

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav klinické rehabilitace

Zuzana Králová

**Možnosti ergoterapie u osob seniorského věku v
zařízení sociálních služeb**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Marcela Kučerová, DiS.

Olomouc 2023

Anotace

Typ závěrečné práce:	Bakalářská práce
Název práce v ČJ:	Možnosti využití ergoterapie u osob seniorského věku v zařízení sociálních služeb
Název práce v AJ:	Possibilities of occupational therapy for the elderly in social service facilities
Datum zadání:	30.11. 2023
Datum odevzdání:	15.5. 2024
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav klinické rehabilitace
Autor práce:	Zuzana Králová
Vedoucí práce:	Mgr. Marcela Kučerová, DiS.
Oponent práce:	Mgr. Hana Zwettlerová

Abstrakt práce v ČJ:

Ergoterapie hraje zásadní roli ve zvyšování kvality života seniorů ve stávajících zařízeních sociálních služeb. Úkolem této bakalářské práce je sumarizovat a analyzovat získané poznatky o možnostech a efektivitě ergoterapie v prostředí sociálních služeb. Zdůrazňuje klíčové oblasti ergoterapeutické péče, které mohou přispět ke zlepšení fyzické a duševní kondice osob seniorského věku. Tato práce zkoumá využití ergoterapie v sociálních službách a speciální terapeutické metody pro pacienty s demencí. Věnuje se farmakologickým i nefarmakologickým možnostem léčby demence. Pozornost je zaměřena na koncept Preterapie, jež spočívá v navazování kontaktu s lidmi, kteří nereagují na standardní terapeutické postupy.

Abstrakt práce v AJ:

Occupational therapy plays a crucial role in improving the quality of life of seniors living in social service facilities. The aim of this bachelor thesis is to summarize and analyze the acquired knowledge about the possibilities and effectiveness of occupational therapy in social service settings. It highlights key areas of occupational therapy care that can contribute to improving the physical and mental well-being of seniors. This thesis explores the use of occupational therapy in social services and special therapeutic methods for patients with dementia. It looks at pharmacological and non-pharmacological treatment

options for dementia. Attention is focused on the concept of Pretherapy, which consists in establishing contact with people who do not respond to standard therapeutic approaches.

Klíčová slova: ergoterapie, osoba seniorského věku, pre – terapie, zařízení sociálních služeb

Key words: occupational therapy, an elderly person, social service facilities, pre-therapy

Rozsah práce: 49 stran

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

V Olomouci (dne:)

Zuzana Králová

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. Marcele Kučerové, DiS. za cenné rady a připomínky, odborné vedení, ochotu v komunikaci a trpělivost, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala.

Obsah

Úvod	8
1 Ergoterapie	9
1.1 Vymezení pojmu ergoterapie	9
1.2 Teorie ergoterapie	10
1.3 Cíle ergoterapie	12
1.4 Praktické využití ergoterapie u osob seniorského věku	12
2 Osoba seniorského věku	13
2.1 Vymezení pojmu osoba seniorského věku	13
2.2 Stáří a stárnutí	14
2.3 Fyzické změny ve stáří.....	15
2.4 Psychické změny ve stáří	16
2.5 Kognitivní změny ve stáří	17
3 Demence	19
3.1 Klinický obraz demence.....	19
3.1.1 Kognitivní symptomy	19
3.2 Diagnostika demence	20
3.3 Klasifikace demencí	22
3.4 Léčba demence.....	23
3.5 Vliv demence na každodenní život.....	24
3.5.1 Sociální zařízení pro seniory s demencí.....	24
4 Možnosti ergoterapie	26
4.1 Nácvik soběstačnosti (ADL).....	26
4.2 Trénink jemné a hrubé motoriky	27
4.3 Trénink kognitivních funkcí	28
4.4 Působení logopeda u osob seniorského věku	29
4.5 Reminiscenční terapie.....	29
4.6 Smyslová aktivizace.....	30
4.7 Animoterapie.....	31
5 Preterapie	33
5.1 Teorie preterapie	33
5.2 Kontaktní reflexe.....	34

5.3 Preterapie seniorů s demencí v praxi	35
5.4 Rogersův přístup zaměřený na osobu	36
Závěr	37
Referenční seznam	39
Seznam zkratek	48
Seznam příloh	49

Úvod

Je všeobecně známo, že populace stárne, a tím se zvyšuje průměrná délka života. To souvisí s postupujícím vývojem lékařských postupů a účinnosti léčby, kdy se průměrný věk populace neustále prodlužuje, což vede k nárůstu počtu seniorů a současně i k větší frekvenci výskytu demence. Incidence syndromu demence v populaci rapidně stoupá, což motivovalo moje rozhodnutí vybrat si toto téma. Termín používaný k popisu rostoucí populace seniorů ve věku 65 let a starších se nazývá šedá generace. Nabízí se tedy otázka, jak zlepšit kvalitu života osob s touto diagnózou.

Osoby seniorského věku představují velmi početnou klientelu v sociálních službách. Tato zařízení nabízejí programy a aktivity zaměřené na stimulaci kognitivních schopností, sociální interakci a fyzickou aktivitu, což může přispět k lepší kvalitě života a celkovému zdraví osoby s demencí. V oblasti péče o seniory má ergoterapie významnou roli. Ergoterapeutická intervence u osob seniorského věku s demencí zahrnuje úsilí o co největší nezávislost jedince, zlepšení jeho motorických, řečových a kognitivních schopností. Hlavní komponentu terapie tvoří nácvik každodenních činností, které slouží k dosažení co největší míry soběstačnosti. Preterapie je přístup, který se zaměřuje na navázání kontaktu s lidmi trpícími demencí, kteří nemusí reagovat na standardní terapeutické postupy. Tento koncept si klade za cíl vytvořit terapeutický vztah a dosáhnout pokroku v terapeutickém procesu pomocí kontaktu a reflexe. Terapeut využívá kontaktní reflexe k budování nebo posilování psychologického spojení s pacientem, což může být obtížné u lidí trpících demencí. Cílem je vytvořit prostředí, ve kterém se pacient cítí respektován, bezpečně a pochopen, což může vést k lepší komunikaci a úspěchu terapie. Ergoterapeuti spolupracují s ostatními členy týmu péče o demenci, včetně lékařů, ošetrovatelů a psychologů, aby zajistili komplexní a maximální péči.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je objasnit, jak lze v rámci ergoterapie pracovat s klientem v sociálním zařízení, kterému byla diagnostikována demence. Dalším záměrem je oslovit čtenáře, kteří mají zájem o toto téma, a poskytnout jim klíčové informace, které jim pomohou lépe porozumět problematice spojené s demencí a významu ergoterapie v péči o osoby trpící touto diagnózou.

Ve své bakalářské práci jsem využila weby databází Google Scholar a Pubmed a tuzemské literatury pro toto téma. Zdroje byly v databázích vyhledávány pomocí klíčových slov ergoterapie, osoba seniorského věku, zařízení sociálních služeb, pre-terapie.

1 Ergoterapie

Tato kapitola má za cíl poskytnout ucelený vhled na vymezení pojmu ergoterapie a představit její principy, teorie a záměry. Pozornost je zde věnována jejím cílům v především v souvislosti s osobami seniorského věku.

1.1 Vymezení pojmu ergoterapie

Pojem ergoterapie je stále i v dnešní době pro laickou veřejnost neznámý. Termín ergoterapie vznikl složením řeckých slov ergon= práce a therapia = léčení, terapie. Od šedesátých let 20. století se začíná v některých evropských jazycích (např. němčina, francouzština, norština, dánština, holandština) tento výraz používat pro označení profese ergoterapie místo původního pojmenování pracovní terapie. Jankovský (2006) uvádí, ergoterapie je léčebná disciplína, kterou indikuje lékař. Její plánování, koordinaci a realizaci zajišťuje ergoterapeut. Krivošíková (2011) dodává, že v českém jazyce se ustálil výraz ergoterapie, ačkoliv je i dnes zaměňován za původní název léčba prací. Tento termín je ovšem zavádějící, proto se v praxi používá výhradně termín ergoterapie.

K vymezení obsahu pojmu ergoterapie existuje celá řada definic, které nám pomáhají porozumět pojmu ergoterapie. Zároveň nám ale ukazují nejasnost vymezení ergoterapie v ČR a dávají nám následně možnost je vzájemně komparovat. V následujícím textu budou představena některá z nich. Níže uvedené definice byly vybrány pro svou výstižnost a přehlednost.

Dle České asociace ergoterapeutů z roku 2008 je ergoterapie definována jako: *„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností.“* Je zaměřena na lidi všech věkových kategorií s různými typy postižení. Zaměstnáváním jsou míněny všechny činnosti, které člověk provádí v průběhu života a vnímá je jako součást životního stylu a identity (Jelínková, J., Krivošíková, M., Šajtarová, 2009).

Rada ergoterapeutů evropských zemí (¹COTEC) uvádí, ergoterapie je zdravotní a sociální péči poskytovanou profesionály, kteří pracují s lidmi s omezenými schopnostmi z

¹ Council of Occupational Therapists for the European Countries

důvodu zdravotních postižení, stárnutí nebo duševních problémů. Jejím cílem je najít alternativní způsoby, jak tyto osoby mohou provádět činnosti, které chtějí a které jsou pro ně důležité. Účast v důležitých činnostech a povoláních podporuje identitu jednotlivce, jeho zdraví a duševní pohodu. Proto primárním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se činností každodenního života, ať už jde o zvládnutí běžných úkolů nebo návrat do zaměstnání. (COTEC, www.cotec-europe.org).

Dle ²WFOT je ergoterapie „*profese, která se zabývá podporou zdraví a celkové pohody jedince (well-being) prostřednictvím zaměstnávání či činnosti. Hlavním cílem ergoterapie je umožnit osobám plně se účastnit všech svých každodenních činností. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle buď prováděním samotného zaměstnávání či činnosti, nebo také tím, že podporují schopnost jedince zapojit se do činnosti prostřednictvím úpravy prostředí, ve kterém činnost probíhá.*“ (Krivošíková, 2011)

Votava (2009) udává, že „*ergoterapie je mezinárodně rozšířená a uznávaná zdravotnická profese s vlastním vzdělávacím programem, obvykle vysokoškolským. Využívá smysluplné činnosti jako prostředek nebo cíl terapie*“. K tomuto Klusoňová (2011) dodává, že „*ergoterapie se zabývá u osob se zdravotním postižením obnovou a udržením schopností vykonávat běžné a přirozené lidské činnosti. Cílem je důstojný život a pocit tělesné, duševní a sociální pohody*“.

Definice výše uvedené se mohou zdát odlišné. Mají však společné, že se ergoterapie zabývá tím, jak zajistit co nejvyšší úroveň života člověka, a to díky smysluplnému zaměstnávání.

1.2 Teorie ergoterapie

Moderní ergoterapie vypracovala teoretické základy, které jsou označovány jako occupational science, tedy nauka o lidském zaměstnávání. Jeden z důsledků tohoto vědeckého zkoumání je určení různých ergoterapeutických přístupů, které závisejí mj. na věku klienta a typu zdravotního postižení (Votava, 2009).

² World Federation of Occupational Therapists

Marry Ann McColl (2003) tvrdí, že účel teorie ergoterapie je dvojitý. Zaprvé porozumět člověku a jeho povolání a zadruhé být schopen předvídat a měnit lidské fungování a pracovní výkon.

