

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

SENIORŮ S DEMENCÍ:
MOŽNOSTI ZLEPŠENÍ KVALITY ŽIVOTA

Bakalářská práce

Autor: Pavlína Indráková, Aplikované pohybové aktivity

Vedoucí práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

Olomouc 2015

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Pavlína Indráková

Název závěrečné práce: Senioři s demencí: možnosti zlepšení kvality života

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit Univerzity Palackého v Olomouci

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2015

Abstrakt:

Předložená bakalářská práce se zabývá seniory s demencí a možnostmi zlepšení kvality života seniorů s demencí. Hlavním cílem bakalářské práce je pomocí literární rešerše podat souhrnné informace o možnostech zlepšení kvality života seniorů s demencí. Jsou zde uvedeny základní informace o stárnutí, onemocnění demencí, reminiscenční terapii. Dále je zde uvedena možnost zlepšení kvality života osob s demencí pomocí reminiscenční terapie, pohybové aktivity a výživy, včetně statistiky databází na toto téma. Data pro tuto práci byly získané z databáze EBSCO. Na základě zjištěných informací byly zodpovězeny výzkumné otázky četnosti publikací týkající se bakalářské práce. V rámci bakalářské práce byly vyhledávány klíčové slova senioři – demence – reminiscenční terapie.

Klíčová slova: senioři, demence, kvalita života, reminiscenční terapie, výživa, pohybová aktivita

Souhlasím s půjčováním závěrečné písemné práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author's firstname and surname: Pavlína Indráková

Title of the thesis: Seniors with dementia: the possibility of improving the quality of life

Department: Department of Teaching Physical Education

Supervizor: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D

The year of presentation: 2015

Abstract:

The bachelor thesis deals with seniors with dementia and shows opportunities how to improve quality of life for people with dementia. The main purpose of the work is the literary research to provide comprehensive information how to improve the quality of life for seniors with dementia. There are basic information about aging, dementia, reminiscence therapy. Thesis indicates the possibility of improving the quality of life for people with dementia through reminiscence therapy, physical activity, nutrition and includes statistics database on this theme. Data for this work were obtained from the EBSCO. Based on the information, research questions were answered frequency of publications related to the thesis. In terms of this thesis were searched key words seniors - dementia - reminiscence therapy.

Keywords: seniors, dementia, quality of life, reminiscence therapy, nutrition, physical activity

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem závěrečnou písemnou práci zpracovala samostatně s odbornou pomocí Mgr. Julie Wittmannové, Ph.D. Uvedla jsem všechny použité literární a odborné zdroje a řídila se zásadami vědecké etiky.

V Olomouci, dne 30. 4. 2015

.....

Děkuji Mgr. Julii Wittmannové, Ph.D. za pomoc a rady při zpracování této práce.
Také děkuji své rodině, příteli a kamarádům, kteří mě při studiu podporují.

Obsah

ÚVOD	8
1 PŘEHLED POZNATKŮ.....	9
1.1 Stáří.....	9
1.2 Stárnutí.....	9
1.3 Projevy stáří.....	9
1.3.1 Tělesné projevy stáří	10
1.3.2 Psychické projevy stáří	10
1.3.3 Sociální projevy stáří	10
1.4 Vědy zabývající se stářím.....	10
1.5 Demografický vývoj	12
1.6 Životní styl.....	13
1.6.1 Kvalita života	13
1.7 Paměť.....	14
1.8 Demence	14
1.8.1 Příznaky demence	15
1.8.2 Příčiny demence.....	16
1.8.3 Typy demence	16
1.8.3.1 Demence vaskulárního typu	17
1.8.3.2 Alzheimerova choroba.....	18
1.8.4 Diagnostika demence	19
1.9 Ochrana práv seniorů s demencí.....	21
1.10 Reminiscence.....	22
1.10.1 Vývoj reminiscenční terapie.....	23
1.10.2 Formy a přístupy reminiscenční terapie	24
1.10.2.1 Narativní přístup	25
1.10.2.2 Reflektující přístup	26

1.10.2.3	Expresivní přístup.....	26
1.10.2.4	Informační přístup	26
1.10.3	Reminiscenční terapeut	26
1.10.4	Pomůcky.....	27
1.10.4.1	Vizuální pomůcky.....	27
1.10.4.2	Auditivní pomůcky	28
1.10.4.3	Další senzorická stimulace	28
2	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	29
2.1	Hlavní cíl	29
2.2	Dílčí cíle	29
2.3	Výzkumné otázky	29
3	METODIKA.....	30
3.1	Analýza odborné literatury	30
3.2	Analýza internetových zdrojů.....	30
4	ZLEPŠENÍ KVALITY ŽIVOTA	31
4.1	Terapeutické působení.....	31
4.1.1	Reminiscenční terapie a demence	31
4.2	Výživa a demence.....	33
4.3	Pohybová aktivita a demence	34
5	DATABÁZE.....	39
6	ZÁVĚRY	45
7	SOUHRN.....	48
8	SUMMARY.....	50
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	52

ÚVOD

„Zestárnout není umění, umění je to snést“

Johann Wolfgang von Goethe

V posledních letech dochází v rámci demografického vývoje k formování několika trendů. Jedním z hlavních vývojových rysů je stárnutí populace. V rámci rozložení věkových skupin dochází k poklesu počtu osob v produktivním věku a naopak k nárůstu skupiny starších osob. Toto je zapříčiněno změnou životního stylu, mezi jehož znaky patří snižující se porodnost, kvalitnější lékařská péče, zdravější životní styl a mnoho dalších aspektů, které mají za následek prodlužující se délku života.

Problematika stárnutí populace se začíná dostávat do popředí zájmu a je úzce spojena s dalšími oblastmi, ať už se jedná o ekonomickou, sociální či zdravotnickou sféru. Většinou je stáří spojováno se slovem nemoc. Vyskytuje se celá řada nemocí a zdravotních komplikací, které jsou to buď přímým projevem stáří, nebo v nichž je stáří jedním z hlavních faktorů. Mezi takovéto nemoci, které se obvykle začínají projevovat ve stáří, patří demence. Touto chorobou trpí až 100 000 obyvatel České republiky. Existuje několik možností, které umožňují zmírnění dopadů této nemoci. Mezi jednu z těchto metod řadíme reminiscenční terapii, jakožto jeden ze způsobů, který může u osob s demencí zlepšit jejich komunikační a kognitivní funkce. Je založena na práci se vzpomínkami.

Tato skutečnost byla impulzem pro zpracování bakalářské práce. Zpracováním této práce bych chtěla přispět k rozšíření poznatků ohledně pojmů jako demence, reminiscence, pohybová aktivita a výživa u osob s demencí.

1 PŘEHLED POZNATKŮ

1.1 Stáří

Světová zdravotní organizace (WHO) klasifikovala kategorie stáří. Dle současných měřítek je starý člověk starší 60 let. Od tohoto věku se stáří člení na následující kategorie:

- Třetí věk - 60-74 let
- Čtvrtý věk - 75-89 let
- Vysoký věk - 90-99 let
- Staletí - víc než 100 let (Viqué, 2006).

Vágnerová (2007) nahlíží na seniora z oblasti oboru vývojové psychologie. Dle jejího názoru je stáří rozděleno do dvou období. První období se nazývá – rané stáří (60-75 let) a druhé období pravým stářím (75 a více). V současné době dochází k prodloužení délky života a odchodu do důchodu, jinak by mohlo být dané členění akceptovatelné.

Podle Ondruškové (2011) se život člověka rozděluje na patnáctileté periody. Za hranici stáří je považováno ukončení periody středního věku (45-59 let) a dosažení věku 60 let. Interval 60-74 let je označen jako rané stáří, 75-89 let jako pravé stáří, 90 a více let jako dlouhověkost.

1.2 Stárnutí

Jde o proces opotřebení organismu, při kterém se projeví všechny změny, ke kterým dochází během celého života. Jedná se o změny tělesné, psychické, funkční a biochemické. Ale ovšem i tak je proces stárnutí individuální a velmi rozmanitý (Viqué, 2006).

Pojem stárnutí nejčastěji představuje změny ve struktuře a funkci organismu, které se mohou projevit zvýšenou zranitelností a sníženou výkonností jedince (Langmeier & Krejčířová, 1998).

Rozlišujeme stárnutí normální, vznikající v důsledku plynutí času. Druhé stárnutí nazýváme patologické, k němuž dochází a je závislé na nashromážděných poškozeních vznikajících v důsledku nemoci nebo působením faktorů prostředí, ve kterém člověk žije (Viqué, 2006).

1.3 Projevy stáří

Ve své knize Dvořáčková (2012, 7) uvádí: „Člověk je bytost bio-psycho-sociální a spirituální. S prodlužující se délkou života nabývá na významu zkoumání faktorů významně ovlivňujících kvalitu života ve stáří, a to ve všech čtyřech výše jmenovaných rovinách.

Kvalita života jednotlivých lidí je spojená s historickým, geografickým, ekonomickým i společenským kontextem.“

Další významnou změnou je pomalejší reakční čas, který je akceptován jako součást stárnutí (Bragdon & Gamon, 2002).

1.3.1 Tělesné projevy stáří

Na zevnějšku seniorů jsou patrné nepřehlédnutelné změny. Staří se stává čitelné ve tváři, v gestech, v chůzi. Vlasy šedivějí, u mužů častěji vlasy řídnou, na tváři žen s věkem přibývají vrásky. Pohyby jsou zpomalené, postava se nachyluje a zmenšuje. Lidé hovoří o tom, že starý člověk „roste do země“ (Haškovcová, 2010).

Významné jsou i změny smyslového vnímání. U zraku se projevují změny v akomodaci. Dochází k úbytku sluchu, především při vnímání vysokých tónů. Rovněž se také zhoršuje čich nebo chuť (Kalvach, 2004).

1.3.2 Psychické projevy stáří

V literatuře se můžeme setkat s charakteristickým obrazem psychiky seniorů dle Jedličky a kol. (1991):

- Psychické změny sestupné povahy - dochází k poklesu vitality, elánu, zpomalení psychomotorického tempa. Snižuje se schopnost navazovat nové vztahy a udržovat vztahy současné.
- Psychické změny vzestupné povahy - zvýšená tolerance k druhým, vyšší trpělivost a vytrvalost.
- Psychické funkce, které se s věkem nemění - nedochází ke změnám slovní zásoby, intelektu či jazyku.

1.3.3 Sociální projevy stáří

V důsledku změn v bio-psycho-sociálních sférách dochází často k vyčleňování starších lidí ze společnosti. Vznikají problémy v navazování nových přátelských a partnerských vztahů. Strach z osamělosti a opuštěnosti se ve stáří zvyšuje (Dvořáčková, 2012).

Negativní změny v sociálních podmínkách ovlivňují nejen duševní ale i fyziologický pokles všech funkcí (Kovářová, 2006).

1.4 Vědy zabývající se stářím

Gerontologie je jedna z věd zabývající se stárnutím. Zkoumá biologický proces stárnutí, fyzické a psychické vlastnosti organismu, dlouhověkost a sociální problémy stáří.

Nejdůležitějším cílem gerontologie není obecná analýza stárnutí, ale rozbor hledání osobních předpokladů a podmínek pro spokojené stáří (Wolf et al., 1982).

V každém lidském období jsou specifické obory pro daný věk. Dnes už je gerontologie, tedy věda o stárnutí a stáří, uznávanou vědeckou disciplínou. Haškovcová (2010) uvádí dělení:

- *Gerontologie experimentální* se zabývá mechanismy biologického procesu stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů. Studuje také procesy biologického a psychologického stárnutí člověka.
- *Gerontologie sociální* zkoumá sociální dopady stárnutí na stáří člověka. Rovněž se zabývá společenskými a sociálními faktory, které procesy stárnutí ovlivňují.
- *Gerontologie klinická nebo-li geriatric* je lékařský obor, který se věnuje neobvyklостmi chorob ve stáří a specifickými aspekty léčby starých lidí.

Geriatric je samostatný lékařský obor zabývající se klinickým obrazem, diagnostikou, léčbou a prevencí nemocí osob vyššího věku. Geriatric byla v České republice přijata jako samostatný specializační obor medicíny teprve v roce 1983. Jejím cílem je zlepšení zdravotní péče o pacienty - seniory, dosažení lepšího zdravotního stavu a funkční zdatnosti starší populace a celkového vylepšení kvality života ve stáří. Je zde zahrnuta prevence, diagnostika, léčba, specifická rehabilitace a geriatrické ošetrovatelství. Využívá poznatků z experimentální i sociální gerontologie. Geriatric usiluje především o akutní geriatrickou péči, zachování soběstačnosti pacientů vyšších věkových skupin, o zachování schopnosti žít kvalitní a nezávislý život (Kovářová, 2006).

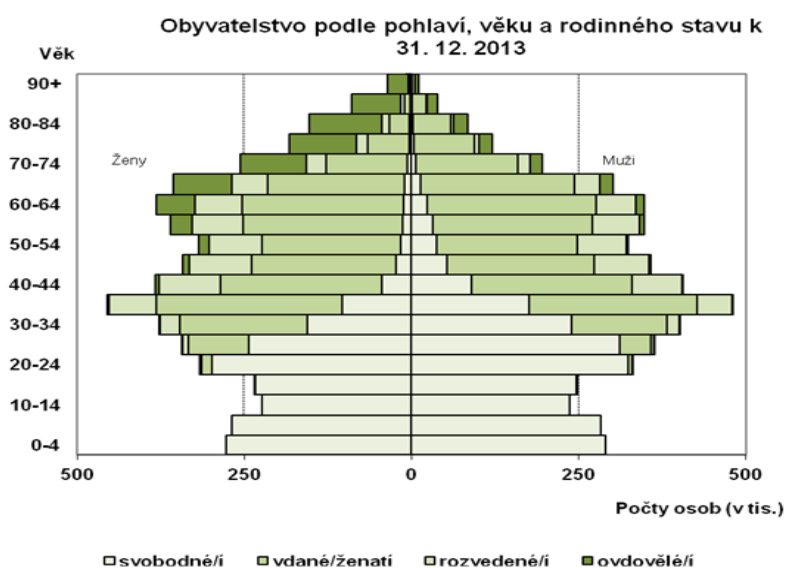
Gerontopedagogika je brána jako vědní disciplína na pomezí andragogiky (vědy o výchově a vzdělávání dospělých) a gerontologie (vědy o stárnutí a stáří). Využívá také poznatků z jiných vědních disciplín, zejména filozofie, psychologie, sociologie, sociální práce, politologie, demografie, etiky, práva a lékařství (Kovářová, 2006).

