: UK Karolinum, 2007, s. 141. ISBN 978-80-246-1318-5.

Odchod do důchodu je také spojen s ukončením profesní kariéry a ztrátou profesní role. To si někteří lidé mohou spojovat se ztrátou prestiže, což je může silně zasáhnout. Jedinec má v důchodu více volného času. Nově je tedy pouze na nich, jak si svůj čas zorganizují. Některé osoby mají problém se s takto velkou změnou vyrovnat.²⁸

²⁸ ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*. Praha: Univerzita Karlova, 2011, s. 84. ISBN 978-80-246-199-72.

3 DEMENCE

Pojem demence poprvé použil jako první římský lékař a spisovatel Aurelius Cornelius Celsus v prvním století našeho letopočtu. Tímto termínem je v současné době označován soubor příznaků, které mají různé příčiny. Koukolík a Jiráček charakterizují demenci jako: „*syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidružení porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace.*“²⁹ Pro demenci je charakteristické, že se objevuje až po ukončení rozvoje kognitivní funkcí (tedy po ukončení 2. roku života). Ve většině případů se demence objevuje ve vysokém věku, kdy má závažné důsledky. V současné době je demence sedmou nejčastější příčinou úmrtí a jednou z hlavních příčin invalidity starých osob. Jedná se o velice vážnou nemoc, jejíž průběh jde sice zmírnit, ale její postup není možné většinou zastavit. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby byla nemoc včas odhalena a aby byla zahájena léčba.³⁰

Obecně je demence vnímána jako onemocnění, které se projevuje poruchou intelektu, paměti a emocionality. Koukolík a Jiráček uvádí, že demence postihuje následující tři funkční okruhy – kognitivní funkce (paměť, intelekt, pozornost atd.), behaviorální a psychosomatická oblast (poruchy chování a emocí, spánku, psychotické příznaky) a aktivní každodenní život jedince.³¹ V případě osob s demencí se vždy postupem času objevují také poruchy osobnosti, které mohou být spojeny například depresemi nebo halucinacemi. Míra postižení při tom vždy souvisí s druhem a stupněm demence. Tato choroba má negativní vliv na každodenní život jedince, protože postupně dochází k degradaci osobnosti daného člověka. Ten se postupem času stává nesamostatným a je závislý na pomoci druhých.³²

²⁹ KOUKOLÍK F., JIRÁK R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha, Grada, 1998, s. 53. ISBN: 80-7169-615-3

³⁰ BUIJSSEN H., *Demence - Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2016, s. 84. ISBN 80-7367-081-X.

³¹ KOUKOLÍK F., JIRÁK R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha, Grada, 1998, s. 61. ISBN: 80-7169-615-3

³² PIDRMAN, V. a KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005, s. 135. ISBN 80-7262-363-X.

Demence je zapříčiněna dysfunkcí mozku – řídicí centrum nefunguje, jak by mělo. Je pro ni charakteristické, že změny na mozku jsou nezvratné a postupně dochází k celkovému úpadku osobnosti jedince.³³ Příčiny demence jsou různé. Nejčastěji se však setkáváme s dvěma hlavními příčinami vzniku demence. Na jedné straně stojí neurodegenerativní demence a na druhé straně cévně podmíněná demence. V řadě případů však může mít demence více kombinovaných příčin. Jednotlivé příčiny budou blíže popsány níže.

V případě **neurodegenerativních druhů demence**, je choroba většinou způsobena poruchou v oblasti tvorby bílkovin. V takovém případě se bílkoviny ukládají v mozku, což vede ke kaskádové reakci imunitního systému. Dochází tak k poškození nervových buněk, jejichž počet se snižuje. V důsledku reakce imunitního systému je narušena také tvorba spojení mezi nervovými buňkami. Bohužel není stále známo, proč k nežádoucímu ukládání bílkovin v mozku dochází. Mezi rizikové faktory při tom patří dědičné předpoklady, životní styl nebo příbuzná onemocnění. Neurodegenerativní demence vzniká většinou ve vyšším věku a většinou přichází velice pomalu a není tak včas rozpoznána.³⁴ Mezi neurodegenerativní demenci patří například:

- Alzheimerova choroba: jedná se o chorobu, která je příčinou 60 % případů demence. Jedná se o primárně degenerativní typ demence.³⁵ V současné době stále ještě není přesná příčina vzniku Alzheimerovy choroby známa. Důvodem jejího vzniku je pravděpodobně poškození nervových buněk amyloidním plakem (shluk bílkoviny) a narušení mezibuněčných spojení neurofibrilními klubky (vláknité struktury tvořené bílkovinou). Charakteristickým projevem nemoci je pozvolná ztráta paměti. Důvodem je skutečnost, že je prvním poškozením místem Hipokampus, který je odpovědný za krátkodobé uchování paměti a prostorovou orientaci. Velmi často si jedinec neuvědomuje svou nemoc a odmítá navštívit lékaře. Odborníci rozlišují dvě základní formy Alzheimerovy choroby. Jedná se o chorobu s časným začátkem (před 65. rokem života jedince)

³³ BUIJSSEN H., *Demence - Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2016, s. 84. ISBN 80-7367-081-X.

³⁴ PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007, s. 51. ISBN 978-80-247-1490-5.

³⁵ BUIJSSEN H., *Demence - Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2016, s. 85. ISBN 80-7367-081-X.

a s pozdním začátkem (po 65. roce života jedince). Mezi nejčastější projevy patří:³⁶

- zapomnětlivost: jedná se o první projev nemoci, který má různou intenzitu;
 - dezorientace: jedinec neví kde je a poměrně často bloudí;
 - poruchy osobnosti: poruchy nakonec vedou k celkovému rozvratu osobnosti.
- Korová demence z Lewiho tělíska: v případě této nemoci vznikají v mozku ložiska s nashromážděnou bílkovinou alfa-synuklein tzv. Lewiho tělíska. Mezi charakteristické projevy nemoci patří zpomalení motoriky pohybů, halucinace nebo rychlé pohyby očí. Mezi hlavní příznaky patří:³⁷
- kombinace demence, parkinsonismu choroby a zrakových halucinací;
 - paranoidní a perzekuční bludy;
 - přecitlivělost a antipsychotika;
 - objevit se může také delirium, což je porucha vědomí doprovázená změnou chování a poruchou pozornosti s kolísavým průběhem;
 - ve většině případů se stav jedince během dne rychle mění;
 - deficit pozornosti, poruchy řeči a problémy s orientací v prostoru.
- Parkinsonova choroba: pro Parkinsonovu je také charakteristický vznik Lewiho tělísek. V tomto případě jsou však kognitivní funkce postiženy později a demence se objevuje u 10 až 20 % případů. Zpočátku se nemoc projevuje poškozením motoriky. Nemocní jsou pomalí a působí nešikovně. Mezi příznaky patří zejména:³⁸
- celková zpomalenost pohybů;
 - pomalé myšlení;
 - problémy se zapamatováním nových informací;
 - problémy v průběhu oscilují.

³⁶ ZVĚŘOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada, 2017, s. 42. ISBN 978-80-2710-561-8.

³⁷ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. a SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum, 2007, s. 78. ISBN 978-80-254-0177-4.

³⁸ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009, s. 37. ISBN 978-80-247-2454-6

- Frontotemporální demence: pro tuto chorobu je charakteristický rozpad nervových buněk a mezibuněčných spojení v čelním a spánkovém laloku mozku. Toto onemocnění přichází v nižším věku kolem 50 let. Čelní a spánkový lalok mozku je spojen s osobností, chováním a používáním jazyka. Proto se choroba projevuje zejména nedostatkem taktu a absencí empatie. Časté jsou také poruchy řeči. Mezi příznaky patří:³⁹
 - problémy se čtením a psaním;
 - neschopnost vzpomenout si na různá slova;
 - komolení slov;
 - neschopnost vytvořit gramaticky správnou změnu;
 - poruchy chování – nevhodné chování.
- Huntingtonova choroba: jedná se o neurodegenerativní autosomálně dominantně dědičné onemocnění, které se často objevuje ve středním věku. Typickým projevem jsou mimovolné rychlé pohyby postihující různé části těla.⁴⁰

Druhou nejčastější příčinou vzniku demence je změna průtoku krve v mozku. Může se při tom jednat buď o krvácení, nebo nedokrvění. Demence tak vzniká často v důsledku infarktu mozkové tkáně, který může mít akutní charakter a projevit se cévní mozkovou příhodou nebo jako mnohočetné poškození mozku. V takovémto případě hovoříme o **vaskulární demenci**, která probíhá poměrně rychle a skokově se zhoršuje. Mezi rizikové faktory vzniku vaskulární demence patří vysoký krevní tlak nebo diabetes. Vaskulární demence tvoří 15 % až 30 % všech demencí a je tedy spolu s Alzheimerovou chorobou nejčastějším typem demence.⁴¹

Poměrně často dochází také ke **smíšené demenci**, která je spojena jak s neurodegenerativními změnami, tak s cévní poruchou. Dále je možné se setkat s tzv. **sekundární demencí**, která je spojena s onemocněním mimo mozkovou tkáň. Důvodem vzniku sekundární demence může být například nedostatečná funkce štítné žlázy, nedostatek vitamínu B, hypoglykemické komplikace spojené s cukrovkou, úraz,

³⁹ BARTOŠ, A. a HASALÍKOVÁ, M. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, 2010, s. 97. ISBN 978-80-2042282-8.

⁴⁰ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009, s. 48. ISBN 978-80-247-2454-6.

⁴¹ PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007, s. 59. ISBN 978-80-247-1490-5.

alkoholismus nebo stavy způsobené nadužíváním návykových látek. Sekundární demence může být také infekčního původu, kdy je způsobena například AIDS nebo Creutzfeldt-Jakobovou nemocí. Sekundární demence však není tak častá.⁴²

Ve většině případů si osoba trpící demencí svůj problém neuvědomuje nebo si ho nepřipouští. Velice důležité tedy je, zda si okolí (rodina, přátelé, lékař) všimne varovných signálů. Mimo to si v řadě případů rodina nemocného myslí, že se jedná o klasické projevy stáří. To je také důvod, že demence je v řadě případů odhalena častěji u mladších osob.⁴³ Problémem je také skutečnost, že nemoc přichází velmi nenápadně. Obecně je možné o demenci hovořit v případě, že jsou u daného jedince postiženy alespoň dvě z následujících mozkových funkcí – paměť, myšlení, úsudek, komunikace, orientace a chování. Mezi základní varovné signály, které mohou upozornit na vznik demence, patří například opakované kladení stejných otázek, špatná orientace v času a prostoru, problémy s vybavováním slov, problémy v oblasti artikulace, neschopnost naplánovat si běžné každodenní aktivity nebo časté změny nálad.⁴⁴

Postup onemocnění je většinou velice individuální. S ohledem na postup onemocnění rozlišujeme čtyři základní stádia nemoci:⁴⁵

- Mírná porucha kognitivních funkcí: někdy je pro tuto fázi používáno také označení benigní stařecká zapomnětlivost. Jedná se o situaci, kdy jsou kognitivní funkce na pomezí normality. Většinou se v této fázi objevuje zapomnětlivost a problémy s vybavováním slov. Ne vždy se musí tento stav dále rozvíjet a přejít do další fáze.
- Lehká demence: osoba s lehkou demencí je většinou schopná postarat se sama o sebe. Mezi nejčastější příznaky patří zapomnětlivost, problémy při řešení složitých úkolů, dezorientace v času a prostoru a obtíže při vyjadřování emocí. Osoby s lehkou demencí bývají také depresivní a začínají se u nich projevovat také mírné změny osobnosti. Mohou být například agresivní, podezřívavé nebo zlostné.