Snahou odborné veřejnosti je v posledních dvaceti letech vytvořit definici, která spolehlivě propojí teorii s praxí a utřídí používání odborných pojmů. Například Mosey (in Jelínková, 2009) svoji teorii ergoterapie shrnuje do třech složek: elementární znalosti, aplikované znalosti a praxe. Oproti tomu Edward A. S. Duncan (2006) rozděluje pojmenování rámců vztahů na přístup zaměřený na klienta, kognitivně behaviorální, psychodynamický, biomechanický, motorická kontrola a kognitivně-percepční přístup. Australský ergoterapeut Brenton Kortman (1994) navrhuje hlubší propojení s praxí a doporučil koncepční modely praxe, které dělí na profesní, popisné a aplikované. Modely praxe a rámce vztahů jsou v taxonomii teorie ergoterapie na stejné úrovni a zároveň jsou konzistentní s paradigmatem a filozofickými předpoklady modelu profese (Krivošíková, 2011).

Dle ³AOTA (1994) jde u teorie ergoterapie o popis interakce oblast výkonu – součásti výkonu – kontext prostředí. Na těchto aspektech přitom závisí bezpečný, adekvátní a samostatný výkon ⁴ADL, práce i volnočasových aktivit (Crepeau, Cohn, Boyt, Schell, 2003). Americká asociace ergoterapeutů uvádí, že interakce osoba-činnost-prostředí je charakterizována dovednostmi a schopnostmi osoby, ale též jejími potřebami, zájmy a rolemi, dále nároky činnosti a rysy fyzického, sociálního a kulturního prostředí, v kterém se činnost konkrétní osoby odehrává. Při použití ergoterapeutické terminologie podle Americké asociace ergoterapeutů (AOTA, 1994) jde o popis interakce mezi oblastmi výkonu, součástmi výkonu a kontextem prostředím.

Obecně je tato interakce určující dovednostmi a schopnostmi jedince, potřebami, zájmy a sociálními rolemi, dále pak nároky činnosti nebo rysy prostředí, v které se aktivita jedince odehrává. (Wolfová, 2020) Rovnováha mezi schopnostmi osoby a nároky prostředí může být narušena poruchou nebo s věkem souvisejícími deficitem fyzických, kognitivních nebo psychosociálních funkcí. (AOTA, 1994)

³ American Occupational Therapy Association

⁴ Activities of daily living

1.3 Cíle ergoterapie

Prioritním cílem ergoterapie obecně je umožnit osobám zapojit se do ADL-běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času. (WFOT,2012) Jelínková a Krivošíková (2007) konstatuje, že primárním zájmem ergoterapie je umožnit osobě provádět činnosti, které považuje za důležité a potřebné pro její život, a přispět tak k zachování odpovídající kvality života a k plnému zapojení do společnosti. Jelínková a Krivošíková (2007) dodává, že hlavním cílem ergoterapie je podporovat zdraví a duševní pohodu osoby prostřednictvím smysluplné aktivity/ zaměstnávání, které pomáhá ve zlepšení schopností, které osoba potřebuje pro zvládnání běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času.

Ergoterapeut analyzuje činnosti a aktivity klientů, aby jim pomohl pomoci vrátit se k povolání, kterého rádi vykonávali předtím. (O'Brien , 2017) Současná ergoterapeutická literatura naznačuje, že pro stanovení cílů v ergoterapii existují různá kritéria kvality: zaměření na povolání, odkazující na ⁵ICF, a dodržování doporučení ⁶SMART, která radí, aby cíle byly konkrétní, měřitelné, shodující se, realistické a načasované. (Page, 2015) Cíle ergoterapie lze podle J. Jelínkové (2009) rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé, které závisí na časovém úseku a konkrétních léčebně rehabilitačních postupech.

1.4 Praktické využití ergoterapie u osob seniorského věku

Stáří bývá velmi často doprovázeno mnoha zdravotními obtížemi. A to z hlediska kognitivního, tak z hlediska fyzických obtíží. Ve většině případů se nejedná o jedno základní onemocnění, ale o více poruch. Klientela v této oblasti může být velmi různorodá. Jsou to lidé se syndromem demence, který provází onemocnění neurodegenerativní etiologie např. Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, či vaskulární etiologie jako je např. ⁷CMP. (Müller, 2007) Svou roli může hrát i stařecká deprese, která vedle demence patří k častým chorobám ve stáří (Navrátil, Šedivcová, 2023). Müller (2007) uvádí, že ve všech případech terapeutické intervence je důležitá motivace. Autorky Dlabalová a Klevetová (2008) konstatují, že motivace je velmi důležitá v jakémkoliv období života jedince. Představuje totiž způsob, jak zajistit své vlastní potřeby a přání. Motivace je hybnou pákou lidského chování, která nás nutí uspokojovat své vlastní potřeby. Existují tři klíče k motivaci. Jsou jimi touha dosáhnout cíle, důvěra ve vlastní schopnosti a vlastní představa dosažené změny.

⁵ International classification of function

⁶ Pomůcka ke stanovení cílů v čase a vymezení postupů, jak těchto cílů dosáhnout (www.publi.cz)

⁷ Cévní mozková příhoda

2 Osoba seniorského věku

Cílem této kapitoly je poskytnout ucelený náhled na vymezení termínu „*osoba seniorského věku*“ a možných aspektů stárnutí a stáří. Důraz je kladen na změny v oblasti fyzické, kognitivní a psychické.

2.1 Vymezení pojmu osoba seniorského věku

Definování pojmu staršího člověka jako objektu zájmu gerontologie je značně variabilní, a to zejména z hlediska intraindividuální variability (pokles výkonnosti v jedné oblasti, nárůst schopnosti v jiné oblasti) a také interindividuálních rozdílů-rozdíly mezi zástupci stejné věkové skupiny ovlivněné nejčastěji jejich zdravotním stavem (Čevela a kol., 2012).

Dle Vágnerové (2020) je možné rozlišovat věkové kategorie různými způsoby. Jednou z možností je klasifikace podle pracovního výkonu na věk produktivní a postproduktivní důchodový, další možností je rozdělení podle kalendářního věku, tedy dle data narození. Existuje také klasifikace podle biologického věku, který reflektuje soulad mezi věkem podle kalendáře a fenotypickými změnami spojenými se stárnutím, a nakonec také podle sociální role.

Odborníci se stále i v dnešní době nemohou shodnout na jednotné, celosvětové periodizaci stáří. Názory se liší v oblasti vymezení počátku stádia stáří i počtu fází, do kterých se stáří dělí (Kalvach, 2004). Níže jsou uvedeny definice periodizace stáří pro porovnání:

Nejčastěji používaná definice je 15letá periodizace lidského věku dle ⁸WHO. Periodizace je následující: (Hartl, Hartlová ,2015)

- 60-74 vyšší (starší) věk, rané stáří
- 75-89 let: pokročilý čili stařecký věk, vlastní stáří
- 90 a více let, dlouhověkost.

Oproti výše uvedenému Švancara (1983) zahrnul stáří do jediné etapy začínající v 65 letech věku, přičemž věk 80 let a více označil jako věk vysoký.

⁸ World Health Organization

Příhoda (1974) považuje za stáří období od 60 let. Rozčleňuje jej do tří fází:

- časné stáří (stárnutí, senescence) 60-74 let
- vlastní stáří (kmetství, sénium) 75-89 let
- dlouhověkost (patriarchum) 90 let a výše

Haškovcová (2010) udává, že vyzrálé stáří jako tzv. pokročilý věk trvá od 75 do 89 let. Poukazuje také na fakt, že společnost pokládá za starého toho člověka, který má vzhledem ke svému věku nárok na starobní důchod.

Z lékařského hlediska se za stáří považuje období života po 75. roce. Demografie posunuje hranici níže a to na 60. rok, kdy mezníkem je odchod do důchodu. U většiny lidí probíhá biologické stárnutí v období 60-75 let věku, vlastní stáří nastupuje kolem 75 let. (Smutek, 2006)

2.2 Stáří a stárnutí

Je všeobecně známo, že populace jako celek stárne. Podíl ekonomicky aktivních osob se snižuje, a naopak počet osob starších 65 let (65+) narůstá. (Štěpánková, 2014)

Dle Vágnerové (2020) lze stáří definovat jako trvalé změny v morfologii a funkci organismu, které jsou spojeny s individuální rychlostí a variabilitou. Z biologického hlediska lze stáří chápat jako pozdní fázi ontogeneze, což je přirozený průběh života.

Kalvach (2004) v návaznosti na výše uvedené informace uvádí, že stárnutí přináší hromadu involučních změn, které se promítají do zdravotního stavu starých lidí i do klinického obrazu a průběhu jejich chorob. Na charakteru stáří se podílí celá řada faktorů, např. zdravotní stav, životní styl, vlivy sociálně ekonomické a psychologické.

Pacovský (1990) dodává, během procesu stárnutí nedochází ke změně struktury osobnosti, ale k zesilování či oslabování intenzity osobnostních rysů člověka.

Sýkorová (2007) ve své knize zdůrazňuje rozdíly v prožívání a vyrovnáváním se se stárnutím u seniorů. Rozlišuje šest různých přístupů, ve kterých se připisuje význam autonomii. Prvním přístupem je „*mladé stáří*“, kde dominuje subjektivní pocit mladosti, fyzické i finanční soběstačnost, samostatné rozhodování a kompetence. Seniori akceptují vlastní autonomii a respektují autonomii druhých. Přístup „*vyrovnané*“ stáří spočívá v akceptaci stáří a současných i anticipovaných omezení. Důchod je chápán jako čas svobody, možnost myslet na sebe i být užitečný druhým. Pro přístup „*ambivalentní*“ stáří je typické

překonávání negativního postoje k penzionování a samotnému stáří. Senior ostřeji vnímá ohrožení fyzické a finanční soběstačnosti, nikoli však autonomie ve smyslu samostatného rozhodování. Přístup „*popírání stáří*“ se vyznačuje distancí od stáří a starých, od vlastních zdravotních potíží. Téma nesoběstačnost zůstává zamlčeno, senior odmítá přijmout, že je odkázán na pomoc druhých. Přístup „*imobilní stáří*“ se identifikuje se slabými a nemocným. Obtíže stáří nejsou bagatelizovány ani zveličovány. Závěrečný přístup „*zvládnání čtvrtého věku*“ znamená přijetí statusu starého, nemocného a závislého, prezentovaného navenek. Mezi hlavní témata patří umírání a smrt.

2.3 Fyzické změny ve stáří

Biologické stáří lze charakterizovat jako míru involučních změn, která je u každého jedince zcela individuální (Příbyl, 2015). Kortebein a Means (2012) uvádí, že stárnutí je způsobeno změnou struktury proteinu, která modifikuje chemické reakce a buněčný transport. Vágnerová (2020) rozděluje fyzické stárnutí na dva termíny-fyziologické a patologické stárnutí. Fyziologické stárnutí je provázáno přirozenými běžnými projevy souvisejícími s věkem. Jedná se o kontinuální proces s akcelerací po 65. roce věku. Patologickým stárnutím, je chápáno zejména stárnutí chorobné, kdy je proces stárnutí urychlen a je doprovázen vícečetnou nemocností, křehkostí/nezdatností, popřípadě i zdravotním postižením / hendikepy.

Příbyl (2015) tvrdí, že již okolo 25.-30. roku života se může pozorovat pomalý, leč postupný pokles výkonnosti fyzických i duševních funkcí. Obecně se rozlišují 3 základní typy změn:

- úbytek tkání a struktur (atrofie, involuce) na molekulární, buněčné, tkáňové orgánové a systémové úrovni
- významný pokles orgánových rezerv, který se projevuje především v zátěžových situacích (zhoršená schopnost udržet homeostázu, zpomalená adaptace na změnu vnitřního prostředí, prodloužená rekonvalescence
- pokles většiny orgánových funkcí (např. renálních funkcí-pokles glomerulární filtrace, zhoršení schopnosti reagovat na vychýlení těžiště a následným udržením rovnováhy, zhoršení vidění za šera).