„Mimo gerontologií, geriatricí a gerontopedagogikou se stárnutím a stářím zabývá například ještě gerontopsychologie, gerontopsychiatric, sociologie stáří, gerontoekologie, gerontoergonomie a řada dalších podoborů a specializací. Podstatou všech těchto disciplín, které se od sebe liší jen nepatrnými rozdíly a řeší řadu podobných problémů, je specifická sociálně věková skupina starých lidí“ (Wolf et al., 1982, 62).

1.5 Demografický vývoj

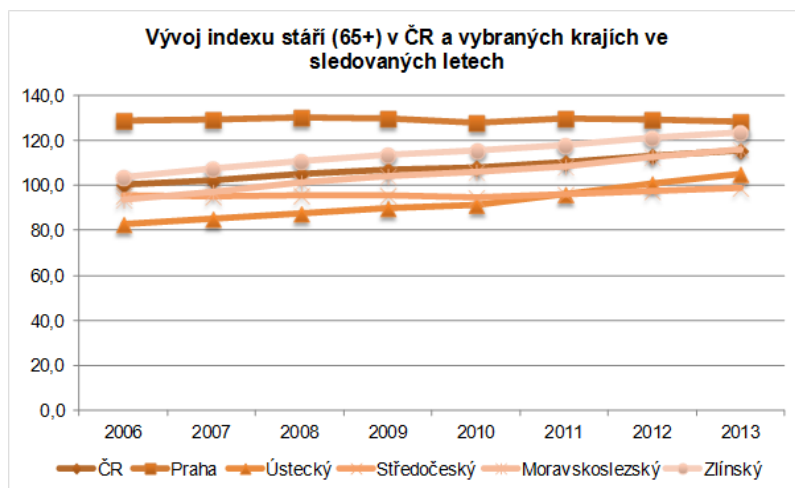
Každoročně se zvyšuje procentní zastoupení seniorů ve struktuře obyvatelstva. Dochází k poklesu počtu dětí a mládeže. Důsledkem je zvyšování průměrného věku. Prognózy vývoje obyvatelstva i nadále očekávají, že bude docházet k nárůstu počtu starších osob v české populaci. V současné době do věkové skupiny 65 a více spadají lidé narození po druhé světové válce (Sak & Kolesárová, 2012).

Z údajů Českého statistického úřadu (2014) vyplývá, že populace nad 50 let věku představovala k 31. 12. 2013 37,2 % z celkové populace. Zastoupení osob ve věku 65 a více let dosáhlo 17,4 %.



Obrázek 1. Obyvatelstvo podle pohlaví, věku a rodinného stavu (Český statistický úřad, 2014).

Vývoj indexu stáří od roku 2006 do roku 2013 má v České republice stoupající tendenci. Znamená to, že dochází ke zvyšování počtu seniorů nad 65 let oproti dětem do 14 let. Výraznou stoupající tendenci mají kraje Ústecký, Zlínský a Moravskoslezský. V těchto krajích každým rokem přibývá seniorů oproti dětem a vývoj nenaznačuje nějaký zvrat (Český statistický úřad, 2014).



Obrázek 2. Vývoj indexu stáří (65+) a vybraných krajích ve sledovaných letech (Český statistický úřad, 2014).

1.6 Životní styl

„Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován výběrem chování a životních možností“ (Čeledová & Čevela, 2010, 54).

Životní styl člověka se vyvíjí po celý jeho život. V každé fázi je přizpůsoben dané životní situaci a sociální pozici se všemi zastávanými sociálními rolemi. Stále však jde o životní způsob daného člověka, věkové skupiny, generace. Každá životní fáze má podobu životního stylu odpovídající sociální pozici, potřebám a zájmům člověka v dané fázi (Sak & Kolesárová, 2012).

1.6.1 Kvalita života

Kvalita života dle definice WHO je prezentována jako jedincův proces vnímání jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice rozsáhlý koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí (Kovářová, 2006).

Kvalita života je jev, který v sobě zahrnuje rozměr biologický, psychologický, ekonomický, estetický, sociální, etický apod. V určité části života může být některý z těchto faktorů více důležitý než jiný nebo naopak může být potlačen. Pojem kvalita života není

možné objasnit bez hlubšího pohledu, protože kvalita života je podmíněna od hledání hodnot v životě každého člověka, které se u každého jedince odlišují (Balogová, 2005).

Kovářová (2006) také uvádí, že charakteristika kvality života seniorů není možná bez hlubšího poznání a rozboru jejich individuálních způsobů života, individuálního životního stylu, jejich životní úrovně, zdravotní a sociální situace, jejich postojů, návyků a hodnot, které jsou pro ně vlastní a důležité.

1.7 Paměť

Schopností paměti je uchovat si zažité a naučené, ale také schopnost zapomínat, aby bylo možné uložit a přijmout nové. Vzpomínání lze označit jako akt uvědomování si toho, co je v naší paměti uloženo (Assmann, 2002 in Maslowski, Šubrt et al., 2015).

„Paměť je schopnost získávat vědomosti a informace různého druhu, vštípit si je, aby se uchovaly, a na žádost je vyvolat, aby se znovu obnovily.“ (Dessaintová, 1999, 119)

„Paměť, v širokém smyslu, má každý organizmus, který se dokáže učit, to znamená měnit své chování na základě zkušenosti, přizpůsobit se.“ (Říčan, 2009 in Kelnarová & Matějková, 2010, 33)

Paměť je ve skutečnosti mnoho procesů, které se odehrávají v různých částech mozku. Je rozlišována a rozdělována na krátkodobou a dlouhodobou, přestože se jedná o zcela odlišné procesy, jsou vzájemně provázané. Pouze málo obsahů krátkodobé paměti se uloží do paměti dlouhodobé (Bragdon & Gamon, 2002).

Stuart-Hamilton (1999) kategorizuje paměť na krátkodobou a dlouhodobou. Základním prvkem kategorizace je ten fakt, jak dlouho dokážeme informaci uchovat v paměti. Krátkodobá paměť ukládá informace bezprostředně po jejich zaznamenání. Jedná se však o dobu nepřesahující několik minut. Obvykle je to ale mnohem kratší čas a to i několik málo vteřin. Paměťové stopy se z naší krátkodobé paměti vytrácejí, protože jsou pro nás důležité v okamžik, ve kterém nastanou, ale poté se pro nás stávají zbytečné. Důležité informace a události se ukládají do dlouhodobé paměti. Dlouhodobá paměť by měla všechny informace ukládat trvale. Samozřejmě i zde dochází ke ztrátě některých informací, nedochází ale ke ztrátě důležitých a každodenně opakováných informací. Pravděpodobně tím, že se jedná o stavy opakované a důležité, dochází k vytvoření hluboké a nesmazatelné paměťové stopy.

1.8 Demence

Pojem „demence“ pochází z latiny a doslova znamená „bez mysli“. Předpona „de“ znamená „odstranit“ a „mens“ je latinské slovo pro „mysl“. Člověka postiženého

demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že se v jejím posledním stadiu pacient stěží podobá člověku, jímž byl na jejím začátku (Buijssen, 2005,13).

Výrazem demence je označován celkový úpadek psychických funkcí, které jsou způsobené atrofií centrálního nervového systému (CNS) (Stuart-Hamilton, 1999).

Podle Staples a Killian (2012) je demence široký pojem odkazující na kognitivní a paměťové deficity připisované ke zhoršení funkce mozkových buněk a smrt nervových buněk.

Definice demence podle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí zní (Kučerová, 2006, 9):

Demence (F 00-F 03) je 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 přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.

Buijssena (2006) prezentuje, že demence je v západním světě jednou z pěti hlavních příčin úmrtí a je taky nazývána „nemocí století“. Demence, stejně jako rakovina, revmatismus nebo onemocnění dýchacího systému, má mnoho forem a jedná se o hromadný termín. Nejběžnější formou je Alzheimerova nemoc, která je pojmenovaná po německém neurologovi, který jí poprvé popsal roku 1906.

Jedná se o komplexní poruchu paměti. Dochází k postižení myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnost učení, početních schopností, řeči a úsudku (Hrdlička & Hrdličková, 1999).

Demence se postupně stává jednou z nejčastějších onemocnění, dokonce převyšuje i výskyt cévních mozkových příhod a cukrovky. Podle odhadů je v České republice přibližně 100 000 osob s demencí (Jirák, Holmerová, Borzová et al., 2009).

1.8.1 Příznaky demence

Buijssen (2006, 16) ve své knize uvádí: „Demence je syndrom - to znamená skupina symptomů nebo rysů, jež se objevují v kombinaci. Základem nemoci je vždycky ztráta paměti...“.

Glennner, Stehman, Davagnino, Galante a Green (2005, 12) uvádí základní symptomy demence:

- „Problémy s percepcí a koordinací pohybů,
- problémy s rozsahem pozornosti,
- problémy s řečovými schopnostmi,
- problémy s pamětí,
- problémy s ovládáním emocí,
- problémy s racionálním uvažováním a úsudkem.“

Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. (2009) naopak rozdělují klinické příznaky demence pouze do tří základních okruhů, které se navzájem propojují:

- postižení kognitivních funkcí,
- postižení aktivit denního života,
- behaviorální a psychologické příznaky demence.

Příznaky demence se vyskytují odlišně. Nejedná se o množství specifikovaných poruch, ale důležitým faktem je i jejich vzájemné propojení, souvislostí a vývoj v čase. Není totiž porucha jako porucha. Stejný příznak se stejným názvem se může projevovat trochu jinak u různých chorob (Kučerová, 2006).

1.8.2 Příčiny demence

Přesné příčiny demence nejsou známy. V minulosti se vznik demence připisoval nejrůznějším důvodům jako je poškození mozku virem, otravy kovy, zvláště hliníkem vyskytovaným v pitné vodě. Přes množství různých vysvětlení příčinu demence nelze jasně objasnit. Ale skutečnost, že se demence primárně vyskytuje u starších lidí, naznačuje, že do jisté míry hraje svou roli stárnutí (Buijsen, 2006).

1.8.3 Typy demence

Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. (2009, 19) uvádějí dělení demence dle příčin do dvou skupin:

1. Demence, které mají za podklad atroficko-degenerativní proces mozku.
2. Demence symptomatické (sekundární), které mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek. Symptomatické demence lze ještě dělit do dvou podskupin:
 - demence vaskulární (na podkladě poruch mozkových cév, mozkového krevního zásobení),
 - ostatní symptomatické demence.

Jiráček (1999) in Kučerová (2006, 14) rozděluje demenci takto:

1. Atroficko-degenerativní demence

- Alzheimerova nemoc
- Parkinsonova choroba
- Korová nemoc s Lewyho tělísky
- Demence u Pickovy choroby a jiných ložiskových mozkových atrofií
- Progresivní supranukleární oční obrna
- Huntingtonova choroba
- Olivopontocerebelární atrofie
- Presenilní gliální dystrofie

2. Ischemicko-vaskulární demence

3. Symptomatické demence

- Metabolické demence
- Demence při vitaminových deficitech
- Demence v průběhu elektrolytového rozvratu
- Demence při endokrinopatiích
- Hereditární podmíněné metabolické demence
- Toxicky podmíněné metabolické demence
- Demence při zánětlivých onemocněních centrální nervové soustavy

Přibližně 90 % demencí tvoří demence vaskulárního typu tzv. arteriosklerotická a Alzheimerova choroba (Viqué, 2006).

Buijsen (2006) naopak uvádí, že asi 55 % lidí, kteří trpí demencí, trpí Alzheimerovou nemocí a to v čisté formě tohoto onemocnění. Další nejběžnější onemocnění a to vaskulární demence tvoří asi 15 % případů. V dalších asi 15 % je pozorována kombinace dvou a více poruch, které vedou k demenci. Zbývajících 15 % tvoří řada relativně vzácných poruch. Jedná se o nemoci - Parkinsonova, Pickova, Binswangerova, Lewy Bodyho a Huntingtonova, které se častěji vyskytují u mladších pacientů.

1.8.3.1 Demence vaskulárního typu

Příčinou projevu této demence bývá krvácení, krevní sraženiny nebo infarkt mozku. Začátek nemoci se objevuje většinou v pokročilém věku. Objevení je náhlé, následkem chybějící cirkulace krve v mozku neboli ischemie. Často může docházet k ischemickým příhodám, které se mohou opakovat. Při demenci vaskulárního typu může dojít ke ztrátě paměti, poškození intelektu. Vyskytuje se také emocionální labilita s přechodnými momenty

deprese, neopodstatněným pláčem či smíchem anebo také změna vědomí a dočasné blouznění (Viqué, 2006).