⁴² BARTOŠ, A. a HASALÍKOVÁ, M. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, 2010, s. 103. ISBN 978-80-2042282-8.

⁴³ JUNE, A. *Dementia Profile Books*, 2020, s. 69. ISBN 978-1788165051

⁴⁴ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009, s. 13. ISBN 978-80-247-2454-6

⁴⁵ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. a SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum, 2007, s. 34-38. ISBN 978-80-254-0177-4.

- Středně těžká demence: v tomto případě již není jedinec schopen vykonávat běžné každodenní aktivity a má problémy se základními úkony v oblasti sebeobsluhy (hygiena, oblékání atd.). Objevují se značné problémy v oblasti soudnosti a osobnost jedince se výrazně mění. Člověk se středně těžkou demencí má problémy při komunikaci, často bloudí a může trpět také poruchami chování. Typické jsou také stavy celkové zmatenosti. V případě středně těžké demence je nezbytná asistence.
- Těžká demence: nemocný již není v této fázi onemocnění schopen komunikovat, chodit a má problémy také s vylučováním. V řadě případů se objevují také poruchy příjmu potravy, neschopnost pochopit okolní dění nebo problémy s rozeznáváním blízkých osob. Jedinec je v podstatě zcela izolován od svého okolí a není soběstačný.

Léčba demence je velice náročná a komplikovaná. Velice důležitá je také včasná diagnóza nemoci, která je však znesnadněna skutečností, že si daná osoba svůj problém neuvědomuje a odmítá proto návštěvu lékaře. Mimo to jsou jednotlivé testy pro pacienty často nepříjemné, proto by na ně měl být připraven. Za účelem testování jsou využívány testy jednotlivých poznávacích schopností, na které dohlíží neurolog, psycholog nebo psychiatr.⁴⁶ Mezi základní testovací metody patří například následující:⁴⁷

- Paměťový test učení: tento test je založen na testování krátkodobé paměti pacienta. Tomu je přečteno 15 slov, která si má zapamatovat a v nezávislém pořadí je zopakovat. Postup se opakuje pětkrát a je sledováno, zda si je daná osoba schopna slova zapamatovat (křivka učení). Pozornost je věnována zejména konfabulaci (chorobná obrazotvornost) a opakování slov. V případě demence se často objevuje konfabulace již v předklinickém stádiu nemoci. Ta se projevuje opakováním smyšlených slov.⁴⁸
- Western aphasia battery (WAB) – test řečových funkcí, který se zaměřuje na řečové a názorové aspekty komunikace. Sledován je průběh spontánní řeči

⁴⁶ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009, s. 25. ISBN 978- 80-247-2454-6

⁴⁷ ŠATEKOVÁ, L. *Demence hodnotící techniky a nástroje*. Praha: Grada, 2021, s. 73. ISBN 978-80-271-1695-9

⁴⁸ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009, s. 25-28. ISBN 978- 80-247-2454-6

pacienta, jeho schopnost porozumět, čtení, psaní, počítání a schopnost řešit logické úkoly. Úkolem pacienta je v rámci testu vyjmenovat co nejvíce slov podle jasného zadání.

- Folsteinův Mini-Mental State Examination (MMSE) test: jedná se sice o velice oblíbený test, jeho výsledky jsou však pouze orientační. V rámci testu je zjišťována schopnost dané osoby orientovat se v čase a místě, zapamatovat si tři slova, pojmenovat ukazované předměty, odčítat od 100 do 1, překreslit obrázek nebo splnit jednoduchý úkol. Pro realizaci testu je nezbytné vytvořit odpovídající prostředí.
- Trail making test: jedná se o jednoduchý test, kdy je úkolem pacienta spojovat čarou čísla od 1 do 25 podle jejich posloupnosti. Pro zdravého člověka se jedná o velice jednoduchý test, ale pacienti s demencí s ním mají značné problémy.
- Mattisonova škála demence: tento test se zaměřuje na paměť, pozornost, motoriku, vlastní iniciativu a kresbu jedince. Každá položka je hodnocena určitým počtem bodů a podle toho, kolika bodů jedinec dosáhne, je možné stanovit míru postižení. Nejedná se tedy přímo o diagnostický nástroj ale nástroj k určení míry již diagnostikovaného postižení.

Primárně je vždy nezbytné najít příčinu vzniku nemoci. V případě, že je demence způsobena onemocněním, které nepostihuje mozkovou tkáň, je nezbytné nasadit odpovídající léčbu. V případě některých onemocnění je při vhodné léčbě možné dosáhnout návratu k normálnímu stavu. Léčba neurodegenerativní a vaskulární demence je náročná, protože zatím neexistuje takový způsob léčby, který by cílil na příčinu onemocnění. Farmakoterapie se zaměřuje na symptomy nemoci a jejím hlavním cílem je zpomalit rozvoj onemocnění. Díky tomu je možné oddálit dobu, kdy je pacient závislý na pomoci svého okolí. V případě, že se u jedince objevují deprese, nespavost nebo poruchy chování, je nezbytné léčit také tyto příznaky. Za tímto účelem jsou využívána antidepresiva, hypnotika a antipsychotika. Nefarmakologická léčba závisí na tom, v jakém stádiu nemoci se jedinec nachází. Zpočátku je vhodné věnovat pozornost tréninku kognitivních funkcí, nácvičku běžných denních aktivit a udržení každodenního

rytmu. V pozdějším stádiu nemoci jde zejména o zajištěné péče o nemocného, který potřebuje podporu v podstatě ve všech oblastech.⁴⁹

V případě léčby demence je nezbytné věnovat pozornost také životnímu stylu jedince. Z tohoto důvodu je vhodné zařadit do jídelníčku omega-3 mastné kyseliny, které podporují činnost mozku. Velice důležitý je také dostatek odpočinku a spánku, protože poruchy paměti a soustředění se často prohlubují v souvislosti s únavou. Vhodné je také doplnit hladinu hořčíku, který podporuje psychickou činnost. Pozitivní vliv má v tomto ohledu také vitamín B a C. Z tohoto důvodu je vhodné konzumovat ovoce, zeleninu, ořechy a luštěniny. Další důležitou látkou, která by měla být doplňována je lecitin. Lecitin se podílí na přenosu impulzů mezi nervovými buňkami. Je obsažen například v játrech, vaječném žloutku, sójových bobech nebo ořechách.⁵⁰

⁴⁹ PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007, s. 68. ISBN 978-80-247-1490-5.

⁵⁰ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. a SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum, 2007, s. 97. ISBN 978-80-254-0177-4.

4 PÉČE O OSOBY S DEMENCÍ A JEJICH AKTIVIZACE

V posledních letech bylo možné vysledovat změnu v přístupu k péči o osoby trpící demencí v důsledku implementace principů popsanych v Mezinárodní úmluvě o právech lidí se zdravotním postižením. Obecně je možné v péči o postižené osoby sledovat postup od péče k podpoře. Cílem je pomoci osobám trpícím demencí udržet si relativní autonomii a svébytnost. Mezi další trendy v oblasti péče patří personalizace, kdy je veškerá péče realizovaná v kontextu života pacienta. V neposlední řadě je při plánování péče vycházeno z priorit, rizik, omezení a přání konkrétního jedince. Hovoříme tedy o tzv. Person centered planning (PCP).⁵¹

K péči o člověka, který trpí demencí, je nezbytné přistupovat komplexně. Vždy je při tom nezbytné brát v úvahu charakter nemoci a individuální potřeby daného jedince. Nemělo by se tedy jednat o „uchvacující péči“, kdy je jedinec nucen podřídit se určitému režimu nebo standardu péče. Cílem totiž není dosáhnout léčebných, rehabilitačních, aktivizačních, výživových či ošetrovatelských cílů, ale pomoci nemocnému vést spokojený život.⁵² Velice důležitou roli při péči o pacienta s demencí hraje pravidelný a stereotypní řád, který pomáhá dané osobě získat pocit jistoty a bezpečí. Mimo to je nezbytné respektovat následující principy:⁵³

- vždy respektujeme důstojnost pacienta a podporujeme jeho osobní identitu;
- autonomní projevy pacienta a možnost je vždy zachovat, i kdyby byly v omezené podobě;
- pacient by měl mít možnost vést svébytný a smysluplný život i přes projevy své nemoci;
- pacient by měl mít možnost užívat si radost a drobná potěšení s využitím různých metod jako je například reminiscence, muzikoterapie nebo basální stimulace.

Významnou roli hraje v případě péče o osoby s demencí to, v jaké fázi nemoci se jedinec nachází. Tato skutečnost totiž ovlivňuje míru soběstačnosti jedince.

⁵¹ PROVAZNÍKOVÁ, E. a KALVACH, Z. *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Praha: Diakonie ČR, 2016, s. 9. ISBN 978-80-87953-16-7.

⁵² PURKIS, E. M. *Care at Home for People Living with Dementia*. Bristol University Press, 2023, s. 85. ISBN 978-1447-359-29-6.

⁵³ GLENNER, J. a kol. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012, s. 24. ISBN 978-80-262- 0154-0.