V rámci pohybového aparátu se objevuje úbytek svalové hmoty, známý jako sarkopenie, což vede ke zhoršení koordinace pohybů a snížení rychlosti svalových kontrakcí.

Tento úbytek svalové hmoty vede ke snížení svalové síly, ale lze ho ovlivnit prostřednictvím pohybové aktivity, která pomáhá udržet aktivní svalovou hmotu. Větší úbytek se obvykle vyskytuje po dosažení 40 let věku, zejména u mužů. Dochází k poklesu celkové fyzické zdatnosti, což znamená, že se jedinec stává méně schopným zvládat fyzické nároky každodenního života bez nadměrné únavy. (Kenney, Wilmore, Costill, 2022).

Klevetová (2017) uvádí, že u starších jedinců pozorujeme nárůst tělesné hmotnosti a snížení výšky postavy, což je důsledek vysychání a stlačování meziobratlových plotének. Postupně dochází k výraznějšímu zakřivení páteře, zejména k vyšší hrudní kyfóze, kvůli oslabení kosterního svalstva.

Pathy (2006) dodává, že převážně kvůli nedostatku vápníku v těle dochází k osteoporóze, což je stav, kdy dochází k řidnutí kostí. Častými projevy jsou zlomeniny obratlů, dolní části předloktí a krčku stehenní kosti. Kosti se stávají křehčí a náchylnější k zlomeninám.

S postupujícím věkem roste riziko onemocnění očí. Mnoho potíží může vznikat v důsledku poruch jiných orgánů. Časté jsou například diabetická retinopatie, poškození sítnice při cukrovce, katarakta (šedý zákal), glaukom (zelený zákal) a poškození sítnice při ateroskleróze nebo hypertenzi (Hošková, 2012).

Dle Langmeiera a Krejčířové (2006) u zhruba 30 % osob ve věku nad 60 let trpí zhoršeným sluchem. Dle Topinkové (2005) jsou poruchy sluchu a hluchota mezi čtyřmi nejčastějšími chronickými onemocněními ve vyšším věku. Ucho je také důležité pro vnímání polohy a udržování rovnováhy díky vestibulárnímu orgánu, jak uvádí Hošková (2012). Podle Petrové Kafkové (2010) se v důsledku stárnutí a zhoršení smyslů může vyskytnout nepřesnost senzorických informací, což může vést k méně efektivním pohybům a zvýšení rizika pádů.

2.4 Psychické změny ve stáří

Změny v oblasti psychické nastupují v průběhu fyziologického procesu stárnutí nastupují pozvolna a u každého jedince v různém věku. Míra těchto změn je důležitým faktorem určujícím kvalitu života seniorů (Malíková, 2020). Dle Štilce (2004) můžeme za obecnou charakteristiku psychických změn považovat zpomalení psychické činnosti. Klevetová (2008) dodává, že často dochází ke zhoršení adaptace na nové životní situace a podmínky. Snížené vnímání oslabenými smysly způsobuje strach, úzkost a nejistotu.

Vágnerová (2020) uvádí, že mezi nejčastější psychické změny ve stáří patří:

- **zhoršení paměti** (obecně platí, že nejdříve bývá postižena krátkodobá paměť, později dlouhodobá paměť, tzn. například přesné vybavení detailů z dětství, ale neschopnost vybavit si činnosti předchozího dne)
- **obtížnější osvojování si nových informací a dovedností** (prevencí je trénink paměti, platí, že nepoužívaná schopnost se snáze snižuje)
- **emoční labilita** (výkyvy nálad, proměnlivost rozhodnutí, citová oploštělost)
- **změny vnímání** (oslabení smyslů vede k opatrnosti, strachu, úzkosti, depresi, dochází ke zpomalení psychomotorického tempa)

Senioři mají větší tendenci k plačtivosti. Tato emoční nerovnováha může opět vyvolávat úzkost a strach (zejména o život, ze samoty či úmrtí blízké osoby) a může přejít až v upadnutí do deprese. (Jarošová, 2006). Venglářová (2007) oproti výše uvedenému uvádí, že příznaky duševních poruch se vyskytují ve stáří podobně jako u jiných věkových kategorií. Symptomy mohou být méně nápadné, schované za fyziologické změny ve stáří.

Ve stáří je také velmi častým jevem výskyt depresí, které velmi negativně ovlivňují kvalitu života a manifestuje se různým způsobem (Štěpánková, 2014). Jedná se o chorobný stav, který je třeba odlišovat od „*smutku*“ všedního dne. Je spolu podmíněna involučními změnami mozku i životními událostmi, bývá provázána úzkostí (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012). Charakteristický je úbytek energie, ztráta zájmu o každodenní věci, vymizení pozitivních emocí. Deprese je často přítomna v počátcích demence (Venglářová, 2007). Holmerová, Vaňková a Jurášková (2008) tvrdí, že depresivní porucha se vztahuje k demenci nikoli pouze v rámci diferenciální diagnostiky. Je považována také za jeden z významných rizikových faktorů vzniku demence. Holmerová a Canková (2009) dodávají, že lidé s počínající demencí mají spíše tendenci⁹ disimulovat. Apatie, nejistota, depresivní nálada mohou být u staršího člověka snadno zaměněny za nejistotu plynoucí z poruchy kognitivních a exekutivních funkcí u počínající demence.

2.5 Kognitivní změny ve stáří

Orel et. al. (2020) uvádí, že v případě osob v seniorském věku se mnohdy setkáváme s poruchami v oblasti kognitivních funkcí. Raboch a Zvolský (2001) tvrdí, že v případě seniorů se jedná o získané poruchy. Jde o důsledky funkčních až patologických změn v centrální nervové soustavě. U osob seniorského věku jde především o problém demence.

⁹ Disimulace je zakrývání, popírání či zastírání skutečnosti. (www.lekarske.slovníky.cz)

Psychické procesy se postupně zpomalují a dochází ke změnám v kognitivních funkcích. V důsledku fyziologických změn v mozku a kornatění cév se zhoršuje paměť (Veteška, Vostrý, 2021). Vágnerová (2007) dodává, že se stářím přichází zpomalení z hlediska příjmu a zpracování informací, ale také se mění celkové motorické tempo.

3 Demence

Cílem této kapitoly je poskytnout jistý náhled na změny v oblasti kognitivních funkcí ve stáří, jejichž podklad tvoří syndrom demence. Součástí kapitoly je také vymezení pojmu demence, její rozdělení, příznaky a dopad do oblasti každodenních aktivit.

3.1 Klinický obraz demence

Termín demence vznikl spojením dvou latinských slov a to „*de*”- bez a „*mens*”- mysl, což doslova znamená „*nemyslíci*” (Vavrušová, 2012). Demence je v odborné literatuře označována jako syndrom charakterizovaný progresivním kognitivním poklesem, který narušuje pacientům nezávislé fungování (Vorosová, Solgajová, Archalousová, 2015). Venglářová (2007) v tomto kontextu zmiňuje, že demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru, v jehož důsledku dochází k narušení mnoha vyšších kognitivních funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku (kognitivních funkcí). Höschl (2002) dodává, že tato porucha způsobuje celkové potíže se zvládáním ADL, zejména v oblastech hygieny, vyprazdňování se a oblékání. Veteška a Vostrý (2021) uvádí, že schopnost uchovat si jasný a rozumný úsudek u lidí s demencí klesá. Její nástup je zpravidla pozvolný, postupně se prohlubuje a úbytek mentální kapacity (rozumových schopností) je ireverzibilní a progredientní. Může mít formu globální nebo parciální (ostrůvkovitou) (Jiráček, 2009).

3.1.1 Kognitivní symptomy

K základním příznakům patří kromě poruch rozumových schopností i poruchy vyšších kognitivních funkcí a afektivity. K vedlejším symptomům patří emocionální plochost, nestálost, apatické nálady a rozvoj premorbidních rysů. (Jiráček, 2009)

Kognitivní porucha se rozlišuje dle různého stupně následovně (Mádlová, Topinková in Vágnerová, 2020):

- **Lehká demence**-mírná porucha orientace (datum), porucha výbavnosti především pro recentní události, porucha řeči (¹⁰dysnomie), zhoršený náhled, omezení sociálních aktivit,

¹⁰ Dysnomie je obtíž při zapamatování jmen nebo při vybavování slova potřebného pro ústní nebo psaný jazyk.

změny chování nebo nálady (¹¹apatie, ¹²iritabilita, ¹³deprese), nespolehlivé užívání léků, zvládání finančních záležitostí.

- **Středně těžká demence**-dezorientace (místem, časem-ztrácí se na známých místech), porucha řeči (dysnomie + porozumění), progresivní poruchy paměti, ztráta náhledu, potíže se zvládání běžných domácích prací, dodržování hygieny, pravidlem je výskyt závažnějších ¹⁴behaviorálních poruch.
- **Těžká demence**-těžká dezorientace, těžká porucha staro i novopaměti, těžká smíšená fatická porucha, neschopnost dodržet hygieny, porucha motorických stereotypů včetně chůze (¹⁵imobilita), inkontinence.

3.2 Diagnostika demence

Demence provází jednotlivce od začátku svého vzniku až do konce jeho života. Jedná se o onemocnění, u kterého není možné uzdravení (Duong et al., 2017). Vágnerová (2020) také zmiňuje, že incidence demence stoupá s věkem nad 65 let, kdy je postiženo 3-7% populace. Ve věku 75 let 15 % a po 80. roce života 20-40 % osob. Jen 10 % je mladších 65 let (tzv. presenilní demence).

Šáteková a kol. (2021) zdůrazňuje v tomto kontextu význam správné a včasné diagnostiky. Autoři Vyhnálek a kol. (2012) uvedli, že až 50 % osob je diagnostikováno pozdě, a to ve středním až těžkém stádiu.

V rámci diagnostiky demence, jsou odebírána anamnestická data, cílená na zjišťování informací vztahujících se k sebeobsluze, ADL, poruchám nálad a chování (Vyhnálek a kol., 2012). Česká alzheimerovská společnost (2015) uvádí, že ošetřující praktický lékař by měl provést pečlivé klinické vyšetření a zhodnocení vývoje stavu pacienta, a to nejlépe i s jeho rodinou. Toto vyšetření se musí zaměřit zejména na popsání poruchy paměti a eventuálních poruch chování, poruch jednání v jednoduchých či složitějších situacích a poruch vyjadřování, schopnosti organizovat složitější události a schopnosti soustředit se. Vyhnálek a kol. (2012) zmiňuje základní laboratorní vyšetření,

¹¹ Apatie je nedostatek motivace, vůle, emocí a zájmu o podněty z prostředí. (www.medicspark.cz)

¹² Iritabilita znamená dráždivost nebo zvýšenou reakci na stimulaci. (www.stefajir.cz)

¹³ Deprese patří mezi poruchy nálady a jde o patologický smutek. (www.deprese.psychoweb.cz)

¹⁴ Behaviorální porucha je termín, který se používá k popisu různých psychických problémů, které jsou spojeny s chováním. (www.dbterapie.cz)

¹⁵ Imobilita představuje neschopnost volného pohybu. (www.lecbarany.cz)

neurologické vyšetření a CT vyšetření. Oba zdroje se shodují v důležitosti použití základních screeningových testů jako je Mini Mental State Examination a test hodin (Clock Test).

Na základě těchto testů nebo jiných skutečností (porucha paměti je taková, že pacientovi vadí a negativně ovlivňuje jeho život, obtíže v práci z důvodu této poruchy, zhoršení soběstačnosti atd.) odesílá pacienta ke specialistovi, který se touto problematikou zabývá (Česká alzheimerovská společnost, 2015). Kromě testů kognitivního výkonu je při diagnostice a sledování demence stále důležitější hodnocení ADL (Lehfeld, Erzigkeit, 2000).