1.8.3.2 Alzheimerova choroba

Zgola (1999, 19) ve své knize uvádí definici Americké psychiatrické asociace demence Alzheimerova typu:

A. Jde o vývoj mnohočetných kognitivních poruch, které se projevují jako:

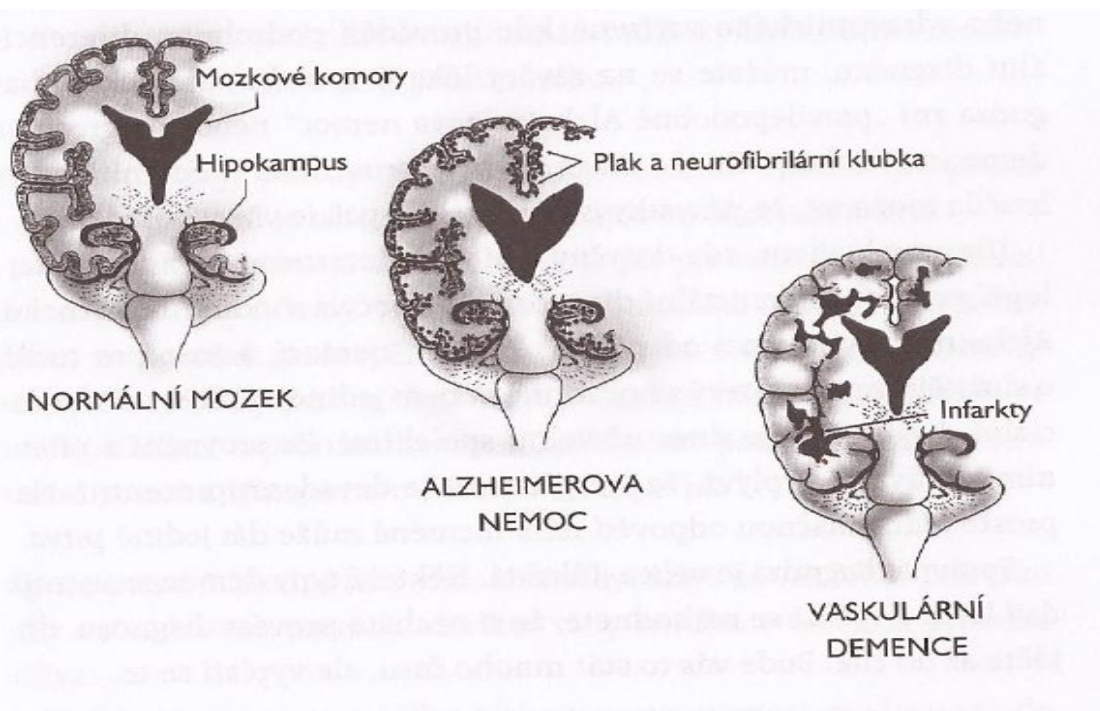
1. Poruchy paměti (poškozená schopnost naučit se novým informacím anebo znovu vybavovat informace již naučené).
2. Jedna anebo více z následujících specifických příznaků:
 - a) afázie (porucha řeči),
 - b) apraxie (poškození schopnosti vyvinout pohybovou činnost navzdory tomu, že pohybové funkce nejsou postiženy),
 - c) agnozie (neschopnost rozeznávat nebo rozlišovat předměty navzdory tomu, že senzorické funkce nejsou postiženy),
 - d) poruchy výkonu činností (např. plánování, organizace, řazení podle posloupnosti, abstrahování).

B. Kognitivní poruchy podle bodů A1 a A2 způsobují významné problémy ve společenském a pracovním životě postiženého člověka a vedou k významnému zhoršení vzhledem k předchozí úrovni fungování.

C. Průběh Alzheimerovy nemoci je charakterizován pozvolným začátkem a postupným ubýváním kognitivních schopností.

Za vznikem tohoto onemocnění stojí patrně několik různých genů. Alzheimerova nemoc může být dědičná nebo je její výskyt náhodný. Při Alzheimerově chorobě je charakteristická atrofie a to v šedé hmotě mozkové, tedy úbytek buněčné tekutiny, čímž buňka hyne. Při vaskulární demenci není atrofie na jednom místě a postižená není pouze mozková kůra, ale také další oblasti mozku (Glennier et al., 2005).

Podle odhadu alespoň mírnou formou Alzheimerovi nemocí trpí 15% osob starších 65 let (Vinař, 1995).



Obrázek 3. CT snímky ukazující rozdíly mezi normálním mozkem, mozkem postiženým Alzheimerovou chorobou a mozkem poškozeným vaskulární demencí (Glenner et al., 2005, 23).

1.8.4 Diagnostika demence

Diagnostika demence se rozděluje do tří etap (Česká alzheimerovská společnost, 2003):

1. Diagnóza syndromu demence, diferenciální diagnóza jiných onemocnění.
2. Určení typu demence, diagnostika potenciálně léčitelných příčin.
3. Určení stupně závažnosti demence.

Každý člověk, u kterého se objeví podezření na demenci, by se měl podrobit všem vyšetřením, které doporučují ve své knize Koukolík a Jiráček (2004):

- psychiatrické a neurologické vyšetření,
- důkladné somatické vyšetření,
- odebrání anamnestický údajů (kvůli objektivitě nutno porovnat s údaji od pečovatelů a rodinných příslušníků),
- škálovací metody a výkonnostní testy,
- psychologické vyšetření,
- laboratorní vyšetření,
- zobrazovací metody.

Včasná diagnostika demence je velmi důležitá, proto je nutné nemocného při prvních příznacích vyšetřit. Vyšetření by mělo zahrnovat kompletní anamnézu, zhodnocení psychického stavu, tělesné a také neurologické vyšetření. K dalším povinným prohlídkám by mělo také patřit EKG a RTG, dále CT nebo MRI pro zjištění míry atrofie mozku. K vyloučení demence infekčního původu slouží řada pomocných vyšetření a to laboratorních zkoušek včetně serologického vyšetření na HIV a syfilis (Janík & Dušek, 1987).

Tabulka 1. Principy sloužící k diagnostice demence a jejímu zařazení (Mumenthaler, Bassetti & Daetwyler, 2008, 116)

Vyšetření	1. vyšetření pozornosti a paměti
	2. zkoušení koncentrační schopnosti, pozornosti a únavnosti
	3. test porozumění
	4. pochopení komplikovaných souvislostí a rozdílů
	5. zkouška na afázii a jiné neuropsychické výpadky
	6. zkouška orientace v čase, prostoru a osobě
	7. vyhledání poruch v každodenním jednání

V prvním kroku je diagnostikovaná samotná demence a to především na základě klinického obrazu a také objektivních údajů od blízké osoby, který podá údaje o počátku onemocnění a dalších projevech nemoci. Nejdříve se diagnosticky odliší delirium, deprese, mírná kognitivní porucha, mentální retardace, postpsychotické reziduum a normální stárnutí. V diagnostice a diferenciální diagnostice demence jsou používány diagnostické škály. Nejznámější jsou MMSE (Mini-Mental State Examination) a Test hodin (Česká alzheimerovská společnost, 2003).

Ke zjištění přítomnosti demence i jejího přibližného stupně se nejčastěji používá test a metoda MMSE (Grundová, 2008).

MMSE neboli test mentální úrovně obsahuje zhodnocení orientace v čase, orientaci v prostoru, všípivost, pozornost, schopnost opakování a dále jazykové úkoly. Tento test je využíván především pro odlišení osob s demencí a bez demence (Kalvach et al., 2010).

Test MMSE obsahuje 10 oblastí, ve kterých jsou lidem položeny různé otázky a úkoly z dané oblasti. V každé oblasti je člověk ohodnocen body, celkové skóre je 30 bodů. Test realizují odborníci. Pro provádění testu jsou jasně dané úkoly, otázky a pokyny, které je potřeba dodržovat. Oblasti, ve kterých je prováděn tento test, jsou:

- orientace,
- zapamatování,
- pozornost a počítání,
- paměť, výbavnost,
- pojmenování,
- opakování,
- třístupňový příkaz,
- čtení a splnění příkazu,
- psaní,
- obkreslování (Hátlová, 2010).

Další stručný test, který není přímo test určující demenci, ale může pomáhat při rozhodování, zdali je potřeba dalšího vyšetření, se nazývá Test hodin. Vyšetřovaný člověk má v tomto testu za úkol namalovat ciferník hodin a vepsat číslice na správná místa. Je zde hodnoceno, jestli pacient nakreslí uzavřený kruh nebo vepíše všechny číslice správně (Česká alzheimerovská společnost, 2003; Kalvach et al., 2010).

Další testy se využívají především na hodnocení zvládání běžných denních situací člověkem s demencí. Jedná se o Test activities of daily live (ADL) a Instrumental activities of daily living (IADL). Test ADL se zaměřuje na hodnocení zajištění základních biologických potřeb. Kdežto test IADL se zaměřuje na hodnocení základních běžných denních situací (Grundová, 2008).

1.9 Ochrana práv seniorů s demencí

Nejen v České republice nabývá na významu téma ochrany práv seniorů a také zajištění adekvátní péče u osob s demencí. Především stoupá zájem po odborné péči pro osoby s demencí, obzvláště po institucionálním zajištění této péče. Jelikož nároky na osoby pečující o osoby s demencí v domácnostech jsou natolik velké a vyčerpávající, směřuje se spíše k podpoře terénních a ambulantních služeb. Senioři, především senioři s demencí, jsou jednou z nejkřehčích a nejzranitelnějších skupin žijících v domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem. Zde se můžeme nejčastěji setkat s rizikem porušování práv lidské důstojnosti. Osoby s demencí především vyžadují:

- Právo na důstojnost
- Právo na důstojné oslovování
- Právo na soukromí
- Právo na soukromí při osobní hygieně

- Právo na svobodnou volnu a na vlastní rozhodnutí (Dvořáková & Vrbický, 2014).

Základní úlohu v péči o osobu s demencí má sociální pracovník. Kvalifikovaný sociální pracovník musí dohlížet na dodržování důstojnosti klienta a jeho práv. Základní činnosti a úkony, které musí poskytovat pobytová služba sociální péče, jsou ustanoveny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. :

1. Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu a osobní hygienu
2. Aktivizační a nácvikové činnosti
3. Pomoc a podpora při podávání nebo přípravě jídla a pití
4. Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
5. Sociálně terapeutické činnosti
6. Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Dvořáková & Vrbický, 2014)

Roku 1998 vydala Evropská alzheimerovská asociace Evropskou chartu pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují. Evropská charta uznává, že demence je chronické onemocnění, které způsobuje omezení a ztrátu soběstačnosti a to se všemi sociálními důsledky. Podle Evropské charty má každá nemocná osoba právo podílet se na rozhodnutí o svém životě, dále na právní ochranu, na zdravotní a sociální služby, na specializované neurologické a psychiatrické péče a v neposlední řadě na citlivou a správnou péči o umírající osobu. Klíčovými osobami v péči o pacienty s demencí jsou pečovatelé a rodinní příslušníci. Jejich role by měla být respektována a společensky oceněna. Při rozhodování a zajišťování další péče a služeb by měl být jejich názor akceptován a měli by mít dostatek potřebných informací. Zároveň Evropská alzheimerovská asociace zdůraznila nutnost zlepšení informovanosti veřejnosti. Porozuměním této problematice širokou veřejností by mohlo být základem pro odstranění předsudků a diskriminace. Je potřeba zajistit komplexní edukační programy jak pro lékaře, tak i pro všechny ostatní zdravotnické profese a dále pokračovat ve výzkumu demence. Hlavním cílem je však zlepšit situaci pacientů s demencí, která povede k prosazování důstojnosti, nezávislosti, autonomie a bezpečnosti osob postižených demencí (Grundová, 2008).

1.10 Reminiscence

Reminiscence je termín užívaný jako synonymum českého výrazu vzpomínka či vzpomínání (z lat. reminiscere - vzpomenout si, rozpomenout se, obnovit v paměti). (Janečková & Vacková, 2010).

Nejčastěji bývá uváděna definice reminiscence britského geriatra Roberta Woodse a jeho spolupracovníků, podle kterých je reminiscence hlasité nebo tiché (skryté, vnitřní) vybavování si události ze života člověka. Reminiscence se pořádá buď o samotě nebo s jinou skupinou nebo osobou (Woods, Portoy, Head, Jones, 1992 in Janečková & Vacková, 2010).

Hlavním cílem reminiscence je sdílení vzpomínek, které vedou k pochopení a dosažení změn v přítomnosti. Vzpomínání na minulost je podporováno, aby vzpomínajícímu na základě uvědomování si minulosti pomohlo uvědomit si kým je. V literatuře se setkáme jak s označením reminiscence tak i reminiscenční terapie, i když se o terapii tak docela nejedná. Vhodnější je reminiscenci označit jako práci se vzpomínkami. Termín terapie je využíván pro spolupráci psychoterapeuta a klienta s cílem ovlivnit průběh onemocnění. (Špatenková & Bolomská, 2011).

Reminiscenční terapie je metoda práce se seniory. Při této metodě se využívá vzpomínek jako prostředků pro terapii. Terapie má široké využití u všech seniorů, ale především je vhodná a také prospěšná osobám s demencí (Grundová, 2008). Janečková a Vacková (2010, 21) tuto definici rozšiřují: „...o jeho dosavadním životě, jeho dřívějších aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech často s využitím vhodných pomůcek (staré fotografie, staré předměty, nástroje a pomůcky užívané v domácnostech, apod.)“.

1.10.1 Vývoj reminiscenční terapie

Na roli vzpomínání, při studiu stárnutí a metod vyrovnávajících se stářím, byl do začátku šedesátých let minulého století negativní názor. Věřilo se, že na vzpomínání není nic dobrého a prospěšného a toto vzpomínání vede k odmítání přítomnosti. Jako negativní stránka stárnutí nebo často i známka psychického onemocnění bylo považováno vzpomínání a „žítí v minulosti“. Tento negativní pohled na celé vzpomínání nahradil Butler (1963) se svojí teorií rekapitulace života. Rekapitulace stála na samém zrodu reminiscenční terapie a také na počátku jiného nahlížení na vzpomínání. Během následujících let došlo k vnímání vzpomínání jak normálního procesu, ne-li přímo potřebnou součástí stárnutí. Jeden z důležitých okamžiků pro rozvoj reminiscenční terapie byl Projekt pro vytvoření reminiscenčních pomůcek, který byl sponzorovaný britským ministerstvem zdravotnictví a sociální péče v letech 1978-1979. Výsledkem bylo publikování diapozitivů a magnetonových záznamů pod názvem *Vzpomínka* v roce 1981 (Bornat, 1994).

Reminiscenční terapie se od té doby stala ve Velké Británii podporovanou a uznávanou. I přesto, že reminiscenční terapie při práci se seniory začala být ve Velké Británii a dále ve světě využívána již od počátku osmdesátých let, do České republiky se

dostala teprve o dvacet let později. Hlavním iniciátorem této metody bylo občanské sdružení JOB (Špatenková & Bolomská, 2011).

Občanské sdružení JOB poskytuje prostor, zázemí a podporu jednotlivým programovým sekcím. Činnost sdružení je zaměřena především na realizaci informačních, konzultačních a vzdělávacích programů pro cílové skupiny pracovníků v sociálních službách a ve školství a aplikací získaných znalostí a dovedností do praxe (JOB, n. d.).

V České republice reminiscenční terapie nemá dlouhou tradici. Před několika lety byla reminiscence v České republice zcela neznámá. V současné době se reminiscenční terapie užívá v mnoha domovech pro seniory po celé České republice. Je zařazována jako každodenní činnost domovů pro seniory. Většinou domovy pro seniory aplikují metodu na základě seminářů JUDr. Kašlikové a článků MUDr. Holmerové nebo PhDr. Janečkové (Grundová, 2008).