Vždy je důležité pomoci nemocnému zachovat jeho soběstačnost. Pokud si je pacient vědom, že je schopen postarat se sám o sebe, pozitivně to ovlivňuje jeho zdravotní stav. Z pohledu pečujícího je to však velice náročné. Pečující však může vytvořit takové prostředí, které by mu to umožnilo. Například v případě oblékání je vhodné přichystat a uspořádat oblečení předem. V případě stravování je vhodné jídlo nakrájet, používat nerozbitné nádoby a klidně nechat pacienta jíst rukama. V oblasti hygieny je vhodné označit toaletu a koupelnu tak, aby je pacient našel. Pečující by však neměl mít nereálná očekávání a nároky, které by zvyšovaly vzájemné napětí a vedli k nevhodné reakci (vzteky, agrese, apatie).⁵⁴

V řadě případů na počátku nemoci pečuje o danou osobu jeho rodina a jedinec zůstává ve svém domácím prostředí. V takovém případě je nezbytné zajistit mu bezpečné prostředí. S úpravami je vhodné začít brzy, protože změny v pozdější fázi nemoci mohou být pro jedince stresující. Vhodné je udělat jednotlivé změny a sledovat, zda budou pacientovi vyhovovat a jak na ně bude reagovat. Změny je vždy vhodné vysvětlovat a konzultovat tak, aby neměl pacient pocit, že ho rodina obchází.⁵⁵ Konkrétní úpravy záleží na stupni demence. Změny se většinou týkají následujících oblastí:

- Usnadnění orientace v prostoru: pro jedince s demencí je důležité, aby byl schopen orientovat se v prostoru, ve kterém se nachází. Vše by měl tedy najít na první pohled. Vhodné je proto například napsat na dveře, kam vedou. Do tmavých prostor je vhodné dát svítící nebo reflexní nálepky, které by osvětlovaly cestu ven, do koupelny nebo na toaletu. Cedulkami je také dobré označit skříně a napsat na ně, co se v nich nachází. Potřebné věci by měl mít jedinec vždy blízko a po ruce. Nepoužívané věci se naopak v prostoru nemusí nacházet vůbec. Nevhodná je například výzdoba.⁵⁶
- Snížení rizika úrazu: pro pacienty s demencí je v řadě případů charakteristická snížená pohyblivost. Proto pro ně mohou být některé předměty nebezpečné a je proto nezbytné prostředí upravit. Nebezpečné mohou být například volně

⁵⁴ FERTALOVÁ, T. a ONDRIONÁ, I. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Cosmopolis, 2020, s. 51. ISBN 978-80-271-2479-4

⁵⁵ JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. *Demence: neurologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004, s. 229. ISBN 80-7262-268-4.

⁵⁶ LANGE, E. *Demence: trpělivá péče a pomoc: užitečná příručka pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Vašut, 2019, s. 63. ISBN 978-80-7541-142-6.

položené koberečky, vyvýšené prahy, prosklené dveře atd. Zajištění bezpečnosti se týká také manipulace s plynem nebo elektřinou.⁵⁷

- Usnadnění rozhodování: pro pacienty s demencí jsou charakteristické problémy s rozhodováním. Rozhodování je možné usnadnit různými plány nebo označením jednotlivých předmětů. Takto je možné řešit například přípravu léků, výběr oblečení nebo jídla.⁵⁸
- Komunikace: obecně je v řadě případů pro osoby s demencí komunikace obtížná a v řadě případů stresující. Mají totiž problémy s vyjadřováním (často nemohou najít správná slova). Vhodné je s lidmi s demencí hovořit pomalu, používat jednoduché věty, volit vhodná gesta nebo názorné pomůcky. Velice důležité je také oslovovat pacienty jménem. V úvahu je nutné brát fakt, že tito lidé mají zachovanou emoční inteligenci, rozumí významu řeči těla a náladě komunikačního partnera. Je proto zcela nemístné hovořit s těmito lidmi opovržlivě. Naopak je dobré zasmát se humorným situacím.⁵⁹

Provažník a Kalvach v souvislosti s adaptací jedince na projevy demence hovoří o strategii 5 P. Jedná se o soubor principů, které mohou být uplatněny jak ze strany pacienta tak jeho rodiny. Strategie 5 P zahrnuje:⁶⁰

- Perspektiva: pro pacienta je nezbytné zaměřit se nejen na vzpomínky, ale také na budoucnost. Vždy je vhodné zaměřit se na to, čeho si jedinec nejvíce ve svém životě považoval a na tom stavět také jeho perspektivu.
- Pružnost: pacient i jeho rodina by měli být schopni a ochotni měnit zavedené postupy. Problémem je skutečnost, že pro pacienta je z důvodu jeho nemoci velice náročné reagovat na změny. V tomto ohledu je nezbytné, aby byla flexibilní jeho rodina.
- Prozíravost: jedná se v podstatě o přiměřené předjímání možnému vývoji nemoci a omezením, která jsou s ním spojena. Nemocný a jeho rodina by takto měla být

⁵⁷ JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. *Demence: neurologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004, s. 116. ISBN 80-7262-268-4.

⁵⁸ KOUKOLÍK F., JIRÁK R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha, Grada, 1998, s. 91. ISBN: 80-7169-615-3

⁵⁹ LANGE, E. *Demence: trpělivá péče a pomoc: užitečná příručka pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Vašut, 2019, s. 68. ISBN 978-80-7541-142-6.

⁶⁰ PROVAŽNÍKOVÁ, E. a KALVACH, Z. *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Praha: Diakonie ČR, 2016, s. 139. ISBN 978-80-87953-16-7.

připravena a měla by předjímat služby, které bude do budoucna potřebovat. Mimo to by měl být nemocný schopen cílevědomě využívat omezeného času.

- Porozumění: z pohledu nemocného je vhodné, aby si budoval pozitivní vztahy se svým okolím. Pouze tak nezůstane v době nemoci sám bez pomoci. Pečující osoby by měly mít k pacientovi pochopení, protože prochází celou řadou významných změn.
- Potěšení: nemocní potřebují prožívat alespoň drobné radosti, které by jim život ulehčily. Na tuto skutečnost by měli pečující při plánování aktivit myslet. Každou takovouto radost by si měli společně užívat.

S postupující demencí je péče o pacienta náročnější. Podle Lange by se neměla rodina osoby trpící demencí bát požádat o pomoc. Je zcela přirozené, že v určité chvíli již není schopná péči zvládnout.⁶¹ Důvodem je skutečnost, že má jedinec stále větší problémy rozpomenout si na jednotlivé úkony. Jedinec má nakonec problémy s běžnými každodenními úkony. V takovémto případě je možné obrátit se s žádostí o pomoc na specializované organizace. Rodina má v takovémto případě následující možnosti:⁶²

- Pečovatelská služba: rozsah pečovatelské služby závisí vždy na míře postižení a potřebách pacienta. Pracovníci pečovatelské služby mohou pomáhat se zajištěním hygieny, zajištěním jídla, pomoci s úklidem či zajištěním nákupu.
- Osobní asistence: v případě potřeby větší asistence při každodenních úkonech je vhodné zajistit péči osobního asistenta. Osobní asistent mimo jiné doprovází nemocného k lékaři nebo na jiné nezbytné schůzky. Osobní asistenti jsou profesionálové vyškolení ke komunikaci s osobami s demencí a v podstatě fungují také jako společníci.
- Ošetřovatelská služba: v rámci ošetřovatelské služby jsou některé lékařské úkony zajišťovány v pohodlí domova. Ošetřovatelé jsou odborníci s lékařským vzděláním, kteří mohou například aplikovat injekce, ošetřovat rány nebo aplikovat parentální výživu.

⁶¹ LANGE, E. *Demence: trpělivá péče a pomoc: užitečná příručka pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Vašut, 2019, s. 93. ISBN 978-80-7541-142-6.

⁶² HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013, s. 61-66. ISBN 978-80-247-4139-0.

- Domovy pro seniory: v posledním stádiu demence vyžaduje pacient nepřetržitou odbornou péči. V takovém případě je většinou nutné, aby byl pacient umístěn do specializovaného ústavu. Jedná se o domovy pro seniory se zvláštním režimem. Existují také specializované domovy zaměřené na péči o osoby s Alzheimerovou chorobou.

Zcela zásadní roli hraje v případě péče o osoby s demencí také aktivizační činnosti. Hartl a Hartlová charakterizují aktivizační činnosti následujícím způsobem: „*širěji nespecifické označení úrovně aktivity, činnosti, vybuzenosti, založené na smyslové, žlázoové, hormonální a svalové připravenosti k činnosti*“.⁶³ Podle Rheinwaldové je aktivizační činnost specifický způsob intervence do života jedince, jehož cílem je udržet jeho schopnosti a dovednosti na úrovni, která odpovídá jeho možnostem.⁶⁴ Na aktivizaci je tedy možné nahlížet jako na smysluplnou činnost, která uvádí jedince do chodu a umožňuje mu kvalitně trávit volný čas. Cílem aktivizace však není dosáhnout určitého výkonu. Mimo to v případě osob s demencí není vhodné pacienta do aktivity nutit. Tito lidé totiž často upadají do apatie a bojí se do činnosti zapojit. Důvodem je strach z tohoto, že aktivitu v důsledku upadajících kognitivních funkcí nezvládnou.⁶⁵

Obecně je cílem aktivizace pomoci seniorovi žít kvalitní život a nejen přežívat. V případě osob s demencí je cílem posílení funkčních a kognitivních schopností jedince a jeho fyzické zdatnosti. V případě pacientů s demencí má aktivizace preventivní i léčebný charakter. V případě prevence jde o snahu pomoci rizikovým skupinám předcházet negativním dopadům nemoci. V tomto ohledu je vhodné zařadit mezi aktivizační činnosti trénink dovedností, jako je krátkodobá paměť. Léčebné aktivity mají terapeutický charakter. Jedná se například o kognitivní rehabilitaci po cévní mozkové příhodě.⁶⁶

Mezi aktivizační metody patří celá řada činností. Například Beneš upozorňuje na skutečnost, že vzdělávání může mít pozitivní význam v případě prevence demence

⁶³ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 72. ISBN 80-7178-303-X.

⁶⁴ RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999, s. 91. ISBN 807169- 828-8.

⁶⁵ KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, s. 28. ISBN 80-244-1552-6

⁶⁶ FERTAĽOVÁ, T. a ONDRIONÁ, I. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Cosmopolis, 2020, s. 68. ISBN 978-80-271-2479-4

nebo v jejích počátečních fázích.⁶⁷ Nejedná se tedy pouze o terapeutické činnosti ale také další aktivity. Mezi vhodné aktivizační metody patří fyzioterapie, arteterapie, canisterapie, ergoterapie, reminiscenční terapie nebo kognitivní trénink. Vhodné je také zapojit do každodenní činnosti pacientů s demencí zpěv, pečení, háčkování, výrobu dekorací nebo práci na zahradě. Při výběru a plánování aktivizační činnosti je vždy nezbytné respektovat osobní preference pacienta s demencí a také jeho možnosti. V úvahu je nutné brát také kompenzační pomůcky, které senior používá. Proto je při realizaci aktivizační činnosti vždy nezbytné vycházet ze znalosti života dané osoby – jeho zájmů, rodinného zázemí, profesního zaměření atd. Důraz by měl být kladen zejména na to, aby byla seniorům nabízena činnost, která by mu umožnila kvalitně trávit volný čas dle jeho preferencí. Cílem by mělo mimo jiné být, aby senior zažil úspěchy a došlo tak k posílení jeho sebevědomí. Senior má vždy právo rozhodnout se, zda se do dané činnosti zapojí či nikoliv.⁶⁸

⁶⁷ BENEŠ M. *Andragogika*. Praha: Grada, 2014, 127. ISBN 978-80-247-4824-5.