Celosvětově klinicky nejpoužívanějším screeningovým testem je ¹⁶MMSE viz příloha č. 1 (Kisvetrová, 2020). Tombaugh a McIntyre (1992) tvrdí, že v klinické praxi je ho využíváno v souvislosti s identifikací osob v pásmu středně těžkého až těžkého kognitivního deficitu.

Test je považován za validní zejména u psychiatrických, neurologických i geriatrických pacientů. Posuzováno je pět oblastí:

- orientace (osobou, časem, prostorem);
- Paměť (bezprostřední zapamatování a opakování tří slov);
- pozornost a počítání (odečítání 7 od čísla 100, a to pětkrát po sobě);
- krátkodobou paměť (výbavnost-opakování tří dříve jmenovaných předmětů);
- řeč, komunikaci a konstrukční schopnosti. (Kisvetrová, 2020)

Pro poruchu kognice uvádějí některé studie jako hranici MMSE skóre 24 a méně bodů (Folstein et al, 2001). Kisvetrová (2020) však tvrdí, že klasifikace poruch podle celkového skóre MMSE není ale v odborné literatuře zcela jednotná. Tombaugh a McIntyre (1992) považují za hraniční skóre 24 bodů. Doporučují ale, aby bylo hodnocení MMSE prováděno u jedinců s minimálně 8 lety vzdělání. Oproti tomu Fymat (2018) uvádí hodnoty MMSE skóre pro jednotlivá stádia demence.

V České republice se MMSE používá již řadu let. (Kisvetrová, 2020). Jiráček a Koukolík (2004) uvádí, že rozdělení míry kognitivního postižení dle skóre MMSE v české normativní studii MMSE prokázali závislost výsledků při hodnocení kognice pomocí MMSE u starších zdravých jedinců na jejich věku a vzdělání.

¹⁶ Mini Mental State Examination

Pro diagnózu demence platí kritéria uvedená v mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) (Vágnerová,2020):

- Osvojený celkový kognitivní deficit, který má vliv na paměť a minimálně na jednu další oblast, jako je řeč, myšlení, orientace, poznávání, úsudek, abstrakce, učení, praxe a exekutivní funkce.
- Kognitivní narušení ovlivňuje zapojení jednotlivce do pracovního a sociálního života, přičemž nejprve jsou dotčeny složité a komplexní aktivity, jako je řízení automobilu nebo ovládání mobilního telefonu. V pokročilejších fázích může být narušena i schopnost provádět základní sebeobslužné úkony.
- Pokračující progresse postižení, které je diagnostikováno s trváním poruchy po dobu nejméně 6 měsíců.

3.3 Klasifikace demencí

Dle Kisvetrová (2020) lze demence dělit z více hledisek. K základnímu dělení demence patří rozdělení podle příčiny do dvou základních skupin. Fertalová a Ondriová (2020) uvádí, že se jedná o primární demence, které mají jako podklad atroficko-degenerativní proces mozku a demence symptomatické sekundární.

Jiráček et al. (2009) uvádí, že demence při atroficko-degenerativním postižení vznikají na základě procesů vedoucích ke snížení počtu neuronů, poruše funkce neuronů a neuroglií a redukcii počtu synapsí neuronů. Charakteristická je pro ně tvorba a ukládání patologické bílkoviny, která působí s řadou dalších degenerativních dějů. Tvoří přes 60 % ze všech demencí a patří zde především: demence u Alzheimerovy a Parkinsonovy choroby, demence s Lewyho tělísky, Frontotemporální demence u Huntingtonovy a Pickovy choroby a také Steele-Richardson-Olzewski syndrom (Kisvetrová, 2020).

Národní zdravotnický portál uvádí, že sekundární demence je demence, která není způsobena degenerativními změnami v mozku, ale jiným (tzv. základním) onemocněním. Ve srovnání s primární demencí jsou sekundární demence mnohem vzácnější. Mezi příčiny sekundární demence se řadí nemoci spojené s nadměrným užíváním alkoholu, otravy, nežádoucí účinky léků, špatná výživa, nedostatečný příjem tekutin, orgánová onemocnění, epilepsie, roztroušená skleróza, zánět a nádor mozku, traumatická poranění hlavy či psychologické příčiny (NZIP, 2024). Jiráček (2004) dodává, že sekundární demence lze dále rozdělit na vaskulární a ostatní symptomatické demence.

3.4 Léčba demence

Léčba demence představuje důležitou, ale poměrně opomíjenou součást neurologické péče o seniory. Individuální terapeutické intervence mohou přinést pouze malé změny v kvalitě života jedinců postižených demencí, ale při použití farmakologických a nefarmakologických přístupů v kombinaci tyto intervence synergizují a mohou přinést významné výsledky (Tisher, Salardini, 2019).

Topinková (2005) uvádí, že při rozhodování o léčbě zvažujeme vždy etiologii demence, její pokročilost, výskyt ¹⁷BPSD a jejich závažnost, stupeň disability a přítomnost komorbidit. Farmakologická léčba kognitivních poruch zahrnuje léčbu za pomoci inhibitorů cholinesteráz (dále jen ICHE). ICHE blokuje acetylcholinesterázu, popř. i butyrylcholinesterázu, a zamezují odbourávání acetylcholinu v neutrální štěrbíně. Léčba galantaminem upravuje cholinergní deficit na synapsích CNS a zpomaluje progresi onemocnění asi o 1 rok, dle otevřených studií přetrvává tento účinek až 4 roky. Účinnost léčby se prokazuje u 60-70 % léčených. Léčba udržuje kognitivní funkce, zpomaluje ztrátu soběstačnosti a příznivě ovlivňuje i BPSD.

Pro středně těžkou a těžkou demenci se užívá k léčbě memantin, který lze použít samostatně nebo jako doplňkovou terapii (Arvanitakis, Shash, Bennet, 2019). Inhibitory cholinesterázy ani memantin nejsou účinné u pacientů s mírnou kognitivní poruchou (O'Brien, Holmes, Jones, et.al, 2017).

Antidepresiva a antipsychotika zůstávají základem farmakologické léčby BPSD. Antipsychotika by měla být předepisována pouze v případě, že chování představuje významné bezpečnostní riziko nebo pokud je osoba s demencí velmi rozrušená. Léčba BPSD je vysoce individuální.

Nefarmakologické intervence by měly být vyzkoušeny před farmakologickými intervencemi (Bessey, Walaszek, 2019). Bullová (2024) tvrdí, že nefarmakologická léčba spočívá v pravidelném "trénování" mozku. Pod tím rozumíme aktivní udržování kognitivních funkcí v kondici. Dostupná jsou různá cvičení, ať už obrázková, nebo číselná, zábavné úkoly, tajenky a podobně. Mezi další způsoby, jak zlepšit pacientův stav, se řadí aromaterapie, muzikoterapie, terapie domácím mazlíčkem, edukace opatrovníků ke správné péči a psychologická podpora pro rodinné příslušníky. Další možnou intervencí je Koncept bazální stimulace, který se uplatňuje nejen v péči o seniory s demencí a imobilitou (Institut bazální

¹⁷ Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia = Behaviorální a psychické příznaky demence např. agresivita, apatie, agitace, afektivní poruchy, poruchy vnímání, toulání. (www.czech-neuro.cz)

stimulace, 2024). Topinková (2005) dodává, že je důležité dodržovat pravidelnost v režimu, v denních úkonech, minimalizovat změny. Denní rutina napomáhá udržet funkční schopnosti, jako je péče o domácnost a sebeobsluha.

3.5 Vliv demence na každodenní život

Zdravotní postižení, charakterizované ztrátou schopnosti vykonávat ADL, je určujícím rysem demence, která má za následek rostoucí zátěž pečujícího a případnou potřebu alternativní péče nebo umístění do domova pro seniory (Desai, Grossberg, Sheth, 2004). Přestože obecným cílem je udržet lidi s demencí co nejdéle v domácím prostředí, mnoho z nich bývá z důvodu postupu nemoci, umístěno do sociálních zařízení zaměřujících se na tyto osoby (Prince, Prina a Guerchet 2013).

Tomagová, Boriková, Miertová (2013) uvádí, že v počátečních stádiích může osoba zaznamenat jisté kognitivní nedostatky. Může samostatně provádět aktivity denního života, jež nejsou porušeny. Selektivně se mohou vyskytnout některé problémy, vzhledem k individualitě každého pacienta, např. manipulace s penězi, užívání léků, schopnost používat bankovní karty. Člověk s demencí je stále nezávislý, ale je k tomu zapotřebí jeho větší úsilí. Postupně ztrácí zájem realizovat aktivity denního života.

Mehraban et al. (2014) dále dodává, že s progresí onemocnění se vyskytují jasné změny ve funkčních schopnostech jedince. V mírném stádiu demence jsou ovlivněny paměť, orientace, úsudek a řešení problémů. Současně osoba s demencí potřebuje pomoc s různými aktivitami, jako jsou např. aktivity související s prací, domácí činnosti spojené s hygienou. Později se u lidí s demencí vyskytuje pokles v provádění těchto aktivit: nakupování, telefonování, manipulace s domácími spotřebiči.

Ve třetím, nejzávažnějším stádiu demence se snižuje úroveň celkové aktivity člověka s demencí. Ztrácí se schopnost provádět jednoduché aktivity denního života a pacient se stává plně závislým na péči jiných lidí. (Tomagová, Boriková, Miertová, 2019)

3.5.1 Sociální zařízení pro seniory s demencí

Cílem sociálních služeb je zachovat lidskou důstojnost svých uživatelů, vycházet z individuálně určených potřeb. Určených rozvíjet aktivně jejich schopnosti, zlepšit nebo alespoň zachovat soběstačnost, poskytovat služby v zájmu svých klientů a v náležité kvalitě.

„Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování

nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví příslušný prováděcí předpis” (MPSV, 2020).

Domovy se zvláštním režimem poskytují ubytovací služby pro osoby s omezenou soběstačností způsobenou chronickým duševním onemocněním, závislostí na návykových látkách, Alzheimerovou nemocí nebo jinými typy demence, které vyžadují nepřetržitou péči. Poskytovaná péče je přizpůsobena specifickým potřebám klientů těchto domovů (Česká alzheimerovská asociace, 2015).

Dvořáčková (2012) popisuje domovy pro seniory jako typická zařízení poskytující pobytové služby pro osoby seniorského věku s omezenou soběstačností, zejména z důvodu stáří, které potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Hlavním záměrem těchto zařízení je zajistit klientům pohodlné a důstojné bydlení s veškerými potřebnými službami a péčí tak, aby co nejvíce připomínalo jejich domov. Personál těchto zařízení podporuje klienty v jejich samostatnosti, pomáhá jim navazovat kontakty se společností a udržovat komunikaci s rodinou. Kromě terapeutických aktivit nabízejí také různé zájmové činnosti a usilují o co největší začlenění klientů do běžné společnosti, nejen v rámci zařízení (Česká alzheimerovská asociace, 2015).

4 Možnosti ergoterapie

Cílem této kapitoly je nastínit možnosti ergoterapie u osob seniorského věku s demencí. Kapitola zahrnuje nácvik soběstačnosti u těchto osob a zdůrazňuje význam tréninku kognitivních funkcí. Dále poskytuje stručný výčet informací týkajících se reminiscenční terapie, smyslové aktivizace, jemné i hrubé motoriky a současně taky představuje úlohu klinického logopeda v terapeutickém procesu u seniorů se syndromem demence.