1.10.2 Formy a přístupy reminiscenční terapie

Reminiscence může mít mnoho forem, které se navzájem překrývají. Podle Špatenkové a Bolomské (2011) může mít reminiscence tyto podoby:

- Diskuze o charakteristických rysech minulosti, které probíhají koordinovaně a organizovaně.
- Vytvoření prostředí, které nejvíce připomíná domov člověka.
- Vytvoření něčeho hmatatelného.
- Prohloubení porozumění.
- Snížení pocitu izolace.

Určité rozdělení do tří funkčních úrovní reminiscenčních skupin je také podle Norrise (1986) in Janečková a Vacková (2010, 23):

- „Oddechovou – cílem je aktivizace starých lidí ve volném čase,
- podpůrnou – cílem je nastolení psychické pohody, obnovené sebeúcty a posílení vlastní identity seniorů,
- terapeutickou – reminiscence je prostředkem životní rekapitulace, vyrovnávání se s vlastním životem a blížící se smrtí.“

Jiné rozdělení uvádí ve své knize Špatenková a Bolomská (2011). Popisují formy reminiscenční terapie dle Faith Gibsonové, která rozlišuje obecnou a specifickou reminiscenci. Obecná reminiscence je předem plánovaná a je při ní využito reminiscenčních pomůcek, které slouží ke stimulaci vzpomínek na dané téma. Naproti tomu specifická

reminiscence využívá pečlivě vybrané, cílené a především přesné využití specifických pomůcek. Používány jsou materiály a předměty, které patří přímo seniorovi nebo týkající se účastníků, se kterými se pracuje. Specifická reminiscence je především vhodná pro seniory s demencí, s depresí nebo poruchou chování.

Další druhem je členění podle způsobu práce se vzpomínkami, která ovlivňuje výsledný efekt. Členění je rozděleno do 4 skupiny:

- Narativní přístup
- Reflektující přístup
- Expresivní přístup
- Informační přístup (Janečková & Vacková, 2010).

Forma reminiscenční terapie je také rozdělena podle počtu osob účastnících se terapie, rozlišujeme tedy:

1. Individuální reminiscenci
2. Neformální skupinovou
3. Formální skupinovou reminiscenci

Při individuální reminiscenci se jeden reminiscenční terapeut věnuje jednomu klientovi. Tato forma je velmi dynamická, je zde mnoho příležitostí pro vytvoření si intenzivního vztahu mezi terapeutem a klientem. Rozdíl mezi neformální a formální skupinovou reminiscencí spočívá v plánovanosti a zaměřenosti na určité téma. K neformální skupinové reminiscenci může dojít během běžných denních činností např. během jídla. Formální skupinová reminiscence je plánována a měla by probíhat na místě, kde se lidé zcela koncentrují na reminiscenci (Poorneselvan & Steefel, 2014).

1.10.2.1 Narativní přístup

Základem narativního přístupu jsou volně, bezprostředně vyjadřované vzpomínky. Vzpomínání probíhá ve dvojici nebo skupinou, může také jít i o individuální vzpomínání. Nejčastěji jsou vyprávěny příběhy ze života, důraz je kladen na příjemné stránky vzpomínání. Cílem sezení je pobavit se, uvolnit se, být spolu, udělat příjemnou atmosféru a také zapojit všechny přítomné. Při vyprávění je důležité, že se účastníci navzájem nehodnotí. Během sezení je přítomen koordinátor, který kontroluje, naslouchá a musí umět i vhodně reagovat, aby nedošlo ke konfliktům (Janečková & Vacková, 2010).

Někteří autoři tento přístup považují za příliš jednoduchý. Jejich kritika se týká především nedostatečné přípravy vedoucích těchto skupin, kteří redukuje reminiscenci na pouhou zábavu a aktivizaci seniorů (Bender, 1997; Coleman, 1986).

1.10.2.2 Reflektující přístup

Woods et al. (1992) in Janečková a Vacková (2010) reflektující přístup charakterizují především jako životní rekapitulaci. Dochází k prozkoumání, organizování a hodnocení celkového obrazu života jednotlivců.

Tento přístup má blízko k psychoterapii, i když navazuje na přirozené potřeby starých lidí urovnat si vlastní život. Dochází k vybavování si vzpomínek za účelem porozumět životu s jeho obtížemi, konflikty, traumaty. Dochází k hledání smyslu života a přijetí života takového, jaký byl. Vybavování vzpomínek probíhá v soukromí nebo malé skupině osob (Butler, 1963).

1.10.2.3 Expresivní přístup

Psycholog James Pennebaker (1995) popisuje expresivní metodu jako vyjádření emocí, otevření minulosti. Pracuje se s těžkými vzpomínkami, odkrývají se složitá témata, traumata, které způsobily dávné události a člověk je nosil dlouho v sobě. Člověk tímto způsobem zapojuje do své situace druhé, kteří mu můžou dát cenné rady, a člověk se na svůj problém může začít dívat jinak. Mluvením, ale také psaním o tomto traumatu může dojít ke zmizení úzkosti, stresu nebo jiných zdravotních obtíží.

1.10.2.4 Informační přístup

Tento přístup klade především důraz na předávání poznatků, zkušeností a postojů (Coleman, 1974).

Podle Cohen (1998) in Janečková a Vacková (2010) tento přístup využívá zejména autobiografické metody. Lidé vyprávějí svůj osobní příběh v souvislosti s historickými událostmi, podávají vlastní přednes těchto událostí a také přinášejí něco nového mladší generaci. Toto přenášení pomáhá seniorům, kteří odchodem do důchodu ztratili svou sociální roli, najít nový smysl života, zvyknout si a přizpůsobit se stáří.

1.10.3 Reminiscenční terapeut

V zařízeních sociálních služeb provádí reminiscenční terapii osoba, která se seniory pracuje nejčastěji- zdravotní sestry, ergoterapeuté, sociální pracovníci. Přesto by člověk provádějící reminiscenční terapii měl být proškolen. Hlavním úkolem reminiscenčního terapeuta je organizovat reminiscenční aktivity, tvořit obsahy, hodnotit jejich prospěšnost

a zkoordinovat s chodem zařízení a jinými aktivitami klienta (Špatenková & Bolomská, 2011).

Osoba, která vede reminiscenční skupinu, by měla především jednat se zaměřením na klienta, kdy základem je naslouchat. Cílem je využití osobního příběhu seniora pro hledání jeho cílů a plánování reminiscenční terapie (Janečková & Vacková, 2010).

Schweitzer a Bruce (2008) uvádí základní vlastnosti, které by každý reminiscenční terapeut měl mít. Jsou to tyto: schopnost naslouchat, vnímavost, zvědavost, citlivost, schopnost akceptace druhého, schopnost pamatování si, smysl pro humor, přizpůsobivost, představivost, schopnost vést komunikaci ve skupině a celou skupinu, praktičnost, starostlivost o druhé, dostatečný stupeň sebevědomí a demokratický přístup.

1.10.4 Pomůcky

Při reminiscenční terapii jsou pomůcky používány především proto, aby podněcovaly pozitivní vzpomínání účastníků terapie. Terapeut musí pečlivě vážit výběr pomůcek, některé mohou vyvolat odlišný až negativní efekt. Především jiný efekt může mít hudba a jídlo. Například rýže nebo margarín, mohou u seniorů, kteří přežili válku nebo byli ve vězení, vyvolat negativní efekt ve vzpomínkách na toto období (Špatenková & Bolomská, 2011).

Tyto podměty přirozeně podněcují naše vnímání, probouzejí také paměťové stopy a spouštějí nové reakce. Ke každému člověku je potřeba přistupovat naprosto individuálně. Je důležité k danému tématu vybrat vhodné a užitečné pomůcky, aby byl usnadněn kontakt s realitou (Janečková & Vacková, 2010).

Špatenková a Bolomská (2011) popisují tři základní druhy pomůcek:

- Vizuální pomůcky
- Auditivní pomůcky
- Další senzorická stimulace

1.10.4.1 Vizuální pomůcky

K nejčastěji užívaným vizuálním pomůckám jsou používány fotografie. Terapeut musí pečlivě volit obsah fotografií, protože jejich hlavním významem je, že vyvolávají atmosféru starých časů a mohou zavést zajímavou diskuzi založenou na srovnávání starých časů s dneškem. Jako další vizuální pomůcky se používají kresby, obrázky, články z novin, časopisů, informace z knih. Mohou být také promítány diapozitivy, mohou se dívat na televizi, video nebo DVD, také mohou být promítány jejich oblíbené filmy, ale měly by být využity i filmy současné, které umožňují srovnání s minulostí (Motlová, 2008).

1.10.4.2 Auditivní pomůcky

Do kategorie auditivních pomůcek se řadí především hudba a zvuk. Je to jeden z nesmírně silných podnětů pro vybavení si vzpomínek. Sluchová paměť uchovává zvuky často velmi přesně a čistě. Obvykle bývá zvuk, tón, melodie uložen v paměti společně s obrazem a oddělit od sebe je nemožné. Dalšími používanými pomůckami mohou být různé nahrávky, ať nahrávky zvuků, mluveného slova, zvuku kolem nás, tedy i zvuky běžného života. Hudební nahrávky jsou také často využívány, protože působí přímo na lidské emoce. Mohou tvořit pozadí terapie nebo se používají cíleně k vyvolání vzpomínek (Špatenková & Bolomská, 2011).

1.10.4.3 Další senzorická stimulace

První dva druhy pomůcek využívají především sluchu a zraku, ale jsou ještě další smysly, které mohou podnítit vzpomínky. Jedná se o dotyk, čich a chuť. Dotýkání nás ubezpečuje, že věci jsou reálné. Dotýkání má nespočet podob, od podání ruky s druhým člověkem až po dotýkání se věcí, které může být velmi stimulující. Vůně, ale i pachy a zápachy, vyvolávají vzpomínky, které se k nim vážou naprosto okamžitě. Vytvářejí se přímo na terapii nebo je připomínají například přinesená káva nebo chleba. S vůní taky souvisí chuť, i přestože u seniorů nejsou buňky už tak citlivé (Špatenková & Bolomská, 2011).

2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce je pomocí literární rešerše podat souhrnné informace o možnostech zlepšení kvality života seniorů s demencí.

2.2 Dílčí cíle

Dílčí cíl 1: Popsat příklady zlepšení kvality života seniorů pomocí používaných metod a příkladů získaných z knižních rešerší.

Dílčí cíl 2: Vyhodnotit frekvenci a množství publikovaných prací na téma demence, senioři, pohybová aktivita, reminiscenční terapie a výživa.

2.3 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1 (k dílčímu cíli 1): Jaké jsou možnosti, které mohou vést ke zlepšení kvality života seniorů s demencí?

Výzkumná otázka č. 2 (k dílčímu cíli 2): Jaká je četnost publikací na téma demence v databázi EBSCO?

3 METODIKA

3.1 Analýza odborné literatury

Hlavními úkoly analýzy literatury a dostupných literárních zdrojů bylo zjistit informace o seniorském věku, demenci a reminiscenční terapii.

Většina informací byla pro tuto práci čerpána ze sekundárních zdrojů (knížky, články na webových stránkách). Ke zpracování této práce byly použity informace a poznatky z odborných článků ze zahraničí a také z knihoven. Odkazy na všechny knižní a internetové zdroje jsou uvedeny v referenčním seznamu.

3.2 Analýza internetových zdrojů

Hlavními úkoly analýzy internetových zdrojů bylo zjistit informace o seniorském věku, demenci, reminiscenční terapii a příkladech jejího využití.

Většina informací byla čerpána pomocí databáze EBSCO. Software EBSCO vyhledává v různých vedlejších internetových databázích:

- Adademic search complete;
- eBook collection;
- medline complete;
- psycINFO;
- SocINDEX with full text;
- a další.

Odkazy na všechny knižní a internetové zdroje jsou uvedeny v referenčním seznamu.

4 ZLEPŠENÍ KVALITY ŽIVOTA

4.1 Terapeutické působení

4.1.1 Reminiscenční terapie a demence

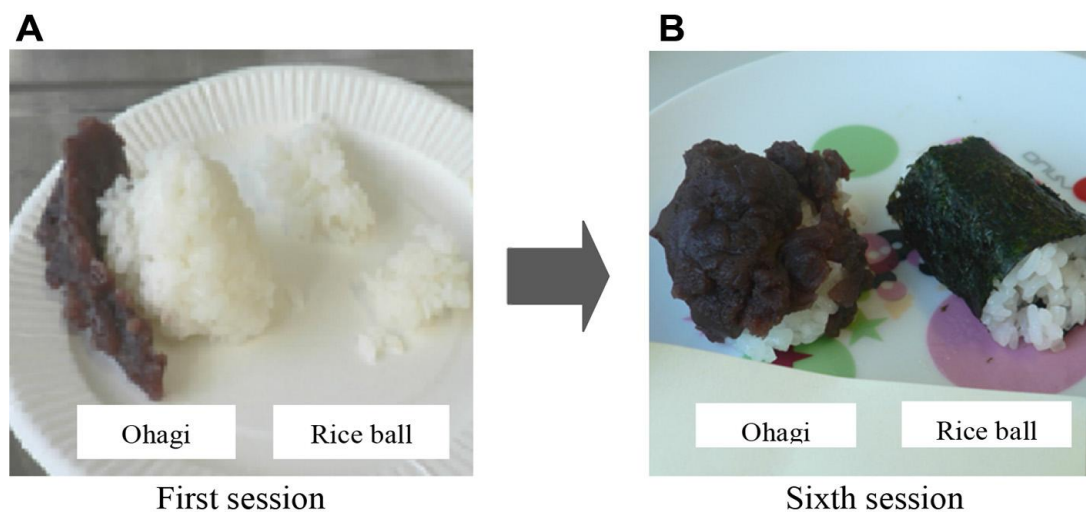
„Senioři s demencí patří k těm nejvíce osamělým a přehlíženým v domovech pro seniory a psychiatrických léčebnách“ (Špatenková & Bolomská, 2011, 66).