⁶⁸ KOLEKTIV AUTORŮ. *Aktivizace seniorů – tělesné a duševní aktivizační programy*. Praha: Verlag Dashöfer, 2013, s. 89. ISBN 978-80-87963-75-3.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE A METODOLOGIE VÝZKUMU

Předložená práce se věnuje problematice aktivizace seniorů trpících demencí, kteří zůstávají v domácím prostředí. Cílem realizovaného výzkumu je na základě zpracovaných případových studií popsat, jakým způsobem probíhá aktivizační činnost realizovaná v případě seniorů s demencí, kteří pobývají ve svém domácím prostředí. Na základě tohoto cíle byly formulovány výzkumné otázky, na které budou hledány odpovědi. Jedná se o následující výzkumné otázky:

- Kdo se na aktivizační činnosti podílí?
- Jaké aktivity jsou se seniory realizovány?
- Jaký je jejich vliv na zdravotní stav jedince?

V rámci realizace výzkumu budou vypracovány čtyři případové studie. Případové studie patří mezi jednu z metod kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum pracuje s menším množstvím dat, ale jde do hloubky sledované problematiky. Zjišťovány jsou názory jednotlivců na sledovanou problematiku. Pro kvantitativní výzkum je charakteristické, že na rozdíl od kvalitativního výzkumu nepracuje s velkým množstvím dat a k jejich interpretaci nevyužívá statistické metody. Spíše se zaměřuje na podrobný popis daného jevu, který zasazuje do sociálního kontextu. Za účelem realizace výzkumu jsou využívány otevřené a nestrukturalizované výzkumné plány. Analýza nashromážděných dat pak vychází z detailních informací získaných od malého počtu respondentů. Na základě výsledků kvalitativního výzkumu je vytvářen komplexní pohled na zkoumaný jev.⁶⁹

Během výzkumu budou sledováni čtyři senioři, kteří trpí demencí, a je o ně pečováno v domácím prostředí. Senioři byli vybráni ve spolupráci s pečovatelskou službou, která se zaměřuje na péči o seniory v domácí péči a specializuje se na péči o osoby s demencí. Za pomoci této organizace bylo vytipováno pět rodin, které byly následně

⁶⁹ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008, s. 48. ISBN 978-80-7367-485-4.

požádány o spolupráci. S účastí na výzkumu nakonec souhlasili čtyři senioři a jejich rodiny. Senioři a jejich rodiny byli seznámeni s charakterem výzkumu a skutečností, že informace budou využity pouze pro účely této práce. Dohodnuto bylo také, že výzkum zůstane anonymní a nikde nebudou uváděna reálná jména účastníků výzkumu. Z tohoto důvodu jsou senioři a jejich příbuzní v práci označováni smyšlenými jmény. Ostatní údaje však nebyly upravovány. Účastníci výzkumu také podepsovali informovaný souhlas s účastí na výzkumu a prezentací nashromážděných informací.

Informace, na jejichž základě budou jednotlivé případové studie zpracovány, budou získány na základě analýzy osobní a zdravotnické dokumentace, z rozhovorů s rodinnými příslušníky a pečovatelkami a rovněž na základě pozorování. V případě osobní a zdravotnické dokumentace bude primárně sledován charakter onemocnění seniorů, který do velké míry ovlivňuje způsob aktivizace. Významným zdrojem informací jsou rozhovory s osobami, které o seniory s demencí pečují. Realizovány byly polostrukturované rozhovory, pro které je charakteristické, že probíhají podle předem připravené osnovy. Dotazovaný má však možnost se od této osnovy odklonit, což umožňuje hlouběji proniknout do sledované problematiky. Na druhou stranu je nutné si uvědomit, že zpracování takto nashromážděných údajů je celkem náročné. Rozhovory byly vedeny s členy rodin, kteří o seniory pečují. Dále byly realizovány rozhovory s ošetřovatelkami, které seniory navštěvují v jejich domovech a pečují zde o ně. Poslední metodou, která bude v rámci výzkumu použita, je pozorování. Informace získané v rámci pozorování, budou sloužit k dokreslení dat získaných z rozhovorů. V tomto případě bude sledován průběh aktivizačních aktivit. Díky tomu, že ke sběru budou využity tři metody, bude možné udělat si komplexní pohled na sledovanou problematiku.

Případové studie budou obsahovat základní informace o osobní anamnéze vybraného seniora, způsobu léčby a péče o seniora s demencí a realizace aktivit zaměřených na aktivizaci seniora. Informace získané při přípravě jednotlivých kazuistik budou interpretovány ve vztahu k cíli výzkumu a budou využity k zodpovězení výzkumných otázek.

6 PŘÍPADOVÉ STUDIE

V této kapitole budou uvedeny případové studie vypracované na základě analýzy osobní a zdravotní dokumentace seniorů, rozhovorů s rodinnými příslušníky a pečovatelkami a pozorování realizace aktivizačních aktivit přímo v praxi. Každá kazuistika bude obsahovat osobní anamnézu, způsobu léčby a péče o seniora a realizace aktivit zaměřených na aktivizaci. Celkem budou v práci uvedeny čtyři kazuistiky.

6.1 Kazuistika č. 1

Základní informace o seniorovi

Jméno: Petr

Pohlaví: muž

Narozen: 1950

Manželka: Jana

Děti: syn Petr, dcera Stanislava

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Zaměstnání: zámečnick, později mistr a poté administrativní pracovník

Diagnóza: střední demence Alzheimerova typu

Osobní a rodinná anamnéza

Pan Petr se narodil v roce 1950 do dělnické rodiny. Matka měla základní vzdělání a pracovala jako dělnice v továrně. Otec byl vyučený zedník a pracoval v daném oboru. Rodina žila většinu života v rodinném domě na venkově. Pan Petr se po dokončení základní školy vyučil zámečníkem a začal v tomto oboru také pracovat. V této době žil v ubytovně podniku, ve kterém byl zaměstnán.

V roce 1971 se pan Petr oženil a s manželkou Janou se přestěhoval do panelového bytu ve městě, kde manželé pracovali. V roce 1972 se manželům narodilo první dítě – syn Petr. V roce 1975 se manželům narodila dcera Stanislava. Manželka byla v této době na mateřské dovolené a následně se vrátila do zaměstnání. Pracovala zpočátku

jako dělnice a později jako administrativní pracovnice v továrně. Pan Petr pracoval zpočátku jako zámečnický v továrně. Později si však dodělal maturitu, což mu umožnilo získat pracovní pozici mistra v továrně. Později začal pracovat v administrativě. Syn Petr vystudoval gymnázium a pokračoval ve studiu na vysoké škole se strojním zaměřením. Po ukončení studia získal pozici jako manažer ve firmě v oblasti automobilového průmyslu. Dcera Stanislava vystudovala obchodní akademii a později pokračovala ve studiu vysoké školy ekonomické. Pracuje jako daňový poradce.

Pan Petr byl celý život aktivním sportovcem. Věnoval se zejména plavání, běhání, jízdě na kole a lyžování. Stejně tomu bylo v případě jeho manželky, která spolu s ním jezdila na kole. Spolu s rodinou často vyráželi do přírody a věnovali se turistice. Pan Petr také sbíral známky a hrál šachy. Podobně aktivní byl také po odchodu do důchodu v roce 2014 ve věku 64 let. V důchodu se věnoval zejména jízdě na kole, plavání a Nordic walkingu. Žije s manželkou v bytě, který mají v osobním vlastnictví. Manželka je také v důchodu a je v poměrně dobrém zdravotním stavu.

Zdravotní anamnéza

Pan Petr byl většinu svého života podle rodiny v dobrém zdravotním stavu. V roce 1971 prodělal operaci slepého střeva a v roce 1975 byl hospitalizován kvůli vážné zlomenině ruky, kterou utrpěl v důsledku pádu z kola. Jinak během života prodělal pouze běžné nemoci, jako jsou různé virózy, chřipky nebo angíny. Nikdy se nejednalo o vážné onemocnění.

První změny v chování v důsledku nastupující demence Alzheimerova typu se objevily v roce 2017, kdy bylo panu Petrovi 67 let. Pan Petr začal zapomínat a byl zmatený. Zpočátku zapomínal drobnosti, jako jsou důležitá data nebo termíny schůzek. Později se začala projevovat zmatenost. Pan Petr opakovaně volal dceři nebo synovi, aniž by věděl, co jim chce sdělit. Postupně se u něho projeví také problémy v orientaci v čase a prostoru. Prvních projevů si všimla manželka, která upozornila dceru a syna. Pan Petr své problémy odmítal uznat a problémy přisuzoval svému věku. Proto manželka pana Petra požádala o pomoc jejich děti. Ty nakonec v důsledku zhoršujícího se stavu kontaktovali otcova lékaře, který na jejich naléhání začal situaci řešit a pana Petra poslal na vyšetření k neuropsychologovi. Na základě vyšetření neuropsycholog panu Petrovi diagnostikoval demenci Alzheimerova typu a doporučil odpovídající léčbu.

V současné době se pan Petr nachází ve středním stádiu nemoci. Nemoc se u pana Petra projevuje zhoršováním kognitivních funkcí, zmateností a změnou nálad. V oblasti kognitivních funkcí se nemoc projevuje zejména zapomínáním a dezorientací. Pan Petr zapomíná jména (manželky, dětí a vnoučat) a události. Stále častěji klade otázky, které poukazují na dezorientaci v čase. Ptá se na své rodiče a sourozence, kteří již nežijí. Nejhorší záchvat se objevil cca před 6 měsíci, kdy pan Petr opustil dům bez vědomí manželky a nebyl schopen se vrátit. Manželka ho nakonec našla, jak se zmateně potuluje po sídlišti. Od té doby ho manželka více hlídá a nepouští pana Petra nikam bez dozoru. V posledním roce má také problémy s vyjadřováním. Pan Petr stále častěji komolí slova a má problémy složit větu.

V posledních 3 letech se u pana Petra objevují také změny nálad, které jsou stále častější a prudší. Rodina upozorňuje také na značnou emoční labilitu, která se stále zhoršuje. V posledním roce se u pana Petra objevila také deprese, která se projevuje uzavřením se do sebe a odmítáním komunikovat s okolím. Změny nálad nese velice špatně zejména jeho manželka, která se značnou měrou podílí na péči o pana Petra.

Mimo demenci Alzheimerova typu trpí pan Petr také nedoslýchavostí, která je řešena pomocí naslouchadla. To však pan Petr často odmítá nosit. Dalším problémem je inkontinence, která je řešena pomocí plen. V neposlední řadě byl panu Petrovi před třemi měsíci diagnostikován žaludeční vřed. Z tohoto důvodu byla nasazena přísná dieta.

Zajištění péče

Pan Petr je v lékařské péči neurologa, psychiatra a psychologa. Díky včasnému stanovení diagnózy byla léčba zahájena poměrně brzy, což mělo na průběh nemoci pozitivní vliv. Od počátku tak má léčba komplexní charakter a na její koordinaci dohlíží obvodní lékař pana Petra. Významnou roli v tomto ohledu hraje také rodina pana Petra, která se o něho aktivně stará. Ta se od počátku snaží vyhledávat nové možnosti léčby, které zahrnují také preventivní kroky.