4.1 Nácvik soběstačnosti (ADL)

ADL jsou činnosti, které člověk provádí denně nebo pravidelně a umožňují mu být nezávislý ve svém domácím nebo širším okolí. Patří mezi ně činnosti sebeobsluhy, funkční mobility a komunikace. Dále je možné také zde zařadit činnosti spojené s vedením domácnosti a aktivity, které provádí v širším sociálním prostředí (Krivošíková, 2011). Fertalová a Ondriová (2020) uvádějí, že vedení k soběstačnosti je důležitou zásadou při péči o pacienta se syndromem demence. Postupné zavádění nácviků soběstačnosti musí být aplikováno citlivě, se znalostí stavu a možností pacienta. Nelze totiž očekávat, že pacient provede činnosti, kterých už není schopen. Krivošíková (2011) dodává, že při nácviku ADL ergoterapeut zohledňuje nejen individuální schopnosti pacienta, ale i jeho osobnost a domácí prostředí.

Ztráta schopnosti vykonávat běžné denní aktivity je jednou z hlavních příčin řetězcích se následných obtíží, se kterými se lze u syndromu demence setkat a jejichž negativní dopady mají značný vliv na kvalitu života těchto osob. (Giebel, Sutcliffe, Stolt et al., 2014). Lidé s demencí postupně ztrácejí schopnost samostatně zvládat sebeobslužné činnosti, což vede k potřebě stále větší pomoci. Tato závislost roste v důsledku ztráty osobní nezávislosti a potřeby podpory při zvládání ADL. Zhoršení schopnosti samostatně zvládat tyto aktivity se objevuje postupně, přičemž některé jako oblékání mohou být problematické již při mírné formě demence, zatímco jiné se zhoršují až v pozdější fázi. Pečující osoby vnímají důležitost těchto činností pro kvalitu života osob se zdravotním postižením, přičemž u těžké demence je patrná spojitost mezi množstvím zvládnutých činností a kvalitou života. Nicméně, analýza ve Velké Británii zaměřující se na ADL a kvalitu života osob v různých fázích demence ukázala, že u středně těžké demence má celkový výkon v ADL významný vliv na kvalitu života (Giebel, Sutcliffe, Challis, 2015).

Ergoterapeut poskytuje míru své pomoci v oblasti kognitivní a sociální rehabilitace u osob s mírným až středně těžkým syndromem demence. Jejich cílem je obnovit nebo mobilizovat zbývající funkční potenciál a schopnosti klientů. Pozornost je také věnována a

přizpůsobit jejich domácí prostředí (Pimouguet, Sitta, Wittwer, 2019). Veteška a Vostrý (2021) dodávají, že k maximální soběstačnosti klienta je využíván nácvik, kompenzační mechanismy, substituční mechanismy nebo nalezení vhodné kompenzační pomůcky.

Studie prokázaly účinnost a efektivitu ergoterapie při oddalování negativního progresu různých poruch na úrovni jednotlivých systémů, zejména při použití strukturovaných ergoterapeutických terapií. Terapie by měly zahrnovat aerobní a posilovací cvičení, smyslovou stimulaci a kognitivní a paměťová cvičení. Zmíněné metody mají pozitivní vliv na udržení výkonu ADL a kognitivních funkcí (Matilla, Martínez, Fernández, 2016).

4.2 Trénink jemné a hrubé motoriky

Hrubá motorika představuje pohyby celého těla, tedy pohyby velkých svalových skupin. Mluvíme o ovládnutí těla, o jeho držení, dále o koordinaci horních i dolních končetin a o rytmizaci pohybů. Spadají zde dvě hlavní funkce pohybové soustavy - posturální a lokomoční (udržování polohy a samotný pohyb). Jejím hlavním úkolem je zajistit stabilitu výchozí polohy pohybové soustavy a umožnění změny polohy jak jednotlivých segmentů, tak i celého těla (Speciální pedagogika, 2015).

Vyskotová a Macháčková (2013) uvádějí, že jemná neboli obratnostní motorika je definována jako schopnost obratně a kontrolovaně manipulovat nevelkými předměty v malém prostoru. Zahrnuje všechny pohybové aktivity prováděné menšími svalovými skupinami, zejména rukou, ale i úst či nohou vyžadující přesnost při plnění motorického úkolu.

Jak je výše uvedeno, trénink jemné a hrubé motoriky úzce souvisí s nácvikem ADL a soběstačností. Individuální terapie může zahrnovat jednoduchá cvičení zaměřená na horní končetiny, jako je práce s rukama a prsty, manipulace s drobnými předměty, trénink úchopů a grafomotorika. K dosažení těchto cílů lze využít dřevěné a další pomůcky, hlavolamy, šablony pro psaní, kreslení nebo vyplňování, a také speciální polštáře, které podporují aktivity denního života (ADL), jako je zapínání různých typů knoflíků. Nejlepší výsledky se často dosahují propojením cvičení motoriky s praktickými činnostmi, jako je přišívání knoflíků, skládání prádla, nebo utírání nádobí. (Prohuman, 2012).

Vostrý a Veteška (2021) tvrdí, že pokud chceme u jedinců s demencí změnit jejich prožívání, musíme u nich navodit změny pohybu. Psychomotorická terapie působí pozitivně na uvědomování si svého vlastního těla a jeho možností. Pohyb lze taktéž vnímat

jako spojenci mezi vnitřním a vnějším světem. U demencí je cílem psychomotorické terapie snížit dopad depresivních stavů, agitovanosti, či agrese. Obecně se využívá prvků dechové gymnastiky, automasáží, tanečních prvků a relaxačních programů.

4.3 Trénink kognitivních funkcí

V rámci procesu stárnutí dochází obecně k individuálně specifickému zhoršování senzomotorických schopností. Mění se celková úroveň psychických, motorických a také smyslových schopností (Říčan 2006 in Vostrý, Veteška, 2021). Fischer a Žuchov (2019) udávají, že u kognitivních funkcí lze hovořit o celkovém úbytku. Jde zejména o funkční změny. Dochází ke zhoršení pozornosti, paměti a celkově psychomotorického výkonu a tempa. Válková (2015) in Veteška (2021) řadí do složek kognitivních funkcí paměť, koncentraci, pozornost, rychlost myšlení a porozumění informacím. Jejich centra jsou uložena v různých částech mozku, a pokud dojde k nějakému poškození či chorobě, může dojít k jejich trvalému poškození.

Dle Holmerové, Jarolímové a Suché (2007) je kognitivní trénink variací různých cvičení, která pomáhají zlepšovat funkčnost jednotlivých úrovní kognitivních funkcí. Prvořadým cílem výše zmiňovaných cvičení je zejména zlepšit jednotlivé schopnosti seniora a omezit komplikace, které se mohou s onemocněním vyskytovat. Mezi vybrané postupy, které řadíme do popředí terapie patří především pravidelné čtení vybraného textu, které je následováno pokusem o zopakování toho, co se klient dočetl. Následně lze volit prvky diskuse, kdy se po klientovi chce, aby vysvětlil podstatu textu. V tomto případě pozoruje terapeut, jak klient daný text pochopil.

Baddeley (1999) (in Vostrý, Veteška 2021) udává, že aby se člověk mohl něco naučit, musí nejdříve informace nějakým způsobem získat a zpracovat. Informace získáváme zrakem sluchem, ale také hmatem. Používáme tedy paměť sensorickou. Následně přecházejí informace do krátkodobě paměti a později do dlouhodobé, z níž si je lze následně vybavit dle aktuální potřeby. Vostrý a Veteška (2021) dodává, že z počátku se terapie zaměřuje na cvičení krátkodobé paměti, ale nesmí se zapomínat i na dlouhodobou paměť, která u osob s demencí zůstává poměrně dlouho neporušena. Je důležité věnovat pozornost také oblasti zrakové a sluchové.

Krishnamoorthy (2010) (in Vostrý, Veteška 2021) klade důraz na to, aby si klient sám určil, co chce primárně procvičovat-tím se stává de facto svým vlastním trenérem. Jedinci, kteří se nacházejí v určitých stádiích demence, mnohdy volí tuto formu terapie, zejména z důvodu potřeby stimulace určité složky kognitivních funkcí, jejíž potenciál

slábne. Výhodou pro nás je, že vedeme klienty k tomu, aby si deficit uvědomovali a dokázali s ním pracovat.

4.4 Působení logopeda u osob seniorského věku

Termín logopedie vznikl složením dvou slov řeckého původu „*logos*” - slovo, řeč a „*paidea*” - výchova. Zahrnuje výzkum komunikačních funkcí, odstraňování a nápravu poruch v komunikačním projevu a samotnou prevenci. Logopedie je součástí speciální pedagogiky, která se zabývá zvláštnostmi osob zdravotně postižených, a to fyzicky nebo psychicky od dětského věku po dospělost (Kejklíčková, 2011).

Pro výkon povolání je dle Asociace klinických logopedů nutné absolvovat bakalářské a následně magisterské studium speciální pedagogiky, zakončené státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie. Pokud jeho ambice směřují do zdravotnictví, musí absolvovat speciální přípravu pro práci ve zdravotnictví, povinnou praxi, několikaleté postgraduální studium a složit atestační zkoušku v oboru klinické logopedie (Asociace klinických logopedů, 2024). Klinický logoped vykonává své povolání v resortu zdravotnictví samostatně, bez odborného dohledu poté, co dokončí své a specializační vzdělání (Mlčáková & Vitásková, 2013).

Votava (2001) uvádí, že trénink řeči provádí klinický logoped, který k tomuto úkonu využívá pomůcky různého tvarů, chutí a barev. Avšak na nácviku řeči a speciálním způsobu komunikace se musí podílet i ostatní členové týmu, jako je i ergoterapeut, který se ve své praxi, ve spolupráci s klinickým logopedem, věnuje i nácviku podávání stravy u poruch polykání.

4.5 Reminiscenční terapie

Pojem reminiscence, z lat. „*reminiscere*” - vzpomenout si, je používán jako synonymum českého výrazu vzpomínka či vzpomínání (Janečková, Vacková, 2010). Podle Holczerové a Dvořáčkové (2013) je reminiscenční terapie často definována jako proces, během kterého jsou ve skupinách podporovány vzpomínky na příjemné události z minulosti. K vytvoření vhodné atmosféry mohou být použity staré fotografie, předměty, hudební nahrávky, filmy a další podobné prvky. Podle Špatenkové a Bolomské (2011) reminiscenční terapie využívá vzpomínání jako terapeutického prostředku a je založena na skutečnosti, že v mozku jsou nejtrvaleji uloženy vědomosti, návyky a vzpomínky, které jsou součástí dlouhodobé paměti.

Výsledky potvrzují, že reminiscenční terapie má pozitivní vliv především na osoby s kognitivní poruchou. Je jednou z nejoblíbenějších psychosociálních intervencí v péči o seniory s demencí a je vysoce hodnocena personálem i účastníky. Existuje několik důkazů, které vypovídají o její účinnosti i u starších osob bez syndromu demence (Woods, Spector, Jones, 2005). Dle Špatenkové a Bolomské (2011) patří mezi základní zásady reminiscenční terapie následující:

- Nezahrnovat seniora nadměrným množstvím materiálu.
- Obsah reminiscence by měl být uzpůsoben s ohledem na věk a sociokulturní prostředí, ze kterého senioři pocházejí.
- V rámci terapií vycházet z toho, co účastníci sami zažili.
- Povrchová úprava pomůcek může stimulovat stejně jako jejich vzhled.
- Dopřát dostatek časového prostoru na odezvu a uspořádání vlastních myšlenek.
- Aktivně naslouchat účastníkům a nechat se jimi vést.
- Nesnažit se za každou cenu lpět na určitém tématu.