Cotelli, Manenti a Zanetti (2012) se zaměřili na posuzování a komparaci jednotlivých studií vlivu reminiscenční terapie na pacienty s demencí. Hodnocení studií přineslo poznatky o příznivých účincích reminiscenční terapie na náladu, pohodu a chování pacientů s demencí. Byl popsán vliv na zlepšení autobiografické paměti. Výsledky těchto studií jsou jen malým důkazem pro použití vzpomínek při terapii. Z výsledků vyplynulo, že jsou metodické nedostatky při využívání reminiscenční terapie. Dalším nedostatkem je malé množství testovaného vzorku. Problém vzniká také při provádění hodnocení po ukončení léčby. Pouze jedna studie se zaměřila na vyhodnocení dodržené léčby i po jejím skončení.

Baines, Saxby a Ehler (1987) in Cotelli et al. (2012) provedli studii, ve které pacienty s demencí rozdělili náhodně do tří skupin: reminiscenční terapie, sociální podpora a skupina bez léčby. Dvě první skupiny se scházely dvakrát týdně po dobu 5 týdnů. Reminiscenční skupina se věnovala vzpomínkám na minulé události a osobní věci. Sociální skupina se věnovala současným událostem a budoucnosti. U reminiscenční skupiny oproti druhým skupinám úroveň deprese klesla. Autoři navrhli, že by bylo užitečné používat techniku na orientaci reality u zmatených pacientů ještě předtím, než dojde k jejich zapojení ve skupině reminiscenční terapie. Podobné dělení do tří skupin použil ve stejném roce Goldwasser et al. (1987) in Cotelli et al. (2012). Výsledkem bylo, že u skupiny, která využívala reminiscenční terapii, došlo ke zlepšení kognitivních schopností a také zlepšení indexu životní spokojenosti.

Řada studií zkoumá účinky reminiscenční terapie. Nakamae, Yotsumoto, Tatsumi a Hashimoto (2014) se ovšem zaměřili na kombinaci reminiscenční terapie a ergoterapie. Soubor tvořilo 30 pacientů rozdělených do intervenční a kontrolní skupiny. Všichni pacienti se zúčastnili 6 setkání, jedenkrát týdně, po dobu 40 minut. Intervenční skupina 15 lidí se během setkání věnovala tvorbě a také pojídání rýžových koulí (Onigiri a Ohagi), zatímco vzpomínali na situace a souvislosti, které jsou spojené s touto tvorbou. Kontrolní skupina se zabývala pouze konzumací rýžových koulí, bez jejich tvorby a vzpomínání. Obě dvě skupiny měly po celou dobu obvyklou péči. Ve výsledku došlo u osob z intervenční skupiny ke zmenšení skóre depresivních symptomů a došlo ke zlepšení spánku a komunikace. Tato metoda může být vhodná i pro osoby s těžkou demencí, které přišli o velkou část

možností komunikovat. Při této metodě se využívá činnost, kterou osoby za svůj život prováděly nespočetněkrát, a nevyžaduje žádné komunikační dovednosti.



Obrázek 4. Rozdílný výsledek práce 89- leté ženy žijící v Japonsku s vaskulární demencí po prvním a šestém sezení (Nakamae et al., 2014)

Yasuda, Kuwabara, Kuwahara, Abe, a Tetsutani (2009) se zaměřili na vliv vizuálních pomůcek při reminiscenci. Ve skupině 15 osob s demencí prezentovali osobní vzpomínky, videa či fotografie a na druhé straně dva druhy televizních pořadů. Pacientům bylo promítáno cca 40 osobních fotografií ve formě videa, které byly uspořádané chronologicky od dětství po dospělost. Zároveň byly fotografie vybrány tak, aby se vyloučily ty, které by mohly způsobit negativní reakce. Použity byly dva typy pořadů, populární estráda a televizní zprávy. Promítání fotografií a televizních pořadů trvalo každé 10 minut. Osmdesát procent pacientů projevilo větší pozornost při reminiscenci osobních fotografií ve formě videa než televizním pořadům. Výsledky této studie ukazují, že osobní fotografie mohou účinně pomáhat jednotlivcům zaměřit jejich koncentraci na určité časové období. Z tohoto důvodu jsou fotografie vhodné pro udržení psychické stability. Výsledky ukazují, že při sledování televizních pořadů mají pacienti potíže udržet koncentraci s ohledem na jejich rozmanitost.

Akanuma, Meguro, Meguro, Sasaki, Chiba, Ishii a Tanaka (2011) zkoumali kombinaci reminiscenční terapie a orientace reality a posuzovali jejich funkční změny, které vzniknou vlivem této terapie. Předpokládáné byly změny na čelním laloku, který by mohl být stimulován. Zkoumání byli pacienti s vaskulární demencí a byli rozdělení do dvou skupin: reminiscenční terapie a orientace reality a druhá skupina pouze s podpornou léčbou. U první skupiny došlo ke zlepšení chování, skupina vykazovala zlepšení v komunikaci a v sociální interakci. Pacienti se podrobili tomografii před i po skončení dané studie. U kontrolní skupiny

ve výsledcích nedošlo k žádným změnám. Výsledky tedy naznačují, že kombinace reminiscenční terapie a orientace reality má vliv na přední cingulate a tedy pozitivní vliv na sociální interakci. Zkoumání vlivu reminiscenční terapie na chování a funkční změny je zde prvním výsledkem studie a může sloužit jako dobrý začátek pro další podrobnější studie.

Špatenková a Bolomská (2011) poukazují, že reminiscenční terapie má pozitivní vliv nejen na seniory, ale také na jejich rodinné příslušníky a osoby o ně pečující. Je to především tím, že reminiscenční terapeut naplňuje seniorovy potřeby. Především prolomuje pocit izolace seniora od okolí a podporuje vznik nových společenských styků. Důležitým efektem reminiscenční terapie je zvýšení sebevědomí seniora a jeho sebeúcty.

Janečková a Vacková (2010) zároveň dodávají, že výzkumy prokázaly souvislost mezi používáním správných reminiscenčních metod, hlubokých znalostí personálu a reminiscenčního terapeuta o klientech.

Přesto že většina autorů tvrdí, že statisticky jsou jejich výsledky nevýznamné, sami ale přiznávají, že důkazy a výsledky nasvědčují tomu, že na osoby s demencí má reminiscenční terapie pozitivní vliv. Lze říci, že pokud bylo zjištěno sebemenší zlepšení u osob s demencí, jedná se o úspěch. Jedním z důležitých zjištění je i potvrzení faktu, že pokud se má jednat o přínos reminiscenční terapie, měla by být součástí pravidelného a také různorodého programu a měla by být součástí každodenních aktivit seniorů. Lze říci, že pokud by výsledky jednotlivých studií byly shodné a nebyl by zjištěn propad kognitivních funkcí a chování, dá se i to považovat za pozitivní výsledek (Grundová, 2008).

4.2 Výživa a demence

Špatná výživa je velmi častým jevem u lidí s demencí. Pro osoby s demencí je obtížné se najíst, což také může vést k tomu, že přijímaná strava je nevyvážená, bez dostatečného příjmu především základních živin, vody a vlákniny. Vyvážená strava by měla obsahovat především ryby, luštěniny, ovoce a zeleninu a samozřejmě i dostatek tekutin. Vyvážený jídelníček přispívá především k dobrému stavu kůže a pokožky, prevenci proleženin, zachování energie a lepšímu zvládání stresu. Přispívá také k dobré funkci imunitního systému (Glennner et al., 2005).

Navrátilová (2011) uvádí, že dochází k omezení příjmu základních složek výživy, rovněž energie i mikronutrientů, což jsou důležité vitamíny a minerální látky pro člověka a především pro osoby s demencí. V praxi to znamená, že příjem je menší než spotřeba těchto živin a bílkovin. V těchto případech potom organismus čerpá ze zásob těla, což přináší komplikace, zhoršuje chorobnost a úmrtnost nemocných.

Demence samotná však nevede ke snížení příjmu potravy a není vyžadována žádná speciální dieta. Nemocný však zapomíná sníst i vypít přichystanou potravu, což je hlavním problémem, který ohrožuje dostatečnou výživu a vede k dalším poruchám (dehydrataci a malnutrici) ohrožujících seniora s demencí. Zajištěn musí být hlavně dostatečný příjem tekutin a energie. Může být také upravovaná konzistence stravy - velmi často se přechází na kašovitou úpravu (Hrbáčková, 2011).

Rozšíření demence bývá spojeno s problémy s polykáním a onemocněním dýchacích cest. S rostoucím podílem starších lidí s Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence, se zvyšuje podíl osob, které přežívají do pokročilých stádií nemoci. Pacienti se mohou stát neschopni učinit rozhodnutí, zda-li je pro ně umělá výživa přínosná nebo ne. V tomto případě se stávají příbuzní a lékaři hlavními osobami, které rozhodují o dalším postupu v pokročilých stádiích nemoci (Pivi, Berolucci & Schultz, 2012).

Pacienti s demencí, výjimka není ani Alzheimerova choroba, nevyžadují speciální dietní postupy. Výjimkou jsou pouze pokročilé stavy, kde příjem vyvážené stravy u nemocných, schopných přijímat potravu perorálně, má velký význam v prevenci malnutrice a dehydratace (Těšínský, 2003). Podle Švába a kol (2008, 181) je malnutrice definována jako: „... (podvýživa) je stav, kdy příjem živin a jejich využití nepokrývají v dostatečné míře potřeby organismu“.

U pacientů s těžkou demencí mohou nastat problémy při krmení a může dojít ke krmení pomocí sondy. I přesto, že není k dispozici přímé srovnání, důkazy naznačují, že pečlivé ruční krmení je stejně dobré jako krmení pomocí sondy. Pacienti s pokročilou formou demence lépe přijímají ruční krmení, jedním z důvodů je minimalizování udušení, ale i osobní kontakt s nemocným (Lam & Lam, 2014).

4.3 Pohybová aktivita a demence

„Něco dělat je pro většinu lidí synonymem slov být naživu“ (Zgola, 1999,148).

Podle Hátlové (2010, 66): „Přispívá k uchování pocitu dobré pohody a duševní svěžesti. Sedavý způsob života vede nejenom k úbytku svalové síly, ale také k jednotvárnosti života a duševní únavě. Radost z pohybu zlepšuje psychickou kondici. Soustavné cvičení podporuje pocit sebejistoty a napomáhá k vědomí, že pro své zdraví a pro svou budoucí soběstačnost děláme vše, co je v našich silách.“

Pohybová aktivita je nedílnou součástí zdravého životního stylu. Během let byly zjištěny kladné vlivy pohybové aktivity. Bylo prokázáno, že již 30 minut pohybové aktivity denně vede ke snížení mnoha rizik. Například už jedna hodina intenzivní fyzické aktivity

jedenkrát týdně snižuje riziko onemocnění srdce o 30%. U jednoho z dalších pěti nejčastějších onemocnění a to cukrovky, pomáhá cvičení v její prevenci. Osobám, které se věnovaly pohybové aktivitě alespoň 2 x týdně, se snížilo riziko cukrovky o téměř 60 %. Cvičení také podněcuje mozkové buňky k činnosti a to je také jeden z důvodů, proč osoby fyzicky aktivní, mají velmi nižší riziko vzniku Alzheimerovy nemoci. Při pohybu jsou zlepšovány paměťové schopnosti a zlepšuje koordinaci pohybů a tím snižuje pravděpodobnost pádu u seniorů. Denní doporučená doba pohybu je 30 minut nad normální běžné aktivity v práci a doma. Čím je pohybová aktivita delší než 30 minut a jeho intenzita je větší, tím má větší profit pro zdraví (Vítek, 2008).

Pohybové funkce postupně s věkem klesají. Nejdříve klesá pohyblivost okolo 20. roku života, rychlost začíná klesat po 30. roce života, ale největší zpomalení je mezi 30. a 50. rokem života. Vytrvalost klesá po 30. roce života a statická síla mezi 30. až 40. rokem života. Ve stáří je také menší přesnost drobných pohybů, ale i přesto nemusí platit, že kdo je starší, má horší kondici. Pravidelná celoživotní pohybová aktivita může způsobit, že senior má lepší kondici než nesportující mladý člověk (Suchá & Hátlová, 2012).

Rheinwaldová (1999, 23) člení programy pro seniory:

- „rukodělné práce, tvořivé činnosti;
- společenské programy, diskuze, hry, hudba tanec;
- cvičení, sporty, sportovní hry;
- činnosti venku v přírodě;
- náboženské programy;
- vzdělávací činnost.“

Podle Kopřivové a kol. (2001 in Kamírová, 2007, 29) jsou pro seniory obecně vhodné pohybové aktivity, které zabraňují sedavému způsobu života, což je jeden z činitelů, který přispívá ke vzniku chronických onemocnění, jako:

- pěší turistika;
- plavání, cvičení ve vodě;
- pohybové hry (z hlediska psychického ovlivnění) ;
- jízda na bicyklovém ergometru;
- psychomotorická cvičení, cvičení s pestrými pomůckami pro uvědomování si prožitků a zkušeností z cvičení;
- taneční kroky jednoduché na koordinaci doprovázené písněmi, říkadly.

Na druhou stranu jsou nevhodné tyto pohybové aktivity:

- silová cvičení se zadržovaným dechem;
- cvičení rychlostní;
- cvičení, kde dochází k prudkým změnám poloh těla a prudkým pohybům.

Postupné zhoršování pohybových funkcí z důvodu progresu demence, je důležitým kritériem, se kterým musíme u lidí s demencí počítat. Nejdříve dochází k horší koordinaci pohybů a poté dochází k obtížím se cviky z oblasti jemné motoriky. Při volbě cviku a samotném cvičení provádíme činnosti, které jsou ještě zachovány, protože u osob s demencí nejde již ztracenou dovednost znovu naučit. V některých fázích demence přestávají rozumět pokynům, jsou proto nejlepší jednoduché a názorné pohyby. V těchto případech je doporučováno kruhové cvičení. I když se jedná o starší nemocné osoby, neustále musíme myslet na jejich důstojnost (Suchá & Hátlová, 2012).

Rheinwaldová (1999) připomíná, že při realizaci aktivizačních programů pro seniory je nejdůležitější vycházet především z potřeb seniora. Tyto programy by měly být jak zábavné, tak i terapeutické.

Pod pohybovou aktivitou vhodnou pro seniory s demencí si nemusíme představovat pouze tělesná cvičení prováděna např. v tělocvičně. Může jít také o domácí činnosti, při kterých dochází k jisté fyzické námaze. Může se jednat např. o práce na zahradě, úklid v domácnosti a jiné práce, při které dochází k fyzické aktivitě (Glenner et al., 2005).