Léčba je v současné době založena zejména na farmakoterapii. Pan Petr je ale také v péči psychiatra a psychologa, protože se u něho objevují stále častěji deprese. Za účelem řešení deprese však nebyla zatím doporučena medikace. Důraz je kladen zejména na řešení behaviorálních problémů.

Pan Petr zůstává v rodinném prostředí a péči zajišťuje zejména manželka. Na péči se podílí také děti a jejich rodiny, které za rodiči pravidelně dochází. V posledních třech letech navštěvují rodinu také sociální pracovníci a ošetřovatelky, které se na péči podílejí. V současné době je soběstačnost pana Petra již omezená. Potřebuje pomoc při každodenních aktivitách, jako je oblékání nebo osobní hygiena (koupání, čištění zubů). Sám však zvládá dojít si na toaletu a je schopen se sám najíst.

Aktivizační činnost

Na realizaci aktivizační činnosti se podílí rodina a sociální pracovníci a ošetřovatelky, které do rodiny pravidelně docházejí. Aktivizační činnost je v případě pana Petra realizovaná cca čtyři roky, kdy se jeho stav začal zhoršovat. Za účelem plánování aktivizační činnosti kontaktovala rodina Alzheimer centrum, které rodinu seznámilo s osvědčenými postupy aktivizace a pomohlo jim vypracovat základní aktivizační plán. Pan Petr začal za účelem aktivizace do centra docházet a některé aktivity byly realizovány i doma. Před 2 lety přestal pan Petr do centra docházet kvůli zhoršujícímu se zdravotnímu stavu. Aktivizační činnost tak probíhala doma a podíleli se na ní sociální pracovníci a ošetřovatelky, které do rodiny pravidelně docházejí.

Aktivizační činnost, která je s panem Petrem realizována, zahrnuje celou řadu aktivit, které je možné rozdělit do tří základních skupin. Jedná se o následující skupiny:

- Aktivizační činnost realizovaná doma s rodinou: realizace těchto aktivit se účastní většinou manželka a děti pana Petra. Rodinní příslušníci jsou schopni realizovat základní jednoduché aktivity, jejichž cílem je pomoci panu Petrovi udržet si svou soběstačnost a trénovat kognitivní funkce. Rodinní příslušníci byly za účelem realizace aktivizační činnosti proškoleni v Alzheimer centru a mají tedy základní povědomí o tom, jak postupovat. V tomto případě není možné hovořit o plánování aktivizační činnosti, protože rodina většinou reaguje na potřeby pana Petra. Do této skupiny patří například následující aktivity:

- Trénování paměti: luštění křížovek, pexeso, rébusy, hádanky.
- Výtvarná činnost: omalovánky, obkreslování, kresba vodovými barvami.
- Hraní společenských her: člověče, nezlob se, dáma, dostihy a sázky.
- Předčítání: předčítání knih nebo denního tisku.
- Relaxace při hudbě.

- Aktivizační činnost realizovaná doma se sociální pracovnící nebo ošetřovatelkou: jak již bylo výše uvedeno, za panem Petrem dochází domů ošetřovatelky a sociální pracovnice, které rodině vypomáhají. Jedná se o placenou službu. Ošetřovatelky docházejí do rodiny třikrát za týden (pondělí, středa a pátek). Sociální pracovnice navštěvuje pana Petra jednou za 14 dní. Rodina se s organizací, která tuto službu zajišťuje, dohodla také na zařazení aktivizační činnosti. Mezi aktivizační činnosti, která jsou takto realizovány patří:
 - Návčik soběstačnosti: zavazování tkaniček, manipulace s vypínači a ovladači, vytáčení telefonního čísla, příprava ke stolování, peněžní transakce.
 - Trénování paměti: luštění křížovek, pexeso, rébusy, hádanky.
 - Muzikoterapie: relaxace při hudbě, pohybově hudební cvičení.
 - Pohybová cvičení: cvičení s overbally, gymnastickými gumami.
- Aktivizační činnost realizovaná mimo domov: pan Petr se účastní také aktivizační činnosti mimo domov. V minulosti pravidelně navštěvoval Alzheimer centrum, kde je nemocným nabízena celá řada individuálních nebo skupinových aktivit. Účastnil se takto promítání filmů, předčítání knih, společenských večerů atd. Navštěvoval také speciální jednorázové akce, jako byla například canisterapie, arteterapie nebo zahradničení. V současné době však jeho zdravotní stav nedovoluje účastnit se dalších akcí. V posledních šesti měsících nenavštívil žádnou z těchto akcí. Stále však jednou za týden dochází na rehabilitace do nemocnice a jednou za měsíc na masáž.

6.2 Kazuistika č. 2

Základní informace

Jméno: Alena

Pohlaví: žena

Narozena: 1956

Manžel: Ivan

Děti: dcera Pavlína a dcera Dominika

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Zaměstnání: administrativní pracovnice ve veřejné správě

Diagnóza: lehká demence Alzheimerova typu

Osobní anamnéza

Paní Alena se narodila v roce 1956 v malé vesnici na východě Čech. Matka pracovala v zemědělství a otec byl zaměstnán jako stavební dělník. Rodina žila v domě, který sdílela s rodiči otce paní Aleny. Po dokončení základní školy vystudovala paní Alena střední školu se zaměřením na ekonomii. Následně začala pracovat jako administrativní pracovnice na obecním úřadě v nedalekém městě. Stále bydlela u rodičů a do práce dojížděla.

V roce 1975 se vdala za manžela Ivana, který pracoval jako strojní inženýr v továrně. Společně si zakoupili dům na okraji města, kde zůstali po celý život. V roce 1977 se manželům narodila první dcera Pavlína a v roce 1979 druhá dcera Dominika. Po mateřské dovolené se paní Alena vrátila zpět do zaměstnání na obecní úřad, kde pracovala na různých pracovních pozicích až do odchodu do předčasného důchodu v roce 2018, aby se mohla starat o nemocného manžela. Manžel Ivan odešel do důchodu v roce 2016. V roce 2018 mu byla diagnostikována rakovina plic, na kterou v roce 2019 zemřel. Dcera Pavlína vystudovala vysokou školu a v současné době je zaměstnána jako projektová manažerka v soukromém sektoru. Dcera Dominika vystudovala střední školu a pracuje jako účetní v soukromém sektoru.

Paní Alenu popisuje rodina jako velice srdečnou a společenskou. Celý život se ráda stýkala se svými přáteli a žila bohatým společenským životem. Navštěvovala divadla a koncerty a velice ráda četla. Mezi její další koníčky patřilo pletení. Po odchodu do důchodu v roce 2018 se však její kontakt s přáteli snížil, protože pečovala o nemocného manžela. Po smrti manžela se opět začala s přáteli více stýkat.

V současné době žije paní Alena v domě, který s manželem zakoupili. Do domu se již v roce 2019 nastěhovala její mladší dcera s rodinou. Důvodem byla skutečnost, že by se paní Alena nebyla schopná o dům po smrti manžela sama postarat.

Zdravotní anamnéza

Paní Alena prodělala v dětství dětskou obrnu, která měla vliv na hybnost levého ramene. V dětství neprodělala jiné vážné nemoci ani úrazy. V dospělosti prodělala operaci

ledviny, na které ji byl nalezen nezhoubný nádor. Od té doby trpí astmatem, které vzniklo v důsledku dlouhé narkózy. Nemoc je léčena za pomoci medikace.

První projevy demence Alzheimerova typu se u paní Aleny začaly objevovat na konci roku 2019. Paní Alena byla podle své dcery zmatená a stále častěji zapomínala na schůzky s rodinou a přáteli. Problémy se objevily také v oblasti orientace v prostoru, kdy měla problémy dorazit domů z centra města, přestože cestu velice dobře znala. Dcera Dominika iniciovala vyšetření u praktického lékaře, který doporučil návštěvu neurologa. Ten diagnostikoval u paní Aleny začínající demence Alzheimerova typu a doporučil odpovídající léčbu.

V současné době je paní Alena v počáteční fázi nemoci, která je zatím poměrně dobře zvládána díky včasnému nasazení léčby. Nemoc se u ní projevuje zejména zhoršením kognitivních funkcí. Paní Alena zapomíná jména svých příbuzných (dcer, jejich manželů a dětí). Má stále více problémy se zapamatováním naplánovaných aktivit. Většinou zapomíná na schůzky, které si domluvila s přáteli. Objevují se u ní také problémy s orientací v prostoru. Podle dcery někdy bezcílně bloudí po domě a zdá se, že neví, kde je. Značné problémy má také v nových situacích, které neumí řešit (ovládání nového televizoru, používání myčky na nádobí atd.).

V posledním roce se u paní Aleny začaly objevovat také výraznější změny nálad. Bývá častěji podrážděná a na nabídku pomoci reaguje agresí. Někdy se u ní objevují také silně melancholické nálady, kdy se lituje a odmítá cokoli dělat. Postupně také ztrácí zájem o své koníčky a vyhýbá se kontaktu s přáteli, kteří mají stále zájem ji navštěvovat.

Mimo demenci Alzheimerova typu trpí paní Alena stále astmatem, které je medikováno. Rodina však musí dohlížet na to, aby léky pravidelně brala. Má také problémy se zrakem. V roce 2021 prodělala operaci šedého zákalu. V roce 2022 se u ní začala projevovat artritida, která postihla zejména ruce. To paní Alena bere velice špatně, protože se již nemůže věnovat své oblíbené činnosti, kterou je pletení.

Zajištění péče

Paní Alena je v lékařské péči neurologa, psychiatra a psychologa. Za koordinaci léčby je odpovědný neurolog. Důraz je kladen na komplexní léčbu s cílem zabránit rozvoji nemoci do dalšího stádia a pomoci paní Aleně udržet si co nejdéle maximální soběstačnost. Důraz je kladen zejména na procvičování paměti, úpravu prostředí a nácvik

soběstačnosti. Léčba je v tuto chvíli založena zejména na farmakoterapii. Nasazena byla také podpůrná léčba ve formě doplňků stravy (gynko biloba, vitamín E) a úpravy stravování.

Paní Alena je stále v péči rodiny. Pečuje o ni primárně dcera Dominika, s jejíž rodinou žije paní Alena v jednom domě. Na péči se podílí také starší dcera paní Aleny Pavlína. Rodina se v tomto ohledu snaží v péči střídat. Na počátku nemoci zvládala být paní Alena dopoledne doma sama, ale od roku 2021 je nutný pravidelný dohled. Dcera Dominika proto začala působit jako samostatná účetní a pracuje převážně z domova. Rodina využívá také služeb denního stacionáře, který paní Alena navštěvuje. Do rodiny dochází v případě potřeby také pečovatelka, která pomáhá s péčí o paní Alenu a o domácnost.