Janečková a Vacková (2010) uvádí, že výsledky výzkumu naznačují, že čím je demence hlubší, tím je dopad reminiscenční terapie výraznější a zlepšení nápadnější. Byť je efekt zřejmě způsoben komplexem faktorů, nikoli tedy pouze samotným faktem vzpomínání, ale také emocionálním prožitkem spojeným s atmosférou ve skupině, společenskou rolí, sociálním začleněním a kognitivní aktivitou. Jde o pozoruhodné zjištění, které je třeba využít v praxi a zapojovat reminiscenční aktivity do práce s lidmi s demencí v maximální možné míře.

4.6 Smyslová aktivizace

Wehner a Schwinghemmer (2013) definují smyslovou aktivizaci jako pojem, který lze chápat jak „*uvedení do pohybu*“ za účasti veškerých smyslů. Pozitivním výsledkem smyslové aktivizace je vytvoření motorické, kognitivní, verbální, skutečně komplexní činnostnosti. Prostřednictvím aferentních drah jsou impulzy z příslušných receptorů vedeny do mozku, kde se uspořádají, uloží a připojí k předchozím získaným informacím.

Základem této metody je fakt, že člověk s demencí ztrácí krátkodobou paměť, ale dobře mu funguje paměť dlouhodobá. Je tedy dobré mu udržet nebo připomenout schopnosti, které měl již dávno. Skončit musí tzv. „*přepečování*“, tedy nadměrná péče,

při níž za člověka vše uděláme a nedáme mu šanci k sebemenšímu podílu na sebeobsluze. I kdyby některé jednoduché úkony nezvládnul napoprvé, může se jim postupně znovu učit. V současné době se stal koncept Smyslové aktivizace součástí péče ve většině pobytových zařízení sociálních služeb pro osoby seniorského věku (Smyslová aktivizace, 2022).

Jednou z nejznámějších intervencí je v rámci tohoto konceptu multisenzorické stimulační prostředí Snoezelen, které je dle barvy pokoje a jeho zařízení určeno k aktivizaci či relaxaci (Sanchez, Maseda, Marante, 2014). Wehner a Schwinghammer (2013) uvádí, že při smyslové aktivizace u klientů s demencí je důležitá pravidelnost, dostatek časového prostoru pro odpověď. Dále je nezbytné preferovat spíše krátkodobé aktivity v časovém horizontu cca 10-15 minut, jako prevenci přetížení. Klienti s demencí se cítí ve velkých skupinách ztraceni.

Odbornou veřejností bylo zjištěno, že hospitalizovaní pacienti se středně těžkou až těžkou demencí, kteří podstoupili multisenzorickou terapii, dosáhli větší nezávislosti v ADL aktivitách hodnocených pomocí ¹⁸Katzova indexu ve srovnání s pacienty v kontrolní skupině, kteří prováděli individuální volnočasové aktivity. Smyslová aktivizace poskytuje důkazy o okamžitých pozitivních účincích na chování a náladu lidí s demencí. Neexistují však přesvědčivé údaje o jejich dlouhodobé účinnosti ani o zobecnění výsledků do jiného prostředí. K objasnění dlouhodobé účinnosti smyslové aktivizace u pacientů v různých stádiích demence jsou zapotřebí studie s větší metodologickou kvalitou. V každém případě smyslová aktivizace otevírá nové nefarmakologické intervenční pole pro lidi s demencí, které bezpochyby může přinést výsledky v bezprostřední budoucnosti, jakmile budou postupy intervence vědecky podloženy (Sanchez, Millán-Calenti, Lorenzo – Lopéz, Maseda, 2012).

4.7 Animoterapie

Animoterapie, známá také jako terapie podporovaná zvířaty, označuje různé přístupy k rehabilitaci a psychosociální podpoře zdraví, které využívají příznivých interakcí mezi lidmi a zvířaty. (Mojžíšová, Lacinová, Šemberová, 2000). Neradžič (2006) klasifikuje zooterapii podle používané metody do několika kategorií:

¹⁸ Katzův index měří míru nezávislosti při ADL. (www.youbl.com)

- Aktivita za pomoci zvířat (Animal Assisted Activities) - přirozený kontakt člověka a zvířete zaměřený na zlepšení kvality života klienta nebo rozvoj jeho sociálních dovedností.
- Terapie za pomoci zvířat (Animal Assisted Therapy) - cílený kontakt člověka a zvířete, zaměřený na zlepšení psychického nebo fyzického stavu klienta.
- Vzdělávání za pomoci zvířat (Animal Assisted Education) - přirozený nebo cílený kontakt člověka a zvířete zaměřený na rozšíření nebo zlepšení výchovy, vzdělávání nebo sociálních dovedností klienta.
- Krizová intervence za pomoci zvířat (Animal Assisted Crisis Respond) - přirozený kontakt zvířete a člověka, který se ocitl v krizovém prostředí, zaměřený na odbourávání stresu a celkové zlepšení psychického nebo fyzického stavu klienta.

Na rozdíl od toho Dvořáčková (2013) kategorizuje animoterapii podle druhu používaného zvířete na několik typů, včetně canisterapie (s využitím psa), felinoterapie (s využitím kočky), hipoterapie (s využitím koně), delfinoterapie (s využitím delfína), lamaterapie (s využitím lamy), insektoterapie (s využitím hmyzu) a ornitoterapie (s využitím ptactva). Podle Holczerové a Dvořáčkové (2013) je v České republice v posledních letech stále více využívána canisterapie, zejména v domovech pro seniory. Jak uvádí Aronová (2008), tato forma terapie probíhá za účasti canisterapeuta a za dohledu personálu zařízení. Terapie může být buď individuální nebo skupinová. Návštěvy psů v domovech seniorů přinášejí příjemné zpestření do stereotypního dne. Dokonce i ti senioři, kteří obvykle nevyjadřují své pocity a myšlenky, se při těchto návštěvách rozpovídají a vzpomínají na své vlastní zážitky a příběhy ze života.

5 Preterapie

Cílem této kapitoly je snaha poskytnout ucelený pohled na samotný pojem preterapie. Pozornost je zde soustředěna zejména na její teorii, kontaktní reflexe a jejich využití v praxi u seniorů se syndromem demence.

5.1 Teorie preterapie

Malíková (2020) uvádí, že preterapie je psychoterapeutická technika, která se zaměřuje na "*reagování na klienty*" během interakce s nimi. Prouty, Werde a Portner (2005) dodávají, že preterapie je další stupeň ve vývoji myšlení a praxe zaměřené na klienta. Vostrý a Veteška (2021) tvrdí, že důležitým předpokladem samotného procesu, je navázat komunikaci s klientem, neboť právě ta je u osob se syndromem demence velmi problematická. Odvíjí se od získání důvěry, pocitu jistoty a bezpečí. Ke správné spolupráci je také důležité zvolit správnou motivaci. Ne vždy je lehké přivést klienta do stavu, kdy je ochoten, a hlavně schopen spolupracovat.

Základem Preterapie je syntéza dvou tradic uvnitř psychoterapie. První aspekt se zaměřuje na vztahy v psychoterapii, které se soustředí na jednotlivce. Druhým je "*fokus*" existenciální psychoterapie podle Gendlina, která zdůrazňuje reflexi konkrétních zkušeností jako prostředek k porozumění vlastnímu prožívání klienta. Filozofie Proutyho spočívá v tom, že lidé žijí a vnímají svět zprostředkovaným konkrétním, fyzickým a "*ztělesněným*" způsobem, a jejich život je ovlivňován interakcemi s ostatními (Dodds, 2008).

Cílovou skupinou pro tento léčebný režim jsou jednotlivci se syndromem demence, akutní a chronickou schizofrenií, s mentálním postižením, s nebo bez psychózy (Prouty, 2007). Preterapie je cennou součástí výše zmiňovaných přístupů, které si kladou za cíl zabývat se subjektivním prožíváním světa osob s demencí, u kterých se vyskytla narušená komunikační schopnost různé etiologie. Cílem preterapie je usnadnit účast v komunikaci a vytvářet vztahy s lidmi, kteří jsou tradičně považováni za osoby nekontaktní (Dodds, 2008).

Celkově lze konstatovat, že se jedná o inovativní přístup v terapii osob s demencí, zaměřený na vytvoření vztahu s klientem za pomoci kontaktních reflexí. Důležitým prvkem je navázání komunikace s klientem, získání jeho důvěry a motivace k spolupráci.

Preterapie tak představuje hodnotný přínos k terapeutickým metodám, které se zaměřují na subjektivní prožívání jednotlivců.

5.2 Kontaktní reflexe

Kontaktní reflexe jsou primární metodou preterapie. V rámci terapie je využíváno 5 technik: situační, obličejová, slovní, tělová a opakující (Prouty, 2007). Kontaktní reflexe jsou praktickou aplikací toho, co terapeut dělá ve vztahu k chování klienta (Dodds, 2008). Malíková (2010) uvádí, že se jedná o techniky uskutečňující empatický kontakt. Prouty (2005) vysvětluje jednotlivé techniky a jejich použití následovně:

- **Situační reflexe (SR)**

Podstata této techniky spočívá v tom, že terapeut pozorně sleduje situaci, ve které se klient právě nachází, jeho okolí a prostředí, ve kterém klient žije, a popisuje klientovo chování i celou situaci.

- **Obličejová reflexe (OR)**

Terapeut zde pozorně sleduje obličej klienta, jeho výraz tváře. Je nutné zdůraznit, že terapeut reflektuje tyto mimické odezvy. Někdy klient reaguje jen jemným pohybem mimických svalů, náznakem úsměvu nebo zamračením. Patrné jsou zde tzv. před-expresivní emoce.

- **Tělová reflexe (TR)**

Terapeut pozorně sleduje celé držení těla klienta, které je v mnoha případech nepřírozené a nadměrně strnulé. Terapeut reflektuje pozici klienta slovně nebo tělesně. Terapeut napodobuje (zrcadlí) pokud možno co nejvěrněji pohyby klienta a jeho pozici. To klientovi pomáhá překonat pocit tělesného odcizení.

- **Slovní reproduktivní reflexe (SRR)**

Terapeut používá tuto techniku, když se klient nachází na tzv. předřečové úrovni, což znamená, že se vyjadřuje nesouvisle a útržkovitě. Aktivně klienta poslouchá a opakuje jeho slova bez ohledu na jejich obsah či smysl, což klientovi signalizuje, že je přijat jako rovnocenný partner. Tato reflexe slov má povzbudit klienta k dalšímu projevu a stimulovat ho. Kromě slov může terapeut občas opakovat i zvuky, aby podpořil a rozvíjel komunikační kontakt.

- **Zopakované reflexe (ZR)**

Jde o pakování reflexí, které se již osvědčily. Terapeut registruje odezvu v reakcích, projevech a chování klienta, proto je použije znovu. Zopakování reflexe

tvoří základ opětovného kontaktu. Techniku lze použít krátkodobě, ale v některých případech i dlouhodobě.

Gendlin (2012) uvádí, že prožívání je konkrétní tělesně vnímaný proces, který je primárním elementem terapeutické změny. Posun od struktury bez procesu zahrnuje filozofický posun od prožívané zkušenosti k symbolizaci této zkušenosti, tedy přesun od fenomenologie k sémiotice.

5.3 Preterapie seniorů s demencí v praxi

Komunikace je vzájemný proces výměny a sdílení informací, který představuje základní prvek v ošetrovatelském procesu. Problémy s komunikací jsou charakteristickým rysem všech typů demence (Pepper, Denning, 2023). Prouty, Werde a Portner (2005) uvádějí, že preterapie je vhodná především pro klienty, kteří ve své léčbě nedokážou využít terapeutického vztahu, jelikož jejich schopnost navazovat kontakt je omezená. Existují tři úrovně fungování: reálné, afektivní a komunikativní. Komunikativní kontakt znamená, že osoba sdílí své chápání světa a přenáší ho druhé osobě.