Jedním z vhodných doplňků pohybové aktivity mohou být procházky a s tím spojený pobyt ve venkovním prostředí. Kromě tréninku pohybových funkcí dochází i k přísunu nových podnětů. Důležité pro lidi s demencí je dodržovat rovnovážnou formu cvičení, čas a osoby, které se na cvičení podílejí. Mohou být také zařazovány nové cviky, ale nejlépe po domluvě. Zvyky, rituály a konání stejných nebo předvídatelných aktivit přináší lidem s demencí určitý klid a jistotu, dochází ke zmenšení zmatenosti. Další doporučená pohybová aktivita je tanec. Při tanci dochází k působení na skoro všechny svalové skupiny a emoce mají kladný vliv na psychické rozpoložení člověka s demencí. Dochází také k důležitému sociálnímu kontaktu. Pohybovou aktivitou udržujeme také dobrou pohyblivost, která pomáhá udržovat i samostatnost v běžných denních činnostech (Suchá & Hátlová, 2012).

Podle názoru Americké asociace pro taneční/pohybovou terapii (in Veleta, 2011, 98) se jedná o „psychoterapeutické využití pohybu v procesu, který působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální i fyzické integrace člověka“.

Velkým omylem v současné době je myšlenka, že osoby s demencí nic nepotřebují. Opak je pravdou. Osoby postižené demencí potřebují laskavé a bezpečné prostředí a zároveň dostatek podnětů. Potřebují den vyplnit činností, která jim přináší sebedůvěru a dokáže je zaujmout. Zároveň potřebují být v kontaktu s jinými lidmi. Je zde mnoho aspektů, které pohybová aktivita přináší a to emoce, radost, dostatek pohybu a s tím spojené procvičování a opakování zachovaných dovedností. Jednou z těchto metod, která zároveň splňuje všechny podmínky, je taneční a pohybová terapie. Taneční terapie se v současné době stává uznávanou alternativní metodou po celém světě. Při této terapii není tanec potřeba posuzovat z estetického hlediska, ale nahlížet na něj čistě terapeuticky. V popředí jsou především jiné faktory. Jedná se o faktory sociální, fyzické a psychologické. Dochází například ke zlepšení nonverbálních projevů, zlepšení koordinace, rovnováhy a také k vytvoření skupin se společným zájmem. Pro taneční terapii je vhodné kruhové cvičení. Pacienti mohou pozorovat a zároveň napodobovat jak ostatní osoby, tak i terapeuta. Taneční terapie je vždy úspěšná a nápomocná, když společně s hudbou a pohybem dokáže terapeut předat také humor a radost (Veleta, 2011).

Stručné doporučení pro správné cvičení u osob s demencí, je shrnuto v těchto pár bodech (Suchá & Hátlová, 2012, 9):

- „Cvičíme hlavně to, co se ještě daří;
- vybíráme jednodušší, zejména dynamické cviky, které jsou dobře napodobitelné;
- volíme stabilní formu cvičení, čas cvičení i osobu, která cvičení vede;
- směřujeme cvičení k pozitivním prožitkům a radosti z pohybu;
- cvičíme co nejčastěji, v ideálním případě denně po dobu 30 minut“.

Faulk, Edwards, Sumrall, Shelton, Esalomi, Payton, Wooten, a Dolbow (2014) se zaměřili na prozkoumání výhod cvičení pro jedince s Alzheimerovou chorobou. Přesný význam výhod vztahujících se ke vztahu pohybové aktivity a Alzheimerovy choroby není zcela znám. Neexistuje žádný přímý důkaz, ale výsledky těchto studií ukazují, že pohybová aktivita může poskytnout výhody týkající se zlepšení balance, délky kroku a také výkonu v každodenních činnostech, které jsou ovlivněny Alzheimerovou chorobou. Kromě toho dochází ke zlepšení kognitivních schopností a nálady.

Pohybová terapie by se měla zaměřovat především na uvědomování si vlastního těla v klidu a pohybu a různých možností ovlivňování vlastních pohybů, dále na udržení stávajících dovedností. Uvědoměním si svého těla je možné zmírnit míru dezintegrovanosti. Při cvičení využívat drobné předměty a řešit úkoly spojené s manipulací pomáhá udržovat osobám s demencí co nejdéle stávající úroveň kvality života (Hátlová, 2010).

Cvičení u seniorů i seniorů s demencí by se mělo probíhat v intenzitě 80 % maximální tepové frekvence. Maximální tepovou frekvenci lze vypočítat jako 220 minus věk osoby. V praxi by měla být tato intenzita cvičení taková, aby osoby mohly při cvičení mluvit a nezadýchávaly se (Suchá & Hátlová, 2012; Dessaintová, 1999).

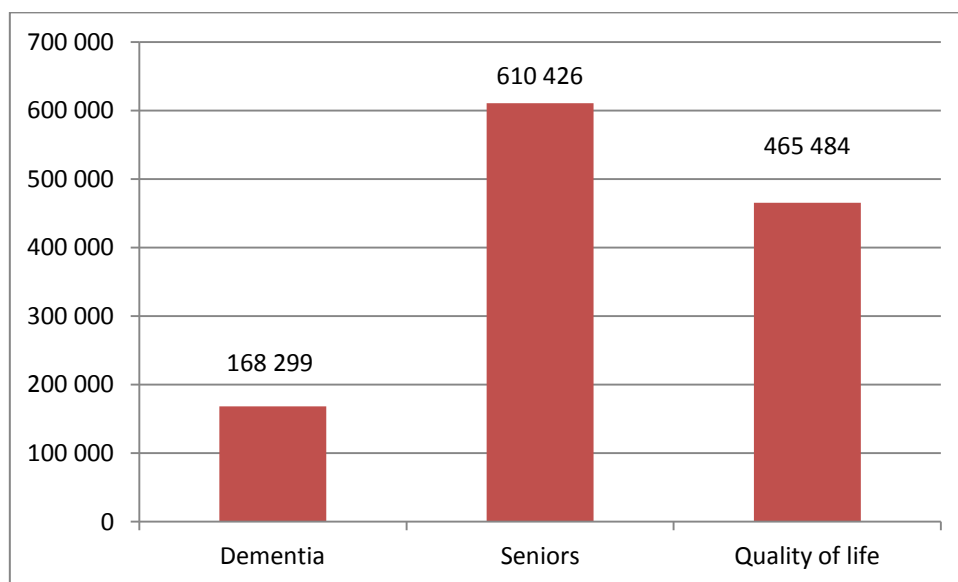
5 DATABÁZE

Výchozí šetření bylo provedeno na základě informací z databáze EBSCO, která shromažďuje vědecké informace pro společenské a humanitní obory. Tato databáze se člení na dva základní segmenty:

- Academic search complete
- Business source complete

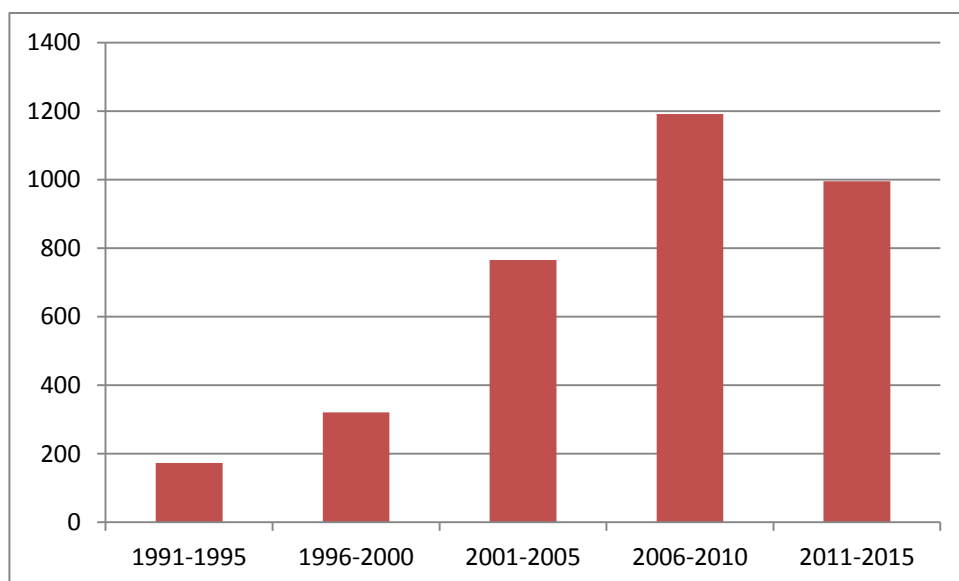
EBSCO obsahuje akademická periodika, odborné noviny, obchodní publikace, specializované časopisy, disertační práce, materiály z konferencí.

V této databázi byly vyhledávány články a publikace na základě klíčových slov v anglickém jazyce. Při vyhledávání byly zadávány různé kombinace klíčových slov.



Obrázek 4. Množství publikovaných článků v letech 2000-2015 podle klíčových slov – Dementia, Seniors a Quality of life

Mezi klíčové pojmy této bakalářské práce patří slova Dementia (demence), seniors (senioři) a quality of life (kvalita života). V databázi EBSCO byly tyto výrazy vyhledávány samostatně za časové období 2000 až 2015. Obrázek 4. zobrazuje rozdíl v množství publikovaných materiálů na dané téma. S klíčovým slovem Dementia bylo spojeno 168 299 odkazů, respektive bylo nalezeno 168 299 článků a publikací, jejichž součástí a hlavním pojmem bylo slovo Dementia. Slovo Seniors bylo poté spojeno s počtem 610 426 odkazů. Pod slovem Quality of life bylo nalezeno 465 484 odkazů.



Obrázek 5. Přehled publikací pod kombinací seniors – dementia za 25 let po pětiletých časových obdobích

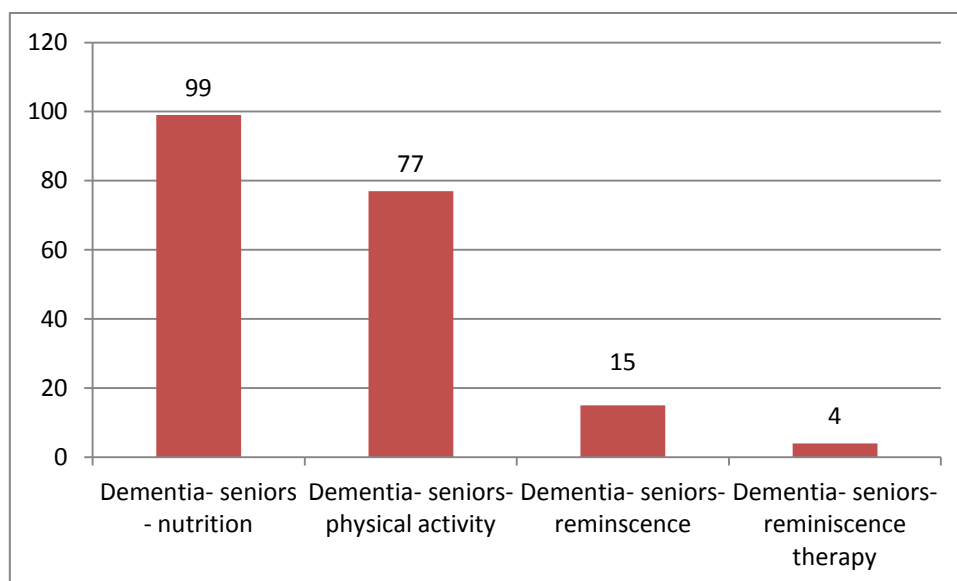
Tabulka 2. Přehled počtu publikací v 5- letých intervalech

Rok	1991- 1995	1996 - 2000	2001 - 2005	2006 - 2010	2011- 2015
Počet	173	321	765	1191	995

Obrázek 5. zobrazuje vývoj počtu publikovaných materiálů, které jsou propojeny s klíčovými slovy seniors (senioři) a dementia (demence). Data byla rozčleněna dle časového hlediska a to do pětiletých časových intervalů.

Ze získaných informací je možné konstatovat progresivní nárůst počtu publikací od roku 1991. Vyrůstající počet je číselně vyjádřen v tabulce 2. V období let 1991-1995 bylo v databázi 173 publikací. Během následujících let došlo k výraznému nárůstu a v období 2006 – 2010 bylo evidováno 1191 záznamů. Což znamená, že došlo k nárůstu o 588%, respektive o nárůst 1018 publikací.

Očekává se, že vývojový trend bude pokračovat v rostoucí tendenci. V současné době je evidováno 995 publikací, přičemž není uzavřeno pětileté období.



Obrázek 6. Přehled vyhledávaných kombinací klíčových slov

Do obrázku 6. byly klíčové slova rozděleny do 4 skupin. Každá skupina je tvořena kombinací klíčových slov. Rozdělení bylo provedeno do následujících kategorií:

- dementia – seniors – nutrition (demence – senioři – výživa)
- dementia – seniors – physical activity (demence – senioři – pohybová aktivita)
- dementia – seniors – reminiscence (demence – senioři – reminiscence)
- dementia – seniors – reminiscence therapy (demence – senioři – reminiscenční terapie)

Data byly čerpány za období od roku 2000 do 18. 4. 2015

Skupinou s největším počtem publikací je kombinace klíčových slov demence – senioři – výživa. Tento soubor zahrnuje 99 materiálů. Nejméně častá kombinace klíčových slov byla demence – senioři – reminiscenční terapie, tato skupina obsahovala pouze 4 publikace. Jelikož autoři odborných publikací se rozcházejí ve výkladu pojmů reminiscence a reminiscenční terapie, byly tyto pojmy rozděleny jako samostatné soubory.

Při podrobnějším zkoumání článků se spojení klíčových slov reminiscence therapy a reminiscence bylo v databázi EBSCO nalezeno celkem 19 publikací. Žádná publikace nebyla publikovaná českými autory. Nejčastěji se vyskytovali autoři z Anglie (4), Nizozemí (3), Singapur (2), Austrálie (2), Indie (1) a Kanady (1).