Paní Alena je v současné době zatím soběstačná. Zvládá sama základní hygienu, oblékání základní péči o domácnost. Potřebuje však pomoc při úklidu a dalších domácích pracích, které již sama v důsledku nemoci nezvládá.

Aktivizační činnost

Na realizaci aktivizační činnosti se podílí zaměstnanci denního stacionáře a rodina paní Aleny. Aktivizační činnost je v případě paní Aleny realizována od roku 2020, kdy bylo rodině doporučeno navštívit Alzheimer centrum. Zde bylo rodině doporučeno, aby paní Alena začala navštěvovat denní stacionář, který nabízí celou řadu programů a jednorázových akcí nejen pro pacienty s touto diagnózou. Rodina se rozhodla této možnosti využít. Mimo to byly dcery paní Aleny proškoleny tak, aby se mohly podílet na aktivizační činnosti doma. V této oblasti se začala věnovat hlavně dcera Dominika, která s matkou v tomto ohledu aktivně pracuje. Jednotlivé aktivity realizovaná v rámci aktivizační činnosti je tedy možné rozdělit do tří základních skupin:

- Aktivizační činnost realizovaná doma s rodinou: s paní Alenou v tomto směru pracuje zejména dcera Dominika, která prošla speciálním školením. O tuto problematiku se detailněji zajímá a snaží se s maminkou pracovat na tom, aby se její stav nezhoršoval. Zaměřuje se při tom zejména na trénování paměti. Do této skupiny patří například následující aktivity:
 - Trénování paměti: luštění křížovek, pexeso, rébusy, hádanky.
 - Hraní společenských her: člověče, nezlob se, dáma, dostihy a sázky.
 - Předčítání: předčítání knih nebo denního tisku.

- Aktivizační činnost realizovaná v denním stacionáři: paní Alena dochází pravidelně dvakrát týdně do denního stacionáře, kde je pro klienty připravován skupinový i individuální program. Jedná se zejména o různé společenské akce, pohybové aktivity nebo výtvarnou činnost. Stacionář realizuje také různé jednorázové akce, které mají terapeutický charakter. Probíhá zde například canisterapie, arteterapie, muzikoterapie atd. Mezi aktivizační činnosti, která jsou takto realizovány patří:
 - Trénování paměti: rébusy, hádanky, paměťová cvičení.
 - Muzikoterapie: relaxace při hudbě, pohybově hudební cvičení.
 - Arteterapie: kreslení různými technikami, práce s keramickou hlinou, nové výtvarné techniky.
 - Pohybová cvičení: cvičení s overbally, gymnastickými gumami, pilates pro seniory, rehabilitační cvičení.
 - Promítání filmů: promítání filmů pro pamětníky i nových filmů.
 - Pracovní činnost: ruční práce, práce na zahradě.
- Další aktivizační činnost: paní Alena se účastní také vybraných jednorázových akcí v Alzheimer centru. Akce většinou vybírá dcera Dominika. Paní Alena dochází také pravidelně jednou za dva týdny na masáže.

6.3 Kazuistika č. 3

Základní informace

Jméno: Pavel

Pohlaví: muž

Narozen: 1952

Manželka: první manželka Dana, druhá manželka Kamila

Děti: dcera Zuzana, syn Matyáš, dcera Daniela

Vzdělání: vysokoškolské

Zaměstnání: architekt

Diagnóza: střední demence Alzheimerova typu

Osobní anamnéza

Pan Pavel se narodil v roce 1952. Matka měla středoškolské vzdělání a pracovala jako sekretářka ve státním podniku. Otec byl stavební inženýr, který se podílel na stavbách realizovaných pro město. Rodina žila v domě na okraji města a měla velice dobré sociální postavení, protože otec byl politicky aktivní. Pan Pavel absolvoval gymnázium a pokračoval ve studiu na vysoké škole. Vystudoval architekturu a v oboru také pracoval. V roce 1975 se oženil a s manželkou Danou si postavili ve vilové čtvrti ve městě rodinný dům. V roce 1976 se jim narodila dcera Zuzana. Manželka však v důsledku rakoviny prsu v roce 1979 zemřela. V roce 1982 se pan Pavel opět oženil. S druhou manželkou Kamilou měl dvě děti. Syn Matyáš se narodil v roce 1982 a dcera Daniela v roce 1984. Pan Pavel pro rozrůstající se rodinu postavil nový dům na okraji města. Manželka Kamila po mateřské dovolené pracovala jako sekretářka v soukromé firmě. Pan Pavel po celý život pracoval jako architekt. Do důchodu odešel v roce 2017. Manželka ho následovala do důchodu v roce 2019. Dcera Zuzana vystudovala vysokou školu ekonomickou a pracuje v oblasti controllingu v nadnárodní společnosti. Syn Matyáš vystudoval vysokou školu v oblasti IT a v této oblasti také podniká. Dcera Daniela má vysokoškolské vzdělání a pracovala jako učitelka na 2. stupni základní školy. V současné době je doma a zajišťuje péči o otce.

Pan Pavel byl po celý život aktivním sportovcem. Věnoval se triatlону – plavání, běhu a jízdě na kole. S druhou manželkou také společně chodili na horské túry. Velice rád rovněž cestovali a poznávali exotické země. Mezi další koníčky pana Pavla patřila četba a divadlo. S manželkou také navštěvovali pravidelně společenské akce, protože to vyžadovalo jeho zaměstnání.

Zdravotní anamnéza

Pan Pavel netrpěl v mládí žádnou závažnou nemocí ani neutrpěl úraz. V roce 1993 utrpěl lehký infarkt, v jehož důsledku byl hospitalizován v nemocnici. Situaci se však podařilo vyřešit za pomoci medikace. Pan Pavel byl také nucen v této době upravit svůj životní styl. Problémy se díky tomu již neopakovaly. V roce 1998 utrpěl v důsledku autonehody zlomeninu nohy, která vyžadovala operaci. V roce 2021 pan Pavel upadl a utrpěl pohmožděninu nohy a zlomeninu ruky. V důsledku tohoto zranění má sníženou mobilitu.

První příznaky nemoci zaregistrovala rodina v roce 2020. Pan Pavel byl zmatený dezorientovaný. Manželka Kamila uvedla, že si již předtím všimla určitých náznaků, na které manžela upozorňovala. Ten však vše odmítal s tím, že se jedná o projevy stáří. Pan Pavel ani jeho rodina nepřikládali situaci větší význam, a proto byla diagnóza stanovena poměrně pozdě. To se negativně projevilo na průběhu nemoci, která poměrně rychle postupovala. Pan Pavel svolil s návštěvou lékaře až ve chvíli, kdy ho manželka našla v noci potulovat se bezcílně po zahradě. Praktický lékař doporučil neurologické vyšetření, na jehož základě neurolog stanovil odpovídající diagnózu.

V současné době se pan Pavel nachází ve středním stádiu nemoci, do kterého se dostal poměrně rychle v důsledku pozdního stanovení diagnózy. Má značné problémy s pamětí. Krátkodobá paměť je silně narušena a již se objevují také problémy s dlouhodobou pamětí. Pan Pavel zapomíná jména členů rodiny. Často si plete své děti se sourozenci nebo je vůbec nepoznává. Objevuje se také silná dezorientace v prostoru. Pan Pavel již několikrát opustil domov bez vědomí manželky a následně se zmateně potuloval po okolí. V jednom případě ho domů dovedli až příslušníci policie. V posledním roce se objevují také problémy v oblasti komunikace, protože pan Pavel zapomíná slova nebo je komolí. V této době se u něho začaly objevovat také rychlé a prudké změny nálad. Podle rodiny je někdy velice melancholický a bývá také agresivní. V oblasti soběstačnosti je schopen základní hygieny, oblékání a stravování. Náročnější činnost však nezvládá a potřebuje pomoc.

Zajištění péče

Pan Pavel je v lékařské péči neurologa a psychiatra. Panu Pavlovi je poskytována komplexní péče, která zahrnuje farmakoterapii a systematické řešení behaviorálních problémů. Léčbu koordinuje neurolog, který úzce spolupracuje s psychiatrem.

Pan Pavel žije v domě s manželkou a nejmladší dcerou Danielou. Zpočátku zajišťovala péči o pana Pavla zejména manželka. V roce 2022 však vážně onemocněla a péči již nezvládá. Z tohoto důvodu se o otce stará zejména dcera Daniela, která zůstává s rodiči doma. Také ostatní sourozenci se snaží do péče zapojit. S ohledem na projevy nemoci se rodina zaměřila na úpravu domácího prostředí, které by pomohlo otci lépe se v prostoru orientovat. S péčí o pana Pavla rodině pomáhá pečovatelka, která do rodiny pravidelně

dochází. Péče zahrnuje také trénování kognitivních funkcí a nácvik soběstačnosti. Pan Pavel také navštěvuje Alzheimer centrum, kde je mu poskytována odpovídající péče.

Aktivizační činnost

Aktivizační činnost byla v případě pana Pavla zahájena poměrně brzy po stanovení diagnózy. Aktivity jsou realizovány již od roku 2020. Rodině bylo doporučeno kontaktovat Alzheimer centrum, které se nachází ve městě, kde pan Pavel žije. Zde bylo domluveno, že pan Pavel bude centrum pravidelně navštěvovat, aby se mohl účastnit vybraných aktivit. Zpočátku tedy probíhala aktivizační činnost primárně zde. V důsledku postupující nemoci se však pan Pavel již nemohl tak často aktivit účastnit, a tak s ním začala vybrané aktivity realizovat doma dcera Daniela. Rodina se také rozhodla využít sociálních a pečovatelských služeb nabízených městem a najala si ošetřovatelku. Ta se částečně do vybraných aktivit také zapojuje. Pan Pavel také dochází pravidelně na rehabilitace. Jednotlivé aktivity realizované v rámci aktivizační činnosti je tedy možné rozdělit do tří základních skupin:

- Aktivizační činnost realizovaná doma s rodinou: do tohoto typu aktivit se zapojuje zejména dcera Daniela. Ta se snaží s otcem procvičovat paměť. Ostatní děti se také zapojují a většinou otcovi čtou oblíbené knihy nebo denní tisk. Mezi realizované akce patří například:
 - Trénování paměti: luštění křížovek, pexeso, rébusy, hádanky.
 - Předčítání: předčítání knih nebo denního tisku.
 - Výtvarná činnost: omalovánky a kreslení.
- Aktivizační činnost realizovaná ošetřovatelkou: ošetřovatelka dochází do rodiny pravidelně dvakrát v týdnu. Jejím úkolem je zejména nácvik soběstačnosti. Často se zaměřuje také na pohybová cvičení, protože pan Pavel má v důsledku úrazu sníženou mobilitu. K aktivizačním činnostem, které jsou takto realizovány patří:
 - Nácvik soběstačnosti: zavazování tkaniček, manipulace s vypínači a ovladači, vytáčení telefonního čísla, příprava ke stolování, peněžní transakce.
 - Trénování paměti: rébusy, hádanky, paměťová cvičení.
 - Pohybová cvičení: rehabilitační cvičení.