Tento koncept se jeví v praxi jako užitečný prvek v péči o seniory se syndromem demence. Výzkum provedený v Německu zaměřující se na nové přístupy v léčbě demence signalizuje, že výše uvedené techniky mohou přispět ke zlepšení péče o klienty s těžkou demencí. Preterapie pomáhá vytvářet tzv. kotvy v realitě, postupně budovat vztahy, podporovat lepší časoprostorovou orientaci. Tento přístup také podporuje emocionální projev, sociální interakce, prožívání blízkosti, citlivost na sociální situace a schopnost relaxace. Ošetrovatelský personál vnímá preterapii jako užitečnou metodu při péči o seniory, zejména pro vytváření vztahů s lidmi trpícími těžkou demencí, kde jiné metody selhávají (Pfeifer, Schaupp 2009).

Literatura týkající se výuky a užívání techniky preterapie lidmi, kteří nejsou vyškoleni jako psychoterapeuti, zatím není k dispozici. Bez adekvátního zkoumání toho, jak se zaměstnanci učí této technice, a poté využívají kontaktní reflexe u lidí s demencí, nelze zjistit zda je kontaktní reflexe užitečná v péči o klienty s demencí (Dodds, 2008).

5.4 Rogersův přístup zaměřený na osobu

Carl Rogers věřil, že všichni lidé mají schopnost dosáhnout ve svém životě pozitivní změny. Vyvinul terapii zaměřenou na člověka (neboli rogeriánskou terapii) jako techniku, která klientům umožňuje větší samostatnost při terapeutických sezeních. Rogersův přístup k psychoterapii je považován za humanistický, protože se zaměřuje na pozitivní potenciál jednotlivců (Psychoterapeutická databáze, 2024). Rogers (1957) uvádí, že jeho přístup k terapii byl založen na třech nutných předpokladech-bezpodmínečném pozitivním přijetí, empatii a ¹⁹kongruenci. Rogers (1977) definuje bezpodmínečné pozitivní přijetí jako vřelý, přijímající a péči projevující postoj ke klientovi, vyjadřující se vstřícností a upřímným zájmem, a to bez ohledu na to, kdo klient je. Empatie je spojena s jasným vyjadřováním porozumění pro klientovu zkušenost. Kongruence bývá popisována jako emoční opravdovost, otevřené projevování pocitů terapeuta vůči klientovi.

¹⁹ Kongruence znamená shodu mezi prožitky přítomnými v organismu a jejich symbolizací v jeho já. (www.psychoweb.cz)

Závěr

Předložená odborná práce je koncipována formou rešerše, kdy bylo cílem pomocí literatury z tuzemských i zahraničních zdrojů nabídnout přehled týkající se oblasti ergoterapie a jejího využití u osob seniorského věku s demencí v zařízeních sociálních služeb.

V průběhu této bakalářské práce byly prozkoumány možnosti ergoterapie pro osoby seniorského věku v zařízeních sociálních služeb trpících syndromem demence, s důrazem na využití konceptu preterapie. Ergoterapie se ukázala jako efektivní nástroj pro zlepšení kvality života seniorů s demencí. Díky individuálnímu přístupu a zaměření na každodenní aktivity, ergoterapeutické intervence podporují zachování a zlepšení funkčních schopností, autonomie a sebeúcty u těchto jedinců. Integrace konceptu preterapie, který zdůrazňuje respektování a adaptaci na aktuální potřeby a schopnosti klienta, dále posiluje účinnost ergoterapeutické práce v této oblasti. Na základě analýzy dostupné literatury a praktických příkladů byly získány důležité poznatky, které poukazují na význam ergoterapie jako nedílné součásti komplexní péče pro osoby s tímto onemocněním. Nevýhody zkoumání tématu preterapie spočívají v omezené dostupnosti a nedostatku relevantních zdrojů z důvodu omezeného množství výzkumů.

Bylo zjištěno, že je důležité, aby zařízení sociálních služeb aktivně integrovala ergoterapii do svého programu péče o osoby se syndromem demence. Tato integrace by měla zahrnovat nejen konkrétní ergoterapeutické aktivity, ale také školení personálu a vytváření podpůrného prostředí pro realizaci těchto intervencí. Dále je nutné neustále sledovat vývoj v oblasti ergoterapie a preterapie a přizpůsobovat intervence podle nejnovějších poznatků a metodik. Z práce vyplývá, že efektivní využití ergoterapie a konceptu preterapie může významně přispět k zlepšení života seniorů s demencí v zařízeních sociálních služeb. Tímto způsobem lze podpořit jejich maximální participaci ve společnosti a zachování jejich důstojnosti a kvality života i v náročných životních situacích, které souvisí se syndromem demence. Cíl práce byl splněn s pomocí vyhledaných zahraničních studií a literatury, kdy byla potvrzena důležitost ergoterapie u seniorů s demencí v praxi. Výsledkem bylo, že ergoterapie má pozitivní vliv na zkvalitňování života seniorů s neurodegenerativním onemocněním.

Smysl této odborné práce lze chápat jako zpracování základní sumarizace informací, které by mohly sloužit jako možný návod v zařízeních sociálních služeb u osob seniorského věku se syndromem demence. Nabízí se možnost navázání v oblasti

kvantitativního výzkumu v oblasti praktického využití intervence ergoterapeuta u osob seniorského věku v zařízení sociálních služeb, což by mohlo být tématem diplomové práce.

Referenční seznam

ARVANITAKIS, Zoe; SHAH, Raj C. a BENNETT, David A. Diagnosis and Management of Dementia: Review. Online. *JAMA*. 2019, roč. 322, č. 16. ISSN 0098-7484. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jama.2019.4782>. [cit. 2024-05-09].

Asociace klinických logopedů [online]. 2024 [cit. 2024-05-06]. Dostupné z: <https://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=home--o-nas>

BESSEY, Laurel J. a WALASZEK, Art. Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Online. *Current Psychiatry Reports*. 2019, roč. 21, č. 8. ISSN 1523-3812. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1049-5>. [cit. 2024-05-09].

BORIKOVÁ, Ivana, Martina TOMAGOVÁ a Michaela MIERTOVÁ. *Pády a ich prevencia u hospitalizovaných pacientov*. 1. Osveta, 2019. ISBN 978-80-8063-469-8. BULLOVÁ, Andrea. *Jak se léčí demence* [online]. [cit. 2024-05-06]. Dostupné z: <https://medicspark.cz/nemoci/demence/lecba/>

CASSIER, Ernst. *The Philosophy of Symbolic Forms*. 1. Routledge, 2020. ISBN 9781138907256.

Česká Alzheimerovská společnost [online]. 2015 [cit. 2024-05-06]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-lidi-s-demenci/>

ČEVELA, Rostislav; KALVACH, Zdeněk a ČELEDVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 9788024739014.

CLIFFORD O'BRIEN, Jane a , Brittany. *Introduction to Occupational Therapy - E-Book*. Online. 6. Elsevier Health Sciences, 2022. ISBN 0323798578, 9780323798570. Dostupné z: https://books.google.cz/books/about/Introduction_to_Occupational_Therapy_E_B.html?id=I1uVEAAAQBAJ&redir_esc=y. [cit. 2024-05-09].

DESAI, Abhilash K; GROSSBERG, George T a SHETH, Dharmesh N. Activities of Daily Living in Patients with Dementia. Online. *CNS Drugs*. 2004, roč. 18, č. 13, s. 853-875. ISSN 1172-7047. Dostupné z: <https://doi.org/10.2165/00023210-200418130-00003>. [cit. 2024-05-06].

DODDS, Penny. *Pre-Therapy and dementia* [online]. In: . 2008. England: University of Brighton [cit. 2024-05-06]. Dostupné z: <https://cris.brighton.ac.uk/ws/portalfiles/portal/267223/491095.pdf>

DUNCAN, Edward A.S. *Foundations for Practice in Occupational Therapy - E-BOOK: Foundations for Practice in Occupational Therapy* -. Online. 5. Elsevier Health Sciences, 2011. ISBN 0702046612, 9780702046612. Dostupné

z: https://books.google.cz/books/about/Foundations_for_Practice_in_Occupational.html?id=brnGvDBgB3sC&redir_esc=y. [cit. 2024-05-09].

DUONG, Silvia; PATEL, Tejal a CHANG, Feng. Dementia. Online. *Canadian Pharmacists Journal / Revue des Pharmaciens du Canada*. 2017, roč. 150, č. 2, s. 118-129. ISSN 1715-1635. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1715163517690745>. [cit. 2024-05-06].

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

FERTALOVÁ, Terézia a ONDRIOVÁ, Iveta. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.

FOLSTEIN, Marshal F.; FOLSTEIN, Susan E. a MCHUGH, Paul R. "Mini-mental state." Online. *Journal of Psychiatric Research*. 1975, roč. 12, č. 3, s. 189-198. ISSN 00223956. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6). [cit. 2024-05-09].

GENDLIN, Eugene T. *Focusing-Oriented Psychotherapy: A Manual of the Experiential Method*. Guilford Press, 2012. ISBN 9781462505623.

GEORGI, Hana; HÖSCHL, Cyril a VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2628-4.

GIEBEL, Clarissa M.; SUTCLIFFE, Caroline a CHALLIS, David. Activities of daily living and quality of life across different stages of dementia: a UK study. Online. *Aging & Mental Health*. 2014, roč. 19, č. 1, s. 63-71. ISSN 1360-7863. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.915920>. [cit. 2024-05-06].

GIEBEL, Clarissa M.; SUTCLIFFE, Caroline; STOLT, Minna; KARLSSON, Staffan; RENOM-GUITERAS, Anna et al. Deterioration of basic activities of daily living and their impact on quality of life across different cognitive stages of dementia: a European study. Online. *International Psychogeriatrics*. 2014, roč. 26, č. 8, s. 1283-1293. ISSN 1041-6102. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1041610214000775>. [cit. 2024-05-06].

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.

HOLMEROVÁ, Iva; JAROLÍMOVÁ, Eva a SUCHÁ, Jitka. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Vážka. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ, Iva; JURAŠKOVÁ, Božena a ZIKMUNDOVÁ, Květuše. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

HÖSCHL, Cyril; LIBIGER, Jan a ŠVESTKA, Jaromír (ed.). *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5.

HOŠKOVÁ, Blanka a kol. *VADEMECUM / Zdravotní tělesná výchova* [online]. Karolinum, 2012 [cit. 2024-05-06]. ISBN 978-80-246-2650-5.

INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE. *Co je bazální stimulace* [online]. [cit. 2024-05-06]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>

JANEČKOVÁ, Hana a VACKOVÁ, Marie. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

JELÍNKOVÁ, Jana a Mária KRIVOŠÍKOVÁ. *Koncepce oboru ergoterapie* [online]. ČAE, 2007 [cit. 2023-08-31]. Dostupné z: https://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf

JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7

JIRÁK, Roman a KOUKOLÍK, František. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, c2004. ISBN 80-7262-268-4.

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

- KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. 2004. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2835-3.
- KENNEY, Larry W.; WILMORE, Jack H. a COSTILL, David L. *Physiology of sport and exercise*. Eighth edition. Champaign, IL: Human Kinetic, [2022]. ISBN 9781718201729.
- KISVETROVÁ, Helena. *Demence a kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5708-6.
- KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9
- KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0102-3.
- KORTEBEIN, Patrick M. a Kevin W. MEANS. *Geriatrics*. 1. Demos Medical Publishing, 2012. ISBN 161705030X, 9781617050305.
- KORTMAN, Brenton. The Eye of the Beholder: Models in Occupational Therapy. Online. *British Journal of Occupational Therapy*. 1995, roč. 58, č. 12, s. 532-536. ISSN 0308-0226. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/030802269505801213>. [cit. 2024-05-06].
- KOUKOLÍK, František a JIRÁK, Roman. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-716-8.
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
- LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.
- LEHFELD, H a ERZIGKEIT, H. Beeinträchtigungen der Alltags-aktivitäten (ADL) und der kognitiven Leistungsfähigkeit in unterschiedlichen Demenzstadien - Ein Vergleich von ADL-Fremdbeurteilungen, ADL-Selbsteinschätzungen und einem psychometrischen Leistungstest -. Online. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*. Roč. 68, č. 6, s. 262-269. ISSN 07204299. Dostupné z: <https://doi.org/10.1055/s-2000-11537>. [cit. 2024-05-06].
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

MASEDA, Ana; SÁNCHEZ, Alba; MARANTE, Ma Pilar; GONZÁLEZ-ABRALDES, Isabel; DE LABRA, Carmen et al. Multisensory Stimulation on Mood, Behavior, and Biomedical Parameters in People With Dementia. Online. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 2014, roč. 29, č. 7, s. 637-647. ISSN 1533-3175. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1533317514532823>. [cit. 2024-05-06].

MATILLA-MORA, Rosa; MARTÍNEZ-PIÉDROLA, Rosa María a FERNÁNDEZ HUETE, Javier. Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. Online. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2016, roč. 51, č. 6, s. 349-356. ISSN 0211139X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.006>. [cit. 2024-05-06].

MCCOLL, Marry Ann; LAW, Marry C. a STEWART, Debra. *Theoretical Basis of Occupational Therapy*. Online. 3. SLACK Incorporated, 2015. ISBN 1617116025, 9781617116025. Dostupné z: https://books.google.cz/books/about/Theoretical_Basis_of_Occupational_Therap.html?id=uWP3oAEACAAJ&redir_esc=y. [cit. 2024-05-09].

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2020 [cit. 2024-05-06]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1#sszp>

MLČÁKOVÁ, Renata a VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Základy logopedie a organizace logopedické péče*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3722-4.

MOJŽÍŠOVÁ, A., LACINOVÁ, J., ŠEMBEROVÁ, J. Terminologie v zooterapii. In VELEMÍNSKÝ, M., et al. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice : Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6

Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 06.05.2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.

NAVRÁTIL, Leoš a Milada Luisa ŠEDIVCOVÁ. *Léčebná rehabilitace v geriatрии*. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3132-7.

NERANDŽIČ, Zoran. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. Albatros Plus. Praha: Albatros, 2006. ISBN 80-00-01809-8.

O'BRIEN, John T; HOLMES, Clive; JONES, Matthew; JONES, Roy; LIVINGSTON, Gill et al. Clinical practice with anti-dementia drugs: A revised (third) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology. Online. *Journal of*

Psychopharmacology. 2016, roč. 31, č. 2, s. 147-168. ISSN 0269-8811. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0269881116680924>. [cit. 2024-05-09].

OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2529-6.

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.

PAGE, Julie; ROOS, Kim; BÄNZIGER, Andreas; MARGOT-CATTIN, Isabel; AGUSTONI, Stefania et al. Formulating goals in occupational therapy: State of the art in Switzerland. Online. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2015, roč. 22, č. 6, s. 403-415. ISSN 1103-8128. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1049548>. [cit. 2024-05-06].

PATHY, John, Alan J. SINCLAIR a John MORLEY. *Principles and Practice of Geriatric Medicine*. 2. John Wiley, 2006. ISBN 0470090561, 9780470090565.

PEPPER, Amy a DENING, Karen Harrison. Person-centred communication with people with dementia. Online. *Nursing Older People*. 2023, roč. 35, č. 2, s. 28-33. ISSN 1472-0795. Dostupné z: <https://doi.org/10.7748/nop.2023.e1430>. [cit. 2024-05-06].

PETROVÁ KAFKOVÁ, Marcela. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. [online]. [cit. 2024-05-06]. Dostupné z: doi:10.2307/41132857
PFEIFER-SCHAUPP, Ulrich. Prä-Therapie in der Altenpflege. Online. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2009, roč. 42, č. 4, s. 336-341. ISSN 0948-6704. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00391-008-0008-2>. [cit. 2024-05-06].

PIMOUGUET, Clément; SITTA, Rémi; WITTEWER, Jérôme; HAYES, Nathalie; PETIT-MONÉGER, Aurélie et al. Maintenance of occupational therapy (OT) for dementia: protocol of a multi-center, randomized controlled and pragmatic trial. Online. *BMC Geriatrics*. 2019, roč. 19, č. 1. ISSN 1471-2318. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1046-x>. [cit. 2024-05-06].

PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2015]. ISBN 978-80-7345-437-1.

PRINCE, M.; GUERCHET, M. a , M. The Global Impact of Dementia 2013-2050. Online. 2013. Dostupné z: <http://www.alz.co.uk/research/G8-policy-brief>. [cit. 2024-05-09].

Prohuman [online]. 2012 [cit. 2024-05-06]. Dostupné z: <https://www.prohuman.cz/socialna-praca/ergoterapie-v-geriatrii>

PROUTY, Garry. Pre-Therapy: The Application of Contact Reflections. Online. *American Journal of Psychotherapy*. 2007, roč. 61, č. 3, s. 285-295. ISSN 0002-9564. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.3.285>. [cit. 2024-05-09].

PROUTY, Garry; WERDE, Dion Van a PÖRTNER, Marlis. *Preterapie: [navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty]*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-949-6.

Psychoterapeutická databáze [online]. 2024 [cit. 2024-05-06]. Dostupné z: <https://dbterapie.cz/psychoterapeuticke-smery/rogersovska-psychoterapie-jako-uspesna-humanisticka-psychoterapie/>

RABOCH, Jiří a ZVOLSKÝ, Petr. *Psychiatrie*. Praha: Galén, c2001. ISBN 8072621408.

ROGERS, Carl R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Online. *Journal of Consulting Psychology*. 1957, roč. 21, č. 2, s. 95-103. ISSN 0095-8891. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/h0045357>. [cit. 2024-05-06].

ROGERS, Carl R. *Carl Rogers on personal power*. 3. New York: Delacorte Press, 1977. ISBN 0440009804.

SÁNCHEZ, Alba; MILLÁN-CALENTI, José C.; LORENZO-LÓPEZ, Laura a MASEDA, Ana. Multisensory Stimulation for People With Dementia. Online. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 2013, roč. 28, č. 1, s. 7-14. ISSN 1533-3175. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1533317512466693>. [cit. 2024-05-06].

SCHELL, Barbara A., Glen GILLEN, Marjorie SCAFA a Elen S. COHN. *Willard and Spackman's Occupational Therapy* [online]. 10. London: Lippincott Williams and Wilkins, 2013 [cit. 2024-05-06]. ISBN 9781451110807. Dostupné z: https://books.google.cz/books/about/Willard_and_Spackman_s_Occupational_Ther.html?id=zLh3h6v5O_0C&redir_esc=y

SHAFAROODI, N.; KAMALI, M.; PARVIZI, S.; MEHRABAN, A.H. a O'TOOLE, O. Factors affecting clinical reasoning of occupational therapists: a qualitative study. Online. 2014, article 25250253. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25250253/>. [cit. 2024-05-09].

SMUTEK, Martin. *Model řešení problému v sociální práci – systémový pohled*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. ISBN 8070415967.

Smyslová aktivizace [online]. 2022 [cit. 2024-05-06]. Dostupné z: <https://smyslovaaktivizace.cz/o-konceptu/>

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a BOLOMSKÁ, Barbora. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-711-0.

Speciální pedagogika [online]. 2015 [cit. 2024-05-06]. Dostupné z: <https://www.specialni-pedagogika.cz/jemna-a-hruba-motorika/>

ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8.

ŠTUREKOVÁ, Lenka. *Demence: hodnoticí techniky a nástroje*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1695-9.

ŠVANCARA, Josef. *Psychologie stárnutí a stáří*. 2. přeprac. vyd. Praha: SPN, 1983.

SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Studie (Sociologické nakladatelství). Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.

TOMBAUGH, Tom M. a Nancy J. MCINTRE. *The Mini-Mental State Examination: A Comprehensive Review* [online]. 1992 [cit. 2024-05-06]. Dostupné z: doi: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1992.tb01992.x>

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-365-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VÁGNEROVÁ, Tereza. *Výživa v geriatrici a gerontologii*. Praha: Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4620-6.

VAVRUŠOVÁ, Lívía. *Demencia*. 1. Osveta, 2012. ISBN 978-80-8063-382-0.

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

VÖRÖSOVÁ, Gabriela; SOLGAJOVÁ, Andrea a ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Ošetřovatelská diagnostika v práci sestry*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5538-0.

VOSTRÝ, Michal a VETEŠKA, Jaroslav. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-2866-2.

VOTAVA, Jiří. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009. ISBN 978-80-7372-449-8

VOTAVA, Miroslav. *Lékařská mikrobiologie obecná*. 1. vyd. Brno: Neptun, 2001. ISBN 80-902896-2-2.

VYHNÁLEK, Martin. *Diagnostikujeme a léčíme demence správně a včas?* [online]. 19-24 [cit. 2024-05-06]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/01/06.pdf>

VYSKOTOVÁ, Jana a MACHÁČKOVÁ, Kateřina. *Jemná motorika: vývoj, motorická kontrola, hodnocení a testování*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4698-2.

WEHNER, Lore a SCHWINGHAMMER, Ylva. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0.

WFOT. *About Occupational Therapy*. Online. 2012. Dostupné z: <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>. [cit. 2024-05-09].

WOLFOVÁ, Kateřina. *Teorie ergoterapie* [online]. 2020 [cit. 2023-09-13].

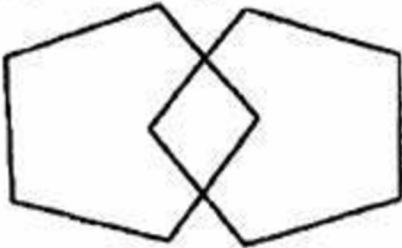
WOODS, Bob; SPECTOR, Aimee E; JONES, Catherine A; ORRELL, Martin a DAVIES, Stephen P. Reminiscence therapy for dementia. Online. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. ISSN 14651858. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub2>. [cit. 2024-05-06].

Seznam zkratek

COTEC	Council of Occupational Therapists for the European Countries
WFOT	World Federation of Occupational Therapists
AOTA	American Occupational Therapy Association
ADL	Activities of daily living
ICF	International classification of function
CMP	Cévní mozková příhoda
WHO	World Health Organization
MMSE	Mini Mental State Examination
BPSD	Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia

Seznam příloh

Příloha č. 1

Section	Questions	Max Points	Score
1) Orientation	a) Can you tell me today's (date)/(month)/(year)? Which day is it today? Can you tell me which (season) it is?	5	
	b) What town/city are we in? What is the (county)/(country)? What (building) are we in and on what (floor)?	5	
2) Registration	I should like to test your memory. (name three common objects: "ball, car, man") Can you repeat the words I said? (1 point per word) (repeat up to 6 trials until all three are remembered)	3	
3) Attention and Calculation	a) From 100 keep subtracting 7 and give each answer. Stop after 5 answers. (93-86-79-72-65) Alternatively: b) Spell the word "World" backwards. (D_L_R_O_W)	5	
4) Recall	What were the three words I asked you to say earlier? (skip this test if all of these objects were not remembered during the registration test)	3	
5) Language Naming Repeating	Name the following objects (show a watch) and (show a pencil)	2	
	Repeat the following: "No ifs, ands or buts"	1	
6) Reading Writing	(show card or write: "Close your Eyes") Read this sentence and do what it says	1	
	Now can you write a short sentence for me?	1	
7) Three stage command	(present paper) Take this paper in your left (or right) hand, fold it in half, and place it on the floor	3	
8) Construction	Will you copy this drawing please? 	1	
Total score		30	