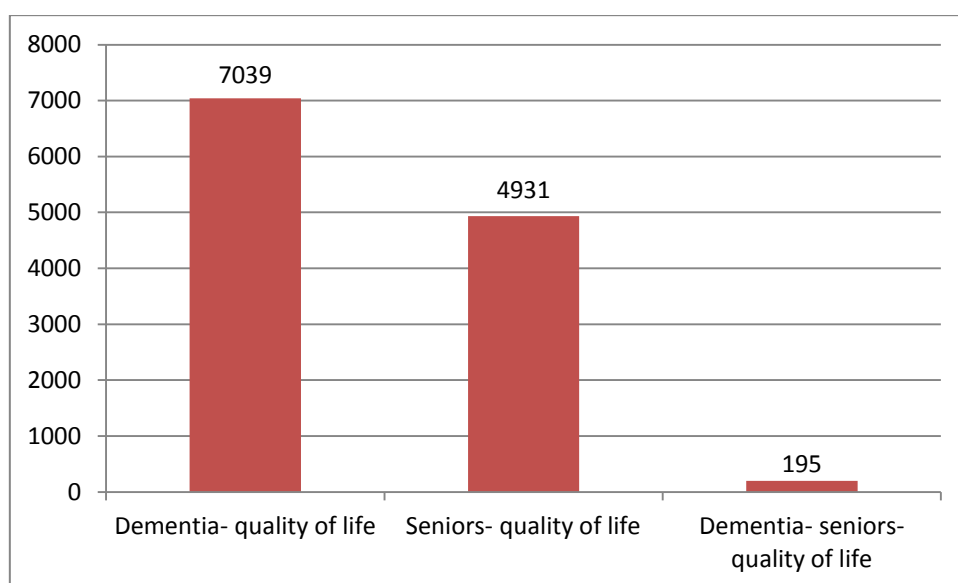
V rámci skupiny klíčových slov dementia – seniors – reminiscence therapy byly nalezeny 4 publikace.

Lum (2011) publikoval studii, která se zabývá kombinací reminiscence a hudebních programů u pacientů s demencí po dobu 5 měsíců. Byl zjištěn vliv na sociální vazby, došlo ke zlepšení nálady a komunikace pacientů.

Piper, Achterberg, Francke, Stern, Scherde a Kovach (2011) jejich studie se zaměřila na pacienty s bolestí a na náročnou péči o osoby s demencí v domově pro seniory

Backhouse, Killet, Penhale, Burns a Gray (2014) publikovali článek, který se zaměřil na druh péče poskytovaný pacientům v domech pro seniory. Výsledky byli jak farmakoterapie, tak hudební terapie a reminiscence.

Finneman, Droes, Ribble a Van Tilburg (2000) se zabývá zkoumáním intervenčních studií v různých přístupech v péči o osoby s demencí z různých bibliografických databází. Tyto práce analyzoval a následně porovnával výsledky jednotlivých studií.



Obrázek 7. Přehled klíčových slov s kvalitou života

V obrázku 7. je zobrazen přehled publikací v časovém období od roku 2000 do 18. 4. 2015 s klíčovými slovy v návaznosti na kvalitu života. Nejvíce publikovaných článků a to 7039, bylo pro kombinaci dementia a quality of life (demence – kvalita života). Publikací s kombinací klíčových slov seniors a quality of life (senioři – kvalita života) bylo nalezeno 4931, což je o 29,9 % méně. Nejmenší skupinu představuje kombinace slov demence – senioři – kvalita života, která představuje soubor 195 článků.

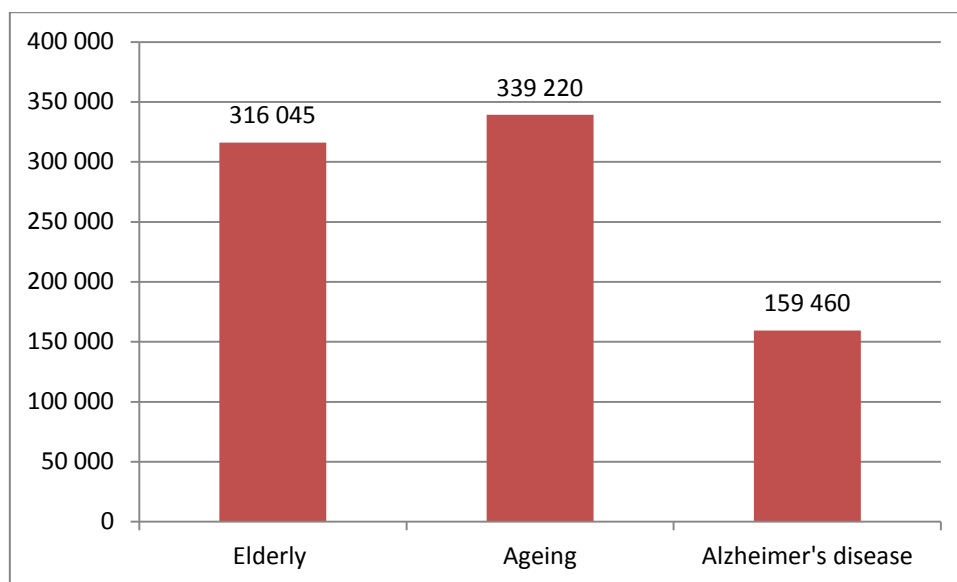
Největší soubor materiálu byl získán kombinací klíčových slov dementia – quality of life. Toto seskupení bylo složeno z následujících druhů literatury:

- 6434 periodik
- 422 knih
- 103 slov

- 67 disertačních prací
- 13 recenzí, zpráv z konferencí a knih.

V rámci skupiny klíčových slov demence – senioři – kvalita života bylo nalezeno 195 publikací, ovšem pouze jedna byla sepsána českými autory. Jedná se o práci Jana Luzného a Kateřiny Ivanovové z roku 2009. Tato práce měla název Quality of live in hospitalized seniors with psychiatric disorders. Nejvíce publikací bylo sepsáno autory z Velké Británie (7) a Spojených států amerických (7), Kanady (6), Austrálie (6), Japonska (5), další země byly zastoupeny pouze jednou, například Švédsko, Polsko nebo Irsko.

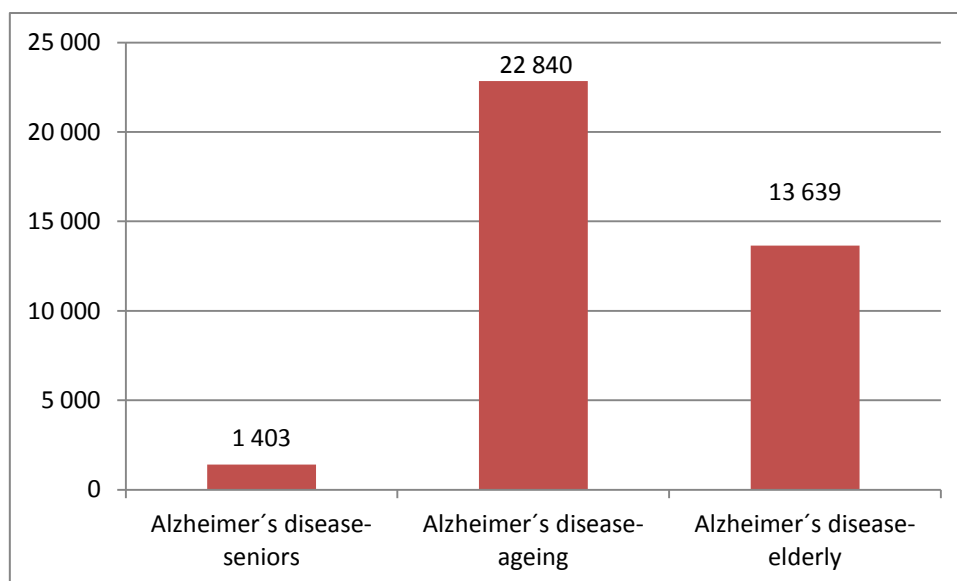
Nejčastější byla využívána metodologie empirické studie (20). Následně pak kvantitativní studie (15), interview (3), kvalitativní studie (2).



Obrázek 8. Přehled další vyhledaných slov

V bakalářské práci bylo šetření provedeno se základními klíčovými slovy, které byly graficky i slovně analyzovány. Při vyhledávání těchto slov v databázi EBSCO se opakovaně objevovalo několik dalších klíčových slov, které autoři při publikování využívali.

Nejčastěji se jednalo o slovo Ageing (stárnutí) a to v 339 220 odkazech. Dále Elderly (starší) s 316 045 publikacemi. Posledním slovem byla Alzheimer's disease (Alzheimerova choroba), která je jedna z nejčastější a nejznámější formy demence. Publikací s klíčovým slovem Alzheimer's disease bylo 159 460, což je pouze o 10 000 méně než u pojmu demence.



Obrázek 9. Přehled kombinací s pojmem Alzheimer's disease

Dle obrázku 9 pro kombinaci klíčových slov Alzheimer's disease – Ageing bylo nalezeno 22 840 publikací. Pro seskupení Alzheimer's disease – elderly 13 639. Nejmenší skupinu představuje spojení Alzheimer's disease – seniors. Nejčastěji autoři těchto publikací pochází ze Spojených států amerických, Velké Británie, Japonska a Austrálie.

6 ZÁVĚRY

Cílem této závěrečné práce bylo podat pomocí literární rešerše souhrnné informace o možnostech zlepšení kvality života seniorů s demencí.

Výzkumná otázka k dílčímu cíli 1: Jaké jsou možnosti, které mohou vést ke zlepšení kvality života seniorů s demencí?

Existuje několik způsobů, pomocí nichž se dá zlepšit kvalita života osob s demencí. V současné době je jednou z hlavních uznávaných možností reminiscenční terapie. Tato metoda je založena na práci se seniory. Spočívá v hlasitém nebo tichém vybavování si prožitých událostí ze života, dřívějších aktivitách a zkušenostech, často s využitím příhodných pomůcek.

Reminiscenční terapie není odbornou veřejností jednotně uznávána jako terapeutická metoda. Autoři odborných publikací a výzkumů se shodují, že není dostatečné množství studií potvrzujících reminiscenci jako druh terapie. Nedostatky studií v odborných pracích spočívaly především v chybách při metodických postupech nebo v hodnoceních po skončení terapie. Problém rovněž představuje malý testovací vzorek.

Přesto, že názory na tuto metodu nejsou jednotné, existuje několik studií, které potvrzují vliv terapie na danou osobu. Studie od Goldwasser et al.(1987) potvrzuje zlepšení kognitivních funkcí u sledovaných osob. Rovněž bylo potvrzeno zlepšení autobiografické paměti (Cotelli et al, 2012) nebo zlepšení nálady, chování a komunikace pacientů (Cotelli et al., 2012; Akanuma et al., 2011; Yasuda, 2009; Nakamae, 2014).

Za další možnost zlepšení kvality života nejen pro seniory s demencí, ale obecně pro seniory se považuje pohybová aktivita. V publikaci (Vítek, 2008; Suchá & Hátlová, 2012) pracují s předpokladem, že pohybová aktivita pomáhá ke zlepšení nejen fyzického stavu, ale i psychického stavu. Pohybová aktivita u osob s demencí příznivě ovlivňuje nejen psychickou pohodu, ale také fyzickou výkonnost, kognitivní schopnosti a sociální interakci (Faulk et al., 2012; Veleta, 2011; Suchá & Hátlová, 2012).

Poslední oblastí, která byla v této bakalářské práci analyzována, je vliv výživy na zlepšení stavu osob s demencí. Tato hypotéza nevychází z předpokladu, že by samotná potrava zlepšovala kvalitu života osob s demencí, protože u těchto osob nedochází ke změně stravy, ale pouze ke změně stravovacích návyků.

Vychází se tedy z předpokladu, že osoby s demencí mohou vlivem nemoci zapomínat na příjem potravy. Tím u nich může docházet k dehydrataci a malnutrici, což v důsledku vede ke zhoršení celkového zdravotního stavu (Hrbáčková, 2011; Těšínský, 2003).

Výzkumná otázka k dílčímu cíli 2: Jaká je četnost publikací na téma demence?

Četnost publikací zjišťovaná pomocí vyhledávání v databázi EBSCO přinesla následující informace:

V rámci první zkoumané oblasti bylo s klíčovým slovem senioři (seniors) nalezeno 610 426 odkazů na publikované materiály. Klíčové slovo demence (dementia) bylo obsaženo v 168 299 článcích. Publikací s tématem demence je tedy o 442 127 odkazů (72,43%) méně než s pojmem senioři. Stárnutí a dosažení důchodového věku se týká všech osob, kdežto demencí onemocní jen určitá část seniorů. Kvalita života (quality of life) další klíčové slovo bylo obsaženo v 465 484 odkazech.

Nejvíce publikací s pojmy demence a senioři, v rámci stanovených klíčových slov, je spojeno s tématem výživa (99). Následně je kombinace demence – senioři – pohybová aktivita (77). Nejméně vydaných článků bylo ve spojení demence – senioři – reminiscence (15) a reminiscenční terapie (4). V kombinaci tří slov demence – senioři – reminiscenční terapie publikovali pouze 4 autoři: Backhouse et al. (2014); Finneman et al. (2000); Lum (2011); Piper et al. (2011).

Z časového hlediska dochází k nárůstu množství článků a publikací, které se věnují tématu senioři a demence. V období let 1991 až 1995 bylo publikováno 173 článků se zaměřením na toto téma. V dalším pětiletém časovém období bylo publikováno o 85,55% více. V pozorovaném časovém horizontu 25 let dochází k rostoucímu trendu počtu článků a publikací. Z těchto zjištěných údajů vyplývá, že dochází ke zvyšujícímu se počtu záznamů na toto téma, což by v konečném důsledku mělo znamenat i zvyšující se zájem o tato témata.

V další zkoumané oblasti bylo zjištěno, že nejvíce publikovaných článků je pro kombinaci demence a kvalita života. Článků s kombinací těchto klíčových slov je o 2 108 více, než pro kombinaci senioři a kvalita života. Kvalita života je výrazné téma současné doby, a proto je množství prací tak vysoké.

Při vyhledávání v databázi EBSCO se opakovaně objevovalo několik dalších klíčových slov, které autoři při publikování využívali, ale nebyly klíčovými slovy bakalářské práce. Jedná se o tři velmi častá slova používaná ve spojitosti se seniory a demencí. Jednou z nejčastějších forem demence je Alzheimerova choroba, proto množství publikací na toto téma je skoro totožné, jako u termínu demence a je jich pouze o 10 000 méně než na téma demence. Další dvě slova – starší (elderly) a stárnutí (ageing) mají skoro totožné množství odkazů, ale v porovnání s publikacemi na klíčové slovo demence je jich o polovinu méně.