- Aktivizační činnost realizovaná mimo domov: pan Pavel dochází do Alzheimer centra, kde se účastní skupinových aktivit. Ty jsou zaměřeny na bazální stimulaci a trénink paměti. Navštěvuje také programy zaměřené na arteterapii a muzikoterapii. V minulosti se účastnil také dalších akcí, jako byli společenské večery nebo promítání filmů. V tuto chvíli však jeho zdravotní stav neumožňuje účastnit se tohoto typu akcí.

6.4 Kazuistika č. 4

Základní informace o seniorovi

Jméno: Jan

Pohlaví: muž

Narozen: 1944

Manželka: první manželka Miroslava, druhá manželka Eliška

Děti: syn Jan a dcera Petra, syn Jakub z druhého manželství

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Zaměstnání: profesionální potápěč, později technický zaměstnanec ve státní správě

Diagnóza: lehká demence Alzheimerova typu

Osobní a rodinná anamnéza

Pan Jan se narodil v roce 1944 do úřednické rodiny. Matka absolvovala rodinnou školu a pracovala jako účetní. Otec byl úředníkem a byl zaměstnancem finančního úřadu. Rodina žila v rodinném domě v malém okresním městě. Pan Jan se po skončení základní školy přihlásil na střední průmyslovou školu v Děčíně se specializací na lodní motory. Do nástupu povinné vojenské služby vystřídal několik zaměstnání. V roce 1968 odešel za prací potápěče do Jihoafrické republiky, kde získal licenci profesionálního potápěče. V téže roce, ještě před odjezdem do zahraničí, se pan Jan oženil, s manželkou Mirkou krátce bydleli v hlavním městě. V roce 1968 se manželům narodilo první dítě – dcera Petra, o šest let později syn Jan. Manželství však nebylo plně funkční, jelikož pan Jan kvůli své práci pobýval zejména v zahraničí a s rodinou prakticky nežil. Manželství skončilo předčasnou smrtí manželky. Syn Jan vystudoval střední školu se zaměřením

na informační technologie, kterým se věnuje jako manažer v jedné firmě doposud. Dcera Petra vystudovala obchodní akademii. V současné době je bez zaměstnání.

Pan Jan byl celý život aktivním sportovcem a veškerý čas věnoval potápění. Jeho práce byla zároveň jeho koníčkem. Jelikož hodně cestoval, došlo k odcizení se od rodiny a vztah přestal fungovat. Během pobytu v zahraničí mu ve věku 44 let zemřela manželka na rakovinu. Dcera a syn byli v té době plnoletí, po smrti maminky vyrůstali sami. Pan Jan nejevil zájem o návrat do tehdejšího Československa. Cestu k dětem si našel až v pozdním věku, kdy se synovi narodilo první dítě a zároveň panu Janovi třetí potomek, a začal se svými dětmi více komunikovat a navštěvovat je. Zejména se synem navázal velmi vřelý a intenzivní kontakt, společně se vídali vždy o víkendů a jezdili na jednodenní výlety nebo zašli na oběd. Pan Jan i po odchodu do důchodu nadále aktivně cestoval po celém světě, ze kterých přivážel různé suvenýry a zároveň jeho vášní se stal sběr značkových hodinek. Prakticky celý život byl kuřákem, s kouřením přestal v roce 2006. V důchodu se věnoval zejména četbě, historii a pobytu na chalupě. Ve svých 60 letech poznal druhou manželku Elišku, se kterou má syna Jakuba, společně žijí v prostorném bytě. Rodinný život začal pan Jan, dle svých slov, žít právě až v tomto druhém manželství.

Zdravotní anamnéza

Pan Jan byl během svého života v dobrém zdravotním stavu, který přetrvával i do stáří. V roce 2015 však prodělal infekční onemocnění a o rok později byl kvůli pádu z kola, kdy upadl bez helmy, hospitalizován na pozorování, které však nezjistilo žádné výraznější zranění, kromě několika odřenin a vyraženého zubu. Jinak v průběhu života prodělal pouze běžné nemoci, nejzávažnější bylo bodnutí štírem na zahraniční dovolené, kdy došlo k otoku dýchacích cest, a byla nutná antibiotika.

První změny v chování v důsledku nastupující demence Alzheimerova typu se objevily v roce 2020, kdy bylo panu Janovi 76 let. Pan Jan začal zapomínat sdělené věci, došlo k mírné dezorientaci a ke zvýšenému neklidu. Zpočátku zapomínal drobnosti, jako jsou důležitá data nebo úkoly, které mu byly sděleny ze strany rodiny (nákup, data konání rodinných akcí). Později se začala projevovat zmatenost, kdy svým blízkým nedokázal jasně říci, co si přeje a zformulovat svůj požadavek, neustále popisoval jednu událost. Prvních příznaků si všimla manželka, pan Jan však nechtěl o informaci,

že by mohlo být něco v nepořádku ani slyšet, naopak se prvotně na manželku rozčílil a vynadal jí, že se ho chce zbavit. Manželka se i přesto rozhodla kontaktovat jeho lékařku, která situaci začala řešit. Na základě neuropsychologického vyšetření byla diagnostikována demence Alzheimerova typu a byla navržena příslušná léčba.

V současné době se pan Jan nachází díky včasné medikaci v lehkém stádiu nemoci. Co se osobní hygieny týče je zcela soběstačný a zvládá běžné domácí úkoly. V různých intervalech se objevují změny nálad, které jsou vyjádřeny podrážděností či neklidem. Ze strany manželky je mu věnována veškerá možná péče, do níž je částečně zapojen i osmnáctiletý syn, který má na otce velmi pozitivní vliv.

Zajištění péče

Pan Jan je v lékařské péči neurologa, psychiatra a psychologa pan Jan prozatím odmítl. Díky včasnému stanovení diagnózy byla léčba zahájena poměrně brzy, což má na průběh nemoci pozitivní vliv. Od počátku tak má léčba příznivý efekt pod dohledem obvodní lékařky pana Jana. Významnou roli v tomto ohledu hraje také rodina, která se o něho proaktivně stará a snaží se mu poskytnout maximální oporu.

Léčba je v současné době založena na farmakoterapii. Pan Jan zůstává v rodinném prostředí a péči zajišťuje zejména manželka, účast syna Jakuba byla ponechána pouze na jeho dobrovolnické bázi. Syn se však snaží rodině v co největší míře pomáhat. V současné době dochází do rodiny jedna sociální pracovnice, která je vzdálenou rodinnou příbuznou. Pan Jan se snaží být v maximální míře soběstačný, nechce svými problémy zatěžovat ostatní, vnitřní motivace je být stále platný pro své blízké.

Aktivizační činnost

Rodina se podílí na realizaci aktivizačních činností na základě doporučení sociálních pracovníků z oblastní charity a místního domova pro seniory, kam manželka dojíždí na konzultace a obdržela praktická doporučení pro realizaci aktivit. Pan Jan navštěvuje zmíněný domov pro seniory, kde se zaměřují na klienty s Alzheimerovou nemocí. Snaží se však, aby více aktivit bylo aplikováno zejména v rodinném prostředí, za tímto účelem dochází do rodiny i sociální pracovnice.

Aktivizační činnosti, které jsou s panem Janem realizovány:

- Aktivizační činnost v rámci rodinného prostředí: uskutečňování těchto aktivit probíhá výhradně prostřednictvím manželky a syna. Rodinní příslušníci jsou schopni realizovat základní aktivity, jejichž cílem je pomoci panu Janovi udržet si svou soběstačnost. Manželka byla za účelem realizace aktivizačních činností proškolená a má tedy základní povědomí o tom, jak postupovat. Aktivity se snaží provádět kdykoli je to možné, nejsou však zjevně pravidelné, ale odvíjí se od aktuálního rozpoložení pana Jana. Jelikož stupeň nemoci byl klasifikován jako lehký, jsou aktivity zaměřeny na činnosti, které rodina vykonávala veskrze i před onemocněním. Do této skupiny patří například následující aktivity:
 - Trénování paměti: osmisměrky, hádanky, doplňovačky, narozeniny blízkých, ale i historická data např. různých bitev, výročí.
 - Četba: denní tisk, časopisy, předčítání oblíbených historických knih
 - Hraní společenských her: člověče, nezlob se, karetní hry, dostihy a sázky.
 - Relaxace při hudbě.

- Aktivizační činnost realizovaná doma se sociální pracovníci: za panem Janem dochází domů, jemu blízká, sociální pracovnice, která rodinu díky příbuzenskému vztahu zná již z dřívějška. Pracovnice dochází do rodiny jedenkrát týdně (středa). Mezi aktivizační činnosti, která je takto realizována patří:
 - Návuk soběstačnosti: práce s chytrým telefonem, peněžní transakce, ale i základní obsluha počítače.
 - Trénování paměti: luštění křížovek, pexeso, rébusy, hádanky.
 - Muzikoterapie: relaxace při hudbě, pohybově hudební cvičení.
 - Pohybová cvičení: jednoduché tance, cvičení s míčem

Aktivizační činnost realizovaná mimo domov: pan Jan se účastní také aktivizačních činností mimo domov. Sám však by nejraději tuto činnost nevyhledával a zůstal by pouze v rodinném prostředí, kde se cítí nejlépe. Chápe však potřebu věc řešit, aby i nadále byl plnohodnotným členem domácnosti. Domov pro seniory navštěvuje s manželkou jednou až dvakrát do měsíce, kde si spíše pan Jan chce povídat s ostatními a má tendenci neustále vypravovat své zážitky z potápěčské kariéry. Dle slov manželky se však pan Jan musí

ve většině případů přemlouvat k návštěvě, jelikož se necítí jako důchodce, který patří do domova pro seniory. Konečné rozhodnutí k účasti pak vždy nechávají v kompetenci pana Jana. Pokud je návštěva uskutečněna, vyhledává zejména skupinové aktivity, kde právě navazuje kontakty s ostatními. Participoval takto na promítání filmů, předčítání knih, velmi si oblíbil canisterapii a přednášky, prohlížení dobových fotografií.

7 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Cílem realizovaného výzkumu bylo popsat, jakým způsobem probíhá aktivizační činnost realizovaná v případě seniorů s demencí, kteří pobývají ve svém domácím prostředí. Za tímto účelem bylo sledováno, jakým způsobem probíhá aktivizační činnost v případě čtyř vybraných seniorů. Informace byly získány prostřednictvím studia osobní dokumentace seniorů a rozhovorů s jejich rodinnými příslušníky a dalšími osobami, které o seniory pečují. V rámci výzkumu pak byly hledány odpovědi na následující otázky:

Kdo se na aktivizační činnosti podílí?

Na aktivizační činnosti se podílí rodinní příslušníci, profesionální ošetřovatelky a sociální pracovníci. Členové rodiny většinou se seniory realizovali jednoduché aktivity, jejichž cílem byl trénink kognitivních funkcí a byly součástí života seniora již před vypuknutím onemocnění. Jednalo se zejména o řešení křížovek, hádanek a rébusů, předčítání knih nebo denního tisku a hraní společenských her. Do aktivizační činnosti se zapojovali také profesionální ošetřovatelky nebo sociální pracovníci, kteří rodiny navštěvovali. Ty se zaměřovali hlavně na nácvik soběstačnosti, pohybová cvičení, trénink paměti nebo výtvarnou činnosti. Ve všech sledovaných případech bylo také zjištěno, že senioři navštěvují nebo navštěvovali Alzheimer centrum nebo jiný typ zřízení. Zde měli možnost účastnit se individuální nebo skupinové aktivizační činnosti.

Jaké aktivity jsou se seniory realizovány?

Aktivity je možné rozdělit do tří základních skupin. První skupinu tvoří aktivity realizované doma rodinou seniora. Tyto aktivity zahrnovaly zejména trénink paměti, výtvarnou činnost, hraní společenských her, předčítání nebo relaxaci. Druhou skupinou jsou aktivity realizované doma pod vedením ošetřovatelky nebo sociální pracovnice. V tomto případě se jednalo o nácvik soběstačnosti, cvičení paměti, pohybové aktivity a muzikoterapii. Poslední skupinou jsou aktivity realizované mimo domov (Alzheimer centrum, denní stacionář nebo domov pro seniory). Zde se dostávala seniorům profesionální péče, která zahrnovala různorodou škálu aktivit. Většinou šlo různé druhy terapií – muzikoterapie, arteterapie, canisterapie. V řadě případů zde senioři navštěvovali

různé společenské akce, jako je promítání filmů, předčítání knih, pracovní aktivity, pohybové aktivity atd. V neposlední řadě senioři docházeli také na rehabilitaci a masáže.

Jaký je jejich vliv na zdravotní stav jedince?

Rodiny v rámci rozhovorů uváděly, že aktivizační činnost je velice přínosná. Podle jejich názoru měla pozitivní vliv zejména na psychiku jedince, která je při péči velice důležitá. Účast na různých aktivitách umožňuje seniorům s demencí zůstat alespoň částečně aktivní. Někteří ze členů rodin také upozornili na pozitivní vliv tréninku paměti, který podle jejich názoru zpomaluje postup nemoci. To platilo také v případě nácviku soběstačnosti, jenž podle jejich názoru umožňuje seniorům udržet si samostatnost. Sami senioři pak hovořili o tom, že jim tento typ aktivit dodává motivaci k boji s nemocí. Měli tak pocit, že se ve společnosti ostatních cítí lépe. Aktivizační činnost je pro ně impulsem k tomu, aby ráno vstali, i když mají za sebou opravdu špatný den.

Z informací nashromážděných v rámci výzkumu bylo zjevné, že se rodiny sledovaných seniorů snaží věnovat nejen základní péči o seniory, ale také zajistit jim různorodé činnosti. Členové rodiny proto velice často připravovali různé aktivity na základě doporučení odborníků. Ve všech případech pak využívali služeb profesionálních pečovatелů, kteří za seniory docházeli domů. Tuto možnost hodnotili velice pozitivně, protože si byli vědomi, že nejsou schopni některé aktivity realizovat. Významnou roli hrála také skutečnost, že senioři mohli navštěvovat organizace zaměřené na péči o osoby s demencí. Zde se mohli účastnit různé aktivizační činnosti. Konkrétní volba aktivizační činnosti pak vždy záležela na zdravotním stavu jedince. Mimo to rodiny uváděly, že se při realizaci jednotlivých aktivit snaží vycházet ze zájmů seniora a hledat takové aktivity, které by je bavily.

8 ZÁVĚR

Předložená práce se věnovala problematice aktivizační činnosti určené seniorům trpícím demencí, kteří zůstávají v domácí péči. Aktivizační činnost hraje v případě osob s demencí významnou roli, protože má značný potenciál k ovlivnění zdravotního stavu jedince. Důvodem je skutečnost, že se senior s demencí v rámci aktivizační činnosti věnuje smysluplné činnosti, která stimuluje jeho kognitivní funkce. Mimo to se demence často projevuje negativním myšlením nebo tendencemi upadat do deprese. Vhodně zvolená aktivizační činnosti může seniorům s demencí alespoň částečně pomoci zvládat depresivní stavy. Realizace aktivizační činnosti v domácím prostředí je velice specifická, protože se na ní musí vždy do určité míry podílet také rodinní příslušníci seniora. Ti v řadě případů aktivity nejen plánují, ale také realizují. Často při tom nemají potřebné znalosti a dovednosti. Mimo to si ve většině případů ani neuvědomují, že tomu tak je.

V rámci přípravy předložené práce byly připraveny čtyři případové studie, které se zaměřují na realizaci aktivizační činnosti v domácím prostředí. Za tímto účelem byly prostudovány osobní a zdravotnické záznamy sledovaných seniorů. Cílem bylo zjistit základní informace o životě seniorů, o jejich zdravotním stavu a způsobu léčby. Významným zdrojem informací byly rozhovory vedené s rodinnými příslušníky seniorů a jejich pečovateli. V neposlední řadě bylo pozorováno, jak vybrané aktivizační činnosti probíhají.

Z nashromážděných informací je zjevné, že se na realizaci aktivizační činnosti podílí v případě seniorů s demencí v domácí péči řada osob. Jedná se zejména o členy rodin seniorů, profesionální ošetřovatele a sociální pracovníky. Ti realizují různé typy aktivit. Nejčastěji se jedná o trénink paměti, společenské hry, výtvarnou činnost, nácvik soběstačnosti a pohybové aktivity. Aktivizační činnost zahrnuje v řadě případů také účast na aktivitách realizovaných specializovanou organizací, jako je například Alzheimer centrum nebo denní stacionář. Senioři v domácí péči mohou tyto instituce navštěvovat a účastnit se zde různých akcí, které mají aktivizační charakter. Záleží však vždy na rodině seniora, zda se o tuto možnost zajímají a využijí či nikoliv. Pro kvalitu života seniora s demencí je však dobré, pokud se do tohoto typu aktivit zapojí. Obecně se účastníci výzkumu shodli na tom, že aktivizační činnost má pozitivní vliv na zdravotní stav seniorů trpících demencí.

Cílem práce bylo vytvořit přehled o aktivitách, které je možné provozovat se seniorem s demencí. Pokud se podíváme na aktivity obecně, pak pro seniora je jakákoliv aktivizace jeho života přínosná. Může se jednat o aktivitu jakéhokoliv typu, ale musí se jednat o činnost, která je mu přínosná. Obvykle je možné takovou aktivitu vytipovat z jeho minulosti a charakterových vlastností. Následně je úkolem pečovatele zhodnotit, jak je třeba danou aktivitu modifikovat, aby nebyla pro seniora nebezpečná, případně snížit její namáhavost. Hlavní výhodou těchto aktivit je možnost zapojit seniora s demencí do společnosti. Řadu aktivit může s pomocí nebo doprovodem pečovatele vykonávat v rámci běžné společnosti, nedostane se tak do izolace. Aktivit, do kterých je možné seniora zapojit je skutečně široká škála a nebylo možné je v práci všechny obsáhnout. Popsány jsou pouze největší skupiny, kdy bylo snahou jít alespoň dle možností do hloubky a podívat se na konkrétní opatření, která je potřeba učinit. Voleny byly aktivity, jejichž benefity nejsou pouze domnělé, ale opírají se o seriózní výzkumná data.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- KOLEKTIV AUTORŮ. *Aktivizace seniorů – tělesné a duševní aktivizační programy*. Praha: Verlag Dashöfer, 2013. ISBN 978-80-87963-75-3.
- BARTOŠ, A. a HASALÍKOVÁ, M. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-2042282-8.
- BENEŠ M. *Andragogika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4824-5.
- BUIJSSEN H., *Demence - Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2016. ISBN 80-7367-081-X.
- ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z. a ČEVELA R. *Úvod do gerontologie*. Praha, Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.
- FERTAĽOVÁ, T. a ONDRIONÁ, I. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Cosmopolis, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.
- GLENNER, J. A. a kol. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie, aneb senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E. a SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.
- HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
- JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-269-0.
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
- JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. *Demence: neurologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4.

- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. (ed.) *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KITTNET, O. *Lékařské fyziologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-1963-4.
- KOUKOLÍK F., JIRÁK R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha, Grada, 1998. ISBN: 80-7169-615-3.
- KOZÁKOVÁ, Z. a MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1552-6.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-262-1154-9.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita Brno, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- ONDRÁKOVÁ, J. *Vzdělávání seniorů a jeho specifika*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2012. ISBN 978-80-7465-038-3.
- ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*. Praha: Univerzita Karlova, 2011. ISBN 978-80-246-199-72.
- ORT, J. *Kapitoly ze sociologie stáří*. Univerzita J.E.Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta, 2004. ISBN 80-7044-636-6.
- PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
- PIDRMAN, V. a KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-363-X.
- PROVAZNÍKOVÁ, E. a KALVACH, Z. *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Praha: Diakonie ČR, 2016. ISBN 978-80-87953-16-7.
- RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. ISBN 807169-828-8.
- SAK, P. a KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.
- ŠATEKOVÁ, L. *Demence hodnotící techniky a nástroje*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-1695-9.
- ŠMOLÍKOVÁ, J. E., HOSTOVEC, J. a ŠTIKAR, J. *Bezpečná mobilita ve stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-2461-339-0.

ŠTĚPÁNKOVÁ, H., HÖSCHL, C., VIDOVIČOVÁ, L. a kol. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2628-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: UK Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

ZVĚŘOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-2710-561-8.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

JUNE, A. *Dementia Profile Books*, 2020. ISBN 978-1788165051.

LEVITIN, D. *Successful Aging*. Random House Large Print, 2020. ISBN 9780593171622.

PURKIS, E. M. *Care at Home for People Living with Dementia*. Bristol University Press, 2023. ISBN 978-1447-359-29-6.

Seznam použitých internetových zdrojů

GAVRILI, L. A. a GAVRIOVOVA, N. S. The reliability theory of aging and longevity. In: *Journal of Theoretical Biology*, 2001, vol. 213, n. 4. s. 527-545. [online]. [cit. 2022-12-27]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022519301924300?via%3Dihub>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Jitka Kurdíková, DiS.

Obor: Andragogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Aktivizace seniorů s demencí v rodinném prostředí

Rok: 2023

Počet stran textu bez příloh: 49

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 35

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 3

Počet internetových zdrojů: 1

Vedoucí práce: Ing. Jindřich Kolek, Ph.D., MBA