Pro kombinaci klíčových slov Alzheimer's disease (Alzheimerova choroba) – ageing (stárnutí) bylo nalezeno 22 840 publikací. Pro seskupení Alzheimer's disease – elderly (starší) 13 639 publikací. Nejmenší skupinu představuje spojení Alzheimer's disease – seniors (senioři), kdy bylo nalezeno 1 403 publikací.

7 SOUHRN

Ve své bakalářské práci jsme se věnovala možnostem, kterými lze zlepšit kvalitu života osob s demencí. Obecně je známo, že demenci nelze léčit. Proto jsem se zaměřila na možnosti, kterými lze proces demence zpomalit nebo udržet na stávající úrovni. Jednou z možností je reminiscenční terapie, která je uznávána a používána po celém světě.

Jelikož studuji Fakultu tělesné kultury, zaměřila jsem se i na vliv pohybové aktivity a také důležitého faktoru a to výživy na zlepšení stavu demence.

Po úvodní stránce jsem se v první kapitole věnovala definicím seniorského věku, demence a reminiscenční terapie.

V další části následuje hlavní cíl bakalářské práce, dílčí cíle a výzkumné otázky. Následuje kapitola kde je popsána metodika použitá při zpracování bakalářské práce.

V první kapitole hlavní části jsem se zaměřila na zkoumání vlivu reminiscenční terapie a demence, ve které jsou uvedeny konkrétní příklady ze studií. V druhé kapitole jsem popisovala výživu a demenci. Poslední kapitola hlavní části popisuje vliv pohybové aktivity na onemocnění seniorů s demencí.

Následuje kapitola popisující databáze a vyhledané materiály v číslech.

Kapitola sedmá obsahuje závěr a prezentuje položené výzkumné otázky.

Na základě zjištěných informací a dat je patrné rostoucí množství publikací zaměřených na toto téma, což sebou přináší i větší zájem o tuto problémovou oblast. I přes tento rostoucí trend není dostatek odborných českých autorů publikujících na toto téma. Může to mít spojitost s tím, že reminiscenční terapie širokou odbornou veřejností není uznávána jako terapie. I přes nedostatečné množství provedených studií, jsou u většiny dosavadních provedených pozorování výsledky reminiscence pozitivní. U sledovaných pacientů došlo ke zlepšení kognitivních a řečových schopností, zlepšení autobiografické paměti, chování a nálady. Dalším významným faktorem je pohybová aktivita, která má obecně velký vliv na kvalitu života člověka. U osob s demencí dochází pomocí pohybové aktivity ke zlepšování jak fyzického, tak psychického stavu. Další důležitou oblastí je strava, která spočívá především ve způsobu přijímaná potravy. Správné přijímání potravy předchází komplikacím, které mohou zhoršovat zdravotní stav.

Závěrem lze konstatovat, že dochází k nárůstu zájmů o toto téma. Průměrný věk populace se neustále zvyšuje, a proto se toto téma dostává do popředí a stává se velmi aktuální. V rámci šetření vyplynulo, že čeští autoři při publikování v tomto tématu nejsou aktivní. V databázi EBSCO bylo na toto téma nalezeno minimum českých autorů.

Většina publikujících českých autorů vychází a odkazuje na publikaci Špatenkové a Bolomské (2011). Z tohoto důvodu bych doporučila zvýšit zájem českých autorů odborných publikací, tak aby se rozšiřovalo podvědomí o vlivu reminiscenční terapie a pohybové aktivity.

Doplňují klíčové slovo Alzheimer's disease (alzheimerova choroba), které nepatřilo mezi základní klíčová slova této práce, se objevovalo ve velkém počtu publikací. V rámci tohoto zjištění lze očekávat zvyšující se zájem o toto téma, a proto je možné doporučit, aby se autoři zaměřili i na toto klíčové slovo.

8 SUMMARY

In my bachelor thesis I have focused on the possibilities, which can improve the quality of life of people with dementia. It is generally known that dementia can not be healed. Therefore, I have focused on the ways which can slow down the process of dementia or maintain it at current levels. One of the possibility is a reminiscence therapy, which is recognized and used all over the world.

I study the Faculty of Physical Culture and this is the reason why I have focused on the effect of physical activity and also on the important factor as is nutrition to improve the condition of dementia.

After the introduction, the first chapter is devoted to definitions of senior's age, dementia and reminiscence therapy.

The next section describes the main objective of the bachelor thesis, intermediate objectives and research questions. The following chapter describes the methodology which is used in the processing of the thesis.

In the first chapter of the main part I have focused on examining the impact of reminiscence therapy and dementia and specific examples of studies are listed here. In the second chapter I described the nutrition and dementia. The last chapter of the main part describes the effect of the physical activity on disease of seniors with dementia.

The following chapter describes the database and searched materials in the numbers.

Chapter seven includes ending and presents research questions.

Based on the obtained information and data we can see growing number of publications with this theme, which brings greater interest in this problem area. Despite this growing trend is not enough professional Czech authors publishing on this topic. It may be associated with the fact that reminiscence therapy is not recognized with broad professional community as a therapy. Despite the insufficient number of studies, in most previous observations the results of reminiscence are positive. The monitored patients have improved their cognitive and speech abilities, improved autobiographical memory, behavior and mood. Another important factor is physical activity, which generally has a big impact on the quality of human life. People with dementia using the physical activity can improve their physical and mental condition. Another important area is nutriment, which consists primarily in the method of ingestion. Proper ingestion prevents complications that can worsen the condition.

In conclusion we can establish that there is an increase of interest in this topic. The average age of the population is increasing and therefore this theme is in the forefront and

becomes very actual. During the investigation was showed that the Czech authors are not active in publishing in this topic. In the EBSCO database there was found minimum Czech authors on this point.

Most publishing Czech authors proceed and refer on the publication from Špatenková and Bolomská (2011). For this reason, I would recommend to increase the interest of Czech authors of scientific publications, so it can expand awareness of the impact of reminiscence therapy and physical activity. Compleitive keyword Alzheimer's disease which was not in the basic keywords of this thesis was appeared in a large number of publications. Within this investigation can be expected the increasing interest in this topic and therefore it is possible to recommend that the authors should focused on that keyword.

REFERENČNÍ SEZNAM

- Akanuma, K., Meguro, K., Meguro, M., Sasaki, E., Chiba, K., Ishii, H., & Tanaka, N. (2011). Improved social interaction and increased anterior cingulate metabolism after group reminiscence with reality orientation approach for vascular dementia. *Psychiatry research: Neuroimaging*, 192, 183-187.
- Backhouse, T., Killet, A., Penhale, B., Burns, D., & Gray, R. (2014). Behavioural and psychological symptoms of dementia and their management in care homes within the East of England: a postal survey. *Aging & Mental Health*, 187-193.
- Balogová, B. (2005). Kvalita života seniorů. In Muhlpackr, P. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita.
- Bender, M. (1999). Bitter Harvest: The implications of continuing war-related stress on reminiscence theory and practice. *Ageing & Society*, 337-348.
- Bornat, J. (1994). *Reminiscence reviewed: evaluation, achievements, perspectives*. Buckingham: Open University Press.
- Bragdon, A.D., & Gamon, D. (2002). *Nedovolte mozku stárnout*. Praha: Portál.
- Buijssen, H. (2006). *Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál.
- Butler, R. N. (1963). The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 66.
- Coleman, P. G. (1974). Measuring reminiscence characteristics from conversation as adaptive feature of old age. *International Journal of Aging and Human Development*, 5, 281-294.
- Coleman, P. G. (1986). *Aging and reminiscence processes*. New York: Wiley.
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 203-205.
- Čeledová, L., & Čevele, R. (2010). *Výchova ke zdraví. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing.
- Česká alzheimerovská společnost. (2003). *O Alzheimerově chorobě*. Retrieved 28. 3. 2015 from the World Wide Web: <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=39#d>
- Český statistický úřad. (2014). Retrieved 7. 3. 2015 from the World Wide Web: http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/publ/310035-14-n_2014
- Dessaintová, M. (1999). *Nezačínajte stárnout*. Praha: Portál.
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada.

- Dvořáková, A., & Vrbický, J. (2014). Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí, sociální práce a sociální služby. In M. Lukasová, A. Hradilová & kol. (Ed.), *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí* (pp. 99-104). Brno: Kancelář veřejného ochránce práv.
- Faulk, S., Edwards, L., Sumrall, K., Shelton, T., Esalomi, T., Payton, C., Wooten, Ch., & Dolbow, D. (2014). Benefits of physical activity on Alzheimer's disease: A literature review. *Clinical Kinesiology* 68(3), 19-24.
- Finneman, E., Dries, R.-M., Ribbe, M., & Van Tilburg, W. (2000). The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: A review of the literature. *International journal of geriatric psychiatry*, 141-161.
- Grundová, M. (2008). *Reminiscenční terapie se zaměřením na člověka s demencí*. Praha: Univerzita Karlova.
- Glenner, J. A., Stehman, J. M., Davagnino, J., Galante, M. J., & Green, M. L. (2005). *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál.
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
- Hátlová, B. (2010). *Psychologie seniorského věku*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně.
- Hrbáčková, M. (2011). Výživa při demenci. Retrieved 16. 3. 2015 from the World Wide Web: <http://www.dietologie.cz/vyziva/vyziva-dospelych/vyziva-pri-demenci/demence-strava.html>
- Hrdlička, M., & Hrdličková, D. (1999). *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada.
- Janečková, H., & Vacková, M. (2010). *Reminiscence*. Praha: Portál.
- Jedlička, V., & kol. (1991). *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C., & kol. (2009). *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada.
- Jiráček, R., & Koukolík, F. (2004). *Demence. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
- JOB. (n.d.). *Občanské sdružení JOB*. Retrieved 8. 4. 2015 from the World Wide Web: http://audit.qmss.cz/?page_id=40
- Kalvach, Z. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalvach, P., & kol. (2010). *Mozkové ischemie a hemoragie: 3. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada.

- Kamírová, E. (2007). *Vliv pohybové aktivity na zlepšení vybraných pohybových schopností a zpomalení nástupu stařecké demence u seniorů*. Brno: Masarykova univerzita.
- Kovářová, P. (2006). *Kvalita života v období stárnutí a stáří*. Brno: Masarykova univerzita.
- Kelnarová, J., & Matějková, E. (2010). *Psychologie: 1. díl- Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada.
- Kovářová, P. (2006). *Kvalita života v období stáří a stárnutí*. Brno: Masarykova univerzita.
- Kučerová, H. (2006). *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada.
- Lam, R. E., & Lam, P. J. (2014). Nutrition in dementia. *Canadian Medical Association Journal* 186 (17), 1319.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Lum, Ch-H. (2011). Reflective dialogues in community music engagement: An exploratory experience in a Singapore nursing home and day-care centre for senior Citizen. *International Journal of Community Music*, Vol. 4 Issue 2, 185-192.
- Maslowski, N., Šubrt, J., & kol. (2015). *Kolektivní paměť. K teoretickým otázkám*. Praha: Karlova Univerzita.
- Motlová, L. (2008). Aktivizační programy pro seniory. In V. Vurm, P. Zimmelová & L. Švehlová (Ed.), *Rukověť pro poskytovatele sociálních služeb v oblasti problematiky seniorů* (pp. 86-94). České Budějovice: Jihočeská univerzita.
- Mumenthaler, M., Bassetti, C., & Daetwyler, C. (2008). *Neurologická diferenciální diagnostika*. Praha: Grada.
- Nakamae, T., Yotsumoto, K., Tatsumi, E., & Hashimoto, T. (2014). Effects of productive activities with reminiscence in occupational therapy for people with dementia: A pilot randomized controlled study. *Hong Kong Journal of occupational therapy*, 24, 13-19.
- Navrátilová, M. (2011). *Výživa & Alzheimerova choroba (informace pro pacienty a ty, kteří o ně pečují)*. Praha: Pfizer.
- Ondrušková, J. (2011). *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum.
- Pacovský, V. (1990). *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum.
- Pennebaker, J. W. (1995). *Emotion, Disclosure and Health*. Washington, D. C.
- Pieper, M., Achterberg, W., Francke, A., Stern, J., Scherde, E., & Kovach, Ch. (2011). The implementation of the serial trial intervention for pain and challenging behaviour in advanced dementia patients (STA OP!): a clustered randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 169-182.
- Pivi, G., Berolucci, P., & Schultz, R. (2012). Nutrition in severe dementia. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, Volume 2012, 2- 7.

- Poorneselvan, C., & Steefel, L. (2014). The effect of individual reminiscence therapy on self – esteem and depression among institutionalized elderly in India. *Creative nursing, Volume 20*, 183- 190.
- Rheinwaldová, E. (1999). *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- Staples, W., & Killian, C. (2012). Education affects attitudes of physical therapy providers toward people with dementia. *Educational Gerontology, 38*, 350–361.
- Sak, P., & Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada.
- Schweitzer, P., & Bruce, E. (2008). Remembering yesterday, caring today. Reminiscence in dementia care. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Portál
- Suchá, J., & Hátlová, B. (2012). *Pohybové aktivity pro pacienty s demencí*. Praha: Pfizer.
- Špatenková, N., & Bolomská, B. (2011). *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén.
- Šváb, J., & kol. (2008). *Chirurgie vyššího věku*. Praha: Grada.
- Těšínský, P. (2003). Výživa u Alzheimerovy demence. *Interní medicína – mezioborové přehledy 4*, 13-17.
- Veleta, P. (2011). Taneční a pohybový program pro seniory se specifickými potřebami. Praha: Univerzita Karlova.
- Vinař, O. (1995). *Léky pro duši*. Praha: Grada.
- Viqué, J. (2006). *Zdraví pro třetí věk*. Dobřejovice: Rebo Productions CZ.
- Vítek, L. (2008). Jak ovlivnit nadváhu a obezitu. Praha: Grada.
- Wang, J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International journal of geriatric psychiatry 22*, 1235-1240.
- Wolf, J., & kol. (1982). *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda.
- Yasuda, K., Kuwabara, K., Kuwahara, N., Abe, S., & Tetsutani, N. (2009). Effectiveness of personalised reminiscence photo videos for individuals with dementia. *Neuropsychological rehabilitation, 19 (4)*, 603–619.
- Zgola, J. M. (1999). *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada.